

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程 博士論文

がん罹患が若年成人がんサバイバーの恋愛や結婚に及ぼす影響

平成 30 年度

保健医療学専攻・臨床心理学分野・臨床心理学領域

氏名：山谷 佳子

和文要旨

がん罹患が若年成人がんサバイバーの恋愛や結婚に及ぼす影響

AYA 世代(15~39 歳)のうち、特に YA 世代(20~39 歳)は、今後の家族形成において重要な時期であり、恋愛やその先にある結婚と向き合う年代である。本研究では、がん罹患が恋愛への向き合い方にどのような影響を及ぼしているのかを探ることを目的とし、未婚の YA 世代がんサバイバー30名の恋愛や結婚についての語りを質的帰納的に分析した。

抽出された概念は 102 個、サブカテゴリーは 38 個、カテゴリーは 14 個生成され、それらは 4 つのコアカテゴリーに集約された。主軸には、【恋愛や結婚への足かせ】があり、主軸に関連するものに、【妊孕性への影響】【交際相手との関係】【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】があった。

YA 世代がんサバイバーにとって、恋愛対象者へのカミングアウトは悩みの一つであり、それには、がん罹患や後遺症による自己肯定感の低下から生じるセルフスティグマが関連していた。また、カミングアウトは重要他者との親密性を築く上で必要となり、カミングアウトにおける葛藤や試行錯誤は、がん罹患後の新しい人生に適応するために重要であった。

キーワード：YA 世代、がんサバイバー、恋愛と結婚、妊孕性、カミングアウト、セルフスティグマ

Effects of cancer on romance and marriage of young adult cancer survivors

The Young-Adult generation aged 20 to 39 years (YA generation) is a particularly important period for the formation of future families because it is the age of romance and marriage, among Adolescents and Young Adults aged 15 to 39 years (AYA generation). We conducted a study using a qualitative inductive method to explore how incidences of cancer affected the romantic behavior of cancer survivors in the YA generation. We analyzed conversations about romance and marriage of thirty unmarried YA patients. Results indicated 14 categories and 38 sub-categories that were consolidated into 4 core categories. (1). [Mental restrictions about romance and marriage] (Main axis). (2). [Influence on fertility]. (3). [Relationship with the partner]. (4). [Forcibly changed life plan and human relationships] (related axes). Self-disclosure about romantic interests was a problem for cancer survivors in the YA generation. It is suggested that self-stigmas resulting from reduced self-affirmation because of cancer and its sequelae are related. In addition, self-disclosure about the sequelae of cancer and treatment is important for establishing intimacy with romantic partners. Moreover, conflicts and trials and errors in self-disclosure are necessary to adapt to the new life after cancer.

Keywords : young adult generation, cancer survivors, romance and marriage, fertility, self-disclosure, self-stigma

I, 緒言

1. 研究背景
2. 小児・AYA 世代のがんの特徴と課題
3. 未婚の YA 世代における問題

II, 目的

III, 用語の定義

IV, 方法

1. 分析に用いたデータ
2. 分析対象者の背景
3. 分析方法と手順
4. 研究期間
5. 倫理的配慮

V, 結果と考察

1. カテゴリーの全体図とストーリーライン
2. 主軸となるコアカテゴリー
3. 主軸に影響を及ぼす関連要因コアカテゴリー

VI, 総合考察

1. 研究結果の考察
2. 求められる支援
3. 本研究の限界と今後の課題

引用文献

資料

I, 緒言

1. 研究背景

がん治療の進歩により、6割以上のがん患者が5年以上生存している現代、がんに対する治療とともに生活や人生を考慮したサバイバーシップへの取組みが重要となっている。

がんサバイバーシップ研究の特徴として、高橋¹⁾は「がんサバイバーシップとは、がんの診断や治療を受けた〈その後〉を生きていくプロセス全体を意味するので、時間の経過を意識した考え方である。(中略)しかし、従来の研究は、がんの体験のうち〈始め〉と〈終わり〉、すなわちがん診断直後や治療中、または死が間近になった時期に焦点を当てていた傾向がある。(中略)がんサバイバーシップ研究は、精神腫瘍学や緩和医療学と多くの共通点を持ちながらも、初期治療が終わった後も患者が活発な社会生活を送ることを前提として、患者本人や家族が本来の生活の場所(家庭、職場、学校、地域コミュニティなど)で直面する様々な課題を取り上げる点が特徴的である。いわば、〈始め〉と〈終わり〉の〈間の時期〉に焦点を当てている」と述べている。がん医療が進歩し、社会復帰をする人が増える中で注目される様になった部分であり、まさに「延長された生存の時期」をいかに生きるかということである。がんの治療が終了しても、がん罹患の影響が消えるわけではない。程度の差はあれ、後遺症を抱えながら社会生活へ戻っていく人々に、様々な問題が浮かび上がってくることは想像に難くない。さらに、罹患年齢やライフステージの違いで、就学、就労、結婚、家庭内の役割など、その人が抱える課題は異なる。

がん罹患とライフステージについて、1993年に発刊された「サイコオンコロジー、がん患者のための総合医療」²⁾の中で Rowland は、「がん患者のがんに対する心理的適応に影響するもの」として発達段階をあげ、「がん罹患した時に、その患者が生物学的、個人的、社会的な目標や課題に関してライフサイクルのどの段階にいるのかが問題となる」と述べている。そして、成人の期間を初期成人期 Young Adult (19～30歳)、成熟成人期 Mature Adult (31～45歳)、後期成人期 Older Adult (46～65歳)、高齢成人期 Aging Adult (66歳以上)という4つの発達段階に区分し、各発達主題とがんの関わりを論じ、医療スタッフがこれらを正確に知っておくことは、治療中も治療後も患者の適切な心理的適応や心理・社会的能力を高めるための個別的介護計画を展開する上で有

効であると提言している。

近年では、ライフステージの違いでの対応やがん患者の妊孕性(生殖能力、妊娠する力の意)について、がん対策推進協議会などで議論され、注目されてきている。平成30(2018)年3月に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画³⁾では、新たな課題として AYA 世代(Adolescent and Young Adult : 15~39 歳の思春期と若年成人世代、以下 AYA 世代)のがんへの対策が必要であると明記された。分野別施策の患者本位のがん医療の実現の中で、小児がん、AYA 世代のがん及び高齢者のがん対策の項目における AYA 世代のがんの現状と課題として、「AYA 世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではない。心理社会的状況も様々であるため、個々の AYA 世代のがん患者の状況の応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備が求められている」とした。また、分野別施策の尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築の中の、ライフステージに応じたがん対策の項目でも、小児・AYA 世代の現状・課題として「乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージで発症し、晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること及び年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々であって個々の状況に応じた多様なニーズが存在することから、成人のがんとは異なる対応が求められている」と述べられている。

がんの生存率が伸びた現代では、がんは長く付き合う慢性疾患と認識されつつある。そのような中で、様々ながんサバイバーシップ研究により、がん罹患後を生きていくプロセスやがんサバイバーが直面する心理社会的な問題が明らかとなってきた。上記の第3期がん対策推進基本計画において、尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築の一環としてライフステージに応じたがん対策や支援が盛り込まれたことに示されるように、現在のがん医療の課題は、がんサバイバーのライフステージに応じた「生活の質のケア」へと移行している。特に、今まで支援の薄かった世代への介入が求められ、AYA 世代のがんサバイバーの支援や、AYA 世代に焦点化した研究がさらに求められていると言える。

2. 小児・AYA 世代のがんの特徴と課題

国立がん研究センターがん情報サービスのがん統計「小児・AYA 世代のがん罹患」(2018. 05. 30 掲載)⁴⁾をみると、小児期(0～14 歳)から AYA 世代にかけてがん種の内訳が大きく異なっていることが分かる。小児がんは、成人と異なり、生活習慣と関係なく、限られた遺伝子異常で急速に発症する非上皮性腫瘍がほとんどであり、希少で多種多様である。小児期において全がんに占める割合が最も高いのが白血病(38%) であり、次いで脳腫瘍(16%)、リンパ腫(9%)、胚細胞腫瘍・性腺腫瘍(8%)、神経芽腫(7%)と続く。AYA 世代のがんは、小児がんと成人がんの両方のがん種が存在し、がん種の頻度は性別や年齢層で異なる。15～19 歳では白血病(24%)、次いで胚細胞腫瘍・性腺腫瘍(17%)、リンパ腫(13%)、脳腫瘍(10%)、骨腫瘍(9%)が上位を占める。20～29 歳では、胚細胞腫瘍・性腺腫瘍(16%)で最も多く、次いで甲状腺がん(12%)、白血病(11%)、リンパ腫(10%)、子宮頸がん(9%)となる。30～39 歳では女性乳がん(22%)が最も多く、次いで子宮頸がん(13%)、胚細胞腫瘍・性腺腫瘍(8%)、甲状腺がん(8%)、大腸がん(8%)という割合になっている。特に女性では、20～30 歳代にかけて乳がん、子宮頸がん、甲状腺がんが増え、その変化が大きいと報告されている。15 歳～39 歳未満のがん患者数は全がん患者に占める割合が 2.5%と少数である一方で、上記のようにがん種は希少で多岐にわたる特徴がある。そして、この世代は、就学、就労、結婚等の様々な出来事が闘病と重なる時期でもあり、罹患や治療に伴いライフプランの変更を余儀なくされることも少なくなく、中高年のがん患者と比べても特有の心理社会的課題が指摘されている。しかしながら、国内での AYA 世代がん患者の現状は十分には把握できておらず、対策が遅れている現状がある。

堀部⁵⁾は、小児および AYA 世代は、身体的精神的に成長発達し自立していく重要な時期であり、若年成人においては社会的にも活動性が最も高い時期でもあるため、患者の診療にあたっては、がんの診断・治療だけでなく、学業、就労、妊孕性温存への配慮をはじめ AYA 世代特有の心理・社会的支援が必要であると指摘している。そして、「わが国においても、小児がんや成人がんとは異なるがん種やニーズのあるライフステージとして 15～39 歳を念頭においたがん対策が期待されるが、AYA 世代のニーズは A 世代と YA 世代で必ずしも同じでなく、それぞれに配慮が必要で

ある。年齢による区別は困難であるが、大まかに 20 歳以降の YA 世代では、通常、意思決定は本人が行い、就労し、精神的・経済的に自立し始めており、次世代を産み育て、社会を支える世代である。そのため、主な課題は就労、家族支援や生殖機能温存である。一方、15～19 歳の A 世代は、特有の希少がんが多く、就学期で精神的・性的・社会的自立に向けた発達段階にあるため、希少がんの治療体制整備とともにより繊細な心理社会的支援を要する世代である。また、同じ年齢であっても、自立の度合い、就学・就労、経済的状況、家庭環境により、ライフプランには個人差があるため、画一的な対応は好ましくない。そのため、個々に決め細やかな対応が望ましく、また、小児期と同様に治療後の人生が長いことから長期にわたる晩期合併症のフォローが必要である⁵⁾と指摘している。また、治療中 AYA 患者は、同世代の健康 AYA 世代と比べ不安を抱える者が多いとされ、「治療中患者の悩みの上位は、自身の将来、仕事、経済面、生殖機能、診断・治療であり、小児がんサバイバーの悩みの上位は、生殖機能、自身の将来、仕事であった」⁵⁾とし、AYA 患者・小児がんサバイバーには、多岐にわたり個別性が高い情報・相談ニーズがあり、意思決定への参加意欲や自己管理への意識が高いと報告している。がん体験は将来構想に影響を与え、同世代の健康な若年者に比べ不安が強く、さらに AYA 患者の中でもライフステージによってニーズの傾向が異なり、発症時には認識されていないニーズが治療後の時間経過とともに新たなニーズとして認識される場合もあると指摘されている⁵⁾。さらに、「AYA 世代患者の多くは、治療に関する意思決定への参加意欲や自己管理の意識が高いものの、意思決定や自己管理に必要ながん治療の合併症・後遺症およびそれらの生活に対する影響や管理方法について、第三者に説明することが困難と感じており、これらへの支援やピアサポートのニーズが高いものの充足していない現状がある。また、がんの遺伝子検査や予防に関する情報のニーズが、AYA 世代のがん患者だけでなく健常者においても高く、遺伝性腫瘍に関する教育、カウンセリング・医療提供体制の構築の推進、および社会的不利益からの擁護の仕組みの検討が必要」⁵⁾と指摘されている。

このように、AYA 世代のがんサバイバーへの支援については課題が多く、どのような仕組みが必要であるか、模索されている最中である。加えて、ライフイベントに応じて、AYA 世代がんサバイバーたちがどのような主観的体験をしているのか明らかとなっていない現状がある。

3. 未婚の YA 世代における問題

AYA 世代がんサバイバーは、がんとともに、就学、就労、恋愛、結婚、妊娠、出産などのライフイベントに直面することになり、その中でも、特に妊孕性の問題が密接に関連する恋愛や性、結婚については、プライベート性が非常に高く、当事者たちが精神的苦痛を抱えていてもサポートすることが難しい問題である。この問題が顕在化してくるのが、恋愛関係から結婚を視野に入れた段階への移行や家族形成と向き合う年代である YA 世代(20～39 歳)である。この年代は、Rowland²⁾の初期成人期(Young Adult: 19～30 歳)、Erikson の初期成人期(20～30 歳代)に当たり、ライフサイクルにおける発達主題として「親密性」が挙げられる。この年代で他者、特に異性と親密な関係を築いていくことが重要となり、相手の価値観や自分とは異なる部分を認め、尊重しながら関係性や相互的なコミュニケーションを構築する中で、自己肯定感や情緒的安定が増していくものと考えられる。このようなライフサイクル上において、がん罹患によるボディーイメージの変化や後遺症(妊孕性への影響を含む)を抱えるがんサバイバーたちが、恋愛や性、結婚につながる他者との親密性の構築に向き合う際、様々な困難が生じることは想像に難くない。

他疾患における先行研究をみると、若年成人期の先天性心疾患患者において、結婚・妊娠へのためらいが報告されている⁶⁾。また、先天性のため、疾患があることが普通であるという認識の中で、就職や結婚が疾患と直面する契機になるという指摘もある⁶⁾。妊孕性と恋愛については、がんサバイバーに限らず、強力な放射線療法と化学療法による骨髄移植後の性腺機能障害が生じる骨髄移植者の抱える問題の一つとして、下枝ら⁷⁾が「不妊は、身体的問題にとどまらず、骨髄移植者のその後の恋愛への意欲や意義にも影響を及ぼしていた」と報告している。

平成 27(2015)年度がんサバイバーシップ研究助成金研究報告書「がん患者の情報収集の実態と改善策に関する研究ーがん患者のインターネットにおける情報発信とその有用性についてー」の STAND UP!!研究班の調査報告⁸⁾によると、SNS 上でがん情報を積極的に発信しているがんサバイバーでも、発信できなかった内容として、「恋愛や結婚について」「妊孕性について」の悩みがあげられている。さらに、2016 年には桜井⁹⁾が、女性のがん経験者は、同世代女性と比べて 2～3 倍ほど未婚率が高いと報告している。また、日本小児血液学会や日本サイコオンコロジー学会にお

いて、がんサバイバーと恋愛についての発表がされている^{10,11)}。このように国内では、妊孕性や婚姻状況、配偶者との関係に焦点を当てた調査や研究は行われているが、妊孕性や婚姻に深く関わらぬ恋愛に関する研究は報告書や学会発表で見受けられる程度であり、他疾患における先行研究においても、恋愛における主観的な体験に焦点を当てた研究は筆者の検索した限りでは見当たらなかった。

海外の研究においては、AYA世代がんサバイバーが掲げる問題の一つに妊孕性がある¹²⁾とされ、妊孕性についての研究論文の中で、生殖機能低下の可能性に関する心配は患者のQOL低下をもたらす¹³⁾との指摘や、結婚・恋愛関係における困難や将来設計の困難¹⁴⁾が指摘されている。しかし、小児がんや特定のがん種に限った調査が多く、治療により妊孕性に影響を受けていないがんサバイバーについては明らかにされていない。このような現状をかんがみ、AYA世代のがんサバイバーの悩みの中で、「恋愛や結婚について」に焦点を当て研究を行った。なお、治療により妊孕性に影響を受けたがんサバイバーだけでなく、がん罹患したこと自体が他者との親密な関わりに影響を及ぼしているのではないかと考え、様々ながん種を対象とした。なお、研究対象者の年代が20歳代から30歳代のYA世代であり、恋愛と結婚が結びついて語られているため、本研究では恋愛への認識と結婚への認識を切り分けるのではなく連続する認識として扱うこととした。

II. 目的

AYA世代は、就学、就労、恋愛、結婚、妊娠、出産などのライフイベントに直面し、今後の人生形成において重要な時期である。特にYA世代では今後の家族形成を考え、恋愛やその先にあると考えられる結婚と向き合う年代である。筆者が関わっている若年性がん患者会において、AYA世代がんサバイバーの間では、恋愛や結婚への躊躇が多く語られており、AYA世代がんサバイバーの大きな悩みの一つであると感じた。そこで、本研究では、特に恋愛や結婚を意識するであろう20歳代から30歳代のYA世代がんサバイバーの恋愛への向き合い方に焦点を当てた。がんを抱えながら恋愛をしていくという主観的な体験を明らかにし、がん罹患が彼らの恋愛行動にどのような影響を及ぼしているのかを探ることを目的とした。

III. 用語の定義

以下に本研究で使用する用語の定義を示した。

■がんサバイバー：がんと診断され、治療による完治・寛解、治療中、経過観察も含め、がんの影響を受けながら生活を営んでいる全ての人々

■AYA(Adolescent and Young Adult)世代：思春期および若年成人の意。15～39 歳

■A(Adolescent)世代：15～19 歳

■YA(Young Adult) 世代：20～39 歳

■妊孕性：生殖能力，妊娠する力の意

■妊孕性への影響：がん治療は、若年がん患者の生殖内分泌に何らかの悪影響を及ぼすことがある。医療従事者から説明等を受けた研究対象者本人が、治療によって妊孕性が低下、または喪失したと認識している状態をもって妊孕性に影響があったとする

■妊孕性温存：本研究の場合は生殖機能自体の温存を指すのではなく、がん治療によって影響を受ける前に行う精子、卵子の凍結保存を指す

■後遺症：機能の喪失や低下，手術跡，体形の変化などの治療による体への永続的な影響。妊孕性の低下や喪失，性機能障害も後遺症に含む

■カミングアウト：自己開示の意。本研究では、特に恋愛対象者へのがん罹患やがん治療による後遺症を自己開示，申告すること指す

■セルフスティグマ：がん罹患による自己評価や自尊心の低下に伴い、がんサバイバー自身が自分に対して自己否定的な考えや態度，表現をしてしまうことを指す

IV. 方法

1. 分析に用いたデータ

がん患者によるがん患者のためのインタビュー情報番組“がんノート”をWEB上で配信，公開を行っている NPO 法人がんノートの協力を得た。がんノートのコンセプトは，がん経験者の

がん経験者によるがん経験者のためのインタビュー型情報発信番組であり、毎回同じインタビュアー(がんサバイバー)が、ゲストの闘病体験についてインタビューをしていく対話形式である。

表 1. インタビュー項目

インタビュー項目	インタビュー内容
発覚	症状の自覚や病院を受診した理由, がんと分かるまでの流れなど
告知	どのように告知されたか, 誰と一緒に聞いたか, 告知時の気持ちなど
治療	具体的な治療法, 副作用, 経過
後遺症	治療によって生じた現在も続く後遺症
家族	治療, 入院時の家族のサポート
妊孕性	治療による妊孕性への影響の有無, 妊孕性温存や性機能障害についてなど
恋愛・結婚	罹患当時や現在のパートナーの有無, カミングアウトをするかどうかなど
仕事(もしくは学校)	休職(休学)の有無, 周囲に病気のことを伝えたか, 復帰時の反応など
お金・保険	治療費や療養中の生活費など具体的にかかった金額, 医療保険加入の有無など
克服法	肉体的辛さや精神的辛さの克服法, どのように耐えたかなどの工夫
失敗・反省	当時こうしていればという今だから思うこと
医療従事者に求めること	当時こうしてほしいなどの要望, 感謝していることなど
キャンサーギフト	がんになって得られたもの
今闘病中のあなたへ	現在闘病中の方に向けた一言メッセージ

