

2019 年度 博士論文

妊娠期がん患者と家族のがん治療と  
妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした  
医療者の支援モデルの構築

Establishing a support model based on  
shared decision-making for healthcare professionals  
regarding cancer treatment and continuing pregnancy  
involving pregnant cancer patients and their families

神戸市看護大学大学院

博士後期課程

看護実践開発学領域

72013003 堀 理江

(指導教員 鈴木 志津枝)

## 目 次

第1章 序論 .....	1
第2章 文献検討 .....	3
I. 文献検討 .....	3
1. 妊娠期がん患者に関する研究 .....	3
1) 妊娠期乳がんに関する研究 .....	4
2) 妊娠期子宮頸がんに関する研究 .....	4
3) その他の部位の妊娠期がんに関する研究 .....	5
4) 妊娠期がんに関する看護研究 .....	5
5) 妊娠期がんに関する患者の体験 .....	6
2. 意思決定に関する研究 .....	7
1) 意思決定 .....	7
2) 共有型意思決定 .....	8
3) 意思決定支援 .....	9
3. 葛藤に関する研究 .....	10
II. 文献検討の要約 .....	11
1. 共有型意思決定について .....	11
2. 妊娠期がん患者と家族のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定について .....	12
III. 研究の方向性と意義 .....	12
IV. 研究課題 .....	13
第3章 研究方法 .....	14
I. 研究デザイン .....	14
II. 研究目的 .....	14
III. 用語の定義 .....	14
IV. 研究期間 .....	15
V. データ収集方法 .....	15
1. 個別インタビュー .....	15
1) 研究協力者 .....	15
2) リクルート方法 .....	16
3) 半構成的面接 .....	21
2. フォーカス・グループ・インタビュー .....	22
1) フォーカス・グループ・インタビューの方法 .....	22
2) フォーカス・グループ・インタビューの視点 .....	22
3) 研究協力者 .....	23
4) 研究協力者への依頼方法 .....	23
VI. データ分析方法 .....	26

VII. 倫理的配慮 .....	28
第4章 結果 .....	30
I. 研究協力者の概要 .....	30
1. 個別インタビュー .....	30
1) 看護師の概要 .....	30
2) 治療担当医の概要 .....	30
3) 産婦人科医の概要 .....	30
2. フォーカス・グループ・インタビュー .....	33
II. データ分析結果 .....	34
1. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を 基盤とした医療者による支援プロセス .....	34
1) 妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする .....	36
2) チームで支援しようという意識をもつ .....	38
3) 患者と家族と共に意思決定するための準備を整える .....	40
4) 患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する .....	42
5) 医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する .....	43
6) 医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる .....	45
7) 患者と家族の意思を確認し方向性を定める .....	48
8) がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う .....	53
9) がん治療中の支援体制を医療者間で整える .....	55
10) 意思決定について患者が納得できるよう支える .....	57
2. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を 基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割 .....	60
妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する .....	61
1) 妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する ....	62
2) 医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する .....	63
3) 患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する .....	64
4) 情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える .....	65
5) 患者の意思を伝える力を強化する .....	67
6) 家族間の関係性や意見を調整する .....	68
7) 決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する .....	71
8) 意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える .....	72
9) 繋がりが途切れないようにする .....	73
10) 医療者間での調整窓口になる .....	74
11) 患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する .....	76
3. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を 基盤とした医療者の支援プロセスのカテゴリ間の関連性 .....	78

4. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割のカテゴリ間の関連性	80
5. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援モデル	82
第5章 考察	84
Ⅰ. 共有型意思決定を基盤とした支援の必要性	84
1. 患者と家族の意思決定が困難な状況	84
2. 意思決定を可能な限り急ぐ必要性	85
3. 意思決定支援の困難性	85
Ⅱ. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの特徴	86
1. 患者と家族を意思決定支援の対象とすること	87
2. 医療者がチームで支えるということ	87
3. 患者と家族と医療者が共に意思決定する	88
Ⅲ. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルでの支援の特徴	89
1. 意思決定後の医療者間での支援体制	89
1)がん治療が妊娠経過に与える影響に対応する	89
2)意思決定について患者が納得できるよう支える	89
2. 医療者間での葛藤や価値観の共有	90
3. 患者を母であり、がん患者である人として捉える	91
Ⅳ. 共有型意思決定を基盤とした支援モデルでの看護師の役割	91
1. 医療チームを形成する役割	91
2. 患者と家族を擁護する役割	92
3. 患者や家族と医療者の情緒的な関係性を構築する役割	92
4. 患者との繋がりを維持する役割	93
5. 情報や意見を調整する役割	94
Ⅴ. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの活用	94
1. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル活用の意義	94
2. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの活用を促進するもの	95
1)共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルを活用する看護師の能力	95
2)多職種が合意に向けてディスカッションできる環境	95
Ⅵ. 研究の限界と今後の課題	96
第6章 結論	97
謝辞	99
文献	100

## — 図 目 次 —

- 図 1 研究協力者(看護師)への依頼方法：個別インタビュー
- 図 2 研究協力者(産婦人科医、治療担当医)への依頼方法：個別インタビュー
- 図 3 研究協力者(個別インタビューの研究協力者)への依頼手順：FGI
- 図 4 研究協力者(個別インタビューの研究協力者以外)への依頼手順：FGI
- 図 5 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセス
- 図 6 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセスにおける看護師の役割
- 図 7 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル

## — 表 目 次 —

表 1	個別インタビューの事例概要と研究協力者
表 2	個別インタビューの研究協力者(看護師)概要
表 3	個別インタビューの研究協力者(治療担当医)概要
表 4	個別インタビューの研究協力者(産婦人科医)概要
表 5	FGI の研究協力者概要
表 6	妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス
表 7	妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする
表 8	チームで支援しようという意識をもつ
表 9	患者と家族と共に意思決定するための準備を整える
表 10	患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する
表 11	医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する
表 12	医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる
表 13	患者と家族の意思を確認し方向性を定める
表 14	がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う
表 15	がん治療中の支援体制を医療者間で整える
表 16	意思決定について納得できるよう支える
表 17	妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割
表 18	妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する
表 19	医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する
表 20	患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する
表 21	情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える
表 22	患者の意思を伝える力を強化する
表 23	家族間の関係性や意見を調整する
表 24	決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する
表 25	意思決定したことに納得できるよう支援する環境を整える
表 26	繋がりが途切れないようにする
表 27	医療者間での調整窓口になる
表 28	患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する

## 第1章 序論

我が国において、がんは死因の第一位であり、男女ともに60歳ごろから罹患率が上昇し高齢になるほど罹患率・死亡率ともに高くなっている(国立がん研究センター)。高齢者のがん罹患、がんによる死亡が増加する一方で、近年は、20-65歳の働く世代のがん患者が増加し、第2期がん対策基本推進計画において、新たに取り組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、第3期がん対策基本推進計画においては、がん医療の充実として「AYA世代のがん」を掲げている(がん対策基本推進計画(第2期), 2012; がん対策基本推進計画(第3期), 2018)。諸外国においても同様の状況であり、アメリカではNational Comprehensive Cancer Network(NCCN)が、若年成人(Adolescent and Young Adult: AYA)を「15-39歳」と定義しており、AYA世代のがん患者は、就業、育児などの問題とともに、がんの治療によってさまざまな晩期合併症をもつリスクの高さがある(Zebrick, B. et al.; 2006 清水, 2017)と指摘している。がん治療による晩期合併症には、神経毒性、心毒性、肺毒性、性機能障害、二次がんがあり、中でも、ある種の化学療法や放射線治療が、AYA世代のがん患者の妊孕性に与える影響について、徐々に明らかになってきている。NCCNが定めたAYAガイドライン(2017)では、AYA世代のがん患者の包括的アセスメントとして、社会心理的アセスメントや遺伝的素因に関するアセスメントとともに、年齢相応のがんに関する情報提供や妊孕性に関する情報提供を行うよう記されている。妊孕性の問題に関連して、若年性がん患者は、妊娠・出産が可能な年齢であり、まれではあるが、がんに合併して妊娠するケースが増加しつつある。そのような妊娠期がん患者は、「自身の生命のためには治療を受けたい」という思いと「治療を諦めてでも子どもを産みたい」という非常に大きな葛藤を伴う選択に迫られる。さらに、選択するまでの期間には制限があり、パートナーや家族の思いが交錯する中で、自身の思いも大きく揺れる体験をしていることが推測される。がんに合併する妊娠としては、①妊婦が偶然がんだと診断される場合、②がんと診断されている患者が妊娠する場合がある。我が国では、妊娠期がんのがんの部位としては、子宮頸がんが最も多く、次いで乳がん、その他の部位のがんである。

妊娠中あるいは産後1年以内、または期間を問わず授乳期中に診断された乳癌は、乳癌合併妊娠(Pregnancy-Associated Breast Cancer: PABC)と定義され、発症頻度は3,000-10,000例に1例と推定されている。しかし、女性の晩婚化によって出産年齢が上昇してきており、乳がんの好発年齢と出産年齢が重なることから、PABCは増加することが予測される。妊娠中の治療は、可能ではあるが、妊娠周期、病期、細胞型によって、使用できない化学療法薬があったり、放射線療法やホルモン療法は行えなかったりする。妊娠中の乳がんの治療法の選択としては、①手術で腫瘍を取り除き、出産後に抗がん剤治療などを行う、②治療せずに出産し、出産後に治療を始める、③帝王切開などで早めに出産し、出産後に治療を始める、④妊娠中に抗がん剤治療を行い、出産後に手術を行う、⑤妊娠初期の場合は妊娠中期に入った所で治療を始める、⑥中絶しがんの治療に専念する、がある。NCCNのガイドラインでは、妊娠中の乳がん患者への抗がん剤投与が、カテゴリ2A(エビデンスの信頼度は低いが推奨するレベル)とされており、米国国立癌研究所(National Cancer Institute: NCI)は、乳がんにおける温存療法はステージI、IIの乳がんの大部分に対する初回治療として適切であり、推奨されとしている。近年、乳がん患者への化学療法が積極的に行われ、その結果出産した児に異常がないという結果も散見される(栗下, 2010)。しかし、前述したように、女性の晩婚化による出産年齢の上昇から、高齢での初めての

妊娠時にがんであることが分かる場合が多いことも推測される。PABC では、このように患者の初めての妊娠時に、胎児の生命か自分の生命を選択せざるを得ない状況に置かれる可能性があるが、産婦人科医、腫瘍内科医が行っている PABC についての研究では、患者の年齢や診断時の妊娠週数、分娩週数、児の出生体重などに着目していても、患者にとって何度目の妊娠か、子どもはいるかについての記述はない。症例報告の中には、41 歳初産婦が妊娠 36 週で乳がんと診断された事例、乳がん女性が体外受精で 34 歳時に第 1 子を妊娠した事例、35 歳の 1 経産婦で妊娠 39 週目に乳がんと診断された事例、39 歳の 1 経産婦で妊娠 12 週に乳がんと診断された事例があるが、PABC 患者全体の家族背景については把握できない。患者の治療法の選択には、子どもの有無、子どもの年齢、初めての妊娠か否かなどの家族背景が大きく影響する可能性がある。

がん患者の治療方法の選択における意思決定のプロセスでは、延命、症状の緩和などの **Benefit** と、身体的副作用、治療方法、通院負担、心理的負担、コストなどの **Harm** に、患者の価値観などを併せて決定することが重要であり、意思決定を支えるための周囲のサポートが必要となる。妊娠期がん患者の治療方法に関しては、産婦人科医、治療担当医、看護師、助産師などさまざまな職種の考え方を調整しながら選択する必要がある。がんの治療方法についての意思決定としては、乳がん患者の術式選択の過程での意思決定や、腔内照射を受ける子宮がん患者の治療決定までの意思決定、終末期患者が治療を継続するかどうかについての意思決定などがある。いずれの研究も、患者と家族の **Benefit** と **Harm**、患者、家族の価値観を併せて意思決定しているが、**Benefit** と **Harm** が激しく対立してはいない。しかし、妊娠中にがんであることが分かった患者が治療に関する意思決定を行う場合、患者自身の延命と胎児の延命が対立したり、患者自身の価値観のみではなく、パートナーや家族の価値観が反映されるといった、非常に複雑な意思決定の過程となることが予測される。しかし、これらのことを鑑みながらの治療方法選択に関する意思決定に言及した研究はない。

そこで、本研究では、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割を明らかにすると、そのうえで医療者による支援モデルを構築することを目的とした。



## 第2章 文献検討

本章では、妊娠期がん患者に関する研究、意思決定に関する研究、葛藤に関する研究について検討する。さらに、本研究の方向性と意義を述べる。

### I. 文献検討

#### 1. 妊娠期がん患者に関する研究

妊娠期がん患者は、がん罹患の若年化、晩婚化により増加しており、欧米においてもわが国においても、発症率は1,000例に1であると報告されている(高倉ら, 2001; Smith et al., 2003)。妊娠期がんで取り扱われる内容としては、妊娠中にがんだと診断された場合、がん治療中に妊娠が分った場合、がん患者の妊孕性保護についての内容がある。妊娠期がん患者に関する文献も近年増加傾向にあり、我が国においては、産婦人科医、腫瘍内科医、外科医を中心に事例報告や研究が行われている。医師による研究では、産婦人科医による研究、産婦人科医とがん治療医による研究などがあり、子宮頸癌合併妊娠、乳癌合併妊娠についてのものが多くを占める。

看護師による研究は、学会での発表が散見されるが、研究報告としては、医師と共同で行ったもの(笹ら, 2013)、子宮頸癌合併妊娠患者の看護に関する研究(石井ら, 1994)のみである。欧米では、妊娠期がん患者の割合はほぼ同じであるが、患者数の多さからか、事例研究もいくつかなされている(Karen et al., 2007; Fernandes et al., 2011)。

妊娠期がん患者への治療については、放射線療法はどの時期においても禁忌であるが、手術療法、化学療法については、タイミングが重要であるとされている。化学療法については、原則的に、胎児の器官形成期は控え、その他の時期には使用する薬剤の催奇性についての安全性が確保されれば使用している。妊娠13週目までは化学療法は行わない、14-17週で化学療法を開始する、27-40週で化学療法を終了する、特に34週以降は化学療法の副作用である骨髄抑制による感染のリスクが高まるので終了することが望ましいとしているものもあるが、化学療法を行うタイミングは薬剤やがんの部位によってさまざまである。カナダでも、(SOGC)によって、妊娠中の化学療法についてのガイドラインが作成されている(Koren, G. et al., 2013)。

催奇性の可能性が高い薬剤、使用しても問題のない薬剤なども、徐々に明らかになってきてはいるが、新規薬は副作用に関するデータの蓄積が少ないため、乳がんの化学療法では、5-FU、ドキソルビン、シクロフォスファミドなど、従来から用いられている薬剤を使用することが多い。妊娠期がん患者にはしばしば帝王切開が行われ、37週未満で生まれた新生児はNICUでフォローアップされ、出産の3-4週間後から化学療法が開始される。

妊娠期がん患者の手術については、妊娠中期において麻酔の安全性はほぼ確立されている(浅野・照井, 2004)が、妊婦の血圧の大きな変動が胎児に影響を及ぼすため、治療医が術中の出血量を考慮したうえで、産婦人科医の胎児のアセスメントに基づき決定されることが重要である。

妊娠期がん患者については、臨床試験での介入が不可能であるため、欧米では、National Cancer Instituteにより、妊娠中にがん治療を行った患者の子どものデータを集約している。米国臨床腫瘍学会(The American Society of Clinical Oncology: ASCO)では、妊娠中期または後期に標準的な多剤併用化学療法レジメンによる治療を受けた女性らの子ども41人について、現在1-21歳の子どもたちの状態は総じて良好であると報告している(ASCO University)。先天異常が認められたのは、全体の3-4%であり、こ

れは出生前に化学療法の暴露を受けていない子どもの全国平均と同等であったと述べている。アメリカの Cooper University の Cardonick 医師も、産婦人科医や腫瘍内科医が一生のうちに診察する、妊娠期がん患者は 2-3 名に過ぎないとし、妊娠期がん患者についての情報をアメリカ全土から集約する必要性を強調している (Cooper University)。Cardonick 医師は、Web 上で妊娠期がん患者の登録を呼びかけている。こういった、妊娠期がん患者の情報の集約による現状把握と治療成績の分析とともに、妊娠期がん患者がアクセスできる Website が「Hope for Two...Pregnant With Cancer Network」をはじめいくつか作成され、妊娠期がん患者の出産後の経過の集約、がん合併患者が治療について相談できる仕組みを整えている。

### 1) 妊娠期乳がんに関する研究

妊娠期乳がんは pregnancy-associated breast cancer: PABC といわれ、妊娠中または産後 1 年以内、または期間を問わず、授乳期中に診断された乳がんとして定義される。妊娠に合併するがんのうち、乳がんは子宮がんに次いで多く、がん罹患の若年化、晩婚化によりさらに増加するとみられている (栗下, 2010)。

National Cancer Institute では、乳がんにおける温存療法は、ステージ I 及び II の大部分に対する初回治療として適切であり、推奨されるとしている (NIH consensus Conference, 1991)。わが国においても、日本乳癌学会による妊娠期乳癌の治療については、手術を行ってもよい (推奨グレード B) としている (日本乳癌学会, 2011)。放射線療法や内分泌療法、抗 HER2 療法は妊娠中に行うことは認められていない。化学療法については、妊娠前期に行うべきではなく (推奨グレード D)、妊娠中期、後期での化学療法の長期の安全性は確立されているとはいえないものの、必要と判断される場合には検討してもよい (推奨グレード C1) としている。一般的には、本グレードに沿って治療が行われていると考えられる。

PABC については、わが国でも医師による症例報告がなされており、がんであることが分かった時点での妊娠週数はさまざまであるが、妊娠中絶に至った例はほとんどなく、ほぼ全員が帝王切開を施行し、その後、子どもにも治療による影響がみられないことが報告されている (栗下, 2010; 西澤ら, 2013; 木下ら, 2003; 青山ら, 2013; 宮本ら, 2012; 高江ら, 2005; 秋谷ら, 2011; 小田ら, 2011; 藤井ら, 2012; 三浦ら, 2004)。ただし、トラスツブマブを妊娠中に投与すると羊水量が減少することが明らかになっており、妊娠中にトラスツブマブを使用する場合には、胎児の腎機能や消化器機能、肺機能を産婦人科医と治療担当医が連携を取って把握することが重要である (土橋, 2013)。PABC は、推奨グレードが明らかになっているとはいえ、大きな葛藤を伴い、遭遇することが少ない症例であると説明されており、治療成績という視点での考察がなされてはいるが、治療方法決定に至るプロセスについて言及されているものはなかった。また、妊娠期がんの場合は、①分娩時期の選択、②胎児の生命をいかにするか、③妊孕性を温存することへの可否、④その後の管理の後治療の選択、等検討すべき問題は数多く存在することが報告されている (谷口, 2001)。

### 2) 妊娠期子宮頸がんに関する研究

妊娠期子宮頸がんは、妊娠に伴う検診で発見されることが多く、早期がんが多いことが特徴的であるが、妊娠に伴う生理的変化のために、診断や治療が困難なことが多い (塚崎, 2007)。治療については、妊娠中に円錐切除を行うことが基本だが、いまだ統一した見解は得られていない。円錐切除を行わない理由としては、出血量が多い、早産のリスクがある、再発率が高いなどがあげられており、胎児を育てる子宮そのもののがんであることから、積極的な治療を行えない側面があると考えられる。子宮

頸がん患者 18 例など妊娠期がん患者を対象にした福嶋ら(2005)の研究では、微小浸潤癌が否定的であれば経過観察を行い、浸潤癌については直ちに円錐切除を施行している。円錐切除の結果、浸潤癌が確定すれば、胎児とともに子宮を取り除く根治術が行われている。また、妊娠 19 週で円錐切除を行った患者は、22 週で分娩となり早期新生児死亡の転機をとっている。産婦人科医と看護師が子宮頸癌患者 75 名を対象に行った調査では、子宮頸癌の診断の困難さが明らかになり、治療は分娩後に行うことを推奨している(笹ら,2013)。

以上より、妊娠期子宮頸がんは、浸潤癌の疑いがあれば円錐切除を行うことがスタンダードであるが、円錐切除の結果、浸潤癌であることが確定すれば胎児とともに子宮摘出を行っている。円錐切除による早産のリスクは否定できないが、一旦子宮頸がんの疑いとなれば、円錐切除を行うことが一般的である。

### 3)その他の部位の妊娠期がんに関する研究

その他の部位のがんに合併する妊娠として、卵巣腫瘍、肝細胞癌の報告がある(青木ら, 2007; 吉田ら, 2010)。

妊娠期卵巣がんの頻度は低く、12,000-25,000 妊娠に 1 例との報告があり、流・早産が合併症としてあげられ、卵巣腫瘍の存在により胎児異常、分娩遷延の原因となることもであるとされている(青木ら, 2007)。福嶋ら(2005)の研究によると、卵巣妊娠期がん 3 例中 2 例は、治療開始前に子宮内で胎児が死亡しており、IIIc 期では子宮・卵巣ともに全摘する根治術が行われている。卵巣妊娠期がんについては、明確な治療方針は定められておらず、腫瘍摘出や化学療法を検討している状況である(青木ら, 2007)。

肝細胞がんは非常に稀な合併であり、予後不良であることから、妊娠を中断後もしくは出産後に治療が行われている。肝細胞癌は癌の特性上、予後不良であることが見込まれたため、中絶を勧めたが、患者の強い育児希望のため手術に至ったことが報告されていた(青木ら, 2007)。

### 4)妊娠期がんに関する看護研究

看護師による研究は、わが国では、上述したとおり、学会での発表が散見される(石川ら, 1994; 渡邊ら, 1998; 杉本ら, 2001; 松浦ら, 2002; 内山ら, 2010)。研究報告としては、医師と共同で行ったもの(笹ら, 2013)、子宮頸癌合併妊娠患者の看護に関する研究(石井ら, 1994)、乳妊娠期がん患者を支えた看護師へのインタビューから乳がん患者の妊娠・出産を支援するためのリーフレットを作成した研究(増澤ら, 2012)がある。学会発表では、治療目的のため妊娠 28 週で人工早産を施行した事例、妊婦のがん進行による呼吸困難出現のため妊娠 29 週で人工早産を施行した事例、妊娠 37 週で急速遂娩後 23 日目に死亡した事例、脳腫瘍摘出後妊娠 31 週で帝王切開を施行した事例、妊娠 32 週で帝王切開施行後 5 日目から化学療法を開始したが効果がなく産後 34 日目に死亡した事例について報告されている。それぞれの事例のがんの部位は、乳がん、白血病、脳腫瘍、舌腫瘍、胃癌とさまざまで、出産に至る経過も異なるが、児が無事に生まれたことは共通している。また、妊婦の思いを大切にしながら多職種で情報を共有し合い、家族もサポートしながら関わったことは、学会発表の事例のみでなく、石井ら(1994)の研究にも共通していた。増澤ら(2012)の研究では、妊娠期乳がん患者を支援した看護師 2 名を対象にインタビューを行った結果、支援内容として、【妊娠・出産に関する情報を提示する】【乳がんおよび生殖医療の理解度と意思を確認する】【乳がんおよび生殖医療の治療内容の理解を促す】【意思決定から治療までの気持ちを支える】【他職種とともに支える】【家族を支える】【乳がん治療の生殖

補助医療の治療を支える】の7つのカテゴリが抽出されている。事例報告としては、乳癌合併妊娠患者の夫に対して、共同で子どもへの絵本を作成した効果についての報告がある(藤田ら, 2009)。事例報告ではあるが、患者家族の出産に対する考え方の違い、医療者の動揺について記述しており、絵本を作成するという共同の目標に向かうことで看護の方向性が統一できたことが分かる。

いずれの学会発表、事例報告、研究についても、看護師が、産婦人科医、腫瘍内科医などの治療担当医とともに患者と家族を支えたことが記述されている。妊娠期がん患者は、治療を担当する医師のほかに産婦人科医とも関わる必要があり、患者と家族を含めた情報共有や理解度の確認など、看護師が調整すべき内容は多い。それらの調整を行いながら長期的に関わることができる看護師の存在が重要であることが推察され、患者および家族と看護師、産婦人科医や治療担当医が、共有型意思決定をどのように行っているのか明らかにすることには意義があると考えられる。

欧米では、妊娠期がん患者の割合は日本とほぼ同じであるが、患者数の多さからか、事例研究やその他の研究もいくつかなされている(Karen et al., 2007; Fernandes et al., 2011)。子宮頸妊娠期がん患者のケーススタディを行った Karen et al.(2007)の研究では、医師のみでなく助産師との関わりについても記述されており、個々のケースについて、多職種が協働することが重要で、そのためにコミュニケーションをとることの重要性が強調されている。Fernandes et al.(2011)が行った文献研究では、妊娠期がん患者の看護として、患者と子どもを、身体面からのみでなく、多面的に見て、患者と家族が意思決定できるよう支えることが大切だと述べている。

これらの結果から、妊娠期がん患者と家族を支える看護の特徴として、患者のみでなく家族にも丁寧に関わること、多職種で情報を共有する、患者・家族と医療者間の調整をするなど、医療者間でも協働する必要があることが明らかになり、かつ、このような看護を実践しながら、長期的に患者と家族に関わる必要があることが分かった。そのような看護を実践するためには、組織で横断的に活動することができる看護師の配置がなされていることが必要であり、同時に、看護師には医療者間で協働することができる高度な看護実践能力が必要であると考えられる。医療者が協働するためには、医師と看護師間を調整する非常に高い看護実践能力が必要であり(Nugent, K, E.& Lambert, V, A., 1996)、妊娠期がん患者と家族に関わる看護師として、がん関領域に関わる専門看護師や認定看護師が望ましいことが推察される。

#### 5) 妊娠期がんに関する患者の体験

妊娠期がんに関する患者の体験は、医師や看護師による事例研究で紹介されているが、経過の説明や断片的な言動の説明にとどまっていることがほとんどで、患者の揺れる思いや葛藤を患者の言葉で説明しているものは見当たらない。

妊娠期がん患者に関する手記では、妊娠5か月の時に乳がんであることが分かった妻を支えた夫の手記(小林, 2012)、妊娠中に脊髄腫瘍であることが分かった女性の手記(テレニン, 2011)、妊娠初期に子宮頸がんであることが分かり、16週で子宮全摘術を行った女性の手記(向井, 2002)がある。乳がんの女性、脊髄腫瘍の女性は、出産後に治療を受けているがいずれも子どもが幼いうちに死去、子宮頸がんの女性は16週で胎児を子宮とともに失っている。手記に共通するのは、自分自身の命と子どもの命のどちらを優先するか、その判断をめぐる家族間の意見の対立、治療を選択するに当たっての情報の少なさであった。

また、アメリカの妊娠期がん患者がアクセスできる Website 「Hope for two...Pregnant with Cancer Network」には、妊娠期がん経験のある患者約20名の手記が紹介されている。1名を除いて、全員が出

産しているが、妊娠中の手術や化学療法について、情報の少なさに迷い、「Hope for two...Pregnant with Cancer Network」のホームページにアクセスしたこと、家族にがんを打ち明けることへの葛藤などが綴られている。

妊娠期がんに関する患者の体験については、学術的に裏付けできるものが少ない状況ではあるが、患者、家族それぞれの葛藤は非常に大きく、治療や治療の副作用に関する情報の少なさが障壁になっていることが分かる。また、ほとんどの手記で、腫瘍内科医、産婦人科医などがチームを組んで治療に当たったこと、家族や友人に励まされて治療を行うことができたと記されている。

## 2. 意思決定に関する研究

### 1)意思決定

意思決定(decision making)とは、数学や経営学において、より効率的に行動を決定するために考案された用語であり、宮川(2010)によると、「一般に何らかの目的を達成するための行動の選択についての決定」とある。意思決定は生活を営んでいれば必ず繰り返し行われるプロセスであり、Simon(1957)は、組織における意思決定の段階を①目標と優先順位を設定する知的活動、②選択肢を確認する企画活動、③選択肢とその執行に関する選択活動、④選択の実施、⑤目標達成の評価だと述べた。1982年のアメリカ大統領委員会報告書「医療における意思決定」(厚生局医務局医事課, 1982)では、インフォームド・コンセントを「十分な説明を受けた上での患者の同意・承諾」と説明し、この概念を医療の場における意思決定の中心的な軸としてとらえた。インフォームド・コンセントを促進することによって、患者側は、より良い、より主体性に富んだ決断を下すことができ、医師側は、患者の信頼の向上と法律的責任への不安の減少が期待できるという認識を示した。一方、看護学大辞典(2002)によると、意思決定とは、「一定の目的を達成するために、複数の代替手段のなかから1つの選択をすることによって行動方針を決定すること」とある。King(1981)は、意思決定を「さまざまな事実や価値に基づいた多数の選択すべき手段の中から一つを選択し、その決定を遂行し、目標の達成度を評価する一連のプロセス」だと定義づけた。いずれにしても、意思決定は、意思決定者が、ある事柄についての情報を得て、決定するという、「行動方針を決定するためのプロセス」であるといえる。そして、そのプロセスには、意思決定までをプロセスとする場合と意思決定の達成度の評価を含める場合もあることが分かる。1980年代には、「意思決定」は、医療者が提示した事柄について、患者は説明を受け同意するという医療者主体のプロセスであったことと比較すると、近年の「意思決定」は、いくつかある選択肢の中から患者が主体的に方法を選択するという意味へ変化していることが分かる。意思決定は‘意志’決定と表現されることもあるが、ほとんどの領域では‘意思’決定と表記されている。

意思決定の決定者について分類すると、個人による意思決定、集団による意思決定、組織による意思決定に分類される(宮川, 2010)。一般的に、集団による意思決定は、能率性の面で個人的な意思決定より劣る場合が多いが、複雑で明確な答えがないような問題の場合は、偏りを避けより良い決断に至るために集団による意思決定のほうがより有効であるとされている。

看護の領域で意思決定について概念分析した文献には、看護師の意思決定に関するもの(Matteson & Hawkins, 1990)と患者の意思決定に関するもの(Noone, 2002)がある。どちらも、意思決定の成果について Walker と Avent の分析技法(Walker & Avent, 1998)を用いて概念分析を行っている。その結果、看護師の意思決定についての属性として、慎重な選択、選択肢がある、ある目標を達成するという予測、ある行動あるいは無活動への専心、疑問あるいは議論の終わり、方向性や根拠に基づく、が明らかにされている。同様の技法で健康障害をもつ患者の意思決定について概念分析を行った結果、先行要件

として、行動への刺激、刺激の評価—リスクの評価、選択肢があることへの気づき、情報収集、代替案の評価が明らかになった。これらは患者の特性、状況によって異なることが示されている。決定の特性としては、個別の選択肢から意図的に選択する、行動への刺激の認知に基づく、行動の方向に導く、ある目標に到達することを見込む、があり、帰結としては、再評価をせずに選択肢を受け入れること、選択肢の再評価—決断の再確認、満足はしていないがその選択のまま、満足でない—意思決定プロセスに戻る、と多様であった。

## 2)共有型意思決定

上述してきたように、医療にまつわる意思決定については、多くの意思決定支援に関する考え方が生み出されてきた。その一方で、治療方法の多様さから意思決定の際の選択肢も多く、意思決定プロセスは複雑になってきている。意思決定支援に関しては、従来のパターンナリストック、一方通行的な関係から、自己決定支援、相互関係、協働的パートナーシップなどを重視した考え方へと変遷してきた。これは医療者が最善策を知っており、患者はそれに従うべきだという考えから脱却し、患者が医療者と対等な立場で治療法を選択していく、あるいは治療に臨むという考え方への変化を示している。

患者は、治療法を選択することによって起こりうるリスクについて評価する時間や情報がない状況で、命に関わる選択に迫られる場合もある。そういった状況で、パターンリズムから脱却した、患者と医療者がともに意思決定をしていくという新たな意思決定プロセスが必要となってきた。患者と医療者がともに意思決定をしていくことを **shared decision-making: SDM** と言い、「共有型意思決定」

「意思決定の共有」などと訳される。SDM は、決定が困難な出生前診断、遺伝子検査、治療法が多い場合の治療法選択、癌のスクリーニング等でその概念が用いられ始めた。1990 年頃から SDM に関する研究が散見されるようになり、2000 年からは徐々に増加、2003 年には概念の定義を含むと研究数は 100 件を超えている(Clayman & Makoul, 2009)。さらに、2001 年には、The International Shared Decision Making Meeting(ISDM)がオックスフォード大学で開催され、世界各地で隔年開催されるなど、SDM の概念は広まりつつあると言える。

Carles et al.(1997)は、SDM の特徴について、(1)少なくとも医師と患者の 2 人の関係者を含むこと、(2)関係者双方が意思決定のプロセスに参加するためのステップを踏むこと、(3)情報共有は意思決定を共有するための必要条件であること、(4)双方の関係者が決定に同意することであるとした。また、Elwyn et al.(2000)は、SDM の原則について、(1)最少でも医師と患者 2 人以上の人を巻き込む、(2)双方の関係者が意思決定のプロセスに参加するためのステップを踏む、(3)情報共有は意思決定を共有するための必要条件である、(4)決定し、双方がそれに同意することを挙げている。

米国予防サービス・タスクフォースでは、SDM を「患者と医師による特定の意思決定プロセス」と定義している(Sheridan, 2004)。また、そのプロセスとして、(1)病気や状況の避けるべき重大なリスクを理解する、(2)予防サービスや利益、代替案、不確かさについて理解する、(3)サービスに関連した可能性のある利益や害だとみなされることへの自分たちの価値について熟考する、(4)彼や彼女が望んでいるレベル、心地よいと感じるレベルまで意思決定を行うことを挙げている。辻(2007)は、意思決定プロセスの共有についての概念分析を行い、先行要件として、1)健康の概念の転換—疾病構造の変化と対応システムの特性、2)科学技術の進歩と医療の本質的な不確実性、3)医療モデルのパラダイムシフトの必然性、4)当事者を含む関係者の特性の権限の認識の 4 つのテーマを、属性として、1)当事者を巻き込むこと、2)相互に影響し合う動的な決定のプロセス、帰結として、1)人々の健康と Quality of Life を最大

にすること、2)当事者の内的な変化・成長、3)決定に関する当事者の満足、4)適正な科学技術の使用を含む倫理的臨床ケア実践の4つのテーマを導き出した。また、SDMは高度なコミュニケーションスキルに裏付けられた決定支援の方法論の一つとして位置づけられていることも明らかにしている。

これらのことから、SDMは、医師と患者、家族、時にはその他の専門職を巻き込んで、情報を交換、共有しながら、同意を形成するプロセスであり、同時に決定支援の方法論として位置づけられているといえる。また、SDMは、医療者が選択権をもつ「パターナリズム」と患者が選択権をもつ

「informed decision-making」との間に位置づけられ、SDMの概念はその時の状況によって変化するため、定義は緩やかである(Clayman & Makoul, 2009)とされている。SDMの具体的なステップはKrinston et al.(2010)が示しており、①意思決定の必要性を認識する、②意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する、③可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる、④選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する、⑤医療者が患者の理解と期待を吟味する、⑥意向・希望を提示する、⑦選択肢と合意に向けて話し合う、⑧意思決定を共有する、⑨共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する、の9つのステップがある。英国のNational health service:NHSのWebsiteでは、SDMを「患者が医療における意思決定の分岐点で、利用可能なすべての治療の選択肢を見渡し、専門家とのやり取りを通して意思決定を行うプロセス」とし、SDMについて次のように述べた。SDMは、①治療方針を決めるにあたって、患者と医療者双方が参加し、②医療者は患者にすべての治療の選択肢に関する情報を提供、③患者個人の状況に基づき、医学的に望ましいと思われる選択肢の情報を伝え、④患者と医療者は、患者にとって病気や治療がどのような体験であるかを共有し、⑤患者が、自分自身の人生にとって良いと思う選択肢について、患者と医療者双方が納得するプロセスである。

SDMの概念は、コンシューマリズムという概念の発達した欧米でより広がっており、ドイツでは、健康に関する情報提供、アセスメントと評価を行うWeb上のツールが用いられている(Bastian et al., 2009)。イギリスでは、アルコール依存症患者にWebを用いて介入するツールとして「Down Your Drink」が用いられている。いずれも患者が入力した情報について、アセスメントや情報提供がなされる仕組みとなっている。既存のWeb版意思決定支援ツールは、患者が主体的に利用するものであったが、これらのツールは患者と医療者の間で双方向のやり取りが可能であるところが特徴である。

SDMの概念を用いた臨床での研究は、前立腺がん(Evans, 2009)、大腸がん(Lewis et al., 2009)、遺伝子検査(Gaff et al., 2009)などのスクリーニング、治療法の選択肢が何パターンかある心疾患(Montgomery, 2009)、炎症性腸疾患(Kennedy, 2009)、乳がん(Belkora, 2009)、精神疾患(Simon et al., 2009)、副作用のリスクが高いと考えられるMMR予防接種(Trevena et al., 2009)、治療法のエビデンスが確立していない多発性硬化症(Thomson, 2009)などの分野で行われている。多くの研究で、意思決定支援ガイドのようなものを用い、患者に継続的に相互作用を持ちながら関わることによって、患者の不安の軽減、治療への満足度の上昇などが認められている。

### 3)意思決定支援

意思決定支援(decision aiding)は、意思決定過程を誘導し支援する方法として、企業や政府機関などで生まれた考え方である。意思決定支援のモデルは、用いられる分野によって使い分けられており、リスクマネジメント、経営学の分野などで用いられる樹木モデル(Tree-Based Model)(宮川, 2010)、組織などの意思決定支援と支援方法の説明のために用いられるオペレーションズ・リサーチ、複雑な状況での意思決定を支援する階層分析法、対立などを戦略的に意思決定し解決しようとするゲーム理論などさまざまなある。

看護の領域における意思決定支援に関する研究は、出生前診断、遺伝子検査、乳がんの治療など、葛藤を伴う検査や、乳がんの治療のように選択肢が多岐にわたる場合について行われている。意思決定を支援するツールには、ビデオ・パンフレット・Web サイト、カウンセリングやコンサルテーション、意思決定ガイドなどがある。O'Connor は、意思決定サポートの概念枠組みとして、Ottawa Personal Decision Guide(オタワ個人意思決定ガイド)を作成し、Stacey ら(2008)は、オタワ個人意思決定ガイドを用いて HIV 患者、乳がん患者、看護師を対象に継続して研究を行っている。このガイドは、①意思決定を明確にする、②意思決定における自分の役割を特定する、③自分の意思決定のニーズ(準備状況を見極める)、④選択肢を比較検討する、⑤次のステップを計画する、の 5 段階で構成されており、いずれの研究でも、オタワ個人意思決定ガイドを用いた介入は、患者の意思決定プロセスを促進するという結果になっている。我が国でも、川崎(2014)が、SDM の概念をもとにがん患者のための「Web 版意思決定看護支援プログラム」の開発を行っており、Web 上で公開されている。また、がん患者を支援する看護師においては、看護師は患者・家族の擁護者であることと医療従事者としての責任との間で気持ちが揺れ、葛藤を体験しやすいことが明らかになっている(岩本ら, 2005)。看護師の意思決定支援について、患者がどのように捉えているかについて、太田(2006)が明らかにした研究では、手術療法を受けるがん患者が治療選択の意思決定をした場合に、患者は看護師を「見守ってくれる存在」として認識していたことが明らかになっている。この結果からは看護師が患者の擁護者や療養生活を理解し、治療法選択の選択肢や選択後の予測をする役割を担っていないことが分かる。また、意思決定支援の対象を家族とした場合の意思決定支援では、①状況や課題を明らかにするよう支援する、②意思決定の方向性を見出すよう支援する、③具体策を検討する、④決定に向かえるよう支援する、⑤決定・合意を強化するという 5 つのステップを踏むこと(青木ら, 2003)、家族と共に、①状況や問題を把握し、②目標を設定し、③選択肢を模索し、④計画を立て意思決定を支援し、⑤結果を評価する(野嶋, 2005)というプロセスがある。医療者が患者や家族の意思決定を支援する際には、医師は治療法や検査法についてのリスクや効果を予測しながら関わり、看護師は、患者の感情や価値観を理解し、療養生活を支える必要があるが、その点については先行研究では明らかになっていない。

