

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8回検討会

開催日：平成31年2月1日（金）

場 所：国立がん研究センター診療棟3F大会議室

**（事務局・東）** 時間になりましたので始めさせていただきたいと思います。きょうは清澤委員がインフルエンザということでお休みされています。それから代理でいつもご出席いただいているんですけども、九州大学の山田先生と京都府立医大の宮地先生に来ていただいていますので、どうぞよろしくお願ひします。それから群馬大学の腫瘍放射線学の中野先生がご欠席です。

初めに、分科会長の川井先生から一言いただきます。

**（川井分科会長）** 一応分科会長に指名されていますのでご挨拶をさせていただきます。明けましておめでとうございます。ことしもどうぞよろしくお願ひします。

実に8回目ということで、前回はいつこれがあったのかと思い出してみると、前回は4月か5月か、去年の春ぐらいだったと思うんですけども、皆様方のご協力をいただいて、一昨年、2017年12月に四肢（表在体幹）軟部肉腫の専門施設を選ぶことができて、それを公表することができました。そのときには53施設でした。その後は先生方もご存じのとおり、1年たって新たに募集をし直して、1年後に募集して、昨年発表したものは60施設。

**（事務局・東）** まだ発表していないのです。

**（川井分科会長）** 皆さんは知っていますか。

**（事務局・東）** 資料にあります。

**（川井分科会長）** 1年たってやってみるとちょっとそれがふえている。これがいい方向なのか、どういう方向なのかを含めて、そもそもこの会が始まったのは集約が必要ではないかということで、どこまで絞るかという議論から始まったと理解しているのですが、やはり少し広がろうとしている。最終的なアウトカムというのは多分日本全国の軟部腫瘍の治療成績をよくする、もうその一点なので、集約化が正しいかどうかを含めてまた議論を続けていく必要があるかと思っています。忌憚のないご意見をいただけたらと思いますので、ことしもどうぞよろしくお願ひします。

**（事務局・東）** どうもありがとうございます。そうしましたら、机上資料以外の資料の

確認をさせていただきたいと思います。

資料1は前回の議事要旨になっております。大分前になってしまっているのですが、こんなことをお話ししたというのが入っているのですが、そこでの目ぼしいものといえますと、配布用のチラシという話題があります。これは中島委員にご提案いただいたことでしたけれども、日本医師会を通じて、こんな情報公開をしていますということで、チラシを35万部でしたか、医師会員全員に配るということを見せていただいています。メーリングリスト等でPDFは共有させていただいていますけれども、サイトのアドレスを皆様にお配りしました。地図に問題があったという指摘がありました。実は、ここで言うのもなんですが、北方領土が入っていないということです。広島先生からいただきまして、急遽入れかえて、ネットにアップしたものは北方領土はちゃんと入っています。択捉島が光っていますのでごらんいただければと思います。あとは、きょうの分科会にもつながるところもありますし、ちょっと積み残しの非専門医の教育なんかも前回少し話があったということです。

それを受けて、資料2はきょうの検討課題ということになっております。川井先生から先ほどお話がありましたけれども、普通に募集をすると施設はふえていくという傾向にありますので、その中で、一つの方向性としては、2段階といえますか、本当の中核施設とそれ以外の専門施設というのを分けてネットワークをつくるというようなことを考えてはどうかということの一つの方向性としてご議論いただければと思う次第です。そんなところのブレインストーミング的な資料という形になっております。

資料3というのは、資料番号がついていませんけれども、スライドの資料です。これは後で川井部会長からお話をいただきます。

資料4ですけれども、今の新しい第2期で募集をして応募いただいた60施設の実態という形で出しております。資料4aというのが、これはグーグルでしたか、その60施設の地理的な分布というのを日本地図に出したらどうなるのかというのが見えます。資料4bというのが今回情報公開するための集めさせていただいた資料ということになっています。実はまだ1施設はデータをくれていないところがありますので、そこは抜いてあります。

資料5は、思い出していただくという意味合いですが、現在の情報公開に入るための要件というものです。

資料6は委員の名簿となっております。

資料の過不足はないでしょうか。後からお配りした横長のものは、これはまた机上資料

になっていますけれども、2014、15、16年症例の分布です。一応3年間で10例以上の施設がこのプログラムに参加できるということになっていますけれども、それがだんだんふえている10例なのか、ぎりぎり10例なのか、10例あったけれどもだんだん減っているのか、そういったものが2014、15、16年の分布の動きというところでわかると思います。そういった症例数です。プログラム2の第2期情報公開専門施設の現状概要というところについては、適宜資料4a、4bを振り返って見ていただくという形にしたいと思いますのでスキップしたいと思います。

ということで課題検討のほうに入らせていただいて、まずは川井先生から少しこの展望についてお話をいただきたいと思います。

**(川井分科会長)** 今までの東先生のお話のところはよろしいですか。これはブレインストームというか、決まった方向性というのはこれから議論して決めていくと理解しているので、あくまでも一考察、私見ということでスライドをつくりました。東先生とも最後まで詰めているわけではないので、あくまでも私個人の意見というか、反省というか、そういうことだと思ってお聞きいただけたらと思います。過去3年間議論してきて、53施設、現在60施設が専門機関ということで認定された。ちょっと上から目線で申しわけないですけども、幾つかのハードルを設けさせていただいて、この要件を満たす病院であれば私たちがある程度責任を持ちながら患者さんを紹介することができるでしょうという要件を決めて選定したわけです。それが現在60施設ということになっています。

そもそもこのワーキンググループが設置された背景から、私はちょっと物忘れが多いので、自分のリマインドも兼ねて、こういうことを書いてみました。

そもそも東先生がこういう会議を開催するに至った理由は、2015年に希少がん医療・支援のあり方に関する検討会というところで、希少がんの医療に対する全体的な問題点が指摘されて、それについて何らかの対策をしましょう、それで医療提供体制としては、治療は患者が医療機関を見つけられる環境を整備して必要な集約化を促すべきであるという意見が出ました。その集約化された施設において、医師の教育と育成を行ったほうがいいでしょう。そもそも患者さんがそこへ行くためには、情報をまとめて提供すべきではないでしょうかということが、この2015年の肉腫に対する検討会ではなくて希少がんに対する検討会で提言された。その中で、一番ネットワークがもともとあって、つながりもよくて、しかもそれほど多科にまたがることのない希少がんとし四肢体幹の肉腫が選ばれて、第1号として私たちの検討会が始まったという流れと理解しています。

第1回の会議は2016年3月16日、今から2年前ということになります。それから先生方に計8回お集まりいただいて、でき上がったのが一昨年の12月に公表した四肢軟部肉腫の分科会による専門施設53施設の承認、公開。それに引き続いて同じような検討会を東先生は進めておられまして、目の腫瘍に関しても同じような手続をとって、2018年、去年の9月に52施設が公開されています。四肢の軟部肉腫は、ご存じのとおり、このような分布で全国の53施設が認定されています。これに関しては、若尾先生のところのがん情報サービスの中で「病院を探す」というところからアクセスして調べることができるという形で、先ほどのスライドを見ると、まとめて情報を提供していく。必要な集約化は私たちが考えたこういう必要な条件でいけるでしょうということで、一応厚生労働省が描いた絵というのはこれで満たされているわけです。

私たちはよくやった、めでたし、めでたしということにはなるわけですが、これで本当にそうかということを考えてみると、私たちが議論を始めたのは、頭で考えて、必要な集約化が恐らくは必要でしょうということで、そのためには恐らく症例数とか地域性とか人材育成も考えて要件をけんけんごうごうしながら決めてきました。決まったものは、新規診断・治療開始例が3年間連続して1例以上、病理の専門医・がん薬物療法専門医、放射線診断専門医が常勤で勤務している必要がある、軟部肉腫専門の整形外科専門医あるいは形成外科専門医が2名以上常勤で勤務している、小児に関しても専門医が必要で、病理に関しては自施設にいらっしゃらなければ近くの病理専門の先生とコネクションがつけられる、こういった幾つかの要件を決めてきたわけです。この要件に従って53施設あるいは60施設が選ばれたわけですが、これでいいのかということになると、これらは、私たちが考えた幾つかの要件、さらにそもそも必要な集約化というのは、全て真の目的を達成するためにこのワーキンググループで適当と考えられた代理の指標に過ぎないわけです。

考えてみると、真の目的は何かということになると、四肢軟部肉腫の治療成績を日本全体で底上げしたいということなので、そもそも必要な集約化で真の目的は達成されるのかということを検証していないし、その次の前段階も実は検討されていないし、その次に私たち自身が検討したこの項目も本当にこれでいいのかということは全く検証されていないということになります。

ここからは完全に私見ですが、今後行うべきことは、恐らく選定した四肢軟部肉腫専門施設の評価、これに関してはきょう渡邊先生のほうからお話があると思いますが、実際にどうなのか、選んだ病院は本当に機能しているのかという現状の評価と、それから

集約化のための設定した代理指標、私たちが設定した代理指標は本当にそれでよかったのかということの検証と、必要な集約化というのはいま何なのかということを考えないといけません、これについては全くされていないと思います。選定された四肢軟部肉腫治療専門施設が現状でいいとは決して思えないので、選定した施設の質の向上も図っていったほうがいいのではないかとというふうに、これは完全に私見ですけれども、思います。最終的なアウトカムはもうこの1行に尽きるわけで、日本全国の四肢軟部肉腫の治療成績の向上です。これが図られれば別に集約しようが分散化しようがどうでもいいわけです。もう一度ここに向かって、私たちは正しい方向に進んでいるかどうかということを考えないといけません。

渡邊先生が後でお話をしてくれると思いますけれども、選定した四肢軟部肉腫の60施設のQuality Indicator（質の指標）から見てどうか、あるいは生存率から見てどうかというお話は後でお聞きできるかと思います。その結果としては、多分、ほかの施設では確かによさそうだと出てくるので、私たちの選んだ指標は間違っていなかったととりあえずは胸をなでおろしていいかと思います。

集約化のために設定した代理指標とかこの集約化が本当にいいのかということに関しては全く検討がされていないので、これについて議論が深められたらいいかと思いますし、選定された四肢軟部肉腫の施設は現在60施設ありますが、それらの施設をまとめて、教育というのは本当におこがましいから言いませんけれども、その施設の質が上がっていくような何らかの試みはしたほうがいいと思うので、協働あるいはネットワーク化が不可欠ではないかと考えました。最終的なアウトカムはこの1行に尽きます。

真の目的のためにはこの60施設、53施設をネットワーク化して、情報と意志を共有していく必要があるのではないかと考えています。だから、通った施設はよかったと思っていうけれども、そこで終わりではなくて、通ったら通ったなりのResponsibilityを示していただくということをこれから働きかけていったらいいのではないかと個人的には考えています。

話が肉腫からそれですけれども、実はこの希少がん、先ほど話をしましたが、希少がんの中には希少がん中央機関というのが昨年の4月に厚労省から設定されることになりました。国立がん研究センターの希少がんセンターがそれを請け負うような形になっていますが、この図を見てもらうと、この左側が基礎研究、右側が希少がんの医療を推進するというような図になっています。この中央は国立がん研究センターですけれども、この右側に