番組の構成として、上記項目に沿ってインタビューを進め、全体として1時間から2時間程度の内容となっている(インタビューの中で「恋愛・結婚」、「妊孕性」などに関連した発言時間は、最短で約6分, 2600字程度, 最長で約22分, 9000字程度)。特に、「妊孕性」「恋愛・結婚」における部分では、当事者同士であるからこそ、話しづらい妊孕性や性機能障害の問題、恋愛対象者への自己開示などを忌憚なく扱った、がんサバイバー同士の一步踏み込んだ会話であり、がんサバイバーの本音に近い貴重なデータであると言える。なお、本研修で使用したデータは編集加工されたものではない。ゆえに1次データとして扱えるものと考え使用した。

がんノートで放映され、WEB 上で公開されたインタビュー映像を逐語録におこしたものを基に、がん罹患による恋愛・結婚の認識の変化に焦点を当て、質的帰納的分析を行った。

2. 分析対象者の背景

NPO 法人がんノートが行うネット情報発信番組“がんノート”の出演者 70 名以上の中から、インタビュー当時 AYA 世代であり、恋愛や結婚について語っている未婚の男女 30 名あった。実際にはインタビュー時に 10 歳代であったサバイバーはいないため、罹患時の年齢は小児の年代を含むが、インタビュー時の年齢は 20 歳代から 30 歳代であり、YA 世代に当たる。

以下、分析対象者として取り上げた出演者の臨床情報と属性を表 2 に示す。

表 2. 分析対象者の臨床情報と属性

	性別	がん種(ステージ)	治療法(※1)			罹患年齢	インタビュー時の年齢	妊孕性への影響	妊孕性温存(※2)の有無	罹患当時の交際相手の有無	現在の交際相手の有無	恋愛対象者にがん罹患のカミングアウトをするか否か
			手術	抗がん剤	放射線							
1	女	原始神経外胚葉性腫瘍(不明)	○	○	○	12	26	有	無	無	無	○(妊孕性については×)
2	女	鼻咽頭がん(Ⅲ)	/	○	○	14	22	有	不明	不明	有	○
3	男	急性リンパ性白血病(不明)	/	○	/	14	28	有	無	無	無	○(妊孕性については不明)
4	女	悪性リンパ腫(Ⅳ)	/	○	○	15	21	有	不明	有	無	×
5	女	骨肉腫(Ⅱb)	○	○	○	16	22	有	無	無	無	×
6	女	胚細胞腫瘍(Ⅳ)	○	○	/	16	24	有	不明	有	無	○(妊孕性については×)
7	女	悪性軟部腫瘍(Ⅱ)	○	○	/	19	28	有	不明	無	有	不明
8	男	精巣腫瘍(Ⅰ)	○	○	/	20	22	有	有	有	無	○
9	男	横紋筋肉腫(Ⅳ)	○	○	○	21	28	有	不明	無	無	○
10	男	精巣腫瘍(Ⅱ)	○	○	/	21	31	有	無	無	無	○
11	女	ユーイング肉腫(不明)	○	○	○	21	24	有	不明	有	無	○
12	女	舌がん(Ⅳa)	○	/	/	22	25	無	/	無	無	○
13	女	慢性骨髄性白血病	/	○	/	22	27	有	無	有	有	不明
14	男	胃がん(Ⅱ)	○	○	/	23	27	無	/	無	無	○
15	女	胃がん(Ⅱ)	○	○	/	23	28	無	/	無	有	○
16	女	子宮頸がん(Ⅱb)	○	○	○	23	33	有	無	無	無	×
17	女	乳がん(Ⅲ)	○	○	/	24	30	有	不明	有	無	不明
18	女	乳がん(Ⅰ→再発・転移Ⅳ)	○	○	○	24	34	有	無	有	有	○
19	男	悪性軟部腫瘍(Ⅱ)	○	/	/	25	27	無	/	有	無	○
20	男	舌がん(Ⅱ)	○	/	/	25	27	無	/	無	無	○
21	女	メラノーマ(Ⅰa)	○	/	/	25	28	無	/	有	有	○
22	男	大腸がん・直腸肛門がん(Ⅳ)	○	○	/	27	35	有	無	無	無	○
23	男	甲状腺がん(Ⅰ)	○	/	○	27	29	無	/	無	無	○
24	女	子宮体がん(Ⅰb)	○	/	/	28	35	有	無	有	有	○
25	女	乳がん(Ⅱ)	○	○	○	29	32	有	無	無	無	○
26	女	乳がん(Ⅱb)	○	○	○	29	36	有	不明	有	有	不明
27	女	乳がん(Ⅲc)	○	○	○	31	33	有	不明	有	無	○
28	男	悪性リンパ腫(再発、移植)	○	○	○	31	35	有	不明	無	無	○
29	女	乳がん(Ⅱ)	○	○	/	32	34	有	無	無	無	○
30	女	口蓋悪性腫瘍(不明)	○	/	/	32	39	無	/	有	無	○

※1 治療法の手術には、移植手術を含む。また、放射線には重粒子線治療も含む

※2 本研究における妊孕性温存の有は、精子・卵子の凍結保存をしている者、妊孕性温存の無は、精子・卵子の凍結保存を行っていない者、不明はインタビュー内で言及がなかった者

3. 分析方法と手順

分析を行う際の協力者として、若年性がん患者会のメンバーに協力を呼びかけ、インタビュアーを含めた YA 世代のがんサバイバー4名(男女2:2)に参加を求めた(表3参照)。データ分析協力者は、罹患から3年以上経過し、社会復帰を果たしており、自らの体験を客観視できる者とした。また、データ分析協力者それぞれが何らかの研究や調査に関わった経験を有している(例:患者会の中でのアンケート調査,平成27年度がんサバイバーシップ研究助成金研究報告書「がん患者の情報収集の実態と改善策に関する研究ーがん患者のインターネットにおける情報発信とその有用性についてー」インタビューデータの KJ 法による分析)。分析を行う際は、臨床心理士である本研究者が必ず参加した。

表3. データ分析協力者の概要

データ分析協力者	性別	罹患年齢	分析時の年齢	病名
A	女	17歳	25歳	骨肉腫
B (※インタビュアー)	男	25歳, 27歳(再発)	29歳	胎児性がん, 精巣腫瘍
C	男	27歳	30歳	精巣腫瘍
D	女	27歳	33歳	大腸がん

※がんノートの出演者に毎回インタビューしている人物

分析は以下の三段階で行った。

第一段階:

分析を行うにあたり、研究手法の理解のためデータ分析協力者全員が国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻の教員から分析手順の講義を受けた。月に2回程度(全18回)、データ分析協力者と本研究者で、逐語録の読み込み、切片化とラベリングを行い、概念を生成した。妥当性・信頼性確保のため、教員に月一回のSVを受けながら進めた。

具体的な作業の進め方は以下である。

最初に、インタビューデータ30名の中から、恋愛・結婚についての悩みを多様に語っている子宮がんサバイバー2名分のデータについて以下の①, ②の手順で分析を行った。

①逐語録を繰り返し読み、恋愛や結婚に関わる発言を抜き出し、切片化を行った

②切片化したデータとデータを比較しながら、恋愛・結婚に関わる発言を類似性と差異性をもって分類し、ラベル(見出し)を作成した

③類似性に従い②を集約し、概念を生成した

上記を基本とし、次に乳がんサバイバー(6名)、精巣腫瘍サバイバー(2名)、オストメイト(2名)、血液・リンパ腫サバイバー(2名)、10歳代発症のサバイバー(7名)、胃がんサバイバー(2名)、頭頸部がんサバイバー(4名)、その他のがん種のサバイバー(3名)というようにデータを順次追加し、繰り返し①、②を行い、③に新たな概念を加えていった。

第二段階：

第一段階で生成した概念を本研究者が集約し、カテゴリーの生成と概念図の作成を行った。ピアSV(心理職で研究を行っている者3名)で検討を重ねながら、カテゴリーの統合を行った。さらに、継続的なSV(月1回)と、適宜小児・AYA世代のがん医療に関わる医師等やがんサバイバーシップ研究の研究者からの助言を受けながら進め、分析の妥当性・信頼性を確保した。

第三段階：

第二段階で作成したものを分析協力者に見てもらい、当事者の認識とずれがないか確認作業を行った。

4. 研究期間

2016年10月～2018年2月

5. 倫理的配慮

筆者の所属機関の倫理審査委員会に打診し、助言を受けた上で、インタビューデータは、患者への情報提供を目的とした一般公開されているデータであり、それを二次的に分析した研究のため、倫理審査は必要ないと判断した。

なお、がんノート出演時に、出演者と取り交わす出演契約書(資料参照)は、研究への二次利用の承諾を含めた内容となっている。

V. 結果と考察

データに用いたがんノート出演者の概要は、男女比10:20、罹患時の平均年齢23歳、インタビュー時の平均年齢29歳であった。若年発症ということで希少がんも多く、がん種は多種多様であった(表4)。分析対象者の背景を以下に示す(図1～図7)。

表4. 分析対象者のがん種

がんの種類別	人数 (計30人)	割合
乳がん	6人	20%
肉腫 (骨肉腫・ユースング肉腫・横紋筋肉腫・原始神経外胚葉性腫瘍)	4人	13%
口腔がん (舌がん・口蓋悪性腫瘍)	3人	10%
子宮がん (子宮頸がん・子宮体がん)	2人	6%
精巣腫瘍	2人	7%
白血病(急性・慢性)	2人	7%
悪性リンパ腫	2人	7%
悪性軟部腫瘍	2人	7%
胃がん	2人	7%
頭頸部がん (鼻咽頭がん・甲状腺がん)	2人	7%
胚細胞腫瘍	1人	3%
メラノーマ	1人	3%
大腸・直腸肛門がん	1人	3%

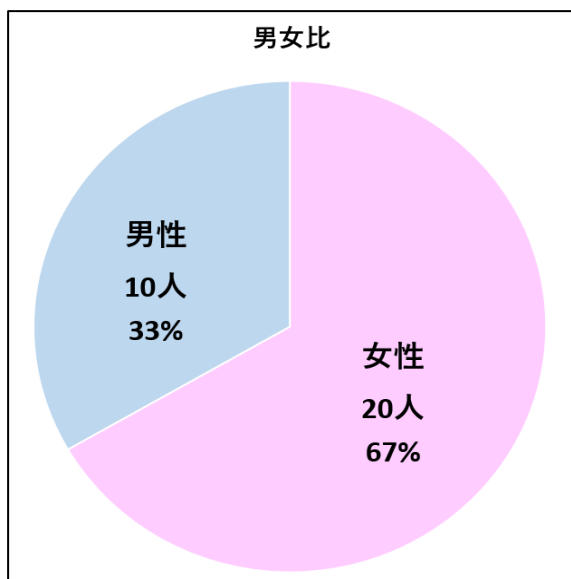


図1. 男女比

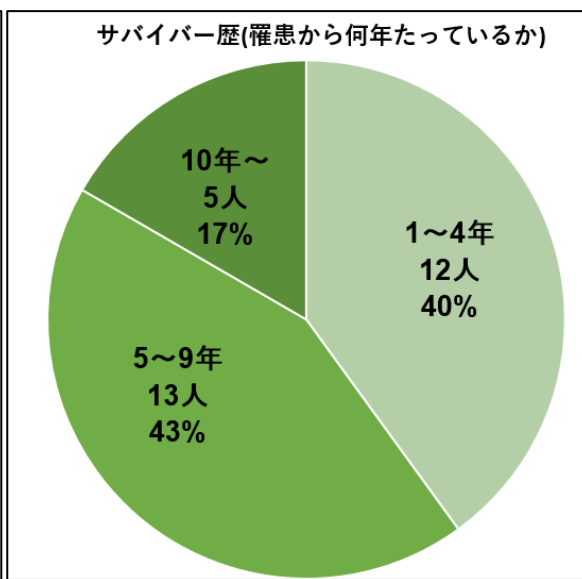


図2. サバイバー歴(罹患から何年たっているか)

