

国立研究開発法人国立がん研究センター理事会（令和2年度第7回）議事概要

日 時：令和2年11月27日（金）10：00～11：30

場 所：国立がん研究センター 管理棟 第1会議室 ※Webex 使用

出席者：中釜斉理事長、間野博行理事、児玉安司理事、松本洋一郎理事、北川雄光理事、
飯野奈津子理事、小野高史監事、増田正志監事、島田中央病院長、大津東病院長

I. 前回（令和2年度第6回）議事録の確認

- ・ 前回議事録について了承。
- ・ 前回議事録署名人を児玉理事と小野監事に依頼。

II. 報告事項

1. 第三期中長期目標案

資料に沿って報告された。

【主な意見等】

- ・ ビッグデータサイエンスの時代に、NC間でクラウドなどを用いてデータウェアハウスをするという構想は具体的に出ているのか。
 - 現在大きく2つある。1つ目は6NC間で行っているコホート研究やコホートのデータシェアという点についてである。これまでは疾患縦断的な疫学的調査に基づいた健康長寿医療戦略だったが、健康長寿の実現にはがんだけではなく疾患ごとの取り組みが必要であり、6NCの連携による疫学データの共有とそれによる新たな技術の創出が求められる。2つ目はゲノムである。現在AMED事業の中で健常者のゲノムに関するゲノム解析が行われており、これらは6NCだけではなくNC間で情報共有しながら国のデータ基盤として提供する流れになると思う。これに伴ったデータシェアの部分やIC等における注意点などが共有されていると理解している。以上の2点に加え、電子カルテの情報をいかに利活用するかという試みが連携研究や関連事業の中で取り組まれているという理解である。
 - そのようなデータは匿名化された上で、外部の企業や様々な臨床研究にオープンな形で提供されるのか。また、NCの1つの特化されたネットワークとして今後活用されるのかという点についてはどのようにするのか。
 - まずはNC間でデータベースを構築し、それに関してはアカデミアや企業に広く展開できる。あるいは日本としての研究開発の基盤として提供できたり、そこが人材育成の場となったりすることが求められており、NCの連携事業の中で研究する必要があるものだと認識している
- ・ 予防、治療、共生という3段階の大きな役割があり、特に治療についてはがんゲノム

や個別化医療ということで患者の負担の軽減ということに繋がると思うが、個別化についての取り組みの方針等は現状どのような段階なのか教えていただきたい。治療に関しては研究開発の重点項目で大きく記載されており期待も大きい部分なのだが、日本の現状を見ると予防については海外に比べて取り組みが遅れているような気がする。予防と共生については医療機関だけではなく社会全体で取り組まなくてはいけない大きな課題でもあると思うのが、がん研究センターはどのような取り組みをしようとしているのか教えていただきたい。また、今後の組織のあり方について、どのように変えていき、どこに力点を置いて取り組もうとしているのかもお聞かせいただきたい。

-予防、治療、共生は、第三期のがん対策推進基本計画の大きな柱であり、この3つの柱を掲げる1つの理由としてはがんの罹患で死亡率低減という目標がある。実際に罹患率、死亡率を低減するためには早期発見や予防、治療の充実が対策上の大きな柱だという認識である。その中でがんの実態を知るためにはがん登録やがんの実態の悉皆的な把握が重要であり、それらを踏まえた上でがんのゲノム医療と個別化医療といった取り組みについては間野理事から説明させていただきたいと思う。

