

がん・ 生殖医療

がんサバイバーシップ向上を志向して

編集主幹 **柴原浩章** 兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座 主任教授

企画編集 **鈴木 直** 聖マリアンナ医科大学産科婦人科学 主任教授

シリーズの序

わが国の生殖医療は、1983年に国内初の体外受精が成功して以来、その医療レベルは着実に進化し、現時点では国際的にも最高水準にあると言えます。この間に生殖医療はチーム医療として確立され、直接診療を担当する医師（産婦人科・泌尿器科）や看護師以外にも、専門的なスキルをもつカウンセラー（遺伝・心理）、あるいは精子、卵子や受精卵を取り扱う胚培養士などが、拳児を切望するクライアントに対してチーム一丸となり、上述のような最高水準の生殖医療を提供しています。

またいよいよ2022年4月から生殖補助医療に対しても待望の保険適用が開始されましたことから、不妊症に悩むカップルにとりましても体外受精等が以前にも増して身近な存在となりました。それらの治療効率の高さから、引き続き現在の本邦における切実な少子化問題の解決の一助として、生殖医療の全体にわたる発展が期待されています。

今回中外医学社より企画致しましたMOOKシリーズでは、各号のテーマにふさわしい、永年の研究歴を有する著名な先生方に、現時点における生殖医療の知見に対する理解を深めることを目標に、編集をご担当いただきました。今回のMOOK①「EBMから考える生殖医療」に続く今後の発刊予定としまして、MOOK②では国際医療福祉大学教授の柳田薫先生に「受精とその障害」というテーマで、またMOOK③では聖マリアンナ医科大学の鈴木直先生に「がん・生殖医療」というテーマで各々ご企画をいただき、いずれもまもなくお手元にお届けできる状況でございます。是非ご期待をいただきましたらと存じます。

本シリーズの刊行にあたりましては、企画編集の先生方をはじめ、ご多忙な中ご執筆頂いた先生方にも心より感謝を申し上げます。また本シリーズの企画以来、中外医学社の皆様方からは献身的なご協力、ご指導をいただきましたことに、深く感謝を申し上げます。

令和4年9月

兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座主任教授
兵庫医科大学病院生殖医療センター長

柴原浩章

序文

がん・生殖医療は、「がん患者の診断、治療および生存状態を鑑み、個々の患者の生殖能力に関わる選択肢、意思および目標に関する問題を検討する生物医学、社会科学を橋渡しする学際的な一つの医療分野である。臨床においては患者と家族が子どもを持つため、また、その意味を見つめなおすための生物医学的、社会科学的なほう助を行うことにより、生殖年齢およびその前のがん患者の肉体的、精神的、社会的な豊かさをもたらすことを目的としている（一般社団法人 日本がん・生殖医療学会）」と定義されています。本医療は、がん治療により根絶してしまう可能性のある患者の生殖機能（妊孕能）を何らかの手段で温存する医療、つまり「将来の選択肢を残す」ことが目的の一つとなります。将来子どもを授かるかどうか、その選択肢を自身で選択できる情報提供を行う医療であり、特に多職種による意思決定支援が重要な領域となります。また、がん・生殖医療の対象が不妊症患者ではなくがん患者であることから、がん・生殖医療はがん医療の一環に含まれます。そのため、がん治療開始前等にごん患者とその家族が妊孕温存を自己決定する過程において、原則としてがん治療が何よりも最優先されるべきです。がん治療医を含む医療従事者は、がん治療による妊孕性低下や喪失のリスクに関する情報、患者の予後、がん治療開始の遅れによる疾患に対するリスク、将来の妊娠が及ぼすがん再発への影響、ホルモン操作によるがんそのものに与える影響等の情報を、生殖医療を専門とする医師とともに十分に検討した上で、治療法を選択することになります。一方、がん・生殖医療においては、妊孕性温存を選択しなかった患者、選択できなかった患者等に対する継続的な心理社会的なケアの提供も必須となります。