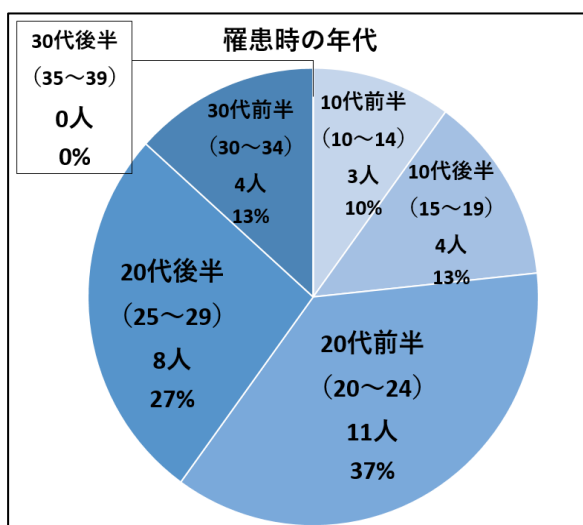


図3. 罹患時の年代

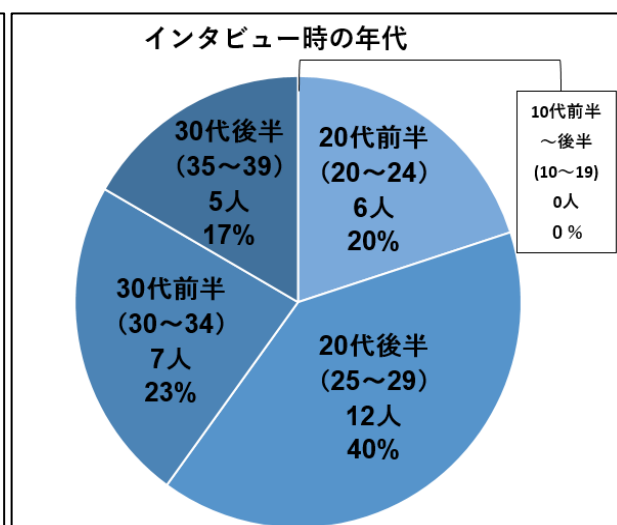


図4. インタビュー時の年代

※10年以上の最大は14年である

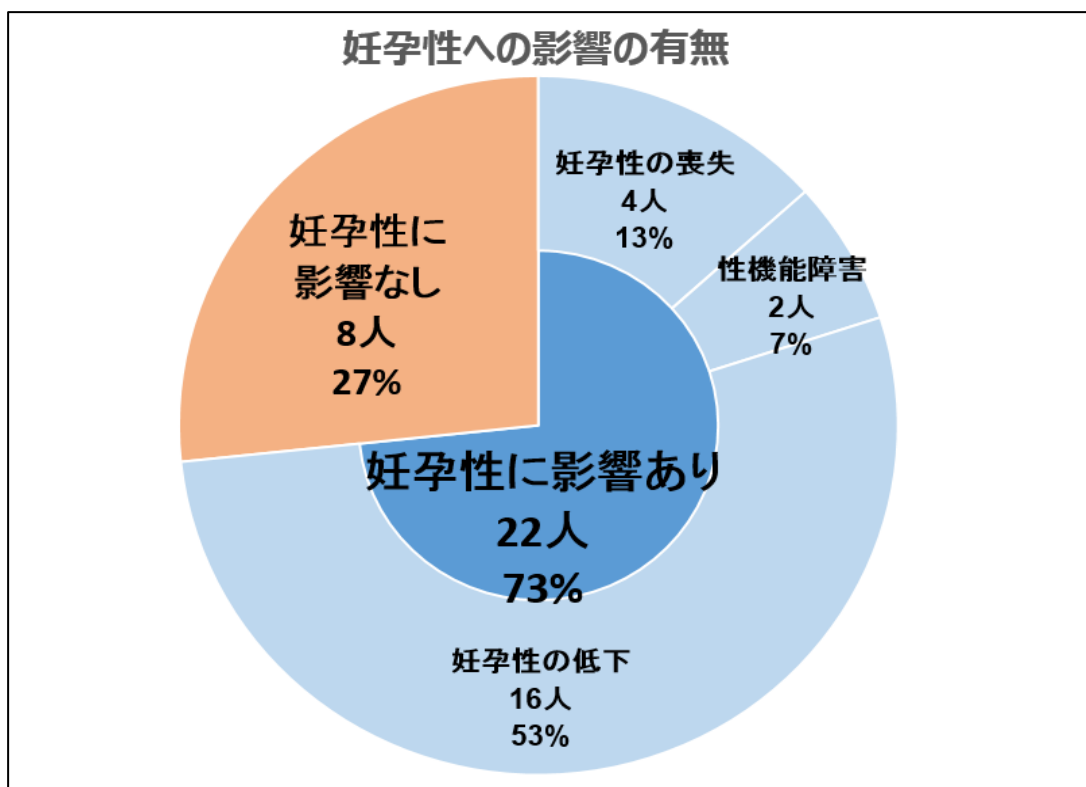


図5. 妊孕性の影響の有無 ※妊孕性に影響ありの外側が影響内容の下位分類である

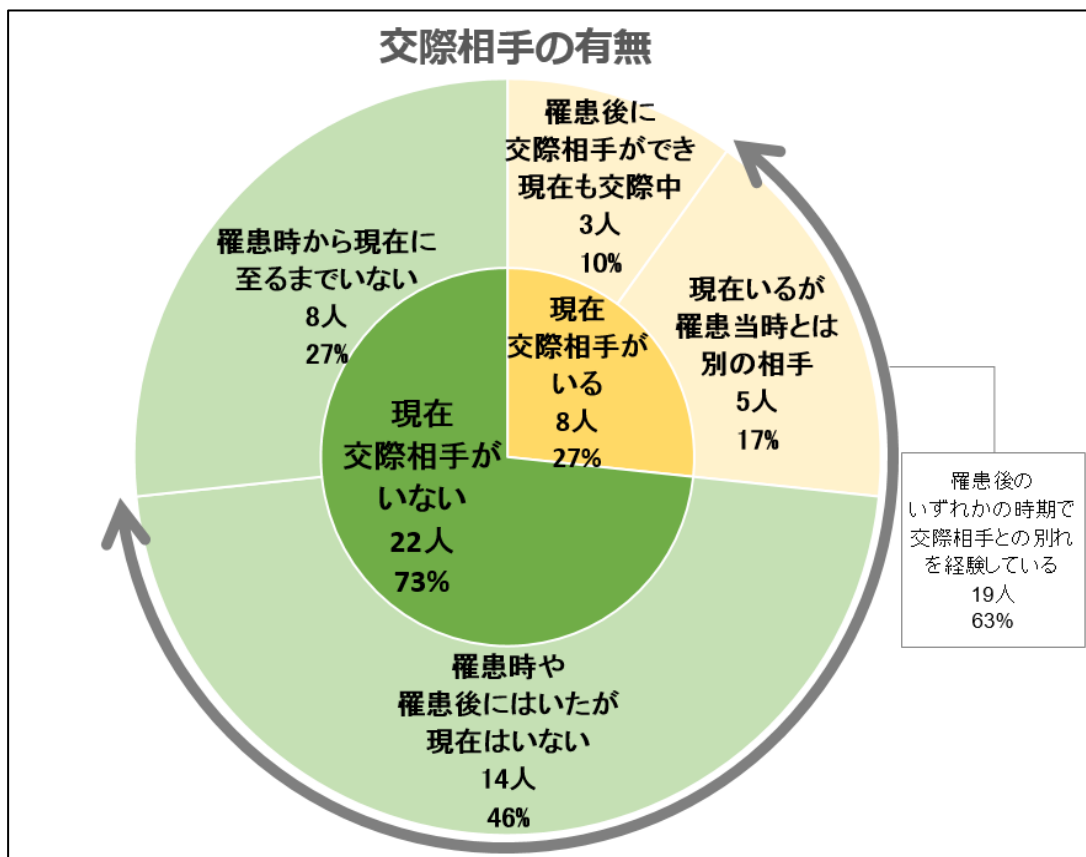


図6. 交際相手の有無

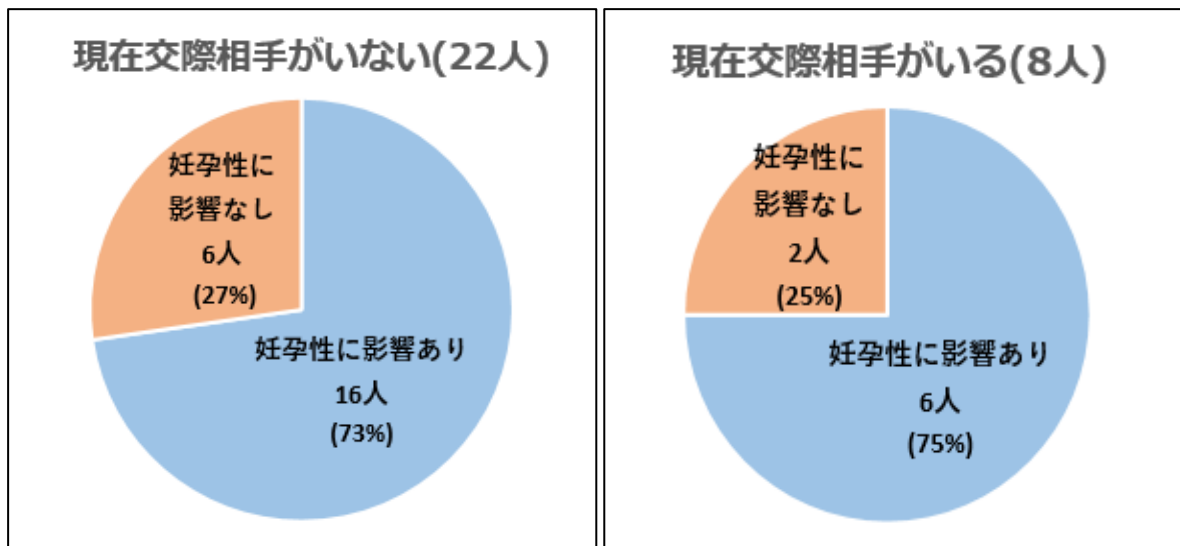


図7. 交際相手の有無の妊孕性への影響の内訳

分析の結果、102の概念、38のサブカテゴリー、14のカテゴリーが抽出され、主軸となるコアカテゴリー【恋愛や結婚への足かせ】と、主軸に関連するコアカテゴリー【妊孕性への影響】【交際相手との関係】【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】の4つの側面に集約された。図8にカテゴリーの全体図を示した。あわせて全体のストーリーラインを示した。また、コアカテゴリーごとの結果を表5, 6, 7, 8に示し、説明した。コアカテゴリー名は【 】、カテゴリー名は<u> </u>、サブカテゴリー名は「 」、概念は 、データに用いたがんノート出演者の発言は“斜体”で示した。また、表5～8において、妊孕性への影響のあるサバイバーのみから抽出された概念やサブカテゴリーにはセル内を斜線、妊孕性への影響のないサバイバーのみから抽出された概念やサブカテゴリーにはセル内をドットで示した。

1. カテゴリーの全体図とストーリーライン

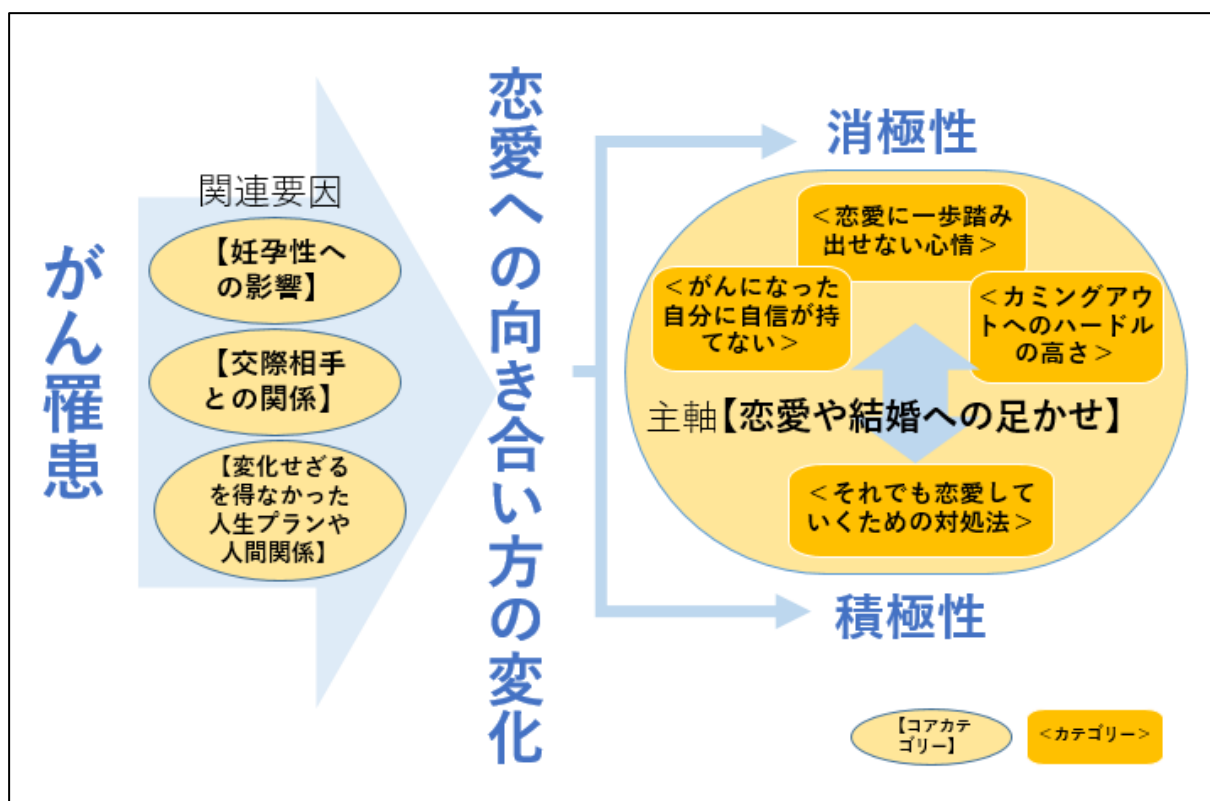


図8. カテゴリーの全体図

全体像としてのストーリーラインを以下に示す。主軸となる【コアカテゴリー】については、<カテゴリー>と「サブカテゴリー」を用いて説明する。

がんに罹患したことにより、治療による身体的変化が生じ、その中でも【妊孕性への影響】は恋愛の向き合い方に大きく関わっていた。また、罹患当時や罹患後にできた【交際相手との関係】の中で葛藤や傷つきが生じ、重要他者との関係性が変化すること、がん罹患や後遺症によって【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】が存在することで、自分自身への認識の変化や周囲との関係性の変化に伴い、恋愛への向き合い方に変化が生じていた。恋愛への向き合い方の変化には、【恋愛や結婚への足かせ】となっている健康を損なった事実や妊孕性への影響による劣等感や自尊心の低下から生じるセルフスティグマによる<がんになった自分に自信が持てない>心情や、恋愛対象者にどうやって話すか、どんなタイミングで話すのか、またがん罹患については話せるが妊孕性については話せない等の<カミングアウトへのハードルの高さ>があり、<恋愛

に**「一步踏み出せない心情」**につながっていた。その影響がある一方、恋愛に消極的になった者でも、「**恋愛、結婚、出産を諦めたくない気持ち**」を持っており、関係性や状況に応じてカミングアウトのタイミングを工夫する、「**恋愛対象を変更**」するなどの対応を行っていた。また、時間の有限性を実感した者、容姿や日常生活に影響を及ぼす障害を持つに至った者の中には、恋愛に積極的に転じる者もあり、「**がん罹患経験や隠せない後遺症への捉え方の転換**」を図っていた。これらは、がん罹患により様々な問題を抱え、傷つき葛藤する中で**「それでも恋愛をしていくための対処法」**であり、直面している問題に対する視点や発想の転換、合理化することでがん罹患後の人生という新しい状況に適応するための方法であると考えられた。

以上のように、がん罹患したことによる様々な要因が恋愛への向き合い方に影響を及ぼし、恋愛に対する考え方や行動に変化がみられ、その変化には、YA世代がんサバイバーたちの、がん罹患後の新しい状況に適応し、がん後の人生を生きていくための対処がみられた。

2. 主軸となるコアカテゴリー

表 5. 【恋愛や結婚への足かせ】

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
【主軸】 恋愛や 結婚への 足かせ	がんになった 自分に自信が 持てない	不良品であるという劣等感	①がん罹患による恋愛に対しての自信の持てなさ ②健康ではないという引け目から、不良品という自分自身によるレッテル貼り
		性アイデンティティーの喪失による自尊心の低下	①性行為ができないという後遺症を抱えて男性としての性的アイデンティティーを喪失する体験 ②ポディーイメージの変化や子どもを産むという役割を喪失することで、女性としての価値を感じられなくなる体験
		周りとは違ってしまった感覚	①周囲のがんに対する何気ない言葉で傷つく体験 ②周囲と悩みを共有できない
	恋愛に一步踏 み出せない心 情	将来展望を描けず恋愛に踏み出せない	①妊孕性に影響が出たことで結婚などの現実的な将来を考えられない ②自分の恋愛や結婚に対する希望と状況がすり合わない ③好きな人ができることや家庭を持つことが怖くなる ④病気をしている自分には相手を選ぶ権利がないと思い恋愛に受け身になる ⑤子どもを産めない自分では相手に申し訳ない
		自分の状態を受け入れてくれる人はいないだろうと恋愛を諦める	①進んだ病状や治療による体の変化のため自分は恋愛対象にならないと諦める ②意識的に恋愛を遠ざけたり深い付き合いを避ける
	カミングアウトのハードルの高さ	妊孕性についてはカミングアウトできない	①がん罹患については話せるが妊孕性については言えない ②自分の中で整理がついていないため相手にも伝えられない ③どういうタイミングで伝えればいいのか分からず、恋愛を普通にできない
		せざるを得ない状況でのカミングアウト	①自分の病歴や後遺症を話さないことの後ろめたさ ②相手に子どもを持つことを期待させないため ③後遺症や傷、体の変化で分かってしまうため言わざるを得ない
		必要以上に傷つけないための模索	①自分のことを理解して欲しい ②傷が浅いうちに話す ③関係が終わることを覚悟して臨む
	それでも恋愛 をしていくた めの対処	恋愛、結婚、出産を諦めたくない気持ち	①若さや寂しさから恋愛や結婚を諦めきれない ②普通の人みたいに恋愛や結婚がしたい ③障害に理解のある人と出会いたいという希望 ④時間の有限性を意識し、結婚・出産を焦る気持ち
		関係性の濃淡や状況に応じてカミングアウトのタイミングを図る	①友達の段階から話す ②恋愛関係に発展しそうになったら話す ③付き合った後に話す ④婚活や恋愛を念頭に置いた出会いの場では、打ち解けてきたらすく話す ⑤その時の状況に応じて判断する
		がん罹患経験や後遺症を打ち明けの際の工夫	①特別なことではなく日常の会話の一部として話す ②今の元気な姿を見せることで安心させる
		恋愛対象の変更	①子どもを産むことを期待しない相手を求める ②気持ちの分かり合えるサバイバー同士での恋愛
		がん罹患経験や隠せない後遺症への捉え方の転換	①あえてカミングアウトすることで相手の度量を測る ②がんや後遺症を個性と捉え付加価値にする

主軸となる【恋愛や結婚への足かせ】というコアカテゴリーは、<がんになった自分に自信が持てない><恋愛に一步踏み出せない心情><カミングアウトのハードルの高さ><それでも恋愛していくための対処>という4つのカテゴリーで構成された。以下にカテゴリーの説明を述べる。

<がんになった自分に自信が持てない>の中には、妊孕性への影響のある無しにかかわらず、がん罹患による恋愛に対しての自信の持てなさが生じており、がんになってしまった自分に自信が持てない状況があり、自己肯定感が低くなっていることが示された。また、“がん患者ってばれると、きっと不良品扱いされると思った結果…隠して。それは上手くいかないわよね。自分で(レッテル)貼っちゃうからね”という発言のように、同年代のライフイベントの波に合わせて恋愛・結婚への行動を起こすが、健康ではないという引け目から積極的になれない心情があり、健康で子どもを持つことが暗黙の前提になっている紹介や婚活パーティ等の出会いの場で傷つきを抱えてしまう、健康ではないという引け目から、不良品という自分自身によるレッテル貼りを行う状況が示された。これらから、「不良品であるという劣等感」というサブカテゴリーが示された。つぎのサブカテゴリー「性アイデンティティーの喪失による自尊心の低下」は、妊孕性に影響のあったサバイバーからのみ抽出されたカテゴリーである。腹部の手術やストーマを造設することになった男性サバイバーは、“もう勃たないもんで。(勃起神経)やられているから。実際薬も試したりしたけど駄目ってことはもうヘコんだ、ヘコんだ。そこは男だから困っちゃうし。じゃあどうする？”といってもどうしようもならないし。だから、そこが一番でかい後遺症”と語られ、治療によって引き起こされた性機能障害により、性行為ができないという後遺症を抱えて男性としての性的アイデンティティーを喪失する体験があり、恋愛や結婚について考えないようにする状態があることが示された。女性サバイバーは、“別にね、かたっぽなくても、例えば息が出来ないとか食事が取れないとかそういう臓器ではない胸って。生きてるんだから文句言うなよって言われるとそれまでなんだけど、でもやっぱり女性として凄く辛かったな”、“私頭頸部だから隠れないのね、傷が。もう今は分かりづらいかもしれないけどおっきく傷があるし、恋愛結婚を、がんになった後一時期諦めたというか、もう女性として見てもらえないだろうとか…結構すごく落ち込んでいた”、“人ってなんのために生きるの？って言われたら、子孫残すためだよって。じゃあ子孫

残せない私ってなんのために生きるの？って思うし。女性としてそこを取られた時に、私はもう生きてる価値がないんだってすごい思います” といったボディーイメージの変化や子どもを産むという役割を喪失することで、女性としての価値を感じられなくなる体験が示された。このように女性はボディーイメージの変化や妊孕性への影響、男性は性機能障害により、性アイデンティティを喪失した状態に陥り、その劣等感から自尊心が低下し、恋愛や結婚を考えられないことが示された。そしてそれらの体験は、“子どもが産めないということでやっぱり恋愛結婚に悩み、もう何のために生きてのかが分からない、何のために治療しなきゃいけないんだろうって。本当に生きていって思えなかったの。もう何で生きなきゃいけないんだろうって思ってた時期が凄く長くて”と語られたように、妊孕性喪失は治療後の人生の中で、生きていく意味に関わる重い問題となっていた。つぎに、「周りとは違ってしまった感覚」では、周囲のがんに対する何気ない言葉で傷つく体験や、周囲と悩みを共有できないという疎外感や孤独感が示された。これらの体験や感情をくがんになった自分に自信が持てない>と名付けた。

<恋愛に一步踏み出せない心情>には、恋愛がしたい、パートナーが欲しいという思いはあるが、最も恋愛や結婚について考える時期にがん罹患し、妊孕性に影響が出たことで結婚などの現実的な将来を考えられない状況があり、自分の恋愛や結婚に対する希望と状況がすり合わないという事態が起こっていた。“遺伝子検査をしたんですよ。そうしたらアウト。私が結婚します・子どもを作ります、その子どもにがんが、かなりの確率でがんになる率が高いというのが出ちゃっている。だからさっきの恋愛で「彼女が欲しい」と、欲しいですよ、けれども結婚云々というところに臆病になってるのは事実かな？”と、遺伝子検査の結果から、高確率で子どもに遺伝することが分かり、恋愛や結婚に対して臆病になってしまう心情が語られた。また、“子ども産めないというので自分が凄く辛い思いをしてきたのを、同級生たちがどんどん子どもを連れて行く中、子どもを産めないというその寂しさを、結婚したいほど大好きな人にもさせてしまうのかなとか、考えるほどなんか難しいよね”との発言のように、子どもを産めない自分の人生を好きな人にも背負わせる、子どもを産めない自分では相手に申し訳ないと感じてしまう心境が示された。このように、治療によって妊孕性に影響が出たことで恋愛に踏み出せないことが示された。そして、妊孕性への影響の有

無に関わらず、再発不安や自分の健康状態に自信がないために好きな人ができることや家庭を持つことが怖くなる気持ちを抱くことや、病気をしている自分には相手を選ぶ権利がないと思い恋愛に受け身になるという状況が示された。これらを「将来展望を描けず恋愛に踏み出せない」と名付けた。次の「自分の状況を受け入れてくれる人はいないだろうと恋愛を諦める」には、「やっぱりそんな人(病気を受け入れてくれる人)いないと思ってたんで。やっぱり健康な人がいいじゃないですか一般的にはね。だからもう恋愛とか結婚なんてもう自分には関係のない話になってしまったわってずっと思ってたので」という発言のように、一般的にパートナーには健康な人を望むだろうという考えがあり、病状や傷の露出、外見変化、障害等による、進んだ病状や治療による体の変化のため自分は恋愛対象にならないと諦めることが示された。それが意識的に恋愛を遠ざけたり深い付き合いを避けることにつながっていると考えられた。以上から、<恋愛に一步踏み出せない心情>と名付けた。

そして、多くの研究対象者から悩みとして聞かれたのが、恋愛の過程におけるがん罹患経験や後遺症の告白（カミングアウト、自己開示）の問題であった。<カミングアウトのハードルの高さ>では、「やっぱり病気になる前から付き合ってるのと、病気になってから相手を見つけて付き合ってるというこの違いっていうか、病気になってから付き合う人なんて、できないわって思ってたんです。正直ね。病気って相手に伝えたところで、すごい引かれて、それでもう終わっちゃうんじゃないかと」と語られたように、がんについて伝えることで相手に拒絶されるのではないかという恐れを抱いていた。さらに、治療によって妊孕性に影響が生じた女性サバイバーからは、がん罹患については話せるが、妊孕性については言えないことが示され、妊孕性について恋愛対象者に話すことのハードルの高さが明らかとなった。妊孕性について話せない理由として、「最初に言っちゃえば絶対楽なのに、なんか言えなくて。自分で自分の事をよく分かってないし、自分自身の事、多分納得できないからそうなっちゃうんだろうなって思って、だったら恋愛とかしない方がいいやって思って。言うタイミングとかそういうの考えてると、凄く疲れませんか?」と語られたように、自分の中で整理がついていないため相手にも伝えられない、異性と関係を築く中でどういうタイミングで伝えればいいのか分からず、普通に恋愛でいいことが示され、「妊孕性についてはカミングア

