
V. 調查結果報告

1. 治療開始前までの体験

1.1 診断・治療までに要した時間

調査の背景

一般的に、初診からがんの確定診断までは、患者の全身状態や、がん種・部位・性状・病期などの病状を正確に把握するためにさまざまな検査を行う必要がある。また、診断から治療開始までの間にも、治療方針や選択肢を検討するために精密検査を続ける必要がある。そのため、初診から診断までの期間、診断から治療開始まで、適切な時間をかけて病状の評価・把握を行うことが必要になる。

しかし、患者にとっては、待ち時間の間に病状が進行するのではないかと、また、今後の生活や治療はどうなるのか、といった漠然とした不安を抱えざるを得ない期間でもある。

このような患者の不安を軽減し待ち時間を客観的に把握するための参考として、いくつかの病院では、がん種別の検査・治療待ち日数のおおよその目安をホームページ等に記載して公表している。ただし、この情報は病院によって異なり、全国どこの病院でも同一の待ち時間の目安が標準化されているわけではない。また、諸事情が影響するため実際の診療はこの通りに実施されないこともある。

上記については、特に希少がんにおいて課題として挙げられることが多く、診断が困難であるため診断まで時間がかかる、診断が二転三転する、治療方法が確立していないなどが、原因として指摘されている¹⁾。対策としては、患者の集約化や施設の専門化、地域の拠点病院との連携の強化、専門的知識を有する医療従事者を継続的に育成するシステム、専門外の医療従事者に対する啓発等の必要性が挙げられるものの、現状を整理するのは容易ではない。そこで、がん患者が実際に診断や治療までに要した時間や、希少がん患者における傾向を把握するために、調査を行った。

結果

調査の結果、初診から診断まで1ヶ月未満であった患者は71.5%であり、希少がんでは1ヶ月未満の診断は少なかった（＝長い傾向）。一方、診断から治療まで1ヶ月未満であった患者は62.2%であり、希少がんではその割合は多く（＝短い傾向）、若年者のがんでは少ない（＝長い傾向）ことがわかった。ただし、回答者によって「診断」の時点や「治療開始」の捉え方が正確ではない可能性もある点に注意が必要である。

考察

現在、四肢軟部肉腫や眼腫瘍といった一部の希少がんをはじめとして、専門施設の認定や連携、病理コンサルテーションシステムの構築、情報発信といった対策が開始されている。今後、それらの対策の評価や改善と同時に、さらに対象となるがん種を増やしていくことが望ましいと考えられ²⁾、希少がん患者における診断・治療開始までの時間の短縮にも寄与する可能性がある。また、若年者のがんでは治療開始までの期間が長期間であった理由として、セカンドオピニオンを受けた、妊孕性温存のための治療を行った、などの可能性も考えられる。診断、治療までの期間を短縮することが患者の心理的な安心にとって望ましい場合が多い反面、この期間は、各科の垣根を超えたカンファレンス（カンサーボード）を通じた治療方針の決定、患者が納得して治療を受けるための他院紹介、今後の妊娠希望といった患者の希望に沿った対策を行うために必要な時間であり、短ければよいとも言えない点には留意する必要がある。

初診から診断までにかかった時間

問 10. なんらかの症状や検診で異常があって初めて病院・診療所を受診した日から、医師からがんと説明（確定診断）されるまで、おおよそどのくらいの時間がかかりましたか。

回答選択肢：{2週間未満、2週間以上1ヶ月未満、1ヶ月以上3ヶ月未満、3ヶ月以上6ヶ月未満、6ヶ月以上、わからない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 10	回答者全体*	2週間未満、2週間以上1ヶ月未満と回答した人の割合
結果	71.5%	

*上記「わからない」を除いた回答者全体

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度の調査で同様の回答をした人は計 70.8%であった。各選択肢の分布についても、今回と明らかな差を認めなかった。なお、本問は、前回と回答選択肢は同一であるが、経過の最初からという意味を強調するため、質問文に「初めて」という文言を追加している。また、前は「期間」を聞いていたが、より自然な「時間」という単語に置き換えた。

詳細な回答の内訳は下記。

選択肢	母集団補正值 (平成 30 年度)	母集団補正值 (平成 26 年度)
2週間未満	42.8%	44.3%
2週間以上1ヶ月未満	28.7%	26.5%
1ヶ月以上3ヶ月未満	15.8%	17.7%
3ヶ月以上6ヶ月未満	5.5%	5.1%
6ヶ月以上	7.2%	6.4%

