

医療者向け

# 抗がん薬と性腺機能 避妊・妊孕性温存・相談支援の 実践ガイド



国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター  
AYA 支援チーム

2026.1

## はじめに

がん治療は、将来の妊娠の可能性だけでなく、治療中・治療後の避妊の必要性や性腺機能への影響など、性・生殖の健康に幅広く関わる課題を含みます。

一方で、妊娠や避妊は話題にしづらく、説明のタイミングや言葉選びに迷いやすい領域でもあります。

本冊子は、特に抗がん薬の性腺障害に焦点を当てて、医療者に求められる避妊や妊孕性温存に関する基本的な知識を共有し、患者の価値観に添った相談・支援のあり方を考えるための視点を提供します。性腺機能への影響（性腺毒性リスク）や避妊期間の考え方、妊孕性温存の選択肢（男女）、患者・家族とのコミュニケーションの工夫、そして多職種での役割分担を、コンパクトに整理しました。

年齢や家族状況、性交渉歴の有無にかかわらず、患者ご本人の意思と状況を尊重しながら、必要な情報提供と適切な支援につなげるための実務的な参照資料としてご活用いただけますと幸いです。



## 目 次

- P4 ~ 5 性腺毒性リスクについて
- P6 ~ 7 避妊期間について
- P8 妊孕性温存 女性の場合
- P9 妊孕性温存 男性の場合
- P10 ~ 11 本領域に携わる各職種に期待したい役割
- P12 こんなときどうする?!  
お助け Tips 知識編
- P13 ~ 15 こんなときどうする?!  
お助け Tips コミュニケーション編



## 性腺毒性リスクについて

性腺毒性リスクとは、薬剤、化学物質、放射線などが女性の性腺（主に卵巣）や男性の精巣機能にダメージを与えることで生じる生殖機能への影響を指します。これは特にがん治療や特定の薬剤治療を受ける際に重要な問題となり妊孕性への影響が懸念されます。

以下、化学療法及び放射線による性腺毒性リスク（表Ⅰ・Ⅱ）です。

（※日本癌治療学会「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2024年12月改訂第2版」より一部改変）

また、新規抗がん薬はエビデンスが乏しいため、説明時に配慮が必要です。

（データが無いこと＝性腺毒性リスクが無いことではありません。）

表Ⅰ 化学療法および放射線療法による性腺毒性のリスク分類表（女性）

女性 (治療による早期卵巣不全 (POI) リスク)		POI リスク：【低】 20%未満 不妊リスク：やや増加	POI リスク【中】 50%程度 不妊リスク：有意に増加	POI リスク【高】 80%程度 不妊リスク：著しく増加	
化 学 療 法	Cyclophosphamide equivalent dose(CED)	< 4,000 mg/m <sup>2</sup>	4,000～8,000 mg/m <sup>2</sup>	> 8,000 mg/m <sup>2</sup>	
		思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難			
		< 8,000 mg/m <sup>2</sup>	8,000～12,000 mg/m <sup>2</sup>	> 12,000 mg/m <sup>2</sup>	
	薬 剤 別	アルキル化薬	CED 参照		
		白金製剤		シスプラチン< 600 mg/m <sup>2</sup> カルボプラチン	シスプラチン> 600 mg/m <sup>2</sup>
		代謝性拮抗薬	シタラビン (キロサイド®) メソトレキサート ゲムシタビン ロイケリン®		
		ビンカルアルカロイド	オンコビン®		
		モノクローナル抗体	ベバシズマブ		
	レ ジ メ ン 別	AC/EC ±タキサン	AC × 4 サイクル (40歳未満)	AC × 4 サイクル (40歳以上)	
			AC/EC × 4 サイクル + タキサン (35歳未満)	AC/EC × 4 サイクル + タキサン (35歳以上)	
				(F)EC × 4 サイクル + dose dense タキサン	
		FOLFOX	(40歳未満)	(40歳以上)	
		CHOP Dose-adjusted EPOCH	6 サイクル (35歳未満)	6 サイクル (35歳以上)	
		その他	ABVD, CVP, BEP, EP (30歳未満)		
	疾患別治療	急性骨髄性白血病治療 急性リンパ性白血病治療			
化学療法＋放射線治療			テモゾロミド＋頭蓋照射		
造血幹細胞移植			エンドキサン® ブスルフェクス® アルケラン® を含むレジメン		
			全身照射を含むレジメン		

