

令和4年度小児がん診療に関する医療機関実態調査について（案）

1 調査の目的

小児がん患者とその御家族及び小児がん経験者の方が可能な限り慣れ親しんだ地域で治療や支援、長期フォローアップが受けられる環境の整備を検討していくための基礎資料として、県内の医療体制の実態を把握する。

また、医療体制の実態を正確に把握するための定期的な情報の確認と更新として、調査を継続していく。

2 調査対象

千葉県内の下記施設に該当する48施設（別紙参照）

- ・日本小児科学会専門医研修施設
- ・日本小児血液がん学会研修施設
- ・千葉小児整形外科グループ施設
- ・TCCSG参加施設（千葉県内）
- ・ちば医療なび/目的別検索/小児悪性腫瘍（小児がん）で検索できる小児がん治療実施病院、診療所

3 実施主体

千葉県

4 調査期間

令和4年6月～8月

5 調査方法

- ・調査事項は別添調査票のとおり
- ・病院へは別添調査票をメール送付し、メールにて回収する
- ・診療所へは別添調査票の内、地域医療機関との連携（問6）等の地域医療機関との連携関連の質問を郵送し、FAXもしくは千葉電子申請システムから回答できるようにする

6 調査結果

- ・ホームページにより一部公表する
- ・県内小児がん診療のネットワーク化に向けた課題検討資料とする

調査対象医療機関一覧（案）（令和3年12月時点）

[日本小児科学会専門医研修施設] 23 (○対象23)

- 1 東京ベイ浦安市川医療センター
- 2 医療法人財団 東京勤労者医療会 東葛病院
- 3 千葉西総合病院
- 4 東京女子医科大学附属八千代医療センター（支援施設）※
- 5 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院（支援施設）
- 6 社会医療福祉法人社団 千葉県勤労医療協会 船橋二和病院
- 7 日本医科大学千葉北総病院
- 8 千葉県こども病院（支援施設）
- 9 帝京大学ちば総合医療センター
- 10 千葉市立青葉病院
- 11 東邦大学医療センター佐倉病院
- 12 独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院
- 13 船橋市立医療センター（支援施設）
- 14 国保直営総合病院 君津中央病院
- 15 総合病院 国保旭中央病院（支援施設）
- 16 成田赤十字病院（支援施設）
- 17 松戸市立総合医療センター（支援施設）
- 18 千葉市立海浜病院（支援施設）
- 19 独立行政法人国立病院機構 下志津病院（支援施設）
- 20 東京歯科大学市川総合病院
- 21 千葉大学医学部附属病院（支援施設）
- 22 順天堂大学医学部附属浦安病院（支援施設）
- 23 東京慈恵会医科大学附属柏病院

※ 「研修施設」とは、初期臨床研修を終了した後、3年以上の小児科専門医研修を実施出来る態勢を整えている施設です。その中で、指導体制が特に整っている施設は「研修支援施設」（以下、「支援施設」とよびます。）になることができます。「支援施設」は本来の「研修施設」としての役割に加え、他の「研修施設」のカリキュラムを支援することも要求されます。実りある小児科専門医研修を実施するために、「研修施設」は「支援施設」と連携し、3年以上の小児科専門医研修期間のうち、延べ6か月（最低1か月単位）以上の研修を「支援施設」で行う研修カリキュラムを作成し、実行することが求められます。

[日本小児血液・がん学会研修施設] 3 (○対象0) 全て重複しているため

- 1 千葉大学医学部附属病院
- 2 成田赤十字病院
- 3 千葉県こども病院

〔千葉小児整形外科グループ施設〕 6 (○対象3) 残り3施設は重複しているため

- 1 千葉県こども病院
- 2 千葉こどもとおとなの整形外科
- 3 千葉リハビリテーションセンター
- 4 千葉県がんセンター
- 5 聖隷佐倉市民病院
- 6 松戸市立総合医療センター

※ 「千葉小児整形外科グループ」は、県内の小児整形外科疾患を扱う複数の施設をひとつのグループとし、より有機的に小児整形外科の診療・研究・教育を行い、円滑で効果的な医療の提供を目的として平成25年4月に設立されたグループである。

〔TCCSG (Tokyo children's Cancer Study Group) 参加施設〕 7 (○対象0) 全て重複しているため

- 1 千葉大学医学部附属病院
- 2 成田赤十字病院
- 3 松戸市立総合医療センター
- 4 帝京大学ちば総合医療センター
- 5 千葉県こども病院
- 6 日本医科大学千葉北総病院
- 7 亀田総合病院