### 3. 葛藤に関する研究

葛藤とは、「心の中に相反する動機・欲求・感情などが存在し、そのいずれをとるか迷うこと」であり、「コンフリクト」「対立」「ジレンマ」とも表現される。看護においては、「揺らぎ」も同義として扱われることが多く、がん領域では、患者自身のアイデンティティの揺らぎ(西村ら, 2013; 片山ら, 2008)、患者を支える患者家族の療養の場や治療方針決定に関する揺らぎ(宮林ら, 2014)、患者を支援する看護師の揺らぎ(八尋ら, 2012)に関する研究がある。

葛藤は意思決定プロセス、意思決定したことを遂行するプロセスで生じるもののひとつであり、意思決定プロセスで生じる場合には、意思決定を行う側、意思決定を支援する側、いずれにおいても存在する。特に、不妊治療、死産、救急医療、終末期など、生死に直結する状況、精神領域、小児領域など、対象の意思決定が困難な状況での葛藤に関する看護研究が多い。葛藤に関する研究は、葛藤そのものに焦点をあてた研究はほとんど見当たらず、患者や家族の療養や療養支援のプロセスの一局面として捉えられている。がん看護領域における先行研究では、患者や家族の葛藤は、先行きの見えなさ、あきらめきれない思いから構成されており(堀井, 2008; 北野, 2004)、葛藤の内容は、患者や家族の背景や価値観、死生観などによって多岐にわたるとされている。



## II. 文献検討の要約

### 1. 共有型意思決定について

文献検討を重ねた結果、妊娠期がん患者および家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を目指した支援プロセスでは、患者と家族を中心として、医師、看護師がそれぞれ双方向のコミュニケーションによって、情報交換や確認、相談を行っていることが分かった。

共有型意思決定(以下「SDM」とする)は多くの場合、「患者と医師による特定の意思決定プロセス」と定義されているが、妊娠期がん患者が意思決定するプロセスでは、患者に関わる医師が担当科の医師と産婦人科医の少なくとも2名以上となること、家族間での葛藤が想定されることから、看護師が必然的に、患者と家族の間、医師と医師の間、患者および家族と医師の間の調整を行うようになる。したがって、妊娠期がんにおけるSDMは、主として、患者と家族、看護師、産婦人科医、治療担当医の4者が双方向のコミュニケーションを取りながら情報や意思を共有し合い、意思決定を共有するプロセスであると考えた。ただし、妊娠期がん患者の意思決定が困難であることの理由として、出産した場合の育児をめぐる支援体制、中絶した場合の妊孕能に関する不確かさがあげられる。そうした不確かさについての相談や情報提供を行う職種として、助産師、産科病棟の看護師、メディカルソーシャルワーカーなどがプロセスに加わることもある。また、患者と家族に関わる看護師は外来受診、入院を通じて多岐に渡るが、その間も常に患者と家族に関わることのできる、がん領域の専門看護師や認定看護師がSDMに加わることが望ましいと考える。

SDMのプロセスは、Krinston et al.(2010)とNHSの考え方を基に、妊娠期がん患者と家族を対象にすることを考慮すると、①意思決定の必要性認識の段階、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階、③選択肢の提示の段階、④患者と家族の認識を吟味する段階、⑤意思決定内容について合意する段階からなると考えられる。①意思決定の必要性認識の段階は、患者や家族の状況から意思決定の必要性を医療者が認識する段階である。②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階は、治療担当医が一方的に治療法を決定するのではなく、患者と家族、産婦人科医、看護師などの医療者が対等な立場で共に意思決定していくことを認識する段階である。③選択肢の提示の段階は、治療担当医、産婦人科医、看護師が、各々の立場で良いと考える治療法のみでなく、患者と家族の状況から考えられるがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する段階である。④患者と家族の認識を吟味する段階は、医療者の説明を患者と家族がどのように受け止めたか、患者と家族にとってどのような体験であるのかを話し合う段階、⑤意思決定内容について合意する段階は、患者と家族、医療者が意思決定内容についての合意に向けて話し合い、合意する段階である。

妊娠期がんの場合、患者と家族は互いに相談しながら、妊娠継続やがんの治療法選択について決定するが、患者自身は胎児の命を優先し、家族は患者の命を優先するというように患者の考えと家族の考えが異なる場合がある。そういった場合には両者の間に強い葛藤が生まれる。看護師は、情報提供や相談を行いながら、患者、家族それぞれの考えに共感したり、価値観を確認したり、関係性を調整したりする。患者の治療方法選択については、患者側の要因からみると、治療担当科の医師ががんの病期、組織型を基に検討し、胎児側の要因からみると産婦人科医が妊娠週数、胎児の発育状況、治療による催奇性を基に治療開始可能な時期や出産可能な時期を検討する。いずれの場合も、提案した治療法のリスクや代替案のリスク、それらを選択した際に予測されることについて考慮し、情報提供しながら、意思決定を共有する。看護師は、治療担当医と産婦人科医が、互いに情報提供や相談を行うプロセスを調整する。医師からは患者に病状の説明、妊娠の経過、治療方法の選択、治療に伴うリス

クについて、情報提供がなされ、その情報を基に患者と家族が治療法を選択していく。治療法を選択する過程では、患者と家族は、問題に向き合い、ある治療を選択した場合のリスクや代替案のリスクについて評価しながら、意思決定を行う。看護師は、医師が患者に情報を伝えるタイミング、伝える内容、家族の同席の必要性について検討し、医師に伝えたり、医師からの説明内容の理解度について患者に確認するなど、調整を行う。これらのプロセスを繰り返しながら、意思決定を共有する。

妊娠期がん患者と家族、看護師、産婦人科医、治療担当医の4者のSDMにおける課題としては、がんの治療内容が妊娠継続に与える影響について不明であること、治療開始時期遅延ががんの進行にどこまで影響するか不明であること、妊娠継続ががんの進行に与える影響について不明であること、などがある。いずれの場合においても、まず産婦人科医と治療担当医が情報確認をお互いにし、患者と胎児の状況についてアセスメントし、患者に誰がどのように情報を伝えるかについて検討する必要がある。さらに、患者の受け止め方を医療者がどのように把握し、把握した内容をどのように共有しながら、患者と家族を支援するかという現象を明らかにすることが、妊娠期がん患者と家族と医療者のSDMプロセスを明らかにすることにつながる。

## 2. 妊娠期がん患者と家族のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定について

妊娠期がん患者のがん治療に関する意思決定については、多くの場合、治療についての選択肢が複数あり、それら選択肢の効果や影響について不明な点が多いことから、SDMが必要となる。

文献検討の結果から、子宮頸妊娠期がんは、治療の第一選択として、円錐切除術があげられることが明らかになった。また、卵巢妊娠期がんは、流・早産が合併症としてあげられ、進行期のがんには子宮・卵巢ともに全摘する根治術が行われていることが明らかになった。したがって、子宮頸がん、卵巢がんの治療法については、選択肢がない状況であり、意思決定を共有していく必要性は低い。さらに、終末期の患者については、がんの治療について意思決定する段階ではなく、母体の治療が最優先となるため、SDMを行う段階ではないといえる。

妊娠期がん患者と家族には、主に看護師、産婦人科医、治療担当医が関わり、4者で意思決定を共有することから、4者の価値や意思の確認、価値や意思の相違などがより複雑になることによって患者の迷いや葛藤が大きくなることが予測される。しかし、婦人科系がんの場合は、患者を担当する産婦人科医と治療担当医が同一である場合もあり、比較的スムーズに意思決定が共有される可能性があると考えられる。

以上の結果から、本研究で扱う妊娠期がん患者については、子宮頸妊娠期がん患者、卵巢妊娠期がん患者、終末期患者を除外し、SDMに、看護師、産婦人科医、治療担当医の3者が関わった患者とすることが、SDMの現象をより明らかにすることにつながると考えた。

## III. 研究の方向性と意義

がんと共に生きる人が増加する中で、がんの若年化、他疾患とがんの合併も増加してきている。中でも、がんに合併した妊娠は、複雑な状況下で多くの葛藤を伴いながら、時間の制限がある中での意思決定を迫られる。国内外の学会や学会誌では、妊娠期がんに関する報告があるが、数は少なく、ほとんどが事例報告、事例研究である。がん看護専門看護師の体験を聞いても、個々の事例について悩み、葛藤しながら、手探りで意思決定支援やケアの方向性を模索していた様子が見えてくる。以上の

ことより、妊娠期がん患者は増加してきており、ケース毎に患者を支える医療者が苦悩している様子は浮かび上がるが、意思決定を支える指針となるようなモデルは開発されていない。

妊娠期がん患者に関わった看護師は、その時々で困難を感じながらも、患者に継続的に関われない、相談相手がいない場合があることが推察される。また、妊娠期がん患者に関わった産婦人科医、治療担当医も、妊娠期乳がんについてはガイドラインが制定されてはいるがものの、治療のエビデンスが乏しい状況での情報提供や治療方針の決定に課題を抱えていることも推測される。

本研究では、妊娠期がん患者および家族と医療者が、がんの治療と妊娠継続に関して、共有型意思決定を基盤とした支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割を明らかにし、支援モデルを構築することを目的とした。妊娠期がん患者および家族が、がん治療と妊娠継続という葛藤を抱きながらも医療者との共有型意思決定を基盤とした支援プロセスについて体系化することは、妊娠期がん患者と家族の意思決定を支える指針となり得る。

#### IV. 研究課題

1. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした看護師、産婦人科医、治療担当医による支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割を、看護師、治療担当医、産婦人科医の体験をとおして明らかにする。
  - 1) 妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割を、看護師、治療担当医、産婦人科医への個別インタビューによって明らかにする。
  - 2) 妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割を、がん相談等に応じているがん看護専門看護師によるフォーカス・グループ・インタビューによって明らかにする。
2. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援モデルを構築する。

## 第3章 研究方法

### I. 研究デザイン

本研究では、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした、看護師、治療担当医、産婦人科医による支援モデルを構築する。看護師、治療担当医、産婦人科医が、共有型意思決定を基盤として、どのように妊娠期がん患者と家族を支援しているかについては、上述してきたように非常に複雑な現象であり、個々の事例の報告にとどまっている現状である。妊娠期がん患者および家族の意思決定支援について体系化して現象を記述するためには、質的記述的研究方法が適しているため、本研究では、インタビューを用いた質的記述的研究方法を用いる。

### II. 研究目的

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした、看護師、産婦人科医、治療担当医の支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割について、看護師、治療担当医、産婦人科医の体験をとおして明らかにする。そのうえで、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした支援モデルを構築することを目的とした。

### III. 用語の定義

#### 1. 妊娠期がん患者

妊娠中にがんだと診断された患者、あるいは、がんだと診断され治療が必要な時期に妊娠が明らかになった患者

#### 2. 家族

夫婦や親子を中心とする近親者。本研究では、患者と配偶者双方にとっての近親者とする。

#### 3. 意思決定

一定の目的を達成するために、複数の手段のなかから1つの選択をすることによって行動方針を決定することであり、その決定を遂行し、目標の達成度を評価する一連のプロセスとする。

#### 4. 共有型意思決定

患者と家族が、看護師、産婦人科医、治療担当医とのやり取りを通して共に意思決定を行うプロセスとする。プロセスとしては、Krinston et al.(2010)とNHS(National Health Service)の考え方を基に、①意思決定の必要性認識の段階: 患者や家族の状況から意思決定の必要性を医療者が認識する段階、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階: 患者と家族、産婦人科医、看護師などの医療者が対等な立場で共に意思決定していくことを認識する段階、③選択肢の提示の段階: 治療担当医、産婦人科医、看護師が、各々の立場で良いと考える治療法のみでなく、患者と家族の状況から考えられるがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する段階、④患者と家族の認識を吟味する段階: 医療者の説明を患者と家族がどのように受け止めたか、患者と家族にとってどのような

体験であるのかを話し合う段階、⑤意思決定内容について合意する段階：患者と家族、医療者が意思決定内容についての合意に向けて話し合い、合意する段階からなる。

#### IV. 研究期間

神戸市看護大学倫理審査で承認されてから 2019 年 9 月まで実施した。

#### V. データ収集方法

本研究は、①個別インタビュー、②フォーカス・グループ・インタビューの 2 種類のインタビューを実施し、得られたデータを分析した。

##### 1. 個別インタビュー

個別インタビューは、妊娠期がん患者と家族と医療者のがんの治療方針と妊娠継続に関する意思決定支援を行った経験のある看護師、産婦人科医、治療担当医の支援について、看護師、治療担当医、産婦人科医を対象に実施した。

##### 1) 研究協力者

先行研究で見てきたように、妊娠期がん患者は増加傾向にあるが、絶対数はまだまだ少ない。また、がんの治療と妊娠を同時に経験している患者の身体・精神的な苦痛や苦悩は非常に大きいと予測され、その時期に研究者が患者に関わることは、患者や家族の意思決定のプロセスに大きな負担を与える可能性がある。さらに、妊娠期がんの経験のある患者が、出産あるいは中絶をして日常生活を送っていても、プライバシーの問題から患者に会う機会を得ることは困難であり、たとえ、会う機会を得たとしても、治療中の出来事について想起することが精神的負担となる可能性は高い。これらの理由から、本研究では、参加観察や患者本人への面接は用いず、妊娠期がん患者に関わった経験のある看護師、産婦人科医、治療担当医への半構成的面接によってデータ収集を行った。

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした支援のプロセスは、妊娠週数やがんの種類によって異なり、個別性が高い。そのため、同一の妊娠期がん患者を治療あるいは担当した看護師、治療担当医、産婦人科医を研究協力者とすることが望ましい。しかし、研究協力者候補となる看護師や医師の転勤・部署の移動、研究協力への管理者の承諾などを考慮すると、同一の妊娠期がん患者に関わった看護師、治療担当医、産婦人科医に研究協力の承諾を得ることは非常に困難なことが予測された。そのため、本研究では、妊娠期がん患者を担当した経験のある同一の妊娠期がん患者を担当した看護師、治療担当医、産婦人科医者に研究協力の依頼を行い、承諾を得た者を研究協力者とした。

また、妊娠期がん患者の意思決定に関わる看護師は、患者と家族に情報提供や相談を行いつつ、患者や家族それぞれの考えに共感したり、価値観を確認したり、関係性を調整する役割、治療担当医と産婦人科医の間の情報提供や相談を調整する役割、医師と患者の関係性を調整する役割を担う。これらの役割を遂行するためには、高い看護実践能力と、病院内の部署をある程度横断的に動くことができる能力が必要である。したがって、本研究で対象とする看護師は、高い看護実践能力と医療者を対象に相談・調整する能力を備えている、がん看護領域の専門看護師、認定看護師を対象とし、なかでも妊娠期がん患者に関わる可能性があるがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師とする。

具体的な条件は以下の通りである。

#### (1)看護師

がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、過去に継続的に妊娠期がん患者を看護し、患者のがん治療と妊娠継続に関する意思決定に関わった経験がある、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のうち、研究に同意の得られた看護師 6 名を研究協力者とした。

看護師が看護した経験のある妊娠期がん患者の条件としては、①終末期患者を除く、②子宮頸がん、卵巣妊娠期がん患者を除く、③産婦人科医 1 名と治療担当医 1 名が担当している、の 3 点とした。

#### (2)治療担当医

がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、過去に妊娠期がん患者の治療にあたり、患者のがん治療に関する意思決定をした時点でも治療を担当していた、研究に同意の得られた乳腺外科医、血液内科医である治療担当医 5 名を研究協力者とした。

治療担当医が治療した妊娠期がん患者の条件としては、①終末期患者を除く、②子宮頸がん、卵巣妊娠期がん患者を除く、③産婦人科医 1 名と治療担当医 1 名が担当している、の 3 点とした。

#### (3)産婦人科医

がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、過去に妊娠期がん患者の治療にあたり、患者のがん治療に関する意思決定をした時点でも治療を担当していた、研究に同意の得られた産婦人科医 3 名を研究協力者とした。

産婦人科医が治療した妊娠期がん患者の条件としては、①終末期患者を除く、②子宮頸がん、卵巣妊娠期がん患者を除く、③産婦人科医 1 名と治療担当医 1 名が担当している、の 3 点とした。

### 2)リクルート方法

#### (1)研究協力者(看護師)への依頼方法: 個別インタビュー

研究協力者である看護師のリクルート方法(図 1)は、①日本看護協会ホームページ、あるいは産婦人科が設置されている、がん診療連携拠点病院のホームページで確認が可能な、がん看護専門看護師(以下「がん看護 CNS」とする)、あるいはがん化学療法看護認定看護師(以下、「がん化学療法看護 CN」とする)、乳がん看護認定看護師(以下、「乳がん看護 CN」とする)にアクセスし、妊娠期がん患者を援助した経験が本人あるいは知り合いの看護師にあるかどうかを確認する方法、②研究者の知り合いであり、産婦人科が設置されている、がん診療連携拠点病院のがん看護 CNS あるいはがん化学療法看護・乳がん看護 CN で、妊娠期がん患者を援助した経験のある看護師に、研究者が直接アクセスする方法の 2 つの方法を取った。①で知り合いを紹介してもらう場合は、研究者が直接紹介先の看護師にアクセスするが、紹介先の看護師の研究協力の可否が、紹介元の看護師に分かることがないよう十分配慮することについて、事前に十分に説明した。②の方法でアクセスする場合、研究者の知り合いの看護師への依頼となり、研究協力候補者が、研究協力依頼を断ることに躊躇する可能性がある。研究者からの強制力が働かないよう、断る場合には、指導教員への電話やメールを用いても構わないことを事前に十分に説明した。また、断った際にも、研究者と知り合いの関係には何ら影響はないことも合

わせて説明し、①の場合と同様の依頼方法とし、あくまでも研究協力は自由意思によるものであることを強調した。

依頼手順は、研究協力候補となる看護師が所属する病院の看護部長に、研究の概要(資料 1)、依頼書:個別インタビュー(看護部長:資料 4)を送付し、送付後約 10 日経過した頃に、看護部長に電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。確認後、看護部長と日程調整の上、研究の主旨を説明し、研究協力候補となる看護師に、依頼書:個別インタビュー(看護師:資料 2)を用いて研究協力依頼を行ってもよいかどうかを確認した。看護部長の研究協力依頼への承諾が得られれば、研究協力候補の看護師に、研究の概要(資料 1)、依頼書:個別インタビュー(看護師:資料 2)を送付し、送付後約 10 日経過した頃に、看護師に電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。確認後、研究協力候補の看護師と日程調整の上、研究協力を依頼した。研究協力への承諾が得られれば、同意書(資料 7)に署名いただき、返信用封筒とともに同意取消書(資料 8)を手渡し、いつでも研究協力を辞退・中断することが可能であることを説明し、インタビューを実施した。

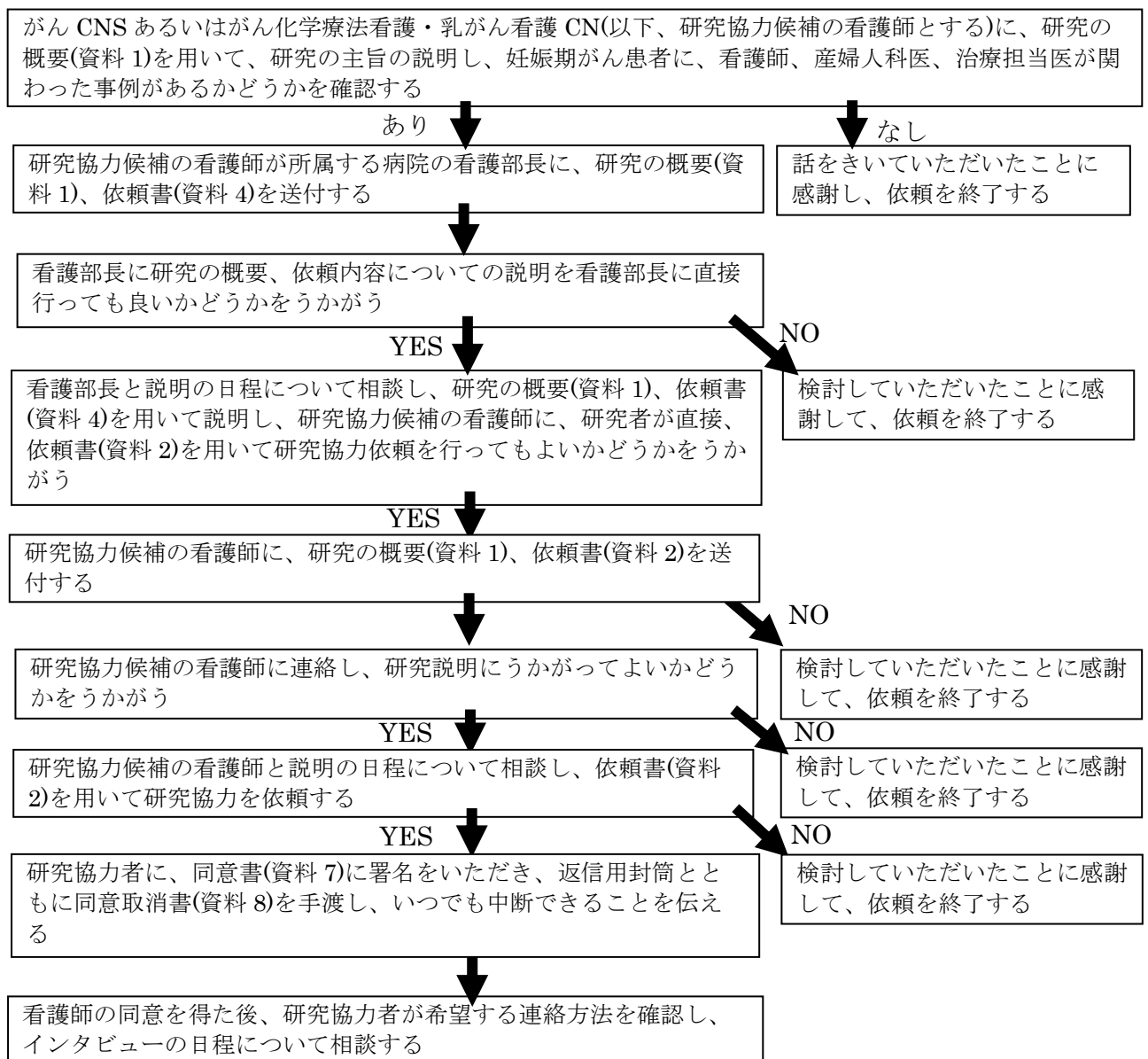


図 1 研究協力者(看護師)への依頼方法:個別インタビュー

## (2)研究協力者(産婦人科医、治療担当医)への依頼方法:個別インタビュー

研究協力者(産婦人科医、治療担当医)への依頼方法(図 2)は、研究協力者である看護師に、看護師が勤務する施設に、妊娠期がん患者に関わった経験のある産婦人科医、治療担当医がいるかどうかの確認を依頼した。産婦人科医、治療担当医の確認ができれば、研究協力候補の産婦人科医、治療担当医に研究協力依頼を行いたいことを、看護部長から研究協力候補者が所属する病院の病院長に伝えていただくことが可能かどうかを看護部長へ確認した。可能な場合は、看護部長から病院長へ、研究協力候補者の産婦人科医、治療担当医に研究協力依頼を行いたいことを口頭で伝えていただいた。不可能な場合は、研究者が直接、病院長に連絡を取り、研究の概要、依頼内容についての説明を病院長に行っても良いかどうかを確認した。病院長に研究の概要と研究依頼を行っても良いことの確認が取れた後、研究者が病院長に、研究の概要(資料 1)、依頼書:個別インタビュー(病院長:資料 3)を送付し、送付



後約 10 日経過した頃に、病院長に電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。確認が取れば、病院長に研究の主旨を説明し、研究協力候補となる産婦人科医、治療担当医に、研究についての説明を聞く意思があるかを確認していただいた。研究協力候補の産婦人科医、治療担当医の、研究についての話を聞く意思が確認できれば、研究協力候補の産婦人科医、治療担当医に、研究の概要(資料 1)、依頼書:個別インタビュー(産婦人科医:資料 5、治療担当医:資料 6)を送付し、送付後約 10 日経過した頃に、産婦人科医、治療担当医それぞれに電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。確認が取れば、産婦人科医、治療担当医と日程調整の上、研究協力依頼を行った。研究協力への同意が得られれば、同意書(資料 7)に署名いただき、返信用封筒とともに同意取消書(資料 8)を手渡し、いつでも研究協力を辞退中断することが可能であることを説明し、インタビューを実施した。

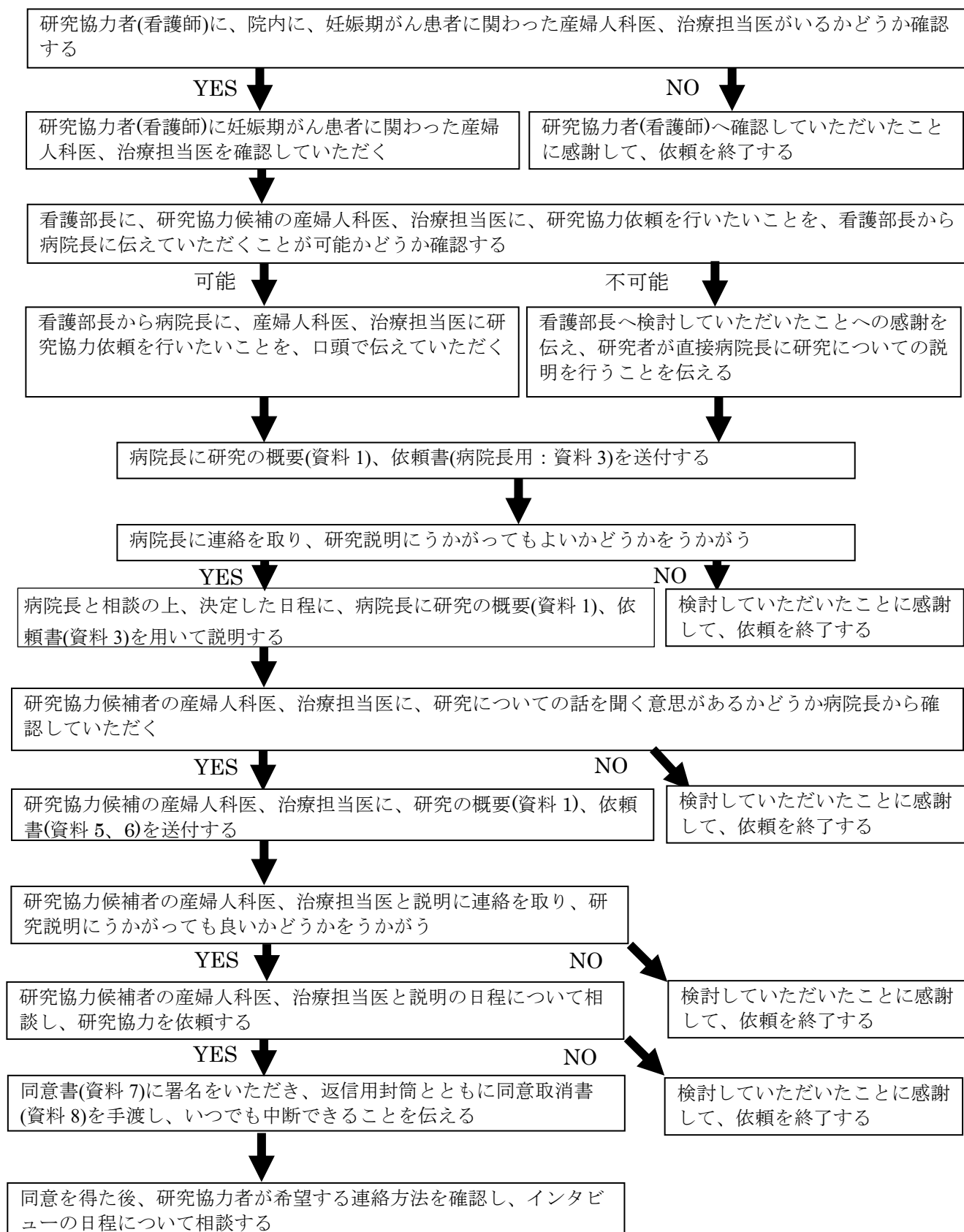


図 2 研究協力者(産婦人科医、治療担当医)への依頼方法:個別インタビュー

### (3)看護師、産婦人科医、治療担当医への依頼手順とデータ管理について

途中辞退については、データ分析を開始した後は辞退希望者のデータのみを破棄することが困難になるため、途中辞退をする場合、分析段階に入った後は辞退が難しい場合があるが、可能な限り対応することを事前に伝えた。また、同意の撤回や辞退によってその後不利益がもたらされるようなことは決してないことも事前に伝えた。研究計画の詳細の開示や研究結果の送付を希望した看護師、産婦人科医、治療担当医には、研究計画書、研究結果の要旨を送付する。

## 3)半構成的面接

### (1)面接の方法

研究への協力に同意が得られた看護師、産婦人科医、治療担当医に対し、研究協力者が所属する病院内あるいは研究協力者が希望する場所のプライバシーが保護できる個室で、半構成的面接を1-2回行った。1回の面接時間は60分程度とした。面接内容は、研究協力者の同意を得て、2台のICレコーダを使用して録音し、2回目の面接依頼をする可能性について説明を行った。

1回目の面接内容を逐語録にし、全体を把握した後に、研究目的と照らし合わせて、聞いた内容に補足したい内容がある場合は、データ分析の真実性の確保のために再度研究協力者に連絡を取り、承諾を得て2回目の面接を行った。

#### ① 看護師

面接では、妊娠期がん患者の先行研究を参考に、文献検討に基づいて、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族の様子、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を援助する上での課題、妊娠期がん患者を援助する上で看護師が担うべき役割について、インタビューガイド:個別インタビュー(看護師:資料9)を用いて聞いた。看護師経験年数、勤務形態などの基本的属性についても資料10を用いて情報を得た。

#### ② 産婦人科医

面接では、妊娠期がん患者の先行研究を参考に、文献検討に基づいて、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、インタビューガイド:個別インタビュー(産婦人科医:資料11)を用いて聞いた。医師経験年数などの基本的属性についても資料13を用いて情報を得た。

#### ③ 治療担当医

面接では、妊娠期がん患者の先行研究を参考に、文献検討に基づいて、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、インタビューガイド:個別インタビュー(治療担当医:資料12)を用いて聞いた。医師経験年数などの基本的属性についても資料13を用いて情報を得た。

### (2)逐語録の作成方法

2台のICレコーダで録音した音声データは、1つのICレコーダを主に用い、他の1台は予備とする。インタビュー内容はすべて研究者がテープ起こしをして逐語録を作成した。

## 2. フォーカス・グループ・インタビュー

フォーカス・グループ・インタビューは、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する意思決定における、看護師、産婦人科医、治療担当医の支援プロセスについて、がん相談等に応じているがん看護門看護師5名を対象に実施した。

### 1) フォーカス・グループ・インタビューの方法

個別インタビューでは、妊娠期がん患者と家族を実際に支援した経験を語ってもらうため、実践することが望ましいが実践できなかった支援、病院のシステム上困難であった支援などについては語られていない可能性がある。したがって、フォーカス・グループ・インタビューは、妊娠期がん患者と家族への支援について、実践上活用できる視点、さらに有意義な視点を追加することを目的として実施した。インタビュー時間は、120分程度とし、研究者はファシリテータの役割を担い、グループメンバーの意見を集約した。発言が特定の協力者に集中している場合は、発言の少ない協力者にも発言を促した。

共有型意思決を基盤とした支援プロセスは、患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する意思決定を、看護師、治療担当医、産婦人科医、その他の医療職者がどのように支援をしたかというプロセスを表す。妊娠期がん患者と家族の意思決定支援においては、治療担当医、産婦人科医、看護師、助産師など多くの職種が関わる中での支援であること、患者と家族をはじめ、医療者各々の思いや情報の共有など、患者や家族と医療者間のコーディネートなどの役割が重要であることが予測されたため、フォーカス・グループ・インタビューは看護師を対象とした。

面接内容は、研究協力者の同意を得て、2台のICレコーダを使用して録音した。

### 2) フォーカス・グループ・インタビューの視点

フォーカス・グループ・インタビューでは、患者や家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセスを明らかにするため、本研究の定義である「共有型意思決定」のプロセスに沿って、次の視点でインタビューを進めた。その際、インタビューガイド:FGI(看護師:資料16)を用いて話を聞いた。

- ① 意思決定の必要性認識の段階
  - a)患者と家族、看護師、治療担当医、産婦人科医で共有すべき問題の把握
- ② 治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階
  - a)患者と家族、看護師、治療担当医、産婦人科医で共有すべき問題の洗練化
  - b)どのように共通認識する必要があるか
  - c)コーディネートする上での看護職の役割
- ③ 選択肢の提示の段階
  - a)患者と家族の現状の認識
  - b)治療上の選択肢とリスクや利点、代替案
  - c)妊娠・出産に関する選択肢とリスクや利点、代替案
  - d)医療者間の連携とコミュニケーション
  - e)情報提供の方法と意思決定支援方法
  - f)支援する上での看護師の役割
- ④ 患者と家族の認識を吟味する段階

- a)患者と家族の現状認識、価値観、思い、病気や治療に関する意思
  - b)患者の状況の把握
  - c)患者と家族とのコミュニケーション・相談
  - d)医療者間での価値観や思い、病気や治療に関する意思の把握
  - e)医療者間の連携と看護師の役割
- ⑤ 意思決定内容について合意する段階
- a)意思決定支援と患者と家族と医療者間の合意
  - b)意思決定に基づく、治療の推進と支援
  - c)決定時と決定後の看護師の役割

### 3)研究協力者

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセスについて、がん看護に精通し、がん相談などに応じている、がん看護専門看護師5名を協力者としてインタビューを実施した。フォーカス・グループ・インタビューでは、人数が多すぎると全員が自由に発言する機会が少なくなり、人数が少なすぎると意見に偏りが出る可能性があるため、協力者は5名とした。また、個別インタビューの研究協力者も対象とするが、全員が個別インタビューの研究協力者になった場合、実践上活用できる視点、さらに有意義な視点など、新たな視点が出てくる可能性が低くなると考える。したがって、フォーカス・グループ・インタビューの研究協力者は、個別インタビューの研究協力者1名、個別インタビューの協力者以外4名の5名とした。個別インタビューの研究協力者から協力者を選ぶ基準は、がん相談支援室等で3年以上がん相談に応じていることとした。個別インタビューの研究協力者以外の協力者を選ぶ基準は、産婦人科が設置されているがん診療連携拠点病院において、がん相談に応じており、妊娠期がん患者に関わった経験のあるがん看護専門看護師とした。

### 4)研究協力者への依頼方法

研究協力者への依頼方法は、(1)個別インタビューの研究協力者に依頼する方法、(2)個別インタビューの協力者以外へ依頼する方法の2通りの方法を用いた。

インタビュー実施にあたっては、研究協力者全員が同じ場に来ることが必要であるため、場合によっては遠方からの参加になる可能性がある。いずれの方法で依頼する場合にも、移動時間とインタビュー時間を合わせると多くの時間を要する必要がある可能性を事前に十分に説明した上で研究協力を依頼した。可能な限り、実施場所は、がん看護関連の学会開催地での学会開催日の学会終了後などとし、移動の負担が極力少なくなるよう配慮したが、やむを得ず、学会開催地以外でのインタビューを依頼することとなった。インタビュー実施に際しては、交通費を支給した。また、インタビューでは、研究協力者が、過去に援助した経験のある事例を語る可能性もあったため、フォーカス・グループ・インタビューで語られた内容については、インタビューの場以外では口外することのないよう、事前に十分に説明した上で研究協力を依頼した。

#### (1)個別インタビューの研究協力者への依頼(図3)

個別インタビューの研究協力者および看護部長には、フォーカス・グループ・インタビューの研究依頼の可能性について、個別インタビューの研究協力に同意した時点で伝え、依頼文:個別インタビュ

一(看護師:資料 2、看護部長:資料 4)にも、フォーカス・グループ・インタビューの研究協力依頼をする可能性を示した。

依頼方法は、看護師に直接、フォーカス・グループ・インタビューの趣旨について説明を聞く意思があるかどうか確認した。意思が確認できれば、研究協力候補となる看護師が所属する病院の看護部長に、研究の概要(資料 1)、依頼書:FGI(看護部長:資料 14-1)を送付し、送付後約 10 日経過した頃に、看護部長に電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。看護部長への研究の概要、依頼内容の説明後、研究協力候補となる看護師への、依頼書:FGI(看護師:資料 15-1)を用いての研究協力依頼の了承が得られれば、研究協力候補の看護師に、研究の概要(資料 1)、依頼書:FGI(資料 15-1)を送付し、送付後約 10 日経過した頃に、研究協力候補の看護師に電話で、研究の概要、依頼内容についての説明を行っても良いかどうか確認した。確認が取れれば、研究協力候補の看護師と日程調整の上、研究協力を依頼した。

その際、個別インタビューで協力者であった看護師への依頼となり、研究協力候補者が、研究協力依頼を断ることに躊躇する可能性があった。研究者からの強制力が働かないよう、必ず他の候補者と同様の方法で依頼し、研究協力者が募れない場合でもそのことは候補者には伝えず、通常のスタンスで研究依頼を行った。また、依頼を断る場合には、指導教員への電話やメールを用いても構わないことを事前に十分に説明する。さらに、断った際にも、研究者と候補者との関係には何ら影響はないこと、あくまで自由意思による協力であることを強調した。研究協力への承諾が得られれば、同意書(資料 7)に署名いただき、返信用封筒とともに同意取消書(資料 8)を手渡し、いつでも研究協力を辞退・中断することが可能であることを説明し、インタビューガイド:FGI(看護師:資料 16)を用いてインタビューを実施した。



研究協力への承諾が得られれば、同意書(資料 7)に署名いただき、返信用封筒とともに同意取消書(資料 8)を手渡し、いつでも研究協力を辞退・中断することが可能であることを説明し、インタビューガイド:FGI(看護師:資料 16)を用いてインタビューを実施した。

