

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7回検討会

開催日：平成30年4月25日（水）

場 所：国立がん研究センター新研究棟1Fセミナールーム

（事務局・東） 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7回検討会ということで、今日は3時間ですけれども、よろしくをお願いします。

まず分科会長の川井先生、ご挨拶をお願いします。

（川井分科会長） すっかり東先生が分科会長だと思っていましたけれども、東先生を初めとした事務方がつくってくれた枠組みの上で、四肢軟部肉腫に対して適切な体制はどうかということを考える、いわゆるその領域の専門家が集まって議論させていただいていると思っています。

先生方のご協力のおかげで一応公表されるものができて、公表されて、それが今実際にどう活用されているのか、こういうワーキンググループをつくって専門の施設を公表するというのは、最終的には希少がんの診療体制をよくするという目的に向かって正しい方向に進んでいっているのかどうかという検証とこの情報のリニューアル、これは今後継続的にやっていかないといけない、いつまでやるんだというため息も聞こえますけれども、基本的には継続してやっていくべきことだと思っています。第7回ですけれども、最初につくったものの検証と新しいものをどちらの方向に持っていくのかというのをきょうご検討いただけたらと思います。どうぞよろしく願いいたします。

（事務局・東） ありがとうございます。きょうはご出席の先生方が大半ですけれども、群馬大学の中野先生、京都府立医科大学の細江先生、兵庫県立がんセンターの松本先生の3名がご欠席ということになっています。尾崎先生からは飛行機の都合で1時間ほどおくれるというご連絡をいただきました。あとは、厚生労働省から上野さん、向井さんのお二人に来ていただいておりますので、一言いただいてもいいですか。突然振ってしまってますみません。

（厚労省・上野） 厚生労働省がん・疾病対策課の上野です。私は1年前から参加しておりますので、向井のほうを紹介させていただきます。

（川井分科会長） 向井さんは初めてですか。

（事務局・東） この分科会は初めてです。

(厚労省・向井) 厚生労働省の向井です。昨年の10月から厚生労働省で働いていて、もともとは大阪大学でした。希少がん担当になっていきますので、会に参加させていただくこともあるかと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(事務局・東) よろしくお願ひします。ということで、きょうの話題というのは、先ほど川井先生からもありましたけれども、一旦情報公開をしたものを今後どうしていくのかということを中心にお話をさせていただきたいと思ひます。去年の12月に、専門施設を募って、公表ということになりました。53施設が専門施設ということで手を挙げていただきました。こういう施設が出てきたのですが、ウェブサイトをごらんになりましたか？ではもうご存じですか。

(川井分科会長) でも一回。

(事務局・東) 一回、見ますか？ はい。今のところまだ検索ですぐに引っかかるというわけにはいかないところがありまして、そこをどうしようかというのは課題ではあるのですが、一応SEO対策としていろいろなところから新たにリンクを張ったりしています。

四肢軟部肉腫ということでは一番上に出てきてくれないのですけれども、実は希少がんセンターが一番上に出てきてしまひまして、3番目に希少がんの四肢軟部肉腫を適切に治療できる施設リスト公開というのができています。ここをクリックいたしますと、これはメディ・ウォッチですが、「(国がんのホームページはこちら)」というがあるので、ここで一応リンクが出てきます。これはがん情報サービスの「病院を探す」というページです。ここのこの部分、「希少がん情報公開専門病院を探す」というところを押していただくと、今は四肢軟部肉腫しかありませんので、ここでがんを選んで、地域を選ぶ。これを「全て選択」してあげると、このような形で一覧表が出てくるということになっております。ついでにこの時点で症例数については、各区分で分けたものが出てくる。

いつも北海道がんセンターが出てしまうのですが、クリックすると四肢軟部肉腫に関する北海道がんセンターの情報が出てきます。まずは実績です。院内がん登録件数、初診から治療開始までの日数、これは出したところだけですけれども、このように出てきますし、手術件数なんかもあります。ここは今たんでありますけれども、こうやってクリックで詳細を開くといろいろとありまして、病理の専門医のお名前と経歴であるとか、外科手術を開くとこういう形で、それぞれの先生方の情報が出てくる。こんなふうになっております。

まだまだ情報はありますけれども、こうやって見ていただくという形になっております。

これをそれぞれ見ていただければ患者さんがどこの病院に行きたいとか、そういったこともわかるという形にはなっております。

ということで、情報公開はこういった形でやってはいるんですけども、今後どうしていくのかということを考えてと思います。これについては、こういうふうにできましたというご報告ですけども、何か、この時点でご意見のある方がいらっしゃったら伺いますが、どうですか。

(松本誠一委員) アクセス数は？

(事務局・東) アクセス数は資料3 aに載せております。このアクセス数が多いのか少ないのかというのはなかなか判定がしづらいところはあるんですけども、12月25日に出したところ、ぽんと6,000近くのアクセス数が出まして、ただ、その後はあまり多くないというのが実際のところなんです。毎日のアクセスビュー数をずっと追いかけていますけれども、「希少がん情報公開専門病院を探す」というのは大体100弱、少ないときには50、60ぐらいのアクセス数で推移しております。そのうちの9割ぐらいが多分検査結果まで見ているという感じなんです。希少がんですのでそんなに人気のページというわけにはいかないと思うのですが、これも多くならないのかと思って少し工夫をしてはいるところです。

一つ、2月3日に何か山があるんですけども、2月3日に何か特別なことをしたというわけではないんですが、ちょっと上がっているというのがあります。という感じの推移です。

(川井分科会長) 多いか少ないかはわかりませんが、全国で50人見ている……

(上田委員) コンスタントに見られているんですね。

(川井分科会長) いわゆる荒らしでなければ、実際に数十人の方に役に立っているというのであれば十分かという気はします。

(松本誠一委員) どこからここに飛んでいるのかとか、そういう情報もあるのですか。

(事務局・東) それは多分調べればわかると思うのですが、そこはちょっと、

(松本誠一委員) 例えば最初のがんセンターに入って、こっちに飛んでいるかとかいろいろとありますね。

(事務局・東) なかなか今のように直接 google とかからは引っかけこないものから、どこかから飛んでいるんだろうとは思っています。「たんぽぽ」のホームページにリンクを張っていただいているのを見ました。そういうところもあると思います。国立がん研究センターが出しているプレスリリースが引っかけにくることも多かったので、プ

レスリリースのホームページにも大きくリンクを一番上に赤く、専門施設の検索はこちらというのを小さく出させていただいています。それはほんの数日前にやったんですけども、できるだけアクセス数がふえるようには努力はしている段階にあります。

(川井分科会長) 数十人の方が実際に役に立ったのかとかどこを見ていたのかというもう少し詳しい情報は、アンケートみたいなものを組み込んで、その方が実際どういう感想を持ってここをログアウトされたかというのがわかれば改善点が見えるかと思うのですが、そういうことは可能でしょうか。

(事務局・東) 若尾先生がいらっしゃったらわかるのですが、アンケートのページにリンクを張るのは簡単にできます。アンケートがポップアップするというのはちょっと技術的に難しいかもしれないです。ちょっと調べておこうとは思っています。また、できたらそういったことを解析してご報告するようにしたいとは思っています。

(押田委員) 全部見た後にこのページが役に立ちましたとか、イエスとか、ノーとかというのはがん情報サービスにもあると思うんですけども、そういうものは今ありましたでしょうか。

(事務局・東) これについては特にはないです。どこかにそういうものをつけたほうがいいかとは思っています。

(武田委員) 医療関係者か患者・家族かというのはとりあえずわかったほうがいいかと思えます。基本は患者向けですね。

(事務局・東) そうですね。

(武田委員) そのアクセスが多いほうがいいので、その辺がわかれば。

(事務局・東) はい。今、いただいたような意見を反映しながら、今後モニターは続けていきたいと考えている次第です。

(上田委員) すぐではなくていいと思うのですが、国際的なデータとして、このデータの主なところだけでも英語化をするというお考えはありますか。厚生労働省だから日本人向けというのはわかるんですが、データベースとかそういうところだと考えると、例えば日本で希少がんを治療しているのは何施設だとか、大ざっぱなところだけでもしてもいいかなと思います。

(事務局・東) 海外から患者さんが来るためにということですか。

(上田委員) それも一つあるかもしれないです。どうですか。そこまでしなくてもいいですか。

(川井分科会長) ちょっと失礼な言い方ですが、それは何となくプレゼンスを外に示すという宣伝みたいな感じですか。

(上田委員) 両方あるでしょう。例えば米国のSEERデータなんかも広く使われていて、そこまでいなくても、日本からの肉腫のデータで、何人ぐらいで、どこの病院で、どれぐらいやっているとというのがあって悪くはないかと思うのです。細かい中身は要らないと思います。そういうのはないですからね。もうちょっとこなれてからでもいいと思います。

(事務局・東) それは外科の先生の経歴とか病理の先生の経歴とか、そういうものではなくて？

(上田委員) そんなのは要らない。

(事務局・東) 数字を発信ということですか。

(上田委員) そうです。一番のコアのデータですね。それは将来的なこととしてちょっと覚えていただけたらと思います。

(事務局・東) はい。わかりました。

(上田委員) 例えば中国の人とか韓国の方は、やはり日本語で出ているよりは英語で出ているほうが、東南アジアもしかりです。英語でなくてもグロービッシュでもいいですけども、何せ広く見てもらえるという点、結構、外国人が来ませんか？ がん研とかには来るのではないですか？ 患者さんが来ますね。

(松本誠一委員) ええ。

(上田委員) だからもしそういうことがちょっとでもできれば有用かとは思いますが、これに限らないですけども。

(事務局・東) わかりました。ありがとうございます。国際化とか、データを世界に発信するという観点からも考えていきたいと思えます。

そうしましたら、こんなことをやっているのを前提にこれからどうするのかということ、課題の検討というところをしていきたいと思えます。とりあえずこれは閉じます。

課題の検討ですけども、資料1に検討事項リストというものでまとめさせていただいております。これはプログラムとも対応はしておりますが、もう少し詳しく見ていきたいと思えます。前回の議事等については資料2のほうでまとめてありますので、これをざっと見ていただいて少し思い出していただければと思えますが、適宜、議論の中で参照いただければと思えます。

ということで、検討事項リストのほうに戻ります。1. 公開後の反応、影響、周知の課題についてということで、a) と b) を準備しております。a) については今回の情報公開の影響を調査することを考えるということで今検討しています。先ほどお見せしたアクセス数というのも一つですし、今、ご指摘いただいた、誰がアクセスしているのかとか、役に立ったのかどうかといったこともこれからはとっていきたいと思っておりますけれども、実際に情報公開の影響というのは、各 53 の施設を初めとしてあったのかどうかということについては、できれば 53 の施設にアンケートをしたいと考えている次第です。

今、考えているアンケートの調査用紙というのはまだ全然できていないのですが、資料 3. b) に少しつけさせていただきます。かなり粗いものでこれでは全然足りないと思うのですが、1～8の質問を用意しまして、1で受診者数がふえましたか、2で紹介がふえましたか、3は紹介までいなくても問い合わせがふえましたか、このようなことを聞いていって、全部「いいえ」だと悲しいのですけれども、そこもちょっと聞いてみようかと思っています。あとは、話題になったことがあるか、それは施設の中で話題になったのか、もしくは患者から話題に上がったか、ほかの影響があったか、7番目としてはほかのがん種でも進めていくべきだというふうに思えるか、8は自由意見ということで、さっとまとめた感じのアンケートの案がこういうものです。

ほかにこの資料 1 の質問紙の案で考えているのは、例えば患者さんを断ったことがあるかということも聞きたいと考えています。病院全体を対象としてこんなアンケート案を考えましたけれども、もう少し細かく、各診療科に関してアンケートをするか、あとは相談支援であるとか病理、もしくはこの 53 の施設ではない連携をいただいているコンサルタントの先生方にもどういった影響があったかというようなことも聞いてみたいと考えている次第です。あとは、もしかしたら患者団体の皆さんにも、見たことがありますかとか、使ったことがありますかとか、そういったことも聞けたらと考えている次第です。

全般にこの影響調査、アンケートをとるといったこと、もしくは内容についてはいかがでしょうか。何かご意見等があればお伺いしたいと思いますがいかがでしょうか。

(川井分科会長) 12月に公開されたばかりで半年しかたっていないので、患者さんが急に動いたかというのはまだわからないかもしれません。少なくとも見聞きするところでは、医者の中ではこれをやることに関する賛否両論、さまざまな意見というのは耳に入ってきていると思うので、そういうところは今の時点でもわかるのかと思います。

(松本誠一委員) 初診の患者さんに（公開情報を）見てきたかどうかということを必ず

聞いてもらうというのはいいですね。

(川井分科会長) 確かにね。

(松本誠一委員) 初診 100 人中 50 人は見てきたとか、

(川井分科会長) 53 施設初診の患者さんにね。

(松本誠一委員) この指定施設に関しては。

(川井分科会長) それは施設に対するアンケートの中に入れてらいいいですね。

(事務局・東) はい。それはシステムティックに聞いてもらうということを依頼するということですね。

(松本誠一委員) そうです。患者さんが初診で来たときに、見てきましたかとか。

(事務局・東) このアンケートだと、それは、何月から聞いてくださいみたいな感じで、事前に準備が必要ですね。

(松本誠一委員) そうですね。

(事務局・東) もし先生方がこのアンケートを受け取ったらいかがですか、何か、ふえたとか、メリットはないとか。やはり「いいえ」「いいえ」が○ですか。

(松本誠一委員) あまり変わらない。

(上田委員) この時期だとちょっとまだ難しいかなという。まだ1年がたたないですからね。

(松本誠一委員) 実感としてあまり変わっているようには思えません。

(上田委員) もう1年ぐらい見てもいいかもしれないですね。今だと「c) どちらともいえない」というふうになりそうですね。

(川井分科会長) 土屋先生だと日整会、学会側のいろいろなこととお聞きになっていると思うのですが、学会の中での周知であるとか、受けとめ方というのはどうでしょうか。

(土屋委員) どうですかね。先ほど話したのですが、学会のホームページにリンクを張ってもらうのがいいのではないですか。そうしないとなかなか周知徹底はできないですね。

