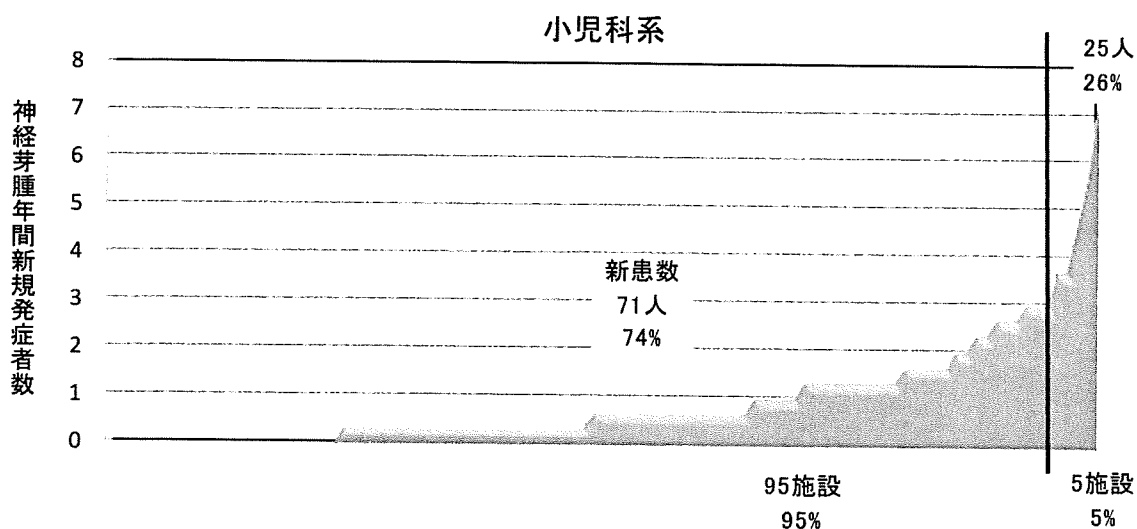
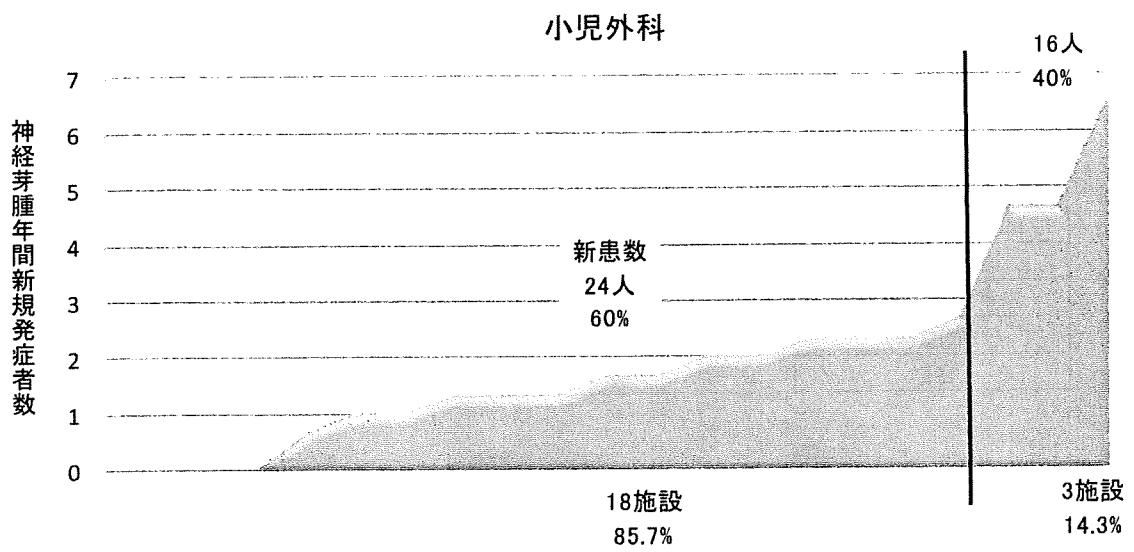


うち神経芽腫

年間新規患者数	小児内科系	小児外科	その他	合計	割合
0	24	4	0	28	22.8%
≤1	46	3	0	49	39.8%
≤2	17	7	0	24	19.5%
≤3	8	4	0	12	9.8%
≤4	2	0	1	3	2.4%
≤5	1	2	0	3	2.4%
>5	2	1	1	4	3.3%
合計	100	21	2	123	100.0%