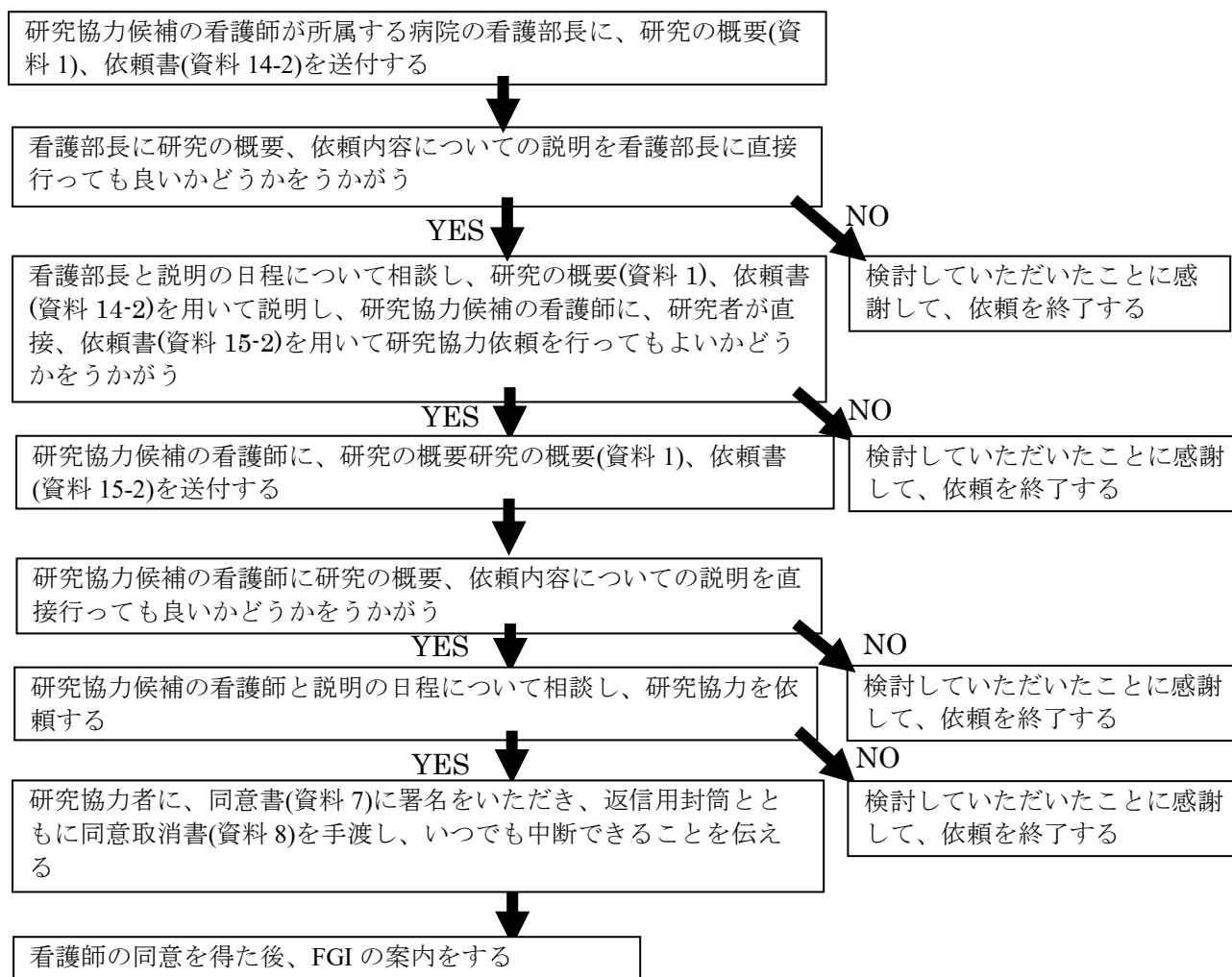


図 4 研究協力者(個別インタビューの研究協力者以外)への依頼手順 : FGI

## VI. データ分析方法

分析は以下の手順で行った。

- (1) 個別インタビュー、フォーカス・グループ・インタビューで研究協力者が語った内容を逐語録にした。
- (2) 看護師、産婦人科医、治療担当医の語った内容を、本研究の用語の定義である「共有型意思決定」のプロセス「①意思決定の必要性認識の段階、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階、③選択肢の提示の段階、④患者と家族の認識を吟味する段階、⑤意思決定内容について合意する段階」に沿って分析を行った。共有型意思決定のプロセスに沿わないデータであっても、がん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤として、患者や家族と医療者が課題や



情報、感情を共有していると考えられるデータに着目し、分析対象とした。フォーカス・グループ・インタビューの内容についても同様に「共有型意思決定」のプロセスに沿って分析を行った。

- ① 意思決定の必要性認識の段階では、患者や家族の状況をどのように捉えたか、医療者間で共有すべき問題や情報は何かという視点で、データを抽出した。抽出したデータについてコード化し、意味の似通っているものをサブカテゴリとした。サブカテゴリについて、意味の似通っているものを抽象化し、カテゴリとした。
- ② 治療方針の決定に関する者が共に意思決定を行うことを認識する段階では、何を問題として捉えたか、患者と家族が問題を明確化できるように、どのようにアセスメントし、患者および家族、他職種と意見交換をしたかという視点で、データを抽出した。抽出したデータについてコード化し、①と同様にサブカテゴリ、カテゴリを生成した。
- ③ 選択肢の提示の段階では、看護師、産婦人科医、治療担当医がそれぞれの権限をどのように認識し、他職種と情報共有を行っていたか、患者と家族に情報提供を行う際に、リスクや利点、代替案についてどのような考えに基づいてどのように伝えたかという視点で、データを抽出した。抽出したデータについてコード化し、①②と同様にサブカテゴリ、カテゴリを生成した。
- ④ 患者と家族の認識を吟味する段階では、患者と家族の価値、意思をどのように確認し話し合ったか、看護師、産婦人科医、治療担当医が自分たちの現状認識、価値、意思をどのように捉え、それぞれの価値や意思をどのように分かち合ったか、患者と家族の意思決定が揺れたかどうかという視点で、データを抽出した。抽出したデータについてコード化し、①②③と同様にサブカテゴリ、カテゴリを生成した。
- ⑤ 意思決定について合意する段階では、患者および家族と看護師、産婦人科医、治療担当医が合意に向けてどのように話し合い、どのように合意に至ったのかという視点で、データを抽出した。抽出したデータについてコード化し、①②③④と同様にサブカテゴリ、カテゴリを生成した。
- ⑥ **SDM** プロセスの段階に当てはまらないデータであったも、患者や家族と医療者が意思決定について情報や感情を共有しているデータを抽出し、抽出したデータについてコード化し、サブカテゴリ、カテゴリを生成した。

(3)(2)で明らかになったカテゴリを関連付け、「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした、看護師、産婦人科医、治療担当医の支援プロセス」を明らかにした。

(4)「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした、看護師、産婦人科医、治療担当医の支援プロセス」において看護師が担っている役割についても同様にコード化し、サブカテゴリ、カテゴリを生成した。

(5)(3)(4)で明らかになったカテゴリ間の関連を一連のプロセスとして整理し、構造化し、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした支援モデルを構築した。

なお、全過程において、研究指導者からスーパーバイズを受けた。個別インタビューの分析結果について、看護師によるメンバーチェックングを実施することで真実性を確保した。

## VII. 倫理的配慮

### 1) 不利益を受けない権利の保障

研究協力候補者には研究者から、研究の趣旨について説明し、同意書への署名をもって同意を得たこととした。協力を依頼する際には、強制力が働かないよう注意し、研究への協力の可否を病院管理者、研究協力者に知らせないことを約束した。研究への協力は自由意思であり、途中辞退も可能であることを伝えた。特に、研究者の知り合いに研究依頼をする際には、必ず他の候補者と同様の方法で依頼し、研究協力者が募れない場合でもそのことは候補者には伝えず、通常スタンスで研究依頼を行った。また、依頼を断る場合には、指導教員への電話やメールを用いても構わないことを事前に十分に説明した。さらに、断った際にも、研究者と知り合いの関係には何ら影響はないこと、あくまで自由意思による協力であることを強調した。研究結果の送付を希望した看護師、産婦人科医、治療担当医には、研究結果の要旨を送付することを伝えた。

個別インタビューでは、面接時間は1回60分程度とし、研究協力者の負担にならないよう配慮した。面接により、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出すことで生じる後悔などの否定的な感情が生じる可能性を考慮した。面接を中断した方が良いと判断した場合は、途中で面接を中断し、研究協力者の意向に沿って、再開あるいは延期、中止した。フォーカス・グループ・インタビューでは、5名の研究協力者に同時に集まり120分のフォーカス・グループ・インタビューに参加してもらった。インタビューを行う場所によっては、研究協力者にとって遠方への出張となる場合もあるため、そのことを事前に丁寧に説明し、時間が120分を越えないようにした。また、可能な限り、インタビュー実施場所は、がん看護関連の学会開催地での学会開催日の学会終了後などとし、移動の負担が極力少なくなるよう配慮した。フォーカス・グループ・インタビューの場面では、さまざまな価値観や考え方が出てくる可能性、発言の偏りが協力者間でみられる可能性があるため、決して批判的にならず、発言の少ない協力者にも発言してもらえよう、研究者がモデレータとして調整した。

### 2) 研究目的、研究内容を知る権利の保障

研究目的、方法、具体的な協力内容について、研究者が資料1、2、5、6、14、15を用いて口頭で説明した。研究に関する質問や疑問はいつでも受けられるよう、資料の文末に研究者と指導教員の連絡先を明記した。また、研究協力者から研究計画の詳細や研究結果を知りたいという希望がある場合には、研究計画書の公開、論文の要旨の報告をすることを約束した。

### 3) 自己決定の権利の保障

研究への協力は、病院長または看護部長からの承認を得て、がん看護専 CNS、がん化学療法看護 CN または乳がん看護 CN、治療担当医、産婦人科医に依頼するが、研究への協力が強制的にならないよう、研究への協力、中断、途中辞退は自由意思によるものであることを強調した。また、研究協力について決定するための十分な時間を設けるため、まず文書を送付し、その後約10日経過した頃に研究内容説明を行って良いかどうか確認した後に研究協力依頼を行った。特に、最初にアクセスする看護師は、看護協会や病院のホームページで公開されている、がん看護 CNS、がん化学療法看護 CN、乳がん看護 CN となるが、研究者の知り合いである看護師が対象となる可能性があった。そのため、研究者からの強制力が働かないよう、断る場合には、指導教員への電話やメールを用いても構わないことを事前に十分に説明し、研究協力依頼を断った際にも、研究者と知り合いの関係には何ら影響はないことも合わせて説明した。また、最初にアクセスした看護師を通じて紹介していただいた看護師に研究

協力依頼する場合があるが、その場合は、紹介先の看護師の研究協力の可否が紹介元の看護師に分らないよう配慮した。

また、看護師、産婦人科医、治療担当医が研究協力を断った場合、病院長、看護部長には伝えないことも合わせて説明し、辞退を申し出ることに躊躇するような状況を作らないよう配慮した。研究協力者が研究を途中で辞退したい場合、申し出やすいように、研究協力への同意を得る際に、同意取消書と返信用封筒を手渡した。

#### 4) プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保障

個別インタビューでは、面接はプライバシーが保護できる個室で行い、承諾が得られた場合のみ、面接内容を IC レコーダに記録した。承諾が得られなかった場合は、データの真実性が確保できないため、研究協力者から除外した。面接内容から得られたデータは、固有名詞を記号化もしくは削除した。データは鍵のかかるキャビネットに厳重に管理し、研究終了の報告後 5 年間もしくは研究結果最終公表後 3 年間のいずれか遅い日まではデータを保管することとした。研究協力者から語られる内容は非常に稀な症例であり、個人が特定される可能性が高い。そのため、施設や個人について特定されないよう、特定されると考えられる内容は、記号化、抽象化、もしくは削除した。職業や生活背景によって個人が特定される可能性があるとは判断した場合は、その部分を記号化、抽象化もしくは削除した。

フォーカス・グループ・インタビューでは、5 名の看護師を研究協力者とした。研究協力者は、過去に援助した経験のある事例を語る可能性もあったため、フォーカス・グループ・インタビューで語られた内容については、インタビューの場以外では口外することのないよう、事前に十分に説明した上で、研究協力者となることに同意を得た。個別インタビューと同様、インタビューは、プライバシーが保護できる個室で行い、面接内容を IC レコーダに記録した。承諾が得られなかった協力者の部分のみを削除することは不可能なため、面接内容の録音への承諾が得られない場合は、データの真実性確保の観点から、研究協力者から除外した。面接内容から得られたデータは、固有名詞を記号化もしくは削除した。データは鍵のかかるキャビネットに厳重に管理し、研究終了の報告後 5 年間もしくは研究結果最終公表後 3 年間のいずれか遅い日まではデータを保管することとした。

研究に際して知り得た情報は研究目的以外には使用せず、指導教員とともに解釈した。論文発表をする際にも個人が特定されないよう十分注意する。

なお、本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けた上で研究を実施した。

## 第4章 結果

### I. 研究協力者の概要

#### 1. 個別インタビュー

事例の概要と研究協力者は、表1に示す。事例は8事例あり、妊娠期乳がん6事例、妊娠期悪性リンパ腫1事例、妊娠期白血病(急性骨髄性)1事例であった。妊娠期がんが分かった際の妊娠週数は、7週から35週であり、患者の年齢は20歳代から30歳代後半であった。化学療法や手術などの治療をしながら分娩した事例が4事例、出産後に治療を開始した事例が3事例、中絶後に治療を行った事例が1事例であった。同一患者を担当した看護師、治療担当医、産婦人科医にインタビューを依頼し、看護師6名、治療担当医5名、産婦人科医3名の協力を得た。

##### 1)看護師の概要

看護師の協力者は6名であった(表2)。年代は40歳代から50歳代で、有している資格は、がん看護CNS、乳がん看護CN、がん化学療法看護CNであった。所属部門は外来が4名、がん相談支援センターが2名であった。インタビュー時間は最大79分、最小44分で、平均64.1分/回であった。

##### 2)治療担当医の概要

治療担当医の協力者は5名であった(表3)。年代は40歳代から50歳代で、診療科は乳腺外科4名、血液内科1名であった。インタビュー時間は最大54分、最小29分で、平均37.8分/回であった。

##### 3)産婦人科医の概要

産婦人科医の協力者は3名であった(表4)。年代は30歳代から40歳代で、インタビュー時間は最大31分、最小15分、平均23.7分/回であった。

表1 個別インタビューの事例概要と研究協力者

事例	患者				研究協力者		
	疾患	年齢 同居家族	がん合併妊娠が 分かった経緯	がん合併妊娠 診断後の経過	看護師	治療 担当医	産婦人 科医
A	乳がん (HER2陽性)	20歳代 夫	乳房のしこりが気になり、乳がん 検診受診。要精密検査となり、乳 腺クリニック受診時に妊娠の可能 性があった。クリニックで乳がん の診断を受け、クリニックからA病 院を紹介された。	初診時妊娠11週、挙児希望す る。19週でAC療法開始、3週ごと に4コースを終え、32週で乳房温 存術、センチネルリンパ節生検施 行。39週で陣痛誘発剤を使用し 経膣分娩。	○	○	—
B	乳がん (TNBC*)	30歳代 夫	妊娠4か月頃、腋窩の異変に気 づきクリニック受診、妊娠に伴う 変化だと説明される。本人の希 望でB病院受診し、乳がんの診断 を受ける。	初診時妊娠7か月。乳がんの進 行が速く、8か月で出産した後、 化学療法、乳房温存術を施行。	○	—	—
C	乳がん (TNBC*)	30歳代 夫・子	乳がんの家族歴があり、妊娠中、 乳房の腫瘍に本人が気づく。か かりつけの産婦人科クリニックで 異常を訴えるが、妊娠に伴う変化 だと説明される。本人の強い希望 で他院受診、乳がんの疑いあり、 D病院に紹介受診となる。	初診時妊娠35週3日、腫瘍径は 12cm。34週以降は化学療法をせ ず出産後の化学療が安全であると 乳腺外科医が判断し、陣痛誘 発剤を使用し出産、その後化学 療法を開始した。	○	○	—
D	悪性リンパ腫 (DLBCL**)	30歳代 夫	妊娠初期より咳嗽あり、妊娠26週 で呼吸困難が出現し、近医受 診、MRIにて縦隔腫瘍と診断され る。E病院呼吸器外科に紹介さ れ、組織診にて悪性リンパ腫と診 断、血液内科に紹介となる。	初診時妊娠28週、縦隔腫瘍の急 激な増大により呼吸困難の症状 が悪化しており、ステロイド剤を 使用し、30週で帝王切開にて出 産。出産後、化学療法を開始し た。	○	○	—
E	乳がん (再発・HER2陽性)	20歳代 夫	今回の受診の1年前、妊娠中に 乳がんだと診断され、中絶し、乳 房温存療法、化学療法、放射線 療法を施行。今回、2度目の妊娠 中、乳腺外科で定期フォロー時、 妊娠22週で再発乳がんがみつ かる。	本人の強い挙児希望により、妊 娠25週で乳房切除術施行。その 10日後に、がんサージボードで検 討し、乳房切除術以外の治療を 行わず、自然分娩することに決定 した。妊娠38週5日で経膣分娩。	—	○	○
F	急性骨髄性白血病	30歳代 夫・子2人	妊娠12週の産科クリニックの妊婦 健診で白血球数24万/mm <sup>3</sup> 、精査の ため16週でF病院に紹介される。	妊娠を諦めて治療を行うか、妊 娠継続しながら治療をするかとい う選択肢を提示し、患者と家族 が、中絶することを選択した。	—	—	○
G	乳がん (ホルモン感受性一)	30代後半 夫 (治療途中で入籍)	検診で要精査となった頃、妊娠 の可能性もあった。精査したとこ ろ、妊娠と乳がんが同時に判明 する。診断時、がんの直径6mm、 妊娠7週。	中絶も妊娠継続も可能であると 説明され、本人・家族ともに妊娠 継続を希望。妊娠中の抗がん剤 は拒否したため、局所麻酔での 乳房部分切除術のみ施行。36週 で普通分娩。	○	○	○
H	乳がん (DCIS***)	30代前半 パートナー	乳房腫瘍があり、センチネルリン パ節生検断端陽性で、乳房切除 術後、1週間ほどして妊娠が判明 する。妊娠8週未満。	術後は放射線療法は必須、ホル モン療法は行うことが望ましく、選 択肢として、①妊娠継続しながら ホルモン療法治療施行、②妊娠 継続して治療しない、③中絶して 術後補助療法を施行、④乳房全 摘術を施行し、補助療法を行わ ないという4つが提示された。患 者とパートナーは妊娠継続し、治 療はしないという選択をし、普通 分娩した。	○	—	—

\*TNBC: triple negative breast cancer トリプルネガティブ乳がん

\*\*DLBCL: diffuse large B-cell lymphoma びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

\*\*\*DCIS: ductal carcinoma in situ 非浸潤性乳がん

表2 個別インタビューの研究協力者(看護師)概要

事例	年代	看護師経験年数 (年)	有している資格	所属部門 (診療科)	インタビュー 時間(分)	
					1回目	2回目
A	50歳代	30	乳がん看護CN	外来 (乳腺外科)	79	68
B	40歳代	25	がん看護CNS	がん相談 支援センター	68	—
C	50歳代	30	乳がん看護CN	外来 (乳腺外科)	68	—
D	40歳代	20	がん看護CNS がん化学療法看護CN	がん相談 支援センター	64	—
E	—	—	—	—	—	—
F	—	—	—	—	—	—
G	40歳代	20	乳がん看護CN	外来 (乳腺外科、臨床腫瘍科)	58	—
H	40歳代	20	乳がん看護CN	外来 (乳腺外科、臨床腫瘍科)	44	—

表3 個別インタビューの研究協力者(治療担当医)概要

患者	年代	医師経験 年数(年)	診療科	インタビュー 時間(分)
A	50歳代	30	乳腺外科	29
B	—	—	—	—
C	40歳代	20	乳腺外科	40
D	40歳代	25	血液内科	29
E	50歳代	30	乳腺外科	54
F	—	—	—	—
G	40歳代	15	乳腺外科	37
H	—	—	—	—

表4 個別インタビューの研究協力者(産婦人科医)概要

患者	年代	医師経験 年数(年)	インタビュー 時間(分)
A	—	—	—
B	—	—	—
C	—	—	—
D	—	—	—
E	30歳代	10	25
F	40歳代	25	31
G	40歳代	20	15
H	—	—	—

## 2. フォーカス・グループ・インタビュー

研究協力者は5名であった(表5)。年代は全員40歳代で、がん看護CNSの資格を有していた。がん相談支援センター所属の看護師が3名、臨床腫瘍科、緩和ケアチーム所属の看護師が1名であった。

インタビュー時間は133分であった。

表5 FGIの研究協力者概要

看護師	年代	看護師経験年数 (年)	有している資格	所属部門 (診療科)
I	40歳代	18	がん看護CNS 乳がん看護CN	内科・乳腺外科外来
J	40歳代	20	がん看護CNS	臨床腫瘍科 緩和ケアチーム
K	40歳代	23	がん看護CNS がん化学療法看護CN	がん相談 支援センター
L	40歳代	22	がん看護CNS	がん相談 支援センター
M	40歳代	13	がん看護CNS	がん相談 支援センター

## II. データ分析結果

データ分析結果について、1. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス、2. 支援プロセスにおける看護師の役割の順にカテゴリごとに説明する。

なお、【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、〈 〉はコード、「 」はデータ、( )は研究者による補足を示す。データの末尾には、語り手の事例のアルファベットと職種を明記した(事例 A の看護師は A 看護師、事例 A の治療担当医は A 乳腺外科医、事例 A の産婦人科医は A 産婦人科医とした)。

### 1. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス(以下「医療者の支援プロセス」とする)として、①意思決定の必要性認識の段階では、【妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする】【チームで支援しようという意識をもつ】が、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階では、【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】が、③選択肢の提示の段階では、【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】【医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する】が、④患者と家族の認識を吟味する段階では、【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】【患者と家族の意思を確認し方向性を定める】が、⑤意思決定内容について合意する段階では、【がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う】【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】が生成された。どの段階にも属さないカテゴリとして、【意思決定について患者が納得できるよう支える】が生成された(表 6)。以下、カテゴリごとに説明する。



**表 6 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス**

段階	カテゴリ	サブカテゴリ
意思決定の必要性認識の段階	妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする	患者と家族が、妊娠期がんであることを告げられ、衝撃とともに今後の進展に不安を感じていると捉える 妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントする
	チームで支援しようという意識をもつ	妊娠期がん患者を目の前にして、医療チームで支援する必要があると考える がん治療と妊娠継続との間で葛藤しながらも支援者としての覚悟を決める
治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階	患者と家族と共に意思決定するための準備を整える	母子の命に関わる意思決定について患者と家族と共に考えていくための準備を整える
		治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定していけるよう関わる
選択肢の提示の段階	患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する	がんの進行度や妊娠週数、挙児希望などの多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する
	医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する	がん治療と妊娠継続についての選択肢と選択に付随するものを提示する 実施が推奨されるがん治療とがん治療の胎児への影響や妊孕性についての情報を提示する
患者と家族の認識を吟味する段階	医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる	治療担当医と産婦人科は各々の役割を果たすとともに相互に補い合う 看護師は医療者同士の連携を把握し、患者や家族と医療者の調整窓口となる
		生殖医療は生殖医療科や産婦人科が担う 患者と家族が共に考えていけるよう環境調整する
	患者と家族の意思を確認し方向性を定める	患者と家族のがん治療と妊娠に関する認識と意思を確認する 患者と家族の意思を確認した上で患者の意思を最優先する 患者の意思を受け入れることが可能な状況か確認する
意思決定内容について合意する段階	がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う	決定した内容について、がん治療や分娩方法を具体的に決定する がん治療と妊娠継続を並行できるよう、がん治療中の副作用や生活について対処できるよう環境を整える
	がん治療中の支援体制を医療者間で整える	患者と家族のがん治療と治療に伴う不安に対処する準備を多職種で整える 今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う
—	意思決定について患者が納得できるよう支える	意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える 意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する

1) 妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする

【妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする】は、患者と家族が、妊娠と同時にがんに罹患していることを告げられ、患者自身の生命の危機を感じ今後の出産やがん治療などの進展に不安が高まっている状況を捉え、現状を認識できるかどうかアセスメントすることを意味している。このカテゴリは、《患者と家族が、妊娠期がんであることを告げられ、衝撃とともに今後の進展に不安を感じていると捉える》《妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントする》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表7)。

表7 妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする

サブカテゴリ	コード
患者と家族が、妊娠期がんであることを告げられ、衝撃とともに今後の進展に不安を感じていると捉える	妊娠期がんの診断に対して、患者と家族は衝撃を受け不安が高まっていると捉える
	妊娠期のがん治療の難しさから、患者は自身の生命の危機を感じていると捉える
妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントする	妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントし、援助の必要性を見極める

(1) 患者と家族が、妊娠期がんであることを告げられ、衝撃とともに今後の進展に不安を感じていると捉える

《患者と家族が、妊娠期がんであることを告げられ、衝撃とともに今後の進展に不安を感じていると捉える》は、がん罹患と妊娠を同時に告げられ、患者の命への不安、胎児の命への不安を感じ、衝撃とともに不安を感じている患者と家族の状態を捉えることを示し、〈妊娠期がんの診断に対して、患者と家族は衝撃を受け不安が高まっていると捉える〉〈妊娠期のがん治療の難しさから、患者は自身の生命の危機を感じていると捉える〉という2つのコードがあった。

① 〈妊娠期がんの診断に対して、患者と家族は衝撃を受け不安が高まっていると捉える〉

「妊娠が分かってたぶん4か月くらいから(乳房に)違和感があったと思うんですけど、その時から(産婦人科クリニックの医師に)言っているのに。だから3か月くらい経過をみて大きくなっているの、もう衝撃と、がんっていうこと自体がやっぱりもう…その場面っていうのが、ご主人も泣く、本人も崩れる、もうなんかこう悲惨というか。」B 看護師

「旦那さんがちょっと動揺されてて、旦那さんのお姉さんか誰かを亡くされていて、早くに。なんで、そういうことになるんじゃないのかみたいな感じですよ。旦那さんの方が不安というか、もし奥さんが死ぬようなことがあったら、小さい赤ちゃんが残されるわけなので、その辺がすごく不安があったような感じがありました。」C 看護師

## ② 〈妊娠期のがん治療の難しさから、患者は自身の生命の危機を感じていると捉える〉

「子どもがどうなるのかっていうのをご本人さんは言われてたけど、『私、死んじゃうの?』っていうのを何度も繰り返されてた。」B 看護師

「『どのくらい生きれるのかな』いうのを聞いてるところもあったので。」C 看護師

「化学療法はまだ決心つかないから、でも手術はいずれしないといけないのもそうだし、というよりも、早く手術をしてほしいという希望をおっしゃってた。」E 乳腺外科医

「(予後が悪いことが予測されることについて)ある程度(患者に)言いました。というのは、それは本人も非常に気にかけていたことだけでも、乳房に再発したということは他の臓器にも再発してるんじゃないか、ということを本人さんが何よりも心配しておられたので、その可能性はあるから検査がいるよね、という話をして、出産後速やかに検査をしようね、ということは話してました。」E 乳腺外科医

### (2) 妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントする

《妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントする》は、がん罹患と妊娠を同時に告げられ動揺する患者と家族が現状認識できる状況か、現状認識できるよう支援する必要があるかどうかをアセスメントすることを意味しており、〈妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントし、援助の必要性を見極める〉というコードがあった。

## ① 〈妊娠期がんを告げられた患者と家族が現状認識できる状況かアセスメントし、援助の必要性を見極める〉

「本人さんは、どう言うんですかね、こう、ぼうっていうか泣き崩れてるので。ご主人も『大丈夫です』とか言っても本当に泣いてるから、もう、お父さんが『言ってください。ちゃんと聞きます』っていうことで、お父さんに主に言われてましたけど。たぶん本人さんは、たぶんほとんど聞けてないんじゃないかなと思う。で、お母さんは隣で泣かれてたので。」B 看護師

「その日はあまりにもショックそうで、とりあえず治療方針が立つのが3日後だったので、また3日後にお話をしましょう、何か聞きたいことがありますかという格好で。診察室で結構いろいろ気持ちを語れる方だったんですよ。なので、その日は特別時間を取らなかった。」C 看護師

「子どもを産んでいくに当たってのこれまでの悲嘆作業、お母様を亡くしたこととか流産の経験があるってことですごく悲嘆を経験されているっていうところが心理面の関わりで大事なかなと思ったので産科のナースにお伝えした。」E 看護師

2) チームで支援しようという意識をもつ

【チームで支援しようという意識をもつ】は、妊娠期がんを告げられた患者と家族を目の前にし、医療者自身も動揺し、何らかの支援が必要であると捉え、がん治療と妊娠継続の間に葛藤しつつも患者をチームで支えようと決意することを示し、《妊娠期がん患者を目の前にして、医療チームで支援する必要があると考える》《がん治療と妊娠継続との間に葛藤しながらも支援者としての覚悟を決める》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表8)。

表8 チームで支援しようという意識をもつ

サブカテゴリ	コード
妊娠期がん患者を目の前にして、医療チームで支援する必要があると考える	今後支援が必要になることを予測して、がん患者の受診についての情報を看護師、治療担当医、助産師間で共有する
	医療者は動揺しながら、複数の医療者で支援する必要があると捉える
がん治療と妊娠継続との間に葛藤しながらも支援者としての覚悟を決める	がん治療を待つことによる患者の生命のリスクと妊娠継続との間に葛藤する
	患者を支援するという覚悟を決める

(1) 妊娠期がん患者を目の前にして、医療チームで支援する必要があると考える

《妊娠期がん患者を目の前にして、医療チームで支援する必要があると考える》は、妊娠期がんを告げられた患者を目の前にして医療者自身が動揺しながらも患者をチームで支援する必要があると捉えることを意味し、〈今後支援が必要になることを予測して、がん患者の受診についての情報を看護師、治療担当医、助産師間で共有する〉〈医療者は動揺しながら、複数の医療者で支援する必要があると捉える〉の2つのコードがあった。

① 〈今後支援が必要になることを予測して、がん患者の受診についての情報を看護師、治療担当医、助産師間で共有する〉

「そうですね、(他職種とのやり取りは)後はもう電話とかですね。で、『今日、こういう(妊娠期がんの)方が行かれるので、もし何か言ったら、こちらにお願いします』っていうのを最初に(他の医療者に)言ったり、それで助産師の方と連携が取れたみたいで、定期的に関わってくれてました。」A 看護師

「この患者さんは、外来の看護師からご紹介があったと思います。外来の看護師は妊娠をしているということと、悪性リンパ腫はほぼ検査の結果で診断されたので、支援が必要だろうということで専門看護師にということでご連絡いただいて面談を開始したというところです。」C 看護師

## ② 〈医療者は動揺しながら、複数の医療者で支援する必要があると捉える〉

「外来看護師と内科の看護師と結構みんな関心もって絡んではくれますし、初回で支援をって言っ  
て救い上げてくださった方も外来の看護師なので、みんな難渋というか、大変なんだろうなってい  
うところを持っている中で、どう支援していいのか分からないけれどもってというのが実情だろうな  
って思うのも思います。」D 看護師

「一般の外来に就いているスタッフとかのほうで、かなり動揺をなさっていたなっていう印象はあ  
るので、そこ(スタッフの動揺)をどう支えるかということも含めてかなっていうこと。」K 看護師

「妊娠がどういった気持ちで、妊娠なさってきた中でがんの発症が分かったのかとか、その辺りを  
どう支えるかっていうところで、すごく漠然とした自分自身の動揺はあったようには思う。」K 看  
護師

### (2) がん治療と妊娠継続との間で葛藤しながらも支援者としての覚悟を決める

《がん治療と妊娠継続との間で葛藤しながらも支援者としての覚悟を決める》は、がんの治療方針  
を決定する際に、妊娠のことも合わせて考えなければならないという葛藤を医療者が抱きながらも、  
何らかの形で患者を支援するという覚悟を決めることを意味し、〈がん治療を待つことによる患者の  
生命のリスクと妊娠継続との間で葛藤する〉〈患者を支援するという覚悟を決める〉の2つのコード  
があった。

## ① 〈がん治療を待つことによる患者の生命のリスクと妊娠継続との間で葛藤する〉

「HER2 がプラスだったので、早く化学療法したい一心。あと、遠隔転移の画像評価ができないの  
で妊娠中で。今が本当にどういう状態かっていうのが分からない。腋窩の腫れがあったんですけ  
ど、そこは細胞診をしても乳がんの転移ではなかった言うことだったので、そこは一安心したんで  
すけれども。なにせ医療者の方が不安でしたね。」A 看護師

「咳嗽と、ステロイドが使えたかな。もう(胎盤)移行しないということで使えたように思ったんです  
けど。呼吸困難感を抑えるってところで少し薬も使いながら、ただ夜間の覚醒が回数も多いし  
っていうところで、しんどいって言うことは言ってらっしゃって。先生は見通しとしてそこまで、  
30 週までいけば(胎児の)呼吸は(問題ない)って言われるけど、本当に産めるのかっていうところと、  
このまま産んでいいのかっていうところもちょっと気にされてた気はします。」D 看護師

## ② 〈患者を支援するという覚悟を決める〉

「私も初めて、みんな初めてだったので、みんなが手探りでなんとかこの子どもと母親を支えよう  
って言う気持ちはすごくあったんだと思います。」A 看護師

「動揺っていうよりは、この人らしく生きていくための支援をしなければいけないという覚悟を決めました。」I 看護師

### 3)患者と家族と共に意思決定するための準備を整える

【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】は、妊娠期がんと診断され、患者と家族は、患者の生命の危機を感じながらも胎児の命にも関わる意思決定をしなければならない状況にあるため、患者と家族と医療者で共に意思決定していくための準備を整えることを意味している。このカテゴリは、《母子の命に関わる意思決定について患者と家族と共に考えていくための準備を整える》《治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定していけるよう関わる》の2つのカテゴリから構成されていた(表9)。

表9 患者と家族と共に意思決定するための準備を整える

サブカテゴリ	コード
母子の命に関わる意思決定について患者と家族と共に考えていくための準備を整える	妊娠期がん患者の支援に漠然とした不安を持ちつつ手探りで関わりを開始する
	母子の命に関わる意思決定であるため、患者と家族と医療者で考えていくための時間を取る
治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定していけるよう関わる	患者と家族が、がんを合併しながらの出産後の生活や家族の関係性について考えることができるように関わる
	看護師と医師は治療に関する情報のみでなく、葛藤や価値観を共有しながら治療法を検討する

#### (1) 母子の命に関わる意思決定について患者と家族と共に考えていくための準備を整える

《母子の命に関わる意思決定について患者と家族と共に考えていくための準備を整える》は、妊娠期がん患者の治療について考えることは、母子の2つの命について考えることであり、患者と家族と複数の医療者が共に考えていくために、関りを開始したり時間を取ったりことを意味しており、〈妊娠期がん患者の支援に漠然とした不安を持ちつつ手探りで関わりを開始する〉〈母子の命に関わる意思決定であるため、患者と家族と医療者で考えていくための時間を取る〉の2つのコードがあった。

#### ① 〈妊娠期がん患者の支援に漠然とした不安をもちつつ手探りで関わりを開始する〉

「自分はどうしたらいいのかっていう風に、なんかちょっとよく分からないな、どうしようっていうような。(中略)ちょっと先のことっていうか、漠然的に、できることって何かなっていう風に思いながらも、その時その時気付くことを伝えていきながら関われたらいいなっていう風には思った。」B 看護師

「私自身も揺れてたというか。何を聞いてあげたらいいのかとか。何を聞いたらいいのかとか。質問を一緒に考えましょうって言っているけれども、自分にも質問していい内容がなかなか見つからない」D 看護師

②〈母子の命に関わる意思決定であるため、患者と家族と医療者で考えていくための時間を取る〉

「医師はその時(妊娠期がんが分かった時)、ちょっと時間の猶予をくれっていう感じで、医学的にどうなのかっていうのをやっぱり医師として考えないといけないって。患者さんの希望もあるし、医師としての判断もあるでしょうし、過去のいろんな文献から調べたデータもあるでしょうし、そういったものを全部合わせて考えるべきだから、ちょっと時間をくれっていう感じでした。すぐには決断を出さなかったです。」H 看護師

「(妊娠期がんの診断がついた日は)何はともあれ赤ちゃんをご本人と、二つの命に関わることだから、どういうふうにしたものか、ということで、本人にも家族の方にも、そのときは産婦人科もここにかかってたわけで、産婦人科の先生とか小児科の先生とよく話をして方針を決めましょうね、という話を。そういう話だけをしたと思います。」E 乳腺外科医

(2) 治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定していけるよう関わる  
《治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定していけるよう関わる》は、妊娠期がんの治療について患者と家族が意思決定するためには、意思決定後に子どもがいながら治療を並行する生活も含めて、患者や家族と医療者が共に考えていけるように、医療者間で葛藤や価値観を共有しながら関わることを意味しており、〈患者と家族が、がんを合併しながらの出産後の生活や家族の関係性について考えることができるように関わる〉〈看護師と医師は治療に関する情報のみでなく、葛藤や価値観を共有しながら治療法を検討する〉の2つのコードがあった。

①〈患者と家族が、がんを合併しながらの出産後の生活や家族の関係性について考えることができるように関わる〉

「話の中で意思決定の支援をするのに、先ほど出た、(子どもを)育てていくことを考えるっていう。(中略)やっぱりその場でよければいいという考えでは、なかなか…感じて。」J 看護師

「意思決定を支えていくにあたって、ずれているなって感じることもあるので、そういうふう感じられているから、もうちょっと、先のことまでご提案したほうがいいんじゃないかっていうふうな形で、(治療担当医に)お伝えしたりすることはあります。先生がたが、そこ(先のこと)を伝えられていないのに、あまりそこを伝えていくのが本当にいいことかって思うと。伝えてあげたほうがいいかと判断するんですけど、やっぱり、そこは共有しないと医療の方向性としてはずれるのかなっていう、常に葛藤がある気がします。」K 看護師

「特にフォーカスを当てた治療の方法っていうことだけじゃなくって、これから合併しながら暮らしをどう考えるとか、生活をどう考えるとか。これまでの患者さんたちの配偶者というか、パートナーの方との関係性とかですね。」K 看護師

②〈看護師と医師は治療に関する情報のみでなく、葛藤や価値観を共有しながら治療法を検討する〉

「先生達、NICU の先生とか産科の先生とか、乳腺の、それぞれの思いがあるので、やっぱり何回かお話はされてたようには思います。」B 看護師

「先生も、妊娠がなければ乳がんの治療を優先したいだろうし、そこを汲んでも患者さんの気持ちを考えたらってところで、悩めますよねっていうような形で、言葉にして先生を、医師が感じていることを、自分が感じたことを言葉に表現したりとか。」I 看護師

4)患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する

【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】は、がんと妊娠を合併している患者の治療を検討するために、がんの進行度や妊娠週数、患者と家族の挙児希望、今後の妊孕性の保持などの患者と家族に関する情報を、さまざまな方面から収集し、治療の選択肢を検討することを意味し、《がんの進行度や妊娠週数、挙児希望などの多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する》のサブカテゴリから構成されていた(表 10)。

表 10 患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する

サブカテゴリ	コード
がんの進行度や妊娠週数、挙児希望などの多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する	がんの進行度を優先しながら、妊娠週数や挙児希望など多面的な情報について考える
	多面的な情報を統合し、治療の選択肢について検討する

(1)がんの進行度や妊娠週数、挙児希望などの多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する

《がんの進行度や妊娠週数、挙児希望などの多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する》は、治療担当医、産婦人科医、看護師が、がんの部位や進行度、妊娠週数、患者の挙児希望などの情報から治療の選択肢について検討することを意味し、〈がんの進行度を優先しながら、妊娠週数や挙児希望など多面的な情報について考える〉〈多面的な情報を統合し、治療の選択肢について検討する〉のコードがあった。

①〈がんの進行度を優先しながら、妊娠週数や挙児希望など多面的な情報について考える〉

「たぶん週数が問題してるかなとは思んですけどある程度『帝王切開で産んでいける』っていう方が割と比重が大きかったように思いましたんで、これがたぶん週数がもっと浅かったら、これ以上の妊娠継続を止めてとか、そういった意思決定が必要になってくるかもしれないんですけど、結構 28 週になってもう後 2 週でっていうところだったので、治療を急ぐっていうところの選択もそれほど強くでなかったように思った。」D 看護師



「1つは抗がん剤治療をすると次のお子さんをみられる可能性っていうのはグッと減っちゃうんですね。ですからこの治療の場合は、ここで産まないと次のお子さんが産めない可能性があります。そういうのもあって、産むのを優先しましょうという風になったと思います。」D 血液内科医

「いずれにしても、それだったらね、その週数(22週)であればもう中絶という選択肢はないし、もちろん順調に育ってる赤ちゃんをやっぱきちんと産んで育てたいという思いに何のぶれもなかったから、みんな。本人も、家族も、われわれもね。」E 乳腺外科医

## ② 〈多面的な情報を統合し、治療の選択肢について検討する〉

「説明は、だから、細胞診、まあ一気にできないので。CTとかそういう、赤ちゃんのことがあるので、まずは治療をするために、乳がんで、その細胞診の結果を説明されて、その治療方針がないっていうか、化学療法で、手術をして化学療法するしかないっていうことで、で、トリプルネガティブっていうのは進行が速いっていうことと、若いっていうことなので、すごく命に今後危険が伴ってくる。で、治療が効いたとしても、一時的な延命にすぎないっていうことはたぶん言われました。」B 看護師