(川井分科会長) あるいはこれを、言い方は失礼ですが、無視してしまっているというところもやはり……

(土屋委員) そんなことはないと思います。

(川井分科会長) それはないですか。

(土屋委員) 骨軟部腫瘍委員会とかでちゃんとやっていると思います。

ちょっといいですか。これはセカンドオピニオンというのも入れてみたらいいのではない

いですか。ふえましたかとか。

(事務局・東) ああ、はい。

(土屋委員) うちはまだ全然変わっていないような気がします。

(事務局・東) 変わるタイミングにしたいですね。

(土屋委員) そうですね。

(事務局・東) 「いいえ」「いいえ」ではなかなか悲しいです。

(土屋委員) どちらともいえないというのがあれですね。

(上田委員) a) がないということですよ。

(事務局・東) 今、土屋先生からいただいた学会のホームページにリンクを張ってもら
うというのは、

(土屋委員) それはよろしいと思うのです。

(事務局・東) それはこちらから何かお願いできますかというふうに、

(土屋委員) 広報・渉外委員会というのですか、ああいうのが各学会にあると思います
ので、例えば癌治療学会も持っていますし、日本整形外科学会も持っていますので、いろ
いろなところであると思うのです。そういうところに依頼をして、めったにだめというこ
とはないと思うのです。

(事務局・東) わかりました。ではそのように。出したときは年末の本当に差し迫った
ときで、その後は正月気分であまり何もしなかったというのがあるんですけども、改め
てしたいと思います。

そのほか、何かご意見があるようでしたら。

そうしましたら、またこの辺のアンケートをもう少しきちんと整理をして、最終版を出
す前に先生方に一回見ていただくということにしたいと思います。同時に、学会のホーム
ページ等のリンクというのも各関連学会には出していきたいと思います。

あとは、病理のコンサルタントの方々とかは、小田先生、何かうわさになっていません
か。

(小田委員) コンサルトが急にふえたという話は特に聞いてはいません。

(事務局・東) ないですか。ありがとうございます。ふえたら困るという意見をこちら
に事前には言ってこられた先生もいらっしゃるのですけれども、実際にはそんなことはあ
まりないということですね。

(小田委員) あまりそんな話は聞いていませんね。

(事務局・東) 患者さんの間で話題とかはされていますか。

(大西委員) いや特に。

(押田委員) 一応周知はしているけれども反応は今のところは。

(事務局・東) ありがとうございます。

そうしましたら、調査というのはこれぐらいにいたしまして、1. b) で配布用チラシというのあわせて議論をさせていただきたいと思います。これは、前回のこの分科会的时候に中島先生から、医師会も文書が回るだけだとやはり誰も気にもとめないで、チラシみたいなもので周知したほうがいいのではないかという問題提起をいただいて、今回、特に何かそういう予算がついたというわけではないのですが、ただ、希少がん全体については情報公開をしていくという名目がありますので、莫大な金額でなければその辺の活動をしていくというのは全然問題ない範囲だと考えています。中島先生、ほかのところでの例があるというふうに伺ったのですが。

(中島委員) はい。大体毎月1回医師会のほうから、例えば近所の大学病院の外来の診察の状況、当直はこうですとか、外来患者はこうですとかといった情報や、毎月やっている医師会の情報がくるんですが、それ以外に不定期で地域の医師会のほうに、大体厚生労働省、日本医師会、東京都医師会から回ってくるんですが、そのときに、例えば発しているのが厚生労働省だったら東京都医師会を経由して私たちの地域の医師会に、紙だけが来るときもあるんですけれども、中には、例えばこれは慢性腎臓病のパンフレットですが、こういうものが紙と一緒に送られてくる。これは長いですが、めったにないんですけれども、こういうパンフレットみたいなものが10冊とか20冊ぐらい入って送られてくる場合もあります。こんな感じです。後で回します。

それから、これはごらんになった方はいらっしゃいますか？ これもそうですが、こういうものが回ってきたので見てくださいというものがあって、「サプリはやめてください」みたいなパンフレットと一緒に入っていて、配ってくださいということです。

せっかくつくったホームページなのに、紙切れ1枚で、そのことがここに書いてありますということで終わってしまうとスルーしてしまうのではないかという恐れが本当にあるので、パンフレットが入っていると、あれ？というふうに、これをちょっと張っておこうとかいうことになると思うのです。

あとはこういうものも送られてきます。風疹、最近だとはしかもはやっていますけれども、こういうのがありますよというものとか、こういう感じで、A4で片面のときもある

し、両面のときもあります。あとは子供たちの受動喫煙です。これも同じように紙1枚、来ていますということと、こういうパンフレットが回ってくるのです。

できたらインパクトがあるようなもので、白黒よりもカラーのほうがいいのかと思います。例えば2色でもこういうふう結構インパクトがあるので、白黒よりもちょっと色があつたほうがいいのかという印象はあります。ただ、予算とかがあるし、せっかくこういうアンケートもとろうかというときに、手を挙げた60弱の施設だけは見ているかもしれないけれども、ほかの施設は全然わからないということがあって、もしかしたら全然知らないというのが多くなってしまうので、できたら末梢からだんだん広げていってもいいのかと思いました。

(事務局・東) ありがとうございます。今の段階ですと、先ほどのアンケートなんかでは影響がないという感じになってしまうので、一通りそういう周知活動をした上でやっていきたいと思います。回していただくこと自体は、医師会にお願いすれば回しただけという感じですか。

(中島委員) そうです。

(事務局・東) こういうものは送ったりすることにもものすごいコストがかかるので、そうでなくてそれをつくるだけでしたら本当にそんなにかからないでしょうし、少し検討して、いいものをつくらせていただければと思います。

そういった場合に、少し迷うところが、この検討事項リストのところに書かせていただいたのですが、例えば施設リストに53施設を並べてしまうのか、それともホームページのURLを載せるだけでいいのか。最終的にどう調整をつけるかわからないですが、そういうことというのはどう思われますか。少しご意見をいただければと思います。

(上田委員) ここまでやったのなら、情報公開しているわけですから、堂々と公開すればいいのではないですか。

(事務局・東) 53施設を並べる？

(上田委員) これをやっている者としては、我々そして厚生労働省の責任でもあるのではないですか。そんなに遠慮することもないです。

(大西委員) 逆に一般の病院とか、要は今回選ばれた施設以外のところに当然置いてほしいですし、そこから今の施設に誘導するという動線をできればつくっていただきたいと思います。ですから病院名をできれば表示してほしい。

(事務局・東) はい。医師会の病院会員にも同じようなものがいくということですか。

診療所ではなくても病院でも医師会に入っている病院がありますね。そこにも行くということですか。

(中島委員) 行くと思います。地域の医師会に入っていますので。

(上田委員) メジャーなディジーズだったら患者さんの取り合いの問題が出てインパクトが大きいと思うのですが、希少がんの場合はそれほど病院の収入増につながるということとはまずないのであまり問題になることは少なく、むしろ知ってもらうことによるメリットのほうが前面に出るのではないかと思います。

(事務局・東) 逆に施設名を載せるべきではないという方はいらっしゃらないということですか。ありがとうございます。では、施設名を載せるような方向でいきたいと思っています。

あとはホームページのURLはもちろん載せて問題がないかとは思っていますのでそこもいきたいと思っています。図柄の作成方法等については、私自身があまり得意ではないものから大体業者に頼もうかという発想になってしまうのですが、どなたかいいデザイナーを知っていると、うちの医局員はすごく絵がうまいとか、もしそういうことがあればお伺いしたいと思いましたが、頼むことですか。もし何か情報があればそれは個別にということをお願いします。

それでは本格的にチラシというのも動かしていくということで今後ともまた進捗状況を報告したいと思います。ここまではよろしいですか。

続きまして、2番目の次回以降の方針です。実は、これを公開する直前、10月に行った前回の検討会で伺ったと思うのですが、そのときには、次は4月には次の募集を始めますと言っており、気がついたら4月だったんですが、できれば次の募集も可及的早期に始めていきたいと思っています。一応条件等々について、前回も少しお話をしたんですけども、その確認を少しさせていただきたいと思っています。

資料3cと3dと3eが前回いただいた指摘に基づいて前回の資料に変更を加えたものです。変更履歴が消えてしまっているのが多分資料3dが一番わかりやすいと思います。横になっている施設情報記入シートです。Excelのものですけれども、こちらで赤くなっているところが今回変更を加えたところです。

見ていただきますと、まずは病理診断で他施設の軟部肉腫専門の病理専門医との連携というところ、これが、前は施設名になっていたのですが、実際にやってみて施設名だと困るという意見があったりとか、先生方は動くこともあって、動いたら全く変わってしま

う。個人の問題であるというご指摘もいただきましたので、具体的には病理のコンサルタ
ントの先生のお名前をいただくという形に変えています。ただ、お名前だけだと同姓同名
もあるかもしれませんので、所属施設についてはそのまま聞くという形にはしています。
お名前をいただくということなので、勝手に名前が出るのは困りますから、必ず同意をと
ってくださいということは説明の中には入れさせていただくことにしています。

あとは外科手術のところですが、整形外科専門医の常勤医数、形成外科専門医の常勤医
数というのが追加になっています。これは外科医が2名ということでお名前等を入れてい
たのですが、2名だけだと足りないということであったり、ただ、そうはいつでも全員並
べても困るということもあって、規模観を持つという意味からも人数を記入したほうがい
いのではないかとのご意見をいただいたのでそれを反映している次第です。

さらにその次の形成の再建手術ができるかということについては、何か文言が少しおか
しいということがありましたので、「自施設における形成外科専門医による再建手術の有
無」といった文言にかえさせていただいています。

その下、ずっと行きまして、小児の点ですが、施設が連携という形をとっていただけ
れども、この部分で連携施設が、単純に連携先というだけではなくて、どういった施設な
のかということ情報を公開すべきだというご意見をいただきましたので、そこが小児がん
拠点病院なのか、もしくは小児血液がん専門医の認定研修施設なのか、もしくは日本小児
がん研究グループ（JCCG）のA会員施設なのかということ情報を公開しようというこ
とになっております。

続いて、次のページに行ってくださいまして、真ん中から下のところ、研究関連という
ことで、生検・手術検体の凍結保存が可能か不可能かだけを聞いていたのですけれども、
これの実際の件数を書きいただくということですが、ただ、細かく、5件なのか、6件
なのか、7件なのかということは、そこまでは要らないだろうということ、大体、全く
ないのか、1桁なのか、2桁以上あるのかということぐらいでいいだろうというご意見を
いただいています。

その下の20番は論文の数というところで、毎年1編ということがもともとだったので
すが、たまたまあったり、たまたまなかったりということがあつたというご意見を多数い
たいただきましたので、2年間で2編ということに変更してはどうかということに反映させ
ていただきました。これは別の資料ではありますがアクセプトされてインプレスという状況
でもカウントしていいということにどうかとは思っています。

変更した点というのは大体このぐらいではあるんですが、それ以外に何か、今、ぱっとごらんになって問題とお感じになるところがあるかということと、こちらからは症例数基準について問題提起をしたいと思っておりますが、まず、症例数以外で何かお考えになるところがあればお伺いしたいと思います、いかがでしょうか。その次のページからあるのは無標といいますか、自由形式で書いていただくというものです。

(上田委員) 最近経験したことで思ったのですが、例えば、14の標準治療という言葉は、厳密に言うと保険適用内の薬剤ということになると思うのですが、実際には肉腫の場合、適用外使用でガイドラインなんかでも世界標準になっていて使うということが結構あります。ジェムドセがそうですし、臨床試験だったら別ですけども、そうでなくてもそういう治療とか、それから最近はデスマイドに対するメソトレキセートとVBLというので結構使うケースが皆さんもあるかと思うのですけれども、保険適用外で、もちろん臨床試験なんかもやる予定はない。そういったレジメンをしなければならないような状況になるのがこの希少がんの領域の重要なポイントで、そこができないというのはある意味ちょっと標準的治療を提供しているという言葉には入らないようなときもあると思うのです。それを一つ項目として入れるとまた細か過ぎるので、この標準治療という中に脚注か何かで、ガイドラインなんかで規定された有効性が認められている保険適用外治療も含むとか、そういったところはぜひ、これは希少がん治療の上の肝の一つだと最近ちょっと思うので、あえてこれは必要かと思ったので挙げたいと思うのですが、いかがですか。