〔ちば医療ナビ/目的別検索/小児悪性腫瘍(小児がん) 該当医療機関〕 31 (○対象22) 残り9施設は重複しているため

- 1. 千葉大学医学部附属病院
- 2. 千葉県がんセンター
- 3. 国際医療福祉大学成田病院
- 4. 東京歯科大学市川総合病院
- 5. 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
- 6. 医療法人鉄蕉会亀田クリニック
- 7. 医療法人SHIODA 塩田病院
- 8. 社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター
- 9. 社会医療法人社団蛍水会 名戸ヶ谷あびこ病院
- 10. 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
- 11. 成田赤十字病院
- 12. 日本医科大学千葉北総病院
- 13. 帝京大学ちば総合医療センター
- 14. 順天堂大学医学部附属浦安病院
- 15. 千葉県こども病院
- 16. 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所新松戸
- 17. しま小児科
- 18. 医療法人社団重城産婦人科小児科
- 19. 医療法人社団玲邦会えとう医院

- 20. 国保直営総合病院君津中央病院
- 21. 医療法人社団医仁会だんや小児科
- 22. 医療法人社団酒井医院
- 23. 医療法人社団憲生会 藤田小児科医院
- 24. 医療法人社団CAC ユーカリが丘アレルギーこどもクリニック
- 25. 医療法人社団麒麟会 若葉クリニック
- 26. 平沢小児科
- 27. 宮田小児科医院
- 28. ひらた内科・小児科クリニック
- 29. 医療法人社団ドリーム会 あら山こどもクリニック
- 30. 船橋ベイサイド小児科
- 31. 内科・小児科岩沢医院

合計48医療機関

送付先：千葉県健康づくり支援課 がん対策班 子ども・AYA世代部会担当者 行

令和4年度小児がん診療に関する医療機関実態調査(案)

本調査は、県内の医療体制の実態把握を目的とし、これまで平成27年、平成29年、令和元年に実施しています。

このたび下記のとおり第4回目の調査を行いますので、調査の趣旨を御理解の上、御協力をお願いいたします。なお、今回は新型コロナウイルスのため診療機能に影響が出たことを鑑み、診察患者数については調査対象としておりません。

調査結果の一部は、小児がん患者さんとそのご家族及び小児がん経験者の方が可能な限り慣れ親しんだ地域で治療や支援、長期フォローアップ等が受けられる体制整備の一環として、病院名も含め情報公開します。

集計処理をした上での公表について、ご理解いただきますようお願いいたします。

これまでの公開内容

- 小児がん診療に関する医療機関実態調査／千葉県ホームページ
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/syouniganntaisaku/iryoukikanntyousa.html>
- 小児がん患者・家族向け情報誌「安心して闘病生活を送るために」
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/syouniganntaisaku/zyouhouteikyousi.html>

※本調査は県内医療機関のネットワーク化及び、小児がん患者とその家族等への支援体制の検討するための基礎資料とさせていただきます。



【対象施設】

- ・日本小児科学会専門医研修施設 ・日本小児血液がん学会研修施設
- ・千葉小児整形外科グループ施設 ・TCCSG参加施設(千葉県内)
- ・ちば医療なび/目的別検索/小児悪性腫瘍(小児がん)該当医療機関

【調査期間】

- ・令和4年●月～●月
- 令和4年●月●日(●)までに郵送又はE-mailにて御回答ください。

令和元年度実施からの主な変更点は
下線を記載

◆以下の設問に御回答ください。

問1 医療機関名(施設名)・回答責任者

施設名			
所在地	〒		
電話		FAX	
回答責任者	所属・職:	氏名:	
問い合わせ窓口	所属・職:	氏名:	
E-mail			
公開に対して	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(不同意の場合は個別に千葉県健康づくり支援課がん対策班から連絡をさせていただきます)		

問2 貴院は小児がん診療(診断、治療等)を行っていますか。

該当する箇所には○をして、次の設問へお進みください。

- () 小児がん診療(診断、治療)を行っている。 ➤以下の設問全てに御回答ください。
- () 小児がんの診断は行い、治療については、専門医へ紹介している。
➤問3,6,12に御回答ください。
- () 小児がん診療(診断、治療)は行っていない。疑いのある患者は診断も含め、専門医へ紹介している。
➤問6,12に御回答ください。

