

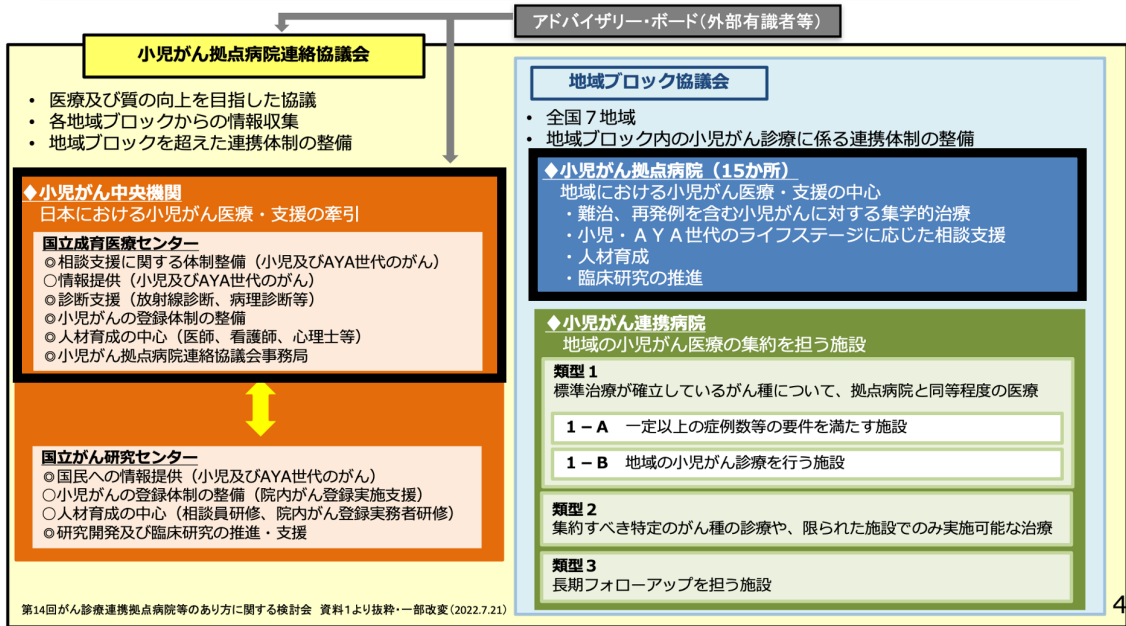
小児がん中央機関からの報告②

国立成育医療研究センター 小児がんセンター 松本公一

2024.7.9 第20回小児がん拠点病院連絡協議会

小児がん拠点病院等の全体像(令和4年8月 整備指針)

- ▶ 「小児がん中央機関」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- ▶ 「小児がん拠点病院」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- ▶ 「小児がん連携病院」は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。
(「類型1-A」「類型1-B」「類型2」「類型3」の4類型ある。)