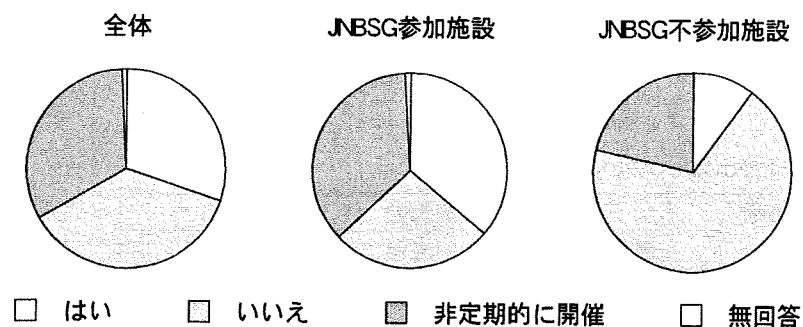
I-2-3. 医師のポストについて

年間新規患者数	医師数		
	最小値	中央値	最大値
≤5	1	6	25
≤10	2	5	21
11<	2	5.5	17

II. 貴院・貴科の小児がん診療体制について

II-1-1. 貴科では小児外科(あるいは小児科)と定期的院内小児がん検討会 (tumor board)を行っていますか。

院内小児がん検討会	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. はい	33	3	1	37	30.1%
2. いいえ	25	19	1	45	36.6%
3. 非定期的に開催 (無回答)	33	6	1	40	32.5%
合計	92	28	3	123	100.0%



II-1-2. 貴科では化学療法を行っていますか(複数回答可)

化学療法	小児内科系	小児外科	その他	合計	割合
1. 通常量の化学療法	93	11	2	106	86.2%
2. 自己末梢血幹細胞輸注併用大量 化学療法	74	3	2	79	64.2%
3. 固形腫瘍に対する同種造血幹細胞 移植	42	1	2	45	36.6%
4. 特定の疾患にのみ化学療法を行 っている	5	1	0	6	4.9%
5. 行っていない	4	10	0	14	11.4%
合計	218	26	6	250	

II-1-3. 小児固形腫瘍に対する自己末梢血幹細胞輸注併用大量化学療法、同種造血幹細胞移植
 施行例

自己末梢血幹細胞輸注併用大量化学療法

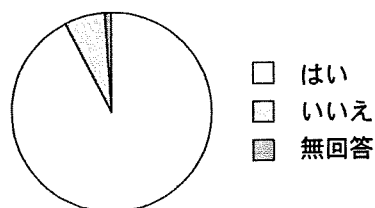
自己末梢血幹細胞輸注併用大量化学療法	小児内科系	小児外科	その他	合計
0	32	11	0	43
≦1	24	1	0	25
≦2	11	0	1	12
≦3	14	1	0	15
≦4	6	0	0	6
≦5	3	1	0	4
>5	4	0	1	5
無回答	6	7	0	13
合計	100	21	2	123

同種造血幹細胞移植

同種造血幹細胞移植	小児内科系	小児外科	その他	合計
0	60	12	0	72
≦1	14	0	1	15
≦2	1	1	0	2
≦3	5	0	0	5
≦4	3	0	0	3
≦5	2	0	0	2
>5	6	1	1	8
無回答	9	7	0	16
合計	100	21	2	123

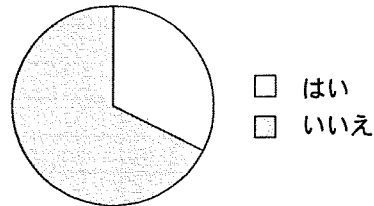
II-1-4. 貴科では外来化学療法が可能ですか

外来化学療法	小児内科系	小児外科	その他	合計
1. はい	95	13	2	110
2. いいえ	4	8	0	12
無回答	1	0	0	1
合計	100	21	2	123



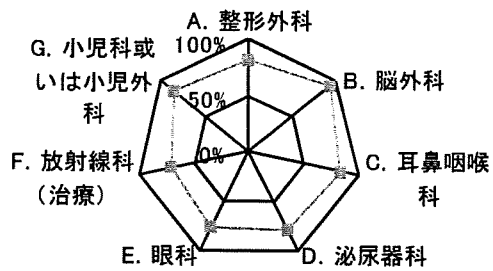
II-1-5. 主に小児外科の先生方にお聞きします

術中照射	小児科+小児腫瘍科	小児外科	その他	合計
1. はい	33	7	1	41
2. いいえ	67	14	1	82
合計	100	21	2	123



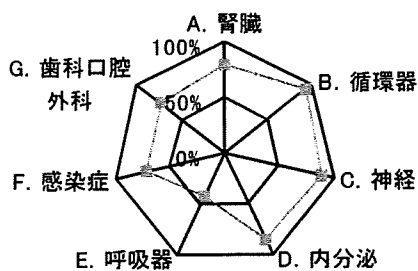
II-2-1. 院内各科と共同で小児がん患者の診療に当たることが可能ですか

小児がん患者を診療可能な院内科	可能な施設数	割合
A. 整形外科	102	82.9%
B. 脳外科	114	92.7%
C. 耳鼻咽喉科	104	84.6%
D. 泌尿器科	96	78.0%
E. 眼科	93	75.6%
F. 放射線科(治療)	87	70.7%
G. 小児科或いは小児外科	106	86.2%