問3 小児がん診療体制について

診療可能で過去3年間に実績あり◎、診療可能であるが過去3年間に実績なし○

(令和1年～令和3年)

	白血病	脳腫瘍	神経芽細胞腫	悪性リンパ腫	網膜芽細胞腫	ウイルス腫瘍	骨肉腫	横紋筋肉腫	ランゲルハス組織球症	その他 *複数ある場合はセルを分けて御記入ください。
記入例	◎	○		○						
① 診断										
② 治療	② 手術									
	③ 放射線									
	④ 化学療法	ア 入院								
		イ 外来								
⑤ 主たる担当診療科 (例) 小児科・血液腫瘍科										

○問3の「その他」に該当する病名を御記入ください。

その他	(例) ユーイング肉腫、卵巣悪性奇形腫 *複数ある場合は、全ての該当病名を御記入ください。
-----	---

問4 療養環境について

下記項目につき、記入方法・記入例により御記入ください。該当しない項目については空欄となります。

項目	記入方法・記入例	回答欄
面会時間	(例) 平日○時～○時まで 休日○時～○時まで	※感染症流行時以外 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()
面会可能者	選択して☑	
面会制限の特例等	患児がターミナルの場合等の対応について記入	
付添い	選択して☑	
感染症流行時の入院の付き添い制限	選択して☑	<input type="checkbox"/> 通常どおり可能 <input type="checkbox"/> 一部制限 <input type="checkbox"/> 全面的に禁止 <input type="checkbox"/> その他()
感染症流行時の入院の面会制限	選択して☑	<input type="checkbox"/> 通常どおり可能 <input type="checkbox"/> 一部制限 <input type="checkbox"/> 全面的に禁止 <input type="checkbox"/> その他()
感染症流行時の外来の付き添い制限	選択して☑	<input type="checkbox"/> 通常どおり可能 <input type="checkbox"/> 一部制限 <input type="checkbox"/> 全面的に禁止 <input type="checkbox"/> その他()
病棟のWifi等の環境	選択して☑	<input type="checkbox"/> フリー Wifi <input type="checkbox"/> 有料ルーター貸出し <input type="checkbox"/> ルーター持ち込み許可 <input type="checkbox"/> 使用禁止 <input type="checkbox"/> その他()
入院可能年齢	(例) ○歳～○歳まで	
小・中学生への教育支援	有するものを☑	<input type="checkbox"/> 分教室 <input type="checkbox"/> 訪問教育 <input type="checkbox"/> 自習室 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()
院内学級	ベットのサイドでの授業	可能であれば○
	通院患者の通学	可能であれば○
	オンライン学習	可能であれば○
高校生への教育支援	有するものを☑	<input type="checkbox"/> 分教室 <input type="checkbox"/> 訪問教育 <input type="checkbox"/> 自習室 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()
院内学級	ベットのサイドでの授業	可能であれば○
	通院患者の通学	可能であれば○
	オンライン学習	可能であれば○
学習への配慮等	小・中・高校生それぞれへの配慮等について記入	
病棟保育	有する場合○	
保育士・公認心理師 臨床心理士 チャイルドライフスペシャリスト (CLS) ホスピタルプレイスペシャリスト (HPS)	配属ありの場合☑ 配属状況 (例) 毎月第3木曜10時～17時	<input type="checkbox"/> 保育士 [配属状況:] <input type="checkbox"/> 公認心理師 [配属状況:] <input type="checkbox"/> 臨床心理士 [配属状況:] <input type="checkbox"/> CLS [配属状況:] <input type="checkbox"/> HPS [配属状況:]
認定看護師 専門看護師	小児科病棟等へ配属ありの場合☑	<input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法 <input type="checkbox"/> がん性疼痛 <input type="checkbox"/> がん放射線療法 <input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> 小児看護 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()
緩和ケアチーム	小児がん患者への対応ありの場合○ チーム構成に☑ その他があれば、記入	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()

問5 患者・家族支援について 該当する箇所には☑、記入方法・例により御記入ください。該当しない項目については空欄にしてください
相談窓口

名 称	例：がん相談支援センター、セカンドオピニオン外来、医療相談室				
電 話		ファックス			
メールアドレス					
対応できる相談内容	<input type="checkbox"/> 医療費	<input type="checkbox"/> 福祉制度	<input type="checkbox"/> 入院生活	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 就労
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> きょうだいの生活	<input type="checkbox"/> 退院後の生活	<input type="checkbox"/> その他()
対応可能時間	例：月、水、金9：00～16：00(電話による問合わせは、平日9：00～17：00可)				