出ているこの3つ、これは日本全国の希少がんの問題について何かをしていくというような絵になっています。その中の1つの柱が病理診断の正確性を向上させていく。3つ目が患者支援のプロジェクト、これは希少がんホットラインというような患者さんに対する診療の支援、2つ目は希少がんネットワークプロジェクト、これはまさしく東先生がやっているプロジェクトでありまして、私たちの軟部肉腫のチームはこのプロジェクトチームの中の肉腫バージョンという位置づけで自分の立ち位置をご理解いただけるとわかりやすいかと思ってこのスライドをつくってきました。私たちはこの中のここを請け負っているということになります。

私見ということで私がお話ししましたが、希少がんに関してはヨーロッパのほうがやはり少し、日本より数年先を進んでいるということを実感しています。欧州の先達はどのようなことをやってきたかということをお話しさせていただきます。

1つは French Sarcoma Network、フランスの肉腫のグループです。彼らは自分のことを NETSARC といいますが、サルコーマのネットワークという意味だと思いますが、こういう動きがフランスあるいは欧州では一つあります。もう一つは、もう少し肉腫から離れて広い枠組みで見ると、European network for Rare Adult solid CANcers (EURACAN) という一つのグループというネットワークがつくられています。この2つについてご紹介を少しさせていただいて、次に、私たちはどっちに進むのかということを考える一つの材料にしてもらえたらと思います。

French Sarcoma Network というのは、ここにフランスの地図がありますが、2009年、フランスのNC I、フランスの厚生労働省に当たるところが、肉腫あるいは希少がんについてネットワークをつくりなさいということを言っているわけで、確かに日本より数年早いということに気がつきます。そのときにつくられたのが、私たちが現在やっているのと同じようなことをやはり彼らもやっていて、このポツポツ一つ一つがフランスの肉腫の拠点病院とそのときに設定されたものですが、その中で3つの大きなナショナルセンター、パリとボルドーとリオンになりますが、この3つの大きな中核病院と、実際に患者さんをたくさん診療する地域の中核病院、がん診療連携拠点病院と同じような枠組みかもしれませんが、彼らはこんな形の肉腫の診療体系をつくり上げています。

肉腫も幾つかのグループがあることはよくご存じだと思うので、彼らは NETSARC、これは軟部肉腫と GIST のグループ、フランス全国で29センターですので、日本の人口はフランスの人口の倍ですから、60施設というのはフランスの数とほぼ同じかもしれません。フ

ランス全国で軟部肉腫は 29 のセンターが認定されている。病理のグループもつくられていて、そこは 22 のセンターで病理診断がされている。骨の肉腫に関しては 14 のセンターが認定されている。このような形になっています。似ているような、ちょっと違うような感じですけども、フランスの肉腫の集約化というか、ネットワーク化はこのようにされている。

彼らがやってきたことを見てみると、例えば患者アクセス、当然同じことを考えているのです。軟部肉腫は 3 つ大きなセンター、これだけ患者さんが来ていますということで、この線一つ一つが患者さんの動線をあらわしていますけれども、軟部肉腫、腹腔の肉腫、骨の肉腫というようなことで、通院時間、アクセスはどうかということを含めて、こんな形で地図をつくっています。こういう検討もやはり必要かと思えます。

これは彼らがやったことを青のスライドにしていますけれども、病理の診断はどうだったかということをも病理の discordance です。ローカルの病理診断とエキスパートの病理診断でどのぐらいのそごがあるかということを検討していて、ローカルな病理の先生が中央診断をしてください、セカンドルックをしてくださいといった 188 例のうち、完全に間違っていたのは 28%、ローカルの先生が私はこの診断に自信があるからセカンドルックは要らないと言った 178 例のうちエキスパートとの診断が違ったのが 10%、このような病理の実地検証みたいなこともこのグループでされています。

NETSARC を受診した患者さんがどのような治療をしているか、あるいは NETSARC を受診するか、しないか、軟部肉腫において選定したこのグループを受診した患者さんか、あるいはそうでない患者さんかによって予後がどう違うかということはやはり彼らも気にしていて、こういう検証もしています。その中で出てきたのは、Better management in NetSARC MDT before treatment、結論としては、NETSARC を受診したほうが予後がよかった。Adequate imaging of the tumor before treatment、手術の前にちゃんとしたイメージングをしている患者さんの群は NETSARC が 87.9%、それ以外の施設は 67.8% で有意差があった。Biopsy が切除前にされていたのは NETSARC のグループは 87%、それ以外は 55%、これは後で東先生や渡邊先生が話をするようなことですが、彼らも同じような検証をしていました。当然最終的な予後としては、NETSARC を受診してちゃんと MDT でコントロールされていた患者さんは local recurrence free survival (局所再発) は少なかった。しかし、metastasis free survival (遠隔転移) に関しては変わらなかったというような実情の成績を出しています。

これはちょっとビジーですが、診療の質の経時的な変化、手術のクオリティーです。R0、R1、R2というのは整形外科の先生はご存じと思いますが、R0というのは顕微鏡的なワイドマージンが確保されている、R1というのは顕微鏡的にはマージンが保持、R2というのは腫瘍内に切り込んでしまったというような手術です。R0のところを見ていただくと、これは年を追ってグラフを描いているんですけども、NETSARC以外のグループが赤線、NETSARCのグループが青線です。2011年、2012年、2013年、2014年、2015年、全体としてアウトサイド、NETSARC以外のグループのほうがやはりR0切除の割合が明らかに高い。もう一つ大事なことは、年を追うごとにこのNETSARCの群のR0切除の割合がふえている。質の向上が見られている。この2つを彼らは言いたいんだと思いますが、こういう検証もしています。

これが肉腫のネットサークル、フランスのサルコーマグループが現在やっているフランス全土の診療の質の向上に対するアクティビティーと思います。

肉腫から少し離れて、欧州で希少がんに対してどのような対策がとられているかというのを簡単ですがスライドにしてみました。ヨーロッパにはEuropean Reference Networks (ERN) というグループがあって、Reference というのは何をしているかということ、がんに限らないんですけども、目的はまれな疾患あるいはコンディションで、具体的には専門的な治療であるとか集約が必要とされるような疾患、がんでなくても、先天性疾患とか、いろいろな疾患が入ってきます。それらに関してネットワークをつくりましょうという大きな動きがあります。その中で、大人の固形がんに対してつくられているのがEURACANということになります。一番大きな枠組み、その中の一つの枠組みが大人のがん。

このEURACANというのはEuropean network for Rare adult solid Cancerで、目的はここに書いていますが、患者さんが受診できる集約されたサステナブルなネットワークをつくる。そのネットワークへのアクセスを担保してふやしていく。

このEURACANの中にはどういうドメインがあるか。全て希少な疾患ですけども、スライドが小さいのですが、サルコーマ、GYNのがん、GU(消化管の希少ながん)、NET、GI、head&neck、Thracic、Skin、Grain、これらのドメインで分けられていて、肉腫はその中の一つという位置づけです。

これがEURACANのメンバーです。ヨーロッパの全土を網羅している。各国には幾つかのネットの拠点がある。

これもビジーですが、彼らはこういう目標を立てて動いています。手元のスライド資料



をごらんいただけたらと思いますが、その中で印象的なのは、Implement “roadmaps” for referral and self-referral、患者さんが集約化してそこへ行けるようなロードマップを設定して、患者さんを誘導するような動きを行っていくという強い意志を表明しています。

ということで、最後のスライドですが、まとまりはありませんが、今のようなヨーロッパの動きを横目に見ると、私たちがやるべきことが何となく見えてきて、一つは、設定したこのグループを例えば日本軟部肉腫診療ネットワークという形にして、そこの診療の質を上げていく、あるいは問題点を明らかにしていく。それがふえていくのか、減っていくのか、どうやって設定していくのかというのは、そこは大事なところですけども、一方的に決めたら物事は動かないと思うので、議論して決めていく必要があるかと思います。今のところ、このグループでは自発的に手を挙げていただくという方針をとっていると思いますし、そういうネットワークをつくっていくのが必要ではないかと思います。

後半は、これはもう東先生の仕事になりますけれども、希少がん全体を見渡したときに、私たちはやっていくのはここだけですので、あとのことはよろしくというか、一つのモデルとして、希少がんの医療のモデルとして、このグループが働いていけたらいいなと思っています。以上です。あくまで私見でした。

**(事務局・東)** 最後は特に。どうもありがとうございます。何かご質問やコメントが今の段階であればお伺いしたいと思います。

**(武田委員)** フランスは29施設ですか、これはやはり年次更新されているのですか。固定メンバー、固定の施設でとりあえず5カ年はいくとか、今のシステムでいうと、毎年更新というのを日本ではとるという方向ですけども、それを固定しているか、その違いがあったら集約化が変わってくるのではないかと。

**(川井分科会長)** 固定ではないと思います。実際リヨンまで行って調べてきたんですけども、そこまでは、すみません、申しわけありません。でも、日本は毎年ですけども、それもどうするかはきょうの議論だと思いますが、コストパフォーマンスを考えて、変えていくことは必要ですけども、毎年必要かどうかは議論があるところだと思います。

**(中島委員)** 今と同じようなことですが、30ぐらいの施設があつて、人口を考えれば30ぐらいでいいだろう。センターと書いてあるんですが、日本と同じように、がんセンターや大学病院の内訳というのはご存じですか。想像もつかないのでどんな感じなのかと思っています。

**(川井分科会長)** もう一回リヨンに行ってきます。すみません。でも同じようです。リ

ヨンは大学病院です。フランスのあそこは大きながんセンターです。だから日本と同じだと思います。

(上田委員) Gustave Roussy でしょう？

(川井分科会長) そうです。Gustave Roussy。

(上田委員) 大学病院とがんセンターが向こうは並列という感じで、どこも大学でもあり、がんセンターでもあるという感じだと思います。

(川井分科会長) 日本と同じだということも結構ありました。

(若尾センター長) これをいろいろと検証したりするのに、活動資金というのはどういう感じですか。

(川井分科会長) 活動資金はフランス政府からおりていると言っていました。

(上田委員) そこが違うんですね。

(川井分科会長) かなり強力に後押しをしてくれているみたいですね。厚生労働省に当たるところだと思います。

(松本光史委員) 患者アクセス数というのは、29 施設ある中で 3 施設に最終的に一度来ているという理解ですか。

(川井分科会長) そうではなくて 29 入れると多分ビジーになり過ぎるからということだと思います。

(松本光史委員) そういうことですか。

(川井分科会長) それは各病院ごとでやっていると思いますが、絵にしたときに 29 本の線を引きと真っ黒になってしまうからということだけだと思います。

(松本光史委員) どういう方策で患者さん、self-referral と書いてあったと思うのですが、何がしかのインセンティブもしくは仕組みのようなものがあって患者さんがセンターに行くのか。情報公開するだけ患者さんが自発的にそちらに向かわれているのか、どういう仕組みなのか。

(川井分科会長) イギリスだったら G P に受診して、G P が病院を選んで流れていきますね。患者さんが初めから専門病院に受診できないと思うんですけども、フランスはそこまでの強制力はないと理解しています。だから日本と同じようにある程度どこでも行けるような……。違いますか？

(国立がん研究センター・仁科) 基本的には G P にまず受診をして、G P 制度、登録制度はありますが強制ではないので患者さんは直接大きな病院にも受診できますが、

多くの人は近いし便利なのでまずはGPを受診するので、そこから紹介で行かれる方が一番多いです。

(川井分科会長) ありがとうございます。日本と一番大きな違いだと思ったのは、実際臨床ではなく病理診断のところが大きく違うとっていて、病理診断はほとんど全ての肉腫が中央病理診断されています。10人から20人ぐらいの軟部肉腫専門の医者が診断して、そちらにお金がおりにいくという状況です。病理診断の精神性を上げるという目的のためだと思います。日本はまだ一気にそこまではいかないし、行くべきかどうかはまだわからないと思うのです。

