

報告 (原著)

妊孕性温存療法を受けるかどうか選択する 小児がん患者に関わる看護師の感じる困難と 各困難に応じた看護実践

高嶋希世子

〔論文要旨〕

わが国では小児がん患者に妊孕（よう）性温存療法の情報が十分に伝わっておらず、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）」が尊重されているとは言い難い現状がある。そこで、温存療法を受けるかどうかを選択する患者に関わる看護師の感じる困難と各困難に応じた看護実践を明らかにすることを目的に研究を行った。生殖医療に携わる看護師 1 人と小児がん治療に携わる看護師 4 人に半構造化面接を実施し、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。看護師は、患者からの発信が少なく、真意の捉えにくさを困難と感じ、窓口を固定化し患者が話しやすいように工夫していた。また、患者自身が子どもをもつことを想像しにくい、採取した生殖組織を活用するかは誰も分からないという患者の将来の未確定さを困難と感じて、将来のことを少しでも想像しやすくするための患者個人を尊重した対話を行っていた。さらに、治療優先による時間的制約を困難と感じ、注意を払うことで早めに動き出し、妊孕性低下の可能性を患者に伝えるよう医師に働きかけていた。患者に温存療法について話すのか、温存療法を受けるよう勧めるのかといった保護者の迷いも困難の 1 つと感じ、選択の猶予に合わせた姿勢で保護者と関わっていた。以上の看護実践によって、患者が温存療法を受けるかどうかを主体的に選択できることが示唆された。

Key words : 妊孕性温存, 小児がん, 困難, 看護実践, リプロダクティブ・ヘルス/ライツ

I. 目 的

小児がんの治療成績は向上した一方で、成長・発達の途上で発病するため、がんとその治療が心身に及ぼす影響は大きく、晩期合併症や社会適応上の困難が問題視される¹⁾。晩期合併症の 1 つに妊孕（よう）性の低下があり、それに伴って本邦の小児がん患者に恋愛への消極性、パートナーへの後ろめたさという社会生活への影響が生じていることが報告されている^{2~4)}。

妊孕性低下への事前の対策として 2000 年代より生殖組織を凍結保存する妊孕性温存療法（以下、温存療法）が行われている。具体的な方法としては、2017 年に日本癌治療学会がまとめた診療ガイドライン（以

下、ガイドライン)⁵⁾によると、女性は、初経を迎えて排卵が見られ時間的余裕があれば卵子の凍結保存を行う。しかし、初経発来以前や時間的余裕がない場合は腹腔鏡下手術で採取した卵巣組織の凍結保存を行うことが推奨されるが、現時点では研究段階の方法とされている。一方、男性は、採精が可能であれば精子を採取し凍結保存を行うが、精通を経験していない例では現時点で適用し得る方法はないとされる。さらに、治療の内容や強度によって妊孕性低下のリスクが小さいことがある一方で、緊急度が高く治療を優先せざるを得ないこともあるため、すべての小児がん患者が温存療法の適応になるわけではない。つまり、温存療法は、将来の妊孕性低下のリスクを評価し適応を判断する必

要がある⁶⁾。

全国の小児内分泌専門医を対象とした質問紙調査では、医師と患者との間で温存療法の適応に関する話し合いが十分に行われていないことが明らかとなっている⁷⁾。加えて、温存療法を行う施設が集中する首都圏の小児がん治療医を対象とした調査では、患者への温存療法の勧奨度に施設間で差があることを報告している⁸⁾。これらから本邦では、温存療法の情報が患者に十分に伝わっておらず患者自身が主体的に温存療法を受けるかどうかを選択できる環境が整っているとは言いがたい。1994年に国連人口基金の国際人口開発会議で採択されたカイロ行動計画のなかで提唱された概念である「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）」において、自身の性と生殖に関する生活のいかなる決定も満足できる、かつ、自由意思によるインフォームド・コンセント（説明と同意）に基づいて行えるように、誰もが十分な教育と情報を受ける権利があるとされている⁹⁾。「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」は万人に保障されるべき権利である⁹⁾にもかかわらず、わが国の小児がん患者には保障されていない現状があり、支援体制の整備は喫緊の課題である。