「明らかに進行乳がんっていうのが分かってたから、取り敢えず抗がん剤をしないとイケない。というのがあったんで妊娠中期、もう終わりぐらいだったんで、抗がん剤を入れて出産させるか、それとも出産した後で抗がん剤をするか、早く産んでもらって抗がん剤をするか。取りあえず、抗がん剤はしようと決めてた。」C 乳腺外科医

「まずは治療しないと今のしんどさがとられへんから、早く治療をしたい。で、そういう治療をしましょう。ただ、患者さんの場合は妊娠されてるから、赤ん坊の影響を考えてまず出産をしていたら治療をしないとイケませんと(説明した)。」D 乳腺外科医

### 5)医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する

【医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する】は、医療者間で検討した治療方針についての選択肢提示の準備が整い、医療者から患者と家族へがん治療と妊娠継続についての選択肢提示を行うことを意味している。このカテゴリは、《がん治療と妊娠継続についての選択肢と選択に付随するものを提示する》《実施が推奨されるがん治療とがん治療の胎児への影響や妊孕性についての情報を提示する》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表11)。

表 11 医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する

サブカテゴリ	コード
がん治療と妊娠継続についての選択肢と選択に付随するものを提示する	妊娠継続しながらのがん治療と中絶後のがん治療のメリットとデメリットについて説明する
実施が推奨されるがん治療とがん治療の胎児への影響や妊孕性についての情報を提示する	医療者間で検討した胎児への影響が最小限になるがんの治療方法について説明する がん治療後の妊孕性保持についての情報と対応可能なことについて説明する

(1) がん治療と妊娠継続についての選択肢と選択に付随するものを提示する

《がん治療と妊娠継続についての選択肢と選択に付随するものを提示する》は、医療者間で検討したいくつかの選択肢のメリットとデメリットを提示し、特にデメリットについては生殖医療の情報なども合わせて提示することを示し、〈妊娠継続しながらのがん治療と中絶後のがん治療のメリットとデメリットについて説明する〉のコードがあった。

① 〈妊娠継続しながらのがん治療と中絶後の治療のメリットとデメリットについて説明する〉

「医師の方から事前に生検結果が出てたので、乳がんのタイプが分かっていたので、ホルモン療法が必要であると。今後の治療もだいたいこういうことかなという治療提示があったので、初期で堕胎も可能な時期だったので堕胎をしてすぐ治療を始めるか、妊娠を継続、妊娠初期なので化学療法も何もできないと。なので、堕胎をすればすぐに乳がんの治療ができる、妊娠を継続すると乳がんの治療が遅れるから、命への影響も分からない、どうしますかっていう話までをされたみたいです。」A 看護師

「(妊娠中は)やはり積極的に治療ができないってところで、妊娠継続ができる範囲での治療になりますよね。あと妊娠初期はやっぱり抗がん剤とかあと麻酔の影響もあるので、手術の時期も考えないといけないってことで、そういったお話があったと思います。」G 看護師

「本来のことを言えば、堕胎した方が…治療、遅れずにできるということですね。だから妊娠継続することによって治療は後手後手になるよ(説明した)。それが悪影響を及ぼすかどうかというのは結果論でしか分かんない。」A 乳腺外科医

(2) 実施が推奨されるがん治療とがん治療の胎児への影響や妊孕性についての情報を提示する

《実施が推奨されるがん治療とがん治療の胎児への影響や妊孕性についての情報を提示する》は、選択肢の幅を絞るために、治療が胎児に与える影響を最小限にする方法や妊孕性保持の情報、ガイドライン等に沿って推奨すべき治療について明言することを示し、〈医療者間で検討した胎児への影響が最小限になるがんの治療方法について説明する〉〈がん治療後の妊孕性保持についての情報と対応可能なことについて説明する〉の2つのコードがあった。

① 〈医療者間で検討した胎児への影響が最小限になるがんの治療方法について説明する〉

「医師は、『(妊娠)初期は(全身麻酔による手術は)ちょっと難しいかもしれないけど、16週以降、実際には5月ぐらいからだったら大丈夫じゃないか』って説明がありました。」G 看護師

「それは血液内科的には(ステロイドは)たくさん入れたら入れたほど、病状は抑えられます。確か通常化学療法で使うステロイドの量いうたら100 mgくらい使うんですけども、治療効果があるところは10とか20とかからなんで、たぶん産科の先生と相談して、赤ちゃんに対して影響がないであろう量ということで20という設定になったんだろうと思います。(中略)話し合ってます。」D 血液内科医

② 〈がん治療後の妊孕性保持についての情報と対応可能なことについて説明する〉

「それ(妊孕性のこと)は必ず言うようにしています。何らかの治療をするときには場合によってはですね、最初に例えば男の人やったら精子保存をしておいてもらうとか、治療の危険がある場合は、治療にかかるまえに精子保存に行っておいたらとか、卵子保存の方法がどうか見ておいてもらったとかというようなこともすることはあるんですね。ですからそれも急ぐ病気とか急がない病気とかっていうのもあるんですけど、やっぱり治療にかかる前には多分全ての患者さんにその話を私はしています。」D 血液内科医

「妊娠を見送るとき、妊娠中絶をした場合のお話もちよっとしたんですけども、『その時には自然妊娠の可能性はちょっと低いでしょう。あと卵子温存っていう選択肢はありますよ』という話はしました。(中略)抗がん剤をするので。あとホルモン治療とかあるとしたら、少なくとも出産後3年くらいは妊娠しないほうが良いというふうには言われてますので、年齢的には厳しいところもあるだろうと。」G 乳腺外科医

6)医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる

【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】は、看護師、治療担当医、産婦人科医、時には生殖医療を担う医師が、各々の役割と責任を明確にしながら、相互に相談・連携しながら、チームとして患者と家族に関わることを示し、《治療担当医と産婦人科医は各々の責任を果たすとともに相互に補い合う》《看護師は医療者同士の連携を把握し、患者や家族と医療者の調整窓口となる》《生殖医療は生殖医療科や産婦人科が担う》の3つのサブカテゴリから構成されていた(表12)。

表 12 医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる

サブカテゴリ	コード
治療担当医と産婦人科は各々の役割を果たすとともに相互に補い合う	産婦人科医は患者や家族と治療担当医が決定した治療の範囲内で、患者や他職種の相談に応じる 産婦人科医は、治療担当医とがんに関する情報を共有した上で、妊娠経過を見ながら必要時は治療担当医とコンサルテーションし合う
看護師は医療者同士の連携を把握し、患者や家族と医療者の調整窓口となる	看護師は医療者の中での調整窓口となり、患者や家族と医療者、医療者間の橋渡しをする 看護師は、治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、互いのやり取りを把握する
生殖医療は生殖医療科や産婦人科が担う	生殖医療は生殖医療科や産婦人科医が連携を取る

(1) 治療担当医と産婦人科医は各々の役割を果たすとともに相互に補い合う

《治療担当医と産婦人科医は各々の役割を果たすとともに相互に補い合う》は、がんの治療方針については治療担当医が、妊娠経過については産婦人科医が責任をもつが、出産時期、妊娠への治療の影響については互いに相談しながら患者に関わることを示し、〈産婦人科医は患者や家族と治療担当医が決定した治療の範囲内で、患者や他職種の相談に応じる〉〈産婦人科医は、治療担当医とがんに関する情報を共有した上で、妊娠経過を見ながら必要時は治療担当医とコンサルテーションし合う〉の2つのコードがあった。

① 〈産婦人科医は患者や家族と治療担当医が決定した治療の範囲内で、患者や他職種の相談に応じる〉

「治療方針はもう血液内科で決定することなんで、(呼吸器外科医、産婦人科医とは)どういう風に(患者に)お話ししましょうとか、誰からどこまでお話ししましょうとかいうくらいのお話をしたいと思います。」D 血液内科医

「がんの治療については治療される医者が決められるので、僕たちがそこに何か言うっていうことはない。聞かれるとしたら、赤ちゃんは順調かとか、いつ産んでいいかとか、そういうことでしょ。それは電子カルテを見れば分かりますからね。みんな詳しく書いてくれるから、それを見れば分かる。」F 産婦人科医

「患者さんが来られて、手術の、麻酔の影響どうなんですかねと聞かれたときに、それにお応えすることはありましたよ。でもそれは別に外科の先生から聞かれたわけではなかったので、その辺は別段外科の先生とは何もしていないと思います。」G 産婦人科医

② 〈産婦人科医は、治療担当医とがんに関する情報を共有した上で、妊娠経過を見ながら必要時は治療担当医とコンサルテーションし合う〉

「その時のお子さんの状態とかもありますから、それは産婦人科の先生がだめっていったらだめですし、そこは産婦人科の先生の、お子さん産めるかどうかは産婦人科の先生に任せると。」D 乳腺外科医

「原疾患…がんの治療方針を相談されれば別でしょうけど、そうじゃなければ、やはりがんの治療方針はがんの担当医の先生に決めていただく方がいいと思うので、もちろん必要なコンサルがあればお返事はするし、こちらが必要だと思ったコンサルはしますけど、そうじゃなければいいと思います。」G 産婦人科医

(2) 看護師は医療者同士の連携を把握し、患者や家族と医療者の調整窓口となる

《看護師は医療者同士の連携を把握し、患者や家族と医療者の調整窓口となる》は、妊娠期がん患者は治療科や治療の場が多岐に渡るため、看護師は患者や家族と医療者の連携を把握しながら、調整する役割を担うことを示し、〈看護師は医療者の中での調整窓口となり、患者や家族と医療者、医療者間の橋渡しをする〉〈看護師は、治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、互いのやり取りを把握する〉の2つの小カテゴリから構成されていた。

① 〈看護師は医療者の中での調整窓口となり、患者や家族と医療者、医療者間の橋渡しをする〉

「治療っていったってね、コミュニケーションの上にやってることなので、それが直接治療に関係なくっても、ああだこうだと話をしているということやってることなんで。そうするとやっぱり、男性である主治医が十分カバーできないコミュニケーションを看護師の方とか、この方の場合、助産師さんも関わってくれたので、やってくれるっていうのは、それは診療に直接的な、明確なものとしては無くっても、非常に大事なコミュニケーションになってると思います。何て言うんですか、女性としての思いを、まず微妙なところで分からないところを、患者さんの話を聞いてもらうだけでも、やっぱり男性にはできないところもあるだろうから、それはもう女性の医療、診療に関わってるスタッフが聞いてあげないといけないし、話はね。それはもう、特に看護師の方をお願いしないとできないことだし。」E 乳腺外科医

「私は乳がんの治療に関しては、主治医には必ず同席はさせてもらってたんですけど、産婦人科に関してましては助産師が必ず付いていますので、そこも患者さんの了解を得て、助産師にこういう人、患者さんがいるので必ず同席をしてほしいと。それで助産師と情報共有は直接はさせてもらいました。」I 看護師

② 〈看護師は、治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、互いのやり取りを把握する〉

「(初診時は医師のICに同席)してます。呼吸器外科が発端だったっていうこと、その後産科の医師の方にも妊娠の見通しのお話があったので、そこにも同席をして、血液内科の医師にも同席をして

います。患者さん自身は、質問の整理とかはしていく中でご質問はされてたなって。『子どもは本当に産めるのか。』っていうこと、はっきり産科の方で聞かれてましたし、その中で血液内科と連携を取るんだっていうことも産科の先生がお伝えされていたので、そこで連携があるんだっていう認識はある感じでした。」D 看護師

「主治医と産婦人科医が診察を通じて、カルテ上の交換と、あとは電話でもやりとりをなさっていたのと。悪性リンパ腫の方が、24 週で分かっているんで、どこまで病気として診ていけるのかとか、出産をいつの時期にするかっていう辺りのところとか。」K 看護師

(3) 生殖医療は生殖医療科や産婦人科が担う

《生殖医療は生殖医療科や産婦人科が担う》は、患者が希望する場合、生殖医療については生殖医療科や産婦人科が対応することを示し、〈生殖医療は生殖医療科や産婦人科医が連携を取る〉のコードがあった。

#### ① 〈生殖医療は生殖医療科や産婦人科医が連携を取る〉

「そこ(生殖医療)も、正直なところ、ちょっと私の手の離れた所でお話進んで、気が付いたらというところなんです。その辺、産科と生殖医療科はすごくスムーズに連携取ってくれて、一応技術に関して問題はないかっていうことで問い合わせはあったんですが、問題ありません。そうなんです、みたいな形でした。」G 乳腺外科医

#### 7) 患者と家族の意思を確認し方向性を定める

【患者と家族の意思を確認し方向性を定める】は、患者や家族と医療者間で、患者や家族の思いや状況を共有すること、患者と家族が互いに思いや情報を理解できるよう環境を整えることを通して、患者と家族の意思を引き出し、支援の方向性を見出していくことを意味している。このカテゴリは、《患者と家族が共に考えていけるよう環境調整する》《患者と家族のがん治療と妊娠に関する認識と意思を確認する》《患者と家族の意思を確認した上で患者の意思を最優先する》《患者の意思を受け入れることが可能な状況か確認する》の4つのサブカテゴリから構成されていた(表 13)。

表 13 患者と家族の意思を確認し方向性を定める

サブカテゴリ	コード
患者と家族が共に考えていけるよう環境調整する	がんの治療と妊娠継続についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう環境を整える
患者と家族のがん治療と妊娠に関する認識と意思を確認する	妊娠期がんと治療についての患者と家族の理解や認識を把握し、理解を深めるよう補足する
	患者と家族各々の、妊娠中あるいは出産後のがん治療に対する思いを偏りなく把握する
	夫婦の関係性と児への愛着を観察する
患者と家族の意思を確認した上で患者の意思を最優先する	患者と家族の意思を確認し、フォローの必要な家族を支える
	選択肢に伴うリスクを理解した上での患者と家族の選択であると受け止める
	家族内で意思の相違がある場合には患者本人の意思を最優先する
患者の意思を受け入れることが可能な状況か確認する	医療者の価値観にとらわれず選択できるよう配慮する
	患者の希望に沿ってがん治療を進めていくことへの家族の支援体制や意思を確認する

(1)患者と家族が共に考えていけるよう環境調整する

《患者と家族が共に考えていけるよう環境調整する》は、がんの治療方針に関する意思決定は重要な意思決定であり、各々の立場によって考え方も異なることから、意思決定に関わる全てのメンバーが共に意思決定プロセスに参加できるよう呼び掛けたり、参加できる環境を整えたりすることを示し、〈がんの治療と妊娠継続についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう環境を整える〉のコードがあった。

① 〈がんの治療と妊娠継続についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう環境を整える〉

「ただその中で先生らは、どれがベストかっていうところはちょっと比重おいてお話しされると思いますけど、それに対してどうかっていうところは、やっぱりご夫婦で相談されることですよって言って。先生が決める的にならないようにはお声掛けした気はするので。」D 看護師

「妊娠継続に関するご本人の意思とか家族の意思とかいうのは人それぞれなので、妊娠継続、中絶の選択肢は、家族みんなで決めるべきだというふうには思いました。」G 乳腺外科医

「普段そこまで意識はしないんですけども、やはりイレギュラーな状況であれば、答えのない状況で話を進めていくときには、やっぱり関わる人の、全員の同意が要るだろうと思います。」G 乳腺外科医

(2)患者と家族のがんの治療と妊娠に関する認識と意思を確認する

《患者と家族のがんの治療と妊娠に関する認識と意思を確認する》は、患者や家族各々が、妊娠期がんと治療についてどのように受け止め、どうしたいと考えているのかを、どの立場にも偏らないニュートラルな立場で把握し、医療者が調整すべき方向性を見出すことを示し、〈妊娠期がんと治療についての患者と家族の理解や認識を把握し、理解を深めるよう補足する〉〈患者と家族各々の、妊娠中あるいは出産後のがん治療に対する意思を偏りなく把握する〉〈夫婦の関係性と児への愛着を観察する〉という3つのコードがあった。

① 〈妊娠期がんと治療についての患者と家族の理解や認識を把握し、理解を深めるよう補足する〉

「まずは病状の理解ができていかなというのが一番気になっていたんで、医師が説明用紙に書いていたんで、その説明用紙の内容が分かりますかっていうのを確認しました。で、十分、提供された情報に関しては、その2日間の間に事前に自分たちでネットで見たと。で、いろいろ勉強もしたんですということで、医師の説明はだいたいわかりますという反応でした。そういうところから始めていきました。」A 看護師

「やっぱり(医師の説明の)治療の流れが分からないようで、スケジュール的なことの確認がありました。化学療法を何か月かしてその後出産してそうなるのかとか、そうなった場合どうなるのかとか。」A 看護師

「先生の言葉って、専門用語だったり、先生のそれぞれの言い方があったりして、一緒に面談に入っていると、この患者さんきつとこういう風に受け止めてるなとか、理解してるなっていう風に思ってるところは、やはりその後で、『先生はこういう思いであなたのことを今こういうふうに説明したのよ』って、その後でちょっと補足がないと、すごいイメージで持って、持って帰るとまたそれが悪くなって、また人に伝えるとそれがもっとどんどん(悪く)なって、こんな感じになってしまうので、早い段階で理解の修正って言うんですかね、それをしてあげないといけないなと思います。」A 看護師

② 〈患者と家族各々の、妊娠中あるいは出産後のがん治療に対する意思を偏りなく把握する〉

「お父さんお母さんは、どう言うんですかね、まあ、娘を助けてもらえるかっていうのがまず優先ですよ。旦那さんは、ご本人を助けてほしい、子供を助けてほしい。でも本人さんは『赤ちゃんが』っていう、それぞれの立場で、こう、ね。なんか複雑ですよ。」B 看護師

「先生も、妊娠中からの治療ができますよっていうような形で提示して、しかしお母さまが、後で聞いたんですけど、看護師さんだったんです。それで、『出産後の治療を』って感じで言ってたんです。ご本人は、まだ何とも意思表示はされずだったんですが、そこでちょっと食い違いがあるなっていうのを。」G 看護師



「ご主人の方の両親は、もちろん妊娠をして、奇形児が生まれるかもしれんっていうのが心配で。」H 看護師

「ご両親は動揺されて。ご両親は自分の娘がかわいかったんです、やっぱり。『孫よりも自分の娘がちょっとでも長生きできるようにはどうしたらいいんですか』って。本人は本当に抗がん剤治療がつかなくて嫌だって言ってたんだけど、『抗がん剤を先、早くやったほうがいいんだったら早くやったってほしい』って、お父さんはおっしゃいます。」E 乳腺外科医

### ③ 〈夫婦の関係性と児への愛着を観察する〉

「旦那さんの気がかりはどっちかっていうと美容師で自分が働いているっていうので、結構夜が遅い。9時とか10時になったり、遅くなる時はミーティングとかがあると12時近くにはなるので、その間、奥さんのことが心配っていうのはずっとおっしゃってたので。お父さんに来てもらったりもしているんだけど、今あんな感じで息がしんどそうとか、風邪ひいているような感じの、肺炎症状じゃないけど、かなり咳が出てたりもしてたので、その辺の不安は言われてましたね。」A 看護師

「妊婦健診に来るときはいつも明るい感じで。ご主人もいつもついて来られてたので、だいたい明るい感じで、赤ちゃん確認できて嬉しそうにはしてました。」E 産婦人科医

#### (3)患者と家族の意思を確認した上で患者の意思を最優先する

《患者と家族の意思を確認した上で患者の意思を最優先する》は、各々の医療者は自分の価値観に捉われずに、患者や家族の意思を確認した上で、患者と家族の意思に折り合いがつかない場合は患者の意思を最優先することを示し、〈患者と家族の意思を確認し、フォローの必要な家族を支える〉

〈選択肢に伴うリスクを理解した上での患者と家族の選択であると受け止める〉〈家族内で意思の相違がある場合には患者本人の意思を最優先する〉〈医療者の価値観にとらわれず選択できるよう配慮する〉の4つのコードがあった。

#### ① 〈患者と家族の意思を確認し、フォローの必要な家族を支える〉

「最初のお母さんと先生の(意見がずれている)時には、そこを少し理解してもらうように働きかけたっていうところですかね。でも、お母さんが少しずつ気持ちが近づいてきたというか、少し和らいできたのも分かりましたし、でもその中でお母さんもだいぶいろんな葛藤もあったと思いますし、そこを一個一個確認しながら。でも、お母さんだけで抱え込まないようにとか。」G 看護師

「お母さんには、毎回毎回ですけど、『大丈夫です?』って声掛けながら、(中略)もうハンカチ片手に握りしめながらっていうような感じだったので、もう本当に、一緒に考えましょうっていうことを繰り返したような気がします。」G 看護師

## ② 〈選択肢に伴うリスクを理解した上での患者と家族の選択であると受け止める〉

「それ(妊娠継続し出産すること)も選択肢であると。だから子どもさんを産むこと自体は問題ないけれども、再発の可能性もあるよというのをね、その辺はもう夫婦間の問題やけえなあ。こちらがどうこう言う問題じゃないんで。ただそういう現実だけは。確率の問題、可能性の問題やからね。それだけは分かついてくださいよということで。」A 乳腺外科医

## ③ 〈家族内で意思の相違がある場合には患者本人の意思を最優先する〉

「やっぱりご本人一人と面談をしたかったですね。ご本人の希望はどうなんだろうっていうのを当時はすごく、本当はどう思っているだろうっていうのを思いました。で、自分のお姉さんやお母さんが反対していた(中絶を望んだ)っていうことと、ご主人のお母さんが看護師をしているっていうのを聞いて、精神科の看護師だけど知識はそこそこあるっていう風にご主人は言われていて。その辺りでみんなで相談したんだっていうようなことを前面に出されたので、みんなは二人で決めたことを支えるって言ってくれていると。だから自分たちで決めましたっていう風に。何回か確認したけれどそういう風に言われて。」A 看護師

「何よりも、この本人が、患者さんが妊娠中はしたくない、という、はっきりとした、自分も嫌だし、子どもに抗がん剤を与えたくないという強い思いがあって、最終的には本人さんの意見を尊重したというのは、それで決まったと思います。」E 乳腺外科医

「その次の面談の時には彼、パートナーとご本人が来られました。パートナーの方も、できたら出産を、妊娠を継続したい。ご本人が命に問題があるっていうのであれば、それは困るので子どもは諦めるけど、可能であれば二人とも(助けてほしい)。ご本人(の命も)も妊娠も継続したいというような話をされてました。(中略)やはりご両親の今後の心配ですよね。その葛藤というか、先の見えないところが、ほんとにこれでいいのかっていうのが、とても感じましたね。ご主人のほうのご両親は、もちろん妊娠をして、奇形児が生まれるかもしれんっていうのが心配で。(中略)(パートナーの両親は)『奇形児が生まれるかもしれない』もしくは、ご本人が癌っていうところで、『お母さんが亡くなるかもしれん。そんなことで幸せな家庭は築けるのか』って感じの、けっこう厳しいようなことを言われてました。」H 看護師

## ④ 〈医療者の価値観にとらわれず選択できるよう配慮する〉

「自分の価値観としては数字の可能性を見ると絶対また妊娠はできるわけだから、生きていてなんぼと思うんなら(中絶後の)治療優先もありかなと思ったと思います。あんまりそれで操作するのは良くないけれども、操作されるのは、自分の価値観がすごく患者さんの選択に影響するのはよくないので。」A 看護師

「だから妊娠継続することによって治療は後手後手になるよと(説明した)。それが悪影響を及ぼすかどうかというのは結果論でしか分かん。でしょ？だから、それも *Patient Preference* で患者の選択肢のひとつであって、そこまで僕が押さえつけることではないと思う。」A 乳腺外科医

(4)患者の意思を受け入れることが可能な状況か確認する

《患者の意思を受け入れることが可能な状況か確認する》は、患者の希望に沿って意思決定を行った場合の、家族の役割や支援体制、思いを把握することにより、患者の意思を受け入れることが可能かどうか確認することを示し、〈患者の希望に沿ってがん治療を進めていくことへの家族の支援体制や思いを確認する〉のコードがあった。

① 〈患者の希望に沿ってがん治療を進めていくことへの家族の支援体制や思いを確認する〉

「中絶するっていう決定はもうほばないような状態にはなってきたり(患者への)確認はとれたので、カイザーをしてっていうところの決意をしっかりと固めていくっていうところに支援を特化したような記憶はあります。社会的な資源としては、お父さん(夫)のサポートっていうところで、お父さん(夫)が美容師をされていらっしゃったので。旦那さんですね。旦那様がお仕事のこともわりと調整してくださったので、いつもそばで聞いてくださる、その努力があったので割と周りの支援もしっかりされてるし、こういう妊娠・出産で、中絶か帝王切開かっていうところの話し合いもしっかりお父さん(夫)に情報提供した部分は。話し合いができていたので、結構家族間で、話し合える家族ではあるなっていうところもはっきり確認できたっていうところもありました。」D 看護師

8)がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う

【がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う】は、がんの治療法を決定した後、決定した治療法が遂行できるように、がんの治療だけでなく妊娠経過についても、患者や家族と医療者が共に生活環境や治療方法を調整することを意味しており、《決定した内容について、がん治療や分娩方法を具体的に決定する》《がん治療と妊娠継続を並行できるよう、がん治療中の副作用や生活について対処できるよう環境を整える》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表14)。

表 14 がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う

サブカテゴリ	コード
決定した内容について、がん治療や分娩方法を具体的に決定する	決定した内容について、患者の意向に沿ってがん治療や分娩時期を調整する
がん治療と妊娠継続を並行できるよう、がん治療中の副作用や生活について対処できるよう環境を整える	がん治療が始まる前に、治療中の生活のイメージ化や準備のための情報を提供する がん治療と妊娠継続を並行できるよう、妊娠経過とがん治療が互いに与える影響を観察し対応する

(1) 決定した内容について、がん治療や分娩方法を具体的に決定する

《決定した内容について、がん治療や分娩方法を具体的に決定する》は、妊娠継続しながらがん治療を行うことや治療内容が決定している中で、出産時期・方法や手術時期を調整することを示し、〈決定した内容について、患者の意向に沿ってがん治療や分娩時期を調整する〉というコードがあった。

① 〈決定した内容について、患者の意向に沿ってがん治療や分娩時期を調整する〉

「(出産時期については)本人の希望が一番で。本人がそう(1 か月早い帝王切開ではなく、自然分娩)したいと。で、その1 か月の(治療開始の)遅れが命に関わるかどうか言うたらそれは分からんでしょう。ゼロじゃないと思うけど、可能性としては低いんじゃないかと。ハーセプチンを使う時期だね。それはまあ良しとしましょう言うことで待ったけど、これまたなかなか産まれなくて。」A 乳腺外科医

「次は手術の方法を決めるところで、少しここもイレギュラーが出てきています。診断してから1 か月と少したったところです。手術の時期に関して、大体5 月の連休明けとかそのぐらいのイメージで進めていて、我々も早いほうが良いということで、12 週ぐらい、連休前ぐらいをお勧めしています。ご本人はより安全なほう、16 週以降っていうのを言われていて。16 週以降にしましょうかというのに、第3 回の時にお話ししたんですね。」G 乳腺外科医

(2) がん治療と妊娠継続を並行できるよう、がん治療中の副作用や生活について対処できるような環境を整える

《がん治療と妊娠継続を並行できるよう、がん治療中の副作用や生活について対処できるような環境を整える》は、意思決定したがん治療が中止となることなく実施できるよう、前もって治療の副作用への準備を整えたり、治療が妊娠経過に与える影響をアセスメントし対処することを示し、〈がん治療が始まる前に、治療中の生活のイメージ化や準備のための情報を提供する〉〈がん治療と妊娠継続を並行できるよう、妊娠経過とがん治療が互いに与える影響を観察し対応する〉の2つのコードがあった。

た。

① 〈がん治療が始まる前に、治療中の生活のイメージ化や準備のための情報を提供する〉

「(治療を開始すると)母乳はあげられないよとか、離乳食の時も噛んだもの出したらダメだよとか、抗がん剤してる間は。そういうものはダメだよって言うけど、その辺は…難しいですよね、注意事項しか言ってあげられないからちょっと難しいなとは思う。」A 看護師

「治療してくとどうしても口腔内が不潔になったり、未治療の齲歯とか、虫歯があったら影響してくるので、今虫歯があったりお口の中のケアとか、治療とかもお勧めしますよっていうような情報提供しましたね。」G 看護師

「出産して、赤ちゃんがいて、その中で抗がん剤治療しないといけないというときに(中略)、赤ちゃんに関わることをどう、大丈夫かなっていうふうに不安に思うかなと思ったので、治療の前に、が

ん化学療法の認定看護師に連絡して。その治療の時の、接触しても大丈夫なこととか、汗とかそういった体液からうつることはない、抗がん剤のお薬が出ないこととか、あと授乳は控えてくださいってようなこととか、そういったことはちょっと事前をお願いして、お話はしてもらいました。曝露ってところで気にされちゃいけないかなと思って、事前にちょっとお話はしてもらいました。」G 看護師

## ②〈がん治療と妊娠継続を並行できるよう、妊娠経過とがん治療が互いに与える影響を観察し対応する〉

「通常は初回入院でうち(A病院)でやって、問題なかったら外来なんですけど、この方初回のACの時に、夜中に初めてお腹が張った感じがしたんだそうです。で、それがすごく不安で、朝には治まったんだけど『これからも入院して(化学療法を)してほしい』と。で、初回の時もそうなんですけど、投与前にノンストレステストをして、胎児に問題がない状態を確認して投与を始めていたんですね。で、それからAC3週ごとに4コースは、毎回入院、2泊3日の入院で入院した日にノンストレステストをして、大丈夫ということで翌日化学療法をして、翌々日に退院っていうのを4回しました。何もなくて、予定通り3週に1回投与で4回が無事、予定通り終わったんですよ。」A 看護師

「副作用、『ほとんどない』と。きつとあるんだろうけど『無いです』と、そう言って頑張る人だから。その辺の治療の遅れというのは全くなかったです。スムーズにいったんですよ。」A 乳腺外科医

### 9)がん治療中の支援体制を医療者間で整える

【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】は、出産後、育児をしながら治療を継続して行く生活を想定し、治療への準備や治療をしていても母親役割が果たせるようチームで支援していく準備を整えることを意味し、《患者と家族のがん治療と治療に伴う不安に対処する準備を多職種で整える》《今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表15)。

表15 がん治療中の支援体制を医療者間で整える

サブカテゴリ	コード
患者と家族のがん治療と治療に伴う不安に対処する準備を多職種で整える	がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう多職種で支援体制を整える
今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う	がんの治療中でも母親役割を遂行できるよう環境を整える 医療者は患者の母親としての思いを尊重する

### (1)患者と家族のがん治療と治療に伴う不安に対処する準備を多職種で整える

《患者と家族のがん治療と治療に伴う不安に対処する準備を多職種で整える》は、育児と治療が同時にスタートする患者の治療に関する不安、治療を待つ間の不安に対処するため医療者間で準備を整

えることを示し、〈がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう多職種で支援体制を整える〉のコードがあった。

#### ① 〈がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう多職種で支援体制を整える〉

「あとは病棟の看護師と一緒に勉強会とケーススタディ、1回勉強会をして、『こういう状態の人が入ってくるのでお願いします。』ということと、『安全に投与するのが第一なんだけど、他の制吐剤の制限が入るので、吐き気が強く出るんじゃないかと思うということで、精神的にも影響してくるかもしれないのでその辺りの観察とフォローと、必要があれば(A看護師を)呼んでください。』にしました。」A看護師

「初めてのケースだったので、合同の勉強会を開いたんです。薬剤に関しては薬剤師さんに相談して、安全に使える、制吐剤とか、まだ使い始めて間がないようなものでも大丈夫なんかなとか、ステロイドがどのくらい影響するんかとか、その辺は薬剤師さんに頑張ってもらって調べてもらいました。」A看護師

「最初に看護師集めてカンファレンス。『こういう患者さんがおるから。で、治療方針はこれでいくから。アドリア、抗がん剤からいくから』。だからまず妊婦さんに対するケア、若年性乳がんに対するケア、そういうのもよく知ってほしいのと、やっぱり妊娠合併乳がんというのはなかなかレアケースなんで、治療方針とかいろいろ悩むことが多いから、そのへんのことを看護師さんと入院前にディスカッションしたんですよ。」A 乳腺外科医

#### (2)今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う

《今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う》は、がん患者であり、母親でもある患者が育児しながら治療に臨みやすいようチームで支援する体制を整えることを示し、〈がんの治療中でも母親役割を遂行できるよう環境を整える〉〈医療者は患者の母親としての思いを尊重する〉の2つのコードがあった。

#### ① 〈がんの治療中でも母親役割を遂行できるよう環境を整える〉

「産科のナースは初乳をどうするかとかそういうところを大事にしていく中で、抗がん剤の移行、乳汁への移行とかそういうのを予め知っておきたいっていう希望があったので、後は排泄ですね。投与されてから排泄される機序とか、その辺を確認しておきたいという風におっしゃられたので、乳汁への移行がどうかっていうことと、初乳をやっぱり母子の愛着っていうところでどうしていかかっていうところを気になさっていたので、そこは治療面のところと産科の助産師さんが大事にする視点は共有した気はします。」D 看護師

「患者さん自身は『この子のために生きたい』っていうすごい望みをはっきり言葉にされていたのでそこを大事にしていく必要があるかなと思いましたけど、(患者が)旦那さんを支えられるかっていうその不安がやっぱり外来の時から(患者から)聞かれてました。なので、市のファミリーサポートと

か、ちょっと早くから支援が必要だろうということも、助産師さんが外来に来ている時からそこは支援をお願いしたいということでファミリーサポートの紹介とか、育児の支援っていう視点で、子どもの方の支援はお願いしてそこは分担はしたんですけど。じゃあ私たちの方は悪性リンパ腫の治療を受ける患者さんとしてみていきますっていう感じで、そこは専門性を生かしながら関わった覚えがあります。不妊看護のCNの師長さんもいらっしゃったので、そこは少し助産婦寄りに支援を得ながら関わっていたかなと思います。」D 看護師

## ② 〈医療者は患者の母親としての思いを尊重する〉

「ただお腹の張りのこと、だから子どものことを一番に思ってたみたいで。吐き気は出たんだけど、『つわりで吐き気を体験してたから大丈夫だった。』って言って。だから『子どもがすごく自分を支えてくれた、練習させてくれてたから、抗がん剤の吐き気もへっちゃらです。』っていうような捉え方をされていた。」A 看護師

「乳がんが進行していく、いかないっていうところもやっぱり問題にもなったので、気を使ったのはやっぱ、本人の焦りもどこかにはあったと思うので、できるだけ順調経過でいくっていうことを一番意識して、一番ベストなタイミングで誘発を行ってあげたい、分娩にしてあげたいっていうのを主に考えて、あとはもう妊娠経過で大丈夫だよ、赤ちゃんが元気だよっていうような、妊娠経過も順調だよっていうことは常にご本人は伝えるようには。」E 産婦人科医

10)意思決定について患者が納得できるよう支える

【意思決定について患者が納得できるよう支える】は、意思決定した後も、自分達が選択した決定で良かったのかと迷い不安をもつ患者が、その時の決定について納得できるようチームとして支援することを意味しており、《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える》《意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表16)。

表 16 意思決定について患者が納得できるよう支える

サブカテゴリ	コード
意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える	がん治療が子どもに及ぼす影響、再発について不安をもち続ける患者に医療チームで対応する 意思決定した内容について患者が納得できるよう、意思決定プロセスを共に振り返る
意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する	患者の迷いや考えの変化に対応する 患者が感情を表出できる場を準備する

(1)意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える

《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える》は、意思決定後も治療が胎児に及ぼす影響や再発の不安がぬぐえず、最善の選択であったのかどうか迷う患者を、意思決

定について納得できるようチーム一丸となって支えることを示し、〈がん治療が子どもに及ぼす影響、再発について不安をもち続ける患者に医療チームで対応する〉〈意思決定した内容について患者が納得できるよう、意思決定プロセスを共に振り返る〉の2つのコードがあった。

① 〈がん治療が子どもに及ぼす影響、再発について不安をもち続ける患者に医療チームで対応する〉

「子どもの成長で発達障害とか、子どもの育てる過程へのがんの影響っていうのは常にやっぱり不安に思っていると思うので、そういったがん領域だけでなく、もっと小児領域と看護と、例えばそういったケアができる場所がつながっていれば一番いいのかなと思ったり。(中略)小児看護のほうのナースをちょっとご紹介したりっていうこともあったので、そういうのがあったりするといいいんだろうなっていうのは感じてきています。(子どもの成長へのがんの影響について)頭では分かっているけど、そう思えない感情にどう付き合っていくかっていうところなのかなと思ったり。」K 看護師

「(患者は)先行きというか、方針がある程度決まっていなくても、やっぱり自分で今の乳がんの時点で何もしてないので、再発をしてるけど治療を何かしてるわけじゃないので、そっちが進行していかないと不安っていうのと、赤ちゃんに何か影響するっていうことは恐らくないので、そこはこれから説明をしつつ。」E 産婦人科医

② 〈意思決定した内容について患者が納得できるよう、意思決定プロセスを共に振り返る〉

「本当にあのときに妊娠継続したほうがよかったのか、もしくは堕胎したほうがよかったのか。でも産んだことによる喜びもあるし、産んだことによる不安もあるって言われたときに、その場で意思決定したことが最善のものだったんじゃないかって言って、意思決定のプロセスを、決めたまでのプロセスをもう一度、一緒に振り返る。」I 看護師

「それでも頑張って産み育てているっていうところとか、そのプロセスを再確認することで、産んでよかったねとかっていうことを確認していく。」L 看護師

(2)意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する

《意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する》は、意思決定した後も気持ちが変わることはあり得ることだと考え、その感情に医療者が付き合うことを示し、〈患者の迷いや考えの変化に対応する〉〈患者が感情を表出できる場を準備する〉の2つのコードがあった。

① 〈患者の迷いや考えの変化に対応する〉

「定期的に来られたときに、同じように(意思決定について)揺らいではあるんだけど、揺らぐ幅がやっぱり時間の経過とともに少なくなっているのかなというふうに思うので、その揺らぎに付き合



う、長い時間の経過の中で付き合うっていうのも大事なかなっていうふうには思っています。」I 看護師

「やっぱり乳がんの治療を見ていて、がんのことを分かっている人(がん看護CNS)だからこそ、人の揺らいだことのつらさとか、これから生きていけないといけないうつらさも抱えて、理解できるのかなというふうに思うんですよね。その辺は共有できたらいいなと思います。」L 看護師

## ② 〈患者が感情を表出できる場を準備する〉

「自分(患者)は産まなければよかったなんて思っている自分を責めているっていうのを、どっかに言えるっていうのもケアの一つかなとも思う。」L 看護師

## 2. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割(以下、「医療者の支援プロセスにおける看護師の役割」とする)として、①意思決定の必要性認識の段階では、**【妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する】**が、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階では、**【医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する】****【患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する】**が、③選択肢の提示の段階では、**【情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える】**が、④患者と家族の認識を吟味する段階では、**【患者の意思を伝える力を強化する】****【家族間の関係性や意見を調整する】**が、⑤意思決定内容について合意する段階では、**【決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する】**が、生成された。どの段階にも属さないカテゴリとして、**【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】****【繋がりが途切れないようにする】****【医療者間での調整窓口になる】****【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】**が生成された。このうち、**【繋がりが途切れないようにする】****【医療者間での調整窓口になる】****【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】**のカテゴリは、医療者の支援プロセス全般を通じて発揮されている看護師の役割であった(表 17)。