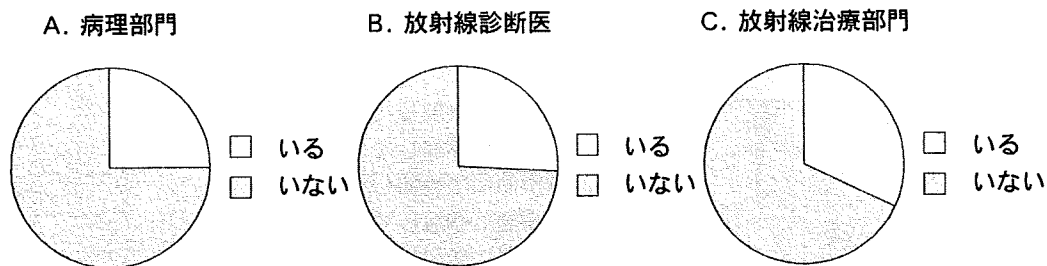
II-2-2. 小児の臓器別専門医の診察を受けることは可能ですか

臓器専門医の診察	可能な施設数	割合
A. 腎臓	98	79.7%
B. 循環器	115	93.5%
C. 神経	111	90.2%
D. 内分泌	105	85.4%
E. 呼吸器	51	41.5%
F. 感染症	87	70.7%
G. 歯科口腔外科	90	73.2%



II-3-1. 院内の臨床部門に小児担当者がいますか

臨床部門の小児担当医の有無	A. 病理部門	B. 放射線診断医	C. 放射線治療部門
1. いる	31	38	39
2. いない	92	85	84



II-4-1. 病理診断の院外コンサルテーションはどの様にされていますか(複数回答可)

病理診断の院外コンサルテーション	回答数	割合
1. 行っていない、行えない	3	2.4%
2. 病理が独自で	43	35.0%
3. 中央診断を依頼	106	86.2%
4. 専門施設に依頼	59	48.0%
5. 国立がんセンターを利用	4	3.3%
6. その他	10	8.1%

II-4-2. 細胞学的・遺伝子診断はどのようにされていますか(複数回答可)

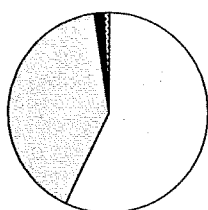
細胞学的・遺伝子診断	回答数	割合
1. 行っていない、行えない	1	0.8%
2. 病理・研究部門が独自で	47	38.2%
3. 中央診断を依頼	106	86.2%
4. 専門施設に依頼	49	39.8%
5. 外注	76	61.8%
6. その他	7	5.7%

II-4-3. 放射線治療の院外コンサルテーションはどのようにされていますか

放射線治療の院外コンサルテーション	回答数	割合
1. 行っていない、行えない	49	39.8%
2. 放射線治療部門が独自に	54	43.9%
3. 国立成育医療センターに依頼	20	16.3%
4. その他	19	15.4%

II-5-1. 臨床試験への対応 1

臨床試験への対応 1	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. すべてに参加している	58	12	0	70	56.9%
2. 特定して参加している	33	14	3	50	40.7%
3. 積極的には参加していない	0	0	0	0	0.0%
4. 基本的に参加しない	0	0	0	0	0.0%
5. 体制的に参加しにくい	1	1	0	2	1.6%
6. その他	0	1	0	1	0.8%
合計	92	28	3	123	100.0%



- すべてに参加している
- 特定して参加している
- 積極的には参加していない
- 基本的に参加していない
- 体制的に参加しにくい
- その他

II-5-2. 臨床試験への対応 2

II-5-1.で5と回答された施設へ

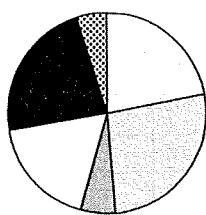
臨床試験への対応 2	回答数
1. 日常診療が多忙で余裕がない	0
2. 倫理審査、IRBnお手続きが煩雑である	2
3. CRC 等の支援体制がない	1
4. 臨床試験のインフォメーションが入りにくい	0
5. その他	0

II-5-3. 臨床試験への対応 3 具体的お聞きます

JNBSGが行っている臨床試験に参加されていますか（現在(注:2008年8月時点)「神経芽腫遅延局所療法早期第II相臨床試験」と「高リスク神経芽腫に対する標準的治療の後期第II相臨床試験」が行われています）

臨床試験への対応 3

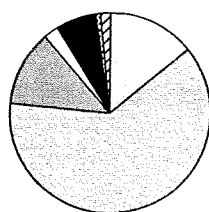
JNBSG の臨床試験	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. 承認を受けて症例登録	27	0	0	27	22.0%
2. 承認を受けているが症例は登録していない	33	0	0	33	26.8%
3. 申請中で承認を受けていない	7	0	0	7	5.7%
4. 申請していない	12	9	1	22	17.9%
5. 参加予定がない	7	19	2	28	22.8%
無回答	6	0	0	6	4.9%
合計	92	28	3	123	100.0%



