

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

研究④「がんと共生」に関連する小児・AYA 世代がん患者における
がん・生殖医療に関する今後の課題検証に関する研究

鈴木 直 聖マリアンナ医科大学産婦人科学 主任教授

令和 5（2023）年 3 月に閣議決定された第 4 期がん対策推進基本計画の「2. がん医療（1）がん医療提供体制等」の中に、「⑧ 妊孕性温存療法について」があらたに取り上げられた。また、これまでと同様に、「3. がんと共生（4）ライフステージに応じた療養環境への支援」の中に、「① 小児・AYA 世代について」が含まれている。本厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）は、「妊孕性温存療法及びがん治療後のがん・生殖医療に関する情報提供及び意思決定支援の均てん化の推進と定着のための研究（23EA1016）」がその主題であり、第 4 期がん対策基本計画のがん対策に取り上げられたこれら二つの項目を対象とした、「がんと共生」に関連する小児・AYA 世代がん患者におけるがん・生殖医療に関する今後の課題検証に関する研究が急務となっている。特に、令和 3（2021）年 4 月から厚生労働省の研究促進事業として開始された。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（妊孕性温存に係る経済的支援）により、がん患者の経済的負担が軽減されることで、今後、妊孕性温存を選択する小児・AYA 世代がん患者数の増加が予想される。今後、想定される解決すべき課題として、温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題（死後生殖や遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する着床前遺伝学的検査（PGT-M）の実施）があげられる。その他にも、妊娠期がんの増加、アピアランスケアの普及、妊孕性温存が不可能であったあるいは選択しなかったがん患者に対する新しい家族のカタチ（里親・養子縁組）のあり方等も課題としてあげられる。何よりも、これらの課題を臨床の現場で対応することになるがん相談支援センターの役割は大きく、多くの業務が急激に増大するがん相談支援センターのあり方に関する検証も、同様に課題の一つとなりうる。そこで、「研究④「がんと共生」に関連する小児・AYA 世代がん患者におけるがん・生殖医療に関する今後の課題検証に関する研究」では、令和 5（2023）年度においては、以下の研究を進めた；1) がん相談支援センターの役割に関する研究、2) 新しい家族のカタチ（里親・養子縁組）に対する研究（日本がん・生殖医療学会との連携）、3) アピアランスケアの普及に関する研究（日本癌治療学会との連携）、4) 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究（日本癌治療学会との連携）、5) 温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題（死後生殖）に関する研究。

研究分担者

杉本 公平（獨協医科大学）

高井 泰（埼玉医科大学総合医療センター）

西山 博之（筑波大学）

前沢 忠志（三重大学）

洞下 由記（聖マリアンナ医科大学）

北野 敦子（学校法人聖路加国際大学）

久慈 志保（聖マリアンナ医科大学）

坂本 はと恵（国立がん研究センター東病院）

研究協力者

谷垣 伸治 (杏林大学)
白井 千晶 (静岡大学)
白石 絵莉子 (東京慈恵会医科大学)
加藤 弘輔 (獨協医科大学)
森 洋文 (JSFP)
牧野 あずみ (JSFP 患者ネットワーク)、
牧野 かおり
藤間 勝子 (国立がん研究センター中央病院)
野澤 桂子 (目白大学看護学部)
久具宏司 (国際医療福祉大学成田病院)
島藺進 (大正大学客員教授)
高橋良 (高橋良法律事務所)
水沼直樹 (東京神楽坂法律事務所)
水野紀子 (白鷗大学法学部)
本田まり (芝浦工業大学工学部情報通信工学科)
永水裕子 (桃山学院大学法学部)

A. 研究目的

第4期がん対策基本計画のがん対策に取り上げられた、「がんとの共生」に関連する小児・AYA世代がん患者におけるがん・生殖医療に関する実態を把握し、今後の課題を検証することを目的とした。

B. 研究方法

1) がん相談支援センターの役割に関する研究：全国のがん相談支援センターの相談員を対象として、就学・就労支援、アピアランス、生殖機能温存等の相談支援の現状を確認、啓発する目的で実態調査を行い、がん相談支援センターにおけるさらなる役割の向上に向けた研究を実施した。

実態調査項目：

I. センター全体について

1. 認知度が低い原因・認知度を上げる工夫について

① がん相談支援センターは患者家族（相談者）に認知されている

そう思う 思わない どちらともいえない

② 患者家族に認知されるために実施しているものを挙げてください（複数選択可）

院内掲示 外来モニター 病院ウェブサイトへの掲載

配布物への掲載（チラシ・診療案内・入院案内・病院広報誌等）

その他（ ）

③ 患者家族への認知不足について、あなたが考える理由を挙げてください（複数選択可）

来談者が少ない 電話相談が少ない 自院以外の相談が少ない 配置されている場所がわかりにくい

院内掲示が難しい 配布物への掲載が難しい 病院ウェブサイトへの掲載が難しい

その他（ ）

④ がん相談支援センターは院内職員に認知されている。

そう思う 思わない どちらともいえない

⑤ 院内職員に認知されるために実施しているものを挙げてください（複数選択可）

新人オリエンテーション 医局会 職員向け講演会 カンファレンス スクリーニングシートとの紐づけ

キャンサーボード 診療録への記録 その他（ ）

⑥ 院内職員への認知不足について、あなたが考える理由を挙げてください（複数選択可）

紹介が少ない 相談者から「職員に尋ねたが知らないといわれた」と聞いた 連携がとりづらい

配置されている場所がわかりにくい

⑦ がん相談支援センターは地域や連携医療機関に認知されている

そう思う 思わない どちらともいえない

⑧ 自施設には診断初期にがん相談支援センターの案内を主治医等より説明される仕組みがある

はい いいえ

⑨ 自施設では、がん相談支援センターの場所を分かりやすく案内がされている

そう思う 思わない どちらともいえない

⑩ がん相談支援センターで対応できる相談内容は相談者が分かるように掲示されている

はい いいえ

⑪ 相談者より相談後のフィードバックを受ける体制やしきみがある

はい いいえ

⑫ がん相談支援センターの構成メンバーには、事務職の配置がある（兼務可）。

はい いいえ

⑬ がん相談支援センターの周知や広報について組織的な検討が行われている。

はい いいえ

2. それぞれのセンターの特性について

① 次の内容はがん相談支援センターで情報支援をしている

がんゲノム 希少がん AYA 世代：治療療養

AYA 世代：就学 AYA 世代：就労

生殖機能の影響や温存

② 次の内容は他部署（別部門）が対応しているため、院内連携している。

がんゲノム 希少がん AYA 世代：治療療養

AYA 世代：就学 AYA 世代：就労

生殖機能の影響や温存

③ 次の内容は他の医療機関へ紹介をしている

がんゲノム 希少がん AYA 世代：治療療養

AYA 世代：就学 AYA 世代：就労 生殖機能

の影響や温存

④ 実績のあるがん患者団体との連携協力体制が構築されている

はい いいえ

⑤ ④において「はい」の場合、具体的に回答ください

患者サロン開催 ピアサポート活動支援 その他（ ）

⑥ ピアサポーターの養成について

患者団体の派遣 自施設で研修 都道府県が

養成 その他（ ）

3. センター同志の連携について

① 相談員実務者同志の情報交換や課題・困りごとを話し合う会議や場が定期的にある

はい いいえ

② 都道府県のがん診療連携協議会が開催する会議等は実務者が実践に生かせる情報が提供されている はい いいえ どちらともいえない

③ 他施設のがん相談支援センターとは連携がとりやすい体制や関係性にある。

そう思う 思わない どちらともいえない

4. センターの運営における問題点

① 管理者はがん相談支援センターの業務について理解を示している

そう思う 思わない どちらともいえない

② 管理者は相談支援において院内の多職種他部署との連携協力体制を理解し、検討または整備している

はい いいえ どちらともいえない

II. それぞれの支援

1. がん情報支援

① 情報提供の際、相談員としてどこまで提供するかに困ることがある

とてもそう思う 思う あまり思わない

思わない

② 情報提供に困る内容を挙げてください

標準治療について 先進医療について 統合医療について

薬の服用について

食事（栄養）について 社会保障制度について

不安について

2. 小児支援

① 院内に保育士の介入はありますか

はい いいえ

② CLS（チャイルドライフスペシャリスト）や HPS などのスペシャリストは存在しますか

いない CLS HPS その他（ ）

③ 発達に関して、相談できる窓口はありますか

臨床心理士 精神科 保育士 CLS/HPS

小児専門看護師

その他 ()

3. 就学支援・学習支援

① 就学支援について相談できる体制は整っていると思いますか？

体制は整っている 相談できる窓口がない
相談されない 体制は不十分である

② 小中学生の学習支援に関して、相談できる体制は整っていると思いますか？

体制は整っている 相談できる窓口がない
相談されない 体制は不十分である

③ 高校生以上のがん患者は学習支援を受けられているか、現状を把握できていますか？

把握できている 把握できていない 全ての高校生をピックアップすることは困難

④ 高校生以上のがん患者について、進級や単位取得に関する相談はありますか

ある ない

⑤ ④に関して、どのように支援を行っていますか

本人家族に了承の上原籍校に連絡し、進級や単位取得について確認をしている 本人や家族に任せている 必要時は教育委員会に連絡・相談を行っている 相談されない

⑥ 受験生のがん患者に対し支援体制は整っていますか？

体制は整っている 相談できる窓口がない
相談されない 体制は不十分である

⑦ 高校受験に関し、どのような支援を行っていますか

院内学級担当者と連携し、院内で受験ができるように調整している

相談員が中心となって、院内受験ができるように調整している

病棟スタッフにお任せしている

多職種で連携しながら調整している

特に支援はしていない

その他 ()

4. 就労支援・社会連携

① 院内職員に国の政策としてのがん患者の就労支援について広報している

はい いいえ

② 自施設には、がん患者の就労支援について患者家族に周知するしくみがある

はい いいえ

③ 自施設の患者家族は病院内に就労支援の相談窓口があることを知っている

そう思う 思わない どちらともいえない

④ 院内職員はがん相談支援センターに、がん患者の就労支援の相談窓口があることを理解している

そう思う 思わない どちらともいえない

⑤ 定期的に研修会等による院内職員のがん患者の就労支援に関する普及啓発を行っている

はい いいえ

⑥ 就労の相談対応を行う相談員(両立支援コーディネーター)がいる

はい いいえ

⑦ ⑥において「はい」と回答した場合、週に5日以上専任の相談員として相談支援を行っている

はい いいえ

⑧ 自施設は就労等の資格を有するものを配置している

はい いいえ

※⑧の資格とは社会保険労務士、キャリアコンサルタント、産業カウンセラー

⑨ ハローワークや産保保険総合支援センターと意見交換や情報交換を行う場がある

はい いいえ

⑩ 療養就労両立支援指導料の算定をしているか

はい いいえ

⑪ 患者の勤務情報について適切に得られているか

勤務情報提供書を活用している

勤務情報提供書を使用していないが行っている

行っていない

⑫ 就労(就労継続・休職・復職)に関する意見書

が運用されている

はい いいえ

⑬ 相談時点ですでに離職してしまっている事例があるか

ある ない

⑭ 両立支援は施策であることを伝えているか

はい いいえ

⑮ 周囲にサバイバーが不在でも自身がロールモデルになりうることを伝えているか

伝えている 伝えていない

⑯ 社会保険労務士との相談を活用しているか

活用している 活用していない

⑰ 再就職に向けて活用できる資源を紹介しているか

している していない

5. 生殖機能・妊孕性

① 自施設では小児AYA世代のがん患者等の妊孕性温存研究促進事業の概要を院内職員に広報している はい いいえ

② 自施設では治療開始時に妊孕性温存に関する希望や治療の情報提供がされている

はい いいえ どちらともいえない

③ 自施設の患者は妊孕性温存に関する選択ができています

④ 自施設において、妊孕性温存に関する相談窓口はリーフレットや掲示物により広報されている

はい いいえ

⑤ 挙児希望がかなわない状況になったケースへの支援も相談支援センターの役割である

そう思う 思わない どちらともいえない

⑥ 必要に応じて挙児が不可能となった場合の葛藤に対応している

はい いいえ

⑦ 養子縁組・特別養子縁組制度の情報提供ができる

はい いいえ

III. 経済的支援

① 経済的な不安や心配を抱える患者をスクリーニングし、相談につなげる仕組みがある

はい いいえ

② 早期離職を防止するための院内の体制や取り組みがある。

はい いいえ

③ がん治療を継続するうえでの経済的な不安が軽減できるよう、社会保障制度の情報提供をしている はい いいえ

④ 休業補償が終了した場合の経済的支援（障害年金等）について必要に応じて情報提供している

はい いいえ

⑤ 傷病手当金と失業手当の違いを理解し、適宜活用を支援している

はい いいえ

IV. アピアランス

① 当院のがん相談支援センターでは、がん治療による外見上の変化について相談支援をしている

はい いいえ

② ①で「いいえ」と回答した場合、相談対応は、別部署（医療従事者）が行っている

はい いいえ 相談部署はない

③ 自施設においてアピアランスケアの相談窓口は毎日もしくは定期的で開催し、患者家族に広報している はい いいえ

④ アピアランスケアは困難さを感じる

はい いいえ どちらともいえない

⑤ 化学療法開始前に、必要な準備や心づもりが可能になるよう支援している

はい いいえ

⑥ アピアランスの変化による周囲との関係性への影響を考慮して対策を考えられるよう支援している

はい いいえ

V. 家族支援

① 患者を支える家族の苦悩等に寄り添い相談に

対応している

はい いいえ

② こどもに病気をどう伝えるかという患者の相談に対応している

はい いいえ

③ 学校や周囲の人に病気をどう伝えるかという患者家族の相談に対応している

はい いいえ

④ 家族自身の葛藤・苦悩の相談に対応している

はい いいえ

⑤ 残された家族（遺族）の相談対応をしている

はい いいえ

2) 新しい家族のカタチ（里親・養子縁組）に対する研究（日本がん・生殖医療学会との連携）：

がん治療成績の向上に伴い、AYA がん患者の生命予後は改善し、AYA がんサバイバーの QOL 向上が大きな課題となっている。AYA がんサバイバーにとって性の問題や妊孕性、家族形成は大きな課題の一つである。妊孕性を喪失したがんサバイバーにとっては家族形成の方法として里親制度・特別養子制度（以下、里親・養子縁組）は重要な選択肢の一つである。里親・養子縁組の情報提供を支援するためのリーフレットなどの資材が作成されており、インターネットなどで情報を探索・入手することは困難でなくなっているはずである。しかしながら、AYA がんサバイバー世代の多くは、いわゆる Y 世代（物心ついた時からインターネットで情報探索を行ってきた世代）、Z 世代（物心ついた時からスマートホンで情報探索を行ってきた世代）であり、情報を探索・入手する方法に対する認識は従来と異なっている可能性がある。10 年後には AYA がんサバイバーの多くが Z 世代になると考えられ、彼らは物心ついた時からスマホで情報を探索・入手し、SNS を活用してきた世代である。先行研究にて小児期、思春期・若年成人期発症がん経験者は性・生殖についての情報源としてインターネットを活用していることが示されているが、イ

ンターネットでの情報探索方法は様々な SNS の発達によって多様なものになっている。今後、AYA がんサバイバーにとってより有効な情報提供の在り方を考察するために、AYA がんサバイバーの SNS 等を活用した情報探索に対する認識について調査を行う。

研究デザイン

観察研究（web アンケート調査）。

対象患者

次の選択基準を満たす生殖医療受診中の患者を対象とする。

① AYA がんサバイバーであり、当事者団体などに所属する患者。

② 挙児を希望する患者。

③ web 調査システムにアクセス可能な患者。

④ アンケート回答に web 上で同意し回答が得られた患者。

1 研究のアウトライン

① リクルートとして、AYA がんサバイバー当事者団体にアンケート調査の内容を説明し、承諾を得て、団体の X (twitter) SNS でアンケートに参加する患者を募る。

② 参加意思がある者は獨協医科大学埼玉医療センターリプロダクションセンターホームページ内（<https://dept.dokkyomed.ac.jp/dep-k/repro/>）の本研究の説明を熟読し自由意思によって研究への参加をするか検討する。研究に参加する者（以下被験者）は「同意してアンケートに回答する」ボタンをクリックする。

③ 同意すると、研究 ID 番号が自動的に付与され、アンケートは研究 ID によって紐づけられる。被験者は今後の調査のリマインドメールの設定のためメールアドレスを入力し、アンケートに回答し、回答し終えたら「回答を送信する」ボタンをクリックする。

2 研究参加期間

参加期間は web アンケート開始から 1 か月間。

3 症例の登録

本研究は匿名の観察研究で、診療情報との連結が不要である。全員が同じタイミングで曝露を受ける単一群の研究デザインである。そのため、症例の登録および割付けはおこなわない。

4 試料の取り扱い

本研究調査で収集する試料は匿名の電子データである。電子データはインターネットに接続しないパソコンで閲覧、統計解析をおこなう。

アンケート内容

1 アンケート

(患者背景) 年齢、性別、既往の病名、婚姻の有無、児の有無

(情報探索方法) 現在利用している SNS、Facebook・Twitter・Instagram・Line・Youtube・Youtube short・ticktock・その他 (複数回答可)

(AYA がん情報関係の探索方法)・Facebook・Twitter・Instagram・Line・Youtube・Youtube short・ticktock・その他 (複数回答可)

(これまで里親制度・特別養子縁組制度の情報を探索して得た経験があるか? あるならその方法は何か?)・いいえ・はい

あると答えた場合、その方法・いわゆる口コミ・医師、看護師、心理師、友人知人 (がんサバイバー)、友人知人 (非がんサバイバー)・テレビ・新聞・雑誌・Facebook・Twitter・Instagram・Line・Youtube・Youtube short・ticktock・その他 (複数回答可)

(里親制度。特別養子縁組制度を知る上で利用したい SNS)・Facebook・Twitter・Instagram・Line・Youtube・Youtube short・ticktock・その他 (複数回答可)

(Youtube などの動画 SNS で里親制度・特別養子縁組制度の説明を聞く場合に最も聞きたい相手は?)・医師・看護師・心理師・福祉家 (児童相談所、あっせん団体)・里親・養親当事者・里子・養

子当事者・一般の芸能人やインフルエンサー・里親・里子・養親・養子当事者である芸能人やインフルエンサー・その他 (複数回答可)

評価項目

1 主要な観察項目 (プライマリエンドポイント) AYA がんサバイバーが情報探索の方法、利用している SNS など。

2 副次的な観察項目 (セカンダリエンドポイント) AYA がんサバイバーが里親・養子縁組の情報を得る上で希望する情報獲得方法。

3) アピアランスケアの普及に関する研究 (日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携): アピアランスケアの用語、内容、関心は看護師においては浸透しつつあるが、患者の診療に関わる全ての医療者がその重要性を認識する必要がある。そして、アピアランスケアの体制作りにおいては、多職種で取り組む必要があることが考えられる。しかしながら、これまでに報告されているアピアランスケアに対する調査の多くは看護師が対象となっており、医師をはじめとした看護師以外の医療従事者を対象とした調査は行われてこなかった。そこで今回、日本癌治療学会の思春期・若年 (AYA) がん診療検討委員会では、日本の様々な分野の医療従事者における「アピアランスケア」の認識、関心、各施設の体制、介入の現状を把握することを目的として、がん治療に関わる医療従事者 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床心理士等) を対象とした実態調査を行った。調査方法および参加者 本研究は、聖マリアンナ医科大学倫理委員会の承認を得て行われた (No. 5831、2022 年 10 月 13 日承認)。オンライン調査は、2022 年 11 月 1 日～12 月 13 日に、日本癌治療学会 (JSCO) 会員 (会員は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床心理士など、がんに携わる医療従事者で構成、会員数: 16,838 名) 全員を対象に行われた。学会に登録されている電子メールのアドレスに Google フォー

ムを送付し実施した。アンケート内容は、JSCO の思春期・若年成人 (AYA) がん診療検討委員会で検討・作成された。参加者へのインセンティブは提供しなかった。

1. 参加者の背景

アンケートの第 1 章では、性別、年齢、職業、専門分野、勤務先の種類など、参加者の背景データを収集した。

2. 日本における医療従事者のアピアランスケアに対する意識と体制

第 2 章では、参加者のアピアランスケアに対する理解、患者へのアピアランスケアに関する情報提供の方法、アピアランスケアに関する病院の体制、患者の外見の変化に対する反応と治療への影響の実態、について尋ねた。

3. 日本版アピアランスケアガイドラインに記載されているクリニカルクエスチョン (CQ) とバックグラウンドクエスチョン (BQ) に対する実地臨床での反映

第 3 章では、本邦で公表されているアピアランスケアガイドライン「がん治療におけるアピアランスケアガイドライン 2021 年版 3)」に記載されている CQ、BQ に対して推奨されている方法が実際の臨床現場でどの程度反映されているかを把握するための質問を行った。参加者はガイドライン内にある CQ、BQ に相当する質問に対して、正しいと思われる対応を 3 つの回答から 1 つを選択した。本ガイドラインに記載されている CQ とは、判断に迷う重要臨床課題を取り上げ、システムティックレビューや推奨決定会議の投票などの厳格な作成手続きを経て、「推奨」を決定したものである。「推奨」は、エビデンスに基づいており、推奨の強さ (1, 2, 3) とエビデンスの強さ (A, B, C) とともにガイドライン内に記載されている。推奨の強さおよびエビデンスの強さは、Minds Manual 策定委員会編「Minds Manual for Guideline Development 2017 4)」に従って策定されたものである。BQ とは、すでに標準治療として位置づけられているな

ど、その知識や技術が広く臨床現場に浸透し、十分なコンセンサスを得ていると考えられる内容であるが重要な臨床課題であるもの、または、本来 CQ で扱うべき内容であるが、古いデータしかなく、今後も新たなエビデンスが出てくることはないと思われ、予想される臨床課題である。CQ の推奨にあたる部分は BQ では「ステートメント」として記載されている。その根拠となる解説文は文献検索をベースに作成した後、グループ内、さらにはグループ間での査読を実施、作成された。

4) 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究 (日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携): 妊娠期がんは、欧米のデータによると 1000-1500 妊婦に 1 人の割合で発症し、その数は年々増加していることが報告されている (SEER data base)。日本では妊娠期がんに関するデータベースがなく、発症頻度はわかっていない。妊娠期がんが増加している原因として、女性の社会進出や生殖補助医療の発展により晩産化が影響していると考えられている。30 代から 40 代は乳がんや子宮頸がんなど女性特有のがんの罹患が増えるため、この時期に妊娠した場合、一定数でがんと妊娠が合併する。今後、本邦の晩産化は進行し、さらに国の妊孕性温存促進事業が展開することで、海外同様に妊娠期がん患者数の増加が予想される。したがって、妊娠期がんの発症頻度や診療実態を明らかにすることは急務と言える。そこで、妊娠期がんに対するがん治療医の認知度および診療実態を明らかにすることを目的として、2023 年 4 月 7 日～5 月 31 日の期間に日本癌治療学会医師会員を対象とした無記名 Web 調査を施行した。

妊娠期がんに対する診療体制に関する調査

※本調査では“妊娠期がん”を“妊娠しているときにがんと診断された症例”と定義します。出産直後に診断された症例、授乳中にがんと診断された症例は含みません。

Q1. あなたの現在の年齢について、該当しているものを選択してください。

- ① 30歳未満
- ② 30歳～34歳
- ③ 35歳～39歳
- ④ 40歳～44歳
- ⑤ 45歳～49歳
- ⑥ 50歳～54歳
- ⑦ 55歳～59歳
- ⑧ 60歳以上

Q2. あなたの性別について、該当しているものを選択してください。

- ① 男性
- ② 女性
- ③ その他

Q3. あなたのがん治療の経験年数は何年ですか。

- ①1～5年
- ②6～10年
- ③11～15年
- ④16～20年
- ⑤21～25年
- ⑥26～30年
- ⑦30年以上

Q4. あなたの専門領域として最も近いものを選択してください。

内科、外科、産婦人科、放射線科、泌尿器科、整形外科、口腔外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児科、麻酔科、脳神経外科、形成外科、基礎医学、臨床病理、精神神経科、緩和医療科