-最初にゲノム医療はどういうものなのかということから簡単に紹介する。20世紀前半に細胞を殺す薬を抗がん剤として使おうということで、抗がん剤が広く世界に適応され、各国での薬もがん単位で承認をしていた。2000年を越える頃にはがんの原因となるタンパク質が見つかり、それを選択的にブロックするような薬としてがんの分子標的療法薬が誕生した。なお、この場合の薬の承認は基本的にがん種単位で承認されていた。また、異常な遺伝子やタンパクを見つけるためのコンパニオン診断薬やその薬を使うためのコンパニオン診断も併せて発展した。がんの研究が進んでいくと、例えば肺がんで見つかった遺伝子異常が他のがんでも少ない頻度ながら見つかることが明らかになってきた。ALKの薬を作ればがん種に対して広く使えるべきであるという考えになる。同様にPD-1に対する抗体は腫瘍の体細胞変異や二次変異が多いような腫瘍に広く効くことが分かっている。どんながん種であろうと効くということが分かかってきており、がん種を限らずFDAでもPD-1抗体とペンブロリズマブ遺伝子変異の多い固形腫瘍に全部承認するということが初めて行われている。ついにがん種単位で承認するのではなく、その腫瘍の遺伝子異常に合わせて薬を承認するべきだという考えが出てきた。それががんのゲノム医療であり、腫瘍と正常部分のゲノムを網羅的に調べて最適な治療法をその人に対して選ぶ。それぞれに使ういくつかの薬に対しては臓器を変えて承認されていることになっている。日本においては去年の6/1に2種類のパネル検査が承認され、日本でも保険診療下でのゲノム医療がスタートした。次に日本のがんゲノム医療体制全体についてである。病院で患者さんが受診し、パネル検査の保険適用になった場合にはその患者さんのサンプルが検査施設に送られる。そこで数百の遺伝子の配列を一度に調べ、その結果を病院に返す。日本では、非常に安全な回線を通じてC-CATにゲノム情報が送られ、同時に他の病院からはその患者さんの臨床情報

が送られてくる。よって C-CAT では、パネル検査を行った日本の保険診療科の患者さんの中でゲノム情報を提供しても良いという承認を得た方の場合、全てのデータが C-CAT に送られた後にゲノムと臨床情報がひも付いた形で蓄えられ、それが利活用されるという体制になっている。C-CAT では、そのゲノム情報を患者さんごとの変異情報に合わせて、どういう保険の薬が使えるか、またはどのような臨床試験が走っているかという情報を付けてレポートや調査結果を各病院へ返し、その病院での患者さんの治療方針決定に役立てるということを行っている。ちょうど 1 万例を超え、一人ひとりの患者さんに個別の C-CAT 調査結果が安全に返されている状況である。C-CAT ではそのデータを臨床に直接役立てるだけではなく、ゲノム医療が行われている病院では皆が共通に検索などを行えるシステムをつくっており、ゲノム医療の向上に努めている。一方、蓄積されたデータは国の宝なので、そのデータを公正かつ安全な形で企業やアカデミアの方に利活用してもらうためのシステムを現在構築中であり、それを世界に向けて提供したいと考えている。現在、個別に最適化した C-CAT 調査結果が患者さんに提供されているが、このように個別の患者さんに提供している国は世界で日本だけである。C-CAT ではデータを実臨床に活用することができ、臨床情報のデータベースも最新のものを常につくり続けているので良質のデータが日本中のがん患者さんに届けられ、全ての患者さんの治療に活用されると考えることができる。これに加え、C-CAT のデータを使った新しい治験や医師主導臨床試験等も促進したいと考えている。昨年度厚労省が行ったアンケートにおいて、薬剤到達率は 10.9%とまだ低く、率を上げるためには多くの臨床試験を日本で行うことが大事なので C-CAT データを役立ててほしいと考えている。また、がん患者さんのゲノムデータを国として蓄えている国は日本だけなので、アジアで臨床試験を行う場合には海外の製薬会社が日本を選ぶ理由になればいいと考えている。これまでは、遺伝子変異が他のがん種で見つかった場合には自由診療にならざるを得なかったのだが、様々な公的制度でカバーしていこうという動きが既に始まっている。C-CAT のデータは、製薬会社による臨床試験や治験を日本に誘致したいということに関しても大きなドライビングフォースになると思う。C-CAT のデータを使った世界中のアカデミアや企業が新しい薬の開発研究を望んでいると思うし、日本のがん医療の政策決定の上での基盤情報になると考えている。ゲノム医療に関しては以上である。