<グループ別の結果>

「2週間未満、2週間以上1ヶ月未満」と回答した人は【A:希少がん患者】は66.4%、【B:若年がん患者】は66.2%、【C:一般がん患者】は71.9%との結果であった。【C:一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、【A:希少がん患者】では「2週間未満、2週間以上1ヶ月未満」との回答者が有意に少なく診断まで比較的長期間を要している傾向がみられたが(P=0.03)、【B:若年がん患者】では有意水準を満たす差異とはならなかった(P=0.07)。同様に、【拠点病院】と【その他の病院】との群間で統計的検討を行ったところ、各々70.4%、74.6%との結果であり、拠点病院で低かったが有意水準には達しなかった(P=0.05)。

	全体	A:希少がん 患者	B:若年 がん患者	C:一般 がん患者
2週間未満	42.8%	38.1%	30.9%	43.3%
2週間以上1ヶ月未満	28.7%	28.3%	35.3%	28.6%
1ヶ月以上3ヶ月未満	15.8%	18.7%	19.0%	15.5%
3ヶ月以上6ヶ月未満	5.5%	7.0%	5.7%	5.5%
6ヶ月以上	7.2%	8.0%	9.1%	7.1%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答は除外。

<留意点>

回答者によって「診断」の捉え方が違う可能性があり、さらに回答者の記憶に基づいた回答であるため、必ずしも客観的な期間を反映しているとは限らない点に注意が必要である。

診断から治療開始までにかかった時間

問 11. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療が始まるまで、おおよそどのくらいの時間がかかりましたか。

回答選択肢：{診断される前に治療が開始されていた、2 週間未満、2 週間以上 1 ヶ月未満、1 ヶ月以上 3 ヶ月未満、3 ヶ月以上 6 ヶ月未満、6 ヶ月以上、治療なし、わからない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 11	回答者全体*	2 週間未満、2 週間以上 1 ヶ月未満と回答した人の割合
結果	62.2%	

*上記「わからない」を除いた回答者全体

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度の調査で同様の回答をした人は計 56.2%であった。各選択肢の分布についても、今回と明らかな差を認めなかった。なお、本問は問 10 と同様、「期間」を「時間」と文言を変更したのみで回答選択肢は前回と同一である。

詳細な回答の内訳は下記。

選択肢	母集団補正值 (平成 30 年度)	母集団補正值 (平成 26 年度)
2 週間未満	30.1%	26.7%
2 週間以上 1 ヶ月未満	32.1%	29.5%
1 ヶ月以上 3 ヶ月未満	26.7%	29.1%
3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	4.4%	4.7%
6 ヶ月以上	1.6%	2.4%
診断される前に治療が開始されていた	2.6%	1.7%
治療なし	2.5%	3.1%

<グループ別の結果>

「2 週間未満、2 週間以上 1 ヶ月未満」と回答した人は【A:希少がん患者】は 72.3%、【B:若年がん患者】は 52.5%、【C:一般がん患者】は 62.0%との結果であった。【C:一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、【A:希少がん患者】では「2 週間未満、2 週間以上 1 ヶ月未満」との回答者が有意に多く診断まで短期間である傾向がみられた(P<0.01)。一方、【B:若年がん患者】では有意に少なく診断まで比較的長期間を要している傾向がみられた(P=0.01)。同様に、【拠点病院】と【その他の病院】との群間で統計的検討を行ったところ、各々 59.6%、69.5%との結果であり、【拠点病院】では有意に「2 週間未満、2 週間以上 1 ヶ月未満」との回答の割合が少なく、診断から治療開始まで長期間を要している傾向がみられた(P<0.01)。

	全体	A:希少がん患者	B:若年がん患者	C:一般がん患者
2週間未満	30.1%	31.2%	20.2%	30.3%
2週間以上1ヶ月未満	32.1%	41.1%	32.3%	31.7%
1ヶ月以上3ヶ月未満	26.7%	17.0%	34.3%	27.0%
3ヶ月以上6ヶ月未満	4.4%	3.2%	4.4%	4.4%
6ヶ月以上	1.6%	0.6%	0.8%	1.7%
診断される前に治療が開始されていた	2.6%	5.1%	6.3%	2.3%
治療なし	2.5%	1.8%	1.7%	2.6%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答、「わからない」を除外。

<留意点>

回答者によって「診断」や「治療開始」の捉え方が違う可能性があり、さらに回答者の記憶に基づいた回答であるため、必ずしも客観的な期間を反映しているとは限らない点に注意が必要である。

参考資料：

1. 国立がん研究センターがん対策情報センター. (2014). 希少がん対策ワークショップ報告書. http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf.

