

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）

分担研究報告書

思春期・若年成人（AYA 世代）患者におけるリウマチ医療体制に資する研究

成人移行患者および AYA 世代患者に対する、

診療科間連携および医療機関間連携の実態調査の結果報告書

研究分担者 檜崎秀彦 日本医科大学医学部小児科 准教授

松井利浩 国立病院機構相模原病院臨床研究センターリウマチ性疾患研究部 部長

矢嶋宣幸 昭和医科大学医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門 教授

全体のまとめ

本調査により、移行期医療は一定程度実施されているものの、制度化された連携体制や多職種協働は未成熟であり、特に精神科・産婦人科連携およびプレコンセプションケアの実装には大きなばらつきが認められた。

また、支援ツールや制度の認知と実際の活用との間に乖離が存在し、さらに移行期医療支援センターの認知不足および相談先の不明確さが顕著であった。

これらの結果は、わが国の移行期医療が個々の医療者に依存した属人的な運用から、標準化・制度化された組織的体制への転換が求められる。

アンケート調査について詳細報告

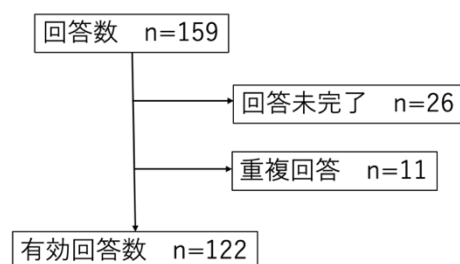
研究デザインと対象者

本アンケート調査は、日本リウマチ学会（JCR）の移行期ケア小委員会と共同で実施されたものであり、成人リウマチ診療および小児リウマチ診療の経験豊富な専門家である、JCR および日本小児リウマチ学会（PRAJ）の評議員・理事を調査対象として実施された。

回答のスクリーニングおよび重複処理

分析に先立ち、提出されたアンケート（159 回答）をスクリーニングし、不完全なアンケート（26 回答）は除外した。重複回答とは、同一機関内の同一診療科からの重複した提出と定義し、診療科または施設レベルの特徴の重複集計を最小限に抑えるために除外した（11 回答）。

同一機関内の異なる専門分野から回答が提出された場合、本研究は成人リウマチ学と小児リウマチ学の視点を比較することを目的としていたため、それらを独立した観察データとして保持し、最終的に 122 回答を解析対象とした。



アンケート

JCR 移行期ケア小委員会のメンバーを含む移行期ケアの専門家によって以下の 10 の領域で構成されたアンケートを作成した。

1. 回答者の特性
2. 小児リウマチ性疾患の成人移行に関する実態
3. 連携体制、資材・支援ツールの認知状況
4. 移行期医療の課題・成功例・不成功例
5. 精神科との連携
6. 産婦人科との連携
7. プレコンセプションケア
8. 里帰り出産への対応
9. AYA 世代医療
10. 制度・支援機関の認知

調査手順

2025 年 2 月 19 日から 4 月 26 日まで、SurveyMonkey® (Momentive Inc., San Mateo, CA, USA) のシステムを利用して Web アンケートを実施した。

回答者のリクルートは JCR, PRAJ 両学会の事務局へ依頼し、メールで行った。アンケートの提出をもって、インフォームド・コンセントが得られたものとみなした。

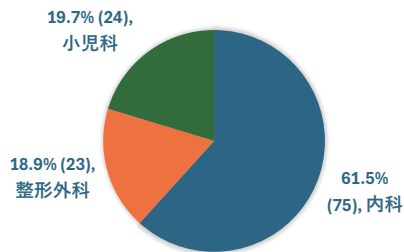
定義とグループ分け

回答者は、専門分野（成人診療科および小児科）に基づき、2 つのグループに分類された。また、地域別には、5 大都市（東京、札幌、名古屋、大阪、福岡）とその他の地域に分類された。施設の種類・規模は、主に報告された病床数に基づいて分類された。そのため、2 つの小児病院（290 床および 200 床）は、規模に基づく集計において一般病院のカテゴリーに含めた。

調査結果

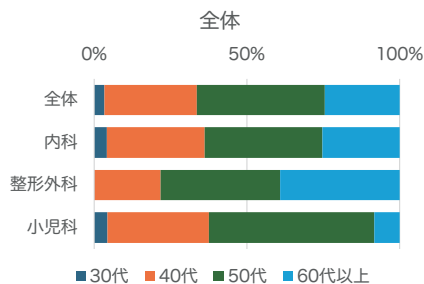
1. 回答者の特性

診療科分布



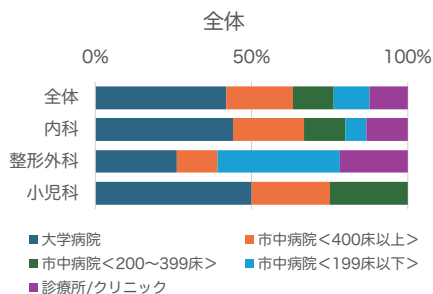
本調査は成人リウマチ科と小児科の双方から回答を得ており、移行期医療に関する多面的な視点を反映している。両診療科のバランスが確保されていることから、診療科間連携の実態把握として妥当なサンプル構成と考えられる。

年齢分布



中堅～ベテラン医師の回答が中心であり、臨床経験に基づく実態を反映している。一方で若手医師の割合は相対的に少なく、今後の世代間ギャップの評価が課題となる可能性がある。

所属施設の規模



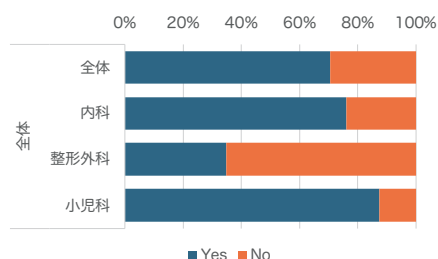
大規模施設（大学病院等）に偏る傾向がみられる。特に小児科ではクリニックでのフォローアップ症例がない。

まとめ

本調査は成人診療科および小児科の双方から回答を得ており、診療科間比較が可能な構成であった。回答者は中堅～ベテラン医師が中心であり、臨床実態を反映した結果と考えられる。一方で大規模施設への偏在がみられ、地域医療や若手医師の視点は十分に反映されていない可能性がある。

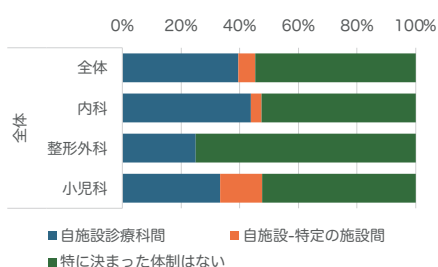
2. 小児リウマチ性疾患の成人移行に関する実態

移行症例の受入・紹介の実施状況



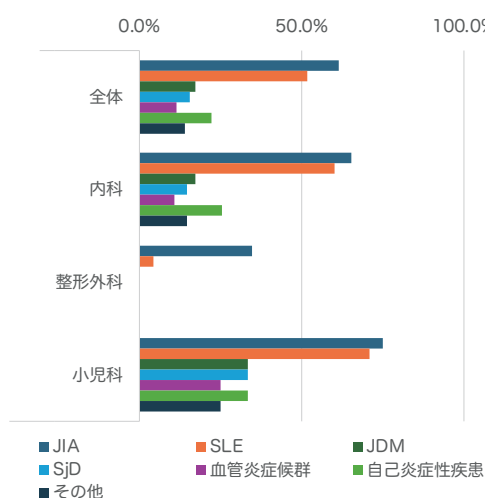
多くの施設で移行症例の受入または紹介が行われており、移行医療は日常診療として一定程度定着している。
しかし一部では関与が限定的であり、施設間格差の存在が示唆される。

移行における主たる連携体制



明確な制度化された連携体制は少なく、個別対応に依存している実態が明らかとなった。
特に進学・就職に伴う転居が連携の契機となるケースが多く、計画的移行が十分ではない可能性がある。

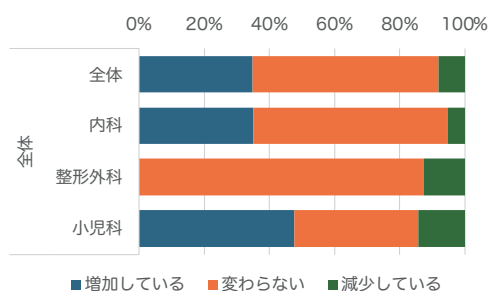
対象疾患の内訳



JIA および SLE が大半を占め、移行医療の中心的対象疾患であることが確認された。

他疾患は相対的に少なく、疾患ごとの対応体制の差異が今後の検討課題である。

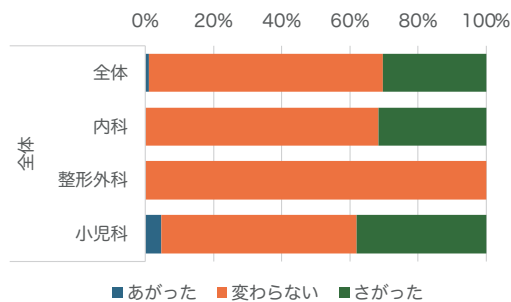
移行症例数の変化



移行症例数は「増加」または「不変」が多く、全体として需要は維持または増加傾向にある。

移行医療の必要性は今後も継続すると考えられる。

移行の(受入/紹介)ハードルの変化



「変わらない」が最多であり、構造的課題が依然として解決されていないことを示す。

一方で「低下」とする回答では、移行期医療の認知向上や連携強化が要因として挙げられている。

自由記載

成人診療科(受入)