表Ⅱ 化学療法および放射線療法による性腺毒性のリスク分類表（男性）

成人男性 (治療関連による無精子症になるリスク)		低リスク	中リスク	高リスク	
化 学 療 法	Cyclophosphamide equivalent dose(CED)	< 4,000 mg/m <sup>2</sup>		≧ 4,000 mg/m <sup>2</sup>	
		約 90%は精液所見正常		≧ 4,000 mg/m <sup>2</sup> : 精子運動性低下 ≧ 8000mg/m <sup>2</sup> : 無精子症が遷延・永続	
	薬 剤 別	アルキル化薬	CED 参照		
		白金製剤		シスプラチン< 600 mg/m <sup>2</sup> カルボプラチン オキサリプラチン ドキソルビシン イダマイシン® ダウノマイシン® ノバントロン®	シスプラチン> 600 mg/m <sup>2</sup>
		アントラサイクリン			
		代謝性拮抗薬	ロイケリン® メソトレキサート フルダラビン	シタラビン (キロサイド) ゲムシタビン	
		ビンカルアルカロイド	オンコビン® エクザール®		
その他	エトポシド プレオ® コスメゲン® マイトマイシン®				
レジメン別	ABVD, CHOP, COP	BEP 2~4 サイクル			
化学療法+放射線治療				テモゾロミド+頭蓋照射	
造血幹細胞移植				ブスルフェクス® + エンドキサン® フルダラ® + アルケラン® アルキル化薬 + 全身照射	

※ POI : 早期卵巣不全。40 歳未満で卵巣機能が低下して無月経になること。

※ Cyclophosphamide equivalent dose(CED) : シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示す。

CED 計算方法

$CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose } (mg/m^2)) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose } (mg/m^2)) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose } (mg/m^2)) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose } (mg/m^2)) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose } (mg/m^2)) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose } (mg/m^2)) + 40 (\text{cumulative melphalan dose } (mg/m^2)) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose } (mg/m^2)) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose } (mg/m^2)) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose } (mg/m^2))$

AC 療法 : ドキソルビシン, シクロホスファミド

(F)EC 療法 : (フルオロウラシル), エビルビシン, シクロホスファミド

FOLFOX 療法 : レボホリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン

CHOP 療法 : シクロホスファミド, ドキソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン

Dose-adjusted EPOCH 療法 : エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン

COP/CVP 療法 : シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン

ABVD 療法 : ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン

BEP 療法 : プレオマイシン, エトポシド, シスプラチン

EP 療法 : エトポシド, シスプラチン

急性骨髄性白血病治療 : アントラサイクリン + シタラビン

急性リンパ性白血病治療 : 多剤耐性療法

## 避妊期間について

妊孕性温存が可能な患者、もしくは妊孕性温存可能なパートナーがいる患者に対し、抗がん薬投与による遺伝毒性や生殖発生毒性等のリスクを最小限にとどめるため、現時点における科学的根拠に基づいた避妊期間での避妊が必要になります。女性の場合、卵子のDNA損傷、胚・胎児への直接的影響、男性の場合、精子形成への影響、パートナーへの精液を介した薬の移行などのリスクがあります。表Ⅲは、各抗がん薬の避妊期間推奨です。

推奨避妊期間のデータがない場合は、半減期 ( $T_{1/2}$ ) をもとに計算する方法もあります。

表Ⅳ 避妊期間の計算方法

性別	避妊期間
男性	5 × 半減期 + 3 ヶ月
女性	5 × 半減期 + 6 ヶ月

※半減期が2日未満の場合、男性3ヶ月、女性6か月としてもよい。

※「5 ×  $T_{1/2}$ 」は「医薬品が体内から消失する時間の実データ」があれば置き換えてよい。

※男性の避妊法はコンドームを使用するなど少なくとも接触回避するよう指導する。

### ■計算例：AC療法の場合

女性：ドキシソルビシン → ( $T_{1/2} = 37.2$  h) 6 ヶ月

シクロフォスファミド → 1 年 (インタビューフォームにデータあり)