(若尾センター長) 中央診断したにもかかわらず、さっきのように2割ぐらいは間違い、

(川井分科会長) そういうことをする前段階のデータとしてこれを出して、中央診断が必要だという根拠にしたんだと思います。

(事務局・東) よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

一言だけ補足ですけれども、53施設の地図は出てきていて、これは川井先生がつくられたのですか？ 日本の53施設で第1回で得た施設の分布というのがあって、資料4-1とはちょっと違う感じですが、資料4-1は60施設、今度新しく応募したところで書いたところですよ。

(川井分科会長) 沖縄が入っているんですね。

(事務局・東) はい。こっちが前の53施設ですけれども、ぱっと見て、私があっと思ったのは、今回は東北が少なくなって、ちょっとそこがぽこっとあいているような地図になります。

(上田委員) 今回の2回目の更新のときに、文句ではないですが、一度言っておかなければいけないと思ったのは、院長宛てに更新依頼が来て、それが病院でストップされていて、多分複数の病院でぎりぎりになって更新のことがわかって、あわててやったということがあったのです。だからひょっとしたら東北の大学もそういうことがあって、登録し漏れたということではないのですか。

(事務局・東) 一応前回の参加施設には連絡して辞退の確認は取っております。確かに期限は決めているんですけれども、特に前に入っていたところについては期限をおくれても大分待っていますし、どこかの中央病院も大分おくれていました。

(若尾センター長) 連絡がこなかったんですね。

(事務局・東) すみません。我々としては院長に出しているのに、そこが届かないとい

うのはあまり予測はなかった。

(上田委員) 届かないのです。それが問題だけど事実です。

(事務局・東) 肝に銘じておきます。次からは2方向で。立場上、案内を出すのは院長宛てにしか出せないのです。施設長宛てにしか出せないというのがあるんですけども、横から連絡は入れるようにします。そうしたほうがいいということがよくわかりました。

(上田委員) よろしくをお願いします。

(川井分科会長) 辞退したというのはもうこういうことはやめるということですか。それとも、

(事務局・今埜) 今回の要件を満たせないためです。

(事務局・東) 前から2つほど変えたのです。症例数の要件を変えて、前は3年連続1例以上だったんですけども、今回は3年で10例となっています。あとは論文の要件が、前は毎年1編ずつということだったんですが、ことしは3年で3編でしたか、ちょっと見ていただくといいのですが、少し緩めてあります。そこが大分変わったということですね。そこが目立つんですけども、ほかにもいろいろと入れかわりが多少あります。全体として53から60にふえているということです。よろしいでしょうか。

では続きまして、がん臨床情報部の渡邊から、53施設での解析になるんですけども、情報公開専門施設の現状というところで解析結果を報告してもらいます。

厚生労働省からお二人の方に来ていただいたことを報告します。いつも来ていただいていますけれども、上野さんと向井さんです。一言ありますか。いいですか。

(国立がん研究センター・渡邊) がん臨床情報部の渡邊と申します。よろしく申し上げます。皆さんにお配りしている資料が、先ほど見ていたら横が微妙に切れているような感じで申しわけございません。かなり横を長くしてしまったので。

発表のほうを始めさせていただきたいと思います。先ほど川井部会長からお話があったんですが、選ばれた53施設が実際にどういう診療を行っているか、データ上で見えるものですが、それを見て評価につなげていただけたらということで少し中身を見させていただきました。院内がん登録とDPCを使って中身を見させていただいたので報告させていただきます。2層に分けてご報告させていただきます。

まずはQuality Indicatorで、先生方もご存じだと思うのですが、この集団にはこの診療がされるのが望ましいというような指標を使って検討させていただきました。ご存じの方には申しわけないのですが、Quality Indicatorとは何かといいますと、まずは診療が

イドラインを使って、エビデンスレベルの高いものを洗い出しまして、それを専門の先生方に見ていただいて、その中でも特にやっておくべきだろうとか、データでこれはとれるだろうとか、そういうことを多方面から検討させていただきまして、それで先生方に個別にランキングをつけていただいて、それで全ての先生方が高い指標、これは標準診療としてやるべきというものを分子、分母の形であらわして、分母のほうはその対象になる患者さん、分子のほうはその患者さんに行われるべき標準診療、医療の質をあらわす指標として専門家のコンセンサスが得られたものということで、分子分母の形に分けてあらわして、それをデータで解析していくという形になります。ということで、医療の質をあらわす指標ということで Quality Indicator と呼ばせていただいています。

今回は専門の先生方に集まっていたいて、Q I (Quality Indicator) を決めたというよりは、中央病院の四肢軟部の先生方、NCCNのガイドラインを使って、この診療がやられるべきだろうという項目を幾つか洗い出して、それが各データで見ることができるものを出させていただいて、それを解析させていただきました。

2013 年から 2015 年の院内がん登録を使用しまして、その中でさらにDPCがある症例について解析をしました。ただ、ここに出ている数字は全て院内がん登録の登録数になります。見てわかるとおり、2013 年～15 年に少しずつnはふえているという形で、この3年間を使って解析をさせていただきました。人数はごらんのとおりです。年齢もこのとおりで、男性と女性は大体半々ぐらいになっております。

ここからが専門施設と呼んだ 53 施設のデータが入ってくるような形ですが、今の3年間の対象を全部まとめまして、トータルで 3,096 人になります。そのうち、53 の専門施設のうちDPCのデータを出していただいたのは 47 施設ですが、6 施設はなかった。非専門施設が 263 施設含まれていたということになります。少し専門施設のほうが入っている数が多かったということです。

測定項目としましては、ここに挙げたような項目になります。これらがNCCNのガイドラインで標準診療とされているものの中でさらにデータでとれるようなものです。簡単にご説明させていただきますと、Q I 1 は、患者さんの中で、ケモかオペの前にイメージングが実施されているもの、先ほど川井先生のご発表でもありましたけれども、そういうビッツを見ております。分母は全患者になっております。Q I 2 は、全患者中にオペもしくはケモの前に生検が行われている患者さんを見ております。Q I 3 は、根治目的で腫瘍切除が行われた患者のうちR0の症例だった患者さんです。Q I 4 が、腫瘍切除後の切除縁

評価が辺縁もしくは腫瘍内切除である患者さんで、術後放射線療法がされている患者さん、この術後放射線は8週に限っております。8週以内ということです。Q I 5は、T 2 b グレードG 2 / 3の腫瘍に対して根治的切除術が施行された患者さんのうち、術後に、8週間に限っておりますが、放射線が実施されている数になります。

これはQ I 1の結果ですけれども、先ほど申しましたように、全患者中で、オペとかケモの介入の前にC TやMR Iが行われている症例になります。本当は先生のほうからC TとMR Iに分けてというお話をいただいたのですが、データ上分け方が多少微妙なところがありまして、MR IとC Tが混在している形になります。これは分母が全患者になっているので、これを介入があった患者に絞りますと、実施率は95%ぐらいに上がる感じになります。ただ、見てわかるとおり、専門施設のほうが非専門施設よりも有意に実施がされていることがわかります。

Q I 2も同じような形で結果を出しております。介入前に生検が行われている率ですが、専門施設は79%、非専門施設は3年間で62%、これも有意に専門施設のほうがいわゆる標準治療を行っているという結果になりました。

Q I 3のR 0症例の患者さんですが、これが専門施設で83.8%、非専門施設で80.2%、p値は0.03ですが、多少専門施設のほうが標準診療を行っているという結果になっております。データベースの精度という問題もありまして、データがしっかり出ているかということも確認しなかったのが、術後の結果のデータがどのぐらいミッシングのデータになっているかということも確認したのですが、1.5%ぐらいのミッシングで、大体のデータにはしっかりその結果がついていたという形になります。

ここからは今までの専門施設のほうがよかったみたいな感じとは少し変わってしまうのですが、残りの2つは術後放射線の話になります。術後放射線の、これは診断の先生方にお伺いしたところ、いろいろなアーギュメントがあるということだったので、後でもしかしたら川井先生からお話をいただけるかもわかりませんが、ここはアーギュメントがあるところらしいのですが、一応標準診療とされているもので、この分母の患者さんに術後放射線が8週間以内に行われている人を見ると、専門施設のほうが低い形になっています。有意ではないのですが、分母の条件をいろいろと絞っているのでもともとnがどうしても低くなってしまいますが、根治術を行っていて、追加のオペがあれば分母より除外していますし、術前R Tのみの症例は分母より除外しているということで、最初にやった患者さんにラディエーションが行われている率自体があまり多くないというデータになってお

りました。Q I 4はこのような感じですが。

Q I 5も術後放射線を見ているものですが、これも専門施設と非専門施設の変わりもなく、p値もこのような形になっております。術後放射線を見たQ Iに関してはこのような結果になっております。

このようなQ Iの試みを四肢軟部ではなくいろいろながん種で行っているんですが、一つ、データを扱うときの留意点として、DPCのデータと院内がん登録のデータを使ったと先ほど申しましたが、他院での診療がカバーされないのです。それで患者AがA病院からB病院に移ってしまったらもうデータを拾うことができないので、そういう意味では限界はあります。そして、データ上で標準診療をやったか、やらないかというのを見ているだけなので、臨床にはいろいろな理由があって、例えば腎機能が悪いから抗がん剤ができないとか、そういう理由をデータ上では拾うことはできないので、そういう点でも少しリミットはあります。

ここから少し話が変わって生存率の話になるんですが、今回53施設、2008年～11年症例の5年生存率を専門施設と非専門施設で見させていただきました。一応年齢とステージはCox回帰モデルを使って調節させていただきました、ハザード比が専門施設になるとちよっと低くなる。一応p値も有意ではあるという結果が出ております。あとの結果は見ていただいたとおりですが、この対象はQ Iを解析した対象とはまた別の対象ですので、対象人数も1,800人、生存率のデータがある患者さんになりますので、別の数値となっております。平均年齢も58歳です。

ただ、これを見ると、専門施設のほうがいいのかというか、よかったよかったという感じですが、中身を詳しく見てみますと、意外とよかったよかっただけの話ではないということが多少見えるかと思えます。ステージ別に層別化して見たところ、ステージIはこのような形になりまして、検査値にアジャストしたログランクをやっておりませんで、アジャストしていないのですとIとIIはほとんど有意差はないのですが、このような形になって、ステージIIIとIVがこのような形、IVはもうすごく大きな差が出るんですが、I～IIIはほとんどどっこい、どっこいというか、アジャストの仕方によっては、IIIは逆になってしまったりとか、そういうことが見られました。

今まで話したことのまとめになりますが、Q I 1～3では専門施設のほうが有意に実施率が高かった。放射線に関するQ Iでは非専門施設、専門施設の標準治療実施率の開きが少なく、実施率自体も低かった、5年生存率は一応専門施設において有意に高かったとい

う結果になります。専門施設のほうがいろいろな面でベターと言えるのではないかという結果を書いております。以上になります。ありがとうございます。

**(事務局・東)** 1点だけ追加です。生存率の症例数が多ければ生存率はよくなるのかというのはよく話題になるんですけども、どうやって計算しようかというのが結構難しく、変なグラフで申しわけないのですが、一応10例ずつ幅を持たせて、例えば0~10例までの施設で見ている患者さんを全部一緒にして5年生存率を計算して、それをちょっとずらして、10例~20例、30例~40例、ずっとずらしてプロットしてみたらどうなるか。だんだん上がっていったらこれはいいのではないかと思ってやったんですが、あまり関係ないというのが実際のところですよ。多少上がっているようには見えるんですけど、ちょっとその辺が不明だったというグラフをここでお見せしたというだけです。

