（別添　１）

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

（２３ＥＡ１０１７）

令和６年度　総括研究報告書

研究代表者　清水　千佳子

令和７（２０２５）年　３月

（別添　２）

目　　次

Ⅰ．令和６年度総括研究報告

小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活
の 質の向上に資する研究　(23EA1017)
清水 千佳子 ---------- 1

（資料１）分担研究報告書 ---------- 23

（資料２）2025.3.1合同班会議スライド（P表記無し） ---------- 82

令和 7 年度厚生労働省科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）
総括研究報告書

研究代表者：清水　千佳子
国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
乳腺・腫瘍内科 診療科長/医長　兼　がん総合診療センター センター長

研究要旨

思春期・若年成人（AYA）世代のがんは希少性、多様性、変化を特徴とし、がん診断から治療期、サバイバーシップ期、終末期に至るまで世代特有、かつ個別性の高いニーズがある。

なかでも小児・AYA 世代のがん経験者の長期的健康管理の体制整備と、根治困難な病状にある AYA 世代がん患者が介護保険制度を利用できないことによって生じる経済的な負担の軽減については当事者・支援団体等からの要望もあり、具体的な取り組みが求められている。そこで、本研究では **I. 成人期の小児がん経験者（CCS）および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方**、**II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上**について多角的な調査研究を行う。今年度はそれぞれのテーマ毎に立案した各種調査研究を進めるとともに、関連研究班の取り組みと連携しながら、最終年度の政策提言に向けて検討に向けて議論を行った。

【研究組織】

分担研究者

一戸 辰夫（広島大学原爆放射線医科学研究所）
小澤　美和（聖路加国際病院）
川崎　優子（兵庫県立大学）
菅家　智史（福島県立医科大学）
小島　勇貴（国立がん研究センター中央病院）
坂本はと恵（国立がん研究センター東病院）
桜井なおみ（キャンサー・ソリューションズ株式会社）
下村　昭彦（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）
鈴木　直（聖マリアンナ医科大学）
多田　雄真（大阪府立病院機構大阪国際がんセンター）
中田　佳世（大阪府立病院機構大阪国際がんセンター）
前田　尚子（国立病院機構名古屋医療センター）
丸　光惠（兵庫県立大学）
向井　幹夫（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター）
森　雅紀（聖隷三方原病院）

研究協力者

大川　純代（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）
大津　洋（順天堂大学）
加藤　那津（くまの間）
佐瀬　一洋（順天堂大学）
志賀　太郎（公益財団法人がん研究会有明病

院）
谷山　智子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）
富岡　晶子（千葉大学）
中澤　葉宇子（国立研究開発法人 国立がん研究センター研究所）
樋口　明子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）
舛本　大輔（シェイクハンズ）
松本　公一（国立研究開発法人国立成育医療研究センター）
宮下　光令（東北大学）
山田　遥子（埼玉県立がんセンター）

Ａ．研究目的

思春期・若年成人（AYA）世代のがんは、希少性・多様性・変化を特徴とし、がんの診断から治療期、サバイバーシップ期、終末期に至るまで、世代特有かつ個別性の高いニーズを有する。国の第 3 期がん対策推進基本計画には、AYA 世代のがんへの対策を推進する必要性が明記され、取り組みが進められている。国の施策としては、令和 4 年 8 月に発出された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、小児がん拠点病院を、AYA 世代にあるがん患者に対して適切に医療および支援を提供する施設と定めるとともに、地域がん診療連携拠点病院等にはがん・生殖医療ネットワークへの加入が義務付けられ、さらに多職種による「AYA 世代支援チーム」の設置が望ましいとの方針が示された。
しかし、小児医療と成人医療の連携の具体的なあり方や、「AYA 世代支援チーム」の要件や機能は明確ではなく、当事者のニーズに応えられる体制整備が求められている。
なかでも、小児・AYA 世代のがん経験者の長期的健康管理体制の整備、および根治困難な病状にある AYA 世代のがん患者が介護保険制度を利用できないことによって生じる経済的負担の軽減については、患者会・支援団体等からも要望があり、具体的な取り組みが求められている。
そこで、本研究では、以下の二つのテーマにおいて多角的に調査研究を行い、多職種・他領域で結果を共有・議論し、必要な施策を検討する。
I. 成人期の小児がん経験者（CCS）および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方に関する研究
II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

I. 成人期の小児がん経験者（CCS）および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方に関する研究

小児がん経験者（CCS）および AYA 世代発症のがん経験者（AYA-CS）の予後は改善しているが、がん治療の影響による晩期合併症のリスクが報告されており、長期予後のさらなる改善のためには、長期的な健康管理が重要である。

この点において、小児がんおよび造血幹細胞移植領域では、ガイドライン、人材育成、長期フォローアップ外来など、長期的な健康管理体制が整備されつつある。

しかし、実際には成人年齢に達した CCS の成人医療への移行の実態は明らかではない。成人 CCS を対象としたインタビュー調査からは、トランジションの必要性に対する認識不足、成人医療への不安、情報不足、時間的・経済的負担、治療歴や晩期障害に関する知識不

足、晩期障害への不安、家族・学業・就労といった社会的環境や心理社会的側面に対するフォローアップ体制の不備、さらには小児がん経験者同士のつながりの希薄さといった阻害要因が抽出されている（門脇, 日本癌治療学会 2023)。

また、国立国際医療研究センター病院において構築された CCS の移行支援の実践モデルでは、小児・成人医療領域の包括的な情報共有や、成人視点での健康評価、患者教育、心理社会的支援の必要性が示唆されている（谷山, 日本臨床腫瘍学会 2022)。

さらに、CCS の健康管理を最適化し、健康アウトカムの改善につなげるには、他の小児慢性疾患や AYA-CS のサバイバーシップケアとの整合性を考慮しつつ、運用上の課題を検討する必要がある。

本年度は、初年度に引き続き、CCS の成人移行に関する各種調査やツール開発、移行期医療の実装研究を進めながら、小児・AYA 世代がん経験者の長期的健康管理に関する政策提言に向けた課題の抽出を行った。

II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

AYA 世代のがん患者・経験者の調査では、終末期を自宅で過ごすことを希望する者が多いが（Hirano, J Pain Symptom Manage. 2019)、遺族調査からは、AYA 世代では終末期における不安や家族等への負担が、壮年期以降と比べて大きいことが示唆されている（Mori, Support Care Cancer. 2019)。

また、終末期の療養負担の軽減に取り組む市町村は一部にとどまり（畑中, AYA がんの医療と支援 2022)、ケアへのアクセスや経済的負担に関する地域格差の存在も指摘されている。

しかし、再発・進行がんを抱える AYA 世代患者および家族の実際のニーズや、支援の充足度、自治体等が提供するサービスや地域リソースの利用実態は明らかでない。

初年度には、全国がん登録を用いて、根治困難ながんと診断された AYA 世代がん患者の疫学的検討を行った。

本年度は、都道府県別の患者数、自治体サービスの利活用状況、患者・家族の生活や療養に関するニーズ、がん相談員や患者会における在宅療養に関する相談支援の課題、終末期における予後認識の有無や話し合いの実施状況などの調査研究を行うとともに、家族介護者のニーズを評価するツールとして CSNAT（Carer Support Needs Assessment Tool）日本語版の開発を行った。

Ｂ．研究方法

I. 成人期の小児がん経験者(CCS)および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方に関する研究

I-1. リアルワールドデータを用いた CCS の晩期合併症および進行・再発 AYA 世代がん患者の医療資源の利用実態の検討（下村）

健康保険組合の保険請求データ（JMDC）を用いて、①終末期の AYA 世代がん患者における医療資源の利用状況、②若年性がん患者（AYA 世代および小児がん患者）のうち、がん治療後に生存したサバイバーにおける心血管疾患等の合併症の発生率、医療資源の利用実態、ならびに保険制度からの離脱率などを明らかにすることを目的とした。

I-2. 小児がん拠点・連携病院、CCS を対象とした成人医療との連携の実態調査（小澤、前

田）

CCS の小児がん治療施設から成人医療機関への移行における好事例を抽出するために、Web アンケート調査において「CCS の成人診療科への移行事例あり」と回答した小児がん治療施設を対象として、好事例の詳細および移行先施設に関する紹介情報を収集した。さらに、得られた情報をもとに、CCS を受け入れている成人医療施設に対して Web 調査および Web インタビュー調査を実施した。

I-3. 小児・AYA 世代がん患者の成人移行ならびに長期フォローアップにおけるマネジメントと診療ガイドラインの実態調査（向井、志賀）

がん経験者における長期フォローアップのマネジメントを行うにあたり、医療経済的な観点から健診・検診事業に着目し、晩期合併症の早期発見を目的とした事業の検討を開始した。

具体的には、各自治体で実施されているがん検診システムを小児がんサバイバーに応用し、造血幹細胞移植症例など二次性悪性腫瘍の発症ハイリスク群を対象とした健診を実施することで、長期フォローアップを支援する事業を企画・実施した。

I-4. 成人医療における CCS トランジションプログラムの実装に関する課題の検討（一戸）

小児医療チームと成人医療チームが参加する AYA 世代がん患者の支援チームを活用し、実際の移行医療支援を試みることにより、その持続可能性を担保するための課題を探索的に検討した。

具体的には、小児期に造血器腫瘍あるいは造血幹細胞移植を必要とした難治性疾患を発症し、その後に小児診療科から血液内科へ転科した患者を対象として、LTFU 外来への紹介を行い、「移行期医療」の必要性に関するオリエンテーションを実施するとともに、患者の理解度および自立度の確認を行った。

また、移行に際し特別な問題を有する事例については、小児診療科と成人診療科がともに参加する AYA 世代がんキャンサーボードにおいて課題を抽出し、対応策の検討を行う方針とした。

さらに、それぞれの患者の治療歴に応じて、日本小児科学会移行支援委員会が公開しているガイドライン（2024 年 12 月 9 日追加掲載）も参考にしながら、成人の循環器科・内分泌科・婦人科・泌尿器科・精神科などへの対診を実施した。

I-5. 地域における小児・AYA 世代がん経験者の健康管理や療養支援の課題の検討（菅家）

福島県立医科大学附属病院では、小児・AYA がん長期支援センターと総合内科・総合診療学講座が協働し、小児・AYA がん長期支援センターで長期健康管理を行っている小児がん経験者を対象に、県内の総合診療医ネットワークを活用した地域連携モデルの構築を試みた。

I-6. 「移行支援達成度尺度開発」成人医療へ移行した小児がん経験者に関する専門職の認識：Six Core Elements の臨床応用に向けたインタビュー調査（丸）

成人医療へ移行した、または移行を見据えている CCS の課題について、専門職の認識を明らかにすること、ならびに米国 Got Transition が開発した Six Core Elements of Health Care Transition に含まれるセルフケア評価リスト（SSA-YA）が、成人医療へ移行した CCS の移行評価やニーズ把握等において臨床的に応用可能かを検証することを目的とし

て、CCS に継続的かつ専門的に関わっている医療専門職を対象に Key Informants 調査を実施し、解析を行った。

I-7. AYA 支援地域ネットワークのモデル構築（鈴木）

既存のがん・生殖医療ネットワークを、AYA 世代のがん経験者に対する包括的支援の基盤として活用することが可能ではないかという仮説を立て、その実装における課題を抽出するため、全国の都道府県を対象に Web 調査を実施した。

I-8. 小児・AYA 世代がん患者の長期的健康管理に関わる厚労科研研究班の合同班会議の開催（清水）

小児・AYA 世代のがん患者に対する長期的な健康管理に関する政策提言を行うには、小児がん領域における CCS の長期フォローアップの取り組み、がん・生殖医療、さらに非がん領域における移行期医療など、関連分野との連携が不可欠である。

このような背景を踏まえ、2025年3月1日、以下の厚生労働科学研究に携わる研究班の班長および班員に呼びかけ、合同班会議を開催した。すなわち、国立成育医療研究センター総合診療部・窪田満氏による難治性疾患政策研究「小児期発症慢性疾患を有する全ての子どもに対する成人移行支援の均てん化と移行期医療支援センターとの連携に向けた調査研究（23FC1054)」、同センター小児がんセンター・松本公一氏によるがん対策推進総合研究「小児がん拠点病院等および成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究（23EA1014)」、および聖マリアンナ医科大学医学部産婦人科学・鈴木直氏によるがん対策推進総合研究「小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療における心理社会的支援体制の構築と安全な長期検体保管体制の構築を目指した研究―サバイバーシップ向上を志向して（23EA1016)」である。

当日の会議では、第6回 Global Adolescent and Young Adult Cancer Congress の参加報告を行うとともに、各研究班の活動成果とそれぞれの移行期医療に関する取り組みについて情報を共有し、当研究班が 3 年目に予定している小児・AYA 世代のがん患者の長期的な健康管理のあり方に関するコンセンサス形成に向けて、予備的な議論を実施した。

II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

II-1. 各都道府県における AYA 世代の進行がん患者の数に関する検討（中田）

国およびすべての自治体において支援制度を整備するためには、具体的な患者数を明らかにすることが不可欠である。

本年度は、AYA 世代における進行がん患者に着目し、全国がん登録データを用いて、初診時に遠隔転移を有する患者の数を全国および都道府県別に算出した。

対象としたのは、2016 年から 2020 年の間に 15～39 歳でがん（悪性腫瘍に限り、上皮内がんは除く）と診断された患者のうち、初診時に遠隔転移を有する悪性固形腫瘍の患者である。なお、白血病、リンパ腫、上皮内がん、性別不明、および死亡情報のみの症例は除外した。

II-2. 進行・再発 AYA 世代がん患者に対する自治体のサービスおよびその利用状況の検討（多田）

終末期における在宅療養支援事業の構築に向

けた政策提言を行うため、各自治体における制度の整備状況およびその利用実態を明らかにすることを目的として、令和 6 年 12 月から令和 7 年 1 月にかけて、全国 47 都道府県および 1,741 市区町村（23 特別区、20 政令指定都市、62 中核市、1,636 その他の市町村）を対象に、小児・AYA 世代のがん患者に対する在宅療養支援事業の実施状況および利用状況に関する実態調査を Web アンケート形式にて実施した。

II-3. 進行・再発 AYA 世代がん患者・家族の生活や療養に関するニーズの検討（小島）

AYA 世代のがん患者は、小児や成人のがん患者と比較して、がん医療における社会保障に差があり、それが在宅サービスの導入に影響を与えている可能性がある。

本研究では、治療期および終末期にある AYA 世代のがん患者を対象として、在宅サービスに関するニーズと実態を調査することを目的に、前向き観察研究を開始した。

具体的には、本研究に同意した 15〜39 歳の AYA 世代がん患者と、対照集団として設定した成人がん患者に対し、複数回のアンケート調査を実施し、在宅サービスに対するニーズおよびその利用実態を明らかにする。

また、患者の背景、治療歴、全身状態に関する基本情報を診療録から収集する。さらに、在宅医療機関に対しても、在宅医療の提供状況に関する調査を実施する。

これらのアンケート調査および患者情報に基づき、AYA 世代がん患者の在宅サービスに関するニーズと実態を総合的に評価する。

II-4. 進行・再発がん患者（AYA 世代含む）の家族介護者に対する CSNAT（Carer Support Needs Assessment Tool）日本語版の信頼性と妥当性の検討（川崎）

介護者のケアサポートニーズを測定する尺度として、**Carer Support Needs Assessment Tool（CSNAT）**がある。CSNAT は、特に緩和ケアに携わる家族介護者の支援ニーズを、直接的かつ包括的に評価するために英国で開発された尺度であり（Ewing et al., 2013b）、家族介護者および看護師の双方の視点から、臨床ケアにおける使用に適していると評価されている（Ewing et al., 2013a, 2013b）。

本年度は、CSNAT を日本語に翻訳し、進行・再発がん患者（AYA 世代を含む）の介護者を対象として、その妥当性および信頼性を評価する研究を計画した。

II-5. 進行・再発 AYA 世代がん患者の ACP および緩和ケアにおける課題の検討（森）

国立がん研究センターにおける死亡小票を用いた大規模遺族調査のデータをもとに、AYA 世代（20〜39 歳）264 名および壮年世代（40〜64 歳）5,790 名を対象として、二次解析を追加で実施した。

本解析では、患者および家族の予後認識（Prognostic Awareness：PA）の有無や、終末期における意思決定（End-of-Life discussion:EOLd）の有無の頻度を調査するとともに、望ましい死の指標である Good Death Inventory（GDI）との関連、ならびに各種終末期ケアアウトカムとの関連について探索的に検討した。

II-6. がん相談支援センターにおける相談支援内容および地域リソース利用状況に関する実態調査（坂本）

根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者およびその家族の療養ニーズに対し、相談支援がどのように貢献しているのか、また、相談支援を展開するうえで必要不可欠な地域支

援資源の充足状況および利用状況を明らかにすることを目的として、全国のがん診療連携拠点病院および小児がん拠点病院に設置されているがん相談支援センターのがん専門相談員を対象に、Web 調査を実施した。
調査項目は以下の通りである。
1）基本属性、2）自施設における AYA 世代がん患者・家族への支援体制、3）がん相談支援センターにおける AYA 世代がん患者・家族への相談支援内容、4）治癒困難な AYA 世代がん患者・家族からの在宅療養に関する相談対応時に感じた困難感や障壁、5）在宅療養において治癒困難な AYA 世代がん患者・家族が抱える経済的負担の主な要因（6 段階評価）、6）家族の介護・看護負担が家庭生活、就労、社会活動等に与える影響（6 段階評価）、7）治癒困難な AYA 世代がん患者・家族からの相談対応における課題、8）治癒困難な AYA 世代がん患者・家族に対する在宅療養支援の拡充・促進に向け、行政・医療機関等に求められる支援内容。

II-7. 進行・再発 AYA 世代がん患者・家族・遺族およびピアサポーターのニーズの検討（桜井）
治癒困難ながんを抱える AYA 世代の患者およびその家族の相談支援を医療機関外で担っていると想定される患者支援団体を対象に、在宅療養に関する相談支援の実態について調査を実施した。
アンケートは、一般社団法人全国がん患者団体連合会（加盟団体数 50）のメーリングリストおよび、一般社団法人 AYA がんの医療と支援のあり方研究会 広報・社会連携委員会を通じて募集を行った。

（倫理面への配慮）
本研究には臨床研究を含む。各個別の臨床研究の実施にあたっては、関係法令を遵守し、個人情報の保護に十分配慮するとともに、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」等の関連する倫理指針を遵守する。

C．研究結果

I. 成人期の小児がん経験者(CCS)および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方に関する研究

I-1. リアルワールドデータを用いた CCS の晩期合併症および進行・再発 AYA 世代がん患者の医療資源の利用実態の検討（下村）
AYA 世代においては、在宅医療の導入が極めて限定的であり、支援施策の強化が喫緊の課題であることが示された。
一方、小児がん経験者においては、保険離脱率が CCS 群で一貫して低く、特に 0〜6 歳群では 20%以上が離脱することなく加入を継続していた。

I-2. 小児がん拠点・連携病院、CCS を対象とした成人医療との連携の実態調査（小澤、前田）
一次調査に協力した小児がん治療施設のうち、インタビューへの協力が得られたのは 18 施設中 8 施設であった。このうち 5 施設では、造血器腫瘍に対して移植を実施した後、成人の長期フォローアップ（LTFU）外来への移行が行われた CCS の事例が確認された。
一方、固形腫瘍を中心に、小児がん治療医である小児科医が担当する LTFU 外来で終診まで主治医を継続する方針を取っていた施設は 13 施設に上り、成人医療へ完全に移行できている好事例は決して多くないことが示唆された。
二次調査では、小児がん治療側が移行先に提

供した情報のうち、提供割合が少なかった情報こそが、CCS を受け入れる成人医療側において情報共有のニーズが高い項目であることが明らかとなった。

I-3. 小児・AYA 世代がん患者の成人移行ならびに長期フォローアップにおけるマネジメントと診療ガイドラインの実態調査（向井、志賀）

健診の企画および検討は、大阪府健康づくり課の委託を受けて、大阪国際がんセンター、大阪がん循環器病予防センター、ならびに大阪府下の小児がん拠点病院 9 施設において実施した。

2024 年 10 月より健診を開始し、2024 年度には 5 名（18 歳～35 歳：男性 2 名、女性 2 名）が受診した。二次性悪性腫瘍の発症は認められなかったが、甲状腺腺腫が 1 例で指摘された。

そのほかの所見として、月経異常、皮膚異常、消化器症状（下痢・便秘）、神経症状（言葉が出にくい・頭痛）、白内障、低身長などが見られ、すべての症例において何らかの病的自覚症状が認められた。

I-4. 成人医療における CCS トランジションプログラムの実装に関する課題の検討（一戸）

まだ症例数は少ないものの、LTFU 外来を受診した CCS は、概ね治療後の晩期合併症（心血管系合併症、二次がん、認知機能低下など）のリスクについて良好な理解を示しており、定期的な成人診療科への通院やがん検診の意義・必要性に対して疑問を呈する事例はみられなかった。

また、LTFU 外来を担当する看護師や医師に対し、自身の体調に関する問題を率直に伝えるという経験自体が「不安の軽減」につながったと述べる患者も複数名認められた。

I-5. 地域における小児・AYA 世代がん経験者の健康管理や療養支援の課題の検討（菅家）

本モデルは、小児・AYA がん長期支援センターの外来担当医と、総合診療専門研修プログラムに所属する総合診療医が協議のうえ、適切な総合診療医を選定して連携を図る仕組みとした。

2024 年 7 月にはプロジェクトキックオフセミナーを開催し、小児腫瘍内科医 3 名、総合診療医 17 名が参加し、連携構築に関する課題や対応策について議論が行われた（図 1）。

2024 年 9 月からの第 2 段階では、地域連携モデルを用いた総合診療医との連携を開始し、2025 年 3 月までに 2 名のがん経験者に対して連携体制を構築した。

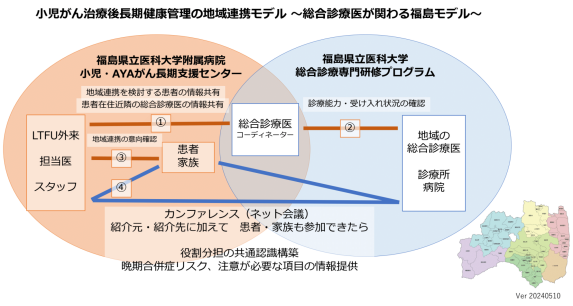


図 1 福島モデル

I-6. 成人医療へ移行した小児がん経験者に関する専門職の認識：Six Core Elements の臨床応用に向けたインタビュー調査（丸）

機縁法を用いた便宜的サンプリングにより抽出した 16 名の Key Informant に対し、Zoom を用いてインタビューを実施した結果、SSA-YA の全 24 項目のうち 20 項目が AYA-CCS への適用可能項目であることが示された。なお、インタビューは現在も継続中である。

I-7. AYA 支援地域ネットワークのモデル構築

（鈴木）
41 都道府県から有効回答を得た（回収率87.2%）。
がん・生殖医療ネットワークの整備は多くの自治体で進んでおり、妊孕性温存療法に関する情報提供や研修、ネットワークの運営が実施されていた。
一方で、AYA 世代に特化した支援チームや協議会、ならびに自治体による直接的な支援・助成は依然として限られており、支援の網羅性や継続性において地域間の格差が認められた。

I-8. 小児・AYA 世代がん経験者の長期的健康管理に関わる厚労科研研究班の合同班会議の開催（清水）
難病領域、小児がん領域、がん・生殖医療領域、ならびに当研究班の取り組みについて情報を共有し、成人 CCS の移行期医療および長期的健康管理における課題について議論を行った（別添資料参照）。
議論のなかでは、自立可能な CCS に対する成人移行支援の目的として、良質な医療を継続することに加え、「医療を選択できる能力を獲得すること」も含めるべきであり、従来の移行支援の考え方を更新していく必要性があるとの指摘がなされた。
移行支援の目的を含めた議論を踏まえ、次年度にステークホルダーへ呼びかけを行い、デルファイ法を用いて小児・AYA 世代がん経験者にとって望ましい長期的健康管理のあり方についてコンセンサス形成を図ることに合意し、その進め方について質疑が交わされた。

II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

II-1. 各都道府県における AYA 世代の進行がん患者の数に関する検討（中田）
全解析対象は 103,981 人であり、そのうち初診時に遠隔転移ありと診断された悪性固形腫瘍の患者は 8,131 人（7.8%）であった。
都道府県別にみると、最も多かったのは東京都で 963 人、最も少なかったのは鳥取県で 35 人であった。
年間あたりの人数を算出すると、全国で年間約 1,600 人の AYA 世代が遠隔転移を有する悪性固形腫瘍と診断されており、都道府県別では東京都が年間約 193 人、鳥取県が約 7 人となる。
また、全がんに占める割合を都道府県別にみた場合､最も高かったのは和歌山県の 9.4%、最も低かったのは大分県の 5.7%であった。

II-2. 進行・再発 AYA 世代がん患者に対する自治体のサービスおよびその利用状況の検討（多田）
有効回答数は、41 都道府県および 519 市区町村（14 政令指定都市、39 中核市、466 のその他の市町村）であった。
都道府県や政令指定都市など、AYA 世代人口の多い自治体を中心に支援事業の整備および利用が進んでいることが明らかになった一方で、都市部と地方との間には地域差が認められた。
また、支援事業の予算規模や対象となる経費など、事業内容に大きなばらつきがあり、利用者の多くは短期間の利用にとどまっていた。

II-3. 進行・再発 AYA 世代がん患者・家族の生活や療養に関するニーズの検討（小島）
多機関共同観察研究として実施し、患者登録中である。

II-4. 進行・再発がん患者（AYA 世代含む）の家族介護者に対する CSNAT（Carer Support Needs Assessment Tool）日本語版の信頼性と妥当性の検討（川崎）
日本語訳および研究計画書を作成、研究に着手した。

II-5. 進行・再発 AYA 世代がん患者の ACP および緩和ケアにおける課題の検討（森）
AYA 世代では、壮年世代に比べて予後認識を有する患者および家族の割合が少なかったが、療養場所に関する終末期の意思決定（EOLd）を医師と行っていた患者は比較的多かった。予後認識を有する患者では、「望ましい死」のスコアが総じて高く、患者・家族・医師間での話し合いの頻度も多かった。
さらに、AYA 世代の患者および家族における予後認識や EOLd は、専門的緩和ケアの利用状況、療養場所、蘇生措置の有無など、さまざまな終末期アウトカムと関連していた。
II-6. がん相談支援センターにおける相談支援内容および地域リソース利用状況に関する実態調査（坂本）
がん相談支援センターでは、AYA 世代のがん患者およびその家族に対し、多岐にわたる相談支援を実施している。一方で、相談支援全体に占める AYA 世代の割合は限定的であり、告知・治療の受け止め、家族との治療方針のすり合わせ、旅立ちへ向かう過程での意向調整、精神的負担への支援、そして適切なタイミングでの介入の難しさなど、AYA 世代特有の支援困難感が存在していた。
また、治療費の負担や在宅療養における家族の介護負担などは、治療場所の選択や必要な介護内容に一定以上の影響を及ぼしていると感じており、今後は高齢者の介護保険と同様に、在宅におけるケアマネジメントを含む介護・家族支援の整備に対する要望が確認された。
II-7. 進行・再発 AYA 世代がん患者・家族・遺族およびピアサポーターのニーズの検討（桜井）
全国 11 団体から回答を得た。11 団体のうち 7 団体（63.6%）が、治癒困難な AYA 世代の在宅療養に関する相談を受けた経験があると回答しており、相談内容としては「診断・治療のこと」「経済的なこと」「仕事のこと」「今後の将来」「後遺症・合併症のこと」「今後の療養場所について」などが挙げられた。
これらの相談に対応する中で、「患者・家族の心理・情緒面の複雑さ」「ピアサポートで対応できることの限界」「社会的資源の不足」などが、困難や障壁として認識されていた。
特に、治療費の負担は、療養場所の選択や生活の質に「かなり影響がある」と感じられており、「助成制度の周知」「医療機関と患者支援団体との連携」「在宅療養に関する助成の均てん化」などが今後の要望として挙げられた。

I. 成人期の小児がん経験者（CCS）および AYA 世代がん経験者（AYA-CS）の包括的な健康管理のあり方に関する研究

CCS の成人移行に関して実施した小児がん治療施設調査を通じた好事例の探索では、完全に成人診療科へ移行できている例はそれほど多くはないことが推測される結果となった。スムーズに移行できた事例では、小児医療側の準備に加え、受け入れ側の成人診療科における CCS への理解と、前向きに受け入れようとする姿勢が支えとなっていることが伺えた。円滑な成人移行を促進するためには、「妊孕性

温存療法の内容」「心理社会的問題のまとめ」「晩期合併症に関する理解度」「ヘルスリテラシーの獲得状況」といった情報が、小児科側から成人診療側へ適切に提供されることが重要であることが示唆された。

先行研究班が実装を進めた国立国際医療研究センター（NCGM）モデル（図 2）では、CCS の窓口となる移行支援外来を設置し、小児科との合同カンファレンスを通じてケアプランを作成した上で、そのプランに基づいた包括的なアセスメントと診療のトリアージ（地域連携を含む）を実施している。さらに、初診時から AYA 支援チームが関与し、患者のニーズに応じて心理社会的支援を提供することで、包括的な支援体制を実現している（Taniyama et al., submitted）。

て、YA 世代がん支援チームおよび LTFU チームの人的資源を活用する仕組みが構築されている。それぞれの取り組みについては、今後、効果の検証と課題の抽出が必要である。特に、カンファレンス／キャンサーボードや AYA 支援チームの関与が他施設での実装において必須の要素となるか、人材育成の必要性など、政策への還元を念頭に置いた検討が求められる。また、移行期医療のアウトカムやその評価尺度についても、ステークホルダー間でのコンセンサス形成が必要である。

さらに、大阪府の健診事業は、晩期合併症リスクを有する小児・AYA がん経験者に対して、健康管理にかかる経済的負担を軽減する試みとして画期的である。一方で、この健診を活用したサーベイランスの効果検証や、将来的

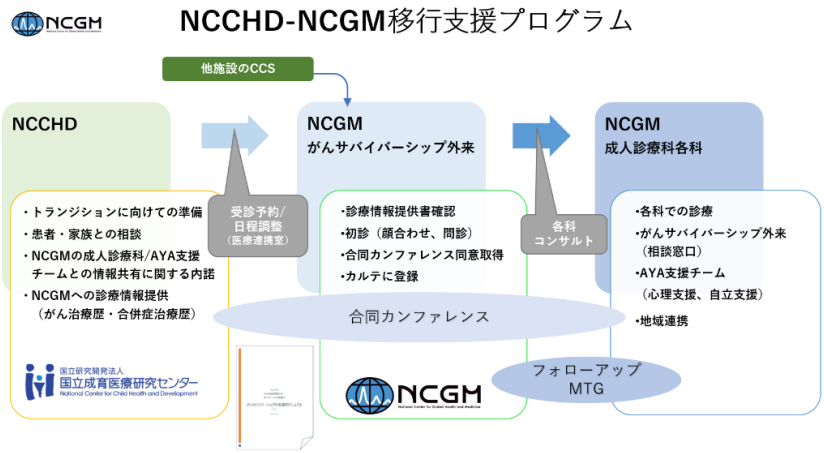


図２　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究」分担研究報告書より

本研究班が構築している CCS の成人移行モデルにおいても、福島県立医科大学モデルでは、小児・AYA がん長期支援センターと県内の総合診療医ネットワークとの連携に基づいたモデルを採用している。広島大学モデルでは、造血幹細胞移植後の専門外来（LTFU 外来）を移行支援モデルの成人側診療科プロトタイプとし、すでに実装されている血液内科におい

な施策展開を考える上で、AYA 世代発症のがん経験者や遺伝性腫瘍の高リスク者との整合性をどのように確保するかといった課題も多く、今後の普及・展開に向けて慎重な検討が求められる。

また、都道府県を対象に実施した調査では、自治体における小児・AYA 世代に関する支援の取り組みに格差があることが改めて浮き彫

りになった。小児・AYA に特化した協議の場を設けている自治体は少数にとどまり、また、自治体が医療機関における AYA 支援の具体的な取り組みを必ずしも把握していない実態も明らかとなった。

がん・生殖医療（主に生殖年齢を対象）と AYA 世代（15～39 歳）は必ずしも完全に対象が一致するわけではないが、医療機関においては AYA 支援チームが患者のニーズを把握し、必要に応じてトリアージを行うことが期待される。そのため、がん・生殖医療に関わる人材やネットワークと緊密に連携する必要がある。

なお、AYA 世代では妊孕性に加え、教育・就労・社会的孤立など、医療以外の課題も多く含まれることから、こうした包括的な支援体制の基盤を自治体が担うことが望ましい。限られた対象に対して限られた資源を有効に活用する観点からも、AYA 世代のがん対策においては、医療・福祉・就労・教育といった双方の施策を連動させていくことが、極めて合理的なアプローチであると考えられる。

II. 根治困難ながんと診断された AYA 世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

全国がん登録のデータを都道府県別にみると、都市部とその他の地域との間に明確な格差が存在することが浮き彫りとなった。

また、がん相談員を対象とした調査では、相談員が多岐にわたる相談支援を実施している一方で、相談支援業務全体に占める AYA 世代の割合は限定的であり、経験値の少なさから、相談支援スキルの向上や多職種連携の強化など、相談員自身への支援に関する要望が確認された。

さらに、遺族調査においては、患者の予後認識の有無が、終末期に関する医師と患者・家族との話し合いの有無と関連していることが示された。初年度の検討により、AYA 世代の end-of-life discussion（EOLd）が他の世代と比べて困難である状況が示唆され、AYA 世代における EOLd の実施にあたっては、医療機関の医師、看護師、相談員等の知識・スキルの不足を補うための教育が必要であることが明らかとなった。

加えて、患者会を対象とした調査からは、根治困難な AYA 世代がん患者およびその家族に対して、「心理・情緒面の複雑さ」「ピアサポートで対応できることの限界」「社会的資源の不足」が支援上の課題として指摘されており、がん治療施設の医療者と地域における支援者との連携のためのプラットフォームを構築する必要性が示唆された。

さらに、根治困難な AYA 世代がん患者を対象とした自治体のサービスおよびその利用状況に関する調査では、都道府県や政令指定都市など、AYA 世代人口の多い自治体を中心に支援事業の整備が進んでいるものの、AYA 世代人口の規模に応じて整備状況に差が生じていることが明らかとなった。支援事業においては、予算規模や対象経費などの内容面にばらつきが大きく、利用者の多くが短期間の利用にとどまっている。

がん相談員調査においても、経済毒性など金銭面の課題が多い AYA 世代にとって、自治体サービスの有無や制度設計が支援利用の障壁となる可能性が示唆されており、今年度から開始した前向き研究等において、今後その実態の検証を進める予定である。

Ｅ．結論

小児・AYA世代がん経験者の長期的な健康管理と、根治困難ながんと診断されたAYA世代患者・家族のニーズに対する具体的な施策について政策提言を行うことを目標に、調査研究を実施した。次年度、これらの成果を取りまとめ、政策提言を行う予定である。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

1. 論文発表

1) Lai JI, Jung KH, Shimizu C, Tiambeng ML, Tseng LM, Hsu DC, Ihm SY, et al. Patients' and doctors' preferences in early-stage triple-negative breast cancer treatment in Asia-Pacific: a multi-territory discrete choice experiment using a cross-sectional survey. BMJ Open. 2025;15(3):e088505. doi:10.1136/bmjopen-2024-088505.

2) Azim HA Jr, Niman SM, Partridge AH, Demeestere I, Ruggeri M, Colleoni M, Saura C, Shimizu C, Saetersdal AB, Kroep JR, Mailliez A, Warner E, Borges VF, Amant F, Gombos A, Kataoka A, Rousset-Jablonski C, Borstnar S,Takei J, Lee JE, Walshe JM, Ruíz-Borrego M, Moore HCF, Saunders C, Bjelic-Radisic V, Susnjar S, Cardoso F, Klar NJ, Spanic T, Ruddy K, Piccart M, Korde LA, Goldhirsch A, Gelber RD, Pagani O, Peccatori FA. Fertility Preservation and Assisted Reproduction in Patients With Breast Cancer Interrupting Adjuvant Endocrine Therapy to Attempt Pregnancy. J Clin Oncol. 2024 Aug 10;42(23):2822-2832. doi: 10.1200/JCO.23.02292.

3) 谷山智子、清水千佳子.【自信がもてる移行期医療】移行支援のポイントがんサバイバー。治療(0022-5207)106巻12号 Page1406-1411(2024.12)

4) 清水千佳子.【がんサバイバーにおける女性医学-産婦人科医にできること】総論　AYA世代がんサバイバーへの包括的ケアと多職種連携　産婦人科医への期待. 産婦人科の実際(0558-4728)73巻12号 Page1513-1517(2024.11)

5) 北川 大, 平井 星映, 河村 雪乃, 橋本 一樹, 谷山 智子, 下村 昭彦, 高野 梢, 荒川 玲子, 加藤 規弘, 本田 弥生, 清水 千佳子. 遺伝性乳癌卵巣癌(HBOC)診療の保険収載によって必要となった情報提供は適切に行えているか?　遺伝性腫瘍(2435-6808)24巻1号 Page61-66(2024.07)

6) 谷山智子、清水千佳子.【腫瘍循環器学-新しい学際領域の最新知見-】外来診療,がんサバイバーシップ　AYA世代,周産期の腫瘍循環器(解説). 日本臨床(0047-1852)82巻増刊2 腫瘍循環器学 Page436-441(2024.04)

7) 田村宣子、清水千佳子.【乳癌のすべて2024】知っておきたい関連知識　乳癌と妊娠をめぐる話題(解説). 医学のあゆみ(0039-2359)290巻5号 Page466-

472(2024.08)

8) 編集:安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令　企画担当：小澤美和、清水千佳子. ホスピス緩和ケア白書2025. 2025年4月7日　青海社 ISBN 978-4-910548-14-2.

9) 下村昭彦. 【身体的・精神的課題にどう向き合う?がん治療のマルチプロブレム】がん治療中の身体的管理と副作用対策　抗がん薬による心毒性の評価と管理(解説) 薬事(0016-5980)67巻4号 Page790-795(2025.03)

10) 向井幹夫. Ⅱ章がん・脳卒中医療の進歩と腫瘍脳卒中学. がん患者における生活習慣病管理（高血圧・糖尿病・脂質異常症）. 腫瘍脳卒中学. Stroke Oncology 研究会監修, 編集 塩川芳昭, 平野照之, 高野利実. 中外医学社. p67-73, 2025. 3.15, 東京.

11) 向井幹夫. 5章血栓性疾患, 14がん関連血栓症の特徴. 臨床に直結する血栓止血学会 改訂３版.編者 朝倉英策, p501-506, 中外医学社, 2024.6, 東京.

12) 向井幹夫. がん治療関連心機能障害　免疫関連有害事象としての心筋炎. 臨床と研究　2025; 102(3): 265-270.

13) 向井幹夫. 前立腺癌のホルモン療法による副作用マネジメント-前立腺癌の診療のコツ-. ESPOIR 2024; 7: 32-35.

14) 向井幹夫. Ⅶ　外来診療、がんサバイバーシップ. がんサバイバーの晩期心血管毒性. 日本臨床 増刊号 腫瘍循環器学 2024; 82(2): 423-428.

15) 向井幹夫. 腫瘍循環器医との連携：ホルモン療法における泌尿器科医が注意すべき心血管毒性. Prostate Journal 2024; 11(1): 37-43.

16) Yamada N, Tamaru S, Akamatsu D, et al. on behalf of KUROSIO Study Investigators (include of Mukai M). Efficacy and Safety of Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants for Japanese Patients with Venous Thrombo-embolism: The Results from the KUROSIO Study. Circ J : 2024; 88(10): 1672-1678.

17) Kim H, Mizuno K, Masuda K, Sakurai M, Ara T, Naito K, Uehara Y, Yamamoto G, Osada M, Machida S, Horio T, Fukushima K, Mori Y, Ichinohe T, Fukuda T, Atsuta Y, Kataoka K. A nationwide retrospective analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for adult hemophagocytic lymphohistiocytosis. **Trans-plant Cell Ther. 2024 Apr;30(4):419.e1-419.e12.**

18) Miyamoto S, Niizato D, Tomomasa D, Nishimura A, Hoshino A, Kamiya T, Isoda T, Takagi M, Kajiwara M, Azumi S, Hirabayashi S, Sakamoto K, Kishimoto K, Miyamura T, Umeda K, Hirose A, Keino D, Yanagimachi M, Kanda K, Sakai Y, Ikawa Y, Watanabe K, Tanaka K, Mori T, Ichinohe T, Sakaguchi H, Morio T, Kanegane H. Allogeneic hematopoietic cell transplantation using alemtuzumab in Asian patients with inborn errors of immunity. J Clin Immunol. 2024 May 22;44(6):126.

19) Ureshino H, Takahashi N, Ikezoe T, Kameoka Y, Kimura S, Fukushima N, Ich

inohe T, Takamori A, Kawaguchi A, Miura M, Kimura S. A lower initial dose of bosutinib for patients with chronic myeloid leukemia patients resistant and/or intolerant to prior therapy: a single-arm, multicenter, phase 2 trial (BOGI trial). **Int J Hematol. 2024 Oct;120(4):492-500.**

20) Yoshimoto K, Maeoka Y, Kubota S, Chishaki R, Takahashi A, Osaki Y, Mino T, Ichinohe T, Masaki T. Polycythemia secondary to bilaterally enlarged kidneys in T-cell acute lymphoblastic leukemia: a case report and literature review. **BMC Nephrol. 2025 Mar 6;26(1):121.**

21) 菅家智史. 総合診療・家庭医療専門研修プログラムのネットワークと移行期医療. 治療. 2024;106(12):1380-3.

22) Maru, M. & Kawasaki Y. Challenges in providing cancer nursing care to adolescents and young adults in Japan, Cancer Care Research Online, 5(1), p 3067, January 2025. DOI 10.1097/CR9.0000000000000067

23) Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N. Survey on the implementation status and reproductive outcomes of oocyte and ovarian tissue cryopreservation in Japan: Historical comparison with nationwide surveys. J Obstet Gynaecol Res.. 2024; 50(4): 709-718.

24) Nakamura K, Terashita Y, Manabe A, Suzuki N. Survey of Transitional Care Between Pediatrics and Obstetrics/Gynecology in Japan. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2024; 13(3): 523-533.

25) Takekawa Y, Sugimoto K, Masaki K, Koizumi T, Mori H, Shiraishi E, Maezawa T, Tanigaki S, Shirai C, Suzuki N. Differences Between Cancer Survivors and Healthy Subjects in Factors that Facilitate and Obstruct the Use of the Foster Parent System and Special Adoption System: A Nationwide Cross-Sectional Study in Japan. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024; 13(3): 534-540.

26) Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N. Reproductive outcomes of embryo cryopreservation and transfer at the start-up phase of fertility preservation in Japan. Reproductive Medicine and Biology. 2024; 23(1): e12581.

27) Asai-Sato M, Takahashi T, Ota K, Komiya H, Iwasa T, Ogishima S, Suzuki N. Attitudes toward subsequent primary cancer prevention among survivors of childhood, adolescent, and young adult (CAYA) cancer in Japan: Results of a comprehensive questionnaire survey on long-term women's health after CAYA cancer. Journal of Gynaecologic Oncology. 2024; Online ahead of print.: .

28) Tomari H, Okitsu O, Mizuno S, Yabuuchi A, Okimura T, Kikuchi H, Furuyama S, Taniguchi K, Tamura I, Ota K, Fukuda Y, Horage Y, Suzuki N. Nationwide Survey on the Status of Oncofertility in Japan and Involvement of Embryologists in the Practice of Fertility Preservation. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024; Online ahead of print: .

29) Ono M, Takai Y, Harada M, Horie A, Dai Y, Kikuchi E, Miyachi M, Yamamoto T, Fujii N, Kajiyama H, Manabe A, Yasuoka T, Katsuragi S, Mekaru K, Maezawa T, Horage Y, Kataoka S, Nakayama R, Nakajima TE, Kimura F, Shimizu C, Sugimoto K, Takae S, Yumura Y, Nishi H, Furui T, Morishige KI, Watanabe C, Osuga Y, Suzuki N. Out-of-pocket fertility preservation expenses: data from a Japanese nationwide multicenter survey. International Journal of Clinical Oncology. 2024; 29(12): 1959-1966.

30) 洞下由記, 岩端秀之, 古谷菜摘, 中村健太郎, 田雜瑞穂, 鈴木由妃, 杉下陽堂, 本吉愛, 髙江正道, 津川浩一郎, 鈴木直. 乳がん術後内分泌療法後に短期間で生児を得た事例の検証. 日本がん・生殖医療学会誌. 2025; 8(1): 25-30.

31) 中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～男性患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2024; 65(1): 170-177.

32) Yoshida K, Hashimoto T, Koizumi T, Suzuki N. Psychosocial experiences regarding potential fertility loss and pregnancy failure after treatment in cancer survivors of reproductive age to identify psychosocial care needs: a systematic review, Supportive Care in Cancer, 2024; 32(6): 337+18.

33) 中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～女性患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2024; 65(2): 348-356.

34) Kagawa K, Yoshikawa Y, Koizumi T, Suzuki N. Psychological Aspects of and Support for Survivors Attempting to Conceive During or After Cancer Treatments: A Mixed-Methods Systematic Review., J Adolesc Young Adult Oncol, 2024; Online ahead of print: .

35) Ahmad MF, Elias MH, Mat Jin N, Abu MA, Syafruddin SE, Zainuddin AA, Suzuki N, Abdul Karim AK. Oocytes Quality Assessment-The Current Insight: A Systematic Review, biology, 2024; 13(12): 978.

36) 中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～小児患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2025; 65(4): 720-726.

37) 原田美由紀, 鈴木直. 『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』の概要, 腫瘍内科, 2025; 35(2): 191-195.

38) （著書）中田佳世. AYA世代のがんの疫学的特徴と診療実態. 安保博文, 他編：ホスピス緩和ケア白書2025 AYA世代の緩和ケア, 青梅社, 東京, 2025, 6-13.

39) Shimadzu Kato M, Morishima T, Sakaniwa R, **Nakata K**, Kuwabara Y, Ikawa T, Iwaki Y, Miyashiro I. Temporal changes in regional variations in cancer survival rates in Osaka, Japan (1997-2015). Sci Rep. 2025 Jan 31;15(1):3854.

40) **Nakata K**, Gatellier L. Age-standardized mortality-to-incidence ratio for colorectal cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2025 Mar 5;55(3):311-312.

41) Botta L, Didonè F, Lopez-Cortes A, Nieto AC, Desandes E, Hjalgrim LL, Jakab Z, Stiller CA, Zeller B, Gatta G, Pritchard-Jones K; BENCHISTA Project Working Group (Working memberとしてNakata K) . International benchmarking of stage at diagnosis for six childhood solid tumours (the BENCHISTA project): a population-based, retrospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2025 Feb;9(2):89-99.

42) Gatellier L, **Nakata K**. Projection of the number of new brain and central nervous system cancer cases in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Dec 7;54(12):1358-1359.

43) Gatellier L, **Nakata K**. Projection of the number of new lymphoma cases in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Nov 2;54(11):1228-1229.

44) Okawa S, **Nakata K**. Projection of the number of new cases of skin cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Aug 14;54(8):945-946.

45) Ota M, Taniguchi K, Hori M, Katanoda K, **Nakata K**, Miyashiro I, Matsuda T, Lee SW, Ito Y. Trends in patterns of treatment and survival of colorectal cancer patients using cancer registry data in Japan: 1995-2015. Cancer Sci. 2024 Aug;115(8):2786-2794.

46) Kudo H, **Nakata K**, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashii Y, Miyashiro I. Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan. Int J Cancer. 2024 Sep 1;155(5):839-848.

47) **Nakata K**, Charvat H. Projection of the number of new cases of gallbladder cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Apr 6;54(4):504-505.

48) Ikawa T, Kuwabara Y, **Nakata K**, Kanayama N, Morimoto M, Miyashiro I, Konishi K. Risk of thoracic soft tissue sarcoma after breast cancer radiotherapy: a population-based cohort study in Osaka, Japan. J Radiat Res. 2024 May 23;65(3):272-278.

49) 里見絵理子. 第Ⅳ章特定集団への緩和ケア「AYA世代のがん」. 専門家をめざす人のための緩和医療学　改訂第3版. P318-322. 南江堂. 2024年6月5日発行

50) 森雅紀 ホスピス緩和ケア白書2025　AYA世代の緩和ケア（分担執筆者）　編集：安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤

暁、宮下光令　企画担当：小澤美和、清水千佳子　「6. AYA 世代の緩和ケアの展望」2025 年 4 月 7 日　青海社 ISBN 978-4-910548-14-2.

51) Miyazato K, Ohtsu H, Shimomura A, Yonemoto N, Shimizu C, Sase K, Ueda S. Impact of adjuvant trastuzumab therapy and its discontinuation on cardiac function and mortality in patients with early-stage breast cancer: An analysis based on the Japanese Receipt Claim Database. Breast. Breast. Dec 31;79:103871.2024

52) 樋口明子. 小児がん経験者の AYA 世代における現状と課題―AYA 世代に達した小児がん経験者と思春期進行再発がん患者への支援. 編集：安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令　企画担当：小澤美和、清水千佳子　「6. AYA 世代の緩和ケアの展望」2025 年 4 月 7 日　青海社 ISBN 978-4-910548-14-2.

53) 樋口明子、メンタルヘルスの広場「小児がんサバイバー(CCS)の移行期医療における心理社会的支援」公益財団法人 日本精神衛生会 197,2024

2. 学会発表

1) Shimizu C. Fertility issues in cancer patients and survivors - from an oncologist's perspective. The 8th World Congress of the International Society for Fertility Preservation. 16 Nov 2024. Tokyo.

2) Shimizu C. Pregnancy after breast cancer: development of onco-fertility program .1st international conference on young women's breast cancer and health. 29 Oct, 2024 Lisbon

3) 秋山 晴香, 島貫 裕実子, 渡邊 一史, 小室 雅人, 谷山 智子, 大石 元, 小川 弘美, 宇佐美 有紀子, 森 由佳, 高田 賀将, 須貝 和則, 清水 千佳子. 院内がん登録データベースを活用した「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」対象者におけるがん治療開始期間の実態把握. 日本がん・生殖医療学会 2025.02(大阪)

4) 清水千佳子. AYA 世代がん経験者の晩期合併症と長期的健康管理の課題. 日本プライマリ・ケア連合学会　2024.6（浜松）

5) 清水千佳子.妊娠可能年齢乳癌への対応 乳癌患者の妊孕性の問題　診療ガイドライン、POSITIVE 試験とその後. 日本乳癌学会総会　2024.7（仙台）

6) 清水千佳子. BRCA 遺伝子変異陽性乳がんに対する治療戦略　BRCA 遺伝子変異(gBRCAm)陽性乳がんに対する周術期薬物療法の治療戦略　腫瘍内科の立場から. 日本外科系連合学会 2024.5(東京)

7) 下村昭彦. 乳がん治療医からみた腫瘍循環器連携の重要性. 第 32 回日本乳癌学会 2024.7（仙台）

8) 前田尚子、小澤美和、清水千佳子. 小児がん経験者の移行医療の現状―小児がん診療施設の調査 第 66 回日本小児血液・がん学会学術集会　2024.12.15 京都

9) 向井幹夫(座長・講演). がんと血栓症 知って得する血栓のお話. 世界血栓デ

一日本　市民公開講座 2024　大阪. 2025.03.09 大阪国際がんセンター.