(事務局・東) ありがとうございます。今、ご指摘の点というのは、保険適用外の治療も場合によってはできないと困るということですか。

(上田委員) そう思います。

(事務局・東) できることということ、それを聞くべきかということですか。

(上田委員) どこまでするかは別ですが、

(松本誠一委員) (保険請求せずに) 損をしてでもやる施設もあると思います。

(上田委員) もちろん都道府県の保険診療の厳しさとかが違うので随分濃淡はあるとは思いますが、要件にならなくてもいいですけども、それは挙げておくべきかと思うのです。実際、そういうことはあるでしょう。

(尾崎委員) それは、例えば院内の倫理委員会、未承認薬を使ってもいいようなシステムがあるかどうかということですね？ 結構最近そういうのがあるんですね。

(上田委員) そうです。あることでもいいと思う。それが機能し得るという。もちろん

そうでないと使えないですからね。当然そのことなんですけれども。

(川井分科会長) 岡山とか金沢はいかがですか？

(土屋委員) 基本は使えないですね。でも……

(川井分科会長) ジェムドセは使えない施設もいくつかあるので、今の要件を厳しく適用するとここから落ちてしまう。

(上田委員) 要件までしなくてもいいのですが、これからそういうふうなのを推進とまではいかないですけれどもやれるようにするための項目として、とにかく記載はすべきだと思うのです。

(川井分科会長) おっしゃることはよくわかります。

(上田委員) 非常に重要なところだと思うのです。肉腫においては、保険承認している薬だけを使っているというところは標準的治療をしているとは言えないと思うのです。

(川井分科会長) 保険について金沢はどう思われますか。正論だとは思っています。

(上田委員) もちろん正論です。

(土屋委員) 希少がんの場合はそうかもしれないけれども、大学病院とか病院によっては許してくれるところと許してくれないところがあるのです。

(上田委員) それはわかるんです。でも希少がんをやる限りは、今はできなくてもそこは許してもらおうように努力すべきだと思うのです。俺のところはできないからよそに回してというようなところはやはりちょっと問題があるのではないかと思うのです。

(川井分科会長) 先生でないとと言えないことです。確かにそのとおりだと思います。

(清澤委員) 厚生労働省の方が認めてくれないとできませんし、私どもの施設なんかでは絶対だめと言われております。

(上田委員) それでは肉腫の治療は十分な治療ができるとは、手術はいいんですよ、薬物治療に関しては片手落ちだと思うのです。

(川井分科会長) それはどうなりそうですか。岡山はいかがですか。

(尾崎委員) 私はそちらのほうを担当しているのです。未承認薬をちゃんと通す場合は、絶対使わなくてはいけないというときはちゃんと申請を上げてもらって、お金はどこから出すのか、出所、医局費を使うとか、いろいろなことを明確にして、

(川井分科会長) それ適用外申請を出して、それを認めるところと認めないところ、

(上田委員) 認めないところは仕方がないですね。

(尾崎委員) システムがあるかですね。

(上田委員) でもそういうアクションをするということが必要だと思うのです。

(土屋委員) それはちょっと際どいところに踏み込む議論です。

(上田委員) だからあえて言っているのです。今、決まるとは思っていないです。

(川井分科会長) 先生、いかがですか。

(武田委員) 原則論として、厚生労働省の委託事業の中で、適用外薬物云々まで言及するのは難しいと思います。しかも倫理委員会として自費でやるかどうかというのも、暗に混合診療を認めるかどうかの議論に踏み込んでしまうので、おっしゃることはよくわかるのですけれども、私としては、最低限のケモ、承認薬のケモの毒性マネジメントもできない施設があることを除外したいという目的で標準治療といっているのも、それはいわゆる承認薬、もっとビヨンドのケモをやるというのはここではそこまで言及しなくてもいいのではないかとはいいます。

(上田委員) 先生のところで、例えばデスモイドの激しい症例で、メソ・ビンブラスチンができますか？

(武田委員) 一応1例ごとに倫理委員会というのはあるんですけれども、そこはファジーなところはあると思います。例えば分子標的薬のあるドライバでがん種横断的なものも、結局そこは原則としては通す形にはしているけれども、希少がんの病名で通っているような薬剤もあります。承認は得られていないけれども一応保険上は暗黙のうちに通っているようなもの。

(上田委員) そういう方法で一例、一例されているところは治療ができるところだと思うのです。だけど、うちは一切だめだというようなところは、やはり専門施設としてはふさわしくはないと思うのです。

(川井分科会長) 外科的にきちんと生検をして、広範切除するというのと同じレベルでジェムドセをやるべきとなるとそういう議論になりますけれども、

(上田委員) 肉腫の場合は薬物治療の専門施設としてはやはりちょっと違うなあと 생각합니다。厚生労働省ではどう考えているのですか。忌憚のないところで、やれとは言えないし、やるなと言うのはわかるんですけれども。必要だった場合、ある種の肉腫で、保険承認のとれられていない薬だけでも、世界標準になっていて、ガイドラインにも載って、推奨すると書いてあるレジメンをどうしても患者さんに使いたいとなったときは、どうなんですか。

(厚労省・上野) 私の意見が厚生労働省の代表というわけではないですが、

(上田委員) ないと思います。いや、厚生労働省を代表してもし言えるのなら。わからないとか、言えないとかでもいいんですけど。

(事務局・東) そこはちょっと言えないですから個人的でもう全然……。

(厚労省・上野) 個人的な意見としては、理想的にはもちろん先生のおっしゃるとおりであります。ただ、保険適用外使用に関しまして、今回の厚生労働省の委託事業として記載に踏み込むのは正直言って厳しいだろうというのは、一般的な、

(上田委員) 難しいですね。武田先生の意見ですね。わかりますけれども、これはあえて一応言っておきたいなと思ったのです。

(事務局・東) 幾つかの段階があると思うのですが、未承認薬を使うための手続があるかどうかというのは、

(上田委員) そうです。それも含めて、それがあればいいと思うのです。

(事務局・東) それがあればいいですか。

(上田委員) それでいいと思います。

(事務局・東) 鉄壁の委員会で全く通らないということであっても、あるかないかぐらいは聞いておいたほうがいいという、

(上田委員) それでいいと思うのです。

(事務局・東) それでいいですか？ ただそれはどこでもあるということになったりはしないのですか。

(上田委員) どうなんですかね。

(尾崎委員) 結構大学病院は出ているのではないですか。

(土屋委員) どこでもありますよ。それは基本ありますね。

(上田委員) やるかやらないかだけでしょうね。

(尾崎委員) ただ、抗がん剤よりかもっと本当に使わなかったら亡くなる可能性があるような厳しい状況の患者さんに対しての審査委員会だと思います。

(上田委員) 希少がんを例に挙げて、そこはもうそろそろ日本の医療はそこに踏み込まないといけない時期に来ていると思います。

(事務局・東) 2段階でそういう委員会があるかということと、例えば過去5年間で通った実績があるかどうか。そこまで聞くのは？

(上田委員) 聞かないほうがいいと思います。

(事務局・東) 聞かないほうがいいですか。

(上田委員) 標準治療を提供しているところの意味をもし聞かれたらそんなことも含みを入れるという、暗黙のところでもいいと思います。今、ここで録音されたので、このテーマが挙がったということがわかっただけでもいいと思います。

(事務局・東) そうなんですか。そうだったらあれですけども。

(上田委員) ここに挙げるのは、武田先生が言われるように難しいと思うのはわかっているのです。

(事務局・東) 今回の専門施設として手を挙げたところに、そういう未承認薬を使う道筋がないというようなところがある……

(上田委員) 未承認薬ではないです。保険適用外使用です。未承認薬はさすがにもっとハードルが高いです。適用外使用です。

(武田委員) 厳密に言うと、それが混合診療に当たって、正式なプロセス、先進医療等でやりなさい、適用外で進めなさいというのが国のスタンスなので、そこをこの委員会で推奨できない。倫理委員会というのはあくまでも病院が認める合法的ではない手段ですね。国としてはそれば認めていない手段になりますので、

(上田委員) 暗黙という概念ですね。

(武田委員) そう、暗黙です。暗黙は国としては認めていない。混合診療になる。

(上田委員) 今は認めるわけにはいかないです。

(武田委員) そうです。

(事務局・東) 混合診療になるとだめでしょうけれども、ただ、その部分をただにするというのは合法ですし、全額自費というのも合法。

(上田委員) 合法ですね。

(武田委員) 合法です。全額自費だけれども、画像や検査は保険内でやっているというのが混合診療ですね。

(事務局・東) それは違法ですね。

(上田委員) 今はそこは多分問われませんよ、保険診療。薬代だけだめです、どこかで出しなさい。暗黙のうちに、普通の診療に対してはオーケーということになっていると思います。

(尾崎委員) それは……。

(事務局・東) 確かに踏み込まないほうがよさそうです。

(上田委員) ちくちくしているんですけども。

(川井分科会長) 希少がんの検討会ということであれば、この領域で特に起こりやすい問題ではありますね。

(上田委員) そうです。しかも必要ではあるという。かつ、希少がんの場合は臨床試験とかはなかなか進めないという状況ですね。ここはもうこれぐらいにしておきましょうか。

(事務局・東) それでいいですか。何か言うことはないですか。いいですか？

(上田委員) 問題提起ということで。

(事務局・東) はい、わかりました。ではこのところは特に変えないということできたいと思います。もともと標準治療を実施しているというのは野放しにいろいろなことをやっていないかということが問題であったということではあるんですが、逆の問題もあるということで、そこでは行きたいと思います。

そうしましたら、症例数の要件で、毎年1人新規治療開始例があるということでは本当はいいのかということの問題提起させていただきたいと思います。

机上資料でお配りしているものを見ていただきたいのですが、机上資料1のほうは都道府県別に施設を区切っています。名前が載っているのは院内がん登録に提出をしていたらいる施設で、かつ、3年連続で1例以上の登録がある、つまり診療開始例があるという施設です。北海道から、施設名が順番に並んでいて、そのうちでそれぞれ2014年、2015年、2016年と症例があるというのは、治療開始例がこの症例数ということになっています。

その右の専門施設に1が入っているところは今回の53施設の中に含まれている施設ということで、その右は今回の基準となることを考えるために3年間の最低症例数を含めています。

もう一つの机上資料2のほうは、これは都道府県の垣根を取り払って、最低症例数が多い順番に並べているというものです。ですので、基本的にはやはり上位のところに専門施設が多いのではあるんですが、ただ、上位のところでも少し抜けがあったり、1と書いてあるところが下のほうまであるというようなところもあります。同じ最低症例数の中ではあまり順番に意味はないのですけれども、こういった形で症例数の分布があるということをお前提として、専門施設の条件というのが最低症例数1でいいかということをお議論していただきたい、お考えいただきたいと思います。

ある意味、前回は論文要件というのがかなりきいて入れないところもあったんですが、それを2年しかも2編でいいというところを入れると施設数がふえてしまうというところ

がありますし、特に共著でもいいということにしていますし、論文だけでよければ今後もどこからか見つけてくるというようなところもあって、このままにしていくとどんどん専門施設の数というのはふえてしまうというのがあるかと思うので、しかも逆に1例でも専門施設だという、そこがいいのかという問題、ここをあわせてこの問題提起をさせていただきたいと思いました。いかがでしょうか。

(上田委員) ここは非常にクリティカルですね。重要なところですね。

(川井分科会長) まずポジティブな話をすると、こうやってざっと見てみるとやはり症例数が多い施設は多く入っている。そういう意味では選択の大きな方向性は間違っていない。今、東先生がおっしゃったように、症例数は多いけれども入っていない施設があって、そこは恐らくほかの要件、一番大きいのは論文だと思いますけれども、そういうところに入っていない。反対に、症例数が毎年1例、1例だけでも入っている施設もあって、そこをどう考えて次にどういう改善をしていくかという議論になると思います。

一番大事なものは患者さん、最終的には患者さんの意見を聞きたいと思います。どれだけ治療している先生に治療してほしいかというところが一番大事な目線だと思うんですけども、どうでしょうか。あとは、絞るのかふやすのか、絞ることが目的、ふやすことが目的ではなくて、多分目的は適切な治療をするにはどうするのがいいかということなので、方向性はどちらもあると思うのです。

東先生はこのままでいくと、多分論文とかが入ってきて症例数が少なくて、そういう施設が入ってくるでしょうということを考えておられるのですね？

(事務局・東) その可能性が高いのではないかとはいえます。

(川井分科会長) 現状追認をしていくと、恐らく集約化はされないということにもなるかという気がします。

(事務局・東) 私の素人感覚では1年1例というのはちょっとかなと思っていて、どこかで、もう少し、どこまでということの折り合いがつかないから1例ということになったんですが、もう少しあったほうがいいのではないかと思います。

(川井分科会長) このデータを見ていただいて、土屋先生とか尾崎先生はどのように感じられますか。

(土屋委員) 確かに1例となると何かちょっと、これで専門施設なのかということをお患者さんから言われたら答えようがないかもしれませんね。でも5例で区切るとまたかなり……。データ上は、施設に認定されるのに一番ハードルが高いのは論文なんですか？

(事務局・東) 引っかかったのはそこだったのです。応募してこられて、いやいやというふうになってしまったのはそこなんです。

(土屋委員) ああ。でも本当は症例数とかが一番、

(上田委員) 論文よりは症例数のほうが、

(土屋委員) 論文より症例数のほうが大事なような気がします。論文は別のファクターがありますからね。

(事務局・東) そうですね、そう思います。

(大西委員) 症例数のほうがやはり。

(事務局・東) 論文でごめんなさいをしたところからは非難ごうごうだったのでやはり。後から見つかったとって連絡が来たりとか、ちょっとそういうのが。私としても何となく言いづらいという。ここでも結構議論があったと思います。