あとは、先ほどの生存率はちょっと古い症例です。2008年~11年の症例ですので、これが現状に当てはまるかということ、先生もかわっているかもしれないし、技術やお薬がどうなっているか私はあまり知らないですけども、変わっているかもしれないし、少し引いて考えなければいけない値ではありますけれども、ただ、専門施設のほうがここで見たデータではよかった。一つ大きくアジャストしないのは併存症ですね。糖尿病の人が多いとか、高血圧の人が多いとか、そういう分布はもう見たままというか、そのデータがないのでアジャストはできていない。その限界があるにせよ、一応ハザード比が1以下ということで、専門施設のほうで各瞬間で亡くなる確率は低いということになっています。

そんな話ですけども、何か質問等がございましたら。上田先生、どうぞ。

**(上田委員)** 感想ですけども、サバイバルに関しては軟部肉腫の一番の特徴である組織型ごとの違いというのがこのデータには入らないのです。本当はそれがすごく大事です。軟部肉腫というのは50はあって、それごとにやるべき腫瘍だけど、少ないからできないので、集めると、多分一般施設と専門施設によると、恐らく悪いようなやつがバイアスがかかっているのです。悪いやつが専門施設に集まってくるし、逆に一般施設だったら例えば脂肪肉腫のおとなしいものが多かったり恐らくしているはずなので、それを考慮すると、それでもなおかつこれだけのサバイバルの差がステージ別に出ているというのはやはり差があると専門家の一人としては思います。

それを入れるのが難しいのが軟部肉腫の最大の特徴です。それからグレードでステージが分けられるのですが、そのAJCCのステージが一般施設のステージングと専門施設のステージングでかなりグレードが変わっているかもしれない、全部FNCLCCのグレ



ーディングで専門家が見ているかとどうかはわからないので、そういうところのバイアスが大きいと思います。そこはちょっと考慮すべき、できないんですけどもすべきかと思っています。

(事務局・東) もととの診断をつけるときのグレードがもう違うということですか。

(上田委員) そうですね。結構ばらついてきますね。でもそこが、ステージのクリティカルなファクターになっているところが軟部肉腫の難しいところです。だからフランスなんかではもう中央診断でそのバイアスをなくしてしまおうということで、そこが一番大事で、予後にも影響するところです。

(事務局・東) ありがとうございます。

(国立がん研究センター・渡邊) ありがとうございます。

(松本光史委員) ぱっと見たときにIV期が一番開いているので、薬物療法の影響はどうかと思うんですけども、一方で、非専門施設になると、専門施設に送れないぐらいご高齢とか、PSがすごく悪くて何もしていなくて緩和療法の患者さんがどっちに多いかという要素が入ってくると思うのです。こういう解析をするときに、薬物療法をやった、やらないという変数はとれるものですか。

(事務局・東) 一応ありますね。初回治療として薬物療法をしたのかどうかというのはとれます。

(松本光史委員) やった患者さんに限定して解析してこういう差が出てくるかどうかは単純に興味があります。

(事務局・東) わかりました。ありがとうございます。

(厚労省・上野) 今のご質問に重なっているところはあるんですが、この調整因子ですが、通常PSを入れることが多いと思うんですが、PSはとれていないのですね。

(事務局・東) とれていないです。純粹ながん登録ですので、基本情報だけです。

(厚労省・上野) はい。何かこの肉腫の予後因子的に重要なものでハーバーがとれているとか、ハーバーがあるのかどうかわからないんですけども、何か入れられそうなものはほかにはなさそうですか。

(事務局・東) 現状ではないです。治療したかどうかということは入れられるんですけども、そのほかはないです。

(厚労省・上野) もう一つは、先ほどのステージIVだけが大きく開いている理由の説明は一体どういうことになるのですか。

(事務局・東) 先ほど松本先生がおっしゃったようなところで、治療なしというのがあ  
るかもしれないです。それは見てみないといけないと思います。

(厚労省・上野) ありがとうございます。

(上田委員) 今のことに対して、P Sは、例えば呼吸器とか消化器の場になると結構反  
映して、軟部肉腫に関して言うと、進行している症例でもP Sはあまり悪くない方が多い。  
内臓は元気です。もちろん肺転移が出てきたりするときは悪くなるんですが、結構進行し  
てもP S 0や1が多くて、あまり出ない感じです。P Sの悪い人は、末期の人はもう本当  
に2とか3に來ますけれども、それでも結構一般のがんに比べるとP Sがいい人が多いよ  
うに思うので、なかなかファクターとしても層別としても難しいような気がします。ヘモ  
グロビンやC R Pなんかは層別になるかもしれないです。

(松本光史委員) どちらかという肉腫によってP Sが落ちているのではなくて、年齢  
や併存症によってP Sが落ちている患者さんに薬物療法をやっている側としてはよく見る  
ので、そういう影響かと思います。

(上田委員) 腫瘍自体の進行度と反映というのは別のファクターが関係するように思い  
ますね。

(松本誠一委員) やはり私はステージIVのところでは差が出ているというのは、専門施設  
で集学的な治療ができるかどうかというところではないかと思います。だから、そのと  
ころで差が出てくるというのは妥当です。

(上田委員) そうですね。

(川井分科会長) そう言いたいですけれども、やはり背景因子の違いが大きいのではな  
いかというふうには思います。そういう意味でも、松本先生のおっしゃるとおり、そうい  
うことがそういえばいいなど、

(松本誠一委員) 何かきれいに証明できればやっているかいもあるぞみたいな。

(松本光史委員) もし言えるデータだったらホームページにこういうグラフを出したい  
ぐらいです。来てくださいと。

(川井分科会長) 背景因子がそろわないというのが限界かなと思います。

(厚労省・上野) 薬物療法が結構予後にかかわっているとすると、このQ Iのときに標  
準的な薬物療法をやっているか、やっていないかというご質問の項目が立てづらかったの  
でしょうか。

(事務局・東) それはどうなんですか。

(国立がん研究センター・渡邊) Q I のときに？

(厚労省・上野) 放射線治療についてはQ Iに入っているんですが、薬物療法を標準的なものを行っているかどうかQ Iの中に入っていない、

(国立がん研究センター・渡邊) このQ Iの選定はシンプルに、軟部肉腫の先生がこれをしてくださいと言ったもので、NCCNのガイドラインの中で先生たちが選んでくださったQ Iについてやっているの、見ようと思えば薬物の中身とか時期とかタイミングとかは見ることもできるんですが、今回はそれをやっていないということです。

(厚労省・上野) わかりました。

(事務局・東) できそうなんですか。

(川井分科会長) このQ Iが本当の内輪で決めたので、Q Iの決め方からきちんとやったほうが良いとは思っているのです。一応ドキソルビシンに入るといのが一つにはなると思うんですけども、今回はそこまで絞っていない。

(事務局・東) DPCのデータでは全部薬はわかりますので、それは薬さえ決まれば、基準さえ決まればそういう計算することは可能です。

(上田委員) 薬物治療に関しては、軟部肉腫は標準的といっても、実際には施設によってばらばらであったり、インテンシティーもばらばらであったりして、なかなか標準的な治療を行っている、やっていないというので比較するのは難しい。これからの問題だと思うのです。組織型もばらばらだし、年齢もばらばらだし、化学療法の適用自体が結構揺れていて、標準的にこんな人だったらこれをやってという体系化がされていないイマチュアな状態で薬物療法を行っているところが現状かと思うのです。

(松本光史委員) もし1個インディケータを選ぶのであれば、おっしゃるように多様性があって、多様性でないといけない患者さんもいっぱいいらっしゃるんですけども、逆にドキソルビシン単剤をやっていらっしゃる非専門施設は少ないのではないかと思います。専門施設でも理由があってドキソルビシンに何か併用化学療法を行っているケースがあるんですけども、恐らくドキソルビシン単剤をやっているパーセンテージが高い施設というのは、薬物療法を比較的しっかり見て判断している施設である頻度が高いのではないかと思います。これは私の私見です。

(上田委員) ステージⅣの状況になってですね。

(松本光史委員) はい、ステージⅣの状況に関して。それは一つのインディケータになるような気はします。

(事務局・東) 川井先生の研究班でまたそういうこともしようという話もありますので、また次回以降にご報告できるかと思います。

(川井分科会長) このデータを見て話したほうが、皆さんはすごく興味があるのではないかと思います。

雑談ですけども、スライド、専門的というか、小さなところですけども、最初のころの対象が53施設のうち、これは47施設だけのデータが出ていますけれども、DPCがないというような施設がそこにあるんですか。

(国立がん研究センター・渡邊) 専門施設にはなったださったけれども、DPCがないという施設、

(事務局・東) ないのではなくてうちに提出していないということです。

(国立がん研究センター・渡邊) DPCはあるんですけども、うちに出してもらったもので解析しているので、

(事務局・東) これは自由参加で出しているから、

(川井分科会長) そうですか。なるほど。DPCのデータは自動的にこちらにあるわけではないんですね。

(事務局・東) そういうわけではないです。そういうふうにしたほうがいいのではないかという働きかけをしているんですけども、まだそういうふうにはなっていないです。

(川井分科会長) がん診療連携拠点病院でないとかそういうことではないわけですね。

(事務局・東) そうではないです。今回の施設は全部拠点病院、1施設だけ違ったかもしれないですけどもほとんどが拠点病院です。

(川井分科会長) また Kaplan-Meier の曲線を見ながら皆さんの意見を、言いたいことは多々あると思うんですけども、ちょっとそこだけ5分ぐらい話してもいいですか。

これをどう読むかという、

(上田委員) 意外ときれいに出ているのではないですか。

(川井分科会長) この先これでいいのかということ、

(上田委員) グラフの描き方だと思いますよ。全ての時期においてずっと差が出ている。

(川井分科会長) 全然出ていないですよ。

(上田委員) いや、いや、赤線がずっと上にいるでしょう。あれがクロスしたりしたらだめだけれども、幅は狭いけれどもずっと。だからこれは有意差が出ているんでしょう。

(国立がん研究センター・渡邊) 年齢調節したもので有意差が出ているかはわからない

んですが、基本的に有意差が出ているのはステージⅣと、

(上田委員) Ⅲも出ているのですか。

(国立がん研究センター・渡邊) ⅡとⅢは出ていなかったです。

(上田委員) これは age adjust しているからですかね。

(事務局・東) ちょっと難しいのですが、age adjust とは書いてあるんですが、結構大ざっぱです。40歳未満か、その前にハザードモデルのCox回帰の結果が出ていますけれども、ここで年齢が40未満、40~64、65~74、75以上の4分類にしていますけれども、その4分類でアジャストしたということです。

(上田委員) それを全部アジャストして、重みをつけてあるんですか。

(事務局・東) アジャストして、全部が40未満だというグループになったらどうなるかという精度曲線です。

(上田委員) アジャストしない、そのままのローゲーターではどうなったんですか。

(国立がん研究センター・渡邊) 何もアジャストしないともう本当にきれいに専門施設のほうがぱーんといいという結果になります。

(上田委員) そうでしょう。それが本当のデータだと思います。

(事務局・東) ただ、非専門施設のほうが高齢者が多いんです。だから年齢ぐらひはアジャストしないといけないだろうということでこのようにしたのです。

(上田委員) そこに組織型を入れていないとアジャストしてもかなりバイアスが大きい過ぎてあまりこのデータが真実とは思えないです。かなり組織型が専門病院と非専門病院で違っているはずですよ。