<閲覧日：2020年10月10日>

2. 厚生労働省. (2015). 希少がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000095429.pdf>

1.2 治療前の相談

調査の背景

がんと診断を告げられるのは非常に大きな衝撃である¹。その衝撃を和らげるためには、1人の心の中にため込まないで、家族や親しい友人、あるいは担当医を含めた医療スタッフ等の周囲に可能な範囲で話し心の整理を可能とすることが有用であるといわれている^{1,2}。そして落ち着いて担当医の説明を受け、必要に応じて主治医・担当医以外からも情報を得た上で自分の病状を十分に理解し、納得のいく治療選択を行うことが重要である。

医療提供側・体制としても、がん対策基本法第2条第3項の基本理念³にも「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」とある。個々の患者でライフステージや置かれている状況、がん治療に対する考えは多様なため、担当医が診療ガイドラインに基づく標準治療をするだけでなく、本人の意向を十分尊重して必要な治療の選択肢や関連情報が得られるようにすることが重要である。そのため、多面的な情報提供体制はもちろん、セカンドオピニオンも重要な方策となる。セカンドオピニオンは、拠点病院の整備指針の中に「がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備すること。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備すること」と掲示されている。これは、セカンドオピニオンを受けるには病状に関しての検査結果などを持っている主治医・担当医の協力が不可欠である一方、患者側からセカンドオピニオンの希望を話し出しづらいという心理があることから、主治医側からその選択肢を提示・説明することが非常に重要であることを指摘したもののといえる。

今回の患者体験調査は、前回に引き続き、がん患者が診断を受けた後、周囲と相談できたかどうか、担当医を含めた医療スタッフから情報提供がどの程度実施され、そういった情報をもとに納得のいく治療選択が行えたかどうかを測定するために、質問を設定した。セカンドオピニオンに関しては、担当医から説明を受けたことがあるかに加えて、実際にどのくらいの利用がなされているのかを調査するために問いを新設した。

結果

調査の結果、周囲の誰かに「相談できた」と回答した人が76.3%、医療スタッフから十分な情報を得ることができたかに「とてもそう思う、ある程度そう思う」と回答した人が75.0%だった。「がんの診断から治療開始までの状況を振り返って納得のいく治療を選択することができた」と回答した人は79.0%だった。また、セカンドオピニオンについて担当医から説明を受けた割合は34.9%にとどまっていた。

考察

質問内容の修正による影響を補正して平成26年度と平成30年度の調査結果を比較すると、納得のいく治療選択ができていない人の割合は横ばいで推移していた。一方、多数の患者が医療スタッフからの情報は十分と回答し、治療選択に納得している現状はあるものの、セカンドオピニオンに関して説明を受けた患者は前回から微減した。個々の状況によりセカンドオピニオンが到底不要と考えられる場合もないわけではないが、患者が心理的に遠慮をする場合もあるため、セカンドオピニオンを含めた医療者および周囲との相談支援体制を整備することは、引き続き重要である。本問を受け、治療選択に納得できていないと回答した患者が少なからず存在しているため、治療前に適切な情報提供を受け、気軽に相談できる環境を整えることで、より質の高い医療・療養体験が可能になると考えられる。

療養に関する相談が可能であったか

問 12. がんと診断されてから治療を始める前の間に、病気のことや療養生活に関して誰かに相談することができましたか。

回答選択肢：{相談を必要としなかった；相談が必要だったが、できなかった；相談できた}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 12	回答者全体	「相談できた」と回答した患者の割合
結果	76.3%	

今回の調査では、具体的な相談相手についても質問しており、相談相手としては、自分の家族が 69.8%となっており一番多く、次いで主治医が 66.9%、友人 13.2%となっている。それ以外の相談相手（医師以外の医療スタッフや患者団体等）は 10%以下となっていた。