-昨年 6 月に保険収載された遺伝子パネル検査だが、本格的には昨年末頃からシステムとして動き始めた。年間で約 1 万症例が順調に登録できているイメージかと思うが、現状で年間 100 万人の患者さんが発生し、37 万人の方が亡くなる。その 37 万人の方に対してより最適な治療を届けるという意味では 1 万という症例数を増やす必要があり、同時に薬剤到達率の向上に向けて、臨床研究をさらに増やしていく必要があると理解している。

・次は予防、共生の 2 つの領域に関して、当センターの現状での取り組みを簡単に紹介

させていただく。まずは共生に関してである。これは社会全体としての取り組み、社会の中での位置付けになるわけだが、センターとして病院で何ができるかということで中央病院におけるアピアランス支援センターの紹介をする。治療中や治療後に様々な副作用等によってアピアランスに関する変化を伴うがん患者さんがおり、これは社会生活上も非常に重要な事象である。患者さんが安心して社会で生活し、病気と共生できるという意味では様々な問題をアピアランスの視点からも課題抽出し、提供していくことが必要であると思う。実績を踏まえながら科学的なエビデンスを構築し、さらにそれが普及できるような仕組みをつくっていきたいと考えている。がん緩和やケアに関するニーズも非常に高く、アピアランス支援センターではがんの治療に伴う疼痛、苦痛だけではなく、心理的な苦痛や社会的な苦痛などを広く緩和する。そういう意味では、がん患者さんが抱える問題やAYA世代の患者さんが抱える苦痛に関する支援も病院として行っている。この活動についてももう少し細かく説明させていただく。東病院の場合、患者さんのサポートやがんと共生に関する試みを行っており、資料では代表的なものを4つ示している。レディースセンターということで女性の患者さんが抱える固有の問題に対する対応、がん患者さんの体験を学んでそれを診療に活かす試み、就労支援、がん患者さんとご家族への支援である。就労支援について、がんと診断されると約3割の方が離職する現状であるため、病院、企業、保険会社などが連携して対応していく仕組みを考えている。また、がん患者さんとご家族への支援について、がん患者さんというのは患者さん1人だけではなく、家族と共にごがんを克服することが必要である。患者さんのご家族を含めた対応についての意見交換や情報共有、様々な困難に対する家族としての対応などに関して、食事、口腔の痛み、ケアといったものの方法論を提供しているところである。それから、社会と健康研究センターの役割として予防というものが1つの大きな柱なのだが、社会と健康研究センターが扱う研究を大きく3つに分けると、予防研究、早期発見・検診研究、サバイバーシップ研究となる。その中で、開発フェーズのものや橋渡しフェーズのもの、それらを普及・実装するための研究のように3つに分けて、3×3のマトリックスの形で研究を進めている。実際に開発研究の部分では、予防、早期発見、サバイバー、いずれにおいてもコホート研究や大規模な疫学研究、検診受診者に対する項目などがベースとなり、そこから原因究明や予防法の開発が行われる。最後の橋渡し研究を踏まえた普及においては行動科学研究、社会科学的研究、政策研究というものが重要になっている。これを支える公衆衛生科学基盤として、生命倫理・医事法や生物統計といった様々な手法を用いて公衆衛生的、社会医学的な研究アプローチをするのが社会と健康研究センターの現在のミッションであり、ここから様々な成果が出てくるとご理解いただきたい。検診においては、この10年で検診率が約30%から50%近くまで上がってきていると理解しているが、目標としての40%を超えているものは少ないというのが現状なので、今後どのようにしていけば良いのかという点も検診センターで取り組むもの