10) 向井幹夫、志賀太郎、大倉裕二、草場 仁. がん患者に合併する循環器疾患に対する治療適応において腫瘍医と循環器医の相違. 日本臨床腫瘍学会・日本循環器学会・日本腫瘍循環器学会合同シンポジウム がん診療における循環器医に相談するタイミングとその後のフォローアップ. 第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会 2025.03.06.神戸。

11) 向井幹夫. がん関連血栓症のマネジメント. 腫瘍循環器ガイドラインから. 第 12 回日本血栓止血学会教育セミナー. 2024 年 11 月 10 日, 大阪.

12) 向井幹夫. 腫瘍循環器診療における薬剤師の役割と期待. 第 34 回日本医療薬学会年会 2024.11.03　幕張.

13) 向井幹夫. 前立腺癌治療における CVD マネジメント前立腺癌に対するアンドロゲン遮断療法における心血管毒性とそのマネジメント. 日本泌尿器腫瘍学会第 10 回学術集会　2024.10.27.博多.

14) 向井幹夫. がん治療関連高血圧とその管理 腫瘍循環器領域における血管毒性高血圧・血栓症. 第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会, 2024.08.04, 姫路.

15) 向井幹夫. 泌尿器癌における腫瘍循環器連携. 腫瘍循環器の視点から見た前立腺癌薬物療法における心血管イベントとそのマネジメント. 第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会, 2024.08.04, 姫路.

16) 志賀太郎、大倉裕二、草場 仁、向井幹夫. JOCS 創設 7 年目の今、腫瘍医、循環器医、それぞれの意識は ～インターネットを用いた「余命期間と侵襲的循環器治療」に対するアンケート調査結果～. 第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会, 2025.8.3, 姫路

17) 向井幹夫（座長・講演）. 日本乳癌学会・日本腫瘍循環器学会合同シンポジウム チームで取り組む乳癌患者の心機能保護 ～乳癌治療医と循環器専門医が連携し、乳癌治療からあなたのハート（心臓）を守ります～. 晩期心血管合併症とがんサバイバーシップを考える. 第 32 回日本乳癌学会学術集会. 2024.7.11, 仙台.

18) 向井幹夫（座長）. 静脈血栓塞栓症に対する治療とその管理. 第 65 回日本血栓止血学会学術集会. 2024.6.14 金沢.

19) 向井幹夫. 教育講演　腫瘍循環器診療の最前線 -Onco-cardiology ガイドラインを活用する-. 第 70 回日本内科学会信越支部障害教育講演会. 2024.6.1, 高田（新潟県）

20) Satoshi Kimura, Naoto Takahashi, Hiroshi Ureshino, Tatsuo Ichinohe, Ayako Takamori, Atsushi Kawaguchi, Shinya Kimura. A lower initiating dose of bosutinib for CML of resistant/intolerant to prior treatment (BOGI trial). 第 86 回日本血液学会学術総会, 京都市, 2024 年 10 月 11 日(口演).

21) 枝廣太郎, 吉田奈央, 中谷鈴香, 樗木錬, 吉田徹巳, 杉原清香, 進藤岳郎, 一戸辰夫. 当院における Tisagenlecleucel 投与検討 12 例における治療成績. 第 47 回日本造血・免疫細胞療法学会, 大阪市, 2025 年 2 月 28 日（口演）

22) 菅家智史, 西明博. 小児・AYA がん治療後患者の長期健康管理　プライマリ・ケ

アへの期待. 第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会. 202406. シンポジウム. 浜松.

23) 菅家智史. サバイバーの健康管理における拠点病院と地域医療機関の連携構築. 第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 202503. シンポジウム. 神戸.

24) Maru, M. et al. Current clinical practice & issues raised by healthcare professionals about AYA survivors of childhood cancer, December, 5th, 2024, the 6th Global AYA Congress, Melbourne, Australia.

25) 鈴木直. 小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療に関する最新の話題と今後の課題, 第 80 回九州・沖縄生殖医学会, 2024 年 4 月.

26) 鈴木直. 本邦における小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療の現状と課題－がんとの共生を目指して, 奈良県立医科大学公開講座, 2024 年 5 月.

27) 鈴木直. 小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療の実践―がんとの共生を目指して, 第 164 回日本医学会シンポジウム, 2024 年 6 月.

28) Suzuki N. Fertility Recent topics on ovarian tissue vitrification and ovarian issue transplantation for CAYA cancer patients, Annual Scientific Meeting of Indonesian Society of Obstetricians and Gynecologists XXVII East Nusa Tenggara 2024, Jul 2024.

29) Suzuki N. Nineteen Years of Experience in Oncofertility: From Fundamentals to Clinical Practice, Including Psychosocial Initiatives, GR Cancer Research Lectures Institute Gustave Roussy, Mar 2025.

30) **中田佳世**, 片野田耕太, 松田智大, 多田雄真, 宮代勲, 清水千佳子. AYA世代における進行がん患者の実態調査. 第6回AYAがんの医療と支援のあり方研究会学術集会. 2024. 東京都（最優秀演題賞）

31) 多田雄真, 有馬久未, 岩田知子, 山田遥子, 樋口明子, **中田佳世**, 橋井佳子, 清水千佳子. 終末期の小児・AYA世代がん患者を対象とした在宅療養生活支援事業の実態調査. 第6回AYAがんの医療と支援のあり方研究会学術集会. 2024. 東京都

32) **中田佳世**. 小児固形希少固形がんの疫学. 第66回日本小児血液・がん学会学術集会. 2024. 京都市

33) **Nakata K**. How will an Asian AYAO initiative help drive AYAO Care? The Adolescents and Young Adults Oncology (AYAO) Singapore Symposium 2024, 2024, Singapore

34) **Nakata K**. Epidemiology of childhood cancer in Asia. 16th Congress of Asia continental branch of International Society of Paediatric Oncology, 2024, 横浜市

35) **Nakata K**, Tabuchi K, Matsumoto K, Yoneda A, Yuza Y, Inoue M, Fujisaki H, Miyamura T, Kagawa N, Tokimasa S, Inoue A, Sakata N, Fujino H, Miyashiro I, Matsuda T. STAGE AT DIAGNOSIS FOR CHILDHOOD SOLID CANCERS IN JAPAN: MULTICENTER

RETROSPECTIVE COHORT STUDY. 56th Congress of the International Society of Paediatric Oncology, 2024, Honolulu.

36) 工藤榛香, **中田佳世**, 森島敏隆, 島津美寿季, 栗原佳宏, 宮代勲. 大阪府がん登録を用いた小児がん経験者数の把握と有病率推計. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.(優秀口演賞)

37) 石田理恵, 森島敏隆、原加奈子、花原聡、久馬麻希、栗原佳宏、**中田佳世**、宮代勲. 大阪府がん登録から見た乳がんに対する集学的治療における医療機関連携. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.

38) 原加奈子, **中田 佳世**, 石田理恵, 花原聡, 久馬麻希, 森島敏隆, 栗原佳宏, 宮代 勲. 大阪府における胆嚢がん・肝外胆管がん. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.

39) 花原聡, **中田佳世**, 久馬麻希, 石田理恵, 原加奈子, 栗原佳宏, 森島敏隆, 宮代勲. 全国がん登録における指定診療所の適正化に向けた大阪府の取り組みについて. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.

40) 栗原佳宏, 森島敏隆, 工藤榛香, 島津美寿季, 小山史穂子, **中田佳世**, 宮代勲. がん診断後1年以内に発症した心血管疾患はがん患者の全死亡ハザードの上昇と相関する. 第7回腫瘍循環器学会. 2024, 姫路市.

41) 栗原佳宏, 森島敏隆, 工藤榛香, 島津美寿季, 小山史穂子, **中田佳世**, 宮代勲. The impact of cancer treatment on the relationship between BMI and prognosis in patients with cancer. 第83回日本癌学会学術総会. 2024, 福岡市.

42) 島津美寿季, 坂庭嶺人, 森島敏隆, **中田佳世**, 小山史穂子, 工藤榛香, 宮代勲. がん診療拠点病院制度が5年生存率に与えた影響～大阪府がん登録を用いた解析. 第83回日本公衆衛生学会総会. 2024, 札幌市.

43) Mai Hoshino, Yuki Kojima, Mami Ooki, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Eriko Satomi, Shuhei Osaki, Akira Kawai, Kan Yonemori, Shintaro Iwata, Tatsuya Suzuki, Yuki Nogami, Yoshitaka Narita, Hiroto Ishiki. Impairment in activities of daily living in Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer.the 56th Congress of the International Society of Paediatric Oncology (SIOP 2024), October 17-20, 2024.

44) Takako Ikegami, Hiroto Ishiki, Mana Ota, Naho Matsubara, Ayaka Ishikawa, Rumi Nishimura, Naruaki Kawasaki, Sayaka Arakawa, Yuki Kojima, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Takuma Koinuma, Takashi Kawaguchi, Yusuke Hori, Eriko Satomi. The differences in distress and problems of the AYA cancer patients between age groups : retrospective study. 6Th Adolescent and Young Adult Cancer congress. Poster

45) Naho Matsubara, Hiroto Ishiki, Mana

Ota, Takako Ikegami, Ayaka Ishikawa, Rumi Nishimura, Naruaki Kawasaki, Sayaka Arakawa, Yuki Kojima, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Takuma Koinuma, Takashi Kawaguchi, Eriko Satomi. Factors Associated with “Distress Thermometer” and the Screening Questionnaire for Adolescent and Young Adult Patients. 6Th Adolescent and Young Adult Cancer congress. Poster

46) 松原 奈穂、石木 寛人 、池上 貴子、石川 彩夏、川崎 成章、荒川 さやか、小島 勇貴、平山 貴敏、宇田川 涼子、稲村 直子、里見 絵理子 AYA 世代スクリーニングシートで判明したつらさの寒暖計スコアと生活での問題点の関連性 第 29 回日本緩和医療学会学術大会・第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会. 2024 年 6 月 14 日・15 日 (神戸) 口演

47) 「若年成人がん患者の在宅療養支援における現状と課題」川崎 優子, 西岡 英菜,第 39 回日本がん看護学会学術集会 2025 年 2 月(会議録)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書
小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

AYAがんサバイバー、小児がんサバイバーにおける健康管理の実態調査ならびに医療資源利用の実態調査

研究分担者　下村昭彦
国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター　がん総合内科 兼 乳腺・腫瘍内科/がん総合診療センターがん総合内科診療科長/医長

研究要旨：本研究では、健康保険組合の請求データベース（JMDC）を用いて、若年性がんサバイバー（AYA世代および小児がん経験者）の医療資源利用実態を明らかにした。AYA世代では在宅医療の導入が極めて限定的であり、支援施策の強化が課題であることが示された。一方、小児がん経験者では、保険加入の継続率が高く、定期的なフォローアップ体制が維持されている例が多く見られた。これらの知見は、がん経験者の長期的支援体制や社会的移行支援の充実に向けた施策の立案に貢献するものである。

研究協力者

Ａ．研究目的

近年、がんサバイバーにおける長期的な健康問題や社会的影響が注目される中、リアルワールドデータ（RWD）を用いた実態把握の重要性が高まっている。本研究では、健康保険組合の保険請求データ（JMDC）を用いて、①終末期の AYA 世代がん患者の医療資源利用、②若年性がん患者（AYA 世代および小児がん患者）のうち、がん治療後に生存したサバイバーにおける心血管疾患等の合併症発生率、医療資源の利用実態、ならびに保険制度からの離脱率などを明らかにすることを目的とした。

Ｂ．研究方法

（倫理面への配慮）

本研究は匿名化されたレセプト情報を含む医療保険データベース（JMDC）を用いた二次解析研究であり、個人が特定される情報は含まれない。解析対象となるデータはすべて健康保険組合の許諾を得たうえで取得され、倫理的配慮として、国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認を経た上で研究を実施した（研究番号等は別途明記）。また、研究成果の公表にあたっても個人の識別が不可能な集計形式で行った。

Ｃ．研究結果

1.　終末期の AYA 世代がん患者の医療資源利用に関する知見

・AYA 世代がんサバイバー（n=6,062）のうち、死亡が確認されたのは 181 人。

・死亡診断加算をもとに在宅で死亡したと判断されたのは 2 人（2.2%）のみで、在

宅医療の導入は極めて限定的だった。

・在宅療養に関連する診療報酬コードの請求例は一部に認められたものの、ほとんどの症例では在宅医療が利用されていなかった。

2. 小児がんサバイバー（Childhood Cancer Survivors: CCS）の保険制度からの離脱状況

・JMDC データベースより CCS を抽出（n=1,700）。

・保険離脱率は CCS 群で一貫して低く、特に 0〜6 歳群では 20%以上が離脱しないまま加入を継続していた。

・治療経過からは、化学療法終了後も大学病院で年 1 回の定期受診が継続され、22 歳時点で健保離脱（＝就職の可能性）した事例も確認された。

・VTE（静脈血栓塞栓症）に対するモニタリングは治療中および治療終了後に実施されており、長期的な合併症管理が行われていた。

Ｄ．考察

本研究により、AYA 世代および小児がんサバイバーにおいて、疾患治療後の医療資源利用や社会的移行に関する実態が明らかとなった。特に、AYA 世代では在宅医療や終末期ケアの導入が進んでいない実態が示され、がん対策基本計画等に基づく若年者支援施策の強化が求められる。一方、小児がん経験者では、保険加入の継続率が高く、定期的なフォローアップ体制が維持されている傾向が見られた。これは家族による支援や制度的サポートの影響と考えられ、就労移行期への支援体制のさらなる整備が課題として浮かび上がる。

Ｅ．結論

・AYA 世代のがんサバイバーでは、在宅医療や終末期ケアの導入率が極めて低く、支援体制の強化が必要である。

・小児がんサバイバーでは、長期フォローアップと社会復帰支援の観点から、保険加入状況および医療機関受診状況の可視化が有用であった。

・リアルワールドデータ（RWD）を活用した医療資源利用の実態把握は、政策立案や支援体制構築に資する重要な手法である。

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

Ｇ．研究発表

1. 論文発表

Miyazato K, Ohtsu H, Shimomura A, Yonemoto N, Shimizu C, Sase K, Ueda S. Impact of adjuvant trastuzumab therapy and its discontinuation on cardiac function and mortality in patients with early-stage breast cancer: An analysis based on the Japanese Receipt Claim Database. Breast. Breast. Dec 31;79:103871.2024

2. 学会発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

小児がん経験者（CCS）のトランジションの実態と好事例の検討

研究分担者　小澤　美和　聖路加国際病院 小児科 部長
前田　尚子 国立病院機構名古屋医療センター小児科医長

研究要旨：小児医療から成人医療への移行の在り方に焦点をあて、移行支援の好事例や困難を検討するために、小児がん治療施設を対象に1次調査（一部2023年度済）、小児がん経験者（以下CCS）の移行を受けた成人医療施設を対象に2次調査を行った。1次・2次調査共にWebアンケートを実施し、同意を得られた施設にはWebインタビューを実施した。
1次調査：Webインタビューによると、完全に成人医療への移行ができた事例を経験している施設は、インタビューへの協力を得られた18施設中8施設であった。このうち5施設では、造血器腫瘍で移植後のCCSを成人の長期フォローアップ（LTFU）外来へ移行した例があった。固形腫瘍を中心として、小児がん治療医である小児科医が担当するLTFU外来で終診まで主治医を担う方針の施設は13施設であり、成人医療へ完全に移行できている好事例はそれほど多くないことが推測された。
2次調査では、小児がん治療側が移行先に提供した割合が少ない情報こそが、CCS受け入れ側の成人医療において情報共有ニーズが高いことがわかった。健康アウトカムの改善を実現するためのトランジションには何が必要か、小児がん治療側とCCSを受け入れる成人医療側間の共通認識を、双方からすり合わせていく必要がある。

Ａ．研究目的

本研究では、小児医療から成人医療への移行の在り方に焦点をあて、移行支援の好事例や困難を検討するために、1 次調査（対象：小児がん治療施設）、2 次調査（対象：小児がん経験者［以下、CCS］の移行を受けた成人診療科）を行う。
この結果を踏まえ、小児医療における CCS の成人医療への移行準備の実態と、成人医療における CCS 受け入れの実態から好事例モデルを作成する。
また、AYA 世代の長期的な健康管理の促進に必要な具体的な取り組み、資源・制度等に関する提言における資料とする。

Ｂ．研究方法

1.1 次調査：小児がん治療施設（日本小児がん研究グループ JCCG）における成人移行に関する実態調査

① Web アンケート調査（Web アンケートのみ 2023 年度実施済み）

② Web インタビュー調査

Web アンケートにて CCS の成人診療科移行事例ありと回答した小児がん治療施設を対象として、好事例の詳細と移行先施設の紹介情報を Web インタビューにて収集する.

2. 2 次調査：CCS 受け入れ成人医療施設における実態調査

① Web アンケート調査

1 次調査の情報から CCS 移行例受け入れ施設に対する Web アンケート調査を行う.

② Web インタビュー調査

1 次調査にて、協力の同意を得た CCS 移行受け入れ施設を対象として、2 次 Web インタビュー調査を行う.

（倫理面への配慮）

国立病院機構名古屋医療センターIRB 一括申請 承認 2023-441

聖路加国際病院 IRB 承認 23-RC121

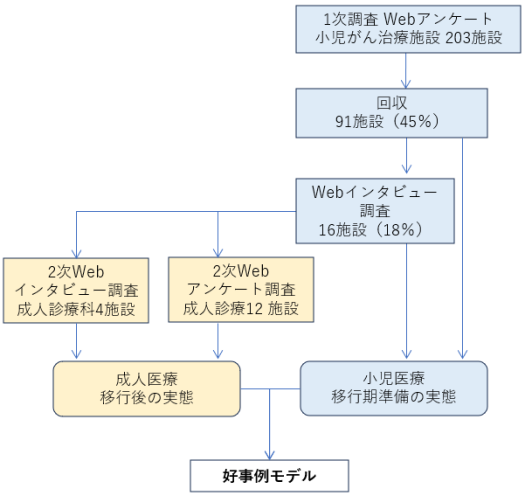


図 1. 研究デザインシェーマ

C. 研究結果（図 1. 研究デザインシェーマ）

1. 1 次調査：小児がん治療施設対象

① 小児がん治療施設の成人移行準備に関する実態調査：Web アンケート調査

2023 年度済；2023 年度小澤・前田分担報告書参照

回答率 45%：91 施設 107 名（203 施設中）

② 小児がん治療施設 Web インタビューによる CCS 移行先成人診療パターン分類（1 次調査の Web アンケートでインタビュー協力を得られた 18 施設対象）2024 年度実施

［インタビュー協力施設：総合病院 7、大学病院 7、こども病院 4］

以下に記載の施設数は重複あり.

パターン 1. 治療主治医（主に小児科医）による長期フォローアップ（LTFU）外来＝当面移行しない、またはある程度の年齢で終了する.

小児科医が LTFU 外来にて長期健康管理を継続. 臓器毎の合併症が出現する毎に成人専門診療科へ移行.

a. 上限年齢なし：5 施設［大学病院 2、総合病院 3］

問題点（a-c 共通）：職場への適応障害の対応、不妊症の対応が困難、臓器毎の成人

診療科移行後の通院中断、他院からの受け入れは一部の施設で不可

b. 30-40 歳代上限：移行元 5 施設［大学病院 2、総合病院 3］

c. 20 歳代上限：移行元 3 施設［総合病院 2、こども病院 1］

d. 小児から成人までの診療経験を持つ医師（脳神経外科医、サルコーマ専門医）が終身主治医として長期健康管理：移行元 3 施設［大学病院 2、総合病院 1］ 必

須事項：多職種による相談・サポート team との密な連携

パターン 2. 成人医療 移植後 LTFU 外来/血液内科への移行

移行元 5 施設[総合病院 3、こども病院 2]

問題点：造血器腫瘍に限る

パターン 3. 成人医療　腫瘍内科への移行

移行元 1 施設［こども病院 1］

問題点：腫瘍内科医が CCS の長期健康管理を行う施設は稀.

パターン 4. 移行期支援センター利用

移行元 2 施設［大学病院 1、こども病院 1］

パターン 5. 地域のネットワーク構築・利用

1 地域のみ

大学病院（成人診療科）、こども病院（小児科）、医師会（総合診療医）合同の定期勉強会にて、CCS 移行医療・長期健康管理についての現状の共有と学びを通してネットワークを構築する. このネットワークを利用して CCS 移行先を模索するニーズと CCS 受け入れの可能性をマッチさせる.

必須事項：広域を取りまとめるリーダーシップが発揮できる施設の存在

パターン 6. 総合診療のマインドを持つ地域クリニック, 市中病院（小児がん専門医、血液内科医、在宅診療医等）への移行

移行元施設 3 施設［こども病院 1、総合病院 2］

2. 2 次調査：CCS 受け入れ成人医療施設対象　2024 年度実施

①　2 次 Web アンケート調査：CCS 受け入れ成人医療施設調査

CCS 受け入れ施設 Web 調査

有効回答数：12 施設 23 名（医師 18 名、看護師 5 名）

施設区分：大学病院 3、総合病院 8, 個人病院 1

医師の診療科：血液内科 9、内分泌代謝 3、一般内科 2, 循環器内科、総合診療科、産婦人科、精神科各 1

a. これまでの受け入れ数　（図 2）

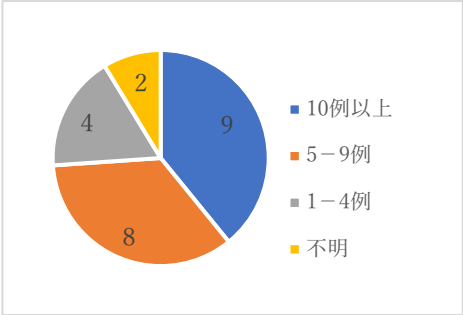


図 2　これまでの受け入れ数

以下の質問は好事例を念頭に回答

b. CCS の初診時年齢　20 代 14、30 代 4、10 代 4、40 代以上 1

c. 一次がん　造血器腫瘍 18, 固形腫瘍 4

d. 合併症　あり 16、なし 7

e. CCS に対する事前教育 十分 9、不十分 4、どちらでもない 10

f. 診療に役立った情報（図 3）

本人や家族に対する移行に関する説明内容（15）やがん治療サマリー（15）、晩期合併症リスクと既診断の晩期合併症に対する治療内容のサマリー（13）、小児科と併診している病院や診療科に関する情報（11）が役立つとの回答が多かった。

（　）内は回答数



図 3　診療に役立った情報

g. 欲しかったが不足していた情報（図 4）

一方、不足していた情報として、妊孕性温存実施の場合の内容や自身の妊孕能に関する理解度 (10)、心理社会的問題 (学業、就労、家族関係、宗教、精神心理的疾患) に関する情報 (7) 等についての情報が不足しているとの回答が目立った.

h. 自由記載（意見・要望）

CCS 受け入れ経験を元に課題と提案を記載してもらった.

・受診頻度が低い CCS との関係構築が難しく、小児科ほど手厚くする必要もないと思うが、感覚がわからない.

・移行前に再度、本人家族に病名、治療内容、合併症リスクと予防方法、症状出現時の対応を文書化して説明し、文書を受け入れ施設に共有する。事前に医療機関同士で情報共有し、受け入れ準備をしてから予約受診する.

・各専門診療科に繋ぐ前のハブとなるセンターを設けるとよい.

・内科かかりつけ医がないことが多く、体調不良時の受け入れ先に困ることがある。地域の開業医との連携も必要.

・移行後の状況を小児科と成人診療科で共有する機会をもつ.

図 4　欲しかったが不足していた情報



③　2 次 Web インタビュー調査

CCS 受け入れ成人医療施設 3 件

a. Clinic-H. 血液内科医による clinic

・受け入れ状況

当初は、造血器腫瘍 CCS のみの受け入れ. 小児期発症のがん経験者の診療を数人、数年にわたり経験したの

ちに、固形腫瘍 CCS の転院の依頼があり、受け入れるようになった.

・診療情報の取得

治療内容・心身/社会的背景と本人への説明内容、現在の課題が網羅された定型フォーマットの紹介状で、初回に把握するには時間が必要だが、情報不足で困ったことはない. 足りない情報（妊孕性に関する意識、家族構成など）があった場合には、関係性を築いた頃に、直接本院から聴取することができている.

・診療内容

固形がんそのものによる身体的合併症の症状は固定しており、自己管理がなされているので、診療上の困難感はない. 新しい自覚症状にはその都度高齢者診療と同様に、対応している. 脳腫瘍患者のホルモン補充も対応している.

b. Clinic-A. 在宅診療医による clinic

・受け入れ状況

晩期合併症のために社会復帰困難な CCS 数人の受け入れ経験、稀に終末期在宅 needs のある CCS の受け入れ経験がある.

・診療情報の取得

ケアマネージャーや依頼元のソーシャルワーカー、担当医と事前に Web ミーティングをして双方向性の情報交換をして受け入れている. 双方性のミーティングであることかつ依頼元からの参加者が多職種であることにより、不足と感じる情報は収集可能である.

・診療内容

主に在宅医療の提供、それに伴う全身管理.

c. 総合病院-S 総合内科医による外来診療

・受け入れ状況

数年にわたり、同総合病院内での多科・多職種で構成される CCS 移行期カンファレンスにおいて CCS の特徴、課題を知った後に、総合内科へ移行 needs がある CCS 適宜を受け入れるようになった.

・診療情報の取得

年数回の CCS 移行期カンファレンスにより情報提供を得る. 多職種参加により網羅的に情報が収集できるので、困りごとはない.

・診療内容

すでに指摘されている高脂血症、肥満などの管理と並行して、ライフ・サイクル毎の困りごとの相談を受ける. 心理・社会的相談は、適宜、がん相談支援センターへつなぐ. 自覚症状のない身体の健康管理目的の検査は、職場健診にゆだねている.

D. 考察

一連の調査により、小児がん治療施設では、順次 CCS の移行準備を進めてはいるものの、完全に成人診療科に移行できている例はそれほど多くはないことが推測された. スムーズに移行できた例は、小児医療側の準備はもちろん、受け入れ側の成人診療科の CCS に対する理解と前向きに受け入れていこうとする姿勢に支えられていることが伺えた.

小児がん治療側と成人診療科側の考え方のミスマッチは、成人診療科側が「欲しかったが不足していた情報」にみてとれる.小児がん治療医への調査結果では、移行先に提供した情報として、「治療サマリー」「最新の検査結果」「治療内容から想定される晩期合併症」が上位にあがったが、「妊孕性温存療法の内容」「心理社会的問題のまとめ」「晩期合併症の理解度」「ヘルスリテラシー獲得状況」については、情報共有していると回答した者の割合が低かった.
今回の調査では、それらの情報ニーズが高いことや、事前の情報共有を希望する意見もみられており、スムーズな移行のために、小児がん治療医側が、今後改善していくべき課題と考えられた.

Ｅ．結論
長期フォローアップと移行期医療は、思春期・若年世代を迎えたCCSの健康アウトカムの改善の実現のために重要なキーワードである．今回、数少ない好事例の収集が叶うと同時に小児がん治療医側とCCS受け入れ側とのミスマッチも具体的に明らかになった.

Ｆ．健康危険情報
（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）
Ｇ．研究発表
1.　論文発表
なし
2.　学会発表
第66回日本小児血液・がん学会学術集会
小児がん経験者の移行医療の現状―小児がん診療施設の調査　前田尚子、小澤美和、清水千佳子　2024.12.15 京都

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）
Ｈ．知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3.その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

長期フォローアップガイドラインの成人医療での運用課題の抽出「小児・ＡＹＡ世代がん患者の成人移行ならびに長期フォローアップにおけるマネジメントと診療ガイドラインの実態」

研究分担者　向井幹夫
地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪国際がんセンター　特別研究員
研究協力者:志賀太郎
がん研究会有明病院　腫瘍循環器科部長

研究要旨：
がん治療の進歩により小児･AYA がん症例の予後が著明に改善する一方でがん治療を経験したがんサバイバーが増加している。初年度に本邦におけるがんサバイバーに対するトランジション医療・成人医療への移行に関する検討を行い、診療ガイドラインや医療リソースの整備が不十分であり、がんサバイバーに対するがん治療終了後の長期フォローアップはほとんど行われていない状況であり医学的な問題点に加え経済的・社会的に大きな課題があることを報告した。さらに、小児・AYA 世代がんサバイバーにおける健康に関する情報も乏しいことから、治療後発症する晩期合併症のマネジメントに関するエビデンスは不十分な状況であった。そこで、本年度はがん経験者における長期フォローアップにおけるマネジメントを行うために、医療経済的見地から健診・検診事業に着目し晩期合併症の早期発見を目指した事業の検討を開始した。現在、成人対象に各自治体で施行されているがん検診システムを小児がんサバイバーに応用し、造血幹細胞移植症例など二次性悪性腫瘍発症ハイリスク症例を対象とする健診を行うことで長期フォローアップを支援する事業を企画・実施した。本支援事業は自治体の負担により健診を施行することから、受診者の経済的問題は少なく、晩期合併症の早期発見ならびに長期フォローアップに貢献する新たなシステムになることが予想される。さらに、症例数を重ねることで、晩期合併症に関する臨床的なデータを蓄積し、本領域における新たなエビデンスが創設されることが期待されている。

Ａ．研究目的

【背景】がん治療の進歩により小児がん患

者の予後が著明に改善する一方でがん治療を経験した若年がん治療経験者（がんサバイバー）が増加している。しかしながら、これらのがんサバイバーに対するがん治療後の長期的な健康管理は決して十分とは言えず、本邦において診療ガイドラインなどの整備はほとんどなされていない[1)]。中でも小児・AYA 世代がんサバイバーが治療終了後、成人期において移行していく過程では十分な医療リソースの整備ができておらず、40 歳にがん検診や特定健診が開始されるまでに空白期間があることが明らかとなった[2)]。特に、治療終了後数年から 10 年以上経過した後に出現する晩期合併症への対応はほとんどなされておらず具体的なマネジメントの創設が大きな課題となっている。

【目的】小児・AYA 世代がん経験者のがん治療終了後の晩期二次性悪性腫瘍の早期発見並びに健康チェックのために、晩期合併症発症ハイリスク症例を対象として新しい健診システムを企画・実施する。

Ｂ．研究方法

（倫理面への配慮）

健診の企画並びに検討は、大阪府健康づくり課の委託を受けて、大阪国際がんセンター、大阪がん循環器病予防センターそして大阪府下の小児がん拠点病院９施設（大阪市総合医療センター、大阪母子医療センター、大阪大学医学部、大阪公立大学医学部小児科、関西医科大学、近畿大学医学部、大阪赤十字病院、医学研究所北野病院、松下記念病院）において行った。健診対象者は二次性悪性腫瘍ハイリスク症例とされる0～15歳で初発のがん治療を開始、又は15歳以上20歳以下で再発を認めで検査を受ける年度末の年齢が15～39歳に限定した。ハイリスクの定義は①造血幹細胞移植、②放射線照射、③アルキル化剤・TopoイソメラーゼII阻害薬・プラチナ製剤のいずれかの投与、④遺伝性素因をもつ小児がん経験者のいずれかを認める症例として、大阪府小児がん拠点病院または小児がん連携病院で治療歴を有する者として、健診対象のがん種は、血液がん、大腸がん、乳がん、甲状腺がんとした

健診検査項目は、全例に内科診察、一般検血、検便検査を、さらにがん治療内容（化学療法の有無、放射線照射部位）により表に示すように乳腺エコーは25歳以上またはがん治療後８年経過した時期に、甲状腺エコーは治療後５年経過した時期（診察は治療の経過年数に関わらず施行）に施行した[3)]。また、その他の晩期合併症として心血管毒性、内分泌機能障害や神経認知機能障害に対するチェックを問診、病歴そして診察により施行した。健診は全例大阪がん循環器病予防センターで施行した。

二次発生悪性腫瘍 ハイリスクの定義	がん健診・検診
造血幹細胞移植	・問診、血液検査、便潜血検査 全身照射例：甲状腺診察・エコー、乳腺エコー
放射線照射	・問診、甲状腺照射例：甲状腺診察・エコー、 胸部照射例：乳腺エコー、腹部照射例：検便
化学療法：アルキル化剤、 トポイソメラーゼⅡ、プラチナ製剤	・問診、血液検査
遺伝性性素因をもつ小児がん症例	・問診、血液検査、便潜血検査 甲状腺診察・エコー、乳腺エコー

健診受診前に将来の研究のためのデータ使用に関する同意を取得したのち健診を施行した。事業の成果は、健診データが蓄積した時点で大阪国際がんセンターがん対策センターにおいて研究解析を行う予定となっている。

Ｃ．研究結果

2024 年 10 月より健診を開始し、2024 年度は５名（18 歳-35 歳：男性 2 名、女性 2

名）が受診した。二次性悪性腫瘍の発症は認めなかったが、甲状腺腺腫が１例指摘された。その他の症状として月経異常、皮膚異常、消化器症状（下痢、便秘)、神経症状（言葉が出にくい、頭痛)、白内障、低身長などを認め、すべての症例で何らかの病的自覚症状を有していた。

Ｄ．考察

がんサバイバーにおける長期フォローアップに関するガイドラインやコンセンサスについては国内外では刊行されているが、本法において小児から成人に移行する時期やその後成人におけるガイドラインの整備が遅れている。そして、小児・AYA 世代がんサバイバーの長期フォローアップに関するエビデンスに乏しいことから、成人医療へ移行後フォローアップが困難な状況が続いている[4) 5)]。さらに、がんサバイバーに対する医療リソースの整備は非常に遅れており、現実的に長期フォローアップが可能な医療機関は非常に少ない現状である[6)]。さらに、自治体ではがん検診並びに特定健診が施行されているが、40 歳以降（子宮頸がんのみ 20 歳以降）に限定されており、小児科治療が終了したのち 40 歳になるまでに大きな空白期間があった。そこで、小児がんサバイバーの健康を切れ目なくフォローアップする体制を目指して新たな医療リソースの開発を行なった。

ここでは、自治体ですでに施行されている健診・検診システムを活用する方法を検討したため、予算など理由で晩期合併症の中で二次性悪性腫瘍に限定した事業を開始した。今後は、本事業で得られた情報を活かし、がんサバイバーの晩期合併症の実態を明らかとすることで、二次性悪性腫瘍のみならずその他の晩期合併症に対する健診項目を拡大すると共に、小児のみならず幅広い年代を対象とするがんサバイバードックなど長期フォローアップ健診のシステムの開発を行なっていく予定である

Ｅ．結論

小児がん治療経験者の長期フォローアップを目的とする健診事業を開始した。医学的のみならず社会的・経済的見地から自治体とも協力し健診・検診・人間ドックという新たな医療リソースの開発を行うことで、小児・AYA世代がんサバイバーのみならず、幅広い世代のがんサバイバーを対象としたがんサバイバーシップケアにおける課題の解決へ向かうことが期待される。

文献

1) 向井幹夫. 分担研究報告書 人間ドックの応用及び循環器のフォローアップ. 厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究(20EA1022),2022年, 2023年厚生労働省科学研究成果データベース https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202208021A-buntan7.pdf 2023.7.4

2) 向井幹夫､志賀太郎. 長期フォローアップガイドラインの成人医療での運用課題の抽出 「小児・ＡＹＡ世代がん患者の成人移行ならびに長期フォローアップにおける マネジメントと診療ガイドラインの実態」. 令和5年度厚生労働省科学研究費補助金(がん対策推進総合研

究事業） 小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと 診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）総括研究報告書（202307026Z）. p24-28, 2024年厚生労働省研究成果データベース https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/168114.

3) 小児がん治療後の長期フォローアップガイド2021. JCCG長期フォローアップ委員会長期フォローアップガイドライン作成ワーキンググループ編,クリニコ出版. 2021年

4) Prasad M et al. The Children's Oncology Group Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent and Young Adult Cancers Version 6. Indian Pediatr 2024; 61(4): 380-382.

5) Vaz-Luis I et al. ESCO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: Promoting High-Quality Survivorship Care and Research in Europe. Ann Oncol 2022; 33 (11): 1119-1133.

6) 向井幹夫. 特集：がんサバイバーの晩期心血管毒性の管理. 日本医事新報. 2022; 5148(12/24): 18-30.

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

なし

Ｇ．研究発表

1. 論文発表

１）向井幹夫. Ⅱ章がん・脳卒中医療の進歩と腫瘍脳卒中学. がん患者における生活習慣病管理（高血圧・糖尿病・脂質異常症）. 腫瘍脳卒中学. Stroke Oncology 研究会監修, 編集 塩川芳昭, 平野照之, 高野利実. 中外医学社. p67-73, 2025. 3.15, 東京.

２）向井幹夫. 5章血栓性疾患, 14がん関連血栓症の特徴. 臨床に直結する血栓止血学会 改訂３版.編者 朝倉英策, p501-506, 中外医学社, 2024.6, 東京.

３）向井幹夫. がん治療関連心機能障害 免疫関連有害事象としての心筋炎. 臨床と研究 2025; 102(3): 265-270.

４）向井幹夫. 前立腺癌のホルモン療法による副作用マネジメント-前立腺癌の診療のコツ-. ESPOIR 2024; 7: 32-35.

５）向井幹夫. Ⅶ 外来診療、がんサバイバーシップ. がんサバイバーの晩期心血管毒性. 日本臨床 増刊号 腫瘍循環器学 2024; 82(2): 423-428.

６）向井幹夫. 腫瘍循環器医との連携：ホルモン療法における泌尿器科医が注意すべき心血管毒性. Prostate Journal 2024; 11(1): 37-43.

７） Yamada N, Tamaru S, Akamatsu D, et al. on behalf of KUROSIO Study Investigators (include of Mukai M). Efficacy and Safety of Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants for Japanese Patients with Venous Thrombo-embolism: The Results from the KUROSIO Study. Circ J : 2024; 88(10): 1672-1678.

2. 学会発表

1）向井幹夫(座長・講演)．がんと血栓症 知って得する血栓のお話．世界血栓デー日本　市民公開講座 2024　大阪．2025.03.09 大阪国際がんセンター.

2）向井幹夫、志賀太郎、大倉裕二、草場 仁. がん患者に合併する循環器疾患に対する治療適応において腫瘍医と循環器医の相違．日本臨床腫瘍学会・日本循環器学会・日本腫瘍循環器学会合同シンポジウム がん診療における循環器医に相談するタイミングとその後のフォローアップ．第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会 2025.03.06.神戸。

3）向井幹夫．がん関連血栓症のマネジメント．腫瘍循環器ガイドラインから．第 12 回日本血栓止血学会教育セミナー．2024 年 11 月 10 日，大阪.

4）向井幹夫．腫瘍循環器診療における薬剤師の役割と期待．第 34 回日本医療薬学会年会 2024.11.03　幕張.

5）向井幹夫．前立腺癌治療における CVD マネジメント前立腺癌に対するアンドロゲン遮断療法における心血管毒性とそのマネジメント．日本泌尿器腫瘍学会第 10 回学術集会　2024.10.27.博多.

6）向井幹夫．がん治療関連高血圧とその管理 腫瘍循環器領域における血管毒性高血圧・血栓症．第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会，2024.08.04，姫路.

7）向井幹夫．泌尿器癌における腫瘍循環器連携．腫瘍循環器の視点から見た前立腺癌薬物療法における心血管イベントとそのマネジメント．第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会，2024.08.04，姫路.

8）志賀太郎、大倉裕二、草場 仁、向井幹夫．JOCS 創設 7 年目の今、腫瘍医、循環器医、それぞれの意識は ～インターネットを用いた「余命期間と侵襲的循環器治療」に対するアンケート調査結果～．第 7 回日本腫瘍循環器学会学術集会，2025.8.3，姫路

9）向井幹夫（座長・講演）．日本乳癌学会・日本腫瘍循環器学会合同シンポジウム チームで取り組む乳癌患者の心機能保護 ～乳癌治療医と循環器専門医が連携し、乳癌治療からあなたのハート（心臓）を守ります～．晩期心血管合併症とがんサバイバーシップを考える．第 32 回日本乳癌学会学術集会．2024.7.11，仙台.

１０）向井幹夫（座長）．静脈血栓塞栓症に対する治療とその管理．第 65 回日本血栓止血学会学術集会．2024.6.14 金沢.

１１）向井幹夫．教育講演　腫瘍循環器診療の最前線 -Onco-cardiology ガイドラインを活用する-．第 70 回日本内科学会信越支部障害教育講演会．2024.6.1，高田（新潟県）

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得 なし

2．実用新案登録　なし

3.その他　　なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

成人医療におけるCCSトランジションプログラムの実装に関する課題の検討

研究分担者　一戸 辰夫
広島大学原爆放射線医科学研究所　血液・腫瘍内科研究分野
広島大学病院がん治療センター　AYA世代がん部門

研究要旨：新規薬剤の普及と集学的がん治療の発展に伴い、小児がんの治癒率は経年的に向上しており、現在のわが国では、人口10万人あたり約100名程度が小児がん経験後の長期生存者(childhood cancer survivor, CCS) として社会生活を送っていると推計されている。一方、CCSには、がん治療後の晩期合併症・適応障害など特有の身体的・精神心理的問題が存在しているにもかかわらず、成人医療を十分に活用できていないことが社会的課題となっており、各医療圏において適切な「移行期医療」を提供するための支援システムを整備していくことが求められている。本研究では、小児がん拠点病院の中に設置されたAYA世代がん支援チームと造血幹細胞移植後長期フォローアップ(long-term follow-up, LTFU)チームの人的資源を活用することを通じて、実際の移行期医療支援を持続的に提供するための課題を検討した。

A．研究目的

近年、新規の分子標的薬・免疫賦活性抗腫瘍薬の開発やゲノムプロファイリングによる個別化医療の実現が進み、小児・成人を問わず、悪性腫瘍に対する治療歴を有する長期生存者が増加している。多くの場合、成人がんの患者は、発病の段階から一連の治療が完了し、治療後のフォローアップを受けるまで、がん診療に従事する医療チームが地域の診療所等の医療資源を活用しながら連続的な医学的管理を受けている。一方、小児がんの患者に関しては、小児診療科で提供されている医療と成人領域における医療の間にさまざまな相違が存在するため、成人後も小児診療科において医学的管理を受け続けている場合が多く、成人診療科への移行を行うための適切な支援体制を構築する必要性が指摘されている。本研究では、小児医療チームと成人医療チーム双方が成員として参加する AYA 世代がん患者の支援チームを活用して実際の移行医療支援を試みることにより、その持続性を担保するための課題を探索的に検討した。

Ｂ．研究方法

AYA 世代患者の系統的長期フォローアップ(LTFU)体制が、造血幹細胞移植後の専門外来（LTFU 外来）として、すでに実装されている血液内科を移行支援モデルの成人側診療科プロトタイプとして選択した。小児期に造血器腫瘍あるいは造血幹細胞移植を必要とした難治性疾患を発症し、その後に小児診療科から血液内科に転科した患者を対象として、LTFU 外来に紹介を行い、「移行期医療」の必要性に関するオリエンテーションを実施するとともに、患者の理解度と自立度を確認した。また移行にあたり、特別な問題を有する事例に対しては、小児診療科と成人診療科が同時に参加する AYA 世代がんキャンサーボードで課題を抽出し、対応策を検討する方針とした。次いで、それぞれの患者の治療歴に応じ、日本小児科学会移行支援委員会が公開しているガイドライン(2024 年 12 月 9 日追加掲載)も参考にして、成人の循環器科・内分泌科・婦人科・泌尿器科・精神科などへの対診を行った。

（倫理面への配慮）

現在、上記のようなフローに基づき、血液内科に紹介された CCS 患者の移行医療支援プログラムを実装中であり、患者個別の情報を事例として公開することは控える。

Ｃ．研究結果

まだ少数例ではあるが、LTFU 外来を受診した CCS は、おおむね治療後の晩期合併症（心血管系合併症・二次がん・認知機能低下など）のリスクについて良好な理解を示し、定期的な成人診療科への通院やがん検診の意義や必要性について疑問を呈する事例は経験されなかった。また、LTFU 外来を担当する看護師や医師に、自身の体調に関する問題を率直に伝える経験自体が「不安の軽減」につながるという感想を述べる患者が複数名存在した。

Ｄ．考察

現在、まだ初動中の段階であるが、これまでの経験では、LTFU 外来における病歴の聞き取りや、生活習慣の確認、治療歴に関する理解度の確認等は、成人診療科側が見落としやすい患者固有の問題やアンメットニーズを把握するために有用であった。一方、造血器疾患以外の固形腫瘍の治療歴を有する CCS の成人医療への移行を推進するためにはまだ人的資源が十分ではなく、同様の LTFU に特化した外来が何らかの加算が行える形で設置されることが望ましいと思われる。

Ｅ．結論

AYA世代がん支援チームと連携し、造血幹細胞移植後のLTFU専門外来をCCSの成人医療への窓口として活用することにより、施設内での小児造血器疾患治療後患者の移行期医療を円滑に進めることが可能であった。

Ｆ．健康危険情報

該当する情報なし。

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

1) Kim H, Mizuno K, Masuda K, Sakurai M, Ara T, Naito K, Uehara Y, Yamamoto G, Osada M, Machida S, Horio T, Fukushima K, Mori Y, Ichinohe T, Fukuda T, Atsuta

Y, Kataoka K. A nationwide retrospective analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for adult hemophagocytic lymphohistiocytosis. **Trans-plant Cell Ther. 2024 Apr;30(4):419.e1-419.e12.**

2) Miyamoto S, Niizato D, Tomomasa D, Nishimura A, Hoshino A, Kamiya T, Isoda T, Takagi M, Kajiwara M, Azumi S, Hirabayashi S, Sakamoto K, Kishimoto K, Miyamura T, Umeda K, Hirose A, Keino D, Yanagimachi M, Kanda K, Sakai Y, Ikawa Y, Watanabe K, Tanaka K, Mori T, Ichinohe T, Sakaguchi H, Morio T, Kanegane H. Allogeneic hematopoietic cell transplantation using alemtuzumab in Asian patients with inborn errors of immunity. J Clin Immunol. 2024 May 22;44(6):126.

3) Ureshino H, Takahashi N, Ikezoe T, Kameoka Y, Kimura S, Fukushima N, Ichinohe T, Takamori A, Kawaguchi A, Miura M, Kimura S. A lower initial dose of bosutinib for patients with chronic myeloid leukemia patients resistant and/or intolerant to prior therapy: a single-arm, multicenter, phase 2 trial (BOGI trial). **Int J Hematol. 2024 Oct;120(4):492-500.**

4) Yoshimoto K, Maeoka Y, Kubota S, Chishaki R, Takahashi A, Osaki Y, Mino T, Ichinohe T, Masaki T. Polycythemia secondary to bilaterally enlarged kidneys in T-cell acute lymphoblastic leukemia: a case report and literature review. **BMC Nephrol. 2025 Mar 6;26(1):121.**

2. 学会発表

1) Satoshi Kimura, Naoto Takahashi, Hiroshi Ureshino, Tatsuo Ichinohe, Ayako Takamori, Atsushi Kawaguchi, Shinya Kimura. A lower initiating dose of bosutinib for CML of resistant/intolerant to prior treatment (BOGI trial). 第 86 回日本血液学会学術総会, 京都市, 2024 年 10 月 11 日(口演).