変わらない

① 診療体制・担当医の継続性に関する理由

- ・ 院内での移行のため、医師の変更も無いからだと思います。
- ・ 疾患コントロールが良好なため 実施体制に変化がない
- ・ 私一人での診療体制のため 定期的にご紹介いただいている状況
- ・ 当科は0歳から100歳の自己免疫疾患と自己炎症性疾患に対する診療を提供しているため、多くの症例は科内での移行です。
- ・ 当科は新しい診療科なので以前から変わらず受け入れのハードルは低いです

② 連携・紹介体制に関する理由

- ・ 紹介元の医療機関から詳細な紹介状を頂き、当院で同じ治療が継続できるのかを確認してから受け入れている。
- ・ 紹介されたら受け入れているため
- ・ これまでも依頼があれば受け入れていた 以前から小児科の専門医と連携し診察を継続してきているから
- ・ 以前から緊密に連携しているから。
- ・ もともと受け入れは断っておらず、紹介数が不変だったため

③ 移行に対する方針・柔軟性

- ・ 成人に達したら成人診療科が担当することに今も昔も異存ないから。
- ・ 来るものは拒まず自然に。

④ 施設内支援体制・環境

- ・ 同施設内に若年性発症リウマチ性疾患を診療する小児科医もあり、また成人診療科（自分の所属する科）でも成人移行患者を診療する医師が複数いることから、
- ・ 困った際に気軽に相談できる手段・環境がある。
- ・ この3年間の間にAYA世代診療サポート支援チームが発足したため、診療はしやすくなりました。

⑤ 診療状況・変化に関する記述

- ・ 現勤務先での診療は1年前からなので増減は不明です。
- ・ 以前と特別な変化なし

さがった

① 移行期医療の普及・啓発の影響

- ・ 移行期医療が広がっているから
- ・ 移行期医療の認知が浸透してきたからでしょうか。
- ・ 移行期医療の認知が高まったからだと思います
- ・ 経験値
- ・ 医療界で移行医療についての理解が広まった
- ・ 小児科と内科がお互いに成人移行に慣れてきている。
- ・ 第一に移行期医療の概念が浸透したこと。これにより成人リウマチ科医と小児リウマチ科医がお互いに患者をやり取りしあう当事者であるという意識が生まれたことによると思います。
- ・ 移行期医療が啓蒙されてきたから

② 医療機関・診療科の体制や環境の整備

- ・ 当院の体制が充実してきたから
- ・ 診療科間連携および医療機関間連携、という言葉が浸透してきた
- ・ トランジションについて紹介元と相談する場を設けたため。
- ・ 経験症例が増えたから。

③ その他・中立的・不明確な回答

- ・ 紹介元側のモチベーション次第かと思います。
- ・ 特に理由なし

小児科(紹介)

あがった

- ・ 勤務地異動により、周辺に小児リウマチ性疾患を診てくれるクリニックがないため。

変わらない

① 従来からの方針・実績に基づく紹介

- ・ もともと状況に応じて成人科に紹介していた
- ・ 県内の紹介先はある程度決まっているため 以前から地域の膠原病研究会などで、顔見知りの先生に紹介しているから。

② 地域性・地方における課題

- ・ 小児科からの慢性疾患を引き受けたくないという内科医の深層心理は変わっていない印象を持ってしまう。(移行期医療が地方までは普及していない点もあるか)
- ・ 無理やり内科に紹介しないで、進学先の小児担当科にきいてからにしたためハードルがさがった反面、内科と共通の勉強会などが地方では消失しつつあり、顔を知った連携ができなくなった。

さがった

① 成人診療科・内科側の理解と協力の向上

- ・ 内科側の理解の浸透 成人科の先生とのコミュニケーションが増えたため
- ・ 成人診療科側が快く紹介を受けてくれるから。
- ・ 以前は内科医側が、成人患者でも小児科でフォローアップしている患者の主診療科は小児科であるという態度であったが、改められてきた。
- ・ 内科の先生方への移行期に対する考えが浸透した。

② 連携・紹介の円滑化

- ・ 一度紹介した病院や医師には再度紹介しやすくなる
- ・ 連携がとりやすくなっている。

③ 施設内の診療体制の利点

- ・ 当科は内科小児科が一緒に診療しているため、成人外来と小児外来の行き来の自由度が高い

④ 社会的認知の進展

- ・ 成人移行の認知度の上昇

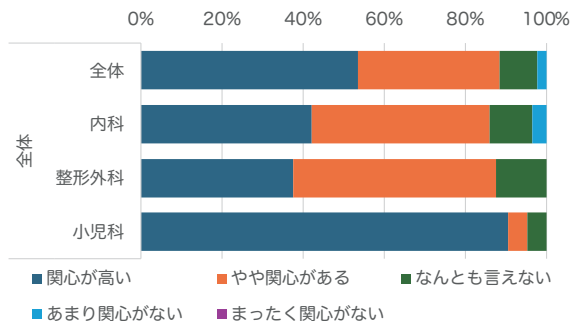
まとめ

移行症例の受入・紹介は約7割で実施されており、移行医療は一定程度日常診療として定着していた。一方で、連携体制は制度化されておらず、個別対応に依存している実態が明らかとなった。移行の契機は進学・就職など受動的要因が多く、計画的移行は十分に実施されていない可能性が示唆された。

また、移行ハードルは「変わらない」が多数を占め、構造的課題が継続していることが示された。

3. 連携体制、資材・支援ツールの認知状況

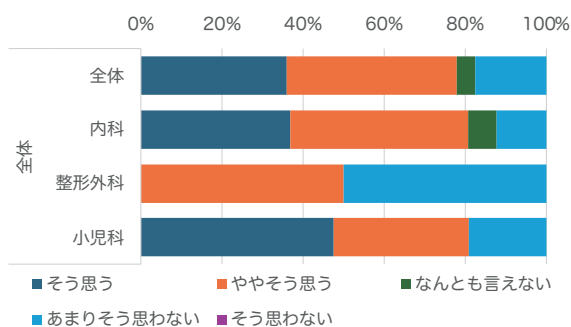
移行期医療への関心



成人科・小児科ともに高い関心（80–90%以上）が示されており、医療者の意識は十分に高い。

実践との乖離（＝関心は高いが体制が不十分）が示唆される。

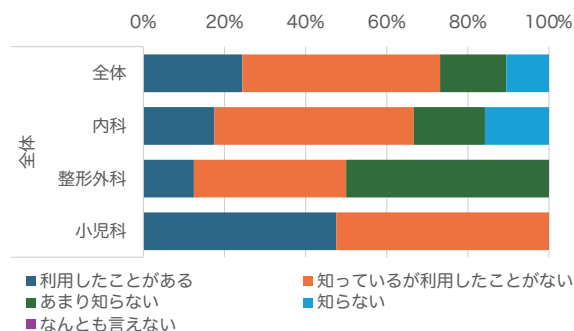
関心度の変化



約75%以上で関心の上昇が認められ、移行期医療の重要性が広く認識されつつある。

特に地方での関心上昇が顕著であり、地域医療への波及が進んでいる可能性がある。

「成人リウマチ医のための移行支援ガイド」の認知



認知度は一定程度あるものの、実際の活用率は低い。

「知っているが使っていない」というギャップが大きく、実装の障壁が存在する。

成人診療科

利用したことがある

◎ポジティブ

- 移行における問題点も含めて詳細に書かれていると思いますが、できればアップデートして欲しい（2020年版が最新？）
- いつもお世話になりましてありがとうございます。我々は成人科ですが、スタッフも成人移行に関してより勉強したり実践したいという意見が多く、そういった機会がたくさんあると良いと思います。ありがとうございます。
- 知りたいことがコンパクトにまとまっている良書です。
- 初診時に、本人と保護者に記入いただき、状況把握に活用している。
- 小児の膠原病各疾患の特徴や移行症例の心理的問題を特に参考にした。
- 参考になります。

×ネガティブ

- もっとたくさんの疾患についての情報が欲しい
- 全ての施設がガイドラインに書いてある内容に従うことは難しいと思います
- 実際に移行症例をみるのが少なく、あまり活用できていない

知っているが利用したことがない

◎ポジティブ

- 良く書かれたガイドと思います。
- 大変有意義な取り組みと考えています。
- 成人科、小児科が連携してAYA世代の患者さんにアプローチするのに非常に意義あるガイドラインと思います。
- 過去5年で移行期医療への理解がかなり進んだ事もあり、治療の継続や自己管理、心理社会的サポートにもフォーカスしたガイドラインは有用と思います。
- 実際の医療間での連携の難しさ（専門施設の遍在、経過の長い患者さんのデータ共有など）、小児リウマチの経験に乏しい成人科、妊娠出産や生活習慣病の交絡する状態への経験が乏しい小児科、それぞれの科がお互いの科に対する基本的な知識の習得を前向きに行えるような場やシステムの構築があると良いと思います。
- ありがとうございました
- このようなものが整備されることは意義のあることと考えます。

×ネガティブ

- しかしまだまだ十分に活用出来ていないと思われます。
- 見ていないのでなんとも。動画などにすると良いかもしれないですね。
- 特にございません。

小児科

利用したことがある

◎ポジティブ

- 役に立っている
- 基本的な事項が分かりやすく書いてある
- とても分かりやすいので成人診療科医に知ってほしいです。
- わかりやすく、丁寧な解説が加えられている
- とても分かり易く、とても役に立っている。

×ネガティブ／改善希望

- 一般的にまだ認知度が低いと思われる。
- 病態や治療についても重要だが、保護者への対応方法（一般的な患児の親としての考え方をふまえて）や症例提示などもあって良いかもしれない。