だと理解している。がんと共生においては、回復期にどのような課題があり、それを軽減するためにどのような研究を行うべきかということで J-SUPPORT を立ち上げている。ここでは様々な課題を開発という形で示し、その中で具体的なシーズ等の開発を含めて研究を計画し、さらにそのシーズを得た上で実際に研究を行い、研究成果を共有・評価してそれを社会実装に進めていく。このコンセプトは 3 年前からやっているのだが、一昨年頃から具体的にスタートし、その成果も論文として進捗報告できる段階になっている。J-SUPPORT の研究成果報告会などを通して具体的な課題を共有し、それに対する具体的な開発研究のアプローチや橋渡し研究を進めている。現在、がん対策情報センターでは一次予防や二次予防としての検診といったものの実態をサーベイし、実際の罹患率やステージの死亡率にどのように反映されたかをデータ解析している。この状況をその都度モニタリングしながら政策の改善に繋げることを期待しており、社会実装するためにはがん対策情報センターとの協働連携が必須であると考えている。そのためにがんの情報提供・共有は重要であり、相談支援や社会連携に基づくがん対策といったものががん対策情報センターの使命として行っているところである。そのベースとしては患者体験や遺族調査からの情報も重要で、そういったものをいかに研究として展開できるかが非常に大切である。

- 特に J-SUPPORT に関して、司会をやっている方が患者さんのご家族や NPO の方だったり、参加者が医師だけではなく他職種の方々ということで活動している。
- 東病院では、患者さんががんと診断されて最初の段階からサポーターケアセンターで治療をしながら、様々な精神的苦痛や肉体的苦痛に対応できるチームを 10 年以上前から組んでスタートしている。就労支援ということも含め、患者さんの 6 割近くは治る時代なので、その後の社会生活が普通に送れるようなサポートを色々な角度から提供している。
- 予防や共生は社会全体で色々取り組み、国民の意識も変えなければいけないと思う。企業も行政も一緒になってやらなければいけないところもあると思うので、研究とともに情報提供が非常に大事だと実感した。
- ・次に、当センターで行われている社健センターとがん対策情報センターの組織のあり方に関する現状についてである。予防や検診、疫学研究の重要性というところで社会と健康研究センターがスタートし、がん対策情報センターは国民に正しい情報を届けるために情報収集・分析を行い、提供するというところでスタートした。その中でも社会医学的なアプローチががんと共生、がん患者のケアという点で非常に重要度が増してきた。そういう意味では、社会医学系の課題をいかに効率的にセンターの中で解決していくかという視点から、両センターのあり方についてはこの 1 年、2 年をかけて検討してきた。独立性が高い 2 つのセンターが強固に連携することで社会医学的な課題に対してより積極的な介入をし、その効果を判定するというところで、実装科学研究の重要性やそれを踏まえた上での対策と政策への反映、さらにその成果の評価が重要

になると思う。現在のところ、社会医学的な部分やがん政策、がん対策に通じるような生物科学的な部分を行う大きな研究所という形で一体化をし、その中に社会医学的な公衆衛生研究を行う従来の社会と健康研究センター、あるいは情報化に基づいた分析や政策提言をするがん対策情報センターの2つの機能を設けるというように再整理をしている。これまでの機能をより効率的・効果的に充実させていくための医療がなされており、それを踏まえた上での新たな組織を考えている。

-3 点ほど質問させていただければと思う。1つ目は、こういった取り組みについて、海外への発信はどのようになっているのかという点である。2つ目は、海外でもっと先進的に取り組んでいるところがあるとすると、そのベンチマーキングはどうなっているのかという点である。3つ目は、SDGs 的というと No one's health will be left behind というような国が掲げている施策そのものに関連してくると思うが、今後日本だけではなく、グローバルな観点で様々な施策を回していくべきものがあったら教えていただきたい。