成人患者の温存療法の選択を支援する際に看護師の感じる困難^{10,11)}、看護実践の実態¹²⁻¹⁵⁾は報告されているが、小児患者に関する研究は少ない¹²⁾。小児患者は、発達段階の幅が広く、患者個人の意思決定能力、性に関する知識、生殖機能には個人差が大きく、支援する看護師の感じる困難も、困難に応じた看護実践の内容も成人がん患者とは異なる特性があると推測される。がん患者の妊孕性に関する支援全般においては、年齢に応じた支援にアクセスできるよう改善すべきであると指摘するスコーピング・レビュー¹⁶⁾があり、小児患者の特性を踏まえた看護実践の内容を明らかにする必要がある。

以上より、温存療法を受けるかどうかを選択する際に看護師の感じる困難と各困難に応じた看護実践を明らかにすることを目的とした。成人患者に関する研究では困難の内容と看護実践が別々に報告されているが¹⁰⁻¹⁵⁾、同一の研究で双方を明らかにし困難と看護実践の関連を明確にすることで、患者自身が温存療法を受けるかどうかを主体的に選択できる環境が整っていないわが国の現状の改善につながる示唆を得ることをめざした。また、文化の影響を受ける内容であるため、

まずは本邦の現状を明らかにすることとした。

II. 対象と方法

1. 研究デザイン

研究対象者となった看護師の固有の経験から抽象度を上げ、他の看護師の実践にも応用可能な概念化を行うため、研究デザインは質的記述研究とした。

2. 研究対象者

温存療法を受けるかどうかを選択した小児がん患者に関わった経験がある看護師を研究対象者とした。生殖医療に携わる者と小児がん治療に携わる者という立場の異なる看護師が含まれる¹⁷⁾ため、双方の看護師を募集した。生殖医療に携わる看護師については、2019年時点での医学的適応により未受精卵、胚(受精卵)および卵巣組織の凍結保存を実施する施設として日本産婦人科学会に登録している78の医療施設の看護部長(いない場合は院長)に研究対象者の候補となる者2人程度の紹介を依頼した。小児がん治療に携わる看護師については、2019年時点で日本小児血液・がん学会が認定する専門医のいる107の医療施設の看護部長に同様に依頼した。9施設から12人の紹介を受けたが、新型コロナウイルス感染症流行初期であり、途中で辞退した者もいた。最終的には4施設の、生殖医療に携わる看護師1人(A氏)と小児がん治療に携わる看護師4人(B~E氏)の合計5人に研究の趣旨を説明した後に全員から研究参加の同意が得られたため5人を研究対象者とした。

3. データ収集方法

アンケート調査では把握できない、看護師固有の経験をデータとして得るため、半構造化面接を行った。2020年3月から9月にかけて、1時間程度の面接を各1回実施した。5人のうち新型コロナウイルス感染症の流行下にあり対面で行うことが難しい4人(B~E氏)については、オンライン会議システム(Zoom™またはLINE™)を利用した。直接面接した者については口頭と文書で同意を得た後に、オンラインで面接した者については口頭で同意を得た後にICレコーダーに録音し、逐語録を作成してテキストとした。インタビューガイドには、温存療法を受けるかどうかを選択する際に困難として感じたこと、その困難を乗り越えるために看護師として取り組んだこと、実際の看

表 1 研究対象者の属性

研究対象者	A	B	C	D	E
施設	生殖医療科 クリニック	総合病院	総合病院	大学病院	小児専門病院
所属	病棟/外来	小児科病棟・外来	小児科病棟	小児科病棟	血液・腫瘍科病棟
	病棟の場合の 入院患者の特徴	小児がん患者が主	小児がん患者が主	小児がん患者は 一部	小児がん患者が主
	性別	女性	女性	女性	女性
	年代	40代	50代	30代	20代
	看護師経験年数	26年	24年	13年	7年
	認定資格	不妊症看護認定 看護師	小児看護専門 看護師	なし	なし
	妊孕性温存療法の実施設	自施設	他施設	自施設	他施設

護実践の流れ, 大切にしていること, 他職種とのやり取り, 小児がん患者と家族の反応をあげ, 具体的に語ってもらえるよう適宜質問をした。さらに, 2事例目からは理論的サンプリングとして, 不足している情報を得られるような質問項目を準備して面接を実施したが, 研究対象者の語りを誘導しないように注意した。