Q5. Q4で「内科」と回答された方に伺います。以下のうち、あなたの診療科に最も近いものを選択してください。

腫瘍内科、呼吸器内科、消化器内科、血液内科、内分泌・代謝内科、循環器内科、神経内科、総合内科、アレルギー・膠原病内科、心療内科、その他
()

Q6. Q4で「外科」と回答された方に伺います。

以下のうち、あなたの診療科に最も近いものをお選び下さい。

消化器外科（消化管）、肝胆膵外科、呼吸器外科、乳腺外科、心臓血管外科、その他（ ）

Q7. あなたの現在の資格取得の有無について、該当しているものすべてに○をつけてください。（複数回答可能）

- ① 外科系診療科の専門医
- ② 内科系診療科の専門医
- ③ 産婦人科専門医
- ④ 放射線科専門医
- ⑤ 日本癌治療認定医機構癌治療認定医
- ⑥ 日本癌治療認定医機構癌治療暫定教育医
- ⑦ 日本臨床腫瘍学会癌薬物療法専門医
- ⑧ その他（ ）

Q8. 勤務されている施設の種別を選択してください。

- ① がん専門病院
- ② 大学付属病院
- ③ 総合病院
- ④ クリニック
- ⑤ その他

Q9. 勤務されている施設の所在地（都道府県）をお答えください。

(都 道 府 県)

Q10. あなたの施設のがん診療体制について、該当しているものすべてを選択してください。（複数回答可能）

- ① 都道府県がん診療連携拠点病院である
- ② 地域がん診療連携拠点病院である
- ③ 地域がん診療病院である
- ④ 特定領域がん診療拠点病院である
- ⑤ 小児がん診療病院である
- ⑥ 小児がん連携病院である。
- ⑦ いずれでもない

Q11. あなたの診療科には何人のがん診療を担当す

る医師がいます？

- ① 1人
- ② 2-3人
- ③ 4-5人
- ④ 6-9人
- ⑤ 10人以上

Q12. あなたの診療科の年間新規がん患者数はどのくらいですか？2021年度の実績をご記入ください。

- ① 50例未満
- ② 51~100例未満
- ③ 100~200例未満
- ④ 200~300例未満
- ⑤ 300~400例未満
- ⑥ 400~500例未満
- ⑦ 500例以上

Q13. あなたの施設の周産期医療（産科）との連携体制について、該当しているものを選択してください。

- ① 施設に産科医がおり、分娩が自施設で可能である。
- ② 施設に産科医はいるが、分娩は自施設ではできない。特定の近隣産科医療施設と密に連携している。
- ③ 施設に産科医はいるが、分娩は自施設ではできない。近隣産科医療施設との連携は特にならない。
- ④ 施設に産科医は勤務していないが、特定の近隣産科医療施設と密に連携している。
- ⑤ 施設に産科医は勤務していない。近隣産科医療施設との連携は特にならない。
- ⑥ 施設に産科医は勤務していない。近隣に産科医療施設が存在しない。
- ⑦ その他（ ）

Q14. あなたの施設の周産期医療（小児科、新生児科）との連携体制について、該当しているものを選択してください。

- ① 施設に小児科医がおり、NICU管理も含めた新生児対応が自施設で可能である。

② 施設に小児科医がいるが、NICU管理等、高度な新生児対応は自施設ではできない。

③ 施設に小児科医はいるが、分娩は自施設ではできない。

④ 施設に小児科医は勤務していないが、特定の近隣小児医療施設と密に連携している。

⑤ 施設に小児科医は勤務していない。特定の近隣小児医療施設との連携は特にならない。

⑥ 施設に小児科医は勤務していない。近隣に小児医療施設が存在しない。

⑦ その他（ ）

Q15. あなたの診療科では妊娠期がん（妊娠中にがんと診断された症例）患者の診療経験はありますか？

- ① ある（Q16-21へ）
- ② ない（Q22へ）

Q16. Q15で「ある」とお答えになった先生に伺います。

あなたの診療科では、2017年以降この5年以内に何例の妊娠期がんの治療を経験しましたか？

- ① 1例
- ② 2例以上4例以内
- ③ 5例以上9例以内
- ④ 10例以上20例以内
- ⑤ 20例以上

Q17. Q15で「ある」とお答えになった先生に伺います。

あなたの施設では、妊娠期がんに対し全身麻酔によるがん手術は実施可能ですか？

- ① はい
- ② いいえ

Q18. Q15で「ある」とお答えになった先生に伺います。

あなたの施設では、妊娠期がんに対する抗がん剤治療は実施可能ですか？

- ① はい
- ② いいえ（理由：自由記載 ）

Q19. Q15で「ある」とお答えになった先生に伺い

⑩妊娠中の薬物療法（抗がん剤治療）は母体のリスクとなる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑪妊娠中の薬物療法（抗がん剤治療）は胎児のリスクとなる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑫妊娠中の薬物療法（抗がん剤治療）の実施に不安を感じる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑬妊娠中の手術治療の実施に不安を感じる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑭妊娠中期以降、妊娠中に薬物療法（抗がん剤治療）を行うことは妥当だ。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑮妊娠中期以降、妊娠中に手術を行うことは妥当だ。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑯妊娠中に薬物療法を行った場合、児の出生後の発育に不安を感じる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑰妊娠中に手術治療を行った場合、児の出生後の発育に不安を感じる。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

⑱妊娠期がん症例のがん治療は専門性の高い多職種チームを有する限られた施設で

実施すべきだ。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

Q23. 妊娠期がんに関する国内外のガイドラインを利用したことがありますか？

①利用したことがある。

②利用したことはないが、ガイドラインについて知っている。

③この領域に関するガイドラインの存在を知らない。

Q24. 妊娠期がん症例に対する産科との診療連携について以下の質問にお答えください。

（強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない、の五択から選択してください）

①妊娠期がん診療では産科との連携は自施設内で実施するのが望ましい。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

②妊娠期がん診療では産科との連携は他施設（医療機関）と実施することは妥当である。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

③他施設の産科と連携をすることに不安がある。

強くそう思う、そう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない、わからない

Q25. 妊娠期がん症例に対する他施設の産科との診療連携について、どのような課題・障壁があると考えられますか？該当しているものすべてを選択してください。（複数回答可能）

①どの施設と連携ができるのか知らない

②他施設の産科医療が、がん治療について知識があるかどうかわからない。

③自分が産科医療について知識がない。

④施設間の情報の伝達に不安がある。

⑤患者の容態変化への対応に不安がある。

⑥胎児の容態変化への対応に不安がある。

⑦患者の通院の利便性の低下。

⑧特に課題・障壁はない。

⑨その他（ ）

Q26. 妊娠期がん診療の実践に向けて、どのような取り組みが必要だと考えられますか？該当しているものすべてを選択してください。（複

18-19 歳 20-24 歳 25-29 歳 30-39 歳 40-49 歳 50-59 歳 60 歳-

3) あなたの性別を選択してください

男性 女性 その他 回答しない

4) あなたの主なる仕事について

医療関係の仕事(学生)ですか?

はい いいえ 一部関係している

法律関係の仕事(学生)ですか?

はい いいえ 一部関係している

5) ご本人と周りの方々にがんの既往歴はありますか?(複数回答可能)

いる いない 回答しない

いる→ 本人 配偶者 子供 両親 親しい人 その他

6) ご本人または周りの方々に不妊治療(体外受精)の既往歴はありますか?(複数回答可能)

ある ない 回答しない

ある→ 本人 配偶者 子供 両親 親しい人 その他

こちらをご一読ください

死後生殖とは、凍結保存しておいた精子・卵子・受精卵を用いて子供を作ること指します。

医学の進歩により精子・卵子・受精卵の凍結保存が可能になり、不妊治療や妊孕性温存治療(妊娠する手段を残しておくこと)において、それらを凍結保存することは一般的に行われています。

凍結保存をされた患者さんが死亡された場合には、一般的にそれらは廃棄することになっています。しかし、技術的には凍結保存したものから子供を作ることが可能であり、ご遺族(奥様・ご主人・両親等)がその凍結保存したものをを用いて子供を作ることが死後生殖となります。日本では認められておりませんが、いくつかの海外諸国においては、死後生殖を認めている地域もあります。

7) 死後生殖という言葉を知っていましたか?

- ・ よく知っている
- ・ 少し知っている

・ ほとんど知らない

・ 全く知らない(初めて聞いた)

8) 死後生殖全般についてあなたの意見をお聞きます。

凍結保存をおこなった患者さんが死亡した状況で、ご遺族が凍結してあった配偶子(卵子・精子・受精卵)を使用して子供を作ること(死後生殖)をあなたはどのように考えますか?

- ・ 認める
- ・ 条件付きで認める
- ・ 認めない
- ・ どちらとも言えない(わからない)

こちらをご一読ください

現在日本において凍結保存をする状況(理由)は大きくわけて以下の3つになります

1 不妊治療の一連として凍結保存する

2 がん治療(や性転換手術)などにより妊娠する力がなくなる前に精子や卵子を凍結保存する(妊孕性温存)

3 加齢による不妊のリスクを考慮して凍結保存を行う(社会的個人的事情)

凍結保存した精子・卵子・受精卵を使用する場合には、

男性が死亡した場合には、女性に移植し妊娠出産することになります。

女性が死亡した場合には、代理母(日本では非合法)に移植し妊娠出産することになります。

9) 以下の状況におけるあなたの意見をお聞かせください。

①~④それぞれについてあなたはどのように考えますか?

(前提として、夫妻ともに死後生殖を希望していて、事前に書面等で同意が得られていることとします)

①男性患者さんが精子凍結をしています。

男性の死後、凍結精子を使用して妻卵子と体外受精をし、同意している妻が子供を産むことについて

てどう考えますか？

- ・ 認める
- ・ 条件付きで認める
- ・ 認めない
- ・ どちらとも言えない（わからない）

②男性患者が妻卵子との胚凍結をしています。男性の死後、凍結胚を使用して、同意している妻が子供を産むことについてどう考えますか？

- ・ 認める
- ・ 条件付きで認める
- ・ 認めない
- ・ どちらとも言えない（わからない）

③女性患者が夫精子との胚凍結をしています。（凍結胚を使用するには代理母出産が必要になります）女性の死後、凍結胚を使用して、同意している代理母が子供を産むことについてどう考えますか？

- ・ 認める
- ・ 条件付きで認める
- ・ 認めない
- ・ どちらとも言えない（わからない）

④女性患者が卵子凍結をしています。（凍結卵子を使用するには代理母出産が必要になります）女性の死後、凍結卵子を使用して夫精子と体外受精をし、同意している代理母が子供を産むことについてどう考えますか？

- ・ 認める
- ・ 条件付きで認める
- ・ 認めない
- ・ どちらとも言えない（わからない）

10) 死後生殖①～④について、凍結の理由（不妊治療・妊孕性温存・社会的事情）により回答は変わりますか？

- ・ かわらない
- ・ かわる
- ・ どちらでもない
- ・ その他（ ）

11) 死後生殖について、ご意見がありましたら自由に記載してください

（倫理面への配慮）

- ・ アピアランスケアの普及に関する研究（日本癌治療学会との連携）：聖マリアンナ医科大学倫理委員会の承認を得て行われた（承認番号 5831）。
- ・ 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究（日本癌治療学会との連携）：聖路加国際病院（承認番号 22-RC106）および聖マリアンナ医科大学の倫理委員会にて審査（承認番号 5927）
- ・ 温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題（死後生殖）に関する研究：聖マリアンナ医科大学の倫理委員会にて審査（承認番号 第 6241）

C. 研究結果

1) がん相談支援センターの役割に関する研究

A-1 相談支援の担当者（回答者）の情報

①配布施設数：426

回答者数：218名 回答施設数：197施設（重複回答 10施設） 施設名称未記入：11

回答率は 46.2%（197/426）であった。

②回答者の年齢

41～50歳が 45%、51～60歳が 31.2%、30～40歳が 14.2% 次いで 61歳以上、29歳以下。40代以上が約 80%を占めている。

③回答者のがん相談支援担当歴

がん相談歴は 5年未満が 42%と最も多く、10年未満の者（26%）と合わせると約 70%を占める。

更に平均経験年数を職種の違いでみると、社会福祉士資格者は約 118か月（9年10か月）、看護師資格者は約

73か月（6年1か月）であった。がん相談支援センターは 2006年2月より順次設置されているが、設置当初

から担当していると推測されるのは 16年以上（2022年12月時点で 14名）で、この割合は約 6%であった。

④回答者の保有資格（複数選択可）

看護師が 60.4%、社会福祉士が 36.9%、精神保健福祉士が 17.5%、介護支援専門員が 13.8%、公認心理師が 5.1%。看護師は看護系資格（看護師、保健師、助産師、認定看護師）のみ所持している者が 88.3%。社会福祉士はその他の資格（精神保健福祉士、公認心理師、介護支援専門員など）も所持している者が 66.7%。中にはキャリアカウンセラーや保育士資格をもつ者もあった。看護師と社会福祉士、両方の資格を持つ者は 4 名いた。

⑤雇用形態

ほぼ常勤（95.9%）者である。非常勤者は 9 名。非常勤者の内訳は 61 歳以上が 4 名（看護師）、51～60 歳が 2 名（看護師・社会福祉士）、41～50 歳が 1 名（看護師）、31～40 歳が 1 名（看護師）、29 歳以下が 1 名（公認心理師/臨床心理士）
勤務年数は最も長い人は 15 年 4 か月（看護師）。最も短い人は 2 年 8 か月（心理士）

⑥患者の担当制について

最も多い「その他」の詳細では、担当の際の条件はないとのコメントが約 85%を占めた。それ以外では

「退院支援患者」「曜日担当」「病棟はグループ分けし担当制、外来は全員で担当」「病棟を基本としながらも

受け持ち件数により追加」「周産期か否か」等の回答であった。

A-2 相談支援を行う環境について

①面談時のプライバシーを守れる環境であるとの回答が 76.1%、できる時とできない時があると回答したのが

22.5%であった。

②がん相談支援センターの窓口には、98.6%がすべての利用者が自由にアクセスできると回答した。

③がん相談支援センターの PDCA チェックリストでは、直通回線をもつことが推奨されているが、

直通の電話回線がある施設は 64.1%であった。

A-3 がん相談支援センターの周知について

① 患者家族への周知のために現在行っていること

約 90%の病院が「院内の見やすい場所にポスター等で場所、対応可能な時間帯について掲示」し、

「配布物（チラシ・診療案内・入院案内・広報誌等）で提示」し、ホームページ（患者向け）や病院公式 SNS (FB 等) にて周知を行っていた。更に「掲示・配布物内容について定期的に見直し」を行っ

ていると回答した病院も約 77.5%にのぼった。また院内職員への周知を各部署に回って行っている、

市民公開講座での案内を実施しているとの回答もあった。更に初診時に「窓口にかけていただく」、

「苦痛スクリーニングシートを実施して案内を渡す」、「がん相談支援センターの案内を行う」こと

になっていると回答した病院もわずかながらあった。

② 院外（関係機関や地域住民等）に向けた周知のために行なっていること

院外（関係機関や地域住民等）に向けた周知は、病院のホームページや公式 SNS を活用が 96.3%と最も多かった。配布物の作成や院内の見やすい場所

への掲示も 8 割近くの病院で行われている。しかし配布物・掲示物の内容の見直しについて行っ

ていると回答したのは 62.2%に留まっていた。また、公共の場所（図書館や役所、自治体の広報誌、新聞

等）を活用している施設は 14.7%と少なかった。

③ 院内職員に向けた周知のために行なっていること

院内職員に向けた周知は、「職員の見やすい場所に掲示を行う」は 81.1%、「配布物を作成し配布する」

は 77.4%であったが、「役割や業務を周知する機会の定期的な確保」は 60.4%、「職員を対象とした勉強会等の実施」は 46.5%であった。なお活用さ

れている機会としては、院内会議での報告、がん看護専門外来担当者やがん看護委員等、がん患者

に関わるリソースに連携依頼を図る、がん患者支援のための情報提供を目的にニュースを発行する、e-learning、電子カルテの掲示板でトピックスを発信、重点的にアウトリーチする診療科を絞り医師に依頼を働きかける、緩和ケア研修会での紹介、がん相談支援センターの周知動画を流す等が挙げられた。また A-3-2 につづき、配布物・掲示物の内容の見直しを行っている」と回答したのは 66.4% に留まった。

④ 患者・院外・院内への案内

患者・院外・院内への案内に記載されている情報については、「自施設の患者以外の相談者にも対応していること (95.3%)」、「相談は無料 (94%)」、「匿名での相談可 (82.8%)」、「相談内容が同意なく第三者に伝わらないこと (80.5%)」は 8 割以上であったが、残る 1 項目である「整備指針で『相談支援センターの業務』として示されている相談内容に対応していること」は 64.7% であった。

A-4 院内職員から患者への案内状況

依頼を受けるタイミングとして最も多いのは「治療中」で、次いで「治療開始前」、「治療後～経過観察中」の順であった。

A-5 病院管理者やがん相談支援センター管理者のバックアップについて

①～⑤周知における病院管理者のバックアップについて、患者家族に対しては「まあまあ思う」が 50.5% で、「そう思う」を合わせると 60% だった。院外（関係機関や地域住民等）に対しては「どちらとも言えない」が 39% と最も多く、「ほとんど思わない」を合わせると 56.4% となり、半数以上はバックアップを得ているとの認識がもてないでいる。院内職員に対しては「まあまあ思う」が 50.5% で、患者家族に対する周知と同じ割合だった。いずれにおいても、管理者のバックアップが得られていると明確に回答した割合は 10% 台以下であった。院内職員からがん相談支援センターの案内におい

て、病院管理者のバックアップが得られているかについては、「まあまあ思う」が 56.7%。「どちらとも言えない」が 29%。ここでも「そう思う」と答えたのは 7.8% と 10% 未満であった。

⑤相談員が相談対応で困ったときには、助言を求められる担当者を定めるよう各診療科・部門に指示されているについて、「一部行われている」が 29% と最多だが、「どちらともいえない」(28.6%) と「全く行われていない (24%)」を合わせると半数を超える。「行われている」と回答したのは 17.5% のみであった。

⑥相談員に対し継続的な学習の機会を保証し、参加を促しているか（例：研修参加や必要経費の支出、不在時代替者の調整等）については「そう思う」が 42.7% と最多であり、「まあまあ思う」と合わせると 80% を超えていた。

⑦がん相談支援センターへの相談対応の質向上のための取り組みをしている者（例：認定がん専門相談員等）の配置についてのバックアップは「まあまあ思う」が最多であったが、「そう思う」と合わせると 60% を超えるが、約 40% は「どちらとも言えない」「ほとんど思わない」と回答していた。

⑧がん相談支援センターの相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制の整備（例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等）に関してのバックアップは「そう思う」と回答した施設は 10% 弱。「まあまあ思う」と合わせても約 22% だった。「どちらとも言えない」と「ほとんど思わない」「思わない」を加えると約 70% となり、管理者のバックアップが最も感じにくいとされる項目であった。尚、音声データは取らずに評価表の項目を活用して点検を行っているとの意見があった。

A-6 相談対応の質の担保を目的として、がん相談支援センター内で取り組んでいることについて上位 3 つは多い順に「相談記録の作成」(80.7%)、「図書や配布物の内容を精査し正確な情報が掲載

されているものを設置・配布している」(74.8%)、「相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報の整備・更新に努めている」(62.4%)であった。一方、「定期カンファレンスの開催」(56%)、「事例検討会の開催」(52.8%)、「病院管理者への報告」(53.2%)、「患者からのフィードバック体制」(44.5%)と全体として十分とはいいがたい。国立がん研究センターが推奨する「相談対応した際の記録（音声データ等）とがん相談対応評価表 等を用いた定期的な相談対応のモニタリング (QA)」で点検を行う割合は22%であった。

A-7 院内で連携できる部署について

最も多いのは「アピアランスケア」(82.2%)、次いで「ゲノム医療」(73.6%)であった。その後「就学・就労支援」(67.8%)、「生殖機能・妊孕性温存」(57.2%)、「AYA 世代への支援」(51.9%)、「希少がん」(27.4%)の順であった。

A-8 紹介できる院外のネットワークについて

最も多いのは「生殖機能・妊孕性温存」(84.4%)、次いで「就学・就労支援」(71.2%)であった。その後「ゲノム医療」(64.6%)、「希少がん」(56.6%)、「アピアランスケア」(55.7%)、「AYA 世代の支援」(52.8%)の順であった。

B-1~4 AYA 世代への支援をどのくらいの頻度で行っているか

AYA 世代への支援は、約 70%の施設で行われていたが、年間の相談件数が 11 人以上と答えた施設は 25.8%に留まり、約 60%は年間で 10 人以下、「ほとんど症例がない」「対応可能と表示しているが実績がない」と回答した施設も 7.3%あった。更に思春期世代（15~20 歳未満）に限ると相談件数は 0 人が 55.3%と半数を超え、10 人以下（41.2%）と合わせると 96%以上の施設で実績が乏しいことが明らかになった。支援の提供は主に YA 世代が対象

になっていることが多く、A 世代の患者に関わる機会は稀な状況となっている。

AYA 世代への支援の内容は、最多は「アピアランス」(67.6%)で、「生殖機能・妊孕性温存」(64.8%)、「心理支援」(61.3%)、「経済面」と「就労支援」が同数(56.3%)、「家族・きょうだい支援」(41.5%)と続く。「学習支援」は 23.2%、「食事・栄養」は 19.7%、「恋愛・結婚・性」は 15.5%、「晩期合併症」は 8.5%、「運動」は 6.3%であった。若年ならではの困りごとを抱える傾向があるとされているものの、ピア紹介、患者サロン等の相談は 1 件ずつと積極的に行われていないことがうかがえる。

B-5 AYA 世代の支援について最も難しいと感じる支援内容

「生殖機能・妊孕性温存」(36.2%)を挙げる施設が最多であった。これは 2 番目に多い支援内容（B-4 参照）である。2 番目には「家族・きょうだい支援」(18.1%)、3 番目には「経済面」(13.8%)を挙げる施設が多かったが、「心理支援」「就労支援」等も 10%台と分散している傾向がある。なお、どの順位においても「晩期障害」を挙げた回答は僅かであった。

B-6~7 AYA 世代患者との関係性の構築に対する困難感と工夫について

AYA 世代患者との関係性の構築については、約 70%が「感じている」と回答したが、難しさを感じる点として「A 世代との関係性構築」、「親が同伴しており、親を通じでの面談になる」「機会がない」等の意見がみられた。就労世代が多い YA 世代については難しさを感じず、総合的に「難しいのは相談に来ない方へのアプローチ」を挙げる意見もあった。

B-8~10 AYA 支援チームや他職種との連携について

自施設に AYA 支援チームがあると回答したのは約

2割(21.7%)であった。2022年度中に発足予定と回答したものと合わせると3割ほどであった。AYA支援チームが設置されている施設では、がん専門相談員が構成員に含まれていると回答したのは9割弱(85.5%)であった。AYA世代への支援はがん相談支援センターの業務として取り組むことになっているが、構成員になっていない施設が僅かにしてもある状況がわかった。

支援の際、連携している専門職として挙げられたのは多い順に公認心理師(62%)、認定がん専門相談員(35.3%)、小児専門看護師(18%)、学校教員(21.3%)、チャイルドライフスペシャリスト(CLS)(14.7%)、保育士(10.7%)であった。その他、病院内の精神科医、心療内科医、遺伝専門、生殖医やがん関連の専門・認定看護師や様々な専門職が、また関係機関に所属しているものとして、スクールソーシャルワーカーや市町村の保健師、訪問看護師などを挙げられていた。