施設設備

宿泊施設	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり	<input type="checkbox"/> 近隣にあり
	代表施設名		
	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 有料	<input type="checkbox"/> 無料
患児兄弟、姉妹の預かり施設	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり	<input type="checkbox"/> 近隣にあり
	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 有料	<input type="checkbox"/> 無料
家族休憩室	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり	<input type="checkbox"/> 近隣にあり
	利用条件(例)ICU、NICU利用時		
	該当する方を☑	<input type="checkbox"/> 有料	<input type="checkbox"/> 無料

問6 専門的な治療を終えた小児がん患者の地域との医療連携状況について

専門的な治療を終えた後の、地域医療機関との連携について

	①貴院での診療 【診療可能な場合は○】	②地域医療機関との連携 紹介体制がある場合は○			
		貴院から他院への紹介		他院から貴院への紹介	
		診療情報提供書等 文書での紹介	電話等 口頭での紹介	診療情報提供書等 文書での紹介	電話等 口頭での紹介
予 防 接 種					
風 邪 等 の 内 科 的 症 状					
け が 等 の 外 科 的 治 療					
そ の 他 歯 科 治 療 等					
小児期から成人期への 移行期医療					
成人期における 晩期合併症治療					

○地域医療と連携した小児がん診療を行うために必要と思われるものを選んでください。(複数回答可、本設問は集計結果のみ公表予定です)

- 医療機関(病院)の診療機能に関する情報の公開
- 医療機関(診療所)の診療機能に関する情報の公開
- 医療機関の機能・役割の明確化
- 患者の診療状況について情報共有する体制の整備、充実
- 運営会議の開催
- 患者、家族への相談支援体制の確保、充実
- 小児がんの専門医や小児医療に携わる医師の確保
- 小児がん専門の相談員の確保
- 専門的な治療を終えた患者の予防接種や風邪・けがといった時の地域医療機関との連携強化
- 移行期医療における、成人診療科を持つ地域医療機関との連携強化
- 晩期合併症治療における、成人診療科を持つ地域医療機関との連携強化
- 小児がん患者の緩和ケアに対応できる地域医療機関との連携強化
- その他

問7 専門的な治療中の患者の地域との医療連携状況について

専門的な治療中の、緩和ケア提供含む在宅医療に対応している地域医療機関との連携について

項目	連携実績がある、もしくは連携できる可能性があると把握している医療機関の有無を選択して☑		
自院が所在する市町村	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他()
隣接する市町村	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他()
上記以外の県内市町村	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他()

問8 医療者による入院後等の復学支援について

該当する箇所に☑

- () 小児がん患者の入院治療を実施している ▶以下の設問に御回答ください。
 () 入院が必要な小児がん患者は、専門医へ紹介している。 ▶問9にお進みください

項目	選択	
復学に対して医療者が相談を受ける体制	1 <input type="checkbox"/> 診療の中で実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	4 <input type="checkbox"/> その他()
入院後等に復学支援をする対象	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	
復学支援が必要な患者に対してどのように対応していますか	1 <input type="checkbox"/> 医師から保護者・本人に注意点を説明	
	2 <input type="checkbox"/> 入院中の原籍校との連携や必要時に関係者の話し合い	
	3 <input type="checkbox"/> 必要時に医師による指示書や学校生活管理指表作成	
	4 <input type="checkbox"/> 保護者と学校が留意点を共有できる連絡シート様式	
	5 <input type="checkbox"/> その他()	
治療中の高校生を対象に学習支援を実施していますか	1 <input type="checkbox"/> 該当者はいない	
	2 <input type="checkbox"/> 院内学級	
	3 <input type="checkbox"/> 在籍校の指示に従って対応	
	4 <input type="checkbox"/> 学習塾ボランティア、医学生ボランティア等の活用	
	5 <input type="checkbox"/> その他()	

問9 治療終了後のフォローアップの状況について

該当する箇所に☑

- () 小児がん患者の長期フォローアップ診療をしている ▶以下の設問に御回答ください。
 () 長期フォローアップが必要な小児がん患者は、専門医へ紹介している。 ▶問10にお進みください