4. データ分析方法

Corbin & Strauss版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁸⁾ (以下, GTA)を用いて分析を行った。GTAは, データ収集と分析を交互に実施し, 理論的サンプリングを行うことで, 効率的に概念の精緻化を目指す。本研究は, 新型コロナウイルス感染症流行初期に遂行し, 研究対象者数の確保が難しいと推測されたため, データ収集と分析を交互にする理論的サンプリングを行い, 継続的比較法を用いて分析することで, 戦略的に概念の詳細を把握したいと考え GTA を選択した。分析の手順は以下の通りである。

テキストを読み込み, 内容毎に切片化して, 切片毎にプロパティ (物事を見る時の視点) とディメンション (プロパティから見る時の位置づけ) を抽出し, それらをもとにラベル名を付けた。次に, 類似した切片をカテゴリーにまとめ, カテゴリー名 (以下, < > で示す) を付け, プロパティとディメンションを用いてカテゴリー同士の関連を検討した。ここまでの作業を研究対象者ごとに行った後, 最後に, すべての研究対象者のカテゴリー同士の関連を統合し, テキストに戻って齟齬 (そご) がないか確認した。分析のすべての段階で事例内・事例間やアイデアとの比較を行うことで, テキストへの感受性を高め, プロパティとディメンションを増やすよう努めた。分析結果については,

質的研究法および小児看護学の専門家 1 名からスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は, 首都大学東京 (現: 東京都立大学) 荒川キャンパス研究倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 19055)。研究対象者には, 研究の趣旨, 研究参加の自由意思, 期限内での同意撤回の権利, プライバシーと個人情報の保護, 結果の公表, 研究に伴うリスクとその対応について口頭と文書で説明し, 同意書への署名を得た。オンラインで面接した者には面接後に, 同意書を郵送してもらった。

III. 結 果

1. 研究対象者の属性

5 人の属性を表 1 に示した。

2. 看護師の感じた困難と各困難に応じた看護実践

分析した結果, 温存療法を受けるかどうかを選択する患者を支援した看護師の感じた困難と, 各困難に応じた看護実践としてつぎの 4 つのカテゴリーが明らかとなった。<患者の真意の捉えにくさ>に対する<窓口の固定化>, <患者の将来の未確定さ>に対する<患者個人を尊重した対話>, <治療優先による時間的制約>に対する<注意を払うことでの早めの動き出し>, <保護者の迷い>に対する<選択の猶予に合わせた姿勢での保護者との関わり>を看護師は行っていた。以下, 各カテゴリーの詳細を説明するが, テキストの引用箇所は (太字) で示し, 逐語では意味の通じにくいと思われた箇所には () で著者が補足した。

3. <患者の真意の捉えにくさ>に対する<窓口の固定化>

妊孕性は羞恥心を伴う話題であり、患者自らの質問や発言が少ないと看護師は捉えていた。そのため、妊孕性に関する知識・能力の把握しづらさだけでなく、<患者の真意の捉えにくさ>を看護師は困難と感じていた。B氏は、妊孕性低下の可能性を伝えた際の思春期以降の男性患者によくある反応を「**彼らなりに考えてはいるんだけど、なんかまあ別にしょうがないですねみたいな感じで表面上は終わるんですよ**」と語った。温存療法を受けないという選択が患者の真意ではない可能性をB氏は感じたものの、患者があえて言わないようにしていることも推測して、受けない理由について踏み込んで尋ねることを躊躇していた。

