

小児がん連携病院指定について

国立成育医療研究センター 松本公一

関東甲信越地域小児がん医療提供体制協議会 2023.07.19

ブロック別小児がん連携病院数

	類型 1	類型 2	類型 3	連携総計
北海道ブロック	4	1	10	15
東北ブロック	6	0	2	8
関東甲信越ブロック	33	5	2	40
東海・北陸ブロック	16	3	9	17
近畿ブロック	17	3	12	32
中国・四国ブロック	15	1	0	16
九州・沖縄ブロック	14	0	5	14
総計	105	13	40	142

小児がん拠点病院等の整備について

令和4年8月1日 厚生労働省健康局長 通知

1-A	1-B
標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、 拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関	
小児がんについて年間新規症例数が20例以上	-
地域ブロック協議会への積極的な参加を通じて各地域の 小児がん医療及び支援が適切に提供されるよう努める	-
成人診療科との連携を進めるため、がん診療連携拠点病院 の都道府県協議会などに積極的に参画	-

連携病院を1-A, 1-Bに層別化することの意義

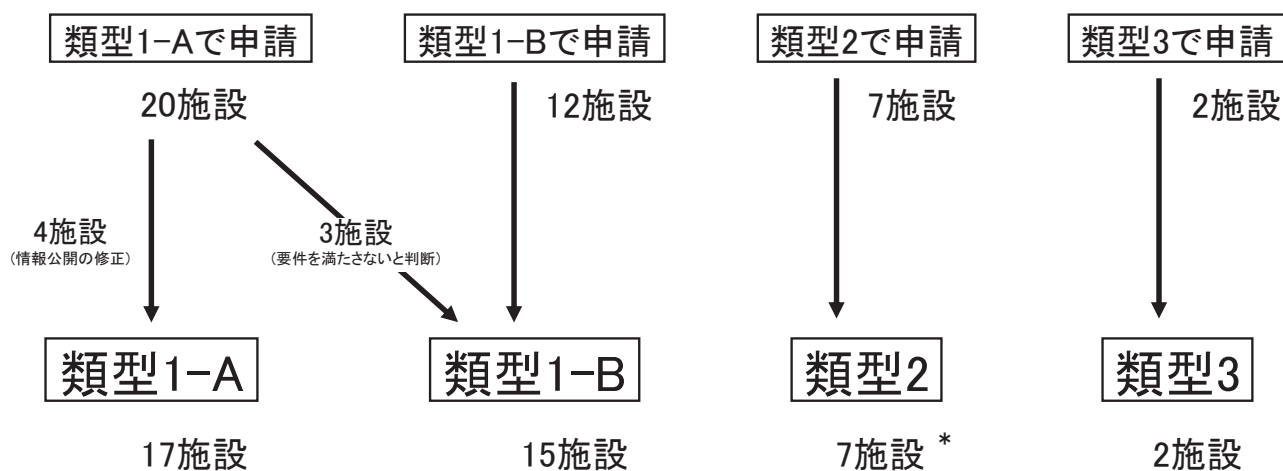
- ・ 小児がん拠点病院で診療される小児がん患者は、日本全体の40%にとどまっており、小児がん拠点病院のみに小児がん患者を集約化することは困難である。
- ・ 連携病院の中で、患者数の比較的多い施設(診療・療養環境が充実した施設)での診療・療養環境をより充実させることにより、日本における**小児がん診療全体の質向上と底上げを目指す**。
- ・ 将来的には、拠点病院+連携病院1-A で、なんらかのインセンティブが得られないか検討する。