以下、カテゴリごとに説明する。

**表 17 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした  
医療者による支援プロセスにおける看護師の役割**

段階	カテゴリ	サブカテゴリ
意思決定の必要性 認識の段階	妊娠期がん患者と家族の そばにしながら、チーム で患者の情報を共有する	妊娠期がん患者の受診を知り、今後妊娠とがん治療を同 時に考えていかなければならないため支援が必要だと判 断し、患者についての情報を医療者間で共有する
		妊娠期がんを告げられた患者と家族のそばにしながら状 況を把握する
治療方針の決定に 関わる者が共に意 思決定を行うこと を認識する段階	医療者間で情報や思いの 共有ができるよう調整す る	医療者それぞれの立場での思いや価値観の表出を助ける
	患者と家族と共に治療と 生活の両面について考え る必要性を認識する	治療の意思決定において、治療と育児を並行する生活を イメージできるよう患者と家族と共に考える必要性を認 識する
情報提示の段階	情報提示内容を把握し、 患者を擁護する準備を整 える	治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を 把握し、患者の擁護者として診察に同席する
		医師からの説明内容の把握を他のスタッフに依頼する
患者と家族の認識 を吟味する段階	患者の意思を伝える力を 強化する	患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援する
	家族間の関係性や意見を 調整する	家族全員の意見が反映されるよう調整する
		家族が対等な立場で向き合えるよう調整する 家族と個別に面談する
意思決定内容につ いて合意する段階	決定が揺らぐことを理解 しながら、患者と家族の 意思を再確認する	考えの根拠や揺るぎなさを確認する
		意思決定後の気持ちについて確認する 一度決定しても揺らぐことがあると理解する
—	意思決定したことに患者 が納得できるよう支援す る環境を整える	患者が子どもの成長について相談できる場へと繋げる
—	繋がりが途切れないよう にする	細目に会えるような機会を意図的につくる
—	医療者間での調整窓口にな る	医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する いつでも相談できる場があることを患者や家族に伝える
—	患者や家族と医療者との 情緒的な関係性を構築す る	患者や家族と情緒的な関係性を構築する
		患者や家族と治療担当医の橋渡しをする

1) 妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する

【妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する】は、妊娠期がん患者の受診を知った看護師が、患者の情報や患者と家族の状況をそばにしながら把握しつつ、主治医やスタッフに伝達することを意味しており、《妊娠期がん患者の受診を知り、今後妊娠とがん治療を同時に考えていかなければならないため支援が必要だと判断し、患者についての情報を医療者間で共有する》《妊娠期がんを告げられた患者と家族のそばにしながら状況を把握する》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表 18)。

表 18 妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する

サブカテゴリ	コード
妊娠期がん患者の受診を知り、今後妊娠とがん治療を同時に考えていかなければならないため支援が必要だと判断し、がん患者についての情報を医療者間で共有する	妊娠期がんであることをまずは主治医に伝える必要があると判断する
	妊娠期がん患者の情報を医療者間で共有する
妊娠期がんを告げられた患者と家族のそばにしながら状況を把握する	妊娠期がんの診断を受けた時の状況を把握し、そばにいる 妊娠期がんの診断を受けた患者と家族の思いを確認する

(1) がん合併妊娠患者の受診を知り、今後妊娠とがん治療を同時に考えていかなければならないため支援が必要だと判断し、患者についての情報を医療者間で共有する

《妊娠期がん患者の受診を知り、今後妊娠とがん治療を同時に考えていかなければならないため支援が必要だと判断し、患者についての情報を医療者間で共有する》は、看護師が、妊娠期がん患者の治療については妊娠も考慮しながら決定していく必要があると考え、治療担当医やスタッフと患者についての情報を共有することを意味しており、〈妊娠期がんであることをまずは主治医に伝える必要があると判断する〉〈妊娠期がん患者の情報を医療者間で共有する〉の2つのコードがあった。

#### ① 〈妊娠期がんであることをまずは主治医に伝える必要があると判断する〉

「診察前にもう1回お話しすると、妊娠みたいですっていうの、私、医師より先に聞いて。ご本人から聞いて、その情報を診察の前に先生には伝えたんですよ。」G 看護師

「1回目のときは、もしかしたら妊娠しているかもしれないので、来週に結果が分かるので、来週にもう一回来てもらうように予約日を変更してくださいということを、主治医に伝えました」I 看護師

#### ② 〈妊娠期がん患者の情報を医療者間で共有する〉

「そうですね、(他職種とのやり取りは)後はもう電話とかですね。で、『今日、こういう(がん合併妊娠の)方が行かれるので、もし何か言ったら、こちらにお願いします』っていうのを最初に言ったり、それで助産師の方と連携が取れたみたいで、定期的に関わってくれてました。」A 看護師

(2) 妊娠期がんを告げられた患者と家族のそばにしながら状況を把握する

《妊娠期がんを告げられた患者と家族のそばにしながら状況を把握する》は、妊娠期がんを告げられた患者と家族にどう関わればよいか分からないながらもそばにしながら、患者と家族の状況を観察し、把握することを意味しており、〈妊娠期がんの診断を受けた時の状況を把握し、そばにいる〉〈妊娠期がんの診断を受けた患者と家族の思いを確認する〉の2つのコードがあった。

① 〈妊娠期がんの診断を受けた時の状況を把握し、そばにいる〉

「確認っていうよりも、一緒にこう、背中さすりながらそばにしばらくいたっていう感じですね。もう、ずうっと泣かれてたので。」B 看護師

「(夫は) 同い年くらいで、もうご主人はね、ほとんど黙ってました。ずっと黙ってて、『何かないですか』って聞いても『もうやるしかないですよ』って感じ。」C 看護師

② 〈妊娠期がんの診断を受けた患者と家族の思いを確認する〉

「(初診時) 患者さまは流涙されている状況だったので、感情をしっかり出していただけたらなというところは頭に置きつつ、今のお気持ちを少し整理していくってところで関わっていった。」D 看護師

2) 医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する

【医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する】は、医療者間でがん治療と妊娠継続に関する情報を共有するために、医師に治療の方向性について確認したり、葛藤や悩みも共有できるように調整することを意味しており、《医療者それぞれの立場での思いや価値観の表出を助ける》のサブカテゴリから構成されていた(表 19)。

表 19 医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する

サブカテゴリ	コード
医療者それぞれの立場での思いや価値観の表出を助ける	今後の治療方針や思いについて医師に確認する 医療者の価値観、悩みを感じ、葛藤を共有する

(1) 医療者それぞれの立場での思いや価値観の表出を助ける

《医療者それぞれの立場での思いや価値観の表出を助ける》は、医療者間でも立場によって思いや価値観は異なるため、価値観や悩みなどを共有できるように働きかけることを意味しており、〈今後の治療方針や思いについて医師に確認する〉〈医療者の価値観、悩みを感じ、葛藤を共有する〉の2つのコードがあった。

### ① 〈今後の治療方針や思いについて医師に確認する〉

「面談とか一緒にいらせてもらう中で、先生が価値をお話したりとかされるところの言葉をちょっと拾って、先生はこうお考えなんですよっていう感じで確認をし合う。」K 看護師

### ② 〈医療者の価値観、悩みを感じ、葛藤を共有する〉

「助産師も助産師でどうすればいいのかなっていう、悩んでいたの。それはそれで、またお互い、看護師と産婦人科の共有、医師とこっちとの共有っていう形で、それぞれの少グループでの共有をしながら、どうしていくのかなっていうプロセスを踏んだ記憶がありますね。」I 看護師

### (2)治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、互いのやり取りを把握する

《治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、互いのやり取りを把握する》は、治療担当医と産婦人科医のやり取りを把握するために、直接診察に同席したり、他の職種をとおしてがん治療と妊娠継続に関する情報交換することを意味しており、〈治療担当医や産婦人科医の診察への同席やカルテや直接確認から医師の考え方を把握する〉〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉の2つのコードがあった。

#### ① 〈治療担当医や産婦人科医の診察への同席やカルテや直接確認から医師の考え方を把握する〉

「治療担当医と産婦人科医のやり取りは) 確認していました。主治医も産婦人科医も珍しい経験のないような症例だったので、お互いが文献を取り寄せたりして、その文献で話し合ったりしましたし」。I 看護師

#### ② 〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉

「本当に、同日に(治療担当医と産婦人科医の)診察が重ならない限りは(同席は)現実的じゃなくって。やっぱり、後日に診察っていうこともあるので、人を介して誰とつながるかとか、誰に調整を取ってもらって整えていっていかっていう辺りを、誰かが中心になってやれば、もうちょっと情報も取れたりするのかなとは思ったり。」K 看護師

### 3)患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する

【患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する】は、意思決定にあたっては、がん治療と妊娠継続について今の時点だけを考えるのではなく、出産後にがん治療をしながら育児に臨む生活について患者や家族と医療者が共に考えていくことが必要であると認識することを意味しており、《治療の意思決定において、治療と育児を並行する生活をイメージできるよう患者と家族と共に考える必要性を認識する》のサブカテゴリから構成されていた(表 20)。

表 20 患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する

サブカテゴリ	コード
治療の意思決定において、治療と育児を並行する生活をイメージできるよう患者と家族と共に考える必要性を認識する	治療の方法のみでなく、がんを合併しながらの今後の生活やパートナーとの関係性について医師と共に考える
	出産のみでなく、育児の視点ももって情報提供していくことを医師と共に考える

(1) 治療の意思決定において、治療と育児を並行する生活をイメージできるよう患者と家族と共に考える必要性を認識する

《治療の意思決定において、治療と育児を並行する生活をイメージできるよう患者と家族と共に考える必要性を認識する》は、意思決定するためには、がん治療のみを考えるのでは不十分で、出産後にがん治療をしながら育児する生活をイメージしながら、患者と家族と医療者が共に考える必要があると認識することを意味しており、〈治療の方法のみでなく、がんを合併しながらの今後の生活やパートナーとの関係性について医師と共に考える〉〈出産のみでなく、育児の視点ももって情報提供していくことを医師と共に考える〉の2つのコードがあった。

① 〈治療の方法のみでなく、がんを合併しながらの今後の生活やパートナーとの関係性について医師と共に考える〉

「やっぱり点で捉えるところと、これから先をどう捉えるかっていう価値を、長くは話し合う時間なくても、(医師と看護師で)擦り合わせるっていうのは大事なかなっていうのは思ったりします。」K 看護師

② 〈出産のみでなく、育児の視点ももって情報提供していくことを医師と共に考える〉

「意思決定を支えていくにあたって、ずれているなって感じることもあるので、そういうふう感じられているから、もうちょっと、先(出産後)のことまでご提案したほうがいいんじゃないかっていうふうな形で、(治療担当医に)お伝えしたりすることはあります。」K 看護師

「今は産むことだけでなく、やっぱり育てていくっていうところの焦点も大事だろうっていうところはあると思うので、そこをどう考えていくかとかを、他の立場の先生がちょっと問い掛けたりっていうこともなさっている場面もあったりしていた。」K 看護師

4) 情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える

【情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える】は、診察への同席やカルテからの情報収集、診察への同席を他のスタッフに求めることなどさまざまな手段によって治療担当医、産婦人科医から患者への情報提供内容を把握し、患者を擁護できるよう準備を整えることを意味しており、《治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を把握し、患者の擁護者として診察に同席する》

《医師からの説明内容の把握を他のスタッフに依頼する》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表 21)。

表 21 情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える

サブカテゴリ	コード
治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を把握し、患者の擁護者として診察に同席する	治療担当医や産婦人科医の診察への同席やカルテや直接確認から医師の考え方を把握する
医師からの説明内容の把握を他のスタッフに依頼する	治療担当医、産婦人科医療法の方針を把握した上で、患者の認識や必要性を把握し、中立的に支えるために診察に同席する
	治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする

(1) 治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を把握し、患者の擁護者として診察に同席する

《治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を把握し、患者の擁護者として診察に同席する》は、治療担当医と産婦人科医の相互のやり取りを診察への同席、カルテの確認など、何らかの形で把握し、時には患者を擁護できる立場として診察に同席することを示しており、〈治療担当医や産婦人科医の診察への同席やカルテや直接確認から医師の考え方を把握する〉〈治療担当医、産婦人科医療法の方針を把握した上で、患者の認識や必要性を把握し、中立的に支えるために診察に同席する〉の2つのコードがあった。

① 〈治療担当医や産婦人科医の診察への同席やカルテや直接確認から医師の考え方を把握する〉

「治療担当医と産婦人科医のやり取りは）確認していました。主治医も産婦人科医も珍しい経験のないような症例だったので、お互いが文献を取り寄せたりして、その文献で話し合ったりしました。」I 看護師

「(産婦人科と治療担当医)一方だけの診察に入ったので、そちらのほうの先生の考え方はすごく聞けたんですけど、もう一方の医師のほうの確認は、カルテ上であったりとか、後日にまたちょっと確認をしてからというようなことがあった。」K 看護師

② 〈治療担当医、産婦人科医療法の方針を把握した上で、患者の認識や必要性を把握し、中立的に支えるために診察に同席する〉

「(初診時は医師の IC に同席)してます。呼吸器外科が発端だったっていうこと、その後産科の医師の方にも妊娠の見通しのお話があったので、そこにも同席をして、血液内科の医師にも同席をしています。患者さん自身は、質問の整理とかはしていく中でご質問はされてたなって。『子どもは本当に産めるのか』っていうこと、はっきり産科の方で聞かれてましたし、その中で血液内科と連携を取るんだっていうことも産科の先生がお伝えされていたので、そこで連携があるんだなっていう認識はある感じでした。」D 看護師



「もうちょっとタイムリーな状況で、どちらの医師（産婦人科医と治療担当医）の考えもうまく聞けたら、少し情報を提供するにしても、情報を把握するにしても、患者さんの必要性の認識とかをしっかりと捉えるにあたって、医療者としてすごく中立に言えるということがしやすかったのかな。」K 看護師

## （２）医師からの説明内容の把握を他のスタッフに依頼する

《医師からの説明内容の把握を他のスタッフに依頼する》は、全ての診察場面への看護師の同席は不可能であるため、助産師や他の看護師などに診察への同席や調整を依頼することを意味しており、〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉のコードがあった。

### ① 〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉

「私は乳がんの治療に関しては、主治医には必ず同席はさせてもらったんですけど、産婦人科に関してましては助産師が必ず付いていますので、そこも患者さんの了解を得て、助産師にこういう人、患者さんがいるので必ず同席をしてほしいと。それで助産師と情報共有は直接はさせてもらいました。」看護師 I

「本当に、同日に（治療担当医と産婦人科医の）診察が重ならない限りは（同席は）現実的じゃなくって。やっぱり、後日に診察っていうこともあるので、人を介して誰とつながるかとか、誰に調整を取ってもらって整えていくかっていう辺りを、誰かが中心になってやれば、もうちょっと情報も取れたりするのかなとは思ったり。」看護師 K

## ５）患者の意思を伝える力を強化する

【患者の意思を伝える力を強化する】は、さまざまな科を受診する患者が、自分自身で情報を整理し、医師に相談できることができるよう支援することを意味しており、《患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援する》のサブカテゴリから構成されていた(表 22)。

表 22 患者の意思を伝える力を強化する

サブカテゴリ	コード
患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援する	患者が医療者に自分で相談できるよう、相談先や相談内容を共に考える
	患者自身が情報を整理・統合し、質問をしていく必要性があると判断する

### （１）患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援する

《患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援する》は、治療担当科のみでなく産婦人科や関連する診療科、時には外来のみでなく入院治療も必要になる患者が、自身で医療者に相談できるようになる必要があると考え支援することを意味し、〈患者が医療者に自分で相談できるよう、相談先や相

談内容を共に考える〉〈患者自身が情報を整理・統合し、質問をしていく必要があると判断する〉の2つのコードがあった。

① 〈患者が医療者に自分で相談できるよう、相談先や相談内容を共に考える〉

「いろいろ聞いてくることも情報を整理しながら『その部分は薬剤師さんが専門だから後で聞こうね』とか、こっちの生活面とか、情報の理解とかは私のところで出来るなと思ったら、『これはここだの話ね』とかいうのを、割と役割を明確にして渡していたので、どうなんだろう、その辺の評価はちょっと聞いてはいたですね。」A 看護師

「『(患者が医師に)言ってもいいのかな』とかって言われるときは、『そういうことはもちろん大事なことで、言っていただいたらいいですよ』っていうようなことも伝えて。言ってもいいよっていうことを、メッセージを常に発するようにしているの。」L 看護師

「患者さんの力を活用してというか、その方が自分でできる相談はそれぞれ、この科の先生にはこういうことを相談できると思うとか、こっちの先生にはこういうことを聞いてみたら、もしかしたら相談できるかもねみたいなことを少し提案して、患者さんにできることを少し言うことがメインかなと。」M 看護師

② 〈患者自身が情報を整理・統合し、質問をしていく必要があると判断する〉

「実際3者(呼吸器外科医・血液内科医・産婦人科医)の先生が寄って話をするんじゃなくて各診察室を横断していく中で自分(患者)が統合させて聞いていくっていうところの不安は感じてて、『何を聞いたらいいのか』っていうことはおっしゃってた気がします。血液内科の先生に何を確認したらいいのかっていうことは。」D 看護師

6) 家族間の関係性や意見を調整する

【家族間の関係性や意見を調整する】は、家族にとって重要な意思決定であるため、家族全員が同じ立場で意見を出し合うことができるように個別の面談などをおして関わることを意味しており、《家族全員の意見が反映されるよう調整する》《家族が対等な立場で向き合えるよう調整する》《家族と個別に面談する》の3つのサブカテゴリから構成されていた(表23)。

表 23 家族間の関係性や意見を調整する

サブカテゴリ	コード
家族全員の意見が反映されるよう調整する	家族各々の説明内容についての認識や思いを確認する 家族で共に考えることを勧め、考える視点や方法について提案する
家族が対等な立場で向き合えるよう調整する	自分自身の価値観を前面に出さず、ニュートラルな位置で患者に関わる 家族の立場が同等になるよう弱い立場の人をサポートする
家族と個別に面談する	家族が自身の思いを話しやすいよう、個別に面談をする

(1) 家族全員の意見が反映されるよう調整する

《家族全員の意見が反映されるよう調整する》は、家族全員に関わる重要な意思決定だからこそ、家族全員で決めることができるよう共に考えたり、互いの思いを確認する場を設けることを意味しており、〈家族各々の説明内容についての認識や思いを確認する〉〈家族で共に考えることを勧め、考える視点や方法について提案する〉の2つのコードがあった。

① 〈家族各々の説明内容についての認識や思いを確認する〉

「治療提示の際に説明をお伺いして、それぞれのメリット、デメリットについてどう考えてどう思ったのかなってというのはそれぞれの、ご本人さまとご主人さまの意見をお聞きしました。」I 看護師

「(医師の説明の振り返り時)それぞれの立場の人たちがどんなふう感じてっていうようなところを聞くようにはして、ご家族間での違いはないかとかっていうことなんですけど。」L 看護師

② 〈家族で共に考えることを勧め、考える視点や方法について提案する〉

「やっぱり若いっていうか、まだ20代、30歳代っていうことだと、双方のご両親とかのご意見もどうかっていうことも、一緒に同席っていうところまではされなかったんですけど、常に問い掛けて。ご両親はどうおっしゃっていますかっていう形で、選択をしていくにあたって、話し合いを持つっていうことをとにかく提案していたかな。」C 看護師

「点だけでなく先の長い目線を見たときに、やはりご両親とか第1子の子どもさんとかも、母親に対してどう思っているのかっていうところであったりとか、子育てはご両親の協力もいただく必要がありますので、ご両親のご意見っていうのはどうですかっていうので。ご両親もなかなか来なかったの、やはり今日の話はきちっとご両親にもお伝えして、きちっと家族間で話をしてくださいっていうふうにはお伝えしました。」I 看護師

## (2) 家族が対等な立場で向き合えるよう調整する

《家族が対等な立場で向き合えるよう調整する》は、意思決定の際に力関係が働き、力の強い方の意見に偏らないよう自分自身も中立な立場でいるよう心掛け、弱い立場の意見を擁護することを意味しており、〈自分自身の価値観を前面に出さず、ニュートラルな位置で患者に関わる〉〈家族の立場が同等になるよう弱い立場の人をサポートする〉の2つのコードがあった。

### ① 〈自分自身の価値観を前面に出さず、ニュートラルな位置で患者に関わる〉

「やっぱり人間っていい情報に偏るっていうか、そちらに向く。当然で、自分もそうだから。いいことを言われれば言われるほど、そっちがいいと思うと思うんですよね。それがやっぱり、すごく気を付けないといけないので。やっぱり第三者としての立場で関わる。価値がすごく対立して見えたときには、ニュートラルでいるような位置での患者さんの関わりがすごく大切かなと。」J 看護師

### ② 〈家族の立場が同等になるよう弱い立場の人をサポートする〉

「お二人で一緒に聞いてしまう、一緒に場におられた場合は結構、そこのご夫婦のもともとある関係性の中でどっちが強いかっていうか、引っ張られる場合があるので。引っ張られているなと思ったら、そちらの弱いなと感じたほうをお呼びして、『どうでしたか』っていう感じでは、後で少しお聞きするような工夫は意識している。」K 看護師

「相談室にご夫婦でいらっしゃったりとかしたときに、それぞれの立場でそれぞれの思いが違ったりしたときに、やっぱりその主張の強さによって、ちょっと引っ張られるっていうのはあるんですけど。そうしたときに、弱いほうの意見がないがしろにされないように、こういった意見もよく聞きますよっていうふうなことを一般的に投げ掛けたりすると、この人がどうだからっていうことに限らず、ちょっと強いほうの主張をしていたご家族の方も、そういうもんなんだって一歩引いて少し見れるっていうことが、これまでに割とあったなと思う。」M 看護師

## (3) 家族と個別に面談する

《家族と個別に面談する》は、患者の前では気を遣って話せないことがあるかも知れない家族と個別に面談をし家族の真意を聞くことを意味しており、〈家族が自身の思いを話しやすいよう、個別に面談をする〉のコードがあった。

### ① 〈家族が自身の思いを話しやすいよう、個別に面談をする〉

「その方はやっぱり、患者さんのお母さまを直近で亡くされていたり、第1子も流産なさっていたりっていう、悲嘆がすごく続いていたっていうプロセスがあったので、そこで旦那さんに個別に面談を持ったほうがいいのかっていうことで、患者さんだけじゃなくて旦那さんと面談をしたりとかの、うまく組み合わせをしながら調整していったということがあった。」K 看護師

「毎回の受診のときには、どうしても妻メインと言うか妻ありきになるので、家族の方がそう思っている、なかなか言い出しにくかったり、相談するっていうのは難しいんだなって思って。そういうときに別々にそういった思いがあるのかどうかっていうことを、もし医療者が聞ける場というか、把握する機会みたいなのがあればいいなって、ちょっと個人的に思いました。」M 看護師

7) 決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する

【決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する】は、患者と家族、医療者が意思決定内容について合意する際、一度決定しても揺らぐ可能性も念頭に置きながら、意思決定の根拠や意思決定後の気持ちについて繰り返し確認することを意味しており、《考えの根拠や揺るぎなさを確認する》《意思決定後の気持ちについて確認する》《一度決定しても揺らぐことがあると理解する》の3つのサブカテゴリから構成されていた(表 24)。

表 24 決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する

サブカテゴリ	コード
考えの根拠や揺るぎなさを確認する	反対の選択肢を提示することで意思を確認する
	考えの根拠を深く聞くことで患者の考えを受け入れる
意思決定後の気持ちについて確認する	意思決定後の気持ちや揺らぎや気持ちを確認する
一度決定しても揺らぐことがあると理解する	気持ちの揺らぎやつらさを理解する

(1) 考えの根拠や揺るぎなさを確認する

《考えの根拠や揺るぎなさを確認する》は、意思決定についての根拠を聞いたり、意思が変わらないか確認するために反対の選択肢を提示することで、決定の揺るぎなさを確認することを意味しており、〈反対の選択肢を提示することで意思を確認する〉〈考えの根拠を深く聞くことで患者の考えを受け入れる〉の2つのコードがあった。

① 〈反対の選択肢を提示することで意思を確認する〉

「(患者の意思決定の方向性が)そっちに向いていっているように思えたときには、敢えて、それは本当に揺らがせる言葉になるかもしれないけど、逆のことをどう考えていますかって、私は言うようにして。」K 看護師

② 〈考えの根拠を深く聞くことで患者の考えを受け入れる〉

「自分とは考えが違うんだなっていうことは、医療者もそうですし、患者さんもよくあるかなと思うんですけど。どうして、その考えになるのかなということを深くお聞きすると、なるほど、だからそういう価値観でいらっしゃるんだなってことが分かったら、自分の中での葛藤は少なくなるというか、考えが違っていても、それを受け入れられるかなというふうに思うので。」M 看護師

(2) 意思決定後の気持ちについて確認する

《意思決定後の気持ちについて確認する》は、意思決定した内容についてはさまざまなタイミングで変化する可能性があるため、意思決定後も気持ちを確認することを意味しており、〈意思決定後の気持ちや揺らぎや気持ちを確認する〉のコードがあった。

① 〈意思決定後の気持ちや揺らぎや気持ちを確認する〉

「その(意思決定した)後の気持ちはどう揺らいでいるのか、揺らいでいないのか、ちゃんと治療に向かっているのかっていうところは常に確認をしていた。」K 看護師

「(がん合併妊娠が)分かった時と手術の前とかでも、また患者さんがどう思っているのかっていうことを確認して支援していく必要があるのかなって、その時に思いました。」M 看護師

(3) 一度決定しても揺らぐことがあると理解する

《一度決定しても揺らぐことがあると理解する》は、妊娠とがん罹患をともに経験している患者のつらさに共感し、一度決定しても揺らぐことは自然なことであると理解することを意味しており、〈気持ちの揺らぎやつらさを理解する〉のコードがあった。

① 〈気持ちの揺らぎやつらさを理解する〉

「表面上は、そのときは意思決定をされたように思えても、考えてって変化してくるっていうことがあり得るんだっていうのを学んだことがある。」K 看護師

「長い、その人が本当にこれから生きていく中で、そういう(意思決定について後悔する)プロセスが起こるんだって、それは当然のこととして起こるんだってことを、みんながやっぱり認識していたりとか、CNS が認識しているっていうこと自体がすごく大事。」L 看護師

8)意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える

【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】は、意思決定後も気持ちに変化したり後悔したりする患者に対し、患者が下した決定が最善のものであったと納得できるよう医療者がチームで支援できる環境を整えることを意味しており、《患者が子どもの成長について相談できる場へと繋げる》のサブカテゴリから構成されていた(表 25)。

表 25 意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える

サブカテゴリ	コード
患者が子どもの成長について相談できる場へと繋げる	患者が子どもの成長へのがん罹患や治療の影響について相談やケアできる場所へ繋げる
	患者がさまざまな感情を表出できるよう医療チームで情報共有する

(1) 患者が子どもの成長について相談できる場へと繋げる

《患者が子どもの成長について相談できる場へと繋げる》は、妊娠中に受けたがん治療が出産後の子どもに与える影響は明らかではないため、子どもの成長について相談できる場や人と患者を繋ぐことを意味しており、〈患者が子どもの成長へのがん罹患や治療の影響について相談やケアできる場所へ繋げる〉〈患者がさまざまな感情を表出できるよう医療チームで情報共有する〉の2つのコードがあった。

① 〈患者が子どもの成長へのがん罹患や治療の影響について相談やケアできる場所へ繋げる〉

「子どもの成長で発達障害とか、子どもの育てる過程へのがんの影響っていうのは常にやっぱり不安に思っているんじゃないかと思うので、そういったがん領域だけでなく、もっと小児領域と看護と、例えばそういったケアができる場所が繋がっていれば一番いいのかなと思ったり。」K 看護師

② 〈患者がさまざまな感情を表出できるよう医療チームで情報共有する〉

「私も関わるんだけど、いち看護師、患者さんがどのタイミングでいろんな感情表出とかできるように、スタッフにもできるように、スタッフとも情報共有をしながら、意思決定後のプロセスを支えるように。本当に多職種でチーム医療で関わっていくっていうのを実感しました。」I 看護師

9) 繋がりが途切れないようにする

【繋がりが途切れないようにする】は、治療担当科、産婦人科の外来、病棟と治療の場が変化する患者との繋がりが途切れてしまわないように行動することを意味しており、《細目に会えるような機会を意図的につくる》のサブカテゴリから構成されていた(表 26)。

表 26 繋がりが途切れないようにする

サブカテゴリ	コード
細目に会えるような機会を意図的につくる	患者の外来診察日を把握しながら、細目に会えるよう行動する

(1) 細目に会えるような機会を意図的につくる

《細目に会えるような機会を意図的につくる》は、治療の場がさまざま変化する患者に対して、あまり間隔をあけずに会えるような機会を意図的につくることを意味しており、〈患者の外来診察日を把握しながら、細目に会えるよう行動する〉のコードがあった。

① 〈患者の外来診察日を把握しながら、細目に会えるよう行動する〉

「声を掛けにっていますね。外来の日を確認して、残念ながらうちには看護外来がないんですけども。自分のスケジュール帳で管理しながら、あまり長く空かないうちに顔を見せに行くということを行っています。」B 看護師

「定期的に化学療法を受ける患者さんの関わりだったので、化学療法室に来られるたびと、あるいは診察のときとかで、ちょっと気を付けてお声掛けするようにして。」K 看護師

#### 10)医療者間での調整窓口になる

【医療者間での調整窓口になる】は、治療担当科、産婦人科、時には生殖医療科などさまざまな場で治療や診断を受け、複雑な説明を受ける患者と家族に対して、看護師は自分自身が調整役割を担うことを決め、コーディネートしながら医療者全員で患者を支えようとすることを意味しており、《医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する》《いつでも相談できる場があることを患者や家族に伝える》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表 27)。

表 27 医療者間での調整窓口になる

サブカテゴリ	コード
医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する	自身が相談窓口となることを医療者に知らせる
	医療者の中に調整のキーとなる人材が必要だと考える
いつでも相談できる場があることを患者や家族に伝える	患者が相談したいときはいつでも相談できる窓口であるということを紹介する
	患者が相談したいときには医療者全体から相手を選択できることを伝える
	医療者全体で支援することを意識する

#### (1) 医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する

《医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する》は、患者は、妊娠とがん罹患によって全身状態が容易に変化しやすい状況にありながら、さまざまな科を受診するため、患者に継続して関わる医療者が必要だと医師や看護師が認識することを意味しており、〈自身が相談窓口となることを医療者に知らせる〉〈医療者の中に調整のキーとなる人材が必要だと考える〉の2つのコードがあった。

##### ① 〈自身が相談窓口となることを医療者に知らせる〉

「最初の段階の意思決定のときから、この人は妊娠を望んでいるけれども、リスクもかなり高いんだっていうことも、乳腺のほうのスタッフとも共有していたし、婦人科のほうの助産師とも共有をしていて。実際に今後、妊娠を継続していく中で何か起これば、私のほうにご一報をくださいと言って。」L 看護師

##### ② 〈医療者の中に調整のキーとなる人材が必要だと考える〉

「そりゃその方(同じ人が継続して関わる方)がいいんじゃないのかなと思ったけどね。レアだし、何が起こるか分からんいうのがあるでしょう。レアだからいうのもある。普通の乳がんじゃないか



ら。だからある程度一人の人がずっと見よったら、その変化がわかるんじゃないかなと。ま、実際 A 看護師さんが見てくれよったんじゃないけど。」 A 乳腺外科医

「私がやって何ができたのかっていうところは難しい、答えがないのかもしれないですけど、誰かが調整していかないと難しいのかなっていうところだけは見えるところなので。」 D 看護師

「なかなか今外来の看護師がだんだん手薄になったり日替わりになっていくと、そこがなかなか繋がれないので、やっぱりキーとなる人が一人ずついれば、全然違うと思うんですけどね。」 G 看護師

(2) いつでも相談できる場があることを患者や家族に伝える

《いつでも相談できる場があることを患者や家族に伝える》は、看護師は意思決定支援者であるが、医療者全体で支えていくことを患者と家族に伝えつつ、医療者はいつでも相談に応じることを伝えることを意味し、〈患者が相談したいときはいつでも相談できる窓口であるということを紹介する〉〈患者が相談したいときには医療者全体から相手を選択できることを伝える〉〈医療者全体で支援することを意識する〉の 3 つのコードがあった。

#### ① 〈患者が相談したいときはいつでも相談できる窓口であるということを紹介する〉

「がん拠点病院でそういう電話相談もできるっていう情報を、その方はたまたま、そこに行き着いたので電話をしたっていうふうにおっしゃっていて。これは、そういう情報が分かっている人にとってはいいんだろうなと思うんですけど、そういう情報に行き着かないかとかであれば、やっぱり意思決定のときに、もしその外来で、出産が終わったときに、もし何かあったらここに相談できるよとか。」 M 看護師

#### ② 〈患者が相談したいときには医療者全体から相手を選択できることを伝える〉

「スタッフたちが、外来スタッフたち、病棟スタッフ達は、がん相談支援センターがありますよとか、がんの CNS っていう人がいますよとかっていうようなことを(患者に)伝えてくれて、必要であれば(患者とがん看護 CNS を)つなぎますよっていうことを。私に一番に会った人にはスタッフたちが(相談者としていることを患者に伝える)、スタッフに一番に会った人たちには、別の所が、(相談窓口として)自分たちの他にあるんだっていうことを伝えるようにして。」 L 看護師

#### ③ 〈医療者全体で支援することを意識する〉

「やっぱり、だから shared なのかなとか。自分だけでももちろん、私が説得するのが意思決定でないし、先ほど師長さんとかおっしゃいましたが、どなたかがその人の意思を決定するにあたっての、やっぱり中立でないといけないと思ったときは、自分が入り込み過ぎた分、引いてみるっていうこともしているかなって。他の人に任せるとか、しているかなって思います。」 J 看護師

# 11)患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する

【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】は、がん治療と妊娠継続について意思決定するためには、意思決定に関わる人々の価値観や思いを表出することが重要であり、そのためには、患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する必要があることを意味しており、《患者や家族と情緒的な関係性を構築する》《患者や家族と治療担当医の橋渡しをする》の2つのサブカテゴリから構成されていた(表 28)。

表 28 患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する

サブカテゴリ	コード
患者や家族と情緒的な関係性を構築する	医師は、看護師に患者と情緒的な関係性を構築する役割を期待する
	患者と感情を共有することが大切だと思う
患者や家族と治療担当医の橋渡しをする	患者と家族の状況や思いを医師に伝える
	医師と患者の情緒的な繋がりを支援する

## (1)患者や家族と情緒的な関係性を構築する

《患者や家族と情緒的な関係性を構築する》は、医療者が患者や家族と情緒的な関係性を築くことが意思決定支援の基盤になるため、医師はその役割を看護師に期待し、看護師も期待される役割を担うことを意味しており、〈医師は、看護師に患者と情緒的な関係性を構築する役割を期待する〉〈患者と感情を共有することが大切だと思う〉の2つのコードがあった。

### ①〈医師は、看護師に患者と情緒的な関係性を構築する役割を期待する〉

「先生達が治療がメインなので、どうしても生活の面だったりとか、どういうふうに患者さんとか家族が思ってるかっていうのはやはり、話はされるんだけど、深いところ、なんか、人として感じるんだけど、時間がなかったりとかなので、そこは『頼むね』みたいなところだったと思う。」B 看護師

「治療っていったってね、コミュニケーションの上にやってることなので、それが直接治療に関係なくっても、ああだこうだと話をしているということをやっていることなんで。そうするとやっぱり、男性である主治医が十分カバーできないコミュニケーションを看護師の方とか、このかたの場合、助産師さんも関わってくれたので、やってくれるっていうのは、それは診療に直接的な、明確なものとしては無くっても、非常に大事なコミュニケーションになってると思います。」E 乳腺外科医

### ②〈患者と感情を共有することが大切だと思う〉

「無事に生まれたら、生まれて良かったですねとか、一緒に喜んだり、一緒に確認したりっていうのは、大切なことかなと思います。」G 看護師

(2)患者や家族と治療担当医の橋渡しをする

《患者や家族と治療担当医の橋渡しをする》は、患者や家族の思いを治療担当医に伝えるのみでなく、互いが良好な関係性でいられるよう支援することを意味しており、〈患者と家族の状況や思いを医師に伝える〉〈医師と患者の情緒的な繋がりを支援する〉の2つのコードがあった。

①〈患者と家族の状況や思いを医師に伝える〉

「看護師の方が、乳腺外科医に言わないといけないこともあると思うんです。例えば患者さんの希望とか、こう思ってるんだとか、そのコーディネートするような役割がやっぱり大きいのかなと思いますけれども。」A 看護師

「(看護師から得る情報は)わりとプライベートな環境であるとか、その辺、医療に関係するかどうか分からないですけど、患者さんをイメージづけるのには助かりました。」G 乳腺外科医

②〈医師と患者の情緒的な繋がりを支援する〉

「『先生がこうやって結び付けてくれてて、先生は常に気にされていて、こういうふうに専門(看護師)に繋いでくれるっていうことは、本当にあなたのことを大事に思ってるんですよ』って伝えたと、そこからバツと涙が出るんです。」B 看護師

### 3. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセスのカテゴリ間の関連性

以上の結果より、「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセス」(以下、「医療者の支援プロセス」とする)を図5に示す。①意思決定の必要性認識の段階では、**【妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする】****【チームで支援しようという意識をもつ】**が見出され、この2つのカテゴリは、患者と家族の現状をアセスメントすることでチームでの支援が必要であると捉えたり、チームで支援するという意識をもちながらアセスメントを行ったりしており、相互に影響し合っていた。

②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階では、**【患者と家族と共に意思決定していくための準備を整える】**が見出された。妊娠期がん患者のがん治療と妊娠継続に関する意思決定の共有をめざす過程では、患者と家族のみ、あるいは医療者のみで治療について考えていくことは不可能であるため、患者と家族と医療者が共に意思決定に臨むことが重要であり、その準備を整えていた。

③選択肢の提示の段階では、**【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】**ことで、**【医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示(する)】**し、④患者と家族の認識を吟味する段階では、**【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】****【患者と家族の意思を確認し方向性を定める】**が見出された。ここでは、看護師、治療担当医、産婦人科医がそれぞれの役割と責任を明確にしながら医療者間でも患者や家族とも相互に関わり合うことで、患者と家族の意思を確認し、意思決定の方向性を定めており、**【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】****【患者と家族の意思を確認し方向性を定める】**の2つのカテゴリは相互に影響し合っていた。

⑤意思決定内容について合意する段階では、**【がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う】****【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】**が生成された。**【がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う】**は、妊娠継続中の治療や生活調整が主であり、**【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】**は、出産後の支援体制を整えることが主であるため、この2つのカテゴリは並行して実践されていた。

どの段階にも属さないカテゴリとして、**【意思決定について患者が納得できるよう支える】**が生成された。**【意思決定について患者が納得できるよう支える】**については、妊娠期がん患者の意思決定においては、意思決定に関わる者が意思決定内容に合意した後も、意思決定したことが子どもの将来に与える影響、患者自身のがんの進展に与える影響が分からず、意思決定内容について悩んだり後悔したりする場合がある。そのような悩みや後悔に対して、意思決定後も医療者が支え続けるプロセスであり、常に最善の方法を考えてきたプロセスを振り返ることで意思決定内容を肯定的に捉えるという「患者が意思決定内容を肯定的に振り返るための評価の段階」であると考えた。