<患者の真意の捉えにくさ>に応じた看護実践として看護師は<窓口の固定化>を行っていた。B氏は「**(射精については) 恥ずかしいことだから。あの、彼ら(思春期以降の男性患者達)にとったら。そこをまあ、色んな看護師が取っ替え引っ替え(話しに)行かないようにする**」と語り、窓口を担う者を1人に限定し患者が真意を話しやすい工夫を行っていた。窓口の適任者は施設や患者によって異なり、例えば、A氏は、不妊症看護認定看護師の資格を持ち患者への温存療法に関する説明を医師から任されており、自身が窓口となっていた。同様に、D氏の施設も生殖医療に携わる看護師が窓口を担い、D氏を含めた小児がん治療に携わる看護師は患者の温存療法に関する選択に積極的に携わっていなかった。B氏とC氏が勤務する施設での窓口は、温存療法に関する保護者への説明に同席した者、質問に答えられる知識と、患者と保護者の思いを引き出せる技術を持つ者が施設から充てられていたが、実際には看護師長が担っている場合が多かった。E氏は、役職に関係なく患者が最も信頼し気が合うと思っている看護師が窓口の適任者であると考えていた。加えて、C氏は、患者によって保護者が窓口となる場合を語り、看護師が間に入らず親子が1対1で話す方が真意を表出しやすい可能性を考えていた。

4. <患者の将来の未確定さ>に対する<患者個人を尊重した対話>

患者自身が子どもをもつことを想像しにくい、誰も採取した生殖組織を活用するかは分からないという2種類の<患者の将来の未確定さ>を看護師は支援する

際の困難と感じていた。患者自身が子どもをもつことを想像しにくいという未確定さとは、結婚して子どもをもつことが遠い将来の話で、妊孕性低下の可能性を自分事として受け取れない点を看護師は困難と感じていることを意味した。温存療法の実施後には生殖組織の凍結保存のための更新料が毎年かかるという金銭的負担、実際に子どもを希望した時に必要な体外受精等の治療内容、子どもをもつことの意味まで患者自身は考えられなかった。また、温存療法に関する情報提供を受けるのはがんの診断時、または造血幹細胞移植が必要となった時であるため、そのこと自体で頭がいっぱいで将来のことまで考える余裕も患者にはなかった。語りに登場した患者の年代は、小学生低学年から大学生までと幅があったが、どの年代であっても患者にとって将来が未確定であることに変わりはないと研究対象者は語った。

つぎに、誰も採取した生殖組織を活用するか分からないという未確定さとは、温存療法が拳児の希望を残すために実施する保険であり、意思決定の時点では凍結した生殖組織を活用するかどうかは分からないという点を看護師は支援する際の困難と感じていることを意味した。数年後に妊孕性が回復した場合、将来子どもを望まなかった場合、治療が奏効せず亡くなった場合には保管した生殖組織を破棄することとなった。

以上の<患者の将来の未確定さ>に対する<患者個人を尊重した対話>とは、患者が将来のことを少しでも想像しやすくするための情報提供に関する看護実践であった。A氏は、窓口を担い、さらにはがん治療後の人生という将来的な視点も持っているため、特に熱意を持って<患者個人を尊重した対話>を行っていた。A氏は、診断直後の男子中学生aさんとの対話の冒頭を次のように語った。

なんぼでも質問は聞くし、この後もずっとあなたをフォローし続けるつもりでおるけれども、今日は全部話させてもらおうし、いけないこともいけることも、残念なところも良いところも全部話すし(中略)私はあなたとの、大人として、(年齢としては)大人って言ったらおかしいけど、その1つの個人として認めて、存在として必ず話させてもらいます。

A氏は、今後も支援を続けるつもりであること、隠さずに話すことを患者に宣言し<患者個人を尊重した対話>を始めていた。今後もaさんが妊孕性低下に関連した困り事があった際には支援したい意思があるか

からこそ、全てを話すことへの躊躇が無かった。A 氏は、成人がん患者への支援経験もあり凍結した生殖組織のほとんどが使用されない実情や生殖組織の保管料が経済的な負担になっている患者を見てきたため、温存療法の良い面だけを説明することに疑問を持っており、患者にかかる将来の負担についても隠さずに話すようにしていた。A 氏は、患者への温存療法の説明を医師から任されているため、患者に話す内容を自己判断できた。さらに、患者からの質問を受け付け、どう思っているかを話せるような時間を設けることで、患者が拳児を含めた将来と向き合えるようにしていた。また、保護者の強い希望をきっかけに生殖医療科を受診する患者が多いため、子どもがいない人生も将来の 1 つの選択肢であることを伝え、患者が将来どう生きたいかを考えたいという温存療法を受けたくないという意見も言い出せる機会を保障していた。