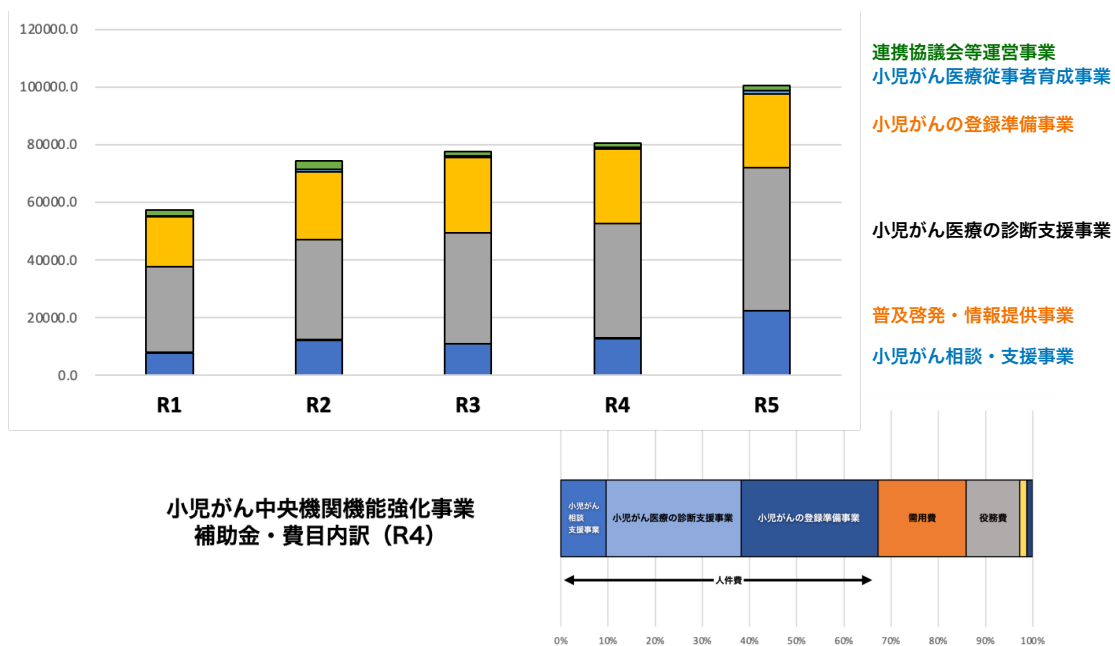
https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001027692.pdf

小児がん中央機関の役割

小児がん拠点病院等の整備について 令和4年8月1日 健発0801第17号

- (1)小児がん及びAYA世代で発症するがんに関する相談支援の向上に関する体制整備を行うこと。また、小児がん患者・経験者の発達段階に応じた長期的な支援のあり方について検討すること。
- (2)小児がん及びAYA世代で発症するがんに関する情報を収集し、広く国民に提供すること。
- (3)全国の小児がんに関する研究開発及び臨床研究の推進・支援を行うこと。
- (4)小児がんの治験促進に向け、治験に関する情報提供を行い、国内の連携体制を整備すること。
- (5)拠点病院、小児がん連携病院等に対する、中央病理診断等の診断、治療などの診療支援体制について協議すること。
- (6)小児がん診療、相談支援や治験等に携わる者の育成に関する国内の体制整備を行うこと。
- (7)小児がんの登録の体制の整備を行うこと。
- (8)小児がん患者がその成長等に伴い全国どこに移住したとしても、切れ目ない長期フォローアップを受けることができる体制の整備を行うこと。
- (9)(1)から(8)の業務にあたっては、患者、家族及び外部有識者等による検討を踏まえて行うこと。