2004年にベルギーで、若年造血器腫瘍患者に対する卵巣組織凍結・融解卵巣組織移植による世界初の生児獲得に関して報告されて以来、2006年にISFP（International Society for Fertility Preservation：国際妊孕性温存学会）やOncofertility Consortium（米国）等の団体が相次いで設立され、がんサバイバーシップ向上を目指したがん・生殖医療に関する取り組みが、欧米を中心に発展してきました。一方本邦においては、2012年11月にがん・生殖医療領域に特化した初の学術団体として日本がん・生殖医療研究会（現学会：Japan Society for Fertility Preservation；JSFP）が設立され、がん診療に関連のある学術団体（日本癌治療学会、日本小児血液・がん学会、日本乳癌学会等）においても徐々に本領域が取り上げられるようになって参りました。また、妊孕性温存療法を施行する側の学術団体（日本産科婦人科学会、日本泌尿器学会等）においては、医学的適応による妊孕性温存に関する見解等を示し、がん治療医との密な連携のもと慎重に適応を決定する仕組みが講じられて参りました。そして、2021年4月には、国は自治体と共に、がん患者の経済的負担軽減を目的とした「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始しました。生殖医療フロントラインMOOK3では、がんサバイバーシップ向上を志向した本邦における小児・AYA世代がん患者に対するがん・生殖医療の最新の話題をご紹介します。

最後に、生殖医療フロントラインMOOK3の企画編集の機会を賜りました、編集主幹の柴原浩章先生に衷心より御礼申し上げます。また、編集に際して多大なるご支援を賜りました中外医学社の関係者の皆様に深謝申し上げます。そしてお忙しい中、「MOOK3 がん・生殖医療—がんサバイバーシップ向上を志向して」に大変貴重な原稿を作成していただきました執筆者の皆様に深甚なる感謝の意を表します。

令和5年2月

聖マリアナ医科大学産婦人科学 主任教授
鈴木 直

1

がん・生殖医療とは

がん治療の進歩と生殖医療の発展からがんを患った患者が、それを乗り越え妊娠・出産する機会が増えてきている。しかし、一方でがん、およびがん治療により妊孕性が損なわれる患者もいる。これらのがん患者の妊孕性について統合的にまとめた医療および社会システムの構築により、がん患者の人生を豊かにしようとする考えが生まれてきた。Oncofertilityである。この言葉は、Teresa K. Woodruff 博士により造られた腫瘍学 (oncology) と生殖医学 (fertility) を合わせた造語である。彼女は、oncofertility を医学のみでなく人文科学、社会科学、法律とともに提起された複雑な問題を解決する学際的な分野であることを提唱している。

がん・生殖医療は oncofertility に対応する言葉であるが、日本がん・生殖医療学会では、本邦の医療情勢と国民性を勘案し、広く患者の幸福をもたらすことを願い、「がん・生殖医療」の定義を策定するに至った。今後の日本国内における本分野の学際的な発展をもたらすよう、理解する必要がある。



1. がん経験者の増加

国立がん研究センターがん情報サービスがん登録・統計による 2020 年の本邦のがん患者の罹患数予測では、100 万人を超える見通しとなっている (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html)。男性ががんを発症するリスクは 50% で、女性の生涯リスクは 33% 強とされている。一般に、がんは高齢者において発生するものと考えられているが、40 歳未満にも相当数認められる。本邦における 2009~2011 年の小児がん (0~14 歳) の罹患率 (粗罹患率) は 12.3 (人口 10 万人当たり) であり、同様に AYA 世代にかけてのがん罹患率は 15~19 歳で 14.2, 20 歳代で 31.1, 30 歳代で 91.1 となっている。この罹患率を 2020 年の日本の人口分布にあてはめると、40 歳未満でがん罹患する患者は 23,974 人と推察される。日本の人口を考えると、およそ 100 万人当たり 200 人の 40 歳未満のがん患者が毎年発生することになる。この世代はまさしく生産世代であり、がんおよびがん治療の妊孕性への影響は非常に大きな問題となる。最近のがん治療の進歩により、小児がんと診断された患者の生存率はほぼ 80% に上昇し、また、2010 年までに成人 250 人に 1 人が小児がんの生存者になっていると推定された報告も認められる。このように、医学の発展によりがんを患ってもそれに打ち勝ち、生存する cancer survivor が増加することとなった。Cancer survivor は、よく「がん生存者」と訳されることが多いと思われるが、「がん生存者」との表現では生きていることがまれ、少ないなどの印象を与える。日本癌治療学会による、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では、cancer survivor に対応する用語として「がん経験者」が用いられている。これは、がんを完全に克服し、通常の世界生活に復帰する患者が多くなったことに配慮したものであると考えられる。

