

令和 年 月 日

小児慢性特定疾病受給者証をお持ちの皆様及び保護者の皆様

〇〇都道府県 〇〇部〇〇課

移行期医療支援に関する困りごとを把握する調査票へのご協力をお願い

慢性疾患を抱える子どもは、幼少期にり患することも多く、小児科から成人診療科の医療機関に移行することが難しいといった課題があります。これは、小児科は総合診療医として、様々な病状に対応してくださる一方、成人診療科は臓器別などに診療科が分かれることで、複数医療機関に通うことが困難になる、幼少期から長期にわたり同じ小児科医が診続けてくれることにより、その医師を信じすぎてしまう、子どもの自立が進まないなど理由があります。

このため、慢性疾患を抱える子どもや保護者は、一定の年齢になったら成人診療科に受診する必要があることを理解したり、自立を目指し、患者の年齢や状態に応じた医療を受けることを目指す必要があります。小児科では、成人期における原疾患の進行や合併症、また新たに発症する疾患への対応に限界があり、移行が適切に行われない場合は、生命に影響を及ぼすこともあります。

厚生労働省は、平成29年10月より、各都道府県に、移行期医療に関する関係機関の調整や患者の自律・自立支援など、移行期医療を総合的に支援する機能として、移行期医療支援センターを各都道府県で1つ以上確保することを求めています。

本調査は、【自治体名】においても、移行期医療支援を検討するため、小児慢性特定疾病受給者証をお持ちの方及び保護者を対象に、移行期医療において、どのような点で困りごとや不安を感じているかを把握するため、【自治体名】が実施するものです。

ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、今後、本県における移行期医療支援の在り方や、必要な支援を検討するための基礎資料として活用させていただきます。なお、個人が特定される形で公表されることはありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 調査目的

移行期医療に関して困っていること（困りごと・不安・支援ニーズ等）を把握し、必要な支援を検討するための基礎資料とする

2. 調査対象

小児慢性特定疾病受給者証をお持ちの方及び保護者

3. 調査内容

設問は選択式及び一部記述式で構成しており、回答時間の目安は約5分です。

- ・移行期医療の認知度
- ・現在の移行状況
- ・移行する上で困っていること・相談状況
- ・今後求める支援

4. 回答方法

同封の調査票に御記入の上、返信用封筒にて投函してください（切手不要）。

※Webフォームでの回答を併用する場合は、URL／二次元コードを調査票に記載してください。

5. 回答期限

令和 年 月 日（ ）まで

6. 個人情報の取扱い

御回答は個人が特定されないよう集計・分析し、統計的に処理した形で活用します。個人が特定される形で公表することはありません。

7. 調査結果の活用

調査結果は、本県における移行期医療支援（相談体制の整備、関係機関との連携、情報提供の充実等）の検討に活用します。

8. 問い合わせ先

〇〇都道府県 〇〇部〇〇課

TEL：00-0000-0000（平日9:00～17:00）

E-mail：xxxxx@xx

以上