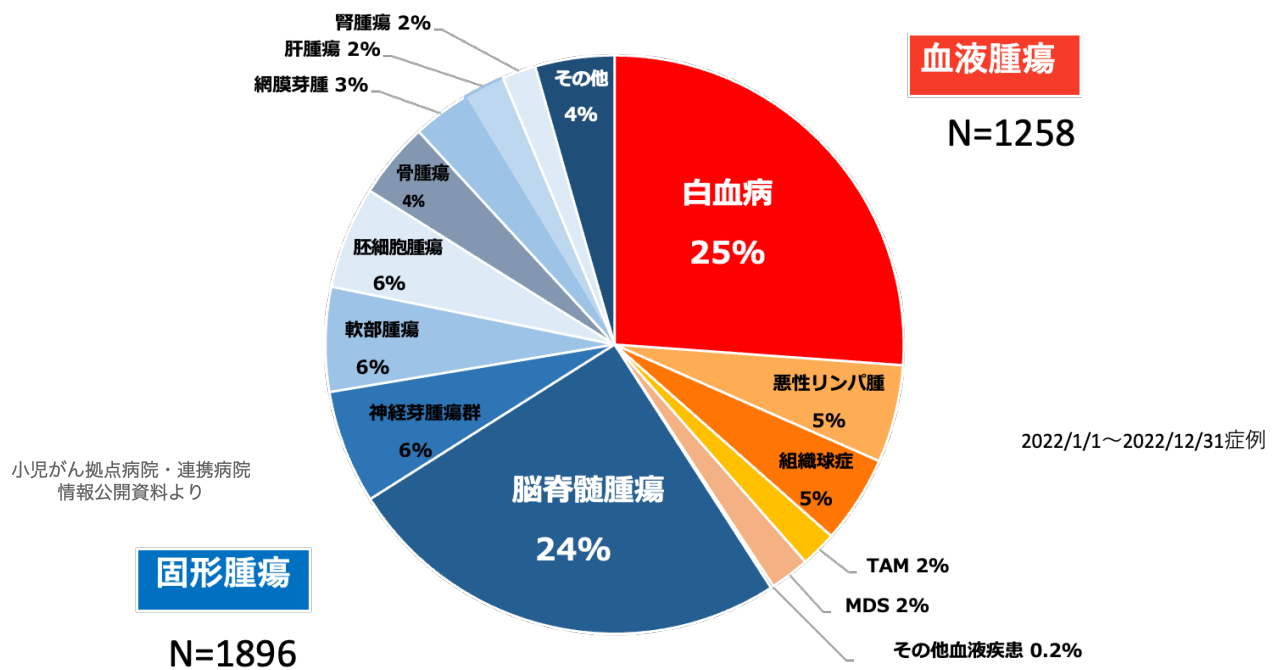
小児がん中央機関機能強化事業補助金の推移



小児がん集約化の現状と小児がん連携病院

5

2022年初発症例



6

ブロック別小児がん拠点病院・連携病院数

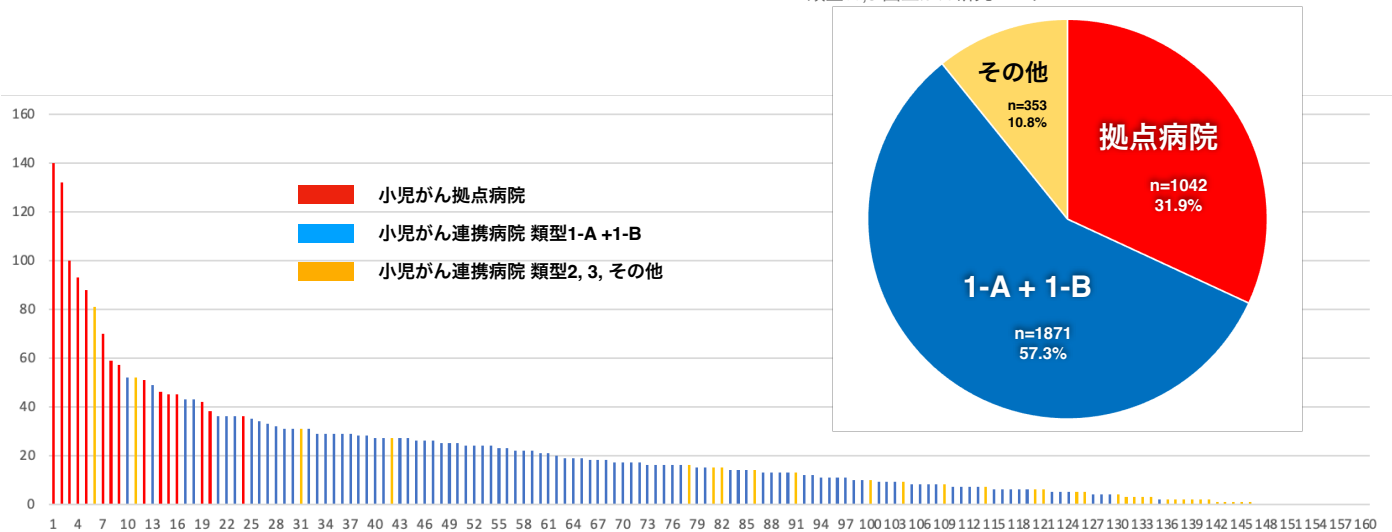
	拠点・中央	連携					他	合計
			類型 1-A	類型 1-B	類型 2	類型 3		
北海道	1	15	3	1	1	10	0	16
東北	1	8	1	5	0	2	0	9
関東・甲信越	5	42	17	15	8	2	0	47
東海・北陸	3	17	8	7	1	1	0	20
近畿	4	32	9	7	3	13	1	37
中国・四国	1	15	4	10	1	0	0	16
九州・沖縄	1	14	11	3	0	0	0	15
合計	16	143	53	48	14	28	1	160