11D

ヘルスケアプロバイダーの役割

オンコファティリティーナビゲーターナース
(生殖側)

がん治療前の妊孕性温存療法にはさまざまな難しさがあり、必ずしも期待通りの結果になるとは限らない。どんな結果になっても、患者自身が「やってみてよかった」と前向きに受け止め、気持ちを切り替えてがん治療に専念できることが理想である。そのために患者の揺れる気持ちや葛藤に共感的姿勢で関わり、治療の選択や意思決定を支援していく必要がある。

 1. 患者の状況や意向，ニーズを把握する

生殖医療専用の問診票に記載してもらい、それを基に診察前に個室で看護師面談を実施し患者とラポールの形成を図る。病状やがんの治療内容とその時期、最終月経、パートナーの有無、子どもをもつことについての考え、希望や意向、パートナーや家族の意向、不安や率直な気持ちなどを記載してもらい、患者のニーズを把握する。乳がんの場合はホルモン感受性の有無も確認を行う。患者の多くは、専門医や看護師から妊孕性温存についてメリット・デメリットを含めて十分に情報を得たうえで判断できることを希望している。

 2. 診察の同席と意思決定の支援

看護師の面談後、生殖担当医へフィードバックして診察に同席し、がん治療に伴う妊孕性喪失リスクについて患者の理解を確認する。基本はがん治療が優先であり、がん種によっては希望しても妊孕性温存を諦めなければならず、精神的な支援は欠かせない。診察後、妊孕性温存療法への関心やどう感じたか患者と共有し、意思決定のために必要な情報提供を行う。

面談時の患者の思いから「乳がん患者の手術後に排卵誘発剤を使用する影響や抵抗感」、「がん治療を優先したい気持ちと妊孕性を残したい気持ちの揺れ」、「仕事やがん治療との併診や費用の問題」などの迷いや葛藤を抱えていることがわかる。妊孕性温存治療は専門性が高く、情報量が多いため、がん治療まで時間の猶予がある場合は決定を急かさず、パートナーや家族・医療者とよく相談し、十分理解したうえで意思決定できるよう配慮する。

 3. 通院中から治療終了後の継続的支援

妊孕性温存のために精子凍結を試みたが精子がない、卵胞が育たず中止、最後の凍結胚で妊娠に至らなかった場合の患者やパートナー・家族の悲嘆や喪失は計りしれない。患者が妊孕性に固執して、がん治療が遅延しないように留意して関わっていく必要がある。

11F

ヘルスケアプロバイダーの役割
認定遺伝カウンセラー[®] 1. 遺伝カウンセリングと認定遺伝カウンセラー[®]の役割

認定遺伝カウンセラー[®]は、臨床遺伝専門医と協力して遺伝カウンセリングを提供する。遺伝カウンセリングの内容には、疾患の発生や再発の可能性を評価するための家族歴および病歴の解釈（家系図聴取）、病態や治療、遺伝、検査、予防、情報リソースや研究についての教育（情報提供）、リスクや病態への適応と十分な情報に基づく自律的な意思決定（インフォームド・チョイス）を促すことが含まれる。

遺伝性疾患は患者本人だけでなく血縁者にも影響を及ぼすため、子や孫など、世代を超えた対応が必要となる。したがって、遺伝カウンセリングの対象は患者の家族や未発症者の場合もあり、対象者を患者ではなくクライアントとよぶ。