- 承認を受けて症例登録
- 承認を受けているが症例は登録していない
- 申請中で承認を受けていない
- 申請していない
- 参加予定がない
- 無回答

II-5-4. 治験への対応（ここでの治験とは製薬会社が新薬の開発を目的に行うものを示します）

治験への対応	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. 積極的に参加	14	2	1	17	13.8%
2. 検討の上参加	59	16	2	77	62.6%
3. 積極的には参加しない	10	5	0	15	12.2%
4. 基本的には参加しない	2	1	0	3	2.4%
5. 参加しにくい	5	3	0	8	6.5%
6. その他	1	0	0	1	0.8%
無回答	1	1	0	2	1.6%
合計	92	28	3	123	100.0%



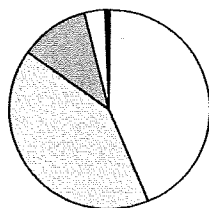
- 積極的に参加
- 検討の上参加
- 積極的には参加しない
- 基本的には参加しない
- 参加しにくい
- その他
- 無回答

II-5-5. 臨床試験・治験への院内支援体制(複数回答可)

臨床試験・治験への院内支援体制	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. 治験を支援する部門がある	78	19	2	99	80.5%
2. 臨床試験を支援する部門がある	28	13	1	42	34.1%
3. そのような部門はない	9	4	0	13	10.6%
4. 部門はあるが協力は得られない	0	0	0	0	0.0%
5. その他	4	1	0	5	4.1%

II-6-1. 小児がん登録制度（複数回答可）

小児がんの登録制度	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	合計	割合
1. 全例登録	45	7	2	54	43.9%
2. なるべく登録	35	16	0	51	41.5%
3. 積極的には登録していない	12	2	0	14	11.4%
4. 参加していない	2	2	0	4	3.3%
5. 登録を呼びかけている	1	0	0	1	0.8%



- 全例登録
- なるべく登録
- 積極的には登録していない
- 参加していない
- 登録を呼びかけている

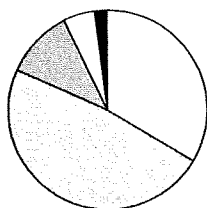
II-6-2. 小児がん登録制度 2 登録しない理由をお聞かせください（複数回答可）

対象： 積極的には登録していない 14 施設
 登録制度には参加しない 4 施設

1.日常診療が多忙で余裕がない	5/18
2.メリットがない	4/18
3.必要性が理解できない	3/18
4.他の登録制度と重複している	9/18
5.制度の存在を知らなかった	2/18
6.その他	5/18

II-7-1. 小児がん経験者のフォローについて

小児がん経験者のフォロー	小児科＋小児腫瘍科	小児外科	その他	合計
1. 長期フォロー体制がある	30	11	0	41
2. 整備する予定	51	5	2	58
3. 整備する予定はない	11	3	0	14
4. その他	6	1	0	7
無回答	2	1	0	3
合計	100	21	2	123

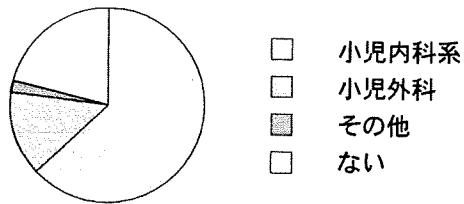


- 長期フォロー体制がある
- 整備する予定
- 整備する予定はない
- その他
- 無回答

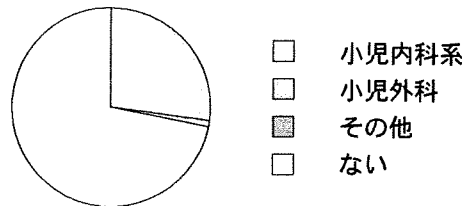
II-8-1. 小児病棟の整備について (複数回答可)

小児病棟の整備	ある				ない(%)
	小児内科系	小児外科	その他	計(%)	
1. 院内学級がある	78	17	2	97(78.9%)	26(21.1%)
2. 院内保育がある	34	1	0	35(28.5%)	88(71.5%)
3. CLS が常駐	16	4	0	20(16.3%)	103(83.7%)
4. 宿泊施設がある	28	5	0	33(26.8%)	90(63.2%)

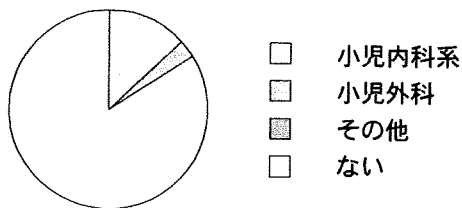
1. 院内学級がある



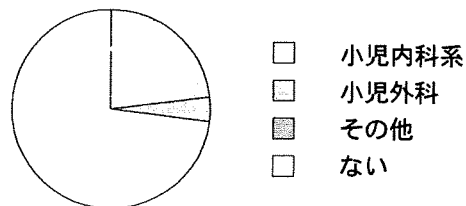
2. 院内保育がある



3. CLSが常駐



4. 宿泊施設がある



III. 小児がん診療の均てん化・集約化

III-1-1. 小児がん診療の均てん化・集約化について (複数回答可)

