

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4回検討会

開催日：平成29年1月18日（水）

場 所：国立がん研究センター診療棟3階大会議室

**（事務局・東）** それでは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4回検討会を始めさせていただきます。

**（川井分科会長）** こうやって今日の資料を見てみると、今まで3回検討したことがこういう具体的な形になってきて、いよいよこれをきょう皆さんでもんでいただいて、最終的に承認が得られたら、実際にこれが世の中に出してしまう。出してしまうという言い方はおかしいですけども、特に大きな影響を受けるのは四肢軟部肉腫を切除している整形外科で、ある意味、その診療体制に影響を与えかねないというか、与えることを一つの目的にした情報公開ということになります。

希少がん対策でまず初めに言われているのが、患者さんに対する正しい情報公開が必要であるということですし、患者さん自身もそれを一番望んでいるとおっしゃっていますので、実際にきょう見ていただくとこれはかなり厳しいなというか、本当にこれが表に出るのかという感覚も臨床医としてはいたしますけれども、そこを理解した上で、最終的にゴ一と、あるいはここを変更ということについてご検討いただければと思います。実効を持った研究というか、対策というか、それにもうあと一歩でたどり着くかなというふうに感じております。どうぞ、活発な議論をよろしく願いいたします。

**（事務局・東）** では資料の確認です。1番が情報公開プログラム関連ということで、a、b、c、d、eと5種類です。1aが検討事項リスト、1bは今後情報公開プログラムをするときの参加募集の案内（未定稿）、1cは募集と同時に配布する専門施設の要件を説明したものです。1dは情報公開の項目を実際にその施設に記入していただいて集めるための記入シートです。1eは、それぞれの項目について、先ほどの記入シート1dに対応して少し説明をしているものです。きょうはこれを中心にお話をしたいと思います。

それと資料2の出席者委員の一覧です。

これがオフィシャルな資料ということで、プラスして机上資料が4枚あります。これは会議終了後に回収いたします。最初の2枚が、最初の要件として四肢軟部肉腫または表在体幹ということで、その肉腫の初回治療開始例、つまりは全く治療がされないままで自施

設に来て治療を開始したという症例数が3年連続で何例以上あるという施設がそれぞれどのくらいあるかという表です。

見方を説明しますと、1枚目の左側は四肢+表在体幹とタイトルで書いてありますけれども、初回治療開始例が3年連続で53例以上いるという施設が1施設あります。次に33がもう1施設あるんですが、33というのはその53例の施設も含むので、右側に累積として、一応33例以上だと2施設がそうだとということです。次に28例の施設が1施設あるので、28例以上ですと3施設となります。下に行って、例えば一番下は0でその1つ上が1ということで、3年連続で四肢表在体幹の肉腫の初回治療開始例が1例以上存在する施設は132となります。2例以上はその上の91です。これが四肢表在体幹で計算した場合、これはがん診療連携拠点病院の院内がん登録の2011～2013年のものを対象とした集計です。

一応表在体幹を除いて四肢だけとしたところは右の表になります。ちょっとずつ症例数は減るという感じです。

次にほかの病院で治療が開始されたが来院した初診で治療した例というものについては、カウントした方がいいのではという考え方もあったので、その症例数を加えて同じ表をつくったのが2枚目です。なので1枚目よりは少し増えています。1番多い施設で68例、こういった初診治療例が3年間ある施設が2施設あります。次に34の初診治療例が3年連続であるというのは1施設、累積が3、となっています。

1例以上四肢表在体幹で初診治療例があるのは162施設となります。先ほどと施設数が大分違いますけれども、ほかで治療が開始されたけれども、初診でまた治療をしたというような治療をしている施設は結構あるということかと思えます。

同じように、右のテーブルは四肢のみに限ったものです。

3,4枚目は病理のことを考えなければいけないのではという問題提起がありましたので、これは、情報公開プログラムとは少し違う別の話題になりますが、病理学会のコンサルテーションシステムとがんセンターがやっているコンサルテーションシステムで、診断が変わった症例数がどの程度あったのかという検討を行いましたので、その報告です。これは後で小田先生から少しお話をいただきます。

では、次の課題検討に行きたいと思えます。課題検討の●がプログラム上3つありますが、きょうは1番目、四肢軟部肉腫専門施設の条件と公開項目の確認を中心に考えてまいります。

では、資料1dとe、記入シートとその説明書を両方ご覧ください。まず1番、前提条

件として、平成 25 年、26 年、27 年に 3 年連続して四肢軟部肉腫の新規診断・治療開始例がある、が「はい」であることを要件としようということで、このままの表現ですと 1 例以上となり、検討事項の中にも入りますが、1 例以上でいいでしょうか。

(松本誠委員) 1 例以上ということもあるんですが、新規診断治療開始で院内登録をやるときに、他院摘出みたいなものを、要するに、肉腫だと思わないで摘出してきた者が来たときに、専門施設に来て、そこで肉腫としての治療をするということになる、そういう症例というのは軟部肉腫には多いんですけども、そのときに、登録のときにいつも問題になるのは、よそでちょっとでも摘出とかそういうのをしていたら、それを新規の症例として登録するのかどうかということは、がん登録にときに必ずどうしますかという話になるんですね。他施設でそういう肉腫としての治療をしていないものであれば、専門施設に来たときに、それを追加広範囲切除みたいなものをすれば、新規症例として登録するのですか。

(事務局・東) がん登録のルールでは、それは治療開始後になります。

(松本誠委員) そうなんですね。がん登録では治療開始後になってしまうんですね。

(事務局・東) それがだめだということであればちょっととりようがないので、どちらかというと、

(松本誠委員) 厳密にやると、よそで摘出してきたものはその専門施設でも新規登録にはしないのですかね？

(事務局・東) はい。治療開始にはならない。

(松本誠委員) ならないんですね。だからそうすると、軟部肉腫を扱うときの実際とちょっと乖離するのではないかというところがあるので、そのところのルールをちゃんと決めておいたほうがいいのではないかと思います。

(事務局・東) はい。そのルールを決めることは大賛成ですが、どうでしょうか。

(川井分科会長) それに対する答えが、机上資料の・・・

がん登録のルールに従うと 53 症例 1 施設というのが一番多いですけども、今、おっしゃっている症例になると 68 症例を 2 施設が治療する、治療開始後追加広範囲とか、再発後というのは、

(事務局・東) 2 枚目ですね。

(川井分科会長) 実際の臨床というか、大学病院とかがんセンターに来るのはこの 2 つ目のほうが実は重要なことも多いので、そちらでカウントするほうがいいのではないかと

私は思ったりします。

(上田委員) これは中央のがん登録で両方ともキャッチはできるのですね？

(事務局・東) できます。

(上田委員) そうすると、やはり肉腫の領域では初回アンブランドサージェリーとかをしたものの次というのも初回治療例に入れたほうが現実の臨床には合うという特殊性がありますから、合うようには思います。それがデータとしては出しにくいというのであれば仕方がないのですが、こういう形で出るのであれば入れたほうが正確に出るように思いますけどね。

(事務局・東) そうですね。ちょっと曖昧なところがあるのは否めないのです。というのは、治療開始後というカテゴリーがあるので、治療開始後で来て、何もなくてというのも入ってしまうのは入ってしまうのです。

(松本光委員) 再発されてから紹介されたというのはここには入らない？

(事務局・東) それも入ります。

もともとの背景を申しますと、がん登録というのは、日本で発生するがんがどのぐらいという、そこが重要でしたので最初のところだけを登録というのが大原則になっているのです。最初に治療されたとか、最初に治療開始で来たとか、再発で来たというのは、最初であれば登録するけれど、最初でなければ登録しないというのが、その病院にとって最初であれば登録ということなんです。そこをどう考えるかですね。

あとは、症例数を公開するという意味では、確かに実感に合ったほうがいいのかもかもしれませんが、ここは参加要件のカットオフをつくるものなので、そこはどちらかで何か統一すれば別にいいのではと思うのですが。

(川井分科会長) 言葉の問題であれば、「新規診断治療開始例がある」を「診断治療例がある」にしてしまえば、ちょっとぼやっとなりますけれども、だめですか。

(事務局・東) どちらがですか？

(川井分科会長) <前提条件>の「新規診断・治療開始例」というのが、これはがん登録に準じた厳密な言葉遣いですね。

(事務局・東) ちょっと違うかもしれないですけども、まあ、はい。ただ、どちらにするかを決めないといけないと思うのです。

(上田委員) あと、生検だけして来るというのはどちらに入るのですかね。院内がん登録。

(事務局・東) 生検だけして来るというのは、初回治療開始例になります。

(上田委員) トリートメントはされていないから初回なんですね。

(事務局・東) はい。取ってしまったらそれは治療とみなされます。

(上田委員) 参加要件で3年連続1例ならどちらでもいいかという感じ。10例となるとちょっとクリティカルになってきますけれども、1例なら初回を厳密にして決めるということでもいいかもしれない。

(川井分科会長) 診断治療例というのでどうですか。だめですか。

(事務局・東) 診断治療例というのは1枚目ですか、2枚目ですか？

(川井分科会長) 2枚目。2枚目の意味で診断治療例と使う。

(事務局・東) 要するに初診例ですね。初診例が1例以上あるということ。

(大西委員) 初診例だと最初？

(川井分科会長) 初診でも初回治療ではないことは多々あるので。

(事務局・東) ほかに治療されて来ても初診なんですね。要するに、新しい患者さんが来た、新しい患者さんという言い方が悪いですね。その病院にとって新しい人が何人来ているかということですね。それは、全部含むということでしたら1例でいいですか？ そうすると162施設になるのですけど。

(土屋委員) いいですよ。ほかの要件を満たすとは限らないですものね。結局そこからだんだん減っていくわけですから。

(川井分科会長) そこは土屋先生、尾崎先生のお考えがちょっと大きいかなと思います。

(土屋委員) 条件項目の1番だけの話で、その後の要件を満たさない場合は外れてしまうんですね。だからそれは。

(尾崎委員) よろしいのでは。

(土屋委員) ええ。最初の入り口だけでいいのではないのでしょうか。

(尾崎委員) それでいいのではないかと思いますけど。

(上田委員) それで全国で132の施設ですものね。

(土屋委員) 132ですね。

(川井分科会長) 162です。

(土屋委員) ああ、そう、そう。2ページ目のデータですね。

(事務局・東) では初診治療例でいいですか。念のために確認ですが、このデータは診断だけしてどこかに行った、そして治療したということと、セカンドオピニオンは含まな

い経過です。だから治療していなければ含まないという意味でいいですか？

では2枚目のデータを使うという感じで初診治療例をとるということにいたします。これは「はい」と答えていなかったら要件から外れますということにさせていただきます。次に2番です。肉腫の診断可能な病理専門医が常勤で勤務しているということで、これも一応参加要件です。念のため、その先生のお名前を書いておりますが、こんな感じでよろしいでしょうか。

氏名公開を前提に考えていたんですが、その点について何かご意見はございますか。基本的にキーとなる職種の先生方はみんなお名前公開ということで。さらに、別紙3で経歴も公開するのですが、それについては何かご意見は。

**(押田委員)** これはお名前とかいろいろと公開していただいた後、更新というのはどのタイミングでされるのでしょうか。

**(事務局・東)** 非常に難しい質問ですが、最低年に一回はしようかと事務局では考えています。施設には変更があったら連絡をくださいと依頼するつもりですが、チェックは年に一回と考えております。それでよろしいでしょうか。

お名前、経歴を出すことについては前までの議論であったのですが、それについてもご異論はないと考えていいですか？

**(川井分科会長)** 整形外科、病理、放射線、薬物療法専門医ですけれども、よろしいですか。

**(事務局・東)** あ、そうですね。経歴のところももう今議論してしまったほうがいいかもしれません。3枚目にある項目をと考えています。これにもし何か、出さないほうがいい、追加したほうがいいというのがあればお伺いします。

**(松本誠委員)** 7番のところは外科手術、軟部肉腫専門の整形外科専門医2名というふうになりますね。その軟部肉腫専門というのは一体何ぞやということを聞かれたとき、どうするかということなんですよ。

**(事務局・東)** それはまた難しい質問だと思いますが、済みません、7番のときにまた議論させていただいてもいいですか？今はとりあえずこの項目を見ていただいて、経歴情報はこれでよろしいでしょうか。

**(川井分科会長)** 主な経歴は自由記載ということで。

**(事務局・東)** はい。このレベルの情報は割と病院それぞれでもやっている情報だとは思って入れているのですが、いいですか。

(松本誠委員) ホームページでも出ていますね。

(川井分科会長) ではこれはオーケーですね。

(事務局・東) ではこれはこのままということで行きます。

次に3番は、「肉腫専門の病理医との連携」で、連携しているであろうという考えのもとに、その連携施設と連携先の病理の先生、プラス昨年1年間の連携件数、さらに病理診断コンサルテーションに出した件数を、それぞれ国立がん研究センターのものと日本病理学会のものをまとめて3番で聞いていますが、これについてはご意見がおありでしょうか。

(大西委員) この3年は25年、26年、27年ということによろしいのでしょうか。28年はまだ集計されていない？

(事務局・東) そうですね。統計がないので、1番についてはそうです。来年になったらまた1年進んでいくという感じになります。

(松本光委員) 自施設の病理医の先生で、コンサルテーションを送るけれども、受けることが多い先生の場合はどうなりますか。

(事務局・東) 院内であれば右のところに自院とありますが、自院と書いてお名前をいただければそれでいいと。

(川井分科会長) 今の質問は、コンサルテーションの数が少なく出るけれども、要件にもならないし、この数をどう評価するかは決めてはいない。

(事務局・東) そうですね。評価自体は決めていないです。実態を公表する。当然上が自院と書いてあれば件数は少なくなるだろうとは思いますが。

このお名前については特に縛りをつけるというつもりはないんですが、それはそれでよろしいですね？

では、次に4番、「術中迅速診断ができる体制にある」、これは必ずしも迅速診断をしているというわけではなく、体制にあるということを知ることですが、よろしいでしょうか。

では、5番は放射線科診断専門医が常勤でいる、これもお名前を書きいただきます。これは氏名は公開しないけれど、一応確認のために書く、という形でよろしいでしょうか。

次は放射線診断のうち、核医学検査（PET）の連携先ですね。特にPETがほかの施設に送っていることが多いのではということで、連携先、院内でやれるところは院内で書いていただければと設定しております。

ここは項目にも入っていますけれども、核医学の連携というのはPETのことを指すと

いう意味でよろしいですか。それともほかの核医学を何か考慮したほうがよろしいでしょうか。PETだけでいいですか。

(上田委員) 専門施設という上ではメインはやはりPETでしょうね。

(事務局・東) では、ここではPETを指すという。

(尾崎委員) 普通の核医学はありますね。

(事務局・東) 連携は連携で書いていただくということよろしいですか。

(尾崎委員) 連携ができているということではないのですか。

(事務局・東) それでは次、先ほど松本先生からご質問があった項目ですけれども、軟部肉腫専門の整形外科専門医が2名以上常勤で勤務しているということで、お二人の名前を記載して、経歴も公開するとしています。その軟部肉腫専門の整形外科専門医というのは、どういうふうに検証するのは余り想定していないんですが、事務局としてはお名前を集めて公開するというだけです。

(上田委員) ここは整形外科としては軟部肉腫だけというのはちょっと一般的ではないと思うので、言葉としては骨・軟部腫瘍あるいは肉腫なんですよ。その中に軟部肉腫は含まれるというふうにすればイメージは具体化してわかりやすいとは思いますが、このアンケートの中でそうするとまたぼやけてしまうという意見もあるので、まあ……。