(国立がん研究センター・渡邊) 組織型とは……。

(上田委員) マイナーなものは省いてしまってメジャーなエルサルコーマに限ってしまっていくとか、そういう形で出したほうがわかりやすいと思うのです。軟部肉腫は組織型がクリティカルなので。

(国立がん研究センター・渡邊) 実は、この組織型を選ぶのに、このスライドの最後に書いてあるのですが、ここは中央病院の軟部肉腫の先生が、四肢軟部肉腫と呼ばれるものを以前に整理したものでかなり now known している部分がある。その差を最後のスライドに載せてあって、最後のスライドに載っているものはこの解析から抜いたものです。そういうことをしているんですけども、それでも組織型ごとにとっているのはやっていないです。

(松本光史委員) ちなみに今年齢調整をしていないステージ別の Kaplan-Meier 曲線自

体はあるんですか？

(国立がん研究センター・渡邊) 年齢調整をしていないもの？ 実はすぐ出せることは出せます。

(上田委員) 見たいですね。

(事務局・東) 準備しますので議論を続けてください。

(上田委員) 例えばステージ I なんかで見ると、オーバーサバイバルで見ると、どんな治療をしてもそんなに亡くなっていかないのでは差が出にくいと思うのです。それよりもっと local recurrence free survival とか disease free survival でいくほうがきれいに差は出ますし、そんなところで、

(事務局・東) そこはちょっと出ないです。

(上田委員) そこはがん登録では難しいですからね。

(事務局・東) いつ再発したのかというのはわかりませんし、そこは臨床試験でないとしてもずっとフォローするわけにはいかないのです。

(上田委員) そうですね。

(国立がん研究センター・渡邊) 本当に何も調節していないで出したものは、本当にきれいに、

(上田委員) そうでしょう。それが事実です。

(事務局・東) 何も調節しないで、

(国立がん研究センター・渡邊) 年齢もステージも調節しないでそのまま出したものが最初のもの、

(松本光史委員) 何も調節していないデータというのは、ポジティブに言うと、具合が悪い人は専門施設にたどり着いていないということもあるでしょうし、ネガティブに言うと、非専門施設でいろいろとやった後で専門施設に駆け込んできた人は専門施設のデータになっています。

(国立がん研究センター・渡邊) はい。そうです。

(松本光史委員) だから、世の実態に近いといえば近い。

(上田委員) 実臨床に近いと思いますね。

(松本誠一委員) うんと高齢になるともう移動するのがめんどくさいというのがありますね。もうそこまで行かない、近くでいいという人もいます。

(上田委員) 専門施設でもそういうふうな考え方になるかもしれないですね。85 歳の人

が来られたら、あまり無理はしないということはあるですね。

(年齢調整していないグラフを配布)

(松本誠一委員) いいではないですか。

(上田委員) これがそうですか。このほうがわかりやすくて、変にいじらなくていいのではないですか。

(事務局・東) こんなものです。わかりやすいんですけども。

(国立がん研究センター・渡邊) 喜ばしい結果です。

(上田委員) 喜ばしいけれども事実をあらわしている。全部ひっくるめて出したらこんな感じだということ。

(事務局・東) ここから専門施設のほうがいいということはちょっと言えないです。

(上田委員) そこまでは言えない。いろいろな要素があるけれども、事実はこの感じということだと思います。ポジティブなバイアスとネガティブなバイアスがいっぱいあって、それを全部ひっくるめたら、それが解析できるならもちろんやったほうがいいですけども、できないわけですから、全部ひっくるめたローデータでこうだというものを出せば一番フェアだと、フラットだと思います。解釈はいろいろとできると思います。

(事務局・東) きちんと解釈していただければいいんですけども、これだけ出して、

(上田委員) 組織型の問題が入るのでこれはもうやはり専門のところで行うべきことであって、例えば整形外科の骨軟部腫瘍登録を使ってやるとか、そういうことをすれば。

(国立がん研究センター・渡邊) 先ほど先生がおっしゃったように、組織型を絞ってというのはできますね。

(事務局・東) 絞ってというのはできるんですけども、数がものすごく小さくなるので、そこが問題ですね。一応中央病院でこの部分だけで生存曲線を描いてもいいだろうというには絞ってはありますが、グレードとかはあまりきちんとは絞っていないです。

(松本光史委員) これのステージ別はないのですか。

(国立がん研究センター・渡邊) ないです。

(事務局・東) 今、すぐにはないです。

(上田委員) ステージとかは出ないでしょう。

(事務局・東) 見ましたけれども、

(上田委員) 欠損データが多いのではないですか。

(事務局・東) 何の欠損データですか。

(上田委員) ステージがわからないもの。

(事務局・東) ステージがわからないものはそれなりにありますけれども、そんなに多くないですね。

(上田委員) そうですか。

これでもうちょっと細かくしたら初診時のM0とM1の2つに分けて出すというのはもうちょっと細かいですかね。先ほどのものを見ると、M1は結構差が出ているのでそれを除いて localize diseases で全てのグレードの知識を自分も調べて、そしてM1を調べたらもう少し細かくなる。M0症例とM1症例で、初診時転移あり、なしで分ける。

(事務局・東) ちょっとそこはまたやってみようと思いますが、きょうのところはそんな感じで。川井先生の話と全然違ったのですが。

そうしましたら、検討事項のほうに移っていきたいと思います。資料2をごらんください。今までの議論は53の専門施設を募って、それが今回入れかわりもあって60施設ということになっているんですが、今後どうするかというところです。

川井先生が先ほど少しおっしゃって、あまり強くはおっしゃらなかったんですが、60施設にふえていく。第1回か第2回のどちらかに入った施設ということになるともっとあるわけです。70とか80とかあるので、そういった施設に対して、今後そのままにすると恐らくふえるということが考えられますし、そこを絞るとするのであれば要件を厳しくすれば確かに絞れるとは思いますが、せっかくやる気があるといいますか、手を挙げていただいたところが絞られるというのも具合が悪いかもしれないというところもあって、それだったら地域の中核のような施設を指定して、そこがほかで手を挙げてくれた専門施設と連携していただく、見ていただくという形にしてはどうかと思うのです。そういったふうにするかどうかということについてまずご意見を伺いたいと思います。どうでしょうか。

(上田委員) 先ほどのフランスの成功例を見ていると、そういう形で地域でとりあえずセンターをつくって、センター中のセンターを置くという形というのが、さっき言われた、ランクではなくてネットワークの形ですね、それが一番いいように思えます。とりあえずフランスのあれだけの成功例、もう一つフランスは病理診断をきっちりしたというあそこが大きいと思いますが、それは解決するとして、地域でアクセスしやすいようなところをつくった上でセンター中のセンターを置くというのは現実的でないのではないかと思います。

(事務局・東) ありがとうございます。



(上田委員) センター中のセンターをどこに何施設置くかがありますね。

(事務局・東) そうですね。それは反対というか、そんな感じでよろしいですか。その方向でよろしいですか。

そうすると具体的に中身はどうするのか。どういった施設をセンターにするのかとか、その条件をどこかで決めるのかとか、あとは地域の区分とか、グループ分けをどうするのかという問題がありますけれども、その点について何かご意見があればと思います。

私の勝手なたたき台としては資料2で、1として、地域ごとにしたらいいのではないかとか、症例を考えると、体制を考えるとというふうに挙げてみたということはあるんですが、どうですか。どうやって決める、もしくは何を基準に決めるか。

(中島委員) 資料4 aで60施設が青印になっていますけれども、県で全然ない県があつて怖いというのがあって、そういう県で近くの青い印のついたところで連携できるようなところがあれば、要するにたくさんあるところはそんなに気にしなくていいと思うんですけども、疎のところというんですか、疎の都道府県でもやはり患者さんはいるわけで、そこで近くの60に近いような専門施設のネットワークというのはすごく大事だと思うし、それにおいて中核というのがあればと思うんです。

(事務局・東) ありがとうございます。資料4 aは地域ですが、4 bのほうが施設のリストになっていますので、地図から読んでいただいても、リストから見ていただいても、大体県はわかるかと思います。あとから配った机上資料5、横になっているところを見ていただくと、ない県はわからないんですけども、同じ県は同じ県でまとまるようにしていますので、その辺を見ながらどういうやり方がいいかと。これをそのままいくと、東北の県はほぼ1施設に集中するという感じにはなるんです。

(上田委員) 違うのです。秋田、山形は新潟に行くんです。どこかでも言いましたけれども、日本の国土の地理を考えると、近さだけではなくて、交通の便と山を挟んでいるかどうかとか、トンネルがあるかどうか、交通の便で結構地域で違うんです。各県に1個という発想よりは、エリアでないところがないように、人口の数を考えて行うのが現実的だと思います。

(事務局・東) どういうふうに分けたらいいんですか。60施設に集まっていたら、グループになってくださいというような。

(上田委員) 机上資料3を見ると非常によく出ていると思います。患者さんが都道府県で見ると、島根の方はおられないですね？ おられたら叱られるかもしれないんですが、

島根だったら1年で7人の患者さんです。佐賀県だったら2人、宮崎だったら5人で、この県に1個センターを置くというのはあまり効率もよくなくて、診療のアウトカムを考えてよくないと思うので、こういうところはある程度ブロックで1個考えていくというのが、線引きをどうするかというのは難しいところだとは思いますが、ざっくりとした考え方でいくと、やはり数とアクセスを考えて置いていくというのがいいと思うのです。その結果が多分今のこれにほぼ近いのではないかという気がします。

**(事務局・東)** 机上資料3の症例数のほうは拠点病院ですので、ほかにもいる可能性はあります。恐らく人口には比例するのではないかと思うので、人口も参考にしながら見ていただくのがいいと思います。

**(上田委員)** あとは年齢ですね。

**(事務局・東)** 鳥取と島根が、鳥取のほうが多いというのは、恐らく拠点病院が多いんだと思います。もしくは院内がん登録を出している施設が多い。島根はそれが少し少ないのかもしれないとは思いますが。ここは参考というふうにしていただければと思います。

**(川井分科会長)** もう一つ問題は、では地域性を考えるといっても、そもそも今回の決め方が自分から手を挙げるところから始まっているので、例えば東北にないとしたときに、こちらから指名するのかなというようなことは基本的にはやりづらいたてつけになっていますね。

**(上田委員)** 自主的にやろうというところにやってもらうのが一番リーズナブルなように思います。やりたくもないのにやらされても絶対治療成績が上がるとは思えないですからね。

**(事務局・東)** やりたくない施設、やりたくないというか、手を挙げなかった施設は後で考えるということにして、線引きの問題というのはとても難しいと思うんですけども、秋田は新潟に行ってしまう、東北ではないということになると、何とも言いがたいところがあるんですが、