-1 点目と2点目の海外との連携、比較について、米国やヨーロッパ、WHO、そしてアジア地域といったところに大きく視点を絞ってアプローチしていると理解している。特に米国との関係では、サバイバーシップ研究ひとつを取って見ても米国 NCI は非常に進んだ取り組みをしている。実際、我々の組織改編の元になっているひとつの視点がサバイバーシップに関する NCI の取り組みである。サバイバーシップや共生に関する課題は多くの社会的課題があり、これをひとつの部門で対応するのは非常に難しいため、部門関係者がその都度集まって課題を解決する課題解決型のアプローチを非常に徹底している仕組みであると感じる。これは我々ナショナルセンターが NCI に留学して戻ってくることで、これからの新しい社会と健康研究センターの実装科学研究に反映されると理解している。また、WHO やヨーロッパに関しては IRC というフランスのリヨンとの連携を長く続けている。その中で情報共有しながら WHO で IRC の取り組みと連携し、日本においてどのような対策が不足し、どのような課題があるのかをグローバルな視点から見ていこうとしている。日本固有な課題があるのも事実であり、それは欧米と比較すると十分に対応されていない。一方で日本固有な疾患に関してのアプローチが上手くいっているケースもあるので、そういうものを共有しながらグローバルな視点で位置付けることを行っている。これらにおいては、国際戦略室と連携しながらセンター全体として取り組んでいこうと考えている。アジアに関しては、アジアのがん登録や人材把握、アジアへの臨床研究の展開、開発研究のコラボレーションといったものをスタートしているので複合的に取り組んでいきたい。3点目の SDGs について、No one's health will be left behind というコンセプトはいわゆる WHO の UICC が掲げる大きな課題である。我々は UICC にコミットしているわけだが、ひとつ可能性がある具体的な施策としては、がん登録情報の充実及び各実態を共有するという点をスタートしている。もうひとつは、開発研究を介して進めていくということである。

治験制度等の問題があるが、開発研究に関してはアジア共通の課題なので、ALTAS や SCRUM アジアといった取り組みを介して開発研究の視点からも EGA の貢献が可能ではないかと考え取り組んでいる。

- 5 点ほどお聞きしたいことがある。発症前から特定できるゲノム診断と、その人のがんでは何が変異しているかを特定するという2つのアプローチがあると考えているのだが、今のパネルの取り組みの中で主たるターゲットになっているのは、がんの遺伝子医療を直ちに特定、そして遺伝子異常を特定するという理解で合っているか。これが1つ目である。2つ目は、特定した後にそのがんの遺伝子が発現しないようにブロックする仕組みを作るとなると、遺伝子異常を治療できる薬剤を開発するまでは割と時間が短くなるのかということである。3つ目は、実際に治験が行われていたり遺伝子配列をターゲットとして発現制御できるものが薬剤到達率 10%程度とすると、資源投入の仕方は、ある人のある遺伝子異常にターゲットを絞れてしまうのではないか。そうすると、社会的なトリアージが問題になるのではないかという点である。4つ目は薬剤に到達した後について、奏効率と有害事象率といったもので何か見えている数字があったら教えていただきたい。5つ目は、このような方法論でがんとの戦いを始めるとなると、必ずしも開発者や研究者がNDである必要はなく、非常に広範な学際的取り組みと人材の投入によって状況が劇的に変化すると思ったので、その点についての考えをお聞かせいただきたい。
- 1 点目に関しては、がんになるメカニズムに関して一番大事な理解であり、その人の持って生まれた素質と生活習慣によって後天的にたまった変異のどちらががんの原因になるかという話に落ち着く。今それが、遺伝子パネル検査によっては患者さんの腫瘍部分と末梢血部分の両方を解析する。そのため、その人が持って生まれたジャームラインの生殖細胞系列のゲノムの変異と、腫瘍から正常の変異を引き算して腫瘍だけに後天的に起きた変異の両方を調べることができる。そうすると、例えば BRCA1 の変異があっても、それが後天的に生まれた変異なのか、その人が持って生まれたものか、すべての人の細胞に存在するものなのかということが明らかになる。このように調べると、その人が生殖細胞系列でもそれを持っている場合には遺伝性の乳がんや卵巣がんという症候群に属することが分かってきて、本当に BRCA1 が壊れているのかを確定診断するために、まずは遺伝カウンセラーと相談して、その後遺伝子の確定的な診断薬で検査をするというプロセスに乗る。さらに C-CAT のようなデータがあると、日本人にはジャームラインで BRCA1 変異がどれぐらいあるのか、どのがんで BRCA1 の変異があるのかということが国レベルで分かってくる。BRCA1 に対する薬や診断薬に保険をつける際にもそのデータが生かされるという状態になる。2点目の遺伝子発現の異常をどうやって制御するかということについて、今の遺伝子パネル検査は DNA の検査なので発現の対象や制御方法は分からないが、やがて解析できるパネル検査も出てくると思う。今の薬の開発技術だと特定の遺伝子の発現だけを選択的に抑えるというのは難