新規症例数のカウントについて

ブロック名	期間	使用データ	詳細
北海道	直近3年間	学会登録 (腫瘍性疾患でない血液疾患は除く)	直近3年間の初発診断症例平均数と地域における病院機能
東北	直近3年間	情報公開	初発診断症例 直近3年間 (2019~2021) の平均数
関東甲信越	直近3年間	情報公開	初発診断症例 直近3年間 (2019~2021) の平均数
東海北陸	直近3年間	情報公開 現況報告	直近3年間 (2019~2021)の初発症例数および平均症例数
近畿	直近3年間	情報公開	直近3年間(2019年~2021年)のうち、症例数の多い2年間の平均数
中国四国	直近3年間	情報公開(予定)	3年間のうちで1年でも20例以上
九州沖縄	直近1年間 (前年度提出データ)	現況報告	<p>○院内がん登録の当該年の登録対象となる小児がんのうち、院内がん登録症例区分20、21、30、31及び、症例区分40のうち治療対象となったものを想定している(「小児がん拠点病院等の整備に関する指針に関するQ&Aについて」より)</p> <p>○小児がん:診断時年齢が18歳以下 ※国立成育医療センターホームページ内で公開されている「小児がん診療施設 情報公開」と同じ定義</p>

小児がん拠点病院連絡協議会・調べ

選考経過について



* 特定ながん種診療:4施設
粒子線治療施設:3施設

2023 関東甲信越医療提供体制協議会 小児がん連携病院一覧

医療機関名	
1-A	茨城県立こども病院
	筑波大学附属病院
	自治医科大学附属病院
	群馬大学医学部附属病院
	埼玉医科大学国際医療センター
	千葉大学医学部附属病院
	千葉県こども病院
	日本大学医学部附属板橋病院
	東京大学医学部附属病院
	慶應義塾大学病院
	東邦大学医療センター大森病院
	順天堂大学医学部附属順天堂医院
	横浜市立大学附属病院
	東海大学医学部付属病院
	新潟大学医学部総合病院
	信州大学医学部附属病院
	長野県立こども病院

17施設

医療機関名	
1-B	獨協医科大学病院
	群馬県立小児医療センター
	さいたま市立病院
	成田赤十字病院
	日本医科大学千葉北総病院
	帝京大学医学部附属病院
	東京医科歯科大学病院
	東京慈恵会医科大学附属病院
	日本医科大学付属病院
	聖路加国際病院
	杏林大学医学部付属病院
	国立国際医療研究センター病院
	聖マリアンナ医科大学病院
	新潟県立がんセンター新潟病院
	山梨大学医学部附属病院

15施設

医療機関名	
2	防衛医科大学校病院
	千葉県がんセンター
	伊藤病院
	北里大学病院
	QST病院
	湘南鎌倉総合病院
	相澤病院
3	東京都立多摩総合医療センター
	済生会横浜市南部病院