男性：ドキシソルビシン → ( $T_{1/2} = 37.2$  h) 3 ヶ月

シクロフォスファミド → 6 ヶ月 (インタビューフォームにデータあり)

使用薬剤の推奨避妊期間のうち長い期間を採用 → **避妊期間の目安 1 年**

表Ⅲ 各抗がん薬の避妊期間推奨

【注射】各抗がん薬の避妊期間の推奨 (注釈の無いものはインタビューフォームより抜粋)

商品名	一般名	(女性) 避妊期間推奨	(男性) 避妊期間推奨
5-FU	フルオロウラシル	記載なし	記載なし
アドリアシン	ドキシソルビシン	記載なし	記載なし
アリムタ	ペメトレキセド	投与中及び最終投与後 6 ヶ月間	投与中及び最終投与後 3 ヶ月間
アルケラン	メルファラン	適切な避妊をするよう指導すること (期間の記載なし)	適切な避妊をするよう指導すること (期間の記載なし)
イホマイド	イホスファミド	投与中及び最終投与後 3 ヶ月間 (ドイツの添付文書)	投与中及び最終投与後 3 ヶ月間 (ドイツの添付文書)
イミフィンジ	デュルバルマブ	投与中及び最終投与後 3 ヶ月間	記載なし
エルプラット	オキサリプラチン	投与中及び投与終了後一定期間	投与中及び投与終了後一定期間
エンドキサン	シクロホスファミド	剤投与中及び最終投与後一定期間 投与終了後最低 1 年間 (IF(参考)より)	剤投与中及び最終投与後一定期間 投与終了後 6 ヶ月 (IF(参考)より)

【注射】各抗がん薬の避妊期間の推奨（注釈の無いものはインタビューフォームより抜粋）

商品名	一般名	（女性）避妊期間推奨	（男性）避妊期間推奨
エンハーツ	トラスツズマブデルクスデカン	投与中及び最終投与後 7 か月間	投与中及び最終投与後 4 か月間
オブジーボ	ニボルマブ	投与中及び最終投与後 5 か月間	記載なし
カドサイラ	トラスツズマブエムタンシン	投与中及び最終投与後 7 か月間	投与中及び最終投与後 4 か月間
キイトルーダ	ペムブロリズマブ	投与中及び最終投与後 4 か月間	記載なし
キロサイド	シタラビン	投与中及び投与終了後一定期間	投与中及び投与終了後一定期間
ジェムザール	ゲムシタビン	投与中及び最終投与後 6 か月間	投与中及び最終投与後 3 か月間
タキソール	パクリタキセル	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 6 か月以上 (CDDS 推奨)	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 6 か月以上 (CDDS 推奨)
テセントリク	アテゾリズマブ	投与中及び最終投与後 5 か月間	記載なし
ドキシル	ドキシソルピシン (リボソーム製剤)	投与中及び最終投与後 8 か月間	投与中及び最終投与後 6 か月間
トポテシン	イリノテカン	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 1 か月間 (英国の添付文書)	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 3 か月 (英国の添付文書)
パージェタ	ペルツズマブ	投与中及び最終投与後 3 か月間	記載なし
ハーセプチン	トラスツズマブ	投与中及び投与終了後最低 7 か月間	記載なし
パベンチオ	アベルマブ	投与中及び投与終了後一定期間	記載なし
ハラプラチン	カルボプラチン	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 6 か月以上 (CDDS 推奨)	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 6 か月以上 (CDDS 推奨)
フェスゴ	ペルツズマブ / トラスツズマブ	投与中及び最終投与後 7 か月間	記載なし
フルダラ	フルダラビン	記載なし	記載なし
ブレオ	ブレオマイシン	記載なし	記載なし
メソトレキセート	メソトレキサート	記載なし	記載なし
ラストット	エトポシド	投与終了後 6 か月間 (CDDS 推奨)	投与終了後 6 か月 (CDDS 推奨)
ランダ	シスプラチン	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 14 か月 (米国の添付文書) 投与終了後 6 か月 (欧州の添付文書)	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 14 か月 (米国の添付文書) 投与終了後 6 か月 (欧州の添付文書)
リツキシサン	リツキシマブ	投与中及び最終投与後 12 か月間	記載なし
ワンタキソテール	ドセタキセル	投与中及び最終投与後 2 か月間	投与中及び最終投与後 1 か月間