ウトできない」という心情が抽出された。また、カミングアウトした・できると語ったサバイバーたちも、話す理由として、“がんのことについて相手に伝える時には、手前で言って置いた方がなんぼかマシかな。後で言うのもね、隠してたみたいで嫌だし”、“誰と恋愛関係になるか分からないわけじゃん。皆に私子ども産めないんですって言えるわけじゃないし。でもなんかその人を好き、良い感じになったところで言うのがなんか卑怯な気がして”、“言わないといけないなと思って、相手だますような気分になるのでね。言わなかったら”と語られたように、自分の病歴や後遺症を話さないことの後ろめたさを抱く独特な心情が存在していることが示された。特に、このような後ろめたいという感情は、女性からしか語られなかった。妊孕性に影響があった男性サバイバーからは、相手に子どもを持つことを期待させないために話すことが示された。また、後遺症や傷、体の変化で分かってしまうため言わざるを得ないといった、親密な関係を築いていく上で避けて通れないこととしてカミングアウトがあり、これを「せざるを得ない状況でのカミングアウト」とした。カミングアウトの際には、自分のことを理解して欲しいという気持ちや、関係が深まってから話しをして相手に去られることが怖いため、傷が浅いうちに話すといった傷つくことを避けたい心情や自分を守る思いがあった。そして、打ち明ける際には相手との関係が終わることを覚悟して臨むことが語られた。このようにカミングアウトの際には「必要以上に傷つかないための模索」を行っていることが示された。以上のように、カミングアウトすることへの迷いや傷つきをYA世代がサバイバーそれぞれが抱えており、<カミングアウトのハードルの高さ>とした。

<それでも恋愛をしていくための対処>では、20歳代、30歳代という若さや寂しさから恋愛や結婚を諦めきれないという思いや、“恋愛は全然あきらめてないっていうか、もう普通にしたいというか、彼氏ほしいし、まあ普通にやっぱ結婚とかもしたいし”と語られたように、普通の人みたいに恋愛や結婚がしたいという思い、そして、後遺症や障害に理解のある人と出会いたいという希望を持っていた。また、がん罹患したことで時間の有限性を意識し、結婚・出産を焦る気持ちも抱えており、これらの語りを「恋愛、結婚、出産を諦めたくない気持ち」とした。この気持ちを抱える中で、恋愛や結婚を諦めないための対処の一つとして、「関係性の濃淡や状況に応じてカミングアウトのタイミングを図る」ことを行っていた。具体的には、友達の段階から話す、恋愛関係に発

展しそうになったら話す, 付き合った後に話す, 婚活や恋愛を念頭に置いた場では打ち解けてきたらすぐ話す, というように関係を構築する様々な段階で打ち明けていた。また、カミングアウトするかどうか(できるかどうか)は、相手や状況にもよるためその時の状況に応じて判断することが示された。「がん罹患経験や後遺症を打ち明ける際の工夫」では、言い方の工夫として、がん罹患を特別なことではなく日常の会話の一部として話すことや、元気な姿を見せることで安心させるなどが挙げられた。また、他の対処法として、妊孕性に影響があった女性サバイバーは、“今狙ってるのはバツイチの子持ち。そうしたらなんかプレッシャーもないし”や“流石に40歳になれば私に子どもを産んで欲しいっていう人はいなくなるわけじゃないですか。晩婚として”と語られたように、自分に子どもを産むことを期待しない相手を求めるといった恋愛対象や結婚年齢の修正を行っているが示された。さらに妊孕性への影響は関係なく、気持ちの分かり合えるがんサバイバー同士での交際をしている者もいた。これらは「恋愛対象の変更」として示された。一方、恋愛に消極的になるサバイバーが多い中で、恋愛に前向きに行動する者もいた。“私にとって病気は一つの、まあ私の中の個性なのでそれを話さなければ私ではないので。私がんなんだよねって言うと、そこからパタッと音沙汰がなくなる人と、そういう風に前向きに頑張ってる姿がすごいよみたいに言ってくれる人、二通りに分かれるんですよ。これは面白いなと思って。でも、そこでその男性の度量みたいなのが分かるなって思ったんですよ”というように、がん罹患についてあえてカミングアウトすることで相手の度量を測るといった行動や、傷やしゃべり方等で分かってしまう後遺症がある場合、がん罹患経験を明るく伝えて積極的にコミュニケーションを取るといった行動が示され、がんや後遺症を個性と捉え付加価値にするといった価値の転換が図られていた。こういった一見前向きな姿やがん罹患を伝えた後の相手の反応を見るといった行動は、がん罹患で健康や自信を一旦失ったがゆえの恋愛の仕方の適応の一つではないかと考えられ、これらを「がん罹患経験や隠せない後遺症への捉え方の転換」とした。

以上から、主軸となるカテゴリーの【恋愛や結婚への足かせ】には、がん罹患により健康を損なった事実や妊孕性への影響による劣等感や自尊心の低下から生じたセルフスティグマによるがんになった自分に自信が持てない>心情や、恋愛対象者にどうやって話すか、どんなタイミン

グで話すのか、またがん罹患については話せるが妊孕性の低下については話せない等の<カミングアウトへのハードルの高さ>が示された。それは、自分の状況と希望がすり合わないことから恋愛を諦めたり、将来展望を描けないといった<恋愛に一步踏み出せない心情>につながっていたといえる。一方で、恋愛に消極的になってしまう者でも、根底には「恋愛、結婚、出産を諦めたくない気持ち」を持っており、関係性や状況に応じてカミングアウトのタイミングを工夫する、「恋愛対象を変更」といった対応を行っていた。また、時間の有限性を実感した者や隠せない障害を持った者の中には、恋愛に積極的に転じる者がおり、「がん罹患経験や隠せない後遺症への捉え方の転換」を図っていた。これらは、がん罹患により様々な問題を抱え、傷つき葛藤する中で<それでも恋愛をしていくための対処法>であり、がん罹患後の恋愛への向き合い方の変化が示されたといえる。

コアカテゴリー名の【恋愛や結婚への足かせ】の‘足かせ’という用語は、分析協力者たちが多用した表現であり、がん罹患やそれによる後遺症が恋愛の足かせとなっている状況が実感を伴って示されたものと考えられる。

3. 主軸に影響を及ぼす関連要因コアカテゴリー

表 6. (1) 【妊孕性への影響】

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
【関連要因】 妊孕性への影響	生命が最優先という医療者側の押し付け	命のために妊孕性を諦めることを無理やり納得せざるを得ない重圧	①命優先と言われると何も言えない ②妊孕性を諦めることを納得しなければならないプレッシャー
		治療により妊孕性に影響が出ることで今後の人生が変わってしまうという恐怖	①人生が変わってしまうという恐怖 ②妊孕性に影響が出る治療を受けたくなくて逃げ出す
		命が助かったんだからいいじゃないかと言われる傷つき	①命が助かったんだからいいじゃないかと、生きていく希望を認めてもらえない悲しさ ②命は助かったが、妊孕性について苦しむ人生で納得できない思い
	妊孕性温存に関する意思決定において影響を及ぼすもの	限られた時間の中での決断に加え、連携体制の未整備や情報不足の現状	①意思決定するための時間と情報不足 ②がん医療と生殖医療の連携が進んでいない
		治療に集中したい気持ちや、経済面、価値観から妊孕性を温存しないという決断	①経済面を考慮した決断 ②治療に集中したい気持ちからの決断 ③自分の価値観を重視した決断
		温存に対する自分の決断と親の希望との差	①治療による妊孕性の低下に自分よりも大きなショックを受ける両親 ②親の希望と自分の判断との乖離で感じるいたたまれなさ
	妊孕性や性機能を失ったことへの対処	治療が落ち着いてはじめて実感した妊孕性を失った重みと今後の人生への影響	①元気になってからやっと考え始めた妊孕性を失った後の人生 ②治療中はみないようにしていた妊孕性の重み
		生殖機能を喪失した後の代償行動	①養子縁組、里親制度の検討 ②代理母出産の検討 ③EDの薬などで治療の可能性を模索する ④穴埋め行動(ペットを飼う、仕事や作品を残す、教育に関わるなど)
		妊孕性温存後の課題	①温存しても体質や倫理的な問題、法律の未整備から子どもが持てないことが発覚し、ショックを受ける ②温存の継続にかかる費用負担
	思春期・青年期罹患者特有の妊孕性との向き合い方の変化	罹患当時には実感できなかった妊孕性の重みを年を経て意識し始める過程	①妊孕性について意識する前に可能性を奪われる ②年齢を重ねて自分の妊孕性について意識し始める ③まだ積極的に妊孕性について考えたくない ④将来生まれてくる子供の命を奪って自分は生きているという感覚

このコアカテゴリー【妊孕性への影響】では、治療による妊孕性への影響があったサバイバーの語りのみで構成されている。前述のカミングアウトの問題でも、カミングアウトすることができな

いとの話りは妊孕性に影響のあった女性サバイバーのみであったため、妊孕性への影響は、恋愛や結婚に踏み出せない大きな要因であると考えられた。本コアカテゴリーは<命が最優先という医療者側の押し付け>、<妊孕性温存に関する意思決定において影響を及ぼすもの>、<妊孕性や性功能を失ったことへの対処>、<思春期・青年期罹患者特有の妊孕性との向き合い方の変化>で構成された。

このカテゴリーは、“命優先と言われると何も言えないんです”と語られたように<生命が最優先という医療者側の押しつけ>が存在していることから始まる。そこには、妊孕性を諦めることを納得しなければならぬプレッシャーを負い「命のために妊孕性を諦めることを無理やり納得せざるを得ない重圧」と向き合う中で、人生が変わってしまうという恐怖で家出をする、治療初日に病院へ行けないなどの妊孕性に影響が出る治療を受けたくなくて逃げ出すまでに追い込まれる体験が語られた。これらを「治療により妊孕性に影響が出ることで、今後の人生が変わってしまうという恐怖」とした。さらに、治療後、妊孕性への影響により今後の生き方について苦悩している際に「命が助かったんだからいいじゃないかと言われる傷つき」が示された。具体的には、“私たちがお医者さんから、あなたは命が助かったんだからって言われるんですよ。でもその命が助かったからって、生きていくって色んな希望を持っていくわけじゃん。やっぱり、生きていく中で。それがなんか認めてもらえないというか、無理やりそれを諦めさせるみたいな”というように、命が助かったんだからいいじゃないかと、生きていく希望を認めてもらえない悲しさや、“命助かったからいいじゃんってよく言われるんですけど、まあ確かに命助かったけど、私が命助けてって言ったわけじゃない…なんか難しいんですよ。命助けていただいて、今はほんとに感謝してるんですけど、もうやりようのない、なんとも言えない言葉を誰かにぶつけないとやってらんなかった”と語られたように、命は助かったが、妊孕性について苦しむ人生で納得できない思いを抱えた、YA世代のサバイバーのもがくように吐露された言葉があり、これを<生命が最優先という医療者側の押し付け>と名付けた。

日本癌治療学会編集による小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関するガイドライン2017年版¹⁵⁾によると、予定しているがん治療が患者の性腺機能喪失や妊孕性喪失につながると予想さ

れる場合、治療開始前に可能な限り早期に患者との将来の妊孕性温存に関する話し合いの場が設けられるべきであるとされているが、その際に生じる問題を<妊孕性温存に関する意思決定において影響を及ぼすもの>とした。がん罹患の大きなショックに加え、がん治療開始前の時間的余裕がない中で、今後の人生を左右するであろう決断を数々行わなければならない。妊孕性温存をするかどうかもそういった決断の一つであるが、妊孕性温存に関する決断を迫られたサバイバーからは「限られた時間の中での決断に加え、連携体制の未整備や情報の不足の現状」が指摘された。これは、意思決定するための時間と情報不足に加え、がん治療前に妊孕性温存を行うとすると、がん治療病院だけでなく生殖医療に対応できる病院やクリニックに新たに受診しなければならない場合が多い。がん医療と連携を取っている生殖医療に対応可能な施設が豊富にあるわけではない。加えて、患者が施設を探さなくてはならない場合や施設が遠方にある場合もあり、がん医療と生殖医療の連携が進んでいない現状に改善を求める声があげられた。また、治療前に妊孕性を温存出来る可能性や時間的余裕があっても、「治療に集中したい気持ちや、経済面、価値観から妊孕性を温存しないという決断」をする者もいた。精子や卵子、卵巣を保存し、それを維持していくにはかなりの費用がかかる(費用は施設によって異なるが、卵子の採卵から保存には一回約20万~40万円、毎年保存の維持費用として3万~5万円かかる。本研究調査)。働いていたとしても年齢的にそれほど多い収入があるわけではなく、さらに病気をして仕事に行けず収入が落ちることが予想される状況の中で、治療費に加え妊孕性温存の費用を捻出することはかなりの負担になってくる。精子や卵子を保存できたとしても、将来それらを使って妊娠できるか否かは保障されているわけではない。そういった状況を鑑み、経済面を考慮した決断として、温存を諦めるという選択をしていた。また、治療に集中したい気持ちからの決断など自分の性格やライフスタイルを鑑みて、自分の価値観を重視した決断を行っていた。意思決定において、当人の決断に影響を及ぼすものとして家族の存在がある。未婚であるYA世代がんサバイバーは、受診時や治療法等の説明時に親の同席を求められることが多く、実際に入院や通院のサポートを両親や兄弟姉妹に頼ることが多い中で、妊孕性温存の意思決定においても、両親の意向に影響を受けることがある。こういった状況は、妊孕性温存時の意思決定だけでなく、治療選択の場面でも起きていると報告されている¹⁶⁾。35歳未満で乳がん

診断された女性を対象としたグループインタビュー調査¹⁷⁾では、患者本人の治療選択と親の意向が一致せず不本意な治療変更を余儀なくされた事例が報告されており、医療従事者は親子の力関係に留意して、治療に関する意思決定が患者本人の意向を十分に反映したものになっているか確認することを勧めている¹⁶⁾。これは、妊孕性温存の意思決定時にも言えることであり、患者の家族関係や家族間のパワーバランスに留意することは、YA世代の患者のがん治療全体を通して言えることかもしれない。そして本研究では、治療による妊孕性の低下に自分よりも大きなショックを受ける両親の存在があり、両親の気持ちを汲んで温存を決めたり、温存をしないと決断した時に「温存に対する自分の決断と親の希望との差」を感じ、親の希望と自分の判断との乖離で感じるいたたまれなさや苛立ち等を感じていた。意思決定をしていく上で、家族から受ける影響は少なからずあり、それゆえに、家族との関係性の中で葛藤やいたたまれない気持ちなどを抱えていることが示された。以上のように、妊孕性温存時にYA世代がんサバイバーの中に生じる様々な葛藤や事情を、妊孕性温存に関する意思決定において影響を及ぼすもの>と名づけた。

<妊孕性や性機能を失ったことに対する対処法>では、“子宮取っちゃうっていうことは子ども100%できませんっていう状態。そこがやっぱりその後の人生で辛いところになるっていうのを、元気になって1年ぐらい経ってやっと考え始めた。これでサバイブしたんだっていう気持ちになった後から、そういえばこの後、私の人生って…っていう感じにはなっていました”という女性サバイバーの発言のように、元気になってからやっと考え始めた妊孕性を失った後の人生や、“きついですね。ま、そのときは正直抗がん剤治療のこととかで頭いっぱい、実はやり過ごしてた部分で、普通に社会に戻って…いざ選択肢がなくなってみると、「さっきの選択肢重かったな」って。選択できてそれを捨てられてるころは良かったんですけど、何かもう「お前はそもそも選択できないよ」って言われちゃうと「いや、そっちも意外と良かったかも」みたいな。妊孕性の問題っていうんですか。意外ときついとこなのかなって自分では思ってますね。「ああ、俺に重しが掛かってるな」と思う部分がやっぱこの後遺症の部分”という男性サバイバーの発言のように、治療中は見ないようにしていた妊孕性の重みがあり、治療中は生きること、治療をすることに懸命であったが、治療が落ち着いて日常生活に戻ったときに今後の人生について考え始め、妊孕性を失ったことが自

分の今後の人生に大きな影響を及ぼすとても重いことなのだと実感していた。これらを「治療が落ち着いてはじめて実感した妊孕性を失った重みと今後の人生への影響」とした。そして、妊孕性や性機能を喪失した後に、子どもを持つ方策を検討する、子どもの代わりになるものを探すといった「生殖機能を喪失した後の代償行動」をそれぞれが行っていた。代償行動として語られた具体的な内容の一つには、養子縁組、里親制度の検討があげられる。妊孕性に影響があったほとんどのサバイバーから、養子縁組や里親制度で子どもを持つことを検討したことが示された。“23歳の時に電話したんですよ。養子縁組ってどうやってやるんですかって言ったら、健康っていう条件があって。完全にアウトだなみたいな。じゃあもう本当に駄目なんだみたいな、その時に打ちのめされた。もうなんか結婚して何年とか、やっぱり収入がいくらとかいう条件があって、子どもが産めないということが、ただ出産できないっていうじゃなくて、やっぱり恋愛結婚に影響してくるわけよ。そうすると結婚が難しければ子どもを持てないの？とか。なんかまだまだたぶん解決できてないですね、私の人生の中で”というように、養子縁組には婚姻関係や収入、健康状態などの様々な条件があり、検討した結果さらに傷つきを抱えてしまう経験が語られた。子宮頸がんや子宮体がんなどで子宮を失った女性サバイバーからは、海外での代理母出産の検討が示された。“たくさんお金をためて、アメリカに飛んで、向こうで代理母出産。もしなんかあった時にお金さえ貯めておけば何かのチャンスで代理母出産だったら結婚してくれるよっていう人が現れたら、もしものための色んなことを考える”というものや、“(がん治療のために妊孕性を失った)患者さんに対する国内の代理出産を限定容認しようという法案が検討されていて、それを待っている様な状態です”という国内の法改正へ希望を持つ語りがあった。性機能障害に対しては、“EDに関して、1回泌尿器科に行って相談した事があるんですけど、いわゆる薬あるじゃないですか。でも、「ああいう薬を飲んでも、恐らく効果はないと思う」っていうふうに言われてしまったのと、あれって質問があるんですね、ED外来に行くと。でも、全部パートナーいる前提みたいな質問が多くて、答えられないんですよ。それ以前の問題だから”というように、泌尿器科受診やEDの薬などで治療の可能性の模索をする行動が示された。また、子どもを持つ方策の検討とは別に、ペットを飼う、仕事や作品を残す、教育に関わるといった、子どもを持てないという部分への穴埋め行動を行っていた。例えば、

"療養せずに翻訳してたんです。いつか出すぞって言って、叶ったのがこの本で、出させていただきました。これが私自身子どもを産めないけど、産んだ第一冊なので大切な子です"と語られたように、本などの作品を残すことや、"幸いなことに私の元から卒業していつかいる子どもたちもいる、生徒たちもいるという環境にいるもんで。自分の子がいなくても、まあ「こいつらがいてくれればいいかな？」という、そこが救いなんですよね"というように、教育に関わり生徒を育てることなどを通して、子どもを持つ経験ができないことやそこに生じる気持ち、そこに当てるはずだった時間への穴埋めを行っていた。以上が「生殖機能を喪失した後の代償行為」の具体例である。そして、妊孕性を温存する決断をし、温存できたとしても「妊孕性温存後の課題」があることが示された。子宮のがんでは、卵巣機能を残して治療しても子宮を失った場合、自分の体内で子どもを育てることが出来ないため代理母出産しか方法がないが、現在の日本では倫理的観点から代理母出産を認められていない。また、妊孕性を残す努力をしても、妊孕性温存の過程で、元来の体質から妊娠が難しいことが判明しショックを受けるなど、温存しても体質や倫理的な問題、法律の未整備から子どもが持てないことが発覚し、ショックを受けるという体験が示された。また、精子や卵子の凍結保存を継続していくには維持費がかかるため、温存の継続にかかる費用負担に対する援助を求める意見もあがっていた。このように、治療によって妊孕性に影響が生じたサバイバーが、がん治療を終えて日常生活に戻る中で、「治療が落ち着いてはじめて実感した妊孕性を失った重みと今後の人生への影響」を考えるようになっていき、生活の中で「生殖機能を喪失した後の代償行動」をとることで、子どもを持つ体験ができないかもしれない人生とのバランスを取る一連の流れがあり、妊孕性を温存出来たサバイバーにおいても「妊孕性温存後の課題」が生じていることが示された。これらの妊孕性への影響の受け止めや様々な具体的な対処法を<妊孕性や性機能を失ったことへの対処>と名付けた。