5. <治療優先による時間的制約>に対する<注意を払うことでの早めの動き出し>

看護師は、<治療優先による時間的制約>という困難を感じていた。小児がんは、診断後すぐに治療を始めることが多く、温存療法の情報提供から実施までに時間をかけられないことが多く、支援を十分に行えていないと看護師は感じていた。また、治療とは別施設で温存療法を実施する場合は移動時間もかかり、実施施設での滞在時間が短く、看護師が関わる時間も限られると A 氏は語った。

<治療優先による時間的制約>に応じた看護実践として<注意を払うことでの早めの動き出し>が行われていた。E 氏は、「**化学療法をすとなったら、なんか、プライマリー（ナース）によっては、そこ（温存療法に関する情報提供）を早い段階で進めようとしたりとかはありますね**」と最近の病棟の状況を語った。たとえば、白血病の場合は、まずは化学療法を開始し、その後の病勢によって造血幹細胞移植を行うかが決まることがあり、温存療法の適応について診断直後は判断が難しかった。しかし、看護師は、妊孕性低下の可能性について注意を払い、温存療法に関する情報提供について早めに動き出そうとしていた。医師に、妊孕性低下の可能性についてどこまで説明しているのかを確認し、温存療法に関する情報提供を早めに行うことを促すと、患者と家族が考える時間を作ることができた。温存療法を受ける患者が増加してきたことで、支

援の経験が蓄積し、妊孕性に関する注意を払うことのできる看護師は増えていると B 氏と E 氏は語った。

6. <保護者の迷い>に対する<選択の猶予に合わせた姿勢での保護者との関わり>

保護者が自ら調べて温存療法を希望する例がある一方で、温存療法について患者に話すべきか勧めるべきか保護者が迷う場面に看護師は直面することがあった。最近では拳児への価値観が多様化していることが保護者を悩ませていると C 氏は語った。このようなく保護者の迷い>は患者への情報提供が行われず、または、後回しになるため、看護師は支援する際の困難を感じていた。

<保護者の迷い>に応じた看護実践は<選択の猶予に合わせた姿勢での保護者との関わり>であった。治療を急いでいない状況で卵巣凍結保存に関する情報提供を受けた 10 歳未満の女子 c さんの保護者への看護実践について、C 氏は、「**こちらから『どうですか？ どうですか？』と聞くよりは（中略）いつでも相談のりますよというような姿勢**」と語った。

C 氏は、温存療法を受けるかどうかの選択に猶予がある場合は待つ姿勢をとっていた。一方、治療を急いでおり、選択の猶予が短い例では、保護者の背中を押す関わりをしていた。C 氏は「**せかしたくはないんですけど**」と前置きをしつつも、保護者に後悔してほしくないと思い、後回しにすると良い状態の生殖組織を採取できなくなるというデメリットを保護者に伝える機会が多いと語った。また、A 氏は、前述の中学生男子 a さんの保護者に、時間が限られているなか親子で生殖医療科を訪ねて、我が子に対し温存療法の選択の機会を作ったことをたたえていた。「**特殊、特別、小児だからするって言ったら、やっぱりお母さんと話をわりと時間は（かけて）**」と、成人患者への支援と比較しながら、迷っている保護者の背中を押す関わりに力を入れている点について A 氏は語った。この看護実践は患者が温存療法を選択する機会をもてることにつながっていた。

IV. 考 察

本研究では、温存療法を受けるかどうかを選択する小児患者の特性を踏まえて、支援する際に看護師の感じる困難と、その困難に応じた看護実践として 4 つのカテゴリーを見出した。各カテゴリーの対応について

考察し、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」との関連から実践への示唆を述べ、最後に研究の限界と今後の課題を述べる。

1. <患者の真意の捉えにくさ>に対する<窓口の固定化>

ガイドライン⁵⁾では多職種連携を推奨しているが、多職種連携の望ましい具体的な方法は確立されていない。そのようなわが国の現状において、多職種連携の1つのあり方として<窓口の固定化>という方策を本研究は明らかにした。これは、<患者の真意の捉えにくさ>があったとしても、多職種で次々に関わりを持って真意に迫るのではなく、窓口を1人に固定することを意味する。