2023.9.1 現在

7

小児がん新入院患者数 (情報公開2021より)

類型 2,3 国立がん研究センター



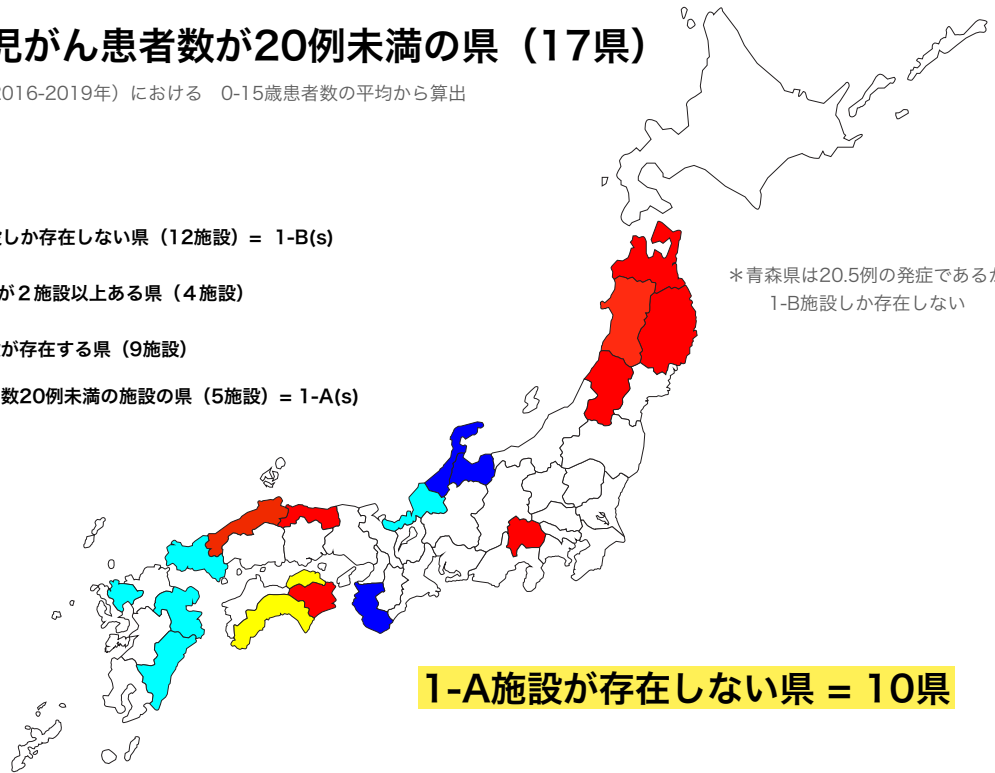
8

県内発症新規小児がん患者数が20例未満の県（17県）

全国がん登録（2016-2019年）における 0-15歳患者数の平均から算出

- ■ : 1-B施設しか存在しない県（12施設） = 1-B(s)
- : 1-B施設が2施設以上ある県（4施設）
- ■ : 1-A施設が存在する県（9施設）
- : 新規症例数20例未満の施設の県（5施設） = 1-A(s)