知っているが利用したことがない

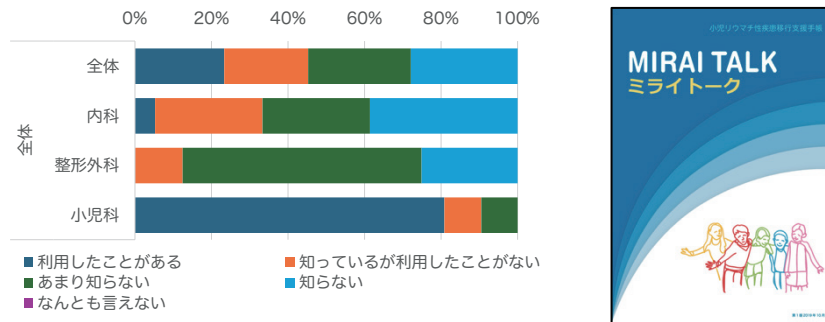
◎ポジティブ

- ガイドラインでよくある、クリニカルクエスションの後に、短文でまとめた回答があって、そのあとに現版で記載されている答えと解説があるという形が手取りやすく、使いやすい。

状況説明（改善点含む）

- どのような患者さんも、高校や大学進学に合わせて、成人科を併診してもらいながら、徐々に移行する体制を既に確立しており、20歳以上の患者さんが元々は多かったがほぼ全員移行してしまったため、今は逆に少なくなった。

「ミライトーク」の認知・利用



成人科での認知・利用が著しく低く、移行後の活用が進んでいない。

小児科主導のツールとなっており、診療科間での連続性が確保されていない。

デジタル化・簡便化などの改善ニーズが明確である。

利用したことがある(成人科)

- 大変すばらしいツールと認識しております。
- ・成人科医は患者さんが持参したものを見ることはあっても、自ら使用する状況にはない。・本来は電子化されて、自院の電カルに取り込めるとよい。
- 小児科通院中に記入したものを、内科初診時に持参いただけると有用と思う。主に移行元で作成されるものと認識しております。
- 今後、作成されたミライトークをもった患者さんが転科してくると考えています。
- 参考になります。

知っているが利用したことがない(成人科)

- 患者さんとのコミュニケーションツールとしても価値のある資材だと思います。
- 中学生以上の方を想定したものではありませんが、年少児の保護者の疾患や治療への理解にも役立つものと思います。ただ継続した記録には医療者からの促しやフィードバックが不可欠です。今後の医療者への啓蒙活動を期待しています。
- 持ち運びしやすい大きさのものと良いと感じております。
- 患者さんに利用をすすめるが、活用されていない。

利用したことがある(小児科)

- 患者にも事前の準備が必要であることが伝わるので、とても良いと思います。
- 内容が充実しておりいいが、患者さんからは埋めるのが大変すぎるという意見も多い。
- もともと外来で使用している、やや記入すべき内容が多い。
- なかなか本人が書き入れることはむずかしそう（過去の治療歴とか）。難病支援の方とかが、一緒に調べながら書いてくれれば医師の負担がへるし、教育にもなる。
- 患者に親とともに自分の歴史を振り返ってもらう良い契機となる。自立（自律）支援のツールとして利用するが、その後の活用についてはわからない
- とても有用である。

知っているが利用したことがない(小児科)

- 患者・医師の意識を高める意味で良いと思いますが、利用したことはありません。
- ミライトークを話して渡しても利用はされない。

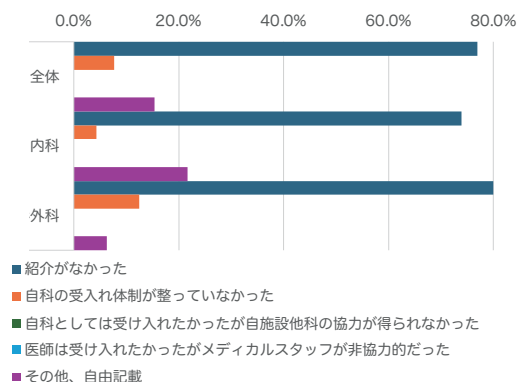
まとめ

移行期医療への関心は 80-90%以上と高く、近年さらに上昇傾向が認められた。一方で、支援ツールは「認知はあるが活用されていない」という乖離が明確であった。特に成人診療科におけるツール利用率は低く、診療科間で支援の連続性が確保されていない可能性が示された。

→ 意識は高まっているが実装されていない

4. 移行期医療の課題・成功例・不成功例

受け入れていない理由（成人科）



主な課題は以下に集約される：

人的資源不足、成人科の疾患理解不足、
制度・経済的問題(小児慢性→指定難病)、
患者・家族の心理社会的問題、
医療体制・制度・教育の多層的課題が
存在する。

自由記載

- 一年前に異動してきましたので、これ以前の状況は正確には把握できていません。
- 小児発症だが成人移行完了後の紹介だった。
- 大学小児科からの移行例、転居に伴う他県からの移行例など、依頼があればすべてうけいれています。
- 並診しますが、基本的に内科紹介となります。
- 他医師は受け入れがあった可能性がある。

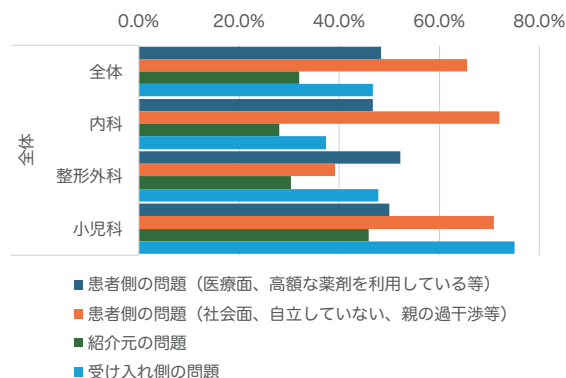
紹介していない理由（小児科）

- 患者の希望（1件）
- 紹介する患者がいなかった（3件）

その他、移行患者受入についてご意見・ご希望

- ✓ 大学病院など人員の豊富なところでなければ難しいと思います。
- ✓ 紹介があればいつでも受け入れますが、田舎の病院ですので、若年者が少なく高齢者ばかりです。
- ✓ 移行患者受け入れは可能です。
- ✓ 計画的妊娠など妊娠に関する指導もやってほしい（少なくとも中学生になったら）
- ✓ 一定期間、現在の小児科主治医と2人主治医制にして、家族を含めた当事者の受け入れ状況を見て、徐々に移行するのも一法かと思います。
- ✓ 長期に通院しているJIAや小児発症SLEをフォローしていますが、直近3年では小児科からの紹介はありません。
- ✓ 診療が難しいです

移行期医療の問題点



成人診療科自由記載

医療体制・資源の課題

- ・ 大学病院内科外来では包括的対応が難しい（学校との調整など社会面含む）
- ・ 成人科も患者が集中しマンパワー不足
- ・ 病院の都合でイラスト使用患者を受け入れられなかった（薬剤購入費の問題）
- ・ 田舎で通院希望者が少ない
- ・ 受け入れが少なく問題点がわかっていない
- ・ まだ小児リウマチ性疾患の病態や治療指針を把握できていない
- ・ 成人と小児で薬剤選択が異なりやりにくさを感じる
- ・ 当院では受け入れ症例がないので成功例を提示してほしい

診療上の課題・困難

- ・ 診療が難しい
- ・ 慣れた小児科医を離れることへの不安
- ・ 確定診断がつかないまま推移したケース
- ・ 定期受診しない例
- ・ 関節炎が落ち着けば内科、強ければ整形と分ける判断
- ・ 小児から成人に移行できない疾患で治療継続が困難
- ・ JIA で Bio 使用→指定難病で通らず医療費払えず中止

経済的負担・制度上の課題

- ・ 高額治療の負担を成人になったら説明してほしい
- ・ 小児慢性から指定難病になると経済負担増
- ・ 小児の福祉制度がなくなった後の高額薬剤使用可否に留意
- ・ JIA で Bio 使用していて医療費払えず中止例

患者・家族の心理社会的課題

- ・ 患者の自立性が低く依存度が高い
- ・ 親の過干渉（背景的にやむなし）
- ・ 慣れた主治医を離れることの不安

連携・仕組みの提案・意見

- ・ 仕組みの整備が必要
- ・ 個々のケースに柔軟に対応できる体制構築
- ・ 共通認識・基準づくりが必要
- ・ 小児科主治医と成人科医の2人主治医制など段階的移行
- ・ 移行支援プログラムの充実と転科後の移行元受診機会の確保
- ・ 福祉面の変化を踏まえた準備（指定難病の申請など）
- ・ 成人担当側の「待つ姿勢」と小児担当側の「手放す姿勢」が重要
- ・ 経済的補助がぶつ切りにならないように
- ・ 成功例の提示を希望
- ・ もっと積極的に受け入れ可能としたい

小児科自由記載

人的資源・施設体制の課題

- ・ 移行期医療を積極的に進める環境に乏しい
- ・ 移行期医療支援センターがあれば良いが、症例数を考えると都会以外では現実的でない
- ・ 外来看護師のマンパワーが少なく、マニュアルを作成しても運用が困難
- ・ マニュアルを積極的に使用しない医師もあり、個々の医師の裁量に依存してしまう
- ・ 開業医（特に整形でリウマチ医）は混んでいて受け入れ困難
- ・ 関東圏（特に埼玉県）では成人施設がないと保健所で説明される

診療上の課題

- ・ 小児慢性特定疾患制度からの変更時の問題
- ・ 成人科側で自己炎症性疾患に関する知識不足
- ・ JIA と RA で薬剤適応が違うため内科に断られた例
- ・ 希望しない移行医療や重度知的障害・重心の方が混同されている
- ・ さまざまな家族背景があり、画一的に対応できない
- ・ 短時間診療に適應できる自立を確立する必要がある