(上田委員) 議論がありましたね。要件にするかどうか。

(土屋委員) そうですねえ。5例とかでもいいような気がします。

(事務局・東) 極端な話でいえば、論文を書いているひまがあったら患者さんのところに行ったほうがいいのかとか、外来の、そういうところはあると思います。

(松本誠一委員) ホームページを見ている患者さんが症例数の項目まで見たとしたら、どの施設の症例が少ないということまでわかるりますが、症例数まで患者さんが見ないことも想定されますね。そうすると、単にアプルーブされた専門施設というだけで判断することになるので、年間1例のところも30例のところも同じ価値で患者さんには伝わってしまいます。ですから、年間3例でも基準の数はこれから決めれば良いと思いますが、妥当な症例数を決めて、専門施設の数を絞っていくべきだと思います。

(事務局・東) ありがとうございます。もう一つポイントがありまして、情報公開の原則で、公開情報は少数例を丸めなければいけないのです。0、1～3、4～6、7～9、10以上は実数ということにしていますので、1例か3例かというのは患者さんにはわからないということもあります。だからちょっとそこは問題だというふうには思っています。

(大西委員) あっ、実際はその数が出てこないで、まとまった……。

(事務局・東) 少数例に関してはそうなんです。個人情報保護のために、1だということあの人だとわかってしまうことになってしまうので、1～3というようにしなさいというのがあります。

(川井分科会長) 本当に大ざっぱな印象になりますけれども、例えばイギリスのNIC

Eだったら、年間肉腫 100 例です。そうすると日本に適応する病院は一つもないということになるわけです。

(上田委員) それはもう集約化が進んでいるわけです。進むとそうなるわけです。

(川井分科会長) そこは非現実的な数だとしても、実際に診療している先生方は、このデータを見ながらどれぐらいだったらいいと考えられますか。

(上田委員) これを見るとやはり 5 例ぐらいですか。3 年間のデータで、最低症例数でリストアップされているのではないですか。これは特に意味はあるのですか。平均でやらないで最低症例数で順番をつけていったのは。

(事務局・東) これは、安定して何人というのが、最低 1 例というのが今回のあれだったので。もちろん平均に変えるというのも手だとは思いますが。そういうこともできると思います。

(小田委員) さっきの論文みたいに過去何年間で何例以上ということとは？

(事務局・東) それは平均と同じになりますね。過去 3 年間で 10 例だとか 20 例だとかだと平均ということになってしまいますね。

(小田委員) 例えばこの大学病院は、4、1、4 で、最低症例数は 1 ということになっていいます。ちょっとこれは、

(中島委員) かわいそうというか、そうですね。

(上田委員) 足すか平均ぐらいが。

(川井分科会長) 年間何例以上とやってしまうと、数が少なくなるとそういうことが起き得ますね。

(上田委員) 施設とあれを見ると、急にふえたり減ったりしているところはドクターが異動したことに関係していますね。そんな感じです。だから結構動くので、3 年間ぐらいで平均かサメーションしてやるほうが公平な感じがしますね。

(尾崎委員) 平均となるとちょっと面倒なことになります。

(上田委員) そう、面倒です。足し算でいいのではないかと思います。3 年間の総数例でいく。

(川井分科会長) 幾ら？

(上田委員) これを見ると 1 例は、東先生は言われるようにちょっとあまりにもあれなので 3 年間をもし足すとしたら 10 例か 15 例ぐらいではないですかね。3 年間で 10 例というのは数字としてはなかなか美しいですね。9 例よりは多い、だけど 5 例の 15 例より

は緩いという感じで、次の段階としては、美しい数字のように私個人的には思います。3年間で10例以上。

(川井分科会長) 尾崎先生、どう思われますか。

(尾崎委員) そういうのが一番きれいかなと思いますね。

(上田委員) 問題も少ないし。

(川井分科会長) そうすると大体今よりも3倍ハードルが高くなる。

(上田委員) そうですね。

(事務局・東) 3倍……。

(川井分科会長) 3倍かどうかわからないけれども。最低1例ということで、でも、

(上田委員) 様子を見ながらちょっとずつ詰めていく。そして集約化を図っていく。

(川井分科会長) このデータというのは、自分の申告ではなくて、先生のほうからきちんとした数が出てくるのですね？

(事務局・東) はい。

(川井分科会長) 患者さんはどうですか。

(大西委員) まず、論文よりは症例数が多いほうがいいとは思うのではないですか。

(押田委員) 1例はどうかなと思います。3例以上はあったほうがいいのではないかな。

(土屋委員) 過去3年で10例ですか。妥当ですね。

(上田委員) 言いやすそうな感じですよ。そうすると9例のところ、どこかでは線引きがありますからね。

(土屋委員) 数はしょうがないですね。また復帰できる。

(上田委員) そうですね。

(事務局・東) 3年間10例ぐらいで大丈夫ですか。そうしましたら、3年でいいですか？ 例えば2年とかでなくて3年のほうがいい？

(上田委員) データがあるのならね。

(川井分科会長) そうすると、具体的にはどの病院が落ちてどうという話になってしまう。それをやるといろいろな気持ちが出てきてしまいますけれども。

(上田委員) 上位は大体オーケーで、ボーダーラインが9例のところですね。

(川井分科会長) そういう足し算をしたデータはないですね。

(事務局・東) データは今はないですけども……。ただ、大体はあれですけどね。大体で見ていただくと、多分全体の上から順番にというところで、数の少ないところで1と

ついているところを見ていただくと落ちるところはわかります。

(事務局・東) そうですね。だんだん減っているけれど、でも3年だと大丈夫という施設もある。それぐらいですかね。あとはちょっと9例でというのはありますけれども。

(川井分科会長) それぐらいのハードルであれば各施設に対して自主的な集約に対する……

(上田委員) 近隣の2施設を合わせると10例超えるところもあるので、そこで集約化してもらおう。

(清澤委員) 症例が少ないところは次回の更新のときに認定ができないという形になってくるのですかね？ 一たん認定されている、

(事務局・東) 今回はできないですね。

(清澤委員) それはいいんですけども、例えば新規で、今まで専門家がいなかったところ、新しく立ち上げて治療を始めたいという施設に関してはどのような対応？ 過去の症例がないわけですね。それはどういう対応を？

(上田委員) それは3年間、石の上にも3年やってもらったら認定される。

(清澤委員) ここに登録されないけれども集めるということ？

(上田委員) そうですね。やろうと思うのだったら。

(土屋委員) 1年で10例集めればそれでクリアという。

(上田委員) 本当にやろうと思って集めれば10例ぐらいは集まるはずですからね。

(川井分科会長) この枠組みは使えないけどということですね。

(事務局・東) そういうことになります。

(上田委員) 20例、30例はしんどいですけども、10例頑張れば1年か2年で。本気でやれば集められるはずですけどね。

(清澤委員) そうですね。集まりますね。

(事務局・東) ちょうどそんな施設もあったかと思うのですが、2016年だけ10例超えているとか。

(尾崎委員) 専門の腫瘍の先生が行かれたから一気に10人という施設もある。

(上田委員) そうでしょう。ふえているでしょう。

(事務局・東) そうしましたら、このグループの結論としては3年間で10ということで、

(上田委員) 東先生、いかがですか。先生は意見を言われていないですが。

(事務局・東) 私はそんなに意見はないので、1例はちょっとと思いますけれども、その上をどう区切るかについては私も全くわからないので。

(上田委員) 本当は最低ラインは15例ぐらいだと思うのですが、急に上げるといろいろと問題も出るのでだんだんしていくということで、とりあえず3年で10例からやっていったらどうですか。

(事務局・東) 事務局に聞かれることがよくあるのですが、今後そういうのは上がるのかという、今回上がると次回も上がるのかと聞かれることはあるんですが、そういうこともあるかもしれませんねと言っておくという感じになりますかね。

(厚労省・上野) 四肢軟部肉腫において適正な専門施設の数とかは今まで議論で数字的なものは出たことはないですか。

(事務局・東) 出たことはないです。もちろん議論はしているのですが、折り合いが全くつかないというのが現状です。やはり一つの意見としては、年間100例でしょうというようなところはNICEではあります。これはフレッシュな治療開始例なので大分少ないのですが、

(上田委員) コンサルテーションだけとか、セカンドオピニオンとかでちょっとでもタッチしていたら1例とできる。それは確認しました。

(事務局・東) それでも日本では数施設となってしまうのです。そういうことがありません。あとは、四肢表在体幹だけではないカウントの仕方をしていきますので、ほかの子宮肉腫だろうと何だろうと全部肉腫という考えですね。

(上田委員) これは入っていないのですか。

(事務局・東) これは入っていないのです。四肢表在体幹だけです。

(上田委員) 次の段階はそこですね。

(事務局・東) はい。では次回は3年間で10例というところで区切らせていただきたいと思います。

そうしましたら、論文条件は2年・2編でいいですね？ではそういうふうにさせていただきますと思います。

次に、2. b)として、Tumor Boardの定期的開催の条件というところを少し問題提起させていただきたいのですが、Tumor Boardは特に要件ということではなくて、そういうものがあることということで、こんな感じです。一応定期的に行っているということを示していただくために、いつやったのかということと、どんな職種の方が出席されたのかとい

うことを5回分出していただいています。これは全部公開しています。

この大学病院は、2016年12月には放射線の先生が来なかったとか、そういったこともわかるんですけども、こんな感じでばらばらに書いてあってもちゃんと書いてあると思うのですが、こちらの病院は、1回しか、ここだけが欠けていて、ほかは全部ワンパターンで、本当なのかというところになりますし、この病院だと全部に○がついています。よくよく見ると出席科が違うのですが、何か違うのかわからない。この施設は、これはもう外科カンファレンスをしているのを Tumor Board と呼んでいるみたいなどころがあるかと思えます。結構こういうところがあります。なぜか全部小児科で、小児科カンファレンスではないかというところもある。こういうのが出ています。

特にここで絞ることはしていないのですが、一応要件としては、Tumor Board というのが資料3cの1枚の紙で、これは要件だけを抜き出したものですが、裏のところ、Gのところ、軟部肉腫に関する Tumor Board の定期的な開催ということだけが要件になっています。定常的に参加しているかどうかというのは公表する、必要時に参加できる体制を整えている」ここを要件というふうに書いてはあるのですが、実際に出てくるのはこんな感じというのもあって、これはこのまま行くのか、それとも何かしらもうちょっと具体的にちゃんとしてくださいというふうに言うのかということについてご相談したいと思ってこんなものを持ってきたのですけれどもいかがでしょうか。

(中島委員) 外科医が入っていない。

(事務局・東) 外科医が入っていないという……。

(上田委員) 理想的には多診療科が集学的にするというのが肉腫の、我々の理念の中にもありますし、そうだと思いますけれども、施設の人員とかいろいろなカンファレンスがあって重なったり、いろいろな要件で理想どおりに全員が集まってするというのはできないところも多いというのが現状だと思います。だから主診療科と病理は大体いるというところが多いように思います。あとは症例数を先に決めていって、定期的に毎週とか毎ウィークリーに絶対いるような症例があるところは当然するし、そうでないところはやはり不定期になるし、時には、患者さんが来たときに、放射線治療のときにカンファレンスのかわりに電話カンファレンスというか、やりとりしてすることも結構ありますし、そういったことも含めてコミュニケーションしているわけですから、まずは症例数を集約化していったら自然とこういうカンファレンス、ボードはできていくので、あまりきつく縛っても仕方がない。これが目的になってしまったらもう終わっていますからね。今の Tumor

Board もそんなところがありますからね。形だけ集まって要らないのにやって、ものすごく無駄なこともあるので、あまり要件を先に厳格化するというのはどうかと思います。

(川井分科会長) 薬物療法専門医の数はまだ少ないですが、先生はこれをどう思われますか。

(武田委員) 私も、体制があるということが重要で、やはりアーリーステージの場合は私たちが行く必要がないわけであって、整形外科のカンファレンスだけで盛り上がって、私たちが入るといことは意味がないことです。やはり術後再発とかで紹介があるときは話し合う機会があればいいということで、やはり3年間に10例とかの規定を設けると3例とかになるので、現実的に難しいと思うので、やはりそういう話し合う機会を不定期でもいいから設けることができるというのを条件にしたらいいと思います。定期である必要はないと思います。

(上田委員) 症例がふえれば必然的に定期的になりますね。

(川井分科会長) 岡山大学は具体的にどのようなカンファレンスをなさっていますか。

(尾崎委員) 私たちは毎月腫瘍内科の先生と整形がいつも話し合いをして、アドバンスステージの人をどうケモするかということが中心です。

(川井分科会長) 集まるのは結局そういう症例ですね。それが必要なところはそれができてきているのでそれでいいのかというふうには思います。

(上田委員) どうしようかと言ったらね。

(尾崎委員) 例えばこの大学病院、データを見ますと、この年は手術件数、治療件数が2例ですね。この場合、小児科の先生がケモして、そのパターンで……。

(川井分科会長) 確かに。

(事務局・東) 同じ症例について……。毎週やっていますから、多分毎週の経過を報告している、何か定例会なのではないかと思います。小児科の定例会。

(尾崎委員) そうでしょうね。

(上田委員) でもこれを置いておくのはいいのではないですか。書いていただくということは。

(事務局・東) これは置いておいて、見たらおかしいことがわかってしまうということはあるんですけども。わかりました。では、これに関してはあまり何か制限をかけるとか、条件を厳しくすることはやめて、今までどおり5回分を書いてくださいという形でいきたいと思います。