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度の調査において同様の問いに回答した人のうち、がんについて相談する場があったと回答したのは、67.4%であった。平成 26 年度では「がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関するさまざまな疑問について相談できる場がありましたか」という問いだったが、平成 30 年度では「がんと診断されてから治療を始める前の間に、病気のことや療養生活に関して誰かに相談することができましたか」と変更されており、「場があったか」と「可能だったか」という内容に違いがあるため前者の方が限定的に捉えられた可能性もあり比較には注意が必要である。

<グループ別の結果>

「相談を必要としなかった」と答えた割合は、【A：希少がん患者】は 17.6%、【B：若年がん患者】は 5.4%、【C：一般がん患者】は 20.5%であった。【C：一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、【A：希少がん患者】では有意な差はなく（ $P=0.41$ ）、【B：若年がん患者】で有意に低かった（ $P<0.01$ ）。さらに、「相談を必要としなかった」と回答した人を除外し、相談が必要な人に分母を絞って計算をしたところ、「相談できた」と回答した人は、【A：希少がん患者】は 94.5%、【B：若年がん患者】は 94.0%、【C：一般がん患者】は 95.5%であった。【C：一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、3 群間で差はなかった（ $P=0.59$ ）。また、「誰に相談しましたか」という質問に対して、【C：一般がん患者】を基準としたときに、【B：若年がん患者】では、主治医の割合は少なくなっていた（ $P=0.02$ ）が、看護師、がん相談支援センターの担当者、自分の家族、友人、インターネットの相談（質問）サイトを選択している人は多かった（ $P<0.01$ ）。

	全体	A: 希少がん患者	B: 若年がん患者	C: 一般がん患者
相談を必要としなかった	20.0%	17.6%	5.4%	20.5%
相談が必要だったが、できなかった	3.7%	4.5%	5.7%	3.6%
相談できた	76.3%	77.9%	89.0%	75.9%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答を除外。

上記で「相談できた」と回答した人の分布（療養に関する相談ができた相手について）

	全体	A: 希少がん患者	B: 若年がん患者	C: 一般がん患者
主治医	66.9%	64.3%	59.8%	67.2%
看護師	9.9%	12.1%	22.3%	9.4%
医師、看護師以外の医療スタッフ	7.4%	4.6%	8.1%	7.6%
がん相談支援センターの担当者	3.9%	5.0%	6.9%	3.7%
自分の家族	69.8%	75.5%	82.8%	69.1%
友人	13.2%	12.4%	33.5%	12.7%
他のがん患者（患者団体を含む）	3.0%	0.5%	4.7%	3.0%
インターネットの相談（質問）サイト	1.8%	1.2%	4.6%	1.8%
その他	1.5%	1.7%	4.3%	1.4%

複数回答可。回答者のうち、無回答を除外。

<留意点>

相談の内容について回答者が考えているものが異なる可能性がある。しかし、相談すべき内容が個人によって異なるのは当然であるため、ニーズの充足をよりの確に捉えるためには、質問の複雑化が必要になってしまう。質問の表現や詳細度については今後の課題と考えられる。

医師からのセカンドオピニオンの説明紹介

問 13. がんの治療が始まる前に、担当医からセカンドオピニオンについて話がありましたか。

回答選択肢：{話があった、話はなかった}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 13	回答者全体	「話があった」と回答した患者の割合
結果	34.9%	

「話はなかった」と回答した人のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねたと回答した。

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度では、同様の問いに対して、「説明はありましたか」と回答した人は、40.3%であった。平成 26 年度では「がんの治療が始まる前に、他の医師の意見を聞くセカンドオピニオンを受けることについて担当医から説明はありましたか」という問いだったが、平成 30 年度では同様の質問を 2 項目に分け、また、「説明はありましたか」ではなく「話はありましたか」と変更されている。さらに、平成 30 年度では「わからない」という選択肢も削除されている。そのため、平成 26 年度より約 5 ポイント程度減少がみられるが、「わからない」が否定的な回答に流れた可能性もあり単純な比較は難しい。

<グループ別の結果>

「話があった」と回答した人は、【A：希少がん患者】は 35.2%、【B：若年がん患者】は 27.9%、【C：一般がん患者】は 35.1%であった。【C：一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、【A：希少がん患者】との間に有意差は無く(P=0.98)、【B：若年がん患者】で有意に少なかった(P=0.01)。