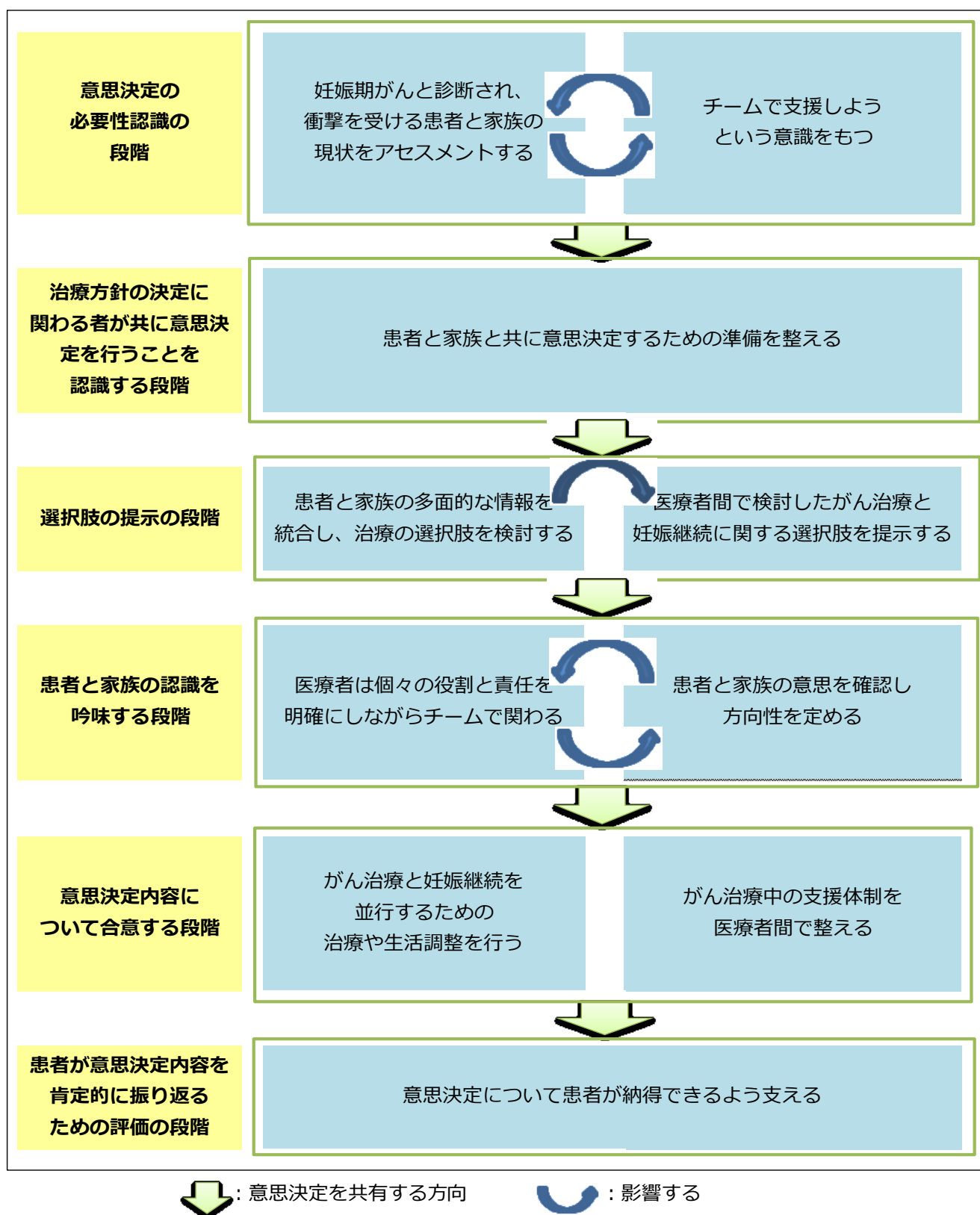


図5 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセス

#### 4. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割のカテゴリ間の関連性

以上の結果より、「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割(以下、「医療者の支援プロセスにおける看護師の役割」とする)」を図6に示す。①意思決定の必要性認識の段階では、【妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する】が、②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階では、【医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する】【患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する】が、③選択肢の提示の段階では、【情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える】が、④患者と家族の認識を吟味する段階では、【患者の意思を伝える力を強化する】【家族間の関係性や意見を調整する】が、⑤意思決定内容について合意する段階では、【決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する】が、どの段階にも属さないカテゴリとして、【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】が生成された。【繋がりが途切れないようにする】【医療者間での調整窓口になる】【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】のカテゴリは、意思決定支援プロセス全般を通じて発揮されている看護師の役割であった。

どの段階にも属さないカテゴリ【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】は、「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセス」と同様、医療者が意思決定後も支え続けることができるための環境整備であり、「患者が意思決定内容を肯定的に振り返るための評価の段階」のカテゴリであると考えた。



図6 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援プロセスにおける看護師の役割

## 5. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援モデル

ここでは、「医療者の支援プロセス」と「医療者の支援プロセスにおける看護師の役割」のカテゴリ間の関連性について検討し、「妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル(以下、「医療者の支援モデル」とする)」(図 7)を構築する。

まず、「①意思決定の必要性認識の段階」においては、看護師が【**妊娠期がん患者と家族のそばに**いながら、**チームで患者の情報を共有する**】ことで、患者の受診前に、主治医や助産師と患者に関する情報共有ができ、混乱する患者や家族の状況を的確に把握し、チームで支援しようという意識をもつことができていた。そして、【**妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする**】【**チームで支援しようという意識をもつ**】という医療者による支援によって、患者と家族と医療者は意思決定が必要であると認識することができていた。

「②治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階」では、【**患者と家族と共に意思決定するための準備を整える**】という医療者の支援を、看護師の【**医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整(する)**】し、【**患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する**】ことが促進していた。

「③選択肢の提示の段階」では、医療者間で【**患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討(する)**】した結果を提示、すなわち【**医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示(する)**】していた。この段階では、看護師は【**情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える**】つつ、情報提示の場に臨む患者を支援していた。

「④患者と家族の認識を吟味する段階」では、看護師は【**患者の意思を伝える力を強化(する)**】し、【**家族間の関係性や意見を調整する**】という、患者と家族に直接働きかける支援により患者と家族の認識を吟味していた。一方、【**医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる**】りつつ、【**患者と家族の意思を確認し方向性を定める**】ことで、患者と家族の認識を吟味していた。

「⑤意思決定内容について合意する段階」では、医療者は患者と家族の意思に沿って、【**がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行(う)**】い、【**がん治療中の支援体制を医療者間で整える**】ていた。この段階では、看護師は【**決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する**】ことで、意思決定内容についての合意を確認していた。

新たに見出された「⑥患者が意思決定内容を肯定的に振り返るための評価の段階」では、看護師が【**意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える**】ことで、医療者全体で【**意思決定について患者が納得できるよう支え(る)**】ていた。

このような「共有型意思決定を基盤とした医療者の支援」プロセス全体を促進していたのは、【**繋がりが途切れないようにする**】【**医療者間での調整窓口になる**】【**患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する**】という看護師の役割であった。



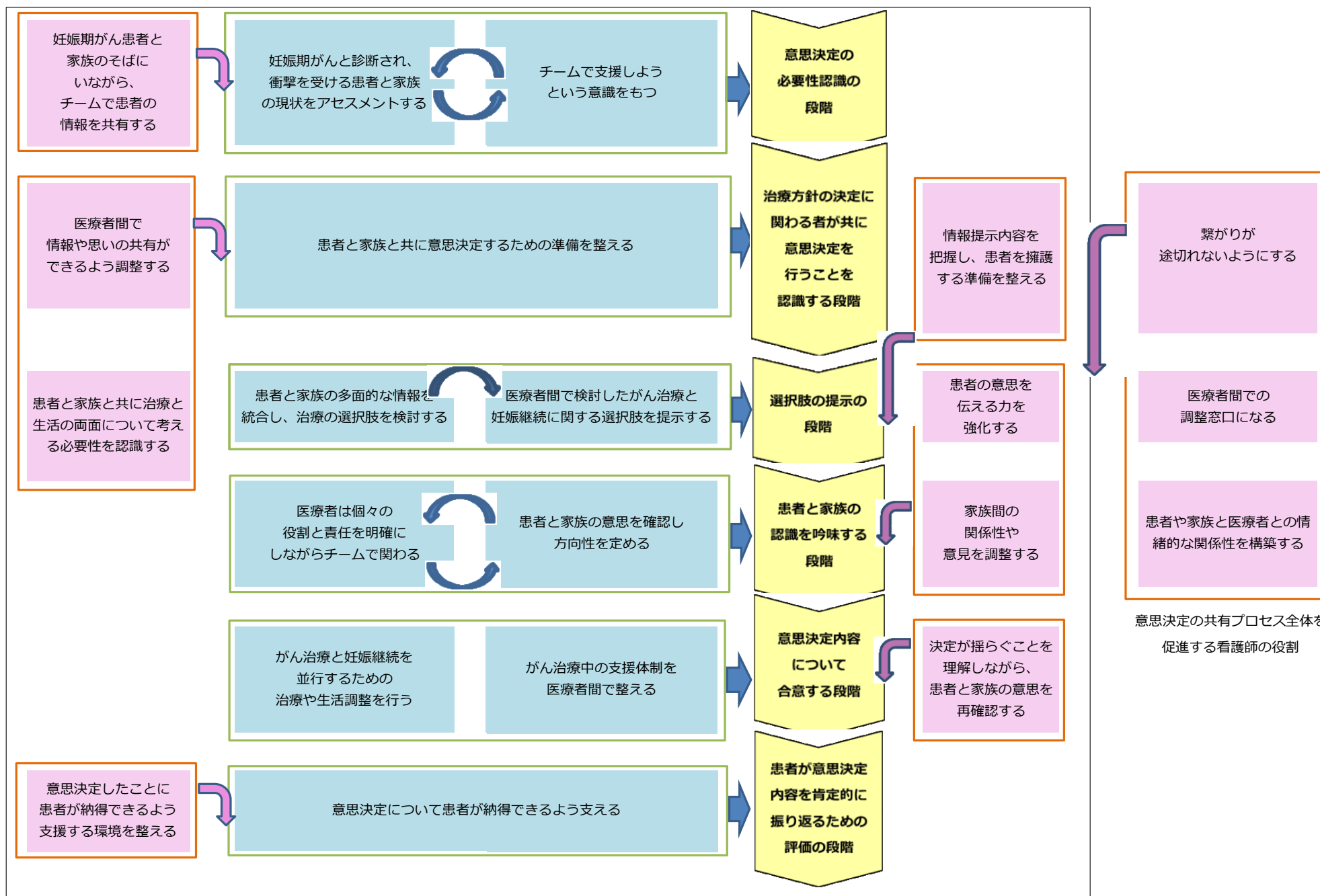


図7 妊娠がん患者と家族とがん治療と妊娠継続に関する  
共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル

## 第5章 考察

本研究では、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセス(以下、「医療者の支援プロセス」とする)と支援プロセスにおける看護師の役割を、看護師、治療担当医、産婦人科医への個別インタビューと、がん看護専門看護師へのフォーカス・グループ・インタビューをとおして明らかにした。そのうえで、妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援モデル(以下、「医療者の支援モデル」とする)を構築した。ここでは、まず、妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした支援の必要性について述べた後、医療者の支援モデルの特徴について考察する。つぎに、医療者の支援モデルでの支援の特徴と看護師の役割について考察し、医療者の支援モデルの活用について述べる。

### Ⅰ. 共有型意思決定を基盤とした支援の必要性

共有型意思決定を基盤とした医療者による支援の必要性に関して、患者と家族の意思決定が困難な状況、意思決定を可能な限り急ぐ必要性、意思決定支援の困難性について検討した上で、考察を深める。

#### 1. 患者と家族の意思決定が困難な状況

医療者が捉えた妊娠期がん患者と家族の姿は、〈妊娠期がんの診断に対して、患者と家族は衝撃を受け不安が高まっている(と捉える)〉姿であり、〈妊娠期のがん治療の難しさから、患者は自身の生命の危機を感じている(と捉える)〉姿であった。妊娠期がん患者と家族は、妊娠という新たな命の誕生とともに、患者の命を脅かすがんという診断を告げられ、衝撃と不安を感じていた。妊娠は新たな命の誕生を感じ、女性にとっては奇跡的で特別なイベントであり、同時にがんを宣告されることは患者と家族にとってこの上ない重大な出来事である(Kyriakides,2008)。妊娠期がんを告げられた患者と家族は、それぞれの立場で患者の命と胎児の命について考えなければならない。患者にとって、胎児と自分自身の生命はかけがえのないものであり、胎児を守りたい一方で、胎児を守ることが自分自身の生命を危険に曝すかもしれず、自分自身の生命の危険は胎児の命に直結するかもしれないという葛藤をもっている。患者の配偶者やパートナーにとっては、患者と胎児はかけがえのない存在である妻と子どもであり、患者の両親にとっては娘と孫となる。患者と家族が、2つの生命を同時に亡くすかもしれない不安をもちつつ、がん治療と妊娠継続について考えていくことは容易なことではない。2つの命について同時に考える過程では、患者と家族、家族間での意思の相違が起こることもある。妊娠期がん患者と家族は、妊娠期の

がん治療と妊娠継続についての複雑な情報を把握し、患者と家族にとって重要な2つの命について同時に考え、家族員の意思が異なり大きな葛藤が生まれる可能性があるという非常に複雑な状況にあり、意思決定が困難な状況にあるといえる。

## 2. 意思決定を可能な限り急ぐ必要性

医療者は、【チームで支援しようという意識をもつ】際には、〈患者を支援するという覚悟を決め(る)〉てはいたが、〈がん治療を待つことによる患者の生命のリスクと妊娠継続との間で葛藤(する)〉していた。これは、妊娠中には胎児への影響を考慮して標準治療が行えないことによって、がんが進行するリスク、今後の再発率を高めるリスクがあるが、その確率については未知であり、医療者自身も葛藤していることを示している。さらに、妊娠中には胎児に影響を及ぼす検査が実施できないことから、転移の有無、組織型について詳細に把握することができず、そのことがさらに進行のリスク、再発率が高まるリスクへの危惧を強めている可能性が高い。このような状況下では、医療者は患者と家族の意思に沿うためじっくり検討する時間を確保したいと考える一方で、治療を早期に開始することによって、進行や再発のリスクを低くしたいと考えるであろう。

一方、【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】際には、〈がんの進行度を優先しながら、妊娠週数や挙児希望など多面的な情報について考え(る)〉、〈多面的な情報を統合し、治療の選択肢について検討(する)〉していた。医療者は、妊娠週数、患者の年齢から考えられる今後の妊孕性、がんの組織型、がんの進行の程度、出現している症状など多面的な情報を総合してがんの治療法と妊娠継続について検討していたが、特にがんの進行度を考慮し、がん治療をどこまで待つことができるかという点を優先して治療の開始時期を決定していた。がん治療開始時期を最優先に考える理由は、医療者による意思決定支援においては、患者と胎児2つの命を同時に考えていくが、患者の命が無くなることは胎児の命が無くなることを意味しており、2つの命について考えるからこそ母体を救うためのがん治療を優先するからであった。

妊娠期がん患者と家族の共有型意思決定を基盤とした支援においては、治療を遅らせることにより、母体が危険に晒されるリスク、再発のリスクが高まる。さらに、母体の生命が危機に曝されることは、胎児の生命の危機にも直結し、再発のリスクは、今後患者が母親となった際の患者の死のリスクに繋がることになる。したがって、共有型意思決定を基盤とした支援はさまざまな情報を統合しながら可能な限り急ぐ必要性があると考ええる。

## 3. 意思決定支援の困難性

医療者は、妊娠期がん患者の受診時、〈今後支援が必要になることを予測して、がん患者の受診についての情報を看護師、治療担当医、助産師間で共有(する)〉し、〈(医療者は)動揺しながら、複数の医療者で支援する必要があると捉える〉など、【チームで支援しようという意識をも(つ)】っていた。この背景には、がん治療と妊娠継続に関する医療者の

情報提供の方法について、治療担当医のみ、あるいは産婦人科医のみで決めていくことは考えが偏ってしまう危険性を孕んでいることがある。妊娠についてのみ、あるいはがん治療のみについて考えるだけでは治療や妊娠継続を決定できない葛藤が医療者間にあり、個々の医療者のみでは支援の方法を決定しきれないことが、共有型意思決定における支援をより一層困難にしている。さらに、**【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】**際には、**〈看護師と医師は治療に関する情報のみでなく、葛藤や価値観も共有しながら治療法を検討(する)〉**していた。このことは、医療者が、チームで支援しようという共通の意識をもっていても、治療方針を考えていくにあたり、自らの感情や価値観を認識しないまま患者と家族を支援することは困難であることを示している。妊娠期がん患者と家族を支援するにあたって、**【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】**が、患者と家族にとっての善行は医療者それぞれで異なる。個々の役割を認識し遂行しようとした時、治療担当医はがんの治療を一番に考え、母体の治療中心に治療を検討するが、産婦人科医は母体と胎児を合わせた妊娠経過を見ている。そこで、母親の生命が最優先であり無条件に治療を優先するという考え方、胎児に影響を与える可能性がある治療は妊娠中は避けるべきだという考え方など、役割に基づく価値観が対立することも起こると推察される。

以上のことより、妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした支援においては、困難で複雑な意思決定になるために、医療者が共に考えていかなければならない一方で、医療者それぞれの「患者と家族にとっての最善」が異なるという意思決定支援の困難性があると考えた。

## Ⅱ. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの特徴

患者と家族の意思決定が困難な状況、意思決定を可能な限り急ぐ必要性、意思決定支援の困難性について考察した結果、共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルは、患者と家族を支援の対象とし、医療者がチームで支えていく必要があることが分かった。妊娠期がん患者と家族を支援する場合、医療者自身の倫理観や考えが患者とのコミュニケーションに影響する場合もあり、慎重にならなければならず、ヘルスケアチーム全員が共通認識するガイドラインがあれば医療者自身の感情の負担を減らすことができる(Kyriakides,2008)といわれている。したがって、患者と家族の意思決定が困難な状況、意思決定を可能な限り急ぐ必要性、意思決定支援の困難性がある意思決定支援においては、共有型意思決定を基盤とした支援モデルが必要であることが示唆された。

ここでは、患者と家族を意思決定支援の対象とすることと、医療者がチームで支えるということ、患者と家族と医療者が共に意思決定することについて考察する。

## 1. 患者と家族を意思決定支援の対象とすること

医療者は、〈がんの治療と妊娠継続についての意思決定を家族全員が一緒に検討できるよう環境を整え(る)〉、〈患者と家族各々の、妊娠中あるいは出産後のがん治療に対する思いを偏りなく把握(する)〉していたが〈家族内で意思の相違がある場合には患者本人の意思を最優先(する)〉していた。さらに、患者の意思を優先する際には〈患者の希望に沿ってがん治療を進めていくことへの家族の支援体制や思いを確認(する)〉していた。共有型意思決定を基盤とした支援において、医療者が最優先するのは患者の意思であったが、同時に医療者は、家族が共に決定していけるよう環境を整えたり、本当にその意思決定内容を遂行することができるかを確認していた。一般的に、意思決定は患者本人が行うものであり家族は患者を取り巻くものとして考えられる。しかし、本研究では、家族は意思決定する際の代理人ではなく、意思決定支援の対象そのもの、すなわち意思決定を行う主体であった。

意思決定においては、自律が尊重されるが、妊娠期がんの場合は、患者の自己決定を尊重しようとしても、患者と家族の意思が異なる場合がある。妊娠期がんにおいて、自律を尊重した場合、患者が母になるかどうかという決断をすることは非常に複雑で、その決断は別の人格である子どもの命に直結するため、患者の自己決定の権利を行使することは、子どもの自己決定の権利を奪うことにもなる(Kyriakides, 2008)と言われている。また、患者と家族が出産するという意思決定をし出産したのち、患者ががんの再発により他界した場合には、遺された子どもを育てていくのは、パートナーや家族となり、家族の生活は大きく変化する可能性が高い。このように、パートナーにとっては妻と子、両親にとっては子と孫の命や生活に関わる意思決定を行うにあたって、家族も意思決定を行う当事者であるといえる。

また、家族を患者の背景として捉えるのではなく、家族そのものを看護の対象とする場合として、①家族関係が変化するなど、家族関係そのものに看護援助が必要な場合、②患者の健康問題が家族に重要な影響を及ぼしている場合がある(鈴木,2012)。妊娠期がん患者の場合、新たな生命の誕生により、妻は母という新たな役割の獲得、夫は父という新たな役割の獲得が必要であり、関係性が大きく揺らぐ時期であり、なおかつ、患者のがん罹患はその後の生活や育児に大きな影響を及ぼすことが明らかである。

以上のことより、妊娠期がんに関する共有型意思決定を基盤とした支援においては、患者を中心として家族を支援するのではなく、患者と家族をともに支援していくという考え方が重要である。

## 2. 医療者がチームで支えるということ

意思決定支援の困難性として、個々の医療者のみでは決定していくことが難しい状況があることにより、医療者は院内でのチームづくりを行いながら、患者と家族と共に意思決定をする必要があった。そのチームづくりは、**【チームで支援しようという意識をもつ】**

ことから始まり、〈がんの進行度を優先しながら、妊娠週数や育児希望など多面的な情報について考え(る)〉、〈多面的な情報を統合し、治療の選択肢について検討(する)〉し、  
【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わ(る)】り、【がん治療中の支援体制を医療者間で整え(る)】、《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える》という過程をたどっていた。

妊娠期がん患者と家族を支援する医療チームは、診療報酬加算要件に基づきトップダウン方式で形成される褥瘡チームや緩和ケアチームとは異なり、チームの構成員、チームの目的などが明確でない中でつくられていくことが特徴である。チームが活性化するためには、主体性と相互作用が必要である(堀ら,2007)とされており、医療者は、患者と胎児双方の命を救いたいという共通の目標に向かって、主体的に【チームで支援しようという意識をも(つ)】ち、【(医療者は)個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わ(る)】っていた。このように、共通の目標をもち、個々の役割を明確にし、チームとして関わり合うことで、医療チームは活性化されたと考える。また、その支援は、【がん治療中の支援体制を医療者間で整え(る)】、《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える》というように、意思決定がなされた後のがん治療中、そして意思決定後の妥当性について患者が迷っている時期にも及ぶことが分かった。本モデルは、医療チームが共通の目標に基づき、どのように院内でチームを形成・活性化していくか、医療者間で共有すべき情報、患者と家族を支援するための体制、支援する時期を明確にしたと考える。

### 3. 患者と家族と医療者が共に意思決定する

看護師は、【医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整(する)】し、【患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する】ことで、【患者と家族と共に意思決定するための準備を整え(る)】ており、そのことが「治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する段階」へと導いていた。

上述したように、妊娠期がん患者と家族の意思決定において、患者と家族が置かれている状況は、さまざまな考えが交錯しながらも2つの命について考えなければならない非常に複雑な状況であり、患者と共に家族も重要な意思決定者であった。そのような妊娠期がん患者と家族の意思決定においては、医療者もチームとなって支え、患者および家族と共に考えていくことが重要であった。そのためには、「治療方針の決定に関わる者が共に意思決定を行うことを認識する」ことが重要な段階となっていた。

また、医療者は〈選択肢に伴うリスクを理解した上での患者と家族の選択であると受け止め(る)〉、〈決定した内容について、患者の意向に沿ってがん治療や分娩時期を調整(する)〉し、〈がん治療と妊娠継続を並行できるよう、妊娠経過とがん治療が互いに与える影響を観察し対応(する)〉していた。医療者は、たとえリスクを伴う意思決定であっても、そのリスクを理解したうえで患者と家族が選択したのであれば、その選択を受け止め、受

け止めた内容については、がん治療や分娩時期を調整したり、互いに与える影響を観察し対応していた。これらのことから、患者と家族を中心としながら意思決定を支え、意思決定内容が遂行されるよう協働している医療者の姿が明らかになった。

以上のことより、共有型意思決定を基盤とした支援モデルでは、患者と家族と医療者が共に意思決定を行おうとするプロセスが明らかになったことが特徴である。

### Ⅲ. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルでの支援の特徴

#### 1. 意思決定後の医療者間での支援体制

##### 1)がん治療が妊娠経過に与える影響に対応する

患者と家族が意思決定したことに基づき、妊娠中にがん治療を行っていく段階で、医療者は〈がん治療と妊娠継続を並行できるよう、妊娠経過とがん治療が互いに与える影響を観察し対応(する)〉し、〈がん治療が始まる前に、治療がスムーズに進むよう多職種で支援体制を整え(る)〉ていた。妊娠期がん患者と家族の意思決定においては、意思決定した後も治療が妊娠経過に与える影響があったり、妊娠経過による心身の変化によって治療法や時期を変更していく必要が出てくることがある(Zanetti-Dällenbach et al,2006)。胎児期に手術療法や化学療法などのがん治療に曝露した子どもの成長については、化学療法の曝露による身体的な問題はないという報告(Avilés, A & Neri, N,2001)もある一方で、胎児発育不全につながるリスクはあるという報告もあり(後藤,2018;塩田,2018)、母親は治療による胎児への影響や出産後の授乳に不安を抱いている(Ives, A. et al,2012)。妊娠中の治療についての患者と家族の不安が少しでも小さくなるよう、妊娠経過とがん治療の相互の影響を観察し対応したり、前もって出産後に考えられる状態や対処などの情報を提供したりすることで、患者と家族を支援している医療者の姿が明らかになった。

##### 2)意思決定について患者が納得できるよう支える

共有型意思決定を基盤とした支援プロセスでは、用語の定義の段階ではなかった「⑥患者が意思決定内容を肯定的に振り返るための評価の段階」が見出された。この段階では、《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支え(る)》、《意思決定後の患者の気持ちの変化に対応する》ことで、【意思決定について患者が納得できるよう支え(る)】ていた。

【意思決定について患者が納得できるよう支える】は、野嶋(2005)が意思決定支援のプロセスとして明らかにした「結果を評価する」ということと、意思決定の結果を評価しているという点では一致していた。【意思決定について患者が納得できるよう支える】際の《意思決定の妥当性について迷う患者が納得できるよう医療チームで支える》ことは、具体的には、〈がん治療が子どもに及ぼす影響、再発について不安をもち続ける患者に医療チームで対応(する)〉し、〈意思決定した内容について患者が納得できるよう、意思決定プロセスを共に振り返る〉ことであった。

〈がん治療が子どもに及ぼす影響、再発について不安をもち続ける患者に医療チームで対応する〉 ことについて、妊娠中のがん治療については、医療者が胎児への安全性を十分検討した上で実施していたが、患者と家族は、がん治療の胎児への影響について、不安が完全に解消されないまま治療を受けていた。「がん治療の出産後の子どもへの影響については、妊娠中期・後期の抗がん剤治療はおおむね可能であるが、中枢神経系に関しては成長発達の過程で影響が明らかになる可能性がある」という報告(後藤, 2018)があるが、情報の蓄積が十分ではない状況である。このような状況において、患者と家族は児の成長発達について不安をもちながら成長を見守ることになっていた。同時に、患者は、治療が遅れたことや標準治療が行えなかったことによる、がんの再発への不安も抱きつづけていた。児の成長発達への不安をもちつつ、再発の不安をもちながら生活を続けていかなければならない患者に対して、医療者は、小児看護専門看護師や助産師を巻き込んで提供できる情報を検討するなど、チームとして対応していた。

〈意思決定した内容について患者が納得できるよう、意思決定プロセスを共に振り返る〉 ことについて、妊娠期がん患者と家族は、妊娠中に治療を受けたことが胎児に与える影響、治療を延期したことによるがん再発リスクの上昇など、子どもや自分の将来に大きく影響を及ぼす内容についての迷いをもっていた。医療者も同様に〈がん治療を待つことによる患者の生命のリスクと妊娠継続との間で葛藤(する)〉しながら、患者と家族を支援してきており、がん治療の延期とがんの再発は患者と家族にとっても医療者にとっても大きな懸念であることが分かる。戈木(2001)は、医師が家族に意思決定にかかわる迷いを伝えることで家族の迷いを共有することにつながり、医療者と家族がともに治療を選択していくことができることを明らかにしており、医療者が葛藤を抱いていたことは、共有型意思決定を促進していた可能性もある。意思決定した内容が良い結果をもたらしたかどうかは誰にも分らず、不安をもち続ける患者に対して、その時々で最善だと考える決定を患者や家族と医療者が共に行ってきた過程を、患者と医療者が共に振り返り、患者が納得できるよう支援する援助が重要であると考えた。

## 2. 医療者間での葛藤や価値観の共有

【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】際には、《治療のみでなく出産後の生活も含めて患者と家族と共に意思決定して(いけるように関わる)》いくことができるように、〈看護師と医師は治療に関する情報のみでなく、葛藤や価値観も共有しながら治療法を検討(する)〉していた。

医療者が患者と家族と共に意思決定を行うための検討の際に、なぜ医療者それぞれの葛藤や価値観を共有することが必要なのだろうか。患者の意思や意向が確認できないときには、何が患者にとって最善であるのかを関係者間で探していくことがより重要になり、そのためには意見の理由を関係者間で共有し、価値観、関心・懸念の共有を行うことが重要である(吉武, 2017)。患者と家族と医療者が共に意思決定していこうとする過程で、まず、



医療者間で治療法を検討する時には、価値観の相違が治療法の決定に影響する可能性が高い。特に、妊娠期がんについては、母体の安全を優先するという考え、胎児の安全を優先するという考え、さまざまな考えが対立する可能性もある。そのため、医療者間でがん治療方針の検討にあたって、葛藤や価値観も擦り合わせた上で、ある程度合意しておく必要がある。医療者間で合意ができていないことは、患者や家族が治療法を検討していく際に不信感を芽生えさせる可能性がある。したがって、妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした医療者の支援においては、医療者間で価値観や葛藤を共有しながら治療法を検討していくことが重要だといえる。

### 3. 患者を母であり、がん患者である人として捉える

【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】際には、《今後、母親としてがん治療に臨む患者を支えるためのチームづくりを行う》なかで、〈がんの治療中でも母親役割を遂行できるよう環境を整え(る)〉、〈医療者は患者の母親としての思いを尊重(する)〉していた。

妊娠期がんの治療を考えていく際には、上述したように、がんの進行度を優先すべきこととしてアセスメントする過程で、医師や看護師は、患者を「がん患者」として扱う傾向が強くなる。しかし、患者はがん罹患と同時に妊娠を経験しているため、がん治療のために健康であれば遂行できたはずの授乳などの母親役割を遂行できないことでの自責の念があることを医療者が理解しておくことが重要であると考えた。患者は「がん患者」とであると同時に「母親」でもあることを医療者が意識しながら、助産師などと協働し、支援体制を整えていくことが、本来であれば果たせたはずの母親役割が遂行できない患者の苦悩を軽減することにつながると考える。患者は、自身ががんに罹患したことで、胎児をがん治療に曝露させることへの罪悪感があるため、医療者と共に胎児の発育を確認したり出産やその後の生活について話したりすることは、母子関係を築いていくことにつながる(Alder, J., & Bitzer, J., 2008)。本研究でも、化学療法の前後には必ずノンストレステストを実施し胎児の無事を確認することが実施されており、このような関りは、患者や家族の不安の軽減と共に母子関係の形成にも役立っていると考ええる。

## IV. 共有型意思決定を基盤とした支援モデルでの看護師の役割

### 1. 医療チームを形成する役割

共有型意思決定を基盤とした支援モデルの特徴として、「医療者がチームで支えるということ」が明らかになった。医療者がチームで患者と家族を支えるためには、医療者間で意見や情報を調整する役割が必要であり、その役割を看護師が担っていることが明らかになった。看護師は、〈妊娠期がん患者の情報を医療者間で共有する〉〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉〈患者がさまざまな感情を表出できるよう医療チームで情報共有する〉など、情報収集や情報提供

の調整役割を担っていた。さらに〈患者が子どもの成長へのがん罹患や治療の影響について相談やケアできる場へ繋げる〉〈医療者全体で支援することを意識する〉《医療者間での調整窓口を担う必要性を認識する》など、時には自分自身がチーム医療の主たるコーディネーターとして、医療チームを形成していた。

共有型意思決定を基盤とした支援プロセスでは、医療者がチームで支えることが特徴であったが、誰がチームを構成し、リーダーシップをとるのかは明確ではなかった。医療形態が複雑化し、1人の患者に関わる職種が多様になるにつれて、各専門職間の溝を埋め、それぞれの調整を果たす役割を担う職種が必要であり、その場合の調整役として、チームメンバーかつチームリーダーとしての役割を担っていくのは看護師である(川島,2011;田村,2018)といえる。共有型意思決定を基盤とした支援モデルにおいて、看護師はチーム医療のコーディネーターとして、医療チームを形成する役割を担っていた。

## 2. 患者と家族を擁護する役割

看護師は、情報提示の段階において《治療担当医と産婦人科医の考えや治療の方向性、連携を把握し、患者の擁護者として診察に同席する》など、【情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整え(る)】ていた。また、〈患者自身が情報を整理・統合し、質問をしていく必要があると判断(する)〉し、《患者が自分自身で医療者に相談できるよう支援(する)》していた。また、〈家族の立場が同等になるよう弱い立場の人をサポート(する)〉し、《家族が対等な立場で向き合えるよう調整(する)》していた。このように、診察時に患者を擁護する準備を整えたり、患者が医療者に相談できる力を強化したり、家族内で立場が弱い人が対等な立場で向き合えるように調整する役割は、患者と家族を擁護する役割だと考えられる。

共有型意思決定とは、「患者と家族が、看護師、産婦人科医、治療担当医とのやり取りを通して共に意思決定を行うプロセス(Krinston et al,2010;NHS)」であり、「情報交換の流れは双方向である(Yoshitake, 2013)」。

情報の流れが、医療者から患者と家族への一方向にならないよう、患者が自分の疑問や考えなどの思いを医師に伝えられるように後押しすることは、本モデルにおける看護師の役割であった。また、看護師が常に患者の診察や診療場面に同席できない可能性が高い妊娠期がん患者においては、患者自身が情報を整理・統合し、質問できるように関わることは重要な支援であった。さらに、意思決定において家族も患者と同様に決定していく必要があることから、患者と家族が同じ立場で意思を主張することは重要であり、弱い立場の家族員を擁護することは看護師の重要な役割であると考えた。

## 3. 患者や家族と医療者の情緒的な関係性を構築する役割

看護師は、常に〈医師と患者の情緒的な繋がりを支援(する)〉し、《患者や家族と治療担当医の橋渡しをする》こと、また、〈患者と感情を共有することが大切だと思(う)〉

い、《患者や家族と情緒的な関係性を構築する》ことで、【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築】していた。同時に、看護師と患者との情緒的な関係性の構築は、〈医師は、看護師に患者と情緒的な関係性を構築する役割を期待(する)〉していることから分かるように、他の医療者から期待されている看護師の役割でもあった。他にも、看護師は、〈気持ちの揺らぎやつらさを理解(する)〉したり、〈患者がさまざまな感情を表出できるように医療チームで情報共有する〉など、感情を共有することで情緒的な関係を構築していた。

看護師が、患者の感情表出を促したり、支援をすることについて、がん患者の意思決定支援において、看護師が「意図的に感情を共有する」ことによって、患者はこころが安定し自分の問題を引き受けたり、意思決定に向けての準備に気づいたり、納得して先に進むことができる(川崎, 2015)ことが明らかになっている。また、神田ら(2015)は、クライアントの意思決定を支援する看護師行動に関する研究で、クライアントとの関係を形成することは意思決定という看護の目標達成度に重大な影響をもたらし、看護師とクライアント間に関係が形成され価値観や信念等に関する情報を収集しない限りは、意思決定支援が行えないと述べている。

このように、意図的に情緒的な関係性を構築することが求められる反面、日本人は情緒的感性が豊かかつ繊細で、その繊細さが人間関係に反映される。情緒的な人間関係を基盤として、相手の考えや意向を把握し、自分と相手との利害を調整していく文化は、農耕をつうじて自然と共存してきた日本人ならではの文化だと言われており(原, 2013)、「患者や家族と医療者の情緒的な関係性を構築する役割」は日本における関係性の特徴を反映した役割だといえる。

患者や家族と医療者の情緒的な関係性を構築する役割は、共有型意思決定を基盤とした支援において、非常に重要な役割であり、医師からも期待されている日本における関係性の特徴を反映した看護師の役割であると考えた。

#### 4. 患者との繋がりを維持する役割

看護師は、患者との【繋がりが途切れないようにする】支援として、《細目に会えるような機会を意図的につく(る)》っていた。これは、妊娠期がん患者は、さまざまな診療科の外来や病棟を行き来するため、その時々で関わる医療者が変わり、患者の辿るプロセス全体を医療者が理解できない可能性があるため、継続して関われる存在に看護師自身になることを意図して行った支援である。ほかにも《いつでも相談できる場があることを患者や医療者に伝える》ことで、患者との繋がりが維持できるようにしていた。

子育て世代包括支援センターでの看護師は、妊娠中や子育て中の地域の人が、安心して過ごせるよう、相談しようと思ってもらえる関係や機会を作ったり、継続的に支援の必要性を見極めていた(槻木ら, 2019)。妊娠期がん患者も、地域で暮らす妊産婦という点は共通しており、看護師は何かあればすぐに相談できるような支援体制を整えていた。治療

の場が変化し、多くの医療者と関わる妊娠期がん患者の支援において、看護師は、繋がりを維持する役割を担っていた。

## 5. 情報や意見を調整する役割

看護師は、〈治療担当医や産婦人科医の情報提供や考えについて、誰が調整しながら把握するのか明確にする〉〈出産のみでなく、育児の視点ももって情報提供した上で共に考える〉など、誰がどのように患者と家族に情報を提供するか、どのような情報を提供するかということを調整していた。

乳幼児をもつ家族への援助は、①育児という新たな役割を得る、②生活の再編成が必要になる、③家族成員間の関係性に変化が生じるなどの理由から、出産後の生活をイメージしてもらう支援が必要である(渡辺, 2012b)。妊娠期がんにおいては、出産後の生活のみならず、そこにがんの治療が加わる生活についてイメージできるような支援を医療者が行えることを意識して、看護師は情報提供の内容を調整していた。

また、看護師は、〈今後の治療方針や思いについて医師に確認する〉〈家族各々の説明内容についての認識や思いを確認する〉という支援を行っていた。情報を提供するにあたっては、提示する情報に医療者間で齟齬がないか、提示された情報についての患者と家族の認識が正しいかどうかを把握し、ズレが生じている場合は調整していく必要がある。病院に勤務するチーム医療における専門職連携における看護師のコンピテンシーとして、那須ら(2018)は、情報提供や他職種間の意見のズレを調整するなど他職種との連携を生む調整役割を明らかにしており、本研究でも同様に、情報や意見を調整する看護師の役割が見出された。

## V. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの活用

### 1. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル活用の意義

妊娠期がん患者と家族の意思決定に関して、最善の意思決定が明らかでないために患者と家族のみでは決定できない、医療者も治療担当医のみ、産婦人科医のみでは決定できない状況にあるからこそ、医療者がチームをつくりながら、共有型意思決定を基盤としてプロセスを進めていく「共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル」を活用することに意義があると考ええる。共有型意思決定を基盤とした支援モデルでは、院内での医療チームをどのように形成し、支援の時期をどう捉え、どのような情報提供をしていくか、看護師が担う役割は何かという方向性が示されたと考える。また、医療者による支援プロセスにおける看護師の役割として、【繋がりが途切れないようにする】【医療者間での調整窓口になる】【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】が明らかになった。意思決定を可能な限り急ぐ必要がある状況で、このようなモデルを看護師が活用することによって、患者と家族あるいは医療者に対してタイムリーな関わりが提供できる可能性が高くなり、本モデルの活用は意義があると考ええる。

## 2. 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルの活用を促進するもの

### 1) 共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデルを活用する看護師の能力

本モデルは医療者による支援モデルであり、医療者全体で患者と家族にどのように関わるかを示したものである。医療者で支援していく際に看護師が果たす役割が重要であることも明らかになった。したがって、支援モデルを活用する看護師に求められる能力は、高い調整力や関係性構築の力をもちながら患者と家族を支援しつつ、医療チームの力を高めしていくことのできる高い実践能力であることが明らかになった。

専門看護師、認定看護師には、①個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践する『実践』能力、②看護実践を通して保健医療職に対し指導を行う『教育・指導』能力、③看護職等に対しコンサルテーションを行う『相談』能力があり、専門看護師にはさらに3つの能力、④ケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々との間のコーディネーションを行う『調整』能力、⑤個人、家族及び集団の権利を守るために倫理的な問題の解決を図る『倫理調整』能力、⑥実践の場における研究活動を行う『研究』能力が求められている。共有型意思決定における支援モデル活用に当たっては、このように高い『調整・相談・実践』能力をもつ専門看護師や認定看護師が役割を担うべきであると考えた。したがって、本モデルを活用する看護師は、妊娠期がん患者に関わる可能性が高い、がん看護専門看護師、乳がん看護認定看護師、がん化学療法認定看護師を想定している。