提案・改善案

- ・ 移行期医療を自施設でプログラムとして確立するのが望ましい
- ・ 移行期医療支援センターのような機能があると良い

その他・現状評価

- ・ 特に問題はなくなってきた（チェックしないと進めない仕組みになっているため）

成功事例：成人科自由記載

移行期医療が順調に進んでいる・成功例

- ・ 小児科医師から内科医師への変更ハードルは無かった
- ・ 過去の JIA からの移行は順調に診療継続中
- ・ 整形外科と内科リウマチ科の連携で薬剤減量できた
- ・ SLE 女性で成人後に本人主体で診療し、就職・結婚・妊娠出産までうまくいった例
- ・ 他施設経験でも問題なく移行例診療が可能
- ・ 大学病院時代も通院継続
- ・ 帰省時の生物学的製剤投与は紹介元と連携して継続
- ・ 当院では併診期間を設ける場合とそうでない場合があるが概ねうまくいっている
- ・ 学校と相談し受診曜日調整
- ・ フレア時に紹介元の先生に相談できた
- ・ 地域連携室を通じて情報共有し点滴ベッド確保
- ・ 高安動脈炎で小児科・内科共診し妊娠出産後に成人移行
- ・ 小児科の先生からすんなり移行（病状安定のため）
- ・ 紹介事例は特に問題なく継続
- ・ 普通は成功する
- ・ 概ね成功しており、書くほどの問題なし
- ・ 受診中断やキャンセル経験なし
- ・ 最初は両方に通い段階的に移行
- ・ 整形→内科でフォロー調整
- ・ 小児期から小児科とリウマチ科併診
- ・ 2 例でドラッグフリー達成
- ・ JIA・SLE で整形、小児科から受け入れ継続できている
- ・ 患者自身で移行を申し出て受診

移行において重要と考えられている要素

- ・ 受ける側（成人側）の体制が一番大事
- ・ 親元から通院し、肉親がサポートする例はうまくいく
- ・ 紹介元との随時相談や情報共有が有用
- ・ 段階的な併診期間を設ける方法も有効
- ・ 学校との調整（受診曜日）もポイント
- ・ 患者が病識を持ち治療継続の必要性を理解していると問題なし

課題・困難な例

- ・ 患者が病識に乏しい場合、通院が途絶え再開できない場合がある
- ・ 継続診療できているが難治例や後遺症が残存する例が多い

その他

- ・ 経験がない
- ・ 特に問題はなく経過している（小慢の申請書を小児科医と連名で作成）
- ・ 寛解状態が持続し継続治療中
- ・ TNF 阻害薬が成人移行前に中止でき、大学生となり転居

成功事例：小児科自由記載

うまくいっている事例・成功の要因

- ・ 小児科で患者が一人での診察を継続していた場合は問題なく移行できている
- ・ 成人科でもよくある疾患（RF 陽性 JIA、SLE など）は移行しやすい
- ・ 患者本人の意見や希望を聞きつつ半年～1 年間は小児科と併診して移行することでうまくいった
- ・ 信頼できる医師（研究会などで人となりが分かっている）へ直接話して紹介
- ・ 何度か内科と小児科を往復してもらい、十分な情報共有をして移行
- ・ 全員高校卒業のタイミングで成人科へ移行しており、移行自体は成功している

移行支援の具体的取り組み

- ・ 医師・看護師・ソーシャルワーカーからなる成人移行支援チームを作成
- ・ 移行遅延の要因抽出、外部連絡、患者教育、サポート体制の情報共有と役割認知
- ・ 一人ひとりの方向性を定期会議で確認し、スムーズな移行支援を実現
- ・ 併診することでスムーズに進むことが多い

課題・困難な例

- ・ 患者自身が「もう小児科は嫌だ」と言った例や遠方への紹介例では例外あり
- ・ 併診が全例でうまくいくわけではない
- ・ フィードバックが十分に得られない（問題点の把握が難しい）

その他・補足

- ・ たくさんあるので書ききれない（移行事例が多いことの示唆）

不成功例：成人診療科

	全体		五大都市		それ以外	
	内科	整形外科	内科	整形外科	内科	整形外科
無断キャンセルが多い	4.9%(6)	2.7%(2)	8.7%(2)	4.2%(1)	9.8%(4)	3.7%(1)
受診が途切れた	8.2%(10)	2.7%(2)	17.4%(4)	4.2%(1)	14.6%(6)	3.7%(1)
服薬遵守不良	13.1%(16)	5.3%(4)	13.0%(3)	4.2%(1)	31.7%(13)	11.1%(3)
発生した問題がある	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)	0.0%(0)
その他（自由記載）	32.8%(40)	21.3%(16)	56.5%(13)	25.0%(6)	65.9%(27)	37.0%(10)

その他（自由記載）

患者背景・社会的要因

- ・ 独居や孤独があらゆる病気のリスクになる
- ・ 大変な病気を抱えて一人で人生を戦っていくのはとてもしんどい
- ・ 予期せぬ妊娠
- ・ 移行後に高額医療費負担が発生する
- ・ 就職・入職で受け入れ後すぐに転院希望される
- ・ 大学生となり遠方から紹介 → 学生生活や就活で薬剤減量を積極的にできないことあり
- ・ 転勤で他地域の病院へ紹介

医療体制・診療側の問題

- ・ 受診曜日・時間帯の希望が当院の体制に合わない
- ・ 非専門医によりガイドラインとは異なる治療を受けていた → 標準治療を受け入れられない
- ・ 転科は成立したが移行支援が全く行われず、福祉面の調整や妊娠禁忌薬の教育などすべて引き受けた
- ・ 大学病院で受け入れ医師数が多く、個別担当患者数が多くない

患者の自立・意思疎通

- ・ 患者の精神的な自立度に課題がある
- ・ 意思疎通に時間がかかる症例がある
- ・ 小児期の診断について関係各科で認識が違っていた
- ・ 小児科で教育されているのか自立した受診の患者が多い（ポジティブな例）
- ・ 小児科が良かったため、ベンリスタやバイオ導入で患者が泣いてしまった

治療内容・医療費の課題

- ・ 小児科発症 SLE で就職を契機に内服コンプライアンス悪化、妊娠リテラシーも乏しく子を諦めた
- ・ JIA で難病が切れて生物学的製剤が使えず RA 活動性が上昇
- ・ バイオを勧めたら泣かれた
- ・ 小慢ではなく通常の指定難病書類を作成

成功事例と対応策

- ・ はじめは小児科と並行して受診し、不成功例はなし
- ・ 不成功例はないが意思疎通に時間がかかる患者もいる
- ・ 患者と家族との信頼関係を移行後に築きにくい
- ・ 大学病院では特に問題なし（担当患者数が少ないため）

受診が途切れたタイミング

	全体		五大都市		それ以外	
	内科	整形外科	内科	整形外科	内科	整形外科
小児科から受診予定と聞いていたが一度も受診なし						
受診して診察を受けたが、その後受診が途切れた						
(自由記載)						
計	10	2	4	1	6	1

- 学業が忙しい時期に受診が途絶えたが、その後通院を再開した。
- かつて、小児リウマチ患者さんは、大人になっても、低身長、ひどい変形が残存し、無職であり、診療する間隔がのびてきて来院しなくなってしまうことが多かった。現在は治療薬があり、受診する意味がありますので来てくださっています。

最終受診はいつ頃か

	全体		五大都市		それ以外	
	内科	整形外科	内科	整形外科	内科	整形外科
初診のみ						
初診から3か月未満						
初診から3か月以上6か月未満						
初診から6か月以上1年未満						
初診から1年以上						
計	9	2	3	1	6	1

不成功例：小児科

	全体 小児科	五大都市 小児科	それ以外 小児科
小児科に戻ってきた。	11	2	9
無断キャンセルが多いと連絡があった。			
受診が途切れたと連絡があった。			
服薬遵守不良と連絡があった。	1		1
発生した問題があると連絡があった。			
その他（自由記載）	12	5	7

その他（自由記載）

多診療科にまたがる疾患の課題

- ・ 多臓器にわたる疾患では、本来は成人科のどこかがメイン診療科になるべきだが、どこもメインになりたがらない
- ・ その結果、患者が困ったときにどの科を受診すべきかわからず、総合診療の受診先として小児科が継続受診となってしまう