(武田委員) 5回も必要ですか。年間3例なのに5回というのは、また虚偽を書いてしまうだけになるので、そこはもう要らないのではないですか。5件とか、実施回数とかまで要件に入れる必要はないのではないですか。過去5回を記述とか。

(上田委員) 省くか。これは事務局の考えで、やはりきちんとしておいてほしいと思えばとりあえず出してもらおうし、簡略化するのであれば省いてもいい。

(川井分科会長) 日にちを書くというのは、言い方は悪いけれども、本当のことを書いてくださいというプレッシャーにもなるので、

(上田委員) そうであればいいと思います。

(川井分科会長) そういう意味で、やっていますかというみんなは○をするに決まっているし、日にちがなかったら、性悪説で申しわけないけれどもうそだって書けるわけで、ここに日にちを書いたということは、後でもしかしたら監査に来るかもしれないというプレッシャーにはなるわけです。

(上田委員) 少なくとも意識しますね。

(川井分科会長) だからこれは変える必要はないかという気がします。

(事務局・東) もしかしたら次回募集したときに、この日付だけ変えて、○×のパターンが全く一緒というのが来るかもしれないと思っていますけれども。

(川井分科会長) まあ、それはどうですかね。

(事務局・東) それを見ようかと。

(川井分科会長) はい。

(事務局・東) 一応このまま続けさせていただいて、どんな形になるかという検証はしたいと思います。恐らく何かやるというのが大事だと思います。やるというか、体制があるというのが大事だとは思いますが、では、形としてはあまり変わらないということにさせていただきます。

とんとん拍子に進んでいるので、もしかしたら割と早く終わるかもしれませんが、次の話題に行きたいと思います。

3番、今後の分科会の活動について検討いただきたいと思います。この希少がん対策ワーキンググループ全般ですけれども、それぞれの希少がんに関して情報公開を進めるというのは一つあるんですが、診療機関、医療機関の間でのネットワークを進めるということをやりたいということもその希少がん医療支援のあり方に関する検討会の報告書には書かれているのです。

これまではあまりネットワークのことというのは具体的な議論はなかったんですけども、ネットワークというのは2通りあるかと思います。一つは、選ばれた専門施設の間でのネットワーク、もう一つはその地域ごととか、もうちょっと広い地域かもしれませんが、専門施設と非専門施設のネットワークということです。専門施設と非専門施設のネットワークというのは少し複雑なところがあるかもしれませんが、まず専門施設同士のネットワークというのが必要かどうか、もしくはどういった形がいいのかということについてご意見をお伺いできればと思います。

具体的にやるとすると、ここに少し書かせていただきましたが、選ばれた専門施設が一堂に集まる連絡会のようなものをするかどうか。そこで各地域での工夫であるとか、問題意識の共有であるとか、また、こういったがん登録等に出てこないデータを集めてみたほうがいいのではないかとといった検討であるとか、そういったことをしていったほうがいいかもしれないと思うのですが、それをするのも結構大変なところもありますので、その辺、ざっくばらんにブレインストーミングをしたいと思うのですが、いかがでしょうか。川井先生、いかがですか。

(川井分科会長) 私はあっていいのではないかとと思うのです。別にエクスクルーシブになる必要はないけれども、一応手を挙げて専門施設と名乗っている施設が集まって、それぞれの問題点を共有する、あるいは意識を共有するという場はあっていいと思っています。似たようなのは、これは四肢軟部肉腫に対する専門病院ですが、例えばがんの専門病院である全がん協は会議を持っていますね。がん専門病院が集まって会議というのはもっと広い絵ですけども、その専門グループという形にはなるかと思うのです。全がん協は具体的にどういう……。

(若尾センター長) 全がん協は任意団体ですけども、県立がんセンターあるいは県立の中央病院などでがんに関心を入れているとこれが今 32 施設入っています。その中で年に2回の施設長会、院長先生の会と、年に1回の臨床フォーラムという形でセミナーを、多地点テレビ会議を使ってやっているような形です。あまり診療レベルでの交流は今まではなかったんで、今後、各診療科同士のネットワークをつくらうというのは新たに検討を始めたところです。最近では食道がんのネットワークと大腸がんのネットワークをつくって、そこで新しい情報コンテンツをつくっていただくという活動を始めているところです。

(事務局・東) 全がん協は大学が入っていない理由は何かあるのですか。

(若尾センター長) 大学が入っていないのは、もともと昔からの経緯というのと、あと

は病院として取り組める体制が大学はなかなか難しいだろうという、その考えは古いのかもしませんが、今のところはそのような形でやっています。

(中島委員) ネットワークですけれども、例えば今お話があった 30 幾つのがん拠点病院とかがあって、その施設長の方が来るというのと、実際は軟部肉腫を扱っている先生たちとは全然違うと思うので、このお話は多分軟部肉腫を扱っている施設の先生たちがうまくネットワークできるかということですね？ この話はどうか分からないですけれども、このネットワークという意味は、今、関東地区でやっている小さな検討会とまた別個のネットワークですか。東京あたりのことしか分からないのですけれども、例えば東京だと、今、医科歯科を中心に月 1 回カンファレンスをしたり、各大学の近隣の骨軟部好きの先生が集まってきて、症例を出して検討したりとか、その中では、こうやって治療をしているとかとか、こういう治療はどうしているのかということをやっているんですが、それ以外に違う意味の、よりコアな施設の先生同士のネットワークという意味なんでしょうか。どの辺にこのネットワークをつくりたいかで方法が違ってくるのかと思います。

(事務局・東) そうですね。今、お話ししているのは本当に全国的な専門施設のネットワークという話ですが、それとは別に、今、地域のネットワークというのは、地域の中で専門の先生がというのはどこまでやるか。それは既にあちこちで流れているんですが、地域と考えたときには恐らくこういった形で考えなければいけないのは専門医と非専門医のネットワークではないかと思います。

(中島委員) ということは、ピックアップできた今回 80 とか 50 ぐらいの先生たちが集まるということですね？

(事務局・東) そうです。

(中島委員) わかりました。

(松本誠一委員) 症例を集めるとい目的で新たにネットワークづくりしても、それは地域ごとに既にできていると思います。一方、専門病院を中心にしたネットワークを作るとすると、先ほどの上田先生の話にもありましたけれども、薬物療法の適用拡大に関して、厚生労働省に働きかけるなどすれば、非常に意味があると思います。繰り返しになりますが、各地域で症例検討会はあるので、ただの症例検討や症例集めを目的にしたネットワークはあまり意味はないと思います。

(上田委員) 一つ用事を新たに、重なっている用事をふやす感じがしますね。ネットワークがありますからね。

(松本誠一委員) そう、そう。だから肉腫専門施設が薬物治療に関して困っている、だからみんなで働きかけようとか、そういうことであれば非常に意味があるのではないかと思います。

(川井分科会長) あとはペイシエントトラベルというか、患者さんがその 53 施設に来るときに、どういう状況だったかという状況を共有するという、問題点を洗い出す、それは国のこともそうだろうと思いますけれども、別に学問的に手術がどうこうという話をする場ではないというふうに思っています。

(上田委員) そういうのはもう既存のネットワークを使えば。

(川井分科会長) 学会をつくる必要は全くないと思うのです。

(松本誠一委員) やはり行政に働きかける場としてが大事なのではないかと思います。

(川井分科会長) 確かに用事をふやすだけと上田先生が一言で喝破されたけれども、土屋先生とかは？

(松本誠一委員) 今までにない機能を持たせるのであればそういうことしかないですね。

(川井分科会長) それが必要かどうかを含めて。

(上田委員) 四肢表在体幹の臨床はまれながらも結構ここ数十年やってきて実は結構ネットワークができています。むしろ後腹膜とか子宮を初めとして、その他の肉腫のところをこれからはやるべきところだと思いますけどね。幾つかサルコーマセンターとか希少がんセンターを中心にでききて、今、始まらんとしているのはそこだと思います。肉腫の領域でネットワークして、集約化して、そういう情報共有して行ってレベルを上げていくのは、そこそ先にしなければいけないのではないですか。

(川井分科会長) それはそもそも母体がないのではないですか。

(上田委員) こういうワーキングでそこをつくらないといけないのでしょうか。

(事務局・東) そこに関しては、また別の分科会を立ててということになると思います。

(川井分科会長) そちらのほうが重要であればそちらに行くということですね。

(上田委員) 松本先生がおっしゃったように、もし新たにネットワークをつくるのであれば、私も先ほど言いましたけれども、この病気においてはそれが欠けているとすれば薬物の認証を働きかけるといった働きでしょうね。治験といっても、臨床試験といっても、レアキャンサーはなかなかできないですからね。

(事務局・東) そうしたら、一回やってみる？

(川井分科会長) 主題は、目的はということになりますね。

(大西委員) 課題の洗い出し。問題点。

(事務局・東) まさしくきょうの最初の話のアンケートについて、当事者がどう考えているか、どこが問題と思っているか。

(尾崎委員) それはいいかもしれないですね。一番人が集まるといったら骨軟部のときなんかはどこかにひっつけておけばいいかもしれませんね。この辺の人たちがたくさん来られているから。あとは具体的には、例えば教育とかだったら、がんセンターとかがん研とか、金沢に行って皆さんは実際動いていますね。セカンドオピニオンだったらもうどんどん連携施設を見て行ってしているから。そういう意味ではあまりないですから、こういうアンケートとかこういうシステムについての話し合いというか、話題の提供みたいな形。

(川井分科会長) そうですね、システムの話し合いですね。一番議論しないといけないのは、50 幾つをつくったことによる効果と有害事象というか、ここが悪かったという。それはやらないといけないような気がしますがけれども、そういうことを議論するためにとりあえず一回やってみますかという。

(上田委員) 集約化を進めていった場合にどういう問題が起こるか。

(事務局・東) そうすると、ある意味、大西さんもおっしゃった問題点の洗い出しみたいなことを目標の一つやってみるといような形でしょうか。時期なんかは次の募集をして落ち着いたころからというようには思うんですけども、そこでそういうふうにいきたいと思います。

(大西委員) 症例数は多いんだけども入っていないところもありますね。それはなぜ入っていないのか、それは患者としてはそこも入ってもらいたいと思うけれども、そこは何か議論することはないのですか。

(上田委員) 何で入らなかったのですか。病理もいるでしょうし、論文は当然あるでしょうし、たまたま出し損ねたのですか。

(松本誠一委員) 申請を忘れてしまったのでしょうか。

(川井分科会長) あえて入らないという意思表示ではないと私は思います。

(事務局・東) 情報公開をして新聞とかに載ってから連絡が来て、そんな募集はいつしていたのかという施設は数施設あったんですが、ただ、ここではないですね。案内はあらゆる案内ルートを使って各施設に病院長宛ての手紙をお出ししていますし、学会からはホームページで公表もしていただきましたし、メーリングリストで回ったというところも聞いたりもしていますので、それが全部すり抜けたというところもあったのかもしれないで

すが、ちょっとそこは何とも言えないです。先生方で個人的に、何かあんなものがあったけれどもというような話はなかったですか。そういう話題は。あまりなさそうですね。

(若尾センター長) 途中から来て申しわけないのですが、その調査というのはいつごろ予定されているのですか。

(事務局・東) 次に募集をして確定してからかと思っていますのです。

(若尾センター長) 次の募集はいつごろ？

(事務局・東) できるだけ早くしようと思います。

(若尾センター長) はい。その話の中で、もし集まるのであれば、新しい施設が決まる前の今、最初に公開した施設が集まって、今回の公開のいろいろ課題とかを出してから、また次の募集に行くのが本当はいい流れかなと思うのですが、時期的には結構しんどいのですか。

(事務局・東) はい。ちょっと時間がたっているというのがありますので、今回要件を少し絞るので落ちるところもあるのです。それで、恐らく熱心なところはまた専門施設になるでしょうから、そういう意味でも新しいほうがいいのではないかと考えています。

(若尾センター長) わかりました。

(事務局・東) きれいなやり方は確かにそのとおりですけれども、施設が変わると何となく気持ちが悪いということもあります。

そうすると、この症例数が多いところに関しては個別に何か、どうでしょうかといったことを言ったほうがいいのでしょうか。

(土屋委員) 理由を知りたいですね。

(上田委員) 事務局から特に言いにくいようだったら、各地域のほうに投げかけてくれれば、みんな知っていますから、紹介して出してくださいということは促せますけれども。主立ったところで抜けたところは地域でできますね。

(事務局・東) はい。少し、そういった形で、さすがに事務局からどうですかとは言えないところもありますので話題にさせていただくという形でいきたいと思います。

そうしましたら、各地域で専門施設と非専門施設のネットワークのつくり方というところのご意見を伺いたいのですが、そこは何か方法、今まで地域医療計画とかではいろいろとやろうとしているようですけれども、殊に軟部肉腫に関して何かできそうな手だてというのはあるのでしょうか。

(川井分科会長) 今までそれを代用していたのがいわゆる医局ですね。それとはちよっ

と重心が違う形で患者さんが集まってくるという流れをつくらないといけない。

大学の先生、何か妙案というのはございますか。

(土屋委員) 我々は田舎ですから実際にはそういうネットワークはもう既にできていますね。各大学の交流はありますし、それなりの関連病院からは自動的に問い合わせが来て、患者さんの紹介があるというパターンになっていますので、あまり今から何かといってもなかなかないかな。都会のほうがもっといろいろと考えられると思います。