その後の対応で自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねた人は、【A：希少がん患者】は 10.9%、【B：若年がん患者】は 16.3%、【C：一般がん患者】は 8.8%であった。上記と同様の差の検定を行ったところ、【B：若年がん患者】で有意に高くなっていた(P<0.01)。また、病院種別の比較においては、「話があった」と回答した人の割合は、【拠点病院】では 34.2%、【その他の病院】は 37.0%であった。【拠点病院】で【その他の病院】よりも低い傾向にあるものの群間で統計的検定上の有意差はなかった(P=0.22)。

	全体	A:希少がん患者	B:若年がん患者	C:一般がん患者
話があった	34.9%	35.2%	27.9%	35.1%
話はなかった	65.1%	64.8%	72.1%	64.9%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答を除外。

上記で「話はなかった」と回答した人の分布（セカンドオピニオンの説明がなかったと回答した人のその後の対応について）

	全体	A:希少がん患者	B:若年がん患者	C:一般がん患者
特に何もしなかった	90.9%	89.1%	83.7%	91.2%
自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねた	9.1%	10.9%	16.3%	8.8%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答を除外。

<留意点>

セカンドオピニオンは、別の病院の医師に意見を聞くことではあるが、現在担当となっている医師のもとで治療を受けることを前提としている⁵。診断後すぐに治療が必要な場合や、そもそも別の病院で医療を受けたいと感じている場合もあるため、セカンドオピニオンに関しての話をすべての患者が必要としているわけではない。しかし、一方で、主治医との関係性を悪くしたくないと考え、セカンドオピニオンについて聞くこと自体にためらいを持つ患者も存在するため⁵、医師からセカンドオピニオンの提案があることは確保すべき課題である。

セカンドオピニオンの受診

問 14. 実際にセカンドオピニオンを受けましたか。

回答選択肢：{受けた、受けなかった、わからない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 14	回答者全体*	「受けた」と回答した患者の割合
結果	19.5%	

*上記「わからない」を除いた回答者全体

<平成 26 年度との比較>

本問は、平成 30 年度に新たに設定された問いである。

<グループ別の結果>

実際にセカンドオピニオンを「受けた」という回答は、【A：希少がん患者】は 21.9%、【B：若年がん患者】は 19.4%、【C：一般がん患者】は 19.4%であった。3 群で統計的検定を行ったところ、これらの差は有意ではなかった(P=0.54)。

また、同様の割合は、【拠点病院】で 19.7%、【その他の病院】では、19.1%であり、2 群間の統計的検定でも差がなかった (P=0.77)。

	全体	A: 希少がん患者	B: 若年がん患者	C: 一般がん患者
受けた	19.5%	21.9%	19.4%	19.4%
受けなかった	80.5%	78.1%	80.6%	80.6%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答、「わからない」を除外。

<留意点>

患者体験調査の対象となったすべてのがん患者に聞いているため、診断後すぐに治療に移行した等、セカンドオピニオンを受ける時間的余裕がなかった人も含まれている。

また、セカンドオピニオンは自由診療となっており経済的負担を考慮して受けなかった人や、医師に遠慮してセカンドオピニオンについて言い出すことができなかった人もいると考えられる。

平成 23 年度の受療行動調査⁶では、セカンドオピニオンが「必要だと思う」は外来が 23.4%、入院が 34.6%となっているため、すべての人にセカンドオピニオンの機会を提供する医療者の配慮も必要であると考えられる。

医療スタッフからの情報の取得

問 15-1. 「がん治療」を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報を得ることができた。

回答選択肢：{とてもそう思う、ある程度そう思う、ややそう思う、どちらともいえない、そう思わない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 15-1	回答者全体	「とてもそう思う、ある程度そう思う」と回答した患者の割合
結果	75.0%	

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度の調査において同様の問いに回答した人のうち、肯定的な回答をしたのは計 84.5%であった。平成 26 年度は「これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか？」という問いだったが、平成 30 年度は「『がん治療』を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報を得ることができた」と変更になっている。26 年度はスケジュールに言及しているのに対して、30 年度は治療に関する情報に焦点を当てている。また、30 年度では「情報を欲しいと思わなかった」という選択肢が削除されている。肯定的な回答をした人は、26 年度よりも約 15 ポイント減少しているが、質問の焦点が異なるため結果の比較には注意が必要である。