2) 枝廣太郎, 吉田奈央, 中谷鈴香, 樗木錬, 吉田徹巳, 杉原清香, 進藤岳郎, 一戸辰夫. 当院における Tisagenlecleucel 投与検討 12 例における治療成績. 第 47 回日本造血・免疫細胞療法学会, 大阪市, 2025 年 2 月 28 日 (口演)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

いずれも該当するものなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

地域における小児・AYA世代がん経験者の健康管理や療養支援の課題の検討

研究分担者　菅家　智史
福島県立医科大学医学部総合内科・総合診療学講座講師／総合内科・総合診療医センター

研究要旨：
小児・AYAがん経験者の長期健康管理においては、地域医療機関の積極的な関与が期待されているものの、効果的な連携モデルは十分に確立されていない。福島県立医科大学附属病院では、小児・AYAがん長期支援センターと総合内科・総合診療学講座が協働し、県内の総合診療医ネットワークを活用した地域連携モデルの構築を試みた。2024年7月にプロジェクトキックオフセミナーを開催し、同年9月からモデル運用を開始、2025年3月までに2名のがん経験者について地域の総合診療医との連携を実現した。既存ネットワークの活用は、総合診療医との連携構築において有効である可能性が示唆された。本取り組みは、小児・AYAがん経験者の長期健康管理体制強化に向けた地域連携モデルの実践例として意義がある。

研究協力者
藁谷朋子　福島県立医科大学小児･AYA がん長期支援センター　助手

Ａ．研究目的

小児・AYA がん経験者は身体的晩期合併症や心理･社会的問題を抱えるリスクが高く、治療終了後も長期的な健康管理が推奨されている。しかし、専門医による継続的なフォローアップの限界や多診療科連携の困難、医療費や通院負担、ライフステージの変化による受診中断など、長期健康管理には多くの課題が存在する。こうした課題に対し、患者の生活圏である地域医療従事者の関与が期待されているが、国内では有効な連携モデルの提示は十分ではない。本研究は、地域の実情に即した連携モデル構築の基盤を整えることを目的に、新たなシステム構築過程で得られる知見を集約する。

Ｂ．研究方法

福島県立医科大学附属病院小児・AYA がん長期支援センターでは、多職種連携による長期健康管理システムを構築し､300 人以上のがん経験者を支援してきたが、地域医療機関との有効な連携システムは確立されていなかった。そこで、県内の総合診療専門研修プログラムを中心とした総合診療医ネットワークを活用し、地域連携モデルの構築を目指した。

本研究は実践研究として、がん経験者の居住地や職場近くで医療を提供する総合診療医との連携モデル（チカイシプロジェクト）の企画運営を行った。プロジェクトは、①連携モデル構築、②モデルの実践と評価、③再評価と改善の三段階で進行し、2023 年 10 月から第 1 段階、2024 年 9 月から第 2 段階を実施した。第 1 段階ではキックオフセミナーを開催し、参加した総合診療医と小児腫瘍内科医のディスカッション内容を質的に分析した。

（倫理面への配慮）

連携構築は患者の希望を尊重し診療行為として実施した。ディスカッションの質的分析は個人情報を含まないことを確認し、倫理審査委員会の承認を得て行った。

C．研究結果

2023 年 10 月からの第 1 段階では、関係者の意見聴取や総合診療医によるフォローアップ外来の観察、担当医との議論を重ね、地域連携モデルを構築した（図 1）。

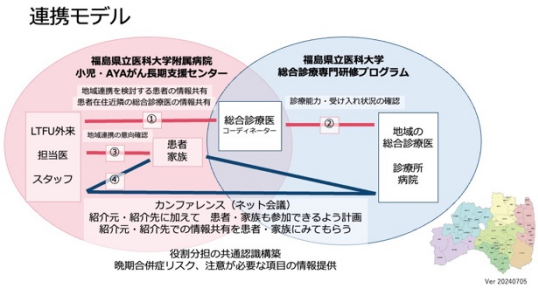


図 1 地域連携モデル

モデルは、小児・AYA がん長期支援センターの外来担当医と総合診療専門研修プログラム所属の総合診療医が相談し、適切な総合診療医を選定して連携する仕組みとした。2024 年 7 月にはプロジェクトキックオフセミナーを開催し、小児腫瘍内科医 3 名、総合診療医 17 名が参加、連携構築に関する課題や対応策について議論した（図２）。

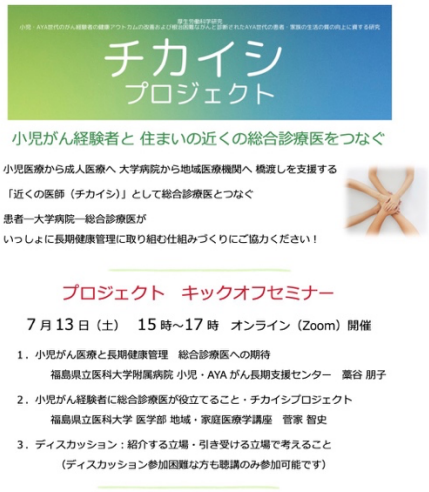


図 2　プロジェクトキックオフセミナー

2024 年 9 月からの第 2 段階では、地域連携モデルを用いた総合診療医との連携を開始し、2025 年 3 月までに 2 名のがん経験者について連携を構築した。キックオフセミナーの質的分析は継続中であり、2025 年度に結果を報告予定である。

図 2　プロジェクトキックオフセミナー

小児腫瘍内科医 3 名、総合診療医 17 名が参加し、地域連携モデルの説明と参加者による連携構築に関する課題、対応策についてのディスカッションを行った。

2024 年 9 月からの第 2 段階では地域連携モデルを活用した総合診療医との連携構築を開始し、2025 年 3 月までに 2 人のがん経験者について連携を構築できた。

キックオフセミナーディスカッションの質的分析は継続して取り組んでおり、2025

年度に結果を報告する予定である。

D．考察

本研究は、総合診療医の地域ネットワークを活用した小児･AYA がん経験者の長期健康管理における地域連携モデルの構築を試みた。長期健康管理の全てを基幹病院で担う必要はなく、生活習慣病管理や受診の要否判断など、地域医療機関が担う役割は大きい。しかし、連携可能な医療機関の探索が難しいことが、地域連携の進展を阻害している。本モデルは既存の総合診療医ネットワークを活用することで、この課題解決を目指した。

総合診療医は臓器横断的な健康問題に対応でき、多臓器にまたがる晩期合併症リスクを持つがん経験者の長期管理に適している。一方、がん治療に対する知識や経験の不足、不安感も指摘されており、今後は教育や支援体制の充実が求められる。

E．結論

小児・AYAがん経験者の長期健康管理における地域医療機関との連携モデルを、既存の総合診療医ネットワークを活用して構築･運用した。総合診療医とがん経験者の長期健康管理は親和性が高いが、適切な連携先の探索や診療経験不足の課題があった。今後も本モデルの継続的な評価と改善を進め、より効果的な地域連携体制の構築を目指す。

F．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

G．研究発表

1.　論文発表

菅家智史．総合診療・家庭医療専門研修プログラムのネットワークと移行期医療．治療．2024;106(12):1380-3.

2.　学会発表

菅家智史，西明博．小児・AYA がん治療後患者の長期健康管理　プライマリ・ケアへの期待．第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会．202406．シンポジウム．浜松．

菅家智史．サバイバーの健康管理における拠点病院と地域医療機関の連携構築．第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会．202503．シンポジウム．神戸．

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

「移行支援達成度尺度開発」
成人医療へ移行した小児がん経験者に関する専門職の認識：Six Core Elementsの臨床応用に向けたインタビュー調査

研究分担者　丸 光惠
兵庫県立大学・看護学部小児看護学・教授

研究要旨：米国Got Transition®で開発された若年成人患者を対象としたセルフケアスキルのアセスメント（SSA-YA）の24項目を翻訳し、 小児がん経験者の移行支援達成度を評価する尺度としての適用性・妥当性について明らかする事を目的とした。研究デザインは、ウェッブアンケートを基にしたインタビュー調査を用いた質的記述的研究とした。機縁法を用いた便宜的サンプリングによる16名のKey Informantに、ZOOMでインタビューを実施したところ、SSA-YA24項目中20項目が AYACCSの適用可能であった。

研究協力者
千葉大学看護学部　教授　富岡晶子
埼玉県立大学保険医療福祉学部　櫻井育穂
東京医科大学医学部看護学科　前田留美
東京医療保健大学医療保健学部　岡田弘美
東京医科歯科大学大学院　勝本祥子
大阪公立大学医学部附属病院　鶴田理恵
元東京医科歯科大学大学院　飯島佳織

共同研究者
国立国際医療研究センター　清水千佳子

Ａ．研究目的

Self-Care Skills Assessment for Young Adults（若年成人患者対象セルフケアスキルアセスメント　以下 SSA-YA）は、小児期発症の慢性疾患を有する若年成人期の患者が、セルフケアスキルを自己評価するための 24 項目の質問票である。SSA-YA はセルフケアの自立度を把握する項目が含まれており、移行期支援ツールのパッケージの一つとして Got Transition®（移行期医療に関する米国のリソースセンター）の HP 上で公開され、広く活用されている。

本研究は、この 24 項目を翻訳し、AYA 世代の小児がん経験者（以下 AYACCS）を対象として、移行支援の達成度を評価する尺度としての適用可能性および妥当性を探索することを目的とした。

Ｂ．研究方法

1.　研究デザイン：ウェッブアンケートとインタビューを用いた質的記述的研究デザインとした。

2.　対象者およびリクルート方法:AYA 世代の CCS に対する臨床・支援経験と見識を有する医療専門職を Key Informant とし、研究者らの知人を中心とした機縁法を用いた便宜的サンプリングで対象者を募った。研究趣意書、同意書、同意撤回書を候補者へ送付し、内諾が得られた者に事前にウェブアンケートへの回答を依頼した。

3.　ウェッブアンケート:翻訳した 24 項目について、リカートスケールで AYACCS への適用性、妥当性について尋ねた。

4.　インタビュー：　Zoom インタビューは研究チームより 2 名 1 組のインタビュワーが、ウェッブアンケートの回答の詳細ついてインタビューガイドに沿って尋ねた。すべてのインタビューは録音し、逐語録を作成した。

5.　倫理的配慮：人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（厚生労働省）に則り、同意、同意撤回、個人情報保護に配慮した。機縁法による強制力排除の為、ウェッブアンケートへの回答については書面のみで依頼した。研究開始に当たり、2023 年 11 月に兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会へ研究計画書を提出し、承認を得た（承認番号 2023-42)。

Ｃ．研究結果

研究依頼は 17 名に行い、16 名より承諾を得た。回答者は医師 6 名、看護師 4 名、医療ソーシャルワーカー3 名、作業療法士 1 名、心理士 1 名でであった。医師 1 名はサバイバーを診療する部門の専任であった。看護師 3 名はがん患者相談センターに勤務し、いずれも 10 年以上の経験を有していた。

1. SSA-YA の妥当性

①内容妥当性

Key Informant は 24 項目のセルフケア評価項目のうち 20 項目が AYACCS に適用可能であると回答した。

②翻訳・表面妥当性

日本語への翻訳による問題がある質問項目を 3 つ特定した。問題があるとした残り項目の１つは、24 番目にある「上記のスキルのうち、最も磨きたいスキルはどれですか？」であった。

2. SSA-YA の適用性

①CCS 特異性の欠如

インタビューでは小児がんによる長期的な身体面・心理面への影響、自立性や依存的な親子関係について語られ、セルフケアのスキルのみはカバーしきれない支援ニーズが示唆された。

②適応外の対象者

脳腫瘍治療後の認知能力の低下について、SSA-YA では考慮していない為、全項目が代理回答となる事、質問項目自体が適切ではない事が指摘された。また、このような事例の場合、親・家族への包括的支援が不十分である事が多いため、成人医療機関への移行後は、親を含めたニーズアセスメントが必要であることが示唆された。

Ｄ．考察

米国で広く利用されている小児期発症慢性疾患患者用のセルフケアスキルアセスメ

ント 24 項目を翻訳し、Key Informant 調査を通じて定量・定性の 2 側面から質的記述的評価を試みた。全項目中 20 項目は、小児の医療機関から成人医療機関に移行した際の AYACCS のニーズ把握に役立つ事が示唆された。

成人医療機関へ転科転院する AYACCS の多くは、長期にわたる健康観察や治療を要する。しかしこの世代は治療や生活処方等に対するノンアド費ランスの率は高く、特に治療の場の移行に伴う医療脱落の危険性も指摘されている。厚生労働省が指定するがん診療拠点病院のうち AYA 世代のがん多職種ケアチームが存在するのはわずか 14 施設のみである上､AYA 世代がんの中でもさらに希少な CCS への支援の質を担保する事は極めて困難な状況であると言える。

成人医療機関での初診時には、小児医療機関で実施されてきた移行支援の達成度を評価尺度し、成人医療機関において必要とされる支援を特定するためのスクリーニングが重要となる。移行支援の評価視点は様々に存在するが、SSA-YA は患者と医療者画共通認識を持つ事を目的としている事、セルフケアスキルの成熟度を把握する事ができる。患者と共にアセスメント結果を共有する事により、成人医療機関において今後必要となる支援について理解と納得を得られやすくなると思われる。

一方、SSA-YA は、小児期発症慢性疾患全般に共通する評価項目であるため、YA 世代の小児がん経験者に特有な問題としてあげられた、自立の問題や親子関係は別項目あるいは問診やカウンセリングで特定する必要がある。さらに認知機能や身体機能に問題のある AYACCS には、表面・内容妥当性と適用性双方に問題が指摘され、セルフケアスキルの目標を低く設定するか修正が必要である事、家族のニーズを評価するための項目をいくつか追加することを推奨された。SSA-YA を基盤として、多忙で専門的人員の少ない成人医療機関において、経済性・効率性の観点からも有用なアセスメント項目を特定する事が今後の課題であろう。

Ｅ．結論

脳腫瘍等の認知機能低下を持つ者を除く AYACCSが成人医療機関へ転科・転院した際に、SSA-YAを用いた評価を行う事は適切である。SSA-YAはセルフケアスキルを多面的に評価するものであり、移行支援の達成度としての評価指標となりうる。

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

Maru, M. & Kawasaki Y. Challenges in providing cancer nursing care to adolescents and young adults in Japan, Cancer Care Research Online, 5(1), p 3067, January 2025. DOI 10.1097/CR9.0000000000000067

2.　学会発表

Maru, M. et al. Current clinical practice & issues raised by healthcare professionals about AYA survivors of childhood cancer, December, 5th, 2024, the 6th Global AYA Congress, Melbourne, Australia.

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得　該当無し

2. 実用新案登録　該当無し　　3.その他　該当無

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

地域の小児・AYA世代がんの長期的健康管理に関するネットワーク構築の検討

研究分担者　鈴木　直
聖マリアンナ医科大学・医学部・主任教授

研究要旨：がん・生殖医療ネットワークが思春期・若年成人（AYA）世代のがん経験者に対する包括的支援のプラットフォームとして活用可能であるという仮説のもと、その実装の課題を明らかにすることを目的として全国47都道府県を対象にWebアンケート調査を実施、41都道府県から有効回答（回収率87.2%）を得た。がん・生殖医療ネットワークの整備は多くの自治体で進んでおり、妊孕性温存療法に関する情報提供や研修、ネットワーク運営が行われていた。一方で、AYA世代に特化した支援チームや協議会、自治体による直接的な支援・助成は依然として少なく、支援の網羅性や継続性には地域間格差が見られた。

研究協力者
樋口明子（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター）

Ａ．研究目的

小児および思春期・若年成人（Adolescent and Young Adult：AYA）世代の患者は、学業、就労、結婚、出産といったライフイベントが重なる時期にがんを経験するため、多様で複合的な支援ニーズを有する。これらに対応するには、患者の希少性やライフステージを考慮した支援体制の構築が求められる。国のがん対策では、AYA 世代のニーズのなかでも妊孕性に焦点を当てた取り組みが先行しており、各都道府県に「がん・生殖医療ネットワーク」が構築されており、妊孕性温存療法に関する医療連携や情報提供、医療者研修などの体制整備が進められている。がん・生殖医療に関わる人材の多くが AYA 支援に関わることから、本研究では、既存のがん・生殖医療ネットワークを AYA 世代のがん経験者の包括的支援の基盤として活用することが可能ではないかという仮説を立てた。今年度はその実装の課題を抽出するため、

全国の都道府県を対象としたWEb調査を行った。

Ｂ．研究方法

令和6年12月～令和7年1月にかけてWebアンケート調査を行った。調査内容は、各自治体におけるAYA世代のがんに関する施策、がん・生殖医療ネットワークに対する行政の関わり、自治体レベルのAYA世代がん支援体制の整備に向けた支援の状況等をWebアンケートにて実施した。

Ｃ．研究結果

41都道府県から有効回答を得た（回収率87.2%）。

「第4期がん対策基本計画に小児・AYAがん患者支援が含まれているか」という設問には、全41自治体が「含まれている」と回答しており、計画の政策的方向性については全国で共有されていることがうかがえる。「小児・AYA支援に特化したワーキンググループ、協議会、部会の有無」に関する設問では、41自治体中31自治体（75.6%）が「ない」と回答した一方で、「小児支援に特化した会がある」と回答した自治体が1件（2.4%)、「AYA支援に特化した会がある」が1件（2.4%)、「小児・AYA支援に特化した会がある」が8件（19.5%）であった。

「小児・AYA世代がんに関する情報を自治体HPに掲載しているか」という問いに対しては、28自治体が「掲載している」と回答しており、情報発信体制の整備が一定程度進められていることが確認された。

「がん・生殖医療ネットワークの有無」についての設問に対しては、41自治体中36自治体（87.8%）が「ある」と回答し、5自治体（12.2%）が無回答であった。「がん・生殖医療ネットワーク：があると回答した自治体のうち「がん・生殖医療ネットワーク支援（助成など）をしている」が19件（52.8%)、「がん・生殖医療ネットワークの事務局などを担っている（主体となっている)」は15件（41.7%)、無回答２件(5.6%）だった。具体的な活動内容として、妊孕性温存療法に対応可能な医療機関の情報整理・公開、患者や医療者向けのパンフレット作成、ネットワーク総会や研修会の開催などが挙げられ、医療連携を越えて啓発・支援の機能も担っている実態が明らかとなった。さらに、「がん・生殖医療ネットワークにおいて『がん・生殖』以外のテーマを取り扱っているか」という設問に対しては、「ない」が24件（66.7%)、ある2件（5.6%)、会議を行っていない8件（22.2%)、無回答2件（5.6%）だった。

がん・生殖医療ネットワークに関する情報を自治体HPに掲載しているかについては、36自治体中17自治体（47.2%）が「掲載している」と回答し、16自治体（44.4%）が「していない」と回答した（無回答3件)。

次に、AYA支援チームの設置状況についての設問には、「ある程度把握している」と回答した自治体が24件（58.5%)、「詳細に把握している」が16件（39.0%)、無回答が1件（2.4%）であった。全体として、支援チームの実態を何らかの形で把握している自治体が9割以上を占めているが、把握している内容を参照すると、その把握の精度や関与の程度には、ばらつきが

あることが分かった。具体的には、がん診療連携協議会においてAYA支援に関する報告を受けている、医療者研修を支援している、あるいは拠点病院とのネットワーク形成を進めているといった実践的な関与の記載が見られた。一方で、支援チームの存在や活動を直接的に支援している事例は限定的であり、多くの自治体はあくまで連携・把握にとどまっている状況であると考えられる。

「県内のがん診療連携拠点病院等におけるAYA支援チームの設置や人材育成、病院間の連携体制の構築に向けて何らかの支援や助成を行っていますか」という設問に対しては、31自治体（75.6%）が「行っていない」、5自治体（12.2%）が「行っている」と回答し、無回答が5自治体（12.2%）であった。この結果から、実施率は1割強にとどまっており、自治体による積極的な支援・助成の取り組みは依然として少数にとどまっている現状が確認された。しかしながら支援を実施している自治体の活動内容には、医療者向け研修、ネットワーク運営主体との連携支援、患者向け資料の作成支援などが含まれており、制度的助成に限らず、多面的な支援が行われていることが分かった。

自治体内のAYAがん患者の医療と支援に関して、がん診療連携拠点病院および非拠点病院間での連携体制の有無とその内容について尋ねたところ、「連携体制はある」は17自治体（41.5%）であり、AYA支援チームの活動状況を他院と共有するための研修会を準備している自治体や、がん診療連携拠点病院機能強化事業の一環として、がん診療連携協議会への出席や地域連携パスの作成支援を行っている自治体があった。また、ある自治体では、医療機関のネットワーク構築や広報活動に対して補助金を交付しているほか、県内唯一の指定拠点病院に対して、他施設とのネットワーク構築や情報発信、設備整備等への助成を実施しているとの報告があった。これらの事例から、拠点・非拠点間の連携が一部の地域ではあるが、具体的に制度化・支援されている実態が確認された。

D．考察

今回の調査では、自治体の取り組みには格差があること、小児・AYAに特化した協議の場を設けている自治体は少数にとどまること、自治体が必ずしも医療機関におけるAYA支援の取り組みを把握できていないことが明らかになった。一方、少ないながらも、がん・生殖医療ネットワークの会議でがん・生殖医療以外のテーマを取り扱われていたり、 自治体がAYA支援チームの設置や人材育成や病院間の連携体制の構築に向けて支援や助成を行っている事例など、好事例も散見された。

令和4年8月に発出されたがん診療連携拠点病院等の整備指針では、地域がん診療連携拠点病院は、各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代 のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」に参画すること、妊孕性温存療法に関連する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備すること、および自施設においてがん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めることが求められている。令和4年8月に発出されたがん診療連携拠点病院

等の整備指針では、地域がん診療連携拠点病院は、各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代 のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」に参画すること、妊孕性温存療法に関連する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備すること、および自施設においてがん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めることが求められている。がん・生殖医療（生殖年齢）と AYA 世代（15－39 歳）は必ずしも対象が一致しているわけではないが、がん治療後の挙児が AYA 世代のがん患者の主要なニーズの一つであること、がん・生殖医療の普及には地域ネットワークによる医療連携が必要ですること、 AYA 世代は妊孕性の問題の他に教育・就労・社会的孤立といった医療以外の側面が含まれること、そしてこれら支援体制の持続可能性を担保する必要があることを考慮すると、AYA 世代支援の連携基盤は自治体が担うことが望ましい。また、少ない対象に対して限られた資源を有効活用する観点で、AYA 世代のがん対策を双方の施策を連動させることは合理的な策であると考える。

今回、自治体が、がん・生殖医療ネットワークの事務局となって取り組んでいる自治体は約４割にとどまり、行政は地域ネットワークにおいて必ずしも主導的な役割を担っていないことが伺われた。今後、がん・生殖医療ネットワークを AYA 世代のがん患者の医療・支援の地域ネットワークに発展させるには、今回の検討で抽出された自治体の取り組みや地域ネットワークの好事例を精査するとともに、地域ネットワーク構築の促進・阻害要因を整理する必要がある。理想的なモデルの提示し、ネットワークの阻害促進要因を特定できれば、国の施策等を通して地域格差改善への取り組みに繋げられる。

Ｅ．結論

地域の AYA 世代の総合的支援に資する地域ネットワークを構築するための基礎データを得た。

Ｇ．研究発表

なし

Ⅰ． 論文発表

Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N. Survey on the implementation status and reproductive outcomes of oocyte and ovarian tissue cryopreservation in Japan: Historical comparison with nationwide surveys. J Obstet Gynaecol Res. 2024; 50(4): 709-718.

Nakamura K, Terashita Y, Manabe A, Suzuki N. Survey of Transitional Care Between Pediatrics and Obstetrics/Gynecology in Japan. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2024; 13(3): 523-533.

Takekawa Y, Sugimoto K, Masaki K, Koizumi T, Mori H, Shiraishi E, Maezawa T, Tanigaki S, Shirai C, Suzuki N. Differences Between Cancer Survivors and Healthy Subjects in Factors that Facilitate and Obstruct the Use of the Foster Parent System and Special Adoption System: A Nationwide Cross-Sectional Study in Japan. J Adolesc Young Adult Oncol . 2024; 13(3): 534-540.

Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N. Reproductive outcomes of embryo cryopreservation and transfer at the start-up phase of fertility preservation in Japan. Reproductive Medicine and Biology. 2024; 23(1): e12581.
Asai-Sato M, Takahashi T, Ota K, Komiya H, Iwasa T, Ogishima S, Suzuki N. Attitudes toward subsequent primary cancer prevention among survivors of childhood, adolescent, and young adult (CAYA) cancer in Japan: Results of a comprehensive questionnaire survey on long-term women's health after CAYA cancer. Journal of Gynaecologic Oncology. 2024; Online ahead of print.
Tomari H, Okitsu O, Mizuno S, Yabuuchi A, Okimura T, Kikuchi H, Furuyama S, Taniguchi K, Tamura I, Ota K, Fukuda Y, Horage Y, Suzuki N. Nationwide Survey on the Status of Oncofertility in Japan and Involvement of Embryologists in the Practice of Fertility Preservation. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024; Online ahead of print
Ono M, Takai Y, Harada M, Horie A, Dai Y, Kikuchi E, Miyachi M, Yamamoto T, Fujii N, Kajiyama H, Manabe A, Yasuoka T, Katsuragi S, Mekaru K, Maezawa T, Horage Y, Kataoka S, Nakayama R, Nakajima TE, Kimura F, Shimizu C, Sugimoto K, Takae S, Yumura Y, Nishi H, Furui T, Morishige KI, Watanabe C, Osuga Y, Suzuki N. Out-of-pocket fertility preservation expenses: data from a Japanese nationwide multicenter survey. International Journal of Clinical Oncology. 2024; 29(12): 1959-1966.
洞下由記, 岩端秀之, 古谷菜摘, 中村健太郎, 田雜瑞穂, 鈴木由妃, 杉下陽堂, 本吉愛, 髙江正道, 津川浩一郎, 鈴木直. 乳がん術後内分泌療法後に短期間で生児を得た事例の検証. 日本がん・生殖医療学会誌. 2025; 8(1): 25-30.
中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～男性患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2024; 65(1): 170-177.
Yoshida K, Hashimoto T, Koizumi T, Suzuki N. Psychosocial experiences regarding potential fertility loss and pregnancy failure after treatment in cancer survivors of reproductive age to identify psychosocial care needs: a systematic review, Supportive Care in Cancer, 2024; 32(6): 337+18.
中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～女性患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2024; 65(2): 348-356.
Kagawa K, Yoshikawa Y, Koizumi T, Suzuki N. Psychological Aspects of and Support for Survivors Attempting to Conceive During or After Cancer Treatments: A Mixed-Methods Systematic Review., J Adolesc Young Adult Oncol, 2024; Online ahead of print
Ahmad MF, Elias MH, Mat Jin N, Abu MA, Syafruddin SE, Zainuddin AA, Suzuki N, Abdul Karim AK. Oocytes Quality

Assessment-The Current Insight: A Systematic Review, biology, 2024; 13(12): 978.
中村健太郎, 鈴木直. がん・生殖医療～小児患者の妊孕性温存編～, 母性衛生, 2025; 65(4): 720-726.
原田美由紀, 鈴木直. 『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』の概要, 腫瘍内科, 2025; 35(2): 191-195.

2. 学会発表

鈴木直. 小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療に関する最新の話題と今後の課題, 第 80 回九州・沖縄生殖医学会, 2024 年 4 月.
鈴木直. 本邦における小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療の現状と課題ーがんとの共生を目指して, 奈良県立医科大学公開講座, 2024 年 5 月.
鈴木直. 小児・AYA 世代がん患者に対するがん・生殖医療の実践―がんとの共生を目指して, 第 164 回日本医学会シンポジウム, 2024 年 6 月.
Suzuki N. Fertility Recent topics on ovarian tissue vitrification and ovarian issue transplantation for CAYA cancer patients, Annual Scientific Meeting of Indonesian Society of Obstetricians and Gynecologists XXVII East Nusa Tenggara 2024, Jul 2024.
Suzuki N. Nineteen Years of Experience in Oncofertility: From Fundamentals to Clinical Practice, Including Psychosocial Initiatives, GR Cancer Research Lectures Institute Gustave Roussy, Mar 2025.

Ｈ. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

各都道府県におけるAYA世代の進行がん患者の数に関する検討

研究分担者　中田　佳世　大阪国際がんセンター がん対策センター 政策情報部　部長

研究要旨：人口動態統計によると、わが国では毎年約2000人のAYA世代（15-39歳）ががんで死亡している。この世代は小児慢性特定疾病医療費助成制度と介護保険との狭間にあって医療や療養の経済的な負担が大きいと想定される。現在、一部の都道府県および市区町村でAYA世代がん患者の在宅療養についての支援制度が整備されているが、国およびすべての自治体で支援制度を整備するためには、具体的な患者数を明らかにする必要がある。そこで、AYA世代のがん患者について、遠隔転移の有無別の数と割合を全国および都道府県別に算出することを目的とした。【方法】全国がん登録データを用い、2016-2020年に15-39歳でがん（悪性のみ、上皮内がんを除く）と診断された患者を対象とした。初診時に遠隔転移を有する患者の数および割合を全国および都道府県別に算出した。【結果】全解析対象は103,981人で、うち初診時に遠隔転移ありと診断された悪性固形腫瘍の患者の数は8,131人（7.8%）だった。都道府県別にみると、東京都で963人と最も多く、鳥取県で35人と最も少なかった。
【考察】全国で年間当たり約1,600人のAYA世代が遠隔転移ありの悪性固形腫瘍と診断され、都道府県別にみると東京都で年間当たり約193人と最も多く、鳥取県で約7人と最も少なく、人口規模にほぼ比例していた。今後、これらの患者と家族が尊厳を持ち安心して生活を続けるためにはどのような支援が必要かを調査し、支援策につなげる必要がある。

Ａ．研究目的

人口動態統計によると、わが国では毎年約2000人のAYA世代（15-39歳）ががんで死亡しており、うち約3割が在宅死亡している。しかし、この世代は小児慢性特定疾病医療費助成制度と介護保険との狭間にあって医療や療養の経済的な負担が大きいと想定される。支援策を考える上で必要な、根治困難ながんと診断されるAYA世代患者の数やがんの種類、予後は明らかではない。現在、一部の都道府県および市区町村でAYA世代がん患者の在宅療養についての支援制度が整備されているが、国およびすべての自治体で支援制度を整備するためには、具体的な患者数を明らかにする必要がある。そこで、AYA世代のがん患者について、遠隔転移の有無別の数と割合を全国および都道府県別に算出することを目的とした。

Ｂ．研究方法

1．データと対象

【データ】全国がん登録データ
【対象】2016-2020 年に 15-39 歳でがん（悪性のみ、上皮内がんを除く）と診断された患者。
2. 分類・解析方法
【分類】国際疾病分類腫瘍学第 3 版の「局在コード」と「形態コード」を用い、国際 AYA がん分類（AYA Site Recode 2020 Revision）を用いてがん種を分類した。「進展度・総合」を用い、「440：遠隔転移」「410・420・430：遠隔転移なし」「コードなし：進展度不明」に分類した。診断時患者住所都道府県コードを用い、患者の診断時住所を 47 都道府県に分類した。
【解析方法】全がんおよび初診時に遠隔転移を有する悪性固形腫瘍患者（悪性のみ、白血病・リンパ腫・上皮内がん・性別不明・死亡情報のみを除く）の数および割合を都道府県別に算出した。
（倫理面への配慮）
国立がん研究センターの倫理審査委員会の承認を得ている（承認番号：2019-202）。なお、本資料は、がん登録等の推進に関する法律に基づき情報の提供を受け、独自に作成・加工したものである。
（倫理面への配慮）
C．研究結果
解析対象はAYA世代（15-39歳）の全がん患者103,981人で、うち初診時に遠隔転移ありと診断された悪性固形腫瘍患者の数は8,131人（全がん患者の7.8%、年間当たり約1,626人）であった（表１）。都道府県別にみると、東京都で963人（年間当たり約193人）と最も多く、鳥取県で35人（年間当たり約7人）と最も少なかった（表1）。全がんに占める割合を都道府県別にみると、和歌山県が9.4%と最も高く、大分県が5.7%と最も低かった。
D．考察
全国がん登録データを用い、AYA 世代における進行がん患者の数を全国および都道府県別に検討した。全国で年間当たり約 1,600 人の AYA 世代が遠隔転移ありの悪性固形腫瘍と診断され、その数は東京都で最も多く、鳥取県で最も少なく、人口規模にほぼ比例していた。第 4 期がん対策推進基本計画では、全体目標として、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」とされ、個別目標として、「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」、「患者本位で持続可能ながん医療の提供」、「がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が挙げられている。遠隔転移を持つ AYA 世代のがん患者の多くは、他の年代同様、腫瘍そのものによる苦痛や治療による副作用が多いことが想定されるが、この世代（18-39 歳）においては、小児慢性特定疾病医療費助成制度（18 歳未満）、介護保険（40 歳以上）の対象年齢外であり、医療や在宅介護の費用助成を受けることができない。現在、一部の都道府県および市区町村で AYA 世代がん患者の在宅療養についての支援制度が整備されているが、一律ではない。本研究で明らかとなった具体的な患者数を基に、今後、これらの患者と家族が尊厳を持ち安心して生活を続けるためにはどのような支援が必要かを調査し、予算を計上する必要がある。
本研究の強みは、全国がん登録データを用いたことにより、全ての病院および指定診療所に基づく実数を 47 都道府県別に初めて算出できた点である。一方、本データからは再発患者や治療困難な白血病・リンパ

腫の患者を把握できない点、治療の詳細情報がない点が限界として挙げられる。

Ｅ．結論

全国で年間当たり約1,600人のAYA世代が遠隔転移ありの悪性固形腫瘍と診断され、都道府県別にみると、東京都で年間当たり約193人と最も多く、鳥取県で約7人と最も少なかった。今後、これらの患者と家族が尊厳を持ち安心して生活を続けるためにはどのような支援が必要かを調査し、支援策につなげる必要がある。

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

Ｇ．研究発表

1. 論文発表

1) （著書）中田佳世. AYA世代のがんの疫学的特徴と診療実態. 安保博文, 他編：ホスピス緩和ケア白書2025 AYA世代の緩和ケア, 青梅社, 東京, 2025, 6-13.

2) Shimadzu Kato M, Morishima T, Sakaniwa R, Nakata K, Kuwabara Y, Ikawa T, Iwaki Y, Miyashiro I. Temporal changes in regional variations in cancer survival rates in Osaka, Japan (1997-2015). Sci Rep. 2025 Jan 31;15(1):3854.

3) Nakata K, Gatellier L. Age-standardized mortality-to-incidence ratio for colorectal cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2025 Mar 5;55(3):311-312.

4) Botta L, Didonè F, Lopez-Cortes A, Nieto AC, Desandes E, Hjalgrim LL, Jakab Z, Stiller CA, Zeller B, Gatta G, Pritchard-Jones K; BENCHISTA Project Working Group (Working memberとしてNakata K). International benchmarking of stage at diagnosis for six childhood solid tumours (the BENCHISTA project): a population-based, retrospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2025 Feb;9(2):89-99.

5) Gatellier L, Nakata K. Projection of the number of new brain and central nervous system cancer cases in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Dec 7;54(12):1358-1359.

6) Gatellier L, Nakata K. Projection of the number of new lymphoma cases in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Nov 2;54(11):1228-1229.

7) Okawa S, Nakata K. Projection of the number of new cases of skin cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Aug 14;54(8):945-946.

8) Ota M, Taniguchi K, Hori M, Katanoda K, Nakata K, Miyashiro I, Matsuda T, Lee SW, Ito Y. Trends in patterns of treatment and survival of colorectal cancer patients using cancer registry data in Japan: 1995-2015. Cancer Sci. 2024 Aug;115(8):2786-2794.

9) Kudo H, Nakata K, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashii Y, Miyashiro I.

Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan. Int J Cancer. 2024 Sep 1;155(5):839-848.

10) Nakata K, Charvat H. Projection of the number of new cases of gallbladder cancer in the world. Jpn J Clin Oncol. 2024 Apr 6;54(4):504-505.

11) Ikawa T, Kuwabara Y, Nakata K, Kanayama N, Morimoto M, Miyashiro I, Konishi K. Risk of thoracic soft tissue sarcoma after breast cancer radiotherapy: a population-based cohort study in Osaka, Japan. J Radiat Res. 2024 May 23;65(3):272-278.

2. 学会発表

1) 中田佳世, 片野田耕太, 松田智大, 多田雄真, 宮代勲, 清水千佳子. AYA世代における進行がん患者の実態調査. 第6回AYAがんの医療と支援のあり方研究会学術集会. 2024. 東京都（最優秀演題賞）

2) 多田雄真, 有馬久未, 岩田知子, 山田遥子, 樋口明子, 中田佳世, 橋井佳子, 清水千佳子. 終末期の小児・AYA世代がん患者を対象とした在宅療養生活支援事業の実態調査. 第6回AYAがんの医療と支援のあり方研究会学術集会. 2024. 東京都

3) 中田佳世. 小児固形希少固形がんの疫学. 第66回日本小児血液・がん学会学術集会. 2024. 京都市

4) Nakata K. How will an Asian AYAO initiative help drive AYAO Care? The Adolescents and Young Adults Oncology (AYAO) Singapore Symposium 2024, 2024, Singapore

5) Nakata K. Epidemiology of childhood cancer in Asia. 16th Congress of Asia continental branch of International Society of Paediatric Oncology, 2024, 横浜市

6) Nakata K, Tabuchi K, Matsumoto K, Yoneda A, Yuza Y, Inoue M, Fujisaki H, Miyamura T, Kagawa N, Tokimasa S, Inoue A, Sakata N, Fujino H, Miyashiro I, Matsuda T. STAGE AT DIAGNOSIS FOR CHILDHOOD SOLID CANCERS IN JAPAN: MULTICENTER RETROSPECTIVE COHORT STUDY. 56th Congress of the International Society of Paediatric Oncology, 2024, Honolulu.

7) 工藤榛香, 中田佳世, 森島敏隆, 島津美寿季, 栗原佳宏, 宮代勲. 大阪府がん登録を用いた小児がん経験者数の把握と有病率推計. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.(優秀口演賞)

8) 石田理恵, 森島敏隆、原加奈子、花原聡、久馬麻希、栗原佳宏、中田佳世、宮代勲. 大阪府がん登録から見た乳がんに対する集学的治療における医療機関連携. 日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根. 2024, 出雲市.

9) 原加奈子, 中田 佳世, 石田理恵, 花原聡, 久馬麻希, 森島敏隆, 栗原佳

宏，宮代 勲．大阪府における胆嚢がん・肝外胆管がん．日本がん登録協議会 第33回学術集会 in 島根．2024，出雲市．

10）花原聡，**中田佳世**，久馬麻希，石田理恵，原加奈子，栗原佳宏，森島敏隆，宮代勲．全国がん登録における指定診療所の適正化に向けた大阪府の取り組みについて．日本がん登録協議会第33回学術集会 in 島根．2024，出雲市．

11）栗原佳宏，森島敏隆，工藤榛香，島津美寿季，小山史穂子，**中田佳世**，宮代勲．がん診断後1年以内に発症した心血管疾患はがん患者の全死亡ハザードの上昇と相関する．第7回腫瘍循環器学会．2024，姫路市．

12）栗原佳宏，森島敏隆，工藤榛香，島津美寿季，小山史穂子，**中田佳世**，宮代勲．The impact of cancer treatment on the relationship between BMI and prognosis in patients with cancer．第83回日本癌学会学術総会．2024，福岡市．

13）島津美寿季，坂庭嶺人，森島敏隆，**中田佳世**，小山史穂子，工藤榛香，宮代勲．がん診療拠点病院制度が5年生存率に与えた影響～大阪府がん登録を用いた解析．第83回日本公衆衛生学会総会．2024，札幌市．

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

3.その他
該当なし

表1.　各都道府県におけるAYA世代のがん患者数（悪性のみ、上皮内がんを除く）および悪性固形腫瘍（遠隔転移の有無別）の患者数（15-39歳、2016-2020年の5年間合計）

都道府県番号	都道府県名	全悪性固形腫瘍（悪性のみ、白血病・リンパ腫・上皮内がん・性別不明・死亡情報のみを除く）							全がん（悪性のみ、上皮内がんを除く）
		遠隔転移あり		遠隔転移なし		進展度不明		合計	
		N	全がんに占める割合	N	全がんに占める割合	N	全がんに占める割合		
1	北海道	335	7.6%	3,168	72.2%	312	7.1%	3,815	4,386
2	青森県	86	8.3%	746	71.9%	61	5.9%	893	1,037
3	岩手県	81	8.6%	640	68.3%	98	10.5%	819	937
4	宮城県	165	8.0%	1,548	75.5%	90	4.4%	1,803	2,050
5	秋田県	63	8.2%	540	70.7%	51	6.7%	654	764
6	山形県	54	6.7%	592	73.4%	42	5.2%	688	806
7	福島県	137	8.9%	1,111	72.6%	79	5.2%	1,327	1,531
8	茨城県	191	8.5%	1,599	70.8%	153	6.8%	1,943	2,257
9	栃木県	143	8.7%	1,195	72.6%	100	6.1%	1,438	1,647
10	群馬県	127	8.9%	1,025	72.0%	85	6.0%	1,237	1,423
11	埼玉県	479	8.2%	4,134	70.8%	441	7.6%	5,054	5,839
12	千葉県	426	8.3%	3,583	69.7%	400	7.8%	4,409	5,143
13	東京都	963	6.9%	10,101	72.2%	1,088	7.8%	12,152	13,991
14	神奈川県	574	7.7%	5,198	70.2%	585	7.9%	6,357	7,408
15	新潟県	148	8.7%	1,241	72.7%	93	5.4%	1,482	1,707
16	富山県	68	8.6%	570	72.2%	47	5.9%	685	790
17	石川県	66	7.2%	675	73.8%	51	5.6%	792	915
18	福井県	36	5.9%	444	72.4%	26	4.2%	506	613
19	山梨県	37	6.1%	450	74.5%	40	6.6%	527	604
20	長野県	109	7.5%	1,058	72.6%	70	4.8%	1,237	1,458
21	岐阜県	133	8.6%	1,085	70.3%	84	5.4%	1,302	1,543
22	静岡県	252	8.9%	1,979	69.6%	223	7.8%	2,454	2,844
23	愛知県	476	8.0%	4,206	70.9%	391	6.6%	5,073	5,931
24	三重県	107	8.2%	904	69.5%	91	7.0%	1,102	1,300
25	滋賀県	94	7.9%	806	67.9%	113	9.5%	1,013	1,187
26	京都府	166	8.1%	1,425	69.8%	157	7.7%	1,748	2,042
27	大阪府	543	7.4%	5,471	74.2%	389	5.3%	6,403	7,369
28	兵庫県	346	8.2%	3,043	71.8%	282	6.7%	3,671	4,238
29	奈良県	75	7.6%	727	73.5%	55	5.6%	857	989
30	和歌山県	65	9.4%	489	71.0%	34	4.9%	588	689
31	鳥取県	35	8.0%	322	74.0%	21	4.8%	378	435
32	島根県	43	8.4%	377	73.8%	27	5.3%	447	511
33	岡山県	113	7.4%	1,092	72.0%	93	6.1%	1,298	1,517
34	広島県	178	7.9%	1,631	72.6%	104	4.6%	1,913	2,246
35	山口県	85	9.0%	676	71.5%	65	6.9%	826	945
36	徳島県	48	8.6%	402	72.0%	39	7.0%	489	558
37	香川県	53	6.6%	577	71.6%	67	8.3%	697	806
38	愛媛県	86	8.4%	724	70.4%	68	6.6%	878	1,029
39	高知県	45	8.4%	392	73.0%	32	6.0%	469	537
40	福岡県	341	7.8%	3,197	72.9%	264	6.0%	3,802	4,387
41	佐賀県	49	8.5%	427	73.7%	30	5.2%	506	579
42	長崎県	67	6.2%	809	75.1%	84	7.8%	960	1,077
43	熊本県	103	6.8%	1,088	72.0%	108	7.1%	1,299	1,511
44	大分県	53	5.7%	691	74.3%	48	5.2%	792	930
45	宮崎県	78	8.5%	604	65.9%	129	14.1%	811	916
46	鹿児島県	108	8.2%	905	69.1%	119	9.1%	1,132	1,310
47	沖縄県	101	8.1%	898	71.9%	69	5.5%	1,068	1,249
全国		8,131	7.8%	74,565	71.7%	7,098	6.8%	89,794	103,981

※がん登録等の推進に関する法律に基づき情報の提供を受け、独自に作成・加工した資料等である。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

進行・再発AYA世代がん患者に対する自治体のサービスおよびその利用状況の検討

研究分担者　多田　雄真
大阪府立病院機構大阪国際がんセンター血液内科診療主任

研究要旨：介護保険と小児慢性特定疾病医療費助成制度の狭間にあるAYA世代がん患者の終末期在宅療養を支援する制度は、現在少数の地方自治体レベルでのみ実施されている。本研究は将来的な全国一律の終末期在宅療養支援事業の構築に向けた政策提言のために、各自治体における制度の整備と利用の状況を詳らかにすることを目的とし、全国47都道府県、1,741市区町村（特別区23、政令市20、中核市62、政令市・中核市以外の市町村1,636）を対象としたWebアンケート調査を実施した。都道府県や政令市などAYA世代人口の多い自治体を中心に支援事業の整備や利用が進んでいることが明らかになった一方、都市部と地方での地域差がみられた。支援事業の予算規模や対象とする経費など内容面のばらつきは大きかった。利用者の多くは短期間の利用に留まっており、制度の活用に関しても現場での認知度向上やより柔軟な運用が望まれる。全国一律での制度均てん化を目指してさらなる解析を行い、将来的な政策提言につなげていく。

研究協力者

Ａ．研究目的

AYA 世代がんの予後は以前より改善傾向にあり、国立がんセンターの調査でも10年生存率はAYA世代がん全体で80%以上と良好な一方で、消化器がんや肺がんなど一部のがん種では予後が依然として不良であり（がん情報サービス　がんの統計 2023; https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/2023_jp.html)、年間2,000名程度のAYA世代ががんで死亡している。本邦のAYA世代は世代ごとに傾向はあるものの、概ね6割程度が病状が進んで通院が難しくなった際の療養先として自宅をあげている（Hirano H, et al.J Pain Symptom Manage. 2019)。40歳以上でがん終末期を迎えた場合、介護保険の第2号被保険者となるが、40歳未満では制度上の対象とならず、介護保険に準ずる費用助成が約10%強の自治体で整備されているのみで地域間格差が存在し（畑中ら. AYAがんの医療と支援. 2022)、均てん化が必要な状況である。

今回の終末期小児・AYA世代がん患者を対象とした在宅療養生活支援事業の実態調査は全国の先進的な自治体における独自制度の整備と制度利用の状況を詳らかにすること

で、将来的な全国一律の制度設計における重要な一助となることを目的とする。

Ｂ．研究方法

令和5年度に大阪府で実施したvalidation調査を元にアンケート内容を修正し、令和6年12月～令和7年1月にかけて、全国47都道府県、1,741市区町村（23特別区、20政令市、62中核市、1,636その他の市町村）を対象に、小児・AYA世代がん患者への在宅療養支援事業の実施状況、利用状況についての実態調査をWebアンケートにて実施した。

Ｃ．研究結果

有効回答数は41都道府県、519市区町村(14政令市、39中核市、466その他の市町村)。令和5年度に小児・AYA世代がん患者を対象とした在宅療養生活支援事業を実施している自治体は16/41都道府県（39.0%)、111/519市区町村（21.4%)、市区町村の内訳は6/14政令市（42.9%)、13/39中核市(33.3%)、92/466その他の市町村（19.7%)。令和6年度以降に向けて準備・検討を進めている自治体は6/41都道府県（14.6%)、47/519市区町村（9.1%)であった。

令和5年度に支援事業を実施中の自治体の状況として、AYA世代人口1万人あたりの予算中央値（単位: 万円/万人）は都道府県4.52（0.17-22.7)、政令市4.31（2.48-68.75)、中核市9.00（5.54-27.34)、政令市・中核市以外の市町村32.07（1.96-1251.21）と都道府県・政令市とその他の自治体とで2～10倍近い差があった。

対象者の年齢は上限が16/16都道府県(100.0%)、110/111都道府県（99.1%)で40歳未満とほぼ統一されていたが、下限については都道府県では6/16（31.2%)が満18歳以上、1/16（6.2%)が満20歳以上、市区町村では22/111（19.8%)が満18歳以上、4/111（3.6%)が満20歳以上と設定があり、6/16都道府県（37.5%)、74/111市区町村(66.7%)が下限なしと年齢下限を設けておらず小児も対象となっていた。

対象者の条件としては概ね「介護保険の第2号被保険者が、がんにより介護保険サービスを利用できる状態」と同等である、と医師が判断した方で、「他の制度において同等の助成又は給付を受けることが出来ない者」とする自治体が多かった。

対象となる経費は身体介護や生活援助、通院など乗降介助、訪問入浴・介護などが主で、訪問・通所リハビリは対象とならない自治体が多かった。福祉用具貸与・購入費用については、車椅子や特殊寝台、床ずれ防止用具、体位変換機、手すり、歩行器、移動用リフト、自動排泄処理装置、腰掛便座、入浴補助用具、簡易浴槽、歩行補助づえなどが広く対象となる一方で、福祉用具の搬入・搬出にかかる費用や各種消耗品の購入費用、スロープの設置費用などは対象とならない自治体が多かった。これらの傾向は前年度に実施した大阪府におけるvalidation調査結果と同じであった。またその他の経費としてケアマネジメントに係る費用（心身の状況などに応じたサービス計画の作成、サービス事業者・市町村との連絡調整などの業務に対する報酬）や移送費（通院等乗降介助及び通院等のためのタクシー利用など)、住宅改修費用、事業対象者であることを医師などの第三者が証明する意見書の作成に係る手数料など、を対象としている自治体は全国の約1割程度に留まっていた。

対象となる事業所の指定は行っていない自治体が多かった（11/16 都道府県、83/111 市区町村)。助成の割合は多くが 9 割であったが、助成上限額は 60,000 円を中心として 5 万円未満から 10 万円以上までばらつきが多かった。

支払い形式は約 7〜8 割が償還払い（利用者が事業者に一旦全額を支払い、追って助成金が交付される）であり、利用者の一時的な経済的負担の少ない委任払い（助成金分を差し引いた額を利用者が事業者に支払う）を採用している自治体は約 3 割程度に留まった。申請に必要な書類としては主治医の意見書が主だった。

令和 5 年度に支援事業を利用された AYA 世代人口 1 万人あたりの人数中央値は都道府県 0.29 人/年（0.03-0.41)、政令市 0.22 人/年（0.13-0.46)、中核市 0.07 人/年(0.00-0.54)、政令市・中核市以外の市町村 0.00 人/年（0.00-16.21）となっていた。

利用された方の年齢は合算で 24 歳未満 4 名、25〜29 歳 11 名、30〜34 歳 13 名、35〜39 歳 17 名であった。利用された方のがん種は乳がん 11 名、卵巣がん・大腸がん・子宮がん各 5 名、胃がん・肺がん各 4 名など。平均利用期間は 1 か月 13 件、2 カ月 10 件、3 か月 10 件、4 カ月以上 13 件であった。月平均助成額は 1 万円未満 9 件、1〜2 万円 18 件、2〜5 万円 17 件、5〜10 万円 5 件、10 万円以上 2 件であった。

在宅介護サービスとしては訪問入浴 15 件、身体介護 9 件、通院など乗降介助 5 件、生活援助 3 件など、福祉用具貸与・購入費用としては特殊寝台 39 件、車いす 29 件、床ずれ防止用具 24 件、手すり 17 件、入浴補助用具 12 件、歩行器 10 件、体位変換機 7 件、歩行補助杖 7 件、腰掛便座 5 件などがあった。ケアマネジメントに係る費用 6 件、医師など第三者からの意見書作成の手数料 4 件、移送費 2 件なども少数ながら利用実績があった。

D．考察

数年前の畑中らの以前の実態調査の時期と比較して、都道府県や政令市など AYA 世代人口の多い自治体を中心に支援事業の整備が進んでいるが、AYA 世代人口の多寡によって整備状況に差異が生じている。また AYA 世代人口あたりの予算規模や実際の利用人数は都道府県・政令市とその他の自治体とで地域格差があった。対象とする経費については、訪問・通所リハビリや福祉用具の搬入・搬出にかかる経費、おむつ・生理用品など消耗品、ケアマネジメントにかかる費用、移送費、住宅改修費用、主治医意見書等の作成にかかる手数料などは一部の自治体が対象としている状況で、助成金の上限額もばらつきが大きく、自治体によって受けられるサービスに差異が生じている。助成金の支払い形式については利用者の一時的な金銭的負担の大きい償還払いが大半を占めており、経済毒性など金銭面での課題の多い AYA 世代にとって利用障壁となる可能性が示唆された。

支援事業の利用状況については、都道府県や政令市で利用が進む一方、その他の自治体ではまだ利用が限定的であることがわかった。利用された方の年齢層は幅広く、がん種も罹患数の多い乳がんや子宮がん、性腺腫瘍、消化器癌を中心に多岐にわたっていた。回答のあったうち、7 割近くは 3 か月以内の利用に留まっており、この世代の根治困難な状況となった患者の非常に限られ

た予後が推察され、より早い時期から制度利用を促していく医療現場での工夫が必要と考えられた。サービス利用内容としては訪問入浴や身体介護、特殊寝台や車いすなど福祉用具貸与・購入が多く利用されており、若い世代であっても ADL が低下してしまい、在宅療養にあたって介護福祉支援が必要な患者が一定数存在することを示している。

Ｅ．結論

自治体毎に助成事業の整備や内容、利用状況に地域差が生じており、全国一律での制度均てん化が望まれる。制度の実装だけでなく、いかに利用者や現場の医療者・支援者に周知を徹底していくかも合わせて検討していく必要がある。令和 7 年度はより詳しい結果の解析を進め、最終的な政策提言につなげる予定である。

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

Ｇ．研究発表

なし。

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

進行・再発AYA世代がん患者・家族の生活や療養に関するニーズの検討

研究分担者　小島　勇貴国立がん研究センター中央病院　腫瘍内科　医員

研究要旨： AYA世代のがん患者は小児や成人がん患者と比較してがん医療への社会保障の差があり、在宅サービスの導入へ影響している可能性がある。本研究では治療期・終末期のAYA世代のがん患者を対象とした在宅サービスに関するニーズを調査と実態するために前向き観察研究を行う。現在、患者登録を進めている。

研究協力者
国立がん研究センター中央病院　緩和医療科　里見　絵理子
国立がん研究センター中央病院　緩和医療科　石木　寛人
国立がん研究センター中央病院・企画戦略局　鈴木　達也

A．研究目的

わが国では、年間約 100 万人ががんに罹患し、このうち、15-39 歳の思春期・若年世代である AYA 世代の罹患数は年間 3 万人であり、70 歳代の年間 35 万人と比べると極めて少ない(2018 年厚労省全国がん登録)。AYA 世代は就学、就労、結婚、出産等のライフイベントを経験する年代にあたり、がんの療養中に個々に異なる身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題を経験する。そのため患者のライフステージに応じた個別性の高いがん対策を講じる必要がある。

がん治療を受ける際に治療費や生活に対する支援制度があるが、支援制度は年代別に異なる。根治不能ながん終末期患者に対する介護保険制度は 40 歳以上が対象であり、AYA 世代がん患者が在宅サービスを利用する際は全額自己負担となる。18 歳未満の小児がん患者には小児慢性特定疾病医療費助成制度により医療費の自己負担の助成が対象となる。一方で、AYA 世代の患者においては、一部の地域において医療費負担の助成する制度を設けているが一部の自治体に限られており、全ての AYA がん患者は助成が受けられないのが現状である。AYA がん患者は支援制度のはざま世代とも呼ばれており、進行したがんに罹患した AYA 世代がん患者においては、自宅で療養するための在宅サービスを十分に受けられていない可能性が考えられる。AYA 世代のがん患者は終末期を過ごす場所として在宅療法を希望する割合は多い。本研究では、AYA 世代がん患

者の在宅サービスのニーズと実態を探索することを目的とする。

Ｂ．研究方法

本研究に同意された 15-39 歳の AYA 世代がん患者、および、対照集団として成人がん患者に対して複数回のアンケート調査を行い、在宅サービスのニーズと実態を調査する。患者背景、治療歴、全身状態を診療録から患者の基本情報を収集する。また、在宅医療機関に在宅医療に関する調査を行う。アンケート調査および患者情報から AYA 世代がん患者の在宅サービスのニーズと実態を評価する。

Ｃ．研究結果

現在、患者登録中である。

Ｄ．考察

研究成果が得られた後に記載予定

Ｅ．結論

研究成果が得られた後に記載予定

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

・里見絵理子. 第Ⅳ章特定集団への緩和ケア「AYA世代のがん」. 専門家をめざす人のための緩和医療学　改訂第3版. P318-322. 南江堂. 2024年6月5日発行

2.　学会発表

・Mai Hoshino, Yuki Kojima, Mami Ooki, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Eriko Satomi, Shuhei Osaki, Akira Kawai, Kan Yonemori, Shintaro Iwata, Tatsuya Suzuki, Yuki Nogami, Yoshitaka Narita, Hiroto Ishiki. Impairment in activities of daily living in Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer. the 56th Congress of the International Society of Paediatric Oncology (SIOP 2024), October 17-20, 2024.