【経口】各抗がん薬の避妊期間の推奨（注釈の無いものはインタビューフォームより抜粋）

商品名	一般名	（女性）避妊期間推奨	（男性）避妊期間推奨
ゼローダ	カベシタビン	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 6 か月間 (米国の添付文書)	投与中及び投与終了後一定期間 投与終了後 3 か月間 (米国の添付文書)
ティーエスワン	テガフル / ギメラシル / オテラシル	投与中及び最終投与後 6 か月間	投与中及び最終投与後 3 か月間
ページニオ	アベマシクリブ	剤投与中及び最終投与後一定期間 投与終了後最低 3 週間 (IF (参考) より)	記載なし
ノルパデックス	タモキシフェン	投与中及び最終投与後 9 か月間	投与中及び最終投与後 6 か月間
リムパーザ	オラパリブ	投与中及び最終投与後 6 か月間	投与中及び最終投与後 3 か月間
タグリッソ	オシメルチニブ	投与中及び最終投与後 6 週間	投与中及び最終投与後 4 か月間
アレセンサ	アレクチニブ	投与中及び最終投与後 1 か月間	記載なし
レブラミド	レナリドミド	投与開始予定 4 週間前から 投与終了 4 週間後	投与終了 4 週間後

※各薬剤のインタビューフォームより一部改変

※こちらは当院採用 (2025/12 時点) の一部抗がん薬の推奨です。その他の薬剤は QR コードからご確認ください。



## 妊孕性温存について

がん治療をする患者が妊娠を考える際

- ・がんの治療前に妊娠するために必要な能力(妊孕性)を温存する「妊孕性温存療法」
- ・がんの治療後の妊娠を補助する「がん治療後の生殖医療」

を考える必要があります。

患者・家族が妊孕性温存を決定する前には、気持ちの整理や十分な医学的情報(がんの予後、抗がん薬の効果、性腺への影響等)が必要です。当院では、がん治療を遅延させることなく妊孕性温存療法が開始できるよう、希望する方にAYA支援チームの面談を受けていただきます。その上で妊孕性温存を希望される方は生殖チームに繋がります。

### 女性の場合

#### ■女性の妊孕性

不妊のリスクは、治療の内容や種類によって異なりますが、一般的には年齢が上がるほど高くなり、もとの生殖機能の状態によっても違いがあります。男性と比較し、女性の場合は妊孕性温存に時間を要するため、治療開始前にできるだけ早く妊孕性温存の希望を確認することが大切です。

表V 妊孕性温存方法 女性

	胚(受精卵)凍結保存	卵子凍結保存	卵巣組織凍結保存
方 法	排卵誘発 → 採卵 → 精子と体外受精 → 胚を凍結保存	排卵誘発 → 採卵 → 卵子を未受精のまま凍結保存	腹腔鏡手術で卵巣組織を採取 → 凍結保存 → 将来移植
対 象	18～42歳 既婚またはパートナーがいる	14～42歳 未婚または胚凍結ができない	0～42歳 婚姻は問わない
凍結保存までの期間	排卵誘発を含めて2～8週間	排卵誘発を含めて2～8週間	手術を含めて1～2週間
当院で実施する場合の費用の目安	56万円	45万円	当院実施なし

