

# 第1章 総論

# 思春期 (Adolescent) のがん

Adolescent(以下A)は思春期を指し、がん医療・がん対策の中では15～19歳のがん患者を指しています。

この世代の身体的な特徴としては「生殖機能が完成し、子どもからおとなへ移行する時期」であることが挙げられます。また心理的な特徴としては「心理社会的な自立期にさしかかり、孤立しやすく、精神的に不安定になりやすい時期」ということができます。またいわゆる「義務教育ではない」高等教育への進学、新規就労、恋愛等のライフイベントが発生する時期です。

A世代はいろいろな意味で狭間に立たされています。社会的には「義務教育：15歳まで」、「研究などにおける自己決定権：16歳から」、「法的な成人：18歳から」といったものが挙げられます。医療費助成の面では「こども医療費助成：18歳まで」、「小児慢性特定疾病医療費助成：新規は18歳未満まで、更新は20歳未満まで」、「小児科：15歳まで(例外あり)」などが挙げられます。

日本の15～19歳人口では身体疾患による死因の第1位が悪性新生物(自殺などの外因死を含めた全体では第3位)を占めています。また、米国からの報告では他の世代と比較して、5年相対生存率の改善が乏しい世代であることが指摘され、世界的にYA(若年成人(Young Adult))世代と共に「特ながん対策」が必要な世代であると認識され、対策が進められています。

欧州の研究で小児及びAYA世代の同じがん種で、小児よりAYA世代で生存率が不良ながん種についての検討がされています。その検討では、「急性リンパ性白血病」、「急性骨髄性白血病」、「ホジキンリンパ腫」、「非ホジキンリンパ腫」といった造血器腫瘍、「星細胞腫(脳腫瘍)」、「骨肉腫」、「Ewingファミリー腫瘍」、「横紋筋肉腫」といった固形腫瘍が統計学的有意差を持ってAYA世代で予後不良でした。(一方でAYA世代の方が良好だった疾患は「髄芽腫(脳腫瘍)」、「胚細胞性腫瘍(性腺)」。)AYA世代が小児患者より治療成績が劣る理由は以下の点が指摘されています。①腫瘍の特性、②治療法の相違(小児型対成人型)、③小児と比べ有害事象の頻度

が高い、④患者も医療者もがんを疑わない(診断の遅れ)、⑤生活を優先して、受診が遅くなる傾向(診断の遅れ)、⑥怠業など治療の不遵守の傾向、⑦臨床試験参加率の低さ(臨床試験がない)といった点です。

AYA世代がん診療の難しさとして、いわゆる小児がんで認められるがん種と成人がんのがん種が入り混じっていること、患者によって小児医療機関で治療を受けたり、成人医療機関で治療を受けたりまちまちであることなどが挙げられます。

15～19歳のA世代がんは罹患率では人口10万に対して年間14.2人と小児がんに次いで少ない年代です(14歳未満：12.3人、20～29歳：31.1人、30～39歳：91.1人)。疾患構成は15歳未満の小児がんと似ており、上位6疾患は小児がんにおいても認められるがん種で、これが世代全体の8割以上を占めています。一方で、実際にA世代がん患者が小児、成人いずれの診療科で診療を受けたかという研究では、15～17歳では約40%、18～19歳では約20%のみが小児診療科主体の診療を受け、その他は成人診療科主体の診療であったといわれています。現在、白血病等の分野では小児診療科と成人診療科において共同で臨床試験が実施されるようになってきましたが、益々小児診療科と成人診療科の連携が必要なかもしれません。

妊孕性温存の観点から考えますと、この年代は通常は精通、もしくは初経を迎えており、妊孕性温存を速やかに実施しやすい年代と言えます。ただ、小児がんに似たがん種というのは、多くの場合、病気の進行が早く、診断後は速やかに治療を開始しなければならない場合がほとんどで採取のタイミングを計らなければなりません。また、発症頻度の高い白血病やリンパ腫など造血器腫瘍では、性腺に腫瘍細胞が混入している可能性があり、精巣内精子採取術(Testicular Sperm Extraction: TESE)や卵巣組織凍結保存は適応外で、寛解に至ったのちに考慮すべきであり、原則的にこれらの造血器腫瘍に対しては精子保存、未受精卵子凍結保存のみが対象となることを考慮しなければなりません。