次のカテゴリ<思春期・青年期罹患者特有の妊孕性との向き合い方の変化>では、10歳代や20歳代前半でがんを罹患し、当時身近に考えることのできなかった治療による妊孕性への影響について、年を経て考え始める過程で、そのこと知る怖さや重さを感じる経験が示された。"もし子ども欲しいなってなった時は、一旦薬をやめて、違う治療法に変えて、子どもを生んで、もう一回薬

を飲むみたいなの。何か正直、その話が出たのって大学4年生の時で、なんか子どもとか考えられないですね。で、なんかもういいですみたいな。流しちゃったから。そろそろ調べようかなっていう感じはあるんですけど、"これだけ抗がん剤してるので、もちろん生理不順になること多々あって。私ももちろん若かったのでそのとき16で、全然そんなことよりも治療がっていうふうに言われてた感じがあったので、今なっては、ちゃんと聞いとけば良かったなっていうのがすごい(ある)..."、"将来子どもができないって話も実はそんなにされてなかったというか。取りあえず、ま、月経が止まってしまったので、やっぱりこのままじゃ成長とかに関わるから、薬でホルモン補充しましょうって話になって、もうずーっと取りあえず薬を飲んで。今、看護職をやってて、まあ医療の大学に行ったときに、やっぱりそういう小児がんの勉強とか後遺症の勉強とかしてると、嫌でもやっぱり情報が入ってくると、これはもしかして、私は妊娠できないのかな?って思ってた。できないのかな?ってなった時に、もやもやずーっとしてて、なんかそれを聞くのも怖くて"と語られたように、学生時の発症や若い年齢での発症では、将来子どもを持つことを具体的に考えられず、妊孕性の問題について深く考えられない状態であり、妊孕性について意識する前に可能性を奪われる状況が示された。そして、"大量化学療法して卵巣の機能が低下してしまって、妊娠がやっぱり難しい。で、意外とこれで悩んだのって最近で、妊孕性がないっていうことに。現実には直面して悩んだのって大学ぐらいからなんですよ。ここ1、2年ぐらいようやくもう聞こうと思って主治医の先生に。私は将来子どもってできないんですか?って話聞いたら、まあいろんな検査を見てみるとやっぱり難しい。ゼロではないけれど、やっぱりもう数値的には難しいって言われて、ああ、もうそっからも結構沈む。沈んで、もう、今でもまだ受け入れてないところありますけど。もうその時は、サツともう真っ暗" というように、年齢を重ねて自分の妊孕性について意識し始める中で、まだ結婚や子どもを持つことを考えられなかった時期のがんの治療によって妊孕性が損なわれ自分には子どもをもてる選択肢がないと気付く過程とその衝撃が示された。一方で、"そんな時はそんな時で、そろそろ年齢的にも考えなくなったらまずいんですけど、思い詰めるというよりは、まあ、ちょっとづつ考えていこうかなって感じですかね" というように、まだ積極的に妊孕性について考えたくない、あまり直面化したくないというサバイバーの語りも示された。また、"将来生まれて

くる子どもの命を犠牲にして自分の命が助かったんだっていう考え、そうなると将来生まれてくるはずだったかもしれない子どもにすごい申し訳ないし、あーなんかそれを奪って、私が生きてるんだっていう気持ちにもすごいなつたし、なんか、うーん、今でもやっぱ、ちょっと落ち込んだ時やっぱそういう気持ちにもなります” というように、将来生まれてくる子どもの命を奪って生きていく感覚が存在することが示された。このカテゴリーは、10歳代、20歳代前半にがんを発症したサバイバーから示されたものであり、罹患当時は妊孕性について具体的に考えられず、年齢を重ねて自分の妊孕性について意識し始める過程は、この年代特有のものだと考えられる。以上から、「**罹患当時には実感できなかつた妊孕性の重みを年を経て意識し始める過程**」とした。

がん医療の中には、**<生命が最優先という医療者側の押し付け>**が存在し、治療によって妊孕性に影響が生じたサバイバーは、命のために妊孕性を諦めなければならない重圧や恐怖と戦い、医療者や周りからの“命が助かったんだからいいじゃないか”という言動に傷ついていた。がん治療が妊孕性に影響を及ぼすことが予想される場合、治療開始前に可能な限り早期に患者との将来の妊孕性温存に関する話し合いの場が設けられるべきであるとガイドライン¹⁰⁾で示されている。しかし現実には、がん告知から間もない状態で、がん治療開始前の時間的余裕のない中で今後の人生を左右するであろう大きな決断を求められる。患者には自分の価値観や家族の価値観との対峙やがん医療と生殖医療の連携の問題、時間と情報の不足、経済的な負担など**<妊孕性温存に関する意思決定において影響を及ぼすもの>**が多々生じていた。そして治療後には、日常生活の中で具体的に**<妊孕性や性機能を失ったことへの対処>**を行いながら、子どもを持つ体験ができないかもしれない人生とのバランスを取っていた。また、10歳代や20歳代前半の、結婚や子どもを持つことをまだ身近に感じられない年齢でがん罹患したサバイバーは、罹患当時は妊孕性について具体的に考えることができず、年齢を重ねていく中で、がん治療による妊孕性への影響について意識し始めるという過程をたどっており、**<思春期・青年期罹患患者特有の妊孕性との向き合い方の変化>**があることが示された。これらの妊孕性にまつわる体験や思いの語りを**【妊孕性への影響】**とした。

表 7. (2) 【交際相手との関係】

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念	
【関連要因】 交際相手との関係	罹患以前から交際していた相手との関係性の变化	発覚時にがん罹患を交際相手に伝える躊躇	①交際相手にがん罹患を伝える迷い ②交際相手の困惑や動揺	
		治療中に抱いた交際相手への両価的な思い	①交際相手の親族に交際や結婚を反対されるのではないかと不安 ②交際相手に負担をかけてしまい申し訳ないという思い ③交際相手の理解や協力によって支えられる体験 ④交際相手の仕事などの多忙さからのすれ違い ⑤治療で人に気を遣う余裕がなくなり別れる	
		治療後に生じた交際相手との関係性の变化による別れ	①別れたいと思っても治療中に支えてくれたのに申し訳ないと考えてしまう ②闘病中は献身的な支えてくれるが治療が落ち着いた後に別れを切り出される ③社会復帰に精いっぱいになり、すれ違いが生じて別れる	
		罹患後に新たに交際を開始した相手との関係	理解あるパートナーを得ることで、恋愛や結婚を諦めることはないと思ひ直す体験	①受け入れられたことにより、恋愛や結婚を諦めることはないと思ひ直す ②交際相手による積極的理解の姿勢
			病状や後遺症への無理解から生じる傷つきや別れ	①病状や後遺症への無理解からの傷つき ②子どもを産めないという理由で別れる
			交際時にがん罹患経験を隠す気持ちとそれによる負担	がん罹患経験があることを隠して交際し、上手く行かずに別れる

コアカテゴリー【交際相手との関係】は、＜罹患以前から交際していた相手との関係性の变化＞と＜罹患後に新たに交際を開始した相手との関係＞で構成された。

＜罹患以前から交際していた相手との関係性の变化＞では、まず「発覚時にがん罹患を交際相手に伝える躊躇」として、罹患時の交際相手にがん罹患を伝える迷いがあった。特に発症年齢が若い、もしくは交際期間が短いほど、がんに罹患したことを相手に伝えることへの不安や言いづらさを感じていたことが示された。 "すごい言うのも時間がかかって。1カ月ぐらいかかっちゃったんですけども。何て言ったらいいのかわからなくて。付き合ってたまだ1カ月ぐらだったので。(しこりがあるなど)思った月ぐらいに付き合い始めた時だったから。言いたいことがあるんですけどもと呼び出して。仕事終わりに、朝まで飲んで。すぐ言わなきゃと思っていたんですけども、結局朝になっちゃっていて。言えずに朝になった。"との語りがあるように、話そうと思ひ会ってもなかなか言い出すことができずに時間だけが過ぎてしまった者や、電話やメールで伝えた者もいた。

上記の語りで示されるように、交際期間の短さや信頼関係の構築程度が、交際相手への言いづらさにつながっていた。また、“中学三年生の時(罹患当時)。その時って彼氏居たんですけど。同じクラスだったんですよ。でも、一緒に帰るとかも恥ずかしくてなくて。で、(病気のため)突然学校行かなくなっちゃって、それで向こうも心配して。結局(学校へ)戻れなくて、病気のことを話すのも凄く嫌で、でも凄く心配でメール沢山来てて、でもメールとか消しちゃったりとかして。でもなんか電話で言いました。髪の毛抜けちゃう坊主になっちゃったみたいな感じで言ったら、凄くびっくりしてた”と語られたように、罹患当時の年齢や精神的な発達状況、交際経験の浅さ等も関係していると考えられた。さらに、がん罹患を伝えたことによる交際相手の反応では、交際相手のがん罹患という事態に、ショックを受けたり、どう接したらいいのかわからないという気持ちもあり距離を置く者や、献身的に支えようとする者など様々な反応が示された。また、がん罹患を伝えた時の相手の反応や対応が予想していたものとは違っていたという体験があり、“取りあえずがん告知されちゃったんだーみたいなことを言いました。なんか(交際相手が)泣くのかなと思ってたら、あんまり泣いてなかったというか。なんだろう、やっぱりなんか困ってたというか、どうなっちゃうの?みたいな。(入院中)見舞いに、そうですね2回ぐらい。少なっと思って。もうちょっと来てくれるもんかなと思ったら、あ意外と少ないんだなと思って。ちょっとこの日仕事で行けないわって…”というように、期待していた反応や対応と違うことで相手との距離を感じたことが語られた。親密な関係である交際相手が、がんに罹患したという困惑や動揺によって生じた反応が、がんに罹患した当事者にとってみると不安や相手との関係に距離を感じてしまうことにつながるのではないかと考えられ、これを交際相手の困惑や動揺とした。

そして、治療中にも交際相手に対して様々な思いを抱いていた。例えば、がん罹患や治療による妊孕性の低下などから、“この相手の後ろに親戚とかがいるわけじゃないですか、両親とか。あんな子どもが産めない嫁さんなんか駄目だよみたいなね、そういう人も世の中にいるわけで。その彼がそうだったわけじゃないけど、そういうのを気にしたりとかもし始めて、ちょっと何事もうまくいかなくなっていくみたいなね”と語られたように、交際相手の親族に交際や結婚を反対されるのではないかという不安を抱いていた。また、多く語られたのは、交際相手に負担をかけしまい申し

訳ないという思いであった。"手術の時も会社休んで来てくれました。本当に感謝してます。でも、申し訳ないっていう気持ちが結構大きいですね。8割ぐらい占めてます。感謝をしてるっていう気持ちもあるんですけども。もう私と出会わなければ、そういう辛い思いっていうのはさせなかったと思うので、本当に申し訳ないなと思って"という語りや"向こうは大変だったろうなと思います。仕事がすごい忙しい方だったので。時間を作って面倒見てもらってたので"というように、交際相手に対して申し訳ないという思いが根本にあり、"なんか私申し訳なくなっちゃって、向こうは高校入るじゃないですか。私いつ退院するか分からないし、退院しても髪の毛ないじゃないですか。だからデートとかも出来ないし、だから恥ずかしくなっちゃってもう別れるみたいな"というような容姿が変化した自分を恥ずかしく思う気持ちや、"当時、私婚約してたんです。がんが分かったから、結婚をやめて。やめた方がいいのかなと思って私。それで(病気のことを相手に)言った上で、ちょっと大変だから、別にいま結婚しなくてもいいかなって思って、やめましょうって、こちらから言ったんです"と、相手の負担にならないように自ら別れを選ぶ心情につながっていた。また、申し訳ないという気持ちを抱えつつも、辛い治療や気持ちが不安定になる中で、交際相手の理解や協力によって支えられる体験も同時に示された。一方で、支えてほしい治療の時期に交際相手の仕事などの多忙さからのすれ違いが生じたり、"ちょうど告知された時は彼氏いたんですけど別れました。自分のことで精一杯になってしまって、もう他のこと考えられなくなって、こんなこと言ったら悪いんですけど、メールとかすごいしてくれてるのが自分の中でもすごく負担になってきて。一人の方が。いろんな他のことを考えたくないっていう思いが出てきてしまって、お別れました"と語られたように、治療で人に気を遣う余裕がなくなり別れるという事態が起こっていた。これら治療中に生じた交際相手への様々な感情を「治療中に抱いた交際相手への両価的な思い」とした。

がんの発覚から治療の過程で、交際相手との間で様々な感情を抱くことが示されたが、それは治療後も続き、「治療後に生じた交際相手との関係性の変化による別れ」が示された。治療後に、別れたいと思っても治療中に支えてくれたのに申し訳ないと考えてしまうといった心情が働き、治療中に支えてもらったという恩義が別れる足かせになっていた。そして、交際相手と別れるに至る

様々なパターンが示された。治療後に交際を続けていくことが難しくなってしまった理由として、
“(罹患当時付き合ってた人がいたんですけど、病気とか支えてくれますよね、まず。どんな君でも好きでいるよみたいなこと言うじゃないですか。冷たいことは言わないじゃないですか病人に対して。落ち着いてくると、現実がどうなるかっていう今後を考えると、(相手が自分のことを)ちょっとそこまでは背負えないかなとか” というように、闘病中は献身的に支えてくれるが、治療が落ち着いた後に別れを切り出されるパターンや、社会復帰に精いっぱいになり、すれ違いが生じて別れるパターンがあり、仕事や学業の遅れを取り戻そうとする中で、お互いに気を使いすぎたり、甘えたり頼りすぎたり等で負担になるなど関係性が変化してしまったのではないかと推察される。これらを治療前・中・後における<罹患以前から交際していた相手との関係性の変化>としてまとめた。

また、<治療後に新たに交際を開始した相手との関係>では、“恋愛も諦めるべきものじゃないなとは思いましたね。だからもう恋愛とか結婚なんてもう自分には関係のない話になってしまったわってずっと思ってたので。もうこんなにね病状も進んでるし、どうなるかわからないって毎日過ごしてる中でこんな話(新たな交際)が来るなんて思いもしなかったの”と語られたように、受け入れられたことにより、恋愛や結婚を諦めることはないと思直す体験や、“(病状等)全部言わないと思ってた言ったら、じゃあ今度病院に行くって言ってくれたんで、うん。具体的にどういう病状なのかっていうことも聞いてくれた上でまあ付き合ってくださってるので”、“がんは治る病気だってこともわかってくれてるから。もし、親に反対されたりとかしたら、大丈夫っていうのをちゃんと説明するから安心してっていうのは言われて”と語られたように、交際相手による積極的理解の姿勢から「理解あるパートナーを得ることで、恋愛や結婚を諦めることはないと思直す体験」が示された。一方で、新たな交際相手との「病状や後遺症への無理解から生じる傷つきや別れ」も示された。舌がんのサバイバーからは、“相手の方もそんな重たい病気だと思ってなかったみたいで。もっとちゃんと話して、とかすごい言われたんですけど。ちゃんと話してるから、頑張ってる頑張ってる、って言ったんですけど。もっと喋れるでしょ、みたいなことを言われて。後々、なんでそんなに病院行くの？みたいな。もう治ったんでしょ？っていわれて”と語られたように、病

状や後遺症への無理解からの傷つき経験が示された。また、妊孕性に影響があった女性サバイバーからは、“彼氏はできたりしたんですけど、残念ながらやっぱりその将来子どもがほしいっていう理由でお別れしてしまって。私の中では全然ひどいと思ってなくて、その人のことを「しょうがないっ」と思ってる。そう思うのは普通だと思いますし、私もやっぱり子どもはほしいのもあるし。性格直してほしいとか、それは直す努力できるけど、もう不妊に関しては、妊孕性に関しては、もう自分の努力でどうしようもないところもあるので。そこは結構やっぱ落ち込みましたけど、それよりも相手の人には、もうほんとに申し訳ないって思う”と語られたように、子どもを産めないという理由で別れるに至ったことが示された。また、罹患後に新たに交際を開始した相手に対して、不良品だと思われたくないという思いや受け入れてもらえないのではないかという不安から、「**交際時にがん罹患経験を隠す気持ちとそれによる負担**」を抱え、上手くいかずに別れるという体験も示された。その負担には、がん罹患経験や後遺症を隠すための言動、それを隠しているうしろめたさによる精神的負担があると考えられた。このように、新たにできた交際相手との間での葛藤を<罹患後に新たに交際を開始した相手との関係>とし、<罹患以前から交際していた相手との関係性の変化>と合わせて【**交際相手との関係**】と名付けた。

Takahasiら¹⁸⁾は、我が国の乳がん患者の調査から、34%が発病前よりカップル関係が改善され、52%は不変と回答したと報告している。一方、複数の研究を概観した報告では、乳がん罹患が必ずしもカップル関係の悪化には結びつかず、むしろ癌体験を通じてカップルの結びつきが強まるケースもあることを示している¹⁹⁾と指摘されている。本研究においても、交際相手の理解や協力によって支えられる体験が示されたといえるが、図6.の交際相手の有無に示したように、罹患後のいずれかの時期で交際相手との別れを経験しているサバイバーが63%(19人)であり、罹患当時の交際相手と交際が継続している者はいなかった。本研究の研究対象者においては、別れた直接の原因が後遺症や、闘病時もしくは社会復帰時におけるすれ違いによるものと認識しているサバイバーが多かった。また、“一緒に頑張ろうと言ってくれました。手術まで闘病してくれた(笑)。本当にしんどかったと思う。私より。でも彼が言ったのは、私のがんになったから別れるんじゃない。もともと合わなかったからだ。合わなかったんだよと言われました”という交際相手を信じたいとい

う思いからの語りや、 “正直なところ、たぶんちゃんと本心を聞いてないんで、ぶっちゃけ分からないんですけど。でもその時は普通に会社にも復帰してたので、あんまそうじゃないのかなというのは僕の中で思ってますね。あのがんが原因じゃなくて純粋に方向性の違いですねやっぱ。正直わかんないんですけど” と語られたように、がんがふられた理由ではないと言いつつも、がんが原因だった可能性も捨てきれない揺れる気持ちがあることが推察され、別れるに至った全ての理由が、がん罹患や後遺症ではないかもしれないが、がんに関わりつけて考えてしまうサバイバー本人の否定的な受け取りがあるといえる。そういった心性や、別れた傷つきの体験の影響が、新たな恋愛に踏み出せない要因の一つであると考えられた。