7施設

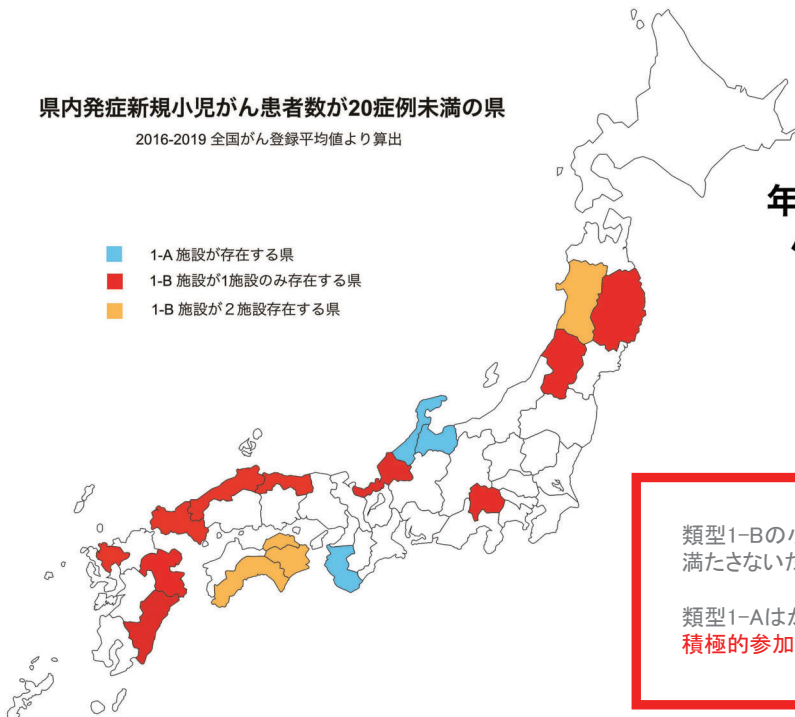
2施設

小児がん連携病院 今後の課題

県内発症新規小児がん患者数が20症例未満の県

2016-2019 全国がん登録平均値より算出

- 1-A 施設が存在する県
- 1-B 施設が1施設のみ存在する県
- 1-B 施設が2施設存在する県



課題

年間20例以上の新患患者を診療する
小児がん連携病院が存在しない県



その県には類型1-Bしかない

類型1-Bの小児病院は、がんゲノム医療連携病院の要件を満たさないため、**パネル検査の検体提出**することができない

類型1-Aはがん診療連携拠点病院の**都道府県協議会への積極的参加**が求められているが、類型1-Bには要求されていない

もし 地域の実情を考慮し、特例として【類型1-A】を設ける場合、どのような条件が必要か

診療機能(カンサーボード、長期フォローアップ体制、AYA世代患者に対する体制、緊急時の受け入れ体制、生殖機能温存の支援体制、がん薬物療法の審査・提供体制、緩和ケアの提供体制、他医療機関との連携体制など)

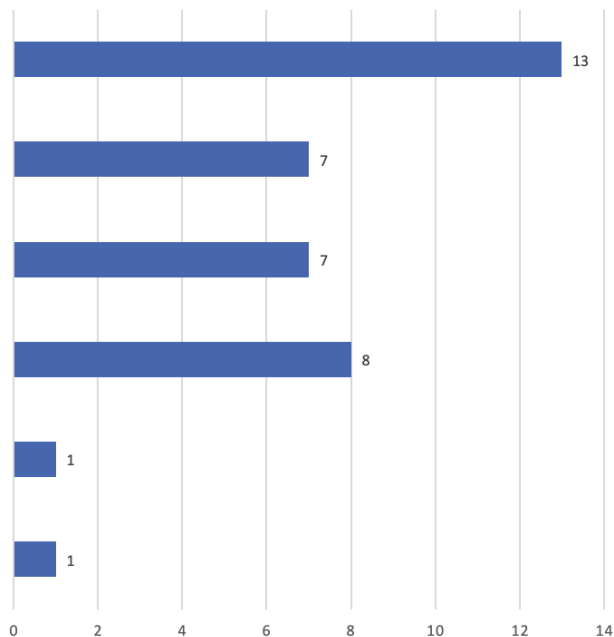
診療従事者(放射線、外科、病理など)

医療施設(放射線治療設備、集中治療室など)

診療実績

外部機関による第三者認定

その他



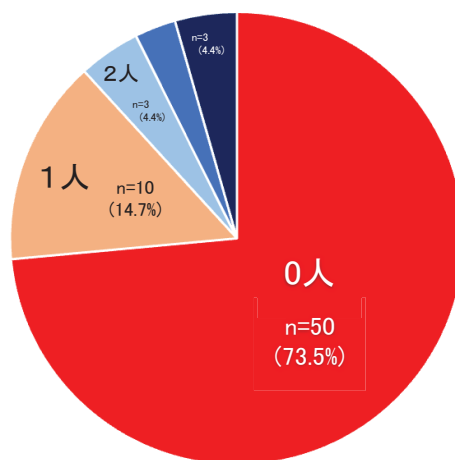
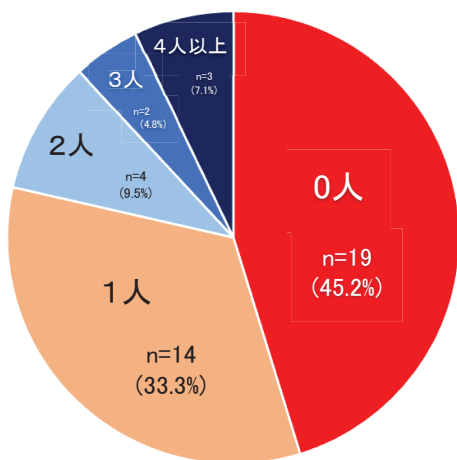
今後は診療機能などを加味した要件を考慮すべき

小児がん拠点病院連絡協議会・調べ

療養支援担当者数(2020)

