

がん対策審議会 子ども・AYA世代部会	資料 2
令和 8 年 3 月 1 6 日 (月)	

令和 8 年度小児・AYA 世代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・AYA 世代の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、調査を継続して実施する。

2 調査対象

千葉県内の下記施設に該当する 4 4 施設 (別紙参照)

- ・ 日本小児科学会 小児科専門医 研修施設/基幹施設 (新制度 1 5 施設)
- ・ 日本小児血液・がん学会研修施設 (重複しているため 0 施設)
- ・ 千葉小児整形外科グループ施設 (4 施設)
- ・ T C C S G 参加施設 (重複しているため 2 施設)
- ・ 医療情報ネット「ナビイ」/千葉県/キーワード検索/小児悪性腫瘍/該当病院、診療所 (重複しているため 1 5 施設)
- ・ 令和 6 年度調査の対象で、小児科を標榜している施設 (8 施設)

3 実施主体

千葉県

4 調査期間

令和 8 年 1 1 月～ 1 2 月

5 調査方法

- ・ 調査事項は別添調査票のとおり
- ・ 病院には、別添調査票をメール送付し、メールにて回収する
- ・ 診療所には、別添調査票の内、地域医療機関との連携関連の質問を郵送し、FAX 又はメールにて回収する

6 調査結果

- ・ 県ホームページにより一部公表する
- ・ 患者・家族向け情報誌「安心して闘病生活を送るために」の情報を更新する
- ・ 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

令和8年度 調査対象医療機関一覧

[日本小児科学会 小児専門医 研修施設/基幹施設 (新制度)] 15 (○対象15)

- 1 東京女子医科大学附属八千代医療センター
- 2 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
- 3 千葉県こども病院
- 4 東邦大学医療センター佐倉病院
- 5 船橋市立医療センター
- 6 国保直営総合病院 君津中央病院
- 7 総合病院 国保旭中央病院
- 8 成田赤十字病院
- 9 松戸市立総合医療センター
- 10 千葉市立海浜病院
- 11 独立行政法人国立病院機構 下志津病院
- 12 千葉大学医学部附属病院
- 13 順天堂大学医学部附属浦安病院
- 14 東京慈恵会医科大学附属柏病院
- 15 国際医療福祉大学成田病院

※ 名称：小児科専門医（英訳：Board Certified Pediatrician）

概要：本会は1985年（昭和60年）より本会認定医制度を施行し、これを元に2002年より小児科専門医制度を新たに施行した。小児科専門医は小児保健を包括する小児医療に関してすぐれた医師を育成することにより、小児医療の水準向上進歩発展を図り、小児の健康の増進および福祉の充実に寄与することを目的とし、所定の卒後研修を修了した会員に対し、試験を実施し資格を認めている。資格は5年ごとに審査のうえ更新される。

[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4) 残り2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] 5 (○対象2)

- 1 千葉大学医学部附属病院
- 2 成田赤十字病院
- 3 日本医科大学千葉北総病院
- 4 千葉県こども病院
- 5 いなげ未来クリニック

[医療情報ネット「ナビイ」/千葉県/キーワード検索/小児悪性腫瘍/該当病院、診療所]

24 (○対象15) 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 医療法人鉄蕉会亀田クリニック
- 6 社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター
- 7 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
- 8 成田赤十字病院
- 9 順天堂大学医学部附属浦安病院
- 10 千葉県こども病院
- 11 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所まつど
- 12 しま小児科
- 13 国保直営総合病院 君津中央病院
- 14 医療法人社団酒井医院
- 15 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
- 16 平沢小児科
- 17 ひらた内科・小児科クリニック
- 18 医療法人麒麟会 若葉クリニック
- 19 おおたかの森こどもクリニック
- 20 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所まくはり
- 21 いなげ未来クリニック
- 22 国立がん研究センター東病院
- 23 医療法人社団憲生会 藤田小児科医院
- 24 西船医院

[令和6年度調査の対象で、小児科を標榜している施設] (○対象8)

- 1 千葉市立青葉病院
- 2 東京ベイ・浦安市川医療センター
- 3 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
- 4 千葉西総合病院
- 5 医療法人財団 東京勤労者医療会 東葛病院
- 6 帝京大学ちば総合医療センター
- 7 独立行政法人 労働者健康安全機構 千葉労災病院
- 8 岩沢医院