<グループ別の結果>

肯定的な回答をした人は、【A：希少がん患者】は 75.7%、【B：若年がん患者】は 65.4%、【C：一般がん患者】は 75.2%であった。【C：一般がん患者】を基準として統計的検定を行ったところ、【A：希少がん患者】との間に有意差は無く(P=0.77)、【B：若年がん患者】で有意に少なかった(P=0.02)。

	全体	A: 希少がん患者	B: 若年がん患者	C: 一般がん患者
そう思わない	4.4%	3.8%	6.0%	4.4%
どちらともいえない	6.9%	4.8%	14.1%	6.9%
ややそう思う	13.7%	15.5%	14.6%	13.5%
ある程度そう思う	46.1%	43.9%	42.5%	46.3%
とてもそう思う	28.9%	31.8%	22.9%	28.9%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答を除外。

<留意点>

医療者からの情報提供の充実とは本質的な課題といえる。上位 2 つの回答の推移は今後注視していく必要があると考えられるが、少なくとも「どちらともいえない」「そう思わない」との回答を減らしていくべきである。ただし、同時にインターネット上での情報サイトなどの充実によって、患者が十分と感じる情報提供のレベルが変化する可能性があることも考慮して数値を解釈する必要があるかもしれない。

納得のいく治療選択

問 15-2. がんの診断から治療開始までの状況を総合的に振り返って、納得いく治療を選択することができた。

回答選択肢：{とてもそう思う、ある程度そう思う、ややそう思う、どちらともいえない、そう思わない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 15-2	回答者全体	「とてもそう思う、ある程度そう思う」と回答した患者の割合
結果	79.0%	

<平成 26 年度との比較>

平成 26 年度の調査において同様の問いに回答した人のうち、肯定的な回答をしたのは計 84.5%であった。平成 26 年度の調査は、質問は同一ではあったものの回答の選択肢は異なっているため単純比較には注意が必要であるが、平成 30 年度の結果を 26 年度と比較可能な値に計算しなおすと、83.4% (90.7%×0.92) となっており、ほぼ横ばいで推移している。

<グループ別の結果>

肯定的な回答をした人は、【A：希少がん患者】は 81.4%、【B：若年がん患者】は 76.1%、【C：一般がん患者】は 78.9%であった。3 群で統計的検定を行ったところ、これらの差は有意ではなかった (P=0.45)。

	全体	A:希少がん患者	B:若年がん患者	C:一般がん患者
そう思わない	3.5%	3.5%	1.8%	3.5%
どちらともいえない	5.8%	5.0%	5.3%	5.9%
ややそう思う	11.7%	10.2%	16.7%	11.6%
ある程度そう思う	39.1%	39.4%	31.7%	39.3%
とてもそう思う	39.9%	42.0%	44.4%	39.6%
合計	100%	100%	100%	100%

回答者のうち、無回答を除外。

<留意点>

患者は治療選択の際には、治療の効果や副作用だけではなく、就労への影響や治療の経済的負担等多面的な情報を判断材料としている可能性がある⁷。本問では、医療機関からの情報提供のみならず、患者の社会的な状況や、「得られるはずの情報」の程度に関する期待等も回答へ影響していると考えられるため、比較には、経時的に状況・期待が変化する可能性を考慮した数値の解釈が必要である。

参考資料：

1. Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
2. Galaal, K., Bryant, A., Deane, KH, Al -Khaduri, M, Lopes, AD. (2011). Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161490Art>.
3. 国立がん研究センター. (2019). 治療法を考える, がん情報サービス. https://ganjoho.jp/public/dia_tre/diagnosis/hikkei_02-01-03.html. (閲覧日: 2020年10月10日)
4. 厚生労働省. (2016). 改正後のがん対策基本法. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkoukouzoushinka/0000146908.pdf>. (閲覧日: 2020年10月10日)
5. 松井 美由紀, 秋元 典子. (2016). セカンドオピニオンを受けた女性乳がん患者の初期治療選択過程. *日本がん看護学会誌*, 30(3), 29-39.
6. 厚生労働省. (2012). 平成23年度受療行動調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/dl/kekka-gaiyo.pdf>. (閲覧日: 2020年10月10日)
7. 国立がん研究センター. (2019). セカンドオピニオン, がん情報サービス. https://ganjoho.jp/public/dia_tre/diagnosis/second_opinion.html (閲覧日: 2020年10月10日)