・Takako Ikegami, Hiroto Ishiki, Mana Ota, Naho Matsubara, Ayaka Ishikawa, Rumi Nishimura, Naruaki Kawasaki, Sayaka Arakawa, Yuki Kojima, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Takuma Koinuma, Takashi Kawaguchi, Yusuke Hori, Eriko Satomi. The differences in distress and problems of the AYA cancer patients between age groups : retrospective study. 6Th Adolescent and Young Adult Cancer congress. Poster

・Naho Matsubara, Hiroto Ishiki, Mana Ota, Takako Ikegami, Ayaka Ishikawa, Rumi Nishimura, Naruaki Kawasaki, Sayaka Arakawa, Yuki Kojima, Takatoshi Hirayama, Ryoko Udagawa, Naoko Inamura, Takuma Koinuma, Takashi Kawaguchi, Eriko Satomi. Factors Associated with “Distress Thermometer” and the Screening Questionnaire for Adolescent and Young Adult Patients. 6Th Adolescent and Young Adult Cancer congress. Poster

・松原 奈穂、石木 寛人 、池上 貴子、石川

彩夏、川崎 成章、荒川 さやか、小島 勇貴、平山 貴敏、宇田川 涼子、稲村 直子、里見 絵理子　AYA 世代スクリーニングシートで判明したつらさの寒暖計スコアと生活での問題点の関連性　第 29 回日本緩和医療学会学術大会・第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会. 2024 年 6 月 14 日・15 日（神戸）　口演

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

進行・再発がん患者（AYA世代含む）の家族介護者に対するCSNAT（Carer Support Needs Assessment Tool）日本語版の信頼性と妥当性の検討

研究分担者　川崎優子
兵庫県立大学看護学部教授

研究要旨：

本研究は，小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究において，進行・再発AYA世代がん患者・家族の生活支援の必要性を評価する指標として位置づけられる．

介護者のケアサポートニーズを測る尺度には，Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)がある．CSNATは，特に緩和ケアに携わる家族介護者の支援の必要性を直接的かつ包括的に評価するために英国で開発され（Ewing et al.，2013b）、家族介護者と看護師の両方の観点から臨床ケアにおける使用に適していると認められている（Ewing et al.，2013a，2013b）。本研究の目的は，CSNATを翻訳し，進行・再発がん患者（AYA世代含む）の介護者を対象にその妥当性と信頼性を評価することである．

進行・再発がん患者（AYA世代含む）に対するCSNAT日本語版が開発されることで，家族介護者と医療者が介護負担に関するニーズについてコミュニケーションを図る機会を得ることができ，優先順位項目を探ることが可能となる．また，AYA世代のがんにて約2000人が亡くなっていることを考慮すると医療者と介護者における十分な支援の方略が確立されているとは言い難いが，CSNATを用いることで個人を中心として介入を検討することが可能となる．

A．研究目的

進行・再発がん患者（AYA 世代含む）の家族介護者に対する CSNAT 日本語版を開発し，信頼性・妥当性を検証すること．

B．研究方法

(1) ISPOR の基準に従った CSNAT16 項目の翻訳

(2) 内容妥当性評価：進行・再発がん患者（AYA 世代含む）の家族介護者 15 名とそれに関わる医療従事者（看護師，医療ソーシャルワーカーなど）15 名を対象に面接調査を実施

①家族介護者：個別面接（対面もしくは Web）

- 基本情報（患者様：年齢，診断名　　家

族介護者：年齢，就労の有無）

- 患者状況と介護状況
- CSNAT を利用することを想定し，項目の中でデリケートなもの，難しいもの，家族介護者の方を動揺させるような項目．

②医療従事者：フォーカスグループインタビュー（5 名程度×3G）

- 基本情報（職種，年齢，臨床経験年数，進行・再発 AYA 世代がん患者のケア件数）
- 進行・再発がん患者（AYA 世代含む）の家族介護者の支援内容
- 家族介護者と話し合う中で，CSNAT を使用することと想定した場合，文言の関連性，明瞭さ，言葉の敏感さ（動揺させるか，または不快にさせるかなど）

(3)構成概念妥当性評価：進行・再発がん患者の家族介護者 200 名（うち 50 名は AYA 世代）を対象に Web 質問紙調査を実施

内容妥当性評価の結果をもとに日本語版 CSNAT を見直し修正版を作成する．家族介護者へ CSNAT 修正版，自己評価尺度（以下①～③）および，基礎情報を含む Web 質問票を依頼書とともに医師に渡していただく．

①BIC-11（Burden index of Caregiver；多次元介護負担感尺度 11 項目）

BIC-11 は、自宅で要介護の方を介護する、介護者の負担感を測定する尺度である．11 項目と簡便でありながら、5 つの領域（ドメイン）を測定できる、多次元性を持つことが特徴である。BIC-11 は、わが国独自の介護負担感尺度の開発を目的として作成された。BIC-11 は、「時間的負担感」「心理的負担感」「実存的負担感」「身体的負担感」「サービス関連負担感」の 5 つの領域（ドメイン）と、全体的負担感の１項目で構成されている。5 つのドメインに全体的負担感を足した合計得点、および各々のドメインの得点で使用することができる。全体負担感１項目だけを用いることも可能である。

②J-ZBI/J-ZBI_8 （Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview；Zarit 介護負担尺度日本語版/短縮版 8 項目）

ZBI は介護負担という概念を初めて定義した Zarit により開発された尺度で、介護負担の程度を客観的に把握し、軽減策を講じるのに役立つ．J-ZBI は ZBI の日本語版で、原著の ZBI と同じく 22 項目で構成されている．J-ZBI_8 は因子分析の結果に基づき荒井由美子先生が選択した８項目からなる短縮版で、Personal Strain（５項目）と Role Strain（３項目）の２つの因子で構成されている

③ASCOT 日本語版（the Adult Social Care Outcome Toolkit；社会的ケア関連 QOL 尺度 7 項目）

ASCOT は、日常生活や社会生活のケア・支援を利用する人やその介護者の QOL（生活の質）を測定するツールである．ASCOT では、ケア・支援を利用する人やその介護者の生活の質を、７つの領域から捉える。各領域に１つの質問が設けられ、ケア・支援を利用する人や介護者は、各領域での自分の状態を自分がどう感じているか、４段階評価で回答。その回答結果から、「生活の質（QOL）」

の数値を算出する。

２）分析方法

(1) 原文の英語を日本語に訳し、その日本語訳を第三者が英語に戻し（バックトランスレーション)、その後、もともとの英文と、バックトランスレーションされた英文を研究者間で比較し、日本語訳の正しさを詳細に検証する.

(2)CSNAT の各項目に関する家族介護者と看護師からのコメントは、CSNAT の各項目に従って要約し、関連性、明瞭性、理解度、感受性に基づいて分析する.

(3) 構成概念妥当性を評価するために、支援ニーズに関連すると予想される外的構成概念（介護負担感, QOL）と CSNAT 項目を相関する。統計解析はすべて SPSS ver.28 を用いて，探索的因子分析，項目分析，Cronbach’s α 係数の算出，CSNAT 日本語版との相関分析を実施する.

（倫理面への配慮）

兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認（2024F02）後，研究協力者への調査依頼を書面に実施し，研究協力について自発的に回答のあった医療従事者および家族介護者を研究対象者とした.

Ｇ．研究発表

1. 論文発表　なし

2. 学会発表

①「若年成人がん患者の在宅療養支援における現状と課題」川崎 優子，西岡 英菜,第 39 回日本がん看護学会学術集会 2025 年 2 月.

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

進行・再発AYA世代がん患者のACPおよび緩和ケアにおける課題の検討

研究分担者　森　雅紀　聖隷三方原病院　緩和支持治療科　部長

研究要旨：
国立がん研究センターで死亡小票を使った大規模遺族調査の二次解析を行った。調査期間は2019年1-3月、2020年3-5月であり、20歳以上のがん患者60751人の主介護者が対象になった。AYA世代（20-39歳）264人、壮年世代（40-64歳）5790人を2024年度の二次解析の対象とした。「重い病状で、治らないと考えていた」場合に、予後認識ありと分類した。患者・家族の予後認識の有無や終末期についての話し合い（end-of-life discussion: EOLd）の有無の頻度を調べると共に、望ましい死（Good Death Inventory: GDI）との関連や各種終末期ケアアウトカムとの関連についても探索したところ、以下の結果が得られた。第一に、AYA世代では壮年世代に比べて、予後認識のある患者・家族が少ないが、療養場所に関するEOLdを医師と行っていた患者は多かった。第二に、予後認識のある患者では望ましい死の点数が総じて高く、患者・家族・医師間の話し合いが多かった。第三に、AYA世代の患者・家族における予後認識やEOLdは、専門的緩和ケアの利用、療養場所、蘇生の有無など様々な終末期のアウトカムと関連していた。
以上より、AYA世代の患者が先々をイメージして、生活の質を保ち、目標に一致したケアを受けるためには、可能なら無理のない範囲で患者が予後認識を持てるように支援し、終末期について繊細に話し合いを行うことが重要と考えられる。今後は、予後認識がない患者や予後についての対話が困難な患者においても、終末期についての話し合いを行うことがどのような終末期ケアアウトカムと関連するのかを探索する必要がある。

研究協力者
中澤 葉宇子（国立がん研究センターがん対策研究所 がん政策評価研究部）、宮下光令・伊藤里美（東北大学）、森田達也（聖隷三方原病院）

A．研究目的

2023年度：他の世代と比べてAYA世代における終末期についての話し合い（End of life discussion: EOLd）の実態を探索すること。
2024年度：AYA世代における予後認識とEOLdに関して、以下を探索すること。

1) AYA世代の患者・家族における予後認識（prognostic awareness: PA）とEOLdは、壮年世代と異なるか
2) AYA世代の患者における予後認識の有無は、「望ましい死」やEOLdと関連するか
3) AYA世代の患者・家族における予後認識やEOLdは、終末期のアウトカムと関連するか

B．研究方法

本研究は既存データの二次解析であり、主研究の研究者と相談の上、二次解析に関す

る倫理審査は受けないこととした。

●2023 年度：

国立がん研究センターで死亡小票を使った大規模遺族調査の二次解析を行った。調査期間は 2019 年 1-3 月、2020 年 3-5 月であり、20 歳以上のがん患者 60751 人の主介護者が対象になった（うち 20-39 歳の AYA 世代のがん患者は 268 人）。

●2024 年度：

調査の協力同意に基づき、AYA 世代（20-39 歳）264 人、壮年世代（40-64 歳）5790 人を二次解析追加の対象とした。「重い病状で、治らないと考えていた」場合 PA ありと分類した。患者・家族の PA の有無や EOLd の有無の頻度を調べると共に、望ましい死（Good Death Inventory: GDI）との関連や各種終末期ケアアウトカムとの関連についても探索した。

Ｃ．研究結果

●2023 年度：

AYA 世代（20-39 歳）、40-64 歳、65 歳以上の患者に関する回答者の続柄は、それぞれ親、配偶者、子が最多であった。概して AYA 世代では、患者・家族の PA が低く、自宅療養の希望が多く、最期の療養場所についての話し合いも多かったが、医療・療養の希望について書面を作成する割合は低かった。また、AYA 世代では、より多くの遺族が心残りや後悔を抱えており（半数以上）、遺族の支援ニーズも高いことが示唆された。

より具体的には以下の結果が示された。

- AYA 世代の患者では 9 割以上で病名告知が行われていたが、20-29 歳ではやや少なかった。
- AYA 世代では壮年世代と比べて正確な PA がある患者が少なく、自宅で最期を迎えたい患者が多かった。家族の PA に関しても、AYA 世代では壮年世代と比べて正確な PA がある家族が少なかった。
- 治癒やがん治療に関しては、AYA 世代では壮年世代と比べて治癒不能の話がされた割合やがん治療の内容はあまり変わらなかった。抗がん治療中止に関して、特に 20-29 歳では、壮年世代と比べて抗がん治療をやめることを話し合った割合はやや少なく、死亡の 1 か月以内の抗がん治療の割合も少なかった。
- AYA 世代では壮年世代と比べて、最期の療養場所について話し合った割合は多かった。また、最期の療養場所としては、特に 20-29 歳では壮年世代と比べてホスピス・緩和ケア病棟の割合が少なかった。自宅での療養が叶わなかった理由として、急な病状変化、心の準備の不足、症状緩和の困難さ等、多岐にわたった。
- また、20-29 歳では、壮年世代と比べて蘇生について十分話し合った割合が少なかった。AYA 世代の患者では蘇生や療養場所等の医療・療養の希望についての書面を作成していない割合が多く、20-29 歳では、壮年世代と比べて蘇生が行われた割合が多かった（約 2 割）。AYA 世代の患者では蘇生を希望した割合が 4-5%にとどまっており、20-29 歳では希望が確認されていない割合が多かった。
- 患者・家族間の話し合いでは、20-29 歳では、壮年世代と比べて患者・家族間で療養場所や蘇生についての話し合いがあった割合が少なかった。AYA 世代では壮年世代と比べて、家族・医師間での蘇生についての話し合った割合はあまり差がなく 5 割前後で行われていた。
- AYA 世代では壮年世代と比べて、遺族の心残りや後悔が多かった（半数以上）。患者の年齢が下がるほど、遺族の支援ニーズが高くなった。

●2024 年度：

①予後認識（prognostic awareness: PA）や EOLd について

- PA のある患者・家族の割合は AYA 世代では壮年世代より低く、約 5－6 割だった（患者：53% vs 62%; p<0.001、家族：60% vs 74%; p<0.001）。
- 患者-医師間の場所に関する EOLd は AYA 世代で壮年世代よりやや多く、8 割近くだった（78% vs 69%; p=0.01）。

- その他の EOLd(患者医師間での心肺蘇生の話し合い、患者家族間、家族医師間）は群間差がなく、半数以上で EOLd があった。
- 事前指示書の作成は世代を問わず 1 割を少し上回る程度で、ほぼ使われていなかった。

以降 AYA 世代のみを対象に解析を追加。

②PA と「望ましい死」（GDI）の関係

- PA ありの群では PA なしの群に比べて、GDI 短縮版 18 項目の合計点が有意に高かった（68 vs 59; p<0.001)。
- PA ありでは以下が有意に高かった
  ＊ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた（5.2 vs 4.3; p<0.001）
  ＊自然に近い形で過ごせた（4.4 vs 3.6; p<0.001）
  ＊大切な人に伝えたいことを伝えられた（3.7 vs 2.8; p<0.001）
  ＊先々に起こることを詳しく知っていた（5.0 vs 3.2; p<0.001）

以上より、PA のある患者では Unfinished business（UB：心残り）関連のアウトカムがよいことが示唆された。

③PA と EOLd の関係

- PA がある患者ほど、患者医師間の場所に関する EOLd（85% vs 67%; p<0.001）や患者家族間の EOLd（66% vs 36%; p<0.001）が多かった。

以上より、PA がある患者では、患者・家族・医師間の話し合いが多い傾向があることが示唆された。

④PA や EOLd の有無と、療養場所の関係

- PA がある患者(62% vs 39%; p<0.001)や家族（57% vs 40%; p<0.001）ほど、希望の療養場所と実際の療養場所の一致が高かった。
- 患者医師間で場所に関する EOLd があるほど（73% vs 25%; p<0.001)、希望と実際の療養場所の一致が高かった。
- PA のある患者・家族ほど、また患者医師間の EOLd があるほど、最後の療養場所として自宅や緩和ケア病棟を望み、実現するケースが多かった。

以上より、PA や場所に特化した EOLd は場所アウトカム向上に関連する可能性が示唆された。

⑤PA や EOLd の有無とその他の終末期ケアアウトカム（死亡前 1 か月の救急搬送、専門緩和ケアの利用、死亡前 2 週間以内の抗がん剤投与）

- PA のある患者ほど（79% vs 58%; p<0.001)、また患者医師間で場所に関する EOLd があるほど（78% vs 59%; p<0.001)、有意に専門緩和ケアの利用が多かった。
- その他のアウトカムは有意な差はなかった。

専門的緩和ケアの介入が PA や EOLd に寄与している可能性があるため、本結果の解釈には注意を要する。これらの終末期ケアアウトカムは時系列的に下流に属するもので、PA の有無や EOLd の有無だけでなく地域のサービスの状況や患者の病状など様々な影響を受けうるため、PA や EOLd の有無とはあまり関連がなかった可能性もある。また、これらは米国の Aggressive EOL care の質改善指標に含まれるが、医療制度の異なる日本でどこまで適応できるのかはわからず(必要な時に救急搬送が叶ってよかった等)、今後日本における望ましい質改善指標の探索は必要である。

⑥PA や EOLd の有無と蘇生の関係

- PA のある患者ほど（61% vs 39%; p<0.001)、また各種 EOLd や事前指示書があるほど、蘇生の希望がなかった。同様に、PA のある患者ほど（59% vs 38%; p<0.001)、また各種 EOLd や事前指示書があるほど、希望と実際の一致率も高かった。
- PA のある患者ほど、実際に蘇生を受けた患者の割合は低かった（4.6% vs 14%; p<0.001)。

以上より、PA や EOLd の有無は、蘇生アウトカムには相当関連することが示唆

された。PA があったり話を発生させたりすること自体が、蘇生をする・しないを問わず患者の希望に沿った目標に一致したケアに繋がりえるのかもしれない。

Ｄ．考察

本研究の解析の結果以下が明らかになった。

1) AYA 世代の患者・家族において、PA のある割合は壮年世代より少ないが、場所に関する EOLd は壮年世代より多かった。
2) AYA 世代の患者において、PA のある群は PA のない群に比べて「望ましい死」(GDI) の総点が有意に高く、特に心残り関連の項目で有意に高かった。また、PA がある群では、患者・家族・医師間の話し合いが多かった。
3) AYA 世代の患者・家族における PA や EOLd は、専門的緩和ケアの利用、療養場所、蘇生の有無など様々な終末期のアウトカムと関連していた。

AYA 世代の患者では PA は低めであり、PA や EOLd の有無（特に場所について）は両方ともよいアウトカムに関連していた。したがって、AYA 世代の患者が心残りが少なく「望ましい死」を達成し、目標に沿ったケアを受けるためには、無理のない範囲で患者が PA を持てるようにしたり、EOLd を繊細に持ったりすることが大事かもしれない（もちろん若くして終末期に直面せざるを得ないつらさには十分な配慮が必要である)。一方、PA がない患者や予後についての対話が困難な患者においても、EOLd を行うことがどのような終末期ケアアウトカムと関連するのかを探索する必要がある。

本研究は横断調査であり、関連はわかっても因果関係はわからない。また、遺族調査であり Recall bias もある。今後学術的には、AYA 世代の患者を対象とした前向き研究や、PA の有無がわからずまだ EOLd もない患者を対象に、予後認識を促進したり EOLd を進めたりする介入が本当に効果的なのかを検証する研究が必要である。

Ｅ．結論

遺族調査の結果より、AYA世代の患者におけるPAやEOLdに関する様々な知見が得られた。第一に、AYA世代では壮年世代に比べて、PAのある患者・家族が少ないが、療養場所に関するEOLdを医師と行っていた患者は多かった。第二に、PAのある患者では望ましい死の点数が総じて高く、患者・家族・医師間の話し合いが多かった。第三に、AYA世代の患者・家族におけるPAやEOLdは、専門的緩和ケアの利用、療養場所、蘇生の有無など様々な終末期のアウトカムと関連していた。以上より、AYA世代の患者においては、無理のない範囲で患者がPAを持てるようにしたり、終末期について繊細に話し合いを行うことが重要と考えられる。今後は、PAがない患者や予後についての対話が困難な患者においても、EOLdを行うことがどのような終末期ケアアウトカムと関連するのかを探索する必要がある。

Ｆ．健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

ホスピス緩和ケア白書 2025　AYA 世代の緩和ケア（分担執筆者）　編集：安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令　企画担当：小澤美和、清水千佳子　「6. AYA 世代の緩和ケアの展望」2025 年 4 月 7 日　青海社
ISBN 978-4-910548-14-2.

2.　学会発表　なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得　なし

2．実用新案登録　なし

3.その他　なし

令和 6 年度厚生労働省科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）
（分担）研究報告書

がん相談支援センターにおける相談支援内容および地域リソース利用状況に関する実態調査

研究分担者
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院　坂本はと恵

研究要旨

再発・進行がんを抱える AYA 世代の患者・家族の実際のニーズや支援の充足度、自治体等が提供するサービスや地域のリソースの利用実態は未だ明らかにされていない。こうした現状を踏まえ本研究では、今後の相談支援や制度設計のあり方の基礎資料とすることを目的に、がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院のがん相談支援センターを対象とした実態調査を実施した。

がん相談支援センターでは、AYA 世代がん患者・家族に対し、多岐にわたる相談支援を実施している一方で、相談支援全体において AYA 世代が占める割合は限定されていることから、告知・治療の受け止めや、家族との方針のすり合わせ、旅立ちへ向かう過程での意向調整、精神的負担への支援や適切なタイミングでの介入の難しさなど、AYA 世代特有の支援困難感が存在した。加えて、治療費負担や在宅療養における家族の介護負担等は、治療場所の選択や必要な介護内容等に一定以上の影響があると感じており、今後は高齢者の介護保険と同様、在宅におけるケアマネジメントを含む介護・家族支援に関する要望が確認された。

令和 7 年度は量的調査の詳細分析後に質的調査を実施し、今後の相談支援や制度設計のあり方について検討を重ねていく予定である。

A. 研究目的

AYA 世代の患者調査では終末期を自宅で過ごすことを希望する患者は多いが (Hirano. J Pain Symptom Manage. 2019)、

遺族調査では AYA 世代は終末期の不安や家族等への負担が壮年期以降と比べ大きいことが示唆されている(Mori, Support Care Cancer. 2019)。また、終末期の療養負担の軽減に取り組む市町村は一部にすぎず(畑中, AYA がんの医療と支援 2022)、ケアへのアクセスや経済的負担の地域格差が存在する可能性が指摘されている。

一方で、再発・進行がんを抱える AYA 世代の患者・家族の実際のニーズや支援の充足度、自治体等が提供するサービスや地域のリソースの利用実態は明らかにされていない。

こうした現状を踏まえ本研究では、今後の相談支援や制度設計のあり方の基礎情報とすることを目的に、全国のがん診療連携拠点病院ならびに小児がん拠点病院のがん相談支援センターを対象とした実態調査を実施した。

B. 研究方法

1. 調査対象

がん診療連携拠点病院 461 施設、小児がん拠点病院 15 施設のがん相談支援センターに所属するがん専門相談員（医療ソーシャルワーカー(MSW、看護師／以下、相談員）を対象とした。

2. 実施期間・実施方法

令和 7 年 3 月 1 日～3 月 31 日に、アンケート作成ツール Google form を用いた自記式質問紙調査を実施した。

3. 調査項目

1)基本属性

2)自施設における AYA 世代がん患者・家族への支援体制

3)がん相談支援センターにおける AYA 世代がん患者・家族への相談支援内容

4)治癒困難な AYA 世代がん患者・家族からの在宅療養に関する相談に対応した際に感じた困難感や障壁

5)治癒困難な AYA 世代がん患者・家族が在宅療養において抱える経済的な負担の主な要因（6 段階評価）

6)在宅療養における家族の介護・看護負担による、家庭や仕事、社会活動への影響(6 段階評価）

7)治癒困難な AYA 世代がん患者や家族から

の相談対応の課題

8)治癒困難な AYA 世代がん患者や家族に対し、在宅療養支援の拡充や促進等に向けて、行政や医療機関等に求める支援

9)インタビュー調査協力への意向（任意）

C. 研究結果

回収した調査結果は、現在解析を進めている。ここでは令和 7 年 3 月末時点での中間解析を記す。

1. 回答者数

47 都道府県 317 施設、331 名の相談員から回答を得た。尚、解析は回答要件を満たした 328 名を対象に実施中である。

2. 回答者の概要

回答者の属性は以下のとおり。

1)年代・所属施設所在地区（表 1）

2)回答者の経験年数・所有資格等（表 2）

表１

年代	回答数	割合
20 代	9	2.7%
30 代	55	16.8%
40 代	136	41.5%
50 代	96	29.3%
60 代以上	32	9.8%
地域		
北海道・東北	42	12.8%
関東	83	25.3%
中部	66	20.1%
近畿	49	14.9%
中国・四国	35	10.7%
九州・沖縄	52	15.9%
回答なし	1	0.3%

表２

相談支援センター担当歴	回答数	割合
5 年未満	142	43.3%
5-10 年未満	104	31.7%
10-15 年未満	46	14.0%
15-20 年未満	28	8.5%
20 年以上	3	1.0%
回答なし	5	1.5%
基礎資格		
社会福祉士もしくは精神保健福祉士	156	47.5%
看護師	168	51.2%
その他(社会福祉主事ほか)	4	1.2%
施設種別		
都道府県がん診療連携拠点病院	69	21.0%
地域がん診療連携拠点病院	247	75.3%
小児がん拠点病院	10	3.0%
回答なし	2	0.6%

3. 自施設における AYA 世代がん患者・家族への支援体制

「がん相談支援センターで AYA 世代がん患者･家族の相談支援を担当している」の回答者は 311 名（95.1%）であった。尚、上記を選択しなかった 17 名（5.2%）の回答者のうち､「がん相談支援センター以外で AYA 世代がん患者・家族の支援部門が設置されている」と回答した者は 14 名（4.3%)､「特に決まっていない」｢回答なし」は 3 名 (0.3%) であった。

また､がん相談支援センターにおける AYA 世代がん患者・家族の相談割合は高い順に①10%が 229 名（73.6%)、②20%が 45 名（14.5%)、③全くない、が 33 名（10.6%）であった。

4. 相談支援内容

AYA 世代がん患者･家族からの相談内容は設問の 23 項目全てにおいて実績が確認された。尚、上位 3 項目は①「仕事のこと」257 名（78.3%)、②「経済的なこと」241 名（73.4%)、③「診断・治療のこと」214 名（65.3%）であった。また、家族や子どもについての相談に関する上位 3 項目は､①｢経

済的なこと」188 名（57.3%）、②「仕事のこと」134 名（40.9%）、③「今後の療養場所について」121 名（36.9%）、であった。

5. 治癒困難な AYA 世代がん患者・家族からの在宅療養に関する相談に対応した際に感じた困難感や障壁について

相談対応時の困難感や障壁に関する回答の上位 3 項目は、①「患者・家族の心理・情緒面の複雑さ」249 名（75.9%）、②「社会資源の不足」213 名（64.9%）、③「相談内容が多岐にわたり、専門的な知識が必要な場合がある」148 名（45.1%）であった。尚、AYA 世代がん患者の経済的な負担の主な要因としては、①「治療費用」280 名（85.4%）、②「収入の減少」252 名（76.8%）、③「介護保険を利用できない事」206 名（62.8%）であった。

6. 在宅療養において抱える経済的負担の主な要因と影響

下記項目に対し 6 段階で回答を求め、それぞれの回答を点数化し平均値を算出した。

項目	平均値
家族全体の生活に影響を与える	4.78
心理的な負担を増加させる	4.61
必要な介護内容に影響を与える	4.24
在宅療養という選択に制限を与える	4.04

7. 在宅療養における家族の介護・看護負担による、家庭や仕事、社会活動への影響

下記項目に対し 6 段階で回答を求め、それぞれの回答を点数化し平均値を算出した。

項目	平均値
仕事に影響を与える	4.91
精神的負担を増加させる	4.90
家庭生活に影響を与える	4.89
社会活動に影響を与える	4.79

8. 治癒困難な AYA 世代がん患者や家族に対する在宅療養支援の課題と行政等の関係機関に期待すること

のべ 357 件の自由記載を得た。行政等の関係機関に期待する事柄としては、①介護保険制度の代替制度の検討（例：障害福祉サービスなど）、②介護保険対象の患者と同様のケアマネジメント人材の必要性、③経済的支援や子育て・家族支援の拡充に関する記載が多数確認された。

また制度面以外の課題として、告知・治療の受け止めや、家族との方針のすり合わせ、旅立ちへ向かう過程での意向調整など、精神的負担への支援や適切なタイミングでの介入が難しいという声が多く寄せられた。医療者の経験不足や制度知識の不足も課題であり、相談員や多職種間の連携強化、教育体制の整備への指摘・要望が確認された。

9. インタビュー協力への意向確認

328 名のうち 25 名より了承を得た。

D. 考察

がん相談支援センターでは、AYA 世代がん

患者・家族に対し、多岐にわたる相談支援を実施している一方で、相談支援業務全体において AYA 世代が占める割合は 10%程度と限定されており、経験値の少なさから相談支援スキルの向上や多職種連携の強化等、相談員自身への支援に関する要望が確認された。

また、治療費負担や在宅療養における家族の介護負担等は、治療場所の選択や必要な介護内容等に一定以上の影響があると感じており、今後は高齢者の介護保険と同様、在宅におけるケアマネジメントを含む介護・家族支援の制度拡充に関する要望が多数確認された。

E. 結論

今後は、がん相談支援センターの相談員の相談経験を軸としながら、現状と課題を把握した。量的調査のみでは、既存の支援資源（若年がん患者在宅支援事業や障害福祉サービス、身体障害者手帳ほか）が利用困難な理由等の背景の把握は困難であった。令和 7 年度は量的調査の分析を進めるとともに、量的調査を補完すべくインタビューによる質的調査を実施し、今後の相談支援や制度設計のあり方について検討を重ねていく予定である。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

   該当なし。

2. 実用新案登録

   該当なし。

3. その他

   特記すべきことなし

令和 6 年度厚生労働省科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）
（分担）研究報告書

進行・再発 AYA 世代がん患者・家族・遺族およびピアサポーターのニーズの検討

研究分担者　桜井なおみ　キャンサー・ソリューションズ株式会社

研究要旨

AYA 世代の進行・再発がん患者・家族の相談支援を受けていると想定される医療機関外の患者支援団体を対象に、治癒困難な AYA 世代の在宅療養に関する相談支援の実態について調査した。アンケートは、一般社団法人全国がん患者団体連合会（加盟団体数 50）メーリングリスト、並びに、一般社団法人 AYA がんの医療と支援のあり方研究会／広報・社会連携委員会を通じて拡散、全国 11 団体から回答を得た。11 団体のうち 7 団体（63.6%）が受治癒困難な AYA 世代の在宅療養に関する相談を受けた経験があり、相談に含まれた主な内容には、「診断・治療のこと、経済的なこと、仕事のこと、今後の自分の将来のこと、後遺症・合併症のこと、今後の療養場所について」が挙がった。また、受けた相談について、「患者・家族の心理・情緒面の複雑さ、ピアサポートで対応できることの限界があること、社会的資源の不足」を困難や障壁として感じていることがわかった。治療費負担が、療養場所の選択や生活の質などに「かなり影響がある」と感じており、「助成制度の周知や医療機関と患者支援団体との連携、在宅療養に関する助成の均てん化」が要望にあがった。次年度は、得られた調査概要を元にインタビューを行い、政策提言を行う。

A. 研究目的

AYA 世代の患者調査では終末期を自宅で過ごすことを希望する患者は多いが(Hirano. J Pain Symptom Manage. 2019)、遺族調査では AYA 世代は終末期の不安や家族等への負担が壮年期以降と比べ大きいことが示唆されている(Mori, Support Care Cancer. 2019)。終末期の療養負担の軽減に取り組む市町村は一部にすぎず(畑中, AYA がんの医療と支援 2022)、ケアへのアクセ

スや経済的負担の地域格差が存在する可能性がある。しかし、再発・進行がんを抱えるAYA世代の患者・家族ニーズや相談支援の充足度など患者支援団体の活動実態は明らかでない。

そこで本研究では、医療機関外でどのような支援や相談支援への障壁を抱えているかを把握するため、患者支援団体を対象に実態調査を行った。

B. 研究方法

調査はWEBアンケート調査とし、2025年3月1日から3月30日にかけて回収した。実施に際しては、一般社団法人全国がん患者団体連合会加盟団体、並びに、一般社団法人 AYAがんの医療と支援のあり方研究会／広報・社会連携委員会に所属する患者支援団体を通じて回答への協力を呼び掛けた。

調査内容は、団体名や活動概要（対象疾患、対象年齢、会員数、AYA世代からの相談割合、活動内容など）を得たうえで、治療困難なAYA世代がん患者や家族からの在宅療養に関する相談経験について「相談経験あり」と回答した団体について、①相談内容（本人、家族）、②相談対応で感じた困難感や影響、③在宅療養において抱える経済的負担の主な要因、④生活などへの影響の度合い(6段階評価)、⑤活動する地域でのAYA世代がん患者を対象とした助成制度、⑥支援についての情報収集方法について回答を得た。また、自由回答として、⑦相談対応の課題、⑧在宅療養支援の拡充や促進等に向けて期待する支援、⑨回答結果に基づいたヒアリング協力の可否について、回答を得た。(倫理審査：国立がん研究センター研究倫理審査委員会)

C. 研究結果

※詳細は別添１を参考に掲載する。

全国11団体から回答を得、11団体のうち7団体（63.6%）がAYA世代の在宅療養に関する相談を受けた経験があると回答した。

①相談内容（本人と家族）

「AYA 世代がん患者本人自身に関する相談は、どのような相談でしたか？」との質問に対して、66件の回答が得られた(複数回答)。回答数が多かった順に「診断・治療のこと（7名)、経済的なこと（6名)、仕事のこと（5名)、今後の自分の将来のこと（5名)、後遺症・合併症のこと（4名)、今後の療養場所について（4名）となった。

また、「AYA 世代がん患者の家族や子どもについての相談は、どのような相談でしたか？」との問いについては、35 件の回答があり(複数回答)、回答数が多かった順に「今後の自分の将来のこと（5名)、仕事のこと（4名)、学業のこと（3名)、家族・友人など周囲の人との関係のこと（3名)」となった。

就学、就労、妊孕性や生殖機能に関すること、周囲との関係性など、本人・家族が心理・社会的生育期に遭遇する諸課題について、患者支援団体が幅広い相談を受けていることがわかる。

②相談対応で感じた困難感や影響

「治癒困難なAYA世代がん患者や家族からの在宅療養に関する相談を対応した際に感

じた困難感や障壁」については、28 件の回答があった（複数回答)。

回答数が多かった順に「患者･家族の心理･情緒面の複雑さ（5 名)、ピアサポートで対応できることの限界があること（5 名)、社会的資源の不足（3 名)、相談内容が多岐にわたり、専門的な知識が必要な場合があること（2 名)、患者・家族と対面での相談が難しいこと（2 名)、相談先の不足（2 名)、患者･家族とのコミュニケーション(2 名)、法的整備の限界(2 名)」などが挙げられた。

病状が悪化する中で､家族との関係性を基礎とした相談支援を受けることの難しさ、法制度を含めた社会資源の不足を障壁と感じていることが分かる。

③在宅療養で抱える経済的負担の主な要因

「治癒困難な AYA 世代がん患者や家族が在宅療養において抱える経済的な負担の主な要因」については、53 件の回答があった（複数回答)。

回答数が多かった順に「治療費用 (8 名)、薬の費用（7 名)、介護保険を利用できないこと (7 名)､通院や入院に伴う交通費 (5 名)、収入の減少（5 名)、介護用品（4 名)、ケアマネージャーの支援が受けられない(4 名)」となった。

もともと収入が少ない世代において､直接的な治療費のみならず、生活に関する間接経費の増加や収入減少なども負担となっていることがわかる。

④生活などへの影響の度合い (6 段階評価)

「治癒困難な AYA 世代がん患者や家族が在宅療養において抱える経済的負担が治療や療養に与える影響について、どのような影響があると考えますか？ 6 段階で当てはまるところにチェックを入れてください（0：全く影響はない～6：かなり影響がある)。」との問いについては、【在宅療養を行うという選択に制限を与える】、【必要な介護内容に影響を与える】【心理的な負担を増加させる】【家族全体の生活の質に影響を与える】の全ての項目で、「4～6（かなり影響がある)」と回答を得た。同様に「あなたは、治癒困難な AYA 世代がん患者や家族の在宅療養における家族の介護・看護負担が家庭や仕事、社会活動にどのような影響を与えると思いますか？」という問いに対しては、【仕事に影響を与える】、【家庭生活に影響を与える】､【精神的負担を増加させる】では「5～6（かなり影響がある)」、【社会的活動に制限を与える】では「4～6 (かなり影響がある)」との回答を得た。

治癒困難な AYA 世代では、経済的な負担が､療養場所の選択や心理、仕事、家族も含めた生活にも大きな影響を及ぼしていることがわかる。

⑤AYA 世代がん患者を対象とした助成

「所属施設が所在する県や近隣の市区町村で実施されている､AYA 世代がん患者を対象とした支援資源」については、37 件の回答があった（複数回答)。回答数が多かった順に「医療用ウィッグの購入費補助助成 (10 名)」､「乳房補正具購入費費用助成(9 名)」、「福祉用具・レンタル費用助成 (6 名)」､「訪問介護費用助成（5 名)」、「ワクチン再接種

費用助成（3名）」のほか、「生殖機能温存治療助成、補正下着」が挙げられた。

福祉用具・レンタル費用助成や訪問介護助成は、治癒困難なAYA世代がん患者の経済的負担を支える重要な仕組みである。

⑥助成など支援についての情報収集方法

「⑤で回答した支援資源についての情報収集方法」については、21件の回答があった（複数回答）。回答数が多かった順に「必要に応じて、その都度、県や市区町村のHP検索や問い合わせを実施している(9名)」、「がん患者支援冊子等、網羅的に情報が整理された資材を参考にしている(8名)」、「定期的に（年1回など）県や市区町村へ実施状況を確認している（3名）」となった。

患者支援団体が、制度など情報把握に努めている実情があり、行政を含めた患者支援団体との連携が望まれる。

⑦相談対応の課題

「患者支援団体の運営において治癒困難なAYA世代がん患者や家族からの相談対応の課題」については、10件の回答があった。

社会支援の情報源がないことや、行政・医療機関との連携や協力体制（信頼関係）の弱さが課題として指摘されている。また、いずれも条例に基づく助成事業であることから、基礎自治体単位で内容が異なることが課題として指摘された。

⑧在宅療養支援の拡充や促進等に向けた期待

「治癒困難なAYA世代がん患者や家族に対し、在宅療養支援の拡充や促進等に向けて、あなたが行政や社会的な様々な機関に期待する支援」については、助成事業の均てん化に関わる要望（7件）、助成事業の周知（医師や介護福祉従事者）への要望（2件）、介護者となる家族への支援（1件）、在宅イメージの啓発（1件）、手続きの迅速化（1件）などが挙げられた。

⑨回答結果に基づいたヒアリング協力の可否

ヒアリングへの協力について6団体からの承諾を得た。周知に関する内容や医療や介護福祉機関との連携などについて次年度ヒアリングを実施したい。

D. 考察

治癒困難なAYA世代がん患者からの相談経験がある患者支援団体では、治療に関することのみならず、経済的な悩みや就学・就労に関すること、（治癒困難な状態であっても）自身の将来や家族に関することなど、多岐にわたる相談を受けている実態がわかった。しかしながら、①支援に必要な社会資源が基礎自治体ごとで異なっていること、②情報そのものが周知や連携されていないこと（特に医療者、介護福祉関係者）、③ケアマネジャーなど在宅での生活をコーディネイトする人材との連携が乏しいこと、④親を含めた家族との関係性の中で相談支援を実施することの困難さ、⑤在宅療養の生活イメージの啓発など、様々な課題があることがわかった。

E. 結論

個人としての看取り体験はあっても、制度なども関わる「在宅療養に関する相談支援」については、支援する側も経験値が少な

い。別途、医療機関側で行う調査の結果を比較し、最適な相談支援体制の提言を行いたい。また、既に AYA 世代在宅療養に関する条例がある自治体で活動する団体においては「周知・連携」が課題として指摘されており、次年度のヒアリングには、より詳細について把握、政策提言に活かしたい。

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

特記すべきことなし

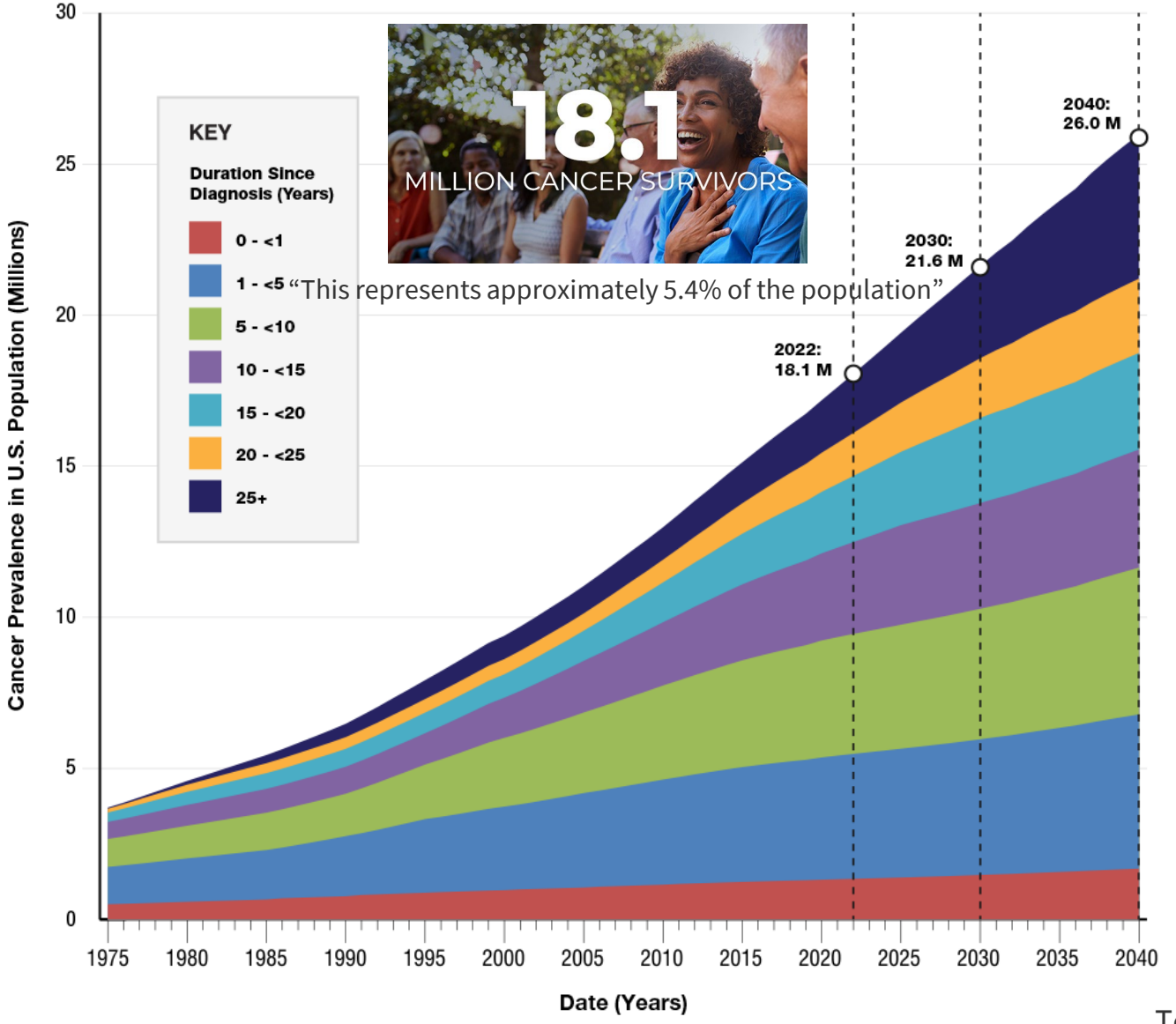
小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理を考える

厚労科研研究班　合同班会議

日時　2025年3月1日

於　国立国際医療研究センター戸山キャンパス

Number of Cancer Survivors in the United States, by Calendar Year and Time Since Diagnosis

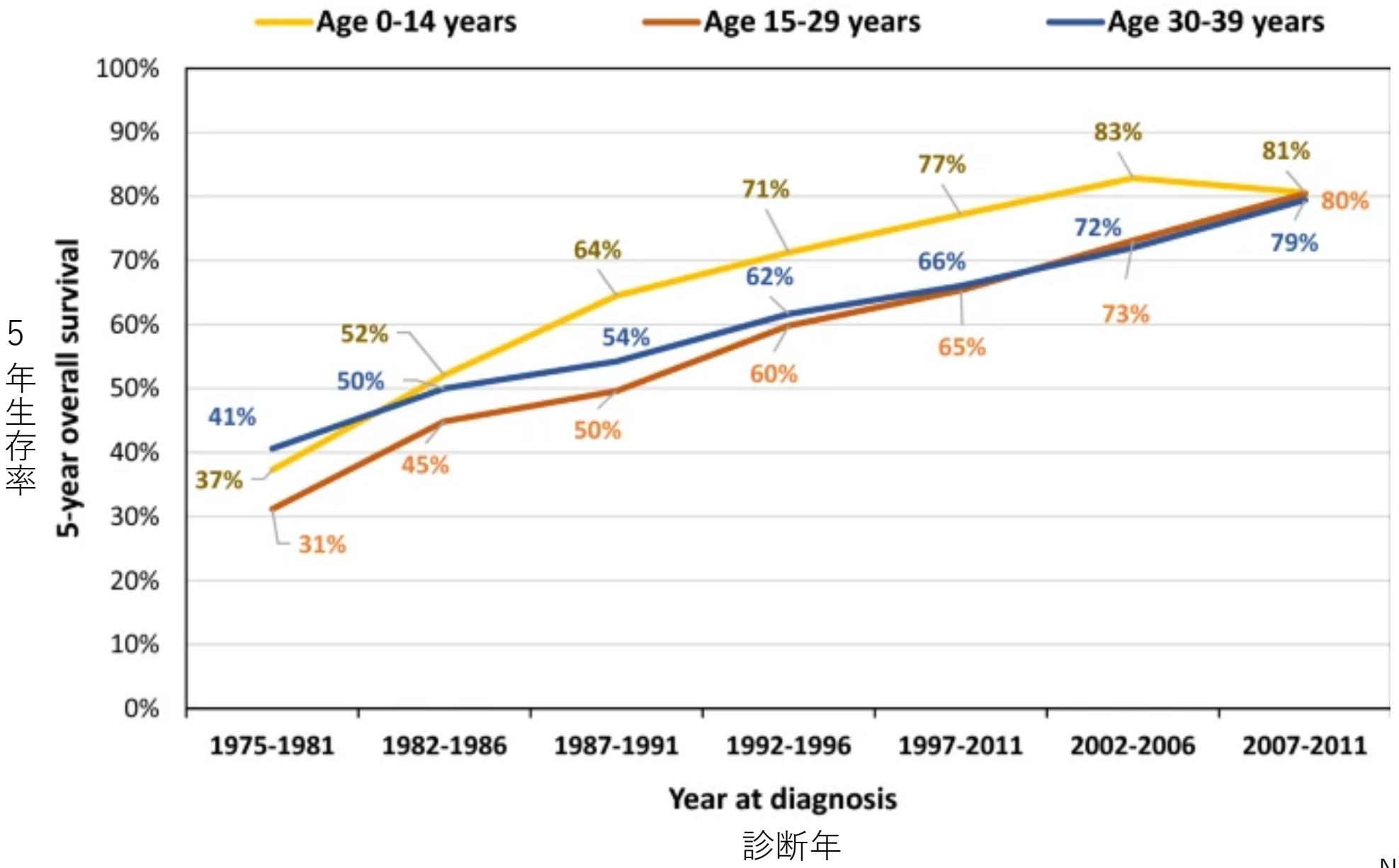


"This represents approximately 5.4% of the population"

Tonorezos E, JNCI, 2024

REFERENCE:

Tonorezos E, Devasia T, Mariotto AB, Mollica MA, Gallicchio L, Green P, Doose M, Brick R, Streck B, Reed C, de Moor JS, Prevalence of Cancer Survivors in the United States, JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 2024; https://doi.org/10.1093/jnci/djae135



5年生存率

診断年

Nakata IJCO, 2021.