項目	選択	
長期フォローアップに対する説明	1 <input type="checkbox"/> 診療の中で実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	4 <input type="checkbox"/> その他()
長期フォローアップに対する説明を実施する対象	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	
どのような治療を受けたか記録する治療サマリーを患者もしくは家族と共有	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	
晩期合併症の早期発見と適切な対処に対する説明	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	
造血細胞移植後等の長期フォローアップ専門外来(LTFU外来)の設置	1 <input type="checkbox"/> 設置あり	3 <input type="checkbox"/> 設置なし
	2 <input type="checkbox"/> 該当者がいない	4 <input type="checkbox"/> その他()
長期フォローアップに関する支援チーム	1 <input type="checkbox"/> あり	3 <input type="checkbox"/> なし
	2 <input type="checkbox"/> 構成検討中	4 <input type="checkbox"/> その他()
移植のフォローアップ手帳、長期フォローアップ手帳等の活用	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	

問10 小児がん患者の成人診療科への移行支援の状況について

該当する箇所に☑

- () 小児がん患者の移行支援をしている ▶以下の設問に御回答ください。
 () 移行支援が必要な小児がん患者は、専門医へ紹介している。 ▶問11にお進みください

項目	選択	
成人年齢に達した小児がん患者への移行支援	1 <input type="checkbox"/> 診療の中で実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	4 <input type="checkbox"/> その他()
移行支援を実施する対象	1 <input type="checkbox"/> 全ての患者	4 <input type="checkbox"/> 実施していない
	2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者	5 <input type="checkbox"/> その他()
	3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	
移行期医療に関する支援チーム	1 <input type="checkbox"/> あり	3 <input type="checkbox"/> なし
	2 <input type="checkbox"/> 構成検討中	4 <input type="checkbox"/> その他()
移行支援が必要な患者に対してどのように対応していますか(複数選択)	1 <input type="checkbox"/> 患者が理解できる年齢になった時点で主治医から病気について説明する	
	2 <input type="checkbox"/> 初発からのサマリーを作成し、転科・転院を支援	
	3 <input type="checkbox"/> 晩期合併症のリスクや検診についてまとめ、転科・転院を支援	
	4 <input type="checkbox"/> 小児科と移行側診療科で主治医交代に際してカンファレンスを実施	
	5 <input type="checkbox"/> 本人の疾患理解の促進、体調管理の自立促進など早めから準備を進める	
	6 <input type="checkbox"/> その他()	
一定年齢に達した小児がん患者への診療体制、診療状況	1 <input type="checkbox"/> 治療終了後のフォローアップは小児科で行い、合併症の治療は該当成人診療科で実施	
	2 <input type="checkbox"/> 自施設内の成人診療科へ移行している、目指している	
	3 <input type="checkbox"/> 他施設の成人診療科へ移行している、目指している	
	4 <input type="checkbox"/> その他()	

問11 妊孕性温存療法について

該当する箇所に☑

- () 妊孕性が低下する可能性がある、がん治療を実施している。 **➤以下の設問に御回答ください。**
 () 妊孕性が低下する可能性がある、がん治療を実施せず、専門医へ紹介している。 **➤問12にお進みください。**

項目	選択
妊孕性が低下する可能性がある一定の治療を予定している患者に対し、治療による生殖機能への影響について患者・ご家族に説明を実施するか ※小児がんの診療科で実施せず、生殖医療の診療科へ紹介する場合も“実施”とする	1 <input type="checkbox"/> 全員に実施 2 <input type="checkbox"/> 一定の年齢以上の患者に対してのみ実施 3 <input type="checkbox"/> 時間的余裕がある患者に対してのみ実施 4 <input type="checkbox"/> 患者、家族が希望した場合のみ実施 5 <input type="checkbox"/> その他()
妊孕性温存療法について、いつの時点で情報提供するか	1 <input type="checkbox"/> がんの疑いがあると分かった時 2 <input type="checkbox"/> がんの確定診断時 3 <input type="checkbox"/> 治療方針の検討時 4 <input type="checkbox"/> 治療方針決定後 5 <input type="checkbox"/> 患者・家族から相談があった時 6 <input type="checkbox"/> その他()
医師説明後の主たる相談対応者	1 <input type="checkbox"/> 各がん診療科の医師 2 <input type="checkbox"/> 産婦人科等の特定の医師 3 <input type="checkbox"/> がん診療科の看護師・認定看護師等 4 <input type="checkbox"/> 産婦人科等の看護師・認定看護師等 5 <input type="checkbox"/> がん相談支援センターの相談員等 6 <input type="checkbox"/> その他()
妊孕性療法実施医療機関への連絡方法	1 <input type="checkbox"/> 患者が妊孕性温存医療機関に連絡する 2 <input type="checkbox"/> 主たる相談対応者が妊孕性温存医療機関に連絡する 3 <input type="checkbox"/> 医療機関の担当部署が妊孕性温存医療機関に連絡する 4 <input type="checkbox"/> その他()