# 若年成人 (Young Adult) のがん

20～39歳をYoung Adult (以下YA): 若年成人世代といいます。20～29歳では胚細胞腫瘍、甲状腺がん、白血病、リンパ腫など小児やA世代に多いがん種が含まれているのに対し、30～39歳では女性の乳がん、子宮頸がんなど固形がんの割合が増えてきます。

厚労科研の調査(図1)によると、YA世代にがんを経験した患者さんの悩みの1位はA世代と同様に「自分の将来」でしたが、2位以降には「仕事」「家族」「経済的なこと」などYA世代特有の課題が含まれていました。また「不妊治療や生殖機能」に関しては、YA世代の多くの患者さんが悩みを抱えていることがわかりました。

YA世代では将来子どもを持つことを具体的にイメージしている患者さんも多く、妊孕性温存に関する情報提供や意思決定支援はとても重要です。パートナーがいる人も、いない人も、すでに子どもがいる人もいない人も、将来子どもを持つことを希望する患者さんにとって、妊孕性温存は1つの選択肢になります。

妊孕性温存とがん治療を両立するには、速やかな情報提供とがん・生殖連携が大切です。がん・生殖連携は、

同一施設内で生殖医療を担当する部署がある場合は速やかな院内連携が大切になります。一方、がん専門病院や小児病院といった同一施設内に生殖医療の担当部署がない場合は、別施設との連携を行わねばならず、より体系だった連携システムの構築が求められます。

また、妊孕性温存を行うかどうかについては、がんの種類や進行度、がん治療開始までの猶予期間、本人やパートナーの価値観など、さまざまな側面を配慮して決めていく必要があります。そのため、単に情報提供に留まらない意思決定支援が求められます。YA世代の中でも20歳台と前半の患者と30歳台後半の患者とでは、ライフステージや価値感が異なる場合があります。多様に配慮しながら、納得いく意思決定ができるよう支援しましょう。

43歳未満の方には「東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業」の公的助成対象となります。

YA世代では妊孕性に関する悩み以外にも、上記したような仕事や家族、経済的なことなど、社会生活に関連する悩みを抱えており、幅広い視点からの相談支援が求められます。

図1: がんを経験したAYA世代の悩み

	1位	2位	3位	4位	5位
15～19歳	自分の将来 (61.9%)	後遺症・合併症 (44.4%)	体力の維持 または運動 (41.3%)	学業 (38.1%)	不妊治療や 生殖機能 (34.9%)
20～24歳	自分の将来 (68.3%)	仕事 (41.5%)	不妊治療や 生殖機能 (41.5%)	経済的なこと (36.6%)	後遺症・合併症 (31.7%)
25～29歳	自分の将来 (61.3%)	仕事 (51.6%)	不妊治療や 生殖機能 (50.0%)	診断・治療 (30.6%)	後遺症・合併症 (30.6%)
30～39歳	自分の将来 (53.0%)	仕事 (44.8%)	家族の将来 (36.6%)	経済的なこと (36.1%)	不妊治療や 生殖機能 (34.4%)

平成27-29年厚生労働科学研究「総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究」調査結果より

図2: AYA世代がんの罹患率が高いがん種順位(全がんに占める割合)

	1位	2位	3位	4位	5位
0~14歳(小児)	白血病 (38%)	脳腫瘍 (16%)	リンパ腫 (9%)	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 (8%)	神経芽腫 (7%)
15~19歳	白血病 (24%)	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 (17%)	リンパ腫 (13%)	脳腫瘍 (10%)	骨腫瘍 (9%)
20~29歳	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 (16%)	甲状腺がん (12%)	白血病 (11%)	リンパ腫 (10%)	子宮頸がん (9%)
30~39歳	女性乳がん (22%)	子宮頸がん (13%)	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 (8%)	甲状腺がん (8%)	大腸がん (8%)

出典: 国立がん研究センターがん情報サービス

