

希少がん対策ワーキンググループ・四肢軟部肉腫分科会 第3回検討会

開催日：平成28年10月26日（水）

場 所：国際研究交流会館2階第2セミナー室

**（事務局・東）** 最初に分科会長の川井先生より一言いただきたいと思います。

**（川井分科会長）** 早いもので3回目の検討会となりました。普通、私たちが参加する臨床の研究会や学会の検討会に比べて、随分スピード感をもって物事が決まっているというふうな感覚を特に臨床の先生方はお持ちではないかと思うのですけれども、1年あるいは1年半で現在の問題を解決すると、ゴールはそこだということで、いつまでも議論、堂々めぐりをせずに、決まったことは決まったこととして先に進むというようなスタンスで、事務局長の東先生は計画を立てておられます。

きょうは大きく2つ、これまでの議論で決まった四肢軟部肉腫専門施設の条件、どういう条件を決めて、どういう条件を公開するのかということをお東先生がたたき台をつくってきてくださっております。これまでの議論を踏まえた上でのたたき台ということですので、これについて最終的なご議論をいただきたいと思います。

それと、施設を集約化するに当たって、これまでの議論でも出てきました、集約化した後に非専門医から専門施設にどうやって患者さんをきちんと誘導するのか、日本全国を見渡したときにはどちらかという非専門医の教育のほうが治療の底上げ、治療成績の底上げのためには重要ではないかというような感覚は臨床の先生、多くの先生方が持っておられると思いますので、それも非常に重要な視点だと思います。

きょうは主にその2点についてご議論をいただくということになるかと思います。3時間、少し長丁場ですけれども、どうぞ活発なご議論をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

**（事務局・東）** きょうは厚生労働省からは清住さんに来ていただいておりますが、適宜、何か議論の中で必要なことがあったらまたお伺いしながらやっていきたいと思ひます。

**（事務局・東）** きょうの2大議題は、一つは、四肢軟部肉腫の専門施設の条件と公開項目、これをできればフィックスしたいと考えております。2番目は、非専門医の教育をどうしていくのかということを検討したいと考えております。

では、資料1、前回までの議論のまとめです。

まずは、四肢軟部肉腫に限った検討について、ワーキンググループの分科会として四肢軟部肉腫を設定しましたが、軟部肉腫は四肢だけにできるわけではないという議論はもう何回もしております。体幹・内臓の肉腫なども重要なことには変わらないのですが、そこを入れると、担当する診療科が広く分散して議論がまとまらないのでは、ということで、今回は四肢に限った議論をするという認識です。

2番目は必要な集約化、これは希少がん医療支援のあり方に関する検討会報告書にも、必要な集約化をしていくことを前提としていろいろな研究や教育を進めると書かれているわけですが、必要な集約化をどのように進めるかに関しては、少々強制的な集約化というのは難しいだろうということで、適切なレベルの集約化をできるだけ自然にやっていく、その手段としてとりあえずは情報公開による集約化を促進するというようになってきています。その中で、集約化をどのように考えるかについては、超専門施設（Aレベル）、その中間的なところ、もしくは診療はできるというレベル（Cレベル）の施設に分けるという議論がありました。強制的にやるならばA・B・Cというのもあり得るかもしれませんが、今できることは情報の公開ということですので、そういうのはちょっと置いておいて、とりあえずは専門施設として考えられる施設について情報公開をするということで、余り分類はしないようにしていきたいと考えています。

3番目は、四肢軟部肉腫あるいは軟部肉腫に限ってもいろいろな組織型がありますが、絶対に集約化したほうが良い組織型とそうでもない組織型などいろいろあるという議論は繰り返し出ています。ただ、診療提供体制を考えた時、この組織型は集約化でこの組織は集約化をしなくてもいいというのは非常に複雑になるため、組織型で細かく分けることは置いておいて、とりあえず部位で軟部肉腫と言われたものについて全般を考えるという認識でこれまでは来ていると思います。

4番目ですが、情報公開の項目については、前回、たたき台のたたき台として非常に粗いものをお見せして議論しました。それぞれの項目についてある程度議論がまとまったところはその案に反映させて、今回のたたき台というのをつくっております。この辺は後にまた議論をしていただきます。

**（川井分科会長）** 四肢の肉腫と書いておりますが、大西委員から、次は体幹のという話が出ていますが、それは十分承知しているのですが、四肢というか、躯幹というか、これだけのタスクホースで話のできる領域の軟部肉腫というふうに読んでいただきたいと思います。だから四肢躯幹といってもいいし、四肢体幹表面といってもいいと思うんですけれ

ども、いわゆる内臓の GIST であるとか、子宮肉腫であるとか、腎臓摘出が必要になるような肉腫を除くという意味合いです。ですので、手足だけには矮小化する必要はないと思いますけれども、今の診療実態に必要な診療の実態に即した分類として考えていただけたらというふうに思います。ですので、臀部とか肋骨とか、体幹の表面に発生する腫瘍まではこの分科会で議論するというふうに考えていただいていたと思います。

**(事務局・東)** 議論の分散を防ぐために四肢と言ってきたのですが、ここにいらっしゃる先生方の診療担当領域としては、体幹であっても表面に出ている内臓ではないところはある意味応用可能というか、外装可能と同じように考えられるかなと、今後後腹膜とか内臓のほうを議論するときにそこだけが取り残されるというのはまずいかもしいかなという話もあり、一応四肢とはいうのですが、体幹表在も含んでいると暗黙のうちに考える、もしくはちょっと注釈をつけるという形にしようかと考えてみたんですが、その辺はいかがでしょうか。

**(川井分科会長)** 1年前にこういう名前をつけてしまったので、でも議論を続けていて、この次では何が残されて、何を議論するのかと考えたときに、落ちこぼれる場所があっても困るということもあって、今、お話をさせていただいております。

**(松本誠一委員)** 私は賛成です。手技的には体幹表在性であれば特別なことはないので、四肢の技術をもってそういう体幹表在であれば手術できるわけですから、そこを含めるとほうが話は単純化するのではないかと思います。

**(川井分科会長)** では確認をしていただいたということで。

**(事務局・東)** では進めてまいります。プログラムの3番目、患者アンケートです。大西委員から前回の患者アンケートのアップデートをいただいております。

**(大西委員)** 前回のアンケートをより詳しくとりましたので簡単にご説明をさせていただきます。

患者の属性とか性別とか年齢とか分布とかは前回とほとんど同じ内容になっています。

⑤-1 発症年齢はということで、やはり 40 台の発症が多い。これは四肢も含めて体幹、GIST も含めてということです。

⑤-3、初発時の発症部位、後腹膜子宮体部、子宮が多い。GIST は当然胃、小腸、大腸が多いというところです。

⑤-4、初発時の腫瘍の大きさ、やはり大きくなって見つかることが多い。7センチから9センチで一番多い。あと15センチ以上の方もおられる。これは四肢も含めて大きくな

って見つかることが多いので、やはり予後が悪くなる要因の一つかなと思います。

その下は担当診療科ということで非常に多岐にわたっています。子宮が多いので産婦人科が多い。あるいは消化器外科が多いというようなことです。

最初の治療方法は手術が多く、一部薬物治療を最初に選択される方もおられます。

併用治療をしましたかということで、大体 25%ぐらいが併用治療をしましたと。

⑤-8、やはり薬物治療との併用が多いということです。

初期診断名とその後の変更ということで、これは極端な例を書いているのですが、四肢軟部肉腫については、左が最初に診断された病名で、右に変わった。ここにはより詳しく、例えば4つ目の軟部肉腫が粘液線維肉腫とより細かく分類されて変わったというものも含まれての数字です。実際変わったというのは26のうち10ぐらいです。ですから実際の数値的には38%くらいというところでは。

右は、体幹とかGISTなのでちょっと省かせていただきます。

⑤-11、初期診断と最終診断は同じ病院でしたのか、違う病院でしたのか。違う病院でしたのが34%ということです。

幾つ病院を受診したか。1カ所で済んだのが50例、全部で138例中50例なので36%がその病院で最終診断した。あとは8カ所目というところもあります。

最終診断の病院はどこか。総合病院、大学病院、専門病院ということです。

最終診断までどのぐらい時間がかかったか。1カ月以内が25例、1カ月、2カ月、3カ月、長い人は10年。これは子宮筋腫で、10年治療継続後、病理で子宮筋腫と診断されたとかそういうものも含まれていますけれども、ちょっと時間のかかる方が多い。

最終診断はいつか。治療前、治療中、治療後ということでばらばらの結果で、セカンドオピニオンは半数が受けている。生検(バイオプシー)をしましたか、これも半数ぐらい。その後病名が判明しましたということが多い。

⑤-19、初発から現在までどのぐらい時間がたっていますか。これは遺族のデータも含まれているので、括弧はその遺族のデータで、いわゆる死亡者ではあるんですけども。我々患者としては、一番下に23年という方がおられますけども、非常に希望の星だなと、こういう方がおられると頑張ろうと患者も思うわけで、わずか1年で亡くられる方もおられますというところでは。

再発しましたかと。「はい」が39例で、パーセンテージでいうと30%弱ぐらいです。1年未満の再発が13例ということで一番多い。ただ、15年で再発したという方もおられる。

回数も10回以上再発している方もおられる。

再診時の治療方法は当然薬物治療が多いというところで、下のほうは違う病院で治療された方も多い。なぜ違う病院で治療したのか、四肢のところだけを読むと、最初に治療を受けた病院は診断を間違えた病院だった、あるいは再発腹部肉腫症例の多い病院を選んだというところで、違う病院で治療したということです。

転移をしましたか。半数が転移をしている。1年未満での転移がやはり一番多い。

転移場所は肺あるいは肝臓が多い。これを見ても、体幹部は肺が多い、GISTは肝臓が多いということです。

転移時は同じ病院で治療しましたか、「はい」「いいえ」とも半数ずつぐらいです。

転移したとき違う病院で治療した理由ということで、地元の病院での手術が不安だとかあるいは症例の多い病院を選んだ、最初の治療は重粒子治療であり、転移がんは呼吸器系のためがんセンターにて手術する必要があるということで違う病院で治療したということです。

主治医について、あなたの主治医はどこにいますかということで、肉腫専門医のいる病院が一番多い。あとは、肉腫専門医はいないが大きな病院、肉腫専門医はいないが地元の病院というところですか。

主治医は肉腫専門医ですかということで「はい」「いいえ」、若干「いいえ」のほうが多い。

満足していますか。ほぼ皆さん満足はされているのですが、不満の理由ということで右のほうに答えていただいています。四肢軟部は、「担当医がかわり病気の相談がしにくい」「予後の説明に納得がいかなかったから」「病気のことがよくわからないと言われた」「地元の主治医が整形の先生で、肺に転移したときなどの確なアドバイスがなく、今回も胃に転移し、外科に回されても、2度の生検や、胃＝胃がんでなかなか前に進まない」「肉腫と診断されるまでも時間がかかった」「専門外なので何も聞けない」「治療方針がころころ変わる」というようなことがありました。

⑨四肢軟部肉腫を専門とする施設や診療体制についての要望ということで、ちょっとこれは多いので、「希少がんセンターがあっても小児がん専門みたいで実態がわからない」「婦人科系がんのように患者の交流の場を設けてほしい」とか、「もっと全国的にネットワーク的に情報共有等で取り組まないと」とか、「近くに専門医がいらない」「はっきり方針が定まらない」ということがありました。

「診断確定から治療までの時間をできるだけ迅速に対応できるような体制づくりを」とか、あるいは「集約＝混み合う」ことにならないよう、患者がスムーズに安心して治療を受けられる流れをつくって集約化をお願いしたい」「近隣の皮膚科医やクリニック、大学病院の皮膚科の医師にも肉腫の知識を持ってもらい、すぐに専門病院に紹介するシステムをくってほしい」ということがありました。

あとは⑩、この分科会に対する要望はないかということ聞きまして、四肢は、「治療後のフォローアップ等の情報が欲しい」とか、情報が欲しいという意見が多かったです。最後に、「個人病院の医師の勉強不足」「肉腫を知らない医師がいることがなくなるのが要望です」というようなことが要望事項としてありました。

**(松本光史委員)** 四肢に集約化してスピーディーに話を進めるという大方針だと理解しています。その上で、患者さんのアンケートから何回も四肢に限らずというリクエストが挙がっているので、これから行おうとしている情報公開の趣旨を大きく損なわない範囲で、四肢・体表以外の患者さんやご家族も参考にできるような情報を一緒に集められるのであれば集めて出してもいいのではないかと感じました。

具体的に申し上げますと、治療件数などのところに、体幹深部の治療開始件数とか、あとは GIST であったりというような、今回取り上げていない疾患に対しても治療開始件数をとる、もしくは少なくとも治療に対応しているかと、四肢軟部に対応している施設の多くで、例えば放射線治療の先生がおられて必要な場合放射線治療ができるとか、各臓器別の外科が存在していると思うので、そういった先生方が積極的にその施設で現状肉腫を診ていらっしゃるのかどうかといったことはアンケートで一緒にとれるではないか。あと、薬物療法に関していえば、多分腫瘍内科的な科があれば正直レジメンはほぼ同じですので、深部臓器の方がその病院に行っても全然問題ないと思うのです。

**(事務局・東)** 一番基本的な情報ということで、軟部肉腫の治療ができるか、がん情報サービスの「病院を探す」の中に、自己申告ではありますが、診療ができるかどうかという情報があります。それに、それぞれの分野についてがん登録で件数を出していこうという話は進んでいます。そこで今のところは、1番基礎的なところは対応していけるのかなと思っています。

これが四肢軟部肉腫で、公開項目としてこんなものは公開しますと言った次は、いつになるかはすぐにはお約束はできないのですが、いつか体幹の深部の後腹膜の肉腫や内臓の肉腫に関しての分科会とを立ち上げて、そこで細かい専門的な情報については何を公開し

ていくのか、どこを専門にするのかといったことを検討していきたいと思っています。

その辺がどこで線を引いて、どこを後に託すのかはなかなか難しいですが、現状は、情報公開の基本的なところはそこであって、次に、心づもりとしてはそんなことを考えています。

**(松本光史委員)** がん情報サービスとかで公開されていても、公開されていること自体をご存じなかったり、もしくはどこに行けば情報を見られるのかというのを患者さんやご家族の方がご存じないというのが情報のギャップなどが生じる原因なのかと思うので、手挙げでやるのではなくて数を出すというのは患者さんやご家族にとってはある程度インパクトが、たくさん治療している施設が近くにあるのかなのかというのがわかるという意味では、この会の趣旨であるのは情報をオープンにすることで、患者さんが選択することによって結果的に集約化が起きないかというのを期待されているのではないかと理解しているので、そうであれば、可能な限り数をとって、四肢以外に関しても出すというのをしてもいいのかなとは思いますが。

**(川井分科会長)** 四肢以外の議論がこの次に来るとすると、予想される難しいことは、四肢の肉腫ならバックボーンとなる整形外科の肉腫の専門医のグループがありますが、内臓の肉腫を専門にしている外科のグループがあるかということ、私の知る限りそれはどこにもないと思うのです。

多くの場合、例えば国立がん研究センターでも、小腸とか大腸に肉腫があって、外科の先生が肉腫と診断したら、手術の際に私たちを呼びます。そして一緒に肉腫としてのマージンの取り方であるとかを見ながら外科の先生が手術をする。国立がんセンターであってもそういう状況なのです。

この次に四肢の分科会、四肢・体幹表在の分科会で一つの道ができたとして、その次に深部の肉腫をどうするかというのは、今はそういうふうにやると言っているけども実際にはなかなか難しいだろう、レプレゼンター級のドクターがどこにもいないではないかという。