(川井分科会長) 軟部肉腫の高度な手術が可能とか、軟部肉腫に対する専門的な手術が可能とか。

(上田委員) 軟部肉腫に対する専門治療ができるということですね。

(尾崎委員) 専門治療というのが。

(上田委員) またわからないですかね。

(松本誠委員) 何かそれは説明的にしておいたほうがいいですね。

(上田委員) そうですね。軟部肉腫専門のというのはちょっと。

(松本誠委員) そうしないと、専門というとなんかと言われる。

(事務局・東) ああ、そういう感覚なんですね。骨が専門かもしれないとか。

(川井分科会長) そう、そう。私は軟部肉腫専門の医者ではない。

(事務局・東) そうではない、骨だと。なるほど。

(上田委員) 骨も入るけれども、この際これには関係ないから、「軟部肉腫の専門治療ができる」ですね。

(川井分科会長) ここは外科手術なので、外科的治療と書いて、



(上田委員) ああ、そうですね。専門的な外科治療ができるということですね。

(事務局・東) ではそのように書けばいいですか。

(川井分科会長) 軟部肉腫に対する適切な外科治療ができる整形外科専門医。

(松本誠委員) 整形外科という、整形という言葉を入れていいのかどうか。

(上田委員) 日本で、専門的な治療ができる外科医というのはいないです。いますか？  
後腹膜ではないから、四肢原発で。

(松本誠委員) いや、わからない。

(川井分科会長) 今、松本先生がおっしゃっていた事は形成外科のことを念頭に置いて。

(上田委員) ああ、なるほど。

(松本誠委員) そう、形成外科のこと。これからは形成外科がやるようになってくると  
いうことも。

(上田委員) どうですか。

(清澤委員) どうですかと言われてもご質問の意図がよくわかりません。

(上田委員) 軟部肉腫を専門にされていて、メインに治療されている形成外科の先生。

(清澤委員) メインはないです。

(上田委員) そうですね。やることはあるけれどもメインではないですね。

(清澤委員) 私どもの学会では一応皮膚腫瘍外科指導専門医制度という学会で制度をつ  
くって、認定システムをつくって、その中に肉腫という項目が入っていますので、整形外  
科のほうはよく知らないのですが、サブスペシャリティーの専門医の中には腫瘍セクショ  
ンがない、あるのですか？

(尾崎委員) ないです。

(上田委員) 定義としてはないんですが、具体的には、制度としてはないんですけれど  
も、整形外科なんかには腫瘍専門医という一定の、

(清澤委員) ああ、ありますね。学会でやっていらっしゃる。だから結局やはりここは  
軟部肉腫専門のという表現よりは、文章的に、川井先生がおっしゃったように、対する外  
科的手術が可能であるとか、

(川井分科会長) そこは異論がないと思うので、今の議論は、多分、前々回だったです  
かね、形成外科は良性は手術するけれども悪性はぐにゅぐにゅというような状態で終わっ  
ていたと思うんだけど、今のお話を聞くと、肉腫も取るということであれば、ここを整形  
外科にするのは形成外科学会としてはちょっとどうしたものかという意見は多分出る。

(清澤委員) 私どもはこの会を何回かやっていますので、他大学の施設の先生にお聞きしたところ、やはり一定程度の悪性腫瘍に関しては今後も関与するだろうということをおっしゃる先生がほとんどでした。この専門施設をつくることに関しては別に問題はないと思いますので進めていただいてもいいと思うのですが、私たちの考えでは、ある程度取って、再建するまでの手術ということを考えてどうしても自前でやってしまうというか、やる意欲のある先生が多いという事実はありまして、自前でやるとかなり広範囲に取っても再建が自分でできるという意識が強いものですから、そこをどのように表現するかよくわかりません。

(川井分科会長) それを重視するとこの軟部肉腫に対する専門的な外科手術の可能な専門医ということになってしまうし、それで整形外科がいいというか、肉腫の治療がいいということであればそういう書き振りでいいと思うのです。形成外科の立場を尊重すればそうなると思うんですけども。

(上田委員) 整形外科の先生がたくさんおられて怒られるかもしれないですけども、あえて言うと、別に整形外科だけでなく、専門知識があつて、専門外科治療ができればどの科の先生でもオーケーだと思うので、今、日本にはほとんどいないと思いますが、海外ではいますし、今後どうなるかもわからないところがあるので、あえて整形外科専門医を外して、軟部肉腫の適切な外科的治療ができる専門医と、整形外科を外してもいいかと思います。あえて整形外科を入れるのなら整形外科等でしょうね。得意な。

(川井分科会長) 土屋先生、そこがちょっと。

(上田委員) そうなるでしょうね。

(川井分科会長) どうですか。

(尾崎委員) 「軟部肉腫の適切な外科的治療ができる整形外科等」、何か出したい気はしますけどね。

(松本誠委員) 言いわけばかりみたいで長い。

(土屋委員) 困りましたね。

(清澤委員) 専門医というのはあれですか？ 整形外科学会が認定する専門医ということですか。

(上田委員) この文面はそういう意味を多分あらわしているでしょう。

(土屋委員) 形成外科専門医。

(上田委員) そうするともう困ってしまうので。

(土屋委員) 積極的には推進しませんけれども。

(清澤委員) こういった文言を書く場合、何々専門医と書くと、その資格がある人で、結構それを問われますので、

(上田委員) その意味ですよ、また。

(事務局・東) これは最初、前の議論では整形外科医と書いてあったんですが、それをそれだけではわけがわからないと言う事で、整形外科専門医というようになりました。

(清澤委員) 整形外科等専門医でも私はいいと思うのですけれども、個人的にはいいと思うのですけれども、さっきの前半の、軟部肉腫専門という意味が、何をもって専門としているのか。

(上田委員) 軟部肉腫専門というのは、

(尾崎委員) それはちょっとおかしいね。

(川井分科会長) そこはもう変えたほうがいいと思うのです。その議論はもう進めていいと思うのですが、

(事務局・東) 軟部肉腫に対する適切な治療ができるという、そこはその文言に変えようと思っています。それは本当かどうかはわからない面はありますが、お名前をいただくことで、外から見ると見ればわかるだろうということで担保しようというふうには思っています。

そこで整形外科専門医とくくって、専門施設ですからそこでいいんだと、整形外科は専門の、分化させてここで作っているんだということが議論にあって、整形外科専門医となったんですけれども、今、それが少し揺らいでというか、これでいいでしょうかという話にはなっているわけで、そこは結論を出さないといけないだろうと思います。

(土屋委員) 専門医の制度の中に四肢軟部肉腫の知識が入っているといたら整形外科と形成外科しかないのではないですか。

(上田委員) 今のところそうですね。

(土屋委員) 一般外科医にそれがあつかうとないですね。

(上田委員) 日本にはいないと思いますね。

(清澤委員) でも皮膚科の先生でも時々そういうのを扱う。

(並川委員) いわゆる肉腫はないですね。皮膚科領域で扱うのは隆起性皮膚線維肉腫とあと顔面頭皮の血管肉腫ぐらいなので、ほかは自分のだとは思っていない。

(清澤委員) 悪性末梢神経鞘腫瘍をやっている先生もいますね。

(並川委員) うーん、でも……そうですね。少なくとも皮膚科領域では近年骨軟部肉腫科に移行していると思います。

(清澤委員) そうですか。

(土屋委員) 専門医の資格が骨軟部肉腫か腫瘍が必須条件として入っているのは整形外科。だから整形外科等専門医というのが一番無難なような気はしますが、あるいは形成外科まで入れて等とするかですね。

(川井分科会長) いずれにしてもその学会の専門医レベルはクリアしているという意味ですね。整形外科等専門医。

(土屋委員) そのほうが一般の方から見てもわかりやすいですね。

(尾崎委員) わかりやすさの頻度からすれば整形外科等というのが一番わかりやすいのではないですかね。

(清澤委員) 私たち形成外科も等と入れていただいたほうが通りはいいと思います。

(上田委員) リーズナブルですね。

(事務局・東) ごめんなさい。整形外科等と入れた場合は、整形外科等専門医か皮膚腫瘍外科専門指導医ですか？

(上田委員) 皮膚科、形成外科の腫瘍をされる専門医ですね。

(事務局・東) 形成外科の皮膚腫瘍外科……

(清澤委員) それはまた解釈が難しいと思いますが、主に腫瘍をやっている先生の場合には、我々の学会ではその資格を取るように奨励していますので、基本的には東先生が言ったようなことになると思うのです。つまり、学会が認定する腫瘍の専門医、サブスペシャリティーの専門医の認定制度がございますので、それを持っている人間が主に該当します。

例えば、私どもの施設で恐縮ですけれども、整形の腫瘍の先生と合同で手術に入ることはよくございますし、その場合に、少しずつお互いに手術をやったりするわけです。だからそういう意味からすると、形成外科医が再建だけというくくりでいくのか、たまに整形の先生のお手伝いもさせていただいて、ある程度関与するののかというところを考えると、「整形外科等」の「等」を入れたほうが、私どもの学会に対しては多分通りがよくて、お手伝いもしやすくなるのかという気はいたします。

(川井分科会長) 「等」だけでよろしいですか。

(清澤委員) 「等」だけでいいと思います。

(川井分科会長) そうであればさほど大きな問題は出ない。

(事務局・東) これは要件ですので結構厳しい話です。ここを、例えば指導医でない形成の先生が書いてきたらどうするかという話もあります。

(清澤委員) きちんと決めるのであれば、その資格を持った者というような限定をつけるべきですが、さっき申しましたように、整形外科学会であっても、主に腫瘍を専門にやっている先生でも資格制度としてはまだ確立されていないと思うのです。ですから、そこを形成外科だけがっちり決めるのか、整形外科も。私はわかるのですが、先生方が学会をやっておられるし、一生懸命やっているのはわかるけれども、その大義というのは余り差別化しないほうがいいと私は思います。

(上田委員) そう思いますね。

(小田委員) 学会専門医資格を有する整形外科等のか何とかないですかね。

(清澤委員) 今、2階建て専門医制度になっておりますので、ちょっと複雑な制度になっておりまして、ちょっと厄介。

(中島委員) 確認ですが、例えば毎年3例以上の肉腫の治療をやっている施設があって、その施設では腫瘍班とか腫瘍チームというのを組んでいて、もちろん腫瘍専門の先生、いわゆるここで言う軟部肉腫専門の先生は1人いるんだけど、パートナーとして1人いる場合、その方は整形外科専門医で一応専門医を持っているけれども、必ずしも腫瘍専門医ではない場合があると思います。症例は十分にあり治療を十分やっているけれども、2人も肉腫専門なり、軟部肉腫なりというのを必須条件としてしまうとなかなか難しいところもあるのではないかと思うので、その辺の書き方は、その2名というのはそういう意味なんでしょうか。1人誰が必須がいて、専門医だけれども、そういうことができるような専門医としてなら含めて2名ということで解釈してもいいのでしょうか。

(上田委員) 整形外科専門医は2人そろっているのではないですか。腫瘍ばかりやっている人が2名でなかったら、

(中島委員) 整形外科専門医ならば2人はいます。暗黙の了解で入っているのならいいんでしょうけれども、その辺はどういうふうに解釈したらいいのかなと思っています。

(上田委員) それに対する答えは、今、整形外科の学会では、全ての整形外科専門医は、骨・軟部肉腫に対する知識を最低ラインは持っているように教育して、研修をしていますので、それはオーケーではないのではないですか。

(中島委員) わかりました。1人軟部肉腫専門医がいれば、整形外科専門医も腫瘍専門

医とみなして考えて良いということですね。

(事務局・東) 一応情報公開、一般公開で、患者さんが見てわかるか、患者さんを紹介しようと思っている一般医がわかるかということを中心に考えているのですけれども、患者さんの代表の方々はこの議論をどう思われますか。

(大西委員) 学会とかそういうのは患者のほうは全くわかりませんので、専門医と言われてもそれが、では……。

(上田委員) そうですよ。適切な治療ができる医者がいればいいですよ。

(大西委員) 医者がいれば当然いいので……。

(上田委員) そう思いますね。

(事務局・東) その枠をはめる必要はないということですか？

(大西委員) 余りここに学会とかは特に入れなくても、学会でのというのは余り……。

(上田委員) 患者さんからしたら一番大事なファクターは恐らく症例数ですよ。経験があればみんなそれぞれ専門医的になるだろうし、症例数のほうが。

(大西委員) そうです。

(川井分科会長) ここは非常に大事な言葉だと思うのです。

(上田委員) 大事だから決めておかないといけないけれども、患者さんからはそういう具合。

(川井分科会長) だけど、今の議論を聞いていると、軟部肉腫の適切な手術が可能な整形外科等専門医2名常勤勤務というのがいいのかな。

(上田委員) それが重要でしょう。現時点ではそれでいいのではないですか。

(川井分科会長) 整形外科としては私はいいと思うし、形成外科がそれでよければ。

(清澤委員) 賛成です。

(川井分科会長) それで、今の皮膚何とか専門医とかは書き込まなくてもいい。

(清澤委員) それは書き込む必要はないと私は思っています。

(事務局・東) それでは事務局が困るのです。

(川井分科会長) ぼやっとし過ぎていますか。

(事務局・東) ぼやっとして、何を入れていいのか、何を入れてはいけないかというのがわからないので、別にいいんですねと言われたらいいんだと。別に誰でもいいのですかと病院は必ず聞いてくるのです。

(上田委員) それは専門医の資格ではないですか。整形外科だったら日整会の専門医。

(事務局・東) 整形外科は日整会の専門医の資格で、形成は？

(川井分科会長) その書き振りにそろえていると、形成外科の専門医ということになりますね。

(清澤委員) 形成外科の専門医ももちろん腫瘍セクションがありまして、専門医を受けるときに腫瘍の部分をかなり勉強しないと専門医は取れないシステムにはなっております。

(川井分科会長) したがって、この文章の前半で規定している、非常に主観的ですが、軟部肉腫の適切な外科的治療ができる整形外科等専門医2名、手術が可能、整形外科あるいは形成外科、そこで「等」は引っかかってくるけれども、それぞれの領域の専門医を持っている医者ということだめですか。

(上田委員) そういう意味でいいのではないですか。

(小田委員) 学会専門医とするのはだめですか。

(事務局・東) 一応2つ、説明をそのために用意しているので、そこには詳しく書きたいと思っています。情報公開のときの項目名としては「整形外科等」もしくは、私としてはどちらかと言うと「整形外科・形成外科専門医」というように書きたいのですが、いずれにせよ、整形と形成で縛るのであれば項目説明に、日本整形医学会専門医もしくは日本形成医学会専門医というふうに書きます。それがなければ、この情報公開のお名前に挙げることはできませんというように言いますが、外科専門医だけどうかと言われたら、それは違いますと。そのようにしたいんです。必ず問い合わせがありますし、病院としては専門施設として名乗りを上げたいと何かしら言ってくるというのが今までの経験上よくあるのです。

(上田委員) 肉腫のようなレアキャンサーでそんなに来ますかね。

(事務局・東) 実は実例があります。専門とする希少がんを挙げてくださいますということをごん対策情報センターで出したらわんさか挙がってくるのです。それを見ると、本当ですかということを経験の先生方に突っ込まれることは今までよくありました。病院側としては経営を考えたら、こういうところに名前が入っているのは重要なことなので、多分経営判断としては入れたいだろうと思うのです。それだと、事務局が悪者になるというか、きちんと決まったもので悪者になるのはいいんですが、わからないところで右往左往するのはちょっと困るので決めたいというのが正直なところなんです。

今の話でよろしいですか？ 日本整形外科学会専門医もしくは日本形成外科学会専門医で、軟部肉腫の適切な治療ができるということを条件とする。

ではそのような形で、また文言については後でお返しします。

8番は形成外科的再建手術が可能かどうか。これは可能かどうかを公開するということで、「はい・いいえ」で聞いています。「いいえ」だったからといってお断りというわけではない。それを公開するだけで要件ではないという位置づけです。よろしいでしょうか。