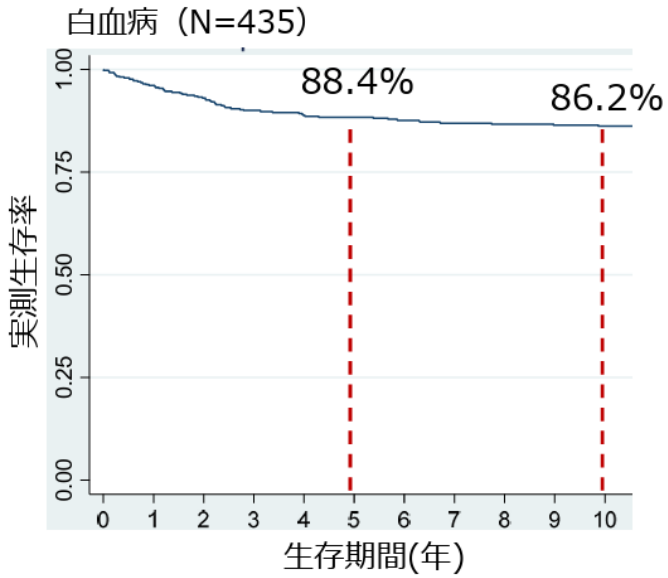
小児がん10年生存率

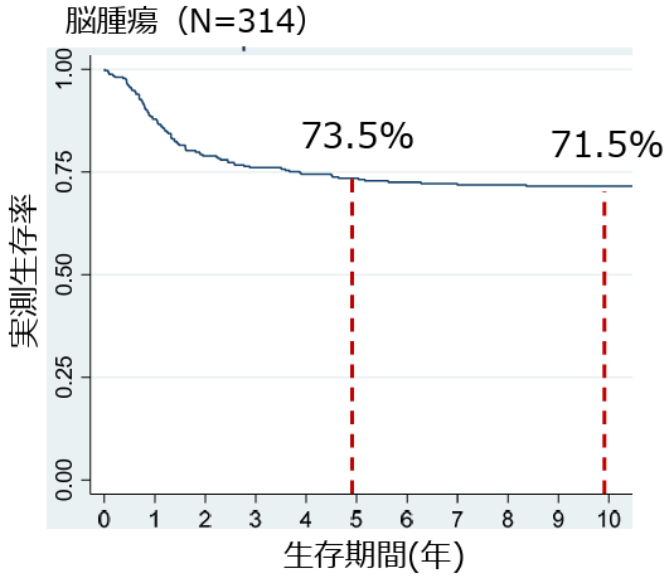
院内がん登録2018－2019年小児AYA集計報告書に沿って、
国際小児がん分類（ICCC第3版/WHO2008改訂版）主分類別生存率を計算
（0～14歳を対象）

	施設数	対象数	生存状況把握割合（%）	平均年齢（歳）	5年実測	10年実測	10年ネット	95%信頼区間
白血病	94	435	93.1	5.6	88.4	86.2	86.6	83.3-89.8
リンパ腫	56	105	93.3	8.1	92.4	91.4	91.5	86.2-96.9
脳腫瘍	109	314	94.3	7.5	73.5	71.5	71.7	66.7-76.8
神経芽腫	38	57	94.7	2.1	73.3	67.9	68.5	56.3-80.7
網膜芽腫	18	28	100.0	1.6	-	-	-	-
腎腫瘍	18	25	96.0	2.2	-	-	-	-
肝腫瘍	21	23	100.0	1.3	-	-	-	-
骨腫瘍	30	46	97.8	10.4	73.6	71.4	71.4	58.4-84.4
軟部腫瘍	42	53	92.5	7.4	75.4	73.5	73.7	61.9-85.5
胚細胞腫瘍	51	86	91.9	8.7	96.5	95.3	95.6	91.1-100
その他のがん(癌)	31	34	94.1	11.1	97.1	91.1	91.2	81.7-100

※上皮内癌を含まない、その他（10例）や変換不能（21例）を除く

小児がんの多くは5年から10年にかけて生存率は低下しにくい





https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2024/0125_2/slide_HCR2011y10survival.pdf

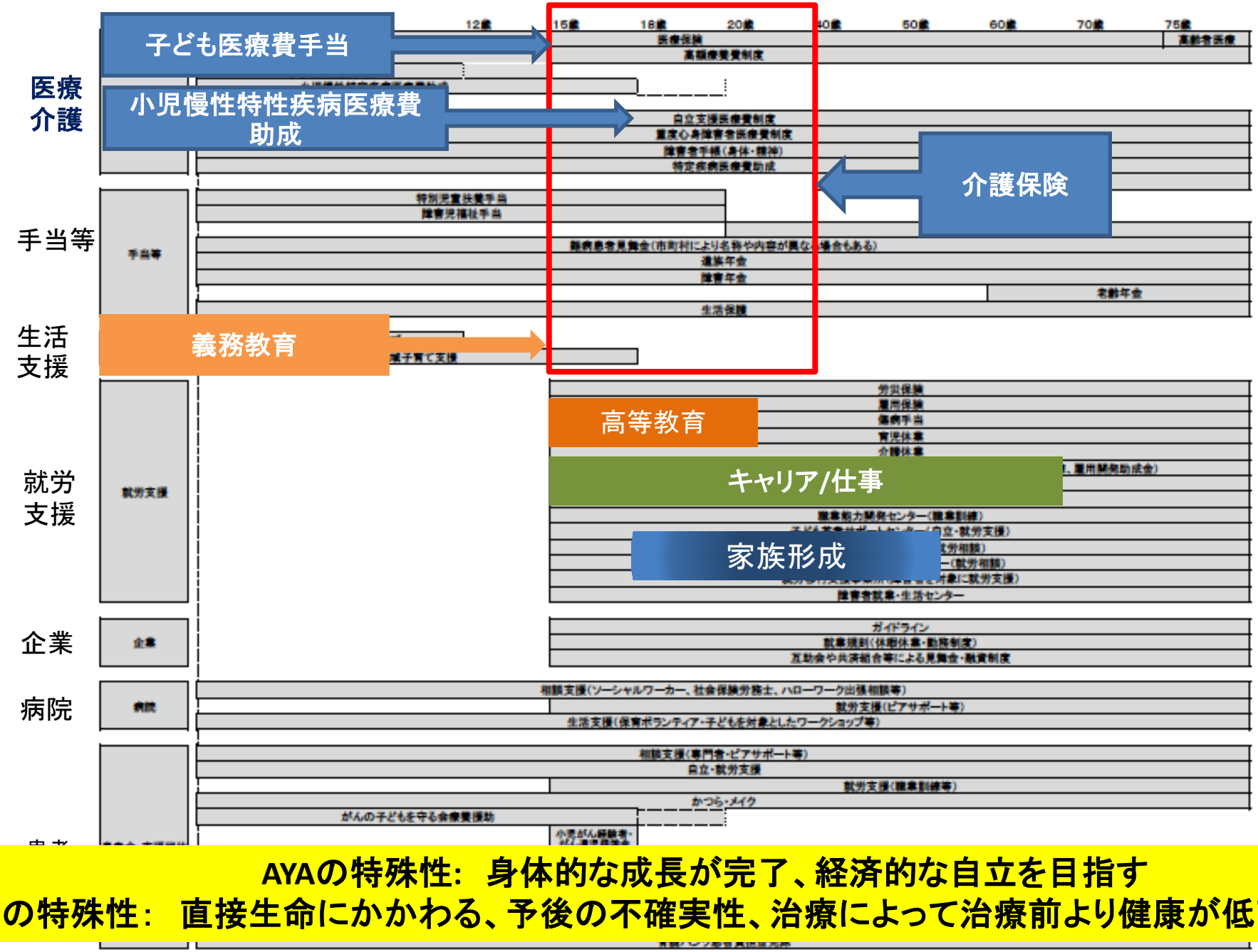
AYA世代のがん10年生存率

院内がん登録2018－2019年小児AYA集計報告書に沿って、
AYA Site Recode/WHO2008改訂版の主分類別生存率を計算（15～39歳を対象）

	施設数	対象数	生存状況把握割合（%）	平均年齢（歳）	5年実測	10年実測	10年ネット	95%信頼区間
白血病	204	646	90.9	29.0	72.8	70.1	70.6	67.0-74.1
リンパ腫	224	734	85.7	30.3	88.0	86.0	86.6	84.0-89.1
脳・脊髄腫瘍	195	823	89.7	30.1	83.5	77.8	78.2	75.3-81.1
骨・軟骨腫瘍	62	146	91.8	26.6	68.3	62.5	62.9	54.9-70.8
軟部肉腫	135	347	89.0	30.8	75.5	70.5	70.9	66.0-75.8
胚細胞性他	240	745	86.3	29.4	93.7	93.6	94.3	92.5-96.0
黒色腫・皮膚癌	98	167	87.4	33.3	82.9	79.5	80.1	73.8-86.4
癌腫（上皮性の悪性腫瘍）	333	7,443	91.6	34.3	82.4	78.3	78.8	77.9-79.8
甲状腺がん(癌)	236	820	87.7	31.6	99.4	98.8	99.4	98.6-100
頭頸部のその他のがん(癌)	148	380	87.6	32.3	83.3	78.7	79.2	75.0-83.4
肺・気管支のがん(癌)	146	284	92.3	35.0	46.3	38.8	39.1	33.3-44.9
乳がん(癌)	281	1,963	94.0	35.6	90.0	83.5	84.0	82.3-85.6
腎がん(癌)	126	198	92.9	35.3	90.3	87.6	88.3	83.6-93.0
膀胱がん(癌)	41	43	88.4	33.0	79.1	71.5	72.0	58.4-85.5
性腺のがん(癌)	178	362	94.2	33.9	90.0	75.4	75.9	71.4-80.4
子宮頸部・子宮がん(癌)	266	1,726	90.6	34.0	88.6	87.2	87.7	86.1-89.3
大腸がん(癌)	254	677	90.3	34.3	75.2	69.9	70.5	66.9-74.0
胃がん(癌)	224	589	91.9	34.8	61.8	59.2	59.7	55.7-63.7
肝内胆管がん(癌)	101	139	94.2	34.7	43.1	36.1	36.4	28.3-44.5
膵臓癌他消化器系のがん(癌)	105	160	94.4	35.1	50.1	43.6	43.9	36.2-51.7
その他のがん(癌腫)	71	102	94.1	34.2	54.2	44.5	44.8	34.9-54.6
その他の癌新生物	132	206	89.8	32.0	79.9	74.1	74.6	68.5-80.7
分類不能の悪性新生物	58	85	95.3	33.5	39.8	37.2	37.4	27.1-47.8

※上皮内癌を含まない、変換不能（623例）を除く
AYA: Adolescent and Young Adult(思春期・若年成人)

https://www.ncc.go.jp/jp///information/pr_release/2024/0125_2/slide_HCR2011y10survival.pdf



AYAの特殊性：　身体的な成長が完了、経済的な自立を目指す
がんの特殊性：　直接生命にかかわる、予後の不確実性、治療によって治療前より健康が低下する面もある

AYA世代がんサポートガイド（金原出版）より改変

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

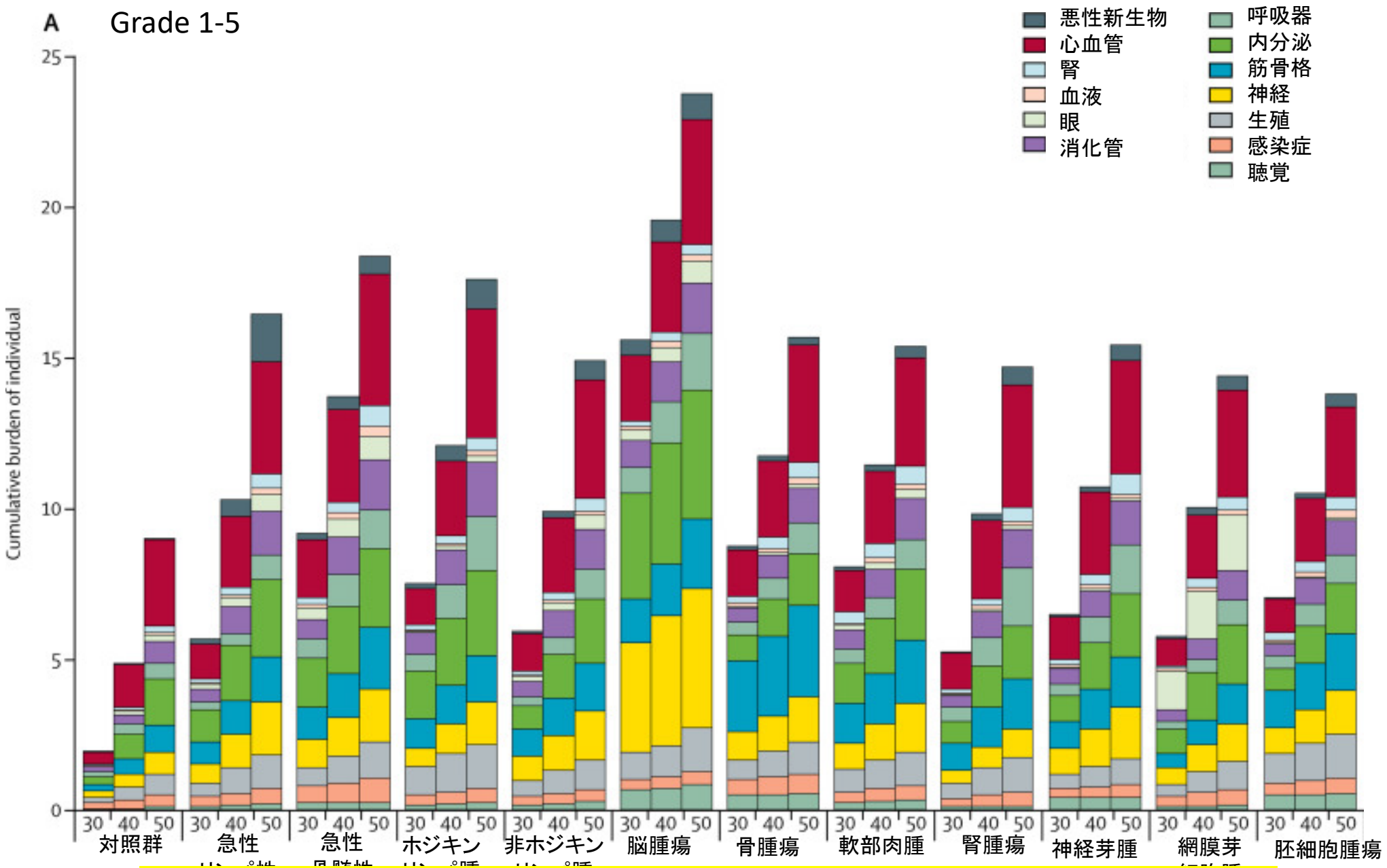
３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077544.pdf



長期的な健康の問題＝晩期合併症＋加齢等に伴う新たな疾病の発症

Bhakta N et al. Lancet 2017

AYA世代がん経験者のサバイバーシップケアの必要性

Rates of mortality from noncancer causes among AYAs with cancer compared to the general population

	Observed	Expected	SMR (95% CI)	Excess Risk [a]	Deaths per 100,000 person-years among AYAs with cancer
All noncancer	12948	7053.34	1.84 (1.80–1.87)	18.87	414.43
Infectious	3068	597.58	5.13 (4.95–5.32)	7.91	98.20
Tuberculosis	9	5.11	1.76 (0.81–3.35)	0.01	0.29
Syphilis	0	0.22	0 (0–16.58)	0.00	0.00
Septicemia	319	121.14	2.63 (2.35–2.94)	0.63	10.21
Other Infectious and Parasitic Diseases including HIV	2,292	338.27	6.78 (6.50–7.06)	6.25	73.36
Pneumonia and Influenza	448	132.83	3.37 (3.07–3.70)	1.01	14.34
Cardiovascular	3,573	2311.77	1.55 (1.50–1.60)	4.04	114.36
Diseases of Heart	2,906	1841.72	1.58 (1.52–1.64)	3.41	93.01
Hypertension without Heart Disease	75	56.89	1.32 (1.04–1.65)	0.06	2.40
Cerebrovascular Diseases	489	340.24	1.44 (1.31–1.57)	0.48	15.65
Atherosclerosis	20	10.26	1.95 (1.19–3.01)	0.03	0.64
Aortic Aneurysm and Dissection	37	36.72	1.01 (0.71–1.39)	0.00	1.18
Other Diseases of Arteries, Arterioles, Capillaries	46	25.93	1.77 (1.30–2.37)	0.06	1.47
Respiratory					
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Allied Conditions	408	351.95	1.16 (1.05–1.28)	0.18	13.06
Gastrointestinal and liver	370	336.63	1.10 (0.99–1.22)	0.11	11.84
Stomach and Duodenal Ulcers	33	13.68	2.41 (1.66–3.39)	0.06	1.06
Chronic Liver Disease and Cirrhosis	337	322.95	1.04 (0.94–1.16)	0.04	10.79
Renal					
Nephritis, Nephrotic Syndrome and Nephrosis	270	112.39	2.40 (2.12–2.71)	0.50	8.64
External	1,802	1668.25	1.08 (1.03–1.13)	0.43	57.68
Accidents and Adverse Effects	1,120	1042.17	1.07 (1.01–1.14)	0.25	35.85
Suicide and Self-Inflicted Injury	540	437.42	1.23 (1.13–1.34)	0.33	17.28
Homicide and Legal Intervention	142	188.67	0.75 (0.63–0.89)	−0.15	4.55
Other	3457	1674.78	2.06 (2.00–2.13)	5.70	110.65
Diabetes Mellitus	373	304.65	1.22 (1.10–1.36)	0.22	11.94
Alzheimers disease (ICD-9 and 10 only)	28	28.93	0.97 (0.64–1.40)	0.00	0.90
Complications of Pregnancy, Childbirth, Puerperium	66	8.73	7.56 (5.84–9.61)	0.18	2.11
Congenital Anomalies	95	42.61	2.23 (1.80–2.73)	0.17	3.04
Certain Conditions Originating in Perinatal Period	4	0.33	12.04 (3.28–30.83)	0.01	0.13
Symptoms, Signs and Ill-Defined Conditions	258	142.55	1.81 (1.60–2.04)	0.37	8.26
Other Causes of Death	2,633	1146.98	2.30 (2.21–2.38)	4.76	84.28

Abbreviations: AYAs, adolescents and young adults; SMR, standardized mortality ratio; HIV, human immunodeficiency virus

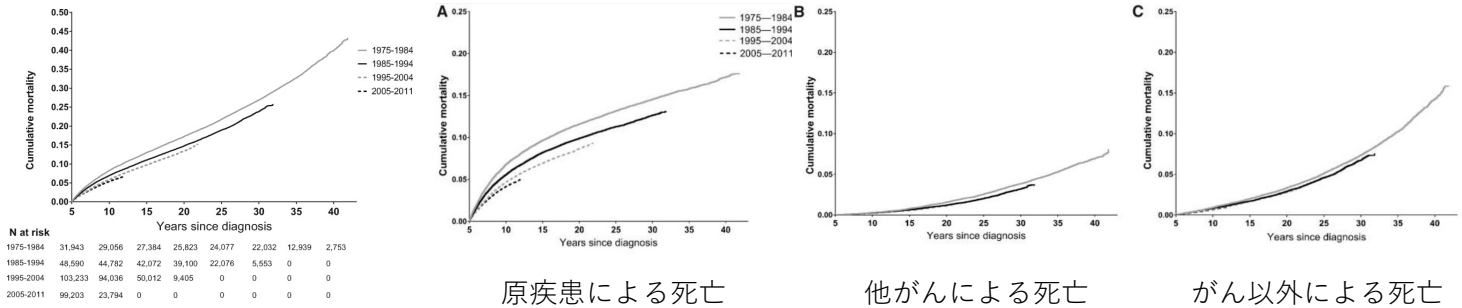
[a]Deaths per 10,000 person-years

- 米国SEERデータベースを用いて、1973-2015の間に初めてがんと診断された15－39歳（カポジ肉腫を除く）のがん以外の要因による死亡リスクを検討
- 年齢、性別、人種、年代をあわせた一般集団との比較により標準化死亡比(SMR)を計算

感染症、腎疾患、心血管疾患、自殺・自傷などのリスクが有意に上昇

Anderson C et al. Cancer 2019

AYA世代がんの5年サバイバーの死亡率の年次推移



原疾患による死亡　　他がんによる死亡　　がん以外による死亡

がんによる死亡は減少しているが、がん以外の原因による死亡の変化は乏しい

Anderson C et al. J Natl Cancer Inst 2020

（３） 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（現状・課題）

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程において、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族等が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に 15 か所の小児がん拠点病院及び２か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

小児がん拠点病院は、ＡＹＡ世代への対応の強化にも重点を置き、ＡＹＡ世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、ＡＹＡ世代のがん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代のがん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

取り組むべき施策

・小児がん経験者の晩期合併症について実態把握

・地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方を検討

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に取り組む。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん経験者の晩期合併症について実態把握を行うとともに、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップの在り方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、適切な情報を得て、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに、小児がん領域での研究開発を進める。

（４） ライフステージに応じた療養環境への支援

① 小児・ＡＹＡ世代について

（現状・課題）

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、法第 21 条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に 15 か所指定しており、その指定要件として、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元（2019）年度及び令和２（2020）年度に、「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施し、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和３（2021）年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するＩＣＴを活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した[illegible]

世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、いわゆる「こどもホスピス」など独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではないことから、その把握に向けた取組に着手している。

（取り組むべき施策）

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を引き続き推進する。

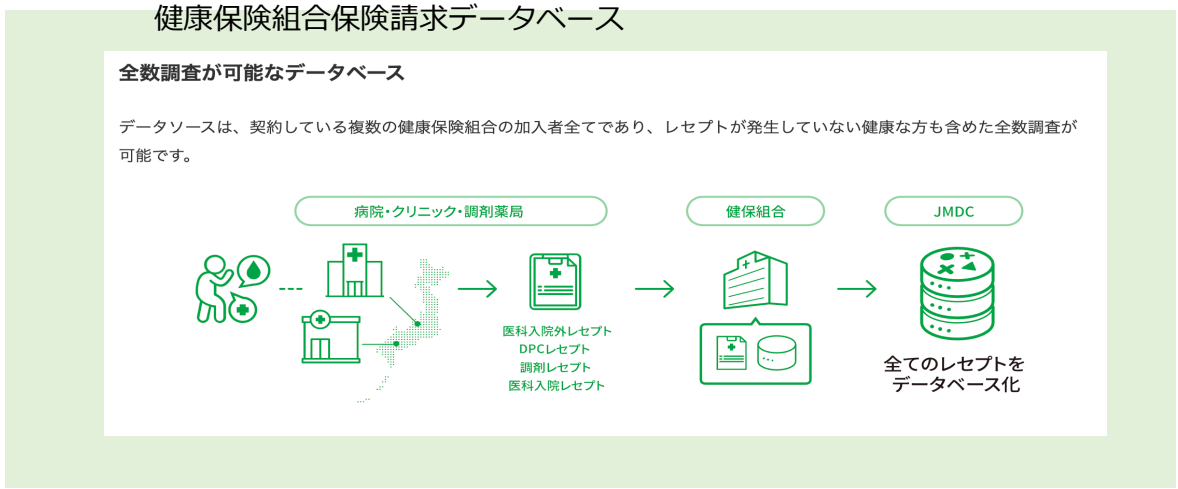
取り組むべき施策

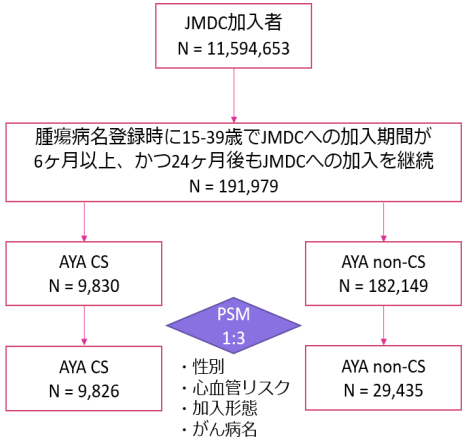
・長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援のあり方について検討

ごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

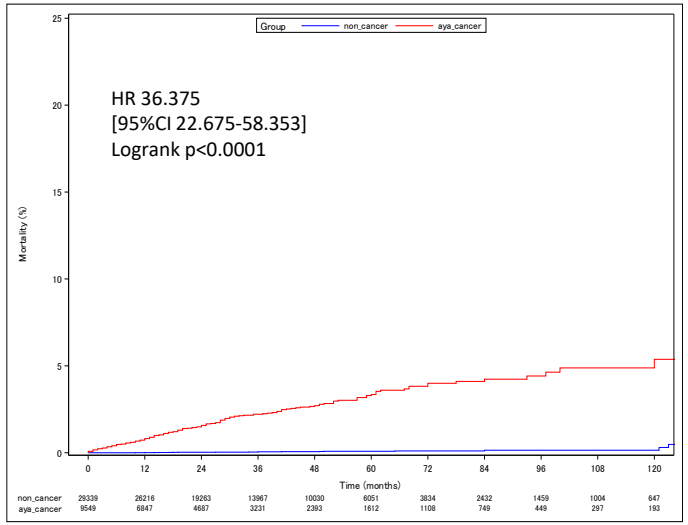
第４期がん対策推進基本計画

Real world data(RWD:保険データ)を用いた国内の小児・AYA世代CSの晩期合併症の検討





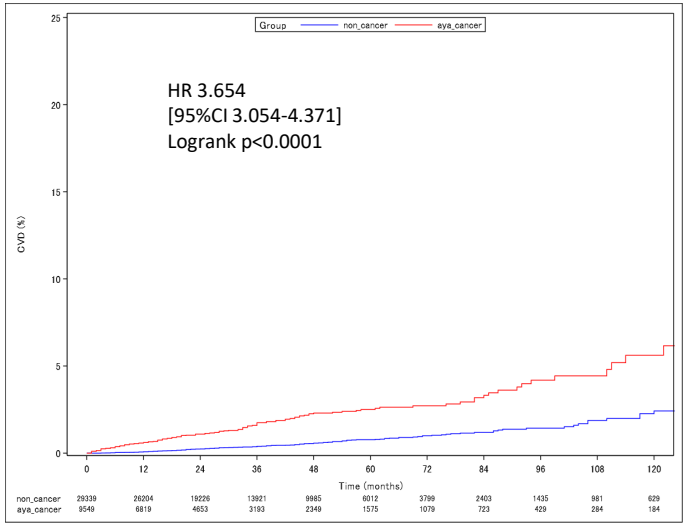
全死亡



2年サバイバー

がん治療なし

心血管疾患



2年サバイバー

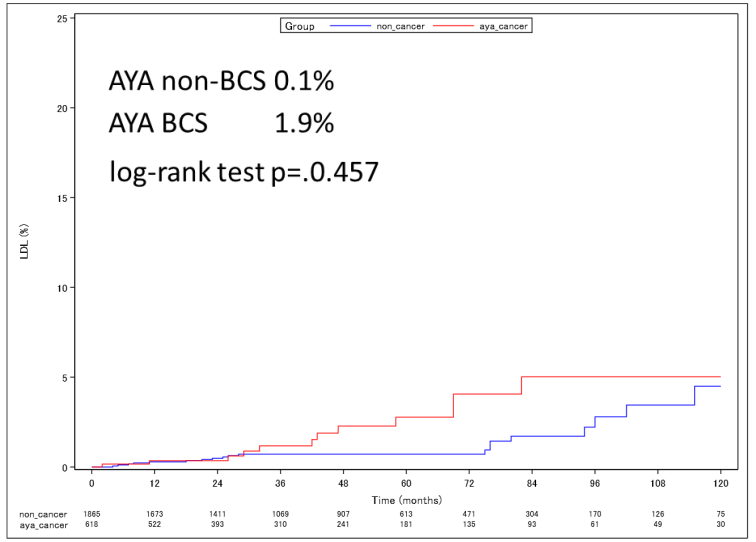
がん治療なし

下村．JSMO2022

JMDC（健康保険組合請求データベース）を用いたRWD研究

	PSM後		
	AYA CS N=9,826	AYA non-CS N=29,435	P値
全CVDイベント	295 3.0%	175 0.59%	<0.001
心不全	86 0.87%	87 0.29%	<0.001
虚血性心疾患	17 0.17%	38 0.13%	0.3136
脳梗塞	12 0.12%	25 0.08%	0.2982
静脈血栓症	58 0.59%	31 0.11%	<0.001

AYA乳癌サバイバーの脂質異常症発症率



下村 JSMO 2022/ AYA研 2023

就労割合の低下に関連する要因

女性	非白人	調査時年齢（23歳未満，35～44歳，高年齢）	親/きょうだいと同居	未婚	子どもあり
中退	**診断時思春期前半**	診断後経過期間（13年未満，20年超）	中枢神経系腫瘍 中枢神経系腫瘍切除術	四肢の手術（温存術，切除術)	2次がん，再発
頭部への放射線照射（18 Gy以上, 35 Gy以上）	晩期合併症	精神的健康の低下 抑うつ	身体化障害 身体的健康の低下	職業訓練	

＊フルタイム就労割合の低下要因：　認知機能障害

就労の問題の背景には、身体的・精神的な健康の問題がある
健康状態をふまえた自立/キャリア形成/再構築のために、リハビリテーションやソーシャルワークの視点が必要

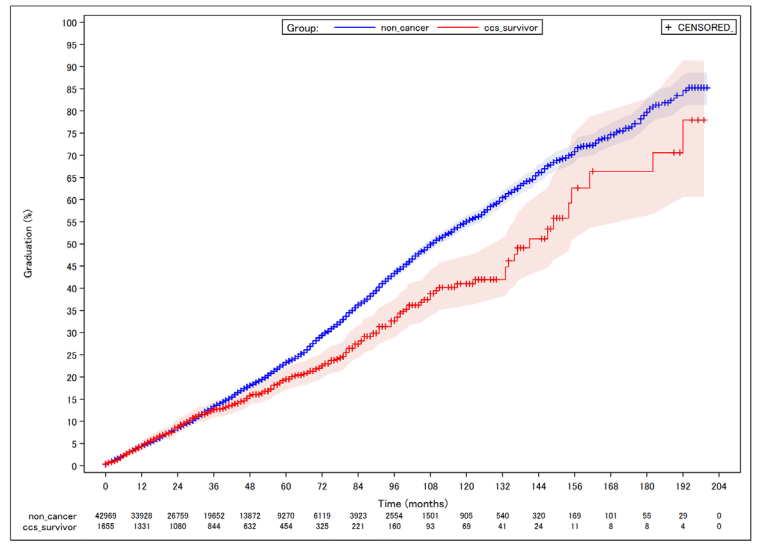
田崎ら、日本小児血液・がん学会雑誌　第56巻第1号（2019年）

Child Cancer Survivorsにおける医療資源の活用実態の検討

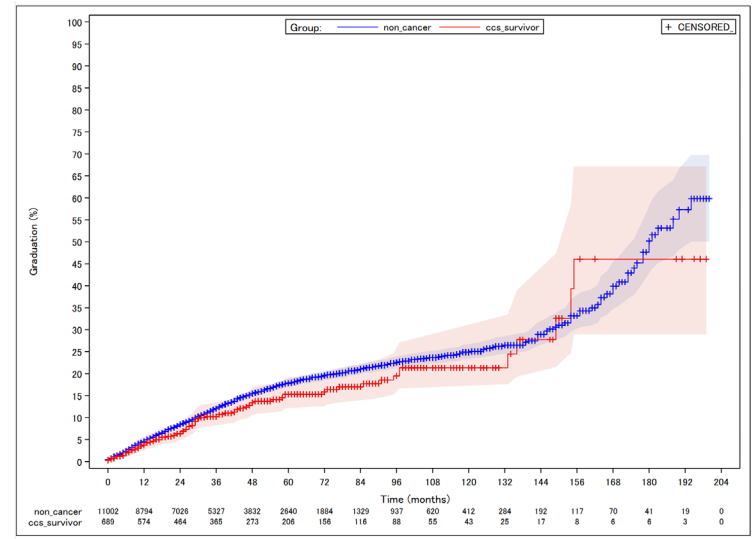
Shema
JMDC加入者
1816万人
↓
CCS
（がん病名＋治療あり
加入1年後以降の病名登録
病名登録後2年をindex）
1700人
↓
保険離脱率の検討
医療リソース利用の検討

社保（被扶養者）からの離脱率

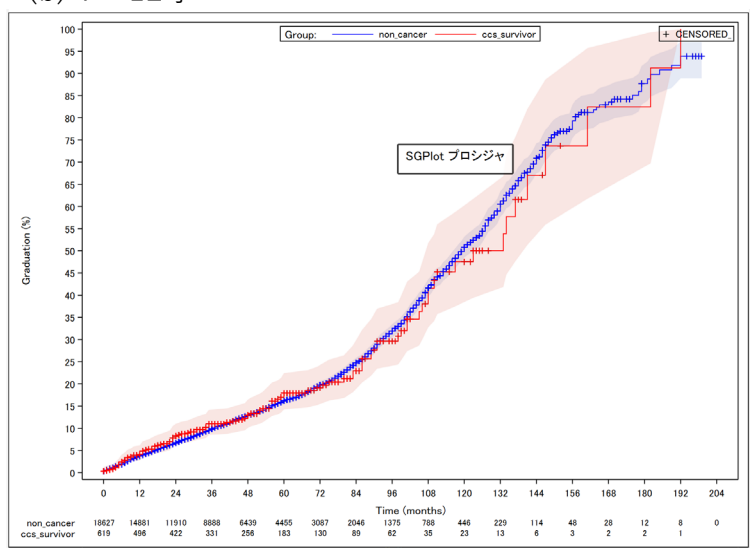
(全) 0～15才



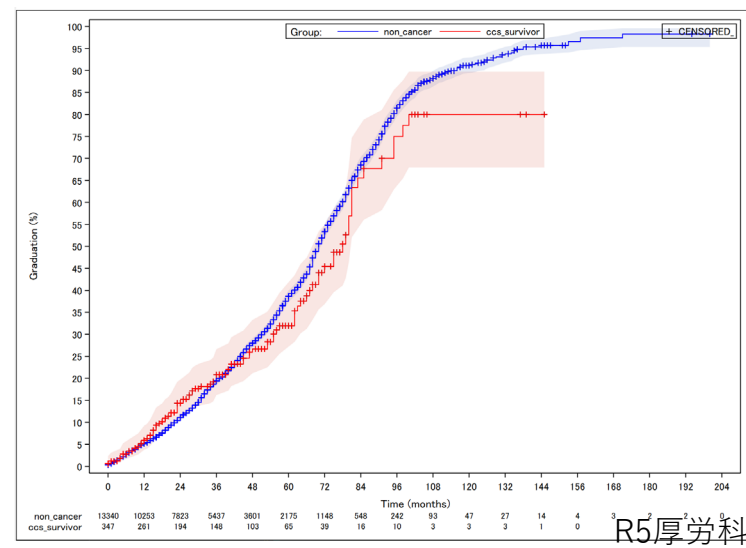
(a) 0～6才



(b) 7～12才



(c) 13～15才



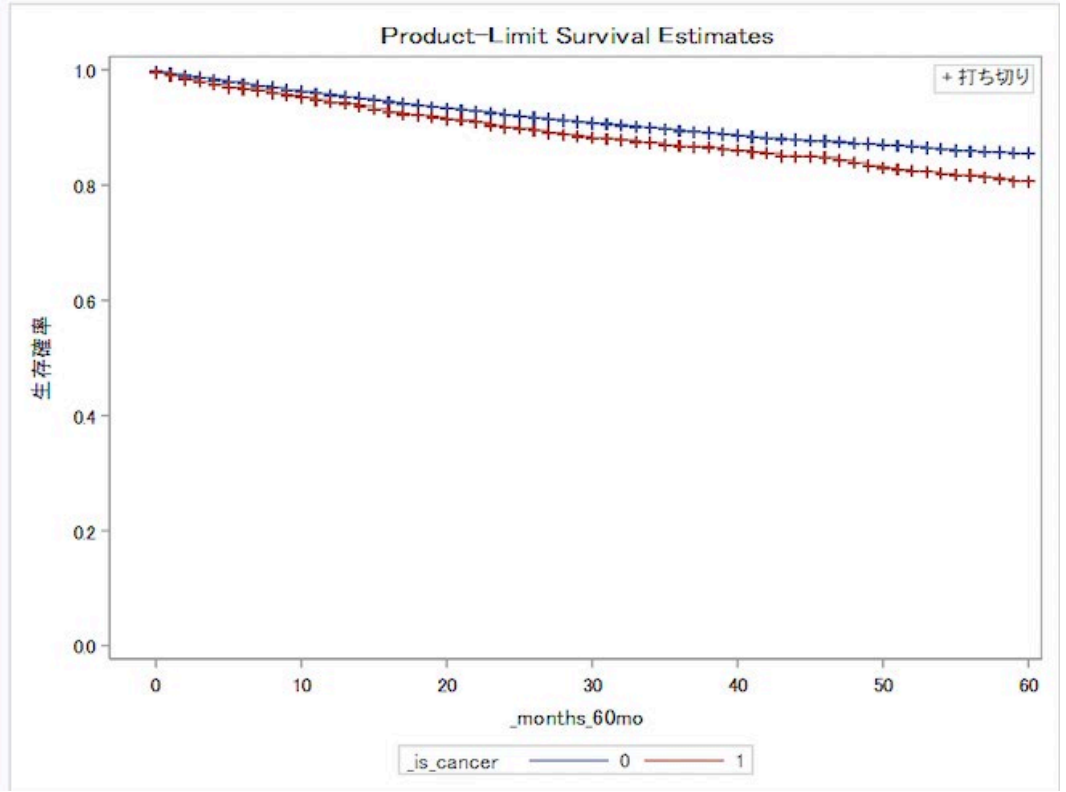
赤線：CCS
青線：病名あり治療歴なし

全年齢でCCSで離脱率が低い。
20%程度が離脱しない

特に0-6歳で離脱率が低いが、
成人していない可能性あり

疾患としてはNHL、白血病、
肉腫、RBが多い

保険からの離脱

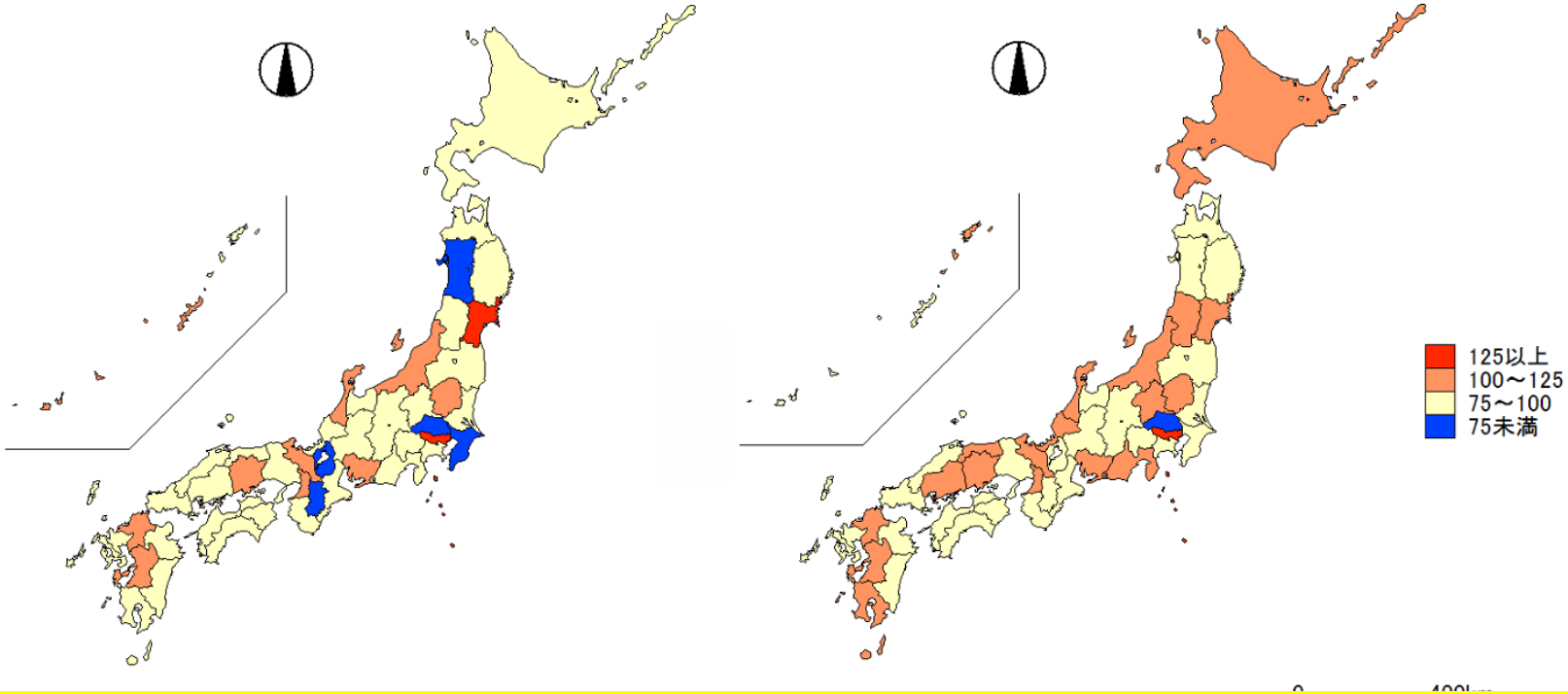


AYA世代がんサバイバー本人では保険を離脱する(=退職/転職する)リスクが増加

治療の場と生活の場の不一致

診断時住所と初回治療開始施設所在地

14歳以下では15歳以上よりも患者の県外への流出・流入ともに多いことが示唆された。



移動後の生活圏において、小児・AYAがん経験者の健康管理を支えるシステムが必要

NCCH/NCCHD 院内がん登録　2016-2017年小児AYA集計 報告より
https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2019/1018/shouniaya.pdf

JMDCで読み取れる治療経過（ALL症例の治療歴）

p_id	_is_cancer	_months_post_ndx	age_ndx	gender	_cat	_fcat	_m31	_m30	_m29	_m28	_m27	_m26	_m25	_m24	_m23	_m22	_m21	_m20	_m19	_m18	_m17	_m16	_m15	_m14	_m13	_m12	_m11	_m10	_m09	_m08	_m07	_m06	_m05	_m04	_m03	_m02
M018041370	1	161	9	女性	_a107	_a107rx_Chem								☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
M018041370	1	161	9	女性	_a108	_a108rx_Anthra								☆																						
M018041370	1	161	9	女性	_a110	_a110rx_Anti_Metab								☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
M018041370	1	161	9	女性	_a111	_a111rx_Vinca								☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
M018041370	1	161	9	女性	_a100	_a100hp_admission					◆	◆	◆	◆	◆	◆																				
M018041370	1	161	9	女性	_c304	_c304dg_BNP																														
M018041370	1	161	9	女性	_c320	_c320rc_VTE																									■	■	■	■	■	■
M018041370	1	161	9	女性	_k511	_k511rx_Anthra								△																						

Index date（病名登録後2年）時年齢 = 9歳（7歳発症）

入院（6ヶ月）

ここで治療終了

化学療法（約2年）

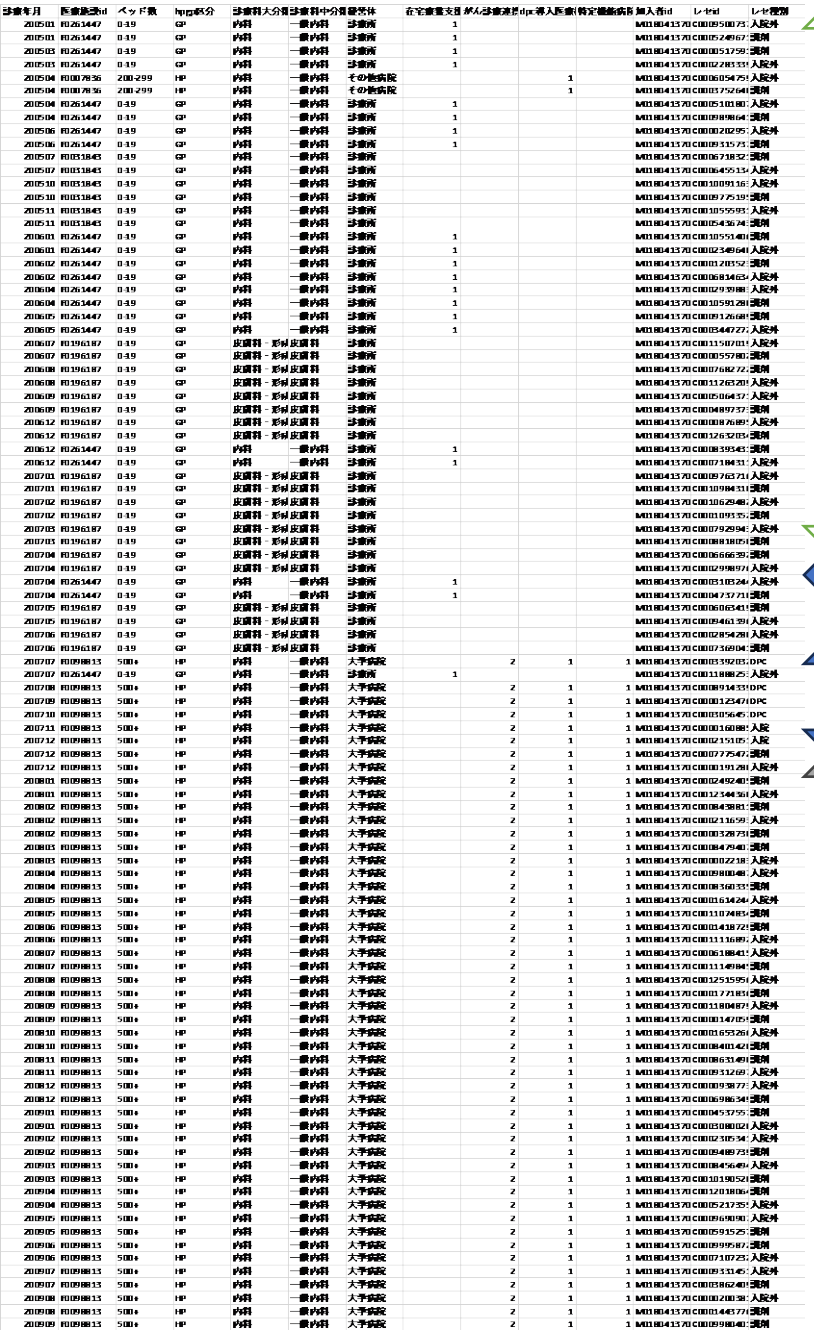
治療開始15ヶ月目から21ヶ月目までVTEの検査あり

_m02	_m01	_p00	_p01	_p02	_p03	_p04	_p05	_p06	_p07	_p08	_p09	_p10	_p11	_p12	_p13	_p14	_p15	_p16	_p17	_p18	_p19	_p20	_p21	_p22	_p23	_p24	_p25	_p26	_p27
																													□