(川井分科会長) 厳然として大学、関連病院というピラミッドはあるし、それは田舎にいくほど有効に機能していると思うので、それを壊す必要は全くないと思うのですが、それがあの上で、その人たちにこういうのもある、軟部腫瘍の専門施設がちゃんとあるということをインフォームすればいいのかと思いますけれども、例えばその中でこの病院は二重丸になっていると。金沢大学は二重丸だと。

(土屋委員) 各県に1つ専門医施設があるわけですから、皆さんもそれはわかっていると思いますけどね。

(川井分科会長) それ以外に、

(事務局・東) もうつくりようがないですか。

(土屋委員) 田舎は意外とそうですけれども、それ以外ですね。

(尾崎委員) 科を出して問題があるかもしれませんが、例えば皮膚科、形成外科でちょっと不適切なことが起きたりして、そこからの紹介というパターンですね。ただ、それに関しては実は今回日整会で、土屋先生から私は理事を引き継いでいるんですけども、皮膚科学会と形成外科学会の共同提言という形で、ちゃんと軟部肉腫に対しては気をつけましょうということで、専門施設に送ったほうがいいですという共同提言を出しています。

(川井分科会長) 決まっていますね。そういうところへこの情報をついでに載せておくというのは有効です。

(尾崎委員) 皮膚科がうまくいったら次は形成とか、細かい話をとったりしているのですけれどもそこはどうかはまだ。

(川井分科会長) 形成外科はいかがですか。

(清澤委員) 形成外科で腫瘍をやっている人は結構多いんですが、こちらの専門施設化をやって集約していくというのはいい方向性だと思っておりますが、やはり顔の肉腫とかそっちのほうはどうするのかというのが私どもの学会のほうでは議論になっております。ただ、それはこの四肢体表の施設を集約化していくということに関しては、学会の方向性

としてはもちろん参画させていただいて、再建をある程度私どもの仕事としてやらせていただく方向性に関しましては、皆、賛同しております。あとは、顔面のほうとか四肢体表に含まれないほうをどうするかというのは私どものほうの会議でも結論が出ておりません。現状はそういうところでございます。

(川井分科会長) 今の議論は、50 数施設がせっかく専門施設として選ばれているので、患者さんに負担にならない形でそこへうまく誘導していくシステムが既存の医局システム以外の構築できるかという話ですね。

(事務局・東) あとは、今、問題になった都会をどうするかというのは何か。

(川井分科会長) 松本先生。

(松本誠一委員) いや、それこそ中島先生のポスターが良いと思います。腫瘍をやっていない大学に患者さんが行って、そこで時間を無駄にするということがよくないわけです。地方では、きちんと大学に腫瘍医がいてそこに全ての患者さんが集まるような形にあんっています。一方、都会だとそういうふうにはなっていない。そうすると患者さんは、専門医がいない大学に行き、そこで時間を無駄にしてしまうことになります。そこを改善するために、中島先生のポスター作戦で、大学でもし腫瘍を専門にしてやっていないのであれば、専門病院に送りなさいというというメッセージを伝える。そこがポスターによる啓蒙ということになります。

(川井分科会長) 確かに医者にとって出身医局とか出身大学というのは無視はできないし、それこそ人のつながりで生きているわけですからね。

(中島委員) 私は 10 年前に大学を離れて、離れても月に 2 回大学で腫瘍の外来をやらせていただいているんですけども、当然そこには近隣の先生からちょっと怪しいということで大学のほうに送られてくるのです。そうすると、うちの大学では手術はできないので松本先生や川井先生にお願いすることが多いんです。そういう流れになる患者さんもいれば、本当に回り回って困ってしまう例もあると思うのです。ですから、そういう流れが組めるような環境をつくってあげられればいいと思います。もちろん開業医の先生で、医局がしっかりしていて、この症例は即都内に、東京といってもちょっとはずれなものですから、あるいは神奈川のはずれですから、都内の腫瘍をされている先生に直接患者さんもらっちゃいます。患者さんによっては回り回っていくのか、即行くのかという形になりますけれども、こういう施設が周知されていけばいい方向に、ロスが少なく治療ができればいいかと思うのです。もちろんチラシ作戦もいいんでしょうけれども、うまくチラシを

つくったとしてもそれが浸透していかないとまたそれはそれでいけないし難しいと思うんですけども、できる範囲でできればと思っています。確かに東京は難しいですね。

(川井分科会長) 難しいですね。でもまさしくチラシ作戦ではないですか。医局がきちんとしていないとか、錯綜している状況ではそれしかないかと思います。

(土屋委員) 日本整形外科学会に骨軟部腫瘍相談コーナーに登録されている施設が 100 ぐらいありますが、あれは機能しているのですか。

(川井分科会長) 確かに。あれとの関係は決めないまま来ています。

(土屋委員) あの中の 53 施設が結局これになったわけですね。そうではないところは 40 幾つとかあるわけです。そういうところにちゃんと周知徹底しておかないといけない。

(川井分科会長) そうですね。

(土屋委員) 機能しているかどうかよくわからない。

(川井分科会長) 一応あれの要件というのはここまで厳密ではなくて、腫瘍をやりますと手を挙げて、あとは全国骨軟部腫瘍登録に協力していればなれるのです。それとの関係については十分議論をしていないです。

(上田委員) 強いて言うと、あれは整形外科なので骨腫瘍がメイン、どちらかということあのデータベースは骨腫瘍がベースで軟部もくっついているという感じなので、こっちのあれとはちょっと違いますね。逆にこの厚生労働省のほうのこのデータベースは骨腫瘍がちょっと置き去りにされていて、我々としてはちょっと忸怩たるものがあります。

(川井分科会長) あれは決して悪くはないと思うのです。ああいうものをつくってしかも患者さんが見えるところに、整形外科学会のホームページだからなかなかアクセスはしないかもしれないけれども、見えるところにつくるべきだということを私たちの何世代前の整形外科医が思ったというのは、まさしくこの動きを先取りしているようには思うのです。だからあれをやめとけとかいうことは全く必要ないと思うのです。

(土屋委員) あそこに恐らく医局とは全然関係のないクリニックの先生とか病院の先生方が相談しているところがあると思うのです。そこからどこへ行っているのだろうという、そういう解析はされていないと思うのです。

(川井分科会長) 全くされていないですね。

(土屋委員) あのネットワークを多少とも利用することができるかもしれません。

(川井分科会長) そうですね。

(若尾センター長) 非常にハードルが高いかもしれないのですが、その相談施設のペー

ジの一番下にでもこちらの四肢軟部肉腫のリストがありますというリンクを置かせていただければ。

(川井分科会長) どうでしょうか。

(尾崎委員) どうでしょうか。ちょっと待ってくださいよ。一応要望書という形で出したら、ノーとは言わないのではないですか。

(土屋委員) さっきのホームページに載せてもらう話と一緒に、セットでやるのではないですか。

(尾崎委員) ただ、ホームページ自体が煩雑で見にくいですね。見る気がしない。単に載せてもらうだけだったら全く大丈夫なのではないですか。どれだけ効果があるかはまた別ですが。

(土屋委員) 要望書を先ほどの委員会に出していただければ、広報・渉外委員会です。

(事務局・東) わかりました。ではお手紙を出させていただきます。

(川井分科会長) それは皮膚科も形成外科も同じですね。

(土屋委員) 癌治療学会も。私は委員をやっていますので。広報・渉外委員会。

(事務局・東) ではそういう形で、そういうリンクはお願いしようと思います。

関連してですが、ここのc)に書かせていただいた非専門家の教育ですが、どういった感じの患者さんを送るべきなのかということについて、それは何か整理がついているのですか。イギリスだと4センチ以上、ゴルフボール以上の塊は送れというような標語があるようですが、日本で、整形外科の中ではやっていらっしゃるというように伺っていますけれども、それを外に広げるといようなことはあり得るんですか。

(尾崎委員) 診療ガイドラインという形はつくってしまして、そして新しいのは今川井先生が。

(川井分科会長) そういう動きは今始まったところだと私も理解しています。整形外科と皮膚科と一緒にやろうというのもまさしくそこを意識していると思うのです。

(事務局・東) それはもう、ガイドラインは治療法ではなくて、どういったときには送る、そういうのはあるんですか。

(尾崎委員) 一応フローチャートでつくっていますね。

(川井分科会長) こういうのは送れというダイレクトなC&Qはないですけれども、不適切なことをやってはいけないという形のC&Qはつくっています。でも非専門家の教育というのはそれぞれの学会がやるべきことですね。

(尾崎委員) 学会のほうでも不適切な治療が多いので気をつけましょうということをや
はりホームページに出していますけれども、あのホームページは見ないでしょうね。

(川井分科会長) このグループでそれができるとはとても思えないですね。問題意識は
多分ここが一番共有できているのでそれを各学会の先生に持って帰ってもらってというこ
とになる。

(尾崎委員) 例えば先生方も軟部腫瘍の教育研修講演でしたら、やはりちゃんと気をつ
けないといけないという基本的な話はいろいろなところでしていらっしゃるのではないで
すか。

(川井分科会長) しています。皆さんしています。

(上田委員) 学会以外でも、日ごろ地域のセミナーとか講演とかでやると結構浸透して、
紹介してくれたりしますね。

(川井分科会長) 皮膚科もやはりされていますか。今回は四肢体幹表在肉腫ですけれど
も、一般の皮膚科の先生に対して、それはやはりこういう治療が必要です、専門的な病院
はここですというある程度の教育というのは。

(並川委員) そこまではまだ届いていないですね。

(上田委員) そうですね。数少ないですものね。

(並川委員) 実際皮膚がん自体ですらまだそこまでいっていないというのが現状で、今
回のしっかり形になっているところは非常にうらやましいと思っています。例えば皮膚が
んで、いまだにかなり遠方の開業の先生から直接我々のところ、がんセンターのほうまで
直接来るといことがありまして、皮膚がんですけれどもしゅっと取れば治るのにとい
うのがあるんです。我々であれば、あなたのこの住所だったら例えばどここの何先生が専
門家だからそこに行けばよかったのにということが結構あるので、我々専門家から見ると
当たり前かもしれませんが、非専門家とかあとは患者さん目線で大体自分の近くに
どういうところがあるというのはすごく大きいと思います。

(川井分科会長) 皮膚科の先生ですら、

(並川委員) 専門家でなければ。専門外だといまだに。

(押田委員) 先日相談があったんですけども、肉腫というのはほとんどないので半年
様子を見ましようと言われて半年様子を見た結果やはりすごく悪くなっていて、どうい
うことなんだというケースがまだあるのです。そこら辺を本当に何とか周知していただき
たいとは本当に思います。

(若尾センター長) それはクリニックレベルですか。それとも病院ですか。

(押田委員) 病院レベルです。

(事務局・東) そういうものもフローチャート的にあるんですか。1カ月様子を見る、3カ月様子を見る。

(尾崎委員) それはないです。

(上田委員) いろいろな種類があるので難しいのです。

(事務局・東) 常識的には大きくなるのはまずいという、

(上田委員) それはある。

(事務局・東) それはありますけれども、外来に来たときに、こぶがある人はいっぱいいますね。ではどの程度待って、次回はいつ来なさいというのかどうかというのは本当に困ると思うのです。1カ月後に来いというのと渋る人もいますから、そこは自分で判断してもらえないんでしょうけれども、どのようにというのはやはり全くのど素人に関して整理があるといいなと思うことは多いです。また送るにしても、これはうーんといいながらいきなりがんセンターに送るというのもできないので、ではその窓口の一次的な判断はどこまでできるのかということも知りたいというのは、すみません、事務局としては変な発言を、関係ない発言ですが、素人的には思うのです。そういうことというのは何かないのかと思うのですが、ないですか。結構マニュアル的な何か。

(上田委員) きちんとした、網羅したものはないですね。

(尾崎委員) 一番大事な点ですけども、そこをはっきりというのは難しいです。

(上田委員) 難しいです。非常に多彩だし。

(土屋委員) 大きさだけでも言えないですしね。

(尾崎委員) 責任の問題がある。

(上田委員) とにかくわけがわからないものがあったら専門家に送ってくださいというのが現状ですね。専門家で判断する。

(土屋委員) 直感しかないですかね。

(上田委員) 非専門家はもう手は出さないというのがヨーロッパの考え方です。ゴルフボール大以上のわからないもの、深いものは大きさにかかわらず全て専門家に送ってください。

(川井分科会長) その一つで学会だと思っんですが、中島先生、例えば整形外科学会、皮膚科学会、形成外科学会で、非専門医に対する教育を今以上に強力にやったとして、プ

ライマリーフィジシャンは変わりますか。

(中島委員) その学会でやったとして、整形にもそれ以外があるし、形成、皮膚科の先生でも苦手な先生がいらっしゃるし、大体何でもそうですが、骨軟部腫瘍研究会はそれが好きな者しか集まりませんので、知らない人、興味がない人は集まってこないの、せっかく上がこういう情報を張っても、その先生がそこに行かないと結局は回らないので、