均てん化・集約化について	JNBSG 参加施設	JNBSG 不参加施設	不明	回答数	割合
1. 均てん化は必要	73	22	3	98	79.7%
2. 均てん化は必要ない	3	3	0	6	4.9%
3. 集約化は必要	69	17	2	88	71.5%
4. 集約化は必要ない	4	3	0	7	5.7%

7 自由意見

I 小児がん診療体制と均てん化・集約化

- 集約化は必要と思うが、できれば家の近くでの治療を望まれる患者もいると思います。
- 均てん化は必要です。日本どこにいる子供も同様にいい治療を受けることが可能であるべきです。一方集約化はどこまでの地域で集約するかは簡単には線引きできない。各臓器専門医とか病理、放診断、治療、精神ケア等いいだして全て揃えるといったらいわゆる道州制レベルで1ヶ所というやり方でないと事実上無理でしょう。一方で通信技術はかなり発達しましたので社会的バックアップがあれば県レベルでもかなりのことができるかもしれない。いずれにせよ各地域固有の事情もあると考えられ画一的な基準の押しつけはいいとは言えないと考えます。
- 均てん化・集約化は子供にとって必要と思う。しかしどのようにして行っていくかは大変むずかしく時間のかかることと思われる。特に首都圏では、子ども病院、大学病院（国・私）、がんセンターをどのようにまとめていくのか。その作業は部外者にもわかる形ですすめていただければと思う。小児病理医、放射線医の育成についてもなかなか大変なことと思われる。
- このようなアンケートはいつも何科があるといった入れ物ばかりを論議していますが、大事なのは担当 Dr のやる気と腕であって〇科と〇科があるからこの Hp に集約と考えるのはおかしいと思う。地域で連携して診療は可能である。集約化には設立母体の違いを乗り越えることが必要だが、各々の施設の事情（設備、人員）により削減増員することは難しく、均てん化を図ることで全体のレベルを上げることが望ましく現実的である。
- 均てん化・集約化ができるのが理想だと思います。そういう施設で働きたいとも思います。ただ施設の診療体制の整備（臨床部門の小児分野の充実も必要ですが、成人診療科の Dr の協力も大切だと思います）、病棟の整備（移植コーディネーター、教育体制、心理士、CLS など）、遠方から病院にくるための宿泊施設（家族やきょうだいへの支援）も一緒に整備できるようにならないと実現は難しいと思います。相当思い切ったことをしないと難しいのではないかと考えています。医師の頻繁な異動、看護師のひんばんな配置転換、病理、放射線など臨床部門の小児用スタッフの少なさ、移植コーディネーターや心理・社会面のサポート体制の脆弱さ、長期入院児への教育（学校）体制、などなど克服すべきこと

は多くありこれだけのことをしようと思うと「国をあげて」という意識が広く国民に浸透しないと難しいと思います。まとまらなくてすみません。

- 行政単位を基準とした“均てん化”は人口や地理的条件を考慮した医療上の地域特性を反映しないのではないのでしょうか。
- 症例の集約の前に医療者側のマンパワーも集約しなくては意味がありません。地域の拠点病院が経営上それに持ちこたえることができるのでしょうか。多くの子ども病院、大学病院が“小児がん”に特化した病院ではないので三次医療の（高次専門医療の）集約化という点からすすめる必要があります。
- 均てん化・集約化も重要だとは思いますが、患者によっては経済的、社会的事情から地元での治療を望まれる場合もあります。各々の病院の役割分担を決めながら診断や治療のネットワークを築き上げることが必要だと考えます。「アンケートのお願い」に記載されている「小児がんの診療に・・・満たすべき条件」に基づいて診療機関の選別、集約することが適切だとは思いません。
- 症例数が限られていますのである程度の集約は必要と思いますが、小児がんにもいろいろ悪性度の差があり、いろいろな科がそろい末梢血幹細胞移植ができる施設であれば診療してあげる患児はかなりいると思います。一部の限定した施設に限るのではなくもう少し柔軟に対応していただいた方が患者様にメリットが大きいと思っています。
- 小児がんというと当然白血病などの造血器腫瘍も含まれてきます。「小児がん診療施設」の名を用いるならばこの点にも配慮が必要と考えます。
- 小児がん診療の均てん化・集約化について基本的には異論はないのですが、患者の側の立場に立つと医師が数年毎に代わってしまい、数年毎に担当医が代わる病院については集約化する拠点病院の方がよいと考えます。（但し拠点病院の医師が代わらないという条件で）診療担当医が代わるという事は患者家族にとってもかなり心理的負担の大きな事なのでその点を避けたいと考えます。また長期フォローアップの為に他科の協力が得られない病院では集約化の為に拠点病院で見ることの方がメリットがあると考えます。よって長期フォローアップの体制がとれない病院、小児科のみで成人領域の疾患（内科的・外科的）をみられないのであればその体制を整えた拠点病院でみることを望ましくその体制が十分とれる