治療開始53ヶ月目に単発でVTEの検査あり

下村/佐瀬先生

JMDCで読み取れる治療経過（同一症例の受診歴）



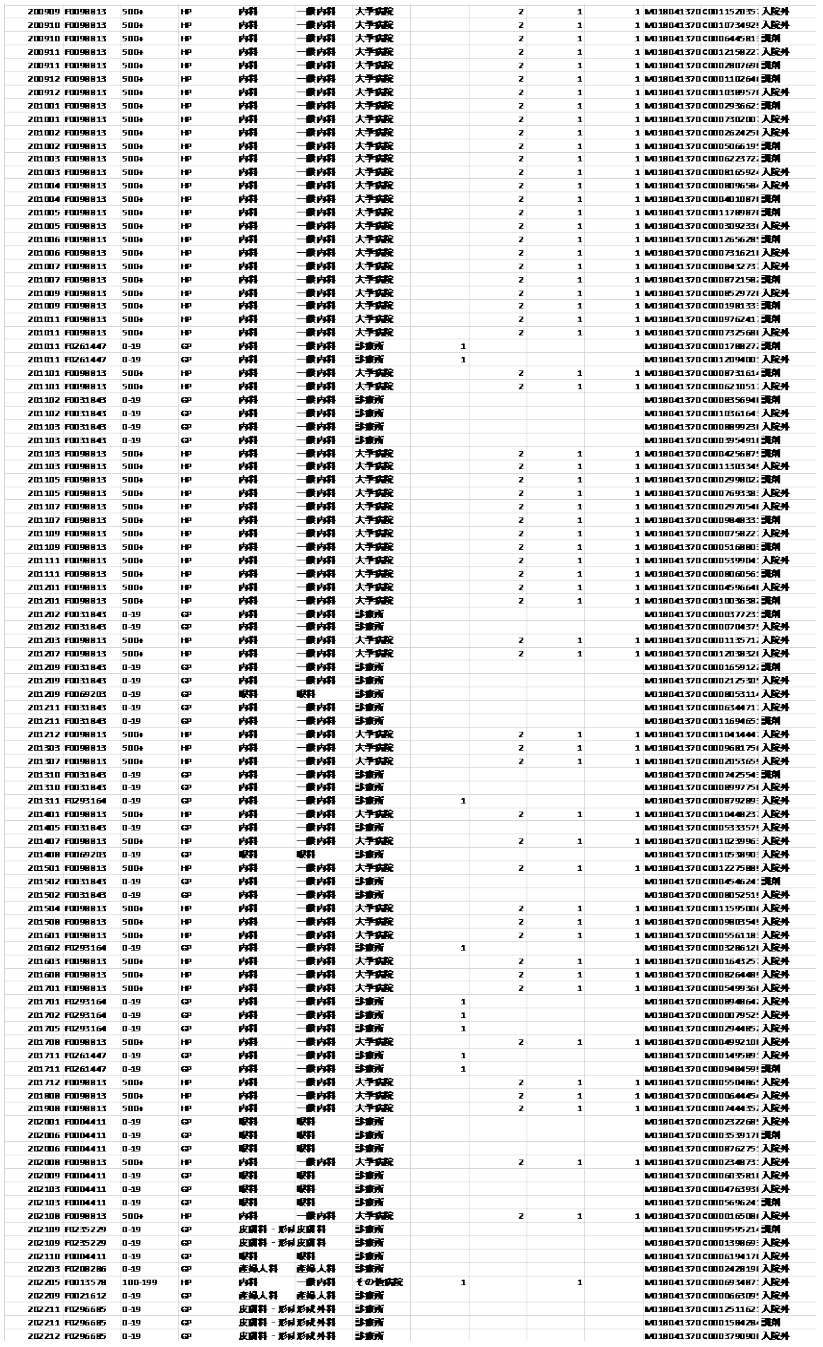
診療年月	医療機関id	ベッド数	hpgr区分	診療科	大分類	診療科中分類	都道府県	在宅療養支援	がん診療連携	dpc導入	医療(特定機能病院	加入者id	レセid	レセ種別
200501	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	0735	入院外
200501	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	249767	調剤
200503	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	517599	調剤
200503	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0002	285331	入院外
200504	f0007836	200-299	HP	内科		一般内科	その他病院			1		M0180413701C0006	054751	入院外
200504	f0007836	200-299	HP	内科		一般内科	その他病院			1		M0180413701C0003	752641	調剤
200504	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	101880	入院外
200504	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0009	898664	調剤
200506	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0002	029595	入院外
200506	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0009	315735	調剤
200507	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0006	718329	調剤
200507	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0006	455134	入院外
200510	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0010	099116	入院外
200510	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0009	775195	調剤
200511	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0010	555935	入院外
200511	f0031845	0-19	GP	内科		一般内科	診療所					M0180413701C0005	436748	調剤
200601	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	514801	調剤
200601	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0002	348641	入院外
200602	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0001	203152	調剤
200602	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0006	834634	入院外
200604	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0002	939188	入院外
200604	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0010	591281	調剤
200605	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0009	126681	調剤
200605	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0003	447272	入院外
200607	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0011	507013	入院外
200607	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0005	578078	調剤
200608	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0007	682772	調剤
200608	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0011	265201	入院外
200609	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0005	064572	入院外
200609	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0004	897372	調剤
200612	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0008	768972	入院外
200612	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0012	632054	調剤
200612	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0008	393465	調剤
200612	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0007	184331	入院外
200701	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0009	763731	入院外
200701	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0010	984111	調剤
200702	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0010	629481	入院外
200702	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0010	093755	調剤
200703	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0007	929941	入院外
200703	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0008	818051	調剤
200704	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0006	666639	調剤
200704	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0012	998971	入院外
200704	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0003	118246	入院外
200704	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1				M0180413701C0004	757211	調剤
200705	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0006	065411	調剤
200705	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0009	461391	入院外
200706	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0002	854281	入院外
200706	f0196187	0-19	GP	皮膚科		形成皮膚科	診療所					M0180413701C0007	369041	調剤
200707	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0003	392035	DPC
200707	f0261447	0-19	GP	内科		一般内科	診療所	1					M0180413701C0011	888251	入院外
200708	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	914331	DPC
200709	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0001	234701	DPC
200710	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0010	056451	DPC
200711	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0001	608801	入院
200712	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0005	515175	入院
200712	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0007	725471	調剤
200712	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0011	911281	入院外
200801	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0002	492401	調剤
200801	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0012	344361	入院外
200802	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	438811	調剤
200802	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0012	116591	入院外
200802	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0003	287331	調剤
200803	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	479401	調剤
200803	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0000	722181	入院外
200804	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	810481	入院外
200804	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0003	605331	調剤
200805	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0016	142401	入院外
200805	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0011	074851	調剤
200806	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0014	187201	調剤
200806	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0011	116891	入院外
200807	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0006	188401	調剤
200807	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0011	149841	調剤
200808	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0012	555951	入院外
200808	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0001	771831	調剤
200809	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0013	027301	入院外
200809	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0014	705401	調剤
200810	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0001	653261	入院外
200810	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	401421	調剤
200811	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	631491	調剤
200811	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	311269	入院外
200812	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	387731	入院外
200812	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0006	986541	調剤
200901	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0004	537551	調剤
200901	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0003	080021	入院外
200902	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0012	305341	調剤
200902	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	489731	調剤
200903	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0008	456491	入院外
200903	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0010	190521	調剤
200904	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0012	018061	調剤
200904	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0005	217351	入院外
200905	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	690901	入院外
200905	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0005	915251	調剤
200906	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	995871	調剤
200906	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0007	107251	入院外
200907	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	331451	入院外
200907	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0003	862401	調剤
200908	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0002	003981	入院外
200908	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0001	445771	調剤
200909	f0098813	500+	HP	内科		一般内科	大学病院			2	1	1	M0180413701C0009	980401	調剤

おそらく
未発症

2007/7発症?
7歳

2007/8-12入院

大学病院小児科で
当初は月に1回のf/u



200909	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	352035	入院外
200910	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	734921	入院外
200910	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0006	445481	調剤
200911	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0012	329822	入院外
200911	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	897691	調剤
200912	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	026641	調剤
200912	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	089571	入院外
201001	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	936621	調剤
201001	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	310201	入院外
201002	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	624251	調剤
201002	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	066191	調剤
201003	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0006	223721	調剤
201003	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	165921	入院外
201004	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	096581	入院外
201004	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0004	010871	調剤
201005	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	789871	調剤
201005	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0003	592331	入院外
201006	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0012	656281	調剤
201006	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	316211	入院外
201007	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	845271	調剤
201007	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	721581	調剤
201009	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	529721	入院外
201009	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0001	981331	調剤
201011	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0009	762641	調剤
201011	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	725601	入院外
201011	f0261447	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0012	788271	調剤
201011	f0261447	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0012	209401	入院外
201101	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	835631	調剤
201101	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	631051	入院外
201102	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0003	569401	調剤
201102	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0011	016164	調剤
201103	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0008	899231	入院外
201103	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0009	954911	調剤
201103	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0004	256871	調剤
201103	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	303541	入院外
201105	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	980021	調剤
201105	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	693581	入院外
201107	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	970541	入院外
201107	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0009	848331	調剤
201109	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	958221	入院外
201109	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	168801	調剤
201111	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	599041	入院外
201111	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0008	860561	調剤
201201	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0004	596641	入院外
201201	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	036581	調剤
201202	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0003	772351	調剤
201202	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0007	043771	入院外
201203	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	357121	入院外
201207	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0012	289321	入院外
201209	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0011	659121	調剤
201209	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0012	125301	入院外
201209	f0069203	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0008	053114	入院外
201211	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0006	344711	入院外
201211	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0011	694651	調剤
201212	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	041444	入院外
201303	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0009	681751	入院外
201307	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0012	055169	入院外
201310	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0007	425541	調剤
201310	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0008	997751	入院外
201311	f0295164	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0008	792891	入院外
201401	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	448231	入院外
201405	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0005	533571	入院外
201407	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	239361	入院外
201408	f0069203	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0010	959891	入院外
201501	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0012	275881	入院外
201502	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0004	546241	調剤
201502	f0031845	0-19	GP	内科	一般内科	診療所					M0180413701C0008	052511	入院外
201504	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0011	595001	入院外
201508	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0009	803541	入院外
201601	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	561181	入院外
201602	f0295164	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0005	298121	入院外
201603	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0010	164281	入院外
201608	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	664881	入院外
201701	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	499361	入院外
201701	f0295164	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0008	948641	入院外
201702	f0295164	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0000	079521	入院外
201705	f0295164	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0002	944851	入院外
201708	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0004	932101	入院外
201711	f0261447	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0001	497691	入院外
201711	f0261447	0-19	GP	内科	一般内科	診療所	1				M0180413701C0009	484591	調剤
201712	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0005	984861	入院外
201808	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0006	644451	入院外
201908	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0007	444351	入院外
202001	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0002	322681	入院外
202006	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0005	393171	調剤
202006	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0008	762751	入院外
202008	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0002	348731	入院外
202009	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0006	035811	入院外
202103	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0004	763931	入院外
202103	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0005	096241	調剤
202108	f0098813	500+	HP	内科	一般内科	大学病院		2	1	1	M0180413701C0001	650841	入院外
202109	f0235229	0-19	GP	皮膚科	形成皮膚科	診療所					M0180413701C0005	995251	調剤
202109	f0235229	0-19	GP	皮膚科	形成皮膚科	診療所					M0180413701C0003	598691	入院外
202110	f0004411	0-19	GP	眼科	眼科	診療所					M0180413701C0006	194171	入院外
202201	f0282286	0-19	GP	産婦人科	産婦人科	診療所					M0180413701C0002	428191	入院外
202205	f0013578	100-199	HP	内科	一般内科	その他病院	1			1		M0180413701C0003	948771	入院外
202209	f0021612	0-19	GP	産婦人科	産婦人科	診療所					M0180413701C0006	650971	入院外
202211	f0296685	0-19	GP	皮膚科	形成皮膚科	診療所					M0180413701C0012	511621	入院外
202211	f0296685	0-19	GP	皮膚科	形成皮膚科	診療所					M0180413701C0001	584281	調剤
202212	f0296685	0-19	GP	皮膚科	形成皮膚科	診療所					M0180413701C0003	790901	入院外

徐々に3-6ヶ月のf/uに

2011-2012年（11-12歳）から診療所の一般内科や眼科の併診開始

2016年(16歳）から大学病院は年に1回
2021/8が最終受診

眼科、婦人科、皮膚科等一般診療のみ

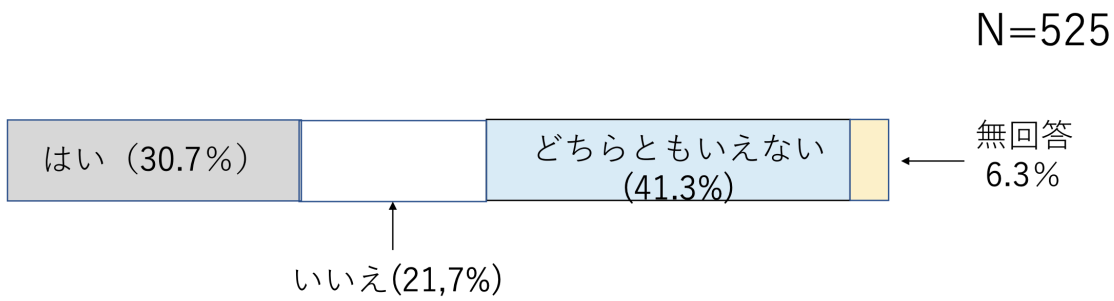
22歳で健保離脱（=就職？）

下村/佐瀬先生

日本医師会会員 内科標榜診療所医師 質問紙調査
（H30清水班分担研究）

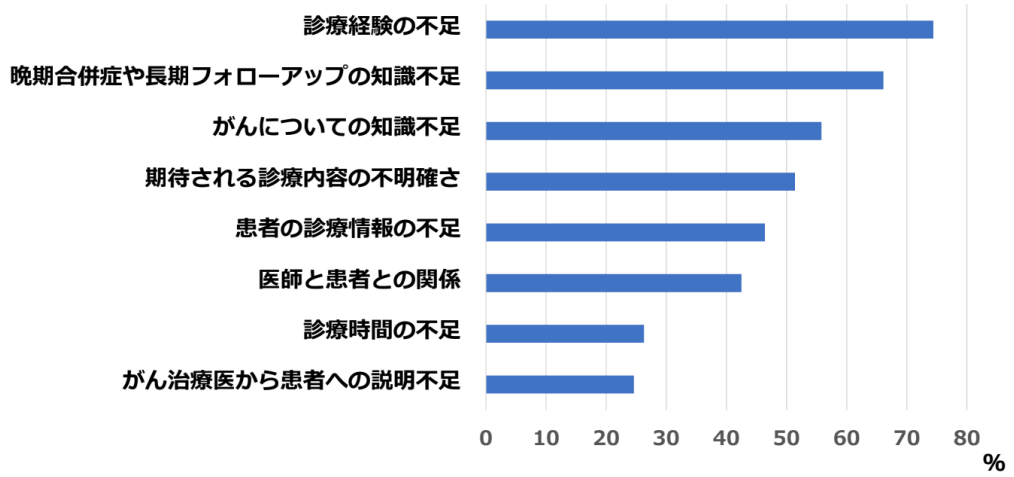
3000人配布 525人回答

AYAがん経験者のフォローアップを行ってもよいか



がん経験者がAYA世代だった場合の負担感の理由

（1）医療者側の問題



地域の実地医家のニーズとして、ガイドラインなど診療補助ツール、 患者・医療者の相談窓口

前田美穂 他. AYA研学術集会. 2021.

小児・AYA世代がん経験者の長期健康管理（成人領域）で扱う問題

- 医療の継続
  - 小児がんのキャリーオーバー
  - がんの再発/再燃
  - すでに発症している晩期合併症
  - がん・生殖医療
  - 新たな疾病
  - メンタルヘルス

- 健康管理（予防医療/先制医療）
  - 晩期合併症の発症予防
  - 二次がんのスクリーニング（含 遺伝性腫瘍の管理）
  - 加齢に伴う生活習慣病
  - メンタルヘルス

- 発達に伴う社会経済的な問題

がん以外の領域との整合性？

既存のシステムを活用し得る？

小児科と成人診療科の違い

小児科

- 総合診療
- 成長・発達の過程
- 保護者の同意、本人のアセント
- チーム医療が前提
- 小児慢性特定疾病医療費助成制度による医療費助成
- 成人医療への移行

成人診療科

- 臓器・疾患別に専門分化
- 独立した人格
- 自律尊重、原則本人同意
- 医療の提供以外の「チーム医療」は主治医の差配と患者の主体性次第
- 3割負担、高額療養費制度
- 介護保険制度（40歳以上）
- 急性期がん治療後は地域連携

成人診療で包括的なケアをいかに実現するか？

got transition

1 **POLICY/GUIDE**
Develop, discuss, and share transition and care policy/guide
AGE 12-14

2 **TRACKING & MONITORING**
Track progress using a flow sheet registry
AGE 14-18

3 **READINESS**
Assess self-care skills and offer education on identified needs
AGE 14-18

4 **PLANNING**
Develop HCT plan with medical summary
AGE 14-18

5 **TRANSFER OF CARE**
Transfer to adult-centered care and to an adult practice
AGE 18-21

6 **TRANSITION COMPLETION**
Confirm transfer completion and elicit consumer feedback
AGE 18-23

成人医療に適合し、最適化
＝成人医療のなかで考える

“長期フォローアップ”と”トランジション”の違い

	CCS長期フォローアップ	トランジション（移行期医療）
定義	なし	「小児期医療から個々の患者に相応しい成人期医療への移り変わり」（日本小児科学会）
視点	医療者	本人
目的	晩期合併症の管理 健康アウトカムの改善	成人医療への移行 健康管理の自立
期間	がん治療後～終生？	AYA期の一定期間
施策	小児がん対策/がん対策 移殖対策	小児慢性特定疾病対策 「移行期医療支援センター」
ガイドライン	小児期：小児がん診療ガイド（ただし成人後の診療に関するコンセンサスなし） 疾病・分野別ガイドライン（がん・生殖、腫瘍循環器、メンズヘルスなど）	小児期発症慢性疾患を持つ患者のための成人移行支援コアガイドver 1.2 Six Core Elements of Health Care Transition ver 3.0
考え方	包括的ケア	包括的ケア

I.　成人期の小児がん経験者(CCS)およびAYA世代がん経験者(AYA-CS)の包括的な健康管理のあり方に関する研究

・2023-　長期フォローアップに必要な情報共有（診療ガイドラインの実態）
・長期フォローアップにおける人間ドックの活用に関する実態の検討

担当：向井幹夫　協力委員　志賀太郎

学会関連

日本がん・生殖医療学会　（2012～）
日本がんサポーティブケア学会　（2015～）
日本がん支持療法研究グループ　（2015～）
日本腫瘍循環器学会　（2017～）
AYAがんの医療と支援のあり方研究会（2018～）

サバイバーシップ関連

日本小児血液・がん学会
小児・AYA世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業（LCAS）

国立がん研究センター
がん対策情報センターがんサバイバーシップ支援部
・就労支援（がん治療と仕事の両立）
・AYA世代のがんと暮らしのサポート
・サバイバーシップケア連携モデルの構築

日本癌学会
・サバイバー・科学者プログラム（SSPプログラム　2023～）

ガイドライン

日本癌治療学会がん診療ガイドライン
・小児思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2017

日本小児がん研究グループ（JCCG）
・小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン2021

日本がんサポーティブケア学会
・がんサバイバーシップーがんにかかわるすべての人へー　2022
・がん支持医療テキストブック　サポーティブケアとサバイバーシップ　2022

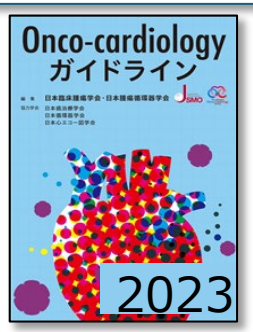
日本腎臓病学会
・がん薬物療法時腎障害診療ガイドライン2022（がんサバイバーCKD治療）

日本臨床腫瘍学会・日本腫瘍循環器学会
・Onco-cardiology ガンドライン　2023











R5 厚労科研向井幹夫先生分担研究　スライドを改変

・研究１　2023-2024年長期フォローアップに必要な情報共有（診療ガイドラインの実態）

晩期がん（がんサバイバー）診療ガイドラインの実際






小児・AYA診療科 がんサバイバー　（5年生存率 ≧80%）

トランジション診療科

成人診療科

JCCG Japan Children's Cancer Group

小児がん治療後の長期フォローアップガイド2021

JCCG長期フォローアップ委員会
長期フォローアップガイドライン作成ワーキンググループ　編



ESMO

ESCO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship: Promoting High-Quality Survivorship Care and Research in Europe.

Ann Oncol 2022 Nov;33(11):1119-1133.

CHILDREN'S ONCOLOGY GROUP

Long-Term Follow-up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancers.

Children's Oncology Group（COG）Ver 6.0 , 2023. 10.

ESC European Society of Cardiology

2022 ESC Cardio-Oncology Clinical Guideline

8.Long-term follow-up and chronic cardio-vascular complication in cancer survivors (p4312-4319)

Eur Heart J
2022; 43: 4229-361.

移行支援　疾患別ガイド・ガイドライン　作成状況（2023年12月現在）

関連学会名	対象疾患名	ガイドの名称	発行年
日本小児腎臓病学会	CKD（慢性腎臓病）	思春期・青年期の患者のためのCKD診療ガイド https://cdn.jsn.or.jp/guideline/pdf/1095-1233.pdf	2016
		小児慢性腎臓病患者における移行医療についての提言-思春期・若年成人に適切な医療を提供するために- https://cdn.jsn.or.jp/academicinfo/report/PKD_150525.pdf	2015
	IgA腎症	小児IgA腎症診療ガイドライン2020（小児IgA腎症診療ガイドライン2023公開準備中） https://minds.jcqhc.or.jp/summary/c00570/	2020
	一次性ネフローゼ症候群	腎疾患の移行期医療支援ガイドーIgA腎症・微小変化型ネフローゼ症候群ー https://jsn.or.jp/academicinfo/report/IgA_nephrotic_ikoukiguide.pdf	2019
		小児特発性ネフローゼ症候群診療ガイドライン2020 https://minds.jcqhc.or.jp/summary/c00605/	2020
日本小児循環器学会、日本成人先天性心疾患学会	先天性心疾患	成人先天性心疾患診療ガイドライン（2017年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/08/JCS2017_ichida_h.pdf	2017
		先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン（2022年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/03/JCS2022_Ohuchi_Kawada.pdf	2022
		先天性心疾患の成人への移行医療に関する提言（日本循環器学会等8学会によるステートメント）（2022年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2022/04/ACHD_Transition_Teigen_rev3_20220426.pdf	2022
		先天性心疾患・子どもの心臓病の解説サイト（一般の方へ） https://www.heart-manabu.jp/	2022
		先天性心疾患情報ポータル https://j-achd.jp/	2019
	心疾患	心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン（2018年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2018_akagi_ikeda.pdf	2018
	川崎病心臓血管後後遺症	川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン（2020年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2020_Fukazawa_Kobayashi.pdf	2020
日本小児アレルギー学会	喘息	小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2023（第10章 思春期・青年期喘息と移行期医療） （URL）なし	2023
	食物アレルギー	食物アレルギー診療ガイドライン2021（第18章　患者の社会生活支援） （URL）なし	2021
日本小児呼吸器学会	先天性中枢性低換気症候群	疾患別移行支援ガイド「先天性中枢性低換気症候群（CCHS）」 http://jspp1969.umin.jp/scientific-r/pdf/CCHS202105.pdf	2021
日本小児栄養消化器肝臓学会	炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎・クローン病）	成人移行期小児炎症性腸疾患患者の自立支援のための手引書 https://www.jspghan.org/guide/transition.html	2017

移行支援　疾患別ガイド・ガイドライン　作成状況（2023年12月現在）

関連学会名	対象疾患名	ガイドの名称	発行年
日本小児外科学会	中間位鎖肛・高位鎖肛 総排泄腔遺残症 総排泄腔外反症 短腸症候群 ヒルシュスプルング病類縁疾患 胆道閉鎖症 先天性胆道拡張症 二分脊椎症 食道閉鎖症 停留精巣 胃瘻保有者 気管切開保有者	外科疾患を有する児の成人期移行についてのガイドブック（第2版） http://www.jsps.or.jp/magazine-research/othermagazine	2022
日本小児リウマチ学会	小児リウマチ性疾患	患者用成人期移行チェックリスト http://www.praj.jp/activities/acrivities01.html	2017
	小児リウマチ性疾患	成人診療科医のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド （URL）なし	2020
	関節リウマチ	メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド https://www.ryumachi-jp.com/jcr_wp/media/2022/03/life_all.pdf	2021
日本小児内分泌学会	先天性副腎過形成 1型糖尿病 複合下垂体機能低下症 Prader-Willi症候群	移行期医療支援ガイド http://jspe.umin.jp/medical/transition.html	2020
	先天性リポイド副腎過形成症	移行期医療支援ガイド http://jspe.umin.jp/medical/transition.html	2022
	チトクロームP450オキシドレダクターゼ欠損症 ターナー症候群	移行期医療支援ガイド http://jspe.umin.jp/medical/transition.html	2023
日本先天代謝異常学会	フェニルケトン尿症	患者用成人期移行チェックリスト （URL）なし	2016
日本小児遺伝学会	45疾患	先天性異常疾患の年齢別診療の手引き https://raredis.nibiohn.go.jp/malformation/	2017
	ダウン症候群	「ダウン症候群における社会性に関連する能力の退行様症状」の診断の手引き https://plaza.umin.ac.jp/p-genet/downloads/Down_synd_guideline.pdf	2017

https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20240318_gl_ichiran.pdf.pdf

移行支援　疾患別ガイド・ガイドライン　作成状況（2023年12月現在）

関連学会名	対象疾患名	ガイドの名称	発行年
日本小児心身医学会	起立性調節障害	移行期支援ガイドライン 掲載雑誌　『子どものこころとからだ』（URL）なし	2022
日本小児血液・がん学会 【追加】	血液・腫瘍疾患	小児期発症　血液・腫瘍疾患患者のための成人医療移行支援ガイド https://www.jspho.org/journal/guideline.html	2022
		長期フォローアップ手帳 http://jccg.jp/family/follow.html	2023

https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20240318_gl_ichiran.pdf.pdf

移植後の生活のサポートの要 ＝ 移植後長期フォローアップ(LTFU)外来
移植後患者指導管理料 算定条件

300点 since 2012年



日本造血免疫細胞療法学会 LTFU研修

移植後患者指導管理料とは、造血幹細胞移植や臓器移植後に生じる感染やGVHD、晩期障害を予防したり対処したりするために、移植患者に対して適切な外来支援体制を設けることを目的とした診療報酬です。

◆ 移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（ＧＶＨＤ）、易感染性等の特性に鑑みて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

- ✓ 臓器移植に従事した経験を２年以上有する専任の常勤医師
- ✓ 臓器移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ✓ 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師



臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月１回に限り算定する

小児成人移行をサポートするツール：JSTCTホームページ公開



国がん福田班　黒澤彩子先生よりスライド提供

厚労科研関連研究班

- がん対策推進総合研究
  - 「小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究」（国立成育医療研究センター　松本公一先生）
  - 「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究」
  - 「小児・AYA背え代がん患者に対するがん・生殖医療における心理社会的支援体制の構築と安全な長期検体保管体制の構築を目指した研究ーサバイバーシップ向上を志向して」（聖マリアンナ医科大学　鈴木直先生）
    - 「がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究（慶應義塾大学　辻哲也先生）
    - 「がん患者に発症する心血管疾患・脳卒中の早期発見・早期介入に資する研究」（東京大学　小室一成先生）
- 難治性疾患政策研究
  - 小児期発症慢性疾患を有する全ての子どもに対する成人移行支援の均てん化と連携に向けた調査研究（国立成育医療研究センター　窪田満先生）

2024年5月10日　班長MTG

- 参加者　　窪田満先生、鈴木直先生、辻哲也先生、松本公一先生
  厚労省がん・疾病対策課　戸石様他、関係者
  清水

- 概要
  - 長期フォローアップと移行支援の概念の整理ができていない
  - 各班で患者用アプリを作成（縦割りの弊害）
  - リハビリテーション人材への啓発・教育の必要性
  - 地域医療との連携もさまざま（プライマリケア、産婦人科、循環器領域）
  - 難病患者とがん患者の医療費助成に関する制度の違い

本会議のねらい

1. 長期フォローアップと移行期支援の概念の整理
2. 各研究班の取り組みと成果の紹介
3. 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援のあり方に関するコンセンサス形成のための課題の整理

“長期フォローアップ”と”トランジション”の違い

	CCS長期フォローアップ	トランジション（移行期医療）
定義	なし	「小児期医療から個々の患者に相応しい成人期医療への移り変わり」（日本小児科学会）
視座	医療者	本人
目的	晩期合併症の管理 健康アウトカムの改善	成人医療への移行 健康管理の自立
期間	がん治療後～終生？	AYA期の一定期間
施策	小児がん対策/がん対策 移殖対策	小児慢性特定疾病対策 「移行期医療支援センター」
ガイドライン	小児期：小児がん診療ガイド（ただし成人後の診療に関するコンセンサスなし） 疾病・分野別ガイドライン（がん・生殖、腫瘍循環器、メンズヘルスなど）	小児期発症慢性疾患を持つ患者のための成人移行支援コアガイドver 1.2 Six Core Elements of Health Care Transition ver 3.0
考え方	包括的ケア	包括的ケア

成人後は本人主体の「長期的健康管理」

「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究」班

研究代表者　清水千佳子

小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

1年目 → 2年目 → 3年目 → 研究終了後

I.　成人期の小児がん経験者(CCS)およびAYA世代がん経験者(AYA-CS)の包括的な健康管理のあり方に関する研究

CCSの成人医療への移行の実態の検討
- 小児がん拠点・連携病院、CCSを対象とした成人医療との連携の実態調査（小澤、桝本）
- 移行支援に関わる医療者の困難とニーズの検討（丸）（-2年目）
- AYA支援チームとの連携による移行支援の実装研究（一戸）

CCS・AYA-CSの健康管理の実態調査
- RWDを用いた医療資源の利用実態の検討（下村）
- 人間ドックの活用に関する実態の検討（向井）（-2年目）
- プライマリケア医の知識やニーズの調査（菅家）(-2年目)
- 産業保健専門職の知識・経験、ニーズの調査（協力者）（－２年目）
- AYA支援ネットワークとしてのがん・生殖ネットワークの課題の検討（鈴木）

成人医療機関におけるCCSの移行期医療の課題の検討
- CCSの成人医療機関における医療・ケアの実態と課題の調査（小澤）
- AYA支援チームとの連携による成人移行支援の実装研究（一戸）

CCS・AYA-CSの包括的な健康管理の体制の検討
- 長期フォローアップガイドの成人医療での運用の課題の抽出（前田）
- 小児・AYA世代の長期的な健康管理を支える地域ネットワークのモデル構築（鈴木）

CCSの移行支援の促進に向けた施策の検討（全員、協力者）
- 小児がん拠点・連携病院と成人医療機関の移行連携の好事例と課題
- 成人医療機関における移行支援の実装の課題を踏まえた政策提言
- 小児・成人医療それぞれの場における移行支援のあり方についての提言

CCS・AYA-CSの包括的な健康管理のあり方に関する施策の検討（全員、協力者）
- 成人医療における小児・AYA世代がん経験者の診療・連携体制等に関する提言
- 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理を支える地域ネットワークのあり方

- ・拠点病院等の要件、移行期医療支援センター等との連携体制のあり方の見直し
- ・成人医療機関におけるCCS移行支援プログラムの普及
- ・自律的健康管理プログラムの提案
- ・CCSおよびAYA世代がん経験者の長期的健康管理に関する医療者教育（LCAS, AYAがんの医療と支援のあり方研究会, 日本プライマリ・ケア連合学会等との連携）
- ・小児・AYA世代の健康管理に資する地域ネットワークの普及（都道府県、がん・生殖ネットワークとの連携）

II.　根治困難ながんと診断されたAYA世代患者・家族の療養と生活の質の向上に必要な施策の研究

進行・再発AYA世代がん患者の実態調査
- 進行・再発AYA世代がん患者のがん種別の予後に関する検討（中田）
- 遺族調査にみるAYA世代のEOLdの実態の検討（森、中澤（協力者））

進行・再発AYA世代がん患者・家族の生活支援とアンメットニーズに関する調査（準備）
- 患者・家族・遺族の生活と療養に関するニーズに関する調査（小島、桜井）
- 相談支援センターにおける相談支援の内容および既存制度の利用状況の調査（坂本）
- 自治体が提供するサービスとその利用状況に関する調査（多田）
- 家庭医や訪問看護ステーションに対するニーズの調査（川崎）

進行・再発AYA世代がん患者の実態調査
- RWDを用いた医療サービスの利用実態の検討（下村）

進行・再発AYA世代がん患者・家族の生活支援とアンメットニーズに関する調査（実施）
- 患者・家族・遺族の生活と療養に関するニーズに関する調査（小島、桜井）
- 相談支援センターにおける相談支援の内容および既存制度の利用状況の調査（坂本）
- 自治体が提供するサービスとその利用状況に関する調査（多田）
- 家庭医や訪問看護ステーションに対するニーズの調査（菅家、川崎）

根治困難ながんと診断されたAYA世代患者・家族の生活と療養の質の向上に向けた施策の検討（全員、協力者）
- 患者・家族・遺族のアンメットニーズ、連携や支援の課題の抽出
- 連携・支援、サービスに関する施策の検討
- AYA世代のためのACPプログラムの検討

- 国・自治体等への政策提言
- 進行・再発進行・再発AYA世代がんに関する医療者・支援者教育（AYAがんの医療と支援のあり方研究会、日本プライマリケア連合学会、日本緩和ケア学会等との連携、緩和ケア研修・相談員研修等との連携）

小児・AYA世代がん患者・経験者の健康アウトカムの改善

ケアやサービスの地域格差の解消

班員・協力者

「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善」チーム　（通称トランジションチーム）

お名前/所属	分担研究テーマ
小澤美和	小児がん経験者（CCS）のトランジションの実態と好事例の検討
前田　尚子	小児がん拠点・連携 病院と成人医療との 連携の実態調査
菅家　智史	地域における小児・AYA世代がん経験者の健康管理や療養支援の課題の検討
一戸　辰夫	成人医療におけるCCSトランジションプログラムの実装に関する課題の検討
向井　幹夫	長期フォローアップガイドラインの成人医療での運用の課題の抽出
鈴木　直	地域の小児・AYA世代がんの長期的健康管理に関するネットワーク構築の検討
下村　昭彦	リアルワールドデータを用いたCCSの晩期合併症および進行・再発AYA世代がん患者の医療資源の利用実態の検討
丸　光恵	成人医療へ移行した小児がん経験者に関する専門職の認識：Six Core Elementsの臨床応用に向けたインタビュー調査

「根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上」チーム（通称　在宅療養チーム）

川崎優子	AYA世代がん患者・家族の在宅療養に関する研究
森雅紀	進行・再発AYA世代がん患者のACPおよび緩和ケアにおける課題の検討
中田佳世	がん登録データを用いた小児・AYA世代がんのがん種別生存率の検討
多田雄真	進行・再発AYA世代がん患者に対する自治体のサービスおよびその利用状況の検討
坂本はと恵	相談支援センターからみた進行・再発AYA世代がん患者・家族のニーズの検討
桜井なおみ	進行・再発AYA世代がん患者・家族・遺族およびピアサポーターのニーズの検討
小島勇貴	進行・再発AYA世代がん患者・家族の生活や療養に関するニーズの検討

協力者の皆様

加藤那津さん、桝本大輔さん、佐瀬一洋先生、大津洋先生、大園秀一先生（JCCG）、黒澤彩子先生（福田班）
谷山智子先生（NCGMプロトコール）/稲垣剛志先生/望月慎史先生/AYA支援チーム/トランジションチーム（NCGM）
各施設のモデル構築にご協力いただいている皆様、
門脇緑さん（松本班プロトコール）、樋口明子さん（CCS当事者プロトコール）、髙田瑤子さん/河村雅代さん（事務局）

（１）研究課題名

AYA 世代のがんサバイバーの療養や生活の質の向上に資する研究（２３ＥＡ１６０１）

（２）目標

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、小児がん拠点病院と小児がん中央機関が整備されている。この中で、小児がん拠点病院は、AYA 世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方、がん診療連携拠点病院等では AYA 世代がん患者について状況や希望を確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとしており、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携を取りながら AYA 世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

このように、小児期にがんに罹患したがんサバイバーについて、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制の構築することが求められている。

また、終末期の療養場所として、一定数のがん患者が自宅で過ごすことを希望している一方、AYA 世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、その費用に対する負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている自治体も複数存在しているが、その実態については明らかではない。

本研究は、AYA 世代のがんサバイバーの長期フォローアップや移行期支援、および、AYA 世代のがん患者の在宅療養環境について、実態の把握や課題の分析等を行い、その解決策について検討することを目標とする。

（３）求められる成果

・　小児期にがんに罹患した方の、長期フォローアップや移行期支援に関する実態把握（フォローアップを受けている医療機関や診療科、移行に際して存在する障壁、好事例等）、およびこれらを踏まえた課題の分析と、その解決のための提言。
・　AYA 世代のがん患者の在宅療養に関する実態把握（AYA 世代のがん患者の療養場所に対する希望や実際の療養場所等に関するデータ、求められている支援等のニーズ、既存の制度の活用状況や問題点、自治体等による支援やその活用状況に関する実態、課題など）、およびこれらを踏まえた課題の分析と、その解決のための提言。

（４）研究費の規模等※

研究費の規模：　１課題当たり年間　12,000 千円程度※（間接経費を含む）
研究実施予定期間：　令和５年度～令和７年度
新規採択課題予定数：　１課題程度※

※　研究費の規模等はおおよその目安となります。研究費の規模及び新規採択課題予定数等については、今後の予算成立の状況等により変動することがあります。

（５）採択条件

・　がん対策推進協議会、がんとの共生のあり方に関する検討会等の議論を踏まえた検討を行うこと。
・　AYA 世代のがん患者の診療に関連する様々な専門家（がん治療医、在宅診療に関する医師・看護師等の医療従事者、社会福祉士等）を研究分担者とする研究班体制が構築されていること。また、がん経験者が研究組織に参加していること。
・　本研究に関連する、AYA 世代のがん患者の在宅療養等に関する研究業績を有する専門家が研究代表者または研究分担者として研究組織に参加していること。
・　先行研究である思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究（H30-がん対策--一般-001）の結果を踏まえて研究を遂行できること。
・　研究分担者又は研究協力者として、若手研究者・女性研究者を研究班に参画させるよう努めること。

トランジションチームに求められる成果

- **長期フォローアップや移行期支援に関する実態把握**
  （フォローアップを受けている医療機関や診療科、移行に際して存在する障壁、好事例等）
- **これらを踏まえた課題の分析**
- **その解決のための提言**

小児がん経験者の移行期医療の現状
―小児がん診療施設の調査

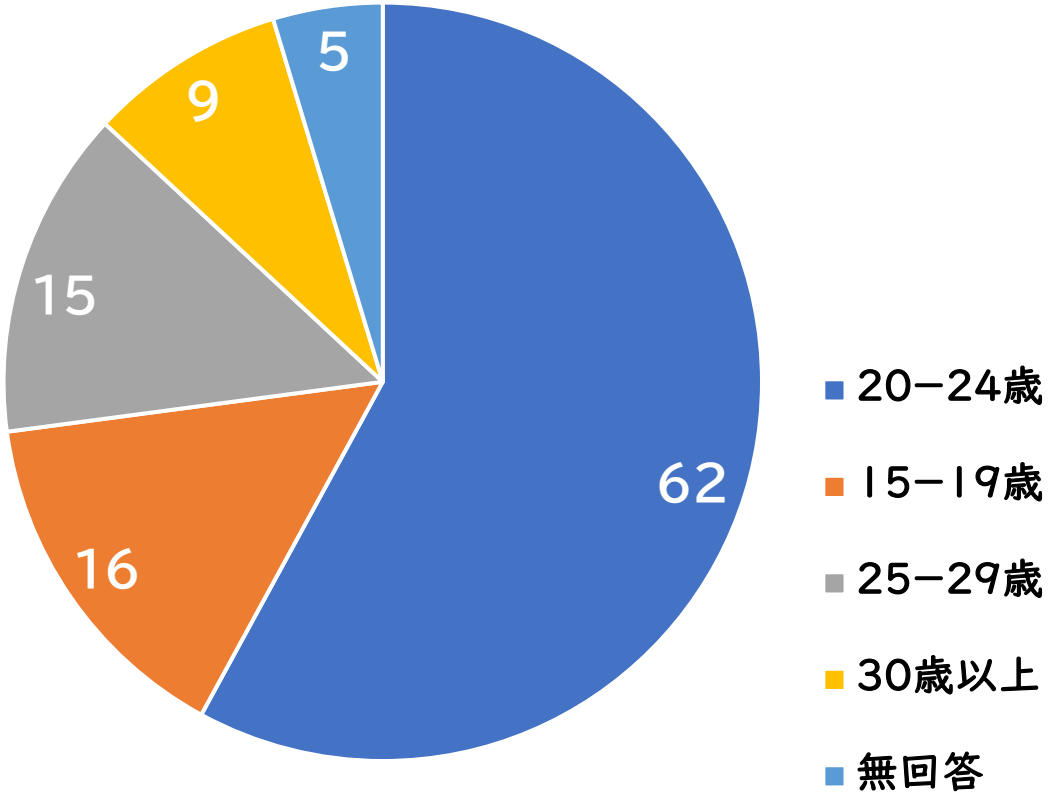
- 対象：日本小児がん研究グループ参加203施設
- 調査期間：2024年1月24日～2月13日

回答数	91施設107名
回答者の診療科	
小児科	96（89.7%）
脳神経外科	5
小児外科	3
整形外科	1
その他	2
移行例の経験	
あり	97
なし	10

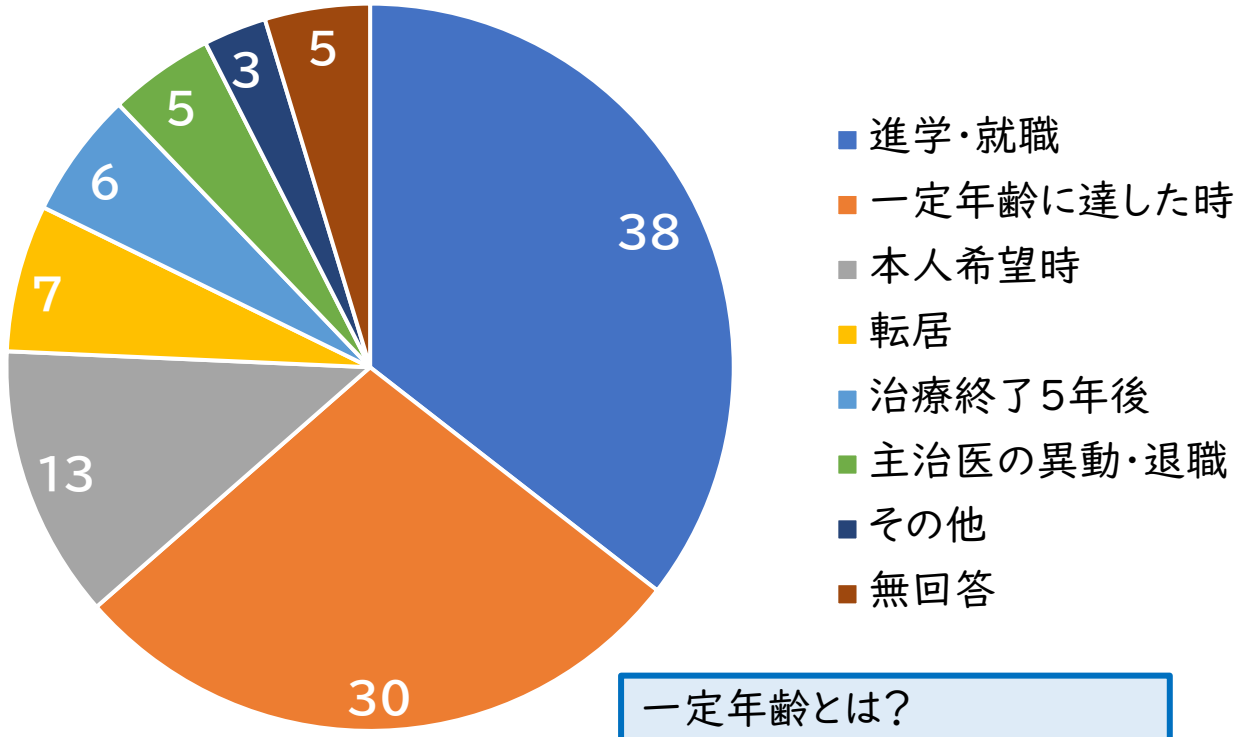
移行先（複数回答可）	
既診断の晩期合併症を診療する科	73
施設内の移行医療センター	24
かかりつけ、プライマリケア医	24
成人診療科と併診	9
移行先診療科（複数回答可）	
内分泌代謝内科	72
血液内科	63
産婦人科	59
循環器内科	28
腎臓内科	25
以下、腫瘍内科、呼吸器内科、精神科	

移行時年齢と準備開始の契機

移行時年齢(n=107)



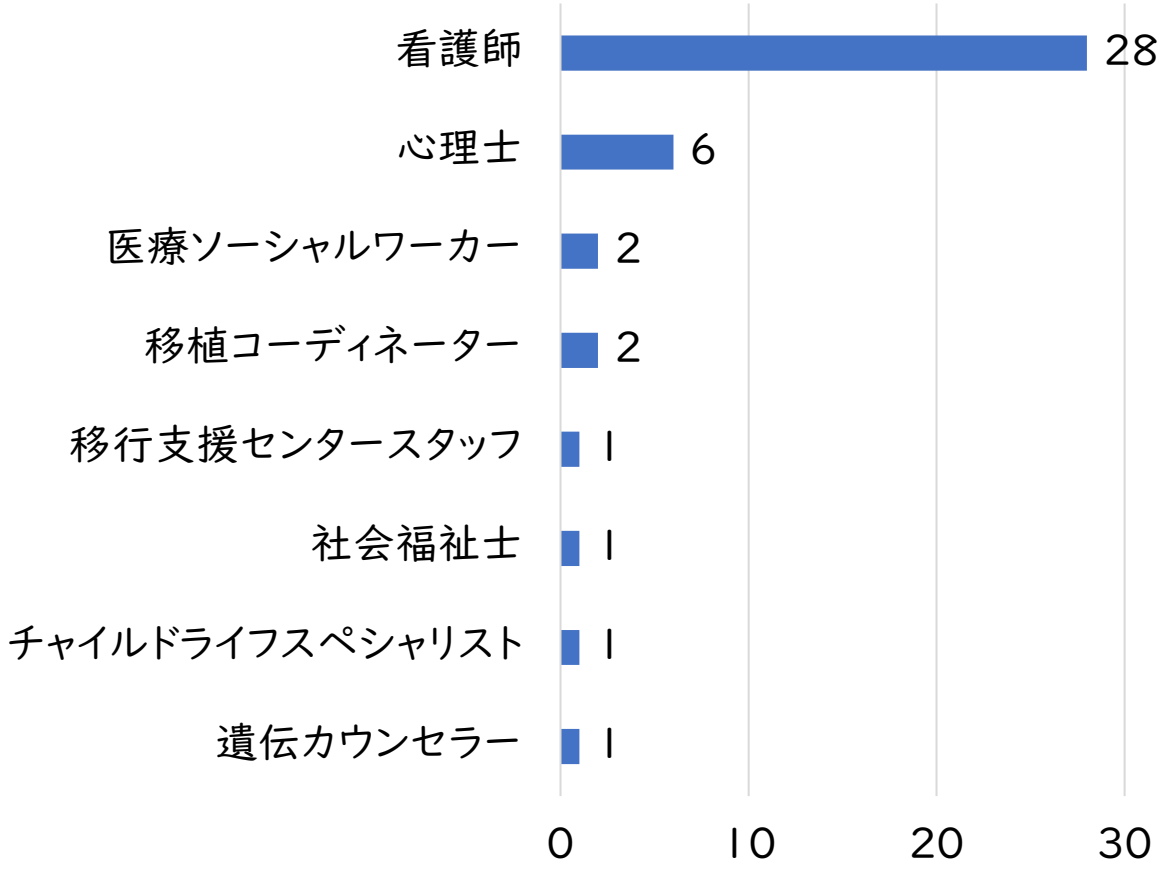
移行準備開始の契機(n=107)



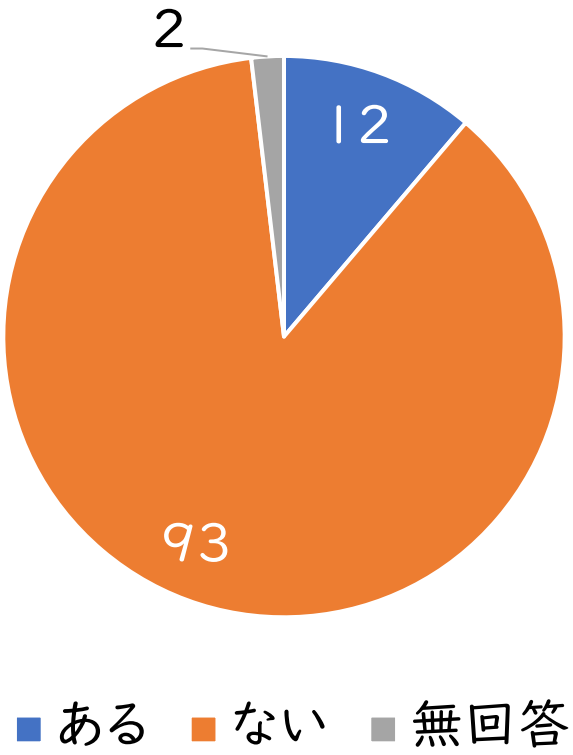
一定年齢とは？
15-18歳、18-20歳が多い

移行準備にかかわるスタッフ・移行準備プログラム

医師以外の移行準備スタッフ

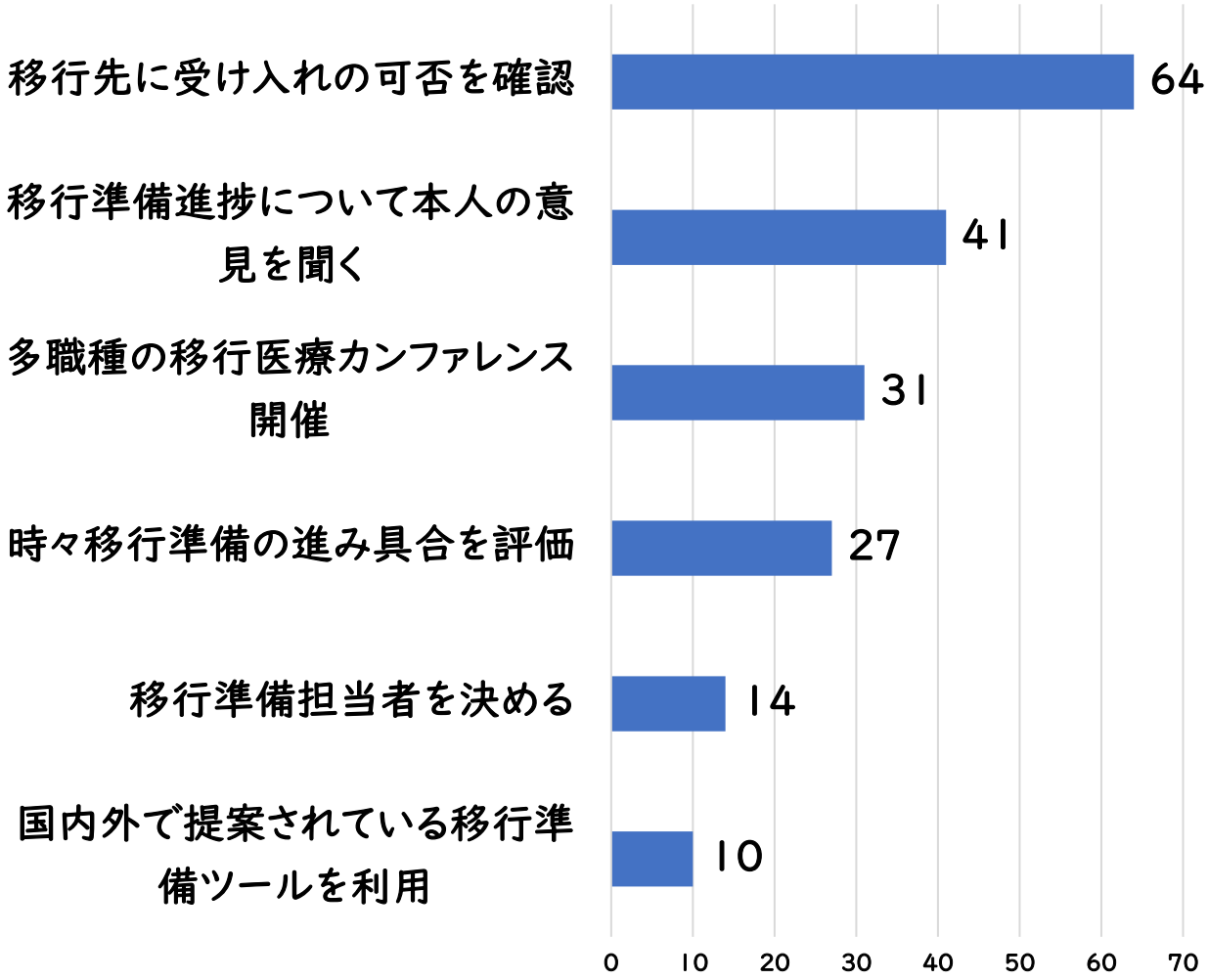


施設の移行準備プログラム



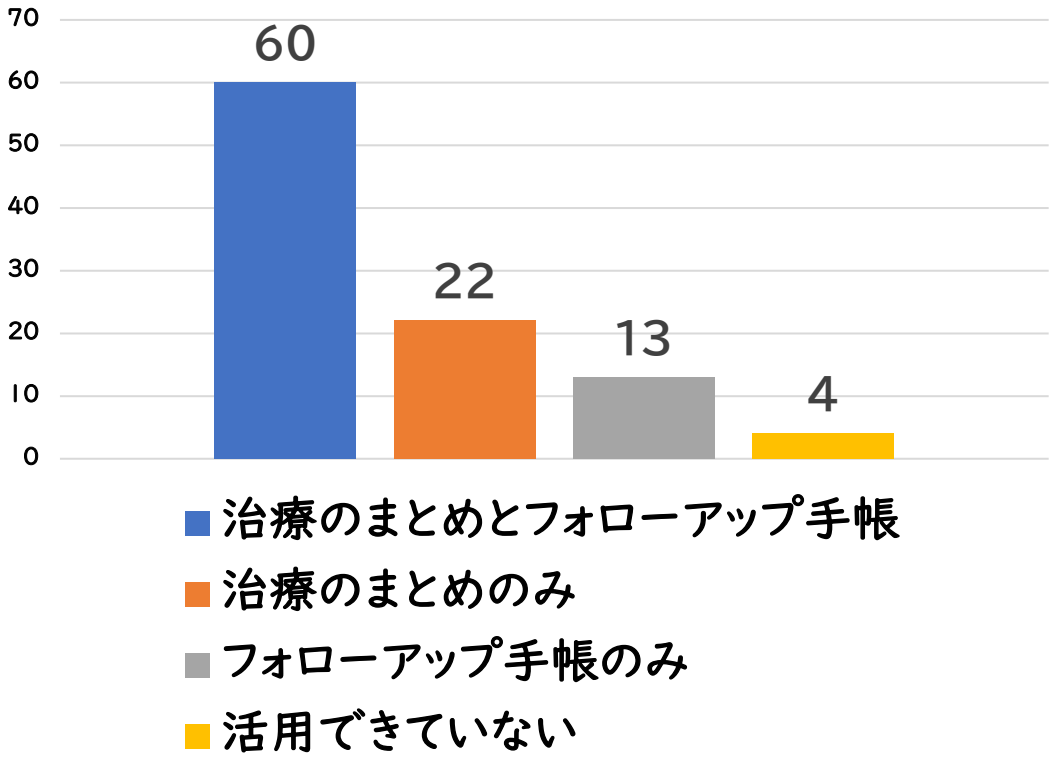
多職種でかかわる施設は27施設(29.7%)