**(松本光史委員)** 四肢でやっていることを全く同じことをコピーする必要はないと思っていまして、四肢と同じように切除となる方がたくさんいらっしゃればいいですけども、やはり難治で薬物療法を緩和目的でする方が、深部の肉腫にたくさんいらっしゃると思うのです。薬物療法に関しては多分ここで集める情報で治療件数をたくさんしている施設の薬物療法専門医、そのまま軟部の薬物療法も対応していると思いますので、少なくとも薬

物療法が必要なときにどこに行けば薬物療法をたくさんやっている医者がいるのかという情報は、今回集める情報にそれほど手間をかけずにできるのかなと思うのです。

**(厚労省・清住)** 2つの議論があるかと思うのです。今、四肢軟部肉腫について各施設で要件を決めて、プログラムが決められて、エキスパートの先生たちに議論していただいた条件に沿ってこの四肢軟部肉腫の情報を公開するというのと、ほかの希少がんもあわせて患者さんたちがいろいろな情報を求めているので、そうした求めに応えられるようにあわせて情報を集められれば集めたほうがいいのではないかというところだと思うのです。

今、厚生労働省の検討会の中で、わかりやすい情報提供という議題が一つありまして、がん情報サービスでいろいろ情報を公開していただけていますが、なかなか患者さんがアクセスして、かみ砕いて利用するのが難しいばかりか、医療従事者でもあってもほかの分野のことだと理解が難しかったり、専門的な情報にたどり着けないという課題が上がっております。ある程度わかりやすい項目に絞って、個人情報にもある程度配慮した上で、希少がんを含めたわかりやすい情報提供をしようと、今、検討会で検討しております。

その動きは、厚生労働省で検討している情報提供については引き続き進めつつ、こういった分科会などで項目を決めて、今後情報提供をしていただく部分も並行して進めていただくという、どちらも必要になってくると思うのです。他の希少がんについても、今、全く動いていないわけではなくて、わかりやすく診療実績や治療件数などを公開できるような方策を今検討しているところですので、双方で情報共有しながら進めていければと考えています。

**(松本光史委員)** 四肢の議論を否定しているわけではもちろんなくて、体幹やほかの希少がんを取り組みがあるのも非常にすばらしいと思うのですが、今回のアンケートをされるときに四肢以外の体幹深部の非切除の治療開始件数を、一つ項目を足すだけで、多分アンケートで出ている声にある程度情報が与えられるのではないかと私自身は認識したのでお話をしているのですけれども、先生方の多数のご意見がそれは違うのではないかということであれば、もうそれは先生方のご判断で進めていただければと思います。

**(川井分科会長)** 多分今回四肢の肉腫として手を挙げてくる、あるいはそういう専門施設として認定される施設は、ほぼイコールあるいはその施設の半分ぐらいは体幹の肉腫まで手をつけている病院というふうに私は意識しています。全然違う別のグループがあるわけではないと思っているので、今回アンケートに答えられる、あるいは手を挙げられる整



形外科、形成外科、皮膚科の先生方も、その病院の体幹の肉腫がどのように治療されているかというのはある程度ご存じではないかというふうには思います。

今回の、わざわざ四肢に絞った議論からは散逸してしまいますけれども、松本先生のおっしゃることもよくわかりますので、ぼやっとしたアンケート、ぼやっとした手挙げをするというのは悪くないデータだと思うのですが、だめですか。でも議論はストイックにやっておいたほうがいいのですかね。

**(事務局・東)** そうですね。私としてはこの議論については四肢で絞りたいと思っており、関連情報としてとることは確かに考え方としてはあるのですが、アンケートで件数をとるのはかなり危険なことがあります。数え方がそれぞればらばらで、わけがわからなくなるというのが正直なところで、余り数をふやしたくない、できれば中央集計的なことを進めたいと思っています。中央集計をするのであれば他のがん腫もデータが同じであればすると思うのですが、その辺の線引きが今回はなかなか難しい。

その点で少しためらいがあるのと、もう一つ、ここで四肢についてかっちり決まれば、次に検討したときに内臓の肉腫としてやれそうなきも、これを見ながらいところ違うかなという検討して、すぐに項目リストができるのではないかということをちょっと期待しております、ここでもう一つ項目をとるとしたら何かという議論をするよりも、これを早く出してしまったほうがいいのではないかということで私は思うのです。

**(松本光史委員)** わかりました。

**(上田委員)** 肉腫の専門家の立場から整理しますと、軟部肉腫というのは非常に部位と組織型が多彩である。治療体系のほうから見ると、体幹ということはまた怪しいですけども、表在ということになると後腹膜と内臓に分かれて、この2つは、表在体幹は先ほどから議論が出たように四肢と一群なんです、内臓及び後腹膜の肉腫は治療体系は世界的にもまだ全然確立されていないし、まだ別の病気と考えたほうが臨床的にはいいように思います。ただ腫瘍内科から考えると肉腫ということで部位は関係なくアドバンスケースの場合は基本的に全部一緒なんです。そうですね。だから今のような議論が出るのですが、治療の全般を見ると、内臓・後腹膜の肉腫は表在体幹四肢の肉腫とは全く別の病気だと思いますので、その他のいわゆる今議論にしている軟部肉腫以外の希少がんの一つに入れたほうが臨床上は有用だと思います。組織型で一緒だというだけで病気としては全く別の病気だというふうに理解したほうがわかりやすいと思います。扱っている科も違います。ただその扱っているから科が専門化されていないので忘れられたがんとか、混沌としている

状況で、これを何とかしないといけないというところで、臨床的にはその2つはかなり違うという認識を松本先生のほうにさせていただいたら納得いただけるかなと。組織型からいうと臨床腫瘍内科は一緒ですよ。

**(松本光史委員)** 薬物療法は多分同じですね。最終的に難治というか、治療のゴールが治癒ではない状態になる方が体幹深部の場合非常に多いと思います。だから結局のところ、かなり多数の患者さんが治癒を目的としない薬物療法と緩和ケアを受けていかれる。そういった意味では四肢と同じ薬物を、ただより厳しい予後と診断しているので局所治療の使い方は大分違う。その意味においては先生のご指摘どおり違う病気ですけれども、使う薬剤とか治療の方法の根幹は多分同じだと思うのです。

繰り返しになりますが、私自身がこんなにしつこく、先生方がしつこいと思われたら申しわけないのですが、やはり非標準的な薬物療法を受けている患者さんは非常に多くいらっしゃるって、それを何とかしたいという気持ちがありまして、私が認識しているよりもかなり多数の方が四肢以外の肉腫で困っていらっしゃるということが大西委員のアンケートから出てきたので、一個つけるだけで大分情報がとれると思って、済みません、くどくどと申しました。もうこれ以上は言いませんので、済みません。

**(川井分科会長)** 今の問題意識はきょうの議論に出ると思うのですが、公開情報、要するにとるアンケートの情報は議論すると思うので、そこで内容を見ていただければと思います。

**(松本光史委員)** わかりました。

**(事務局・東)** ありがとうございます。では次の議題に移ります。

資料2の公開プログラムの参加要件と、資料2 c 公開情報収集票を上から少し議論をしていただきたいと思います。基本的には資料2 aの参加要件というところと、2 cの情報収集票は対応していて、1番、病理医が常勤で1名以上、2番、連携というふうにあります。概念的なものが縦の赤の資料で、実際にとる情報を情報収集票で分けています。

2 aの赤い部分が論点というか、少し概念的なところから整理しなければいけないという点で、2 cの中にも備考の欄がありまして、いろいろな細かいところでこれはどうしようかというような疑問が書いてありますので、両方を見ながら上から順番に考えていきたいと思っています。

いきなり0番として非常に大きなことを書いておりますが、これまでの議論の中でこういう専門施設として情報公開をする、その活動の参加要件というのが症例数で決まらなか

ったという経緯があります。手術症例を年間 20 例以上すると、ある地方では誰もいなくなるとか、年によって変動するかもしれないといった議論があり、手術症例で縛るのはやめて、情報公開だけにするということが前回までの議論だったと思います。

すると件数の縛りがなくなるので、手挙げ方式にすると、言葉は悪いですが、何でもかんでも応募されてくる可能性があるのでは思い、最低限の症例の縛りというのは必要なのではないかということで、この 0 番、「過去 3 年間連続して 1 例以上の四肢軟部肉腫の新患症例の治療を開始していること」というものを入れたほうがよいのでは、と事務局で考えて入れさせていただきました。

非常に緩いかもしれないのですが、もっときつくしていただいても結構ですが、こういうことはいかがでしょうか。ここでは四肢軟部肉腫と書きましたが、四肢に限らず四肢体幹、もしくは軟部組織の肉腫でも構わないのですが、いかがでしょうか。

**(松本誠一委員)** 私は最初、専門施設として例えば年間 50 例とか数字の高いところ考えていたのですが、それよりも大事なのは例えば年間 5 例未満、5 例以下、そういうところの、本当に年間 1 例、2 例しかやっていない施設をなくして、そういうところの症例が専門だというところの施設に、まず第 1 段階として、数例しかやっていないところをやらないようにする、そうすると何年後かに年間 20 以上とか 30 以上の施設がふえてくると思うのです。そういうふうにするのがいいのではないかと考えています。やはりこの最低限の症例数、例えば 5 例未満はだめとか、だめというのもあれですけれども、そういうふうにして本当に 1 例、2 例しかやらない施設に、やらせないというのもよくないのかもしれないですけれども、そういうところを減らすというような動きがまず第 1 段階としてやるべきであって、それが進んでいくと今度、例えば年間 100 例以上の施設とか、そういうのが結果としてふえてきてというふうになるのではないかと考えています。

**(事務局・東)** 3 年連続してという条件はどうでしょう。5 例以上とかにしたほうがいいですか。

**(松本誠一委員)** 何例にするかはちょっとあれなんですけれども、3 年連続して 3 例でも 4 例でも 5 例以上でもそこら辺は。例えば日整会の登録票を見ても 1 例とか非常に少ないところが多いですね。だからそういうところをまず諦めさせるようなことが最初は大事ではないかと思いました。

**(川井分科会長)** 今回のこの 1 例という東先生が書かれた要件は松本先生の考えと同じだというふうに私は思うのですが、最初は高いところで切ると言っていたけれども、低い

ところを切るというか、そういうことをやめていただくというスタンス。

(上田委員) 過去3年連続してというのはいいことだと思うのです。やはりコンスタントにやっているという意味で。あとは年間何例にするか、これは地方の病院、大学病院のデータを見てみないとなかなか難しいところです。

(川井分科会長) 私も最初この意見を聞いたときに甘過ぎると思ったのです。

(上田委員) 1例はね。

(川井分科会長) と思ったんですけども、実際東先生からそのデータを、第1回目の会議で先生方にお見せしたデータですけども、それを見ると、

(事務局・東) 余りないのです。90施設ぐらいです。軟部組織で、拠点病院ですけども、年間1例以上を3年連続して新患で診ているというところは90施設ぐらいですね。

ただ、ちょっと気になるのは、これは軟部組織というのに少し乳腺とか除外されていることがあって、実際はもう少し多いかもしれないですけども、ただ、実はそんなに多くはない。恐らく日本整形外科学会の相談コーナーでリストされているのは85施設でしたか、そのぐらいと重なるぐらいか、この3年連続となると一致するぐらいではないかなというふうに思うのです。

(尾崎委員) ちょっと一つ伺いたいのですが、日本整形外科学会のホームページの相談コーナーの症例数は、川井先生が出されているあのデータからつくっているのですか？

(川井分科会長) あのデータをそのまま載せています。医者が入力したという。

(尾崎委員) だからあそこは登録にもちゃんと協力しているということですね。

(川井分科会長) はい。東先生が3年連続1例以上というのは、

(事務局・東) 拠点の院内がん登録です。

(川井分科会長) 院外がん登録のデータ。ちょっとずれていると思うんですけども。

(上田委員) そういうデータに裏打ちされた上で3年連続1例だったらとりあえずはいんですかね。土屋先生、いかがですか。緩いような気もするし。

(土屋委員) 相談コーナーは80幾つありますね。あれでも多いというふうな考え方が主流だと思うのです。だからあれをもうちょっと減らすには何例にしたらいいのかというのは。

(川井分科会長) これはとりあえず1例ですから、必要条件なので十分条件ではないので、ここを余り厳しくするとちょっと話が進まないというところはあります。

(土屋委員) 例えばこれを2例にしたら。

(川井分科会長) それでもいいと私は個人的には思います。

(土屋委員) 3例にしたら。

(川井分科会長) まだいいと思います。

(事務局・東) その計算はしていないのですが、

(上田委員) 2例だとどれぐらいの施設かというデータをお持ちですか。

(事務局・東) もとのデータはあるんですがその計算をしていないので。

(上田委員) そのデータでどっちかぐらいですかね。年間1から2になるとかなり、  
というか、まあ、まあ絞られそうですね。

(川井分科会長) 今回来ておられる先生が年間1例でとりあえず入場してもいいかどうか、  
その議論に入場してもいいのかどうか、それはちょっと幾ら何でも少ないと思っ  
たら、そこはきょうある程度の線を決めてもいいかなと思います

(土屋委員) 専務施設ですからね。客観的に見たら、ほかの科の先生とか一般の人が見  
たら、1例しか、えっ、こんなに少なくていいのかという雰囲気ですね。

(川井分科会長) そうなります。

(事務局・東) 本当に必要条件なので、これでいいわけがないというのはそれは納得い  
ただけだと思うのですがけれども、これよりもふやして例えば年間2例とか3例にすると、  
この2とか3という意味は何だろうかという話に今度は議論がなってきて、3例だと、3  
例診ていれば最低限いいのかなという議論につながるのではないかということもあるの  
です。その辺はどう考えるかということによるのですが。

(川井分科会長) この1というのは毎年コンスタントにやっているというための1だ  
というふうに理解すれば。

(上田委員) それが全国で90施設ぐらいであると。

(川井分科会長) それならこれでいってもいいかなと思います。

(武田委員) それは最終的に集約する拠点の病院の数に見合った症例数になってく  
るので、1例というのは外科の先生方の技術のトレーニングとして十分適切かどうか  
というのが内科側から見ると不安あって、集約化がこの場での議論になっているので  
あれば、内科のケモは別にどこでもできると思うのですが、技術的な手技の技術を担  
保するという目的で集約化するのであれば、もうちょっと厳し目でもいいのかとは私  
は思っています。

(事務局・東) そうすると前の議論の20でいいかという話になるのです。

(武田委員) そうなんです。

(松本光史委員) 前回の議論を覚えてないんですが、例えば特定の地方が不足するのであればその地方だけ別枠に考えるという議論はあのときは出なかったのでしょうか。

(武田委員) そうです。沖縄とか。

(上田委員) そうですね、人口当たりとかですね。

(事務局・東) 上からとるということですか。そうすると前の議論では、九州で、ここも落ちる、あそこも落ちるとやっていたわけなんですけど、九州だと2カ所ぐらいにしかなくなるという話をされていて、

(川井分科会長) この1例というのはこれから要件が幾つか出てきますから、とりあえずコンスタントにやっていることをサーティファイするための1例だというふうにとらえて先に進んでみてはどうですか。

(事務局・東) とりあえずここで。数というのはなかなか難しいですね。

次に進みます。1番が肉腫の診断ができる病理専門医、これは日本病理学会の専門医という意味ですが、それが常勤で1名以上が勤務していること。その項目としては、これは名前を出していただこうと考えています。

2番はもう肉腫専門の病理医と連携があり、連携先と連携実績を公開することというようにありますので、これが連携先の施設と連携先の病理医の先生、昨年1年間の連携件数ということアンケートでとろうと思っています。