B-11~12 小児がんを経験したAYA世代の患者に対する長期フォローアップの体制

小児がんを経験したAYA世代の患者に対する長期フォローアップの体制については、約半数(48.7%)が「長期フォローアップの体制は整っていない」と回答。次いで多かったのは「小児科の医師が外来診療の中でフォローアップしている」(30.6%)。「小児がん経験者を対象とした長期フォローアップ外来がある」と回答したのは14%だった。造血幹細胞移植後の場合のみ行っているとの回答や、成人になれば腫瘍内科でフォローしているとの回答が僅かだがあった。対象となる小児がん患者の診療体制がない、患者がいないとの回答も複数あった。AYA世代とその保護者は、がん相談支援センターの存在やその相談方法について知っているかに対しては、多い順に「どちらとも言えない」(41.5%)、「あまり思わない」(34%)、「まあまあ思う」(17.9%)、「思わない」(6.1%)、「そう思う」(0.9%)であった。

B-13 AYA世代の支援に必要な知識はどのように得ているかについて、多い順に

1. 国立がん研究センター主催の相談員研修(Eラーニング・集合研修) 68.7%
 2. 院外の研修会等(63.1%)
 3. 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、事例検討会等(60.8%)
 4. AYAがんの医療と支援のあり方研究会(AYA研)主催の学会・研修会(47.9%)
 5. 地域相談支援フォーラム(36.9%)
 6. 小児がん拠点病院主催の研修会等(27.2%)
 7. 院内の勉強会・研修会・事例検討会(19.8%)
- 受講したことがないと回答したのは3.7%と僅かであった。

C-1~生殖機能・妊孕性温存について相談支援を行っているか

「行っている」が7割(70.2%)、「行っていない」が14.7%だった。「他部署に相談窓口があるため行っていない」との回答が7.8%あった。その他には相談がないと答えたものが複数あり、また「主に助成金に関する支援であり、温存治療そのものにはあたっていない」とのコメントもあった。2021年度1年間の生殖機能・妊孕性温存に関する新規相談件数について、がん専門相談員が対応した相談件数で最多は「1~10人」(62.2%)で、次に多かったのは「0人」(33.9%)だった。

C-3~4 AYA世代患者の支援の際、他のニーズが主訴であっても、生殖機能・妊孕性温存についてニーズがあるかを相談員側から確認しているかについて、「している」は46.9%、「していない」は44.1%ではほぼ半数ずつに分かれた。その他のコメントには「状況に応じて行っている」や、「主治医や他部門のスタッフから主治医からの説明がないのに話す必要はないと言われた」との回答があった。また、生殖機能・妊孕性温存についての相談対

応に困ったとき、院内に相談できるスタッフはいるかについて、「いる」は71.1%、「いない」と「AYA支援チーム」が同数で14.4%だった。C-1で「他部署に相談窓口がある」と回答した具体的な窓口がAYA支援チームである可能性がある。多くのが専門相談員は単独で抱え込まず、誰か他職種に相談しながら対応している状況がうかがえるものの、相談できるスタッフがない状況は何らかの方法で改善する必要があると思われる。

C-5 支援内容については、「経済的な制度の理解と活用」(63.9%)が最多であり、次いで「治療と妊娠・出産との両立を希望する患者さんへの対応」と「他施設との連携」が同率で53%、「生殖医療の専門的かつ基本的な知識」は35%、「年齢的な問題(思春期・未成年である・高齢出産になる等)」(26.2%)との順になった。またどれか1つのみの支援であったと回答した割合は27.9%であり、7割ほどは複数の項目を経験していることがわかった。

C-6~7 生殖機能・妊孕性温存の支援で最も”難しさ”を感じた項目について、最多は「治療と妊娠・出産との両立を希望する患者さんへの対応」(32.6%)、次いで「生殖医療の専門的かつ基本的な知識」(30.3%)、「年齢的な問題(思春期・未成年である・高齢出産になる等)」(11.8%)、「他施設との連携」(7.9%)、「経済的な制度の理解と活用」(6.1%)の順であった。

その他のコメントには、「若年者が少ない診療科では、主治医が生殖器への影響を説明できないまま相談依頼がある」、「がん治療医を巻き込むこと」、「遺伝性腫瘍との兼ね合い」等医師との連携がもとめられる内容があった。また「治癒する確率が低い妊孕性温存の希望が強い患者さんへの対応」とのコメントが多く、「治療と妊娠・出産との両立を希望する患者さんへの対応」に含まれる内容と思われる。また、意思決定支援においては、がん治療開

始まで期間が短い場合や、患者と親との意向が異なる場合の難しさが挙げられていた。「担当診療科は決まっていないので、長期的に生殖機能が戻らないことを心配している患者さんから、相談がおざなりになっているとお声がある(ともかくART実施施設に受診していただく)」といった、長期フォローアップに関する内容もあがっていた。一方で、「専門チームがあり、困っていない」とのコメントが1件あった。

”難しさ”を感じた理由について記載された理由をカテゴリ化する。

①意思決定支援に関するもの

「思春期での意思決定」「高齢の妊娠出産」「挙児をあきらめられない」「女性、母性の喪失という思いが強く意思決定ができない」「治療までの時間がない」「治療を中断して妊娠を希望したいと言われた時の対応(家族と本人の希望も違う等)等、倫理的意見の対立になりやすいテーマであること

②患者への説明に関するもの

「BADニュース後の説明のタイミング」「間違っことを言えない」「テキスト(マニュアル?)がほしい」

③相談援助に必要な知識

「基本的な知識が不足している」「相談員の理解度に自信がもてない」「医療的知識が曖昧」「医療技術は日々進歩しているので、最新情報を収集することが、不可欠」「ガイドライン変更に対応できない」「連携先医療機関のリスト」「連携手続きのながれの把握」「使用する抗がん剤の影響度」「卵巣凍結後の患者さんの妊娠確立や、治療後どのくらいで妊娠可能となるのかなど、より具体的な相談内容」「領域が広くまた繊細な問題であるためどこから学んでいったらよいか迷う」「非常に複雑でもっと知識を得たいと思うがその時間を確保できない」

④相談援助の経験

「デリケートな問題」「患者の迷いに寄り添うこと」「家族との意見の相違、関係性を扱うこと」

「相談員として話せる範疇を超えるため、傾聴し、主治医への相談を促すしかなかった」「明確な正解がない中で自己決定を促すむずかしさ」「生殖機能・妊孕性温存の支援に関する相談の件数が少なく、経験値が足りないため。机上の知識だけでは個別性にあつた支援は難しいと感じている」「妊孕性温存が望めない方の精神的ケアをどうしていいか悩んだため」「妊孕性温存をしないと決めた後の揺らぎ」

⑤医師との連携・院内の体制

「診療科との協働が前提であるが、医療者の知識も追い付かない・医療者間で異なる」「診療科によって温度差があると感じており、適切な情報提供がされていないケースがある」「拠点病院の診療機能としての評価基準がない」

⑥助成制度について

「各都道府県自治体での支援内容が異なっている点」「公費制度のこと」「利用できる制度や指定医療機関についての適切な情報提供（国・都道府県・各医療機関で解釈違いがある）」

C-8 生殖機能・妊孕性温存の相談支援に必要な知識はどのように得ているかについて、多い順に

1. 国立がん研究センター主催の相談員研修（Eラーニング・集合研修）62.5%
 2. 院外の研修会等（58.3%）
 3. 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、事例検討会等（55.1%）
 4. 日本がん生殖・医療学会主催の学会・研修会（38.4%）
 5. 地域相談支援フォーラム（31.9%）
 6. 院内の勉強会・研修会・事例検討会（23.6%）
- 受講したことがないと回答したのは4.2%と僅かで、約7割の69.9%（151/216）が院外で主催されている研修会に2つ以上参加して知識を得ていることがわかった。

D アピアランスケアについて

①～②アピアランスケアは約80%の施設で開設されていたが、体制はあるが相談実績がない施設が12%であった。実績ありと回答した施設の中でも、相談件数は年間1～10人が67%を占め、相談体制は整えていても実績が乏しいことが明らかになった。アピアランスケアのニーズの拾い上げや各施設での院内での連携や周知に課題があると想定される。

③～④アピアランスケアの相談窓口は96%ががん相談支援センターであった。複数の相談窓口を持つ施設では、相談窓口のひとつに化学療法担当部署を挙げている施設が65%と最も多く、次いでがん薬物療法を専門とする専門看護師や認定看護師が50%であった。アピアランスの専門外来があったのは3%であり、アピアランス支援の専門の相談体制が少数の施設で進んでいることがうかがえた。一方で出入りしている業者が相談を受けているという施設もみられ、全体の8%は業者と連携してセミナー開催をしたり出張相談会をしたりする形態を合わせもっていることが判明した。

⑤実践しているアピアランスケアは、「ウィッグの選び方や購入の方法」89.3%、「頭髮の脱毛前の準備やケアについて」78.6%、「脱毛後のケアについて」78.6%と脱毛に関するケアが非常に多かった。ついで「外見の変化による人との関係性や付き合い方等について」65.1%、「地域における助成金の情報提供」64.7%の順に多くみられた。

⑥アピアランスケアを行う上での難しさについては、エビデンスが多いとは言えず、自己イメージに関連する心理的苦痛や他者とのかかわりのなかで生じる苦痛という点でも相談者の価値観や生活に目を向けて支援することの難しさが影響していると考えられる。また、多くの施設が業者との連携の在り方に課題を抱えており、医療者が支援を提供するために美容専門家や企業とどのように連携をとるかは課題となっていることが分かった。また、がん相談支援センターでアピアランスケア

を担うことについて、マンパワーに課題があることが分かった。

⑦アピアランスケアに必要な知識はどのように得ているかについて、多い順に

1. 国立がん研究センター主催の相談員研修 (E ラーニング・集合研修) (56.4%)
2. 院外の研修会等 (58.3%)
3. 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、事例検討会等 (39.4%)
4. 院内の勉強会・研修会・事例検討会 (19.3%)
5. 地域相談支援フォーラム (17.9%)

受講したことがないと回答したのは 8.7%と僅かであった。業者からの情報も 3 件 (1.4%) あった

E 就学支援について

①～④ AYA 世代の就学支援について、行っていないが 67%、何らかの形 (AYA 支援チームや担当者が行うなど) で行っているのが 28%であった。2021 年度の 1 年間に相談件数がなかった施設が 63.7%あり、1～5 人も含めると、9 割が少数の相談件数であった。支援内容は、「相談がないので支援の経験がない」が 58.2%であり、「病棟スタッフと連携して情報提供を行う」が 31.2%、「在籍校や行政とも連絡をとりあう」が 18.4%、「院内月旧のと連携」が 12.8%であった。受験生に対する支援については、支援の経験がない施設がさらに増加し、68.0%であった。

⑤～⑦ 自施設の就学支援体制は整っていると思うかについて「そう思う」「まあまあ思う」が 20.8%、「思わない」「あまり思わない」が 53.3%、「どちらともいえない」が 25.7%であった。約半数が整っていないと認識していた。その理由として「中学生・高校生の院内学級など支援体制がないから」が 47.8%を占めたが、「就学支援体制を把握できていない」との回答が 42.2%存在した。

⑧ 就学支援に必要な知識はどのように得ている

かについて、多い順に

1. 国立がん研究センター主催の相談員研修 (E ラーニング・集合研修) (50.0%)
2. 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、事例検討会等 (28.2%)
3. 小児がん拠点病院主催の研修会等 (26.4%)
4. 院内の勉強会・研修会・事例検討会 (10.9%)
5. 地域相談支援フォーラム (17.9%)

受講したことがないと回答したのは 1.1%と僅かであり、対象と接する頻度が少ない中で、就学支援に必要な知識は 8 割以上が何らかの研修会参加などにより知識を得ていることがわかった。

F 就労支援について

①～③ 2021 年度 1 年間における就労支援の相談件数は、1～10 人が 44.4%と最多であったが、次が、51 人以上であり 13.2%あった。相談内容については、「会社以外で利用できる公的制度 (疾病手当金等) の情報・手続きについて」が最多であり、ついで「会社へ伝えるタイミング」や「休職中の対応 (病気休暇・給与補償等)」であった。また治療後の復職支援や再就職の相談も相談内容の上位であった。

対象者の拾い上げ方法については、多い順に①本人家族 (95.3%)、②看護師 (72.9%)、③医師 (63.9%)、④その他院内スタッフ (44.9%)、⑤各種スクリーニングによるニーズの掘り起こし (44.4%)、⑥他の事柄で相談部門を利用した患者に就労支援のニーズ確認を実施 (33.6%)、⑦就労年齢層の患者に対し、相談部門から声掛けを実施 (10.7%) の結果であった。

④緩和ケアスクリーニングについては、96.3%で行われており、その実施時期は外来や入院において複数回行われていた。「就労に関する事柄」がスクリーニングの項目入っている施設は 56.5%であった。入退院支援加算スクリーニングについては、98.6%で行われていたが、「就労に関する事柄」が

スクリーニングの項目入っている施設は 34.0%であった。

⑤ 就学支援に必要な知識はどのように得ているかについて、多い順に

1. 両立支援コーディネーター研修 (77.4%)
 2. 国立がん研究センター主催の相談員研修 (Eラーニング・集合研修) (62.7%)
 3. 都道府県やブロックで開催されている相談員研修、事例検討会等 (62.7%)
 4. 地域相談支援フォーラム (35.8%)
 5. 院内の勉強会・研修会・事例検討会 (27.8%)
- 全体の 96.8%が何かしらの研修会に参加していた。尚、2018年に新設された療養・両立支援指導料の相談支援加算算定要件である両立支援コーディネーター研修修了者は 77.4%であった。また、研修受講者のうち 3つ以上の研修を受講した者 57.1%を占めた

G ピアサポートについて

①院内でのピアサポートの実施状況に関して

院内でのピアサポートの実施状況は「がんサロンを運営」82.6%「患者会を紹介」19.7%、「ピアサポーターを紹介」19.7%であり、「実施していない」と回答した施設は 8.7%であった。コロナ禍のため活動を中止しているというものが 4.1%(9件)みられた。その他の回答には、コロナ禍のため活動を中止しているというものが 4.1%(9件)みられた。また、「がんサロンはNPOで開催している」「がんサロンは院内のボランティア委員会で支援している」などの回答もあった

②～⑤がんサロンの運営状況に関して

がんサロンの運営状況は「対面形式のみで開催」23%であるが、何らかの形でオンラインを取り入れている施設は 47.6%となった。一方で 29.7%の施設はコロナ禍の影響により運営をできない状況にあった。オンラインを取り入れられない理由として、オンラインを取り入れられない患者さんが

多い(54%)、患者さんがオンラインに抵抗感あり(20%)であり、患者さんに求められていないと回答する施設が多かった。

また、開催頻度は毎月1回が 47%、1.5か月に1回 13%、2か月に1が 21%、1.5か月に1回 13%で、81%を占めた。一方で「毎日開催」4施設、「月2回開催」5施設と開催頻度が高い施設もあり、「平日外来日に職員常駐させて、常時開設」という回答も見られた。

内容は 30-60分のフリートークがメインであり、医師やそれ以外の専門職によるミニ講義と一緒にこなっている施設も多かった。平均参加人数は1~5名 67%、6-10名 22%、少人数で行われていた。

2) 新しい家族のカタチ(里親・養子縁組)に対する研究(日本がん・生殖医療学会との連携):

・ご回答いただいた方の平均年齢は 35歳、女性が約 8割で、乳がんの経験者が約 3分の 1、血液腫瘍の経験者が約 4分の 1を占めていた。

・約半数の方が婚姻されていて、お子様がいないと回答された方が約 3分の 2で、4.4%の方が里子さん・養子さんがいると回答されていた。

・約半数の方が里親制度・特別養子縁組制度の情報探索をされた経験があり、使用される頻度の高い SNS は X(旧ツイッター)、インスタグラム、Youtube であった。

・里親制度・特別養子縁組制度について情報を得たい相手としては、福祉職の方、そして当事者の方が多かった。

3) アピアランスケアの普及に関する研究(日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携): 1. 参加者の背景(別紙 1)

オンライン調査を送付した JSCO 会員 16,838名のうち、重複例を除いた 807名(4.8%)の回答を集計した。回答者の属性を別紙 1 表 1 に示す。性別は男性 72%、女性 28%で、過半数が 40歳以上であった。74%の回答者が、高度がん医療を担う厚生労

働省指定のがん診療連携拠点病院に所属していた。回答者の国家資格は、医師 671 名 (83%)、薬剤師 65 名 (8%)、看護師 56 名 (6%)、歯科医師 22 名 (3%)、その他 4 名 (0.5%) であった。医師の専門は外科が 281 名 (42%) と最も多く、次いで産婦人科 116 名 (17%)、内科 87 名 (13%)、泌尿器科、放射線科、口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科であった。外科と回答した 281 名の内訳は、多い専門科から消化器外科 139 名、乳腺外科 94 名、呼吸器外科 8 名、小児外科 5 名、その他であった。内科の専門は多い順から腫瘍内科(他の内科専門と重複あり)45 名、消化器内科 42 名、呼吸器内科 16 名であった。看護師の所属は通院治療センター/化学療法室 22 名、病棟 5 名、外来 4 名、その他 14 名であった。

2. 日本における医療従事者のアピアランスケアに対する意識と体制

2-1. アピアランスケアについての医療従事者の認知

「アピアランスケア」がどれくらい認知されているかを図 1 に示す。「アピアランスケア」の用語と内容について、「用語も内容も知っている」は医師/歯科医師の 27%、薬剤師の 63%、看護師の 93%、「用語を知っているし、内容も少し知っている」は医師/歯科医師の 32%、薬剤師の 34%、看護師の 7%であった。一方で、「用語も内容も知らない」は、医師/歯科医師の 22%、薬剤師の 5%、看護師では 0%であった。アピアランスケアは、看護師においては広く浸透しているが、医師/歯科医師においてはそれほど広く浸透しているわけではないことが明らかとなった。所属施設別にみると、「用語も内容も知らない」と回答したのは、がん専門病院所属の 8%に対して、大学病院、一般病院ではそれぞれ 20%、20%であった (別紙 1 図 1(a))。

「治療に伴う外見の変化が、患者にとっては単なる身体症状ではなく、がんを想起させる症状であることから、その心理や社会活動に大きく影響することは知っているか？」の問いについては、「よ

く知っている」52%、「少し知っている」33%が、「あまり知らない」13%、「全く知らない」1%を大きく上回っていた (別紙 1 図 1(b))。治療に伴う外見変化についての患者への説明は、「必ずしている」67%、「よくしている」26%で、93%の医療者が説明を行っていた (別紙 1 図 1(c))。「アピアランスケア」という用語が特に医師/歯科医師の中でそれほど広く認知されていないとはいえ、患者への説明は行われていることが明らかとなった。

2-2. アピアランスの変化による実施臨床での問題と体制について

「治療に伴う外見の変化について患者から質問や相談をされることがあるか」という質問に対して、「よくある」が 44%、「たまにある」が 49%で、93%の医療者が患者から質問を受けたと回答した (別紙 1 図 1(d))。一方で、「ほとんどない」、「全くない」は合わせて 7%にとどまっていた。職種別にみると、医師/歯科医師では「よくある」「たまにある」がそれぞれ 42%、50%、薬剤師では 42%、57%、看護師/medical social worker (MSW)/理学療法士では 75%、23%であった (別紙 1 図 1(d))。

アピアランスケアに対する専門的な部署や担当者が決まっている、と答えたのは全体のわずか 26%であった (別紙 1 表 2)。施設別ではがん専門病院では 53%であったのに対して、大学病院では 21%、一般病院では 26%であり、がん連携拠点病院であっても 30%に留まっており、がん患者が多く集まる病院であったとしても、がん専門病以外のほとんどの病院でアピアランスケアの担当部署や担当者が設置されていないことが明らかとなった (表 2)。「治療に伴う外見の変化について、その対処方法を患者に説明しているか」の問いに対しては、「自分で説明している」が 79%、「自分では説明していない」が 21%で、ほとんど場合、患者の担当者が自ら説明を行っていることが明らかとなった。「治療に伴う外見の変化を理由に治療を変更した

り、患者から治療を拒否された経験があるか」、に対して、医師/歯科医師では、「よくある」「たまにある」がそれぞれ3%、43%で、約半数が治療を変更した経験があると回答した(別紙1図1(e))。主に化学療法を担当している内科、乳腺科、婦人科、泌尿器科医339名からの回答に限定すると、「よくある」「たまにある」はそれぞれ併せて55%で、「ほとんどない」「全くない」の45%を上回っていた。女性患者を主に扱う婦人科、乳腺科医に限定した回答では、「よくある」「たまにある」は59%、「ほとんどない」「全くない」は41%で、全体を対象とした場合と違いはなかった。放射線科医34名に限定した回答では、「よくある」「たまにある」がそれぞれ3%、21%であり、放射線領域においても外見の変化を理由に治療の変更をしている場合があることが示唆された(別紙1図1(e))。

3. 日本版アピアランス・ケアガイドラインに記載されているクリニカルクエスション(CQ)とバックグラウンドクエスション(BQ)に対する実地臨床での反映

日本癌治療学会より発刊されている「がん治療におけるアピアランスケアガイドライン2021年版3)」について、「ガイドラインについて知っているし内容も知っている」は全体の35%に留まっており、「ガイドライン自体を知らない」と回答したのが43%であった。

ガイドラインにCQまたはBQとして挙げられているクエスションに対する対応として正しいと思われる回答を、医師、看護師、薬剤師別に集計した(表3)。

「化学療法誘発性脱毛の予防や重症度軽減に頭皮クーリングシステムを行うことは、脱毛が生じる治療をする全ての患者に推奨されている」に対しては、「推奨されている」「わからない」「推奨されていない」の選択肢を与えた。本ガイドラインの推奨は、「周術期化学療法を行う乳がん患者に限定して、行うことを弱く推奨する。推奨の強さ2 エ

ビデンスの強さB」と記載されている。職業別の回答は、「推奨されている」と回答したのは医師、薬剤師、看護師それぞれ39%、25%、15%であった。一方、「推奨されていない」と回答したのは医師、薬剤師、看護師それぞれ25%、65%、71%であった。

「化学療法による脱毛の再発毛促進に頭皮マッサージの効果は有用とのエビデンスがあるか」の設問に対しては、「ある」「ない」「わからない」の選択肢を与えた。本ガイドラインではBQとして挙げられており、ステートメントでは、化学療法による脱毛の再発毛促進に頭皮マッサージの効果は不明である、との内容で記載されている。職業別の回答は、「ある」と回答したのは、医師、薬剤師、看護師ともに10%前後であり、「わからない」「ない」の回答が大多数を占めていた。

「化学療法終了後に再発毛し始めた患者や、脱毛を起こさない化学療法を施行中の患者は染毛してよいか。」の設問に対して、「パッチテストなどを条件に許容される」「わからない」「禁忌である」の選択肢を与えた。これはガイドラインではBQとして挙げられており、高いエビデンスはないものの、本邦のガイドラインには「条件を満たしたうえで注意深くヘアカラー剤を行うことを否定しない」、等のステートメントが記載されている3)。実際の回答は、「パッチテストなどを条件に許容される」が看護師、薬剤師はそれぞれ87%、77%で、医師は52%であった。看護師、薬剤師の多くが許容できると回答した一方で、医師で許容すると答えたのは半数にとどまっていた。

「化学療法による皮膚色素沈着の予防や治療として、ビタミンC投与の効果は確実か」の設問に対しては、「ビタミンC投与の効果は確実である」「ビタミンC投与の効果は確実とはいえない」「わからない」の選択肢を与えた。ガイドラインではBQとして挙げられている。ステートメントでは、「化学療法による皮膚色素沈着に対して、ビタミンCに予防及び治療効果があるという報告はない。一般的な色素沈着疾患に対して治療効果を示す報告は

あるが、化学療法による色素沈着に応用できるとの十分な根拠はない。」と記載されている。職業別の回答は、「ビタミンC投与の効果は確実である」と回答したのはごく少数にとどまっていた。一方、「ビタミンC投与の効果は確実とはいえない」と回答したのは薬剤師の94%、看護師の87%に対して、医師/歯科医師では68%であった。