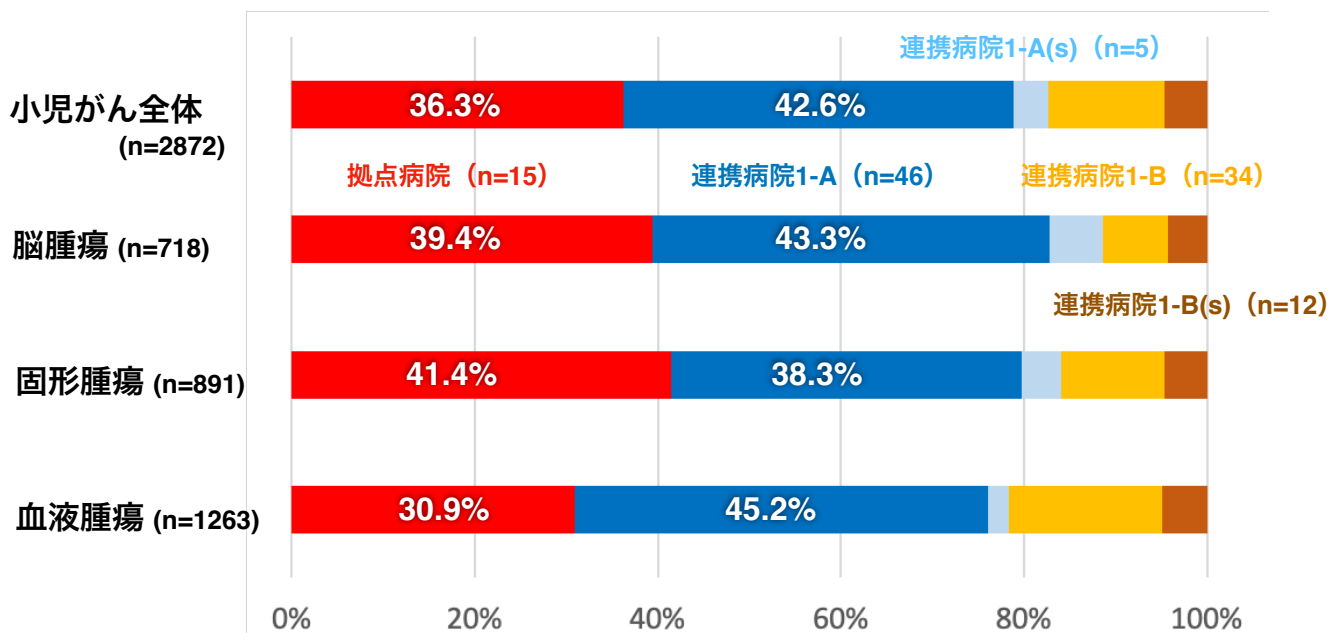
*青森県は20.5例の発症であるが
1-B施設しか存在しない



9

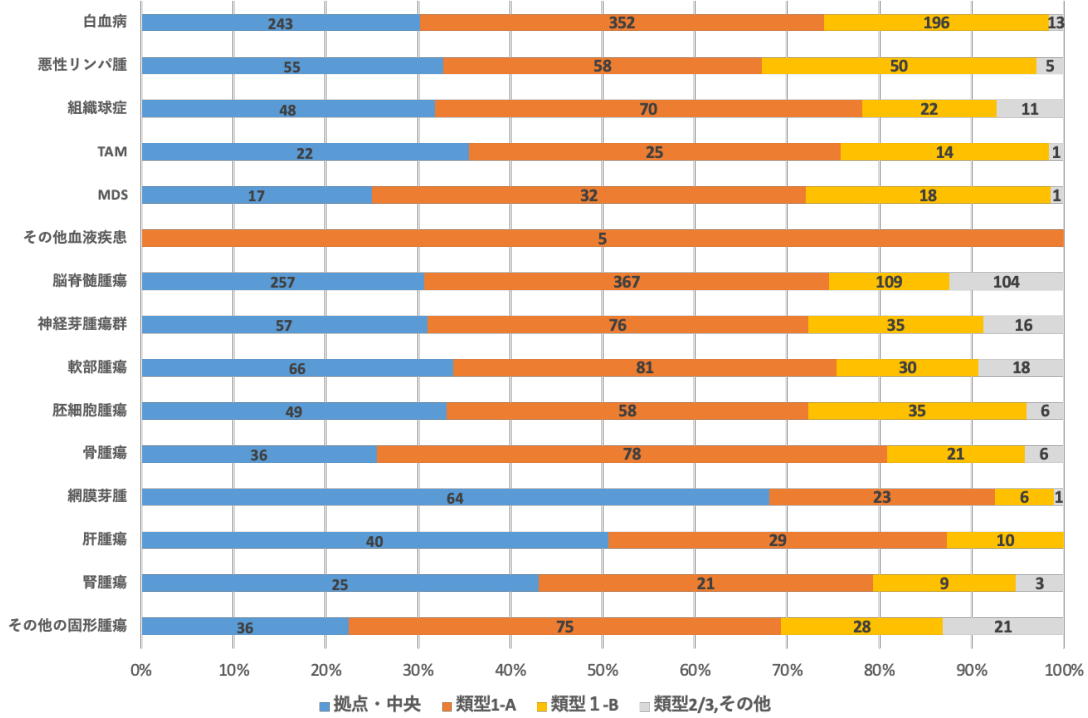
小児がん新入院患者数 集約化の現状

2021年情報公開資料より作成（拠点病院・類型1のみ）

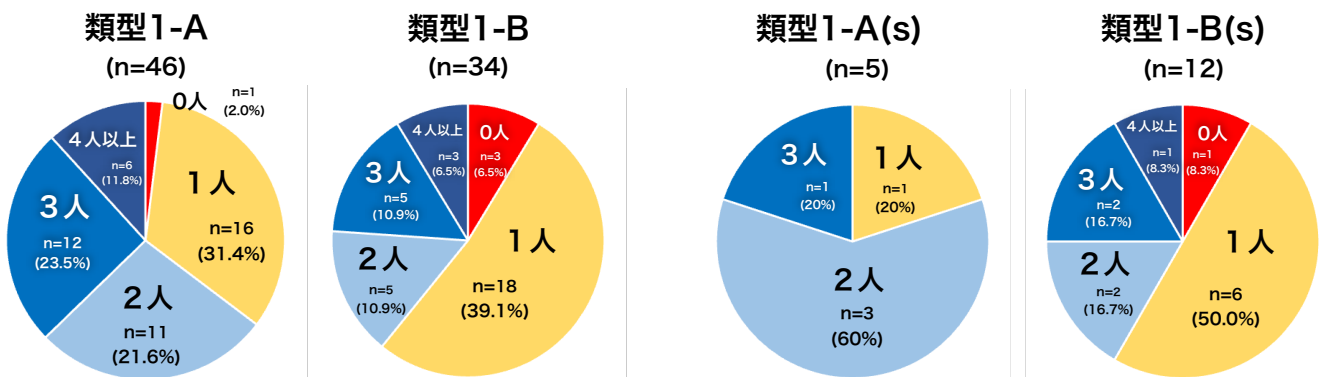


10

2022年初発 施設区分別症例集計



小児がん専門医数(2021)



類型1-Bであっても、小児がん専門医数の多い施設がある。
小児がん診療数のみでは、適正に層別化できているとは言えない。

類型1-B(S)は、小児がん専門医数に関して全体とほぼ同一の分布となっている。
同様に、類型1-B(S)でも小児がん専門医数の多い施設がある。

小児がん専門医 1 人あたりの新入院患者数 (2021)

	n	MEAN		SE
拠点	15	14.7	±	2.1
1-A	46	15.7	±	1.3
1-As	5	15.2	±	2.5
1-B	28	8.3	±	1.1
1-Bs	11	7.5	±	1.2