※費用は施設により異なり、また助成金受給の対象は43歳未満です。

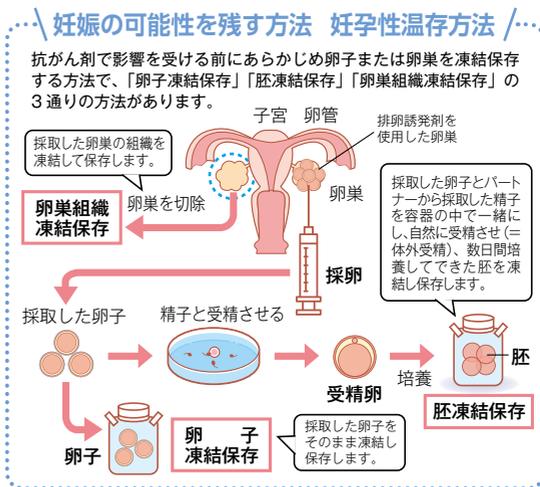
※日本癌治療学会「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2024年12月改訂第2版」より一部改変

#### ■がん治療後の妊娠方法

胚移植：凍結胚を融解し、子宮に移植

体外受精：凍結卵子を融解  
↓  
精子と受精  
↓  
胚移植

(がん治療を開始するにあたって 女性用「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」班(編)より引用・一部改訂)



図I 妊孕性温存の流れ(女性)

## 男性の場合

### ■男性の妊孕性

男性の場合、治療内容によっては精巣機能が不可逆的に低下することがあるため、治療開始前の早期対応が重要です。当院では、がん治療前に精子を採取・凍結保存するのが一般的で、精通（初めての射精）があった思春期以降であればほとんどの症例で実施可能です。

表VI 妊孕性温存方法 男性

	精子凍結保存	精巣内精子採取術	精巣組織凍結
方 法	マスターベーションによる精液採取→凍結保存	精巣から直接精子を採取→凍結保存	精巣からごく一部の組織を採取し凍結保存
対 象	思春期以降	思春期以降	思春期以前
凍結保存までの期間	1日	数日～1週間	実施施設の規定による
当院で実施する場合の費用の目安	5万5千円	当院実施なし	当院実施なし

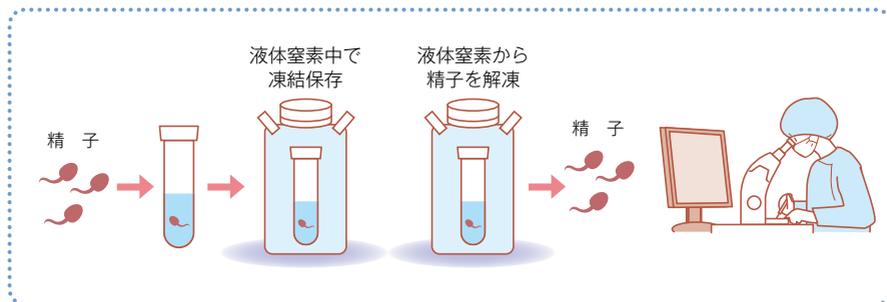
※費用は施設により異なります。

※日本癌治療学会「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2024年12月改版第2版」より一部改変

### ■がん治療後の妊娠方法

**顕微授精**：凍結精子を融解し、卵子に直接注入。

**胚移植**：受精卵をパートナーの子宮に移植。



図II 妊孕性温存の流れ（男性）

## 本領域に携わる各職種に期待したい役割

### ■共通：AYA 世代の背景を理解することが重要

- ❖ AYA 世代（15～39歳）は、就学・就職・結婚・出産・子育てなど、複数のライフイベントが重なる時期
  - ▶ 社会的・心理的サポートをより多く必要とします。
- ❖ 「AYA 世代の『大丈夫』は『だいじょばない』ことも。
  - ▶ 本音を引き出す丁寧なコミュニケーションを意識することが重要です。
- ❖ 一方で、本音トークを嫌がるのも AYA 世代
  - ▶ 気にかけているという姿勢を見せることが大切です。
- ❖ 特に思春期（15～19歳）は…
  - ☆医療者との年齢差や立場の違いから、質問や相談をためらう傾向も。
  - ☆知的には病気を理解できる段階にあるが、感情面では発達途上
    - ▶ 成長発達段階に応じた支援を行うことが重要です。
  - ☆精神的・経済的に親から独立していない場合も多く、説明や同意の際には家族関係への配慮も必要です。