**(土屋委員)** 新潟が東北に入ればいいんです。全ての学会はそういうふうになっているのです。

**(事務局・東)** 新潟も東北に入っているんですか。

**(土屋委員)** 東北整形災害外科学会という学会では新潟は東北なんです。中部の学会には所属していないのです。東北の学会に所属しているのです。

**(上田委員)** 実勢でいくとそんな感じですね。交通とか、行く地域がね、恐らく。

(土屋委員) そうです。新潟は東北地区の学会です。

(若尾センター長) 東北がんネットでも今回新潟は入るという話が挙がっています。

(土屋委員) 新潟があっちにいけば全て解決する。

(松本光史委員) この会はそもそも集約化をしたくて、上からトップダウンで決めるのではなくて、患者さんに選んでいただくための基準をつくるということだったと思うのです。そうであれば、各地方に1個あるような基準をつくる必要はないのではないかという気がします。

(事務局・東) そこは一つの考え方ですね。

(松本光史委員) 東北になくていいというのではなくて、さっき上田先生がおっしゃったり、東先生がおっしゃったように、おのおのの地方の細かい交通、多分福島も中通りと浜通りで全然違うとか、先ほど出た島根、鳥取ですと、鳥取東部の患者さんは私たちのほうにおりてきたほうが鳥取の西部の大学病院に行くよりむしろ早かったりするのです。48都道府県も個別具体的な交通事情をみんな把握して基準を決めるのは大変だし、それよりは、例えば3年で毎年1人とか、3年で10人とか、年10人といった何らかの基準、オペレーターの先生だったり、薬物療法だったり、病理の診断だったり、診療の質を担保するのに何人要るとか、そういう基準で切って決めるほうが自然な気がするのです。

(事務局・東) それで決めたのが60施設ということですが、これはその後どうするかという、それはもうそのまま。

(松本光史委員) 記憶している限りでは、最初はこれでだんだん上げていくという話をしていらっしゃったような気がするので、

(事務局・東) そっちのほうがいいですか。そこは2回やり取りをさせていただいて、結構いろいろなことを病院がおっしゃるので、ここはまけられないのかといったこととか、それをやった後で見ると、どうしても絞っていくというのはかなりのハレーションがあるなという感じですか。

(松本光史委員) 皆さんでお決めになることだと思うので、あくまでも個人的な意見ですけれども、机上資料5の各施設の年次別の症例数のところを見ると、仮に毎年10人、3年連続としても41病院が残ります。それがいいと申し上げているわけではないですし、ひょっとしたら当院も基準から外れてしまいますけれども、3年で100例とか、本当にたくさんやっている施設に集約すべきだというふうにひょっとしたら患者さんはお考えになるかもしれないですし、それはわからないですけれども、今の60を本当にずっとキープする

基準でいかなければいけないのかという、そういう疑問です。

(事務局・東) ここは恐らく方向性としては、キープするのか、しないのかという話もありますし、キープしつつ、上が1つ決まればあまりわざわざ絞らなくても半分絞っていくことにはなるのではないかという考え方もあります。

(松本光史委員) おっしゃった2階建ての2階というか、中核センターみたいなことですね。

(事務局・東) はい。

(上田委員) 中核中の中核は要るでしょうね。

(事務局・東) その辺がどちらの方向にするかという問題もあるんです。

(武田委員) 私も松本先生に似ているのですが、この目的が50施設ぐらいでレアキャンサーを集めるというのは多分主たる目的、治療向上という形だったと思うので、まだ半分ぐらいの患者さんは非専門施設に行かれている状況が先ほど渡邊先生がプレゼンテーションされた内容に書いているので、まず今の50施設をある程度固定して、やはり患者さんが集約されてきつつあるかというのを長いスパンで見たほうがいいのではないかと私は思います。やはりそれが難しかったら、2013年の段階とほぼ患者層が変わらないということであつたら、次の段階で考えていくというふうにしないと、またここで中核という話が出てくると、何をもって50施設を集めた意味が、本当はアウトカムが出ているかどうかということが全然わからない段階で中核の話が出てしまうので、私としてはそこはすごく違和感を覚えています。

(事務局・東) なるほど。そうなんですね。多分、ここは事務局的な考え方というか、感触なのかもしれないですけども、更新します、2回目をやりますと言ったときに、そのやり取りを聞いていると、今回はだめだったけれども次は頑張りますからとか、これからよくなりますからとか、そういう意見がすごく寄せられるのです。そうすると、次やりますからと言っているのに、またハードルを上げたというのはすごく言いづらいというのがあって、それだったら、しかもやる気があるんだったら、2階建てにしたほうがいいのではないかという案を出させていただいたのです。そんなことは言わずにもうちょっと耐えなさいという考え方はもちろんあると思います。それは事務局としてはここで決まったことを粛々とやるというふうにはしようと思います。過度な誘導だったかもしれないので、意見をいただければと思います。どうでしょうか。

(松本誠一委員) 60施設になったということは、年間1例といったほとんどやっていな

いところから、症例がそちらのほうに移動したというふうに考えることもできるわけですね。だから本当にものすごく少ない施設から少し症例の多いところに集まってきたから 50 幾つが 60 になったと考えられる。だから今の我々の目的としていた本当に数の少ない施設から少し数の多い施設に症例が集まってきたという段階だとも考えられますね。だからこの基準に合致しようと思って頑張るということはほとんどやっていない施設から自分のところに来いと言っている施設がふえてきたのではないかと善意に考えることもできます。

(事務局・東) そうですね。がん登録の収集のタイミングというのがあるので、まだ 2016 年までというのは公表していない年でしたから、そのところの影響はまだ出ていないところだと思うんです。

(松本誠一委員) でも、多分努力はしてくる方向になってきますね。

(事務局・東) これからは多分すると思いますし、希少がんに対して注目が集まって、あり方検討会というのがあったときではありますので、そこはだんだん見る人は見ていたのかもしれないと思います。どうでしょうか。

(川井分科会長) 確かにこれが始まったときには集約化するべきですというふうには、私のきょうのスライドの 1 枚目もそうですね。そもそもそれが必要なのか、ちゃぶ台返しをするつもりはないのですが、データから見ると、よさそうな、悪そうなというところも実際見えていて、そういうちょっと冷めた目も必要かなという。

(松本誠一委員) それはもっと集約化することによって今よりも成績を上げるということですよ。だから今のところではあまり差がないけれども将来的にもっと集約化が進めばもっと成績が上がりますね。

(川井分科会長) そうですね。それは作業仮説なので、その検証はしていかないといけない。

(松本誠一委員) もちろんそうです。

(川井分科会長) その裏返しで、例えば集約化したらいいと、私もそう思いますけれども、実際に今のデータ、東先生の出した生存率は全く変わっていない。トップの 2 つのアウトライヤー、あれは落ちていましたが、あれはがんセンターではないですか。

(事務局・東) そうかもしれないです。

(川井分科会長) そうですね。すごく症例数の多いところは成績が悪い。それはバックグラウンドが違うと思いますけれども、だから集約化すればするほどいいというのは一つ

の作業仮説なので、それに基づいていくのはいいと私もそう思います。その方向はいいと思うけれども、一步引いて、待てよ、本当にそれでいいのかというのはずっと考えておかないといけないと思います。

それと、集約化するときに必ず出てくるのは患者さんのアクセスという話になるけれども、今、60あるわけです。これをもっと本当に集約化してほしいかどうかというのは、患者さんの目線はどうなりますか。

(大西委員) 確かに青森の人がわざわざ遠くまで行くというのがどうなのかということもありますけれども、ではその病院が年間1例、2例しかやっていないとすると、不安なまま行って意味があるのか、それだったらちょっと遠くでも専門施設に行きたいというのは、安心という意味では、患者の立場としてはあると思うのです。

(川井分科会長) その中で60施設、データが全て出ているわけです。60の中でも多いところ、少ないところが見えるわけです。そのデータが出た上で患者さんが多いところに流れていくというほうが自然ではないかと思うのです。

(大西委員) それは自然だと思います。

(尾崎委員) この手を挙げたところは確かに症例数プラスアルファ英語論文か何かでしたね。

(川井分科会長) だからそこでひっかかったところは結構あります。

(尾崎委員) 実際の症例数だけではないわけです。例えば我々のエリア、中四国だったら高知なんかでは結構集まっている施設があるんですけども出てきていないですね。そういうところから本当に集約化できるかといったら、ちょっときついなと思ったりするのです。高知から岡山とかあっちまで出ていくのは。

(川井分科会長) その中で2階建てというのがそこから出てくると思うのです。アクセスをある程度担保した上で、情報は全て1階部分から全部出した上で、でも国際共同研究をやるとか、1階建て部分、どうしようもない治験に回したいというときには10ぐらいの、

(尾崎委員) それはそれで正しいと思います。

(上田委員) その2階建てというのは患者さんの集約化というよりは研究とか臨床試験とかそういうものをスムーズに動かすための多分ネットワーク化でしょう。

(川井分科会長) フランスがああいうふうになっていると思うのです。フランスは26施設、結局日本と同じ数があるわけです。集約化したというから見にいったら、結局拠点病

院は人口当たりになると日本と同じだったわけです。その中に3つの大きい施設があって、国際共同治験なんかはそこに集めている。

(上田委員) あとは中央病理診断ね。

(川井分科会長) そうですね。患者さんのアクセスを担保するということを考えるとき、ゆっくと絞っていくというのは、力わざで絞るのは無理があるのかという気もしています。

(松本光史委員) 聞きそびれたのですが、フランスの場合は年間何例という基準があるのですか。

(川井分科会長) もう一回行ってきます。

(土屋委員) 先ほどのデータは2016年までですね？ そのデータと今後2018年からの3年間と比較しない限りこれがうまくいっているかどうかというのはちょっとわからないのではないですか。あと、今、成績向上とか集約化の目的を言っていましたけれども、一番は患者さんの不利益を最小限にするのが、不利益ですよ、要らない手術をすとか、入院期間が長くなるとか、機能がうんと悪くなったとか、こういうのを避けるのが一番の目的なのではないかと思うのです。

(上田委員) もう一つの大事な目的ですね。

(土屋委員) 生存率はもちろんだけどそれ以外の見えない部分で不利益をこうむっている可能性があるんで、それを評価に入れておかないとうまくいかないのではないかと思います。

(川井分科会長) そういうことを見ていきたい。生存率も確かに大事だし、最終的には生存率だと思います。

(土屋委員) そうです。けれども、同じ生きているのでもQOLが大分下がったらあまり意味がないかもしれない。

(川井分科会長) 例えば私のスライドで、フランスのNETSARCが出しているデータ、治療成績の解析というのを見ていただくと、7枚目、8枚目ぐらい、治療内容の検討、治療成績の解析、これはまさしく今先生がおっしゃったlocal recurrence free survivalはきちんとやったら少ない。要するに、患者さんは2度手術をしないで済んで、けどメタは変わらない。そこまでの集約化によるメリットは出ていない。あるいは彼らが言っていましたけれども、NETSARCの来る患者さんのほうがアドバンスケースが多い。もともとベースが悪い。けれどもイコールまで持ってきているから俺たちのほうがいいんだというよ

うな言い方はしています。

(土屋委員) アドバンスになる前に専門施設に来ていただく。

(川井分科会長) 明らかに local recurrence は下がっているのです、それはいい。まず私たちが目指せるのもそこなのかという気はしています。

(上田委員) それでいくとやはりアクセシビリティというのは大事なファクターですね。集約化、集約化と言って、予後をよくするだけではなく、患者さんが地域ごとで比較的行きやすい形のネットワークをつくっておくというのは大事、とにかく窓口としてちゃんとした知識を持った病院、アクセスしやすいところをつくっていくというのが大事。