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8年度小児・AYA世代がん診療に関する医療機関実態調査

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年度、平成29年度、令和元年度、令和4年度、**令和6年度**に実施しています。

このたび下記のとおり第**6**回目の調査を行いますので、調査の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。

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、**千葉県ホームページ等で情報公開する予定です（公開に関する同意については問1にてご回答ください）。**

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.htm>
- 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/zyouhouiteikyousi.htm>

※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をするための基礎資料とさせていただきます。



令和6年度実施からの変更点は赤字・下線を記載しています。

【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）
- ・医療情報ネット「ナビイ/千葉県/キーワード検索/小児悪性腫瘍/該当医療機関
- ・令和4年度調査の対象で、小児科を標榜している施設

【調査期間】

- ・令和8年〇月
- ・令和8年〇月〇日(〇)までにE-mailにて御回答ください。

◆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"/> 施設名を含めた集計結果の公開について同意する		
	<input type="checkbox"/> 施設名を除いた集計結果のみの公開について同意する		
	<input type="checkbox"/> 全ての公開について同意しない←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のでご了承ください		

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2年間に実績あり◎、診療可能であるが過去2年間に実績なし○

(令和5年～令和6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	ランゲルハンス組織球症	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										
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) 平日〇時～〇時まで 休日〇時～〇時まで	※感染症流行時以外	
面会可能者	選択して☑		<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☑		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望で24時間可能 <input type="checkbox"/> 24時間必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> その他()
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) 〇歳～〇歳まで		
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	ベツサイドでの授業	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	ベツサイドでの授業	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) 配属状況 ホスピタルプレイススペシャリスト (HPS) 子ども療養支援士	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:]	
		<input type="checkbox"/> 子ども療養支援士 [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(電話による問い合わせは、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 の 歯科 治療					
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して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 2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない 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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()
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 2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない 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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()
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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()
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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()
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 2 <input type="checkbox"/> 該当者がいない	3 <input type="checkbox"/> 設置なし 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 2 <input type="checkbox"/> 構成検討中	3 <input type="checkbox"/> なし 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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()

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 2 <input type="checkbox"/> 診療と別に実施	3 <input type="checkbox"/> 実施していない 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 2 <input type="checkbox"/> 一部の条件に該当する患者 3 <input type="checkbox"/> 個別の医師の判断に基づく	4 <input type="checkbox"/> 実施していない 5 <input type="checkbox"/> その他()
移行期医療に関する支援チーム	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 構成検討中	3 <input type="checkbox"/> なし 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

該当する箇所には☑

- () 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歳から39歳の思春期・若年成人世代)に対する(診断、治療等)を行っていますか。
 該当する箇所には☑

- () 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

貴院での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 該当する箇所には☑をお願いします 複数

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
 () 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

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8年度小児・AYA世代がん診療に関する医療機関実態調査

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年度、平成29年度、令和元年度、令和4年度、**令和6年度**に実施しています。

このたび下記のとおり第**6**回目の調査を行いますので、調査の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。

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、**千葉県ホームページ**等で情報公開する予定です（公開に関する同意については問1にてご回答ください）。

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.htm>



- 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/zyouhouiteikyousi.htm>



※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を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)
- ・医療情報ネット「ナビイ」/千葉県/キーワード検索/小児悪性腫瘍/該当医療機関
- ・令和4年度調査の対象で、小児科を標榜している施設

令和6年度実施からの変更点は赤字・下線を記載しています。

【調査期間】

- ・令和8年〇月
- ・令和8年〇月〇日(〇)までにE-mailにて御回答ください。

◆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"/> 施設名を含めた集計結果の公開について同意する		
	<input type="checkbox"/> 施設名を除いた集計結果のみの公開について同意する		
	<input type="checkbox"/> 全ての公開について同意しない←不同意の場合は個別に千葉県健康づくり支援課ががん対策班から連絡をさせていただきますのでご了承ください		

問2 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 状 態					
け が 等 の 外 科 的 治 療					
そ の 他 等 の 歯 科 治 療					
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3 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〈 〉