次に3番目、これは要確認事項に入りますが、術中迅速診断ができる体制にある、その件数を公開することということで、前回の議論では迅速で肉腫の診断はするべきではないという話がありましたが、迅速病理ができる体制というのは重要だろうということでこの3番が残りました。では件数というのはどうやって数えるのかということについてはまだ少し議論が残っていました。その件数というのは、肉腫でマージンを見るための迅速をした件数を公開してもらうのか、それともほかのも入れて迅速をやっているかどうかを公開してもらうのかも伺いたいと思います。

では要確認事項2というのを最初にお伺いしたいのですが、これはどっちでしょうか。肉腫でというので件数を公開すべきなのか、全体の迅速をやっている数でいいのか、どうでしょうか。胃がんでも大腸がんでもみたいな感じです。

(川井分科会長) 東先生のご質問は、迅速診断ができる体制にあるというクエスチョンだけでいいのか、あるいは実際にそれを使って肉腫に何例応用をしているか、そこまで聞くか。

(土屋委員) 件数までは要らないような気がします。術中に1例に対して2回、3回するときもありますので、それをどうカウントするかという問題もあるから、できるということだけでよろしいような気がします。

(上田委員) サーティファイするとしたらもう肉腫だけではなくて全体に年間で迅速件数を何件といったら病理のほうでデータを持っているので、肉腫でわざわざ数え直すよりはそのほうがいいのではないですか。データがすごく不正確になります。

(川井分科会長) 金沢大学は1例で何回も迅速する病院もあるし、国立がん研究センターはほとんど迅速はしないです。術中迅速はほとんどしない。ですから件数を数えても余り意味はないと思うのです。

(上田委員) うちもたまには出しますけれども、余り使わないですね。

(川井分科会長) だから件数を数えても意味がないかなという気がします。

(土屋委員) そうですね。手術の根治療を確認ということに使っているだけで、診断がメインではありませんので、もう既に診断がついている症例についてチェックするパターンだし、「できる」でいいでしょうね。

(上田委員) 件数までは要らない。

(事務局・東) では件数は要らないということで、「できますか」「はい」で言っていたくということですね

病理のことでまた数点お伺いしたいことがあります。2番の肉腫専門の病院の連携、連携件数ですが、肉腫に関する連携の件数という意味でよろしいですか。

(川井分科会長) 小田先生、この質問と答えのオーバービューというのは、これで大体実態が把握できるか。

(小田委員) まあ大体把握できます。その病院自体に肉腫専門の病理がいる病院なわけですね？

(川井分科会長) 確かに。

(小田委員) それと、もう一つ、プラスで、いない場合はそういった連携実績がないところもあるかもしれませんね。

(川井分科会長) 確かに先生のところは連携実績ゼロになってしまいますね。

(小田委員) いい意味でゼロです。

(事務局・東) そうするとこれは変えないといけない。

(小田委員) もう少し文言を考えないといけないですね。

(中島委員) たまたまうちの大学の病理の高木教授と話していて、病理というのは1,800人ぐらいいらっしゃるのですか、専門医ですね、

(小田委員) 専門医はそうですね。実際アクティブにやっている人ですね。

(中島委員) アクティブにやっている人がいて、肉腫を含めて骨軟部肉腫専門、ほかのもやっていたらいいんですけど、骨軟部肉腫をやっていますという先生はどのぐらいいらっしゃるのかなと思って、こうやって北海道、東北とやってみたがそんなに多くはないですね、正直。

(小田委員) 2009年ぐらいに病理学会でアンケートをとったら、「はい」と、やっていますと挙げた人は2.8%です。自分で申告している人はね。

(中島委員) ということはすごく少なくて、そう考えると臨床医よりも少ないようなパーセンテージ。

(小田委員) 実質やっているのは10数名ですね。

(中島委員) ということは、その病院で診断というよりも、いわゆる2番のいかに連携していくかのほうが大切になってきているのかなと思って、だから病理診断のところを見ると書き直したほうがいいのかと思いました。

(小田委員) だから例えば国立がん研究センターのコンサルテーションシステムのようなものを利用できる体制にある、あれは誰でもできるのですが、そういうものを積極的に利用しているか、あとは病理学会のコンサルテーションシステム、そういうのであれば専門家に回ってくるのですね。肉腫だけではないですけども、リンパ腫だったらリンパ腫の先生に。

(事務局・東) そういうコンサルテーションを利用した実績も書くということですか。

(小田委員) 自分だけの殻に閉じこもっていないということ。

(事務局・東) もしかしたら連携しない場合は自分のところでやっているということを書いてもらって、外から見て、自分ところで本当にやっているというふうに見える化するだけでもいいのかなと思います。

(川井分科会長) これは医師の個人情報にも絡んでくることかもしれないですけども、私はこの氏名を出すというのはいいかと、病理の先生はどう感じられるかは別にして。例えばA総合病院の1番の答えが、常勤の先生は何とか先生と名前を書いていただいて、その先生が肉腫を診たときに、個人的につながりのある先生、肉腫専門の先生にコンサルトした。コンサルトした先の先生の名前は何か、これももしかして非常に大事な情報な



ので出していただけたらうれしいなと思います。

もう一つは、コンサルテーションシステムであれば、それもコンサルテーション、個人的に何件か聞いて、コンサルトに何件出したかというのは、そういう形のアンケートにしたらいかなと思います。

病理の先生の間でコンサルトされている先生の名前が集積されてくるのは、それを見える化するのには、患者さんにとってメリットがあるかどうかは病理のことまではわかりませんが、少なくとも肉腫の診断に携わる医者にとっては非常にありがたい情報になるというふうに思います。

**(上田委員)** 診療のスタートですね。正しい診断というのは肉腫の最も重要なポイントの一つですね。

**(小田委員)** 専門医の名前は病理学会のホームページを開いていただいたら、一応公開は、よほど変な人で、しないでくださいという人はたまにいますけれども。

**(川井分科会長)** ここで出した名前はどこまで公開されるのですか。

**(事務局・東)** 基本的には公開でいくつもりです。

**(川井分科会長)** 一般人もその病理の先生の名前がわかるということですか。

**(事務局・東)** そうですね、ここで非公開と書いているもの以外、備考の欄がありますが、非公開と書いてあるもの以外は全部公開というつもりでここには書いていたのです。ただ、余り要らないかもしれないので非公開でも構わないと思います。ただ一応こちらで持っておいて、この中で共有させていただいたりして、本当にこれでいいかなという検討はしたいとは思っています。

**(上田委員)** 細かいことですが、関西だと常勤で肉腫の専門の人はいないけれども、例えば週1回、2回、2週間に1回、非常勤で来ていただいているところは幾つか病院であるのですが、それはこの項目だとどちらにするのかなということがあるんですけれども、どう書けばいいですか。

**(小田委員)** それは連携みたいな、連携に近いですね。

**(上田委員)** 連携でいいですかね。はい。

**(事務局・東)** そうですね……。この情報を基本として、連携先、まだ連携のない場合、自分のところでやっているからいいと思う場合の書き方などを整理して、基本の情報はここで、プラスしてコンサルに出したのは病理学会に何件、がんセンターのほうに何件ということを追加していこうかと思います。

では次に行きたいと思います。放射線の診断です。放射線診断専門医が非常勤で1名以上いること、核医学検査（PET）の連携先を明確にして公開するという事で、4番、5番はそれぞれ常勤の診断の専門医の先生の名前と、PETは連携先の施設名ということを集めようと思います。この診断の専門の先生の名前を公開すべきかは私も疑問だったのですが、これは非公開でもいいのかなと思っています。この辺も含めてご意見をいただければと思います。

**（川井分科会長）** これは非公開でいいかなと思うのと、先ほどの病理と重なってきますけれども、例えばPETの連携と書くと、国立がん研究センターは自前でやってる、では連携がないということになるので、連携のところは自施設と書けば、病理もここもオーケーという形にしてしまえばどうですか。例えば九州大学のように自施設で全部完結していると言い切れる施設はそう言ってもいいと思います。

**（事務局・東）** はい。ここはそのようにします。

次は外科の手術です。6番は軟部肉腫専門とする整形外科の専門医が2名常勤でいること。これもお名前をもらいます。7番は形成外科の再建手術を行えて、再建術の件数を公開すること。これは件数を公開してもらいます。8番の手術症例そのものは39にあったので、ここでは削除しました。9番は小児の固形腫瘍を専門とする外科医と連携するという事で、これは自施設も含めて連携先と連携件数、この場合は自施設のことを考えていましたが、院内と記載すればいいというように書いています。この再建術というのも後ろの39に含めてしまったらそれでよかったかもしれないので、後で整理します。これは特に件数を何か要件にするわけではなく、公開するということになります。

**（川井分科会長）** 済みません。形成外科の先生、皮膚科の先生、これは整形外科だけになってしまいますけれども、それでも形成外科学会はオーケーということによろしいですか。形成外科はこの文脈ではあくまで再建という形で関与する文脈になってしまっていますけれども、形成外科には一応腫瘍の専門医がいるということですが、それとの整合性はどのように。

**（清澤委員）** それはお答えしかねるのですが、私どもの学会のほうでもこの件に関しては議論があって、再建手術はもちろん積極的にお手伝いさせていただきたいというのは我々の腫瘍のメンバーで皆さんは言っているのですが、腫瘍を取る方の関与も興味を示している医者が何人かいて、私どもの学会のほうはまだ理事会のほうで結論が出ていない状況でございますので、私の一存では答えられないです。この専門施設がで

きて、再建手術が必要であるということに関してはもちろん、我々も積極的に協力させていただくことは間違いがないと思います。

(上田委員) 整形外科等の専門医にすればどうですか。それではだめですか。

(川井分科会長) 先生、そこはちょっとやらないほうがいいのではないですか。一応こういう要件でつくって、その後形成外科が自前で悪性腫瘍を取って再建するという先生は省かれてしまうわけですけれども、その状況が非常にまずければまた議論いただくということに。

(清澤委員) 省かれるというのは専門医施設の中でという意味ですね？

(川井分科会長) とにかくここに入れなくなってしまう。

(清澤委員) 入りたいという先生がいます。

(川井分科会長) そういう人が非常に多かったら、

(清澤委員) 非常に多くとは言わないのですが、私どもの学会の中に腫瘍のセクションがありまして、その中では複数人が取るほうも関与したいという意見は言っておりますので、この文言がどうなのか。厳密に省くという形になるのであれば、この文言であれば、この施設にいる人は再建のみの形成外科医という形になると思うのです。そこはどうかちょっと。このメンバーは整形の先生が中心となって専門施設をつくるという会だと思っておりますので、私はあえて反対はいたしません。

(事務局・東) 補足が2点ほどあります。この資料2cの一番右の要件と書かれているところですが、これは○がついている項目とついていない項目がありまして、○がついている項目については、これが「ある」もしくは「はい」でないとこの情報公開のリストにその施設は入れないという意味になりますので、常勤の整形外科専門医が2名いない施設はこの情報公開プログラムに入らない。つまりがんセンターのホームページで、今後、全国でこの施設が四肢もしくは表在体幹の軟部肉腫を専門に扱う施設ですというのを出すときに、これを満たされない形成の先生が整形外科のいないところで取って再建を自分でされていてリストに入っていないことになるのですが、それは構わないということではよろしいですか。

(清澤委員) 構わなくはないのですが、ここで私どもが声を上げればそれで入ってくるのかどうかという問題がありますし、ここの流れからしたらそれはやっぱり言い過ぎのような気がしますので、これはこれで進めていただいても仕方ないかなというふうな認識です。多分、専門施設をつくとその大学病院の数よりも少なくなりそうですよね。

(事務局・東) そうですね、それはちょっとわからないですけども。

(清澤委員) そうなってきますと、個々の大学病院でやっている診療行為というのは多分引き続きあるのではないかと思うのです。もちろん患者さんのご希望でこの施設に行きたいということがあれば送ることになると思います。ですからこれはこれで、この会を中心としてまず意見を集約して、専門施設の概要をつくって、情報公開して患者さんが集まるというシステムをつくってよろしいかと思ひますし、6番で整形外科専門医というのは肉腫に対する知見が豊富で認められた方という意味だと思ひるので、これは先生方は外せないと思ひのです、私としては。ですからそこまで立ち入って私たちが入れるというのはちょっと難しいかなという認識です。形成外科医がそこに入る余地があるように、希望としてはございますけれども、強く主張まではしないという状況です。

(川井分科会長) 一応この要件でつくって、動いてみてということによろしいですか。

(清澤委員) はい。

(松本誠一委員) 外科系専門医というのがありますね。軟部肉腫を専門的に扱う整形外科専門医ではなくて外科系専門医とかにしておいたら？

(上田委員) さっきそう言ったので。整形外科等の外科系専門医、それはまずいと。

(松本誠一委員) そうそう。整形外科等ではなくて外科系ぐらいにしておく。

(上田委員) そうするとまたわかりにくくなるんですね。

(川井分科会長) 先生、それはウーパスオペレーションをふやしていませんか。それを減らすための方策なので。済みません。

(松本誠一委員) そうですね。了解いたしました。

(上田委員) 軟部肉腫の場合は1センチの腫瘍もあれば10センチの大きいのがあって、実臨床においては1センチ、2センチぐらいの腫瘍はここの中には余り厳密には入らないのです。だからある程度大きな腫瘍ということでしたらここで縛ってもいいかなとは思ひます。1センチ、2センチ、3センチの腫瘍はもう絶対外れますからね。

(事務局・東) これは専門性として情報公開をするというものなので、ほかでやってはいけないということではないのです。

(大西委員) 専門施設の絶対条件ではないということですね。

(事務局・東) はい。

(川井分科会長) これを見て患者さんが判断するというスタンスですね。

(尾崎委員) 9番なんですけども、これは小児の固形腫瘍を専門とするというのは、

対応できる外科医という意味で解釈していいのですか。小児外科医ということに限定しているということですか。それとも外科の先生が小児もついでに対応している施設があるのではないかと思うのですが、どんなものでしょうか。

**(細井委員代理・宮地)** 小児がんについては、小児内科医の資格として、小児血液がん専門医があります。小児外科医のほうでそれに相当するような資格というのがつくられていますけれども、人数的にはかなり限られているというのが実状ではないかと思えます。そういった方と連携されたほうがいいか、それとも小児外科医と連携で十分とするかは、この場で皆様に判断いただきたいと思います。

**(事務局・東)** それはご判断いただきたいと思いますのですが、どうでしょうか。小児外科の専門医という意味なのか、小児に対応できる外科医でも構わないのか。

**(細井委員代理・宮地)** この項目が入っている意義については、体幹表在、例えば胸壁に腫瘍があつて、そういうときに小児外科医と連携することを念頭に置いたものでしょうか。

**(土屋委員)** 何を想定しているかよくわからなかった。頼むことはないですね。

**(川井分科会長)** ないんですよ。どういう文脈で入りましたか。私もちょっと……。細井先生が何か言われたのかな。

**(小田委員)** A Y A世代の何とかかんとかというので細井先生が言われたのではなかったかな。

**(土屋委員)** ああ。細井先生かもしれない。

**(細井委員代理・宮地)** 細井の発言であれば連絡不足で申しわけないのですが、これを入れる意義について、皆様のご意見をいただければ、と思えます。

**(土屋委員)** 小児の軟部肉腫は小児外科がやっているのですか。

**(細井委員代理・宮地)** 当院では、四肢であれば整形外科の先生が手術されます。ただ、例えば体幹で胸壁に原発する場合、整形外科医と小児外科医が連携したりすることはあると思えます。当院は、小児がん専門の小児外科医がいるので連携が行いやすいということだと思います。

**(事務局・東)** 文脈としては、こういう小児の一般的な外科のできる先生ときちんと連携があったほうがいいだろうという話で、例えばポートを中心静脈に入れるとかいうことも必要になるだろうし、定常的な連携があったほうがいいでしょうという、そういう文脈だったのです。だから、何も固形腫瘍を専門とするわけではなかったのですが、この文言