所であれば小児期の疾病を治療した病院でみるのが望ましいと考えます。

- それぞれ得意分野が異なる集約化でいいと思う。
- 固形腫瘍のことはあまり存じあげませんが、白血病・リンパ腫については均てん化は既に完了していると考えています。移植施設、化学療法のための施設など各施設毎に自身の役割をこなせてできていると思います。(少なくとも我が県では) 数少ない小児血液腫瘍医を集約化することは設立母体の違いをのりこえても実施していく必要があると思います。
- 絶対必要と考えます。最近の臨床は高度化・複雑化そして社会の医療への要求は増すばかりであり、従来のような各大学に1人or2人の専門医で要求される医療をこなすのは限界である。集約化を本気で考えないと小児がんの臨床は崩壊するでしょう。また行政の支援も「大人のおまけ」程度にしか考えておらず、もって世の中の小児医療の窮状、小児がん医療の悲惨な現状をアピールしていく必要があると考えています。
- 小児がん患者の治療は地域毎のセンターにおける集約化が最も大事だと思います
- 小児がんは患者数が少ないので治療成績向上のためにはグループスタディのみではなく集約化は必要であると思う。一方小児がん専門医にとっても、情熱をもってその道に進んでも小児病院や大学病院に残らない限り一般病院に出ればその能力を生かすことはできなくなる。したがって拠点化するにしても年間新患数は10~20人といった小規模なものではなく50~100人程度を受け入れ専門医師数も小児科だけでも10人以上等多く勤務するような病院にすべきと思われる。そこから適当な病院数や専門医数が割り出されることになる。
- 集約化した hosp では均てん化が必要ですが、全ての施設の均てん化は不要です。Follow upするのは一般病院に任せて欲しいと思います。
- 集約化についてはある程度必要だと思うが地理的な問題や一病院がかかえている人口などを考慮しながら集約化する病院を定めるべきだと思う。あるいは基幹病院とは別に連携しながら診察のできるサテライト病院を設定するののも一つかと思う。
- 稀有な症例で専門医も少ないことから均てん化は不可能と考えます。逆にそうすると集約

化する必要があります。

- 集約化すぎるのは非専門医の教育機会の減少につながりかねないです。県単位になると思いますが将来的には道州制に準じたものになるのでしょうか。
- 均てん化は必要であるが、都道府県単位でそれぞれ1～2のセンター施設があれば十分である。集約化は必要であるが、集約化されて患者が集中する施設の増員（スタッフ）、増床がなされなければ集約化は不可能であろう。
- 集約化することはある程度必要だと思うが、従来から存在する「地域」を離れることを必ずしも患者様が受け入れてくれない可能性もある従来の地域型の体制を残しつつ集約化するのがよいと思う（二段階的な集約・均てん化）。
- マンパワーの不足のためやむをえない。専門性のメリットの方が小児がん Pt にとってはあると思われるので集約化はさげられないどこでも何でもは理想ですが。
- 均てん化を全国レベルで実現しようとする場合、各疾患について従来の各グループの利権を超えて全国規模のプロトコル作成が急務であろう。日本発の治療法の確立への努力が均てん化に通じると思う。集約化については専門医とベッドの確保が問題となる。もし集約化した施設のベッドが一杯で治療ができなくなった場合他の集約化した施設（他県）へ患者を依頼せざるをえない。この場合に患者家族が被るであろう交通費や余分な生活出費についてもサポートできるシステムの構築が望まれる。地方ではマンパワーが少ないため中央と同様の体制を作ることは難しい。集約化は必要であると思われるが、交通の便が悪い地域も存在し完全な集約化は困難かもしれない。地域に合った体制を整備していくしかない。
- 各地域において誰がまず最初に腰を上げリーダーシップをとるかということが最も問題なのだと思います。
- センターにおける集的、集中治療は必要だが、通常化療法になった維持療法期、フォローについてはサテライトの有資格病院にもどして患者の利便性（アクセス）や総合的小児医療を達成する連携システムを作るべきと考える。