「分子標的治療（EGFR阻害薬等）に伴うざ瘡様皮疹に対してテトラサイクリン系抗菌薬の内服は勧められるか」の設問に対して、「勧められる」「わからない」「勧められない」の選択肢を与えた。本ガイドラインの推奨は、「分子標的治療薬に伴うざ瘡様皮疹の予防を目的に、テトラサイクリン系抗菌薬の内服を行うことを弱く推奨する。推奨の強さ2 エビデンスの強さB」と記載されている。職業別の回答は、「勧められる」と回答したのは、薬剤師89%、看護師69%であったのに対し、医師は43%であった。

「分子標的治療（EGFR阻害薬等）に伴うざ瘡様皮疹に対して副腎皮質ステロイド外用薬は勧められるか」の設問に対して、「皮膚炎と自覚症状の軽減を目的とした使用は勧められる」「皮膚炎と自覚症状の軽減を目的とした使用は勧められない」「わからない」の選択肢を与えた。ガイドラインではBQとして挙げられており、ステートメントには「質の高いエビデンスはないが、自覚症状や皮疹の軽減を目的に勧められる。」と記載されている。職業別の回答では、「勧められない」としたのはすべての職業でごく少数にとどまっていたが、「勧められる」としたのは薬剤師94%、看護師82%に対して、医師/歯科医師では60%にとどまっていた。

「放射線治療中の照射野の洗浄は、放射線皮膚炎を悪化させるか」の設問に対しては、「悪化させる」「悪化させない」「わからない」の選択肢を与えた。ガイドラインにはBQとしてあげられており、ステートメントでは「洗浄することが勧められる」と記載されている。職業別の回答は、「悪化させる」の回答はすべての職業でごく少数にとどまってい

たが、「悪化させない」は看護師では73%であったのに対し、医師では61%、薬剤師では51%であった。

「放射線皮膚炎の軽減/予防のために照射部位への保湿剤の塗布は勧められるか」の設問に対しては、「勧められる」「勧められない」「わからない」の選択肢を与えた。本ガイドラインの推奨は、「乳癌術後の胸部照射および頭頸部領域照射による放射線皮膚炎の悪化予防のために保湿薬を外用することを弱く推奨する（推奨の強さ2、エビデンスの強さC）」と記載されている。「勧められない」の回答はすべての職業でごく少数にとどまっており、「勧められる」は医師72%、薬剤師78%、看護師84%であった。

「胸部から腋窩などへの放射線治療時に、デオドラント剤（制汗・消臭剤）を腋窩に使用継続してもよいか」の設問に対して、「患者のQOLなどを鑑み、使用継続は弱く推奨される」「わからない」「皮膚への刺激を避けるため、デオドラント剤を使用しないことが推奨される」の選択肢を与えた。本ガイドラインの推奨は「放射線治療中のデオドラント使用の継続を弱く推奨する（推奨の強さ2、エビデンスの強さC）」と記載されている。職業別の回答は、「患者のQOLなどを鑑み、使用継続は弱く推奨される」と回答したのは医師、薬剤師、看護師それぞれ25%、37%、42%であった。一方で「皮膚への刺激を避けるため、デオドラント剤を使用しないことが推奨される」と回答したのは医師、薬剤師、看護師それぞれ37%、37%、42%であった。つまり、患者のデオドラント剤の使用希望に対して、職種に関わらず約40%の医療者がデオドラント剤の使用を否定する回答となった。

「術後（乳房再建術後など）に使用が勧められる特別な下着はあるか」の設問に対しては、「素材や機能が検証された下着がある」「素材や機能が推奨された下着はない」「わからない」の選択肢を与えた。ガイドラインではBQとしてあげられており、ステートメントには「乳房再建術後に使用する下着の着用時期や素材・機能性などについて、検証

は行われていない。」と記載されている。これに対して、医師、薬剤師、看護師それぞれ「ある」と回答したのは56%、66%、47%、「ない」と回答したのはそれぞれ10%、12%、33%であった。

4) 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究（日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携）：メールアドレス登録のある日本癌治療学会の医師会員14,135名中、588名が回答（回答率4%）した。実態調査の研究成果は別紙2に示す。

5) 温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題（死後生殖）に関する研究：① 死後生殖に関する世界の現状を調査の研究成果を別紙3に示す。なお、研究班では、架空事例をもとに死後生殖の是非に関する議論を行い、現在も研究継続中である。（架空事例）原則死後生殖は認めないが、特定の条件がそろった場合は認めるという法律があったと仮定。35歳男性（妊孕性温存研究促進事業に則って妊孕性温存した患者→つまり精巣毒性ありの治療開始前に、妊孕性温存（精子凍結）を施行した患者。

1. 2029年1月1日に発症し、2029年2月1日がん治療前に、精子凍結保存を行った。
2. 2030年1月1日死亡。
3. 2030年1月4日に妻およびがん患者の両親、妻の両親がそろって、来院した。
4. 凍結保存精子の保存継続と凍結保存精子を用いた体外受精を希望。

又、② 医学系学生等や当事者（患者団体）を対象とした死後生殖に関する意識調査は現在実施中である。

D. 考察

1) がん相談支援センターの役割に関する研究

【A-1 まとめ：相談員の属性】

がん専門相談員の96%は常勤者で、年齢は40代以上が約80%を占め、看護職もしくは福祉職等としての経験が十分にある者が従事していると思われる。そのうえで、がん専門相談の経験年数の平均は、職種別では看護師が約6年1か月、社会福祉士が約9年10か月であった。しかし、全体で最も多いのは5年未満（42%）で、これはがん対策推進基本計画の約一期分に相当する。また、がん相談支援センターの設置当初（2006年2月）から担当している者の割合は約6%と僅かであった。つまり、がん専門相談員は多くはがん専門相談の経験が浅いなかで従事しており、且つ、がん対策推進基本計画が更新される頃には異動等によりその業務から離れている可能性がある。これは、がん専門相談員としての知識や経験が醸成されにくい状況を示し、がん相談支援センターの業務の展開に影響していることが考えられる。

尚、所持資格からは、看護師は相談援助系の資格を持つ人は少なく、社会福祉士は相談援助系の資格を複数取得している傾向があった。相談員としての業務に臨む前提において、相談支援の展開における基盤の違いがあることが推察される。現在、がん診療連携拠点病院要件では相談員のうち1名は社会福祉士が「望ましい」とされているが、がん相談支援センターに求められる幅広い活動に対応するためには、看護職と福祉職や心理職等相談援助系の資格をもつ者とが両方必置されることが望ましいと思われる。

【A-2～4 まとめ：相談の環境とアクセス、周知活動について】

相談希望者ががん相談支援センター（以下、センター）に自由にアクセスできること、プライバシーを守る環境で相談できることは概ね保証されている。ただし、直通電話回線については設置が推奨されているものの、既設されている施設は約64%に留まっていた。直通回線の設置は相談者にとってアクセスしやすくなるだけでなく、着信時にカスタマーサービスに資するものとして録音す

る旨の応答メッセージが流せると、がん専門相談員に求められている QA のためのモニタリングにも活用しやすくなると思われる。

センターの役割や業務の院内外への周知は、院内での掲示や病院公式サイトの活用等は積極的に行われているが、それでもセンターの存在を知らない患者の割合が少なくないとされる現在の状況からは、依然として患者家族が自発的、意識的に探さなければつながりにくいことを示している。初診時に「窓口に寄っていただく」、「苦痛スクリーニングシートを実施して案内を渡す」、「がん相談支援センターの案内を行う」ことになっていると回答した施設はわずかだったが、これらはがん拠点病院の新要件のひとつとして新たに求められるようになった内容であることから、こうした取り組みの増加が期待される。

また周知の際に「整備指針で『相談支援センターの業務』として示されている相談内容に対応していること」は約 65%であり、センターが対応できる相談内容について患者家族に明確に伝えることが求められる。

職員に対する周知の機会の確保（約 60%）や勉強会等の実施（約 47%）の割合からは、センター以外の職員がその機能を適切に理解し、連携を可能にする働きかけに課題があることがわかる。その点では、掲示物等の最新の内容への更新が 60%台であることは、意識をもつことで改善の余地がある。

院外（関係機関や地域住民等）に向けた周知は公共の場所（図書館や役所、自治体の広報誌、新聞等）を活用している施設は約 15%と少なかった。新要件では院外での広報に積極的に取り組むことが挙げられており、がん対策情報センター（国立がん研究センター）が進めている、図書館でのよりよい医療情報提供のあり方の模索等を参考に、各地域での取り組みが広がることが期待される。以上のような周知活動に取り組むことにより、院内、地域、社会においてがん相談支援センターの

認知が向上し、現在、相談を受けるタイミングが最も多い「治療中」が「治療開始前」に置き換われれば、がん罹患がわかった時から患者家族が抱える多くの側面の課題に、相談支援が届けられるようになると思われる。

【A-5 まとめ：病院管理者によるバックアップに対する認識】

がん相談支援センター（以下、センター）の周知については、对患者家族、対院内職員ともに「まあまあ思う」がほぼ半数であった。ただし、明確に「バックアップを受けている」と認識しているのは、どちらも 10%台以下と少なかった。また院外（関係機関や地域住民等）に対しては「どちらとも言えない」、「ほとんど思わない」が 60%近かった。センターに求められる業務は多岐に亘り、都道府県拠点以外の施設では専従 1 名、専任 1 名という少ない人員体制で臨んでいる施設が多い。相談員の学習の機会は多くの病院で保証されている（約 80%）ものの、相談員が相談対応で困ったときの組織的な対策や、相談対応の質向上のための取り組み（例として認定がん専門相談員や、認定がん相談支援センターの認定取得、相談対応のモニタリング（QA）を実施するために必要な体制の構築等）については積極性がみられていない。全般的に現任者の裁量にゆだねられており、特に組織的な対策が必要な業務や、業務を進める上で必要な体制づくりでは限界を感じている相談員が少なくないと思われる。

【A-6 まとめ：相談対応の質向上への取り組みについて】

相談対応の際に活用する情報を最新かつ適切なものとする事へのがん専門相談員の意識は高い傾向にある。しかし、相談対応の質の評価に他者の視点を入れることについては十分とは言えない。

「相談対応した際の記録（音声データ等）とがん相談対応評価表等を用いた定期的な相談対応のモニタリング（QA）」を実施することが有意義な方法として推奨され、認識されてもいるが、相談内

容の録音、逐語録の作成、複数の職員で共有して評価という内容は手間と人手を要するため、取り組みにくさを生じさせている可能性がある。特に相談内容の録音は、相談者の協力を得ることを含め、自動応答メッセージの活用などハード面の整備によって敷居を低くする可能性があるが、病院管理者の理解を得られず実現が難しくなっている側面も考えられる。

一方、「病院管理者によるバックアップ」を感じられるかどうかは、カンファレンスや事例検討、病院管理者への報告といった場面を通じた他職種や管理者との接点の希薄さが関係している可能性がある。そのため組織内での体制づくりがなされることによって、がん相談支援センターの業務の進展と質向上が図られる可能性がある。また患者からのフィードバック体制を調えることは、この度の新要件にもりこまれていることから、今後は改善される可能性が見込まれる。

【A-7～8 まとめ：相談内容別にみる院内外ネットワークの活用について】

「アピアランスケア」、「ゲノム医療」、「就学・就労支援」、「生殖機能・妊孕性温存」については、約70%以上の施設が院内もしくは院外のどちらかのネットワークを活用して対応していた。しかし「AYA世代の支援」については、院内でも院外でも連携できるネットワークがあると回答した施設は半数程度であった。特に希少がんについては、疾患の希少性自体の影響を受け、院内で連携できている施設は30%弱で、院外のネットワークの活用も60%を切っていた。AYA世代も希少がんも患者数は相対的に少なく、相談支援の経験知の積み上げにくさが課題だが、AYA世代の支援においては、今後AYA支援チームの設置が必須となることが新要件で示されたことから改善が見込まれる。

【B-1～7 まとめ：AYA世代に対する支援の状況】
約7割の施設がAYA世代への支援を行っている」と回答した。しかしAYA世代は全がん患者数に占める割合はそもそも数%と少ないことが知られてお

り、実際においても「ほとんど症例がない」「対応可能と表示しているが実績がない」との回答や、支援を行う備えはあっても症例がなかったとの回答も1割近くあった。特に思春期世代（15～20歳未満）に限ると対象者がいなかったとの回答が半数を超え、1～10人との回答を合わせると96%を超える。支援の提供は主にYA世代が対象になっていることが多く、A世代の患者に関わる機会は稀な状況と言える。

また支援内容は多い順に、「アピアランス」、「生殖機能・妊孕性温存」、「心理支援」、「経済面」と「就労支援」が同数、「家族・きょうだい支援」、「学習支援」、「食事・栄養」、「恋愛・結婚・性」、「晚期合併症」、「運動」であった。ピア紹介、患者サロンの相談はわずかに1件ずつとほとんど行われていないに等しかった。尚、これらを清水班（2017）によるアンメットニーズの順位に照らすと大きな齟齬が見られた。これは回答者が出会った数少ないAYAがん患者がもつニーズが何であったかが影響しているため、全体の傾向と合致しない可能性が考えられる。

支援のうち最も難しさを感じる内容は「生殖機能・妊孕性温存」で、次に「家族・きょうだい支援」、3番目は「経済面」であった。「生殖機能・妊孕性温存」は相談件数も多く、その困難感を解消することは大きな課題と言える。「生殖機能・妊孕性温存」の支援を難しいと感じる理由には、「相談員」の専門的な知識や経験、「患者」の理解力、自院の医療体制や他院との連携などの“組織やネットワーク”の状況、治療が急がれる中での意思決定支援（“タイミング”）に関するものが多く挙げられた。経験不足とする内容には、患者発信の相談でない時や主訴と違う場合の切り出し方や、どこまで踏み込むかの判断の難しさ等があった。患者の理解力に関する内容には、妊孕性の低下を想定できず決断できない、親の意向になってしまう、がんの治療法自体に悩みセカンドオピニオンに至ってしまった等があった。

その他には「病気の不安が大きいなかで将来のことを考えられるような支援」、「生殖機能を失うことへの精神的な支援」「過去に説明不足で温存の機会がなかった患者さんへの対応」等があった。いずれにしても AYA 世代に対する相談員のスキルは、支援の対象として出遭った患者がもつニーズによって経験や知識が影響を受けているのではないかと考えられる。経験が少ない、もしくは経験したことのない内容に対する困難感には自然なものとも理解できる。引き続きアンメットニーズを意識した支援に臨むことが重要である。

AYA 世代の支援に関して、約 7 割が難しさを感じていると回答したが、その理由として、AYA 世代は一般的に相談に訪れにくいため相談に来ない方へのアプローチが難しいとするもの、関係性を築くほどの機会がない、患者による等、限定付きの回答が見られた。

困難感を感じている場合の工夫について特徴的な記載には、院内での体制づくり、AYA 世代が話しやすいと思える職員の活用、面談の環境や枠組みの配慮、面接時の言葉かけの工夫、意図的に病気以外のことやその世代の関心に合わせた話題を挙げる、患者のペースに合わせた関わり、家族の存在に配慮しつつも患者の主体性を尊重した関わり、相談員自身の自己研鑽や工夫等が挙げられていた。尚、AYA 世代の相談支援経験はないものの「感じている」と回答したものも複数あった。不慣れななか、対象者に出遭う場合があることを想定して意識していることがうかがえる。

困難感を感じていない場合については、相談援助の基本的な姿勢、すなわち主体性の尊重、共感傾聴、対等な立場で接すること、ストレングス視点、ソーシャルバックグラウンドの把握やピアサポート等社会資源の活用等、年代に特別な影響を受けないといった内容の記載があった。

【B-8~13 まとめ：AYA 支援チームや他職種との連携について】

自施設に AYA 支援チームが結成されている、も

しくは 2022 年度中に結成される予定があると回答した施設は約 3 割だった。しかし、ごく一部の施設ではがん専門相談員が構成員になっていなかった。がん相談支援センターの業務の一つでありながら、チームの構成員には含まれていないという状況は懸念される。いずれにしても AYA 支援チームの設置は、がん診療連携拠点病院の要件の次回改定時には必置とされているため、急速に整備されていくと思われる。また AYA 支援チームの有無とは別に、どのような他職種と連携しているかについては、6 割以上が心理職を挙げた。3 割以上は認定がん専門相談員を挙げており、認定を取得していない相談員から身近な連携先として捉えられていることがうかがわれる。

小児がんを経験した AYA 世代の患者に対する長期フォローアップの体制については、長期フォローアップ外来があると回答した施設は 14%に留まっている。約半数は体制が整備されておらず、3 割の施設では小児科の診療内で行われているとの回答であった。小児がんの診療体制自体がないことや当該患者の不在を挙げる記載もあり、現任者としては、拠点病院として一律に対応が求められることへの戸惑いも抱えているように思われる。小児がん経験者は原疾患の治癒後、成人期になっても多岐に亘る晩期合併症を抱えることが多い。成人期医療への移行支援が進むことにより、AYA 支援（チーム）が活用される機会も増えていく可能性があると思われる。

支援に必要な知識の習得については、約 8 割が院外で主催される研修会に 2 つ以上参加して知識を得ている。がん専門相談員は、AYA 世代の支援を取り組むべきことと認識し、対象患者の有無や多少にかかわらず、備えようとしている行動を表していると思われる。

【C1~5 生殖機能・妊孕性温存の相談支援の状況】
尚、生殖機能・妊孕性温存は治療開始前に行われる特性上、ニーズとして表出されていなくても相

談員側からアウトリーチしているかを確認したところ、回答はほぼ半数ずつに分かれた。これは、がん専門相談員としてもとめられる姿勢をどのように自認しているかにばらつきがあることや、医師に対する越権行為と捉える向きが影響していると思われる。これについては研修等を通じて、基本的な姿勢と適切な働きかけ方について共有する機会が得られることが望ましい。

7割の施設が支援を行っているものの、相談実績は10人以下が約6割、0人だった施設が3割強と、ほとんどの相談員は実績が乏しい状況にある。AYA支援における状況と似ているが、相談のニーズが埋もれてしまっているのか、単に内外における周知の不足で相談につながらないのか、AYA支援チームの結成のように、がん診療連携拠点病院としての体制整備によって必要とする患者に必要な支援が届くようになるのかは、実情に合わせた対策を考える余地がある。

【C-6～8 生殖機能・妊孕性温存の相談支援に対する困難感について】

「治療と妊娠・出産との両立を希望する患者さんへの対応」や「生殖医療の専門的かつ基本的な知識」を挙げた施設が3割を超えていた。また、自由記載の詳細からは両者が密接に影響しあっていることがうかがわれる。相談援助の前提として、このテーマ自体が葛藤を生じやすい性質をもつ。

“正解がない”なかで患者の葛藤に寄り添うことや、意思決定支援を行うことの難しさ、時には患者本人とは意見の異なる家族関係への介入は相談員経験が十分であっても簡単な支援ではない。更に、繊細で複雑な専門知識や、助成制度の詳細の理解不足は不慣れ感から個別支援での活用には自信がもてず、そこへ相談支援の機会が訪れるという連関である。院内の、特に医師との連携体制の構築も不十分となると、更に困難感を増幅させることは容易に想像できる。なお、「長期的に生殖機能が戻らないことを心配している患者から相談がおざなりになっている」と指摘を受けたという、長

期フォローアップに関する内容も挙げられていた。支援に必要な知識の獲得方法については、約7割は院外が主催する研修会に2つ以上参加して知識を得ている。本調査の前項Bで把握したAYA世代の相談支援に必要な知識を得る時と比べると、生殖機能・妊孕性温存の相談支援に必要な知識を得ることのほうが、全体的にポイントが下がっている。受講したことがないと回答したのは4.2%と僅かであったが、こちらも若干増加している。前述の相談支援上の困難感から、AYA世代の支援と同様、対象患者の有無や多少にかかわらず、専門的知識を身につけるべく取り組んでいることがうかがわれる。

【D-1～7 まとめ：アピアランスケアについて】

第4期がん対策推進基本計画ではアピアランスケアはサバイバーシップ支援のひとつとして挙げられ、がん相談支援センターの相談業務としても位置付けられた。多くの施設においてアピアランスケアは複数の相談窓口があり他部署や他職種と連携をとりながら相談業務を行っている現状があった。アピアランスケアは、就労や就学との関連が深いものではあるが、体制整備は整っていても相談者がいないなど機能するに至らない現状もみられていた。特にAYA世代に関しての新規相談実績は相談実績のある施設の67%で10人以内/年と少ない。アピアランスケアのニーズの拾い上げや院内連携の強化は今後の課題と考える。また、相談窓口としてアピアランス専門外来をたちあげる施設が3.2%ある一方で、「正しい情報の提供」「業者との連携の在り方」「マンパワーの確保」がケアを行う上での難しさとして挙げられた。業者が相談業務を担うなどの施設も少数ながらあり、正しい情報やエビデンスに基づいた知識の更新（機会）と医療者が行うアピアランスケアの意義を理解したうえで質の均てん化を図ることが今後重要となると思われる。

【E まとめ：就学支援について】

多くの施設において相談依頼がないことがわかっ

たが、実際に就学支援が必要で行われていないのか、必要とする患者がいないのの比較は不明であった。対象者になかなか出会わない中で、その都度、行政や他施設に相談して情報を得ているとあり、相談先として「小児がん拠点病院」が挙がっていないことが分かった。就学支援に関しては積極的に知識を得る機会を持ちにくい中で、他施設や行政と連携しながら支援を行っている実態があるが、就学支援の経験が最も多い小児がん拠点病院との連携が、今後の課題であると考えられる。

【E まとめ：就労支援について】

就労に関する相談支援実施状況は、先行研究（西田・坂本ほか，2017）と共通した調査項目を設置し、各施設での取り組み状況の比較検討を行った。

1. 就労支援相談の依頼経路に関して

2017年調査時と変化が見られた項目は、①各種スクリーニングによるニーズの掘り起こし（2017年調査結果 29.3%）で、増加傾向にあった。一方で②他の事柄で相談部門を利用した患者に就労支援のニーズ確認を実施（2017年調査結果 38.6%）に関しては、減少傾向であることが示された。

2. 相談内容について

相談内容の内訳は以下のとおりである。2017年調査と比較すると、「情報・手続き」「知りたい・相談したい」に関連した項目に関して、「復職にあたり主治医や会社との交渉方法について知りたい」の項目以外は、対応割合が向上していた。尚、「職場における不当な扱いと法的支援について」は2017年の10.0%から2.3%（2022年）に減少していた

3. 各種スクリーニング体制

就労支援に関するニーズ把握の体制は、下記のごとく向上していた。

緩和ケアスクリーニング（就労あり）

2022年 56.5% 2017年 38.6%

入退院支援加算スクリーニング（就労あり）

2022年 34.0% 2017年 22.5%

4. 就労支援相談実績について

就労支援相談実績は、大きな変化が見られな

った。

件数	2022年	2017年
0件	10.2%	11.9%
1-10件	44.4%	45.2%
11-20件	15.3%	14.1%
21-30件	7.9%	8.5%
31-40件	6.5%	4.5%
41-50件	1.9%	5.1%
50件以上	13.9%	10.2%

2022年度、2017年度の調査対象施設はほぼ同一であるが、回答施設は必ずしも同一ではないため、一概には評価できない。その前提のもとではあるが、本調査から下記の3点が示唆された。

①施設内でのニーズのすくい上げの体制などが拡充される一方で、相談支援実績が向上していない結果を踏まえると、今後はスクリーニング以外での支援体制の検討をする必要があることが示唆された。

②相談内容の内訳から、「公的制度の情報・手続き」「必要な休暇期間について知りたい」「他の患者がどう乗り越えたのか知りたい」等、患者が主体的な情報収集に関連する事柄は、概ね対応割合が向上していた。一方で、「職場における不当な扱いと法的支援について」は2017年の10.0%から2.3%（2022年）に減少していた。解雇・失業といった危機的な状況に直面し相談支援センターを訪れる患者が減少傾向にある背景は本研究からは分析が困難であるが、少なからず、政策的な整備の影響や医療機関内で診断初期から展開されるニーズの救い上げの体制整備も影響している可能性は否めない。