「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」において、患者は妊孕性低下に関するケアを受ける権利があり、さらには受けるケアについて自由に意見を表明する権利を持つ⁹⁾とされる。しかし、研究対象者の語りから、患者があえて言わないようにしていることも含めた発信の少なさにより看護師にとっての<患者の真意の捉えにくさ>が明らかとなった。わが国の10代のがん患者は決定される治療の大きな方向性について意思表示をしないという現状があり¹⁹⁾、患者の真意が捉えにくいことは温存療法に限ったものではない。温存療法に関する話題は性差関係なく羞恥心を伴うものであるため、さらに意思表示しづらいと推測されるが、少しでも話しやすくする工夫として窓口を小児がん患者に示す<窓口の固定化>を行うことが重要である。

2. <患者の将来の未確定さ>に対する<患者個人を尊重した対話>

<患者の将来の未確定さ>は、成人した乳がん患者を支援する看護師に行った調査でも、治療効果がどうなるかという未確定さと人生がどうなっていくかという未確定さの2つの側面があり¹⁵⁾、未婚や若い患者では特に挙児について現実的に考えてもらうよう支援することの難しさを示しており¹⁰⁾、本研究と同様の結果であった。わが国の第1子出生時の平均年齢は、令和元(2019)年時点で父が32.8歳、母が30.7歳であり²⁰⁾、患者にとって挙児に関する将来は遠い先で、自分の事として考えることが難しいのは当然である。また、患者はアイデンティティを確立する以前の年齢であり、

どのように生きていきたいか決まっていなかったことが多いのに、これまで考えてこなかったという者が大半である²¹⁾。そこに、急にがんの診断を受け治療が始まり、学校に通いたい、友達に会いたいという近い未来の希望もかなわない状況に置かれているにもかかわらず²²⁾、遠い将来の未確定なことについて考え温存療法を受けるかどうかの選択をしなければならないのはとても難しいことである。しかし、温存療法については後回しにできず短期間で決断しなければならない⁶⁾ため、挙児を含め将来どのように生きたいのか考えを巡らせられるような支援が必要である。その工夫として、今回の研究で対象となった看護師は、隠さず話して患者が思いを話せる時間を作る<患者個人を尊重した対話>を行っていた。つまり、医療者または保護者が温存療法について一方的に情報提供し、医療者または保護者の意見を提示するのではなく、患者が自分の事として考えられるようにすることが重要と考える。そして、臨床の場面で看護師は、患者をひとりの人として尊重していることが伝わるような関わりや、プライバシーが守られて落ち着いて話せる場所の工夫を行い、患者と双方向に対話できることが必要である。

「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」において医療者は説明責任を持つとされる⁹⁾が、小児の場合は妊娠の仕組みから説明が必要となり説明資料がこれまでに開発されてきた²³⁾。今後は、資料を活用した情報提供だけでなく患者と対話し少しでも自分の事として将来を考えられるようにしていくことが求められる。

3. <治療優先による時間的制約>に対する<注意を払うことでの早めの動き出し>

<治療優先による時間的制約>という支援上の困難があるからこそ、これまでの経験が蓄積している看護師は、すぐに生じる副作用だけでなく、将来の妊孕性低下に<注意を払うことでの早めの動き出し>を行っていた。温存療法の原則として治療の優先があるため⁶⁾、<治療による時間的制約>は看護師の努力によって変えることはできない。しかし、将来起こり得る問題にも目を向けられる看護師が注意を払うことで、温存療法の情報提供が必要となることをつかむと医師に情報提供を促すことができていた。最近では、温存療法を受ける患者が増えてきたことで、看護実践の経験が蓄積し妊孕性に注意を払うことのできる看護師が増えていくという状況が研究対象者より語られた。この状況

を一層加速させるには、看護師間のカンファレンスや勉強会で温存療法を話題に出し、温存療法の選択に関する看護実践の経験が少なくても妊孕性低下の可能性に注意を払えるような工夫が必要であると考え。