### 2) 多職種が合意に向けてディスカッションできる環境

妊娠期がん患者の意思決定を支援するためには、**【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】****【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】****【意思決定後に母親としてがん治療に臨む患者と家族の支援体制を整える】**過程で、治療担当医、産婦人科医、看護師のみでなく、助産師や小児科医、薬剤師などの院内の多職種が協働し、合意する必要があった。ヘルスケアにおける協働の定義は、「患者の健康・病気のニーズを満たすというゴールのために、それぞれの専門家独自の特質や能力を尊重しながら、共に話し合い意思決定をするプロセス(Coluccio & Maguire, 1983)」であり、「協働を可能にするために、自職種と多職種の双方の尊重が重要な要素のひとつ(アメリカ看護協会, 1996)」であるとされている。支援モデルにおいては、それぞれの職種が他職種の責任や役割を認識し同じ目標に向かって進むことは示されているが、医療者のチームづくりを進めるためには、多職種が診療科や職種の垣根を越えて協働できる組織文化が必要となる。したがって、共有型意思決定を基盤とした支援モデルの活用にあたっては、診療科や職種の壁を越えて協働できる組織体制を醸成させていく必要があると考えた。そのためには、妊娠期がん患者と家族の意思決定のプロセスを、患者や家族に関わった医療職で共に振り返り、課題を明確にすること、チーム医療の推進には国を挙げて取り組んでいく

が、看護師や医師へのチーム医療に関する教育をより一層充実させていくことが望まれる。

さらに、本研究では、妊娠期がん患者が、がん診療連携拠点病院を受診した後の医療者のチームづくりの過程は明らかになったが、患者が、がん診療連携拠点病院受診に至るまでのプロセスはさまざまであった。妊娠期がんが明らかになるのは、妊婦ががんだと診断される場合が多く、患者は産婦人科クリニックやかかりつけ医で不調を訴えることがあった。しかし、妊娠期がんは稀な疾患であり、一般のクリニックでは、妊娠期がんを疑うことはまだまだ少なく、妊娠期がんを速やかに発見し、治療可能な施設に移ることは難しい。そこで、今回明らかになった施設内での医療チームづくりのみならず、今後は、患者が受診している病院間でどのように情報交換、協働していくかということも考えていく必要がある。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、妊娠期がん患者を支援した経験のある医療者へのインタビューに基づいており、妊娠期がん患者と家族は研究協力者としていない。そのため、医療者が捉えた患者や家族の姿、医療者の情報共有のあり方や葛藤をとおして、「共有型意思決定を基盤とした医療者の支援モデル」は構築できたが、共有型意思決定のプロセスそのものは明らかになっておらず、共有型意思決定モデルは構築できていない。今後は、妊娠期がん患者と家族を研究協力者とし、共有型意思決定モデルを構築していくことが課題である。

また、支援モデルの活用には、医療職全体を巻き込んでいく必要がある。そのためには、看護職者がコーディネーターとして医療者間をつなぐ役割を担っていくことの必要性が明らかになった。今後は、本支援モデルを活用し、妊娠期がん患者と家族の意思決定支援を実施・評価し、さらなる課題や修正点を明確にしていくことで、共有型意思決定を基盤とした意思決定支援の看護モデルを構築することも検討したい。また、医療者全体で患者と家族を支援することについては、がん診療連携拠点病院の指定要件として、診療科の垣根を越えて医師や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどが話し合う「カンサーボード」の設置が定められているが、その重要性に対する理解の程度は医療者間で様ではなく、治療についての検討の場となっており、患者や家族や医療者の価値観についての検討はなされないことがほとんどである。したがって、妊娠期がん患者と家族と医療者が共有型意思決定を行うためには、今ある組織のシステムに則って援助するのではなく、組織をどのように発展させていくのか、医療チームをどのように作り上げていくのかを組織全体で考えていくことが課題である。

## 第6章 結論

妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした、医療者による支援プロセスの明確化と支援モデル構築を目的として研究を行った。妊娠期がん患者を支援した看護師、治療担当医、産婦人科医を対象とした個別インタビューと、がん相談等に応じているがん看護専門看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを実施した結果、以下のことが明らかになった。

1. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスとして、【妊娠期がんと診断され、衝撃を受ける患者と家族の現状をアセスメントする】【チームで支援しようという意識をもつ】【患者と家族と共に意思決定するための準備を整える】【患者と家族の多面的な情報を統合し、治療の選択肢を検討する】【医療者間で検討したがん治療と妊娠継続に関する選択肢を提示する】【医療者は個々の役割と責任を明確にしながらチームで関わる】【患者と家族の意思を確認し方向性を定める】【がん治療と妊娠継続を並行するための治療や生活調整を行う】【がん治療中の支援体制を医療者間で整える】【意思決定について患者が納得できるよう支える】が明らかになった。

2. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスにおける看護師の役割として、【妊娠期がん患者と家族のそばにしながら、チームで患者の情報を共有する】【医療者間で情報や思いの共有ができるよう調整する】【情報提示内容を把握し、患者を擁護する準備を整える】【患者と家族と共に治療と生活の両面について考える必要性を認識する】【患者の意思を伝える力を強化する】【家族間の関係性や意見を調整する】【決定が揺らぐことを理解しながら、患者と家族の意思を再確認する】【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】が生成された。【繋がりが途切れないようにする】【医療者間での調整窓口になる】【患者や家族と医療者との情緒的な関係性を構築する】は、共有型意思決定を基盤とした支援プロセス全般を通じて発揮されている看護師の役割であった。

3. 妊娠期がん患者と家族と医療者のがん治療と妊娠継続に関する共有型意思決定を基盤とした医療者による支援プロセスと支援プロセスにおける看護師の役割として見出された【意思決定について患者が納得できるよう支える】【意思決定したことに患者が納得できるよう支援する環境を整える】は、用語の定義である共有型意思決定のプロセスには見られなかったプロセスと役割であり、共有型意思決定の6段階目として「患者が意思決定内容を肯定的に振り返るための評価の段階」とした。

4. 妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした支援の必要性として、①患者と家族の意思決定が困難な状況にあること、②意思決定を可能な限り急ぐ必要性、③意思決定支援の困難性があることが考えられた。

5. 妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした支援モデルの必要性から、支援モデルの特徴として、①患者と家族を意思決定支援の対象とすること、②医療者がチームで支えるということ、③患者と家族と医療者が共に意思決定することが明らかになった。

6. 妊娠期がん患者と家族と医療者の共有型意思決定を基盤とした支援モデルでの医療者による支援の特徴として、がん治療が妊娠経過に与える影響に対応すること、意思決定について納得できるよう支えること、医療者間での葛藤や価値観の共有があった。また、共有型意思決定を基盤とした支援モデルでの看護師の役割として、①医療チームを形成する役割、②患者と家族を擁護する役割、③患者や家族と医療者の情緒的な関係性を構築する役割、④患者との繋がりを維持する役割、⑤情報や意見を調整する看護師の役割があった。

7. がん治療と妊娠継続に関する意思決定支援モデルの活用を促進するためには、高い調整・相談・実践能力をもつがん看護専門看護師、乳がん看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師を活用の対象とすること、職種を超えてディスカッションできる組織文化の醸成が必要であることが示唆された。



## 謝辞

妊娠期がん罹患という困難な状況にある患者さまとご家族を支援するという貴重な体験をお話くださった看護師、治療を担当される医師、産婦人科医の皆さまに心から感謝申し上げます。ご多忙な日々の中でも、患者さまとご家族への支援を事前に振り返り、丁寧にお話くださった内容が本研究で構築したモデルの礎になりました。また、妊娠期がん患者さまとご家族を支援された経験をもつ方を紹介してくださった皆さまに感謝申し上げます。研究協力者の条件にあてはまる方を探すことが至難の業でしたが、多くの皆さまのご協力により、研究協力者の方を得ることができました。また研究協力者の方に協力を依頼するにあたり、さまざまな調整をしていただいた、施設責任者の皆さま、看護部長さま、がん看護専門看護師の皆さまにも感謝いたします。

大学院在籍中にご意見、ご指導いただいた大学院教員の皆さま、ありがとうございました。報告会や発表会でいただく貴重なご意見をもとに、多様な視点から研究課題について考える機会を得ました。

研究計画書作成の段階で貴重なご指導をいただきました高田 昌代 教授に感謝申し上げます。予備審査から現在に至るまで、論文をご精読いただき、明確かつ丁寧にご指導いただきました甲南女子大学 雄西 智恵美 教授に感謝申し上げます。研究計画書作成段階から現在に至るまで、温かく細やかにご指導いただき、モチベーションを維持できる言葉をかけてくださいました二宮 啓子 教授に深くお礼申し上げます。

大学院博士課程院生の皆さまには、研究室で励まし合い、情報交換し合いながら苦しいときを乗り越えることができたこと、本当に感謝しています。

家族には長年に渡り協力してもらいながら、論文作成に臨むことができました。家族の存在が、病いとともにありながらも生活を継続していく患者さまやご家族の生活をイメージしたり、時には気分転換することを助けてくれました。

最後に、論文作成にあたって、常に温かく時には厳しくご指導くださいました鈴木 志津枝 教授に心から感謝申し上げます。研究とは、未熟な自分自身と向き合いながら主体的に取り組むことだと教えていただきました。本当にありがとうございました。

本論文を作成する過程で、私に関わってくださったすべての方に感謝いたします。論文作成過程での出来事すべてが私の糧になりました。これらの糧をこれからも大切に看護を探究していきたいと思います。ありがとうございました。

## 文献

- 秋谷文,北野理絵,堀井真理子,真島実,彦坂慈子,堀内洋子... 百枝幹雄.(2011).進行乳癌にてトラスツブマブとパクリタキセルを妊娠中に使用し羊水過少をきたしたが生児を得た1例,日産婦東京会誌,60(3),502-506.
- Alder, J., & Bitzer, J. (2008). Psychooncologic Care in Young Women Facing Cancer and Pregnancy, Recent Results in Cancer Research, 178, 225-236.
- アメリカ看護婦協会.(1998)/児玉香津子.(1998)看護はいま,ANA の社会政策声明,第1版,41,日本看護協会,東京.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics.(1995). Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, Pediatrics, 95(2), 314-317.
- 青木美和,庄司麻美,藤田佐和.(2015).看護師が医師と協働して行う進行がん患者のギアチェンジを支える援助モデルの構築,高知女子大学看護学会誌,41(1),63-75.
- 青木典子,中野綾美,藤田佐和,宮田留理,畦地博子,阿部淳子,野嶋佐由美.(1998).意思決定を支える看護の技に関する調査,高知女子大学看護学会誌,23(1),29-36.
- 青木典子,長戸和子,中野綾美,時長美希,畦地博子,益守かつき,川上理子,野嶋佐由美. (2003).家族の合意形成を支える技術の基盤—看護者の姿勢と家族・状況の捉え—,高知女子大学看護学会誌,28(2),1-10.
- 青木陽一,宮崎康二,落合和彦.(2007).クリニカルカンファレンス ; 5.産婦人科腫瘍合併妊娠の取り扱い 卵巣腫瘍,日産婦誌,59(9),551-555,2007.
- 青山万理子,日野直樹,西庄文,坪井光弘,三好孝典,露口 勝.(2013).妊娠中に治療を行った乳癌の1例,四国医誌,69(3),165-170.
- 有森直子.(2012).リプロダクティブヘルスにおける意思決定支援.中山和弘,岩本貴(編),患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア(pp111-136).中央法規.
- 浅井篤.(2002).人工妊娠中絶と重度障害申請時に対する医療.浅井篤,服部健司,大西基喜,大西加代子,赤林朗(編),医療倫理(pp183-198).勁草書房.
- 浅野和美,照井克夫.(2004).妊娠に対する麻酔の問題点と対策,産科と婦人科,71,860-866.
- ASCO University. <http://meetinglibrary.asco.org/content/82601-102>
- Avilés, A, I., Neri, N. (2001). Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. Clinical Lymphoma, Myeloma & Leukemia, 2(3), 173-177.
- Bastian,H., Knelangen,M., Zschorlich,B.(2009).Making information available to patients and the general public. Tha example of ‘Informed Health Online’ from Germany: Edwards,A., Elwyn,G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press,185-190.

- Belkora, J. (2009) Promoting critical reflection in breast cancer decision-making. Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 297-304.
- Charles C., Gafni A., Whelan T. (2009). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango), Soc.Sci.Med. 44(5), 681-692.
- Clayman, M.C., Makoul, G. (2009). Conceptual variation and iteration in shared decision-making. Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 109-115.
- Coluccio, M., Maguire, P. (1983). Collaborative Practice: Becoming a Reality through Primary Nursing. Nursing Administration Quarterly, 7, 59-63.
- Cooper University Health Care. <http://www.cooperhealth.org/departmentsprograms/cancer-and-pregnancy>
- Down Your Drink. (2014, 7 September). <https://www.downyourdrink.org.uk/>
- Elwyn, G., Gray, J., Clarke, A. (2000). Shared decision making and non-directiveness in genetic counselling, J Med Genet, 37, 135-138.
- Elwyn, G., Charles, C. (2009). Shared decision-making: From conceptual models to implementation in clinical practice. Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 309-315.
- Evans, R. (2009). From leaflets to edutainment: The evolution of PSA decision support tools. Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 309-315.
- Fernandes, A.F.C., Santos, M.C.L., Silva, T.B.C., Galvao, C.M. (2011). Prognosis of breast cancer during pregnancy: evidence for nursing care, The Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(6), 1453-1456.
- 藤井裕子, 大橋正宏, 大川了汎, 田村栄男, 石川賀子, 衣笠祥子, 森稔高. (2012). 当院で経験した乳癌合併妊娠の1例, 東海産婦誌, 4(9), 59-62.
- 藤田知子, 中西貴江, 星野奈央, 初田聡美, 上田かよ子. (2009). 妊娠継続・出産を希望している終末期患者の夫への看護—共同で絵本を作成することの効果—, 大津市民病院誌, 10 巻, 41-45.
- 福嶋恒太郎, 吉村宜純, 佐藤昌司, 月森清巳, 中野仁雄. (2005). 悪性腫瘍合併妊娠と予後, 日本周産期・新生児医学会雑誌, 41 巻, 689-694.
- Gaff, CL., Meiser, B. (2009). Supporting decisions in Clinical genetics: Edwards, A., Elwyn, G. Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 353-359.
- 後藤美賀子. (2018). 妊娠中のがん治療薬投与による影響. 北野敦子, 塩田恭子, 村島温子, 山内英子, 山内照夫, 米盛勸(編), 妊娠期がん診療ハンドブック (p72-79). 南山堂.

- Gottlieb, L. N., Feeley, N., Dalton, C. (2005/2007). 吉本照子(監修), 協働的パートナーシップによるケア. エルゼビアジャパン.
- 長谷川真澄, 栗生田友子, 鳥谷めぐみ, 木島輝美, 菅原峰子, 綿貫成明. (2017). 急性期病院におけるせん妄ケアチームの構築プロセス, 老年看護学, 21(2), 32-41.
- 原聰. (2013). 日本人の価値観 異文化理解の基礎を築く, かまくら春秋社.
- Hope for two...Pregnant with Cancer Network. <http://www.pregnantwithcancer.org/>
- 堀公俊, 加藤彰, 加留部貴行. (2007). チーム・ビルディング—人と人を「つなぐ」技法, 日本経済新聞出版社.
- 堀たづ子, 光木幸子, 畠田理佳, 大西早百合. (2008). 在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究, 京府医大看護紀要, 17, 41-48.
- 石井ひろみ, 福岡イツ子, 久保田恵子, 池谷登美枝, 中山千賀子... 佐々木茂. (1994). 妊娠 30 週に子宮頸癌根治手術を施行した患者の看護, 母性衛生, 35(4), 292-296.
- 石川ひとみ, 塚本祐子, 石井麗子, 佐藤民子. (1994). 急性転化を来した ATL 合併妊娠の看護経験, 母性衛生, 35(3), 63.
- 岩本貴子, 長澤裕子, 二見典子, 西立野研二, 松島たつ子. (2005). ホスピスにおける倫理的課題への取り組み スタッフへの意識調査の結果から, 死の臨床, 28(1), 80-86.
- Ives A., Musiello, T., Saunders, C. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psychooncology*, 21(7), 754-61.
- Joyce, E. T., Henry, O. T. (1992/2004). ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明(監), 意思決定看護倫理のための意思決定 10 のステップ, 日本看護協会出版社.
- 神田尚子, 舟島なをみ. (2015). クライエントの意思決定を支援する看護師行動に関する研究, 看護教育学研究, 24(1), 25-40.
- Karen, R., Nakissa, R., Richard, J. E. (2007). Cervical cancer in pregnancy, an Assault on family and fertility, *British Journal of Midwifery*, 15(3), 132-136.
- 片山 美子, 小笠原 昭彦. (2008). がん患者の入院治療経験によるこころの苦痛と看護介入に関する仮説, 日本看護科学会誌, 28(3), 52-58.
- 川崎優子. (2014, 11 月 10 日). がんになっても...あなたらしく納得のいく生活を送るために～意思決定の進め方～. <http://sdminoncology.sub.jp/>
- 川崎優子. (2015). がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発, 日本看護科学学会誌, 35, 277-285.
- 川崎優子. (2017). 看護者が行う意思決定支援の技法 30 患者の真のニーズ・価値観を引き出すかわり, 医学書院.
- 川島みどり. (2011). チーム医療と看護—専門性と主体性への問い, 看護の科学社.
- Kennedy, A. (2009). Decision aids and shared decision-making in inflammatory bowel disease. Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 249-255.

- King, I, M. (1981/1985).杉森みど里(訳),キング看護理論.医学書院.
- 木下智樹,京田茂也,柏木秀幸,小峯多雅,小林重光,近江禎子... 坂元吾偉.(2004).妊娠期乳癌の  
治療経験,乳癌の臨床,19(4),96-99.
- 北野敦子,秋谷文.(2018).妊娠期がん診療の原則.北野敦子,塩田恭子,村島温子,山内英子,山内  
照夫,米盛勸(編), 妊娠期がん診療ハンドブック(pp47-53).南山堂.
- 北野敦子.(2018).妊娠期乳癌.北野敦子,塩田恭子,村島温子,山内英子,山内照夫,米盛勸(編), 妊  
娠期がん診療ハンドブック(pp114-120).南山堂.
- 北野綾.(2004).ホスピス外来に通院するがん患者とともに生きる家族の体験の意味,日本看護  
科学会誌,25(2),12-19.
- 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス.  
[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
- Komatsu,H., Yagasaki,K.(2014).The Power of nursing: Guiding patients through a journey of  
uncertainty, European Journal of Oncology Nursing,18,419-424.
- 小松武幸.(2012).ママが生きた証,講談社.
- Koren,G., Carey,N., Gagnon,R., et al.(2013).SOGC Clinical Practice Guideline; Cancer  
Chemotherapy and Pregnancy,JOGC,288,263-278.
- 厚生局医務局医事課.(1984).アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート,篠原出版.
- 厚生労働省.(2012).がん対策基本推進計画(第2期).
- 厚生労働省.(2018).がん対策基本推進計画(第3期).
- 倉岡有美子.(1992).高齢者医療における代理意思決定とその支援.中山和弘,岩本貴(編),患者  
中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア(pp83-89).中央法規.
- 栗下昌弘.(2010).乳癌合併妊娠における乳房温存療法,日産婦関東連会誌,47,9-15.
- Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M.(2010).The 9-item Shared Decision  
Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care  
sample, Patient Education & Counseling, 80(1), 94-99.
- Kyriakides, S. (2008). Psychosocial issues in young women facing cancer and pregnancy: The role  
of patient advocacy, Recent Results in Cancer Research, 178, 247-252.
- Lewis, C., Pignone, M. (2009). Decision-making for colorectal cancer screening. Edwards,A.,  
Elwyn,G., Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press,333-337.
- National Cancer Institute. (2014, 23 July) [http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast-  
cancer-and-pregnancy/](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast-cancer-and-pregnancy/)
- National health services England <https://www.england.nhs.uk/>
- 日本癌治療学会(編).(2017)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,金原出版株式会社.
- 日本看護協会(編).(2007).看護業務基準集 2007年改訂版,日本看護協会出版社.

- Nugent, K. E. & Lambert, V. A. (1996). The advanced practice nurse in collaborative practice, *Nursing Connctions*, 9(1), 5-16.
- 増澤祐子, 森晃子. (2012). 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—聖路加看護学会誌, 16(2), 25-32.
- 松浦真寿美, 石塚久美, 野中時代. (2002). 進行胃癌のため、分娩後 23 日目に他界した褥婦の看護, *母性衛生*, 43(3), 25.
- 宮林 香奈子, 古瀬 みどり. (2014). がん終末期療養者を自宅で看取った家族介護者のセルフケアに関する研究, *家族看護学研究*, 19(2), 150-160.
- 三浦連人, 岸田基, 小田浩睦, 井内正裕, 加藤逸夫, 横山裕司, 前田信彦. (2004). 妊娠 26 週に合併した乳癌の 1 例, *外科*, 66(5), 578-580.
- 宮川公男. (2010). 新版 意思決定論—基礎とアプローチ—中央経済社, 東京.
- 宮本純孝, 日下田大輔, 牛久妙, 諏訪裕人, 西村俊信, 中村学. . . 安藤昭彦. (2012). 乳癌合併妊娠の 3 例, *埼玉産婦人科学会雑誌*, 42, 72-77.
- Montgomery, A. (2009). Decision aids for preventing: Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 249-255.
- 向井亜紀. (2002). 16 週あなたといた幸せな時間, 扶桑社.
- 中川典子, 林千冬. (2008). 看護師—医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件, *日本看護管理学会誌*, 12(1), 37-48.
- 中山和弘. (2012). 医療における意思決定支援とは何か. 中山和弘, 岩本貴(編), 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア (pp11-42), 中央法規.
- NCCN. (2017). NCCN Guidelines for Patients® Adolescents and Young Adults with Cancer patients version 1. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/aya/files/assets/basic-html/page-1.html>
- NIH consensus Conference. (1991). Treatment of early stage breast cancer, *JAMA*, 265, 391-395.
- 日本看護協会ホームページ. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/11/CNS-katudouzyoukyou2007.pdf>
- 日本乳癌学会 編. (2011). 科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 疫学・診断編, 金原出版, 東京.
- 西澤美嶺, 宇山圭子, 中西隆司, 明石貴子, 斎藤仁美, 小川恵. . . 奥正孝. (2013). 乳癌合併妊娠の 5 症例に関する検討, *産婦の進歩*, 65(4), 414-421.
- 西村歌織, 川村三希子, 竹生礼子, 木村公美. (2013). 早期食道がん患者が食道全摘出術・胸壁後再建術後に受ける生活への影響と対処, *日本がん看護学会誌*, 27(2), 65-73.
- 野嶋佐由美. (2005). 家族の意思決定への支援とアドボカシー. 野嶋佐由美(監), 中野綾美(編), 家族エンパワーメントをもたらす看護実践 (pp157-162). へるす出版.
- Noone, J. (2002). Concept analysis of decision making, *Nursing Forum*, 37(3), 21-32.

- 小田日東美,小林巧,中川典子,長尾賢治,三宅良明,藤牧秀隆,辻親廣.(2011).妊娠中乳癌治療を行い,無事生児を得た一例,東海産科婦人科医学会雑誌,48,250.
- 太田浩子.(2006).告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究—患者へのアンケート調査より,新見短期大学紀要,27,101-110.
- オタワ個人意思決定ガイド. <http://www.kango-net.jp/decisionaid/medical/>
- Ottawa Hospital Research Institute & University of Ottawa. (2015). Ottawa Personal Decision Guide © 2015, <https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/opdg.pdf>.
- 大月恵理子.(2012).新生児の異常と看護.大平光子,井上尚美,大月恵理子,佐々木くみ子,林ひろみ(編),母性看護学II マタニティサイクル(pp.354-364).南江堂.
- 戈木クレイグヒル滋子.(2001).迷いの共有：治療決定のための医師と両親との共同作業,日本保健医療行動科学会年報,16,152-168.
- 笹秀典,古谷健一,高橋明美,菊地まゆみ.(2013).子宮頸部上皮内腫瘍合併妊婦の対応と予後,母性衛生,54 巻 2 号,366-369.
- Sheridan S, L., Harris R,P., Woolf S,H.(2004).Shared decision making about Screening and Chemonoprevention- A suggested approach from the U.S. Preventive Service Task Force, American Journal of Preventive Medicine,26(1).
- 清水千佳子.(2017). AYA (adolescent and young adult) 世代のがんの問題点と対策 若年成人がん患者の支援, 癌と化学療法, 44(1), 24-27.
- 塩田恭子.(2018).妊娠中の外科治療.北野敦子,塩田恭子,村島温子,山内英子,山内照夫,米盛勸(編), 妊娠期がん診療ハンドブック(pp60-65).南山堂.
- Siedel, K., Gorey, E., Gluhoski,V. (1997).Pregnancy decision making among women previously treated breast cancer, Journal of Psychosocial Oncology, 15(1),27-42.
- Simon, D., Willis, CE., Härter, M. (2009).Shared decision-making in mental health. Edwards,A., Elwyn,G. Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press,269-276.
- Simon, H, A. (/2009). 二村敏子,桑田耕太郎,高尾義明,西脇暢子,高柳美香(訳),新版 経営行動 - 経営組織における意思決定過程の研究 - .ダイヤモンド社.
- Smith, LH., Danielsen,B., Allen,ME., Cress,R.(2003).Cancer associated obstetric delivery: Results of linkage with the California cancer registry. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 189, 1128-1135.
- Stacey, D., Murray, M.A., L'egar' e, F., Dunn, S., Menard, P., O'Connor, A. (2008).Decision Coaching to Support Shared Decision Making: A Framework, Evidence and Implications for Nursing Practice, Education, and Policy, Worldviews on Evidence-Based Nursing, First Quarter,25-35.
- Stevenson, F, A. (2003). General practitioners' views on shared decision making. A qualitative analysis. Patient Education & Counseling, 50(3), 291-293.

- 杉本恵里子,熊谷美津江,高橋明美,橋本和恵,佐藤節子,松田秀雄... 古谷健一.(2001).舌腫瘍の肺転移で早産した母親と家族への援助,母性衛生,42(3),183.
- 鈴木和子.(2012).家族看護学とは何か.鈴木和子,渡辺裕子,家族看護学 理論と実践第4版(pp3-24).日本看護協会出版社.
- 鈴木志津枝.(2005).家族とインフォームドコンセント.野嶋佐由美(監),中野綾美(編),家族エンパワーメントをもたらす看護実践(pp42-46).へるす出版.
- 高江正道,筒井靖代,本池良行,今井しづこ,菊地真紀子,佐藤千歳... 杉本充弘.(2005).妊娠中に発見された乳癌の1例,日産婦東京会誌,54(4),559-563,2005.
- 高倉聡,茂木真,落合和徳.(2001).妊娠と腫瘍 その相互作用に与える影響,産科と婦人科,68,555-561.
- 田村由美.(2018a).保健医療福祉領域の専門用語としてのIPWの意味.田村由美(編),新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門 改訂版(pp14-29),看護の科学社.
- 田村由美.(2018b).ケア提供者としての看護職.田村由美(編),新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門 改訂版(pp62-74),看護の科学社.
- 谷口一郎,岩里桂太郎,谷脇信二,中村聡,百坂千秋,上尾裕昭.(2001).妊娠に合併した乳癌の取り扱い日本乳癌検診学会誌,10(1),35-42.
- 手嶋豊.(2011).医療における共同意思決定について,神戸法学雑誌,60(3/4),436-454.
- テレニン晃子.(2011).ママからの伝言ゆりちかへ,幻冬舎文庫.
- Thomson, R. (2009). Decision analysis- utility for everyday use? : Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 231-236.
- Trevena, L., Leask, J. (2009). Decision aids for MMR vaccination: Edwards, A., Elwyn, G.: Shared decision-making in health care 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University Press, 345-351.
- 土橋一慶.(2013).妊娠と乳癌—産婦人科医の立場から—妊娠を含めた妊孕性機能との関連性について—乳癌の臨床,28(1),43-51.
- 塚崎克己,落合和彦,宮崎康二.(2007).クリニカルカンファレンス 5.産婦人科腫瘍合併妊娠の取り扱い妊娠を合併した子宮頸部上皮内癌並びに微小浸潤癌の取り扱い,日本産科婦人科学会誌,59(9),551-555.
- 槻木直子,岩國亜紀子,川下菜穂子,小巻京子,箕浦洋子,宮川幸代... 工藤美子.(2019).子育て世代包括支援センターで活動する看護職が提供している妊娠期からの切れ目ない子育て支援,兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要,26,41-59.
- 内菌耕二,小坂樹徳監修.(2002).看護学大辞典第5版,メジカルフレンド社.
- 渡邊佳奈,亀田みちる,船生真紀,白石道子,谷島春江,松本幸子... 木下勝之.(1998).小脳腫瘍を合併した妊婦の看護について,母性衛生,39(3),49.
- 渡辺裕子.(2012).家族看護における看護者の役割と役割姿勢.鈴木和子,渡辺裕子,家族看護学理論と実践第4版(pp161-173).日本看護協会出版社.



- 渡辺裕子.(2012b).乳児を持つ家族への援助.鈴木和子,渡辺裕子,家族看護学 理論と実践第4版(pp177-192).日本看護協会出版社.
- 内山美紅,工藤寛子.(2010).乳妊娠期がんのため人工早産した妊婦へのかかわり,母性衛生,51(3),220.
- 宇城令,中山和弘.(2006).病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因,日本看護管理学会誌,9(2),22-30.
- 山崎圭子.(2015).がん・生殖医療における職種間連携の現状と問題点,産婦人科の実際,64(8),997-1002.
- 山内かずよ,押谷文子,榎下いく子,床津幸,井端美奈子,山崎不二子.(1992).特集 ハイリスク妊婦の看護—大阪府立母子保健総合医療センターの実践 母性棟の看護,助産婦雑誌,(46)7,551-560.
- 八尋陽子,秋元典子.(2012).ターミナル期にあるがん患者の自己決定支援に関する看護師の価値観 経験を積んだ看護師に焦点を当てて,日本がん看護学会誌,26(1),41-49.
- 吉井清子.(2004).医師—看護師間の協働性の概念と実証研究の外観,保健医療社会学論集,14(2),45-54.
- 吉田康彦,山中潤一,飯室勇二,平野公通,斉藤慎一,西上隆之... 藤本治朗.(2010).妊婦に合併した肝細胞癌に対して妊娠を継続し肝切除を施行した1例,肝臓,51(6),305-311.
- Yoshitake, K. (2013). Prospective Consensus Building-Ethical Consideration on History of Reason and List of Risks. Philosophy Study, 3 (6), 443-455.
- 吉武久美子.(2013).医療の合意形成—時間的要素を含む「予期的合意形成モデル」の提案—,感性工学,12(1),280-283.
- 吉武久美子.(2017).看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方.医学書院, 東京.
- Zanetti-Dällenbach, R., Tschudin, S., Lapaire, L., Holzgreve, W., Wight, E., Bitzer, J. (2006). Psychological management of pregnancy-related breast cancer. The Breast, 15(2), S53-S59.
- Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearie, S., Tang, J. (2006). Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors, Cancer, 107(12), 2915-2923.

## 資 料

## 目 次

資料 1	研究の概要.....	1
資料 2	依頼書：個別インタビュー(看護師).....	5
資料 3	依頼書：個別インタビュー(病院長).....	7
資料 4	依頼書：個別インタビュー(看護部長).....	9
資料 5	依頼書：個別インタビュー(産婦人科医).....	11
資料 6	依頼書：個別インタビュー(治療担当医).....	13
資料 7	同意書(研究協力者).....	15
資料 8	同意取消書(研究協力者).....	17
資料 9	インタビューガイド：個別インタビュー(看護師).....	19
資料 10	研究協力者の基本属性(看護師).....	21
資料 11	インタビューガイド：個別インタビュー(産婦人科医).....	22
資料 12	インタビューガイド：個別インタビュー(治療担当医).....	23
資料 13	研究協力者の基本属性(産婦人科医、治療担当医).....	24
資料 14-1	依頼書：FGI(看護部長).....	25
資料 14-2	依頼書：FGI(看護部長).....	27
資料 15-1	依頼書：FGI(看護師).....	29
資料 15-2	依頼書：FGI(看護師).....	31
資料 16	インタビューガイド：FGI(看護師).....	33

## 研究の概要

### 「妊娠期がん患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」

#### 1. はじめに

がんの罹患率は上昇の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の方のがんの罹患率も高くなってきています。罹患者の若年化に関連して、患者数は多くありませんが、がんの治療中に妊娠が分かる、あるいは妊娠中にがんだと診断されるといった、妊娠期がん患者についての報告も増加してきております。妊娠期がん患者が治療に関する意思決定を行う場合、患者自身の延命と胎児の延命が対立する、患者自身の感情や考えのみではなく、パートナーや家族の感情や考えが反映されるといった、非常に複雑な意思決定の過程となることが予測されます。しかし、妊娠期がん患者の治療に関する意思決定にあたり、患者および家族と看護師、医師などの医療者がどのように意思決定を行っているかについては、明らかになっていません。

また、妊娠期がん患者の治療、援助については、ガイドラインが定められている場合もありますが、多くの場合、ある治療法を選択する場合のリスク、選択しなかった場合のリスクについて評価する時間や情報が十分ではありません。そういった状況で、患者と医療者がともに意思決定していくプロセスを「共有型意志決定」という考え方を用いて、明らかにしたいと考えております。

#### 2. 用語の定義

- 1) **妊娠期がん患者**：妊娠中にがんだと診断された患者、あるいは、がんだと診断され治療が必要な時期に妊娠が明らかになった患者
- 2) **家族**：夫婦や親子を中心とする近親者。本研究では、患者と配偶者双方にとっての近親者とする。
- 3) **共有型意思決定**：患者と家族が、看護師、産婦人科医、治療担当医と意思決定を共有するプロセスとする。プロセスとしては、Carles et al.(1997)、Elwyn et al.(2009)の Shared Decision Making のプロセスの考え方を基に、①問題の明確化の段階、②情報交換の段階、③熟考する段階、④決定する段階からなる。
- 4) **共有型意思決定モデル**：患者と家族、看護師、産婦人科医、治療担当医が意思決定を共有するプロセスにおける課題、課題への看護師、産婦人科医、治療担当医の対処を明らかにしたモデルとする。

#### 3. 研究期間：平成 27 年 1 月～平成 29 年 3 月

#### 4. 研究協力者と面接

本研究では、妊娠期がん患者および家族の、がんの治療方針についての医療者との共有型意思決定モデルの構築を目的としております。研究は2段階で構成しております。

【第1段階】では、妊娠期がん患者のがんの治療方針についての意思決定に関わった経験のある、看護師、産婦人科医、治療担当医の方にインタビューを行うことにより、共有型意思決定モデル（仮）を作成します。

【第2段階】では、共有型意思決定モデル（仮）を、がん看護に精通しており、妊娠期がん患者を援助した経験のある、がん看護専門看護師の方に、フォーカス・グループ・インタビューでご確認いただき、モデルを洗練いたします。

##### 1) 【第1段階】妊娠期がん患者のがんの治療方針についての意思決定に関わった経験のある、看護師、産婦人科医、治療担当医の方へのインタビューに基づく、共有型意思決定モデル（仮）の作成

###### （1）研究協力者

研究協力者は、妊娠期がん患者をご担当あるいは援助された経験のある看護師の方5名、産婦人科医の方5名、治療担当医の方5名、全ての方を合わせて15名と考えております。産婦人科が設置されている、がん診療連携拠点病院に在籍されている、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師の方を通じて、妊娠期がん患者を担当された産婦人科医、治療担当医をご確認いただきたいと思います。ご確認が取れば、研究者から、看護部長、病院長を通じて、依頼いたします。

研究協力者の具体的な条件につきましては、以下にお示ししております。

###### ＜看護師の方＞

がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、過去に継続的に妊娠期がん患者を看護され、患者のがんの治療方法に関する意思決定に関わったご経験がある、がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のうち、研究に同意くださる看護師の方5名程度。

がん妊娠合併患者の条件としては、①終末期患者を除く、②子宮頸がん、卵巣妊娠期がん患者を除く、③ご担当された産婦人科医と治療担当医が違う方である、の3点です。

###### ＜産婦人科医、治療担当医の方＞

がん診療連携拠点病院のうち、産婦人科が設置されている病院において、過去に妊娠期がん患者をご担当され、患者のがん治療に関する意思決定をした時点でも治療をご担当されていた、研究に同意くださる産婦人科医の方5名程度、治療担当医の方5名程度。

がん妊娠合併患者の条件としては、①終末期患者を除く、②子宮頸がん、卵巣妊娠期がん患者を除く、③ご担当された産婦人科医と治療担当医が違う方である、の3点です。

## （２）面接

### ①面接の方法

研究へのご協力に同意いただいた医師、看護師の方に対し、研究協力者が所属されている病院内あるいは研究協力者が希望される場所のプライバシーが保護できる個室で、半構成的面接を１～２回行います。１回の面接時間は 60 分程度と考えております。補足して確認したいことがある場合には事前にご相談したうえで２回目の面接をお願いする場合がございます。

### ②面接内容

面接でうかがいたい内容はインタビューガイドに示しております。患者さまとご家族の意思決定を支えるために、医療者が、どのように患者さまやご家族、他の医療者と、情報共有・提供や相談、感情や意思の確認、調整を行っているのか、その実態を知りたいと考えております。

具体的な面接内容については、以下にお示ししております。

#### <看護師の方>

妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族の様子、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を援助する上での課題、妊娠期がん患者を援助する上で看護師が担うべき役割について、半構成インタビューガイド（看護師用）を用いてうかがいます。

#### <産婦人科医、治療担当医の方>

妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、看護師との関わり、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、半構成インタビューガイド（産婦人科医、治療担当医用）を用いてうかがいます。

## ２）【第２段階】妊娠期がん患者および家族と医療者のがんの治療方法に関する共有型意思決定モデル（仮）の精錬

### （１）研究協力者

がん看護に精通し、がん相談などに応じ、妊娠期がん患者を援助した経験のある、がん看護専門看護師 5 名程度と考えております。第１段階で研究にご協力いただいた看護師の方 2～3 名、第１段階でご協力いただいた方以外の方 2～3 名の方にフォーカス・グループ・インタビューにご協力いただきます。

本研究では、患者・家族と看護師、治療担当医、産婦人科医の共有型意思決定モデルを構築することを目的としております。文献検討等を重ねて参りました結果、治療を担当される医師が治療方針を決定し、産婦人科医の方は、妊婦と胎児の経過を主としてご担当されていることが分かりました。したがって、モデルの核となるのは、看護師がいかに患者・家族、治療担当医、産婦人科医のコーディネートを行うか、それぞれの価値観や思いの把握を行い、意思決定支援をしていくかという内容になると考えております。そこで、フォーカス・グループ・インタビューは看護師の方を対象に行う予定にしております。

### (2) 面接

#### ①面接の方法

研究へのご協力に同意いただいた看護師の方に対し、共有型意思決定モデル（仮）についてフォーカス・グループ・インタビューを行うことによって、実践上活用できる視点、さらに有意義な視点を追加していただきます。1回の面接時間は60分程度と考えております。ご協力いただく方の移動の負担ができるだけ少なくなるよう、看護系の学会などの開催日に合わせてインタビューをさせていただくことを検討いたします。

#### ②面接内容

本研究の定義であるSDMの定義に沿って、患者・家族と医療者でどのように問題を明らかにしたのか、情報交換を行うに当たっての患者・家族の現状認識、医療者間の連携、SDMプロセス全体をつうじての看護師の役割などをうかがいます。