として設定したのは固形腫瘍という、何らかの小児の専門家という。

(細井委員代理・宮地) 小児の症例を扱うときに、特に注意すべき点がある場合に小児外科医とも相談ができるという文脈ということで理解しました。そういう意味であれば固形腫瘍の専門家という記載は不要かと思います。必須要件にはなっていないかと思うので、小児の患者さんの家族が見て参考にできる情報ということでいいのかと思います。

(川井分科会長) 四肢体幹の軟部肉腫というのは小児外科の先生と連携というのは実際は余りないですか。

(上田委員) ほとんどないですね。

(土屋委員) たしかIVHは発注できましたね。

(川井分科会長) 小児の外科的手術に対応できる専門家と連携がとれるとかそんな形で。

(事務局・東) そうしますと、固形腫瘍を専門とするという言葉は要らないですか。

(川井分科会長) はい。

(事務局・東) 小児に対応できる外科医。

(川井分科会長) はい。

(事務局・東) そこは文言を変えます。連携先と連携実績、院内であれば院内でというので情報を集めたいと思います。

次は放射線治療です。放射線治療の先生が常勤で1名以上いらっしゃる、あと重粒子線または陽子線の治療施設との連携があることというのがついています。放射線治療が可能という条件も11番にあったのですが、これは拠点病院ならば全て可能(指定要件)ですので、省いています。これはまたお名前を書きいただくということになっています。

(中野委員代理・岡本) 名前の公開はあったほうがいいですか。

(事務局・東) どうでしょうか。なくてよければなくてもいいですけども。

(中野委員代理・岡本) メリットとしますと、名前があるとその人が専門医を持っているかということが検索すればわかるので、それぐらいのメリットかなと思うんですけども、逆に、その医者が肉腫の経験はどうかというのはわからないので、治療医がいるんだということだけがわかればいいのであれば、「いる」「いない」ぐらいでもいいのかもしれないですし、公開しても構わないと思うのですが。

(事務局・東) では名前は集めるけれども公開はしないというほうがいいですか。

(中野委員代理・岡本) あったときのメリットはその人が治療専門医を持っているかわかるといえばわかるので、専門医の要件はないんですけども、このところが検索すれば

わかるぐらいですか。なくても構わないかなという気はいたします。

(事務局・東) そうですね。先生方の医者の名前というのは個人情報かという、それを公開されたら困るのかというのはちょっと私にはよくわからないのですが、厚生労働省のホームページで名前を検索したら出てきます。全登録で出てきますから余り個人情報ではないのかもしれないと思うのですけれども。

(川井分科会長) 普通に病院のホームページにも皆さんの名前は出ていますね。

(中野委員代理・岡本) あっても構わないと思うのでとりあえず。

(事務局・東) とりあえず公開で。もし公開したくないと言われれば対応を考えてもいかなと思います。重粒子線もしくは陽子線の治療施設との連携というのはこの形で、どちらかがあればいいというふうに考えてもいいですか。はい、ではそのよういたします。

次に薬物療法、13番、肉腫の薬物療法が可能な腫瘍内科医が1名以上常勤でいるということです。これは名前を出します。小児血液がん専門医の勤務の有無を公開すること。お名前は聞きますが、なくてもいいということです。情報収集票のほうでは「連携を含む」と書いてありますけれども、これは連携していなくてもいいですか？ 連携していたほうがいい？ どちらでしょうか。

(細井委員代理・宮地) 小児の症例については、小児血液がん専門医が化学療法に関しては治療を行うべきかと思います。例えば、成育医療センターでは、小児がんの整形外科手術については、都内の他施設の整形外科との連携をとられてるようようでした。そのような場合、連携として記載いただいたほうがいいのではないかと思います。

(川井分科会長) ここで一番問題になるのは横紋筋肉腫ですね。

(細井委員代理・宮地) そうですね。横紋筋肉腫はもちろん小児血液がん専門医との連携が重要で、成人であっても化学療法や治療の全体の統括に関しては小児血液がん専門医がかかわったほうが明らかにいいなと思える症例があります。我々のところへセカンドオピニオンや成人の先生から治療方針について問い合わせが来た場合に、最初からこういった形で治療しておいたほうがよかったのと思える症例があるので、そういう意味での横紋筋肉腫においての連携というのはもちろん必要になると思います。四肢に多い骨肉腫とかユーイング肉腫においても若年の方に関しては小児血液がん専門医が化学療法をするというのがいいのかとは思いますが。

(土屋委員) 13と14をくっつけて1つにはできないですか。肉腫の薬物療法が可能な腫瘍内科医または小児血液がん専門医常勤。というのは、成人例は我々整形外科医がやっ

ていて、小児例は小児科にお願いするというような施設もあると思うのです。だからここは「または」でもいいのではないのでしょうか。

(上田委員) 現状ではそのほうが回答しやすいですね。化学療法の専門家がいます。

(土屋委員) そうですね。独立しているのは松本先生ぐらいですか。

(松本光史委員) 私自身は、ここはがん薬物療法専門医がいるので、タッチはしていたので、全部薬物療法専門医がやる必要はないと思うんですけども、患者さんの背景、状況によって、連携がとれている、腫瘍内科医が院内にいても、その医者は全く肉腫の診療に関与していないというのは、患者さんの求める情報提供にはちょっとかなっていないような気がしますので、やはりここは腫瘍内科医というか、がん薬物療法専門医というふうに明記したほうがむしろいいのではないかと思います。

(事務局・東) これは右の要件として書いたのですが、薬物療法専門医がいないと、この参加プログラムに入らない、情報公開のリストに入らないという文脈でよろしいですか。

(松本光史委員) はい。

(武田委員) 腫瘍内科医＝薬物療法専門医ではないのです。乳腺の先生でもこの資格を取っている先生はいるので、多分どこの施設でもがん拠点病院だったら都道府県全てに必ず今は1人は今はいます。

(松本光史委員) さすがにないことはないかなと思います。

(武田委員) 腫瘍内科としてしまうのではダメなので、薬物療法専門医と書いたら、内科だけではなく、そういう専門医は必ず1人以上はいる。

(松本光史委員) 後で多分出てくると思うんですけども、連携されている、いても全くタッチしていなかったら意味がないので。

(事務局・東) どうでしょうか。薬物療法専門医が携わっているということですか？

(松本光史委員) 後で、17番でTumor Boardで定常的に腫瘍内科医が参加しているというのがありますね。だからその章で問うのは薬物療法専門医が常勤にいるということではないのですか。

(事務局・東) 薬物療法専門医がいるということですか、それともタッチしているということ？

(松本光史委員) タッチしているというか、Tumor Boardで診療にかかわっているかどうかは17番で聞くのですか？ そうであればここは「がん薬物療法専門医が常勤にいる」でもいいのかなと思いますが、武田先生、どうですか。



(事務局・東) ちょっと混乱してきたのですが、外科でも薬物療法専門医の資格を取っている方はいらっしゃいますね。それは？

(武田委員) 一応全がん腫をトレーニングしているという建前があるのです。だからサルコーマの教育プログラムも一応受けているという形になるので、内科医ではなくてこれは薬物療法専門医であれば、外科医でもと先生は言っておられるし、各施設最低1人はいますので。

(川井分科会長) イメージとしては腫瘍内科のほうが広くて薬物療法専門医というのはまだ少ないというイメージはあったので、広い形で腫瘍内科医という書きぶりがあったと思うのです。先生がおっしゃるのは逆のイメージでおっしゃっている。

(武田委員) まあ、そうですね。

(松本光史委員) 武田先生がおっしゃる背景が内科医ではないがん薬物療法専門医は正直数はかなり少ないと思っていて、多くは婦人科であったり、乳腺外科の先生であったりで、その先生方は肉腫の診療に参画されている割合は結構低いかなとは。

(武田委員) ただ腫瘍内科というセクションがない大学もまだ多数あるのです。化学療法センターの医者みたいな形で、こういう標榜をしていないと外科の立場でこういうことをやっている先生もいるので、だから資格だけあるという形にしておいたほうがいいのか。専門施設として腫瘍内科と標榜していないところがあると思うのです。

(事務局・東) そうすると、ここの要件としては肉腫の薬物療法が可能な薬物療法専門医が常勤でいるということですか。薬物療法専門医であれば肉腫は可能だということ、

(武田委員) そうです。最初の文言は要らない。肉腫の薬物療法は、

(事務局・東) 何もなく薬物療法専門医と。

(武田委員) はい、それで一応教育されているという形です。

(上田委員) 今回の肉腫の専門治療ができるという言葉があったほうが良いと思います。しているかどうかは別にして、できるというのがやはりあったほうが良いと思います。

(松本光史委員) 多分そこは検証したりはしないと思いますけれども、やはり肉腫は診ますよという薬物療法専門医を問うたほうが良いと思います。

(上田委員) そのほうが良いですね。

(事務局・東) では表現としては、肉腫の薬物療法が可能な薬物療法専門医がいるということですね。

(松本光史委員) がん薬物療法専門医。例えば上で挙げられている整形外科専門医とか、

放射線診断専門医とか、病理専門医とか、特定を標榜する専門医をイメージされていますね。

(事務局・東) はい。

(松本光史委員) そうであれば、腫瘍内科も薬物療法専門医というふうに定義したほうがいいのではないですかという趣旨です。

(事務局・東) わかりました。

(土屋委員) その方たちがどれぐらいの数全国にいるのかを知りたいですね。

(武田委員) 1,200 ぐらいいると思うので、各都道府県大体 30 人ぐらいはいると思います。

(川井分科会長) 今の質問が多分正直なところだと思うのですが、整形外科だけで化学療法が完結している、だけど先生のところみたいに日本で有数の施設もある、そこでは全く薬物療法専門医の先生とはいま一つディスコネクションがある。施設によってさまざまなコネクションだと思うのです。どちらがいい、悪いという問題ではないですけども、それを全部一言で言うとなると、薬物療法を行うことができる先生がおっしゃるがん薬物療法専門医がいると、その先生が全部やりなさいという踏み込み過ぎだと思うので、いらっしゃるということでどうか。

(土屋委員) 相談する人がいるくらいですね。

(川井分科会長) 金沢大学は絶対いらっしゃいますから。

(土屋委員) いると思うけれども、実際には関与していないわけですね。

(川井分科会長) そうなんです。そういう施設もたくさんあると思うので、今の書きぶりとしては私が今言ったことでどうかと思います。

(土屋委員) 13 番のところでは肉腫を外すわけですね。あっ、肉腫は外れるのですか？

(川井分科会長) 入れる。腫瘍内科医を薬物療法専門医に変える。

(事務局・東) 肉腫は入れます。が、今のご意見は、肉腫の薬物療法が可能なのということをやめるということですか？

(松本光史委員) 要りませんかという。

(事務局・東) こちらでは入れましょうという話だったのですが、お名前が出てしまいますけれどもいいですか。

(上田委員) いいんじゃないですか。

(松本光史委員) 多分名前を出すときに肉腫に対応しますか、「Yes」or「No」という

のは、それは両方ないと意味がないのですね。

(事務局・東) 名前を出しときに肉腫に対応しますか、「Yes」or「No」ですか。

(松本光史委員) 肉腫に対応をしますと手を挙げている人の名前を出すのが患者さんにとって意味があるのではないかということなので、それは多分公開でいいと思うのですが、薬物療法専門医の名前自体は学会のホームページに公開されていますので。

(事務局・東) それはそんな感じで。

(上田委員) 土屋先生が言われたように、13と14は一緒にするのが現行では好ましいかと思えますけれどもね。and orで。

(土屋委員) 好ましいような気がしますね。それで一気に公開できる施設の数がかくっとなるか、本当の集約化が起こったりして。可能性があると思うのです。数がどうなるかちょっとわからないです。いるのはいると思うのです。

(上田委員) がん診療連携拠点病院なら。がん薬物療法医は絶対いますよ。

(土屋委員) 肉腫に特化しているかというと、

(上田委員) 特化していなくてもいい。「できる」ですから。

(土屋委員) できることはできるでしょうね。相談はしますからね。

(事務局・東) では、肉腫の薬物療法のできる、可能な、ここに書いてあることはそのまま、肉腫の薬物療法が可能な薬物療法専門医が常勤にいるという。そしてお名前を出して、どこまで関与しているかは少し目をつぶるというか、必要に応じて聞く体制があるということを確認するというでいいですか。

(上田委員) はい。

(松本光史委員) 多分それ以上は検証ができないですね。公開した後できるのならやりますけれども、現状それは無理だと思います。

(事務局・東) 小児については小児でちょっと別に行かせてもらって、これは情報公開になりますが、小児血液がん専門医との連携があると。これは院内ではなくてもよくて、院外なら院外で連携をしている、そして連携件数を書く、公開する。これでよろしいでしょうか。では現行の13番を少し変えて14番はそのままで。

次に15の化学療法のレジメン登録があるのですが、これは拠点病院では100%あると出ているので要らないかなと思いましたが。それか、逆に電子化されているというところちょっと100%ではなかったりするんですが、されていない登録というのはあるみたいですが。そういうものはここに入れる必要はないですか。ではレジメン登録があるかどうかは消します。

外来化学療法室があるというのは、これはデータがないんですが、普通はあるのではないかと思いますので。

(厚労省・清住) 拠点病院の必須要件になっています。

(事務局・東) では15番は、なしです。

16番はちょっと難しいのですが、薬物療法について標準治療を提供しており、標準治療でない薬物療法を提供している場合は全例臨床試験として施行、またその成績を公開していることという要件をいただいたのですが、どうやって検証を公開しようかという問題があります。これが要確認事項3につながります。

(川井分科会長) 非常に厳しいが正しい言葉だと思うのですが、それでは標準治療のどこまでを標準治療だとするのだということになります。お名前を挙げて悪いのですが、これは松本先生でしたか、どなたかが出されたのですか。

(松本光史委員) 多分このまま要件に「Yes」「No」にしてくださいとは申し上げていないのです。

(川井分科会長) これはなかなか厳しいというか。

(松本光史委員) はい。要は、投与量や投与間隔がオリジナルと著しく異なるような治療がされないようにということだったと認識していますので、あとは本当にエビデンスがないような投与方法とかを通常やっている施設とかがここに入ってくるのはよろしくないのではないかと思いますので、通常どんなレジメンをされているのか。

(川井分科会長) そのとおりだと思うのです。この言葉を全部やると、では標準治療でないものを全部臨床試験としてやっていますかと言われると、がんセンターもYesとはさすがにも言えなくなってしまうので、

(松本光史委員) だから、16は全部消すというのはあれですけども、「標準治療でない」以下は多分要件として検証可能で、公開するということにはなじまないような気がします。

(川井分科会長) 「肉腫薬物療法について標準治療を提供している」。

(松本光史委員) 例えばレジメンを公開可能である。

(事務局・東) レジメン自体、登録されているとしたら、それをもらってくるというか集めるということは可能な感じですか。公開でもいいんですけども、公開とすると……。

(松本光史委員) 電子カルテにレジメン登録は全施設されていると思っていたので、されてない施設はあれですけども、されていればExcelファイルはあるので、電子カルテ

