

令和6年度 小児がん治療経験者 長期フォローアップ支援事業について

令和6年度大阪府がん対策推進委員会
第1回小児・AYA世代のがん対策部会

令和6年度 小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業について（概要）

現状・課題

- ・近年の医療の進歩により小児がんの生存率は向上しており（白血病：約85%、脳腫瘍：約60%）、治療後も思春期・成人期を迎える患者も多くなっている。
- ・大阪府がん対策推進計画において、小児・AYA世代のがん医療の連携・協力体制、長期フォローアップ体制等の充実に努めることとしているが、**小児がんについては、治癒した後に、患者の成長や時間の経過に伴い、過去の放射線治療・薬物療法・造血細胞移植等の影響によって起こりうる、二次がんをはじめとした合併症への対応が課題**となっている。
- ・二次がんハイリスクの小児がん治療経験者が十分な検診を適切に受診できなければ、二次がんの発見が遅れ、その治療に要する期間が長くなる。
- ・また、小児がん治療により二次がん等のリスクが生じることに対する患者自身の理解が十分でないことも多く、検診受診に繋げるためにも周知が必要。

対応策

- ・小児がん経験者の二次がんの早期発見に繋げるため、二次がんハイリスク対象者が原則としてガイドラインで推奨されている検診を受診することができるよう体制を整備する。
- ・小児がん治療中、治療終了の時期から、二次がんや合併症等のリスクについてリーフレット等により、患者・家族に対して周知を行う。

小児がん治療として、以下の治療等を実施した方を「二次がんハイリスク対象者」と整理

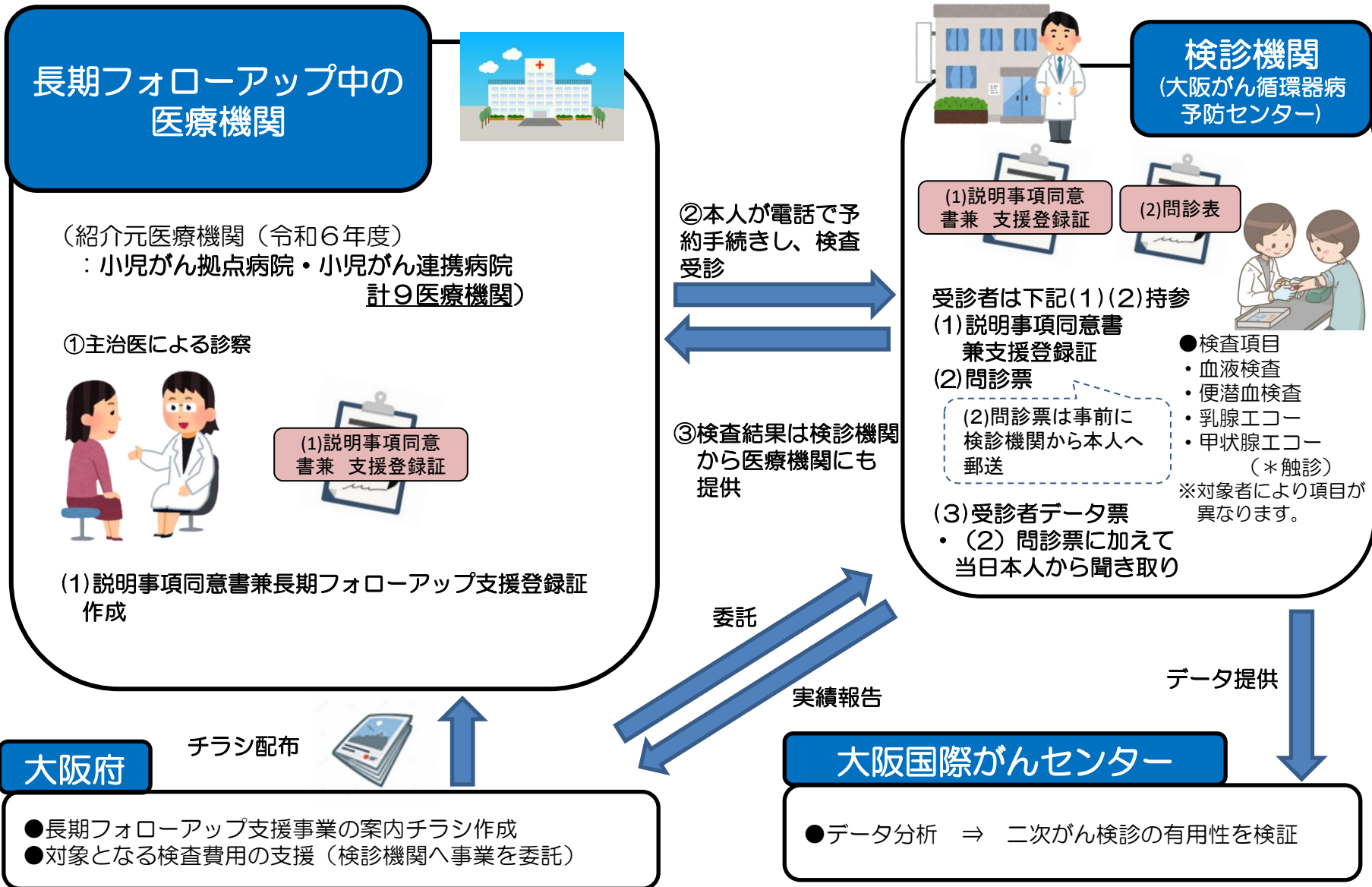
- ①造血幹細胞移植を受けた者
- ②放射線照射を受けた者
- ③特定の化学療法を受けた者：アルキル化剤・TopoイソメラーゼII阻害薬・プラチナ製剤のいずれかの投与を受けた者
- ④遺伝性素因をもつ小児がん経験者