次の9番、小児に対応できる外科医との連携実態を公開する。小児に対応できる外科医とどこで連携しているか、かつ連携件数が過去1年、平成27年で何件あったかということですが、これも要件ではなく小児に対応するための公開です。これは、整形の先生で小児もという方も含むのでしたか？

(上田委員) 年齢によって微妙ですけどね。まあ、これでわかるのではないですか。

(事務局・東) 整形外科の先生も含むということで考えてよろしいですか。では連携先を書いていただいて、件数も見るということにします。

(上田委員) 先ほどの9番の連携実態がない場合は、ないことはないと思うのですけれども、ない場合は書かないということになるのですか。

(事務局・東) 「なし」と書いていただくしかないですね。

(上田委員) 「なし」と書くようにするんですね。そんなことは余りないとは思いますが、どこかはあると思います。

(松本光委員) 当院だとございます。病院が16歳以上が対象なので、AYA世代の人はいますけれども、本当に小児、

(上田委員) そうではなくて、自分のところでしていなくても連携先がないというところはないと思うので、どこかは、例えば大学病院とか。

(松本光委員) ただ連携実績という数を聞いたときに、

(上田委員) そのときはその年はなかったというのはあると思います。

(松本光委員) そもそも小児は全部そっちに紹介されるということで、だから要件ではないということでもいいと思うのですけれども、ゼロという施設はあるのかと思います。

(上田委員) はい。そういう意味で、連携実態というよりも、連携可能施設の有無のほうがすっきりするかもしれないですね。その年はなかったけれども、連携できるところは常に持っているということはある得ますね。そう、大きな問題ではないと思います。

(松本光委員) このままでも別に構わないと思います。

(事務局・東) わかりました。多分連携先がどこかということと、件数がどうかというのは恐らく実態といってもいいのではないかと思うのですが、済みません、ほかに言葉が



見つからないので。

(上田委員) 回答がちょっとぶれるかもしれないというだけのことでですから。

(事務局・東) はい。では10番に行かせてください。放射線科治療医は常勤1名以上いることということで、これはお名前と経歴の公開をさせていただきます。ここはしないとだめになります。よろしいでしょうか。

11番、重粒子線（または陽子線）治療施設と連携です。

(上田委員) 連携の公開。

(事務局・東) 連携の公開ですかね。

(中野委員) この連携件数というところですけども、このサルコーマ関係でない、例えば肺がんとかほかの連携の実績があればそれでもこの件数に入れて、そのところは連携があるかないかが重要なのですか。

(事務局・東) そうですねえ。これはどうですか？

(川井分科会長) これは肉腫かと思っていましてけれども。

(中野委員) それは皆さんが決めればいいことです。

(上田委員) これは、どちらかという、四肢原発の軟部肉腫で重粒子とかそういうことは余りないですからね。

(川井分科会長) 確かに。

(上田委員) 骨盤とか後腹膜の深いところのリセットブルなケースが多いですから。

(中野委員) そうですね。体幹部のサルコーマがかなり主体になると思います。

(川井分科会長) 確かにこの連携件数は何を書くかと書いておかないとばらけますね。

(事務局・東) そうですね。

(川井分科会長) 例えば群馬大学は連携先が去年はゼロだったということも十分あり、それでもオーケーと。

(上田委員) だから9番と同じような感じですね。

(土屋委員) 連携施設は幾つも書いてもいいのですか？ 重粒子はここ、陽子線はこことかというのがありますね。重粒子も主に2カ所とかにかかっている場合があるんですけども。複数持っているところがあると思うのです。

(事務局・東) それは書いていただくしかない。

(土屋委員) 書いたほうがいいですよ。

(事務局・東) 山のようにあるということがあり得ますか。

(土屋委員) それはないと思うんですけどねえ。

(中野委員) ここには主な連携先、主と書いてあるからその中で好きなところを1つ書けばいいのでしょうかということをやっていましたけれども、皆さんの情報公開の目的に何が沿うのかどうかということだけを確認していただければ。

(事務局・東) そうですね。どうでしょうか。1つあればいいですか。

(大西委員) 治療の幅が重粒子もあるということがわかれば。

(川井分科会長) 連携件数は四肢の軟部肉腫の件数に限っていいですね？

(事務局・東) それでいいですか？

(川井分科会長) そうすると、例えば国立がん研究センターはどうなるかということ、主な連携先は放医研で、去年はゼロということです。

(上田委員) これは含まないほうが実態だと思いますけどね。肉腫関係で連携したら入れる。

(川井分科会長) 肉腫は全部入れる？

(上田委員) そうでないと、四肢というのは通常は連携の適用外ですよ。

(川井分科会長) そうなんですね。ゼロになってしまう。

(上田委員) 普通リセッタブルな四肢は連携外ですね

(中野委員) でも患者さんがどうしても拒否したから送りましたと。

(上田委員) ないことはないけど普通はしないですね。

(中野委員) その場合は自由診療でやりましたとか、いろいろになると思います。

(上田委員) いろいろなことが絡んできますのでややこしいですね。ここは、件数を入れるのならそれも全部ほかの場所も含むにしたほうがいいと思いますけどね。

(事務局・東) 2つ方法があると思います。1つはもう件数は入れないということ、もう一つは軟部肉腫だったら、軟部肉腫は体幹とか中、内臓も含むというふうに説明の中で書いてしまうという。

(上田委員) そうですね。そうか、件数を省いてしまうか。

(事務局・東) どちらでしょうか。どちらがいいですか。

(松本光委員) 軟部肉腫は多分数をつかまえるのは大変になりませんか。前回、軟部肉腫の件数をご相談したときに、正確にとれないという話になったと記憶しているのですが、同じことにならないでしょうか。もうどの先生方も、四肢軟部はゼロではないかという認識があるならば、ゼロに近いということであるならば、患者さんは多分つながれ

るのかどうかが気になっていて、何件あるかはそんなに重視なさないのであれば、つながる先を明示すれば、それでいいような気がします。

(上田委員) そう思います。

(川井分科会長) 私もそれでいいような気がします。

(事務局・東) では件数はなしということにします。

次です。薬物療法ですが、肉腫の薬物療法が可能な常勤薬物療法専門医がいるというのが条件で、氏名と経歴を書けていただきます。これは学会の専門医ですね。

(松本光委員) 臨床腫瘍学会認定のがん薬物療法専門医と明記していただいたほうがいいと思います。

(事務局・東) がん薬物療法専門医？

(松本光委員) はい。がん薬物療法専門医です。

(事務局・東) それでよろしいですか。これは要件ですので、これがいらっしやらなかったらだめということになります。

13番、小児血液がん専門医との連携(院内含む)ですが、連携先の施設、院内ならば院内ですし、お名前も一応書いていただきますが、公開する必要はないかもしれないということで非公開となっています。これはいかがでしょうか。

(川井分科会長) 患者さんはどうですか？ 多くは成人だからということで薬物療法専門医が入っていて、小児のほうは入っていないということだと思っんですけども、そんな差をつけていいのかという。

(事務局・東) 氏名がないのはある意味連携先だということもあって、病院が名前を出していいかというのを他院の医師に聞くというのはちょっと難しいのかと。病理だけは恐らく事が重大というか、院内には余りいないことが多いという実態を聞いていますので、他院であっても出していただいた方がいいだろうと例外的に考えています。それでも小児科も含めて出したほうがいいということであれば出しますが、どうでしょうか。

(宮地委員) 自施設に小児血液がん専門医がいる場合、公開となっても問題ないと思いますが、自施設にいない場合が問題だと思います。連携先の小児血液がん専門医が名前を公開されることを、どう考えるかという問題がありますし、勝手に名前だけ書かれていたということが起こらないか懸念があります。小児血液がん専門医は所属施設と名前は学会のホームページで公開されていますので、連携先施設が公開された段階で氏名はリンクしてしまうとは思っています。要件に当たっている専門医については、名前を公開すると

ということですが、小児血液がん専門医との連携は要件でないのであれば施設は公開でよいかもしれませんが、氏名まで公開したほうがいいのかどうか、そこまでは必要ないのではないかとと思います。

**(事務局・東)** お名前は出していただくけれども、公開するわけではないということではあります。それはこちらのほうで、ホームページで、どこの医師かというのは確認できるということを目的に考えています。

では、お名前は非公開で出していただくということにさせていただきます。本人の了解をとってくださいということまでは要りますかね？ 要らないですね。

**(川井分科会長)** 名前は非公開でいいですが、この要件・非要件というのは一回検討しましたか？

**(事務局・東)** ここの要件・非要件は、

**(川井分科会長)** 要件にはなっていない？

**(事務局・東)** なってはいないです。

**(川井分科会長)** ここは Rhabdomyosarcoma を想定したときに、連携することは必須にしておいてもいいのかと、ちょっと今にして思います。

**(事務局・東)** それはオープンです。

**(宮地委員)** 専門施設は、施設数を多めに指定する方針とされているのかとは思いましたので、小児血液がん専門医との連携を要件とせず、横紋筋肉腫や小児の軟部肉腫の患者さんは小児の血液がん専門医がいるような施設等に紹介されるとか、そういった形の対応がとられたらいいのかと思っていました。しかし、専門施設は、連携施設として紹介先をあらかじめ確保していることを要件にするかということですね。それはそうある方が望ましいと思います。腫瘍をとってみると横紋筋肉腫だったというのは結構よく聞く話ですので、専門施設というぐらいであれば、紹介先としての連携施設があらかじめ確保されていて、速やかに紹介できることが望ましいと思います。

私は、連携施設というのは、手術はAという専門施設でして、化学療法はBという連携施設ですというような関係という認識でおりました。しかし、自施設では横紋筋肉腫や小児の軟部肉腫を全く治療されないところでも紹介先があるということを保証するという意味では要件としてよいと思います。これについては整形外科の先生方がどう考えられるかだと思います。

**(川井分科会長)** 要件にしていいのではないかと私は思います。

(事務局・東) それを要件にした場合は、施設の名前が書いてあるということが要件で、別に連携件数がゼロであっても構わないということですか。

(川井分科会長) そうですね。6番の核医学と同じような状況ではないかと思うのですが、けれども、違いますか。

(事務局・東) そうですね。

(上田委員) 小児の連携先はないと困りますね。ないことはないと思いますけれども、あるべき要件ですね。

(川井分科会長) でも要件にしていいぐらいの重要なことではないかとは思いますが。

(事務局・東) そうでしたら、では○にしておいて、要件ということにします。ただ、ゼロであっても構わない。

14番です。肉腫の薬物療法で標準治療を提供している。「はい・いいえ」で、一応「はい」と答えないといけないという要件ではあるんですが、ここはいかがでしょうか。これは検討のリストにも挙がっていますが、この表現で適切でしょうか。

(大西委員) 標準治療以上のことをやったらだめだという意味ではない？ どういう意味合いですか。

(川井分科会長) 標準治療がベストという形での書き振りだと思いますけれども。要するに治験をやってはだめとかそういうことではなくて、標準治療をきちんとやっているという意味の書き振りだと思います。

(尾崎委員) 最低限やっているという感じですかね。最低限標準的な治療ができているというニュアンスにとれないですか。

(川井分科会長) 松本先生がよければ私はいいかと思います。

(松本光委員) 書かれているのは、手術もそうですけれども、薬物療法もばらつきがひどいので、標準というのは違う言い方でいうならば世界チャンピオンの治療というか、ちゃんとした治療、化学的根拠がある真つ当な治療、エビデンスがある治療を提供していますかという意味です。背景にはそうでない、薬剤の量を4分の1にしたり、2分の1にしたり、間隔を3週間に1回にするものを4週間に1回したりして、治療効果を下げている施設が日本に少なからずあるので、そうではないという宣言をしていただく。もしくは、全く科学的根拠がない免疫治療とかやっている病院もあって、昨日もニュースでがん診療連携拠点病院の指定要件に引っかかっていましたけれども、そうではないという宣言をしていただくといいと思うのです。

(事務局・東) 松本先生は宣言とおっしゃいましたけれども、確かに「いいえ」と答える施設はないと思うのですが、宣言をしていただくのが重要ということでこれを入れるという意味合いでよろしいですか。

(松本光委員) はい。

(事務局・東) では、14番はこのままの表現でいきます。

次に15番、肉腫に関するTumor Boardの定期的な開催についてということで、その次に、外科医・腫瘍内科医/薬物療法専門医、放射線治療医が定常的に参加している、病理医が必要に応じて参加しているということで、それぞれ「はい」「いいえ」を答えていただいています。最近5回の開催状況を別紙2に記載し、いつやったのかと、それぞれ整形外科医、薬物療法専門医、放射線治療医、病理医、もしくはその他が出席したのかということに○をつけます。

(尾崎委員) この2行目ですけれども、外科医・腫瘍内科医/薬物療法専門医、放射線治療医となっていますけれども、この表現は紛らわしいので、きちんとされたほうがいい。説明のほうも同じになっています。

(事務局・東) 済みません。これはどうしたらいいですか。外科医ではなく整形外科医、ではない？

(川井分科会長) そうではなく、「・」ではなく「、」で、腫瘍内科医/薬物療法専門医は、薬物療法専門医でない腫瘍内科医もオーケーという意味合いですか。

(松本光委員) 後ろが放射線治療医となっているのであれば、腫瘍内科医でいいような気がします。

(上田委員) あえてがん薬物療法専門医と規定することはないということですね。

(松本光委員) 意図としていたのは、薬物療法専門医が施設にいるけれどもBoardには入っていないという状況を避けたかったので、書いていただくのであれば、「外科医、腫瘍内科医(がん薬物療法専門医)、放射線治療医」だといいと思いますけれども、そこだけ書くのも少し奇異な気はします。

(松本誠委員) 12のところでは肉腫の薬物療法が可能だと、そのところに入れていくわけですね。だから二度手間になってしまうから。

(事務局・東) 12で薬物療法専門医と書いてあるということは、腫瘍内科医と書くよりは薬物療法専門医と書いたほうがいいということですか？

(松本光委員) いや、ここは腫瘍内科医でいいと思うのです。

(上田委員) 広く書いておくということです。

(松本光委員) はい。ここだけ腫瘍内科医/薬物療法専門医とはリダンダントな気がしますので、がん薬物療法専門医と書いていただいても構いません。

(上田委員) 臨床腫瘍科医でも構わない。そんな感じ。病院によって言い方が。

(松本光委員) そうですね。病院によっては腫瘍内科でなく化学療法科だったり臨床腫瘍科だったりするということであれば、もうがん薬物療法専門医とされたらぶれはないと思います。がん薬物療法専門医としていただいたほうが病院ごとのずれはなくなるかもしれません。

(事務局・東) それでよろしいですか。

(川井分科会長) それを要件にしていいますか。

(土屋委員) がん薬物療法専門医が常に定期的に参加しているということを要件にするのは難しいですね。

(上田委員) この要件は現時点では厳しいかもしれませんね。

(土屋委員) 厳しいですね。肉腫に特化している方はそんなにいませんもんね。

(上田委員) これは要件から外していただかないとガタッと減りそうですね。

(土屋委員) ガタどころか。

(上田委員) ガタガタと減って、これはそろって定常的に参加しているとなると日本で5施設ぐらいになるのではないですか。

(松本光委員) 公開はするけれども要件にはしないということですかね。

(土屋委員) 要件ではないほうがいいと思いますね。

(上田委員) そうですね。これからの参加を促していく。

(事務局・東) そうしましたら、これは3つあるんですが、肉腫に関する Tumor Board は定期的開催されている。これは要件でいいですか？

2番目の外科医、腫瘍内科医……

(川井分科会長) 腫瘍内科医でいいと思います。放射線治療医。

(事務局・東) 腫瘍内科医、放射線治療医が定常的に参加している。これは要件ではなくて、「はい」か「いいえ」か。

(上田委員) 現時点ではそのほうがいいと思いますね。

(尾崎委員) 定常的にというのはいいんですかね。

(事務局・東) たまに欠席するのは構わない、症例の患者さんがいないのに行く必要も

ないだろうという意味もあってちょっとぼやかしたけれども、別紙のほうでは、本当に参加しているかというのは書いてあるわけです。

(武田委員) これは定期的な開催というのは、症例が発生しないと開催しないですね。ということは、1年に1例しか四肢に関しては出ない場合があって、それを定期的という表現は難しいですね。開催だけでいく。