表 8. (3) 【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
【関連要因】 変化せざるを得なかった人生プランや人間関係	納得をして治療を受ける準備	女性のシンボルを失うため妥協せず、こだわって治療を選ぶ	①納得する治療法を探すためのセカンド、サードオピニオン ②術式の提案などの治療法への積極的関わり
		思い残しをしないための行動	①がんになったことを期に伝える思い ②治療により無くなってしまう臓器への惜別
	家族との間で生じた両価的な関係性の变化	家族仲の深まり	①妊孕性を意識した時に母親との絆が強まる ②家族のありがたみを感じ仲が深まる
		親への気遣いや申し訳なさ	①親に気を使い、伝え方を考えたり大丈夫なフリをする ②心配ををかけたくないので距離をとる ③生み支えてくれた親に対して子孫を残せずに申し訳ないという思い
	当たり前を描いていた人生プランを変更せざるを得ない状況	人生プランの修正を迫られる	①後遺症が恋愛や結婚に影響を及ぼす ②人生プランの練り直し ③諦めることばかりの人生で生きていたいと思えない
		当り前の生活から取り残されている感覚を味わい、周囲をうらやむ気持ち	①同年代たちのライフイベントの波 ②働いている周りの人々と病床の自分を比べ辛くなる ③友人たちを羨む気持ちと学校生活から取り残された感
	後遺症との付き合い方の変遷	治療によって変化していく体への違和感や喪失感	①胸を失った喪失感 ②ウィッグへの違和感や髪・爪の質の変化が気になる ③ホルモン剤による体系変化の悩み
		変化した体に向き合う時間経過の中での気持ちの変化	①病後の体と病前の体の差に衝撃を受ける ②後遺症に向き合うことに時間を要する ③失敗を重ねて変化してしまった体を知り、付き合っていく ④時間経過の中で手術痕を相棒のように感じる
		妊孕性低下や喪失、障害によって生じた気持ちを処理していくための方法	①考え方の転換・切り替え ②考えるだけ無駄だと諦める ③気持ちを整理するため医療者や専門職に話を聞いてもらう

コアカテゴリー【**変化せざるを得なかった人生プランや人間関係**】では、家族や周囲の人たちとの人間関係や病気、後遺症との向き合い方、人生プランの変更などの恋愛や結婚を躊躇する背景になっているもので構成された。

カテゴリー<納得をして治療を受ける準備>では、治療が始まるにあたって、特に乳がんサバイバーから、納得するまで治療法を探すためのセカンド、サードオピニオンを取り「**女性のシンボルを失うため妥協せず、こだわって治療を選ぶ**」といった手術方法へのこだわりや、術式の提案などの治療法への積極的関わりが示された。さらに、治療に集中するために気持ちを伝えたり、普段口にしないことをがんになったことを期に伝える思いとして言葉にするなどの「**思い残しをしないための行動**」をしていた。また、手術前に、体に傷が残ることや胸の形が変わる辛さの中で、入浴しながら無くなってしまう部分を目に焼き付けるなど、手術で切除してしまう長年自分の体の中にあつた臓器に別れを告げる治療により無くなってしまふ臓器への惜別の時間を持っていた。こういった行動は<納得して治療を受ける準備>であると考えられた。

<家族との間で生じた両価的な関係性の変化>では、自分の死を身近に感じたり、妊孕性を意識した時に母親との絆が強まる現象や、家族のありがたみを感じ仲が深まるといった「**家族仲の深まり**」がある半面、「**親への気遣いや申し訳なさ**」が生じていた。先行研究で報告された、娘の乳がん発症にショックを受けて抑うつ的になった親を患者自身がケアすることに消耗した事例¹⁴⁾と重なると考えられるが、YA世代がんサバイバーの多くが親に対する気遣いや配慮を語っており、親に気を使い、(がん罹患の)伝え方を考えたり大丈夫なフリをする、心配をかけたくないので距離をとるといった行動につながっていた。そして自分自身が大変な中で、ショックを受けた親を支えるというケア的役割を多少なりとも担っていることが示唆された。特に、親元から自立し、働いて社会生活を営んでいる年代のサバイバーには、親に心配をかけたくないという思いが強く、自分で決断をしたり、気持ちの面の処理をしていかなければならないという心持が示された。また、妊孕性への影響があつた男性サバイバーから「**親に申し訳ないけれど、「子孫残せなくてごめん」という気持ちなんだけど**」、「**特に母はね、今までも支えてくれたし、これから治療するにもあたっても支えてくれる、その母が、まあ僕を産んでくれたわけですけど。ま、その先がこう残せないんだなみ**

たいなことが「ああ、意外と重いな」と思って”と語られ、生み支えてくれた親に対して子孫を残せずに申し訳ないという思いが示された。女性サバイバーが子どもを産み育てられないことを語るのに対し、男性サバイバーからは子孫を残せないことや家の継続について語られた。このような、家族との間に生じた思いや態度を集約し、＜家族との間で生じた両価的な関係性の変化＞とした。

次に、がんになったことでく当たり前に描いていた人生プランを変更せざるをえない状況に迫られることが示された。“結婚して子どもを産んでっていう、ちょっとぐらいは将来を考えたわけですよ。そこがまず人生のプランの中から、出産ということと子育てということを除く、子育てはさて置き、まず出産のことを除くわけじゃないですか”と妊孕性に影響のあったサバイバーから語られ、“人生プランを修正して、仕方ないことは仕方ないって切り替えをした時ぐらいからやっぱり大丈夫になったんじゃないかなって思います”というように、後遺症が恋愛や結婚に影響を及ぼすために人生プランの練り直しを行わねばならず、「人生プランの修正を迫られる」状況が起こっていた。やむを得ず人生プランの変更をするわけだが、人生設計を考え直すことで気持ちの切り替えにもつながっていた。そういった中で、“諦めることだらけだったの20代、仕事も恋愛も、もうなんかオシャレも傷ができたりとかね。そうなった時にもう本当に5年、6年くらい人生を諦めてた”と語られたように、がんになり仕事や結婚など諦めることばかりの人生で生きていたと思えない状態に陥り、精神的に追い込まれる者もいた。また、“何が辛いって一方で同級生たちって皆、ちゃんと普通に就職してキャリアを積んで恋愛して結婚をして出産をしてっていうラッシュが…”というように、健康に過ごしている同年代たちのライフイベントの波と、そこに乗ることのできない辛さや、“闘病中の入院してる病院から(ビルの)明かりがずっと点いてるのを見て、何で夜中まで働けるあの人たちと、それに比べて私はずっとここにいるんだろうみたいな、比べて辛くなってた時期が結構あった”というように、働き盛り世代の20歳代、30歳代では、働いている周りの人々と病床の自分を比べ辛くなる状態が示された。また、学生では、“入院中にやっぱ、みんなが楽しんでるのをネット上とかで見れちゃうじゃないですか。もうそれが辛くて、うん。なんか凄い置いてかれちゃってる気がして、私だけ病院に居てみたいなのが辛くて、なんか、ずるい。ずるいっていうか、なんかねたんでて。羨ましくて”と語られたように、友人たちを羨む気持ちと

学校生活から取り残された感を味わっていた。このように、同年代が過ごしているライフイベント（学生生活、受験、就職、仕事のキャリア、結婚、出産など）と自分の状況を比べ、置いていかれる感覚や妬みを感じる心情が示され、これを「当たり前の生活から取り残されている感覚を味わい、周囲をうらやむ気持ち」とした。

次のサブカテゴリー<後遺症との付き合い方の変遷>には、乳がんサバイバーから示された胸を失った喪失感や、抗がん剤治療の副作用による脱毛時のウィッグへの違和感や髪・爪の質的な変化が気になったり、ホルモン治療による体型変化の悩みが示され、「治療によって変化していく体への違和感や喪失感」が生じ、「変化した体に向き合う時間経過の中での気持ちの変化」が起こるという流れがあった。「前までバリバリ働いていた自分がいるから、私はこんなじゃないみたい、もっとやれるのについていうのに体がついてこないことが凄くショックだった。精神的にそういう体になったというのを受け入れるのに時間がかかった」というように、病後の体と病前の体の差に衝撃を受ける体験があり、後遺症に向き合うこと時間を要することが示された。その中で、「もう自分で一生コントロールしていくしかない。だって後遺症ってさ、なんか明確に例えば何時間こうしたらこうなりますよ、みたいなのじゃないじゃん。だからもうそうやって限界を知っていくしかないよね。失敗を重ねて」と語られたように、失敗を重ねて変化してしまった体を知り、付き合っていくしかなく、自分で一生コントロールしていくものという実感を伴って、がんになったことや後遺症への受け入れがなされていくことが示された。また、「(傷が)見た目やっぱグロテスクなので、きれいにする手術を受けませんか?って言われたことがあるんですけど、きれいにしますかって言われた時は、しません。って言ったんですよ。やっぱこれが自分のこういう経験をした証じゃないですけど、まあ、これが消えたら過去も薄れていくんじゃないかっていうのもありますし、やっぱりこれがあったから自分は今生きているっていうのがあるので、ある意味なんだ?もうアイデンティティっていうか、やっぱこれは相棒じゃないですけど、まあ自分の体の一部だと思って、そのまんま残してます」と語られたように、時間経過の中で手術痕を相棒のように感じるという独特な思いが生まれていた。そして、そういった時間経過の中でサバイバーそれぞれが「妊孕性低下や喪失、障害によって生じた気持ちを処理していくための方法」を見出し、対処

していた。方法としてあがったものは、がんの治療の影響ではなくても不妊で悩んでいる人は沢山いることに気づいた体験や“しかたないことは、しかたないっていう切り替えをした時ぐらいからやっぱり大丈夫になったんじゃないかなって思います”といった考え方の転換・切り替えや、失ったものについて考えても時間の無駄なので、考えるだけ無駄だと諦めるといった気づきや発想の転換が示された。また、気持ちを整理するために医療者や専門職に話を聞いてもらうことで、信頼できる他人に気持ちを表出して対処している方法が示された。

以上のことから、**【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】**には、治療前にく納得して**治療を受ける準備**>として、思い残しをしないために治療法の選択等の様々な行動をとっていた。そして治療が始まる中で、若くしてがんになってしまった自分の親に対する気遣いや申し訳なさ、感謝といった複雑な思いから、<家族との間で生じた両価的な関係性の変化>が示された。治療中は、当たり前前の生活から取り残されている感覚を味わい、治療後には、後遺症の影響から同年代と同じようにライフイベントをこなすことが出来ず、人生プランの練り直しや修正を迫られるといった<当たり前前に描いていた人生プランを変更せざるを得ない状況>が生じていた。そして、治療により変化した体に向き合う時間経過の中で起きた<後遺症との付き合い方の変遷>では、考え方の切り替えや気持ちの処理などを行いながら生活を営んでいる状態が示された。

VI. 総合考察

1. 研究結果の考察

本研究の目的は、がん罹患したYA世代がんサバイバーの恋愛や結婚に及ぼす影響について質的分析を通して明らかにすることであった。その結果、治療による**【妊孕性への影響】**や、罹患当時や罹患後にできた**【交際相手との関係】**、がん罹患や後遺症によって**【変化せざるを得なかった人生プランや人間関係】**が存在し、恋愛への向き合い方に影響を及ぼしていることが示された。恋愛への向き合い方の変化には、健康を損なった事実や妊孕性への影響による自尊心の低下から生じるセルフスティグマによる<がんになった自分に自信が持てない>心情や、恋愛対象者にその事実を伝えられなさや、伝えるタイミングに関する<カミングアウトへのハードルの高さ>が

あり、＜恋愛に一步踏み出せない心情＞が【恋愛や結婚への足かせ】となっていることが示された。その中で、恋愛に消極的になった者でも「恋愛、結婚、出産を諦めたくない気持ち」を持っており、カミングアウトのタイミングや言い方の工夫、「恋愛対象を変更」という対応を行っていたことが示された。さらに、時間の有限性を実感した者、容姿や日常生活に影響を及ぼす障害を持つに至った者の中には、恋愛に積極的に転じ「がん罹患経験や隠せない後遺症への捉え方の転換」を図っていた者もいた。これらは、がん罹患により様々な問題を抱え、傷つき葛藤する中で＜それでも恋愛をしていくための対処法＞であり、直面している問題に対する視点や発想の転換を行うことで、がん罹患後の人生という新しい状況に適応するために、がん罹患後の恋愛に向き合うための対処を行っていたことが明らかとなったといえる。

本研究の結果は、AYA世代における健康や妊孕性の喪失は、未婚の場合、結婚相手となるパートナーが存在する以前に、恋愛や結婚を考える上でのハンディを背負い、当たり前で描いていた将来の可能性の一つが選択できないかもしれないというサバイバー自身の受けとめを示しているといえる。これは体の機能だけでなく、将来の可能性の一つを喪失したということでもある。そのような受けとめが【恋愛や結婚への足かせ】となり、恋愛への向き合い方の変化を生じさせていると考えられる。この恋愛や結婚への「足かせ」という言葉は、交際相手の家族からの反対といった実際に発生する問題というよりも、がんサバイバー自身が抱いてしまう恋愛や結婚に対する心理的障壁であるといえる。この心理的障壁には、妊孕性への影響や不健康であるというセルフスティグマや、交際相手との関係性の変化、社会や友人からの孤立感が関与していると考えられ、それらの影響が、YA世代がんサバイバーが恋愛対象者に対して、がん罹患経験や後遺症を伝えること、つまりカミングアウトを行うことを困難にしていると思われる。

本研究結果で示されたものは、高橋¹⁶⁾が乳がん患者のサバイバーシップの中で指摘している「診断時に独身の患者の場合、再発の可能性や乳がんが引き起こす心身の障害への恐れから伴侶を見つけることに消極的になったり、相手に乳がん罹患を打ち明けるタイミングに悩んだりするケースも少なくない」ということと一致している。本研究の結果では、このカミングアウトについて複数のカテゴリーに関連して抽出されており、さらに乳がん患者だけではなく、YA世代がんサバイバー

全体から悩みとして聞かれたことから、YA世代がんサバイバーが恋愛、結婚に向き合う際に直面する大きな問題であることが示唆される。このことから、カミングアウトの側面に焦点を当てて以下の考察を行う。さらに、本研究で特徴的であった10歳代から20歳代前半での発症者に見られたその年代特有の受け止め方の変遷について論じ、最後に、今後求められるであろう支援について検討する。

(1) YA 世代がんサバイバーの恋愛対象者に対するカミングアウトの位置づけ

他疾患における先行研究において、カミングアウトと恋愛を扱っているものに1型糖尿病患者の研究がある。川東ら¹⁹⁾の若年発症の1型糖尿病患者の研究の中で、「【人が離れていくのが怖い】ために公表することができない」という恋愛をする時に病気であることを引け目を感じる心理が示されていた。これは、本研究結果の【恋愛や結婚への足かせ】の中で示された「不良品である劣等感」と重なり、病気(つまり健康ではない)という引け目から、公表(つまりカミングアウト)できない心理は、YA 世代がんサバイバーの心理と一致する。また、山崎ら²⁰⁾は、成長とともに顕在する可能性がある課題として、具体的には恋人に病気を打ち明けるタイミングを迷うことや、「恋愛や結婚の際に必然的に生じてくる相手に対する自分の病気の告知と、その反応への不安が“怖い”という表現で示され」ということを指摘している。これは、本研究結果の【恋愛や結婚への足かせ】の中で示された〈カミングアウトのハードルの高さ〉と重なる。このように、疾患は違えど、若年成人期に疾患を抱えて過ごす体験には、病気を引け目を感じることや恋愛、結婚を考えた際の交際相手へのカミングアウトの躊躇など共通する心理が存在すると考えられる。

次に、がんサバイバーにおけるカミングアウトについての先行研究として、病気に関する自己開示がある。三井ら²¹⁾は、思春期がん経験者は、診断当時から三井らの実施した研究当時に至るまで最も開示していない内容として「結婚・子どもを持つこと」であったと報告している。これは、開示対象者の範囲に差があるが、若年性がん患者会のSTAND UP!!の研究班による調査報告⁸⁾のがんサバイバーがSNS上で発信できなかった内容が「恋愛や結婚について」、「妊孕性について」の悩みであったことと一致する。先行研究では、思春期がん経験者の病気に関する自己開示に至る背景を明らかにする必要²¹⁾さや、小児がん経験者の抱える課題として、病気経験を新たな

パートナーと共有すること²²⁾が挙げられている。これらの先行研究の課題から、結婚などの家族形成を考える YA 世代のライフステージ上において、新たなパートナーと病気経験や後遺症を共有することが重要になると考えられる。

本研究の結果をみると、恋愛対象者にカミングアウトができないという状況は、妊孕性の低下・喪失があったサバイバーであった。その特徴的な点は、恋愛対象者に対して、がん罹患体験については話せるが、妊孕性の問題については話せないという、カミングアウトが二段階で存在することであった。特に妊孕性の影響において、女性は自分の体に子ども宿し育むという身体構造であり、子どもを産み育てるという女性としての役割を社会通念として刷り込まれて育ってきている背景があるため、子どもを産めない自分では相手に申し訳ないという気持ちを強く持つことは、女性としての価値を感じられなくなる体験であるといえる。そのため「性アイデンティティの喪失による自尊心の低下」が生じ、自分には価値がない、不良品であると自分自身にレッテルを貼ってしまうセルフスティグマ(つまり自分自身への否定的な考え、態度)につながっていると考えられる。精神科医療領域でも横山ら²³⁾、長田ら²⁴⁾が同様の指摘をしている。このような自己否定的な考えは、カミングアウトができない心情や恋愛や結婚に踏み出せない YA 世代がんサバイバーの根底にあるものと考えられる。これが当事者たちが‘足かせ’と表現する心理的障壁であるといえよう。

上記の点は、生殖医療の領域においても、不妊治療の中で、女性たちは子どもを産む可能性があるかないかで序列をつけられ、自己評価を低めてしまったり、分断されてしまう結果になる²⁵⁾と指摘されている。秋月ら²⁶⁾は、不妊に対する因習的価値観として、『女性は子どもを産んで一人前』『結婚したら子どもができるのが当然である』という考えがあり、このような昔ながらの因習的価値観を持つ者が不妊女性の周囲に依然として存在するだけでなく、その価値観を彼女らに押し付けてしまう状況が存在することを報告している。その背景には、伝統的な結婚=子どもという家族観が根強く浸透している日本の社会通念があり、当人たちもそうした価値観を内在化している面があることが指摘されている^{27, 28)}。このように、がん治療によって妊孕性に影響があったがんサバイバー自身が自分にレッテルを貼るに至る状況には、日本に根付いている家族観などの社会通

念が存在する背景があるといえよう。

また、妊孕性への影響は目に見えず、申告しなければわからないという点で、当人たちは複雑な感情を抱いていた。カミングアウトをする理由として、がん罹患や後遺症を話さないことを後ろめたく思う気持ちが存在することが本研究の結果でも示されており、相手をだましているような気分や卑怯な気がするといった特有な心理状態が推測された。例えば、がん罹患経験や妊孕性など目に見えない後遺症を申告せずとも恋愛関係を築き、継続することができるであろう。しかし、結婚し家族を作ろうと考える時に大きな問題になってくると予想される。つまり、関係が親密になるほど隠すことが出来ないという現実的な問題と、関係が親密になれば自分のことを分かっただけの気持ちや、交際相手との信頼関係が構築されていく中で話していないことを後ろめたく思う気持ちが出てくることは自然の流れであり、結婚や家族形成を真剣に考えた時に言わざるを得ない現実的な状況と心理的な状態に至ると考えられる。このような現状の中でYA世代がんサバイバーたちは、必要以上に傷つかないように自分を守るために、カミングアウトの仕方について悩み、工夫を行うのである。

加えて、性機能障害によって性行為ができない、妊孕性に影響がなくても手術跡や身体変化が伴う障害が残った場合は、それが目に見えるため、関係が親密になるほど隠すことが困難になる。傷跡など目に見える障害が顕著であるほど、カミングアウトをせざるを得ず、がん罹患後の人生に適応していくための対処として、比較的早い段階で捉え方の転換を図っていたといえる。妊孕性の低下や喪失、障害によって生じた気持ちを処理し、がん罹患や後遺症を自分の人生の一部として引き受けていくために、考え方の転換や切り替えを図っていたといえる。この転換や切り替えの中で、＜それでも恋愛をしていくための対処＞が行われているといえる。