本事業で実施する二次がん検査項目

（小児がんの治療内容に沿って紹介元医療機関が作成した支援登録証に記載の該当項目を実施）

○血液検査 ○便潜血検査 ○乳腺エコー ○甲状腺エコー（*触診）

令和6年度 小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業について（フロー）



令和6年度 小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業について（参考）

■説明事項同意書兼長期フォローアップ支援登録証

小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業にかかる
説明事項同意書 兼 長期フォローアップ支援登録証

小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業による二次がん検査を受診するにあたり、以下の項目について、小児がん拠点病院等から説明をしてください。

○ 本事業により二次がん検査を受診する場合、検査結果や既往、家族歴、経過等の受診者情報が大阪国際がんセンターに提供され、がん登録との連結解析等が行われること。（提供された情報は、本事業以外の目的に利用されることはありません。）

大阪府知事 様

上記の点について、十分な説明をしました。

署名年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

上記の点について、医療機関より十分な説明を受け、内容について理解しました。

署名年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

ふりがな
氏名（検査を受ける者） _____ 性別 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（ _____ 歳）

保護者※ _____（続柄）
※検査を受ける者が18歳未満の場合に記載してください。

.....

【小児がん拠点病院等記載欄】

○患者 ID { _____ }

○診断名及び治療期間

{ 診断名： _____ } { 治療期間（西暦）： _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 }

○二次がん検査項目（予定）

| | |
|-------------------|--|
| 1 造血幹細胞移植を受けた者 | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 便潜血検査 <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー* |
| 2 放射線照射を受けた者 | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 便潜血検査 <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー* |
| 3 特定の化学療法を受けた者※ | <input type="checkbox"/> 血液検査 |
| 4 遺伝性素因をもつ小児がん経験者 | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 便潜血検査 <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー* |


・血液検査（造血器悪性腫瘍） ・便潜血検査（大腸がん）
・乳腺エコー（乳がん）：25歳以上または治療後8年経過した時期に実施
・甲状腺エコー（甲状腺がん）：治療後5年経過した時期に実施 *治療後の経過年数に関わらず触診は実施
※アルキル化剤・Topo イソメラーゼ II 阻害薬・プラチナ製剤のいずれかの投与を受けた者

○現時点で認められる合併症及びその他留意事項

{ _____ }

※検査結果はご本人と医療機関の双方に送付されます。

■ごあんないのチラシ



©2014 大阪府もずやん

令和6年度小児がん治療経験者 長期フォローアップ支援事業の ごあんない

小児がん治療経験者の二次がんの早期発見に繋げるため、
下記に記載する対象者がガイドラインで推奨されている検査
(造血器悪性腫瘍、大腸がん、乳がん、甲状腺がん)を受診することが
できるよう、大阪府が検査費用を支援します。

検査対象者

- ・0～15歳で初発のがん治療を開始、又は15歳以上20歳以下で再発した下記①から④のいずれかに該当する者
 - ①造血幹細胞移植を受けた者
 - ②放射線照射を受けた者
 - ③アルキル化剤・TopoイソメラーゼII阻害薬・プラチナ製剤のいずれかの投与を受けた者
 - ④遺伝性素因をもつ小児がん経験者
- ・大阪がん循環器病予防センターで検査を受ける年度末の年齢が15～39歳であること
- ・小児がん拠点病院または小児がん連携病院から受け取る「説明事項同意書兼長期フォローアップ支援登録証」の作成日において、府内在住者であること

検査を希望される方は、以下のお手続きをしてください

①小児がん拠点病院または小児がん連携病院から受け取る書類について
「説明事項同意書兼長期フォローアップ支援登録証」をもらい、検査当日受付へご提出ください。

②検査予約について
大阪がん循環器病予防センター【担当:業務課 大林・米坂】に電話(06-6969-6712)で
検査予約をしてください。（※土日・祝日を除く 8:45～12:00、13:00～17:00）
予約の際には、「長期フォローアップ支援を受けたい」とお伝えください。
検査日時：乳腺・甲状腺検査を含む場合は毎週日曜日午後1時半から
上記を含まない場合は毎週火曜日午後1時半から
※検査日時等の詳細については、後日大阪がん循環器病予防センターからお知らせします。
参考)公益財団法人 大阪府保健医療財団 大阪がん循環器病予防センター
<http://www.osaka-ganjun.jp/>

【留意事項】

- ・本事業により検査を受けるには、検査結果等の受診者情報を大阪国際がんセンターに提供することに同意いただいた場合に限ります。（提供された情報は、本事業以外の目的に利用されることはありません。）
- ・「説明事項同意書兼長期フォローアップ支援登録証」作成には各医療機関所定の費用が発生します。

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課
生活習慣病・がん対策グループ
電話：06-6941-0351（代表）（内線2528）