(大西委員) 逆に知識を持っていない非専門病院と呼ばれるところからぜひ専門病院に行ってくださいという促しができるのか。

(川井分科会長) それは学会としていけますか。

(土屋委員) 本来はそうなってきてほしいわけでしょう。

(川井分科会長) 先生、そういう話でいいですか。だからそこでネットワークに入ってくれた施設に来たらこんないいんだということを実際のデータとして出してもらって、それを患者さんにも見ってもらって、ではそっちの病院に行こうという流れをつくるというのは大事なことだと思うのです。

(土屋委員) 先ほどのデータ、過去の生存率の話ですね。あれを患者さんがもし見たら、ステージ I、II、III だったらどこで治療を受けても一緒だという話になってしまうので、あれは公開はしないと思いますけれども、今からのデータを解析しないといけないと思います。

(川井分科会長) 先ほど DPC のデータで隔靴搔痒の感がありますね。このデータが欲しいけれども出てこないというのがあるので、そのために必要なことはその施設の医者の協力なんです。もうちょっと詳細な大事なデータを出してもらおうというレスポンスビリティが、

(土屋委員) そうしたら各施設の登録ではないですか。

(上田委員) 大事なものは登録です。

(土屋委員) そのデータでしかわからないことは山ほどある。

(川井分科会長) なっていただいた施設にある程度の負荷をかけていくということがこの先は必要だと思うのです。60 施設が選ばれましたけれども、その裏にはこれだけのことをやってください、きちんとこのデータを出してください、それが最終的にはそのグルー



プの力を上げていくことにつながると思うので、この次はそういう動きが必要ではないかと思っています。

**(中島委員)** 中核機関をどうするかということにも含まれるんですけども、今の専門施設は50、60あって、中核機関という必要条件に満たないようなところがあってということで、一方で、例えば青森あたりの人が1時間、2時間かけて専門施設にも行けるけれども、かといって、手術はできるとして、手術が終わったら戻ってからのフォローアップに、半年か1年かわからないんですけど、そこに行く時間よりは短くても、もうちょっと近いところで診てもらえないかという意味の中核というか、そういうのがあれば患者さんも楽なのではないかと思うのです。術後のフォローアップも含めた近くの施設があって、その呼び方はわからないですけども、それがあれば一番いいかと思っています。その中でもしかしたら将来中核機関になるのかもしれないし、そういう施設が、手を挙げている病院の中で、専門機関ではないけれども何とか診ることができて、もし何かあった場合には行ってもらえるというところを鉄道ラインや何やらでネットワークができたと思います。具体的にどうしたらいいのかはわかりませんが、そういう面も必要かと思いました。実質の中核機関というよりも、見守りの機関というか、何ていうんですかね、そういうものがあればいいかと思うのです。密なところはいいでしょうけれども。

**(川井分科会長)** おっしゃることはよくわかるけれども、そこまでここでやるかという話がありますね。病病連携の話になってきます。

**(上田委員)** 大学の関連病院の先生方だったり、いろいろな事情をもとに個別に、例えばフォローはお願いしますというところで、例えば中島先生みたいに開業の先生も詳しくやっておられた先生がおられたらお願いしたり、その都度地域でやるから、そこまではここは要求されないのではないですか。また再発とかが出てきたら、おかしかったら、怪しかったら、その地域の中核に紹介していただくということではいけないのではないですか。

**(押田委員)** 患者の立場としては、今、中島先生がおっしゃったみたいに、それが一番気になる場所でもあるんです。治療を受けた方がいいけれども、最後までどういうふうにフォローして下さるかというのが一番気になる場所であって、それができないから中央のほうや集約しているところには行けない、行きたくても行けないという方もいらっしゃると思いますので、そこまでちゃんとフォローができるのでまずはここから始めましょうというところの道筋を全部つくっていただくと、ここでするかどうかはわかりませんが、最終的にそういう流れができることは私たちにとってはとても大事だと思います。

**(川井分科会長)** おっしゃることはそのとおりだと思います。例えばがんセンターに遠くから治療にこられて、手術して、抗がん剤治療して、では地元に戻りましょうと戻したときに、いろいろなパターンがあります。紹介してくれた先生に、お願いしますと言ったら、やはりうちでは診られないからお願いしますとこちらにまた戻ってくることもあるし、患者さんちょっと心配だからがんセンターまで通いますという人もあるし、あるいはCTを撮るだけなら撮ってくれるというところもあるし、本当に千差万別です。

がんセンターとして私たちはどうしろと言われていたかということ、本当に急性期だけをやりなさい、例えば1年後以上のフォローはもう地元でやってもらいなさいということは国立がん研究センター中央病院の方針です。どちらかということ私たちはその逆らっていて、院長から目をつけられているのです。難しくて地元では診られないから来ているのですといって、5年、10年診ていると怒られるんです。それは集約化された病院の一つの姿だと思います。

**(松本光史委員)** おっしゃったのは、そもそもその先のフォローアップとかのことが心配だから最初の初期治療の段階で遠くのハイボリュームセンターに行けない患者さんがいらっしゃるという話ですね。

**(押田委員)** はい。

**(松本光史委員)** それを重くとるのであれば、先ほど先生がおっしゃったような、ゲノムだったら連携とか協力とか、2階建てではなく3階建てみたいになったりしていることがあるので、その3階部分は多分さっきおっしゃっていた地理的条件を考慮して1都道府県に1個という感じになるんですかね。

**(川井分科会長)** それこそがん診療連携拠点病院、都道府県とか幾つかのレイヤーがありますが、がんの手術をがん診療連携拠点病院でやって、それ以後のフォローCTは市町村の病院でやるというのはある程度の流れができています。それと同じようなものをつくるというご意見ですね。

**(若尾センター長)** ただ、都道府県がん診療連携拠点病院というのは別に医療の差ではなくて、調整役のような位置づけです。県内の拠点病院、二次医療圏の中のリソースの状況を見たり、研修計画を立てたりとか。医療は基本的には要件上はあまり差がない。臨床試験を多くやるというのはあります。

**(事務局・東)** 要件上は見なさいと書いてありますけれども、県のほかの拠点病院の面倒を見なさいということが書いてありますけれども、そこが問題になることはあまりない

ですね。実際見ているかというのを検証したとか、見ていないから問題ではないかといった議論はあるんですか。上野さん、聞いたことがありますか。拠点の要件とか、拠点の役割で、都道府県がん診療連携拠点病院は何をしているか、ちょっとまずいのではないか、地域拠点をちゃんと見ているのかと。コンセプトとしてはありますけれども、実際にそれが問題となることは何か。

(若尾センター長) それが問題かどうかとは違うかもしれませんが、昔はいくつか入れかえがありました。

(川井分科会長) 今、おっしゃっているいわゆるローカルのネットワークですね。だからそれは、今、例えば60の施設が手を挙げてくれた。私はその施設のレスポンスビリティと言ったけれども、その中に入れてしまう。あなたはこの地域の肉腫を診療すると言って手を挙げたんだから、紹介してくれたところの地元ともちゃんとネットワークをつくって、こういうことをやっていますということを地域、地域でやってくださいというのがいいような気がします。

(事務局・東) 最初は60の中で中核をと思っていたのですが、今のお話は、60が中核であり、

(川井分科会長) 先生の資料2-1、2、3がちょっと話がよそへ行っているなと思って、申しわけない。

(事務局・東) いいんですが、そっちのほうが先なんですかね。

(川井分科会長) もう一度ここで確認ですが、東先生の資料2-1、2、3というのは、集約化の方向へ考えるのであれば2階建てというのは一つの考え方で、60の中から中核をつくっていく。2階建てということを想定してアジェンダをつくってくださったと思うのですが、今のお話を聞いていると、それを今すぐ考えるよりもというご意見が多いように思いました。

(上田委員) ほかががんのように2階建て、3階建てにするほどは症例数が多くないですからね。1階建てで十分地域のカバーをしておけば、あとの2階建ての上はそれこそ研究や臨床試験や国際共同といったときのセンター、それだったら日本の中核病院は東京に1個あればいいのではないですか。

(川井分科会長) わかりやすい。どうですか。

(事務局・東) では東京に1個ですか。

(松本誠一委員) でも、これも自然に中核病院ができてくる。多分ね。

(土屋委員) そう思いますね。だんだん絞られてきますね。

(事務局・東) 今の議論だと、60 ぐらいを維持していくということで、そんなもんだろうということですか。

(上田委員) まだしばらく、毎年、更新はどんなふうになっていくのか、

(松本誠一委員) ハードルをまだ高くしなくても、60 ぐらい、

(上田委員) 2～3年。

(松本誠一委員) もう少し見てもいいのではないかと思います。

(若尾センター長) 非拠点というか、来ていないところは半分残っているの、そこから吸い上げるような仕組み、そっちを進めるように、

(土屋委員) そうですね。それが先決ではないですか。

(松本光史委員) 非専門施設から専門施設への患者さんの移動というのは、現時点でモニタリングできるようになっているのですか。

(事務局・東) 患者さんの数というのはできます。がん登録があるのでそこはできます。

(松本光史委員) それが治療成績の改善に結びついたかどうかという議論をしようと思うと、今のまま5年ぐらい待たなければいけないという理解ですか。

(事務局・東) はい。

(松本誠一委員) それを急速にやろうとすると上からのものしかなくなってくるわけですね。そうすると今までの専門家の集団の中で自然に集約化するというのからちょっと外れてしまいますね。

(事務局・東) 上からという指定で決めるというのはある意味ハードルをばーんと上げていくということが必要になると思うんですけども、そうではなくて2階建てにするのであればそんなに上から、上からですけれども、あまり絞り上げているような感じにはならないのではないかという提案ではあったのです。

(松本誠一委員) 先生が考えておられる2階建ての主たる目的は何ですか？

(事務局・東) 専門施設に行きたいという、その専門施設がどこなのかということが症例数以外にちゃんとわかるということです。一つの問題としては、どうしても専門施設、60施設となったときに、一覧表になることが多いのです。非常にわかりにくくて、症例数というのもちろんと見る人もいれば見ない人もいるし、見ない人のほうが多いのではないかという感じもするのです。

(若尾センター長) システム的なことを考えると、症例数を見せるために一覧でバーを

つけて、症例数は一応一覧から見えるようにはしているのですが。

(上田委員) 多い順に並べるとかね。

(若尾センター長) ああ。ブロックごとに多い順に並べる。

(上田委員) 中で競っていただいて、自然と中核病院、ハイボリュームエンターができていくということでもいいということはありませんね。

(事務局・東) 自然にハイボリュームセンターができるかどうかという問題にもなりますが、

(上田委員) 当然症例が多くて、患者さんがそのデータを見て、多いからこの病院に行こうと思われたらそっちに集まっていくからだんだんふえて差が出てくるし、実際にはそれほどでもないんだったらあまり動かない。これはわからないですけども、アクセシビリティも含めて患者さん本位ですね。

(事務局・東) ある意味、現状を維持して動きを見るということですかね。

(川井分科会長) 先生が資料2の3に書かれているんですが、中核機関というのが、一層絞った、例えば集約されたハイボリュームセンターで、専門機関というのが今手を挙げてくれたこのグループということですね。

(事務局・東) そのつもりで書いています。

(若尾センター長) 今、机上資料5を見ているんですけども、そもそも、先ほどもお話があったかもしれませんが、公開されたのが2017年の年末ですね。だからその影響は全く出てないですね。