(松本光委員) 意図としては、ハイボリュームセンターでも多分参画していない施設がいっぱいあると思うので、書いていただくということで私はいいいのではないかと思います。

(事務局・東) 定期的にというのは確かに難しいですが、どうなのでしょう。

(武田委員) 普通の Tumor Board の中に肉腫の症例を出していくという場合もあると思うので、一般の外科とかそういう中での症例検討の中に肉腫が紛れ込んで提示されるという場合があるので、それであれば定期的な開催ということはいけると思うのです。

(松本光委員) 多職種の医師が一堂に会して相談している機会があるかないかがまず1つですね。

(武田委員) がん拠点ではそれは必須にされている。

(事務局・東) そうなのがあるというのは必須ですね。

(松本光委員) でもそれで肉腫を扱っているかどうかは多分、がん診療連携拠点病院の指定要件にはなっていないような気がします。

(事務局・東) はい。肉腫の専門施設ということで考えた中で、肉腫に対する Tumor Board がなくても別にいいのかということですね。一般の Tumor Board の中で肉腫がたまに出てくるというのを許容するかどうかだと思いますが、先生方はどう思われますか。

(川井分科会長) ちょっと緩いかなという気がします。年に1例で、年に1回定期的にやっているのかという話になるけれども、そういうのは実際はほとんどないというか、年に1例というのは入り口を決めたときの数であって、ここに手を挙げてくる施設は月に1例、2例はあるでしょう。

(上田委員) そういう意味では定期的なということが適切なんだろうと思います。我々もこれは定期的だということであれば「はい」にしますから、それを1カ月に1回とか、3回月に1回以上とか、そういう具体的なことは決めずに、定期的なとする。そして実態は別紙で書くというのが現段階では一番妥当かと。でもやはりふやしてほしいという、将来的にはふやしていくべきだというのを示しておけばいいのではないですか。

(松本光委員) 日付を書いているので、「いいえ」がその施設が月1回なのか、



週1回なのか、年1回なのか、ある程度推測はつくと思います。これは結構大事なところかと。

(事務局・東) では、文言的にはこのまま定期的な開催ということで、定期とは実際どうなのかについては別紙で見るという形でよろしいでしょうか。

(川井分科会長) 定常的に参加は要件から外す。

(事務局・東) 要件からは外すということですが、一応書いたままでいいですか。文言を確認しますと、「外科医、腫瘍内科医、放射線治療医が定常的に参加」、別紙で、実際にこの3職種が参加、病理医が必要に応じて参加というのは書いていただく。別紙のほうの表現として、薬物療法専門医も腫瘍内科医と変えていいですか。ではそのようにします。

(松本光委員) 別紙のほうは、薬物療法専門医でとっていただいたらいい。

(事務局・東) 別紙でとるというようにしますか。

(川井分科会長) そこはそろえておいたほうがよくないですか。

(上田委員) そろえておいたほうがいい。

(松本光委員) そうですね。ただ、要件から外すのであれば、結局、薬物療法専門医、12で聞いた人が参加しているかどうかの方が大事なのではないかと思うので、薬物療法専門医でいいのではないかと。

(川井分科会長) では、この15番も、外科医、薬物療法専門医にしたほうが。

(事務局・東) ではこっちをとります。薬物療法専門医にさせていただきます。

まとめます。15の2行目の表現は「外科医、薬物療法専門医、放射線治療医が定常的に参加」「はい・いいえ」といたします。別紙は変更なしですね。

(中野委員) 細かいことを言うようですけども、「参加している」とか、みんな文体は共通にしたほうがいいと思います。

(事務局・東) はい、そうですね。それはまた最終確認していただきます。

次に16番、以下の職種が常勤で勤務している。リハビリテーション専門医、理学療法士、作業療法士、精神科医、臨床心理士、社会福祉士/精神福祉士、MSWと言われている人たちですね、お名前をお伺いするが、公開はしない。これはいることが指定要件でしたか？

(川井分科会長) これは要件でしたか？ 厳しくないですか。

(松本光委員) これは要件でしたか。

(事務局・東) これは要件にしていましたね。外すのなら外してもいいですが。

(松本誠委員) リハビリテーション専門医というのは、専門医も何の専門医、リハビリテーション学会ということだと結構厳しい。うちなんかいない。

(川井分科会長) がん研は落ちる。

(松本誠委員) 川井先生は？

(川井分科会長) 私は専門医。

(松本誠委員) リハビリテーション学会の？

(上田委員) そういう段階ですからね。

(川井分科会長) でもがん研が落ちるような状況はちょっと厳しいですね。

(上田委員) 専任にしたらどうですか。専任のリハビリテーション医にしたら大体カバーするでしょう。要するにチーム医療ができるということが重要ですから。

(事務局・東) 要件は外しますか。

(松本光委員) 外していただいたほうがいいような気がします。

(事務局・東) 専門医は専門医でとっていても、そうか、そうすると名前を問う意味は余りないかもしれないですね。

(松本光委員) 各職種「ある・ない」は聞くけれども、要件にはしない？

(川井分科会長) 「ある・ない」は出したほうがいいと思います。

(事務局・東) では「ある・ない」を出すということにします。

非公開でお名前は聞くということにはしますが、要件にはしない。

(川井分科会長) 18と同じような形でいいと思います。

(事務局・東) そうですね。ではお名前は聞きます。基本的には「いる・いない」か「はい・いいえ」で下に名前を書いていただく。お名前は公開しませんという形に変わります。

18番、診療科の有無、これは一応専門医制度の基本診療科を並べて、既に聞いているものを省いたというものです。一応「ある・ない」を聞いておこうと。

(松本光委員) 18で一個確認させてください。これは非常勤の先生が来られている場合は「ある」に含みますか。

(川井分科会長) 診療科があるかどうかなので、私は「ある」というふうに考えていましたけれども、標榜があればそれでいいです。

(松本光委員) はい。

(事務局・東) 次は研究関連です。19番、手術検体の凍結保管が可能か。これは要件ではありませんが、可能かどうかを聞くということで、情報公開はします。

(武田委員) これに関してですが、こういうレアキャンサーの、今、ゲノム医療推進が国策になっていると思うのですが、セントラルバンキングみたいな方向性というのは、こういうがん腫に関しては進んでいるのですか。

(川井分科会長) セントラルバンキングは進んでいないですか？

(武田委員) がん推進協議会ですか、あれで一応そういうゲノム医療が一つの柱で、その中にやはりレアキャンサーというのは明記されているのです。だからそういうのを今後必須、そういう何らかのドライバ、遺伝子検索を一つの施設に集中させるようにある程度こういうのは縛りを設けておいたほうが、必ず提出できる環境にあるかということは今後必須になってくるかと思うのです。その辺の流れはどうですか。

(川井分科会長) そうは思いますけれども、ゲノムの多施設は、一つは医科研で動いていますけれども、それは決して全部の施設が強制で入っているわけではなく、手を挙げた施設が入っている、そういう多施設のグループはあります。あと、国立高度専門医療研究センターがバンクを共用化しようとしてやっていて、当院の先生がされているけれども、実際にその中で肉腫がどれだけ扱われているかというのは、申しわけありませんが、私もまだ見えていない。

(武田委員) だから年間 100 例ちょっとしか発生しない症例なので、もうそれはある程度今後集中させるという、提出が可能な施設である、もし国策として号令、サンプルを集めるとなった場合が提出が実施可能である協力体制があるという、

(川井分科会長) 恐らくきょういらっしゃる大学とかセンター施設では自施設内のバンキングはほとんどされていると思うのですが、それをつないではいないという状況だと思うのです。

(武田委員) そこはある程度明記しておいたほうが、やはりそれは結局各大学ごとで 10 例ぐらいの解析にとどまってしまって、国として 1 カ所に 100 例規模のサンプルを集めるということが、それが障害になっている可能性があるので、そういうのは明記しておいたほうが将来的には。

(松本光委員) これは、第 1 回で、たしか、そもそも診断を立てる意味で凍結保存があったほうがいいのではないかとということで、必須にしませんかという話があって、何らかの理由で要件から外れたように記憶しているのですが、どういうことでしたか？

(事務局・東) 私もそういう記憶です。これを要件にしようという話でしたけれども、ほかの F F P でもいいとか、そういう話を聞いた覚えがあります。

(松本光委員) たしか武田先生がおっしゃったのではなかったですか? FFPでも診断できますと。

(武田委員) FFPでもいいと思うのです。それはある程度セントラルなバイオバンクに提出が可能かというのを、

(事務局・東) ごめんなさい。論点が2つになっていますが、これを要件にするかという……

(武田委員) 要件にさせて、強制的にサンプルを出させる状況にしておいたほうが将来的にはいいのかと私は思ったりはするのです。

(事務局・東) 次の強制をするというのは、多分、今の段階では難しい。

(武田委員) 難しいです。将来的な何かの案が出たときに、集中して1施設、多分がんセンターとかになると思うんですけども。

(松本光委員) 現時点で要件として求められるのは、多分凍結検体を自施設で採取して保存できるまでではないでしょうか。

(上田委員) でしょうね。今の段階で要件としたらね。

(松本光委員) はい。それは多分患者さんの診断のクオリティーも担保することになると思うのです。

(上田委員) そうですね。そこまででしょうね。

(事務局・東) もう一つずれたと思うのは、このFFPでもいいということは、手術検体でなくてもいいということですか。別の問題?

(松本光委員) いや、それは多分、前回、前々回議論していた診断のクオリティーを担保するというところではFFPでも代用可能ではないかといって要件から落ちたんですが、今、議論されていることも含めると、凍結検体の採取と保存が可能であるとだけ書いて、それを要件にするというのはいいのではないのでしょうかということですね。

(事務局・東) 凍結検体というのは手術の検体とは限らないということですか?

(松本光委員) 生検であってもいいと思います。

(事務局・東) 生検もです?

(松本光委員) はい。どちらでもいいと思います。

(武田委員) でも基本はオペですね。

(川井分科会長) でも血液も入ってくるんですけど、サンプルを生体試料の凍結保存が可能かということですか?

(事務局・東) では、まずはそういうものを要件にするというご意見でよろしいですか。これは○ということ。

その上で、表現を教えてくださいたいのですが、手術検体の凍結保存が可能かというのではなく、生体試料の？

(川井分科会長) ちょっとぼんやりとしますね。生検手術検体の凍結保存が可能か、「はい・いいえ」で、要件。

(上田委員) 要件にしてしまいますか。

(川井分科会長) いや、今の論調はそうかなと。皆さんの意見で決めたらいいと思うのです。

(松本光委員) 一気に減るのであれば難しいですね。

(上田委員) 可能かと言われて、ここに入りたかったら、臨床検査科に頼んで、保管されるようなものは確保するでしょうね、きっと。

(小田委員) 液体窒素とディープフリーザーだけあれば。

(上田委員) ですから、今はやっていないけれども、そこで要件になったら本当にやろうと思ったらできないことはないでしょうね。

(川井分科会長) これはもう皆さんで決めたらいいと。今の医療レベル、施設のレベルで決めたらいいと思うのです。

(事務局・東) 可能かということはしなくてもいいということですか？

(上田委員) いえ、いえ、現在していなくても、できるということです。

(川井分科会長) 要件にするのは可能でないとだめなんでしょう。

(事務局・東) 可能はそうですけれども、現在蓄積しているかということも要件にしますか？ そこまで行きますか？ そういうことではなく？

(川井分科会長) そういうことではではなくて。

(事務局・東) 可能だけなんですか？ わかりました。

(上田委員) できるかどうかということでしょうね。

(事務局・東) では、可能だけやっていないでも構わない？

(川井分科会長) ということは要件にはしないということですよ。

(事務局・東) そういうことですね。

(上田委員) そういうことですね。確かに可能かで聞いているね。文面がね。可能かだったら要件にならないですね。

(川井分科会長) 尾崎先生、どう思われますか？

(尾崎委員) そのとおりでいいと思います。可能かということでもいいのではないでしょう。要件にはしない。

(上田委員) 可能でないところは落ちる。

(川井分科会長) 要件にしなかったら

(上田委員) 要件にしたらね。

(川井分科会長) 要件にしたらそうですね。

(上田委員) それでもいいかもしれないですね

(小田委員) 凍結保管できる体制にあるとしたらいいのではないですか。

(川井分科会長) 体制にあってしないものは余計にだめなのではないかと思うんだけど。多分、体制がとれていない病院もあり得ると言うことが前提かなと思うのです。

(事務局・東) 一応教育的効果はあるかもしれないとは思いますが、ここで要件といたら必ず「はい」というでしょうし。

(上田委員) そういう意味では要件にしてもいいかもしれないですね。今後を考えるとやはりこれは必要ですものね。研究上はその次としても、診断上は皆さんもそうされていると思いますけどね。

(事務局・東) そうすると、それが可能かと言って、可能だと言ってきた施設が、要件はオーケーで、

(上田委員) もうやるつもりは全然ないという人はやはり専門施設から外れていくべきなんでしょうかね。

(川井分科会長) 土屋先生、いいですか？

(上田委員) それでいいのではないですか。

(川井分科会長) ちょっとハードルを設ける。

(土屋委員) 既に行っているというのはハードルが高過ぎるんですか。

(川井分科会長) 行っているかどうかはちょっと聞けない、そこはなくても。

(土屋委員) 要件にするのであればそこまでも。

(事務局・東) 聞くのは可能です。

(土屋委員) 聞いてしまえば。

(尾崎委員) 確かに行っているというのが一番いいと思うんですけども、多分これは  
120 施設ぐらいが出てきますね。そうしたら、ほとんどの大学病院やセンター的なところ

はしているのは当たり前だと思うんですけども、どうでしょうかね。

(上田委員) 可能かぐらいでとどめておくほうが現段階ではいいと思いますけどね。でもその文面でやるべきだというのは入っていますからね。

(川井分科会長) 要件にしないということですね？ するということですか？

(土屋委員) 可能性はどうかだと要件になりにくくないですか？

(上田委員) 可能かといったら要件にならないですね。

(尾崎委員) ならないですね。

(松本誠委員) 文章を変えてしまう。

(川井分科会長) 要件にするか、しないかという議論です。

(上田委員) 要件にしても可能かというときは、やる意志を求めるわけだから、何かのときにやっていなかったら、それはだめだと言えるわけです。

(土屋委員) この文章だと、全くやる気がなくてもここだけ「はい」とできますけどね。

(事務局・東) そういうことはあると思います。

(上田委員) 要件にしたら力はありますね。

(大西委員) 患者としてはぜひやってもらいたい。

(押田委員) 私もやっていただきたいと思います。今はともかくとして、今後のことを考えると、大切なことではないかと。せっかく専門施設をつくるのでしたら、そういうハードルがあっても良いのではないのでしょうか。

(上田委員) 現時点では要件にして、可能かどうか聞いて、だんだん必須にしていく。

(川井分科会長) でも可能かでは要件にはならないですね。

(土屋委員) ならない。だから現在行っているか、今後予定をしているというぐらいですね。

(事務局・東) そうしたら、可能かととりあえず聞いて、説明文のほうには、次からは、今後は件数を聞くと思いますといったことを書きますか？ それぐらいで手を打ちますか？