4. <保護者の迷い>に対する<選択の猶予に合わせた姿勢での保護者との関わり>

本研究の対象となった看護師は、<保護者の迷い>によって患者への情報提供が行われない、または、後回しになることを危惧していた。「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」の視点からも温存療法を受けるかどうかの選択は患者が主体となる必要があるが、わが国の現状では情報を伝えるかどうかは、保護者の意思が関与し、保護者の意向によって患者に伝えられない可能性があると言える。また、どの世代においても欧米と比較すると、わが国では意思決定において患者本人の意思だけでなく家族の意向が重要視されるという報告²⁴⁾がある。そもそも、小児患者の場合は、意思決定能力が未熟等の理由により保護者の承諾も意思決定の1つの要素となる²⁵⁾。このような日本の文化的な特徴と小児患者の特性を考えると、わが国の患者の温存療法の選択に保護者の意思が関与することは当然とも言える。しかし、保護者の意思が関与したとしても患者の最善となる選択を行えるようにするためには、患者自身に対する看護実践にくわえて保護者への看護実践も重要であることが本研究で明らかとなった。我が子の罹患または病状悪化に伴って混乱している保護者への支援として、本研究の対象となった看護師は<選択の猶予に合わせた姿勢での保護者との関わり>をとっていた。決断の猶予期間が短い例において保護者の背中を押す関わりとして、温存療法を後回しにすることのデメリットを伝えること、保護者の混乱している状況に寄り添うことを行っており、このような関わりが必要と言える。

5. 研究の限界と今後の課題

研究対象者数の確保が難しく、研究対象者の選出に関する理論的サンプリングを実施できなかったため、研究対象者の偏りが生じた。よって、本研究に挙げたもの以外にも看護師の感じる困難とその困難に対する看護実践がある可能性を残したことにくわえ、生殖医療に携わる者とがん治療に携わる者それぞれの特性、小児がん患者の性別と年代に応じた支援がある可能性

も考えられる。今後は、異なる背景や認識をもつ看護師に面接を実施し、多様な患者の状況に応じた看護実践を明らかにする必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様、研究対象者をご紹介いただきました看護部長の皆様、また、分析、論文執筆にあたりご指導いただきました東京都立大学大学院山本美智代教授に感謝申し上げます。

本研究は、JSPS 科研費の助成 (19K19680) を受けて実施したものであり、本研究の一部を 2021 年 2 月開催の第 11 回日本生殖医療学会学術集会にて発表した。

開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Hudson MM, Mertens AC, Yasui Y, et al. Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. JAMA 2003; 290(12): 1583-1592.
- 2) 益子直紀, 堀越政孝, 二渡玉江. 小児がん経験者の後遺症・晩期合併症に伴う心理・社会的な問題—ライフストーリーからの分析—. ヘルスサイエンス研 2011; 15(1): 93-98.
- 3) 京盛愛枝, 波崎由美子, 上澤悦子. AYA 世代にある小児がん経験者のがん治療体験による恋愛や結婚, 親になることへの過程 マス터리理論による半構造化面接を実施して. 日生殖看会誌 2018; 15(1): 27-35.
- 4) 井倉千佳, 末藤美貴, 河俣あゆみ, 他. 学童期以降に発症した小児がん経験者が退院後に抱える困難と必要な支援. 小児がん看護 2021; 16(1): 7-21.
- 5) 日本癌治療学会. 小児, 思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン. 2017 年版. 東京: 金原出版, 2017.
- 6) 宮地 充, 細井 創. 小児, 思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドラインに沿った臨床の展開 小児, 産と婦 2019; 86(4): 469-474.
- 7) Miyoshi Y, Yorifuji T, Horikawa R, et al. Gonadal function, fertility, and reproductive medicine in childhood and adolescent cancer patients: a national survey of Japanese pediatric endocrinologists. Clin Pediatr Endocrinol 2016; 25(2): 45-57.
- 8) 半谷まゆみ, 関 正史, 三谷友一, 他. 小児科スタッフが中高生以上のがん患者と関わる上で抱えている課題に関する質問紙調査. 日小児血がん会誌 2020;