1-A n=39

1-B n=65



皆様からの忌憚のないご意見をお待ちいたしております



療養支援担当者数を1-A、1-Bで比較した。明らかに、1-B施設で配置されていない施設が多いことが明らかになった。しかし、1-B施設であっても、多数の療養支援担当者を配置している施設が認められていることは特記すべきである。

2023.7.19

第11回

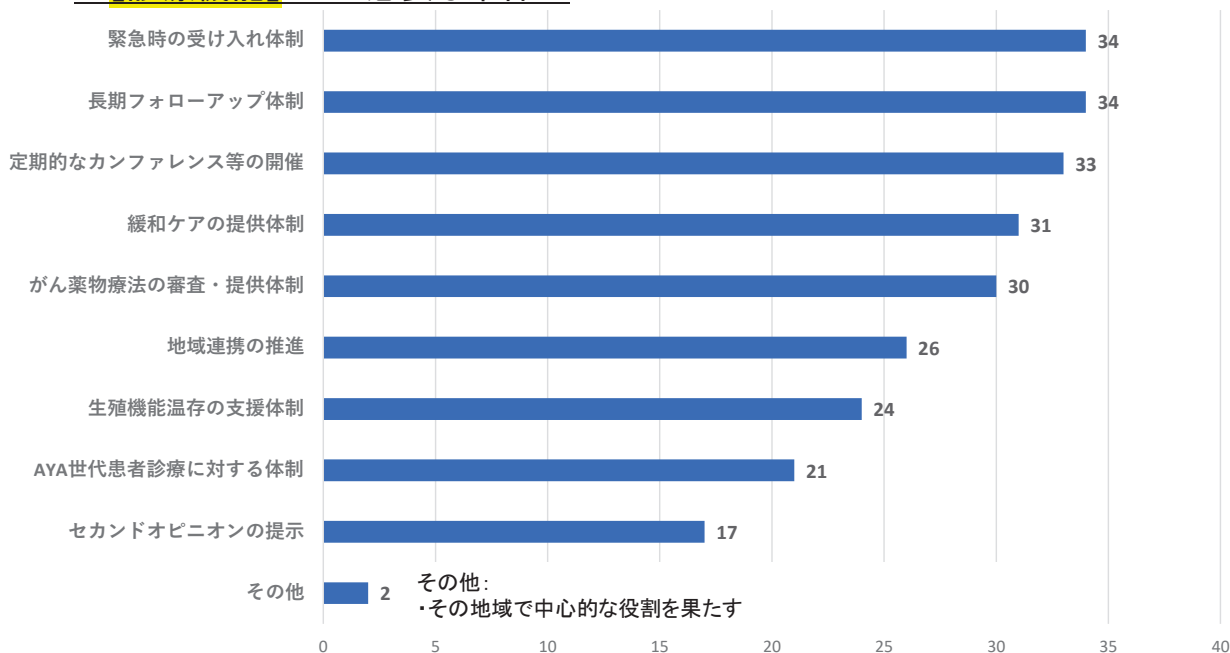
関東甲信越地域小児がん医療提供体制協議会

<事前アンケート結果 2>

新たな小児がん拠点病院ならびに 連携病院の体制について

(回答施設:43)