③研修受講者のうち3つ以上の研修を受講した者57.1%を占めていた。現状、両立支援コーディネーター研修や国立がん研究センター主催の相談員研修は、単発での実施であり、継続的な開催形式のものはほとんど見られない。約半数以上が複数回の研修を受けている実態から、継続的な研修会開催ニーズが示唆された。

以上のことから、今後さらに医療機関における就労支援体制の充実のためには、相談員対象の継続的な研修の場の確保、院内での支援チームづくりのノウハウの共有の必要性が示唆された。

【G まとめ：ピアサポートについて】

ピアサポートは 2012 年に施行された第 2 期がん対策推進基本計画の中で初めてその必要性が明文化され、2018 年の第 3 期がん対策推進基本計画の中でもその普及に取り組むことが明記されている。その結果がん拠点病院を中心に広まり、今回の研究においてもがんサロンを中心としたピアサポートが月 1～2 回程度各施設で行われている現状が明らかになった。しかしコロナ禍の影響を大きくうけたことも明らかになった。オンラインでの開催については、一定の患者さんからの理解はあるものの、同体験をした仲間からの理解や共感やロールモデルの獲得には対面開催を求める声も多い。患者会を紹介する施設がまだまだ少なかったため、その分野の情報ツールの充実が求められる。

2) 新しい家族のカタチ（里親・養子縁組）に対する研究（日本がん・生殖医療学会との連携）：

本研究では AYA がんサバイバーにとってより有効な里親・養子縁組などの情報提供の在り方を考察するために、Y 世代、Z 世代にあたる AYA がんサバイバーを対象にして、AYA がんサバイバー当事者団体に Web アンケート協力を依頼し、AYA がんサバイバーの SNS 等を活用した情報探索に対する認識について調査を行った。Y 世代、Z 世代の AYA がんサバイバーが通常の情報探索、AYA がんに関する情報提供、里親制度・特別養子縁組制度についての情報を探索する場合などでも利用したいと考える SNS ツールは SNS は X（旧ツイッター）、Instagram、Youtube であることが明らかになった。また、回答者の中で里子・養子がいると 4.4% が回答した。以前、埼玉県里親会を対象に行った調査では里親家庭（養親家庭も含む）の約 6% に両親のどちらかががんサバイバーであるという報告

がなされており、里親（養親も含む）の中に一定数がんサバイバーが占めていることが明らかにされた。今回の調査では逆にがんサバイバーの中にも一定数里親・養親がいることを明らかにすることができた。里親制度・特別養子縁組制度について情報を得たい相手としては、福祉職の方、そして当事者の方が多く、2020 年に第 10 回日本がん・生殖医療学会学術集会の時に行われた市民公開講座でのアンケートでは、里親当事者の講演が聴衆からとても高く評価されるという結果が得られていた。つまり、今後 Y 世代、Z 世代にあたる AYA がんサバイバーに里親制度・特別養子縁組制度の啓発を行う方法として、がんサバイバーであり、かつ里親・養親当事者の方が X（旧ツイッター）、Instagram、Youtube などを用いて啓発していくことが有効であると考えられた。すでにいわゆるインフルエンサーとしてそのような活動を行っているがんサバイバーの養親当事者も存在しており、がん・生殖医療の里親・養子縁組支援にかかわる医療者はそれら当事者と協働していくことが啓発活動を有効にしていくうえで望ましいと考えられた。

3) アピアランスケアの普及に関する研究（日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携）：本研究は、患者に対するアピアランスの変化に対する医療情報の提供状況を検証した、初の医療者を対象とした実態調査である。日本癌治療学会会員 16,838 名に電子メールで調査を依頼し、回答率は 4.8%であった。同時期に行われた他の日本癌治療学会向けのアンケート調査(2023/1 月～8 月実施)の回答率は、3.1～6.0%であり、本調査の回答率がとりわけ低いものではなかったが、調査依頼は複数回にわたって実施されたことを考えると、回答率の低さはアピアランスケアに対する会員の注目度を反映していることが考えられる。とはいえ、807 名もの医療従事者の意見を収集することができた。また、今回の調査に協力が得られた回答者

は全体の 86%が医師、歯科医師であったこと、また薬剤師からの回答を 65 件得ることができた。これまでアピアランスケアに対する調査対象の多くは看護師であったが、今回の調査は看護師以外の多くの医療者の意見が収集された貴重な研究結果となった。

すべての参加者ががん治療に関わる医療従事者であるという対象のなかで、アピアランスケアの用語も内容も知らないと回答したのは、医師の 22%、薬剤師の 5%、看護師の 0%であった。看護師においてはアピアランスケアの認知が広がっている一方で、治療を提供する医師の間ではそれほど認知が広がっていない現状が示唆された。また、所属別でみると、がん専門病院では 8%であったのに対して、大学病院、一般病院ではどちらも 20%であり、これらの施設での教育が必要であることが考えられた。実地臨床では、ほとんどの医療者が、たとえばアピアランスケアという用語は知らなくても、患者から相談を受け自ら説明を行っている実態も明らかとなった。しかし、今回の調査は、本邦で「がん治療におけるアピアランスケアガイドライン 2021 年版 3)」が発刊されてから 1 年経過したところで行われたが、43%がガイドライン自体を知らないと回答しており、本ガイドラインが患者に対する情報提供にそれほど利用されていない可能性が示唆された。アピアランスに対する専門的な部署や担当者が決まっていると回答したのは、がん連携拠点病院に所属する医療者でさえわずか 30%に留まっていた。以上より、患者には自身のアピアランスの問題に対してエビデンスに即した、または一定のコンセンサスが得られている対処法についての情報が提供されていない可能性があることが考えられた。まずは、ガイドラインの周知をはじめとした医師/歯科医師に対するアピアランスケアについての啓発が急務である。その上で、専門部署の設置と継続的な運用が可能となることが考えられる。

今回の調査では、「アピアランスケアについて患者

から質問や相談をされることあるか」という質問に対して、医師/歯科医師の 91%が「よくある」「たまにある」と回答しており、さらに「治療に伴う外見の変化を理由に治療を変更したり、患者から治療を拒否された経験があるか」、に対しては、46%が「よくある」「たまにある」と回答した。アピアランスの問題をがん治療の方針決定に強く関わる医師が患者から直接的に質問を受けている実態、そして治療方針にも影響が及んでいる可能性が示唆された。男性癌患者を対象としたこれまでの調査では、アピアランスの変化についての主な情報源は、医師 35.2%、テレビ 29.8%、インターネット 29.5%、家族 26.2%、看護師 10.5%、薬剤師 22.4%、で、医師が情報源として大きな役割を果たしていることが報告されている 5)。

化学療法のアピアランスの変化による苦痛と社会活動の変化は、男性より女性の方が顕著であることが報告されている 1, 6)。しかしながら、消化器がんの患者を対象として男女別の「苦痛な症状」を比較した結果、上位 20 項目中、女性では 9 項目、男性では 8 項目がアピアランスに関連した苦痛症状であった。つまり、アピアランスに関連する苦痛は、男女ともに生じており、しかも悪心、倦怠感、胃腸症状、味覚障害、呼吸困難などの症状と並んで「苦痛」として感じていることが明らかとなった 6)。また、65 歳未満の男性患者の 71.1%が、アピアランスが仕事に影響を与えるか、という問いに対して、「強くそう思う」または「そう思う」と回答した 5)。今回の調査では、「治療に伴う外見の変化を理由に患者から拒否されたり変更した経験があるか」という質問に対して、男女の化学療法を担当している内科・泌尿器科からの回答と、女性患者を主に扱う婦人科・乳腺科からの回答では、「はよくある」「たまにある」がともに半数以上を占めており差はなかった。

本調査では、ガイドラインの CQ や BQ に沿った設問に対して参加者に選択式の回答をしてもらった結果、ガイドラインに推奨あるいはステートメン

トとして記載されている内容に対して、現場では必ずしも対応や理解が浸透しているとは限らないことが明らかとなった。化学療法終了後に再発毛し始めた患者や、脱毛を起ささない化学療法を施行中の患者に対する染毛については、「パッチテストなどを条件に許容される」が看護師、薬剤師はそれぞれ 87%、77%であったのに対し、医師は 52%であった。本質問は実地臨床でも頻繁に質問される項目でもある。今回の結果から、患者さんにガイドラインのステートメント通りの情報が伝わる可能性が担当医からは約 50%、看護師、薬剤師からは 80~90%であることが示唆された。放射線治療時のデオドラント剤の使用についての設問に対しては、「患者の QOL などを鑑み、使用継続は弱く推奨される」と回答したのは医師、薬剤師、看護師それぞれ 25%、37%、42%であった。一方、「皮膚への刺激を避けるため、デオドラント剤を使用しないことが推奨される」と回答したのはそれぞれ 37%、37%、42%であった。本質問は実地臨床において、一部の患者においては非常に重要な問題である。しかしながら、患者さんのニーズにガイドラインの推奨通りの情報が伝わる可能性が、担当医、看護師、薬剤師いずれからも 25~42%であり、半数以上の患者さんは、担当医からも現場からも正しい情報を聞くことができない。

アピアランスケアに対するエビデンスは決して高いものではない。エビデンスが明確でないものや推奨の低いものを実施するにあたり、ガイドラインの活用は非常であるといえる。しかし一方で、ガイドラインに記載されている対処方法は、「絶対安全」な対処法であるわけではないことから、情報提供は慎重かつ丁寧に行われる必要があり、ここにアピアランス専門部署の必要性があると考えられる。

ざ瘡様皮疹に対するテトラサイクリン系抗菌薬の内服は、本邦においては保険適応内の治療である。予防的な内服については保険適応外であるが、ガイドラインには、推奨の強さ 2、エビデンスの強さ

B (中) の位置づけである。ざ瘡様皮疹に対するテトラサイクリン系抗菌薬の内服について、「勧められる」「わからない」「勧められない」の質問に対し、職業別の回答は、「勧められる」と回答したのは、薬剤師 89%、看護師 69%であったのに対し、医師は 43%であった。つまり現場では比較的浸透しているにもかかわらず、医師においてはその知識が限定的である。ざ瘡様皮疹については EGFR 阻害薬以外の薬物療法でも生じることがあることから、本知識が広く浸透している薬剤師と医師との連携が重要であることが示唆された。

頭皮冷却装置は、本邦では血液学的悪性疾患や頭皮に腫瘍を有する場合を除き、「全ての固形癌」を対象に認可されている。しかし、本邦では保険外診療であり高額な患者負担が生じること（合計費用 1,300~23,000US\$）、医療者の手間がかかる、等の理由から本装置が 2019 年に医療機器として認可されて以降も実臨床に浸透してきていると言いはし難い。高額なアピアランスケアについては多角的に考えた場合、真のケアにつながるか慎重に考えるべきだと思われる。また、ニーズの高いケアについては、より浸透しやすい方法に改良していく必要がある。

本邦で過去に行われた、1034 人の癌患者を対象としたオンライン調査において、有病率が高く、苦痛の度合いが高いアピアランスの変化として挙げられたのは、脱毛症（頭皮、まつ毛）、痩せによる体型変化、浮腫、湿疹、敏感肌であったことが報告されている。有病率は高くないが、苦痛の程度が高かったのは、ストマ造設術、爪とその周囲の問題、乳房切除、指や四肢の切除、顔面の一部の切除であった。外見の変化を経験した患者の 40%以上が社会生活にネガティブな影響があったと回答した。実際に、「仕事や学校を辞めたり休む」といった経験が対象患者全体の 42.6%に生じており、また「人と会うのが億劫になる」が 40.2%、「外出の機会が減る」が 40.1%、などアピアランスの変化により、高い頻度で社会生活に悪影響が生じている

ことが報告された1)。また、同研究から、アピアランスの変化による「他人からの憐れみを受ける」「がんが露見する」ことへの懸念が、外出、他者との交流を減らし、人間関係の不和を増大させていることが報告された1)。今回の調査では、選択式の質問以外に、「医療者側が患者から受けた相談内容や対応に苦慮した実例」についての情報も得た。医療者が最も患者から受ける相談内容としては、1位 脱毛・脱毛の持続（頭皮、眉毛、まつ毛）、2位 爪の変色・変形、爪周囲炎、3位 皮膚炎・色素沈着、4位 顔面の変形、5位 ストマ、6位 痩せであった。さらにこれらのアピアランスの変化が発端となり、がん治療拒否、治療意欲の低下、抑うつ、仕事での問題（営業、取引先など）学校にいけない、という社会活動の低下につながっている可能性がある事例が存在することも判明した。アピアランスの変化による苦痛、そこから発展する抑うつ状態や社会とのかかわりの低下を改善することを目的とした患者支援を積極的に行うことができる体制を整えるべきである。「がん患者が社会のなかでその人らしく生きられること」が求められるようになった現在、外見の変化に対しては単なる変化の補完だけではなく、他者との関わりの中で生じる「相対的な苦痛」に対する認知変容の促進なども必要であることが指摘されている1)。具体的には、医療従事者は患者に対して、身体的症状のケアだけに焦点を当てた治療だけではなく、がんや外見に対する思い込みを変えるための情報提供や、外見変化後の人間関係を円滑にするためのコミュニケーションスキル教育が必要であることが考えられる。そして、患者とこれらの支援をつなげるためには、なによりも医師/歯科医師のアピアランスケアに対しての問題意識を強く持つことが必要不可欠である。

アピアランスケアを積極的に介入することの有効性を示した介入研究の報告は非常に少ない。癌腫、性別、年齢、国や地域の文化、社会的背景によって介入の方法と求められるニーズは異なることから

臨床試験のセッティングが難しいのがその理由の一つとして考えられる。一方で、世界的にもアピアランスの変化の重要性の認識がそれほど広まっていないことも考えられる。その中で、乳がんや頭頸部がんを対象としたアピアランスケアに対する介入研究の報告が少数ながら行われ、その有効性についてはいずれも前向きな結果が報告されている7,8)。Chen SCら7)は、放射線治療後の頭頸部がんの女性患者に対する3ヵ月間のthe 3-month skin camouflage programを行った。このプログラムは、看護師とcosmetologistによって、「アピアランスの心理」に関する教育マニュアルとともに提供された。このプログラムの参加によって、患者の抑うつ、社会的交流の忌避、が改善した。本邦の試験としては、Ikedaら8)は、nurse-facilitated appearance care programとして、乳がんに対する化学療法施行前後の患者を対象に、がん専門看護師、臨床心理士、美容師が、アピアランスに関連する副作用等の情報を提供し、さらにアピアランスの変化に対応する美容技術の提供を行った。このプログラムに参加した結果、ほとんどの参加者ががん特有の生活の質(QOL)を改善することができた。疲労、倦怠感の出現、physical well-beingの減少が生じたにもかかわらず、emotional well-beingはプログラム終了1ヵ月後も上昇し続け、social well-beingも低下しなかった。この結果の要因の一つとしては、プログラムに参加することで治療中も孤立することなく多くの他者との関わりがあった結果、良好な結果が得られたことも考えられる。少なくとも、アピアランスケアには、アピアランスの変化に対する補完技術の提供と同時に、心理的な問題に対する介入も必要であり、多職種によるアプローチが必要であることが考えられる。

4) 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究（日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携）：癌治療医の関心について；

本調査への回答率 4%と低く、妊娠期がんへの関心は低いことが明らかになった。なお、回答者のうち、約 50%は妊娠期がんに関与したいと回答したが、約 50%は関与したくないと回答していた。**癌治療医の診療実態について**；妊娠期がん診療の経験者は約 50% (297 名、癌治療学会 医師会員の 2%) で、妊娠期がんの経験を有する医師は、自施設内に産科や小児科・NICU が併設されている大学病院や総合病院勤務者が多かった。なお、妊娠期がん障壁として、連携施設がないことや、癌治療医自体の産科に関する知識がないこと、妊娠期がん診療に不慣れな点が挙げられた。

5) 温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題 (死後生殖) に関する研究：松山事件 (最高裁判平成 18 年 9 月 4 日判決 (民集 60 卷 7 号 2563 頁) の判決骨子には、「多角的な観点から検討し、親子関係を認めるか否かや、認める場合の要件や効果を定める立法で解決されるべきだ」とある。学会は学術親睦団体であり、医療における施術の管理を行う組織ではないため、法的権限も全く存在しないことより、違反行為に対しても適切に対処することは困難である。法的拘束力がない以上、今後、医療現場では同様のケースが多発する可能性が高いことから、十分なる社会的な議論と判断 (社会的合意) が必要であり、さらに十分な議論のもと早急な法整備が求められる。本研究で継続している研究成果を引き続き検証していく。

E. 結論

1) がん相談支援センターの役割に関する研究：国のがん相談支援センターの相談員を対象として、就学・就労支援、アピアランス、生殖機能温存等の相談支援の現状を確認、啓発する目的で実態調査を行った結果、多岐にわたる支援に対するさまざまな課題が明らかになった。すなわち、本研究課題の中心となる「妊娠性温存」に関する支援のみならず、さまざまな領域を支援する人的リソース

不足に関して、改めて国はがん相談支援センターの現状と課題を十分に調査すべきである。

2) 新しい家族のカタチ (里親・養子縁組) に対する研究 (日本がん・生殖医療学会との連携)：

・Y 世代を中心とした AYA がんサバイバーの方にアンケートを行い、情報探索には主に X (旧ツイッター)、インスタグラム、Youtube を用いていることが明らかになった。

・里親制度・特別養子縁組制度の啓発については、福祉職の方、そして当事者の方に SNS など発信してもらうことが有用であることが示唆され、がん・生殖医療の里親・養子縁組支援にかかわる医療者はそれら当事者と協働していくことが望ましいと考えられた。

3) アピアランスケアの普及に関する研究 (日本癌

治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携)：本調査研究は、日本癌治療学会会員に対して行われた調査研究であり、日本国外の医療者の認知の状況や国内体制についての情報は含まれていない。また、本学会会員は、がん治療に関わる医師の中でも特に、外科系を先行している医師の割合が多く、今回の調査でも内科医の割合は 13%と少数であった。そのため本調査結果は日本のすべてのがん治療医の意見を反映したものではない。また、学会会員に占める、歯科医師、薬剤師、看護師の割合も少ないため、これらの職種からの情報も大きなバイアスが生じている可能性がある。

今回の医療者を対象とした実態調査で得られた結果は、アピアランスの変化は重要な副作用であると認識してはいるものの、「アピアランスケア」という一つの枠組みとして取り組むべき問題であるという認識が乏しいことを示唆する結果となった。特に医師/歯科医師に対する啓発が急務であると考えられた。また、多くの施設が、たとえがん診療連携拠点病院であったとしても、正しい情報提供が行える医療体制は発展途上であることが明らか

となった。現状では、アピアランスの変化によって生じている問題の種類によっては、患者は、自身が治療を受けている施設において正しい情報を得たり、問題を解決することができていないことが強く予想される。2023年3月28日には、第4期がん対策推進基本計画が閣議決定され、本邦で取り組むべき施策として、アピアランスケアについて患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討することとしている。①医師、歯科医師に対しては、アピアランスの問題に対する知識をもち、本来必要とされる癌治療が行われなくなることを避ける必要がある。②医療従事者全体としては、がん患者が治療を受けつつも社会の一員としてこれまで通りの役割を果たしていけるように、外見の変化の対応だけでなく、精神的側面、心理的側面からもアプローチしていくことを知る必要がある。③医療施設としては、アピアランスケアがアンメットニーズにならないようにするための体制を整えることが必要である。④社会としては、がん治療をきっかけに、患者一人一人が「これまで居た場所」から離れていくことのないような理解と環境づくりをすること、が重要ではないかと考える。良質なサバイバーシップを実現するためには、アピアランスケアという側面からのアプローチは非常に重要である。

4) 妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究（日本癌治療学会 AYA がん診療検討委員会との連携）：本調査の回答者は内科医が10%しか含まれていなかったことから、次年度は内科医での妊娠期がん診療の実態調査を検討する（日本臨床腫瘍学会等）さらに、医師以外の職種での妊娠期がん診療の実態調査を実施する。最終的に、妊娠期がん診療の実践に向けて、診療ガイドラインの作成に着手する。

5) 温存後検体を用いた生殖補助医療に関する課題（死後生殖）に関する研究：本研究班の研究成果をもと、未だ議論が再開されていない「死後生殖」に関する課題を取り上げ、国への提言をまとめる。

F. 健康危険情報

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) 正木希世, 杉本公平, 竹川悠起子, 新屋芳里, 小泉智恵. 生殖医療現場での特別養子縁組制度・里親制度の情報提供 情報提供の現状とその障壁, 日本生殖心理学会誌 9(1): 6-13; 2023.

2. 学会発表

1) 久慈志保, 藤間勝子, 野澤桂子, 荒尾晴恵, 井本滋, 梶山広明, 北野敦子, 小寺泰弘, 齋藤竜太, 酒井リカ, 武富紹信, 中山ロバート, 檜山英三, 二村学, 松井基浩, 米村雅人, 大家基嗣, 鈴木直. アピアランスケアに関する医療者を対象とした実態調査報告, 第61回日本癌治療学会学術集会, 2023/10.