移行準備の内容



その他：受け入れ先施設を増やす努力、移行期外来設置、
移行先医師とのカンファレンス

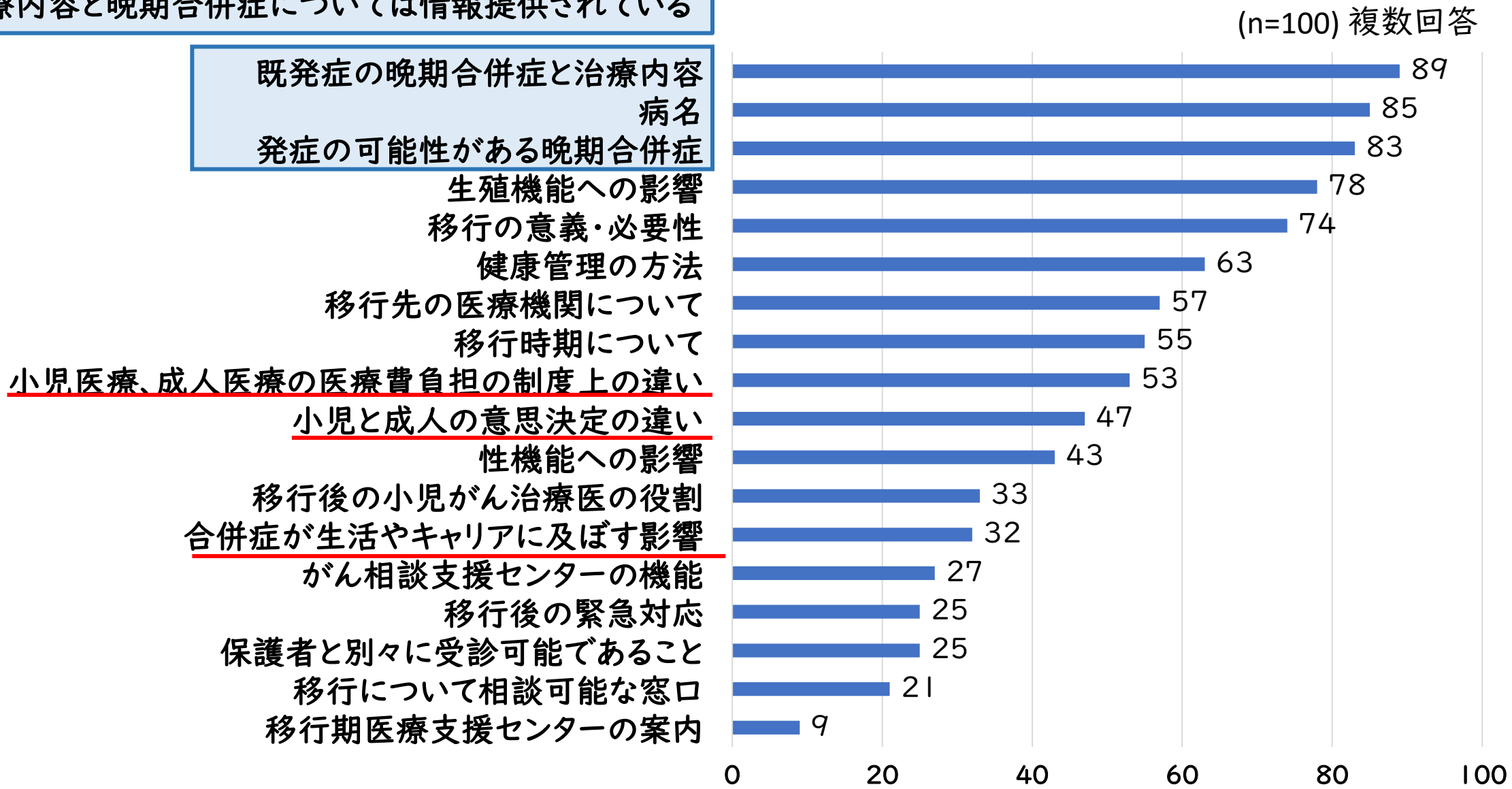
治療サマリー・手帳の活用



「手帳の記載を更新」
両方活用：23/60
手帳のみ：7/13

経験者への説明内容

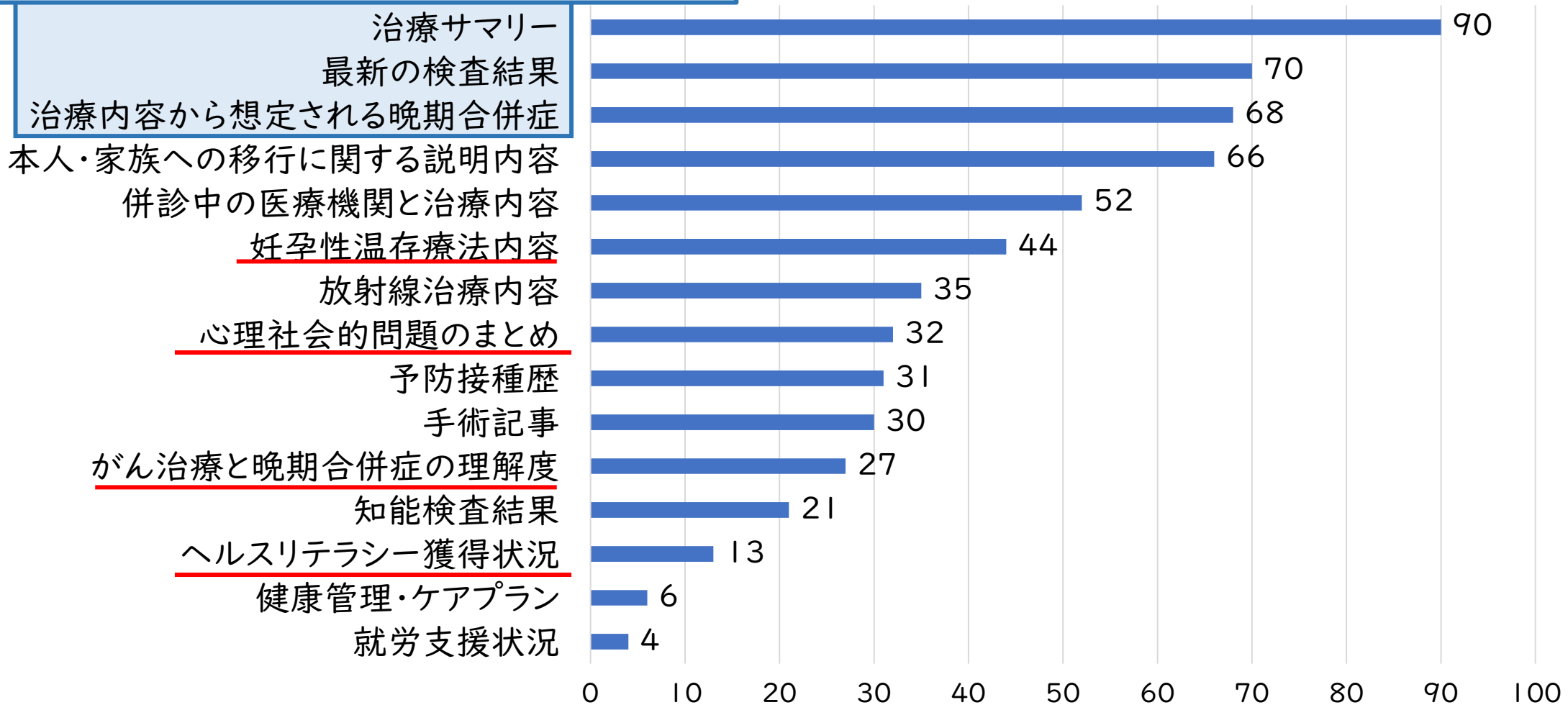
治療内容と晩期合併症については情報提供されている



移行先に提供した情報

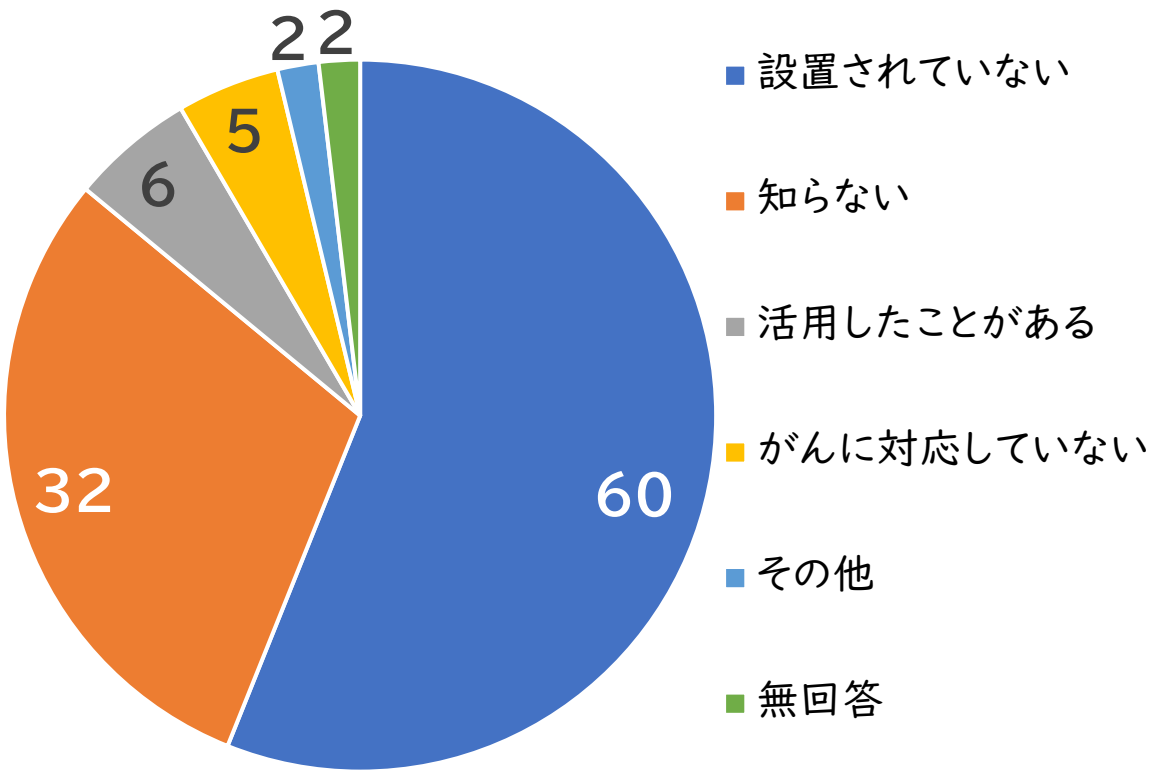
(n=99) 複数回答

治療内容と晩期合併症については情報提供されている

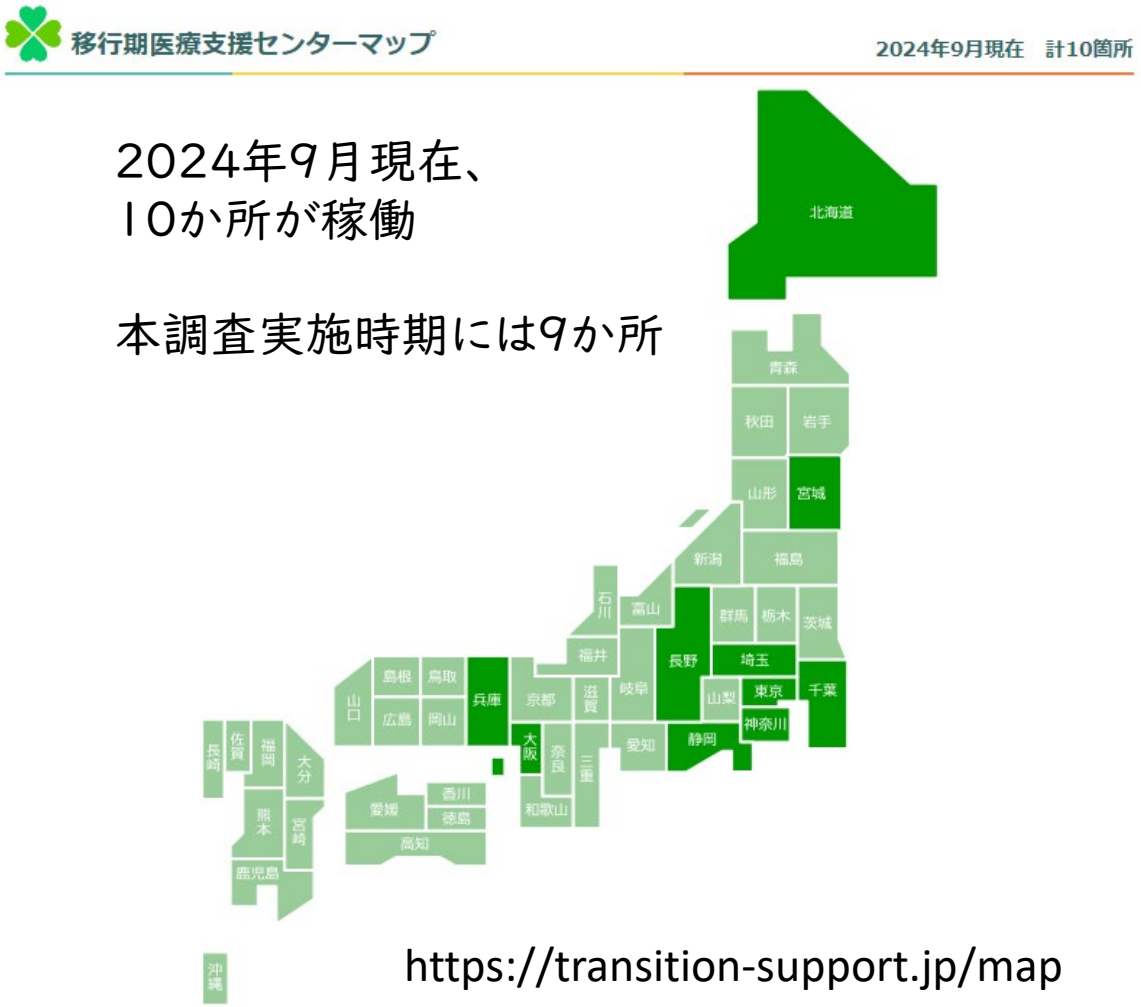


移行期医療支援センターの利用

移行期医療支援センター活用状況(n=107)



活用実績あり：兵庫、京都、静岡、埼玉、千葉



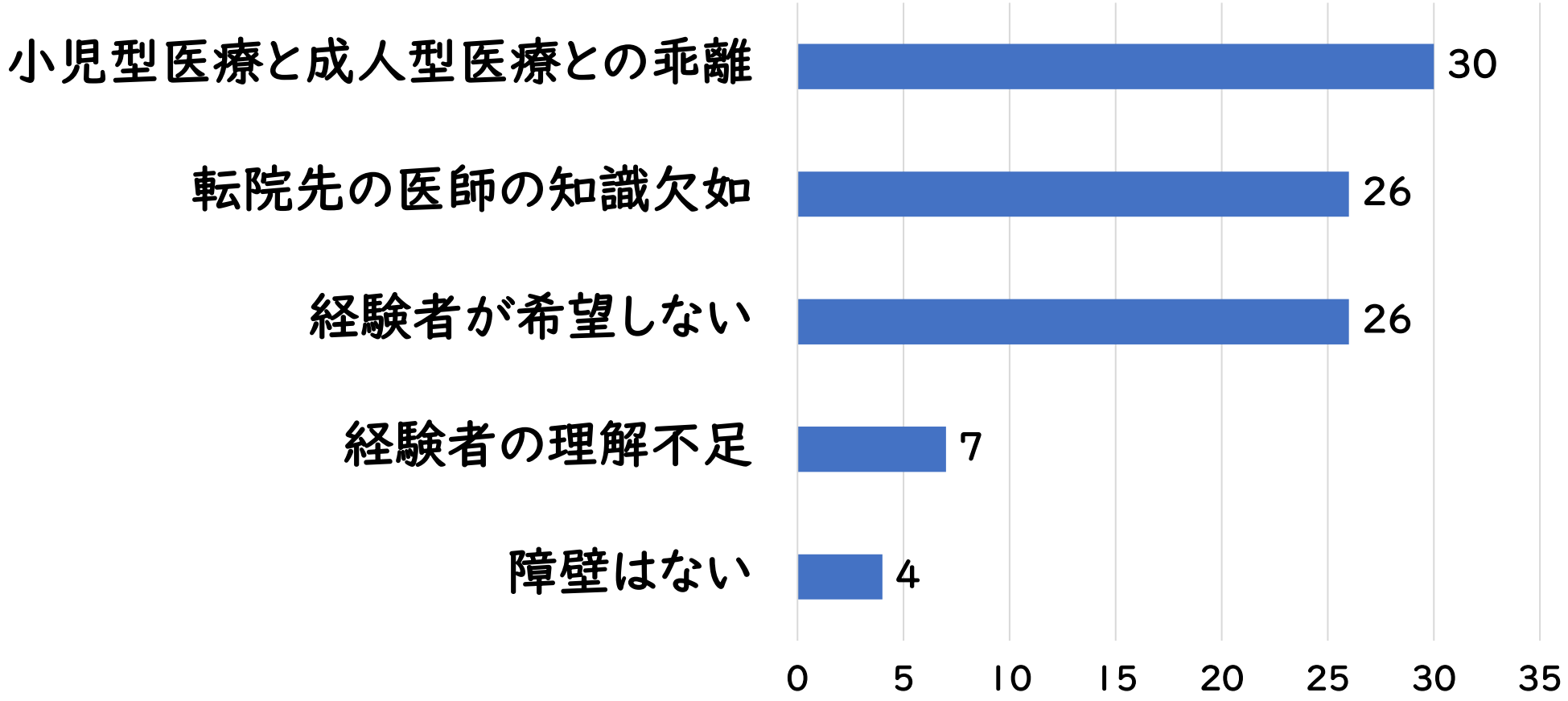
2024年9月現在、
10か所が稼働

本調査実施時期には9か所

https://transition-support.jp/map

小児期発症慢性疾患をもつ患者のための
移行支援・自立支援情報共有サイトより転載

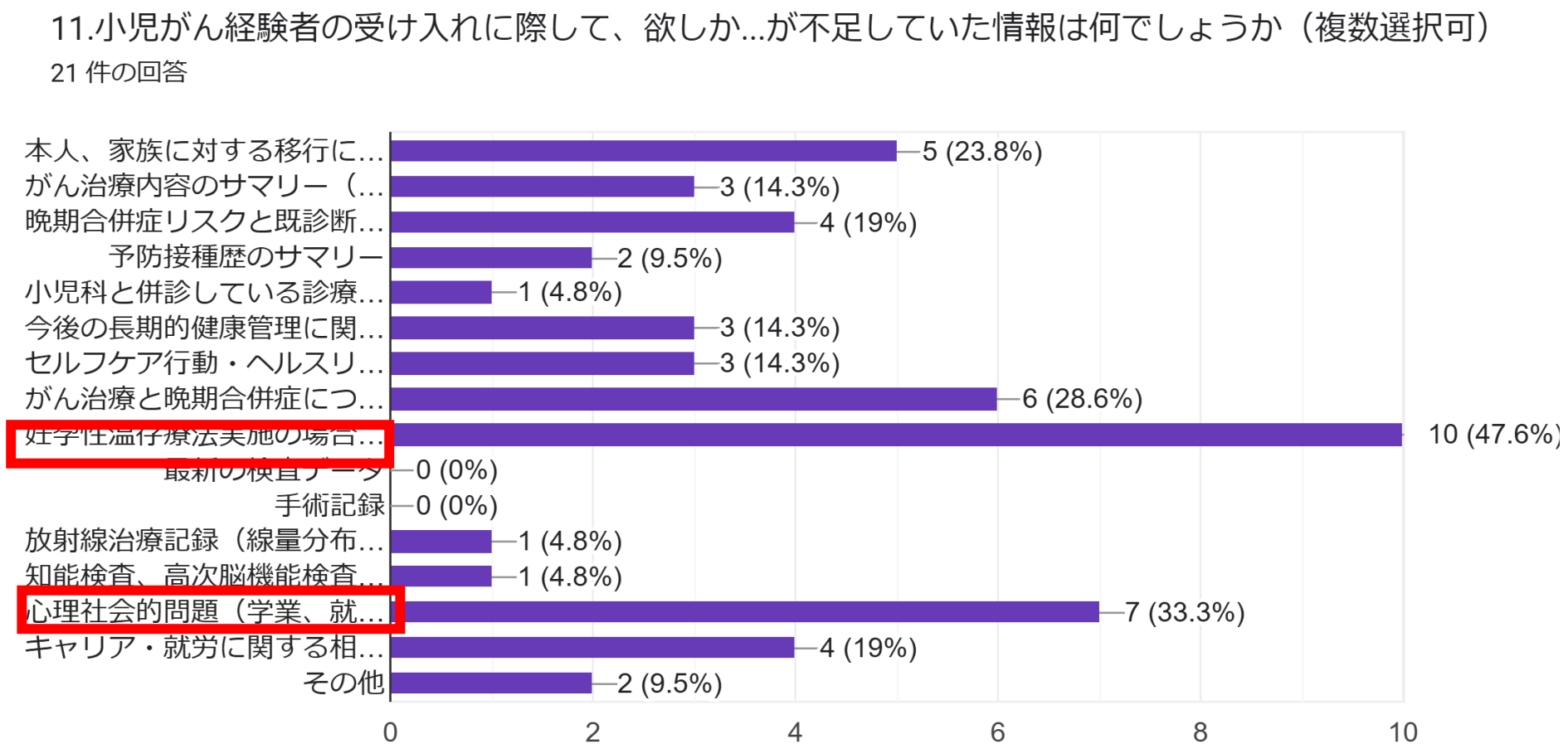
小児がん経験者の成人医療移行の障壁は？



R5厚労科研　小澤・前田先生分担研究/JSPHO2024

2次調査協力17施設

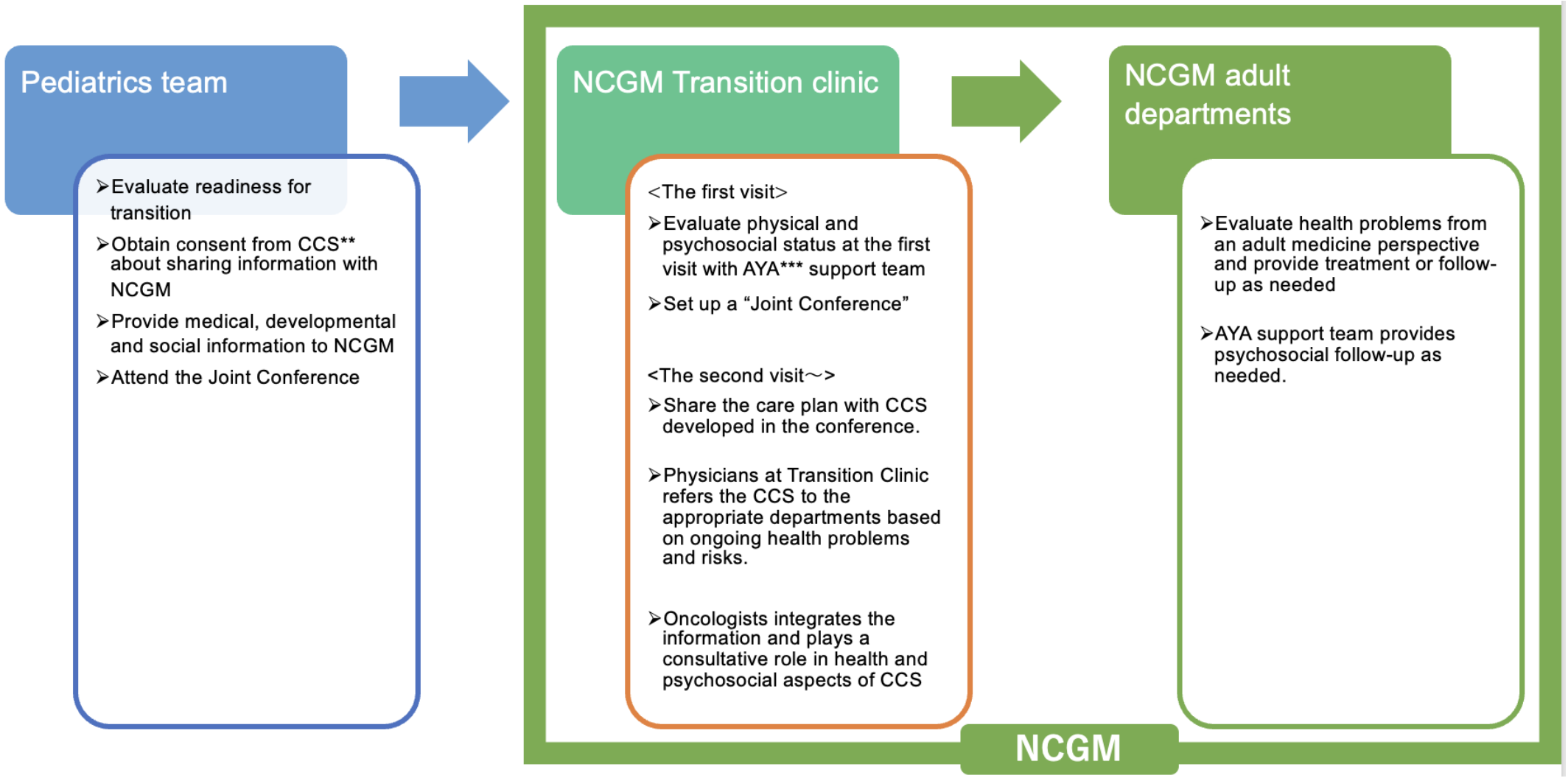
移行先施設WEB調査結果（回答：医師17，看護師5）



- 成人診療科側は、妊孕性温存に関する情報、自身の妊孕性に関する理解度、心理社会的問題（学業、キャリアプラン、精神疾患、家族関係等）が不足していると感じている

R7年度の1QにCCS当事者調査を予定：移行準備の経験、成人医療の利用実態、移行支援・健康管理のニーズ

NCGM移行支援プログラム



R3松本班分担研究/谷山JSMO 2024 (submitted)

2 TRACKING & MONITORING
Track progress using a flow sheet registry
AGE 14-18

3 READINESS
Assess self-care skills and offer education on identified needs
AGE 14-18

4 PLANNING
Develop HCT plan with medical summary
AGE 14-18

合同カンファレンスの開催

Dr to DrでなくTeam to Teamで情報共有をする

＜参加者＞

小児科チーム（紹介元）

治療担当医・FU診療科担当医
FU外来看護師・心理士
ソーシャルワーカーなど

NCGMトランジションチーム（AYA支援チーム含む）

サバイバーシップ支援科・小児科・
総合診療科・糖尿病内分泌代謝科
循環器科・腎臓内科・婦人科・精神科
＋AYA支援チーム（多職種）など

その他の施設

紹介元以外の施設に通院している場合は、事前に参加依頼

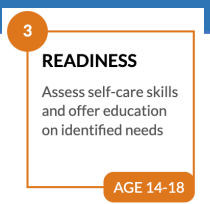
＜機能＞

情報集約

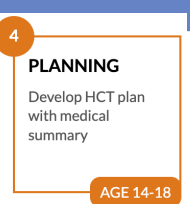
晩期合併症リスク評価



主体的な健康管理支援



健康管理計画



1

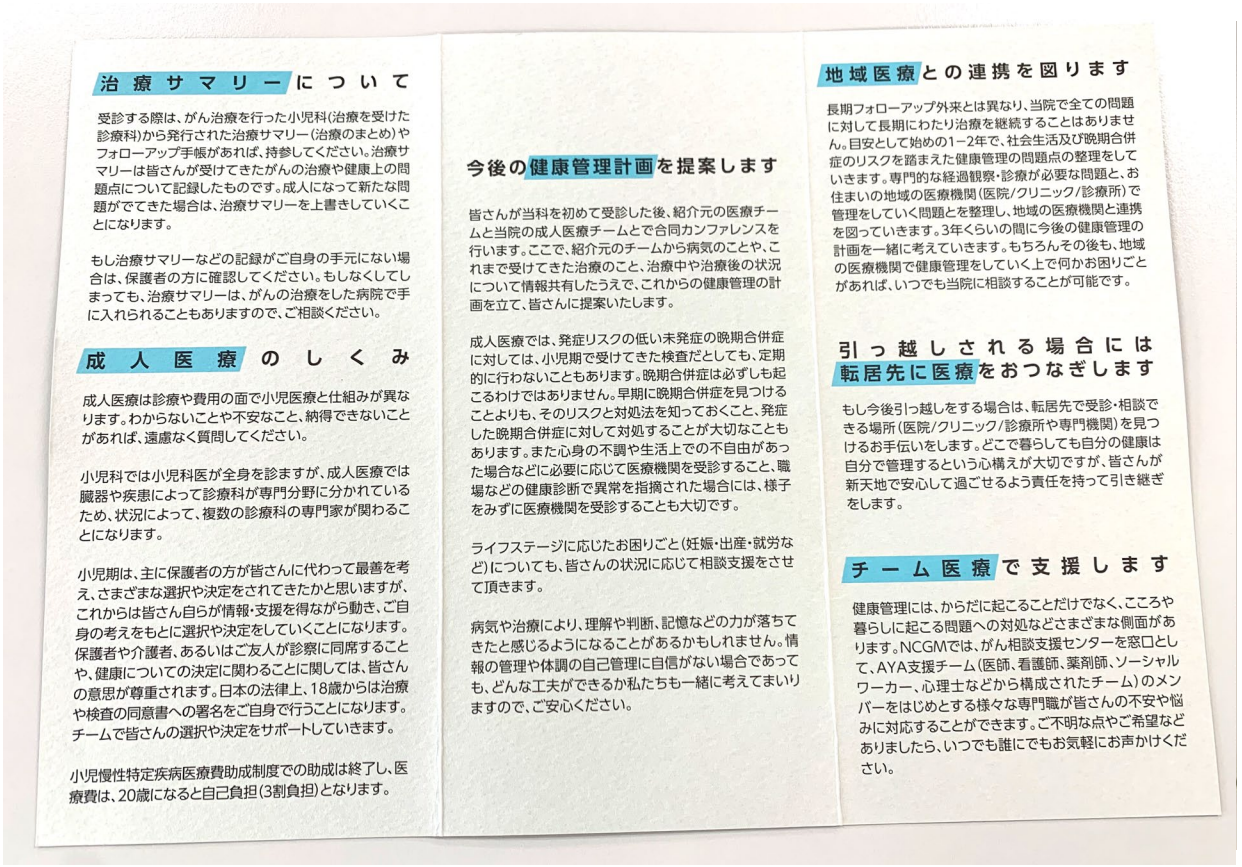
POLICY/GUIDE

Develop, discuss, and share transition and care policy/guide

AGE 12-14

ポリシー/診療指針の提示

初診時に移行支援外来のポリシーを示し、
CCSと移行支援外来での目標を共有する



治療サマリーについて

受診する際は、がん治療を行った小児科(治療を受けた診療科)から発行された治療サマリー(治療のまとめ)やフォローアップ手帳があれば、持参してください。治療サマリーは皆さんが受けてきたがんの治療や健康上の問題点について記録したものです。成人になって新たな問題がでてきた場合は、治療サマリーを上書きしていくことになります。

もし治療サマリーなどの記録がご自身の手元にない場合は、保護者の方に確認してください。もしなくしてしまっても、治療サマリーは、がんの治療をした病院で手に入れられることもありますので、ご相談ください。

成人医療のしくみ

成人医療は診療や費用の面で小児医療と仕組みが異なります。わからないことや不安なこと、納得できないことがあれば、遠慮なく質問してください。

小児科では小児科医が全身を診ますが、成人医療では臓器や疾患によって診療科が専門分野に分かれているため、状況によって、複数の診療科の専門家が関わることになります。

小児期は、主に保護者の方が皆さんに代わって最善を考え、さまざまな選択や決定をされてきたかと思いますが、これからは皆さん自らが情報・支援を得ながら動き、ご自身の考えをもとに選択や決定をしていくことになります。保護者や介護者、あるいはご友人が診察に同席することや、健康についての決定に関わることに関しては、皆さんの意思が尊重されます。日本の法律上、18歳からは治療や検査の同意書への署名をご自身で行うことになります。チームで皆さんの選択や決定をサポートしていきます。

小児慢性特定疾病医療費助成制度での助成は終了し、医療費は、20歳になると自己負担(3割負担)となります。

今後の健康管理計画を提案します

皆さんが当科を初めて受診した後、紹介元の医療チームと当院の成人医療チームとで合同カンファレンスを行います。ここで、紹介元のチームから病気のことや、これまで受けてきた治療のこと、治療中や治療後の状況について情報共有したうえで、これからの健康管理の計画を立て、皆さんに提案いたします。

成人医療では、発症リスクの低い未発症の晩期合併症に対しては、小児期で受けてきた検査だとしても、定期的に行わないこともあります。晩期合併症は必ずしも起こるわけではありません。早期に晩期合併症を見つけることよりも、そのリスクと対処法を知っておくこと、発症した晩期合併症に対して対処することが大切なこともあります。また心身の不調や生活上での不自由があった場合などに必要に応じて医療機関を受診すること、職場などの健康診断で異常を指摘された場合には、様子をみずに医療機関を受診することも大切です。

ライフステージに応じたお困りごと(妊娠・出産・就労など)についても、皆さんの状況に応じて相談支援をさせて頂きます。

病気や治療により、理解や判断、記憶などの力が落ちてきたと感じるようになることがあるかもしれません。情報の管理や体調の自己管理に自信がない場合であっても、どんな工夫ができるか私たちも一緒に考えてまいりますので、ご安心ください。

地域医療との連携を図ります

長期フォローアップ外来とは異なり、当院で全ての問題に対して長期にわたり治療を継続することはありません。目安として始めの1−2年で、社会生活及び晩期合併症のリスクを踏まえた健康管理の問題点の整理をしていきます。専門的な経過観察・診療が必要な問題と、お住まいの地域の医療機関(医院/クリニック/診療所)で管理をしていく問題とを整理し、地域の医療機関と連携を図っていきます。3年くらいの間に今後の健康管理の計画を一緒に考えていきます。もちろんその後も、地域の医療機関で健康管理をしていく上で何かお困りごとがあれば、いつでも当院に相談することが可能です。

引っ越しされる場合には転居先に医療をおつなぎします

もし今後引っ越しをする場合は、転居先で受診・相談できる場所(医院/クリニック/診療所や専門機関)を見つけるお手伝いをします。どこで暮らしても自分の健康は自分で管理するという心構えが大切ですが、皆さんが新天地で安心して過ごせるよう責任を持って引き継ぎをします。

チーム医療で支援します

健康管理には、からだに起こることだけでなく、こころや暮らしに起こる問題への対処などさまざまな側面があります。NCGMでは、がん相談支援センターを窓口として、AYA支援チーム(医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、心理士などから構成されたチーム)のメンバーをはじめとする様々な専門職が皆さんの不安や悩みに対応することができます。ご不明な点やご希望などありましたら、いつでも誰にでもお気軽にお声かけください。

- トランジションの目的と役割
- 地域連携について
- 治療サマリーについて
- 成人医療のしくみ
- 健康管理計画について
- 転居する場合
- チーム医療について

4

PLANNING

Develop HCT plan with medical summary

AGE 14-18

「健康管理計画書」の共有

合同カンファレンスでコンセンサスを得たケアプランを
「健康管理計画書」として文書化し、2回目の外来で本人と共有する

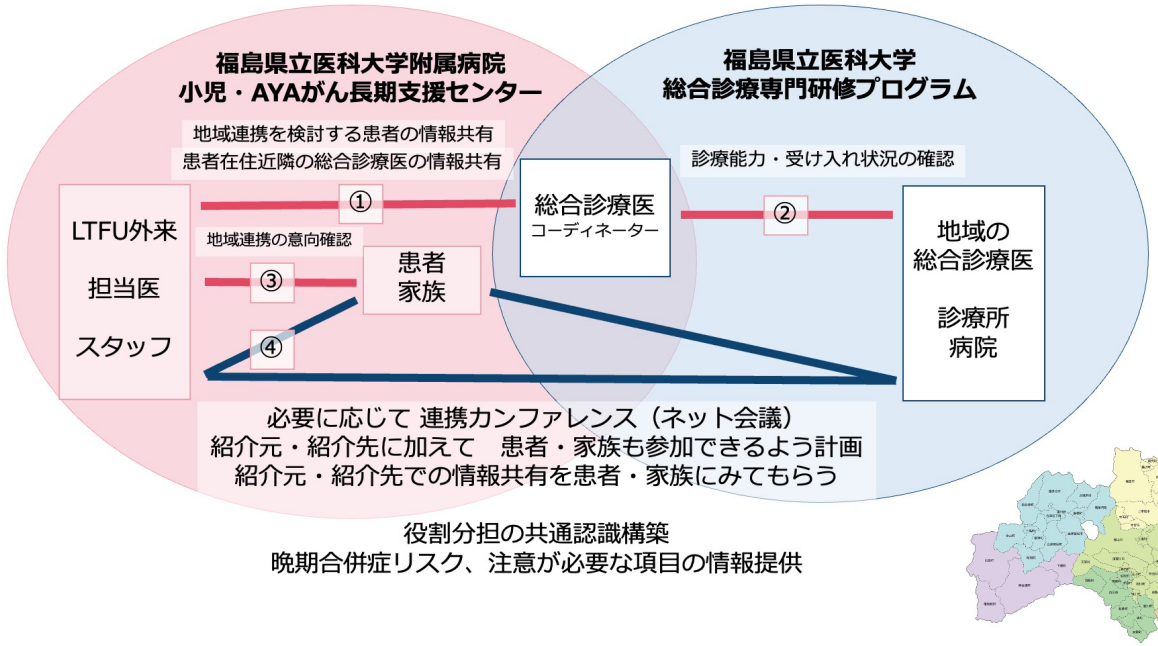
- 小児科で作成された健康管理計画書についても、アップデートをする。
- 「健康管理計画書」をもとに各診療科・部署に紹介
- 家庭医/プライマリケア医の確保 →地域移行カンファレンスの開催
  （本人参加型、Webカンファレンス）

チカイシ
プロジェクト

小児がんサバイバーと 住まいの近くの総合診療医をつなぐ

小児医療から成人医療へ　大学病院から地域医療機関へ
橋渡しを支援する「近くの医師（チカイシ）」として総合診療医を紹介

患者ー大学病院ー総合診療医が　協力して長期健康管理に取り組む仕組みづくり





プロジェクト　キックオフセミナー

7 月 13 日（土）　15 時～17 時　オンライン（Zoom）開催

1．小児がん医療と長期健康管理　総合診療医への期待
　福島県立医科大学附属病院 小児・AYA がん長期支援センター　藁谷 朋子

2．小児がん経験者に総合診療医が役立てること・チカイシプロジェクト
　福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座　菅家 智史

3．ディスカッション：紹介する立場・引き受ける立場で考えること
　（ディスカッション参加困難な方も聴講のみ参加可能です）

キックオフセミナー
ディスカッション質的分析調査

小児腫瘍内科医と総合診療医が参加
その場で語られた内容を質的に分析

小児がん経験者のケアに総合診療医が関わろうと
するとき、何が課題として提示されるのか
両者の視点から抽出したい

R５厚労科研　菅家先生分担研究

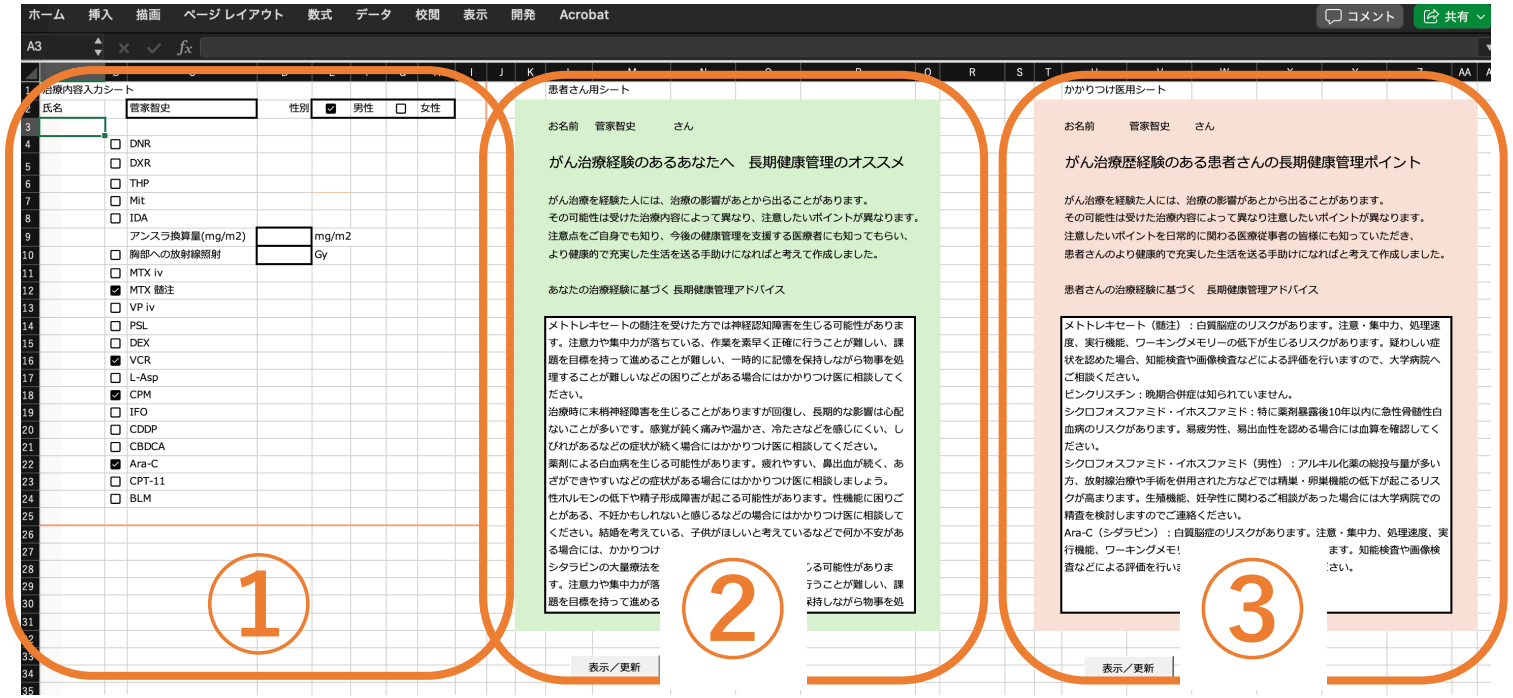
情報共有テンプレートの開発

総合診療医は小児がんの治療に疎い

がん治療医は総合診療医に
長期健康管理の要点を伝える必要がある

患者ごとにもれなく要点を作成するのには
手間がかかるので支援ツールがほしい

患者へもその要点を伝えることができれば、
三者（がん治療医ー総合診療医ー患者・家族）が
共通の見解で長期健康管理する手助けになるのでは



① 治療で使用した薬剤を入力
↓ 自動で表示
② 患者向けの注意事項※
③ 総合診療医向けの注意事項※

※ 各種ガイドラインを参考に藁谷が作成
菅家が総合診療医視点で校正提案

R5厚労科研 菅家先生分担研究

C-AYA支援拠点病院



拾い上げ・コンサルト

小児がん診療科

スクリーニング用共通フォーマット



C-AYAキャンサーボード

小児がん診療科

成人がん診療科

多職種ミックス
C-AYA支援チーム

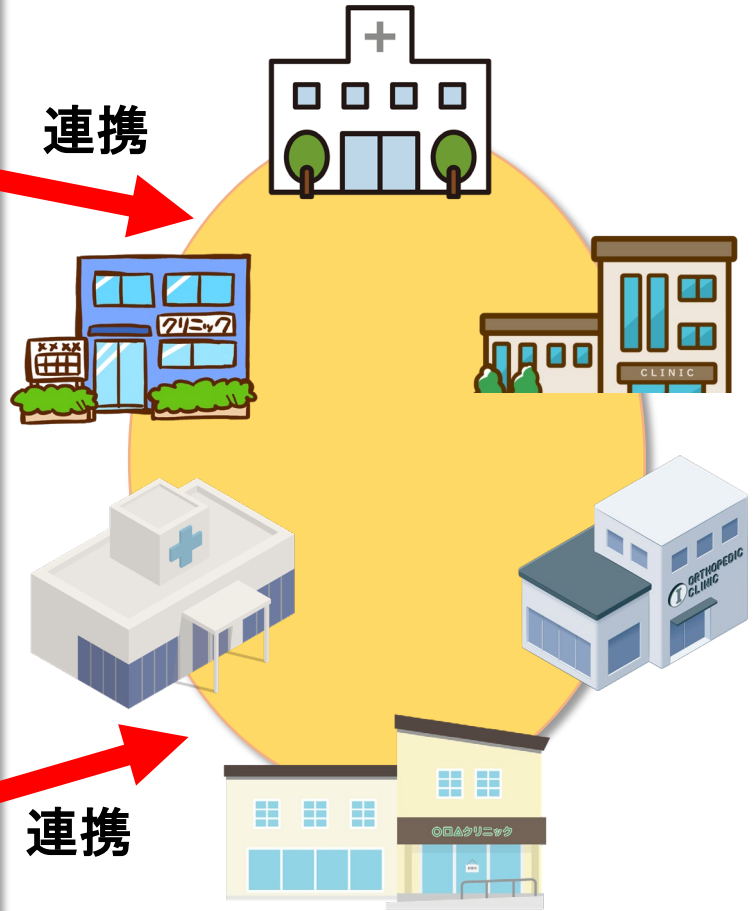
LTFU/移行外来

成人がん診療科

循環器科・内分泌科
・総合診療科・
リハビリテーション科 etc.