(上田委員) それか、もうしているかどうかを聞いて、現段階では参加要件とは一応しないで置いて、何年か後にはしていくという方向でいく。

(事務局・東) そういうのもあります。どれがいいですか。

(川井分科会長) 可能かにして「はい・いいえ」にして、参加要件にしておく。何年か後に、次からは毎年のサンプリング数を聞く。その次に、サンプリングしたものを中央に

出すことができますか。これは要件ではありませんけれども、そういう三段構えにする。

(上田委員) 段階的に締めていくというか。

(武田委員) 中央に出すことをここは要件に入れたほうがいいと思います。そういう自施設だけで出さないという保守的な考えは絶対あるので、こういうレアキャンサーは出すようにしていかないとゲノム医療は推進できないと思います。

(川井分科会長) おっしゃることはよくわかるけど、

(松本光委員) 現段階でそれをしてしまうと、それが原因で専門的な診療をしている施設が入れないということになった場合、いや、試料を送るということに対する配慮というか温度差は多分施設ごとにあると思うのです。それが例えば正しい診断を立てるためにというのであればいいですけども、ゲノム医療の推進といったときに、どうでしょう、施設によっては。

(川井分科会長) 九大はきょうのお昼の会議では、パラフィンを外に出すのは結構厳しいと言っていました。

(小田委員) 九大はブロックは厳しい。

(上田委員) ブロックは厳しいところが多いのではないですか。

(川井分科会長) 凍結を出すことはオーケー。

(小田委員) 凍結はもうちゃんと、倫理委員会で通れば大丈夫です。例えばJCOGのそういう研究とかは、ちゃんと倫理委員会を通して出しています。

(川井分科会長) 私のほうでは、要件は厳しいのではないかと思います。凍結することは要件にしておいて、

(上田委員) 要件にしていって。だんだんきちんとしていく。

(川井分科会長) 数えていくことは毎年やって、中央に出すことを考えませんかというぐらいでいいのではないですか。

(松本光委員) 説明文は、将来的にはこれが義務になりますといったことを書くというのはだめですか。

(事務局・東) 義務になると書けるかどうかはあれですけども、今後件数を聞くようにはする予定だとか、そこは書けると思います。

(上田委員) 現時点では可能かにしておいて、一応要件にしておくというのは。

(事務局・東) 可能だと言って、「はい」と言わせるというか、言っていただいて、

(上田委員) 踏み絵みたいなもんですね。



(事務局・東) 次に件数を聞いてゼロなら、できると言ったではないかみたいな感じ。

(上田委員) そしてやっていってほしいという。

(川井分科会長) 患者さんが先ほど一言言っていたけれども、やはり自分の検体を研究に使ってほしいとこの人たちはおっしゃっているその気持ちは確かに大事にしないといけないと思うので、ここはやったほうがいいですね。

(大西委員) 先に治療方法が開発されて、自分の検体を検査したらこれが適用になるとかなる場合も当然あるでしょうし、ぜひ保管はしてほしいなと思います。

(事務局・東) 保存しているかと言わなくてもいいですか。確認です。可能かまでで止めるか。もう件数は聞かずにしているかというまでいくという。件数は聞かないけれども、しているか、そしてしていると言ってもらおうという手もあります。

(上田委員) それを要件とするとかなり厳しくなって落ちると思います。今回やったのでやったら。

(土屋委員) それは要件にはならないですね。

(事務局・東) ないですね。わかりました。では可能かで、要件とします。

(上田委員) 最初はそれぐらいではないですかね。

(事務局・東) では、ここは要件にするということで、手術検体でいいですか。

(上田委員) 生検を入れたほうがいい。

(事務局・東) 生検・手術検体の凍結保存が可能か。これが要件、「はい」ということが要件ということです。そして、説明の中に、今後は件数を聞いたりすることがありますというふうに書かせていただきます。

次です。20番、治験、臨床試験（Ⅰ相・Ⅲ相）について、件数を聞いています。これは要件ではないですが、平成27年～28年の治験件数、臨床試験件数、2年間で何件の試験が走っているかを聞きます。これはよろしいでしょうか。一応、年度の途中というか、年にかかっていたら1件と数えていいですよと説明はします。

(武田委員) これは四肢肉腫に関する全てではないですか。

(事務局・東) そうですね。

(武田委員) 限定です。

(事務局・東) そうですね。

(武田委員) どのがんでもいいというわけではない。

(事務局・東) もちろんそれは違いますけれども、四肢に限るかどうか。肉腫のという

ふうに思っていました。

(松本誠委員) オールカマーのものもありますね。がん腫を問わない。それもあるからそのところのどうするか。I相でオールカマーをどうするかということがありますね。肉腫も入れてもいいというような危険が。

(松本光委員) 四肢体幹の肉腫の患者さんが参加可能な治験というふうに。

(松本誠委員) ああ、そうですね。

(事務局・東) では患者さんのところから考えるということで、四肢体幹表在のということですね。

(松本光委員) 済みません、前回言っていたら蒸し返して申しわけないのですが、これは紹介で送り出したりとかというのは、聞いたり、カウントしたりしないということになったのですか？ これは治験の分担をしている件数を問うているのだと思いますけれども、治験を自施設では実施していないけれども、自施設で患者さんを送り出した数とか、その試験の件数とかはこれが問わないのですか？

(川井分科会長) これは問わないのではないですか。あと、オールカマーのフェーズIとか言い出すと、それこそ全部出すと50という病院もあると思うのです。答えがばらばらになるので、肉腫を対象にした試験ということに絞ったほうがよくないですか。

(上田委員) それでいいのではないですか。

(事務局・東) そうすると、そのオールカマーというのはなくなるんですね。

(川井分科会長) 私はそうと思いますが、松本先生、例えば肺内科が抗がん剤の治験を10個やっていて、フェーズIに入ります、それに実際に肉腫の人が入っているかといったら入っていない、入れたほうがいいでしょうけれども。

(松本光委員) うち結構入っています。

(川井分科会長) 入っていますか。

(事務局・東) どうでしょうか。患者さんベースで考えて、入れる治験が何件走っているかというのを考えるのが一つ、もしくは肉腫というようにして、四肢表在体幹という縛りを外すのが一つ、どっちがいいですか？

(松本光委員) 実際に肉腫の患者さんが参加した治験の数を聞いたらどうですか。

(川井分科会長) うーん、その施設でね。

(松本光委員) はい。患者さんがというのであれば。100個走っていても患者さんが入っていないのであれば余り意味がないと思うので。

(事務局・東) そうするとどうなりますか。割と減りますか。別に構わないですか。

(松本光委員) これは要件ではないですね？

(事務局・東) 要件ではないです。

(松本光委員) ごめんなさい。私は臨床試験とか治験をエンカレッジするという意味では、そこでやっていることも大事だし、送り出す数も大事ではないかと思って話したんですが、おのが施設でということだったので、それであれば。

(事務局・東) 対象患者さんがいないとゼロ、やっていなくてもゼロ……。

(松本光委員) やっていなくてもゼロ、やっても入っていないとゼロになります。でも薬剤を現場に届けるという意味では、多分それは両方同じだと思うのです。治験を引き受けても患者さんが入っていないとゼロなので。だから参加した数を問うのかなと思います。

(事務局・東) それは患者さんのほうはどうですか？ これから行こうと思っている患者さんは、入る機会があるのだったら過去はゼロでもいい、行きたいと思うのではないかと、場があるということが大事なのではないかという考えもありますけれども、どうですか？ 私が勝手に推測しているだけです。

(大西委員) 治験をやっているか、やっていないかということは別のあれで見られるのではないですか。

(事務局・東) その情報をですか？

(大西委員) はい。

(上田委員) 見えますね、今だったらインターネットですぐわかります。

(大西委員) だからここはあくまでも肉腫と絞ったほうが良いと思うのです。

(事務局・東) はい。肉腫の治験をやっているかどうかはインターネットでわかるという……。それは結構わかりづらいと私は聞いているのですけれども、わかるんですか？

(松本光委員) はい、私もわかりづらいと聞いています。

(川井分科会長) オールカマーの治験、フェーズ I は多分 30 ぐらいがんセンターだったら動いていて、肉腫を対象にしたものは多分 1 つか 2 つしか動いていない。一緒に 30 出すのが患者さんにとってわかりやすいのか、本当に肉腫を対象とした治験が動いている……

(松本光委員) だから、先ほどお答えしたように、肉腫の患者さんが実際に参加した治験というようにしたら、多分 30 ではなくなると思うのです。

(上田委員) 固形がんというものです、進行固形がんの。

(松本光委員) ですから肉腫の患者さんが入ったのであれば意味がありますけれども。

(上田委員) 余り細かくそこは問わないで、臨床試験への参加が患者さんにとってできる施設かどうかというところだけ聞けばいいのではないですか。

(事務局・東) そうすると？

(上田委員) 治験数も書かないで、実施施設か、紹介可能な施設か、不可かの3つを選んでもらう。それぐらいでいいのではないですか。

(事務局・東) 不可という施設はあるんですか。

(上田委員) 中には余り紹介する手立てがないというところがあるかもしれないので、一応置いておいて。でも「不可」と書いたら随分あれですね。だから実施施設か、実施可能な施設かの2つでもいいと思います。

(松本光委員) 不可というところはないような気がします。

(川井分科会長) 土屋先生と尾崎先生はどう思われますか。

(土屋委員) 肉腫を対象とする治験、臨床試験で数を書けばいいかなと思ったんですけども、あくまでも患者さんに対する情報ということですから、それに一番かなった書き方をしないといけないと思いますけどね。

(押田委員) 27年～28年というと、もう終わってしまったものということでしょうか？ 終わったものという意味でしたら、どれだけの肉腫の患者さんが治験に入られたかという実績のほうの方がわかりやすいですし、これから入れるものであれば、もちろんそういう可能性のものを示していただけるとわかりやすくなります。

(事務局・東) そうですね。これから入れるものというと、情報のアップデートがすごく難しいので終わったもの……ごめんなさい、終わったかどうかは問うていないのです。この2年間で動いているものという意味ですね。

(押田委員) 例えば、その情報を見て、これから参加できる可能性があるものもあるわけですか？

(事務局・東) そのものも入っているはずですが。あとはそういうことを過去にやっている施設はこれからも多分機会があればやるだろうという意味もあって入っているんだとは思いますが。

(押田委員) それでしたら実績がよいかと。

(事務局・東) 実績のほうがいいですか？ はい。

(押田委員) そのほうがわかりやすいかと思います。

(事務局・東) 1人でも四肢表在体幹の肉腫の患者さんが入った試験の数。

(川井分科会長) 四肢表在体幹は外すと今おっしゃっていただけ。

(事務局・東) それは外すことでいいですか？

(押田委員) はい。そのほうがよいかと思います。

(事務局・東) では肉腫の患者さんが入った臨床試験の数。

(川井分科会長) ちょっと話を蒸し返して悪いけど、私は肉腫の患者さんの治験を自分の目の前を通った、あるいは自分がやった治験の患者さんはわかるけれども、例えばがんセンターだったら、内科の先生、肺内科の先生、腫瘍内科の先生がフェーズ I に入れた患者さんの数は、申しわけないけれども、なかなかわからない。がんセンターですらその状況ですけれども、ほかの施設はどのように把握されますか？ 金沢大学でフェーズ I に入った人が何人いるかというのは？

(土屋委員) 全くわからないです。ブラインドになっている。

(事務局・東) ブラインドになっているというか、それをどうやって現場の医者は調べるのかと思って質問したんですけれども。

(尾崎委員) フェーズ I だったらわからないですね。

(川井分科会長) それをやっている腫瘍内科だったらわかるけど。

(松本光委員) フェーズ I に肉腫の患者さんが入ることはあるんですけど、数は少ないので。

(川井分科会長) その人が覚えているかどうか、そういうことにかかってきませんか？

(松本光委員) 今、1の数字の誤差を許さないと言い始めると難しいかもしれませんが、大体何人ぐらいかというのは多分、それでいいのであれば各施設でフェーズ I に入る患者さんの数が、国立がん研究センターはちょっと別ですけれども、それほどたくさんはいらっしゃらないので、肉腫の患者さんは何人いましたかといったら、多分、比較的簡単にわかるような気がします。

(土屋委員) 施設によって違います。我々治験と臨床試験はもう一括管理なんです。そこに言えば絶対わかります。

(川井分科会長) わかるわけですね。わかるのならそれでいいんですけど、難しいなど思って今聞いておりました。

(松本光委員) 肉腫の患者さん限定のものは、先生がおっしゃったように、臨床試験管理室とか何がしかがその管理するセクションが普通病院にはあると思うので、実績は何人

というのは出ると思います。だからエクストラで確認しないといけないのは、本当にフェーズ I で、オールカマーで、たまたま肉腫の患者さんが入った、だからフェーズ I をやっている、先生のところが一番大変だと思うのですけど。

(川井分科会長) そうなんです、だから私はこだわっているんですけども、肉腫の治験の数を調べろというのであればいけるし、

(上田委員) わからないときは 10 件以上と書いたらいい。

(松本光委員) それでいいのではないですか。ぶれるのは国立がん研究センターとか、がん研有明とかのすごく多いところで、そこが多少ぶれるのは、患者さんは多分そういう先進的な治療にアクセスできる病院かどうかを知りたいわけで、それは別に構わない。

(川井分科会長) 本当のことを言うと、フェーズ I に肉腫の患者さんを入れることが肉腫に患者さんの治療になっていると私は思わない。

(上田委員) 微妙ですね。

(松本光委員) 先生、それは議論があると思います。実際我々の診療した肉腫の患者さんで、オールカマーのフェーズ 1 治験に入ってもらって 2 年以上レスポンスが継続した患者さんがいらっしゃいます。ケースバイケースだと思います。

(川井分科会長) 肉腫のターゲットであったとしてもですね。

(松本光委員) はい。

(上田委員) 確かに誰に何が効くかわからないですもんね。

(松本光委員) 正直それはやってみないとわからないと思います。

(川井分科会長) わかりました。

(上田委員) そういうチャンスがあることはいいことですもんね。

(事務局・東) では、肉腫の患者さんが入った 27 年～28 年の臨床試験件数、患者さんの人数ではなくて、そういう件数でいい。もしわからなかったら概数でも構わないが、そのまま公開しますという感じでもいいですか？ 27 年～28 年というのは 27 年～28 年に入る必要がありますか？

(上田委員) そこはもう微妙な解釈でいいのではないですか。

(事務局・東) いいですか。聞かれるので先に聞いているのですけれども。では、聞かれたらそうだと思います。

(上田委員) 開始されてから、進行中、終了、全部入るということでもいいのではないですか。

(尾崎委員) 行われたということにしておけばいいのではないですか。

(事務局・東) いいですか？

(上田委員) はい。開始、進行中、終了で。

(事務局・東) わかりました。どこで入っていてもいいので、そういう臨床試験が何件あったかということを見るためにですね。

次ですが、21番、肉腫に関する掲載論文が年1編以上ある。これは一応英文で共著も可です。1件以上あるということが要件。

(尾崎委員) 前回要件がいいという話でした。

(中島委員) 前回、要件とするかどうかでもんでいましたね。でもやはりしようということになりましたね。

(土屋委員) 要件でいいのではないですか。

(事務局・東) これはいいですか。タイトルを書いてもらったら調べられるので。調べるといえることになるとは思いますが。

(土屋委員) 共著でいいとなっていますからね。

(川井分科会長) 英文でも大丈夫ですか。

(事務局・東) そういう研究にちゃんと協力しているという意味で、共著でもいいということですね。いいですね？ 要件ですね。

(上田委員) 余りにも難しい状況だったらちょっとそこで考えなければいけないかもしれないですけど。

(松本誠委員) 毎年1編ずつ？

(事務局・東) そうですね。

(松本誠委員) かなり……。英文に限るといふ。

(事務局・東) そういうことですか。年に1編だから毎年なんですが、厳し過ぎますか？

(上田委員) 英文だったらケースレポートでもいいわけですからね。そのぐらいはしてもらおうということでしょう。

(事務局・東) その施設がということですが。

(上田委員) 要件とするかどうかは前回ももめました。

(尾崎委員) 載せてくれない場合もあるからどうかと思って。

(事務局・東) ちょっと広く、別にインプレスでも構わないというふうにしようかと。

(松本光委員) ここだけが引っかかって落ちた施設はわかるんですか。

(事務局・東) 応募してくださって、ここがだめですというのであればわかります。

(松本光委員) 出すのをあきらめてしまったら、

(事務局・東) わからないですね。

(松本光委員) 何でかという、ほかの今議論してきた、例えば薬物療法が Tumor Board に入っていなければ要件から外そうといった議論と違って、瀬踏みがしにくいのではないかと思うのですけれども、先生方はこれは容易ですか。今、130 ぐらい個数があるんですね。これを要件にすることでどのぐらい落ちるのか、先生方の瀬踏みがオーケーなのであればいいのですけれども、わかるのかと思っています。