- 均てん化、集約化は必要です。効率から言えば各県の小児病院がその中核になると思います。但し、大学も将来の専門医の供給源でありその連携が必要です。
- 地域がん診療連携拠点病院の整備はわが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、および乳がん）について重点的に均てん化を進めるためであったと思います。小児がんなどの特殊ながんは各医療機関の中で専門とする分野のひとつとして位置付けられ、どの医療施設でも行う分野ではないので均てん化（本来の意味の）の対象となりえないと思います。むしろ大きな医療圏の中で専門施設として集約化していき患者サービスを同時に検討していく必要があると思います。患者サービスとしては宿泊施設などが重要になると思います。
- 小児がんは、稀な疾患であり、診断治療にあたっては多科の協力が必要な疾患でもありません。このためには治療を行う施設を集約化する必要があり、大学病院、小児病院がこれに当てはまると思います。欧米では診断治療のみならず臨床・基礎研究も行っており、このためにも本邦でも集約化された施設のみで治療が行われる必要があります。たとえばイギリスでは小児の骨肉腫は限定された施設のみで治療を受けていると聞いております。このような体制を築くことができるのは NHS の関与があることが推測されます。すなわち認定施設以外で治療する場合、保険点数を削減するなどの処置が必要です。また、この場合家族に負担をかけないように、集約された施設では 家族の宿泊施設を用意する、子供に家族の付き添い入院が必要でなくする、などの配慮が必要です。
- 各県単位あるいは疾患によっては複数県レベルでの集約化が必要であると思います。
- 人員増が必須。集約化は必要と考えるが、①小児外科としての“売り上げ”にある程度貢献している ②術後化学療法を active でない小児サイトに任せるのはかえって risk になると考える。①②の理由で chemo も当科で行っており、熱発・嘔吐に対する対応等も含め安全に行えている、と考える。
- 集約化の具体的なガイドラインが必要。人口何万人に 1 施設等。
- 集約化は必要であるが日本の保険制度下では均てん化が国是なので無理である。年間に 1～2 例の Nbl を診ても専門家とはなれない。が、1 例 1 例を深く観察し良く勉強すればそれなりの対応はできるようになる。日本の Pediatric Oncology の限界を感じます。

- 均てん化は必要と考えますが、一方で治療や薬剤、病態に対する専門的知識も要求されており、専門医の育成（認定）がすすめられているのも事実です。均てん化にはそれなりのマンパワーが必要ですが、一方でそのマンパワーの絞りこみが行われていますので、均てん化をすすめていくには時間がかかると思います。そうすると集約化も大切になってくるので、当地×××のように広い土地では地元を離れて遠くの病院で長期療養を受けるのは家庭の事情で難しいことも多々あります。結果として当院のような小児血液・がんの専門医は一人だけで小児外科もないが患者・家族のニーズに答えなければならない病院もなくてはならないような気がします。×××に限らないとは思いますが、完全な均てん化・集約化は理想ではあるがむずかしいという感があります。ただし大学などの垣根をこえて、市もしくはそれより広い地域レベルでは集約化による医療レベルの向上、均てん化は絶対必要です。
- 地方の現状と私の意見を書かせていただきます。××県では3箇所の病院が小児がんの治療を行っています。この10年間の患者数は大学病院143人、××医療センター55人、当院52人です。集約化については本県では2-3施設でよいと思います。アンケートのお願いにありますように各都道府県に1ヶ所設置されるがん診療拠点病院に集約するとしますと××では大学病院に1ヶ所ということになります。そうなりますと大学にはがん患者ばかりとなり他の疾患の患者が入院できなくなります。また医師のポストもがん治療専門のスタッフを何人も配置できません。教授を含めて正職員は10人です。がん診療に当たっているのは主に2名の正職員と2名の医員です。ここに他の2病院の医師3人を正職員として入れることはできません。10年前にがん治療ができる病院を3ヶ所にしようということで私が赤十字病院に大学から移りがん治療も行っています。自家末梢血幹細胞移植までの対応ならば県内に3ヶ所程度がん治療のできる病院が必要と思います。同種移植は手間や経験、迅速な検査などが必要ですので各県1ヶ所に集約しレベルの向上を図る必要があると思います。均てん化につきましては疾患ごとのグループスタディができていますので診断、治療に関しましては大変助かっています。1年に1-2例しかない疾患の診断は大学病院の病理の先生も苦手のように中央診断は今後も欠かせないものと考えます。また合同班会議に参加させてもらったりして中央の情報を迅速に得られるようになり感謝しています。ただ近年グループスタディに登録をすると詳細な患者データを要求され現場の医師の負担がかなり大きくなっています。そんな余裕のない病院にがん診療を行う資格はないといわれればそれまでですが、初診時の検体送付など含めてもう少し簡略化されればよいなと思います。

以上のような理由から施設が満たす条件を全国一律に決めてしまうのは無理があるように感じます。たとえば JPLSG で参加施設の条件を日本血液学会専門医がいることとするよう議論がされているようですが××にはこの資格を持つ小児科医で現在がん診療を行っている方はおりません。実は私も 10 年ほど前に試験を受けてこの資格を獲得しましたがなかなか学会参加もままならず、また資格を持っている必要性も感じなかったため更新をせず現在資格はありません。(初めからこの資格ががん診療に必要ということであれば無理をしても更新したと思いますが) また再び受験しようにも当院は学会の認定した研修施設ではありません。何も持っていないと何を言われるかわからないので先日日本がん治療認定医機構の暫定教育医となりましたがこんなものが何になるのかなと思っています。ただ将来的にはいずれ何らかの基準が必要になってくるのは理解できます。しばらく時間をかけて議論をしていただければと思います。