(2) 発達段階の主題とカミングアウトの関連

Erikson(1959)によると、人は青年期(12～20歳頃)に自分の生き方について悩み、選択することでアイデンティティの主題を解決し、初期成人期(20～30歳頃)に愛の能力を発達させることで、人と本当に仲良くなる能力、親密性を獲得し、成人期(30～65歳頃)になって、次の世代を生みはぐくむことに関心を向けていくとされている²⁹⁾。

この点に関しては、＜思春期・青年期罹患者特有の妊孕性との向き合い方の変化＞が挙げられる。ライフイベントとしての結婚や家族形成が身近なものである20歳代後半から30歳代前半にがん罹患したサバイバーから抽出された妊孕性に対する受け止め方と、10歳代から20歳代前半にがん罹患したサバイバーの妊孕性に対する受け止め方は大きく異なっていた。具体的には、10歳代から20歳代前半でがん罹患したサバイバーの場合、治療による妊孕性への影響について向き合うようになるには時間が必要であり、「罹患時には実感できなかった妊孕性の重みを年を重ねて意識し始める過程」が存在していた。罹患当時は、子どもを持つことを身近に考えることのできない年齢であり、妊孕性そのものを意識する前に、それを奪われることになる。自立してから治療を受けたサバイバーとは違い、特に10歳代では直接医師から妊孕性への影響について聞かされていないサバイバーもあり、年齢を重ねて自分の妊孕性について意識し始める中で、妊孕性について不安を抱えながらも事実を聞くことが怖く迷っている状況が示された。このように、年齢を重ね妊孕性について意識し始め、直面化することへの恐怖や、将来生まれてくる子どもの命を奪って自分は生きているという感覚を抱くといった経過は、思春期と相まって、アイデンティティを形成する時期特有のものであると考えられる。

慢性疾患におけるライフストーリー研究の中で、闘病体験やそれに伴う気持ちを人に話す意味について、黒江³⁰⁾は「私たちは、他者に話すことで自分を理解し、自分の人生を理解し、そして他者と相互に理解し合うことができる。すなわち、もし、病気とともにある自分の人生について語るができなければ、病気を持つ自分を理解することができず、病気とともにある自分の人生を理解することもできない」と述べている。これは、アイデンティティの統合とカミングアウト(つまり自己開示)が密接に関わり合っていることを示しているといえる。人に語るという行為は、その出来事とある程度の距離を置き、客観性を持つことができなければ上手くいかない。上手く語れずとも、自分の言葉で表現することで形となり、自分に返ってくるといえよう。土田³¹⁾は「病気の体験を振り返り、言葉にすることによって、自分自身の中に自分の体験が根を下ろす。そんな自分の語りを聞いてくれる人の存在によって、自分の体験の形が一層はっきりとしてくる。自分を語るということ、それは自分を見つめるということであり、新しい自己へと続く手がかり

となる」と述べており、これは、カミングアウトを行う過程がアイデンティティの形成に寄与しているものと言える。

宮城島ら³²⁾は、小児がん経験者が病気を持つ自分と向き合うプロセスの中で、10歳代から20歳代、30歳代へと年齢を重ね、発達段階が上がるにつれ、ライフイベントや対人関係の深まりがあることで、わかってほしい気持ちから病気説明(つまりカミングアウト)をする機会が増え、病気説明を見極め対人距離の調整をはかっていたと報告している。このように、発達段階が青年期から初期成人期へと移行する中で、発達における主題もアイデンティティの形成から、他者との親密性の構築へと変わっていく。Rowland²⁾によると、「初期成人期(Young Adult: 19~30歳)の主なライフサイクルの課題は他者への(特に性的な)親密さや近親性に集中される」とし、「成熟した性的関係が持てることは親密で親和性のある人との絆が正常に発達したことを示す重要な特質である」と述べている。この点は、Eriksonの発達主題である初期成人期の「親密 対 孤独」と重なるといえる。

カミングアウトできた、他人に話せた(つまり自己開示できた)という経験は、自己の内省を促しアイデンティティの形成に役立つと同時に、聞いてくれた存在があることが自信となり、セルフスティグマの軽減につながると考えられる。これは、精神疾患の領域での先行研究で示されている、自己開示はセルフスティグマの軽減につながる³³⁻³⁵⁾構造と同じといえる。さらに、がん罹患体験や後遺症についてのカミングアウトの相手が重要他者としての恋愛対象者であるとするならば、自己肯定感が生まれ、セルフスティグマが軽減されると同時に、他者との親密性や近親性が増すと考えられる。また、自分をさらけ出すことのできる親密な関係が孤独感を癒すとされ、自己開示と孤独感は密接に関連していると指摘されている³⁶⁾。初期成人期の主題は「親密性 対 孤独」であり、Erikson の考え方に沿えば、青年期から初期成人期において親密性を獲得する条件は、両者がアイデンティティを獲得・確立していることであり、ある程度しっかりした両者のアイデンティティの上に初めて親密性という橋が架けられるという図式であり、アイデンティティの確立の上に親密性の獲得がなされるというプロセスをたどると考えられている。

上記のように、青年期から初期成人期の発達主題であるアイデンティティの形成や他者との親

密性には、自己開示、つまりはカミングアウトが密接に関連していることが示唆される。しかし、このライフステージの中で、重要他者である恋愛対象者にカミングアウトすることが出来ないということは、がんの罹患体験や後遺症をアイデンティティに取り込む準備ができていない状態にあると推察される。さらに、治療により生殖機能に大きなダメージを負ったサバイバーは、異性との親密な関係(特に性的な)を築くことができない状況で、恋愛や結婚、そして人生に絶望し、命を絶とうと考えるほどに孤立感を深め、追いつめられてしまうのではないかと予想される。

以上から、AYA 世代がんサバイバーたちは、自身のライフサイクル上で、恋愛対象者に対して、がん罹患したことや治療による妊孕性への影響をカミングアウトできないことで、発達主題を達成することが難しくなってしまうため、他者との親密な関係を築くことが困難になることが示唆される。そして、青年期の発達主題の未達成は、次のライフステージの初期成人期の主題の未達成につながる。そして主題の未達成は、将来展望が描けないことへとつながり、人生全体へと影響を及ぼしていくものと考えられる。

(3) 二分化された世界の統合をはかるカミングアウト

カミングアウトの研究において、高藤ら³⁷⁾は、「同性愛者のカミングアウトは、他者に自らのセクシャリティを明確なかたちで宣言することとされる。同性愛者は一般的な社会を“異性愛者の世界”、自分たちの世界を“同性愛者の世界”と区別するが、当事者は異性愛者との関係において、寄せられる信頼に応えられない罪悪感などの心的負担の軽減や、信頼をより深めたいとする期待感の高まりから、自らの性的指向を明らかにした上での新たな関係づくりを求めていくとされ、カミングアウトは異性愛者との関係性の再構築や、当事者の中で同性愛者・異性愛者と二分された世界を統合させていく手段である」と述べている。この同性愛者と異性愛者という二分された世界の捉え方は、がんサバイバーが感じるものとよく似ている。つまり、がんになった者の世界と、健康な者の世界である。がんになったことで、世界が変わってしまったように感じたり、孤独感や疎外感といった「周りとは違ってしまった感覚」や「当たり前の生活から取り残されている感覚を味わい、周囲を羨む気持ち」で示されたように、健康な同年代から取り残されたような感覚を味わう。これは、がんサバイバーと健康な他者との二分化された世界だが、がんサバイ

バーは自分の中にも二分化された世界を持つ。がんになった自分と、がん以前の健康な自分という二分化である。これは、病前、病後の体の差に衝撃を受けたり、変化した体への違和感や後遺症などについていけないという〈後遺症との向き合い方の変遷〉で顕著である。がんサバイバーは、自分の中でのがん以前とがん後の二分化された世界の統合と、がんになった者の世界と周りの健康な者の世界の統合、内と外で二段階の統合が必要となると考えられる。がんサバイバーの内なる統合(がん以前とがん後の二分化された世界の統合)は、がん罹患経験を取り込んでアイデンティティの形成を行うことと考えられる。そして、外なる統合としてのがんになった者の世界と周りの健康な者の世界の統合は、他者との親密性の構築によってなされるものであると考えられる。

さらに同性愛の研究において高藤³⁷⁾は、「重要な他者にカミングアウトすることは自らの同性愛を受け入れ、それに対する葛藤を克服したことを示すという考え方から、内在化された同性愛嫌悪の指標とみなされることもあり、内在化された同性愛嫌悪の克服やアイデンティティの発達がカミングアウトには必要である」と指摘している。これをがんサバイバーに置き換えて考えると、がんサバイバーがカミングアウトを行い他者との親密性を築く(つまり外なる統合を行うこと)には、がん罹患経験を取り込むアイデンティティの形成(つまり内なる統合を行うこと)を経ることが必要であるといえる。セルフスティグマについては、先述のとおり、疾患を抱えた自分自身について語り、理解される経験を通して、セルフスティグマが軽減されることを指摘した。これらを踏まえると、カミングアウトを行うまでの内省の過程や人に語るという行為自体、そしてその結果が、セルフスティグマを軽減させる手法であるといえ、他者との関係性の中でセルフスティグマは軽減されていくと考えられる。

以上から、カミングアウトにおける葛藤や試行錯誤は、社会に戻ったYA世代がんサバイバーたちが、がん罹患後の新しい人生に適応するための要所であると指摘できる。カミングアウトの過程は、アイデンティティの形成(内なる統合)と親密性の構築(外なる統合)に寄与し、それらが影響し合った結果、セルフスティグマの低減につながることを示唆される。よって、AYA世代がんサバイバーのカミングアウトの過程を支援することは、彼らの人生を支える上で重要であることが

示唆される。

2. 求められる支援

ここまでの考察をふまえて、AYA世代の支援について、今後求められると考えられる支援について検討する。

(1) 一般社会に向けてのがん教育：セルフスティグマを生む社会背景の改善のために

本研究からYA世代がんサバイバーのほとんどは、がんに罹患したということが、恋愛や結婚を考える上でのハンディになっており、がんの罹患歴や後遺症、傷やボディーイメージの変化により、恋愛や結婚に踏み出せず、カミングアウトについて悩みを抱えていたことが明らかになった。そして、その背景には、病気になったことや失ってしまった機能のために、自分に自信が持てない心理や、自分は「不良品」、「無価値」であると自分自身にレッテルを貼ってしまうセルフスティグマ(つまり自分自身への否定的な考え、態度)の存在が示唆された。

妊孕性に影響があった女性のセルフスティグマの背景として、伝統的な結婚＝子どもという家族観が根強く浸透する日本の社会通念や、当人たちもそうした価値観を内在化していることが背景にあると述べた。それに加え、第3期がん対策推進基本計画の課題として、「地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障害となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあること、(中略)がん治療に伴う外見(アピランス)の変化(爪、皮膚障害、脱毛等)、診療早期における生殖機能の温存、後遺症及び性生活(セクシャリティ)に関する相談支援並びに情報提供の体制が構築されていない」³⁾と、がん患者への偏見並びに、がん患者の必要とする情報提供や相談体制の不足が示されている。この問題は、特に若い年代のがんサバイバーが抱える心理社会的問題に直結するものと考えられる。

本研究でYA世代がんサバイバーの悩みとして最も多く語られたカミングアウトの問題において、がんサバイバーがカミングアウトすることを恐れ、カミングアウトをすることに多大な勇気を必要とすることは、がんに対する社会的偏見があり、それによって恋愛対象との関係が終わってしまうのではないかと考えるからである。これは、カミングアウトされた側(社会)の問題でもあり、一般

市民へのがん教育にも関わってくる問題であると考えられる。上記のように、がんサバイバー自身が自分にレッテルを貼らざるをえない状況を作っている要因には、日本の社会通念やがん患者への偏見が存在し、セルフスティグマは、がん患者に対する社会の関わり方によって生まれた結果であると考えられる。

昨今学校教育の中では、健康教育の一環としてがん教育が推進されている³⁸⁾。小学生、中学生、高校生とその発達段階に応じて段階的ながん教育が考えられる。しかし、社会に求められることは、がん教育を扱う教員を含め、がんサバイバーの思いを「知る」ことではないだろうか。がんサバイバー同士には、がんになったという共通体験からの共感はあるが、年齢やがん種、立場や役割などの生活の背景が違えば相手の気持ちや困り事を「分かる」ことは難しい。健康な者が闘病や後遺症が人生に及ぼす影響を想像することは困難かもしれない。しかし、教育の中で、がん等の疾病を学び、それを抱えながら生きるがんサバイバーを知ることで、自分だったらどうか、自分の大切な人ががんになったらどうか、と自分に引き付けて考える力を育て、教育の面からがんサバイバーが特別視されない世の中を作っていくことが必要である。健康や命の授業の一環として、様々な病気や障害があることを学び、教員も生徒も実際に当事者に会った時、過剰な同情や差別的な言動ではなく、一人の人として向き合い、病気や障害を持つ人を誠実に知ろうとする努力を続ける姿勢を育んで欲しい。

(2) 医療従事者へのがん教育：がんサバイバーの治療後の人生への配慮のために

医療現場の中では、救命最優先という不文律がある。小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関するガイドライン2017年版¹⁵⁾には「がん治療医は、何よりもがん治療を最優先とする」、「患者の自己決定の過程において、がん治療が何よりも最優先されるべきである」と明記されている。もちろん命があつてこそ、その後の人生である。命がなければ、妊孕性やアピアランス、カミングアウトで悩むことさえできはしない。倫理的側面からも、「がん治療最優先」は理解できる。しかし、がん治療という救命が最優先されるならば、医療従事者たちには、がん治療によって様々な影響を受けた体で生きていかねばならない患者のその後の人生に思いを馳せてほしい。がんサバイバーたちは、救命後の人生を様々なものを喪失した状態で歩いていく。それは体力や体の機能ばかり

ではない。健康に生きられた時間、当たり前を描いていた将来設計、そして自分に対する自信を喪失してしまうことでもある。特にAYA世代は、人生における重要なライフイベントを迎える中で、その都度の選択に、がん罹患やその影響が大きく関わってくるのである。その中で、せっかく助かった命すらいらぬと思ひ悩むほどに追い込まれる者もいる。本研究の分析対象者の中には、生きていたくないと語ったサバイバー、実際に自殺未遂をしたことを語ったサバイバーもあり、その苦悩を“命が助かったんだからいいじゃないか”という言葉で片付けず、治療に携わる現在の医療従事者は、がん治療後の個人の人生を意識し、がんサバイバーともに考える姿勢を持つことが求められる。

しかし、がん治療の進歩に伴い、生存率が飛躍的に伸びているのにも関わらず、医学教育は疾患治療で終わっているのではないか。治療後に疾患を抱えながら生きていくことを考える視点や患者を個人として捉える教育が不足しているように感じられる。医学教育における「生命倫理」や「患者中心の視点」³⁹⁾のカリキュラムの中で、がんサバイバーをはじめ、慢性疾患や障害などの様々な疾患を持ちながら生きていくことについて、体験者の話を聞く機会や、それらについて話し合う機会を積極的に設けるべきだと考える。特に、医学生たちが臨床実習を体験した後にそういった機会が持たれることが重要である。病院では「患者」かもしれないが、「生活者」として様々な立場や役割を持って社会の中で生活している。医療を受けている時間は生活のごく一部であり、「患者」という側面はその人の一部に過ぎないことを、実感を持って知る機会を医学教育の中に組み込み、全人的な教育を推進していくことが望まれる。

(3) 情報提供やサポートのあり方

①情報提供や制度・施策

本研究の課題に沿って具体策を述べていく。本研究の結果<妊孕性温存に関する意思決定の上での問題>の中で、告知のショックに加え、治療開始する前の限られた時間の中で意思決定をしなくてはならず、十分に治療後の生活を考えることができないままに妊孕性温存の可否を決めなくてはならないことが示された。このように、自分の今後の人生を左右するであろう重大な決断において、十分に考えることが出来なかったことは、サバイバー自身に不全感や納得できない思いが残り、そ

の後の生活や人生において後悔という形で抱えていくものになる。サバイバー自身が、治療後の人生を含め、十分に考え自分で決めたと納得できるよう支援する体制が求められているといえる。

2015年にChiavariら⁴⁰⁾が提唱した妊孕性温存に関する支持的意思決定支援では、個別的で非指示的な情報提供を行うとともに、医師との話し合いに向けた準備を支援するステップが提示されている。また、Lawsonら⁴¹⁾は、メンタルヘルスの専門家に対する臨床実践への示唆として、患者の直近の心理状況のアセスメントや妊孕性温存の文脈で患者とそのパートナーとの関係の安定を確認すること、患者自身の妊孕性温存・生殖医療に対する期待や倫理的問題について話し合うこと、そして、患者の意思決定方略について話し合い、将来後悔する可能性があることと治療に影響することなどについて話し合うことを示している。特に後者については、意思決定に際し、本人が十分に考え主体的に選択・決定が出来たと思えることが後悔を軽減し、その後の人生に影響を及ぼすことを示唆しているといえる。日本においても、小泉ら⁴²⁾が、がん患者の生殖医療に関する心理的問題とその支援について、先行研究から妊孕性温存を実行したか否かというよりもむしろ妊孕性温存について専門家とともに考えるプロセスが重要である可能性を示唆している。そして、心理的支援として、否定的感情を軽減し、医療情報を整理して理解を促し、夫婦・家族の関係を調整し、人生における生殖保存や子どもを持つ／持たないことの意味を考えることを支援するという4つの心理支援を提示している。このような研究が進み、実際にがん治療現場での妊孕性温存の意思決定時には、治療後の人生を考え、妊孕性温存について具体的に情報の整理や妊孕性の温存をするメリット、デメリットを一緒に考える手助けを行うなど、本人が十分に考え、決断できたと思える支援体制が構築されることが望まれる。また、これらは妊孕性温存のためだけではなく、治療の選択時や療養場所の選択、様々な意思決定の際に必要なことである。

また、性機能障害についても、医療機関は、その症状や対処法の提示や、がん治療によって起こる性機能障害があるという認識を持ち、パートナーがいない場合でも相談できる体制を作っていくことが必要である。

加えて、患者会やピアサポートの役割としては、事例やロールモデルの提示といった役割が大きいと考えられる。

YA世代のがんサバイバーは、人に差はあれども年齢的に賃金が低く、生活することで精いっぱいであることが多いため、治療費の捻出にも苦慮することがある。そのため、保険適応ではない妊孕性温存療法や保存の更新にかかる費用負担、妊孕性温存後に生殖補助医療を受けるための経済的な支援がなされることも必要といえる。

最後に、妊孕性や性機能障害、医療費や生殖医療にかかる費用、AYA世代がん患者の患者会などの様々な情報を、本人が知りたいと思った時に容易にアクセスできるシステムが望まれる。また、人によって情報を必要とする時期は異なるため、治療開始時から、本人の必要性の認識の有無にかかわらず、情報提供窓口を本人に提示しておくことは大切である。

②精神的なサポート

「妊孕性の低下や喪失、障害によって生じた気持ちを整理していくための方法」として、医療従事者や専門職(臨床心理士)に話を聞いてもらうというサバイバーもいたが、そういったサバイバーはまだ数少ない。<生命が最優先という医療従事者側の押しつけ>で示したように“命が助かったんだからいいじゃないか”という態度の医療従事者や周囲の人々に相談することは、心情的に難しいだろう。また、サバイバー自身に、医療従事者に病気以外のこと、特に性のことや恋愛についての相談をするという発想や意識がないということも考えられる。このような悩みを語りやすい相手として、同年代の同じような悩みを抱えるサバイバーがあげられる。本研究結果でも同じ状況で励まし合える友人の存在や希望となるロールモデルの存在、気持ちを吐露し合え、共感してくれる存在に救われたことが示されていた。このように、生活の中で、がん起因して起こってくる悩みを分かち合える相手は、同じがんサバイバーであり、これはピアサポート機能の効果といえる。ピアサポートには「体験者でなければ分からない日常生活の中で抱える困難や不安、傷つきなどの生活実感があり、当事者同士には、対等な立場であるため本音が言える」⁴³⁾一方で、当事者同士の交流では、どうしても他のサバイバーと自分の状況を比べてしまう心情や、同じがん種のサバイバーが再発をした、亡くなったという知らせに心を乱されるといったことが生じる。そういった心の揺れも含め、当事者同士の交流の中で多種多様ながんがあり、状況があること、人それぞれの対処法があることを知り、その中で多様なロールモデルを得ることは、AYA世代のがんサバイバーが今後の人生を再