2) 杉本公平. 里親・養子縁組支援委員会の活動、Z世代、Y世代への情報提供, 市民公開講座「AYA世代への里親・養子縁組の情報提供の在り方」第14回日本がん・生殖医療学会学術集会, 2024/2

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

無し

2. 実用新案登録

無し

3. その他

特記すべき事項無し

別紙 1

表 1 参加者の属性

	n=807	%
性別		
男性	584	72.3%
女性	223	27.6%
年齢		
<30	12	1.5%
30~34	30	3.7%
35~39	78	9.7%
40~44	120	14.9%
45~49	136	16.9%
50~54	139	17.2%
55~59	155	19.2%
60≦	137	17.0%
がん診療連携拠点病院		
はい	597	74.0%
いいえ	210	26.0%
施設		
大学病院	342	42.4%
一般病院	329	40.8%
がんセンター	90	11.2%
その他	18	2.2%
職業		
医師	671	83.1%
歯科医師	22	2.7%
薬剤師	65	8.1%
看護師	45	5.6%
その他	4	0.5%

	n=807	%
職業		
医師	671	83.1%
歯科医師	22	2.7%
薬剤師	65	8.1%
看護師	45	5.6%
その他	4	0.5%
専門（医師/歯科医師）		
外科	281	41.9%
産婦人科	116	17.3%
内科	87	13.0%
泌尿器科	49	7.3%
放射線科	34	5.1%
口腔外科	23	3.4%
耳鼻咽喉科	21	3.1%
整形外科	14	2.1%
小児科	11	1.6%
緩和医療科	10	1.5%
脳神経外科	5	0.7%
皮膚科	3	0.4%
形成外科	3	0.4%
その他	14	1.9%

別紙 1

表 2 外見ケアに取り組む専門の部署または担当者の設置状況

	担当部署や担当者が設置されている		設置はない/ 知らない	
	人数	割合	人数	割合
Total	211	26%	596	74%
大学病院	73	21%	269	79%
一般病院	86	26%	243	74%
がんセンター	48	53%	42	47%
その他	3	7%	42	93%
がん診療連携拠点病院	178	30%	420	70%
非がん診療連携拠点病院	33	16%	177	84%

表 3 日本版アピアランス・ケアガイドラインに記載されているクエスションに対する実地臨床での反映

化学療法誘発性脱毛の予防や重症度軽減に頭皮クーリングシステムを行うことは、脱毛が生じる治療をする全ての患者に推奨されているか			
	推奨されている	わからない	推奨されていない
医師/歯科医師 (n=693)	272 (39%)	251 (36%)	170 (25%)
薬剤師 (n=65)	16 (25%)	7 (11%)	42 (65%)
看護師 (n=45)	7 (16%)	6 (13%)	32 (71%)
「推奨」*	化学療法誘発性脱毛の予防や重症度軽減に対する頭皮クーリングシステムは、周術期化学療法を行う乳がん患者に限定して行うことを弱く推奨する（推奨の強さ 2、エビデンスの強さ B）		
化学療法による脱毛の再発毛促進に頭皮マッサージの効果は有用とのエビデンスがあるか			
	わからない	ない	ある
医師/歯科医師 (n=693)	405 (58%)	203 (29%)	85 (12%)
薬剤師 (n=65)	38 (58%)	20 (31%)	7 (11%)
看護師 (n=45)	11 (24%)	30 (67%)	4 (9%)
「ステートメント」**	化学療法による脱毛に対する再発毛の促進の治療として、マッサージなどの非薬物療法の有用性については質の高いエビデンスがなく、今後の検討が待たれる。		
化学療法終了後に再発毛し始めた患者や脱毛を起こさない化学療法を施行中の患者は染毛してよいか			
	パッチテストなどを条件に許容される	わからない	禁忌である
医師/歯科医師 (n=693)	360 (52%)	280 (40%)	53 (7%)
薬剤師 (n=65)	50 (77%)	10 (15%)	5 (7%)
看護師 (n=45)	39 (87%)	5 (11%)	1 (2%)
「ステートメント」**	条件（アレルギー、湿疹、染毛に適した長さまで毛髪が伸びていること、地肌に薬剤がつかないようにする、パッチテスト陰性）を満たしたうえで、染毛を行うことを否定しない。		

化学療法による皮膚色素沈着の予防や治療として、ビタミンC投与の効果は確実か			
	ビタミンC投与の効果は確実とはいえない	わからない	ビタミンC投与の効果は確実である
医師/歯科医師 (n=693)	474 (68%)	191 (28%)	28 (4%)
薬剤師 (n=65)	61 (94%)	3 (5%)	1 (2%)
看護師 (n=45)	39 (87%)	6 (13%)	0
「ステートメント」**	化学療法による皮膚色素沈着に対して、ビタミンCに予防及び治療効果があるという報告はない。一般的な色素沈着疾患に対して治療効果を示す報告はあるが、化学療法による色素沈着に応用できるとの十分な根拠はない。		

分子標的治療 (EGFR 阻害薬等) に伴うざ瘡様皮疹に対してテトラサイクリン系抗菌薬の内服は勧められるか			
	ざ瘡様皮疹の予防目的の内服は勧められる	わからない	ざ瘡様皮疹の予防目的の内服は勧められない
医師/歯科医師 (n=693)	300 (43%)	249 (36%)	144 (21%)
薬剤師 (n=65)	58 (89%)	0	7 (11%)
看護師 (n=45)	33 (73%)	5 (11%)	7 (16%)
「推奨」*	分子標的治療に伴うざ瘡様皮疹の予防を目的に、テトラサイクリン系抗菌薬の内服を行うことを弱く推奨する (推奨の強さ 2, エビデンスの強さ B)		

分子標的治療 (EGFR 阻害薬等) に伴うざ瘡様皮疹に対して副腎皮質ステロイド外用薬は勧められるか			
	皮膚炎と自覚症状の軽減を目的とした使用は勧められる	わからない	皮膚炎と自覚症状の軽減を目的とした使用は勧められない
医師/歯科医師 (n=693)	413 (60%)	218 (31%)	62 (9%)
薬剤師 (n=65)	61 (94%)	1 (2%)	3 (5%)
看護師 (n=45)	37 (82%)	5 (11%)	3 (7%)
「ステートメント」**	ざ瘡様皮疹の治療および悪化の予防に対して副腎皮質ステロイド外用薬を用いることについては、質の高いエビデンスはないが、自覚症状や皮疹の軽減を目的に勧められる。		

放射線治療中の照射野の洗浄は、放射線皮膚炎を悪化させるか			
	悪化させない	わからない	悪化させる
医師/歯科医師 (n=693)	421 (61%)	215 (31%)	57 (8%)
薬剤師 (n=65)	33 (51%)	26 (40%)	6 (9%)
看護師 (n=45)	33 (73%)	8 (18%)	4 (9%)
「ステートメント」**	放射線治療中の皮膚洗浄により皮膚炎は悪化しない、もしくは軽減する傾向を認めるため、洗浄することが勧められる。		

放射線皮膚炎の軽減/予防のために照射部位への保湿剤の塗布は勧められるか			
	放射線皮膚炎への保湿剤の塗布は勧められる	わからない	放射線皮膚炎への保湿剤の塗布は勧められない
医師/歯科医師 (n=693)	499 (72%)	156 (23%)	38 (5%)
薬剤師 (n=65)	51 (78%)	9 (14%)	5 (7%)
看護師 (n=45)	38 (84%)	5 (11%)	2 (4%)
「推奨」*	乳癌術後の胸部照射および頭頸部領域照射による放射線皮膚炎の悪化予防のために保湿薬を外用することを弱く推奨する（推奨の強さ 2、エビデンスの強さ C）		

胸部から腋窩などへの放射線治療時に、デオドラント剤（制汗・消臭剤）を腋窩に使用継続してもよいか			
	皮膚への刺激を避けるため、デオドラント剤を使用しないことが推奨される	わからない	患者の QOL 等を鑑み、使用継続は弱く推奨される
医師/歯科医師 (n=693)	258 (37%)	263 (38%)	172 (25%)
薬剤師 (n=65)	24 (37%)	17 (26%)	24 (37%)
看護師 (n=45)	18 (40%)	8 (18%)	19 (42%)
「推奨」*	放射線治療中のデオドラント使用の継続を弱く推奨する（推奨の強さ 2、エビデンスの強さ C）		

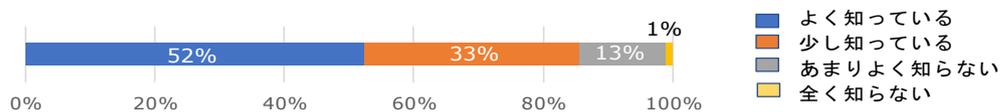
術後（乳房再建術後など）に使用が勧められる特別な下着はあるか			
	素材や機能が検証された下着がある	わからない	素材や機能が推奨された下着はない
医師/歯科医師 (n=693)	387 (56%)	236 (34%)	70 (10%)
薬剤師 (n=65)	43 (66%)	14 (22%)	8 (12%)
看護師 (n=45)	21 (47%)	9 (20%)	15 (33%)
「ステートメント」**	乳房再建術後に使用する下着の着用時期や素材・機能性などについて、検証は行われていない。		
「推奨」*	CQ に対するエビデンスに基づいた推奨		
「ステートメント」**	BQ に対するガイドラインとしての回答		

図 1

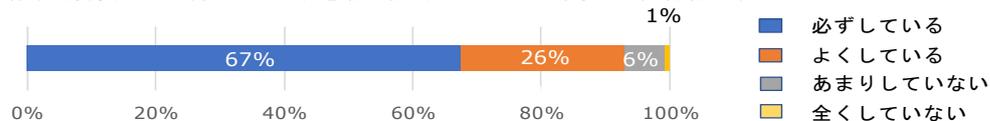
(a) 「アピアランスケア」という用語知っているか?



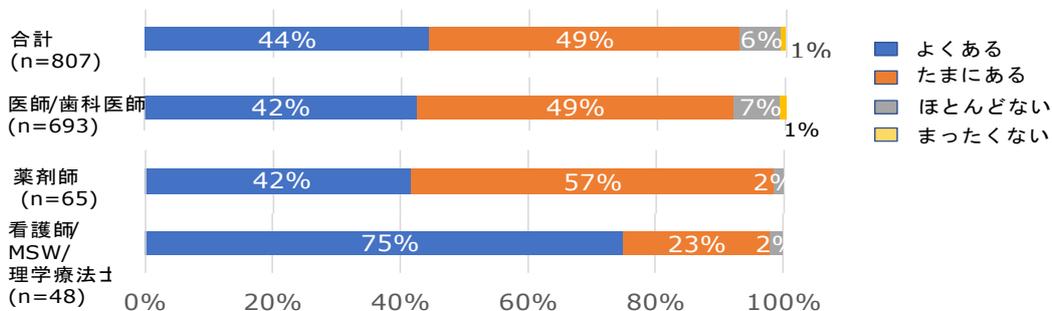
(b) 治療に伴う外見の変化が、患者にとっては単なる身体症状ではなく、がんを想起させる症状であることかその心理や社会活動に大きく影響することを知っているか? (対象：全回答者07名)



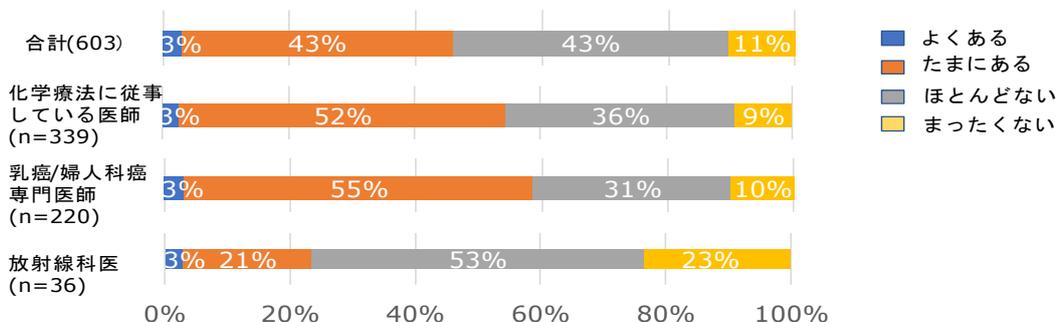
(c) 治療に伴う外見変化の出現について、患者に説明しているか? (対象：全回答者07名)



(d) 治療に伴う外見の変化について、患者から質問や相談をされることはあるか?



(e) 治療に伴う外見の変化を理由に、患者から治療を拒否されたり、変更した経験はあるか? (医師対象)



妊娠期がんに関する現状の把握とガイドライン作成に向けた研究：実態調査の研究成果

妊娠期がんの診療実態に関する調査

- 目的：妊娠期がんに対するがん治療医の認知度および診療実態を明らかにすること
- 対象・方法：日本癌治療学会医師会員・無記名Web調査
- 期間：2023年4月7日～5月31日
- 研究倫理：聖路加国際病院および聖マリアンナ医科大学のIRBで承認
- 研究体制：
 - ・癌治療学会思春期・若年（AYA）がん診療検討委員会
 - ・令和5年度 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標とした研究—サブパイパーシップ向上を志向して（23EA1016）」
 研究代表者 鈴木直（聖マリアンナ医科大学）

結果

メールアドレス登録のある医師会員14,135名中、**588名**が回答（回答率**4%**）

➢ 年齢

年齢	人数
30歳未満	43
30歳～34歳	86
35歳～39歳	97
40歳～44歳	129
45歳～49歳	103
50歳～54歳	119
55歳～59歳	0
60歳以上	0

➢ がん治療経験年数：中央値25年（17-30年）

➢ 回答者の性別

Q2 あなたの性別について、該当しているものを選択してください。

性別	人数
男性	451
女性	136
その他	1

➢ 回答者の専門領域

専門領域	人数
産婦人科	196
外科	186
内科	66
泌尿器科	52
放射線科	26
耳鼻咽喉科	23
整形外科	16
緩和医療科	1
脳神経外科	1
小児科	1
形成外科	1
眼科	1
精神神経科	1

➢ 外科医(N=186)の内訳

外科専門領域	人数
乳癌外科	98
消化器外科（消化管）	56
肝胆膵外科	20
呼吸器外科	5
内分泌外科	1
小児外科	1

➢ 内科医（N=66）の内訳

内科専門領域	人数
腫瘍内科	39
血液内科	12
呼吸器内科	8
消化器内科	5
肝胆膵内科	1
循環器内科	1

➢ 回答者の勤務地

Q9 勤務されている施設の所在地（都道府県）をお答えください。

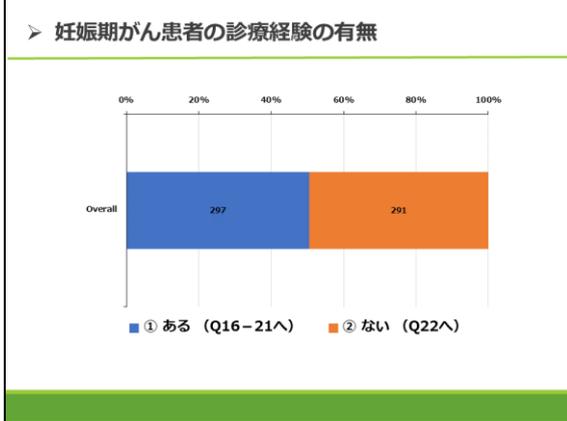
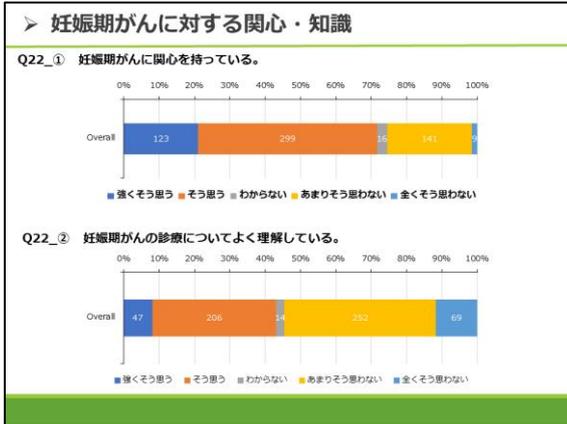
勤務地	人数
北海道・東北	61
北関東近畿	37
東京	101
南関東	95
中部	70
関西	106
中国・四国	60
九州	57
不明	1

➢ 周産期医療（産科）との連携体制

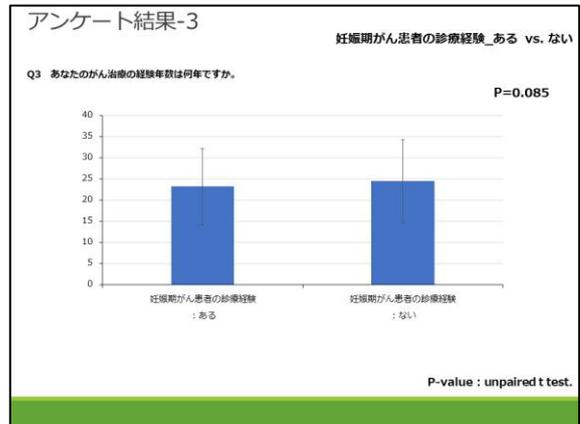
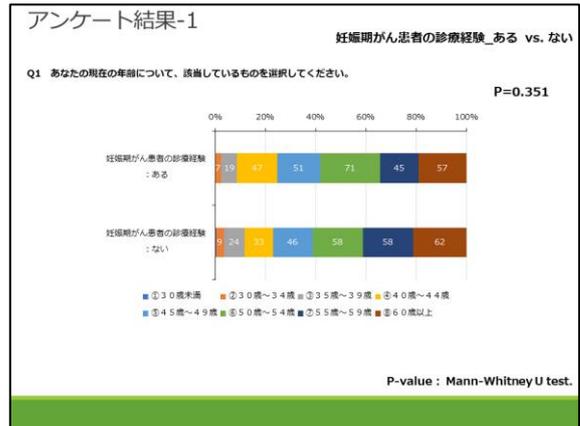
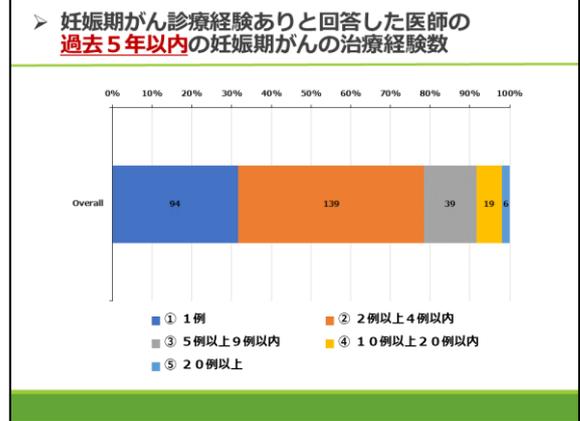
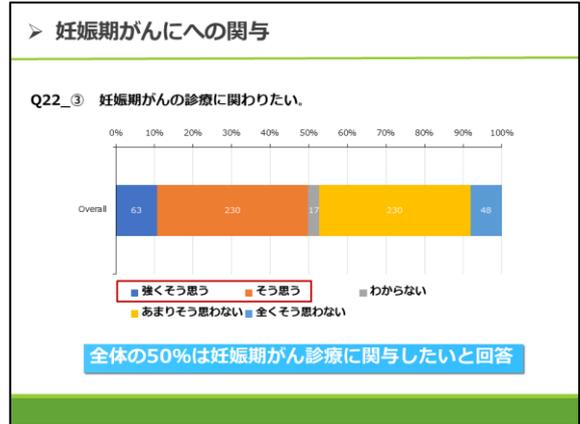
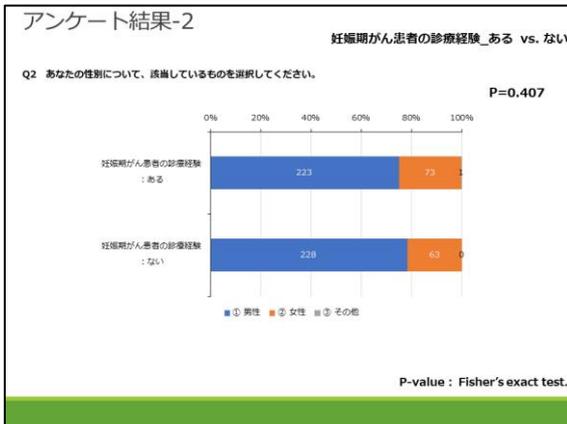
連携体制	人数
① 施設に産科医があり、分娩が自施設で可能である。	459
② 施設に産科医はいるが、分娩は自施設ではできない。特定の近隣産科医療施設と密に連携している。	20
③ 施設に産科医はいるが、分娩は自施設ではできない。近隣産科医療施設との連携は特にならない。	16
④ 施設に産科医は勤務していないが、特定の近隣産科医療施設と密に連携している。	28
⑤ 施設に産科医は勤務していないが、特定の近隣産科医療施設と密に連携している。	57
⑥ 施設に産科医は勤務していない。近隣に小児医療施設が存在しない。	0
⑦ その他(していない・知らない・対象外)	0

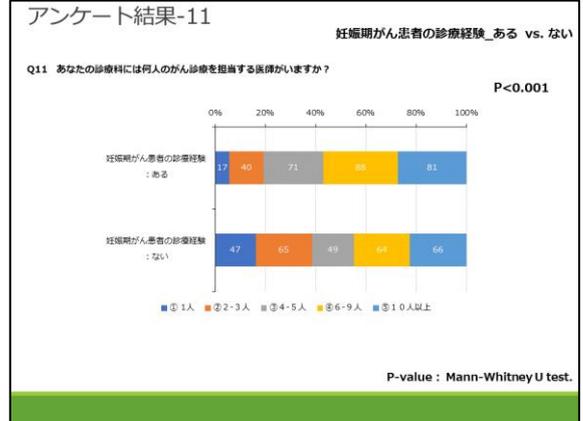
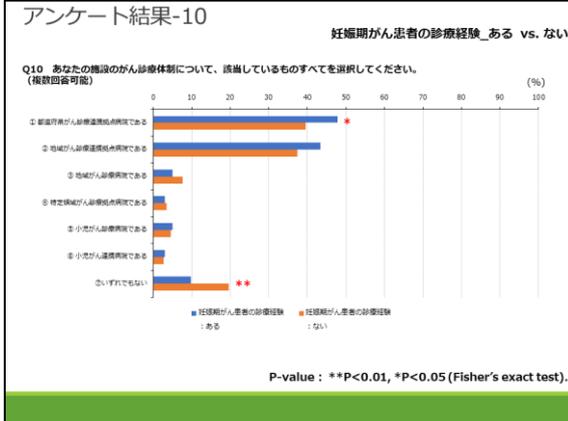
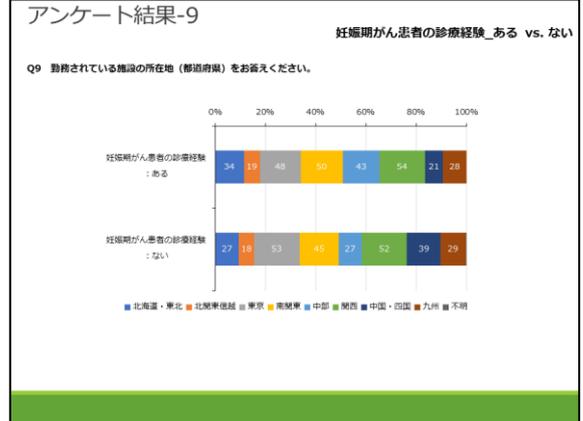
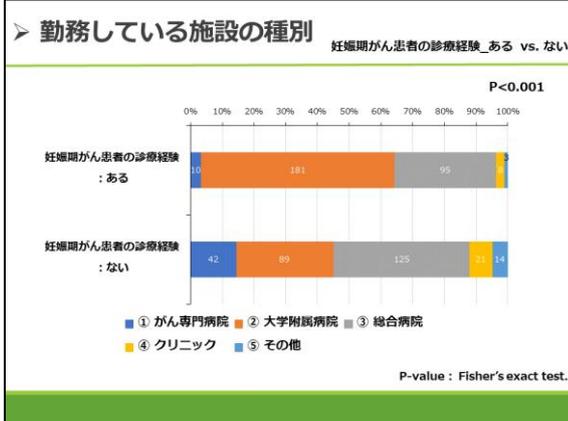
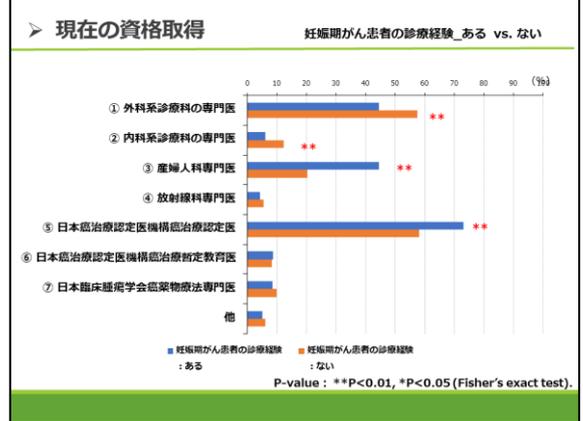
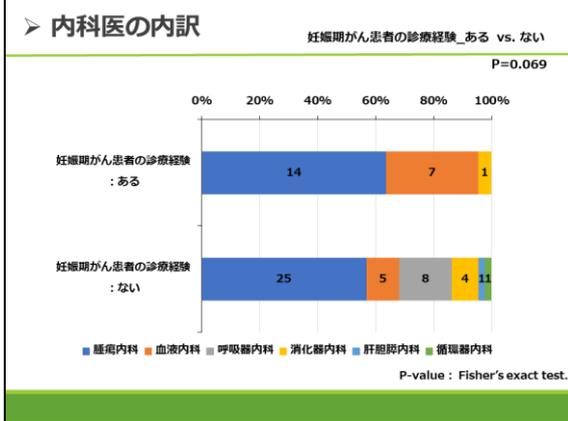
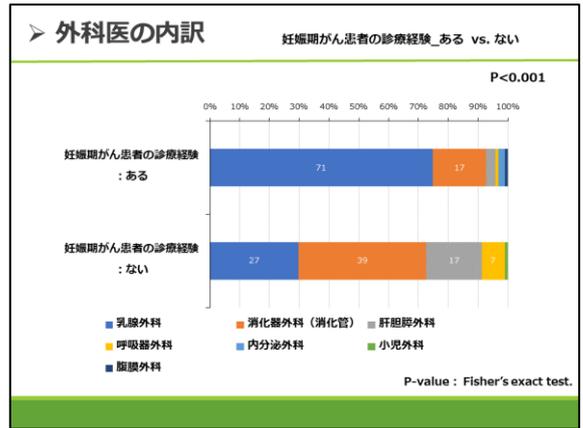
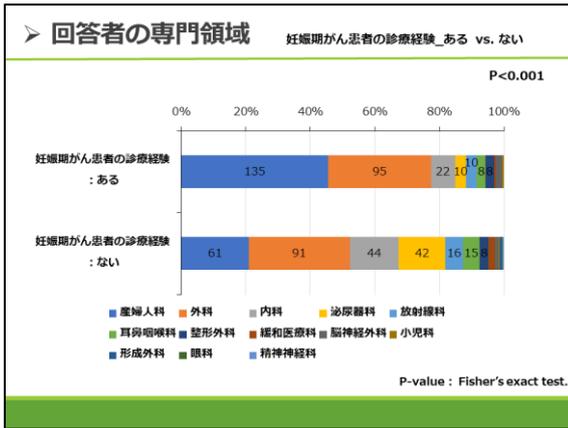
➢ 周産期医療（小児科、新生児科）との連携体制