1.3 妊孕性の温存

調査の背景

若年者のがんは、成長発達の過程や社会的な役割の変化において特徴あるライフステージで発症することから、一般的な成人のがんとは異なる対策が求められる。また、他の世代に比べて患者数が少なく疾患構成が多様であることから、医療従事者に診療や支援の経験が蓄積されにくいといった点も指摘されている。さらに、就学、就労、妊娠、出産等の状況が異なり、情報提供・相談支援体制等が十分ではないといった現状もあり、課題が多い。中でも妊孕性温存は、がん患者およびサバイバーの生活の質（QOL）にとって重要であり、生殖可能年齢にあるがん患者を診察するすべての医師は、がん治療が妊孕性に影響する可能性について説明し、適切な処置をとる必要がある¹。そこで現状について把握するために調査を行った。

前回に引き続き、今回の患者体験調査でも、医師からの説明の有無について質問を設定し、実際に予防・温存のための処置を行った体験の有無について質問を新設した。なお、前回調査では40歳未満の回答者にのみ質問をしたが、今回の調査では、妊孕性温存の質問は年齢を限定せずすべての回答者に尋ねている。比較のため、前回に倣い40歳未満を主な分析・検討対象とした。しかし、妊孕性に関してある一定の年齢で区切って議論を行うことには課題があり、個々の患者の背景や希望に応じて対応していく必要がある。（全年齢の集計は、巻末集計資料3参照）

結果

調査の結果、がん治療による不妊の影響について説明を受けたと答えた者は52.0%と前回の48.2%と比較してやや増加傾向であったが、まだ十分とはいえない現状が明らかとなった。具体的な説明内容については、「不妊の影響があり、具体的な予防・温存の方法まで説明があった」割合は26.6%と前回調査での17.7%より増加したものの、「不妊の影響がある、という説明はあったが、予防・温存の具体的な方法までは説明がなかった」割合についても前回の8.5%から12.0%へ増加した。なお、実際に予防・温存のための処置を行った40歳未満の回答者は8.9%にとどまった。

考察

不妊の影響有無や妊孕性温存について言及された患者は増加傾向にあるものの、対応に関して具体的な説明を受けられなかった患者も見受けられた。患者の年齢、配偶者の有無、がん種、がん治療の種類（化学療法・放射線療法）、がん治療開始までの時間的制限などにより適応となる妊孕性温存の治療や推奨される治療は異なる^{2,3,4}。また、がん治療を優先させるために迅速に妊孕性温存治療を行う必要がある場合や、十分な妊孕性温存治療を行うためにがん治療の開始とバランスを考えることができる場合があるなど、患者ごとに緊急性も異なり、また、個々の心理社会的状況もさまざまである。そのため、医療者は、具体的な予防・温存の方法、それに伴う身体的・金銭的負担についても情報提供を行うことが必要である。さらに、生殖医療の専門家とタイムリーに連携できる診療体制や、個々の背景に応じた多様なニーズに対応できる情報提供や支援体制の整備等が求められる。

妊孕性についての説明

問 16. 最初のがん治療が開始される前に、医師からその治療による不妊の影響について説明を受けましたか。

回答選択肢：{説明はされていない、説明があった、わからない}

	対象(分母)	算出法(分子)
問 16	40 歳未満の回答者	「説明があった」と回答した人の割合
結果	52.0%	

質問は全員に対して行った。

詳細な回答の内訳は下記。

選択肢	代表患者数	母集団補正值 (は平成 26 年度)
説明はされていない：↓必要性	3,722	42.3%(36.7%)
説明を必要としていた	952	10.8%
説明を必要としていなかった	2,673	30.4%
(必要性について) 無回答	97	1.1%
説明があった：↓説明内容	4,571	52.0%(48.2%)
不妊の影響はない、という説明を受けた	517	5.9%(16.0%)
不妊の影響があり、具体的な 予防・温存の方法まで説明があった	2,334	26.6%(17.7%)
不妊の影響があるが、予防・温存の 方法は存在しないと説明があった	462	5.3%(4.5%)
不妊の影響がある、という説明はあったが 予防・温存の具体的方法までは説明がなかった	1,057	12.0%(8.5%)
わからない	110	1.3%(1.6%)
(説明内容について) 無回答	91	1.0%(0.0%)
わからない	494	5.6%(15.0%)