移行支援の具体的支援状況

- ・ 看護師が介入している
- ・ 転居による移行後、その後のフィードバックはほぼない

成功・把握状況

- ・ 移行自体が不成功だった患者は 0 人
- ・ ただし、移行後に問題が生じているかどうかは正確には把握できていない

事例

- ・ リウマチ分野では該当なし
- ・ 先天性心疾患をもった腹膜透析患者では該当あり

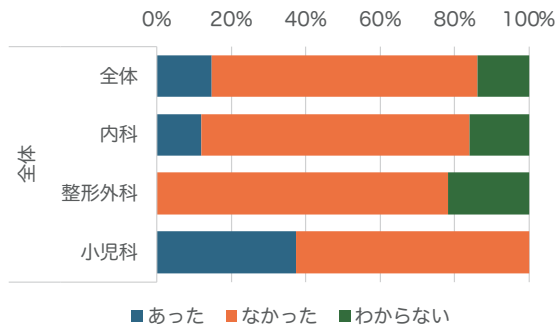
まとめ

移行医療の成功には、段階的併診と診療科間の密な情報共有が重要である一方、不成功例では情報不足・心理社会的問題・経済的要因が大きく関与していた。

成人診療科では受入体制・知識不足、小児科では人員不足や紹介先の制約が主な課題として認識されており、診療科ごとに異なるボトルネックが存在した。

5. 精神科との連携

移行患者に関して精神神経科との連携必要性

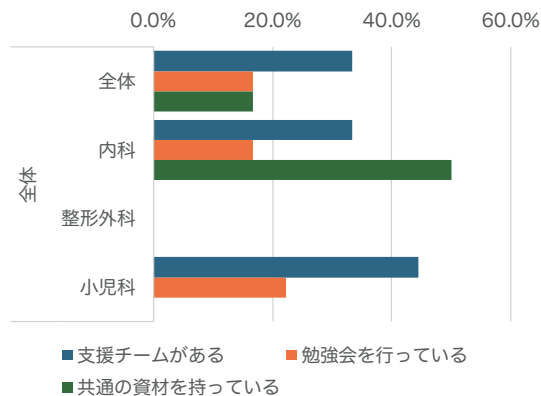


全体では、精神神経科との連携が「必要であった」と回答した割合は14.8%にとどまり、「必要なかった」が71.3%を占めた。

診療科別では、小児科で「必要であった」とする割合が37.5%と最も高く、内科（12.0%）、整形外科（0%）と比較して顕著であった。

この結果は、小児科診療において心理社会的問題への関与が相対的に高いことを反映している可能性がある。

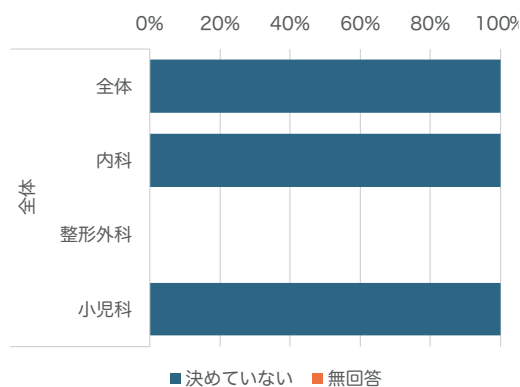
精神科連携のためにも多職種協力体制



全体では、「支援チームがある」と回答した割合は33.3%にとどまり、多職種連携体制の整備は限定的であった。

「勉強会を行っている」および「共通の資材を有している」はいずれも16.7%と低く、体系的な連携基盤は十分に構築されていないことが示唆された。

精神科連携時に提供する情報の取り決め



精神科との連携時に提供する情報について、「あらかじめ取り決めている」と回答した施設は認められず、全体で100%が「決めていない」と回答した。この傾向は診療科別（内科・小児科）および地域別（五大都市・それ以外）においても一貫しており、情報共有の標準化が全く整備されていない実態が明らかとなった。

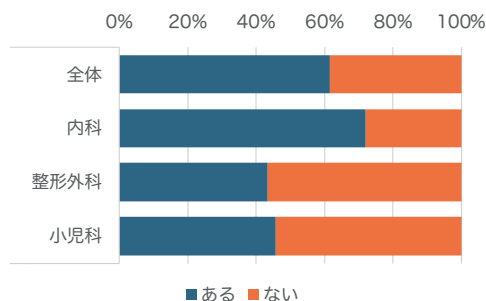
まとめ

精神科連携の実施率は低く（14.8%）、必要性は認識されているものの実際の連携は限定的であった。さらに、情報共有の取り決めは全施設で未整備であり、連携プロセスの標準化が全く進んでいない実態が明らかとなった。

→ 「必要性はあるが連携システムがない」領域

6. 産婦人科との連携

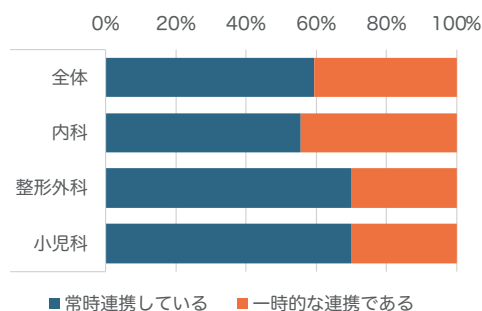
直近3年間の産婦人科との連携状況



全体では、産婦人科との連携が「あった」と回答した割合は61.5%であり、過半数の施設で何らかの連携が実施されていた。

一方で、約4割（38.5%）は連携がなかったと回答しており、施設間で対応状況にばらつきが認められた。

産婦人科連携の継続性

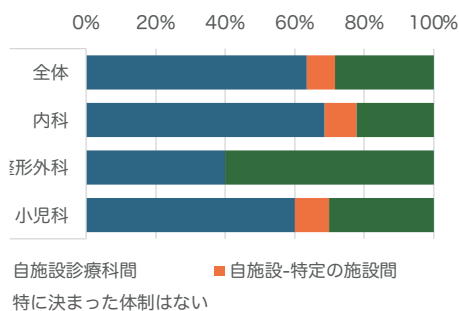


全体では、「常時連携している」と回答した割合は58.7%であり、

「一時的な連携である」40.0%を上回った。

産婦人科との連携がある施設の中でも、約4割は一時的対応にとどまっていることが明らかとなった。

主たる産婦人科との連携体制

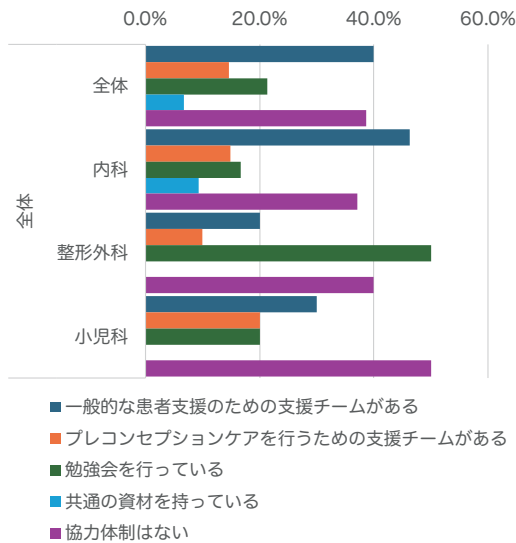


全体では、「自施設内診療科間での連携」が62.7%と最も多く、主たる連携は院内で完結しているケースが多数を占めた。

一方で、「特に決まった体制はない」とする回答も28.0%に認められ、一定数の施設では連携体制が明確に構築されていないことが示された。

「特定の外部施設との連携」は8.0%にとどまり、施設間での固定的な連携ネットワークは限定的であった。

産婦人科連携のためにも多職種協力体制

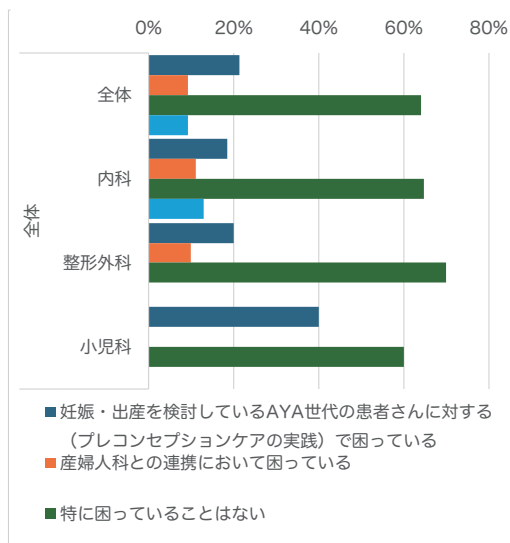


全体では、「一般的な患者支援のための支援チームがある」が40.0%であった一方、「協力体制はない」とする回答も38.7%と同程度に認められた。

「プレコンセプションケアのための支援チーム」は14.7%と低率であり、妊娠を見据えた支援体制は十分に整備されていないことが示唆された。

また、「勉強会の実施（21.3%）」や「共通資材の保有（6.7%）」も限定的であり、連携を支える基盤整備は不十分であった。

メディカルスタッフの困りごと(医師回答)

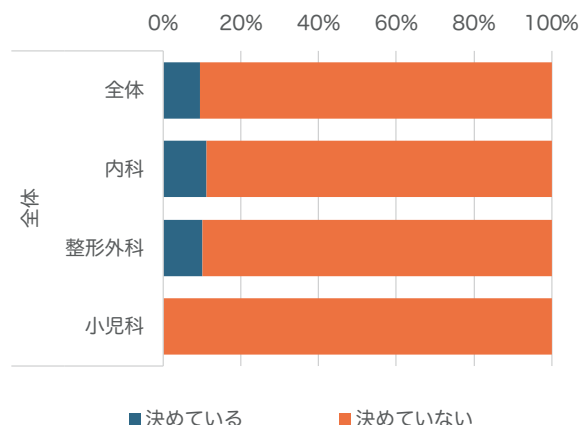


全体では、「特に困っていることはない」と回答した割合が64.0%と最も高かった。一方で、「プレコンセプションケアの実践に困っている」は21.3%、「産婦人科との連携に困っている」は9.3%に認められた。これらの結果は、医師の多くが日常診療上の明確な困難を自覚していない一方で、一定数において専門的支援や連携に課題が存在することを示している。

自由記載

- ✓ 待合に妊娠についての相談希望カードを置いており、持っている患者さんは院長と相談する体制を取っている。
- ✓ 問題を共有したことがない
- ✓ マンパワー不足
- ✓ 妊娠と薬外来のチームと周産期診療チームがあり、対象の症例があるとカンファレンスに参加しています。
- ✓ わからない
- ✓ 院内に産科がない
- ✓ 妊娠、授乳中に使用してよい薬の認識が異なる
- ✓ プレコンセプションケアを担当しているが、担当できる医師がまだ限られている
- ✓ プレコンセプションケアに対する、パラメディカル知識・意欲がない