(川井分科会長) 行かない人に対してどうやっていくか。

(中島委員) そうです。だからどうすればいいかです。

(川井分科会長) 先生がその代表だから。

(中島委員) それは本当にこつこつと地域の研究会のときに、先生がやられるような、こぶは怖いとか、こぶの中には怖いものもあるというのを、年に1回でもいいからそういうことがあれば、

(川井分科会長) それをすごくキャッチーな形で周知しようとしたのがイギリスのゴルフボール運動だと思うのです。ゴルフボールより大きなものは絶対手を出すなというのをプライマリーフィジシャンに浸透させたというのはわかりやすくいいなと思います。

(中島委員) そうですね。だから本当に地域の医師会の勉強会なりのときに、少なくとも年に1回は、難しいことではなくて、こぶには怖いものがあるというぐらいのものを必ず入れてもらうことにしていただければ違うかと思うのです。同じ年に1回あったとしても、難しいというか、例えばこういう治療をすとか、ケモはこんなになりましたとかというようなアップデートなことをどんとされるよりも、むしろこれはこうなったというほうがいいと思うのです。整形外科医だったら単位をとるために腫瘍のポイントをとらなければいけないということもあるんですけども、なるべく地域の医師会の先生は、研究会なりそういうものを担当する先生は特にそれを考えていただいて、プライマリーのところを大事にしたものを、主に腫瘍の単位をとるような演題を選んでほしいと思うんですけども、そういうものを地域からそれがまた地方に広がっていけばいいかと思います。ちょっと腫瘍を知っている私なんかが行くとおもしろいなと思うんですけども、ほとんど知らない人とか興味のない人であれば難し過ぎてスルーしてしまって、単位をとるだけで終わってしまうのではないかというのはあることはありますね。だからその辺が難しいところですけども、それが一番大事なところではないかという気がします。

(若尾センター長) 今もお話があったんですが、やはりこれはチラシを整形外科医会とか皮膚科医会に医師会を通して送る。医師会の先生はA4・1枚以上は読まないの、A

4・1枚にこういう表をまとめて、本当にショートメッセージで、それは怖いものだということをストレートに伝えていくしかない。きょうは馬上さんがいらしていただいていますけれども、小児科医会に対して、白色瞳孔は自分で診てはだめですというのを東京都などで配っていただいたりして、そういうものがないと眼科の先生から小児科の先生、眼科はわかるんですけれども、小児科の先生は放っておいたりされるのです。そういうのをやはり防がないと、拾い上げるような仕組みをしていかないといけないのかと思います。この辺も医師会とも連携してというところですね。

(事務局・東) そうですね。そこは区別がつくんですか。白色瞳孔が怖いということは国家試験でも出る話だと思うのですが、こぶというのはごまんといいますね。それがゴルフボール以上だった全部先生に紹介してもいいのですか。

(川井分科会長) それでいいと思うのです。ロイヤル マースデンの腫瘍内科医が言っていましたけれども、脂肪腫は私は診ない、脂肪肉腫だけ紹介しろと言っていたら患者さんは来なくなった。だからそれが専門家の義務だと。来たものはとりあえず全部診るというふうな姿勢が必要かと思います。

(事務局・東) それだったら、そこは割と紹介する側からすると、またこんな患者を送ってきたと言われるのではないかというところが多分あると思うので、そこは明確にさせていただいたら安心して送れるのではないかと思います。

(川井分科会長) 別に腫瘍内科の悪口ではないけれども、特にこういう病院の腫瘍内科の先生は、これは地域の病院でできるからと返します。それはリソースの有効活用という意味では大事だと思うのですけれども、希少がんのこういう状況に関しては何でも来いというスタンスでないと、少なくとも外科系のファーストタッチを、診断をする医者に関しては、5センチ以上は全部診るというぐらいの覚悟がないといけないかというふうに思います。すみません、言い過ぎました。

(上田委員) そう思います。99%以上はそうなので、その中で1人おられたらよしとする領域だと思います。希少がんはそうだと思います。

(川井分科会長) アドバンスになってどうしようもなくなって、腫瘍内科はそれでいいと思うのです。ちょっと立ち位置が違うと思うのです。

(尾崎委員) いわゆる医師会とか開業医さんの集団、整形だったら臨床整形外科医、そういうところの講演では特に気をつけて、本当にファーストタッチの難しい診断はもういいから、本当に危ないところだけを強調するような話にしてしまったほうはいいかもしれ

ないですね。

(川井分科会長) そうだとすると、岡大に山のように脂肪腫が来ますけれども、それでもオーケーですか。というか、それを覚悟した上での動きということになります。

(尾崎委員) それは来てしまえばね。

(押田委員) その研修のときとかですけれども、普通の企業ですと、失敗例も入れて、だからこうなんですという研修をするんですけれども、今回もそういうものは入れていただいてという感じはできるのでしょうか。

(上田委員) 今回というと？

(押田委員) そういう研修をされるときに、

(上田委員) それはもちろん入れます。

(押田委員) そうですね。わかりました。こんなことがあったからこうなってしまった、だから気をつけようという感じでいいです。ありがとうございます。

(上田委員) 残念ながらこの領域はそんなのは枚挙にいとまがないですから。それを少なくするためにやっています。難しい領域ですので自分でもあり得ます。

(事務局・東) ありがとうございます。ではそういった活動を、そこは学会等でやっていただく、情報共有していただくというのが一番ですね。ここの特徴としていろいろな科の先生がいらっちゃって、医師会を通じていろいろな情報の伝達をお願いすることもできるということで、情報共有していただいてそれを広めるという形をとっていきたいと思います。

そうしましたら、非専門家の教育というのは引き続き、何かここでアクティビティーというのではなく、情報共有をさせていただくということできたいと思います。

あとは、順番が前後しますけれども、3. b) として、診断の正確性などのデータの収集など専門施設の役割を検討するということ、この分科会の活動なのか、もしくは先ほど出た専門施設の連携会の活動なのか、川井先生がよくおっしゃっているお手つき症例がどのくらいあるのかということというのは今のがん登録ではわからないですし、そういったデータというのは今のところないわけなので、そういったことをデータ収集するような役割をどこかで持ったほうがいいのではないかと問題提起、これは川井先生からいただいたのでバトンタッチをしたいと思います。そういったことをちょっと。

(川井分科会長) 学会では表に出てこない話だし、どんどん出しづらくなっているご時世でもありますけれども、押田さんが言ったのはまさしくそのことだと思っています。最

近よく事例に出されるのは病理診断の、間違いとは言いません、discordance と表現されていますけれども、日本にはまだこういうデータはありません。小田先生のほうが詳しいので後で説明してくださると思いますけれども、欧州では肉腫に関して専門の病理診断医と施設病理診断医の間には 20%の診断のそごがあるというデータがもう出ているのです。

(上田委員) 有名です。

(川井分科会長) 有名ですね。そのデータすら日本にはないということです。病理に関してもそうだし、あとは手術が適切にされたかどうかということに関するデータもない。だから、先ほどのこの分科会ではできないと思うけれども、方向を決める場としてこの分科会があるとすると、専門医施設の会議を開くときには、そういうところにフォーカスした議論というものがあってもいいかと思います。小田先生、病理に関して何かございますか。

(小田委員) 病理に関しては、今、まさに4月からずっと北部九州の重立った病院のデータをとっているところです。それが西田先生の研究班の班研究になっていまして、プライマリーで肉腫を専門にしていない、一般病理の先生たち、脂肪腫も含めてもう全部軟部腫瘍は登録してもらって、全部症例を送ってもらって、我々でセントラルレビューして、どれだけ乖離があるかと。一遍、日本病理学会のコンサルテーションシステムを使った解析で依頼者とコンサルタントのそごを見たのですが、これはもともと結構難しい症例で、専門家の間でも意見が分かれるものなのでデータとしてはあまり役に立たないのかと思います。もうそれだけを見ると 60%ぐらい乖離があります。かなりディフィカルトな症例をコンサルトしますので、しかも特にランダムイズされているものです。

(川井分科会長) 今、そのデータが先生のところに集まって、

(小田委員) 4月から1年間かけて収集するという大変な作業に今取り組んでいます。

(川井分科会長) 例えばそれを乳がん置きかえて考えてみたら、乳がん20%違うと新聞沙汰ですね。

(小田委員) そうですね。

(川井分科会長) そういうことは多分メジャーがんではほとんど起きていないと思うんですけれども、どうですか。

(小田委員) そうですね、胃がん、乳がんとかではそんなことはあり得ない。

(川井分科会長) ほぼ正確な診断になっているけれども、この領域はまだそれが許されている？

(小田委員) 良悪性すら違っていることがあります。どんなデータが出てくるか。

(川井分科会長) 楽しみですね。

(若尾センター長) その話からすると、やはり集約は必要で、専門病理医がいるところで見る必要があるというのは、

(川井分科会長) 集約化なのか何かはちょっとまだその結果をして、小田先生とかが考えられる。

(若尾センター長) アピールする材料。

(事務局・東) もしかしたらこの専門施設が連携の会を持っているといったことを広げたりするというのもあるのかもしれないですね。今のところはそのぐらいでいいでしょうか。名乗りを上げるのだったらデータも出せみたいなことをやるわけではないということです。手を挙げるのだったら協力もしてくださいねという、

(川井分科会長) それは言ってもいいのではないかと思います。

(事務局・東) そこは、温度感的にはどうしますか。

(若尾センター長) データを出すのは専門施設のデータ？

(川井分科会長) そうです。

(若尾センター長) その50の施設でのまず診断のクオリティー。

(川井分科会長) 診断というか、例えばその施設で1年間に20例を診療したとしたら、その症例に関する、いわゆる学会には出てこないデータ、その施設に来るまでに何カ月かかったとか、幾つの病院を回ったとか、そういうデータを出してもらおう。それは大事な基礎データになっていくと思うので、例えばそういう集まりをやるとしたらそのときに出してもらったらどうかと思うのですがどうでしょうか。多分この3. b) というのは先生はそういうことで書かれたのですね？ 診断の正確性と言われているけれども、広く言えばその専門施設来た患者さんの動向というか、状況把握。

(事務局・東) そういうようなことをお願いするとハイボリュームセンターでは逆に嫌がられるかなというのはあるんですが、ハイボリュームセンターほど、うちはそんなたくさんいるから大変だという。

(川井分科会長) 嫌がられる、嫌です。嫌ですけども、私はやるべきだと思うので、そのハードルを越えてやってくれますかというのはつけてもいいのではないかと思います。

(事務局・東) そこをどう考えるかですね。緩やかにやるんでしたら、入ってもらった後に、こういう連絡会で、こういうことは必要だと思うからやってもらえませんかという。

もう一つのハードランディング的なやり方としては、入るんだからそういう責任は負ってください、そのかわり専門施設としてあちらこちらで情報を出していきますからという、そういう言い方もできるかもしれない。どちらがいいのかというのはなかなか判断がつきにくいところではあるのですが、これまたブレーストーミング的にどういうふうにしていくのがいいと思われるかということをお伺いしたいと思うのですが、どうでしょうか。

(松本誠一委員) 確かに自分のところの施設に来る一つ前の病院については一生懸命聞きます。しかし、それ以前に患者さんが受診した幾つもの病院については、あまり詳しく聞きません。だから一番近いところで受診して、それからちょっと大きいところ、もうちょっと大きいところ、そして最後に我々のところに来たとして、そこまでの過程が一体どのぐらいなのかという情報を、それぞれの施設できちんと押さえておくというのは非常に重要なデータですね。私は、直前の施設でどういう治療を受けたというのはよく聞きますが、その以前の施設に関しては、詳しくは聞いていません。患者さんが最初に近医を受診してから、我々の施設を受診するまでに何カ月かかったのかというところをきちんと把握することは、これからシステムを改善する点では非常に重要だと思います。

(川井分科会長) 意識して前向きに調査項目を聞いておかないと出てこないというか、

(松本誠一委員) そう、そう。やはりこういった情報を患者さんから聞いておかないといけないと思います。専門施設で、こういう情報を集めることを決めるとも良いと思います。

(大西委員) 患者会の中ではたまにはそういうアンケートをとっています。ただ、患者会に入られる人というのは、逆に失敗した例の人が多いため、そういうのが多いのかもしれないです。たまにアンケートはとってはいますし。ことしも希少がんの患者会のネットワークを今つくってしまして、希少がんの中でもことしはやろうとしています。

(松本誠一委員) 現在のシステムには、これだけ無駄があるということを言うためにはきちんとした数字を出さないと、説得力がないですね。

(事務局・東) 確かにレトロで聞いていないことを掘り起こすのは多分無理だと思いますし、では新しくこれをちゃんと聞いてくれというのは結構負担が強いかもしれませんが、もしかしたら、問診票みたいなものをこちらで準備して、専門施設になるのならこれは置いておいてください、後で回収もさせていただきますという、それぐらいだったらできるかと今聞いていて思いました。そんなことを念頭に置いて、そこだったらあまり嫌ではないですか？ 嫌ですか？

(川井分科会長) 問診票をこちらがつくって、とりあえず決めて、

(土屋委員) そのデータは本当に貴重で、要は、先ほどのネットワークがちゃんと機能しているかどうかということもわかるわけですから、この地域ではオーケー、東京はだめとか、一目瞭然になりますね。