認定遺伝カウンセラー[®]は、医師の説明に対するクライアントの理解度を再確認し、情報を整理してわかりやすく補足したり、医師には伝えにくい気持ちや悩みを引き出したり、医学的情報だけでなく、心理社会的側面などのさまざまな課題について、よりクライアントの視点に立ったカウンセリングを行う。

また、チームで行う遺伝医療には多くのスタッフが関わるため、医師とクライアントだけでなく、院内の各部門や他施設への橋渡しも認定遺伝カウンセラー[®]の重要な役割である。

 2. 遺伝性腫瘍と妊孕性温存

がん領域の遺伝カウンセリングで扱う遺伝性腫瘍には、若年発症、多重がん、家系内多発という特徴があり、生殖年齢である AYA 世代にも多くの患者を認める **表 1**。そのため、遺伝性腫瘍と判明した生殖年齢の患者では、がん告知後の恐怖や不安の中、治療による妊孕性喪失の可能性だけでなく、将来の子どもへの遺伝についての心配など、さらなる心理的負担が加わることとなる。

がん患者の妊孕性温存に関する情報提供は通常主治医が行っており、希望者のみが生殖医療の診療科へ紹介されるという流れが一般的である。よって、現時点で認定遺伝カウンセラー[®]が積極的に情報提供をすることはないが、温存技術が発展した現在、若年発症という特徴をもつ遺伝性腫瘍では避けて通れない話題となりつつあり、カウンセリングの中でクライアント側から質問されることも徐々に増えてきた。したがって、将来は遺伝カウンセリングにおいても提供すべき情報の 1 つとなる可能性が高く、認定遺伝カウンセラー[®]も妊孕性温存に関する知識を習得しておくことが望ましいと考えられる。

今後、遺伝カウンセリングでも積極的にがん・生殖医療を扱うようになった際には、がん告知直後から治療開始までの限られた時間の中で悩むクライアントの気持ちに寄り添い、温存についての

1 ピアサポート（女性）

1. ピアサポートの実態

患者は、ある日突然がんと診断され、思い描いていた人生が一変する。特に adolescent and young adult (AYA) 世代は就労・恋愛・結婚・妊娠・子育てなど、多様なライフイベントを迎える時期であり、がんによってそれらに大きな影響を及ぼすことも少なくない。治療のことに加え、世代特有の課題に直面する AYA 世代がん患者の不安や悩み、ニーズは多様であるため、医療者だけでは解決できない場合がある。

そこで、がん患者の不安や悩みを軽減する有用な方法の1つとされているのがピアサポートである。ピアサポートは、「患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること」とされている¹⁾。

本邦のがんにおけるピアサポートは、第2期がん対策推進基本計画（2012年）において初めてその必要性が明文化され、第3期がん対策推進基本計画（2018年）の中では、個別目標として「3年以内に研修・内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む」と明記された。現在、国としてピアサポート体制を強化する取り組みが進められている。

2. がん・生殖医療におけるピアサポート

■ 妊孕性温存の意思決定時に求められるピアサポート

がんの診断を受けた女性は、命の不安と向き合う中、がん治療の影響により妊孕性を喪失するかもしれない事実を知る。女性にとって妊孕性の喪失は、人生の目標や生きる意味、アイデンティティの喪失にも関わる問題であり、将来の挙児希望の有無にかかわらず、その事実少なからず衝撃を受ける。

そして、患者は診断直後の混乱と不安の中、治療方針の決定に加え、妊孕性温存に関する早急な意思決定を求められるが、それは容易ではない。筆者らが行った「がん治療後に子どもを持つ可能性を残す一思春期・若年成人がん患者に対するがん・生殖医療に要する時間および経済的負担に関する実態調査」（回答数 493 人）では、妊孕性温存療法の意思決定に必要なサポートとして、「同じような立場の人が、どのような決断を下したかを知りたかった」「医療者へ相談するだけではなく、経験者から話を聞ける場がほしい」などの声があがり、同じ経験をしたがん体験者からのサポートが求められた²⁾。