連携

連携



C-AYA地域支援ネットワーク

R5厚労科研　一戸先生分担研究

電子カルテ上の『共通フォーマット』によるスクリーニング

AYA世代がん支援　依頼

患者番号		氏名		性別	診療科
主病名		病期			
主治医		担当医		PHS	

＊がん相談支援センターをご案内ください

チェック項目

		該当	未定
治療方針	手術	○	○
	放射線治療	○	○
	薬物療法（種類問わず）	○	○
身体的	アピアランスケア（脱毛他）	○	○
	妊孕性低下	○	○
遺伝性の疑い		○	○
他科との連携		○	○

病名・病状の説明

病名告知　○ 済　○本人のみ　○家族のみ　○本人・家族　○その他

○ 未

説明内容　記載例）○/○　icテンプレート参照

連携を希望する部署があればチェックをしてください

□ 放射線治療科　□ 薬剤師
□ 緩和ケアチーム　□ リハビリ
□ その他

キャンサーボードを希望しますか　○希望する　○希望しない

AYA世代がん支援 チェックシート

患者番号		氏名		性別	診療科
主病名		病期			
主治医		担当医		PHS	

【相談支援センター 記載】　情報提供　□ 済　□未実施

身体的

	該当	非該当	未定	備考
アピアランスケア（脱毛他）	○	○	○	
妊孕性低下	○	○	○	

社会的

	該当	非該当	未定	備考
教育	○	○	○	
就労支援・相談	○	○	○	
きょうだい支援（15歳未満）	○	○	○	
家族支援（こどもへの告知など）	○	○	○	
ピアサポート	○	○	○	

経済的

	申請済	非該当	備考
小児慢性特定疾患申請	○	○	
高額療養費制度申請	○	○	
その他			

障害

	申請済	非該当	備考
障害者手帳申請	○	○	

【AYA世代がん支援関連部門確認】　＊審査確認メールを受信後、2週間以内に確認（☑）をお願いします。

回覧審議

□ 担当医　□ 成人相談員　□小児相談員　□がん治療センター　□遺伝子診療科　□ｷｬﾝｻｰﾎﾞｰﾄﾞ担当者　□AYA部門委員長

【キャンサーボード担当者記載】

ｷｬﾝｻｰﾎﾞｰﾄﾞ

□実施　□不要

長期フォローアップ外来　問診票

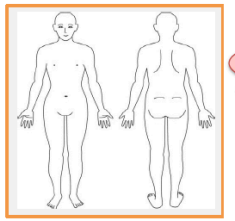
★診察の前に記入をお願いします★　　中学生以上用

名前（　@PATIENTNAME　）　@PATIENTAGEYEAR 歳　記載日：20　/　/

体調はどうですか	□良い	□ふつう	□少し悪い	□悪い
痛みはありますか	□ない	□時々ある	□ある時が多い	□常にある
食欲はありますか	□ある	□まあまあある	□ほとんどない	□ない
夜は眠れますか	□よく眠れる	□まあまあ眠れる	□眠れない日が多い	□眠れない
排便はどうですか	□毎日ある	□1回/2~3日	□1回/4~5日	□1回/1週間程度
月経はありますか（女性の方）	□規則的	□ほぼ規則的	□未発来	□不規則

学校に通っていますか（学生の方）	□毎日通学している	□3日/週程度通学	□1日/週程度通学	□休んでいる
学校の勉強が大変だと感じますか（学生の方）	□感じない	□あまり感じない	□時々感じる	□とても感じる
友達関係で困っていることはありますか	□ない	□ほとんどない	□時々ある	□ある
★友達関係で困っていることが「時々ある」「ある」方★ どのようなことで困っていますか？				
気分の落ち込みはありますか	□全くない	□時々ある	□しばしばある	□いつもある
イライラすることはありますか	□全くない	□時々ある	□しばしばある	□いつもある
集中できないことはありますか	□全くない	□時々ある	□しばしばある	□いつもある
悲しくなったり怖くなったりすることはありますか	□全くない	□時々ある	□しばしばある	□いつもある

あなたは自分の病気のことを知っていますか？　（　　）の病気で通院していま



痛みがある人はどの場所が痛いですか？
痛い場所に○してください。

★あなたは何をしている時が楽しいですか？
あなたの好きなことは何ですか？

先生や看護師に聞きたいことや、
不安や心配に感じていることがあれば教えてね★

記入が終わったら受付に出してください。

氏名	生年月日	年齢	性別
@PATIENTNAME	@PATIENTBIRTH2	@PATIENTAGEY	@PATIENTSEX

フォローアップ　問診票

■　回答欄の該当する□に✓チェックを入れてください。

体調はどうですか。	□良い □普通 □少し悪い □悪い
痛みはありますか。	□ない □しばしばある □常にある
食欲はありますか。	□ある □ややある □あまりない □ない
打ち込めることがありますか。	□はい □いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っている。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	□はい □いいえ
体重が1~2年以内に10キロ以上増加している。	□はい □いいえ
30分/回以上の軽く発汗する運動を週2日以上、1年以上実施。	□はい □いいえ
歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	□はい □いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	□はい □いいえ
この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	□はい □いいえ
人と比較して食べる速度が速い。	□速い □ふつう □遅い
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	□はい □いいえ
夕食後間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	□はい □いいえ
朝食を抜くことが週に3回以上ある。	□はい □いいえ
お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度。	□毎日 □時々飲む □飲まない（飲めない）
飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ワイン2杯（240ml）	□1合未満 □1~2合未満 □2~3合未満 □3合以上
睡眠で休養が十分とれている。	□はい □いいえ
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	□改善するつもりはない □改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） □近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている □既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） □既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
生活習慣の改善について看護相談を受ける機会があれば利用しますか。	□はい □いいえ
恋愛またはパートナーとのことで悩んでいることはありますか。	□はい □いいえ
性または生殖について困っていることはありますか。	□はい □いいえ
学校・職場に通っていますか。	□通っている □通っていない
友人・職場関係で困っていることはありますか。	□はい □いいえ
いらいらすることはありますか。	□ない □しばしばある □常にある
気分の落ち込みはありますか。	□ない □しばしばある □常にある
集中できないことはありますか。	□ない □しばしばある □常にある
急に不安になることがありますか。	□ない □しばしばある □常にある

R5厚労科研　一戸先生分担研究

C-AYAキャンサーボードの運営

- 受付：参加シートへ各自記載
- 司会：キャンサーボード担当医師（＊＊先生）または委員長（一戸先生）
- 書記：主治医記載（カルテ記載内容は主治医へ依頼）
- 進行方法：

  ①主治医スライド使用によるプレゼン2分

  ②患者関係者より追加情報（外来、病棟、リハビリ他）5分

  ③主科チームより他診療科や緩和ケアへの適応等質問③＋④5分

  ④緩和ケア、リハビリ、遺伝子診療科より助言

  ⑤包括的支援を検討　5分

好事例　pattern

1. 血液内科医（開業医）：移植後患者
2. プライマリケアのマインドを持つ血液内科医：高血圧、糖尿病他も診療
3. プライマリケアのマインドを持つ循環器： 生活習慣病も診療
4. 脳外科医：小児～成人診療・トータルサポートセンター連携
5. 子ども病院ー大学病院ー医師会（プライマリーケア医）：疾患横断的レクチャー
6. 小児科×CCS人間ドック×AYAチーム：AYAトラ・カンファ

R5厚労科研　小澤先生分担研究

がんサバイバーの晩期合併症に対する長期フォローアップ体制の構築

がんサバイバー	がん治療病院（小児科・がんセンターなど）	トランジション診療施設	がんセンター がん診療連携拠点病院など



小児・AYA世代
がん患者

相 談

受 診

がんセンター
地域がん診療拠点病院
（登録施設）





フォローアップ

情報提供
受診勧奨

一般病院
外科・内科など

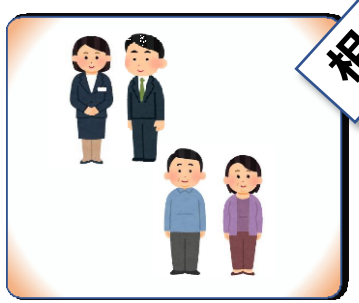


がんセンター
地域がん診療拠点病院
大阪国際がんセンター



晩期合併症　精査・加療

- 精密検査
- がん治療
- 晩期合併症治療



ハイリスク受診者
遺伝性腫瘍関連
がんリスク保有者

相 談

受 診

登録

がん検診
がんサバイバーシップドック
自治体・健診施設
大阪がん循環器病予防センター



精査・加療

R5厚労科研　向井先生分担研究

小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業

大阪府　健康医療部健康推進室　健康づくり課



委託事業（健診費用助成）

紹介元医療機関 小児科・がん診療科

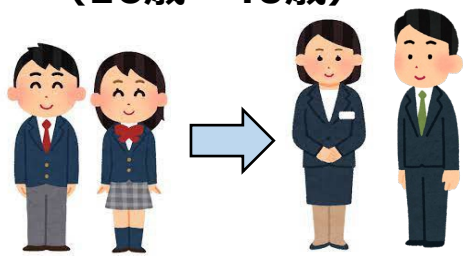
登録証・同意書
二次がん発症ハイリスク者



大阪市総合医療センター
大阪母子医療センター
大阪大学医学部
大阪公立大学医学部
関西医科大学
近畿大学医学部
大阪赤十字病院
医学研究所北野病院
松下記念病院

健診登録

小児発症がんサバイバー（16歳～40歳）



予約/受診

結果報告

大阪がん循環器病予防センター



長期フォローアップけんしん
- 問診/内科診察
- 一般検血
- 便潜血
- 乳腺診察・エコー
- 甲状腺診察・エコー

受診者データ票*

健診結果

実績報告

共同研究

大阪国際がんセンター がん対策センター

- 疫学研究
- データ解析



共同研究

結果報告

紹介元医療機関 小児科・がん診療科



R5厚労科研　向井先生分担研究



大阪府小児がん治療経験者 長期フォローアップ支援事業 -二次がん早期発見 けんしん*-（2024年8月～）

・大阪府健康づくり課プロジェクト
・大阪がん循環器病予防センター　向井幹夫

けんしん（健診・がん検診）
・大阪がん循環器病予防センター

データ管理・疫学研究
・大阪国際がんセンター

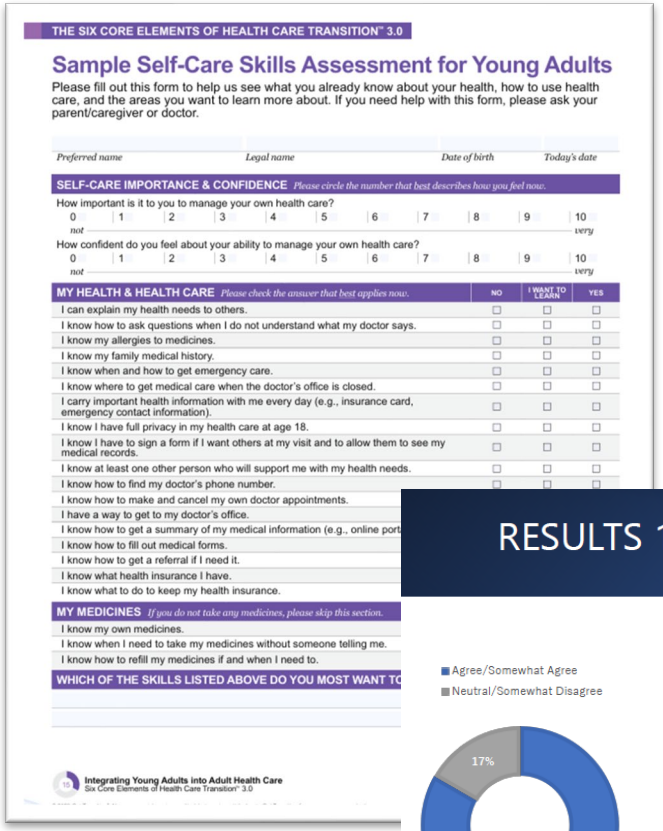
二次発生悪性腫瘍 ハイリスクの定義	がん健診・検診
造血幹細胞移植	・問診、血液検査、便潜血検査 全身照射例：甲状腺診察・エコー、乳腺エコー
放射線照射	・問診、甲状腺照射例：甲状腺診察・エコー、 胸部照射例：乳腺エコー、腹部照射例：検便
化学療法：アルキル化剤、トポイソメラーゼⅡ、プラチナ製剤	・問診、血液検査
遺伝性性素因をもつ小児がん症例	・問診、血液検査、便潜血検査 甲状腺診察・エコー、乳腺エコー

対象施設
1．大阪市総合医療センター
2．大阪母子医療センター
3．大阪大学医学部
4．大阪公立大学医学部
5．関西医科大学
6．近畿大学医学部
7．大阪赤十字病院
8．医学研究所北野病院
9．松下記念病院

統括
大阪府健康づくり課
生活習慣病・がん対策グループ

移行の”成功” 評価尺度の開発

セルフケア評価（PRO）



THE SIX CORE ELEMENTS OF HEALTH CARE TRANSITION™ 3.0

Sample Self-Care Skills Assessment for Young Adults

Please fill out this form to help us see what you already know about your health, how to use health care, and the areas you want to learn more about. If you need help with this form, please ask your parent/caregiver or doctor.

Preferred name | Legal name | Date of birth | Today's date

SELF-CARE IMPORTANCE & CONFIDENCE *Please circle the number that best describes how you feel now.*

How important is it to you to manage your own health care?
0 (not) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (very)

How confident do you feel about your ability to manage your own health care?
0 (not) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (very)

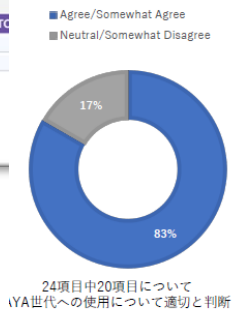
MY HEALTH & HEALTH CARE *Please check the answer that best applies now.*	NO	I WANT TO LEARN	YES
I can explain my health needs to others.	☐	☐	☐
I know how to ask questions when I do not understand what my doctor says.	☐	☐	☐
I know my allergies to medicines.	☐	☐	☐
I know my family medical history.	☐	☐	☐
I know when and how to get emergency care.	☐	☐	☐
I know where to get medical care when the doctor's office is closed.	☐	☐	☐
I carry important health information with me every day (e.g., insurance card, emergency contact information).	☐	☐	☐
I know I have full privacy in my health care at age 18.	☐	☐	☐
I know I have to sign a form if I want others at my visit and to allow them to see my medical records.	☐	☐	☐
I know at least one other person who will support me with my health needs.	☐	☐	☐
I know how to find my doctor's phone number.	☐	☐	☐
I know how to make and cancel my own doctor appointments.			
I have a way to get to my doctor's office.			
I know how to get a summary of my medical information (e.g., online port			
I know how to fill out medical forms.			
I know how to get a referral if I need it.			
I know what health insurance I have.			
I know what to do to keep my health insurance.			

MY MEDICINES *If you do not take any medicines, please skip this section.*
I know my own medicines.
I know when I need to take my medicines without someone telling me.
I know how to refill my medicines if and when I need to.

WHICH OF THE SKILLS LISTED ABOVE DO YOU MOST WANT TO

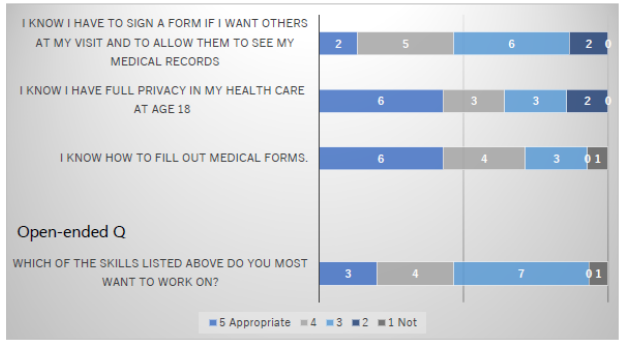
Integrating Young Adults into Adult Health Care
Six Core Elements of Health Care Transition™ 3.0

RESULTS 1 Applicability of Questionnaire

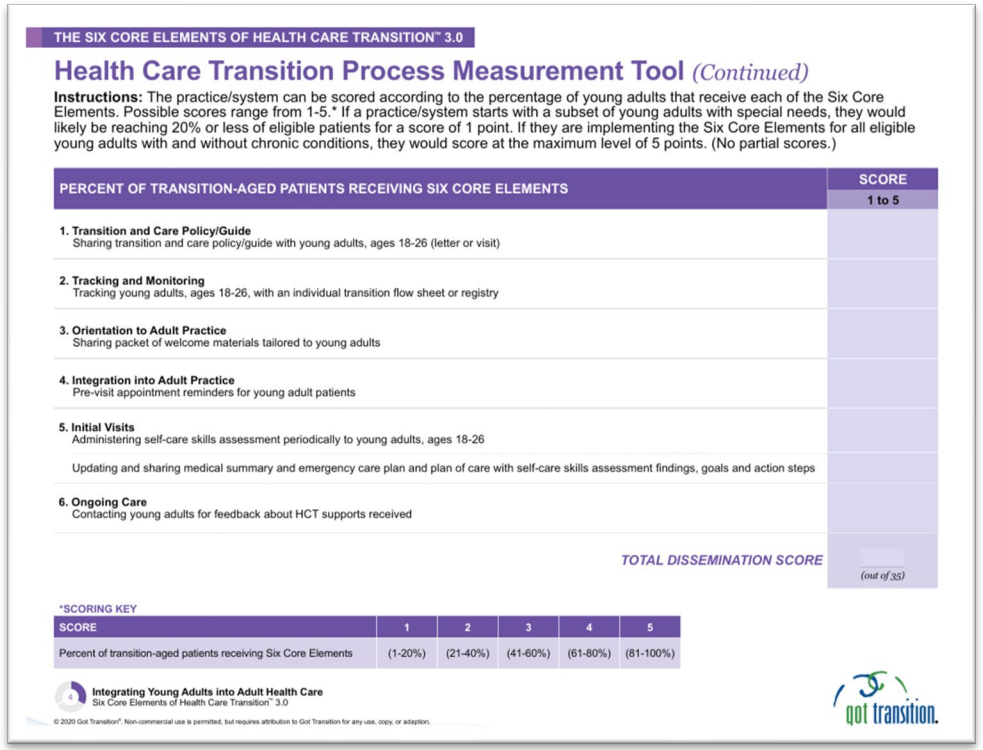


24項目中20項目について
YA世代への使用について適切と判断

適切性に問題が有る項目は医療システム・翻訳がわかりにくい項目



プロセス評価（R7年度日本語版開発）



THE SIX CORE ELEMENTS OF HEALTH CARE TRANSITION™ 3.0

Health Care Transition Process Measurement Tool *(Continued)*

Instructions: The practice/system can be scored according to the percentage of young adults that receive each of the Six Core Elements. Possible scores range from 1-5.* If a practice/system starts with a subset of young adults with special needs, they would likely be reaching 20% or less of eligible patients for a score of 1 point. If they are implementing the Six Core Elements for all eligible young adults with and without chronic conditions, they would score at the maximum level of 5 points. (No partial scores.)

PERCENT OF TRANSITION-AGED PATIENTS RECEIVING SIX CORE ELEMENTS	SCORE 1 to 5
1. Transition and Care Policy/Guide Sharing transition and care policy/guide with young adults, ages 18-26 (letter or visit)	
2. Tracking and Monitoring Tracking young adults, ages 18-26, with an individual transition flow sheet or registry	
3. Orientation to Adult Practice Sharing packet of welcome materials tailored to young adults	
4. Integration into Adult Practice Pre-visit appointment reminders for young adult patients	
5. Initial Visits Administering self-care skills assessment periodically to young adults, ages 18-26	
Updating and sharing medical summary and emergency care plan and plan of care with self-care skills assessment findings, goals and action steps	
6. Ongoing Care Contacting young adults for feedback about HCT supports received	
TOTAL DISSEMINATION SCORE	(out of 35)

*SCORING KEY

SCORE	1	2	3	4	5
Percent of transition-aged patients receiving Six Core Elements	(1-20%)	(21-40%)	(41-60%)	(61-80%)	(81-100%)

Integrating Young Adults into Adult Health Care
Six Core Elements of Health Care Transition™ 3.0

© 2020 Got Transition®. Non-commercial use is permitted, but requires attribution to Got Transition for any use, copy, or adaption.

got transition.

R5厚労科研　丸先生分担研究

自治体が提供するサービスとその利用状況に関する調査
厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究」
(令和5～7年度、研究代表者 清水 千佳子)

対象：都道府県
用法：各都道府県の担当課へ郵送、web調査
実施期間：2024年12月中旬～2025年1月10日

回答率：87.2% (41都道府県)
未回答都道府県：宮城県、神奈川県、岐阜県、京都府、奈良県、鹿児島県

2025年2月5日現在
鈴木先生分担項目
中間解析結果（一部）



R5厚労科研　鈴木先生分担研究

小児・AYA支援に特化したワーキンググループもしくは協議会、部会はありますか? (n=41)

1 .ない	31	75.6%
2 .小児支援に特化した会がある	1	2.4%
3 .AYA支援に特化した会がある	1	2.4%
4 .小児・AYA支援に特化した会がある	8	19.5%

がん対策に関する会議体 (がん対策推進協議会等) 及び上記のWG.部会等で第３期がん対策推進基本計画の期間（2017年度から2022年度）に議題に取り上げられたことのあるテーマを全て選んでください 。(n=37,無回答4)

小児・AYA世代がん患者の医療連携	13	35.1%
がん・生殖医療	28	75.7%
小児・AYA世代がん治療後の晩期合併症・長期的健康管理・長期フォローアップ	5	13.5%
移行期医療・トランジション	2	5.4%
小児・AYA世代がん患者の終末期ケア	8	21.6%
小児・AYA世代がん患者の緩和ケア	7	18.9%
就学 (小・中学校)	8	21.6%
高等教育	12	32.4%
小児・AYA世代がん患者の就労支援 (新規就労)	4	10.8%
小児・AYA世代がん患者の就労支援 (継続支援)	5	13.5%
アピアランスケア	22	59.5%
小児・AYA世代がん患者のピアサポート	7	18.9%
小児・AYA世代がん患者の家族支援	8	21.6%
その他	11	29.7%

[その他]
- AYA世代がん患者の在宅での療養支援
- AYA世代がん患者の相談支援
- がん対策推進計画の変更に関すること、がん登録に関すること
- がん対策全般
- 教育現場でのがん教育実施状況
- 県がん対策推進計画（第3次）策定及び進捗状況に関すること全般
- 県がん対策推進計画の進捗状況、次期計画の策定
- 埼玉県がん対策推進計画、がん登録、がん医療提供体制
- 若年がん患者在宅療養支援事業
- 項目以外に県のがん対策全体に係る議題

貴都道府県の第４期がん対策基本計画に小児・AYAがん患者支援が含まれていますか?(n=41)

1 .含まれている	41	100.0%
2 .今は含まれていないが、今後、含む予定	0	0.0%
3 .含まれていない	0	0.0%

小児・AYA世代がんの情報を貴自治体のホームページに掲載していますか?(n=41)

1 .ある	28	68.3%
2 .現在、構築中	1	2.4%
3 .含まれていない	0	0.0%

小児・AYAがん患者支援事業について教えてください

実施中(n=41)

妊孕性温存治療費助成	41	100.0%
定期予防接種ワクチン再接種費用助成	10	24.4%
がん・生殖医療ネットワーク	36	87.8%
AYAがん相談支援	15	36.6%
ポータルサイト	9	22.0%
移行期支援	7	17.1%
アピアランスケア	33	80.5%
補装具助成	12	29.3%
就学 (小・中学校) 支援	17	41.5%
高等教育支援	18	43.9%
就労支援	18	43.9%
高校生医療費助成	3	7.3%
2次がん検診費用助成	1	2.4%

今後

	n=実施していない都道府県		
妊孕性温存治療費助成	0		
定期予防接種ワクチン再接種費用助成	31	0	0.0%
がん・生殖医療ネットワーク	5	9	0.0%
AYAがん相談支援	26	9	0.0%
ポータルサイト	32	2	6.3%
移行期支援	34	1	2.9%
アピアランスケア	8	9	0.0%
補装具助成	29	1	3.4%
就学 (小・中学校) 支援	24	9	0.0%
高等教育支援	23	1	4.3%
就労支援	23	9	0.0%
高校生医療費助成	38	9	0.0%
2次がん検診費用助成	40	9	0.0%

がん・生殖医療ネットワークが「ある」もしくは「構築中」と回答した自治体にお伺いします。
自治体はどのような関わり方をされていますか？ (n=36)

がん・生殖医療ネットワークの事務局などを担っている (主体となっている)	15	41.7%
がん・生殖医療ネットワーク支援 (助成など) をしている	19	52.8%
無回答	2	5.6%

県内のがん診療連携拠点病院等におけるAYA支援チームの設置状況や活動内容を把握していますか? (n=41)

1 .詳細に把握している	0	0.0%
2 .詳細には把握していないが、適宜情報は得ている	24	58.5%
3 .把握していない	16	39.0%
無回答	1	2.4%

県内のがん診療連携拠点病院等におけるAYA支援チームの設置や人材育成、病院間の連携体制の構築に向けて何らかの支援や助成を行っていますか?(n=41)

1 .行っている	5	12.2%
2 .行っていない	31	75.6%
無回答	5	12.2%

県内のAYAがん患者の医療と支援について、がん診療連携拠点病院及び非拠点病院間で何らかの連携体制が構築されていますか？ (n=41)

1 .連携体制がある	17	41.5%
2 .連携体制はない	19	46.3%
無回答	5	12.2%

持続可能性のある仕組みとしてくために、国・都道府県が果たすべき役割は？

予定している成果物

- 政策提言
  - 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援に関する政策提言（デルファイ・コンセンサス）

    ➡　全体としてどんなグランドデザインを描くか？

    地域の実情に応じて構築することを想定した共通部分と可変部分

- 医療者向けCCS移行支援の冊子
  - CCSの成人移行の課題
  - 好事例・移行支援モデル
  - 望ましい移行支援体制
  - 移行支援ツール（移行ポリシー、情報共有テンプレート）
  - 移行評価尺度

本会議のねらい

1. 長期フォローアップと移行期支援の概念の整理
2. 各研究班の取り組みと成果の紹介
3. 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援のあり方に関するコンセンサス形成のための課題の整理

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者　清水千佳子）



小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援のあり方に関する政策提言：デルファイ法によるコンセンサス形成

A Delphi Consensus Study on Long-term Health Management and Support for Childhood Cancer Survivors (CCS) & AYA Cancer Survivors -Towards Generation of Policy Recommendations

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

研究の背景： 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理の課題

CCS/AYA-CS共通
- 晩期合併症のリスクが多岐にわたり、患者ごとにリスクが異なる
- 晩期合併症の医学的管理はがん治療医が最適とは限らない
- 各種ガイドラインの整合性がとれていない
- 複数診療科の診療情報が一元管理されていない
- 患者が移動する（進学、就職、転勤など）
- 医療に関わる経済的負担

CCS特有の問題
- CCSの健康の問題に関する成人診療の認識/知識/経験が不足
- 成人診療側の「受け皿」が明確でない
- 心理社会的状況に関する移行が不十分

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

研究の目的

- 小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援のあり方に関する政策提言のコンセンサス形成

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

研究手法（Delphi法）

<Delphi法>

- 特定の分野に関する専門家の意見を収集・統合し、合意（コンセンサス）を形成するための手法
- **反復的な質問票（ラウンド）**を通じて、参加者が自身の意見を再評価するプロセスが特徴
- 専門家の意見を収集することによって意思決定を支援するツールとして広く使用されている

＜特徴＞

匿名性の確保：グループ内の階層的影響や偏りを避け、公平な意見収集が可能

包括的かつ系統的な意見収集：構造化された手法により、包括的で体系的な意見収集が可能であり参加者全員の意見が公平に反映されやすい

反復的なプロセス：意見収集の複数ラウンドを通じて、参加者が他の意見を考慮しながら自身の意見を再評価することで、意見の収束を目指す

＜留意点＞

専門家の意見を収束させて**合意を形成することが目的**であり
最終的なコンセンサスは、**必ずしも真実や決定的な答えを提供するものではない**

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

研究の流れ（ラウンドごとの概要）

パネルメンバーの選定

Round1:意見の収集
専門家に対して質問を行い、自由記述や構造化されたアンケートを通じて意見を収集する。この段階では、できるだけ多くの情報や多様な意見を引き出すことを目的とする。

ラウンド1のデータの集計・分析
収集したデータを分析し、意見の傾向や頻度を把握する。得られた意見をカテゴリごとにまとめ、重要度の高い意見を抽出する。

フィードバックの提供
集計結果をパネルメンバーにフィードバックし、他の専門家の意見や回答の傾向を共有する。フィードバックには、意見の分布や主要な意見の要約が含まれる。

ラウンド2: 意見の再評価
フィードバックを考慮した上で、再度意見を提供してもらう。
必要に応じて意見を修正・追加することが求められる。

ラウンド2のデータの集計・分析
収集したデータを再度分析し、意見がどの程度収束しているかを評価する。コンセンサスに達していない場合は、さらに重要な意見を抽出する。

最終ラウンド（必要に応じて）
意見が収束しない場合、ラウンド3を実施して最終的な意見を収集する。以降、意見が収束するまで繰り返す。

コンセンサスの評価
意見の収束状況を評価し、一定の基準（例：中央値の収束や75%以上の同意）に基づいてコンセンサスの達成を確認する。コンセンサスが得られた場合は、この段階で終了とする。

最終的な結論と提言の策定：コンセンサスに基づいて最終的な結論をまとめ、提言を策定する

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者　清水千佳子）

パネルメンバーの選定

医師	小児腫瘍専門医、小児血液・腫瘍科医	治療後の合併症リスクや医学的フォローアップの重要性
	小児・成人がん専門医（脳外科・整形外科・眼科）	治療後の合併症リスクや成人期以降のがんサバイバーのフォローアップ
	成人がん治療医（腫瘍外科、腫瘍内科、血液・移植）	成人期以降のがんサバイバーのフォローアップ
	プライマリケア医・家庭医（学会、医師会）	全体的な健康管理や予防医療の視点
	内分泌科医（小児、成人）	内分泌異常の管理
	循環器科医（小児、成人）	放射線治療や化学療法による心血管系への影響
	生殖医療 産婦人科、泌尿器科	性腺機能や妊孕性、ウィメンズヘルス/メンズヘルスの観点
	腎臓内科医	腎障害
	遺伝専門医	遺伝性腫瘍
心理・社会的支援	小児看護師	治療後の合併症リスクや医学的フォローアップの重要性
	成人看護師	治療後の合併症リスクや成人期以降のがんサバイバーのフォローアップ
	SW	社会的支援、経済的・教育的な問題への対応
	認定遺伝カウンセラー	遺伝性腫瘍
	心理士	精神的サポート、高次機能障害
リハビリ・生活支援	理学療法士、作業療法士など	身体的リハビリテーション
	栄養士	長期的な健康維持のための栄養指導
	教育関係者（スクールカウンセラー等）	教育現場での適応や支援体制
患者会	患者会代表者（CCS/CCSの親　AYA世代、遺伝性腫瘍）	
がん対策の評価に関わる人？	がん登録、がん拠点	

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

尺度について

リッカート尺度：コンセンサス形成には**5または7段階が推奨**される

- **5段階リッカート尺度：**一般的な例：「強く不同意」「不同意」「どちらでもない」「同意」「強く同意」
  中央に「どちらでもない」などの中立的な選択肢がある。記述が簡潔で理解しやすい。
- **7段階リッカート尺度：**一般的な例：「強く不同意」「中程度に不同意」「やや不同意」「どちらでもない」「やや同意」「中程度に同意」「強く同意」
  意見の細かいニュアンスを捉えやすい。回答者が選択肢の違いを区別しやすく、より正確な意見を引き出せる可能性がある。
- **9段階リッカート尺度：**一般的な例：「1：強く不同意」～「9：強く同意」
  細かい違いを表現できるため、詳細な分析が可能。回答者にとって選択肢が多すぎて混乱することがある。
- **奇数尺度の利点：**中立的な選択肢を提供できる（回答者が「どちらとも言えない」という意見を選択できるため、無理に意見を求められない）正確な意見の表現が可能（回答者が極端な意見を避ける「中央傾向バイアス」があるが、より本音に近い意見を収集できることが多い）

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

コンセンサスの基準について

コンセンサスの定義：事前に決めておく（厳密な基準が必要な場合 → 標準偏差や四分位範囲を使う
実用的な基準を求める場合 → 75～80%以上の合意を目安にする）

- **パーセンテージ基準：**75%以上の参加者が「同意（Agree）」または「強く同意（Strongly Agree）」と回答 or 80%以上の参加者が一定範囲のスコア（例えば7～9のリッカート尺度）を選択 → コンセンサス成立
  適用場面:臨床ガイドラインや診断基準の策定、医療・教育・政策決定に関する合意形成
  メリット:明確で理解しやすい・研究分野によって適切な閾値（70～90%）を選択できる。
  デメリット:基準を高くしすぎるとコンセンサスが得られにくくなる。多数派の意見が優先され、少数意見が排除される可能性がある
- **中央値・平均値:**中央値が7以上（9段階尺度） → 高いコンセンサス or 標準偏差が1.5以下 → 意見が収束している
  適用場面:意見が分かれる可能性の高いテーマ（例: 新しい治療法の優先順位）、専門家の合意形成が重要な研究
  メリット:回答者の極端な意見の影響を受けにくい。統計的に明確な指標として利用できる
  デメリット:解釈に専門的な知識が必要・一部の回答者の意見が無視される可能性がある
- **標準偏差・四分位範囲：**標準偏差（SD）が1.0以下 → 意見の収束度が高い or 四分位範囲（IQR）が1以下 → 多くの回答が狭い範囲に集中している
  適用場面:参加者の意見の分布を詳細に分析したい場合。統計的に厳密なコンセンサスを求める場合
  メリット:数値的に明確な基準を設定できる・統計的な一貫性を保てる
  デメリット:計算が必要で、研究者の統計的な知識が求められる・意見の分布が非対称の場合に適用しにくい
- **回答の安定性：**2回目と3回目のラウンドで中央値の変動が±0.5以内 → コンセンサス成立 or 80%以上の回答者が前回と同じ回答を選択 → 意見が安定
  適用場面:回答の変動が激しいテーマ（例: 新しい技術の導入）意見の収束を重要視する場合
  メリット:参加者の意見が時間とともに安定していることを確認できる。直感的に理解しやすい
  デメリット:コンセンサスの閾値を明確に設定しにくい・ラウンド数が増えると回答者の離脱リスクが高まる

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

ラウンド1の詳細

- 大項目は5-10項目、サブ項目を各4-5項目＋その他（自由記述）

例）

・大項目：CCSの成人診療における移行支援体制として必要な枠組み

・サブ項目

① CCSの成人診療における移行支援には、移行ポリシーを提示することが必要である

② CCSの成人診療における移行支援では、リスクに応じたケアプランが小児科から提示されることが必要である

③ CCSの成人診療における移行支援には、AYA支援に関わる多職種チームの関わりが必要である。

④ CCSの成人医療における移行支援には、成人診療科へのトリアージや地域医療との連携を支援する窓口が必要である

④ その他（自由記述）

・最後に完全自由記述を設ける

「CCSの成人診療における移行支援について、特に重要だと思うことを自由に記述してください」

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者　清水千佳子）

ラウンド2, 3の概要

- フィードバックの方法
- 最終的な合意形成の流れ

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

研究の成果物

- どんな提言を出すか（参考：「先天性心疾患の成人への移行医療に関する提言」』
- 最終的なアウトプット（成果物？制作提言？ガイドライン？学会発表？論文？

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

今後のTo Do

2月中	大項目案の作成	清水
3月1日	Delphi法調査の共有 大項目のコンセンサス	班会議
3月中旬まで	パネル剪定と依頼	清水・樋口
3月中旬まで	Round1作成	樋口
4月1日-22日	Round1開始(3week）リマインド：1週間前、2−3日前	樋口
4月22日-	Round1集計・分析 Round２準備	樋口 清水
5月20日-	Round2開始（収束状況によって2週間か3週間かは決める）	
7月には終了？ 8月には提言？		

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究
「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および
根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）」
（研究代表者 清水千佳子）

参考文献

Drumm, S., Bradley, C., & Moriarty, F. (2022). *'More of an art than a science'? The development, design and mechanics of the Delphi Technique*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 18(1), 2230-2236.

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H.(2011). The Delphi Technique in Nursing and Health Research. Wiley.

小児・AYA世代がん経験者の長期的健康管理とその支援のあり方に関する政策提言（デルファイ大項目たたき台）

1. 成人CCSとAYA世代の長期的健康管理について
   - 望ましい診療体制
   - 望ましい相談体制
   - 望ましい健康情報の管理のあり方
   - 診療ガイドラインについて
   - がん対策上のアウトカムの指標について

2. CCSの成人診療への移行を促進する体制について
   - 望ましい移行プロセスについて
   - 望ましい小児期の移行準備（これまでの取り組みに加えて）
   - 成人診療における望ましい移行支援体制
   - 健康管理の自立の評価指標
   - 移行支援の評価指標

3. その他取り組むべき課題
   - 移行支援/長期的健康管理に関わる人材の育成
   - 移行支援/長期的健康管理の取り組みのインセンティブ
   - 既存の制度の活用
   - 領域横断的な施策
   - 当事者の経済的負担軽減に向けた取り組み

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小田原圭, 鈴木直	各論7　慢性疾患　がん治療中，がんサバイバー	荒田尚子, 三戸麻子, 岡崎有香	プレコンセプションケア	メジカルビュー社	東京	2024	265-267
鈴木直	第一章抗がん薬の副作用と治療　18　性機能不全	岡元るみ子	がん化学療法副作用対策ハンドブック第4版	羊土社	東京	2025/	250-255
原田美由紀，鈴木直	『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』の概要	腫瘍内科編集部会長	腫瘍内科 第35巻 第2号	科学評論社	東京	2025	191-195
中田佳世	AYA世代のがんの疫学的特徴と診療実態	編集:安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令 企画担当:小澤美和、清水千佳子	ホスピス緩和ケア白書2025AYA世代の緩和ケア	青梅社	東京都	2025年	6-13
向井幹夫	Ⅱ章がん・脳卒中医療の進歩と腫瘍脳卒中学.　がん患者における生活習慣病管理（高血圧・糖尿病・脂質異常症）	塩川芳昭, 平野照之, 高野利実	腫瘍脳卒中学.	中外医学社	東京	2025	67-73
向井幹夫	5章血栓性疾患，　14がん関連血栓症の特徴.	朝倉英策	臨床に直結する血栓止血学会 改訂３版	中外医学社	東京	2024	501-506
森雅紀	6.　AYA世代の緩和ケアの展望	編集:安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令 企画担当:小澤美和、清水千佳子	ホスピス緩和ケア白書2025　AYA世代の緩和ケア	青海社	東京都	2025年	41-46

樋口明子	小児がん経験者のAYA世代における現状と課題―AYA世代に達した小児がん経験者と思春期進行再発がん患者への支援	編集:安保博文、木澤義之、高宮有介、恒藤暁、宮下光令 企画担当:小澤美和、清水千佳子	ホスピス緩和ケア白書2025　AYA世代の緩和ケア	青海社	東京都	2025年	41-46

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yoshimoto K, Maeoka Y, Kubota S, Chishaki R, Takahashi A, Osaki Y, Mino T, Ichinohe T, Masaki T.	Polycythemia secondary to bilaterally enlarged kidneys in T-cell acute lymphoblastic leukemia: a case report and literature review.	BMC Nephrol.	26(1)	121	2025
Miyamoto S, Niizato D, Tomomasa D, Nishimura A, Hoshino A, Kamiya T, Isoda T, Takagi M, Kajiwara M, Azumi S, Hirabayashi S, Sakamoto K, Kishimoto K, Miyamura T, Umeda K, Hirose A, Keino D, Yanagimachi M, Kanda K, Sakai Y, Ikawa Y, Watanabe K, Tanaka K, Mori T, Ichinohe T, Sakaguchi H, Morio T, Kanegane H.	Allogeneic hemato-poietic cell trans-plantation using alemtuzumab in Asian patients with inborn errors of immunity.	J Clin Immunol.	44(6)	126	2024

Ureshino H,Takahashi N,Ikezoe T,Kameoka Y,Kimura S,Fukushima N,Ichinohe T,Takamori A, Kawaguchi A, Miura M,Kimura S.	A lower initial dose of bosutinib for patients with chronic myeloid leukemia patients resistant and/or intolerant to prior therapy: a single-arm, multicenter, phase 2 trial (BOGI trial).	Int J Hematol.	120(4)	492-500.	2024
Kim H,Mizuno K,Masuda K,Sakurai M,Ara T,Naito K,Uehara Y,Yamamoto G,Osada M,Machida S,Horio T,Fukushima K, Mori Y,Ichinohe T,Fukuda T,Atsuta Y,Kataoka K.	A nationwide retrospective analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for adult hemophagocytic lymphohistiocytosis.	Transplant Cell Ther.	30(4)	419.e1-419.e12.	2024
菅家智史	プライマリ・ケアと移行期医療 総合診療・家庭医療専門研修プログラムのネットワークと移行期医療.	治療	106(12)	1380-1383	2024
Miyazato K, Ohtsu H, Shimomura A, Yonemoto N, Shimizu C, Sase K, Ueda S.	Impact of adjuvant trastuzumab therapy and its discontinuation on cardiac function and mortality in patients with early-stage breast cancer: An analysis based on the Japanese Receipt Claim Database. Breast.	Breast.	Dec 31;79:103871.		2024
Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N	Survey on the implementation status and reproductive outcomes of oocyte and ovarian tissue cryopreservation in Japan: Historical comparison with nationwide surveys	J Obstet Gynaecol Res.	50(4)	709-718	2024
Nakamura K, Terashita Y, Manabe A, Suzuki N	Survey of Transitional Care Between Pediatrics and Obstetrics/Gynecology in Japan	Journal of Adolescent and Young Adult Oncology	13(3)	523-533	2024

Takekawa Y, Sugimoto K, Masaki K, Koizumi T, Mori H, Shiraishi E, Maezawa T, Tanigaki S, Shirai C, Suzuki N	Differences Between Cancer Survivors and Healthy Subjects in Factors that Facilitate and Obstruct the Use of the Foster Parent System and Special Adoption System: A Nationwide Cross-Sectional Study in Japan	J Adolesc Young Adult Oncol.	13(3)	534-540	2024
Takae S, Harada M, Nakamura K, Furuyama S, Ono M, Osuga Y, Suzuki N	Reproductive outcomes of embryo cryopreservation and transfer at the start-up phase of fertility preservation in Japan	Reproductive Medicine and Biology	23(1)	e12581	2024
Asai-Sato M, Takahashi T, Ota K, Komiya H, Iwasa T, Ogishima S, Suzuki N	Attitudes toward subsequent primary cancer prevention among survivors of childhood, adolescent, and young adult (CAYA) cancer in Japan: Results of a comprehensive questionnaire survey on long-term women's health after CAYA cancer	Journal of Gynaecologic Oncology	36(2)	e29	2024
Tomari H, Okitsu O, Mizuno S, Yabuuchi A, Okimura T, Kikuchi H, Furuyama S, Taniguchi K, Tamura I, Ota K, Fukuda Y, Horage Y, Suzuki N	Nationwide Survey on the Status of Oncofertility in Japan and Involvement of Embryologists in the Practice of Fertility Preservation	J Adolesc Young Adult Oncol	14(2)	172-179	2024
Ono M, Takai Y, Harada M, Horie A, Dai Y, Kikuchi E, Miyachi M, Yamamoto T, Fujii N, Kajiyama H, Manabe A, Yasuoka T, Katsuragi S, Mekaru K, Maezawa T, Horage Y, Kataoka S, Nakayama R, Nakajima TE, Kimura F, Shimizu C, Sugimoto K, Takae S, Yumura Y, Nishi H, Furui T, Morishige KI, Watanabe C, Osuga Y, Suzuki N	Out-of-pocket fertility preservation expenses: data from a Japanese nationwide multicenter survey	International Journal of Clinical Oncology	29(12)	1959-1966	2024

洞下由記, 岩端秀之, 古谷菜摘, 中村健太郎, 田雜瑞穂, 鈴木由妃, 杉下陽堂, 本吉愛, 髙江正道, 津川浩一郎, 鈴木直	乳がん術後内分泌療法後に短期間で生児を得た事例の検証	日本がん・生殖医療学会誌	8(1)	25-30	2025
中村健太郎, 鈴木直	がん・生殖医療～男性患者の妊孕性温存編～	母性衛生	65(1)	170-177	2024
Yoshida K, Hashimoto T, Koizumi T, Suzuki N	Psychosocial experiences regarding potential fertility loss and pregnancy failure after treatment in cancer survivors of reproductive age to identify psychosocial care needs: a systematic review	Supportive Care in Cancer	32(6)	337+18	2024
中村健太郎, 鈴木直	がん・生殖医療～女性患者の妊孕性温存編～	母性衛生	65(2)	348-356	2024
Kagawa K, Yoshikawa Y, Koizumi T, Suzuki N	Psychological Aspects of and Support for Survivors Attempting to Conceive During or After Cancer Treatments: A Mixed-Methods Systematic Review.	J Adolesc Young Adult Oncol	Online ahead of print		2024
Ahmad MF, Elias MH, Mat Jin N, Asbu MA, Syafruddin SE, Zainuddin AA, Suzuki N, Abdul Karim AK	Oocytes Quality Assessment-The Current Insight: A Systematic Review	biology	13(12)	978	2024
中村健太郎, 鈴木直	がん・生殖医療～小児患者の妊孕性温存編～	母性衛生	65(4)	720-726	2025
原田美由紀, 鈴木直	『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』の概要	腫瘍内科	35(2)	191-195	2025
Shimadzu Kato M, Morishima T, Sakaniwa R, Nakata K, Kuwabara Y, Ikawa T, Iwaki Y, Miyashiro I.	Temporal changes in regional variations in cancer survival rates in Osaka, Japan (1997-2015).	Sci Rep.	15(1)	3854	2025

Nakata K, Gatellier L.	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for colorectal cancer in the world.	Jpn J Clin Oncol.	55(3)	311-312	2025
Botta L, Didonè F, Lopez-Cortes A, Nieto AC, Desandes E, Hjalgrim LL, Jakab Z, Stiller CA, Zeller B, Gatta G, Pritchard-Jones K; BENCHISTA Project Working Group (Working memberとしてNakata K)	International benchmarking of stage at diagnosis for six childhood solid tumours (the BENCHISTA project): a population-based, retrospective cohort study.	Lancet Child Adolesc Health.	9(2)	89-99	2025
Gatellier L, Nakata K.	Projection of the number of new brain and central nervous system cancer cases in the world.	Jpn J Clin Oncol.	54(12)	1358-1359	2024
Gatellier L, Nakata K.	Projection of the number of new lymphoma cases in the world.	Jpn J Clin Oncol.	54(11)	1228-1229	2024
Okawa S, Nakata K.	Projection of the number of new cases of skin cancer in the world.	Jpn J Clin Oncol.	54(8)	945-946	2024
Ota M, Taniguchi K, Hori M, Katanoda K, Nakata K, Miyashiro I, Matsuda T, Lee SW, Ito Y.	Trends in patterns of treatment and survival of colorectal cancer patients using cancer registry data in Japan: 1995-2015.	Cancer Sci.	115(8)	2786-2794	2024
Kudo H, Nakata K, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashi i Y, Miyashiro I.	Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan.	Int J Cancer.	155(5)	839-848.	2024
Nakata K, Charvat H.	Projection of the number of new cases of gallbladder cancer in the world.	Jpn J Clin Oncol.	54(4)	504-505.	2024
Ikawa T, Kuwabara Y, Nakata K, Kanayama N, Morimoto M, Miyashiro I, Konishi K.	Risk of thoracic soft tissue sarcoma after breast cancer radiotherapy: a population-based cohort study in Osaka, Japan.	J Radiat Res.	65(3)	272-278	2024

Maru, M. & Kawasaki Y.	Challenges in providing cancer nursing care to adolescents and young adults in Japan	Cancer Care Research Online	5(1)	3067	2025
向井幹夫	がん治療関連心機能障害　免疫関連有害事象としての心筋炎	臨床と研究	102(3)	265-270	2025
向井幹夫	前立腺癌のホルモン療法による副作用マネジメント-前立腺癌の診療のコツ-.	ESPOIR	7	32-35	2024
向井幹夫	Ⅶ　外来診療、がんサバイバーシップ.　がんサバイバーの晩期心血管毒性.	日本臨床 増刊号 腫瘍循環器学	82(2)	423-428	2024
樋口明子	メンタルヘルスの広場 「小児がんサバイバー(CCS)の移行期医療における心理社会的支援」	公益財団法人日本精神衛生会	197		2024

令和７年５月２６日

厚生労働大臣　　殿

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土 典宏

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）センター病院 乳腺･腫瘍内科・医長/診療科長（併任）

がん総合診療センター・センター長（併任）

（氏名・フリガナ）　清水　千佳子（シミズ　チカコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人国立国際医療研究センター・倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

その他（特記事項）

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

令和７年　５月　１日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立大学法人広島大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　越智　光夫

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　原爆放射線医科学研究所・教授

（氏名・フリガナ）　一戸　辰夫・イチノヘ　タツオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

令和７年５月１日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　聖路加国際大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　堀内　成子

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　聖路加国際病院・部長

（氏名・フリガナ）　小澤　美和・オザワ　ミワ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	聖路加国際大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

令和７年　４月　２１日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　兵庫県立大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國井　総一郎

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　看護学部・教授

（氏名・フリガナ）　川崎　優子・カワサキ　ユウコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	兵庫県立大学看護学部	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

令和７年５月１９日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　公立大学法人福島県立医科大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　竹之下　誠一

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部・講師

（氏名・フリガナ）　菅家　智史・カンケ　サトシ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

令和７年　５　月　13　日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　中央病院 腫瘍内科・医員

（氏名・フリガナ）　小島　勇貴・コジマ　ユウキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

2024年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名 理事長

氏　名 中釜　斉

次の職員の（令和）５年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究　(23EA1017)

３．研究者名　（所属部署・職名）　サポーティブケアセンター・副サポーティブケアセンター長

（氏名・フリガナ）　坂本　はと恵・サカモト　ハトエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年　５月　26　日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 キャンサー・ソリューションズ株式会社

所属研究機関長　職　名　代表取締役社長

氏　名　桜井　なおみ

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　なし　・　代表取締役社長

（氏名・フリガナ）　桜井　なおみ　（サクライ　ナオミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

令和７年５月２６日

厚生労働大臣　　殿

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土 典宏

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）センター病院 がん総合内科診療科・医長/診療科長（併任）

乳腺･腫瘍内科・医師（併任）

（氏名・フリガナ）　下村 昭彦（シモムラ アキヒコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人国立国際医療研究センター・倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

その他（特記事項）

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

2025年3月26日

厚生労働大臣　殿

機関名　聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　北川　博昭

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

2．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

3．研究者名　（所属部署・職名）医学部・主任教授

（氏名・フリガナ）鈴木　直・スズキ　ナオ

4．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

6．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年5月2日

厚生労働大臣　殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター
所属研究機関長 職　名 総　長
氏　名 松浦　成昭

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　血液内科　医長

（氏名・フリガナ）　多田　雄真・タダ　ユウマ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立国際医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年5月2日

厚生労働大臣　殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター
所属研究機関長　職　名 総　長
氏　名 松浦　成昭

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　がん対策センター政策情報部　部長

（氏名・フリガナ）　中田　佳世・ナカタ　カヨ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立国際医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 5 月 8 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名　独立行政法人国立病院機構
名古屋医療センター

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　小寺　泰弘

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　小児科・医長

（氏名・フリガナ）　前田尚子・マエダナオコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立国際医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

令和７年５月７日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　兵庫県立大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國井総一郎

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　看護学部・教授

（氏名・フリガナ）　丸　光惠・マル　ミツエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	兵庫県立大学看護学部	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

令和7年5月2日

厚生労働大臣　殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター
所属研究機関長 職　名 総　長
氏　名 松浦　成昭

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　成人病ドック科　特別研究員

（氏名・フリガナ）　向井　幹夫・ムカイ　ミキオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立国際医療研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和７年　４月　２８日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　聖隷三方原病院

所属研究機関長　職　名　病院長

氏　名　山本　貴道

次の職員の令和６年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　小児・AYA 世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断された AYA 世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究（23EA1017）

３．研究者名　（所属部署・職名）　緩和支持治療科　・　部長

（氏名・フリガナ）　森　雅紀　・　モリ　マサノリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）