### ■がん治療医

- ❖ AYA 世代のがんの身体的特徴を理解し、急性毒性だけでなく妊孕性を含むサイバパーシップ（がんの診断を受けた人がその後の生活で直面する様々な課題を乗り越えるための支援）に関わる晩期毒性も考慮すること。
- ❖ 妊孕性温存の対象となりうる患者への、初診時 / 早期からの妊孕性温存の選択肢の説明
  - ▶ AYA 支援チームや生殖チームとも情報共有すること。
- ❖ チームスタッフの意見を尊重し、院内外で AYA 支援の理解を広めること。

### ■看護師

- ❖ 診断や妊孕性に関する説明後の動揺や不安に対する、傾聴・受容的な姿勢および言葉の選び方への配慮。
  - ▶ 安心して話せる環境の提供を。
- ❖ 妊孕性の話題は個人差が大きく、話しづらさを伴う
  - ▶ プライバシーに配慮した空間の提供を。
- ❖ 患者ががんの病状や治療方針、妊孕性・性機能への影響を理解できるよう、丁寧に寄り添いながら行う意思決定支援。
- ❖ 患者の理解度や希望を確認し、必要に応じて医師・薬剤師・心理士へつなぎ、チームで共有すること。

## ■ 薬剤師

- ❖ 抗がん薬の初回説明時などに、医師から妊孕性に関する説明を受けているかを確認
  - ▶▶ 未説明の場合は主治医や AYA 支援チームへ共有すること。
- ❖ 各薬剤の避妊期間・生殖機能への影響（可逆性・長期影響など）の把握
  - ▶▶ 患者や他職種への正確な情報提供  
(エビデンスを意識し、最新のガイドライン（例：日本がん・生殖医療学会、ASCO、ESMO など）をもとに情報整理する)
- ❖ 診療科横断的に関わる立場として、診療科を超えた情報共有・橋渡し。

## ■ AYA 支援チーム（リエゾンナース・心理士）

- ❖ 妊孕性温存の決断に伴う葛藤（将来の希望・治療優先・家族関係など）を整理
  - ▶▶ 安心して選択できるような意思決定支援。
- ❖ 妊孕性喪失や将来への不安に対し、感情の受容や自己イメージの再構築の支援。
- ❖ 抑うつなど精神面での不調が生じた場合は、必要に応じて精神科へ繋ぐこと。

## ■ SW ソーシャルワーカー

- ❖ 妊孕性温存に伴う費用や助成制度の情報収集のフォロー
- ❖ 経済的・社会的背景を踏まえ、妊孕性温存を希望する患者と家族が安心して選択できるよう支援すること。

## コラム

### 認定がん・生殖ナビゲーター について

認定がん・生殖ナビゲーターは、がん患者と医療者の間に立ち、妊孕性温存や治療後の妊娠・出産に関する情報提供と調整を行う専門職です。医師・看護師・薬剤師・心理士・ソーシャルワーカーなどが研修を受けて認定され、患者が安心して相談・選択できるようサポートします。（日本がん・生殖医療学会による認定制度）

妊孕性に関する対応に迷ったら AYA 支援チームへ一報を。チーム内にも認定者が在籍し、相談・連携の窓口となります。



**Q：妊孕性温存はどんな方法で行う？痛みや期間は？**



**A：方法や期間は男女で異なります。**

女性は採卵までに2-6週間かかることがあります（外来受診は6回程度）。採卵時は麻酔を使用し、痛みの軽減に努めます。男性は採精後に精子を凍結します（外来受診は1-2回）。



**Q：妊孕性温存の費用は？**



**A：自費診療が中心で、方法によって費用が大きく異なります。**

当院では2025年度より、43歳未満の女性で公的助成制度を利用した妊孕性温存治療ができるようになりました。例えば卵子凍結は（カウンセリングを含め）概ね40～45万円で東京都の助成（30万円）を利用すると自己負担は約10～15万円が目安です。（2026年1月現在）