しく、遺伝子編集や核酸医薬のような形でしかできない状態である。3 点目について、日本は薬剤到達率がまだ 10% ぐらいであるが、アメリカでさえ 2 割ぐらいの到達率なので、やはり薬が少ないというのが最大の問題である。今すぐにできることとしては、例えばがん研究センター中央病院が中心となって始めている受け皿試験である。適用外の腫瘍でも公的な形で認証しようという試験が始まっており、すぐに使える薬なので、たどり着くための道筋を公的にサポートすることは非常に大事だと思う。広い意味でいえば、日本で治験を増やすことと新しい研究開発を行うことが必須である。4 点目の薬に到達できた後の奏効率、有害事象率について、C-CAT は当初からそれらの情報を集めることを大きな目標にしており、実際パネル検査を受けた方々が薬を選び、それが効いたのかどうか、有害事象がどうだったのか、グレード 3 以上の非常に重い有害事象があったのかという情報を集めようとしている。これは治験ではないので高い品質保証などはできないのだが、それをどういった形のデータならば使えるかということは検討している。薬を選んだ後の薬の効き方や重い有害事象の部分は非常に重要であり、これから利活用する企業が最も欲しいデータなので、しっかりと取り組んでいきたい。5 点目について、コンピューターエンジニアや AI、非常に広い学際的な研究が今後のがん研究には必須である。例えばアップルウォッチを使ったバイオセンサーをデバイスに装備し、その情報をどのように取り込むかといったことがこれからの医療発展には必要だと思う。C-CAT のデータはそういう部分にも使っていただきたいと思うし、同時に、国が始めようとしているがんの全ゲノムプロジェクトではそういった領域の人を呼び込んで一緒に取り組んでいき、且つ、人が育った後、それぞれのアカデミアにまた帰っていくという場所をつくりたいと考えている。

2. 令和 2 年 人事院勧告への対応について

資料に沿って報告された。

3. 政府の会議の状況

資料に沿って報告された。

【主な意見等】

- データの利活用について、少し前は次世代医療基盤法の整備も含め方向性がはっきりとした時期があったのだが、今後、データの利活用をどういうプラットフォームで進めるかについては政策的な決断がはっきりしない局面に来ているという印象を持った。自分自身、どうして医療情報の利活用を政策として進めないのかということを一生涯懸念発言しており、実際それは法律上の根拠で言うと、幾つか条文がある。個人情報保護法 43 条では、個人情報保護委員会は学術分野について権限を行使しないという明文の規定があり、76 条の条文では個人情報保護法第 4 章の第三者利用も含む利用に関連する規程は学術分野には適用しないという明文の規定がある。報道の自由、学問の自

由、表現の自由、政治の自由、信教の自由と並べられて、学問の自由には介入しないということが明文の規定である上で、個人情報保護法 16 条、23 条の 2 つの条文があり、法律だけではなく厚生労働省令にひとつ根拠があれば利活用の法律的な根拠が作り出せる。個人情報保護法は、幾らでも法律上の対応方法があるようにつくってあるので、がん研究センターも自信を持って政策提言に取り組んでいただきたい。