### 6. 分析

分析は、第1段階では、研究協力者が語った内容を逐語録にし、1事例ごとに共有型意思決定のプロセスに沿って整理し、情報共有、他の医療者との調整、患者の価値の確認などに関する内容を抽出し、カテゴリを作成した後、カテゴリとカテゴリを関連付けていきます。第2段階では、インタビューの意見をモデル（仮）に反映し、モデルを精練します。

## 資料 2 依頼書：個別インタビュー(看護師)

平成 28 年〇月〇日

がん看護専門看護師、がん化学療法認定看護師、乳がん認定看護師 様

### 研究へのご協力のお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますこととお許しください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。そのような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデルを構築したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

そこで、患者および家族に関わる、産婦人科医、腫瘍内科医、外科医など治療を担当される医師、看護師の皆さまが患者および家族とどのように情報や感情を共有しながら意思決定を支えたのかを明らかにしていくために、皆さまの体験をお話しくださればと考えております。皆さまの共有型意思決定のありようが明らかになることは、同様の状況で困難に直面されている患者と家族が意思決定をされる場合の指針になると考えております。詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

なお、本インタビューにご協力いただいた場合、第 2 段階のフォーカス・グループ・インタビューへのご協力をお願いする場合がございます。その際には、改めてご連絡差し上げます。

#### <依頼内容>

1. 現在の病院で、妊娠期がん患者を治療された産婦人科医、外科医などがいらっしゃるかどうかお聞かせください。いらっしゃる場合は、研究者が看護部長、病院長をつうじて、研究内容のご説明をさせていただいてもよいかどうかをご確認させていただくことをご了承ください。
2. 妊娠期がん患者を継続的に看護され、がん治療についての意思決定に関わったご経験についてうかがいます。具体的には、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族の様子、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を援助する上での課題、妊娠期がん患者を援助する上で看護師が担うべき役割について、半構成インタビューガイド（看護師用）を



## 資料2 依頼書：個別インタビュー(看護師)

用いて面接させていただきます。その他、看護師経験年数、がん看護経験年数等についてもうかがいます。1回の面接時間は60分程度、もう少し詳しくお話をうかがいたいと考えた場合には2回目の面接をお願いする場合がございます。

3. インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音させていただくことをお許してください。

### <お約束すること>

研究へのご協力は皆さまのご自由ですし、一旦お引き受けくださっても途中でお断りになってかまいません。研究へのご協力について、現在お勤めの病院関係者の方、〇〇様をご紹介くださった看護師の方にお伝えすることはありません。

インタビューでは、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出し後悔する可能性もありますので、途中で中断することもできますし、お話ししたくないことは無理にお話いただく必要はありません。途中で研究協力をお取り消しになりたい場合には、返信用封筒を用いて研究者まで同意取消書をご送付ください。同意取消書は、データ分析が進んだ場合、取り消しを希望された方みのデータの破棄が困難になります。そのため、同意取消書の送付は、分析段階に入るまでの期間にお願い申し上げたく、誠に申し訳ございませんが、インタビュー終了後できるだけ早い段階でのご送付をお願いいたします。その場合、ご辞退については、病院関係者、他の研究協力者の方にはお知らせせず、研究結果の送付を希望されていた方には要旨を送付させていただきます。

インタビュー内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期し、研究終了後には速やかに破棄いたします。

研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究計画書につきましては、ご希望の場合は詳しい計画書をお送りいたします。また、研究結果につきましては、ご希望の皆さまには送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。

謹白

#### 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4  
研究用携帯 080-XXXX-XXXX  
E-mail XXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp

#### 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-XXX-XXXX (代表)

平成28年〇月〇日

病院長 様

### 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許してください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデルを構築したいと考えております。研究の概要は、資料1に示しております。

つきましては、〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を治療された医師、ご担当された看護師の方へインタビューの依頼を行わせていただきたいと考えております。インタビュー依頼について、ご承諾いただきましたら、私が直接、研究の概要と依頼内容についてご説明いたします。

#### <依頼内容>

〇〇病院にご在職の看護師〇〇様に、妊娠期がん患者を治療されたことのある産婦人科医、治療担当医の方をご確認いただきました。そこで、妊娠期がん患者を治療されたご経験のある産婦人科医、治療担当医の方に、研究内容について詳しくお話をさせていただいても良いかをご確認いただきたいと考えております。研究の詳細を聞いてもよいと言われる場合は、研究者が直接研究の概要と依頼内容をご説明したいと思っております。その後、産婦人科医、治療担当医の方がご協力を承諾くださった場合に、研究者が、研究内容の詳細説明、正式な研究協力のご依頼をいたします。

研究へのご協力に同意いただいた後の中止や辞退につきましては、研究協力者の方の自由です。研究協力者の方には、研究にご協力いただく際に、同意取消書と返信用封筒をお渡ししております。

また、インタビューをする際に、産婦人科医、治療担当医、看護師の方に場所の希望を確認いたしますが、〇〇病院内でインタビューを受けることをご希望された場合には、院内のお部屋を一部屋お借りしたいと考えております。

＜研究方法＞

妊娠期がん患者を治療、ご担当されたご経験についてうかがいます。具体的には、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、インタビューガイドを用いて面接させていただきます。1回の面接時間は60分程度、もう少し詳しくお話をうかがいたいと考えた場合には2回目の面接をお願いする場合がございます。ほかにも、医師経験年数、看護師経験年数などについておうかがいいたします。

＜倫理的配慮＞

研究協力者の方には、研究内容の説明後、同意の得られた方のみを対象にいたします。研究へのご協力は、研究協力者の方のご選択にお任せしたいと考えております。

研究へのご協力によって、妊娠期がん患者をどのように支えるかという新たな視点を持つ可能性があります。しかし、面接へのご協力が時間的、心理的ご負担になる場合は、途中で中断することをごできることを研究協力者の方に事前にご説明します。研究計画書につきましては、ご希望の場合は詳しい計画書をお送りいたします。また、研究結果の送付を希望されていた方には要旨を送付させていただきます。

面接内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期すことを研究協力者の方に事前にご説明します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。本文書到着後、10日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。

謹白

【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4

研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX

E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

平成28年〇月〇日

看護部長 様

## 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許しください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデルを構築したいと考えております。研究の概要は、資料1に示しております。

つきましては、〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を継続的に看護されたがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師の方に研究依頼をさせていただくこと、内諾された看護師の方に、妊娠期がん患者をご担当された産婦人科医、治療担当医がいらっしゃるかどうかをご確認いただくことについてご了承いただければと考えております。

なお、本インタビューにご協力いただいた看護師の方には、第2段階のフォーカス・グループ・インタビューへのご協力をお願いする場合がございます。その際には、改めてご連絡差し上げます。

## &lt;依頼内容&gt;

〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を継続的に看護された経験のある看護師にご協力いただきたいと思いますと考えています。つきましては、妊娠期がん患者（終末期は除く、子宮頸がん・卵巣妊娠期がん患者は除く）に継続的に関わり、がん治療についての意思決定に関わったがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師に研究依頼をさせていただくこと、妊娠期がん患者をご担当された産婦人科医、治療担当医がいらっしゃるかどうかをご確認いただくことについてご了承いただきたいと思いますと考えております。産婦人科医、治療担当医がいらっしゃるかどうかの確認が取れば、看護部長〇〇様から病院長に、産婦人科医、治療担当医の方に研究依頼を行いたいということについてお伝えいただきたいと思います。病院長にお伝えいただくことが難しい場合は、研究者が直接、病院長に研究についてのご依頼をさせていただくことをご了承ください。病院長あるいは看護部長〇〇様のご了解をいただいた後に研究者が直接、産婦人科医、治療担当医に、研究についての説明を聞いてもよいかどうか、よい場合は、研究内容の説明、正式な研究協力のご依頼をいたします。

研究へのご協力に同意いただいた後の中止や辞退につきましては、研究協力者の方の自由です。研究協力者の方には、研究にご協力いただく際に、同意取消書と返信用封筒をお渡ししております。

#### 資料4 依頼書：個別インタビュー(看護部長)

また、インタビューをする際に、産婦人科医、治療担当医、看護師の方に場所の希望を確認いたしますが、〇〇病院内でインタビューを受けることをご希望された場合には、院内のお部屋を一部屋お借りしたいと考えております。

##### <研究方法>

妊娠期がん患者を継続的に看護され、がん治療についての意思決定に関わったご経験についてうかがいます。具体的には、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族の様子、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を援助する上での課題、妊娠期がん患者を援助する上で看護師が担うべき役割について、半構成インタビューガイド（看護師用）を用いて面接させていただきます。

1回の面接時間は60分程度、もう少し詳しくお話をうかがいたいと考えた場合には2回目の面接をお願いする場合がございます。その他、看護師経験年数、がん看護経験年数等についてもうかがいます。

##### <倫理的配慮>

研究協力者の方には、研究内容の説明後、同意の得られた方のみを対象にいたします。研究へのご協力は、研究協力者の方のご選択にお任せしたいと考えております。

研究へのご協力によって、妊娠期がん患者をどのように支えるかという新たな視点を持つ可能性があります。しかし、面接へのご協力が時間的、心理的ご負担になる場合は、途中で中断することができることを研究協力者の方に事前にご説明します。研究計画書につきましては、ご希望の場合は詳しい計画書をお送りいたします。また、研究結果の送付を希望されていた方には要旨を送付させていただきます。

面接内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期すことを研究協力者の方に事前にご説明します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。

謹白

##### 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

##### 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

平成 28 年〇月〇日

産婦人科医 様

### 研究へのご協力をお願い

謹啓 ○〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許してください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者の治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデルを構築したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

そこで、患者および家族に関わる、産婦人科医、腫瘍内科医、外科医など治療を担当される医師、看護師の皆さまが、患者および家族とどのように情報や感情を共有しながら意思決定を支えたのかを明らかにしていくために、皆さまの体験をお話くださればと考えております。皆さまの共有型意思決定のありようが明らかになることは、同様の状況で困難に直面されている患者と家族が意思決定をされる場合の指針になると考えております。詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

#### <依頼内容>

1. 妊娠期がん患者を治療されたご経験についてうかがいます。具体的には、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、インタビューガイドを用いて面接をいたします。その他、医師経験年数などについてもおうかがいいたします。1 回の面接時間は 60 分程度、もう少し詳しくお話をうかがいたいと考えた場合には 2 回目の面接をお願いする場合がございます。
2. インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、IC レコーダーなどの機器を用いて内容を録音させていただくことをお許してください。



＜お約束すること＞

研究へのご協力は皆さまのご自由ですし、一旦お引き受けくださっても途中でお断りになってかまいません。研究へのご協力について、現在お勤めの病院関係者の方にお伝えすることはありません。

インタビューでは、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出し後悔する可能性もありますので、途中で中断することもできますし、お話ししたくないことは無理にお話いただく必要はありません。途中で研究協力をお取り消しになりたい場合には、返信用封筒を用いて研究者まで同意取消書をご送付ください。同意取消書は、データ分析が進んだ場合、取り消しを希望された方だけのデータの破棄が困難になります。そのため、同意取消書の送付は、分析段階に入るまでの期間にお願い申し上げたく、誠に申し訳ございませんが、インタビュー終了後できるだけ早い段階でのご送付をお願いいたします。研究協力を辞退された場合は、インタビューデータを速やかに破棄いたしますし、〇〇様が辞退されたことは病院関係者の方には決してお伝えいたしません。研究計画書につきましては、ご希望の場合は詳しい計画書をお送りいたします。また、研究結果の送付を希望されていた方には要旨を送付させていただきます。

インタビュー内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究結果につきましては、ご希望の皆さまには送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。 謹白

【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

平成 28 年〇月〇日

治療担当医 様

### 研究へのご協力をお願い

謹啓 ○〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許してください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者の治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデルを構築したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

そこで、患者および家族に関わる、産婦人科医、腫瘍内科医、外科医など治療を担当される医師、看護師の皆さまが、患者および家族とどのように情報や感情を共有しながら意思決定を支えたのかを明らかにしていくために、皆さまの体験をお話しきださればと考えております。皆さまの共有型意思決定のありようが明らかになることは、同様の状況で困難に直面されている患者と家族が意思決定をされる場合の指針になると考えております。詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

#### <依頼内容>

1. 妊娠期がん患者を治療されたご経験についてうかがいます。具体的には、妊娠期がん患者の年齢、疾患・治療、家族構成など、患者との関わり、患者と家族からの質問や相談、他の医療者との関わり、妊娠期がん患者を治療する上での課題について、インタビューガイドを用いて面接をいたします。その他、医師経験年数などについてもおうかがいいたします。1 回の面接時間は 60 分程度、もう少し詳しくお話をうかがいたいと考えた場合には 2 回目の面接をお願いする場合がございます。
2. インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、IC レコーダーなどの機器を用いて内容を録音させていただくことをお許してください。



<お約束すること>

研究へのご協力は皆さまのご自由ですし、一旦お引き受けくださっても途中でお断りになってかまいません。研究へのご協力について、現在お勤めの病院関係者の方にお伝えすることはありません。

インタビューでは、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出し後悔する可能性もありますので、途中で中断することもできますし、お話ししたくないことは無理にお話いただく必要はありません。途中で研究協力をお取り消しになりたい場合には、返信用封筒を用いて研究者まで同意取消書をご送付ください。同意取消書は、データ分析が進んだ場合、取り消しを希望された方だけのデータの破棄が困難になります。そのため、同意取消書の送付は、分析段階に入るまでの期間にお願い申し上げたく、誠に申し訳ございませんが、インタビュー終了後できるだけ早い段階でのご送付をお願いいたします。研究協力を辞退された場合は、インタビューデータを速やかに破棄いたしますし、〇〇様が辞退されたことは病院関係者の方には決してお伝えいたしません。研究計画書につきましては、ご希望の場合は詳しい計画書をお送りいたします。また、研究結果の送付を希望されていた方には要旨を送付させていただきます。

インタビュー内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究結果につきましては、ご希望の皆さまには送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10 日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。 謹白

【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

(研究者用)

## 同 意 書

私は、「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」の以下の点について十分に説明を受けました。つきましては、この研究に協力することを同意します。

1. 研究の目的と意義
2. 研究方法
3. 研究への参加協力の自由意思と拒否権
4. インタビュー内容の録音
5. プライバシー及び個人情報の保護
6. 研究結果の公表方法
7. 研究に関する質問や意見の連絡方法

\*同意書は二部作成いたします。一部は研究責任者にご提出いただき、もう一部は研究協力者が、依頼書、同意取消書、同意取消書送付用の封筒とともに、研究終了（平成 29 年 3 月）までお持ちいただきますようお願い申し上げます。

平成      年      月      日

協力者 \_\_\_\_\_

平成      年      月      日

説明者 \_\_\_\_\_

★研究結果の送付をご希望される場合は以下に送付先をご記入ください

〒 \_\_\_\_\_

(研究協力者用)

## 同 意 書

私は、「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」の以下の点について十分に説明を受けました。つきましては、この研究に協力することを同意します。

1. 研究の目的と意義
2. 研究方法
3. 研究への参加協力の自由意思と拒否権
4. インタビュー内容の録音
5. プライバシー及び個人情報の保護
6. 研究結果の公表方法
7. 研究に関する質問や意見の連絡方法

\*同意書は二部作成いたします。一部は研究責任者にご提出いただき、もう一部は研究協力者が、依頼書、同意取消書、同意取消書送付用の封筒とともに、研究終了（平成 29 年 3 月）までお持ちいただきますようお願い申し上げます。

平成      年      月      日

協力者 \_\_\_\_\_

平成      年      月      日

説明者 \_\_\_\_\_

★研究結果の送付をご希望される場合は以下に送付先をご記入ください

〒 \_\_\_\_\_

(研究者用)

## 同 意 取 消 書

私は、「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」に関する研究への参加・協力について、その同意を取り消します。

平成      年      月      日

協力者\_\_\_\_\_

平成      年      月      日

研究者\_\_\_\_\_

＊同意取消書はインタビュー終了後からデータの分析段階に入る頃までにご送付いただきますようお願い申し上げます。

(研究協力者用)

## 同 意 取 消 書

私は、「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」に関する研究への参加・協力について、その同意を取り消します。

平成      年      月      日

協力者 \_\_\_\_\_

平成      年      月      日

研究者 \_\_\_\_\_

＊同意取消書はインタビュー終了後からデータの分析段階に入る頃までにご送付いただきますようお願い申し上げます。

インタビューガイド（看護師用）

貴重なお時間をいただき、本研究にご協力いただきましてありがとうございます。  
このインタビューでは、妊娠期がん患者が、がん治療に関する意思決定を行うプロセスでの関わりについてお聞かせください。

1. 妊娠中にがんであることが分かった患者さま、あるいはがんの治療中に妊娠が分かった患者さまの年齢、経妊回数、経産回数、疾患・治療、家族構成、妊娠経過についてお聞かせください。

2. 妊娠期がん患者との関わりについて、できるだけ具体的にお話してください。

―患者さまとの関わりはどのように始まりましたか。

―患者さまへの関わりはどんなところから始められましたか。

―患者さまに関わるようになった時、患者さまはどのような状況でしたか。

―ご自分の病気についてどのように語っていましたか。

―ご自分の妊娠についてどのように語っていましたか。

―患者さまの状況をどのように捉え、どんなことが問題だと考えましたか。他の医療者はどのように捉えていましたか。

―問題だと考えたことに対して、どのように援助されましたか。

―援助した結果、患者さまはどのようにになりましたか。

―患者さまは、がんの治療について、どのように意思決定されましたか。

―どのようなことが意思決定を支援したと思われますか。

3. 妊娠期がん患者さまとご家族について、どのような様子だったかできるだけ具体的にお話してください。

―患者さまに関わるようになった時、ご家族はどのような状況でしたか。

―ご家族がおられない、あるいは来られない場合、そのことについて患者さまは何か言われていましたか。

―患者さまとご家族の関係をどのように捉えましたか。

―患者さまとご家族との間に何か問題はありましたか。

―問題だと考えたことに対して、どのように援助されましたか。

―援助した結果、患者さまとご家族はどのようにになりましたか。

4. 他の医療者との関わりについてお聞かせください。

―患者さまとご家族は、医師からの説明についてどのように話されていましたか。

医師からの説明について何か相談されたことはありますか。

## 資料9 インタビューガイド：個別インタビュー(看護師)

- 患者さまの治療について、医師（産科医、治療を担当する医師）から依頼されたこと、相談されたことはありますか。
  - 医師から依頼、相談された内容があった場合、そのことについてどのように対処されましたか。
  - 対処された結果、患者さまとご家族はどのようにになりましたか。
  - 患者さまとご家族には、産科医、治療を担当する医師以外にも助産師など他の職種の方が関わりましたか。
  - 他の職種の方が関わることについて、患者さまとご家族は何か話されていませんか。
  - あなたは、患者さまとご家族のことについて、誰かに相談あるいは依頼をしましたか。
5. 妊娠期がん患者を援助する上でどんなことが課題だと考えますか。
6. 妊娠期がん患者を援助する上で看護師が担う役割についてどのように考えますか。

## 資料 10 研究協力者の基本属性(看護師)

\*研究者がインタビューを行いながら記入する。

コード	N-
１．年齢	(            ) 才
２．性別	( 男 ・ 女     )
３．看護師経験年数	(            ) 年
４．がん看護経験年数	(            ) 年
５．資格	がん看護専門看護師 ・ がん化学療法看護認定看護師 ・ 乳がん看護認定看護師 その他：ご記入ください (                                  )
６．勤務形態	外来 ・ 病棟 ・ その他：ご記入ください (                                  )



インタビューガイド（産婦人科医用）

貴重なお時間をいただき、本研究にご協力いただきましてありがとうございます。このインタビューでは、妊娠期がん患者が、がん治療に関する意思決定を行うプロセスでの関わりについてお聞きしたいと思います。

1. 妊娠中にがんであることが分かった患者さま、あるいはがんの治療中に妊娠が分かった患者さまの年齢、経妊回数、経産回数、疾患・治療、家族構成、妊娠経過、妊娠中の管理についてお聞かせください。

2. 妊娠期がん患者との関わりについてお聞かせください。

— 妊娠期がんが分かって初めて診察された時、患者さまはどのような状況でしたか。

— 患者さまのがんの治療についてどのようにお考えでしたか。

— 患者さまのがんの治療についてどのように説明されましたか。

— 患者さまからは質問や相談がありましたか。

— 患者さまからの質問や相談について、どのようにお答えになりましたか。その際、どのようなことに配慮されましたか。

— 患者さまががんの治療をする上で、どんなことが課題だと考えましたか。他の医療者はどんなことが問題だと捉えていましたか。

— 課題だと捉えたことに対して、どのように対処されましたか。

— 対処された結果、患者さまはどのようになりましたか。

— 患者さまは、がんの治療について、どのように意思決定されましたか。

— どのようなことが意思決定を支援したと思われますか。

3. 妊娠期がん患者さまとご家族についてお聞かせください。

— 患者さまのご家族からは、がんの治療や妊娠への影響について質問や相談がありましたか。

— ご家族からの質問や相談についてどのようにお答えになりましたか。その際、どのようなことに配慮されましたか。

4. 他の医療者との関わりについてお聞かせください。

— 治療を担当する医師とはどのようなやり取りをされていましたか。

— 治療を担当する医師とやり取りをされて、課題はありましたか。

— 患者さまを治療するに当たって、他の医療者に依頼、相談されましたか。

— 患者さまとご家族には、医師以外にも看護師、助産師など他の職種の方が関わりましたか。

— あなたは、患者さまとご家族のことについて、誰かに相談あるいは依頼をしましたか。

— 患者さまを治療するに当たって、看護師あるいは他の医療者に期待する役割はありますか。

5. 妊娠期がん患者を治療する上でどんなことが課題だと考えますか。

インタビューガイド（治療担当医用）

貴重なお時間をいただき、本研究にご協力いただきましてありがとうございます。このインタビューでは、妊娠期がん患者が、がん治療に関する意思決定を行うプロセスでの関わりについてお聞きしたいと思います。

1. 妊娠中にがんであることが分かった患者さま、あるいはがんの治療中に妊娠が分かった患者さまの年齢、経妊回数、経産回数、疾患・治療、家族構成、妊娠経過、妊娠中の管理についてお聞かせください。

2. 妊娠期がん患者との関わりについてお聞かせください。

—妊娠期がんが分かって初めて診察された時、患者さまはどのような状況でしたか。

—患者さまのがんの治療についてどのようにお考えでしたか。

—患者さまのがんの治療についてどのように説明されましたか。

—患者さまからは質問や相談がありましたか。

—患者さまからの質問や相談について、どのようにお答えになりましたか。その際、どのようなことに配慮されましたか。

—患者さまのがんの治療をする上で、どんなことが課題だと考えましたか。他の医療者はどんなことが問題だと捉えていましたか。

—課題だと捉えたことに対して、どのように対処されましたか。

—対処された結果、患者さまはどのようになりましたか。

—患者さまは、がんの治療について、どのように意思決定されましたか。

—どのようなことが意思決定を支援したと思われますか。

3. 妊娠期がん患者さまとご家族についてお聞かせください。

—患者さまのご家族からは、がんの治療や妊娠への影響について質問や相談がありましたか。

—ご家族からの質問や相談についてどのようにお答えになりましたか。その際、どのようなことに配慮されましたか。

4. 他の医療者との関わりについてお聞かせください。

—産婦人科医とはどのようなやり取りをされていましたか。

—産婦人科医とやり取りをされて、課題はありましたか。

—患者さまを治療するに当たって、他の医療者に依頼、相談されましたか。

—患者さまとご家族には、医師以外にも看護師、助産師など他の職種の方が関わりましたか。

—あなたは、患者さまとご家族のことについて、誰かに相談あるいは依頼をしましたか。

—患者さまを治療するに当たって、看護師あるいは他の医療者に期待する役割はありますか。

5. 妊娠期がん患者を援助する上でどんなことが課題だと考えますか。

資料 13 研究協力者の基本属性(産婦人科医、治療担当医)

＊研究者がインタビューを行いながら記入する。

コード	D- -
1. 年齢	( ) 才
2. 性別	( 男 ・ 女 )
3. 診療科	( ) 科
4. 医師経験年数	( ) 年
5. 現在の施設での 経験年数	( ) 年

平成 28 年〇月〇日

看護部長 様

## 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。前回は、〇〇病院の〇〇様にインタビューで貴重なご経験についてお話しいただき、ありがとうございました。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデル（仮）を構築いたしました。今回は、そのモデルをさらに実践に活用できるよう洗練したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

つきましては、モデル（仮）を作成する際のインタビューにご協力いただいた〇〇様に、仮のモデルについてのご意見をうかがうという研究依頼をさせていただくことについてご検討いただければと考えております。詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

## &lt;依頼内容&gt;

〇〇病院で、モデル（仮）を作成する際のインタビューにご協力いただいた〇〇様にご協力いただきたいと考えています。〇〇様は、妊娠期がん患者の意思決定に関わられ、かつ、がん看護専門看護師としてがん相談に長年応じていらっしゃいます。そこで、〇〇様には、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただきたいと考えております。

研究へのご協力に同意いただいた後の中止や辞退につきましては、研究協力者の方の自由です。研究協力者の方には、研究にご協力いただく際に、同意取消書と返信用封筒をお渡ししております。

また、インタビューをする際には、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただく方の負担が少ない場所をインタビューの場所を選びたいと考えておりますので、がん看護関連の学会開催地などで行いたいと考えております。やむを得ず、学会開催地以外でのインタビューをお願いする場合には、交通費は支給いたします。

## ＜研究方法＞

妊娠期がん患者を継続的に看護され、がん治療についての意思決定に関わった看護師、治療担当医、産婦人科医へのインタビューにより作成した「妊娠期がん患者および家族と医療者の共有型意思決定モデル（仮）」に沿って、看護師の方のご意見をうかがいます。具体的には、「妊娠期がん患者および家族と医療者の共有型意思決定モデル（仮）」について、実践上有用な視点、さらに有意義な視点などをおうかがいしたいと考えています。

フォーカス・グループ・インタビューは、約5名の看護師で90分程度を予定しております。

## ＜お約束すること＞

研究協力者の方には、研究内容の説明後、同意の得られた方のみを対象にいたします。研究へのご協力は、研究協力者の方のご選択にお任せしたいと考えております。

研究へのご協力により、遠方への移動を伴う場合がございます。その際には、フォーカス・グループ・インタビューが所定の90分を超えないように配慮いたします。面接へのご協力が時間的、心理的ご負担になる場合は、途中で中断することができることを研究協力者の方に事前にご説明します。また、研究者がモデレータとして参加いたしますので、発言しにくい雰囲気がある、発言の機会が得られないという事態には配慮いたします。特に、今回は、モデル（仮）作成にあたり、インタビューにご協力くださった方へのご依頼となりますので、あくまでも自由意思によるご協力であることを事前に十分にご説明いたします。

面接内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期すことを研究協力者の方に事前にご説明します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、ICレコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究計画書、研究結果につきましては、ご希望の皆さまに送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。 謹白

## 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

## 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

平成 28 年〇月〇日

看護部長 様

## 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許してください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。このような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデル（仮）を構築いたしました。今回は、そのモデルをさらに実践に活用できるよう洗練したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

つきましては、〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を継続的に看護されたご経験があり、がん看護専門看護師としてがん相談に応じていらっしゃる専門看護師の方に、仮のモデルについてのご意見をうかがうという研究依頼をさせていただくことについてご検討いただければと考えております。

詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

## &lt;依頼内容&gt;

〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を継続的に看護されたご経験があり、がん相談などでがん患者の意思決定に携わっていらっしゃる専門看護師の方にご協力いただきたいと考えています。具体的には、妊娠期がん患者さまの、がんの治療方針決定に関わり、がん相談に携わられている、がん看護専門看護師の方に、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただきたいと考えております。

研究へのご協力に同意いただいた後の中止や辞退につきましては、研究協力者の方の自由です。研究協力者の方には、研究にご協力いただく際に、同意取消書と返信用封筒をお渡ししております。

また、インタビューをする際には、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただく方の負担が少ない場所をインタビューの場所に選びたいと考えておりますので、がん看護関連の学会開催地などで行いたいと考えております。やむを得ず、学会開催地以外でのインタビューをお願いする場合には、交通費は支給いたします。

## ＜研究方法＞

妊娠期がん患者を継続的に看護され、がん治療についての意思決定に関わった看護師、治療担当医、産婦人科医へのインタビューにより作成した「妊娠期がん患者および家族と医療者の共有型意思決定モデル（仮）」に沿って、看護師の方のご意見をうかがいます。具体的には、「妊娠期がん患者および家族と医療者の共有型意思決定モデル（仮）」について、実践上有用な視点、さらに有意義な視点などをおうかがいしたいと考えています。

フォーカス・グループ・インタビューは、約 5 名の看護師で 90 分程度を予定しております。

## ＜お約束すること＞

研究協力者の方には、研究内容の説明後、同意の得られた方のみを対象にいたします。研究へのご協力は、研究協力者の方のご選択にお任せしたいと考えております。

研究へのご協力により、遠方への移動を伴う場合がございます。その際には、フォーカス・グループ・インタビューが所定の 90 分を超えないように配慮いたします。面接へのご協力が時間的、心理的ご負担になる場合は、途中で中断することができることを研究協力者の方に事前にご説明します。また、研究者がモデレータとして参加いたしますので、発言しにくい雰囲気がある、発言の機会が得られないという事態には配慮いたします。

面接内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期すことを研究協力者の方に事前にご説明します。インタビューにあたっては、皆さまのご了解をいただいた上で、IC レコーダーなどの機器を用いて内容を録音いたしますが、研究終了後には速やかに破棄いたします。研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究計画書、研究結果につきましては、ご希望の皆さまに送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10 日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。 謹白

## 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

## 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

平成 28 年〇月〇日

がん看護専門看護師、がん化学療法認定看護師、乳がん認定看護師 様

## 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。前回は、インタビューで貴重なご経験についてお話しいただきありがとうございました。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。そのような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデル（仮）を構築いたしました。今回は、そのモデルをさらに実践に活用できるよう洗練したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

つきましては、モデル（仮）の際にも、お話をお聞かせいただき、がん看護専門看護師として、がん相談に長年携わられている〇〇様に、仮のモデルについてのご意見をうかがうという研究依頼をさせていただければと考えております。

詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

## &lt;依頼内容&gt;

妊娠期がん患者さまの、がんの治療方針決定に関わり、がん相談に携わっていらっしゃる、がん看護専門看護師の方に「妊娠期がん患者および家族と医療者との共有型意思決定モデル（仮）」について、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただき、実践上有用な視点、さらに有意義な視点などのご意見をいただければと考えております。

時間は 90 分を予定しております。インタビューの時間は 90 分を超えないよう、配慮いたします。

インタビューをする際には、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただく方の負担が少ない場所をインタビューの場所を選びたいと考えておりますので、がん看護関連の学会開催地などで行いたいと考えております。やむを得ず、学会開催地以外でのインタビューをお願いする場合には、交通費は支給いたします。また、インタビューでは、他の研究協力者の方が、過去の経験を語る可能性もございます。インタビューで語られた内容については、インタビューの場以外ではお話になりませんよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。



## &lt;お約束すること&gt;

研究へのご協力は皆さまのご自由ですし、一旦お引き受けくださっても途中で断りになってかまいません。研究へのご協力について、現在お勤めの病院関係者の方にお伝えすることはありません。

インタビューでは、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出し後悔する可能性もありますので、途中で中断することもできますし、お話ししたくないことは無理にお話いただく必要はありません。途中で研究協力をお取り消しになりたい場合には、返信用封筒を用いて研究者まで同意取消書をご送付ください。同意取消書は、一旦インタビューを行いますと、お一人の部分のみの削除は非常に困難になります。そのため、同意取消書の送付は、誠に申し訳ございませんが、インタビュー開始日までにお願ひ申し上げたいと考えております。その場合、ご辞退については、病院関係者、他の研究協力者の方にはお知らせせず、研究計画、結果の送付を希望されていた方には送付させていただきます。研究へのご協力により、遠方への移動を伴う場合がございます。その際には、フォーカス・グループ・インタビューが所定の 90 分を超えないように配慮いたします。また、研究者がモデレータとして参加いたしますので、発言しにくい雰囲気がある、発言の機会が得られないという事態には配慮いたします。

インタビュー内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期し、研究終了後には速やかに破棄いたします。

研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究計画書、研究結果につきましては、ご希望の皆さまに送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10 日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。

謹白

## 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

## 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXXX (代表)

平成 28 年〇月〇日

がん看護専門看護師、がん化学療法認定看護師、乳がん認定看護師 様

## 研究へのご協力をお願い

謹啓 〇〇の候、いよいよご清栄のこととお慶び申し上げます。今回、突然の研究協力のご依頼をいたしますことをお許してください。

私は、関西福祉大学看護学部で教育に携わりながら、神戸市看護大学大学院看護学研究科で研究に取り組んでおります。研究テーマは「妊娠期がん患者における患者および家族と医療者の共有型意思決定モデルの構築」です。

世界的にがん患者は増加の一途をたどっており、近年は、罹患者の若年化、働く世代の罹患も増加の傾向にあります。特に、罹患者の若年化によって、がん治療中の患者が妊娠にきづく、妊婦が検診等によってがんと診断されるといった状況が見られてきています。そのような妊娠期がん患者への治療は、胎児の生命を尊重しつつ、可能な限り早期に妊婦の治療を行わなければならないという非常に複雑な治療方針の決定を行う必要が出てきます。しかしながら、妊娠期がん患者の治療方針の決定にあたり、患者および家族と医師や看護師がどのように共有型意思決定を行っているのかについては、明らかになっていません。本研究では、妊娠期がん患者を治療された医師、援助した看護師に意思決定に至るプロセスをおうかがいし、共有型意思決定モデル（仮）を構築いたしました。今回は、そのモデルをさらに実践に活用できるよう洗練したいと考えております。研究の概要は、資料 1 に示しております。

つきましては、〇〇病院にご在職で、妊娠期がん患者を継続的に看護されたご経験がある、あるいは、がん相談などで、がん患者さまの意思決定に携わっていらっしゃる、〇〇様に、仮のモデルについてのご意見をうかがうという研究依頼をさせていただければと考えております。

詳細なご依頼の内容、お約束することは以下のとおりです。

## &lt;依頼内容&gt;

妊娠期がん患者さまの、がんの治療方針決定に関わったがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師に「妊娠期がん患者および家族と医療者との共有型意思決定モデル（仮）」について、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただき、実践上有用な視点、さらに有意義な視点などのご意見をいただければと考えております。

時間は 90 分を予定しております。インタビューの時間は 90 分を超えないよう、配慮いたします。

インタビューをする際には、フォーカス・グループ・インタビューにご参加いただく方の負担が少ない場所をインタビューの場所を選びたいと考えておりますので、がん看護関連の学会開催地などで行いたいと考えております。やむを得ず、学会開催地以外でのインタビューをお願いする場合には、交通費は支給いたします。また、インタビューでは、他の研究協力者の方が、過去の経験を語る可能性もございます。インタビューで語られた内容については、インタビューの場以外ではお話になりませんよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

## &lt;お約束すること&gt;

研究へのご協力は皆さまのご自由ですし、一旦お引き受けくださっても途中で断りになってかまいません。研究へのご協力について、現在お勤めの病院関係者の方にお伝えすることはありません。

インタビューでは、患者および家族に十分に対応できなかったことを思い出し後悔する可能性もありますので、途中で中断することもできますし、お話ししたくないことは無理にお話いただく必要はありません。途中で研究協力をお取り消しになりたい場合には、返信用封筒を用いて研究者まで同意取消書をご送付ください。同意取消書は、一旦インタビューを行いますと、お一人の部分のみの削除は非常に困難になります。そのため、同意取消書の送付は、誠に申し訳ございませんが、インタビュー開始日までにお願ひ申し上げたいと考えております。その場合、ご辞退については、病院関係者、他の研究協力者の方にはお知らせせず、研究計画、結果の送付を希望されていた方には送付させていただきます。研究へのご協力により、遠方への移動を伴う場合がございます。その際には、フォーカス・グループ・インタビューが所定の 90 分を超えないように配慮いたします。また、研究者がモデレータとして参加いたしますので、発言しにくい雰囲気がある、発言の機会が得られないという事態には配慮いたします。

インタビュー内容は、研究以外の目的で使用することはありませんし、個人や病院が特定されることのないよう、固有名詞は暗号化する、保管は鍵がかかる研究者の個室で行うなどプライバシーの保護には万全を期し、研究終了後には速やかに破棄いたします。

研究結果につきましては、研究論文として公表、学会で発表をいたしますが、その際にも個人が特定されないよう十分に配慮いたします。研究計画書、研究結果につきましては、ご希望の皆さまに送付させていただきます。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査会の承認を得てから行います。

お忙しい中恐縮ではありますが、研究の主旨をご理解いただき、ぜひ、本研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。本文書到着後、10 日ほど経過した頃に、研究者からお電話差し上げます。ご不明な点は下記連絡先までいつでもご連絡ください。

謹白

## 【研究者】

神戸市看護大学大学院博士後期課程  
看護実践開発学専攻  
(関西福祉大学 看護学部 准教授)  
堀 理江

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4  
研究用携帯 XXX-XXXX-XXXX  
E-mail [XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp](mailto:XXXXXX@st.kobe-ccn.ac.jp)

## 【指導教員】

神戸市看護大学 教授  
鈴木 志津枝

Tel 078-794-XXX (代表)

インタビューガイド（看護師用）

貴重なお時間をいただき、本研究にご協力いただきましてありがとうございます。このインタビューでは、妊娠期がん患者および家族と医療者の、がんの治療方法に関する共有型意思決定仮モデルについて、グループでのインタビューを行わせていただきたいと思います。

1. 妊娠期がん患者さまのがんの治療に関する意思決定を行う上での問題についてお話しください。

- どんなことが問題だと捉えましたか。
- 患者さま・ご家族、産婦人科医、治療担当医などの他の医療者と問題を共有するために、どのようにしていましたか。
- 問題を明確化し、患者さま・ご家族、産婦人科医、治療担当医などの他の医療者と共有するための看護師の役割をどのように捉えていますか。

2. 妊娠期がん患者さまについての情報交換についてお話しください。

- 治療上の選択肢とリスクや利点、代替案はありましたか。
- 妊娠・出産に関する選択肢とリスクや利点、代替案はありましたか。
  - それらの情報を患者さま・ご家族、産婦人科医、治療担当医などの他の医療者とどのように共有されていましたか。
- 患者さま・ご家族は、治療上の、あるいは妊娠・出産に関する選択肢やリスク、利点、代替案をどのように捉えていらっしゃいましたか。
  - それらの情報を患者さま・ご家族、産婦人科医、治療担当医などの他の医療者とどのように共有されましたか。
- 治療、妊娠・出産に関する選択肢やリスク、患者さま・ご家族の認識に関する情報交換のための看護師の役割をどのように捉えていますか。

3. 妊娠期がん患者さまの、治療上の意思決定を支える上での、患者さま・ご家族、産婦人科医、治療担当医などの医療者の価値や意思についてお話しください。

- 妊娠期がん患者さまとご家族の価値観、思いはどのようなでしたか。治療を決定する際、どのような様子でしたか。
  - 妊娠期がん患者さまとご家族の間でのコミュニケーションはどのようなでしたか。
  - 患者さまとご家族の関係をどのように捉えましたか。
  - 患者さまとご家族との間に何か問題はありましたか。
- 妊娠期がん患者さまに関わる産婦人科医、治療担当医などの医療者の価値観、思いはどうでしたか。
  - 産婦人科医、治療担当医などの医療者それぞれの価値観、思いをどのように把握されましたか。
  - 産婦人科医、治療担当医などの医療者の価値観、思いを把握するための看護師の役割をどのように捉えていますか。

4. 妊娠期がん患者さま・ご家族の意思決定支援をする上で、どんなことが課題だと考えますか。
5. 妊娠期がん患者さま・ご家族の意思決定の後、どのような支援が必要でしたか。その支援のための看護師の役割をどのように捉えていますか。