を送るだけなんです。

(事務局・東) それは集めると大変なことになりますか？

(松本光史委員) なりますかね？

(事務局・東) 公開でもいいんですが、レジメンを公開している施設はほとんどないですね。

(川井分科会長) ちょっとそれはなかなか難しい。肉腫薬物療法についてガイドラインに基づいた標準治療を提供しているという、そこまでではないですかね。

(事務局・東) それでいいですか。

(川井分科会長) それを書いておくだけで、全然違うことをやっている人はあれ？ と思いますよ。先生の気持ちはよくわかる。

(厚労省・清住) レジメンについても一応拠点病院の現況報告書で、

(尾崎委員) 肉腫の薬物療法についてガイドラインはつくっておられますか。

(川井分科会長) ガイドラインは2012年度版のあれしかないですね。ミニマムリクアイヤメントはそこだということです。

(土屋委員) あれだとすると結局あらゆる施設が同じレジメンですね。だから2つぐらいしか並んでいない。

(川井分科会長) 全ての施設を念頭に起きながらそこまでして、

(土屋委員) 我々はそれしかないんです。一緒です。

(川井分科会長) だから、ガイドラインに基づいた標準治療を提供している、そこからどれだけ外れるかは患者さんの状態を見ながら外れる、それが臨床家だと思うので、

(土屋委員) 難しい話ですが、指すのは標準治療は何かというところですね。今発表したけれども、ガイドラインに載っていてもできない治療があるんですから。

(事務局・東) それは保険の話ですか。

(土屋委員) いや、日本整形外科学会がつくっている軟部肉腫の治療のガイドラインがあるのですが、そこに載っている化学療法のレジメンは保険で認められていないので基本的にはできないのです。そういうものもガイドラインにはいっぱい入っているわけです。外国のレジメンとか。だからガイドラインにはないほうがいいのかもかもしれません。どうですか。

(川井分科会長) では「標準治療から余りにも逸脱した化学療法はしない」、「○」。

(土屋委員) いや薬物療法について標準治療を提供しているだけでいいのではないです

か。標準治療が何か、

(川井分科会長) まあ、それはそうです。

(尾崎委員) あのとときのガイドラインは5～6年前の前のものだからインフォームド・コンセントのことしか書いていない。家族がん乳がんが何だとかあんなものは全部ないです。

(土屋委員) そうか。今からつくるものには入るけれども。

(尾崎委員) ええ。ですからガイドラインという言葉はちょっと。

(厚労省・清住) レジメンは拠点病院については公開されています。院内で登録されているレジメンというのは現況報告書にリストで書いてもらって、それはPDFでがん情報サービスより公開されます。

(事務局・東) わかりました。それはちょっと見ていなかったです。

(厚労省・清住) 一種の情報提供です。

(事務局・東) とりあえず現在やっている中では余り検証できないだろうということで、標準的な化学療法を行っているという選手宣誓みたいな感じにして、今後、松本先生の頭の中にある、余りやっていない施設が入るといってきたらちょっと考えるという形をとりますか。それには提出されている登録レジメンをもうちょっと見てどうするかを検討させていただきます。ここは、やっていますか、「はい」「いいえ」ということでまとめさせていただきます。

(尾崎委員) 13番と文言をそろえるなら、「肉腫の薬物療法」ですね。「肉腫、薬物療法」になっている。

(事務局・東) 「肉腫の薬物療法」ですね。

16番が終わって、要確認事項3も終わりです。

17番、肉腫に関するTumor Boardの月1回以上の開催があり、外科医・腫瘍内科医・放射線治療医が定常的に参加、必要に応じて病理医の参加実績があることということで、これは「はい」「いいえ」でとるしかないのですが、基本的に、拠点病院ですと現況報告でどんなTumor Boardをやったのか、誰が参加したのかということはデータとしてとっていますので、そこで確認もしようかとは思っています。

(細井委員代理・宮地) これは先ほどの議論かもしれませんが、腫瘍内科医という言葉でいいのでしょうか。

(事務局・東) これは薬物療法専門医にするということですね。

(細井委員代理・宮地) そうですね、我々は小児の腫瘍内科医として Tumor Board に参加するんですが、整形外科の四肢軟部肉腫の Tumor Board で実際に腫瘍内科医がどれぐらい参加されているのか、実態としてどうなのかと思いました。

(上田委員) 原則としては入るべきですが、症例数がないときに出てきてもらうのは難しいので、そういうときは欠席というのはあると思いますけれども、原則は参加でいいのではないですか。

(川井分科会長) 地方の大学病院では、内科参加ではなく、整形外科と病理だけでやっているところが結構に実態として多いと私は思っているのです。

(上田委員) こういう要件があると、常に月 1 回出欠をとるように参加と皆さんは思われるのですけれども、そうではなくて、関係のある人は全部入って、あるときはもちろん来るし、ないときは欠席、そういうことは現実には十分あると思います。全然自分は関係ないのに必ずそこに出るといのはナンセンスではないですか。海外ではそうだと思いますけど。

(尾崎委員) かつちり書いてしまったら厳しくはないですか。定期的なとか、いい加減ですかね。

(川井分科会長) 実際この 17 番は実態とはちょっと違うかなと私は予想しています。でもこれを書くことによってこちらの方向に行くのはいいことだと思います。

(事務局・東) 定期的にすると年 1 回でも定期的になるので。月 1 回が少し厳しいようなら、2 カ月とか 3 カ月とかでしょうか。

(土屋委員) 2 カ月に 1 回でしょうか。

(事務局・東) 腫瘍内科とか薬物療法専門医の定常的な参加というのはやめますか。

(武田委員) 私ははっきりしたほうがいいです。多職種とかいう文言ではだめですか。

(上田委員) さっきも言ったように、こういうものを書くときはできるだけ具体的に書くほうがいいですよ。実際にやっているときは、今、言ったように関係ない人が抜けていてもそれはオーケーだというのが大体の実際の運用だと私は理解しています。海外とかを見ていてもそうです。そんなに要件に、きっちり出ないとだめというそのものではないわけですよ。でも書くときは、余りぼやかすよりはやはり具体的に書いておいたほうがいいと思います。

(事務局・東) 検証はできないので、これもまた「はい」「いいえ」になりますが、その辺はどうでしょうか。「はい」「いいえ」でよしとして、月 1 回でいいですか、これは 2 カ

月に1回？

(上田委員) 努力目標としてこれでいいのではないですか。

(事務局・東) 要件になっているので。

(上田委員) そのときに要件だからといって月1回集まろうというようなことは意味がないのですよ。だけど要件としてはいいと思いますけれども。

(事務局・東) 何か、ざる要件になってしまうので、それなら要件を外してしまってもいいかなと思います。

(上田委員) 挙げるだけ挙げて。

(事務局・東) では要件ではなくて、これをやっているかどうかを聞いて、それを公開するというふうにさせてください。

18の緩和ケアチームがいること、これも拠点病院の要件ですので省きます。

19、リハビリチームが常駐している。リハビリテーション専門医と理学療法士、作業療法士が全て常勤でいること。ということで、名前は公開はしない方向で考えていました。

(川井分科会長) いいと思います。

(事務局・東) 次、20番ですが、MSW・臨床心理士・精神科医が全て常勤で1名存在するという要件です。これは私は「はい」「いいえ」にしてしまったのですが、同じようにMSW・臨床心理士・精神科医と名前を聞いてやったほうがよろしいでしょうか。

(松本光史委員) 全員1人以上常勤でいないと要件を満たさない？

(事務局・東) この書きぶりだと、

(松本光史委員) ああ、要件にはなっていないのですね。

(事務局・東) はい。いるかどうかを公開するということです。

(川井分科会長) 名前は要らないのではないですか。

(事務局・東) では、「いるかどうか」「います」でいいですか。

(松本光史委員) これは誰か一人欠けていたら「いいえ」になるんですか？

(事務局・東) このままの表現だとそうなりますが、そうじゃなくすることも可能です。

(松本光史委員) その下の全診療科はおのおのなのに、何でこれだけワンセットなのか。

(事務局・東) それは変えてもいいと思います。

(事務局・東) 3行に分けて「ある」「なし」、それで公開すればいいですか。精神科医はたしか要件でしたか？

(厚労省・清住) 非常勤でもいい。



(事務局・東) はい。分けます。では 20 番はそれぞれに「ある」「なし」を出します。

次に行きます。19 基本診療科、基本領域全診療科の有無を公開するというので、上に内科・整形外科・病理・放射線科・麻酔科・形成外科・リハビリテーション科がありますので省いて、臨床検査科というのを入れるべきか迷ったのですが、それも省いた上で、それぞれ残りの 11 診療科を「ある」「なし」と書かれています。これでよろしいですか。臨床検査科も入れたほうがいいですか？

(上田委員) どちらでもいいです。

(事務局・東) ではこのままにします。

次は。研究関連です。21 番、手術検体の凍結保管が可能かどうかを「はい」「いいえ」で公開するという事です。前回の議論では、可能であるべきだという議論もあったのですが、必ずしも必要なわけではないでしょうということで公開し、あったほうが望ましいというふうに注釈をつけることになっています。では 22 番、ちょっと言葉が違います。治験、臨床試験が施行可能であり、その状況を公開することとありますが、往々にしてその治験は企業秘密だったりして余り公開したくないというようなことも聞くんですが、そのあたりはどうしたらいいでしょうか。ここは自由記載で実施状況を聞くようにしようかと事務局では考えたのですが、ほかにもっといい案があれば伺いたいと思います。

(上田委員) 実施中の臨床試験・治験の件数を書くようにしたらどうですか。具体的なこと書かずに、今、走っている参加したものの件数を入れる。0 だったら 0 だし。

(事務局・東) I 相何件、II 相何件、III 相何件という。肉腫を対象としたということでいいですか。

(上田委員) はい。

(松本光史委員) その場合は必ずしも四肢に限らなくてもいいですね。

(上田委員) そうですね。含んでいけばね。

(事務局・東) 四肢が絡むですね。

(尾崎委員) こういう書き方をしたら、腫瘍以外のことも書かれてくる可能性がありますね。

(川井分科会長) 肉腫に関するですか。

(尾崎委員) 悪性腫瘍に関するとか何か。

(事務局・東) I 相で肉腫以外にも全部を含めた対象ということですか。

(尾崎委員) 書く方もいらっしゃるのではないですか。

(事務局・東) なるほど。

(川井分科会長) 肉腫に関するというのは必要ではないですか。

(事務局・東) では肉腫患者が入れるというのではだめですか。それとも肉腫にも限定したほうがいいですか。

(松本光史委員) 肉腫に対するとされたいかがでしょうか。肉腫患者が入れるとすると、支持療法の治験とかも全部ありということになるので、ちょっとぼけませんか。

(事務局・東) 支持療法とかは含まない。要するに抗がん治療の治験ということ。検査は含まないということですか。

(上田委員) そうですね。

(事務局・東) では、検査は含まないで、肉腫に対する治験。

(川井分科会長) 肉腫に対する治験あるいは臨床試験に参加可能、過去3年間で何件参加したか。

(事務局・東) 過去3年間のほうがいいですか。過去何年間というのはありますか。あるいは現在走っているもの。(上田委員) 過去3年間とすれば現在やっているものも入りますね。今から3年以内の範囲で何件やっているか、やったか。

(松本光史委員) 参加した患者さんの人数を問うとされていますか。それともやった試験ですか。

(川井分科会長) 本当はそれは分けたいと思いますが、今考えてるのは、臨床試験というとJCOG33施設は多分無条件で入ってしまう。治験をしているのは10施設ぐらいですけども、そこはわざわざ分けて書く必要はないかと思います。治験あるいは臨床試験に参加したという実績、参加できるという体制ではないでしょうか。

(松本光史委員) 同感です。試験の本数のほうは特に患者さんの人数を年度で数えるのは結構大変だと思います。

(上田委員) 。大変というほど多くはないですけども、大変ですね。

(事務局・東) 試験の本数でいいと思うのです。

(川井分科会長) 新しい治験はないですかと患者会から必ず聞かれるので、臨床試験、JCOGのとは違う新しい治験はありますかというので、そこは分けるとしたら臨床試験何件、治験何件と書くのはそんなに負担ではない。

(松本光史委員) 私も先生がおっしゃるとおり入れていますけれども、治験 紹介した

というものを入れてもいいように思うのですが。

(川井分科会長) なるほど。

(上田委員) 他施設への紹介。

(松本光史委員) はい。その病院に通院した患者さんが自施設もしくは他施設で、自施設と他施設を分ければ良いと思うので。

(事務局・東) この項目のもとの意味は、そこでその試験ができるという意味だったと思うのです。変えてもいいと思いますが、どうでしょうか。ちょっと意味が変わるなど思って聞いていたのですが。

(川井分科会長) 確かに紹介してくれる施設は大事だと思いますけれども、もとの形でいいのではないですか。その施設できるということで。

(事務局・東) その施設でできる。ではその施設で過去3年間に、

(川井分科会長) 何年かというのは、過去1年間でもいいですけれども。

(事務局・東) 実施した？

(川井分科会長) 治験はこの先ない年も出てくる可能性はあるので、過去3年間に貴施設で行った臨床試験、貴施設が参加した肉腫の臨床試験は何本、治験何本、それでどうですか。

(事務局・東) どの段階のというのは数えられるのですか。

(川井分科会長) 第Ⅰ相から第Ⅲ相ですか。

(事務局・東) 第Ⅰ相、第Ⅲ相もいいんですけれども、患者のリクルートの段階なのか、実際に治療している段階なのか、フォローアップの段階なのか、そこは数え方の統一というのはできるのですか。

(川井分科会長) 難しいですね。そこはちょっとぼやっとなります。

(松本光史委員) その試験が進行中といえ、IRBで承認されてから終了届を出すまでですね。それも全部カウントされたらいいのではないですか。

(事務局・東) 今のフェーズは全部カウントということですね。ではそういう意味だというふうに解説をつけます。要するに一番広いカウントの仕方ですね。

(川井分科会長) そして臨床試験と治験を分けて件数を出す。

(事務局・東) はい。それで第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相も分けるのですか。

(川井分科会長) いや、そこまではしてもいいけれども、しなくてもいいのではないですか。

(土屋委員) 細かいと大変なんじゃないですか。

(松本光史委員) 肉腫のⅠ相をやっている施設というのはめっちゃくちゃ少ないかもしれません。

(川井分科会長) 多分2施設ぐらい。

(事務局・東) そこはもう分けない。では第Ⅰ相から第Ⅲ相までで臨床試験なのか治験なのかを分けて件数を書く。

23番です。肉腫に関する掲載論文が年に1編以上あるということで、過去1年に出た、もしくはアクセプトされた論文の、これはPMIDとか何かサイテーションを一つ出して、もらおうかと思っていますが、アクセプトされていないものはPMIDはつかないですね。論文そのもののタイトルを書いてもらおうと思います。24番は、骨軟部肉腫(肉腫)専門学会や研究会(JMOG、CTOS、ISOLS)などに所属している医師が1名いるかを条件にする。医師を公開することと書いていますが、名前を公開するという意味合いか、そういう人がいることを名前をもって確認をすればいいか。あと研究会の範囲をどうするのかという問題はあります。

(尾崎委員) 日本癌治療学会とかは立てなくてもいいですか。

(事務局・東) 癌治療学会に所属していたらそれでいいという。

(尾崎委員) ちょっと広過ぎますけどね。

(上田委員) 広過ぎると思いますね。肉腫専門の学会にすべきだと思います。

(小田委員) どちらかという治療のほうですね。診断という問題もあるんです。放射線科と病理とかもありますので。

(事務局・東) 1名いるかを聞いているので、多分治療なんだろうなど。

(川井分科会長) 結構範囲が。

(事務局・東) そうすると肉腫の専門学会の範囲というのはどうでしょうか。

(上田委員) これを条件に挙げたのは私だと思うんですけども、サルコーマアライアンスという米国の肉腫専門医あるいは肉腫の専門施設を決める要件の一つにこれが書いてあって、ただ、そこにもどの学会を具体的にスペシファイはしてなくて、例えばCTOSとか何とかなどというふうにしていただけで、そんなに厳格に決めている要件ではないのです。