4. 広報実績等

資料に沿って報告された。

5. 投資委員会報告等

資料に沿って報告された

【主な意見等】

- ・ 2 点ほどお願いしたい。1 点目は、投資委員会審査基準の投資の必要性についてである。民間に任せては実現できないものを行うために独法というものが設けられているので、(3) の社会的な要請といったときには、必ずしも収益に償還するといったベースには行かず投資するのは当然だと思う。理事会などで付議されるときには、必ずしも収益ベースで償還ということにはならないが、研究、将来の成果を世の中のために狙っていくということなどを真正面から審議していただきたい。2 点目は、手順が適正なものであるかという点についてである。価格の適正性、導入タイミングの適正性、そして契約方法の適正性に加えて契約内容の適性も審議していただきたい。定型的な契約についてはひな形の契約書もあったり、安定してリスクを避けた契約ができたりすると思うのだが、非定型型の契約や契約条件が異例なものだと伺われるときには、その辺りも投資委員会の立場で注意されてはどうかと思う。あるいは、投資委員会と契約審査委員会でどういう役割分担がふさわしいのかをセンター内でルールを決めていただきたい。その辺りをはっきりさせた上で、契約内容でリスクがあるものが登場するのであれば、それはきちんとチェックできるようにしていただければと思う。
- ・ 基本に忠実に投資を考えると、BS、PL それぞれに与えるインパクトは基本的に 4 つしかない。それは収益の増加と費用の減少、資産の取得と負債の負担であり、企業会計をきちんと念頭に置けばその 4 つの数字のどこかに効いてくるはずである。例えばある資産を収益増加の目的で導入していたら、収益が増加する見通しが甘く、その後の将来費用の負担だけが増えているようなものも実際あるように思う。やはり投資委員会で大きな施設や器材の購入について議論していただくときには、どんな収益増加見込みであるのか、それがしばらく経ったときに当初の説明と同じように収益増加をもたらしているかという点が重要であると思う。他方、業務委託すると費用が減少すると言われていた案件についても、適正な費用減少効果がなかったと評価せざるを得ないものもあるので、当初見込みの収益増加、費用減少、資産取得、負債の負担という

ベースに従った会計上の評価の見通しを明らかにして審議していただく必要があるかと思う。その上で、しばらく時間が経過したときに当初の予定通りであるかどうかということを検証していただかないと、大量の審議で時間も無い中、大体で良いだろうという話になってしまうのではないかと懸念している。また、がん研究センターが置かれている状況を考えると、業務の効率化、適正化、特に病院分野でフル稼働に近い状態になりつつあり、コロナ禍の中で様々な負担や不安も抱えているので、病院の効率化や適正化に資するかという観点と、将来構想やがん研究センターの役割を踏まえた将来投資として認めているのかどうかという点も明記していただきたい。同時に、がん研究センターとしてゲノム関連に将来投資を行うのは当然であるので、その予算制約と将来投資についても議論していただきたいと思う。投資委員会が何か結論を出すというプロセスの中で、収益、費用、資産、負債に加えて業務の適正化や効率化、将来投資というような軸をはっきりと明示し議論していただければと思う。

-投資委員会での投資の妥当性や必要性という議論はご指摘いただいた視点で行っていくとは思いますが、長期的な見通しについての適切なシミュレーション等を行った説明やそのフォローアップといった点をいかに実際の規定に取り込んでいけるかが重要であり、将来効果を意識した上での制約はセンターの職員に浸透させていきたいと思う。

6. 10月医業件数等

資料に沿って報告された。

【主な意見等】

- ・両病院ともに、1人当たりの入院単価と外来単価が高くなっているが、これは重症化する方たちが増えてきたということなのか。単価が上がっている理由が何かあれば教えていただきたい。
- 中央病院で言うと、単価自体はキムリアを使用したことで上がっている。また、放射線治療ではIMRTの件数が増えているため、入院患者さんの単価としては上がっている。外来についても、高額な注射を受ける患者さんの増加や、IMRTが高額ということで単価が上がるということが大きな原因としてあると思う。東病院も同じく、医薬品の高額なものや治療の割合が上がっている状況だと思う。加えて、在院日数が短縮されており、入院の診療報酬の高いところで回しているということがある。