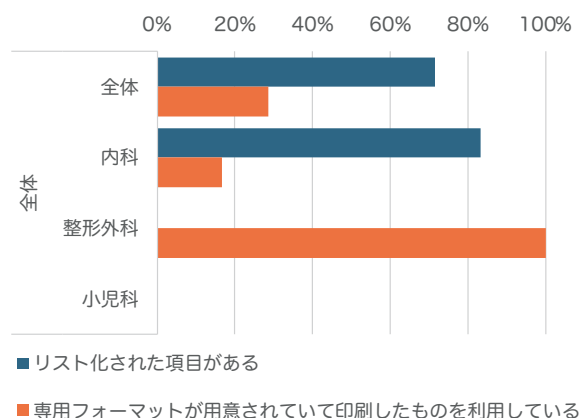
産婦人科連携時に提供する情報の取り決め



全体では、「提供する情報をあらかじめ決めている」と回答した割合は9.5%にとどまり、90.5%は「決めていない」と回答した。

この傾向は診療科別および地域別でも一貫しており、産婦人科連携における情報共有の標準化はほとんど行われていない実態が明らかとなった。

決めている共有手段



「リスト化された項目がある」と回答した割合は一定数認められ、特に内科で高い傾向がみられた。

一方で、「専用フォーマットを用いて情報提供している」とする回答は限定的であり、体系化された情報共有ツールの普及は不十分であった。

自由記載

- (その地・内科) リウマチ学会のマニュアル使用
- (その地・セ外) その患者さん独自のデータ転送

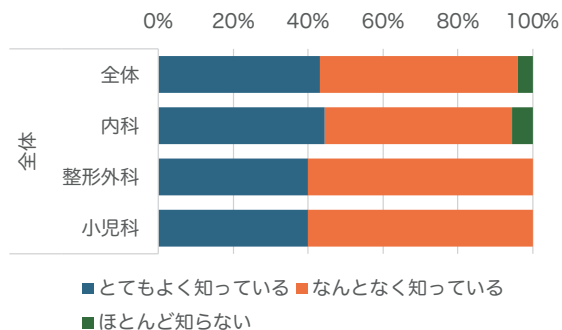
まとめ

産婦人科との連携は約6割で実施されていたが、その多くは院内連携に限定されていた。約4割は一時的連携にとどまり、継続的な連携体制は十分ではなかった。

また、多職種体制やプレコンセプションケア専用チームの整備は低率であり、連携を支える基盤は未成熟であった。情報共有の標準化もほぼ未整備であった。

7. プレコンセプションケア

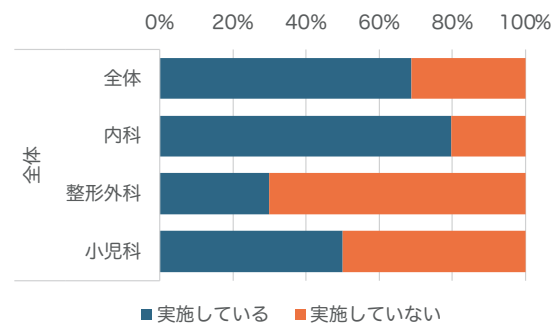
プレコンセプションケアに関する認知度



全体では、「とてもよく知っている」43.2%、「なんとなく知っている」52.7%であり、約95%以上がプレコンセプションケアを認知していた。

一方で、「ほとんど知らない」は4.1%にとどまり、認知度は全体として高い水準にあった。

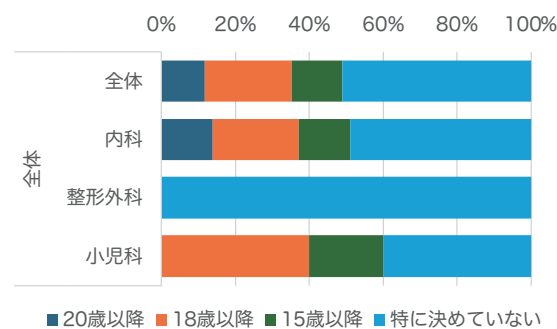
プレコンセプションケアの実施状況



全体では、「プレコンセプションケアを実施している」と回答した割合は68.9%であり、一定程度の実施が認められた。

一方で、約3割（31.1%）は実施していないと回答しており、施設間で実施状況にばらつきがみられた。

プレコンセプションケアの対象年齢

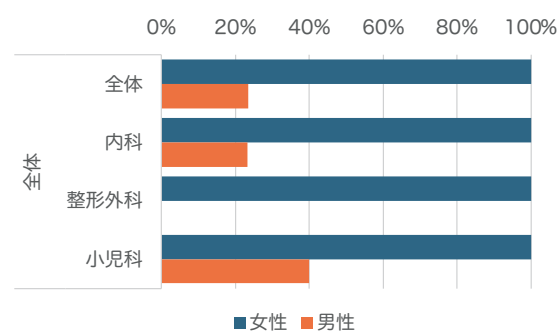


全体では、「対象年齢を特に決めていない」と回答した割合が51.0%と最も高く、半数以上の施設で開始時期が明確に定められていなかった。

一方で、「18歳以降」とする回答は23.5%、「15歳以降」は13.7%、

「20歳以降」は11.8%であり、開始時期の設定にはばらつきがみられた。

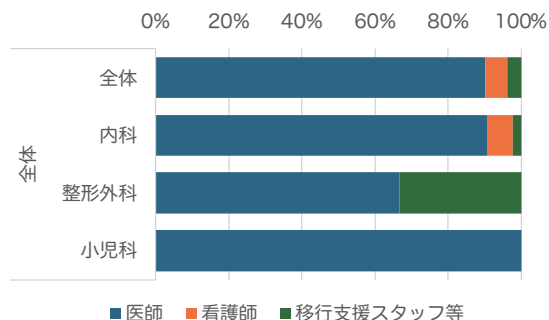
プレコンセプションケアの対象性別



全体では、プレコンセプションケアの対象は女性が100%であり、すべての施設で女性が対象とされていた。

一方で、男性を対象としている割合は23.5%にとどまり、男性への介入は限定的であった。

プレコンセプションケアの担い手

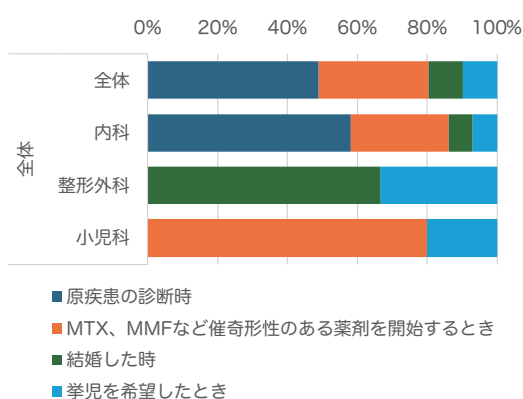


全体では、プレコンセプションケアの担い手は医師が90.2%と大多数を占めていた。

看護師（5.9%）および移行支援スタッフ等（3.9%）の関与は限定的であり、多職種による関与は十分とは言えなかった。

体制が整っていないため、医師に業務が集中している可能性

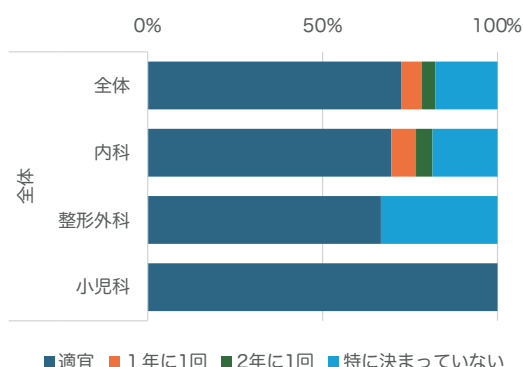
プレコンセプションケアの実施時期



全体では、「原疾患の診断(49.0%)」および「催奇形性薬剤(MTX、MMF等)開始時(31.4%)」が主な実施タイミングであった。

一方、「結婚時（9.8%）」や「挙児希望時（9.8%）」での実施は少数にとどまり、ライフイベントに基づく介入は限定的であった。

プレコンセプションケア実施後の継続性とその頻度

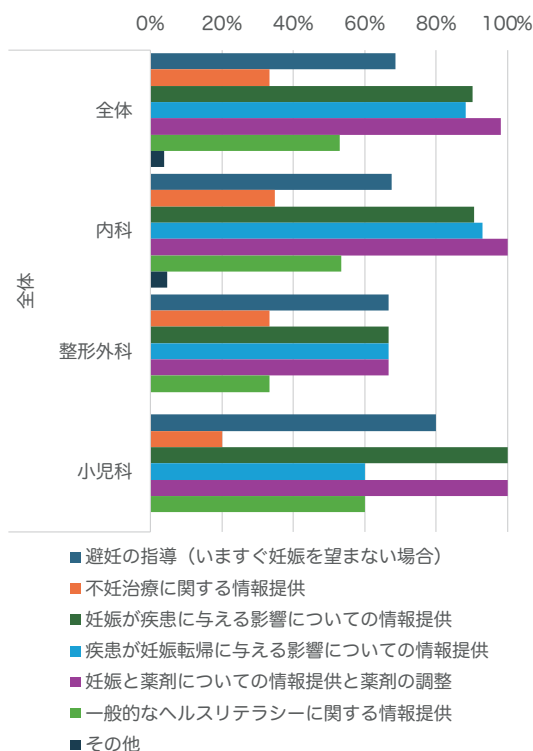


全体では、「適宜フォローする」と回答した割合が72.5%と最も高かった。

一方で、「1年に1回（5.9%）」「2年に1回（3.9%）」といった定期的なフォローは少数にとどまった。

また、「特に決まっていない」とする回答も17.6%に認められ、フォローアップ体制のばらつきが示された。

プレコンセプションケアの実施内容

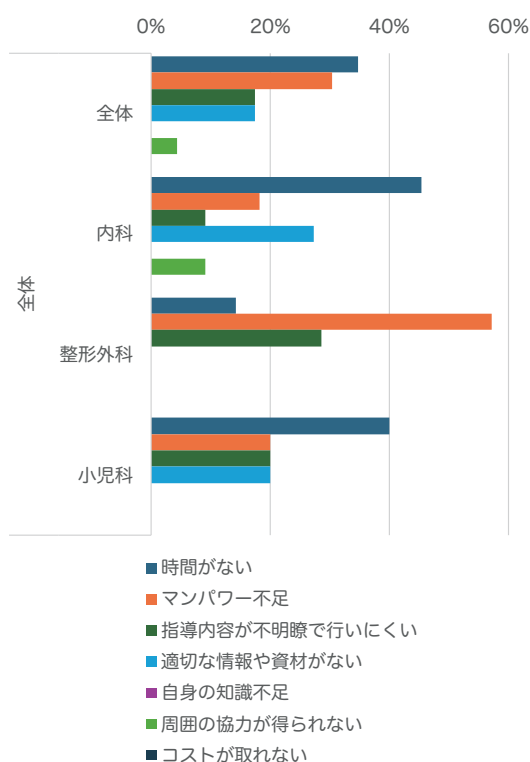


実施内容としては、「妊娠と薬剤に関する情報提供および薬剤調整（98.0%）」が最も多く、ほぼすべての施設で実施されていた。

また、「妊娠が疾患に与える影響（90.2%）」「疾患が妊娠に与える影響（88.2%）」についての説明も高頻度で行われていた。

一方で、「一般的なヘルスリテラシーに関する情報提供（52.9%）」や「不妊治療に関する情報提供（33.3%）」は比較的低率であった。

プレコンセプションケアを行っていない理由



プレコンセプションケアを実施していない理由として、「時間がない（34.8%）」および「マンパワー不足（30.4%）」が主要な要因として挙げられた。