(川井分科会長) 今、想定している施設は多分クリアするかとは思っていますけれども、毎年と言われると、確かにうーんという感じ。例えば、関西方面の拠点病院で、ほかの要件は全部満たして、整形外科の専門医が 2 人いる施設がありますが、そこが毎年英文論文を 2 人のどちらかが書いているかと想像していくとちょっとぎりぎりの線かなと思いたね。

(尾崎委員) きついだろうなど。

(土屋委員) 共著でいいとなったら他施設の論文に入ってもらってね。

(尾崎委員) 共著だったら大丈夫ですね。

(川井分科会長) 大丈夫ですか。それぐらいのレベルのところは幾つか出てくるとは思っています。

(尾崎委員) 同じようなところは多いのではないですか。

(上田委員) まずは、ここは必要条件にして、余りにも少なかったら、そこで考えればいいのではないか。

(土屋委員) ある程度施設は絞り込まないとこの目的が達成されないのではないのでしょうか。

(川井分科会長) それでいいと思います。皆さんがいいと言っているから、では、要件で。

(土屋委員) 130 は全部公開の条件を満たすというわけではないですね。絞り込んでいるのはこの将来の方向性なんだろうから。

(事務局・東) そうしましたら、21 番はこのままということにさせていただきます。

22 番は、骨・軟部腫瘍（肉腫）専門の国際学会（CTOS・ISOLS）の所属者がいるか。一応これは公開情報というだけです。「いる」か「いない」かだけです。



(尾崎委員) これは学会会員ですね、所属者というのはちょっと。

(事務局・東) では会員という名前に変えます。

23番、基礎生物学的研究の実施設備があるか。「ある・ない」。どの範囲かというのは少しわかりづらいのですが、何かしらあればいいという感じでよろしいでしょうか。

24番、外部に対して手術トレーニングプログラムがある。これは説明文の中では、院外の医師に対して手術トレーニングを提供するというように書いていますが、「ある・ない」で、「ある」という前提で公募している場合はURL、連絡担当者氏名を公開していただく。これは要件なのか、要件でないのかというのがはっきりしなかったので、要件のところを黄色く塗ってあるのですが。

(上田委員) これは要件にしたらほとんど難しいのではないですか。

(事務局・東) 要件にしたら難しいですか。

(上田委員) 正式に公募しているというようにしたらね。個人レベルで大学なんかから来て教えたりすることはやっていると思うんですけども、プログラムとして出して、海外みたいに、これをやると給料とかも発生してくるので、だからこれをやっている施設というのは例外的ではないですか。恐らく数施設ぐらいではないですか。国立がん研究センターはやっているのですか。

(川井分科会長) レジデントとかですね。国立がんセンターだったらレジデントに対応するし、大学だったらオーケーとか、そういうイメージだったのです。

(上田委員) そういうことですか。レジデントのために雇うということですか。

(事務局・東) それでいいと思ったんですが、ただ、外部とは何ですかね？ 確かに。コンセプトとしては、専門施設というのであれば、ほかのところに所属している先生たちのトレーニングもするべきだということです。

(上田委員) 非常にいいシステムですが、現実としてはこれをきちんとプログラムとして公開して、募集しているところというのはないですね。

(事務局・東) ないですし、医者はそういうふうには動いていないですね。

(上田委員) 動けないです。

(事務局・東) そんな医者は見たことないですね。

(上田委員) ヨーロッパなんかはありますね。3カ月、何々専門施設に行ってトレーニングするというプログラム、学会とかで出してやっていますけれども。

(川井分科会長) 大学病院を考えると、外部に対して研修しているというか、医者を育

てているというふうに認識して、

(上田委員) 現時点では、理想だけど、今の日本の医療制度では理想だけど難しいのではないですか。

(事務局・東) そうしましたら要件からは外すということで、トレーニングプログラムの内容というか、具体的な範囲というのは何だという。

(上田委員) そこは自由記載にするといいかもしれないですね。こんなものを行っている。レジデントならレジデント交換でもいいし。

(松本誠委員) あと、手術ということにするかどうかですね。教育プログラムとかそういうものにするのは、要するに腫瘍学というものを勉強させる。これだと手術そのもの、手技を教えるということになりますね。手術トレーニングプログラムというのと、教育プログラムがあるというのとはちょっと違うところがあると思うのです。

(事務局・東) そうすると、肉腫診療に関する教育プログラムということで。

(松本誠委員) 肉腫診療に関する教育プログラムがあるというぐらいだったらあるかなという。

(上田委員) それも入れた手術等の教育プログラム。手術にしたいんでしょうけれども、とにかく教育プログラムを持ってくるかどうかでしょうね。

(土屋委員) 教育プログラムとなるとなかなか具体的にはないですね。

(上田委員) これをやるのはすばらしそうですが難しいですね。

(事務局・東) これは手術を抜くとすると、別に外科医でなくても構わないということになりますか。

(松本誠委員) 外科医が来るんだろうけれども、手術を必ずしも教えるのかという。例えば患者さんが選ぶときに、本当のスーパー専門医がいる病院のほうがいいのだということもあるのです。あそこに行ったらレジデントが私のことを手術してしまうかもしれないということがあるのです。アメリカだとそういうところがありますね。だから病院の売りとして、自分のところにはレジデントは置いていないというのは病院の一つのステータスにもなっているのです。選ぶときに、逆説的な言い方ですが、患者さんが見たときにそういうことだってある。だからトレーニングプログラムがあるということは、本当に患者さんにとっても何にとってもすばらしいんだ、今までのように 100%いいんだということには必ずしもならないという見方もあるということなんです。だから、手術ということまで書かないで、漠然と、教育プログラムがあるというぐらいにしておいたほうがいいかなとは

思ったのです。一つの意見です。

(事務局・東) 何をこだわっているかという、問い合わせを受けたときに何のプログラムかということを書いていいか、よくないかということで、何かしらの範囲を知りたいのですが、その前に、患者さんの方々はどういうふうに見られますか。理屈はわかります。あそこに行くと若手がいて嫌だという。

(押田委員) それは…、患者側では、その病院にレジデントの先生方がいらっしゃったとしても、実際にその先生が担当になるのかというのは病院に行ってみないとわかりませんし、何とも言えないところと思うのですが。

(事務局・東) それはそういうもんだと。

(大西委員) 確かに教育プログラムがあるぐらいでいいのかもしれない。

(事務局・東) わかりました。では、教育プログラムがあるというのはどういう範囲の教育プログラムなのかですが、肉腫の専門でなくてもいいですか。

(川井分科会長) それは肉腫でないといけません。

(事務局・東) ほかのものと一緒に肉腫をやるということはないですか。特に内科の場合は。例えば、まず整形でいくとして、整形のトレーニングプログラムに入ると、整形の後期研修に入ると、肉腫の診療を、腫瘍グループを3カ月回ります。これは「あり」ですか。内科はどうしていますか。内科の肉腫の教育プログラムというものはあるんですか？

(松本光委員) 一応あります。薬物療法専門医のカリキュラムの中には、肉腫に関する事柄もコアカリキュラムの中に含まれてはいるのです。

(事務局・東) コアに含まれているということですか。

(松本光委員) はい。

(事務局・東) それは何か月ぐらいで回るのですか。

(松本光委員) 肉腫専門セッションというのは腫瘍内科では多分ないと思うのです。

(上田委員) 「肉腫を含む」でしょう。

(松本光委員) はい。だから肉腫の患者さんを、例えば薬物療法専門医の試験だと、30名出すサマリーの中に3名以上とか一定の人数を含みなさいということが推奨されていることと、あとは、カリキュラムの中に、例えば整形外科医による治癒切除の重要性とか Rhabdomyosarcoma とか E S F T の取り扱いとか、習得すべき知識の中にはそれは含まれてはいます。

(事務局・東) その場合はそういうのを含んだ教育プログラムですか。それはどうなん

でしょうか。

(川井分科会長) それを含まなかったら、それこそどの施設もないことになりますか。

(事務局・東) 私もそれはどの辺の相場なのかということにはわかりません。では、全部含んだ、最初手術で出発していますので、これは手術が基本なのかと思ったのです。

(川井分科会長) 手術が基本でいいと思うのですけれども、そもそもきょうの全体の流れはそうなので、だけど、殊さら新たに手術のトレーニングとかは書かなくてもというのが松本先生の意見だと思うのです。例えば国立がん研究センターの骨・軟部腫瘍科は手術7割、ケモ3割というような教育ですから、そういうイメージなので。

(松本誠委員) 手術を含む教育プログラムでもいいんですけど。

(事務局・東) どこまでいいのかというのは窓口としては必ず聞かれるので。

(川井分科会長) どこから聞かれるのですか？

(事務局・東) 申請する施設からです。

(川井分科会長) ああ、施設からね。

(事務局・東) うちはこのうちがあるんだけどというのがあります。肉腫の患者さんが来るかどうかはわからないけれども、わからないとは言わないですけれども、肉腫を含む腫瘍内科の研修プログラムがあると行って、実際見ると、肉腫の患者さんは来るかどうか全然わからない施設だったりとか、でもカリキュラムの中にはあるということと言われるんです。

(土屋委員) 我々の専門医のプログラムを見ますと、要するに、肉腫とか手術とかというのには特化しなくて、骨・軟部腫瘍に関する教育研修プログラムなんです。これは実際の臨床の現場で2カ月間研修を受けるという、その対象施設になっているかどうかではないですかね。

(上田委員) それでいいです。

(土屋委員) 要するに症例がないところは、それをeラーニングで済ませてもいいということにはなっているのです。だけどこの条件の中ではeラーニングで済ませるような施設はだめですね。だからちゃんとした教育研修を2カ月受けられる施設に登録されているというのが条件なんですかね。

(事務局・東) そのように書いてしまいますか。

(土屋委員) 日本整形外科学会に関してはですけども、日本整形外科学会の専門医プログラムでは3年9カ月のうちに2カ月間研修を受けなければいけないのですが、それを

提供できる施設かどうかというのはすぐわかります。もう登録されていますから。

(事務局・東) それを公表するということにしますか? 何か名称がありますか。日本整形外科学会……

(土屋委員) 専門医のプログラムの中の骨・軟部腫瘍というのが2単位あるんですけども、それは2カ月という意味ですね。それは基本必ず受けることになっているのです。そういうのができる施設になっているかどうか。

(松本誠委員) そうですね。提供できる施設ということですね。

(土屋委員) そう、そう。それを提供できる施設というのは決まっているんですね。それで絞られてしまいますね。

(川井分科会長) でもそれは要件にしないんですね。するのですか?

(土屋委員) いや、要件にしないんだったら別にいいのではないですか。そういう施設になっているか、なっていないかということだけですね。

(事務局・東) それを聞くということですね。その施設ですかということ聞いて、「はい・いいえ」というのを答えていただくという形にしようかと思うのですが、

(土屋委員) それ以外のトレーニングプログラムを持っている施設があるのかどうかというのは問題になってきます。

(上田委員) そういうのは今のところは思い浮かばないですね。

(土屋委員) 今のところはないですね。

(上田委員) 海外ではありますけどね、日本では思い浮かばないです。

(尾崎委員) ただ、組み合わせによっては大学病院も腫瘍の専門施設になっていないところがある。県内のがんセンターに送る。だから割と落ちる施設も。

(土屋委員) 要件でないんだったら。

(上田委員) これは要件はちょっと不適切ですね。

(尾崎委員) ええ。いずれにしてもプログラムを持っているだけでいいのではないですか。

(土屋委員) それはプログラムになると思うのですが。

(事務局・東) わかりました。多分、どうなのか、枠がはめられないのかという感じなんですけど、ここのところはトレーニングプログラムがありますかといって、別紙でそのプログラムの概要を教えてください、それで公開するということがいいですか。

(土屋委員) 要件にはしない。

(事務局・東) 要件にもしない。では連絡担当者も消します。プログラムを記述してくださいと。それが軟部腫瘍を含むトレーニングだという。

25 番に行きます。定期的な院外合同のカンファレンスがありますか。「ある・ない」と。これも要件かどうかは記憶にないんですが、とりあえず「ある・ない」を答えていただいて、その頻度を答えてもらうということになっています。

まずは要件にするべきかどうか。要らないですか。

(尾崎委員) これはいいのではないですか。

(事務局・東) では、要件ではないとします。それで、この聞き方でいいですか？

(川井分科会長) 非常に漠然として、何をカンファレンスというんだという、ちょっと難しいと思いますけれども。

(上田委員) 思い浮かぶのは病理のカンファレンスとかでしょうね。

(川井分科会長) それを主催しているのかどうか。

(松本誠委員) 院外の人に参加できるという意味ですか？

(事務局・東) はい。

(松本誠委員) だから院外にひらかれているということですね。

(尾崎委員) 院内でもやっているけれども、外からもくるという。

(松本誠委員) 外から参加可能ということ、院外から参加可能だということですね。

(上田委員) 広い意味では各地域の骨・軟部腫瘍の研究会なんかも入ると思いますよ。カンファレンスといえるかどうかですけれども。

(中島委員) この聞き方だと、その手術を院内でやっていて、外からも来ることが可能なものと、ある地域、この辺の施設が集まってやるカンファレンスも全部ひっくるめているのかどうかという。

(事務局・東) ここは恐らく全部含めているのかと思ったのですが、多分、いろいろな形がある。退院カンファレンスは含まないという理解でいいですか？ 退院のときに在宅の人にとか、そういうのは含まないと。あくまでも院外の治療を支援する形、そういう機会を提供しているという。

(松本光委員) それは必ずしも主催であることとかは問わない。

(尾崎委員) 参加しているかどうかでいいのではないですか。

(松本光委員) はい。

(事務局・東) それは医師会が開催しているものに呼ばれて行くとかですか。

(松本光委員) 今、イメージされているのは、関西とか近畿でとって、

(上田委員) それも含まれるし、大学関連病院がやっていたりしますしね。そういうのを全部入れて、複数の関連病院の施設で集まって、病理とかそういうカンファレンスするとか。

(事務局・東) ああ、そういうことですか。持ち回りという形になるんですね。

(上田委員) そういうものもあるのではないですか。

(事務局・東) わかりました。割と広くそうやって院内合同でとるということですね。はい、では聞かれたらそのように言います。

26番、27番ですが、退院例のフォローアップや連携についての説明、これは自由記載で患者さんに説明してくださいというつもりで書いています。当院はどこそこと連携しているとか、どの地域で何とかということを多分書いていただけるのだと思っています。

(大西委員) 他の病院からそういう肉腫のコンサルテーションを受けられるとか、そういうのは要件にはならないですか。

(事務局・東) 治療に関するコンサルテーションですか。

(大西委員) そうです。そういうのをちょっと、私も病院の間のあれがよくわからないのですけれども、

(川井分科会長) それは25番の中にも入ってくる。というのは、25番は本当にいろいろな形を想定できるなという書き振りのように思うんですけれども、今、おっしゃったのは、私の理解では25番に入るかなと思っていたのです。