だから1名の先生と、どの学会に入っているかを書いて、余りこれは関係ないだろうというのだけチェックするようにして、実名で出してもらえればいいんじゃないですか。

(事務局・東) お名前は公開するということですか。

(上田委員) どちらでもいいと思います。

(武田委員) 6番とかなりオーバーラップするのではないですか。軟部肉腫の専門医や整形外科専門医が基本はどこかに所属しているという前提ではないですか。

(上田委員) 専門とする整形外科というのはこれ自身が非常に曖昧な概念なので、そのうちの具体的な要件の一つがこの専門学会に入っているということ、学会、研究会に入っているということで、こっちのほうが具体的なんです。6番のほうは非常に、ざっくりした言葉で、何を以て専門としているのかということが書かれていないのでね。何となくはわかるんですけども。

(事務局・東) これのお名前を公開するということは、代替案としてはそれぞれJMOG、CTOS、ISOLSの会員がいますか、「はい」「いいえ」でもいいと思うんですけども。

(事務局・東) その場合、この3つでいいですか。

(土屋委員) この括弧の中に入れる研究会とか学会をどこにするかが問題ですね。

(上田委員) 「など」とかを変えておけばいいのではないですか。

(土屋委員) ほかにAPMSはいいですか。

(上田委員) そうですね。入れておいていいでしょうね。

(土屋委員) アジアパシフィックにもあるんですよ。APMSTSだったかな。

(上田委員) APMSTSです。でもあの学会はメンバーシップが非常に緩いですからね。

(川井分科会長) みんなが一致して専門家と認めるのはこの3つぐらいにしておいたらどうですか。将来また変わることはあると思いますけれども。

(上田委員) やっている人はこの3つのどれかには大抵入っている。

(事務局・東) 名前を聞いた上で、JMOG、CTOS、ISOLS、それぞれ「はい」「いいえ」？

(川井分科会長) それでいいと思います。入っている人がいる。

(事務局・東) 入っている人がいる。「はい」「いいえ」、……。ではこの3つということで。これは要件ではないので情報公開です。

25番ですが、以下の施設の有無について情報公開です。細胞培養、生細胞分析、フローサイトメトリー、共焦点顕微鏡、透過型電子顕微鏡、染色体検査、26番に動物実験施設。

(土屋委員) きついなあ。

(川井分科会長) これは要件ではないですからね。情報公開ですから。

(武田委員) 情報公開も要らないのではないですか。

(事務局・東) どこまでが要らないですか。

(武田委員) ツーモをフローズンにできるというのがマンドトリーであって、実験的なこういうふうなのは要らないと思います。

(事務局・東) ではこれは全部要らないですか。

(武田委員) 私の意見としては要らないかなと思います。

(川井分科会長) 小田先生、いかがですか。フローサイトメトリー、染色体検査はここで入れてもいいような気がしますけど。

(武田委員) F I S Hとかは外注ですからね。ある程度自施設で必須とする必要はないと思います。

(事務局・東) これは研究ができるかという意味の質問だと思うのですが。

(小田委員) ざっくりと臨床研究センターみたいなものがあるかないか。そんなものではだめですか。臨床検査部、大きな病院、国立病院機構とか結構大きな病院だとそういうものがありますね。臨床の研究をしているという。

(事務局・東) そのあたりは治験や臨床試験がかぶってくるのではないかと思うのですが、けれども、これは割と専門的な基礎生物学的な、

(小田委員) そんなのを挙げていたら切りがないような気がします。

(川井分科会長) 小田先生がおっしゃるのもいいような気がします。それは治験と違うものだと思います。

(小田委員) いわゆるバイオロジーの研究施設を兼ね備えているみたいな、そういう。

(細井委員代理・宮地) トランスレーショナルリサーチを推進しているとかかそういった言葉ではどうですか。このよう設備を羅列されるよりは、臨床検体を使用した基礎研究、臨床研究を積極的にしていることがよいのではないのでしょうか。

(小田委員) 基礎研究を実施できる施設が、設備があるという。

(川井分科会長) トランスレーショナルリサーチ実施施設があるか、ないか。それでいいような気がします。

(事務局・東) 同じ施設で基礎研究を実施しているのでよろしいですか。

(川井分科会長) それでいいです。

(土屋委員) 実施しているかどうかですよね。肉腫に関する。

(事務局・東) では「ある」「なし」で。「はい」「いいえ」。これは要件ではなく情報公開ということですね。

次にきます。27番です、院外連携・教育・診療連携関連ですが、27番は外部に対して若手と書いていますが若手に限らないかもしれませんので、外部に対して手術のトレーニングプログラムがある。これは公募ベースとしたトレーニングプログラムがある。要件ではないですがあるかないかを答えていただく。ある場合は、このホームページ(URL)を答えていただこうと思ったのですが、そこまでは必要ないですか。

(川井分科会長) ホームページか連絡先ですね。メールアドレスということもあると思うのですが。それはいいと思います。

(事務局・東) では連絡先を加えていきます。

次に定期的な院外合同のカンファレンスを行い、実績を公開することということで、定期的な開催があるかないかと頻度でよろしいでしょうか。

では次に新規症例に関しては初診から治療開始までの平均日数を公開すること。もともとのオリジナルでは、遅延する場合や治療が開始できない場合には紹介するということを書いてあって、どうしたものかと思っていたのです。そうすると35とつながりますか。35は初診から診断の確定、治療開始までの日数を公開することと書いてあるんですが。

(川井分科会長) それでいいのではないですか。

それはもうなしということで。

(事務局・東) はい、それでは29は、なしです。

30番、進行例は拒まない。

(川井分科会長) それは赤字にしてもいいぐらいですね。

(事務局・東) これは以前、4期の症例数と再発初診症例の症例数を公開すれば、その施設はそういうふうに行進例・再発例を断っているのではないということがわかるのでは、という議論があったと思うので、この情報収集票のほうは、過去1年とか平成27年の四肢軟部肉腫4期の症例数、再発初診の症例数が書いてあるのですが、それでよろしいでしょうか。ではそのようにさせていただきます。

31番、退院例のフォローアップ体制については説明を公開すること。退院後のフォローアップ体制は、恐らく患者さんも気になるのではと思うのですが、これをどうやって公開するのかについては、私はなかなかアイデアがなくってこれという項目にしていけないの

ですが、これはいかがでしょうか。一つのやり方としては自由記載にしてしまう。

(上田委員) それでいいのではないですか。

(事務局・東) それで、メッセージみたいな形で書いてもらう。いかがでしょうか、患者代表の方。

(大西委員) あるいは相談支援センターとか患者サロンとかに紹介できるような仕組みがあるかとか、ちょっと違いますか。

(川井分科会長) 20番で簡単に出てきてしまっているんですけども。

(事務局・東) 相談支援センターは基本的には拠点病院には全部ありますので、患者サロンへの紹介というのは病院に任されているところがあるかもしれないですが。

(押田委員) いろいろなカードがあると思いますので、自由記載のほうがいろいろと書いていただけるのではないかと思います。

(事務局・東) ではここは自由記載で、枠はもう少し広げて。

次です。32番、33番、34番と赤字が続いていますが、初診時に必要な検査が全てできること、肉腫に必要なことが一つの病院で全てできること、治療中に発生し得るさまざまな合併症にも対応できることということで、これはどうやって聞いたらいいのかがわからなくて、そのまま書いてあります。

(押田委員) これは私から出させていただいた項目だと思うんですけども、これは専門施設というものの検討していただくに当たって、患者としてのこういう病院であってほしいという要望という形で挙げさせていただいた項目でありまして、この中に項目立てしていただく必要はないと思っております。今まで決められてきた項目でフォローされているところはあると思います。

(川井分科会長) この3つを挙げるかは別として、32と33は一つ、34の合併症は一つ重要なところという気がするので、書いておいてもいいかなという気はしました。

(事務局・東) 確かに合併症に対応できるというのは気になるところですが、できないとはしないでしょう。

(川井分科会長) できますとみんな言うから、質問の意味はそもそもその時点でなくなりますけど。

(土屋委員) そうなんです。絶対しないといけませんものね。

(武田委員) 24時間対応は可能だと、救急対応をしているというのをどこかで文言として入れたら、それで一応ケモ中の人とかもそれを全部フォローするというふうにしたらど



うですか。

(川井分科会長) 確かに救急対応できる。

(事務局・東) 病院であれば救急対応できることはもう病院の要件ではないですか。なので、絶対できないとは言わないですね。当直はいるという。

(松本誠一委員) さまざまな合併症という中に例えば我々の病院なんかは心疾患のある人とかはできないですが、そういう人だったらうちではもうできないということになってしまうのです。だからもともと心臓の悪い方だったら、そういうところで心臓にも対応するところを選ばれたほうが無駄がないのではないかというところはあると思います。ですから患者さんに提供する情報としては、自由記載でも何でもこういうものがあつたほうが本当はいいのではないかという気がいたします。専門病院ならではの弱点というものもあるものですから、だからやはりそういうところの情報はやはり患者さんにちゃんと提供しておくというのがいいのではないかという私は思います。

(松本光史委員) 他院に紹介するケースを書いていただくというのはどうですか。維持透析の方は他院に紹介していますとか。自由記載で。

(武田委員) ああ、自由記載にしてもらえばいいです。

(事務局・東) それは対応不可能な合併症、併存症を列記するということですか。

(松本光史委員) 可能、不可能と言ってしまうとまた難しくなるので、重症心疾患の人はよその病院にお願いしているケースが多いとか。どういう患者さんが他院に紹介されている対象になるか。

(川井分科会長) 貴院で肉腫の診療をするときに問題となるのはどのような状況でしょうか。自由記載。

(事務局・東) 貴院で肉腫の診療をするときに問題となるのは状況はどのようなものでしょうか。ご自由に、

(川井分科会長) 貴院のウィークポイントは何でしょうか。それはちょっとやり過ぎですね。がん研とがんセンターはウィークポイントが重なりますけれども。

(事務局・東) そういうことを自由記載するという。

(松本光史委員) 他院紹介になる可能性の高い合併症をお書きください。

(事務局・東) ではもう少しスペシフィックに、他院紹介となる可能性が高いということですか。それを自由記載にするということですね。

32、33は削除ということにさせていただきます。

次に、上記以外の情報公開、初診～確定診断～治療開始の日数を公表するということがありますが、これはかなり難しいのではないかと思います。

(川井分科会長) これは各施設で調べて、それを平均して、ここに自己申告で書くのですか。

(事務局・東) はい。

(川井分科会長) そのあたりはすごい性善説に基づかないとなかなか厳しいですね。

(事務局・東) これはかなり中央で見るのはしんどいですね。既存のデータでは初診がいつなのかはわかるかもしれませんが、でも本当にそのがんで初診したのはいつなのかはわかりづらいですね。では確定診断はいつついたのかというと、病理のレポートの日ですか。がん登録は違う定義で、検査をした日ということでやっています。

(川井分科会長) これはたしか松本先生が早くするためにされた。

(松本誠一委員) そうなんですね。実際にこれを調べようとすると結構。土屋先生が年初から何例かでやってみようとかいうので意見を述べられて、自分もやってみたら結構大変だと思って。

(土屋委員) 大変ですよ。

(松本誠一委員) だから非常にデータのばらつきが大きくなってしまいますね。(上田委員) 診断確定というのは仮の診断確定した日か、最終診断で訂正したものかで結構1カ月ぐらいずれたりしますからね。それでもその間に介入治療した後ということもありますし、ケース、ケースでかなり違っている。このデータは危険ですね。

(松本誠一委員) 客観的なデータになりにくいからね。

(尾崎委員) すぐやらなければいけない症例と、割と、スローグヘッドが濃くて、どうしようかな、高齢者で。

(松本誠一委員) そういうものもあります。

(川井分科会長) そういう状況がわかった上で、きょうの患者さんのアンケートにもあったように、初診から診断まですごく時間がかかった。それをなくすためにはここはどう書いたらいいのか。

(上田委員) やはり初診から治療開始ですかね。それだったらきっちり日にちは出ますものね。手術にしる、化学療法の開始にしる。そのときにはある程度診断がついているわけですから、治療開始するときに。

(川井分科会長) 方針がちゃんと決まっているわけですからね。

(上田委員) そっちのほうがきちんとしたデータになると思うのです。診断の決定というのは肉腫の場合は定義がすごく難しいです。

(事務局・東) それは初診から治療開始というところを出していただくことにして、平均でいいですか？ 平均？ 中央値？

(川井分科会長) とるのは全例ですか。

(武田委員) この問題というのは、肉腫の病理医がいないためにいろいろなところへ行くことで初回治療もおくれるということだったと思うので、条件としては必須に病理医が常勤にいるとしているのでそれはかなり解消されるのではないかと。

(上田委員) 現時点ですか。

(武田委員) そう、そうなるんです。

それであればあえて日数をとらなくてもいいかなと思うのです。

(上田委員) 我々はそうなんですが、患者さんの側からいくとどうかですね。

(武田委員) 堂々めぐりがなくなるので。

(事務局・東) これは中央でできるかどうかはわかりませんが、集められたら集めるというふうにしたいと思います。

36 番の予約から診察までの日数、これはいかがでしょうか。

(武田委員) 肉腫には限らないですね。

(武田委員) 病院の問題です。

では 36 番は削除ということで。

37 番は、各科スタッフの経験年数、経歴を公開すること。公開していればいいので、公開先 URL を集めようということになっています。経験年数とか経歴というのは公開しているところというのはそんなにないかと思うのですが、顔写真と専門資格ぐらいはあると思います。多分これは患者さんたちの要望だと思うのですが、経験年数……。

(小田委員) どういう病院にかかるかというときに、どういう先生に診ていただけるかというのは。

(川井分科会長) そしたら、決まったフォーマットにしておいて、100 文字か 200 文字で書いてください。あなたは肉腫の専門医として名前を出すのであれば、ここに、自己アピールの文章でもいいから、私はこういう診療してきて、ここで研修して、ここの施設に就職して何年になります、こういう医療に心がけています、そんな形で書いてもらう。

(事務局・東) 集めるという手もあります。この上で、病理の先生に書いていただくか

どうかはあれなんです、例えば、外科、と放射線治療は要りますか、あと薬物療法専門医は、それぞれの名前をいただいているので、その名前の横に公開用経歴を書いてくださいというので出してしまうというのも一つの手ですが。

(川井分科会長) 書式を統一して。

それがあれば患者さんは読みますよね。

(事務局・東) では入れるということで。それが嫌だと思ったらこの公開には入れないということですか。

(川井分科会長) いいと思います。

(事務局・東) 1人2人の話でいいですか。全員じゃなくても。

(川井分科会長) 最後に言おうかと思っていたのですが、最初の6のところが一番肝の医者なのかと思っていますが、氏名1、氏名2にとありますが、これはその施設にいる全ての自称専門の先生が出るのか、トップの先生だけを出すのか、金沢大学なんか10人出すのかということになりますけれども。

(事務局・東) それはどうしますか。2人を要件にしているので2人でいいかと思っていたのですが。

(川井分科会長) なるほど。では2人。岡山も。

(上田委員) 2名以上にしておいたらいいのではないですか。出したいところは出すし、そうでないところは2名。決めるんですか。

(川井分科会長) 、出したいところというふうにあるとおかしくなってしまう。2名。

(事務局・東) では代表的な2名をお答えくださいということで。

(土屋委員) がんセンターはいっぱいいるじゃないですかね。

(川井分科会長) そうなんです。がん研もそうだなと思いますけれども。

(上田委員) 3人だともめそうですね。

(川井分科会長) がん研はというふうに対応されますか。皆、専門家だと思うのですが。

(土屋委員) その他何人とか。氏名を公開するのではなくて。

(事務局・東) 大体のところはホームページに氏名が公開されていますね。だからこちらに提出していただくのは代表的な方2名ということで、それで経歴もその方々については出していただくと。