問12 貴院はAYA世代(15歳以上の思春期・若年成人世代)に対する(診断、治療等)を行っていますか。

該当する箇所に☑

- () AYA世代のがん診療(診断、治療)を行っている。 **➤以下の設問に御回答ください。**
 () AYA世代のがん診断は行い、治療については、専門医へ紹介している。 **➤以下の設問に御回答ください。**
 () AYA世代のがん診療(診断、治療)は行っていない。 **➤終了です**

AYA世代(15歳以上の思春期・若年成人世代)のがん患者の相談支援体制について 該当する者に☑をお願いします 複数可

項目	選択
相談や社会的支援を要するAYA世代のがん患者支援についてどのように対応していますか	1 <input type="checkbox"/> 主治医が診療の中で相談の有無を確認している 2 <input type="checkbox"/> 診療とは別枠で看護師等が面接を行う 3 <input type="checkbox"/> AYA世代のがん患者のための支援チームが対応 4 <input type="checkbox"/> AYA世代のがん患者に特化したものはないが、小児がん患者と同様の体制で対応 5 <input type="checkbox"/> その他()

○地域医療と連携したAYA世代がん患者の診療を行うにあたり、必要と思われるものを選んでください。(複数回答可、本設問は集計結果のみ公表予定です)

- () 医療機関(病院)の診療機能に関する情報の公開
 () 医療機関(診療所)の診療機能に関する情報の公開
 () 妊孕性温存を実施する医療機関に関する情報の公開
 () 医療機関の機能・役割の明確化
 () 患者の診療状況について情報共有する体制の整備、充実
 () 患者、家族への相談支援体制の確保、充実
 () AYA世代の患者を支える医療人材の育成
 () 成人のがん診療病院や小児がん診療病院との連携強化
 () AYA世代のがん患者に役立つ情報がまとまっている冊子やウェブサイトの作成
 () その他

問〇 小児がん診療の実態について

〇年〇月〇日～〇年〇月〇日の小児がん診療について（入院・通院患者全て）

* 下表に状況を記入してください。

⑧以外は、患者数で御回答ください。また、再発例は別カウントとし、改めて患者数を計上してください。

		白血病	脳腫瘍	神経芽細胞腫	悪性リンパ腫	網膜芽細胞腫	ウイルス腫瘍	骨肉腫	横紋筋肉腫	リンパ管組織腫瘍	その他	計
① 患者数												
② ①のうち初診数												
③ ②のうち県内他医療機関からの紹介数												
④ ②のうち県外他医療機関からの紹介数												
⑤ ②のうち非紹介数												
⑥ ②のうち、診断後、他の専門医療機関へ紹介 県内での紹介：上段												
⑦ ②のうち、自医療機関にて治療を実施												
⑧ ⑦の治療の内容 (複数回答可能)	ア 手術											
	イ 放射線治療											
	ウ 化学療法											
	エ 緩和ケア											
	オ その他											

非公開希望の医療機関も複数あること
 回答するにあたり医療機関の事務負担が大きいこと
 新型コロナウイルスの影響で診療機能に影響が出たことを鑑み、今回は診察患者数については調査対象としない

〇問7の①の「その他」に該当する病名を御記入ください。

(例) 肺芽腫、卵巣腫瘍

〇問7の③の医療機関名を御記入ください。

(例) ○○病院、△△クリニック

〇問7の④の医療機関名を御記入ください。

(例) ○○病院、△△クリニック

〇問7の⑥の他の専門医療機関名を御記入ください。

(例) ○○病院

【送付先】

千葉県健康福祉部健康づくり支援課

がん対策班 子ども・AYA世代部会担当者 山崎 行

TEL : 043-223-2402 FAX : 043-225-0322

E-mail : cantaisaku@mz.pref.chiba.lg.jp



【提出締切】

令和4年2月18日（金）

令和4年度小児がん診療に関する医療機関実態調査に関する
御意見について

所属名	
委員名	

小児がん診療に関する医療機関実態調査の内容について、御意見がある場合はご記入ください。

問番号	御意見