(中島委員) それから31番のセカンドオピニオンのところにも入ります。

(川井分科会長) 確かに。そちらですね。

(大西委員) セカンドオピニオンというのは患者さんが行く場合ですね。先生が、余り肉腫のことがわからないと、

(中島委員) ああ。それは25番に入っているかもしれません。具体的な例がわからないのですけれども。

(事務局・東) フォーマルな形のコンサルテーションというのが治療に関しては恐らく余りないのではないかと思います。あるとしたらこのカンファレンスで、あとはインフォーマルに同級生に聞くとか医局の先輩に聞くということはあるとは思いますが。私が言うのもなんですけれども。

(大西委員) その病院が、今回選ばれた病院が肉腫に関してコンサルテーションを受

けますと標榜してもらったほうが、逆に肉腫を余りやっていない病院の先生もそちらへ紹介しやすいということかと思ったのです。

(事務局・東) いかがですか。

(川井分科会長) 25番に一言書き込んで、定期的に院外合同のカンファレンス・コンサルテーションシステムがある。

(上田委員) そうです。それでわかりやすくなりますね。

(中島委員) そうですね。

(事務局・東) コンサルテーションシステムがあるということでわかりますか。逆にこれは何かと言われるのでは。私はそんなに治療のことを誰かに聞くということが、もちろん誰かには聞けますけれども、フォーマルに聞けるシステムというのは私には。普通はインフォーマルですね。

(上田委員) フォーマルでもインフォーマルでも聞いていますね。

(中島委員) はい。

(上田委員) インフォーマルだと本当にメールでやり取りします。

(大西委員) フォーマルでは聞けないのですか。

(上田委員) フォーマルというのはどういうことですか。

(川井分科会長) それは大学病院では必ずやっていますね。

(上田委員) 患者さんを紹介するということですか。それもありますね。

(土屋委員) フォーマルというのは診察にきてということですか。

(大西委員) 患者さんを紹介するだけではなくて、治療したいのでどういう治療方法があるかとか……何というか。

(事務局・東) 知らない先生から聞かれるということがあるかということですか。

(上田委員) その場合は自分でやるのではなくて、肉腫の場合はお願いしますということがほとんどではないですか。

(川井分科会長) いや、いや、それを受けているかということでしょうか？ 患者さんがセカンドオピニオンとして行くのではなくて。

(松本光委員) 患者さんが確認されたいのは、情報公開の対象になっていない施設で、現在治療を受けている患者さん、治療が始まってしまった患者さんが、情報公開をしている施設で受け入れてもらえるか。

(大西委員) いや、いや、それはセカンドオピニオンなり何なりで今は流れがあるので、



(松本光委員) 治療のアドバイスを、それはフォーマルという言葉の意味にもよると思うんですけども、責任が発生するので診療せずに問い合わせだけでのアドバイスは難しい。

(大西委員) 希少がんであればこの施設ということを決めようとしているわけですね。それがフォーマルに聞けないというのが何か違和感があります。

(事務局・東) 恐らくフォーマルというのが制度としてということだと思うので、制度としてというと、誰が来てもいいという。紹介ではなくて知らない人からコンサルテーションを受ける。患者さんは来ないけれども、ちょっとその窓口があって、そのところに、こんな患者さんが来て困っている、どのように治療したらいいでしょうかということが聞ける。

(松本光委員) 本来のセカンドオピニオンはそれが含まれると思うのです。実際来られます。薬物療法のレジメンで悩んでいるが、どうしたらいいか、セカンドオピニオンで患者さんやご家族から依頼されて、こうだと思いますというお手紙を返して、もとの病院で治療を続けられる。それが本来のセカンドオピニオンの基本の一つです。

(事務局・東) そちらに入るといっていいですか。

(松本光委員) 今、おっしゃったことなのであれば。

(大西委員) そうですか。

(川井分科会長) 大西さんのおっしゃっていることは、医者の感覚では定期的には院外合同のカンファレンスというのは、例えば金沢大学腫瘍何とかカンファレンスというのが1カ月に1回同門が集まってやっていますね。そこでは、患者さんは来ないけれども、この症例はどうするというカンファレンスを必ずやっている。ほかの大学でもやっています。そういうことをやっていますかということ、そういうことを主催している病院ですかということを知りたいわけです。

(大西委員) 主催もそうですし、まあ、そうですね。

(事務局・東) 私は割と大西さんのおっしゃっていることはよくわかるんですけども、多分先生方が理解しづらいというのは、日本にはそういう文化がないからだと思います。海外だとコンサルテーションを知らない人に、医者が患者さんを……

(大西委員) 例えば医者が病理のコンサルテーションシステムというのがありますね。これと同じような形で、何か希少がんコンサルテーションシステムというのがあってもいいのかと思ったのです。

(事務局・東) そこはやはり責任をどこに入れるのかとか、知らない人が言っていることを信じてアドバイスができるかという責任の問題とか、多分そういうものがあるのでできないのです。

(上田委員) やはり顔を知っている同士になりますね。知らなかったら誰かに聞いて、間接的に来るということはありますね。

(事務局・東) そうなってしまうと思います。

(上田委員) やはりそれ 25 番の定期的な院外合同でのカンファレンスに来られて、コンサルトするという感じですね。

カンファレンスの前に症例というのを入れたほうがわかりやすいですね。症例カンファレンス。

(中島委員) そうですね。症例カンファレンスですね。

(上田委員) そうするとイメージが湧きますからね。

(中島委員) はい。患者さんが来なくても、レントゲンやらデータで、

(上田委員) 診断とか治療方針とか、そういったことを検討するというのは定期的にやっている。

(事務局・東) はい。そこは症例カンファレンスにさせていただきます。

26 番、27 番は別紙で情報公開のために書いていただく。

27 番は、がんセンター等では心疾患があると基本的には受けられませんというような、そういうことを情報公開していただくという意味です。

28 番からが症例数の公開の話です。まずは院内がん登録データからの情報公開ということで、ここは前とは違って整理させていただきました。

28 番は四肢軟部肉腫の院内がん登録件数ということで、これは基本的には初診件数と一緒にです。計算方法というものが説明のほうに書いていますが、非常にわかりづらいのではないかと思います。院内がん登録件数に加えて、初回治療開始件数。要するに、先ほどの机上資料のうちの 1 枚目、2 枚目というものの違いですけれども、それを 27 年の 1 年間で何例ということを書いていただくということです。

院内がん登録件数と正確に違うのは、診断のみでどこかほかへ送ったというのはここから落ちていきます。あと、剖検で発見例というのとセカンドオピニオンも落ちます。済みません。

あと、それを部位別に、上肢・下肢・体幹表在というので症例数の記入をしていただく。

さらに四肢の軟部肉腫のⅣ期の症例数、再発初診、というか、これは治療開始後初診ですね、治療開始後初診（再発を含む）の症例数、これは院内がん登録から出せるのでそのようにする。そのようになっていますが、こんな感じでよろしいでしょうか。どうでしょうか。これは中央集計も可能ではあるんですが。

**（上田委員）** お願いしてもいいですか。大変かもしれませんが、結構手間なので統一して出していただけるとありがたいです。

**（事務局・東）** これは大変ではないのです。全国集計データはあるので、一つプログラムを合わせればいいんですが、それを施設に対してそういうふうに提供してもいいか、施設に対してというのは、こちらで出しますけれども、いいですかというふうに聞いたほうがいいのか。施設で自分たちでやりたいという、施設から依頼をもらうステップが要するのか、どうでしょう。

**（上田委員）** 正しく行われていけば同じデータになるはずなので、もう一括して中央でやっていただいて、それをフィードバックで送っていただいて、これでいいですかと行って、よければそのまま。何か異議があったら言ってもらおうというのが、各施設に投げるよりは一番シンプルではないですか。

**（事務局・東）** ではそのような形に。

**（上田委員）** その方がありがたいです。

**（事務局・東）** わかりました。それをやることは全然問題ないので。

**（上田委員）** ではそのようにしていただければ。出てくるデータは公正ですしね。

**（松本誠委員）** 同じですね？

**（事務局・東）** 同じはずです。

**（松本誠委員）** だったらやっていただいたほうがありがたいです。

**（事務局・東）** わかりました。それは、今の案内では、申し込みを依頼してもらってやるとしていますが、そうではなくて、申し込みされたらこちらからお送りします。それをご確認くださいという。ではそのようにします。では 28 番の院内がん登録のところはそのような形にさせてください。

では 29 番の初診～治療開始の日数を公表ということだったんですが、これに関してちょっと考えていたんですけれども、こちらには 27 年のデータがないので施設で計算してもらおうとなると結構大変かなと思っていて、行く行くは中央集計ということを考えますけれども、今回はオプションにして、出せるところは出してください、出せないところは仕

方がないですというふうにしようかと思ったのですが、そこはいかがでしょうか。

(松本誠委員) 賛成です。結構大変です。

(事務局・東) 多いところはそうですね。ではご賛成いただいたということでよろしいですか。

(押田委員) これは26年なら出るのでしょうか。

(事務局・東) 26年で一部だったら出ます。一部というのは、こちらにデータを出していただいたところだと出ます。別の研究で出しているものがあるのです。

(大西委員) 出していないところもある。

(事務局・東) 出していないところもあるはずですよ。

(大西委員) では網羅されていないのだったら余り意味がない。

(押田委員) そうですね。

(事務局・東) ということは今後は出したほうが良いということですね。はい。わかりました。

次に30番、治療種別ということで、項目は前から変わっていないのですが、四肢の軟部肉腫手術数、初発根治・再建あり、初発根治・再建なし、再発・広範囲切除ということで、この3種類について件数を出す、非手術例数ということで放射線治療の患者数と治験を含む薬物療法の患者数。これは日本整形外科学会の骨・軟部腫瘍登録であればそのまま出るということなんですが、まずそういうことにこのデータを使っていいのかという話と、あとは使っていいのであれば中央集計が出るかというものになりますが、あとはもちろん個別にその施設で出していただくというのも一つの手だと思いますけれども、その辺はいかがでしょうか。

(川井分科会長) 今、一応事務局をしています、あのデータを使うときにはどなたかに研究申請してもらって、日本整形外科学会の倫理委員会を通して、そして私のところに来て、データを出す。それを毎年、各施設について、事業みたいなものですけれどもね。

(松本誠委員) 出るのは2年ぐらい前のものが出るとかそういうふうになっていくわけですね。

(川井分科会長) 確かに。今一番新しいのが2年前です。

(松本誠委員) そうですね。だからそのデータでいいとして楽をしてしまうのか。

(事務局・東) H27年はもう2年前になるわけです。

(川井分科会長) 今、2015年を集計しているので出ますけれども。

(上田委員) 2014、2013 は出ますね。

(川井分科会長) 出ます。

(上田委員) 2015 がちょっと間に合わない。

(川井分科会長) 2015 は今集計中です。2013 までは本を出していて、2014 年、2015 年は今集計しているのでもうちょっとで出ます。それは出ますけれども、そういうシステムにしますか？ 皆さんのいいように。

28 番を院内がん登録から出してくる、30 番は骨・軟部腫瘍登録から出すと決めれば、私の仕事はふえますけれども大丈夫です。

(土屋委員) 骨・軟部腫瘍登録で非手術例数も出るんですか。

(川井分科会長) これは……。

(土屋委員) 放射線治療のみ。

(川井分科会長) いや、これは出ませんね。治験を含む薬物療法なんかは出ないですね。

(土屋委員) a) だけですね。

(川井分科会長) そうしたら各施設にお願いしましょうか。

(事務局・東) 各施設にお願いするというのは、非手術例数だけをお願いするということですか？ そうではなく全部？

(土屋委員) それはもう川井先生次第。

(川井分科会長) 30 番の a) は出ます。30 番の b) は、治験を含む薬物療法というのはデータを全部見ていかないといけないので、それはちょっと許してほしいかなという気がします。

(尾崎委員) もし可能だったら私たちは b) だけにしてほしい。可能だったら a) は事務局でしていただいたらありがたいかなという気がするのです。

(事務局・東) a) は中央集計ですか。そんな感じでよろしいですか。

(川井分科会長) はい。

(事務局・東) b) のほうは各施設で出してくださいという。これは非手術例数と書いていますが、手術をしていない例だけになるんですか、それとも。

(土屋委員) 放射線治療は手術した症例でもやるときはありますよね。

(川井分科会長) これは全部出ます。治験を含む薬物療法……。

(上田委員) これは、非手術例の中で放射線治療をしたという意味でしょう。

(土屋委員) という意味ですか。

(上田委員) そういう意味でしょう。

(土屋委員) では、非手術例で放射線治療のみ。治験を含む薬物療法のみの人ということでしょう。

(事務局・東) どちらか私もよくわからなくなってしまったのですが、「のみ」なのか「のみ」ではなくて、

(土屋委員) 「のみ」は拾えないのではないですか。

(川井分科会長) 「のみ」は拾えないですね。やったかやらないかしか拾えないので

(事務局・東) ではやったか、やらないかだけにしますか。

(川井分科会長) それでよければ 30 は a) も b) も出ます。

(事務局・東) では、非手術ではなくて、手術以外の治療件数というようにしますか。

(川井分科会長) はい。

(事務局・東) そうすると 30 番は全部出るということです。

(川井分科会長) 出ます。

(武田委員) 術後再発での抗がん剤とかは b) に入らないということですね。初回だけ。

(川井分科会長) 今、登録はそういう形になっているので、そこまで詳しいデータはとっていない。

(事務局・東) どうしますか。それはいいですか。

(武田委員) 手術件数と薬物療法の件数、放射線治療の件数がどれだけあるかというのは患者さんが欲しい情報ですね。

(川井分科会長) 本当は患者さんが欲しいのは、進行例に対してどういう化学療法をしているかということだと思うのですが、それは臓器がん登録から出ないです。院内がん登録でも、全国がん登録でも多分出ない。

(事務局・東) 出ないですね。

(川井分科会長) でも患者さんはその情報が欲しい。

(事務局・東) どの化学療法をしているかが欲しいですか。

(大西委員) 欲しいですね。

(川井分科会長) これは厳しい。

(大西委員) 本当はそこが一番見たいところです。

(事務局・東) それは保険局とかがレセプトとか D P C を出してくれれば出ることは出ます。今、その制度はないので、がんセンターで D P C のデータを個別に自由参加でいた

だいている。だからいただいている分は出ますが、いただいている分は出ないという話です。それに布石をという意味で、とりあえずこの30番はa) b)ともに整形外科学会の骨・軟部腫瘍登録で出していただく。

(川井分科会長) 今、患者さんが求めている情報は理解はしているつもりなので、次の段階。

(大西委員) 先ほど部位別とありましたけれども、種類別というのは特にはないのですか。

(押田委員) 組織型別というのは出しにくいということはないですか…?