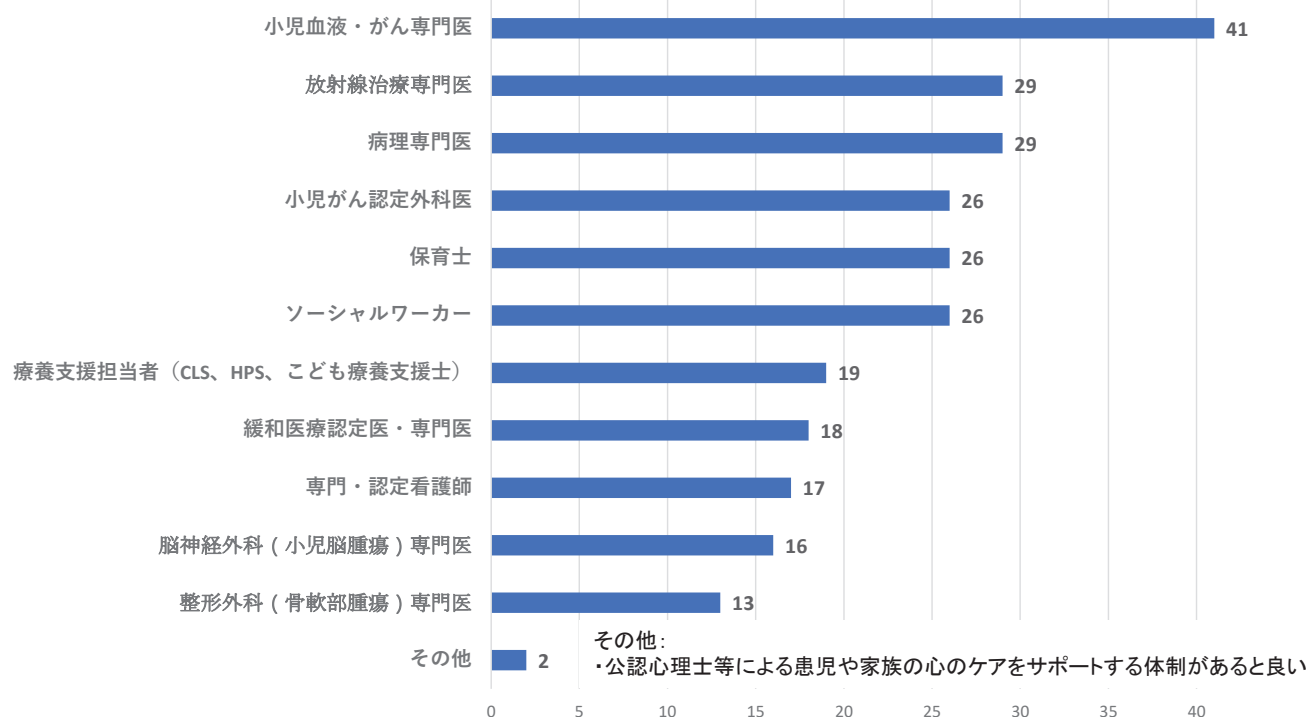
1)もし 地域の実情を考慮し、
特例として【類型1-A】を設ける場合、どのような条件が必要であると考えますか。
◆<【診療機能】として必要な条件>