(川井分科会長) その2名の方でこの37のセルフポートレートを書いていただく。

(事務局・東) はい。ではそのようにさせていただきます。たくさん情報が来ても事務局は大変なので、済みません。

次に行きます。38番で、要確認の最後なんですけど、治療成績を公開することというのがあります。この治療成績とはというのが前回では尻切れトンボの議論になっていたと思うのですが、5年生存率を出すのか、それとも患者満足度とかという話もありましたが、いかがでしょうか。

5年生存率なら院内がん登録では自動的に2008年症例については出ます。今後も出ます。そのデータがあるので、軟部肉腫とって区切ることも可能です。

ただ問題は、ステージ別とかにすると分母が非常に少なくなる可能性が高くて、生存率50%というのは2分の1だったりとか、意味あるように分けるとそうになってしまうことがあるので、特に組織型で分けたりするともう細かくて余り意味がないということも出てきます。では患者満足度にすればいいかということ、患者満足度というのはまたとらなければいけないという話にもなりますし、治療成績というのは何を指すのかということですか、どうでしょうか。

(川井分科会長) これはコモンキャンサーでも治療成績がやっとならざるようになったらどうか、いろいろな要件を考えて出すようになった状況で、日常治療成績が出せるかということとはちょっと難しいのではないかと思いますね。

(土屋委員) 難しいですね。症例数が少ない。

(大西委員) この下の症例数の公開、

(川井分科会長) 症例数でいいですか。

(土屋委員) そこで判断していただくのがいいのではないのでしょうか。あと足りないのは、転移巣に対する手術というのはあってもいいのかなと思います。

(事務局・東) ではとりあえず38番は削除ということで。それで39の症例数でどうするかと、再発例に対するとか転移巣に対するものをどうするかということですが順番に行かせてください。

手術数の公開ということで、症例数の公開は院内がん登録の件数、これは施設で出してくださいでもいいですし、中央集計もできます。手術数に関しては四肢軟部肉腫に対する手術全体、初回根治手術、追加広範囲切除手術、再発広範囲切除手術、合併症に対する手術、再建術、それぞれ件数を出していただく、年間のケースを出していただくというのでどうかと考えておりましたが、いかがでしょうか。

(川井分科会長) 再建術は要らないのではないですか。

(事務局・東) 要らないですか。再建術というのは上にあったんですが、それを下にもあるからといって上は削除したのですが。

(川井分科会長) ああ、そうか、形成外科のね。

(土屋委員) 形成外科的な手術ですね。

(川井分科会長) そういう意味では再建術ですね。

(松本誠一委員) 再建を要した手術の数ってそういうことですね。

(川井分科会長) ではそれは残して。

(事務局・東) こういう分類でこういうふうな形でとりあえずはいいでしょうか。

(松本誠一委員) 土屋先生がおっしゃったのは転移に対するあれですね。

(土屋委員) それもありますね。

(事務局・東) では同時に議論をするということで、転移に対する、原発は四肢軟部肉腫で、転移したところの切除。

(土屋委員) 転移巣の切除ですかね。

(事務局・東) それはどこの切除ですか。

(土屋委員) 肺とか骨とかあるんですが、ほとんどは肺なんですが、でもほか……。

(尾崎委員) R F Aで焼いたりすることがあるので、転移巣に対する治療、処置とか治療とかにしておいたほうがいいのではないですか。

(土屋委員) 手術 (R F Aもラジオ波もとか何か)。

(川井分科会長) でもそもそも手術がいいのかどうか、薬物療法がいいのかという議論になるので、

(土屋委員) 転移巣を治療しているか、していないかで、患者さんの選ぶ判断としては大事な要素になるかもしれない。

(川井分科会長) がんセンターなんかは多くの場合は手術がないことが多いですね。抗がん剤の治療は積極的にしますけど。

(事務局・東) 放射線治療と薬物療法に関しては、下で患者数を入れようとは思っています。

(川井分科会長) そもそももう一回ここまで細かく出す必要があるのかという気がするのですが、四肢軟部肉腫に対する根治手術、

(中島委員) 根治と再発と何とか、それぐらいでも。

(川井分科会長) あと、再建を要した複雑な手術、2つか3つにしておいたほうがよくないかと思います。これは登録から出せるという形でしたか？

(事務局・東) いいえ、これは、

(川井分科会長) 議論の中で出てきた感じですか。

(事務局・東) はい。ご提案いただいたものです。登録だとこれはちょっと難しいですね。

(土屋委員) 再建術も軟部組織、筋皮弁と血管の再建と骨の再建、どこまで書けばいいか、この表現だとわからないかもしれない。

(土屋委員) 形成外科的再建術といえば大抵フラップのこと、血管もありますね。

(清澤委員) 血管も骨も。

(事務局・東) 私もよくわからなくなってきたのですが、

(土屋委員) 取りっ放しではないですね。

(川井分科会長) 目的が症例数の公開、どれぐらいその病院がやっているかということをお患者さんとかほかの施設に知ってもらおうということであれば、四肢軟部肉腫に対する根治的な手術が1つ、それで、形成外科の、他科との合同手術が何件、大きな手術を何件しているか、あとは転移巣に対してどういう治療をしているか。それは手術であろうが、放射線であろうが、化学療法であろうがということで、転移巣に対する治療数、それでよくないかと。

(土屋委員) 合同手術は全部自前でやっちゃっている施設がありますね。

その辺が難しいので、再建術のままのほうが書きやすいかもしれない。

(事務局・東) 再建というと、その範囲は明確にはなるんですか。全部……。

(土屋委員) あらゆる再建術を書くということであれば、

(事務局・東) その範囲はできますか。

(土屋委員) ええ。

(川井分科会長) では時間で切ったらどうですか。四肢軟部肉腫に対する根治的技術1つ、2つ目は5時間以上の大きな手術、それはお前が下手だろうと言われたら。

(土屋委員) 手術が下手なのかもしれない。でも複雑なのかもしれないし。

(川井分科会長) でも大体5時間以上の長時間手術。あと転移巣に対する治療。

(松本誠一委員) 原発巣に対する広範囲切除、再建あり、再建なしでいいですね。

(土屋委員) そうですね、それがいいですね。広範囲切除、再建あり、再建なし。

(松本誠一委員) メジャーな再建あり、再建なしぐらいにしておけば。

(川井分科会長) なるほど、すっきりしますね。

(川井分科会長) 四肢軟部肉腫に対する広範囲切除、広範囲を入れないで切除でいいですか。

(土屋委員) ここに一回ふるい落とされているじゃないですか。初回根治、追加広範囲、再発広範囲、それぞれに再建術あり・なし。

(川井分科会長) それは……。これは要らないのではないかと思います。

(上田委員) 追加広切も再発広切も要らないのではないですか。根治的な切除した症例数。

(松本誠一委員) それに再建あり・なし。

(土屋委員) 初回もなしですか。

(川井分科会長) 初回なし。

(上田委員) もう全部。

(土屋委員) 手術が何件あって、再建あり・なし。

(松本誠一委員) メジャーな再建あり・なしということにしておけば、まあ。

(上田委員) あと入れるとしたら、再発に対する手術、メタも含めて。再発転移巣に対する手術。余り細かく分けたら比較できなくなりますからね。

(事務局・東) では、まずは初発と再発で分けるんですか？ 初発の根治手術？

(川井分科会長) その議論から多分追加広切という話になっていったんだと思います。

(上田委員) でももう他院で切除して、再発したケースもその施設では初回の広切になりますからね。

(川井分科会長) 初回というか、その施設における根治目的の手術、それが初回であろうが再発例であろうが、追加広切であるが同じ。

(上田委員) 根治目的での切除です。そっちのほうがわかりやすいですね。

(事務局・東) 根治術を1つにまとめるのですか。

(川井分科会長) そう。

(上田委員) で、再建あり・なしと2つに分けて記載する。

(事務局・東) 根治術の再建あり・なしだけ。

(上田委員) そう。

(川井分科会長) 四肢軟部肉腫に対する根治を目的とした手術。



(上田委員) あと入れるとしたら、再発転移巣に対する切除。

(土屋委員) あと合併症。

(上田委員) そうです。合併症の切除……。

(土屋委員) だから3つですね。

(上田委員) 合併症に対する切除としてもいいですね。

(川井分科会長) 手術は要らないのではないですか。どうですか、それは。

(上田委員) そう言い出すと、感染とかいろいろな細かいものが入ってきますからね。

(川井分科会長) それを入れておく必要がありますかね。それが多かったら偉いのかという、

(上田委員) いいのか、悪いのかわからない。

(土屋委員) 合併症が多かったら偉くないです。

(川井分科会長) そうですよね。だからそう書くとは思えないです。

(土屋委員) だけど患者さんから見たら何となく気なるところではあるのではないですか。合併症が起こる確率としてはある程度一緒ですからね。感染にしても。

(川井分科会長) それを正直にディスクローズするかどうか。

(事務局・東) ディスクローズの問題もあるんですけども、これは骨軟部腫瘍登録から出ますか。

(川井分科会長) 骨軟部腫瘍登録から出るのはこういう分けぶりでは出ますけれども。

(事務局・東) ちょっとほかにデータ源がないので、

(川井分科会長) でも今は院外がん登録で来ているから骨軟部腫瘍登録に外れていますね、かなり。

(事務局・東) ただ、院内がん登録は術式が全くわからないですね。唯一レセプトの術式だったら分けられるんですけども。

(川井分科会長) それを使っていいということであれば出すことはできますけれども、この形で非常に詳細なデータは出ます。事務局にはあります。

(事務局・東) 骨軟部腫瘍登録に出していないところは自前で計算してくださいと。

(土屋委員) それは再建術あり・なしは対応できないんじゃないですか。

(川井分科会長) 実はできるのですけれども、大変なことになるから、事務局としては検出が大変ですから。ここは、目的に立ち戻ると、その病院ではどういう手術をどれくらいしているかということを知りたい。そうすると軟部腫瘍に対する根治手術をしているかど

うか、それは大きな手術なのか、小さな手術なのか、それが一つです。

(土屋委員) それは再建術あり・なしで、再建術をしていれば大きな手術。

(川井分科会長) そう。四肢軟部肉腫に対する根治手術の件数、再建術あり・なし。非常にシンプルですね。あとは、転移に対して治療、

(土屋委員) 再発は分けますか？ 一緒にいいですか。

(川井分科会長) 再発転移に対する治療件数。内容を手術に限定するのはよくないような気がします。

(事務局・東) 非手術症例では放射線治療の患者数と薬物療法の患者数は出るんですけども、手術のほうは手術に集中していただいて全然問題はないです。

(川井分科会長) では再発転移に対する手術、その3つ。四肢軟部肉腫に対する根治目的の手術、再建あり・なし。それと、再発転移巣に対する手術、その2点です。

(土屋委員) 合併症はなしですね？

(川井分科会長) 合併症はもう要らないですね。先生、合併症は出したいですか。

(土屋委員) いや、どこまでが合併症かというのは難しい判断があるので混乱を招く。

(事務局・東) ではその3つということで分類して出させていただきます。

次に、部位別に件数を出す、人数を出す。部位といっても四肢だと上肢、下肢ぐらいだったんですが、あとは体幹表在の軟部組織ですか。

(川井分科会長) そうですね、それが3つ目としてあれば。

(事務局・東) はい。ではそのようにします。

組織型をどうするのが非常に困ったのですが、もう山のようにありますね。だからここでは自由記載かなとか、あとは目ぼしいものを3つぐらい、そしてその他にしてしまうかという。

(大西委員) でも珍しいものをやっていたら、ここがやっているのは自分と同じだということで、患者としてはすごくありがたい。

(上田委員) 10年に1例という症例がありますからね。

(松本光史委員) 自由記載でも入れておいていただければ。

(川井分科会長) 自由記載では多分書かなかつたり、書いたりとかで情報が。院内がん登録とはちょっとソースが別になりますけれども、臓器がん登録では各施設の病理診断名まで全部こちらで把握できたので、それを合算して出してよければ出せます。例えば50施設が手を挙げてなった。そうするとその施設に関する骨軟部腫瘍登録から病理診断名は出

ます。でもそれは四肢かどうかということがわからなくなってしまったりします。

(事務局・東) どうでしょうか。

(川井分科会長) 出るんですけども、全部私が目でこうやっていかなければいけない。それは無理です。

(土屋委員) 出したほうが親切。

(川井分科会長) 出したほうがいいですか。

(押田委員) 組織型がでていますと、大西さんがおっしゃってくださったみたいに、こういう病院にこういう患者さんがいらっしゃったのだというのがわかって良いのですけれども、組織型だけですべての患者さんが同じ治療を受けているわけではないような気がしますので、病院の条件というのとはちょっと違うのかもしれないなど。自分と同じ組織型のその患者さんに会ってみたくて会えるのかといったらそういうわけでもないと思いますし。

(川井分科会長) でも自分と同じ病気の人をここは治療しているのだというのがわかれば患者さんは確かにおっしゃるとおりだと思います。

この情報は毎年更新していくのですか。

(事務局・東) そのはずです。

(川井分科会長) 毎年毎年そのデータを出してつけていくことは可能ですけれども、ちょっと仕事量……。

(事務局・東) そうですね。ここで顔を見合わせてどうでしょうと言ってることにはなってしまうのですが。

(上田委員) いずれは日整会の骨軟部腫瘍登録の電子版をオンラインで載せる方向ですね？

(土屋委員) そうですね。

(上田委員) それをリンクさせていけば……

(川井分科会長) ではここではとりあえず検討課題にさせていただいて、やるといってしまうと大変なことになりそうなので、申しわけないですけれども。臓器がん登録の医者がやっている情報も公開する方向で今動いていますので、それはそれで見ただけのようにしたいと思います。

(上田委員) 余り別々でばらばらにデータが出るよりは、統一したものでみんなが同じものを見るというほうが、こういう情報化社会にとってはいいと思うので、できるだけ早

くオンラインで公開していただくということでどうでしょうか。

(川井分科会長) ではこの組織型はなしということで。

(事務局・東) では今回の情報は全て公開するという中では、組織型はやめるということにさせていただきます。

あとは科別の症例数を出したいということもあったのですが、それはどうでしょうか。自由記載かというふうに思っていたのですが。

(川井分科会長) 科別というのは形成外科、皮膚科ということですね。

(事務局・東) そうということです。

必要ですか。

(川井分科会長) 先ほどからの流れからいくとここはもう要らないということですね。

(事務局・東) はい、では要らないということにします。

次に、セカンドオピニオンを受けた症例数だと思うのですが、それは聞いてもいいですか。一応、セカンドオピニオンとは何かというのが難しいので、自費で本当にセカンドオピニオンで来た人ということでカウントしていただくと思っています。

40番はデータの収集、外部的な検証を同意・協力していただけますかということで、はいとあれば、例えば最初に申し上げた新規症例が3年連続で1例以上あるかをこちらで検証さし、いない施設が来たら、本当ですかと確認することになると思います。

全体を通じて何か、ここは流れていったけれどももう一度議論をといるところがありましたらお伺いしたいと思います、いかがでしょうか。

(細井委員代理・宮地) 1点だけよろしいですか。先ほどの9番、小児外科医との連携のところに関して、これは細井の意向かと思しますので、記載内容に関して細井に確認させていただいてよろしいでしょうか。今日、要件を確定と書いてあるのですが、申し訳ありません。

(事務局・東) きょういただいた議論を反映させたバージョンをつくりますので、それはまたメーリングリストでお送します。今日ご欠席の細井先生と中野先生にも見ていただいて、それでご承認を得てから使うということにしたいと思えます。

(清澤委員) 私も、外科手術の6番7番のことですけれども、私ども形成外科の学会としてその考えがあるとは思いますが、私も一旦これで同意でいいと思うのですが、後でひよっとしたらコメントさせていただく機会もあるかもしれませんのでつけ加えさせていただきます。