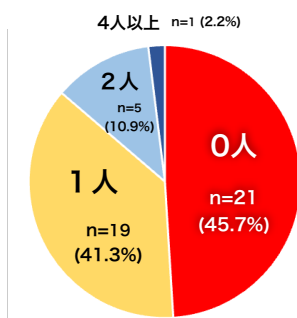
1-A と 1-B で有意差を認めた

	n	MEAN		SE
拠点	15	14.7	±	2.1
北海道	3	14.3	±	8.4
東北	5	6.9	±	1.4
関東甲信越	29	10.9	±	1.5
東海北陸	11	15.0	±	2.4
近畿	15	15.6	±	2.1
中四国	13	10.2	±	2.0
九州沖縄	12	13.0	±	2.1

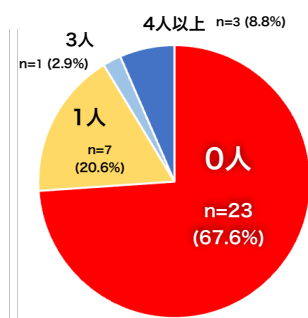
13

療養支援担当者数(2021)

類型1-A
(n=46)



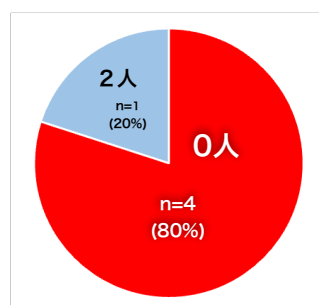
類型1-B
(n=34)



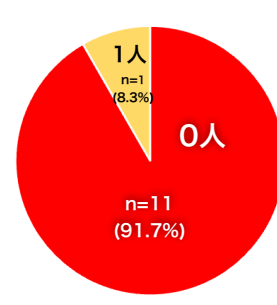
療養支援担当者:

チャイルドライフスペシャリスト (CLS)、
子ども療養支援士、ホスピタルプレイスペシャリスト (HPS, HPS-J)

類型1-A(s)
(n=5)



類型1-B(s)
(n=12)



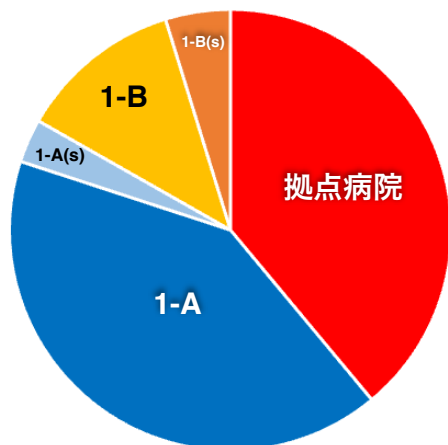
類型1-Aの半数の施設で、療養支援担当者は存在しない。
類型1-Bの3/4の施設で、療養支援担当者は存在しない。
類型1-A(s)、類型1-B(s)では、さらに少なくなる。

14

小児がん死亡数割合は、病院群間で大きくは変わらない

死亡数割合=その年の死亡患者数 / その年の新規患者数 として計算し、各病院群全体の死亡数割合をみた

小児がん新患数の分布(2021)



小児がん死亡数割合の経年変化

	2019	2020	2021	平均
拠点	8.9	11.2	11.3	10.5
1-A	7.8	6.6	6.7	7.0
1-A(S)	10.0	9.4	3.5	7.6
1-B	10.0	5.4	6.2	7.2
1-B(S)	7.9	10.9	9.4	9.4

新患数の少ない施設群では、少数の変動でも大きく影響しているか

小児がん連携病院・構造指標の課題

- 類型1の施設について、新規症例数20例を基準に、1-A施設、1-B施設として層別化した。
- ブロックによって選定基準が異なる結果となったが、1-B施設でも小児がん専門医、小児がん認定外科医が十分確保されている施設が認められた。
- しかしながら、1-B施設では、療養支援担当者が配備されていない施設が多く、課題があると考えられた。
- 重症度を測る指標として新規入院患者数あたりの死亡患者数割合を検討したが、連携病院1-A, 1-B共に、大きな変わりはなく、どこの病院でも一定数の重症患者を診療していると考えられた。
- 類型1の層別化には、新規症例数のみならず、地域性を考慮した基準や、構造指標などを加味した指定要件を考案する必要があると考えられた。