(無回答[10名]は除外)

<平成 26 年度との比較>

本問は、問いおよび回答選択肢の双方において平成 26 年度の調査と同一であるが、前回の報告書では、「不妊の影響がある、という説明はあったが予防・温存の具体的方法までは説明がなかった」と回答した人を分子に含めず解析しており、38.1%との結果であった。平成 26 年度の調査において、上記の選択肢を回答した人も分子に含め、今回と同様の方法で計算すると計 48.2%であり、不妊の影響について説明を受けた 40 歳未満の患者は、わずかに増加傾向にあると予想される。解析詳細については上記の表を参照。

<グループ別の結果>

本問では A, B, C 間での比較は適切でないと考え、行っていない。「説明があった」と回答した人は、【拠点病院】では 51.6%、【その他の病院】では 54.0%との結果であり、2 群間で統計的検定を行ったところ、回答分布に有意な差を認めなかった ($P=0.72$)。

また、40 歳未満で男女別に解析を行ったところ、「説明があった」と回答した人は、男性 41.0%、女性 55.4%であった。2 群間で統計的検定を行ったところ、女性の方が高かったが、有意水準には達しなかった ($P=0.10$)。

50 歳未満の回答者としたところ、「説明があった」と回答した人は、36.0%であった。また、年齢で区切らず回答者の男性すべてを対象とした場合、「説明があった」と回答した人は、12.3%であった。

なお、40 歳以上の回答者で「説明があった」と回答した人の割合は 9.8%との結果であった。

<留意点>

40 歳未満で説明を受けなかったとした回答者のうち、説明を必要としていたと回答した割合は 25.6%にとどまった (全体では 10.8%)。がん治療による不妊の影響の有無や具体的な温存方法の有無は、患者の状況や加療内容によって各々異なるため、医師による説明内容の正確性や妥当性に関して、今回の調査からは判断できないという点に注意が必要である。

妊孕性温存処置の実施

問 17. 不妊の影響に対し、実際に予防・温存（精子や卵子の保存や、治療方法や薬の変更を含む）のための処置を行いましたか。

回答選択肢：{行った、行わなかった、わからない}

	対象（分母）	算出法（分子）
問 17	40 歳未満の回答者	「行った」と回答した人の割合
結果	8.9%	

質問は全員に対して行った。

<平成 26 年度との比較>

平成 30 年度に新たに設定された問いである。

<グループ別の結果>

本問では A, B, C 間での比較は適切でないと考え、行っていない。「行った」と回答した人は、【拠点病院】では 9.5%、【その他の病院】では 6.0%との結果であり、2 群間で統計的検定を行ったところ、回答分布に有意な差を認めなかった(P=0.59)。

また、40 歳未満の男女別で解析を行ったところ、「行った」と回答した人は、男性 16.6%、女性 6.6%であった。2 群間で統計的検定を行ったところ、男性の方が有意に高かった(P<0.01)。さらに、50 歳未満の男女を対象とした解析を行ったところ、「行った」と回答した人は、3.6%であった。また、年齢で分けずに全男性のみを対象としたところ、1.3%であった。なお、40 歳以上の回答者で「行った」と回答した人の割合は 0.9%との結果であった。

<留意点>

今回は不妊の影響に対し実際に予防・温存のための処置を行ったか否かを問うている。そのため、何らかの要因（金銭、体力、説明の有無など）により行わなかった人を含めると、予防・温存処置を望んでいる人は、より多くいる可能性があるかもしれない。

参考資料：

1. Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, W. H., Hagerty, K., Beck, L. N., Brennan, L. V., Oktay, K., & American Society of Clinical Oncology (2006). American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(18), 2917-2931.
2. De Vos, M., Smits, J., Woodruff, TK. (2014). Fertility preservation in women with cancer. *The Lancet*, 384(9950), 1302-1310.
3. Anderson, R. A., Mitchell, R. T., Kelsey, T. W., Spears, N., Telfer, E. E., & Wallace, W. H. (2015). Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 3(7), 556-567.
4. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine (2013). Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 100(5), 1224-1231.