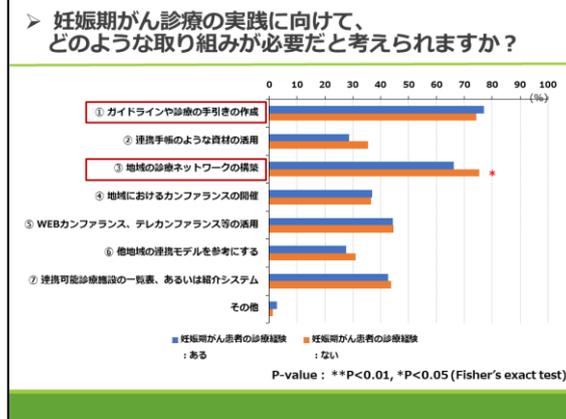
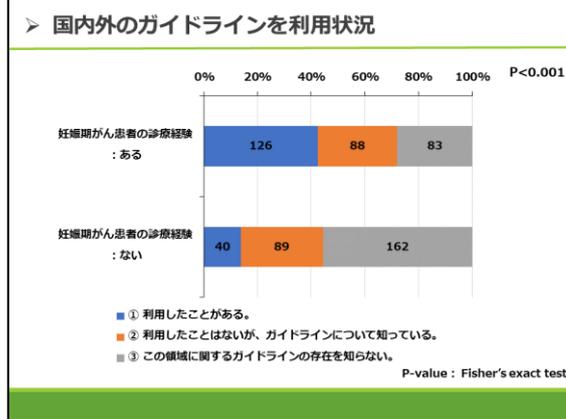
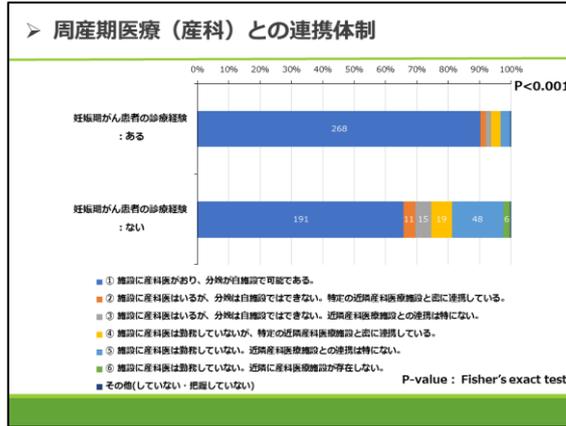
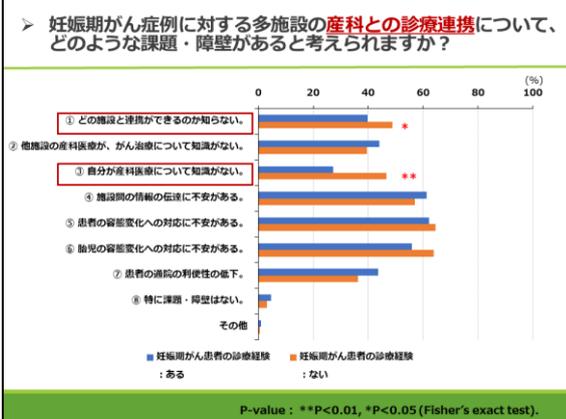
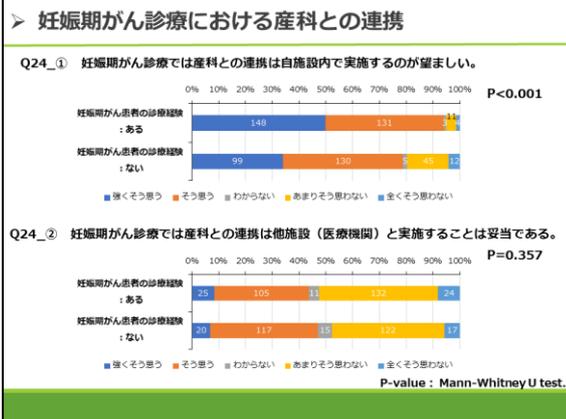
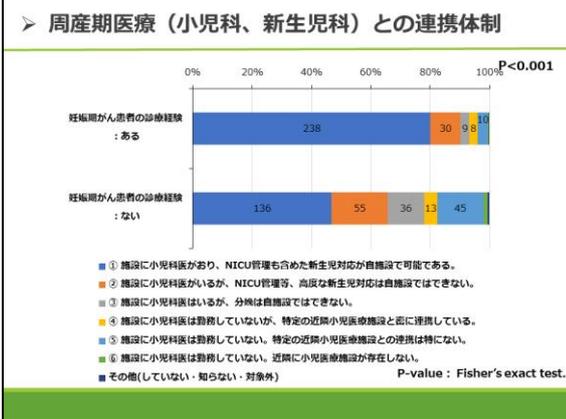
連携体制	人数
① 施設に小児科医があり、NICU管理も含めた新生児対応が自施設で可能である。	374
② 施設に小児科医はいるが、NICU管理等、高度な新生児対応は自施設ではできない。	85
③ 施設に小児科医はいるが、分娩は自施設ではできない。	45
④ 施設に小児科医は勤務していないが、特定の近隣小児医療施設と密に連携している。	21
⑤ 施設に小児科医は勤務していないが、特定の近隣小児医療施設との連携は特にならない。	55
⑥ 施設に小児科医は勤務していない。近隣に小児医療施設が存在しない。	0
⑦ その他(していない・知らない・対象外)	0

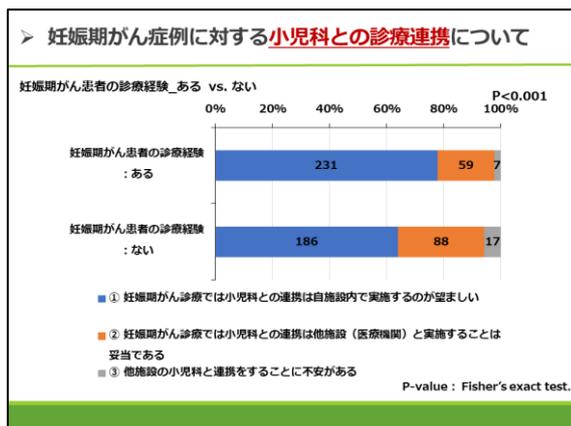


妊娠期がん患者の診療経験
ある vs. ない









- 自施設で妊娠期がんに対する抗がん剤治療が実施不能と回答した理由（自由記載）
- ✓ 産科医が不在
 - ✓ 早産時のNICU対応ができない
 - ✓ 実施可能かもしれないが、経験がなく不明
 - ✓ 腫瘍内科・看護部が反対すると予想します
 - ✓ 腫瘍内科医がいない
 - ✓ 前例がないため倫理申請などが必要
 - ✓ 二次施設なので三次施設での対応を患者も医療スタッフも希望するだろう

死後の配偶子・胚の利用、生殖等の禁止

国名	法令	関連条文
ヨーロッパ		
フィンランド	生殖補助法 (2006 年)	6 条 配偶子及び胚は、配偶子・胚の由来者の一方が死亡したことを知った場合、 廃棄 。 8 条(4) 不妊治療の実施に同意した者が死亡した場合、生殖治療を行うことができない。
ノルウェー ※男性の死後 受精は可	ヒト・バイオテクノロジー医療法 (2003 年)	2-11 条 2-17 条の対象となる受精卵と精子を除き、提供者の死後、卵子または精子を生殖補助医療用に提供してはならない。女性の死後、保存未受精卵と及び保存卵巣組織は 廃棄 。
スウェーデン	遺伝学的完全性法 (2006 年)	6 章 4 条 死亡した提供者に由来する精子を人工授精のために 使用してはならない 。 7 章 6 条 死亡した提供者に由来する卵子又は精子は体外受精のために 使用してはならない 。
デンマーク ※男性の死後 受精は可	生殖補助法に関する立法規則 (2019 年)	15 条 2 項 女性の死後、保存受精卵は 廃棄 。
ドイツ	胚保護法 (1990 年)	4 条(1)3. 死亡した男性の精子によって、卵子を 人工的に授精させた 者は 3 年以下の自由刑又は罰金
オーストリア	改正生殖医療法 (2015 年)	17 条(1) 生殖補助医療に使用される精子、卵細胞、生存細胞、精巣及び卵巣組織は、5 条(2) に基づいて認可された病院でのみ採取することができ、…取り消しまたは由来者が 死亡するまで保存 される。
スイス	生殖医療法 (1998 年)	3 条 (4) 生殖細胞は由来者の死亡後は 使用することができない 。ただし、精子提供者からの精子細胞は除外される。 (5) カップルの一方が死亡した場合、受精卵及び胚は 使用できない 。
フランス ※第三者への 譲渡は可	生命倫理法 (2021 年)	L2141-2 条 1° カップルのメンバーの 1 人の死亡した場合、 人工授精または胚移植 が妨げられる。
イタリア	生殖補助医療法 (2004 年)	5 条 1 項 [生殖補助医療の利用の] 規定が有効なのは、…両者とも 生存 しているカップルが生殖補助医療技術に同意できる場合に限定する。
ポーランド	不妊治療法 (2015 年)	18 条 1(2) 生殖細胞提供者が死亡した場合、生殖補助医療に 利用することは認められない 。
ハンガリー	改正保健法 (1997 年)	166 条(3) 脳死者又は死亡胎児を含めて、死者からの生殖細胞を生殖治療として 利用することはできない 。
ブルガリア	生殖補助活動に関する規則 (2007 年)	70(4)-(5)、71(7)-(8) 配偶者またはパートナーの死後、生前の同意の有無にかかわらず、配偶子、受精卵は 廃棄される 。
スロベニア	不妊治療・生殖補助医療法 (2001 年)	28 条 提供された生殖細胞または初期胚を女性の体内に導入した時点で生存していない提供者の生殖細胞を使用した 生殖補助医療治療は禁止 されている。
クロアチア ※第三者への 譲渡は可	生殖補助医療法 (2012 年)	33 条 (3)生殖細胞または生殖組織の由来者が死亡した場合、医療機関は死亡を知った日から 30 日以内に保存されている生殖細胞および生殖組織を 廃棄 しなければならない。
ボスニア・ヘルツェゴヴィナ	生物医学的人工授精による不妊治療に関する法律 (2018 年)	48 条(3) 保存された生殖細胞、生殖組織および胚の由来者が死亡した場合、医療機関は、保存された生殖細胞および生殖組織を 廃棄 し、すべての医療行為の対象から除外する義務を負う。生殖細胞、生殖組織、または胚が由来する人の死亡について知った日から 30 日以内に手続きを行う。

モンテネグロ	医学的受精に関する法律 (2021 年)	31 条 配偶子および胚は、提供者の死後、生殖補助医療に <u>利用することはできない</u> 。
ベラルーシ	生殖補助医療法 (2012 年)	18 条 …生殖補助医療で使用しなかった生殖細胞は患者の死亡後、 <u>使用を禁止する</u> 。 …婚姻の解消した場合またはカップルの一方が死亡した場合、生殖補助医療において使用しなかった胚を元配偶者が <u>使用することは禁止</u> 。
アジア		
韓国	生命倫理法 (2003 年)	23 条(2)-2 何人も懐胎を目的として胚を作成するのに際し、死亡した者の精子又は卵子を <u>受精させる行為はしてはならない</u> 。
中国	ヒト生殖補助医療管理弁法 (2001 年)	第二十二條 生殖補助医療機関が本措置に違反し、次のいずれかの行為を行った場合、省、自治区、直轄市の人民政府の衛生行政部門は警告を発しなければならない。3 万元以下の罰金を科し、責任者に行政処分を科す…。 …(2) <u>代理出産技術の実施</u>
	ヒト生殖補助技術規範 (2003 年)	二. 人工授精の技術仕様一(四) 技術者の行動規範の実施一三. 技術者の行動規範の実施 (5) <u>代理出産技術の実施を禁止</u> する。 (13) 国の人口および家族計画に関する法律および規制に従わないカップルおよび <u>独身女性に対するヒト生殖補助技術の実施を禁止</u> する。
台湾	人工生殖法 (2007 年)	21 条 生殖細胞の提供者、夫婦の一方が死亡した場合、人工生殖を行う機関は、生殖細胞を <u>廃棄</u> しなければならない。
香港	ヒト生殖技術条例 (2002 年)	45 条(3)(a) (i) 胚または配偶子の由来者の死後、胚または配偶子の <u>保存、使用は、禁止する</u> 。
	親子条例 (2019 年改正)	10 条(7) 相続法の目的上、(a)男性の精子がその死後に使用されること、または(b)ある男性の精子の使用から生じた胚がその男性の死後に使用された場合、その男性はその子の <u>父とはみなされない</u> 。
ベトナム	体外受精による出産と人道目的による代理出産の条件を定める政令 (2015 年)	21 条 (2) 精子、卵母細胞または胚の提供者が死亡し、精子、卵子および胚の保存施設が、提供者の死亡証明書の写しを受け取った場合、それらは <u>廃棄</u> されなければならない
トルコ	生殖補助医療治療および生殖補助医療センターに関する規則 (2020 年改訂)	20 条(5) 余剰胚は夫婦の同意を得て凍結保存する。保存期間が 1 年を超える場合、夫婦は毎年、継続申請しなければならない。凍結保存胚は、夫婦両方から要求があった場合、夫婦の一方が死亡した場合、離婚した場合、または凍結期間が満了した場合、州保健局に設置される委員会によって <u>廃棄</u> される。
バーレーン	人工授精および受精 (MTAIF) のための医療技術の使用に関する法律 (26/2017)	第 6 条 A. …配偶者の 1 人の死亡が判明した場合、または何らかの理由で夫婦関係が終了した場合、授精、受精または ICSI、および胚に関連するすべての凍結プログラムの実施を控え、科学的に認められている何らかの方法でそれらを <u>廃棄</u> する必要がある。
アラブ首長国連邦	生殖補助医療法 (2019 年 7 号)	13 条 1. 以下の場合、妻の子宮に移植させなかった受精卵を <u>廃棄</u> しなければならない。 a. 夫婦の一方が死亡した場合。…
サウジアラビア	不妊治療機関の規則改正に関する勅令 No. M/76 (2004 年)	第 4 条 治療を開始する前に結婚関係があることを確認する必要がある、離婚または死亡後に妻の卵子と夫の精子を受精させることは <u>禁止</u> されており、この場合、医師は受精を中止する必要がある。
	4 条付則	A.4/2 国内のイスラム法学者会議で発行された <u>書面のファトワがある場合を除き</u> 、医師は、夫が死亡した場合、受精プロセスを停止し、受精卵の移植または精子を妻の子宮への移植することを、直ちに控える。… →死後受精の容認

チュニジア	生殖医療に関する2001年8月7日の法律第 2001-93号	11 条 配偶者の一方が死亡したことが証明された場合、直ちに配偶子を 廃棄 し、胚の凍結を終了しなければならない。
-------	--------------------------------	---

死後の配偶子・胚の利用、生殖等を認める法規

国名	法令名	関連条文
ヨーロッパ		
アイスランド	人工生殖法 (1996年)	10 条 配偶子提供者の死後、 生殖目的の場合を除き 、未使用配偶子は 廃棄 。
ノルウェー ※女性の死後受精は不可	改正ヒト・バイオテクノロジー医療法	2-17 条 故人の保存精子、または故人の精子によって受精した卵子は、 故人の希望に基づくことが文書化 されている場合、故人の配偶者またはパートナーによる生殖補助医療目的で 使用できる 。配偶者またはパートナーは、授精または移植の時点で未婚でなければならない (§2-2 を参照)。生殖補助医療に関する法律のその他の条件を満たす必要がある。受精卵を使用する場合、卵子は生存している配偶者または同居者パートナーからのものでなければならない。故人は、児童法に従って子供の 父親 と見なす。(2020年6月19日78号により改正)
デンマーク ※女性の死後受精は不可	生殖補助法に関する立法規則 (2019年)	15 条 3 項 男性の死後、 書面による同意がある場合を除き 、保存受精卵は 廃棄 。(2016年3月16日264号法による改正)
フランス	公衆衛生法典 L2141-4	L2141-4 …VII. - 本条第II項第1号及び第2号に規定する 同意(第三者への譲渡、研究目的の提供)がない場合 において、夫婦の双方、夫婦の一方又は未婚の女性が死亡したときは、その胚の 保存は、終了するものとする。 → 死後研修と譲渡はOK
ベルギー	生殖補助・及び余剰胚・配偶子利用法 (2007年)	13 条 胚移植の前に受精センターと親になることを意図している者は、以下の場合、 合意書 を作成する。 (2) 親になることを意図しているカップルの一方が死亡した場合の 過剰胚の処分 について。 16 条 親になることを意図している者の 死後6か月以後及び死後2年以内のみは移植は可能 。
オランダ	胚法 (2002年)	7 条 生殖細胞の由来者の死後、 書面による同意がある場合を除き 、保存していた生殖細胞は 廃棄 。
イギリス	ヒト受精・胚研究法 (2008年)	39 条 精子由来者の死後、 精子由来者の書面による同意 があり、その精子で作成した胚を移植して女性が出産した場合 40 条 (精子由来者ではない) 夫の死後、夫の書面による同意 があり、夫以外の精子で作成した胚を移植して女性が出産した場合、 出産後42日以内に 、女性が男性を父として取り扱うことを申請した場合、父親として登録できる(父親とみなす 目的は出生登録簿に父親として記載すること)
ギリシャ	生殖補助医療法 (2002年)	1457 条 配偶者またはパートナーの死後、 公的文書により同意 している場合、 6か月以前及び死亡2年後以後を除き 、死後 生殖は可能 。
キプロス	生殖補助医療実施法 (2015年)	29 条 凍結胚の 使用は 、胚所有者の 死後6か月から18か月まで可能 。胚所有者の死亡前に 評議会が承認 。
マルタ	改正胚保護法 (2018年)	12 条 (c)-(d) 配偶子由来者の死後、 自分自身が配偶子を提供した場合を除き 、 故意に受精させる行為は禁止 (罰金) → 死後採卵?採精?
アンドラ	生殖補助技術法 (2019年)	11 条(2) 配偶者が 書面により同意し 、 死後24か月以内に 故人の生殖物質を使用して故人の配偶者が懐胎した場合、婚姻関係があったときと同様の法的効果がある。
スペイン	生殖補助技術法 (2006年改正)	9 条 夫の 公的な文書又は遺言、事前指示書による同意 があり、 死後12か月以内 に夫の生殖物質を 使用 した死後受精は可能。
ポルトガル	生殖補助医療法 (2021年改正)	22 条 夫またはパートナーの死後受精 (inseminação post mortem)の 同意 がある場合、例外を除き 6か月経過後、3年以内に 夫・パートナーの 精子を使用した胚移植は可能 。 23 条 死後受精により出生した子は故人の子とみなされる。故人の 同意 がある場合、相続権は死後 3年間 保留となり、子の出生まで延期される。

エストニア	人工授精・胚保護法 (1997年)	20 条 夫の精子を使用した人工授精の場合、夫の死後1か月以後は禁止する。
ラトビア	性・生殖保健法 (2002年)	20 条(4) 配偶子提供者の死後、書面による同意がある場合を除き、配偶子は廃棄されなければならない。
リトアニア	生殖補助医療法 (2016年)	8 条(2) 配偶子を配偶子バンクに保存している者の死亡後、故人の同意がある場合、特定の者が生殖目的で使用することは可能。
クロアチア	生殖補助医療法 (2012年)	33 条(4) 保存胚の由来者の一方または両方の死亡後、第三者の生殖利用のために胚提供することは可能。
マケドニア	生殖補助医療法 (2008年)	33 条 医学的理由により不妊のおそれがある男女は、書面による同意を得て、認可医療施設に精子、卵子、卵巣組織または精液を自分自身の利用目的のため保存することができる。男性の死亡後、書面による同意があれば、死後 1 年以内に死後生殖が許可される。
セルビア	生殖補助医療による不妊治療に関する法律 (2009年)	Члан 53, 58. 配偶子提供者の死後、書面による同意がある場合、生殖補助医療に使用することができる。 Члан 59. 配偶子提供者の死後、書面による同意がある場合を除き、胚作成目的での生殖細胞の採取は不可。→死後採卵?採精?
北米		
アメリカ (連邦)	統一親子関係法 (2002年改正)	707 条 故人の記録上での同意がある場合を除き、死後懐胎子と故人の間は親子関係があるとみなされない。
	統一親子関係法 (2017年改正)	708 条 故人の記録上での同意があり、死後 36 か月以内に懐胎、または死後 45 か月以内に出生した子と故人の間には親子関係があるとみなされる。
	統一遺言法 (2019年改正)	2-104 条 120 時間の生存要件; 妊娠期間; 死後懐胎 (b) (c) 項に別段の規定がある場合を除き、無遺言相続、家屋手当、および非課税財産の目的のために、次の規則が適用される。 …(3) 故人が生殖補助医療による懐胎前に死亡し、子が出生後少なくとも [120 時間] 生存した場合、[被相続人の代理人が生殖補助医療により遺伝物質を使用する意図について、故人の死後[6]か月以内に通知を受け取ったか、または実際にその情報を持っていた場合]:(A)死後 36 か月以内に懐胎、(B) または死後 45 か月以内に出生(した死後懐胎子には相続権がある)
アラバマ州	ALA. CODE § 26-17-707 Title 26 - Infants and Incompetents. Chapter 17 - Alabama Uniform Parentage Act.	§ 26-17-707 死亡した配偶者の記録上での同意がある場合を除き、死後懐胎子と故人の間には親子関係があるとみなされない。
アーカンソー州	ARK. CODE § 28-9-221 Title 28 - Wills, Estates, and Fiduciary Relationships Subtitle 2 - Descent And Distribution Chapter 9 - Intestate Succession	§ 28-9-221 故人の配偶者が故人の配偶子を使用して死後懐胎することを故人が許可している場合、死後 12 か月以内に懐胎、または死後 19 か月以内に出生した子には相続権がある。
カルフォルニア州	CAL. PROB. CODE § 249.5 Division 2 - General Provisions Part 6 - Distribution Among Heirs Or Beneficiaries Chapter 3 - Identity Of Heirs	§ 249.5 故人が自らの遺伝物質を使用した死後懐胎が行われることを書面により明示し、死後 2 年以内に懐胎(した死後懐胎子には相続権がある)
コロラド州	COLO. REV. STAT. §19-4-106. Title 19 - Children's Code Article 4 - Uniform Parentage Act	§19-4-106. 死亡した配偶者の記録上での同意がある場合を除き、死後懐胎子と故人の間には親子関係があるとみなされない。
コネチカット州	CONN. GEN. STAT. § 45a-785 Title 45a - Probate Courts and Procedure	§ 45a-785 故人の配偶者が故人の配偶子を使用した死後懐胎を実施する可能性があること等の文書があり、死後 1 年以内に懐胎した子(と故人の間には親子関係があるとみなされる。)