(事務局・東) どうでしょうか。

(押田委員) 組織型が、本当でしたらあるとうれしいのですけれども…

(松本誠委員) 整形外科の範囲だったらそれは軟部腫瘍登録を見てもらうしかないですね。

(事務局・東) 実はがん登録でもあります。組織系はあるんですが、問題は分類だと思うのです。物すごく細かいのが0001111みたいなのが、

(松本誠委員) ええ。がん登録のものはちょっとあれですね。分類が、整形外科の軟部腫瘍登録みたいに細かくなっていないからですね。

(事務局・東) いや、細かいのは細かいのです。ICD-O-3がついているので細かいのですが、ちょっと古いというのが一つ難点なのと、細か過ぎてどの分類にすればいいのかというのは私ではちょっとわからないので、それは分類をいただく必要があるんです。

(上田委員) 米国のSEERのデータが参考になると思うのです。あれは軟部肉腫の組織系がだーっと載っていて、あれをベースにつくったらいけるとは思いますけどね。SEERのデータは患者さんも全員が見られますね。米国の腫瘍統計のデータで、あれは参考になるとは思います。

(事務局・東) 逆に細か過ぎないですか。

(上田委員) でも軟部腫瘍はそれぐらいでないと、患者さん一人一人、私は類上皮肉腫だというときに、まれな群ばかりだから出すときは出さないと。

(大西委員) 組織系を扱ったことがあるというところは非常に引かれるというか、どうなのかということを知りたいです。

(事務局・東) 20ぐらいで済みますか。

(上田委員) SEERのデータにはだーっと載っていました。

(事務局・東) わかりました。どうしたらいいでしょうか。

(上田委員) それはここよりもがんの疫学統計のところを見ていただくと、

(川井分科会長) 臓器がん登録から組織系を出すことができます。

(事務局・東) どちらでも多分出ると思うのです。

(川井分科会長) 多分臨床の医者感覚に近いのはこっちの登録かという気がします。

ICD-O-3とかね。

(事務局・東) その方向で行きますか。そうすると、どういうふうにしますか。もう一つ問題なのは、個人情報で、細かくなると、2人だと出せないとか、そういうことはできます。

その話は今後の課題とさせてもらえませんか。また、どういう形でSEERに出ているのかとか、それを実際にやってみたらどのぐらいの、1位と2位が並ぶのかとか、それも施設が固まればまた内々に出すというのも、一応こういう目的だったとしてもいいことになっていますので。そこは保留ということで、今後の課題にさせてください。

(松本誠委員) 非手術例のところの放射線治療(患者数)、治験を含む薬物療法(患者数)となっていると、放射線療法+薬物療法の数が必ずしも非手術例の数にはならないのです。

(事務局・東) ごめんなさい。これは非手術例ではなくて手術以外の治療数という文言に変えさせていただきます。進行例も変えます。手術以外の治療数で、放射線治療(患者数)、治験を含む薬物療法(患者数)というようにさせていただきます。よろしいでしょうか。

31番、セカンドオピニオン症例数。これは各施設で出していただく。これは各施設でしか持っていないですね。四肢の軟部肉腫のセカンドオピニオン。

(松本光委員) これは肉腫全部で大丈夫ですか。

(事務局・東) 肉腫全部でいいですか。

(松本光委員) 四肢表在に限りますか？

(上田委員) 全部でいいのではないですか。

(川井分科会長) それではぼけませんか。これは四肢以外の軟部腫瘍に対する治療なので。

(上田委員) これは肉腫でいいのではないですか。

(事務局・東) どうですか。分かれましたね。

(上田委員) 余り細かいことを言うと、また、こうだ、ああだとなるから、肉腫全般でいいのではないですか。

(土屋委員) 骨肉腫も入ると。



(上田委員) ああ、そうか、軟部腫瘍にしておきますか。

(川井分科会長) でもここの説明が、「来院時肉腫の診断での症例数」というのは、別に肉腫と広くするという意味ではなくて、自施設の病理診断が確定していなくても肉腫として来た四肢体幹表在肉腫はという意味で書かれたんだと思います。

(事務局・東) 当初の意味はそうです。どちらにしたほうがいいでしょう。

(松本光委員) 情報を見る患者さんからしたらどうですか？

(大西委員) 四肢表在のほうがよくないですか。あくまでも今回は。

(押田委員) そうですね。これは四肢の専門施設なわけですよね？

(事務局・東) そうですね。では、四肢体幹表在ということにさせていただきます。

一応セカンドオピニオンは自費で来たセカンドオピニオンを対象と考えていますが、その後診療に入ってしまったらどうしますか。それでもいいから、自費で最初がセカンドオピニオンだったらセカンドオピニオンという考えでいいですか、

(松本誠委員) そのほうが拾いやすいですね。

(事務局・東) 多分そうですね。

(松本光委員) 診療に移行となったらいつ移行したのを移行にとるのかとか、もうちょっと收拾がつかない。

(事務局・東) わかりました。では、移行例も含んでもいいと。

最後ですが、上記公開情報について、外部のデータ検証作業に同意・協力していただけますか？ 「はい」と答えていただかないと入れないということになっています。よろしいでしょうか。

これで大体のところはカバーできたのではないかと。かなり修正をいただいたので修正はさせていただきます。

資料1 aのほうをざっと見たいと思いますが、よろしいでしょうか。

3年間、何例以上との設定がいいかというのは、初回治療ではなく、初診治療開始例、全部で1例以上というように変えます。初診治療例ですね。

待ち日数はオプションでいいか。これはオプションということにさせていただきます。

中央集計のやり方というのは、院内がん登録も日本整形外科学会骨・軟部腫瘍登録も中央集計をする。その結果を施設に返して確認をとるというふうに変えようと思います。

以下は要件か、情報公開項目かということについては、手術トレーニングプログラムというのは教育トレーニングプログラムになって、情報公開の項目。

定期的な院外合同のカンファレンスも情報公開の項目。

核医学の連携はPETのことだということで、かつ連携があるということが要件であるということにします。

薬物療法の標準療法という表現は適切か。これは宣言をしていただくということで適切とします。

別紙の内容も一応ご確認をいただいたということで、経歴はこの項目でいいかということと、Tumor Board の開催の概要について聞くということです。

ここまではオーケーということで、次にまだ積み残した事、お聞きしたいことがあるのですが、応募施設を募集する対象というのが、拠点病院全部にお送りするというのでいいでしょうか。もしくは最初からこちらのがん登録で、3年連続で四肢軟部体幹表在患者さんがいることがわかっている162の施設だけに送るべきか、そこはちょっと迷うのですが、いかがでしょうか。

(上田委員) 送るのは広いほうが良いとは思いますが。何かエラーが起こる可能性はゼロではないですから、予算と手間の範囲内で広目に送るほうが。

(松本誠委員) こんなことをやっているんだというのを知らせたほうが良いですね。

(上田委員) やっぱり知ってもらったほうが良いですね。

(事務局・東) わかりました。全拠点に送ることになります。

次に応募期間は、一応2月までに応募していただきたいというふうには書いてありますが、情報は3月に集めるというように予定はしたのですが、そのタイムラインで大体大丈夫でしょうか。今回、思った以上の修正が入ったので、早く作業をするようにはしますけれども。

(上田委員) 送られてから4週間ぐらいは欲しいですね。

(事務局・東) 申し込みまでに4週間。

(上田委員) 3～4週間は欲しいですね。

(川井分科会長) 申し込むだけは。

(上田委員) 送られてきて、データを書いて、返す。

(事務局・東) 今、考えているのは、申し込みまでは4週間で、そうすると中央集計を出したりするので、それも含めた情報を入れていただくのはさらに4週間ぐらいというように考えていますけれども、それは大丈夫そうですか。

(川井分科会長) 30番はさっきの臓器がん登録が間に合わない。各施設が出してください

るのならいいんですけどもちょっとまだ。ここは抜けていてもよければ。

(事務局・東) そこを考慮して、情報はもしかしたら前後するかもしれないというような形でさせていただきます。

次に参加募集文の文言は適切か。今、もしお気づきの点があればお伺いしますが、基本的にはお持ち帰りいただいて、お気づきの点があれば連絡をいただければと思います。

次に、学会への連絡は必要かですが、恐らく必要ではないかと思ってはいたのですが、どのようにすればいいか、こんなことをやりますというのをどういうふうにお知らせすればよろしいですか。

(川井分科会長) 土屋先生と尾崎先生にお知恵を拝借したいのですが。これをやること自体は患者さんが情報公開を求めているので、社会の要請でやったらいいと思うけれども、かなり、整形外科の中にいろいろな影響を及ぼすとは思うので、私も学会に連絡は必要だと思うのですが、理事会マターなのか、どういうことにしたらいいのか。

(土屋委員) これはもう学会の理事長宛てに、こういうこと、こういうことをやりますとあって、アンケート用紙を含めてお手紙をお送りしておくだけでいいのではないですか。この会が行われるということはもう知っておりますので、そこから委員が4人派遣されているのです。だから最終的にはこういう形になったということで報告すればよろしいのではないのでしょうか。

(川井分科会長) なるほど。

(中野委員) 学会のホームページはない？

(土屋委員) ホームページはあります。

(中野委員) ホームページに上げていただくぐらいのことはせっかくだからやればいい。

(土屋委員) はい。

(事務局・東) では日本整形外科学会はそのような形でさせていただく。

(土屋委員) ホームページに載せる場合には、広報・渉外委員会という委員会があるんですが、その承認が必要になるので、ちょっと時間がずれるかもしれません。

(事務局・東) わかりました。ほかの学会は大丈夫そうですか。

(中野委員) 癌治療学会。皆さんに周知させる、希少がんですからね。やはり少なくとも癌治療学会は領域横断的ですから周知させたほうがいいのではないですか。

(事務局・東) わかりました。癌治療学会にも理事長宛てに書類をお出しする。形成はいかがですか？

(清澤委員) 形成もできるだけそうしていただければありがたいと思います。

(事務局・東) わかりました。皮膚科も？

(並川委員) 一応……

(尾崎委員) 小児血液腫瘍とかも要りますね。

(上田委員) 臨床腫瘍学会ですか。

(事務局・東) きょう来ていただいている先生方の学会には全て出すということで、皮膚は皮膚腫瘍学会ですか？

(並川委員) 皮膚悪性腫瘍学会。逐一理事長には報告はしていますけれども。

(小田委員) あと、病理学会と放射線治療も。専門医の名前が出るから。

(事務局・東) はい。放射線は診断も？

(中野委員) 診断も両方。医学放射線学会と日本放射線腫瘍学会、JASTROですね。

(事務局・東) はい。事務局から連絡ということで出させていただきます。

次に、要件を満たすかどうかの検証はどの程度すべきか、一応公開情報は学会の専門医の先生は見ようかとは思っていますが、それ以外の何か検証作業は必要ですか。

(上田委員) これはデータが集まってから検討すればいいのではないですか。問題が出た時点で。

(事務局・東) では、集まってから公開するまでの間に検討するというので、先生方に見ていただくということになるかと思います。

次に満たさない施設が応募してきたらどうするかという問題ですが、お断りするという。

(上田委員) これは満たしませんということでもいいのではないですか。

(尾崎委員) 明確な基準があるわけだからそれはそれで。

(事務局・東) では応募が来た段階でまた先生方にお見せしますので、それを見ていただいて、事務局判断で、ここが満たしていないように見えるということをお知らせします。もしかすると集まっていただく前に郵送とか遠隔でやらせていただくかもしれません。

また、情報公開の場所を今のところは国立がん研究センターがん情報サービスを想定しておりますが、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。

一応このプログラムについての議論はここまでにして、

(清澤委員) 個別案件で申しわけないのですが、私の施設の具体例が理解しやすいので説明させていただきますと、私は形成外科医ですが、整形外科の教授が3年ぐらい前にかわって、前の教授は腫瘍をやっていなくて、今の教授は腫瘍に力を入れていて、腫瘍の中

堅が1年半ぐらい前に1人来て、つい最近もう一人来て、2人体制になっていますが、施設統計でいきますと、最近の統計数が非常に少ないわけでございます。ですからそれをどう判断していただけるかということで、例えば情報公開シートの最後のほうに備考欄をつけていただいて、短い言葉でそれを表現してもらおうようにしたらどうかとも思います。今、私の施設では整形外科のほうで肉腫の患者さんはかなり集まってきている状況で、力を入れている状況です。それをどう勘案していただくかというのは私では判断できないので、と思いました。以上です。

(事務局・東) それは……難しいですけども。

(清澤委員) 近々2～2年の数字が非常に少なくなってしまうのです、

(事務局・東) わかりました。そこはまた検討させてください。データを集めた段階で、ほかの施設も含めてちょっと考えさせていただきたいと思います。

済みません、あと5分になってしまったのですが、病理のこと、どうでしょうか、

(川井分科会長) 結構重い。

(小田委員) 簡単に。

(事務局・東) ではすみませんが、簡単ご説明いただいてよろしいでしょうか。

(小田委員) 病理のコンサルテーションシステムというのは、今、大きく分けて病理学会と国立がん研究センターにあるんですが、この机上資料の3枚目と4枚目になりますか、病理学会では2003年から2016年までで軟部腫瘍のコンサルテーションが575例ありました。そのうち、もともと依頼の病理医のつけた診断は、この下半分のほうになりますか、肉腫とついたのが193例で34%、良性腫瘍が131例で23%、中間の腫瘍が73例で12.7%。裏に行きまして、良悪性、判定困難、結果としてわからなかったというのが17例あります。

そしてエキスパートが診断して完全一致したもの、これは組織系、亜系とも完全に一致しているもの、これをカテゴリーの1とします。部分一致、これは組織系は一致しているけれども治療法に影響を与える亜系とか悪性度が違う。完全不一致というのは良悪性が違ったり、組織系が完全に違ったり、最終的には肉腫以外の診断になってしまったりというものです。それと、結果的にエキスパートの病理医でさえ最終診断ができなかったものがカテゴリーの4としています。一番興味がある肉腫と最初に施設の病理医が診断して完全に一致したのが約20%、部分一致が11%、完全不一致が約60%あるという結果になりました。

これは当然コンサルテーションシステムですから、普通の病理医が見て、これはわからないから専門家に相談しようというものの内容はこんな結果になっています。

ただ、この完全不一致の中には、組織系が違って治療法に大きく影響を与えないものも含まれています。例えば昔のMFHと平滑筋肉腫とか、こういったものは組織系は不一致ですけども大きく治療法は変わらないというものも含まれていますけれども、そういったものを解析まではしていません。

(上田委員) がんだというものもあるのでしょうか？

(小田委員) がんだというものもあります。メラノーマというものもあります。それはちょっと何例かというところの解析まではしていません。それはまたおいおい詳しく、一例一例見ていかなければいけませんので、それはまたもう少しお時間をください。

もう一つが、最後の横向きの紙ですが、国立がん研究センターのデータで、2014年～2016年までの2年分で、177例です。

これが、悪性が84例、中間悪性が21例で、良性が37例。それとやはり複数疾患名が書いてあって、施設診断医もよくわからないというのが35例あります。これが同じようなクライテリアで、横の表ですが、完全一致が22%、部分一致が5%、完全不一致が31%。

この完全不一致の中身を見てみますと、この中で、カテゴリー間の変更、これは良性が悪性になったり、良性が中間悪性になったり、悪性が良性になったりしたのが41%あるというような解析結果です。同じ悪性の中で組織系が変わったとか、そういうのが59%という結果が出ています。

ブリーフレポートとしてはこんな結果が出ています。あと、これは詳しく、例えば肉腫ががんに変更になったりしたものも今後は解析していく予定です。

(上田委員) これはいい論文になりそうですね。

(川井分科会長) ここには患者さんも来ておられるので誤解を招くかもかもしれないから、これを見ると心配になると思うのです。

(小田委員) ただ、これは非常に、普通の病理の先生が難しいと思って専門家に意見を聞いてみようという、かなりバイアスのかかった症例です。

(事務局・東) 逆を申し上げると、コンサルテーションが役に立っているというデータではあるのです。

(小田委員) ただ、コンサルテーションしたから患者さんのためにもなっているということなんだと思います。

(事務局・東) ここから確実に言えることは、コンサルテーションは非常に重要、このシステムをやっていくことは重要だということは言えます。

果たして、一般の患者さんでどうなのかということは要検証だと。やはりそこをやらないと、となるのかもしれないのです。そこはこれからの話だと思います。注意して解釈しないといたずらに不安をあおるようなものになるかもしれませんが、ここは見直してよかったというふうにとってください。

教育のことまでお話がいかなかったのですけれども、こんな感じできょうのメーンの情報公開プログラムのところは前に進めそうだと思います。きょうの結果はすぐに反映させて、また先生方にお送りいたしますので、ご確認のほどをお願いします。

ではこのプログラムを動かして、申し込み施設が出たぐらいのところで集まっていたかどうかということで、発送ぐらいのときに日程調整をさせていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは3時間ぶっ続けの長丁場でしたが、本日はどうもありがとうございました。

(川井分科会長) お疲れさまでした。

(了)