構築し、適応していく上で有益なことである。しかし実際には、若くしてがんに罹患したサバイバーはなかなか身近にはおらず、患者会があったとしても学業や仕事、家庭に忙しい10歳代から30歳代のサバイバーが参加することは少ないため、ピアサポートを得る機会が得られないという実情がある。この実情の中で、タイミングや場所を選ばず、様々な事例を提示できるWEBを使用した情報提供や体験談等⁴⁴⁻⁴⁶⁾は有用なリソースとなる。さらに、病院や医療従事者には、通院時や入院中にもピアサポートが促進される配慮が望まれる。実際に様々な問題にぶつかるのは治療後、社会に戻ってからであり、その時に孤独を感じるものが多かったため、病院から離れた後の悩みを共有できる場が必要である。そこで重要と考えられることは、ピアサポーター養成等によってサバイバー間で相談する側・される側という上下関係を作るのではなく、当事者同士の役割や立場が対等な交流そのものを促す仕組みや場を作っていくことである。一方で、そのような場において、当事者同士が不安を分かち合うことや対処法を語り合うことはできるが、医学的な専門的知識や不眠やうつ状態といった状態には専門家の支援が必要である。そこで、医療従事者や専門家の援助、既存の支援システムと当事者同士の対等な交流としてのピアサポートが、相互補完的に連携し、提供されていく仕組みが求められる。

研究結果から、YA 世代がんサバイバーは、重要他者へのカミングアウトに悩んでおり、考察においてカミングアウトの重要性を示した。前記では、YA 世代がんサバイバーの恋愛や性についての悩みにはピアサポートが有効であると述べた。次に、医療従事者や専門職がカミングアウトを支援することについて述べていく。がんサバイバーたちにカミングアウトを行う必要性が生じた時に、病院に頻繁に通院しているとは限らない。フォローアップの通院など、むしろ病院から離れて日常生活を営んでいる間に生じてくると考えられる。そのため、医療従事者や臨床心理士、ソーシャルワーカーなどの専門家が、カミングアウトの必要性が生じた時すぐに支援することは難しいといえる。しかし、治療が落ち着いた際や AYA 世代が治療後の人生を考え出した際に、将来起こりえるライフイベントを提示し、重要他者となるパートナーにがん罹患や後遺症についてカミングアウトが必要になることの提示やそういった場面について話し合うことは可能である。罹患当時に、将来について具体的に考えられなかったとしても、将来起こりえることを提示し、そういったことに

悩んだ時、相談できる場があることを伝えておくことは当事者の安心感につながり、がんサバイバーの人生を支えるために重要となる。そのためにも、医療従事者たちがAYA世代がんサバイバーたちのライフイベントにおける苦悩を知り、人生を支える視点を持つことが最も重要である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、YA世代のがんサバイバーが、同じ年代であるがんサバイバーの恋愛や結婚についての語りを質的に分析するという試みを行った。飯牟礼⁴⁷⁾は、「心理学研究における『当事者による当事者研究』は研究者自身が直接の『経験者』であることによる当該問題への『近さ』が、研究自体の客観性を低めるのではないかという懸念によって、敬遠されてきたのではないかと思われる。このような懸念は、『当事者による当事者研究』に常につきものではある」と述べている。しかし、『当事者』であることが『当事者』研究を行う際、最も有益に働くのは、問題を発見する文脈であると考えられる。(中略)そこで、研究者自身が当該問題の『当事者』である場合、その経験の中で体験し感じられた言葉にならない感覚(暗黙知)や、その経験に基づいた『経験値』ベースの問題を提起することが可能となるからである」と当事者が当事者研究を行うことには意義があると述べている。今回、本研究のデータ分析協力者として、YA世代のがんサバイバーの方々が参加したことは、『経験値』ベースの視点から問題を抽出できたと考えられる。

最後に、本研究の限界と今後の展望を述べる。本研究のバイアスとして、分析対象者が自分の体験を複数人の前で語ることができ、かつ放送を承諾することのできる者であったことから、ある程度自分の体験を客観視できている状態にあり、さらに自分の経験を他のがんサバイバーの役立てようという気持ちがある比較的アクティブながんサバイバーであったことが挙げられる。また、今回は未婚者を対象としたことで、恋愛の延長線上に結婚を捉え、恋愛と結婚、そして家族形成について同一線上で語られていた。これは恋愛に対しての心理的障壁なのか、結婚に対しての心理的障壁なのか明確に切り分けることができなかつた点である。またデータは、インタビューの一部を抜粋していることから、分析対象者によって発言割合に差が生じており、十分に統制されたデータとは言えない点があげられる。今後の展望として、本研究データには、妊孕性に影響のなかつたがんサバイバーや男性サバイバー、10代発症者の人数に偏りがあつたことから、これら

に該当する AYA世代がんサバイバーの分析を進め、AYA世代がんサバイバーの多くが悩んでいる恋愛や結婚に焦点を当てることで、ライフステージ上における課題を明らかにしていく必要性が指摘される。さらに、AYA世代の恋愛や結婚に関する苦悩は、“がん”という特定の疾病だけでなく、慢性疾患や難病、障害を持つAYA世代の人々にも重なるものと推測される。今後、他の疾患や障害との比較を通して、検討することも必要であると考えられる。その際、男女による受け止めの違いを考慮することは、結婚、家族形成を考えるうえで重要であると考えられる。同様にサバイバーと家族の関係や、パートナーの家族との関係における心理的影響も考慮する必要がある。

合わせて、今後ゲノム医療が進む中で、遺伝子検査等に関する相談が増えていくと予想される。研究対象者の中にも、遺伝子検査を受け、高確率で子どもに疾患が遺伝することが分かり、パートナーが欲しいという希望と状況がすり合わず、「将来展望を描けず恋愛に踏み出せない」心情が示されていた。近年、遺伝カウンセラーの養成が進められているが、遺伝子検査は、未婚のAYA世代がんサバイバーが家族を形成していくうえでプラスにもマイナスにもなり得るため、その情報の取り扱いには慎重を期するものである。遺伝に関する情報提供や相談、カウンセリングについては、倫理的側面を含めた整理が必要であると考えられる。

謝辞

患者会やがんのイベントなどを通じて、たくさんの同世代のがんサバイバーに会う中で、AYA世代がんサバイバーの多くが恋愛や結婚、妊孕性や性についての悩みを抱えていることを体験的に学んできた。このような悩みはがんサバイバー同士でしか語られてこなかったもののように思う。本研究の一部は、公益社団法人がん研究振興財団の平成28(2016)年度がんサバイバーシップ研究助成を受け実施したものであり、“普通に恋愛ができない” YA世代がんサバイバーたちの声を医療従事者や一般市民に知ってもらうことで、すべての年代のがんサバイバーが生きやすくなる社会づくりの一助になればと願う。

本研究を進める上で、ご助言頂きました、楠木重範医師(チャイルド・ケモ・ハウス院長)、丸光恵教授(甲南女子大学看護リハビリテーション学部国際看護開発学領域)、分析ご指導くださいまし

た小野寺敦志准教授（国際医療福祉大学大学院 臨床心理学専攻）に深く感謝申し上げます。

最後に、たくさんの議論を重ねながら共に分析をしてくださった分析協力者の YA 世代がんサバイバーの皆様に、心より深い感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 高橋都. がんサバイバーシップとは何か-充実した社会生活を実現するための研究と支援について-. 予防医学 2013 ; 55 : 12
- 2) Julia H.Rowland. 3章 発達段階と適応, 成人モデル. サイコオンコロジーがん患者のための総合医療.JC ホーランド,JH ローランド編集, 河野博臣ほか監訳, 1,2,3. メディサイエンス社 1993; 1 : 23-40
- 3) 第3期がん対策推進基本計画 閣議決定
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000181862.pdf> 2017.10.24
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計「小児・AYA世代のがん罹患」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/child_AYA.html 2018.06.04
- 5) 堀部敬三. 小児・AYA世代のがん対策の課題と展望. 特集がん対策の加速化. 公衆衛生 2017 ; 81(3):235-236
- 6) 落合亮太, 日下部智子, 宮下光令ら. 成人先天性心疾患患者がキャリアオーバーを経て疾患に対する認識を変化させていくプロセスに関する質的研究. 看護研究 2009 ; 42(1) : 57 - 68
- 7) 下枝恵子, 石川ふみよ, 塚本尚子ら. 退院後の骨髄移植者が抱える問題に関する基礎調査 - 性生活・社会復帰について -. 東保学誌 1999 ; 2(1) : 29 - 32
- 8) 平成 27 年度がんサバイバーシップ研究助成金研究報告書「がん患者の情報収集の実態と改善策に関する研究ーがん患者のインターネットにおける情報発信とその有用性についてー」の SUTAND UP!!研究班の調査報告 <http://www.fpcr.or.jp/pdf/p11/hatakeyama.pdf> 2017.05.17
- 9) 桜井なおみ. がんと婚姻: 患者の実態調査(2)生涯未婚率と妊孕性. がん看護 2016 ; 21(3):369-372
- 10) 井上玲子, 竹久保美和, 難波寛子. 小児がんを体験した成人女性の恋愛・結婚・出産の体験世界とその意味. 日本小児血液学会雑誌 2005;19(5) : 311(抄録)
- 11) 山谷佳子, 岸田徹. AYA 世代がんサバイバーの恋愛・結婚に対する認識の研究. 日本サイコオン

コロジ学会総会・日本臨床死生学会総会合同大会プログラム抄録集 2017 : 219

12) Patterson P, McDonald FEJ, Zebrack B et al. Emerging Issues Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing* 2015 February ; 31(1) : 53-59

13) Quinn G. Review of fertility preservation issues for young women with breast cancer. *Hum Fertil (Camb)*. 2016 Sep;19(3):152-65

14) Lehmann V, Grönqvist H, Engvall G et al. Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden. *Psychooncology*. 2014 ; 23(11) : 1229-1235.

15) 一般社団法人日本癌治療学会編. 小児, 思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関するガイドライン 2017 年版, 金原出版株式会社 2017 : 22-23

16) 高橋都. がんサバイバーシップ—歴史的背景, 研究トピック, 医療者による支援のかたち—. *乳がんの臨床* 2014 ; 29(5) : 451-458

17) 高橋都, 宮下美香. 若年患者が直面する心理社会的困難と支援ニーズ—社会文化的背景に基づいた支援策への提言. 第 16 回日本乳癌学会学術総会プログラム抄録集 2008 : 340

18) Takahasi M, Ohno S, Inoue H, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: A survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology* 2008;17(9) : 901-907

19) 川東庸子, 稲垣美智子, 多崎恵子. 罹患期間の長い若年発症 1 型糖尿病患者の心理. *日本糖尿病教育・看護学会誌* 2011 ; 15(1) : 4 - 10

20) 山崎歩, 薬師神裕子, 山本慎吾ら. 青年期以降の 1 型糖尿病患者が抱える課題. *日本糖尿病教育・看護学会誌* 2010 ; 14(1) : 40 - 45

21) 三井千佳, 山崎あけみ, 前田尚子ら. 思春期がん経験者の QOL と病気に関する自己開示. *日本小児血液・がん学会雑誌* 2013 ; 50(1) : 79-84

22) Thaler-DeMers, D. Intimacy issues : sexuality, fertility, and relationships. *Semin Oncol Nurs* 2001;17 : 255-262

23) 横山和樹, 森本隆文, 竹田里江ら. 精神障害者のセルフスティグマに関する質的研究—地域活

動支援センター通所者を対象に一. 北海道作業療法 2011 ; 28 (1) : 11-18

24) 長田恭子, 福嶋杏子, 三浦美香ら. 合失調症者のセルフスティグマ形成から安定した地域生活へのプロセス. 精神障害とリハビリテーション 2016 ; 20 (1) : 63-71

25) 長沖暁子. 生殖補助医療の進歩—女性のからだへの自己決定権と生殖記述の発達—. 産科と婦人科 2002 ; 69(6) : 21-26

26) 秋月百合, 高橋都, 斎藤民ら. 不妊女性の経験に関するネガティブサポートに関する質的研究. 母性衛生 2004 ; 45(1) : 126-135

27) 村本邦子. 子産み・子育てをめぐる成人の危機と援助. 成人期の危機と心理臨床—壮年期に灯る危険信号とその援助—. 岡本祐子(編) ゆまに書房 2005 : 135-185

28) 安田裕子, やまだようこ. 不妊治療をやめる選択プロセスの語り—女性の生涯発達の観点から. パーソナリティ研究 2008 ; 16(3) : 279-294

29) 岡本祐子(編). 成人発達臨床心理学ハンドブック—個と関係性からライフサイクルを見る. ナカニシヤ出版 2010 : 71

30) 黒江ゆり子. 慢性の病における他者への「言いつらさ」—ライフストーリーは何を描き出すか. 看護研究 2011;44(3) : 235

31) 土田直子. がん体験者相互の関わりがもたらすもの—病院内でのピア・サポートへの期待と危惧—淑徳大学大学院総合福祉研究科研究紀要 2011 ; 18 : 115-136

32) 宮城島恭子, 大見サキエ, 高橋由美子. 小児がん経験者が病気を持つ自分と向き合うプロセス—思春期から成人期にかけて病気を自身の生活と心理面に引き受けていくことに着目して—. 日本看護研究学会雑誌 2017 ; 40(5) : 747-757

33) 横山和樹, 森本隆文, 竹田里江ら. 地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフスティグマ低減のプロセス. 精神障害とリハビリテーション 2014 ; 18(2) : 174-182

34) 小松容子. 精神障害者におけるセルフスティグマの克服を目指した援助 国内文献のレビューを通して. 日本看護論文集:精神看護 2016 ; 46 : 113-116

35) 横山和樹, 森本隆文, 竹田里江ら. 精神疾患をもつ人を対象とした自己開示尺度の開発. 精神医

学 2017 ; 59(4) : 351-361

36) 榎本博明, 清水弘司. 自己開示と孤独感. 心理学研究 1992 ; 63(2) : 114-117

37) 高藤真作, 岡本裕子. 同性愛者のアイデンティティ発達に関する研究の動向と展望—内在化された同性愛嫌悪・カミングアウトに着目して—. 広島大学心理学研究 2017 ; 17 : 47-60

38) 文部科学省, がん教育.

http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1370005.htm 2018.08.10

39) 文部科学省, 医学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版.

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm 2018.08.10

40) Chiavari L, Gandini S, Feroce I et al. Difficult choices for young patients with cancer: the supportive role of decisional counseling. Support Care Cancer. December 2015 ; 23(12) : 3555-3562

41) Lawson AK, Klock SC, Pavone ME et al. Psychological Counseling of Female Fertility Preservation Patients. J Psychosoc Oncol. 2015 ; 33(4) : 333-353

42) 小泉智恵, 高見澤聡, 平山史朗ら. 生殖心理カウンセラーによるがん・生殖医療外来の陪席: 混合研究法による女性がん患者の否定的感情の表出と心理支援の可能性の関連. 日本生殖心理学会誌 2015 ; 1(2) : 46-54

43) 山谷佳子, 小野寺敦志, 亀口憲治. がん治療後, 日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義. 国際医療福祉大学学会誌 2015 ; 21(1) : 54-65

44) がんノート. <https://gannote.com/2018.08.10>

45) がん情報サイト「オンコロ」がんと・ひとを・つなぐ. <https://oncolo.jp/2018.08.10>

46) AYA-Life-あやライフ, AYA 世代のがん患者の方へ, 中外製薬. <https://AYA-life.jp/2018.08.10>

47) 飯牟礼悦子. 第 9 章「当事者研究者」の流儀 - 2, 5 人称の視点を目指して -. あなたは当事者ではない〈当事者〉をめぐる質的心理学研究. 宮内洋, 今尾真弓(編), 北大路書房 2007 ; 111-122

資料1.画像データ使用許可申請書

画像データ使用許可申請書


平成 28 年 9 月 1 日

NPO 法人がんノート 代表理事長 様

申請者 住所
氏名 山谷 佳子

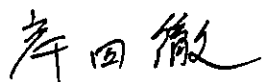


下記目的のため画像データを使用したいので、許可下さるよう申請します。

使用データ種類	画像データ 
申請範囲	第 1, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 34, 35, 40, 43, 44, 52, 53, 54, 58, 59, 67, 73, 74 回
使用目的	AYA 世代がんサバイバーの恋愛や結婚の認識についての研究のため
使用期間	2016 年 10 月～2017 年 10 月
使用責任者	山谷 佳子
所属	国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1 TEL:03-3547-5201
電話番号	上記
E-mail	
【誓約事項】 下記事項に同意し、署名捺印のうえ誓約致します。 1. 使用等に関し、NPO 法人がんノートから指示や諸条件があった場合には、それらを厳守致します。 2. 使用目的以外には、一切使用いたしません。 3. データの保管は鍵のかかる場所で行い、使用後はすみやかに返却します。 4. 発表の際は、出典を明記いたします。	

データの提供を認め、使用を許可します。

責任者氏名





許可日

平成28年10月1日

資料2. がんノート出演契約書

出演契約書

がんノート（以下「甲」という。）と【ゲスト】（以下「乙」という。）とは、がんノート出演に関し、以下の通り契約を締結する。

第1条（出演承諾）

甲は、乙に対し、甲が主催する下記インタビュー番組に出演することを依頼し、乙はこれを承諾した。

(1) 番組名：がんノート

(2) 出演概要：

- ① がん経験者としての実体験や観劇者へのメッセージをインタビュー形式で語るインターネット生中継番組への出演
 - ② 番組終了後のワークショップなどのイベント全体への参加
 - ③ 録音及び録画、録音・録画によって作製された録音・録画物の複製
 - ④ 乙の写真撮影
 - ⑤ 講演録等を作製し、譲渡又は貸与すること
 - ⑥ 録音・録画物の編集・加工・出版（要旨の作成を含む）
 - ⑦ 録音・録画物をインターネット（http://www...）に掲載し、配信すること
 - ⑧ 録音・録画物の研究などへの活用
 - ⑨ 出演の際に乙が使用した資料の複製、配布、講演録等への掲載
- (3) 協議事項：
乙が外部で公に上記、録音・録画物などを利用する場合は、第4項の規定にかかわらず、別途甲の承諾を得るものとする。

第2条（不可抗力）

天変地変、遅延旅行、行政措置、交通ストその他不可抗力による事由によって、乙が本番組に出演することが不能に陥ったときは、甲乙協議の上、本契約を更改又は解除することができる。

第3条（損害賠償）

甲又は乙は、本契約に違反したことにより相手方に損害を生じさせた場合には、相手方に対して損害を賠償しなければならない。

第4条（協議）

本契約に関して疑義が生じた場合、甲及び乙は信義誠実の原則に従い協議する。

第5条（管轄の合意）

前条の協議にもかかわらず、甲乙間に紛争が発生した場合には、東京地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とする。

上記契約の成立を証するため、本契約書2通を作成し、甲乙記名捺印の上、各1通を保有するものとする。

甲

住所

〒103-0014 東京都中央区日本橋新富町一丁目21-6

氏名

特定非営利活動法人がんノート
代表理事 岸田 徹



乙

住所

氏名

印

電話番号

メールアドレス