なお、妊孕性温存に利用できる支援には、①国の公的助成（研究促進事業）、②自治体の追加助成、③民間基金の3種類があります。国の助成は初回の凍結保存料が対象となる一方、保管料（更新料）は原則対象外です（ただし自治体によっては、カウンセリング費用や凍結保存料の一部、温存後のART（生殖補助医療技術）への上乗せ助成などがある場合があります）。また、助成は償還払い（立替が必要）の場合が多い点にご注意ください。血液疾患などでは、志村大輔基金・こうのとりマリーン基金等の民間基金が利用できる場合もあります。詳細は当院ホームページをご覧ください。



**Q：治療後に妊娠できる確率は？**



**A：年齢や治療内容によって大きく異なります。**

年齢が若いほど、卵巣機能や妊娠率の回復が期待できます。ただし個人差があります。

➡患者に不安がある場合は、AYA支援チーム面談をおすすめします。



**Q：乳がん術後ホルモン治療を中断して妊娠した場合、再発のリスクは？**



**A：再発リスクは治療内容・がんの種類・個人の経過によって異なります。**

一定期間のホルモン治療後に妊娠を検討する例もありますが、慎重な判断が必要です。

➡質問があれば必ず主治医に相談し、再発リスクと患者の希望をチームで検討する機会をもつようにしましょう。

がん治療医

 **Q：がん治療医が妊孕性温存目的で生殖治療医に患者を紹介する際、最低限患者に伝えねばならないことは？また、生殖治療医と共有しておくべきポイントは？**

 **A：がん治療医は、患者の妊孕性温存が現病の治療や予後に与える影響を確認後、患者・家族に下記を予めお伝えください。**

- ・ **がん治療が最優先**であること
- ・ **妊孕性温存により妊娠が保証されるわけではないこと**
- ・ **妊娠前にがん治療医の許可が必要**であること

 **Q：治療介入を急ぐ血液疾患や、遠隔転移のある状況で、妊孕性温存の選択肢についてどのように言及する？**

 **A：がんの病状から時間的猶予がない場合や長期予後が見込めない場合でも、がん治療開始前早期から全ての患者に対し妊孕性温存の可能性と不妊リスクについて説明します。**

ただし、妊孕性温存はがん治療を最優先することが大前提。治療による不妊のリスクを説明し、**妊孕性温存という選択肢がありつつも現状はがん治療が最優先である**とお伝えを。

 **Q：多くの説明が必要な中で、妊孕性の話題をいつ取り上げるべき？**

 **A：初診・治療方針説明の早い段階で“触れる”ことが基本。**

妊孕性温存の適応は治療開始までと時間が限られるため、早期に情報提供のきっかけをつくるのが重要です。

例：「治療に影響し得る将来の妊娠に関しても説明しておきたいことがあります。」患者が動揺している場合は無理に踏み込まず、説明タイミングの再調整を。妊孕性に関する説明時は、事前にAYA支援チームのリエゾンNsに連絡してください。