- 理想論を言えば、もちろん両方共必要でしょう。(現実的には均てん化するために集約化が必要ということになります) ただ各都道府県ではハード面でもソフト面でも十分な予算がついて専門医療機関が新設されるというのであればまだしも、それは望むべくもないと思いますので実現する道のりは険しいでしょう。実際には既存の施設に集約していくしか方法はないと思われませんが、関係施設間での十分な理解と利害を越えた協力が得られるかということになるといかなるものなのでしょうか。血液での JPLSG レベルでのグループ化は如何？。
- 小児がんの対象疾患は症例数が少ないにもかかわらず多岐にわたっている。適切な治療を行うには必要な専門性を持ったスタッフが必要であるが、小児科診療の中でがん治療を行う場合には定員制の問題からどうしてもスタッフの確保が十分でなくなる。小児がん診療については別枠のスタッフ立てを策定し、十分なスタッフの確保ができる体制を整えることが必要である。またそれより小児がん診療に特化した教育・研修プログラムを提供できる体制作りが可能となり、専門性を持った小児がん専門医の育成にもつながる。現在の小児がん診療の実態は、小児科診療の中でももっとも忙しく、もっとも高度な診療知識・技術を要求され、また肉体的・精神的にも最もタフなことを要求されるため、小児科の中でも専門領域として嫌われる傾向があり、このままでは小児がん診療の崩壊のもつなげる可能性がある。このような点からも集約化は必要であるが、それは人員不足に対する消極的な集約化ではなく、スタッフ充実と併行して理想的な小児がん診療システムに向けての集約化でなければならないと思う。

- 集約化は必要ですが、地方では一施設のみでは対応困難な場合があります。地域事情により少なくとも2施設必要と考えます。
- 一定レベルを維持するための均てん化は必要であるが、高いハードルを作ってすべてを満たさなければならないとするのは行きすぎか？現状でもそれぞれの施設で可能な範囲での治療を行い、できないレベルのものに関しては refer していると思う。あまり明確に色分けするのではなく、最低レベルを示し他は努力目標として徐々にレベルアップするのがよい。
- 集約化した上での均てん化は必要である。
- 少子化を考えれば集約化は必要で自然な流れと考えます。均てん化という用語は全体のレベルアップを前提としていると考えますが、基本的には賛成です。どこも「金太郎あめ」のようになってしまい特色がなくなるのは好ましくないと考えますが・・・
- 地方においても小児がんの標準的専門医療についての最先端の情報を患者さんに提供できることが第一段階と考えます。専門医療を受けるような体制を築くためにはマンパワーの問題を解決しなければならず、一都道府県の一病院に集約したとしてもマンパワーの問題が解決できるかどうかはわかりません。
- 乳幼児小児については必要と思います。欧米でもはじまりつつありますが、思春期～若年成人への年齢は小児とも成人とも同様には考えにくく、小児科がどこまで取り組むべきかなどについても全国的な方針があるとよいと思います。
- 臨床試験の推進や小児がん治療の高度化を考えると集約化は必須。ただし地域性も考慮した内容が必要か？
- 各地域の患者数、Dr 数により異なり、それを無視した均てん化・集約化は害ありと考えます。
- 東京の施設勤務なので「均てん化は必要である」「集約化は必要である」と思うが、地方のことを考えると本当にそれでよいのかと思うこともある。
- 小規模施設を含めての均てん化には意味がない。むしろ不可。

- 小児外科についてのみの報告です。化学療法は全て小児科でやっています。小児病院と異なり、全ての科に小児がん専門科が常勤しているわけではありませんが××県では大学病院以外に小児がんの専門施設を設立することは不可能です。今後他科にも小児の専門医を補って頂くようお願いする必要があります。他地域の均てん化。集約化の現状をお教えいただければ幸いです。
- せめて成人がん程度の情報公開や地域がん拠点病院に要求されている事項を達成する必要がある。護送船団方式はもうだめでしょう。議論が常に“自分達”の事が中心になる。一見患者中心に議論しているように見えますが。
- 均てん化・集約化は必要であるが、無理なことをするとドロップアウトが多くなることの方が心配である。
- 対象疾患を考慮する必要がある。全ての疾患を対象とすると困難と思われる。
- ×××は小児外科が少なく分散している。技術的にも問題がある。小児科で化学治療をおこなっている病院に集中しているわけではないので、集約化してほしいが政治的な思惑が働く。
- 1 均てん化の必要性: 設備や専門医はいても連携がとれていない施設がまだまだあるので標準的治療を啓発する。2 集約化は患者側から自然と起こってくる。
- 均てん化はわからない。
- 臨床実践（そのケースにとって最良の医療をさぐりながら治療）には均てん化は必須。臨床試験は集約化された場所でおこなうのが能率的・合理的と考えられる。
- 1.理想像を示し、それを努力目標にすれば整備が進むのではないかと思います。2.地方それぞれの事情があり、すべてのことを都会（人の密集地）の発想で対応しようというのは無理があります。3.医療側中心ではなく患者サイドの利便性、希望等を十分に把握する必要があります
- 都市部では立地条件的に可能なこともあると思います。地方都市では家族のサポートを必