(川井分科会長) それは出ますね。

(土屋委員) 初診のときにそういうのをきちんとアンケート調査で書いてもらう。問診票でとってもらおうとかされて、でもそれは誰がつくるかはちょっとわかりませんが。

(事務局・東) 案はもちろん、はい、わかりました。案はできると思います。

(土屋委員) だから病理診断が確定するまでにどれだけかかったか、いろいろとちょっと、期間があるかと思うのですが、幾つかつくったらいいと思います。

(事務局・東) それは要件に落とし込むのは難しいかな。おいおい考えていくということでもいいと思います。恐らく現実的なのは、そういう専門施設の会をしたときに、そういう問診票なんかもお願いしますということ言って、それが広まれば次からは要件にしても多分いいと思います。多分その段階を追うということが一番現実的なのかと思いますが、よろしいですか。

(川井分科会長) やさしいですね。

(事務局・東) もっとバシッと言ったほうがいいですか。

(川井分科会長) いや、いいです。現実的な路線で。

(事務局・東) そんな感じでよろしいでしょうか。そうしましたらそういう方向で準備をさせていただきたいと思います。次は新しい募集をさせていただくのは最初のステップということで、それが固まって情報公開ができれば集まってくれる会を持つということでもいいと思います。

(中島委員) チラシ作戦の話ではないんですけども、インパクトのあるキャッチコピーではないんですが、昔、がんセンターにいらっしゃった先生の「ほくろのガン」という本があったと思うのですが、当時、ほくろといえば普通ですが、がんがあるのかと、本当によく知らないときに、「ほくろのガン」と書いてあって、気をつけなさいという言葉が本の装丁にありました。そんな本があったので、そういうようなインパクトのある、ほくろでもがんだから注意せよというのをうまい言葉を1枚につくっていただいて、

(川井分科会長) この会は言った人が出すことになっています。

(中島委員) 確かにこのぐらいの本であったと思うのです。昔ですけども、がんセン

ターにいたときあったのです。

(川井分科会長) 今はゴルフボールというのは二番煎じだけどそういうイメージですね。

(中島委員) ああいう感じで、それを写真にするのか言葉にするのかわからないんですけども、

(川井分科会長) 日本だったらおだんごですかね。

(中島委員) そうですね。何かそのほうがいいかと思いました。たくさん文字が書いてあったら読みませんね。だから、あつというようなものがあつたらいいですね。

(川井分科会長) 確かに。今すぐ出るのがあれば。

(上田委員) スカンナビアとかは出していますから。それと、二番煎じよりか認証したらしいのではないですか。ホームページに載っています。

(川井分科会長) 具体的には？

(上田委員) ランプでゴルフボール以上の大きさ、彼らは5センチと書いていますが、私だったら3センチといつも言いますが、そして深いものはもう全部、それだったら紹介しなさいという一つの文章になっていますね。

(中島委員) 極端に、そんなになったらもうがんと思えという感じで書いたほういんですかね。

(上田委員) そこまでは。悪性の可能性がある。

(土屋委員) 短いほうがいいですね。

(川井分科会長) そうですね。

(土屋委員) 文章をもっと短くして。

(川井分科会長) 強調し過ぎて、それがオーバーであってもいいと思います。キャッチコピーですね。

(尾崎委員) しこりのがん。

(上田委員) 怖いしこり。しこりは怖いですね。

(中島委員) しこりは怖いとか。

(事務局・東) 今、ふと思ったのですが、そういう怖いしこりかどうかということで送る先というのは、何も 53 施設でなくてもいいということですね。それはどこですか。どことか、もっと 100 施設とか、もっとありますね。そういう段階の施設というのもあるんですか。見ればわかるとか。

(川井分科会長) でも今回このグループでそういうことに関しては検討していないです

ね。

(事務局・東) はい。ただ、専門施設以外は手をつけない、治療とかはしないほうがいいのかもしれませんが、ただそこを見分けるにもそういうところに行ったほうがいいのか、そうではないのかというのは、送る側にとっては少し、患者さんにとっては、特に田舎のほうで自分の県になかった場合、ほかのところまで行かなければいけないのかという問題はあと思うのですけれども。

(上田委員) プライマリーの医療機関、クリニック全部にそれを出せばいいのではないですか。

(中島委員) そこで判断していただいて。

(事務局・東) プライマリーのところを出して、送るところはどこですか。

(川井分科会長) 送ればこの 50 何施設。

(事務局・東) 患者さんが忙しいといっても行ったほうがいいということですね。

(川井分科会長) 送ればですね。そうでなければ当然自分の大学の先生に紹介するでしょうから。

(事務局・東) 例えば今茨城は専門施設といっているところがないのです。栃木にもないんです。そこは県外までゴルフボール以上のこぶがあったら行ったほうがいいですか？

(上田委員) プライマリーの先生が判断すればね。

(川井分科会長) そうですね。そこは医者としてのコモンセンスもあると思うし、でも紹介していいというスタンスで行くべきだと私 생각합니다。

(上田委員) いろいろなパターンがあると思うのです、患者さんも随分意識が高くて、最初から専門施設を目指す方もおられれば、とりあえず近いところといろいろありますから、そこは規定しづらいです。そういう怖い症例があるということは医療機関で認識する。

(事務局・東) わかりました。ちょっと突き詰め過ぎなのかもしれないのでこの辺で引きます。ちょっとそこは問題提起ということで。

私が準備したものは大体ここまでということで、きょう用意したものは全部議論ができたのですが、あと 30 分ぐらいありますが、今後についてここで問題提起なり、議論なりをしておいたほうがいいということはありますか。

(川井分科会長) とりあえずことしの何となくのスケジュール感というのを。

(事務局・東) そうですね。きょういただいた中で大きな変更というのは症例数以外に

はなかったですので、この症例数だけを改定したものを前回と同じように準備をして、各施設に募集をかけたいと思います。今が4月の終わりですから、連休明けあたりで準備をして、半ばに発送して、6月ぐらいまでには参加の意思表示はいただけるかな。ちょっと早過ぎますか。夢かもしれませんがそのぐらいで一応考えています。それで大体の情報が集まるのが7月ですかね。あとは準備ができ次第公開ということにはなると思います。その準備というのが、確認作業とかにどれだけかかるかがメーンの律速段階にはなると思います。8月、9月で公開。

(川井分科会長) 先ほどのミーティングをするか。

(事務局・東) いつミーティングをするかという、多分12月とか。

(川井分科会長) 今のタイムスパンでいくとそんな感じですね。

(事務局・東) 早くいって12月ですかね。それも2～3カ月前の予告ということになってしまうので少し厳しいですけども、もしかしたら年が明けて、1月は厳しいから2月になるかもしれないですが、ちょっとそここのところは様子を見ながらとは思っています。

(川井分科会長) 厚生労働省の人が置き手紙で一言言っていたのですが、報告書はどうされますか？

(事務局・東) この報告書ですか？

(川井分科会長) 報告書、何か、出してくださいということを書いて帰っていかれました。

(若尾センター長) 委託事業ですね。

(事務局・東) これは委託事業です。

(若尾センター長) その委託の報告書だったら今書いているのではないですか。それとは別の話ですか。

(事務局・東) そうですね。委託の報告書というのは本当に簡単な1枚、2枚の話ではないですか。

(若尾センター長) その話ではないのですか。

(事務局・東) 恐らくそれだけではなくて、がん対策推進協議会で報告をしてくれと言われると思いますし、ここで学んだことがほかのがん種にどう応用できるのかということも含めて報告書を出してほしいと言われています。それは事務局の作業だと思いますので、わからないことは適宜先生方にお伺いすると思いますけれども、作成はこちらでやります。

(川井分科会長) わかりました。もう一つそれに絡んで、これはネットで公知している

けれども、別にこのグループを宣伝するという意味ではなくて、こういう動きをしていますということを、例えば癌学会、癌治療学会、専門の学術集会で公知をする目的で発表していくというのはどうされますか。

(事務局・東) ぜひやっていただきたいです。ここで話し合っていることは、ご存じのように逐語録で公開されているものですから、何の秘密もないです。秘密になるものは削っていますから、それ以上の秘密は何もないですから、どんどん言ってください。

(川井分科会長) というか、皆さんは忙しいので手を挙げないのでどうですか、先生が行脚して回るとか。

(事務局・東) えーっ。えーっと言ってしまいましたが、やっていることは多分発表できるんですけども、内容として専門性のあるところで発表していただかないと聞く人があまりおもしろくないですね。だから整形外科でしたらここにいらっしゃる整形の先生方に発表していただくのが一番いいと思いますが、どうでしょうか。

(川井分科会長) 例えばそれぞれの学会で出すとあまり歓迎される演題ではないのは明らかだと思います。ちょっと話題提供ということで、これをどうやって周知するか。

(土屋委員) JSTARはだめですか。

(上田委員) JSTARは出せますけれども、日整会で出しても多分ほとんどは関心の外でしょう。

(川井分科会長) 関心の外ですし、石を投げられそうな演題ではあります。

(上田委員) せいぜい骨軟部腫瘍学会はあるでしょう。

(土屋委員) そうですね。骨軟部腫瘍学会はあります。

(川井分科会長) それは形成外科にしても皮膚科にしてもそうだと思うのです。

(上田委員) どこでもそうですね。

(川井分科会長) そうなると癌治療学会とか。専門性がある程度排除されたがんの学会でというのはあるかとは思いますが。

(土屋委員) 癌治療学会は応えてくれるかどうかかわからないですね。

(川井分科会長) 具体的にはどうするかはまた別にして、そういうことも考えてもいいかと思いました。

(事務局・東) はい。そうですね、やっていただく分については何の制限もないですし、別にお断りを入れていただく必要も全くないと思います。どうやってやるのかということは考えなければいけないことではあるかもしれないですし、目的によってはそんなに石を

投げられることもないのではないかと考えていますけれども、それはそれぞれで考えてくださいということです。よろしいでしょうか。

(武田委員) 次年度の案内ですが、症例数が3年で10例というのは閾値として決めたということですが、それを下回る施設にも応募してくださいと一応案内は出すんですか。そもそも落ちる施設に対しても案内を出すのか、それともあなたの施設はある程度クライテリアを満たしているから案内を出していますというふうのするのか。

(事務局・東) それはすごいポイントですね。

(武田委員) そうなんです。

(上田委員) でも公開という点では出さないといけないでしょうね。

(武田委員) 生の書類を書いて、落ちる前提で応募してくるのを待つか。

(川井分科会長) 向こうは知らないんですね。

(武田委員) そうなんです。

(上田委員) 基準は言わないから。

(武田委員) そうなんです。でも落ちている。

(事務局・東) いや、基準はもちろん言うのですけれども、実際どうなのかは知らないですね。調べればわかると思いますけれども、集計しないとわからないといったところはあるかと思えます。しかも3年で10例というとても微妙な……。

(上田委員) それを書いたらまずいのですか。3年間で10例以上のところは今回は、

(川井分科会長) それは書かないといけません。それは書くんですけれども、

(事務局・東) そこは書くんですけれども、あなたの施設は何例いましたというのは、

(上田委員) それは言わないで向こうで考えてもらう。

(川井分科会長) でも既に答えは知っている。

(武田委員) 院内がん登録とそごが生じる場合もあり得るということですね。うそをついて上乗せしてくる場合もあるときにどうするのですか。

(川井分科会長) そのときは院内がん登録を優先させていますね。

(事務局・東) 院内がん登録について問題なのは、締め切りをもって集めているので締め切りに間に合わなかったからという言いわけはもちろんできるのです。

(武田委員) がん拠点としてそれは必須にしているのです、そこな事務的にだめだということをやったらもう。

(事務局・東) そうなんですけれども、実際はいたんだと、だけど間に合わなかったか

ら追加した、だからそこがあるだけなんだという、そういう言い方はできなくはないのです。そこをどうするかです。

(若尾センター長) 一つのやり方として、これもなかなか難しいと思うのですが、基準を満たしたところにまず案内を出して、それも公表した上で、院内がん登録で3年10例を満たしたところにご案内しました。ご案内の行っていないところでもしその基準を満たすと思われるところがあればお問い合わせくださいか、登録してくださいという形ですかね。

(事務局・東) それで……。

(上田委員) それは無駄がないですね。

(事務局・東) 無駄がないですし、余計な向こうの負担もないとは思いますが。では、できたらそういう方向にするということでもいいでしょうか。

(上田委員) これだけのデータだったらもう文句以内ですよ。

(事務局・東) わかりました。院内がん登録がどこまで使えるかということについてはまた厚生労働省とも相談しなければいけない面がありますので、そこのところは相談して、問題がなければそういう方向にするということで、事前に計算をして、満たしているところに案内を出すというふうにしたいと思います。ただ、そうではなく、こちらのデータでは満たさなかったところであっても、絶対満たしているはずだというところがあれば、そこはご指摘いただいたらまた聞きますというふうにしたいと思います。それでよろしいでしょうか。ご指摘ありがとうございました。そのようにしたいと思います。

(若尾センター長) 無駄な作業が少し効率化。

(事務局・東) そうしましたら、きょうのところは、これをもちまして分科会を終了ということで、次回集まっていただくのは、問題がなければ公表の後ぐらいになるかとは思いますが。問題があればその段階で集まっていただくというお声がけをしたいと思いますけれども、その場合はまた別途日程調整ということでご協力のほう、よろしく願いいたします。それ以外でもメールで相談事などを差し上げることがあると思いますけれども、その点、ありましたらどうぞよろしく願いいたします。それでよろしいでしょうか。

ではきょうはどうもありがとうございました。お疲れさまでした。

(川井分科会長) ありがとうございました。お疲れさまでした。

(了)