**(事務局・東)** はい。ではそのような形で、学会については必要でなら私が行って嫌われ役をやってもいいのです。ではとりあえずはこの議論は終了といたします。

2 番目の議論で、非専門医の教育についてどうするかについて残りの時間で少し議論をさせていただきたいと思います。

現状について整形外科学会は土屋先生から、形成外科学会は清澤先生から、皮膚科学会は並川先生から、お伺いしたいと思います。

**(土屋委員)** 日本整形外科学会の現状をご説明したいと思います。いわゆる整形外科医になって4年目まで、いわゆる専攻医と言われる人たちですが、その人たちは年4回骨軟部腫瘍の研修会がありまして、4単位あるんですが、そのうちの3単位は必ずその4年の間に取らなければいけない。そうしないとする整形外科の専門医試験を受けられないという制度になっています。

そして、再来年始まると思いますけれども、新しい専門医制度になりますと、その専攻医の人は2カ月の骨軟部腫瘍を専門としている施設で研修を受けないといけないという条件が出ています。ただ、どうしても地方において骨軟部腫瘍をやっている施設の研修が不可能な場合にはeラーニングを行うという形になっております。

そして整形外科となって5年目以降の話ですけれども、整形外科の専門医ではあるけれども腫瘍を専門としていない方たちには、整形外科学会としましては5年ごとの専門医の更新があるんですけれども、その5年間に最低1単位の骨軟部腫瘍関係の教育研修講義の単位を取るのが必須条件となっております。それ以外にも、実際には全国各地で年間約300回の骨軟部腫瘍に関する教育研修講演が行われておりまして、それは随時皆さんが受けている状況で、実際にはそれぞれの先生方が何回受けているかというのはわからないわけですけれども、日整会としましては年300回程度全国各地で骨軟部腫瘍に関する教育研修講演を行っております。

あとは、先ほどもちらっと出ましたけれども、全国80カ所、85カ所ぐらいですかね、骨軟部腫瘍の相談コーナーを設けておりまして、そういう施設がありますので、何かあったらそこへ相談するというシステムができております。大体そのようなところですよ。

**(事務局・東)** その教育の内容というのはこういう状況を見たら送るようにとかそういうことですか。

**(土屋委員)** 専攻医に対する講習会というのは完全に基礎的な話で、軟部腫瘍の診断、軟部腫瘍の治療、実際には骨も入っているんですが、骨腫瘍の診断、骨腫瘍の治療という

ことで基礎的な話をすることになっています。

6年目以降の整形外科専門医だけれども腫瘍が専門ではない先生方に対する教育研修講演というのは内容は種々雑多でして、いろいろな話がまざっていて、最先端のものから基本的なものまで、それは統一性はないです。専攻医に対する研修会だけは統一性があるというふうになっています。

**(事務局・東)** では次形成外科学会の清澤先生、お願いします。

**(清澤委員)** 清澤がご説明します。実情からお話しさせていただきますけれども、整形外科学会の会員はおよそ2万4,000人と聞いております。皮膚科学会は約1万1,800名と聞いておりますが、形成外科学会の会員数が現在4,800名程度でございます。整形外科の約5分の1ぐらいの人数で、皮膚科学会の5分の2ぐらいという形になると思います。形成外科学会の専門医と称しているのがそのうちの2,400名でございます。

2階建てのサブスペシャリティ制度を最近導入いたしまして、それが2011年度より皮膚腫瘍外科分野指導医制度という形で設置しております。この中で腫瘍の専門医の対象疾患は上皮性腫瘍と非上皮系の腫瘍と両方を対象としておりますが、希少がんであるいわゆる軟部組織の肉腫も含まれております。ただ、骨組織の悪性腫瘍は原則として対象から外しております。

形成外科は皮膚、皮下、筋肉、軟部組織への手術を繊細に行っておりますから、学会を挙げて対象疾患としては認知しているところでございます。制度が始まってまだ日が浅いので、この皮膚腫瘍外科分野指導医制度というのは、現在、ことしの状況で取得者は560名程度でございますけれども、毎年150名から200名前後今増加しているところですので、数年中には1,000名を超える状況だと思います。

学会の活動としましては、腫瘍のセクションが研究発表の中で質疑応答がございますし、その他の基礎研究も盛んで、関連学会としては日本皮膚悪性腫瘍学会あるいは日本臨床皮膚外科学会などがあって、学会で学術的な知見の交流をしております。

あと、形成外科学会の中でもやはり専門性が分かれてまいりまして、腫瘍を専門としている医者や腫瘍を専門としていない医者がもちろんございます。腫瘍を専門としている医者の中では手術も行い、再建も行い、化学療法・放射線療法も担当するという状況の医者が少なからずおります。

非専門医の教育として、1段階目のいわゆる形成外科専門医のときのペーパーテストで、私どもの対象疾患分野は非常に多うございまして、腫瘍というのはその10分の1ぐらい

になってしまうのですけれども、その中でももちろん肉腫もペーパーテストに出ます。

それから2段階目の腫瘍の専門医になるためには10症例を提示して口頭諮問などで専門医制度を今立ち上げているところでございます。その専門医を受けるためには皮膚腫瘍外科分の指導医教育セミナーというのを2回以上受講して、セミナーの中には希少がんのレクチャーも入っております。そういった形で専門医制度をやっているわけですが、指導医が常勤している施設で3年以上研修歴がないと腫瘍の専門家にはなれないという枠を設けております。

あとは、ガイドラインは2年前にやっとなんかできてはいるんですけども、これは皮膚科の先生、整形外科の先生が今まで積み上げてきた知見をもとにしまして、形成外科の中でもガイドラインをつくっている最中でございます。また肉腫に関してはまだ整理ができておりませんが、次回の改訂ではこれが取り込まれる見込みでございます。整形の先生の中ではマイクロサージェリーとかを盛んにやっておられて、再建の得意な先生も多数おられるので、我々が登場しなくてもできる分野もあると思いますし、我々がお手伝いできるところはやるという分野もあります。その辺のすみ分けというのはちょっとまだ明確でない部分もあるのですけれども、逆に我々が腫瘍をやっている部門もあるということだと思います。

教育コンテンツということで、例えば整形外科と形成外科で合同の制度をつくるとか、そういう動きには今のところはなっていないように思いますけれども、我々の中では、いろいろご指摘をいただいているような術前の生検が十分でないといったようなところも多々聞き及んでおりますけれども、学会の中では、私ども腫瘍をやっている人間が啓発活動は盛んにやっているところでございます。

ちょっと長くなりましたが以上です。

**(事務局・東)** では、並川は先生、お願いします。

**(並川委員)** 私は資料を用意させていただきました。資料4というものであります。

皮膚科学会のほうは形成外科と同じで2段階の専門医制度になっておりまして、左のほうが会員の状況であります。大体学会員が1万2,000名弱、その上の皮膚科専門医というのが約半数強、その中で、専門医を取った上で皮膚悪性腫瘍の指導専門医という制度がありまして、それが今のところ85名が取っているところであります。

右のところはその資格要件というのがありますけれども、皮膚科専門医の場合はその中の必須症例12疾患の一つが皮膚悪性腫瘍になっております。その後に皮膚悪性腫瘍の専門医、皮膚悪性腫瘍指導専門医試験というのがあって、経験症例数もさらにふえるという

ことです。ですので、皮膚科領域における皮膚悪性腫瘍の教育という意味では、皮膚悪性腫瘍の専門医を目指している者に関してはそれなりに組織だった教育プログラムがあると思います。

ただ、問題は、非専門医の教育ですが、これは2つに分けると非専門医なんですけれども専門医を目指しているという場合は問題ないですけれども、非専門医で専門医を別に目指していないという方に対しては組織だった教育というのは今のところないというところなんです。この資料でいうと右上の学会での教育講演くらいですので、例えばことしの総会のほうだと51セッション中皮膚腫瘍関連は3つだけですので、聞かなくても更新もできます。というのが現状です。

**(事務局・東)** れまで3学会の議論を聞いていたのですが、今後、肉腫で、良性だと思って取ったら悪性だった、いわゆるお手つき症例、これは予後も悪くなるし非常に問題だということですが、これをなくすためには非専門医を教育して、できればお手つきをしないように送るといった体制をとる必要があると思いますが、今3学会が中心となって肉腫を見ているのであれば、協力して非専門医を教育することはできないかと考えるわけであります。

その点、幸いにして3学会とも専門医に対する啓発活動が物すごく活発に組織だつてとれているという感じでもなさそうな印象を受けたのですが、今後それをつくっていく可能性についてご意見を伺いたいののですが、いかがでしょうか。**(川井分科会長)** これは必要な方向だと思います。

**(並川委員)** 認定医という形で教育を入れようとする、そもそも非専門医が専門医になろうとしないと受けられませんので、ちょっと違うアプローチが必要ではないかと思えます。

**(川井分科会長)** 既に形成外科にそういう専門医制度があつて、形成外科の専門医の先生のところで治療して、最後までずっと診ているという肉腫も今結構な数がいらっしゃるということで、外に見えてこない肉腫の患者さんもいらっしゃいます。

**(清澤委員)** 多くはないと思うのですが、全国にいると思います。

**(川井分科会長)** 見ていくと厳しいところもあると思うんですけれども、形成外科の学会には確かに行っていないけれども癌治療学会とか癌学会とか、いわゆる肉腫と言われる学会にはほとんど皆さんは行っていると思うのです。そこで形成の先生にお会いしたことはないですけれども。



(上田委員) そういう状況で、去年、一昨年でしたか、形成外科の学会に縁があって呼ばれたときに、ランチョンセミナーに行ったのですが、軟部肉腫の診断治療のピットがあるみたいな話をしたときは本当にも満員で、ランチョンセミナーと思えないような熱気で、立ち見席が出るような状況でした。やはりその知識を吸収したいという意欲は形成外科の先生には結構あると思ったのですが、そういう機会が余りなかったと思うのです。

だから全国レベルもそうですけれども、地域、地域で軟部肉腫の診断とか治療の難しさとかポイントをこまめに機会をつくって啓蒙の場をたくさんやっていくのが一番に地道だけれども確実です。実際にそれをやって、皮膚科でもやりましたが、そうしたら関西地区で皮膚科とか形成外科の紹介が明らかにふえて、そういうケースが減った。もちろん続けていかないとまた忘れてしまうんですけれども、そういう教育啓蒙活動を地道に続けて継続するというのがこういうレアキャンサーでは一番有効なのかなと現場で見て思いました。

(川井分科会長) 専門医制度を統一するというのはなかなか。

(上田委員) 専門医制度はなかなかね。制度をつくって維持するということの労力とメリットを比較すると、余り推奨しないですね。その制度を維持するための労力をかけるくらいであったらもっと診療に力を入れるというような話で、海外でも、欧米には肉腫の専門医制度はないですから。その施設でやっている医者が専門医ということで認定されているだけで、試験制度で縛ってしているというのは海外にもないです。

(事務局・東) 専門医は置いておいて、

(川井分科会長) 非専門医の話をまず。そこから入っていたほうが3学会は協力しやすいと思うのです。

(上田委員) そう思います。そういうことでは学会でそういうセッションを設けていただくようにいろいろなチャンネルを使って働きかけていくことがいいかなと思いました。今まで余りなかったということだったので。

(清澤委員) 私の認識も同じで、啓発活動は非常に不十分だというふうに認識しております。その点に関してはこれから啓発を進めていこうという方向性で今やっております。

(事務局・東) その啓発を3学会が共同してという形でやっていくのが多分一番いいと思います。そのためには何をすればいいのでしょうか。何かワーキンググループをつくって下さいみたいなことを言いに行くのがいいのか、ここにいる先生方で持ち帰って中で

考えていただくというような形をとるのがいいのか。

(並川委員) 皮膚科の観点から見ると、我々は軟部肉腫を一体どこが得意かということがちよっとわからなくて、同じ整形外科医でもやってらっしゃるところとやっていらっしゃらないところがあるので、もしこのように公開されて、どこが一番得意ですということがわかれば、診断さえつけば、ある程度皮膚科からは流れができると思います。

(川井分科会長) それは、一般的な基礎的なレクチャー、プラス、こういう情報を加えてということですね。

(並川委員) そうですね。

(川井分科会長) それはいいと思います。形成外科はやはり同じような感覚……。

(清澤委員) 整形外科も非常に対象疾患が多いと思うんですけども、我々も非常に対象疾患が多くて、腫瘍を専門的にやっているかと言われると、上皮系の腫瘍もございまして、メラノーマとかもありますので、その辺が非常に、肉腫に特化した専門家というの中ではなかなか育ちにくいところもございまして。

先生がご指摘の、いろいろな学会で形成外科医を見ないというお話ですが、それは会員数も少なく、弱小チームでやっているのでもどうしても内輪になってしまうのと、専門の先生のところに行って勉強するという態度はあるかもしれないのですが、なじみがないと言ってしまうとそれまでなんです、なかなか参加しにくいという社会的な情勢がある、お恥ずかしいのですが、それが実体かと思えます。

(事務局・東) 専門家になるということは大変だと思うのですが、今のテーマは非専門医の教育ということに限定させていただきたいのですが。

(清澤委員) 非専門の教育に関しては今後私どもの理事長のほうも、多分、周知していくというのに力を入れている方向性ではあります。

(事務局・東) 学会同士で協力というのはできそうですか。

(清澤委員) それは学会のプログラムで入れるかどうかという話になってくるんですけども、全体的な専門医を取るためには悪性腫瘍疾患を使うんですけども、先ほど申し上げましたように、メラノーマや皮膚がんも結構対象疾患ですので肉腫だけというわけには今のところはいっていません。ただ知識としては持つべきであるし、自分で手に負えなかったらもちろんこういった今目指している専門施設に送って治療していただくというような方向性をよく認知させるという意味では、学会の活動としては取り入れるべきだと考えております。

(川井分科会長) それは、例えばそれぞれ学術集会総会で必ず毎年演者をお互い行ったり来たりしながら、交流ですね。

(土屋委員) この3科が共通認識を持つためには交流するしかないですね。

(川井分科会長) 先生は整形外科の理事だし、何かこう。

(土屋委員) 整形外科学会が2つ学会とちょっと違うのが、我々は専門医がないということです。骨軟部腫瘍学術集会を年1回どんとやっていて、参加があります。日整会としてはとにかく啓蒙活動にはちょっと力を注いで、パンフレットなんかもつったりしているのですが、基本は先ほど言いました教育研修講演を聞いていただいて、ミスを防ぐというパターンの啓蒙なんですね。ただ、先ほどからお話があるように、形成の先生方とか皮膚科の先生方とのコミュニケーションは多分ほとんどないと思いますので、そういう方向性は、これが成立して各施設の状況がわかればまた交流が深まるのかもしれませんが、具体的に今何をしたらいいかと言われてもなかなか名案が浮かばないです。

(事務局・東) わかりました。時間も押しているのできょうは問題提起にとどまってしまうんですが、引き続きこの問題というのは考えていきたいと思います。きょうここまでということで、次回1月18日にまた非専門医の連携ということを考えさせていただければと思います。

今後の専門施設の情報収集等々については資料の2dにあります。かなりこれはアンビシャスな予定で、11月には募集を開始、12月には参加施設を決めてしまえというところまで書いてあったんですけども、ちょっとまだ調整が必要は必要ということがよくわかりましたので、後ろに押しつつも少しずつ進めていきたいと思います。とりあえず今回いただいた意見をもとに最終版一つ手前ぐらいのものをつくりますので、またご意見いただいて反映していこうと思います。そしてできれば確定をしたいと思いますので、またメールベースですが、ご意見をいただければと思います。

きょうの議題は以上になります。

長丁場でしたけれども本当に熱い議論をいただきましてありがとうございました。また次回以降もよろしくお願いたします。ありがとうございます

(川井分科会長) ありがとうございます。

(了)