また、「適切な情報や資材がない（17.4%）」および「指導内容が不明確で行いにくい（17.4%）」も一定割合で認められた。

一方で、「自身の知識不足」や「コスト」はほとんど理由として挙げられなかった。

まとめ

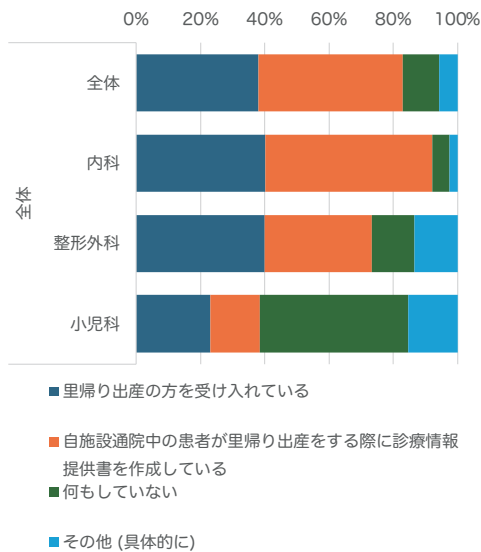
プレコンセプションケアの認知度は95%以上と高かったが、実施率は約7割にとどまり、実装との乖離が認められた。

対象年齢は半数以上で未設定、男性への介入は約2割と限定的であり、対象設定の不明確さが課題であった。

実施内容は薬剤・妊娠関連情報に偏り、ヘルスリテラシーや不妊領域は不十分であった。また、実施の障壁として時間・マンパワー不足が主に挙げられ、体制依存型の課題構造が示唆された。

8, 里帰り出産への対応

里帰り出産への対応



全体では、「診療情報提供書を作成している」が44.8%と最も多く、一定の情報連携は行われていた。

一方、「里帰り出産を受け入れている」は38.1%にとどまり、直接的な受け入れ体制は限定的であった。

また、「何もしていない」とする回答も11.4%認められ、連携が行われていないケースも一定数存在した。

その他

- (大・内) 里帰り出産希望者の経験がありません。
- (大・セ) 妊娠、出産する患者さんはいるが、里帰り出産は行く方も来る方も現時点ではどちらもありません。
- (地・小) 経験がない
- (地・小) 他の質問でもその他を加えていただきたかった。どれかを選ばないと先に進めないのも無理に回答している質問がある。
- (地・セ) 産婦人科から紹介あれば対応している
- (地・内) 時に里帰り出産の方を受け入れたことがある

具体的な里帰り出産への対応

1. 情報提供・連携体制

- ・ (地・内) 産科あてにリウマチ膠原病および薬剤と妊娠についての情報提供を行っている
- ・ (地・セ) 診療情報提供書を婦人科・内科宛に作成している
- ・ (地・内) 疾患活動性と妊娠期の注意点(薬剤等)を紹介状に記載している
- ・ (地・内) 診断、経過、治療状況、必要時の分娩時対応について診療情報提供
- ・ (地・内) 前医や送る先の医師と妊娠中・周産期・産褥期の治療方針を相談
- ・ (地・内) 継続治療や緊急時の対応、出産後元の医師への情報提供

2. 併診・連携診療

- ・ (大・内) 産婦人科で自己免疫疾患等の合併がある際は併診
- ・ (地・内) 里帰り分娩受け入れ時に産婦人科と当科で併診できるよう調整
- ・ (地・内) 妊娠期間・出産後一定期間は産婦人科と一緒にフォロー

3. 病状管理・フォロー内容

- ・ (大・内) 里帰り分娩中の膠原病のフォロー
- ・ (地・セ) RA発症後の里帰り出産、当地でのフォロー
- ・ (地・内) 妊娠中の疾患コントロール、病状の安定に努める
- ・ (地・内) バイオ治療を継続した
- ・ (地・内) 膠原病患者の診療を引き受けている
- ・ (地・内) 周産期のリウマチ診療を請け負う
- ・ (地・内) 抗SSA抗体や抗リン脂質抗体など自己抗体検査含むデータ提供
- ・ (地・セ) 疾患活動性評価と抗リウマチ薬再開時期の検討

4. 送受・再紹介の流れ

- ・（地・内）近くのリウマチ専門医療機関へ紹介する
- ・（地・内）妊娠～出産後まで原疾患管理を行い、出産後再紹介

5. その他のコメント

- ・（地・セ）皆さん無事分娩しており、トラブルなし
- ・（大・セ）通常と特に変わりなし
- ・（地・内）当院は産婦人科がないので内科として経過観察
- ・（地・小）妊娠適齢期の女性は診療していない（成人科へ完全移行）

6. 典型例

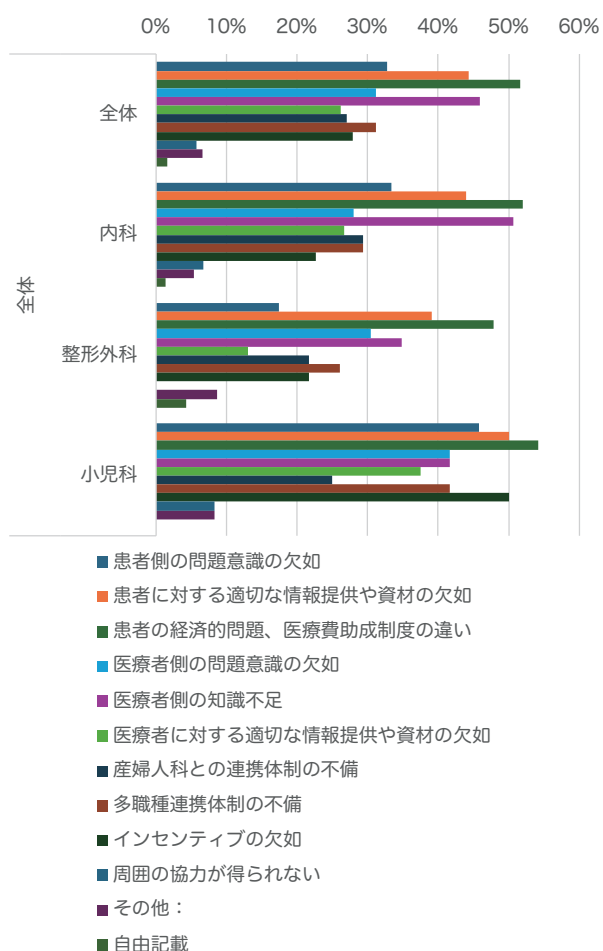
- ・（地・内）紹介状を持参し、産科・当科を個別に受診 → 当科-産科の直接連携はない

まとめ

診療情報提供書による対応は一定程度行われていたが、直接的な受入体制は限定的であった。施設によって対応状況にばらつきがあり、産科機能の有無が影響している可能性が示唆された。

9. AYA 世代医療

AYA 世代診療の問題点



AYA 世代診療における主な課題として、「患者に対する適切な情報提供や資材の欠如」「患者の経済的問題および医療費助成制度の違い」「医療者に対する情報提供や資材の不足」が高頻度に挙げられた。

また、

「医療者側の知識不足」「多職種連携体制の不備」「産婦人科との連携体制の不備」も重要な課題として認識されていた。

AYA 世代診療の問題点(自由記載)

1. 医療費・制度の課題

- ・ プレコンセプションケアが保険適用になっていない
- ・ この世代こそ医療費負担を低くしてほしい
- ・ JIA 患者・家族の公費負担が当然という姿勢は、RA 患者を多く診るリウマチ内科医には必ずしも受け入れられない
- ・ 患者が多く集中する日本の保険診療体制の問題

2. 妊娠・出産に関する課題

- ・ 出産可能な病院の減少でお産難民が増えている
- ・ 多くの患者が妊娠出産をギリギリになって考えるため、早めに話しても響かない
- ・ 産科が休診となり院内での連携ができなくなった