	Chapter 803a - Children Conceived Through Artificial Insemination. Children of Decedent Conceived and Born After Death of Decedent	
デラウェア州	DEL. CODE tit. 13, § 8-707 Title 13 - Domestic Relations Chapter 8. Uniform Parentage Act Subchapter VII. Child of Assisted Reproduction	§ 8-707 故人の記録上での同意がある場合を除き、死後懐胎子と故人の間には <u>親子関係</u> があるはみなされない。
フロリダ州	FLA. STAT. § 742.17 Title XLIII - Domestic Relations Chapter 742 - Determination of Parentage	§ 742.17 故人の遺言がある場合を除き、故人の配偶子を使用して死後懐胎した子には <u>相続権</u> はない。
イリノイ州	755 ILL. COMP. STAT. § 5/2-3. Chapter 755 - ESTATES 755 ILCS 5/ - Probate Act of 1975. Article II - Descent And Distribution	§ 5/2-3 死後 36 か月以内に出産し、故人の書面による同意がある場合、死後懐胎によって生まれた子(と故人の間には <u>親子関係</u> があるとみなされる)。
アイオワ州	IOWA CODE § 633.220A Title XV - Judicial Branch And Judicial Procedures Chapter 633 - Probate Code	§ 633.220A 無遺言の被相続人の遺伝物質を配偶者が使用することを書面により許可し、死後 2 年以内に出産した子(は <u>相続権</u> がある。)
ルイジアナ州	LA. STAT. § 9:391.1 Title 9 - Civil Code-Ancillaries	§ 9:391.1 故人の配偶子を配偶者が使用することを故人が書面により許可し、死後 3 年以内に出産した子は <u>相続権のある故人の子</u> とみなされる。
メイン州	ME. REV. STAT. 19-A §1927 TITLE 19-A: Domestic Relations Part 3: Parents And Children Chapter 61: Maine Parentage Act Subchapter 7: Parentage By Assisted Reproduction	19-A §1927 故人の記録上での同意がある場合を除き、故人と死後懐胎子の間には <u>親子関係</u> があるとみなされない。
メリーランド州	MD. CODE ANN., EST. & TRUSTS § 3-107 Title 3 - Intestate Succession and Statutory Shares Subtitle 1 - Intestate Succession	§ 3-107 自らの遺伝物質を使用した死後懐胎が行われ、子の親となることを故人が書面による記録上で同意し、死後 2 年以内に出産した子には <u>相続権</u> がある。
ニューハンプシャー州	N.H. REV. STAT. § 168-B Title XII - Public Safety and Welfare Title 168-B - Surrogacy	§ 168-B :2 故人の書面による同意があり、死後、生殖補助医療によって出産した子と故人の間には <u>親子関係</u> があるとみなされる。
ニューメキシコ州	N.M. STAT. ANN. § 40-11A-707 Chapter 40 - Domestic Affairs Article 11A - New Mexico Uniform Parentage Act Article 7 - Child Of Assisted	§ 40-11A-707 故人の書面による同意があり、死後、生殖補助医療によって出産した子と故人の間には <u>親子関係</u> があるとみなされる。

	Reproduction	
ニューヨーク州	N.Y. EST. POWERS & TRUSTS LAW Article 4 - Descent and Distribution of an Intestate Estate Part 1 - Rules Governing Intestate Succession 4-1.3 - Inheritance by Children Conceived After the Death of an Intended Parent.	§ 4-1.3 親になることを意図した者が死の 7 年以内に 明示的な同意 し、 死後 24 か月以内に懐胎 、または 死後 33 か月以内に 出産した子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。
ノースダコタ州	N.D. Cent. Code § 30.1-04-19 Title 30.1 - Uniform Probate Code	§ 30.1-04-19 故人が出産 2 年以内に親となることを意図していたという署名入りの 記録 または 明白な証拠 があり、 死後 36 か月以内に懐胎 、または 死後 45 か月以内に 出産した子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。
オハイオ州	OHIO REV. CODE ANN. §2107.34 Title 21- Courts-Probate-Juvenile Chapter 2107 - Wills	§2107.34 故人の 遺言 があり、 死後 1 年 300 日以内に 出産した子には 相続権 がある。
オレゴン州	OR. REV. STAT. § 112.077 Volume : 03 - Landlord-Tenant, Domestic Relations, Probate Chapter 112 - Intestate Succession and Wills	§ 112.077 (4) (b) 故人の遺伝物質を使用した死後懐胎を故人が 書面 により認め、故人の遺伝物質の管理者に 任命後 4 か月以内に その通知があった場合、 死後 2 年以内に 懐胎した子には 相続権 がある。
ロードアイランド州	R.I. GEN. LAWS §15-8.1-707 Title 15 - Domestic Relations Chapter 15-8.1 - Uniform Parentage Act [Effective January 1, 2021]	§15-8.1-707 (b)(2) 故人の 記録上での同意 があり、 死後 36 か月以内に懐胎 、または 死後 45 か月以内に 出産した子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。
テキサス州	TEX. FAM. CODE Ch.160 Title 5 - The Parent-Child Relationship and the Suit Affecting the Parent-Child Relationship Subtitle B - Suits Affecting the Parent-Child Relationship Chapter 160 - Uniform Parentage Act Subchapter H. Child of Assisted Reproduction	TEX. FAM. CODE § 160.707 死亡した配偶者の 記録上での同意がある場合を除き 、死後、生殖補助医療によって生まれた子と故人の間には 親子関係 があるとはみなされない。
ユタ州	UTAH CODE Ch.15 § 78B-15-707 Title 78B - Judicial Code Chapter 15 - Utah Uniform Parentage Act Part 7 - Assisted Reproduction	§ 78B-15-707 死亡した配偶者の 記録上での同意がある場合を除き 、死後、生殖補助医療によって生まれた子と故人の間には 親子関係 があるとはみなされない。
バーモント州	VT. STAT. tit. 15C, § 707 Title 15C - Parentage Proceedings Chapter 7 - Parentage by Assisted Reproduction	Tit. 15C § 707 (b)(2) 故人の 記録上での同意 があり、 死後 36 か月以内に懐胎 、または 死後 45 か月以内に 出産した子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。

バージニア州	VA. CODE. § 20-158 Title 20 - Domestic Relations Chapter 9 - Status of Children of Assisted Conception	§ 20-158 ;B. 配偶者の死亡 配偶者の精子または懐胎する母の卵子と他の配偶子の受精により作成された胚の移植前に死亡した者は、一方の配偶子が配偶者由来であるかどうかにかかわらず、以下の場合を除き、死後懐胎子の <u>親</u> とはみなされない。(i)医師に 死亡通知が届く前に胚移植が実施された場合 、または(ii)故人の 書面による同意 がある場合。
ワシントン州	WASH. REV. CODE § 26.26A.635 Title 26 - Domestic Relations Chapter 26.26A - Uniform Parentage Act.	§ 26.26A.635 (2) 故人の 記録上での同意 があり、 死後 36 か月以内に懐胎 、または 死後 45 か月以内 に産した子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。
ワイオミング州	WYO. STAT. § 14-2-907 Title 14 - Children Chapter 2 - Parents Article 9 - Child of Assisted Reproduction	§ 14-2-907 故人の 記録上での同意 がある場合、死後、生殖補助医療によって生まれた子と故人の間には 親子関係 があるとみなされる。
カナダ(連邦)	ヒト生殖補助法 (2004 年)	8 同意のない死後の利用 (2) 生殖物質の提供者が 書面により同意している場合を除き 、胚作成の目的で提供者の死後、提供者から生殖物質を 摘出 することはできない。 →死後採卵?採精?
	統一子どもの地位法(2010 年)	7 親子関係に関する宣言的命令 - 死後懐胎 (1) 以下の者は、故人が 死後に懐胎した子の親 であるという宣言を 裁判所に申請 することができる。 (a) 死亡時に故人と結婚しているか内縁関係にあった者または、 (b) 故人の死後に懐胎した子であると主張する者 … (3) 裁判所は統一児童地位法 (2010 年)を満たした場合、1 項以下の命令を発することができる。 (a) 故人の生殖物質または故人の生殖物質から作成された胚が生殖補助医療に使用された場合および (b) 故人が死後に懐胎した子の親として認められることを死亡前に 書面により同意 し、その同意を書面で撤回しなかった場合…
ブリティッシュ コロンビア州	遺言・遺産・相続法	8.1 条 故人の生殖物質を使用し、故人と婚姻関係にあった者が故人の 死後 2 年以内 に 出産 し、 5 日間以上生存 していた子には 相続権 がある。
	ブリティッシュコロンビア家族法	28 条 死亡時に婚姻関係にあった者が故人の生殖物質の使用し、死後懐胎して生まれた子の親であることを 書面により同意 している場合、故人は子の 親 とみなされる。
オンタリオ州	全家族平等法	12 条 故人の 書面による同意 がある場合、故人の配偶者は 出産後 90 日以内 に裁判所に対して、故人が 親 であるという宣言を出すことを申請できる。子が代理懐胎で生まれた場合、他に子がいないこと等の条件を満たした場合、宣言は可能である。
サスカチュワ カン州	(サスカチュワカン)子ども法改正法	63 条 故人の 書面による同意 があり、故人の配偶者は 出産後 90 日以内 に裁判所に対して、故人が子の 親 であるという宣言を出すことを申請できる。子が代理懐胎で生まれた場合、他に子がいないこと等の条件を満たした場合、宣言は可能である。
南米		
ウルグアイ	ヒト生殖補助技術法 (2013 年)	第 9 条 特別な事情 配偶子または胚の由来者が 書面により同意 している場合、死後 365 日以内 の 生殖 は可能である。
オセアニア		

オーストラリア連邦	国家保健・医療審議会「生殖医療技術ガイドライン」(2017年)	<p>8. 死者または終末期の者の配偶子採集・使用、保存配偶子・胚の死後使用 「終末期かつ同意することが可能な者の配偶子採集・保存」</p> <p>8.20 同意の獲得 「死亡した者または終末期かつ同意することができない者の配偶子採集・保存」</p> <p>8.21 配偶者またはパートナーの同意獲得 「保存配偶子・胚の死後利用」</p> <p>8.22 保存配偶子・胚の由来者の意思の尊重</p> <p>8.23 十分な時間をかけて懐胎前に許可を得ること</p> <p>8.24 妊孕性保持のための青少年の配偶子・生殖組織の死後利用 → これらが OK ということ?</p>
ニューサウスウェールズ州	(ニューサウスウェールズ) 生殖補助医療技術法 (2007年)	<p>23 条 配偶子提供者の死亡後の配偶子または胚の使用 配偶子提供者の同意があり、提供者の死亡(死亡の疑い)にもかかわらず、女性が書面で同意している場合を除き、生殖補助医療を行ってはならない。(違反者は罰金)</p>
ヴィクトリア州	(ヴィクトリア) 生殖補助医療治療法 (2008年)	<p>46 条、48 条 故人が書面により同意し、患者審査委員会が承認している場合、生殖補助医療提供者が配偶子または胚の使用(配偶者が懐胎または代理母が懐胎)することは可能。治療を受ける女性は事前にカウンセリングを受ける必要がある。</p>
	子どもの地位法(2019年改正)	<p>5 部 37 条 (1) …(b) (i) 治療に使用される精子は以下のものである。 (A) 女性のパートナーが死亡前に採取したもの、または (B) 女性の死後、女性のパートナーから摘出されたもの。 → 死後採卵? (ii) 治療で使用される胚はパートナーの死亡前にパートナーの精子を使用して作成されたものである。 (2) 女性が妊娠した場合、 (a) 出産した女性が、妊娠の結果生まれた子供の母親である。 (b) 女性のパートナーを子の父とみなす唯一の目的は「1996年出生、死亡及び婚姻登録法」に基づく出生登録簿に親として入力することである。</p>
サウスオーストラリア州	(サウスオーストラリア) 生殖補助医療治療法 (1998年)	<p>9 条(1)(c)(iv) 配偶子提供者が自らの配偶子、受精卵、胚の使用について同意している場合、提供者と同居している女性に対する生殖補助医療は可能である。</p>
ウエスタンオーストラリア州	ヒト生殖技術法 (1991年)	<p>26 条 受精卵または胚の取扱いについて決定権を持つ者は保存に関する決定権もあり、同意の撤回、修正することも可能である。権利を裁判所に付託することもできる。カップルの一方が死亡した場合、故人のパートナーにのみ処分権が与えられる。</p>
ニュージーランド	国家生殖補助医療委員会「死亡後の精子保存・利用・処理ガイドライン」(2000年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精子提供者に対する適切なカウンセリングを義務付ける。 ・提供者は医療機関に対して死亡通知をする者を2人以上指定する。 ・医療機関は精子保存者または指定代理人に保存に関する毎年意向調査を行う必要がある。 ・事前同意書のない昏睡状態または最近死亡した者の精子摘出は倫理的に容認できない。 → 死後採精?!
	ヒト生殖補助医療法 (2004年)	<p>38 条 (c) 死亡した者から摘出した配偶子の取扱いは生殖補助医療諮問委員会の助言にしたがう。 → 死後採卵? 採精?!</p>
その他		

<p>イスラエル 公衆衛生規則(体外受精) (1987年)</p>		<p>8条 (b) (2) 夫が受精卵の移植に先立ち、死亡した場合、摘出及び受精の日から最低 1年が経過し、第 1号に規定された社会福祉士からの報告書が受領された場合を除き、卵子由来者である妻に受精卵を移植してはならない。</p> <p>10条 死亡した女性の卵子 (a) 死亡した妻から摘出した卵子は使用できない。→死後採卵不可 (b) 夫が死亡した妻から摘出した卵子は本人の同意がある場合、提供できる。→死後採卵可 (c) 夫婦の一方が死亡した場合の受精卵は、以下の通りに適用される。 (1) 夫が死亡した場合、8条(b)(2)の規定が適用される。 (2) 妻が死亡した場合、受精卵の使用できない。 (d) 死亡した女性から摘出された卵子および受精卵は、死亡前に提供者が同意した場合を除き、別の女性に対して移植してはならない。</p>
<p>インド 生殖補助医療(規制)法、2021 年法 24号</p>		<p>22条 …(2) 診療所および配偶子バンクは、当事者のいずれかが死亡または無能力になった場合に、生殖補助技術を求めるすべての当事者からの具体的な指示および書面による同意がある場合を除き、胚または配偶子を凍結保存してはならない。</p> <p>24条 …(f) 死後の配偶子の摘出は、委託する夫婦の同意が所定の方法によって得られる場合にのみ行われなければならない。→死後採卵可</p>
<p>タイ 生殖補助医療技術による出生 児の保護のための法律 (2015年4月28日 2558号)</p>		<p>43条 …精子、卵母細胞、または胚の所有者が死亡した場合、死亡前に書面による同意を得た場合を除き、当該精子、卵母細胞、または胚は使用してはならない。また精子、卵母細胞または胚の使用は存命の夫または妻の不妊治療にのみ使用するものとする。第 1項に基づく同意は委員会の承認を得て、タイの医療評議会によって規定された規則、手順、および条件に従うものとする。</p>

【参考】学会の意見

<p>欧州生殖・胚研究学会 (European Society of Human Reproduction and Embryology:ESHRE)</p>	<p>ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction (<i>Human Reproduction</i>, Vol.21, No.12 pp. 3050-3053, 2006)</p>	<p>ESHRE のタスクフォース・メンバーの多数意見 (1)配偶子または胚は、生き残ったパートナーのみが処分できる(故人の両親または他の家族の発言権なし)。 (2)パートナーは自分の生殖のためにのみ配偶子または胚を使用できる(自分の生殖目的で使用したくない場合は、他人の生殖のために提供することは不可(研究のための寄付と廃棄は可))。 (3)配偶子または胚は、両方のパートナーが死亡したときは破壊しなければならない(研究目的で提供したものは除外する可能性あり。第三者への譲渡不可)。</p> <p>実施に際して、推奨する事項 (i) 配偶子または胚を使用する前に、保存時または体外受精サイクルの開始前に故人から書面による同意が得られている必要がある。 (ii) 意思決定期間中に生存しているパートナーへの十分なカウンセリングが必要である。 (iii) 治療を開始する前に、死亡後最低 1年間の待機期間を課すべきである。</p>
---	--	---

<p>アメリカ生殖医学学会 (the American Society for Reproductive Medicine : ASRM) 倫理委員会</p>	<p>Posthumous retrieval and use of gametes or embryos: an Ethics Committee opinion (Fertility and Sterility ,vol.110(1), 2018 Jul 1, pp.45-49)</p>	<p>1. 死後の配偶子(精子または卵子)の採取または生殖目的での使用は、その処置を許可する故人の文書がある場合、倫理的に正当化される。しかしながら、採取は将来の生殖のための使用を施設に約束させるものではない。胚の使用も、そのような文書があれば、正当化できる。→死後採卵</p> <p>2. 死後の生殖補助医療プログラムに参加すべき倫理的義務はない。プログラムは、そのような活動に参加する、あるいは参加しない具体的な事情について、文書を作成する必要がある。</p> <p>3.被相続人からの書面による文書がない場合、死後の生殖補助の要請を検討するプログラムは、遺族またはパートナーからその要請があった場合にのみ、検討すること。</p> <p>4.死後生殖の実施前や実施中に、哀悼の時間とカウンセリングを受けるための時間十分に確保することが非常に重要である。</p> <p>5. プログラムは、死後懐胎した子が故人の子として法的に認められるかどうかについては、州法によって異なることを認識すべきである。</p> <p>また、死後の配偶子や胚の採取や使用の可否についても州法が異なる場合がある。クリニックは、適用される州法について知識を持ち、それらに従うべきであり、また、患者に助言すべきである。また、患者には、自分自身やその子孫の法的権利に影響する可能性のある州法について、法律専門家に相談することを勧めるべきである。</p>
--	---	--

【参考】 妊孕性温存に関する規定

<p>アンドラ</p>	<p>生殖補助技術法 (2019 年)</p>	<p>8 条 (1) 18 歳以上のすべての人は、健康状態が十分であり、書面による自由で十分な情報に基づいた具体的な同意を与えている限り、婚姻状況に関係なく、この法律で規定されている技術を使用できる。未成年者であっても病理学上、生殖能力を維持するために自分自身が将来使用するために配偶子の凍結保存を必要とし、適切な医学的措置である場合、本法で規定されている技術にアクセスすることができる。</p>
<p>オーストリア</p>	<p>生殖医療法 (2015 年改正)</p>	<p>§ 2 B. 細胞の収集と保存 (1)精子、卵細胞、精巣および卵巣組織は医学的状況または経験に基づく身体的状態またはその治療により、妊娠がもはや不可能であるという深刻なリスクを引き起こす場合であり、性交渉による妊娠はもはや不可能である場合、将来の医学的補助生殖のために摘出および保存することができる。</p>
<p>ボスニア・ヘルツェゴヴィナ</p>	<p>生物医学的人工授精による不妊治療に関する法律 (2018 年)</p>	<p>51 条 (1) 医学的な理由で不妊症になる危険性がある男性及び女性は、書面による同意があれば、自分の性細胞と性組織を後に自分で使用するために認可された医療施設に保存することができる。 (2) 性細胞および性組織を保存する権利は、病気のために永久に不妊になる危険がある未成年者にも適用される。未成年者の性細胞および性組織は、42 歳 (女</p>

		性) まで、または 50 歳 (男性) まで保存される。
ブルガリア	生殖補助活動に関する規則 (2007 年)	10 条 (2) 未成年者とその両親または保護者の書面によるインフォームド・コンセントの後、卵細胞が将来の生殖能力が危険にさらされている場合、医学的理由で未成年者の女性から採取することもできる。
キプロス	生殖補助医療実施法 (2015 年)	30 条 (1) 未成年者からの配偶子の凍結保存は、証明された医療目的で、自己使用の場合にのみ許可され、完全な情報が得られた後、未成年者の年齢と成熟度に対応する方法で行われる。…
フランス	公衆衛生法典 L2141-11	L2141-11 I.-生殖能力を損なう可能性のある、または生殖能力が早期に損なわれる可能性のある医療行為を受けた者は、生殖能力を維持または回復する目的、またはホルモン機能を回復する目的、将来、生殖補助医療により出産する目的で、その配偶子または生殖組織を採取または摘出し保存することにより利益を得ることができる。
リトアニア	生殖補助医療法 (2016 年)	9 条 成人および 14 歳以上の未成年者は、民法によって確立された手順に従って、個人医療機関と契約を結ぶことができる。既存の病状がある場合、健康上の問題の可能性、処方された治療が継続的な生殖能力について合理的な危害を与えるかどうかの判断は医師会によって確認され、当該者の生殖能力を維持するため配偶子を採取する生殖補助サービスを提供される。
マケドニア	生殖補助医療法 (2008 年)	33 条 医学的知識または医学的経験に基づいて、健康上の理由により不妊のリスクがある男性および女性は、書面による同意を得て、認可された医療施設で精子、卵子、卵巣組織または精液を自己利用のため保存することができる。
モンテネグロ	医学的受精に関する法律 (2021 年)	28 条 …投薬や放射線治療の使用により、後に不妊になる危険性がある者から採取した性細胞および性組織の保存は、無期限に行うことができる。成人の法定代理人または法定後見人の書面による同意に基づいて、自分自身のための生殖を無期限に行うことができる。
スイス	生殖医療法 (1998 年, 2022 年 12 月現在)	第 15 条 生殖細胞の保存 1. 生殖細胞は、その由来となった人物の書面による同意がある場合に限り、最長 5 年間保存することができる。由来者の要請があれば、保存期間は最大 5 年延長されるものとする。 2. 自己の子孫を残すことを目的として配偶子の保存する者が、現在受けている医療行為又は従事している活動により、不妊又は自己の遺伝物質の損傷につながる恐れがある場合には、より長い保存期間について合意することができる。
イギリス	・ヒト生殖胚研究法に関する胚・配偶子の法定保存期間規則 (2009 年) ・保健ケア法 (2022 年) 附則 17 配偶子・胚保存	3 条 胚: 早期不妊のための法定保存期間の延長 (3)(a) 関係者が治療のために胚を 10 年以上保存することに書面により同意している場合 (b) 当該期間内のいずれかの日に、関係者または治療を受ける者が早期不妊であるか、または早期不妊になる可能性が高いという意見書を医師が提出した場合 (4) (2)項に従った法定保存期間が 55 年を超える場合、同項の目的における法定保存期間は 55 年とする。 4 条 配偶子: 早期不妊のための法定保存期間の延長

		<p>(3)(a) 配偶子提供者が治療のために配偶子を 10 年以上保存されることに書面により同意している場合</p> <p>(b) 当該期間内の任意の日に、配偶子を提供した者、またはその者でない場合は治療を受ける者が早期不妊であるか、または早期不妊になる可能性が高いという意見書を医師が提出した場合</p> <p>(4) (2)項に従った法定保存期間が 55 年を超える場合、同項の目的における法定保存期間は 55 年とする。</p>
米カリフォルニア州	California Code, Health and Safety Code §1374.551	<p>§1374.551</p> <p>医原性不妊症を直接的または間接的に引き起こす可能性がある場合、標準的な妊孕性温存サービスは基本的医療ケアサービスである。</p>
米メリーランド州	MD. Insurance Code Ann. § 15-810.1 (2021)	<p>§ 15-810.1 (2021)</p> <p>(c)…標準的な妊孕性温存措置は医療保険の対象となる。</p> <p>(1) 保険契約者またはその扶養家族に対して実施される。</p> <p>(2) 直接的または間接的に医原性不妊症を引き起こす可能性のある治療が必要なため、または保険契約者またはその被扶養者の妊孕性を温存するために医学的措置が必要な場合。</p>
ニュージャージーランド	生殖補助に関する国家倫理委員会「死亡した者の精子保存・利用・処分に関するガイドライン」	<p>2.2 条 化学療法、体外受精等の医療介入の前に保存される精子</p> <p>精子提供者が死亡した場合の対応について、同意書に記載すること。</p> <p>a. 精子は文化的に適切かつ尊重された方法で処分されるべきである。</p> <p>b. 精子は、特定の者が特定の期間内に使用できるようにすること。</p>
チュニジア	生殖医療に関する 2001 年 8 月 7 日の法律 2001-93 号	<p>6 条</p> <p>生殖能力に影響を与える可能性のある治療を受けている未婚の者、または受ける予定がある未婚の者は、結婚後に生殖医療の範囲内で使用することを意図した配偶子を凍結することができる。</p>