 **Q：家族と一緒に外来に来ているとき、患者本人と家族のどちらに話すべき？**

 **A：まず患者本人への説明を優先し、同意のもとで家族にも共有する。**

妊孕性は非常に個人的でデリケートな話題であり、本人の意思確認が最優先。

例：「この内容はご本人と確認しながらご家族と一緒にお話ししてもよいですか？」と、確認を取ってからの家族へ説明を。

本人のプライバシーと希望を尊重し、家族支援とのバランスを取ることが大切です。



**Q：治療後の妊娠活動再開について相談されたらどのように進めたら良い？**



**A：現時点で再発がないこと、原疾患の予後を確認し、生殖チームへの相談を行う。**

再開時期は“がん治療後の生殖医療の安全性”と“患者の希望”のバランスをチームで判断することが重要です。



**Q：射精 / 性交渉歴のない患者(思春期の患者など)への説明の留意点は？**



**A：本人の意思を最優先に、恥ずかしさや不安に配慮しつつ、選択肢と侵襲(負担)を具体的に示して納得して決められるよう支援します。**

- 男性でマスターベーションによる採精(精子を採取すること)が難しい場合
  - ☆男性医療者や父親が関与する場合がありますが、強要を避けることが重要。
  - ☆女性医療者が担当時は、学会動画などの資料も使用し、本人のペースでフォローを。
  - ☆成功しなかった場合も、努力を肯定し次の方法を一緒に検討します。
  - ☆局所麻酔での精巣内精子採取(TESE等)も候補となります。
- 女性は性交渉歴がないと経膈エコーが困難なことがあります。施設によっては静脈麻酔下で採卵が可能です。
- 未成年では親権者同意が必要でも、平易な言葉で繰り返し説明し、自ら意思決定できるように支援します。

## 看護師からの視点



**Q：診断直後、動揺している患者にどう寄り添えばいい？**



**A：焦らせず、まず「気持ちの整理を支える」。**

例：「急なことで驚かれたと思います。少しずつ整理していきましょう。必要なことはチームでも一緒に考えます。」

患者の沈黙や涙も自然な反応です。“答えを出す場”ではなく、“安心して話せる場”をつくることを意識してください。



**Q：妊孕性の話題をどう切り出せばよい？**



**A：例：「治療で将来の体への影響が気になることはありますか？」**

避妊や性の話題に入りにくい場合も、「将来の体」という言葉で緩やかに導入できます。



**Q：化学療法導入目的の入院時、初対面の患者に妊孕性の話をしてもいい？**



**A：まず主治医・チームへの確認を優先し、説明の有無と患者の状況を共有してから。**

初対面で妊孕性の話を切り出すと、「今から治療を頑張ろう」という気持ちの中で動揺することも。一方、未説明のままの治療開始は患者にとって不利益に。

例：「将来の妊娠に関する説明は受けていますか？」と確認の声掛けを。本資材や妊孕性に関する資料と一緒に確認しながら、「このようなお話は聞いたことがありますか？」など、直接的な表現を避けて説明することも可能です。その際は、「不安を与える」ではなく、「知らないまま治療が始まるリスクを防ぐ」という意識で。未説明であれば主治医やAYA 支援チームに速やかに報告・相談を。医師やチームと連携し、説明のタイミングをすり合わせる事が大切です。



**Q：患者が動揺したり、話を拒む様子があるときは？**



**A：無理に説明を続けず、“受け止めてつなぐ”ことが薬剤師の役割。**

例：「今すぐ答えを出さなくても大丈夫です。必要なときにいつでもお話できます。」心理士・看護師・医師へつなぎます。妊孕性は非常にセンシティブなテーマであり、「正しいことを伝える」よりも“安心して話せる空気をつくる”ことが重要です。



**Q：男性患者・女性患者で対応は異なる？**



**A：基本方針は同じ。「治療で生殖機能に影響がある可能性がある」ことを伝える。**

ただし、年齢やライフプラン、家族構成によって受け止め方は異なります。

- ・男性：精子保存の可否やタイミングの具体的確認を促す。
- ・女性：月経停止や将来の妊娠の可能性など、身体的・心理的影響を踏まえて説明。いずれも、「妊孕性を守るために早めの相談が大切」な点を伝えることがポイントです。



**Q：避妊に関する情報を提供するとき、どのように話を始めたらいい？**



**A：例：「これから使うお薬は、将来の妊娠や体への影響することがあります。」**

“避妊”という言葉の前に、「薬の影響」や「将来の選択肢」という言葉を使うと、抵抗感が少なく話しやすくなります。



**Q：パートナーがいない患者にも避妊や妊孕性温存の説明は必要？**



**A：必要です。**妊孕性の説明は「今の状況」ではなく「将来の可能性」についての話です。パートナーの有無に関係なく、「今後もし将来妊娠を希望される場合に備えて」という前置きを添えると伝えやすく、誤解を防げます。また、進行・再発がんの患者に対しても、避妊の必要性について説明しましょう。