具体的に設けるべき内容

- ・ 妊孕性温存
- ・ 学習環境の整備
- ・ その拠点病院が担うべき範囲の病院との密な連携システムの構築・何があっても受け入れを決して断らない

◆ <【診療従事者】必要な配置>

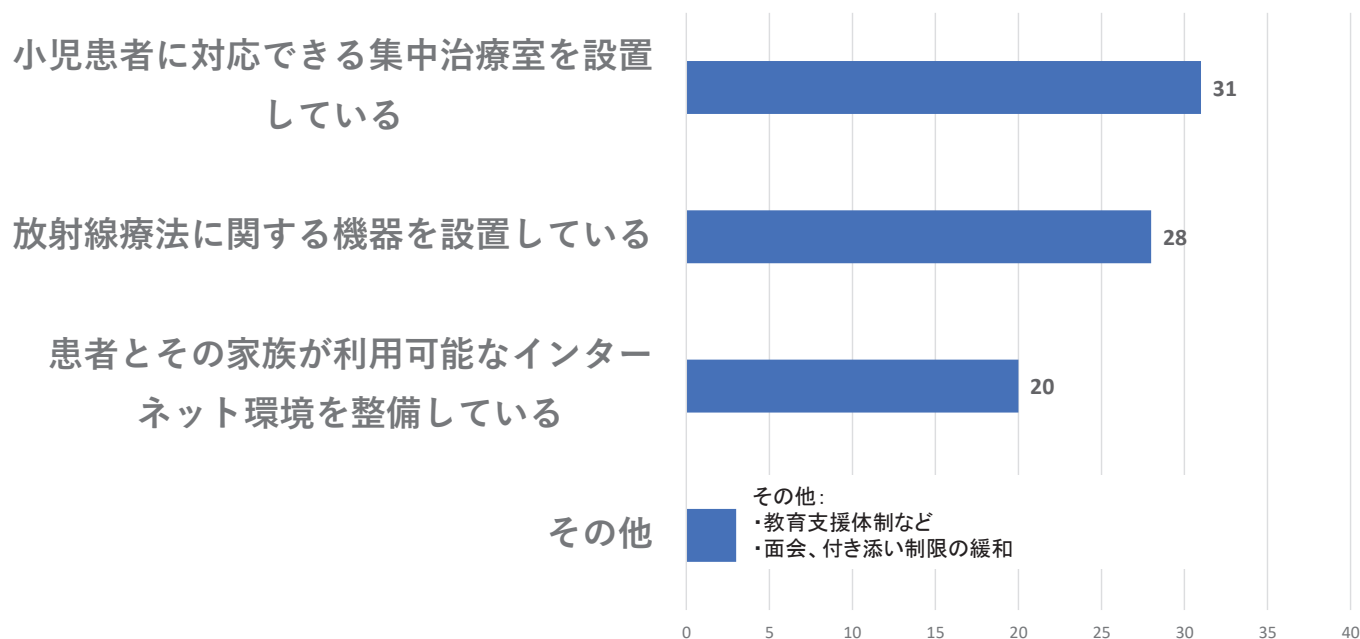


具体的に設けるべき内容

- ・ 小児血液・がん専門医1名以上必要
- ・ 「専門医」という紙の資格証ではなく、実地臨床でのスキルを評価すべき
- ・ 病理専門医はもはや国家的にどこかの施設に集中して配置して、診断を受け入れ、高度な診断技術を伝承するシステムを作るべき
- ・ 療養支援担当者は必須、小児血液・がん専門医1名以上