- 56(5): 447-453.
- 9) 松本清一. 生きる知恵としての性教育性と生殖の健康と権利から考える. 第1版. 東京: 自由企画・出版, 2009.
 - 10) 高橋奈津子, 林直子, 森明子, 他. 女性乳がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援における看護師の困難. 聖路加国際大紀 2019; 5: 22-28.
 - 11) 北島惇子, 升谷英子, 小池万里子, 他. 化学療法を受ける生殖年齢にあるがん患者の妊孕性ケアに対して看護師が抱く困難. 大阪大看誌 2020; 26(1): 10-19.
 - 12) 野澤美江子. がん患者の生殖組織/配偶子凍結に対する意思決定の様相. 日生殖看会誌 2016; 13(1): 29-35.
 - 13) 増澤祐子, 森明子. 乳がん患者の妊娠・出産の支援 看護職者への啓発リーフレット試作版の作成. 聖路加看会誌 2012; 16(2): 25-32.
 - 14) 奥島美香, 繁田実, 實崎美奈. 妊孕性温存治療を受けた未婚女性の意思決定への支援 初診時より治療終了まで看護介入した40歳乳がん患者の一事例. 日生殖看会誌 2015; 12(1): 25-32.
 - 15) 矢ヶ崎香, 小松浩子, 森明子. 若年乳がん女性のがん治療と妊孕性の意思決定支援に対する看護師の認識. 日生殖看会誌 2017; 14(1): 21-29.
 - 16) Anazodo A, Laws P, Logan S, et al. How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. Hum Reprod Update 2019; 25(2): 159-179.
 - 17) 鈴木直, 高井泰, 野澤美江子, 他. ヘルスケアプロバイダーのためのがん・生殖医療. 初版. 大阪: メディカ出版, 2019.
 - 18) Corbin J, Straus A. 操華子, 森岡崇訳. 質的研究の基礎グラウンデッド・セオリー開発の技能と手順. 第3版. 東京: 医学書院, 2012.
 - 19) 宮城島恭子. 学童期・思春期に小児がんを発症した思春期患者の医療に関する認識と医療者への意思表示. 小児がん看護 2018; 13(1): 51-60.
 - 20) 厚生労働省. 令和元年(2019)人口動態統計(報告書). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/houkoku19/dl/all.pdf> (参照 2022.07.23)
 - 21) 上手由香. 思春期: 子どもから大人へ. 岡本祐子, 深瀬裕子. シリーズ生涯発達心理学①エピソードでつかむ生涯発達心理学. 初版. 京都: ミネルヴァ書房, 2013: pp 88-111.
 - 22) 渡邊朋. 思春期の血液・腫瘍疾患患者が入院中に経験するゆらぎと対処. 小児がん看護 2009; 4: 27-36.
 - 23) 三重大学医学部産科婦人科学教室. 小児・AYA世代がん患者に対する妊孕性温存療法説明資材集. 日本がん・生殖医療学会. http://j-sfp.org/support/ped-aya_movie.html (参照 2022.07.23)
 - 24) Ishikawa H, Yamazaki Y. How applicable are western models of patient-physician relationship in Asia?: changing patient-physician relationship in contemporary Japan. Japanese Journal of Sociology 2005; 14(1): 84-93.
 - 25) Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 95(2): 314-317.

[Summary]

In Japan, information on fertility preservation therapy (FPT) has not been sufficiently communicated to childhood cancer patients, and the current circumstances are such that it is difficult to say that reproductive health and rights are being respected. Therefore, this study aimed to clarify the difficulties that nurses feel when selecting whether a patient undergoes FPT, as well as the nursing practices for overcoming each difficulty. Semi-structured interviews were conducted with one nurse in reproductive medicine and four nurses in childhood cancer treatment, and analyses were conducted using the Grounded Theory Approach. The nurses felt that there was little communication from the patients and felt that it was difficult to determine their real intentions, so efforts were made to fix the point of contact and make it easier for the patient to talk. Additionally, the nurses perceived the patients' uncertainty regarding their futures, such as struggling to imagine having children. Nobody knows whether they will use the collected reproductive tissue. They had dialogues that respected the individual patient to make it easier to imagine the future. Furthermore, regarding the difficulty of time constraints due to treatment priority, the nurses acted early by paying attention to these difficulties. They worked with doctors that they inform patients of the possibility of reduced fertility. Regarding the difficulty of the hesitation by guardians in deciding whether to talk to the patient about FPT or to recommend that the patient receive FPT, the nurses interacted with the guardians with an attitude that allowed them to make a decision. The above nursing practices suggested that patients could independently choose whether to receive FPT.

Key words: fertility preservation, childhood cancer, difficulty, nursing practice, reproductive health and rights