

大阪府小児・AYA世代がん患者支援事業計画書

(医療機関名)

1. 事業の概要

項 目	内 容
事業名	復園・復学支援事業
事業予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
事業の目的・効果	<p>当院においては、これまでも多くの小児がん患者が治療を終えた後、以前通っていた地元の学校へ復学していった。</p> <p>こうした復学時においては、従前から地元校の教員と当院の医師、看護師等が、病気に関する認識や学校における注意点について意見交換を行うなど、復学にかかるサポートを実施してきたが、担任教員においては、がんを経験した児童を担当したことがなく、不安や病気に対して誤った知識や先入観を持っていることも多い。</p> <p>今回、こうした復学していく児童を支援するため、がんに関する正しい知識や、クラスメートへの説明方法、日常生活を送る上での注意点等をまとめたパンフレットを作成し、活用することで、患者、家族及び教員等の負担を軽減し、ひいては、その後の病状の経過にも良い影響を与えることが期待できる。</p>
事業の内容	<p>退院時における患者、家族及び教員等の負担軽減を図るため、復学支援に関するパンフレットの作成を行う。具体的には、作成にあたり、医師、看護師、臨床心理士、院内学級と原籍校の教員、患者や家族等のメンバーで、〇回会議を開催。パンフレットに記載する内容について、意見交換を行いブラッシュアップしていく。 こうして出来たパンフレットを、当院から復学していく患者に配布し、退院後の学校生活等をサポートすることで、退院後の患者のQOL向上、患者家族、学校の負担軽減が期待できる。</p>
事業により整備（購入）する物品（※）、実施する会議、作成するパンフレット等 ※物品の詳細は裏面に記入	<p>患者支援会議の開催（〇回） 対象者向けパンフレット（A4、〇ページ 〇冊）</p>
その他参考となる事項	

2. 担当者連絡先

所属部署	
担当者氏名	
電話・FAX番号・メール	

○紙面が不足する場合は、枠を拡大または別葉とすること。

事業により整備（購入）する物品（書籍等、多数購入の場合は、まとめて記載していただいて結構です。）

	品目	メーカー・規格等	数量	金額	使用場所	備考
1	リーフレット制作費		〇冊	*,***円	院内	
2	患者支援者会議 参加者謝礼金		〇回	*,***円	院内	*,***円/1日 〇名
3						
4						
5						
6						
7						
8						
合 計						

○紙面が不足する場合は、枠を拡大または別葉とすること。