複数回答可

◆ <【医療施設】として必要な条件>

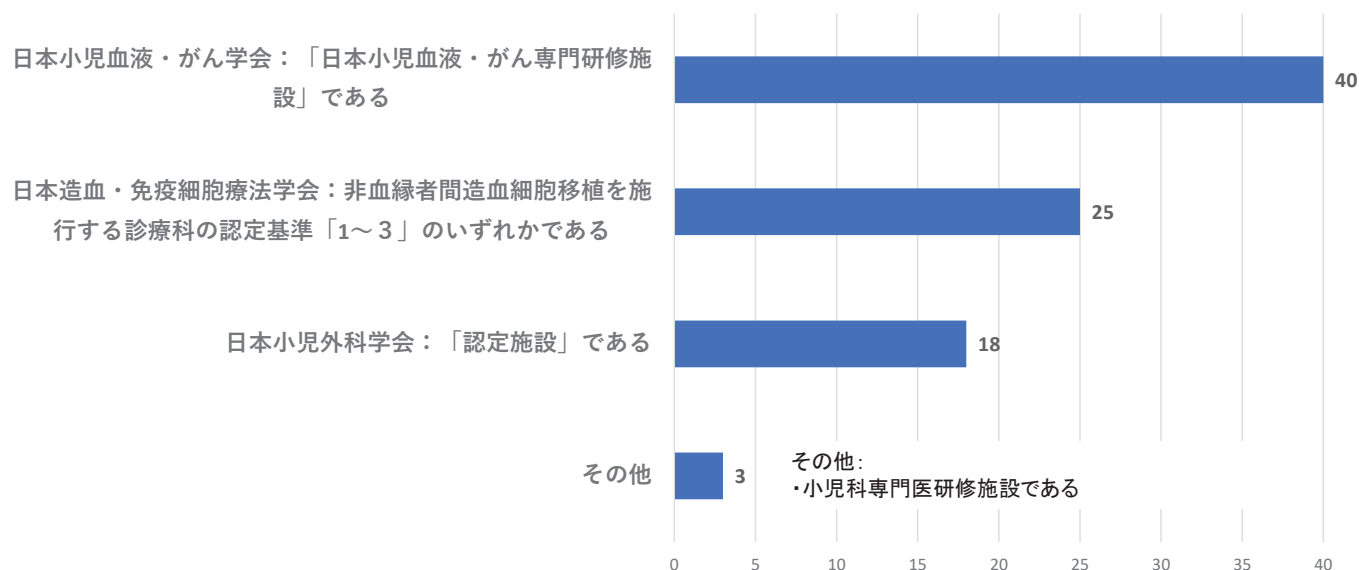


具体的に設けるべき内容

- ・ インターネット環境はあったほうが良いと思いますが必須とはいえない
- ・ インターネットは家族との連絡に必要

複数回答可

◆ <【外部機関による第三者認定】として必要な条件>



具体的に設けるべき内容

- ・ 日本血液学会の指導医が在籍する研修認定施設であること
- ・ 小児固形腫瘍の中で脳腫瘍が一番多いのであって、この外科治療をしっかりと行えない拠点病院はあり得ない

複数回答可

◆ <その他具体的に設けるべき条件>

- ・ 一定の診療実績
- ・ 各都道府県で1か所であれば、造血器、固形、脳腫瘍のすべてに対応できる施設 例えば、「それぞれ、年間3例以上治療を行っている」など
- ・ 一定以上JCCG臨床試験へ参加している
- ・ 移植施設
- ・ 各地域(もしくは半径何キロ圏内の小児人口を分母とした)毎の血液悪性疾患患者の紹介率
- ・ 高校生の学習環境の整備
- ・ 院内学級の整備
- ・ 小児がんに特化したがん相談員の配置
- ・ CLSが保険で加算されるように学会から働きかけてほしい
- ・ 外部から提供内容がわかるHPの作成、情報発信
- ・ 地域の実情を理解して過度に厳しくしないように考慮する
- ・ 臨床試験数が多く、IRB申請、データ入力が増えることが診療上の大きな負担となっているため、多施設で協力してデータマネージャーを育てていく必要がある
- ・ 拠点病院の評価を常時行うべきで、改編をすべき
- ・ 類型自体の必要性が感じられない
- ・ なんのための「類型1-A」かが理解できていないので回答できません
- ・ 地域の実情を考慮すべき 特に地域医療とのつながりがあることは大切
- ・ 診療実績を重視して1-Aを設定したとすると「特例」の理由を明確に示すことが求められる

・ <その他ご意見>

- ・ 患者数で決めたのは拙速で、よくない考え。
- ・ AYA世代に関しては、厚生省のAYA世代の年齢範囲が40歳未満と広いため、小児科が主体で行う生物学的癌腫と異なる年齢層が主体になっている。小児科医が小児がんサバイバー以外の新規のAYA世代患者を担える範囲は実際はかなり狭いのではないか。妊孕性や就学・就労などの社会的なサポート等は共通で良いと思うが、成人科で対応すべきAYA世代患者と区別したうえで、小児がん医療体制が何をすべきなのかをはっきりさせるべきではないか。
- ・ I-Aの基準に関して、療養支援担当者が挙げられているが、これらに従事している資格者の数が圧倒的に少ない上に、大部分が大都市の病院で勤務されていると思われる。これを基準にされてしまうと、事実上、地方の病院はI-A基準に達することはできない。療養支援担当者は小児がん患者により良いQOLをもたらすとは思いますが、診療上、必須とはいえないと思う。差別化するために必須でないものを条件とするのは好ましくないと思う。
- ・ 類型I-Aをあえて増やす方向にしなくても良いように思う
- ・ 東京のように病院が多い地域と、県内1箇所しか小児がん診療する病院がない場合を同じ基準で判断するのは柔軟性に欠けると思う。人口と医療施設の数で基準を変更することを提案する。都内であれば、成育のような機関は高リスク症例を主に診療し、初発ALLのSR・IRは患者さんの家から近いところで診療するのが良いと思う。1軍2軍病院と作ることに何ら意味があるとは思えない。住みわけを推進するための格付けであるならわかるが、年間20例という基準で切るのには反対。年間20例以下でも十分患者さんに寄り添っている病院であれば、その患者さんにとっては1軍病院なのではないか。

(回答施設:43)

2) 類型1-Aの連携病院に対してどのようなインセンティブが最付与されるべきと考えるか。