3. 患者背景・心理社会的課題

- ・ 家族・親子関係が問題になりやすい時期
- ・ 怠業が生じがちなので本人の意向にできるだけ合わせている

4. 診療現場の実情

- ・ ケースバイケースで一概に言えない
- ・ 治療が難しい
- ・ 特になし
- ・ 現実的に紹介がないので問題点が指摘できない

AYA 世代診療の成功事例、不成功事例の具体例

◎【AYA 世代診療の成功事例】

1. 早期からの移行支援・自己管理の促進

- ・ 早期から移行について説明し、疾患理解を促して自分でリスク管理ができた。
- ・ ライフイベントとして妊娠・出産の一般的な話を 20 歳過ぎくらいから伝え、結婚・妊活希望時に患者自身が積極的に相談し、適切にプレコンセプションケアが行えた。
- ・ 妊娠・出産を希望する患者に早期治療の重要性を説明し、医師と認識を共有。bDMARDs で早期に疾患を制御して出産。

2. 小児科・成人科の連携と地域連携

- ・ 県立総合病院から本院へ紹介受診、就職後も 3 ヶ月ごとに通院し寛解維持（スタッフや母親が支援、声かけ）。
- ・ 小児科と成人科が併診で連携。
- ・ 患者ごと、地域ごとに特定の医療機関との連携形成が進んだ。
- ・ 外勤先で母性内科と連携し複数名が無事出産。母性内科医の関与のメリット大。

3. プレコンセプションケア・適切な薬物管理

- ・ MMF 使用中の SLE 患者で結婚時に薬剤調整し、計画的妊娠出産を達成。
- ・ SLE 合併妊娠で健常児出産 2-3 例。
- ・ 高安動脈炎合併妊娠を大血管炎の経験豊富な施設に紹介し対応。
- ・ 妊娠判明時に産婦人科へ抗体プロファイル、疾患活動性、治療薬見通しを提供して連携。
- ・ 抗 SSA 抗体陽性 RA で大学病院産婦人科と連携し、母子ともに無事出産。
- ・ 看護外来で親子別に面談して問題を把握。
- ・ 妊娠と薬相談外来への紹介で不安が強い患者の安心を得た。

4. チーム医療・支援体制

- ・ 病状説明時にパートナー同席で家族計画を話し合う機会を作った。
- ・ 産婦人科・薬剤師が介入し、全例で適切治療を継続でき、再燃なく無事出産。

5. 制度的な追い風

- ・ 不妊治療の保険適用により、高額な治療継続が可能となり成功例増加。

まとめ

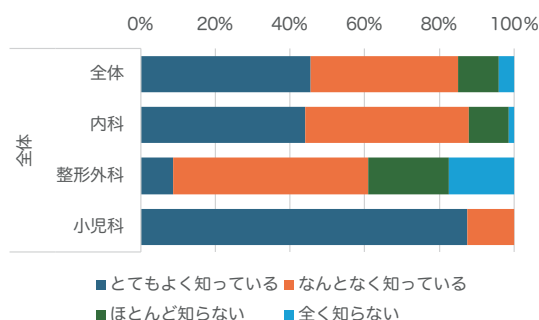
AYA 診療の最大の課題は「制度・経済問題」であり、次いで「情報不足」「医療者側の知識不足」が挙げられた。

これらは単一要因ではなく、

→ 医療・制度・教育・社会的要因が複合的に絡む構造的問題であることが示された。

10. 制度・支援機関の認知

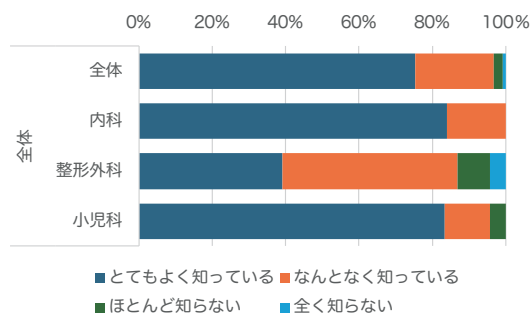
「小児慢性疾病医療費助成」の認知度



全体では、「よく知っている(45.1%)」および「なんとなく知っている(39.3%)」を合わせると、約8割が制度を認知していた。

一方で、「ほとんど知らない(10.7%)」および「全く知らない(4.1%)」も一定数存在し、認知にはばらつきがみられた。

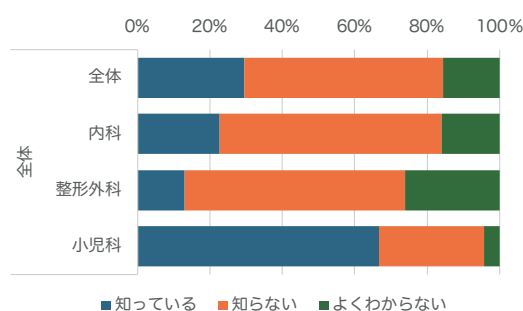
「指定難病医療費助成制度」の認知度



全体では、「よく知っている」が75.4%と高く、多くの医師が制度を十分に認知していた。

「なんとなく知っている」を含めると、ほぼ全体で制度認知は高水準であった。

所属施設のある都道府県における移行期医療支援センターの有無



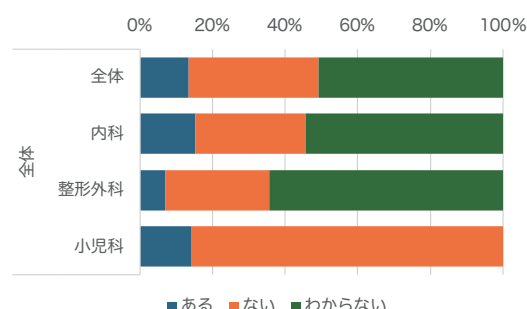
本調査では、「移行期医療支援センターの存在を知っている」と回答した割合は全体で29.5%にとどまり、半数以上(54.9%)が「知らない」と回答した。

さらに、「よくわからない」とする回答も15.6%認められ、認知の不足が広く存在していた。

診療科別にみると、小児科では「知っている」が66.7%と比較的高かった一方で、内科(22.7%)および整形外科(13.0%)では低値であり、成人診療科における認知の不足が顕著であった。

地域別では、五大都市(29.3%)とそれ以外(29.6%)で大きな差は認められず、認知不足は地域を問わず全国的な傾向であった。

移行支援の相談先の有無（「知らない」回答者）



移行期医療支援センターの存在を「知らない」と回答した者において、移行支援の相談先の有無を尋ねたところ、「ある」と回答した割合は全体で13.4%にとどまった。一方、「ない」は35.8%、「わからない」は50.7%と、相談先の不明確さが顕著であった。

診療科別では、内科において「ある」は15.2%であったのに対し、整形外科では7.1%と低値であった。また、小児科では「ない」が85.7%と高く、相談先の未整備または認識不足が示唆された。

地域別にみると、五大都市では「ある」が21.7%とやや高かったものの、「わからない」も39.1%を占めた。一方、それ以外の地域では「ある」は9.1%にとどまり、「わからない」が56.8%と過半数を占めた。

まとめ

本調査により、移行期医療は一定程度実施されているものの、制度化された連携体制や多職種協働は未成熟であり、特に精神科・産婦人科連携およびプレコンセプションケアの実装には大きなばらつきが認められた。また、支援ツールや制度の認知と実際の活用との間に乖離が存在し、さらに移行期医療支援センターの認知不足および相談先の不明確さが顕著であった。

これらの結果は、わが国の移行期医療が「個別努力に依存した段階」から「制度として機能する段階」への移行途上にあることを示唆する。

その他、コメントなど

1. 制度・行政への要望・課題

- ・(地・内) 難病対策など行政事業は都道府県単位で行われており、制度理解や指導にばらつきがある。
- ・(地・内) 各県の施設についての情報をわかるようにしてほしい。
- ・(地・内) ドラッグラグ問題(成人移行 JIA と成人 RA で使える薬剤や助成が異なる)
- ・プレコンセプションケアを産科医に担ってほしいが、コスト策定と啓発が必要。患者啓発も並行して必要。

2. 医療機関の取り組み・体制整備

- ・総合病院での診療が望ましい。
- ・(地・内) 小児科も産科もない私立病院だが必要性を感じ、試験的に移行期専門外来を始めた。県内移行期支援センターへの案内も検討。
- ・(大・内) 2024 年 6 月に多摩総合からクリニックに移り、プレコンセプションケアをチームで担当していた経験をもとに、自施設でも可能な範囲で移行期医療やプレコンセプションケアを行っていく予定。

3. 患者支援・社会的支援

- ・(地・内) 障害や病気を持つ人、子どもや高齢者にやさしい社会になってほしい。
- ・(地・小) 通院患児に内申点を上げてあげてほしい(部活動と同じように)。
- ・(地・内) ボランティアの充実を希望。

4. 情報発信・アンケートへの意見

- ・(地・セ) 結果を公表してほしい。
- ・(地・内) 設問 30 は選択肢が該当せず仮回答した。
- ・(地・内) 「AYA 世代」はがん診療での用語であり、リウマチ・膠原病診療で使うのは疑問。

5. コメント・今後への期待

- ・(地・内) 積極的に対応したい。
- ・(大・内) この分野の益々の発展を祈念している。アンケートありがとう。
- ・(地・セ) 余りお役に立てず申し訳ない。
- ・(地・小) リウマチ・膠原病は成人診療科が比較的是っきりしており移行しやすい。

6. その他の具体的問題指摘

- ・(地・内) AYA 世代に該当する患者の移行期に、使用できる薬剤の種類や助成制度の差が課題。