(事務局・東) まだ受けていないです。それは出ていないです。

(若尾センター長) だから18で見ないと本当に動いているかわからないですね。

(事務局・東) もちろんわからないですが、先生方のご施設で、では動いたという実感はあるかということをお伺いしたときに、ないですという話になったかと思うのです。それもあって、本当にこれでいいのかという思いはしたのです。

(宮地委員) 小児がんの拠点病院は15施設が制定された形になって、実際には、今お話に出ている2階建てに相当するような施設を決めた形にはなっています。

私どもの施設も小児がん拠点病院ですので、確かに患者さんは増えて、病棟の部屋を1部屋増やさないと患者さんが入院できないような感じになってきています。制定されてから、既に5年ぐらいたっているかと思うのですが、劇的に増えるというわけではなく、このような変化です。

小児がん拠点病院がない都道府県の患者さんが小児がん拠点病院を受診するために動いているかと言われると、しっかりした統計を調べたわけではないのですが、多分そうはなっていないのではないかと思います。例えば小児がん拠点病院は関東圏には3つしかないのですが、その3つだけに集まっているかと言われると、必ずしもそういうわけでもないかと思います。

小児がん拠点病院はこれから再度選定される時期になって、さらにまた減るかもしれないという話もあるみたいですが、実際の患者さんの受診行動にどれくらい影響しているのかとか、治療成績の検討はあまりされてはいないです。ただ、小児がん拠点には難治例が集まりやすいので、治療成績の比較もなかなか難しいというのと、拠点病院の数を減らしたら受診行動が極端に変わるかと言われると、やはりそうでもないのではないかと思います。小児がんと軟部肉腫は違うところもあるので、決して同列には比較できないとは思いますが、小児がん治療の集約化については、なかなか難しいところがあります。

そういうときに、では拠点病院はどういうことをするのかというと、やはり研究なり教育なり、そもそも地域でのネットワーキングをよりしっかりさせるという形にならざるを得ないかと思います。どうしてもそれぞれの都道府県の基幹施設に来院した患者さんはそこで診てほしいと思われたり、そこで治療をしてほしいと思われる方もおられるのかと思いますので、受診行動は大きくは変わっていないという印象があります。四肢軟部肉腫でも、今の状態をもう少し継続して、受診行動がどう変わるかを見ていくというのは確かにそうなのかと思います。

**(川井分科会長)** 先生方は一足先の経験というか、それは私たちの議論の中でも非常に参考になっています。トップダウンではないという方法をとったのもやはり小児がんのことが頭にあったからというところですが、フリースコープがあると思うのですが、今の受診はちょっと上がったけれども、ポジティブな方向に上がったけれどもというお話だったと思いますけれども、悪いところはどこですか。力任せに15施設を指定したということによって悪いことは何かありましたか。

**(宮地委員)** 悪いことは起こっていないのですが、多分、一つは集約化という目的が達成されているかと言われると、どこまで達成されているのか、そのデータというのは私自身は見たことがないですし、体感的にすごく集約化されているわけではないだろうということです。

**(川井分科会長)** 集約化するためには上からのすごい力があるか、患者さんのトレンド

がないとやはり行けないですね。

(宮地委員) フランスの小児がんがどういうふうに行っているかということフランスの先生にお聞きしたことがあるんですけども、私が正しく英語を聞けていれば、フランスはトップダウンでかなり絞った施設に集約化して、そこ以外はもう診療しないようにさせているようでした。ただ、地域性でどうしても難しいことがあるので、そのような地方の施設は決めていて、その施設は必ず中核施設とがんセンターをして診療しなければならず、その施設のスーパーバイズを受けて診療しなさいという形にはなっているので、本物のトップダウンですね。だから診療してはいけないぐらいになっている。

(川井分科会長) 診療報酬で決めているわけですか。

(宮地委員) ちょっと詳しいことは分かりませんが。

(上田委員) ヨーロッパはそう言っていましたね。全部ではないです。イギリスは診療報酬で縛って、イタリアはなっていないけれどもフランスは絞って、スペインもフランスにならって診療報酬で、ゴルフボール以上で悪性だった腫瘍を一般病院でしたら保険を出さないというので絞っていったと言っていましたね。

(川井分科会長) でもそれは日本では、

(上田委員) なかなかできないですからね。

(川井分科会長) 厚生労働省の方々がどう考えられるかですけども、そこまでの機は熟していないような気はします。

(上田委員) やはりある程度はアクセシビリティを考えたいような患者さんのためですね。

(川井分科会長) そうすると、集約が起きるのは患者さんが自発的に動かないと起きなくて、そっちへ持っていくためには成績を開示する。このグループの成績はいいですということを長い目で見て出していくことで患者さんが集まってくるというのが、迂遠なようですけども一番大事なことだし、実効的かという気もします。

(土屋委員) 小児がんの年間発生数というのは何例ぐらいですか。

(若尾センター長) 2,500 ぐらいです。

(土屋委員) 2,500 ですか。では軟部肉腫もそれぐらいですね。3,000 ぐらいですね。

(川井分科会長) 軟部肉腫は4,000 か5,000。

(土屋委員) さっきのあれでは3,000 ぐらいですね。

(事務局・東) 3,000 ぐらいですね。

(川井分科会長)　そうですね。

(土屋委員)　似たような数なんですね。

(若尾センター長)　小児がんは、血液は結構どこでもできるような形で、固形はもう少し集約したほうがいいのではないかと、

(宮地委員)　血液腫瘍は、小児科医が単独で関わる形が多い一方で、固定腫瘍はいろいろな外科の先生方の関わりがかなり大きくなってきます。

(土屋委員)　白血病が入るとまたちょっと変わってしまうかもしれませんね。治療はもう確立されているわけですね。

(若尾センター長)　そうですね。

(宮地委員)　白血病は割合いろいろな施設で治療されていて、脳腫瘍をはじめとする固形腫瘍をより意識して集約化しようという動きはありますが、実際にはなかなか難しいところもあります。

(土屋委員)　わかりました。

(事務局・東)　今の議論だとあまり 60 施設の中で何かをしてもらおうとか、分類をすることで、どこかに中心となってもらおうというのはまだ早いということで、しばらくはこのままでいきましょうかという雰囲気だと受け取りましたけれども、それでよろしいですか。

(上田委員)　もうしばらく様子を見て。

(事務局・東)　様子を見る。はい。

その前提で、次ですが、60 施設になったというのは 53 登録時とは結構入れかわってはい入るのです。要件を変えないと、条件は変えないとしても毎年どうですかという話を聞くと、また、ふえたりとか、減ったりとか、減るといふか、漏れる施設もあるんですけども、全体的にはふえるような印象はあうんですけども、それは要件を満たしていればそのままでいこうかというのでいいですか。

(上田委員)　あまりふえ過ぎたら要件を厳しくしていく。ここ 2～3 年ぐらいで。でも手を挙げる施設はそんなにふえますかね？ そんなにもふえなくて、フラットに近いのではないですか。

(事務局・東)　その辺はわからないんですが、それに満たなかった施設は来年こそはとか、次はいつやるんですかというように聞かれるんです。出そうと思っているかというのわかります。

(上田委員)　でも患者さんが限られているので、そっちへ行ったらどこかは減りますか



ら。そこで多分調整がされると思います。どんどん潜在的に患者さんがおられるような疾患ではないですからね。

(松本誠一委員) 安心して落ちてしまうところがあるかもしれない。

(上田委員) 患者さんの数にディペンドするのではないですか。

(事務局・東) 何を申し上げているのかというと、そこもあるんですが、ふえたときにあまりふえたからといってハードルを上げると、また来年とっていたのと言われるので、何となく上げるんだったら上げて一定にしたいというのはあるんですけども、3年10例でこれぐらいだというのがあれば3年10例のままでいいのか。

(上田委員) もう1年ぐらいやってもいいのではないですか。あまり毎年変えるのは、

(事務局・東) もう1年ぐらい3年10例でいきますか。

(松本誠一委員) 毎年かえていたらちょっと。

(事務局・東) わかりました。ではそういう感じで、まだ公開ができていないので、公開したらそこから1年間は見えていくというふうに。

(上田委員) ひよっとしたらがくと減るかもしれないです。

(川井分科会長) どうして? 皆、疲れてくるからですか。

(上田委員) いや、何となく患者さんの動きを見ていると、関西圏だけですけれども、何となく集約化している感じはするのです。希少がん、肉腫という言葉の情報量だと思うのです。それでネット社会なのでそういうのを患者さんは見えて、ぱっと見たらこの施設が出てくるので、そんな感じで何となくは集約化してきている感じはするのです。もちろんぐっとはふえないですけども。だからそういうところを見るとちょっとずつ、数ある程度決めておいたら減ってくるかという。自然な集約化、集約化までいかないですけども、専門化してくるのではないかというふうに感じます。でも地方でどうかというのは全然知らないですからね。大阪も地方ですけども、

(土屋委員) 大阪は都会ではないですか。何を言っているんですか。地方だと言ったら怒られる。

(上田委員) 日本は東京以外は全部地方です。

(尾崎委員) 私たちの地域はそんな変わっている感じではないですよ。土屋先生のところは変わっていますか。

(上田委員) 土屋先生のところは多分最初からもうある程度集約化されているでしょう。

(土屋委員) 患者さんの流れですか。私たちのところは結構ちょっとふえている感じは

します。

(上田委員) そんな感じがしますか。ある程度集約しているところはあまりもう。岡山なんかはもうほとんどでき上がっているのではないですか。

(尾崎委員) 変わっていないですね。

(武田委員) 毎年更新は必要ですか。5年ごととか当確線上にある施設というのは毎年変わっていく可能性があって、それを患者さん側の立場から見ると、ことしは自施設は専門施設だけれども次年度は違ったということの気持ち的な動揺はないかというので、次のハードルを考えた場合にある程度3年とか5年という長期的な固定にしたほうがいいか。

(上田委員) いずれはそうなのでしょうけれども、ここしばらくは様子を見るより仕方がないのではないですか。

(松本誠一委員) あと、やるんだったら、さっき川井先生がおっしゃったみたいに、症例数よりももっとこういうデータをきちんと出ささいということで、そちらのほうで縛りをかけていくほうがいいのではないかと思います。各施設に duty を課して、そのところでやっていく。

(川井分科会長) そうですね。言葉は悪いですが、あめとむちみたいなもんですね。それは必要だと思うし、それでレベルが上がると思うのです。

(事務局・東) そうすると、逆にまたデータを出ささいと言って出さなかったところは落とすんですか。

(上田委員) 反応しなければね。

(松本光史委員) データをとらないと検証できません。さっきおっしゃったように、グレードとか組織型は見ないと、さっき集約化と言いましたけれども、そもそも川井先生がおっしゃったのは治療成績を上げるのであればその数字だけは絶対見ないと検証できませんね。

(尾崎委員) 任命された以上はそれは duty です。

(川井分科会長) 皆さん、仕事がふえますよ。そこはそれこそ臓器がん登録とか骨軟部腫瘍登録のデータを流用できるような形でシステムは考えていったらいいと思うんですけども、精緻なデータをきちんと出していく。解析して、それを宣伝材料にして患者さんがそこに行けるようにするというのは、それがいいかと思います。

(上田委員) 組織型、グレード、ステージは絶対必要だし、それがDPCデータあるいは地域がん登録からとれないんだったらその分のデータは足して出すというのが要ると思

います。

(事務局・東) 組織型はとれますけれどもグレードはちょっと。とれるんですけども検証が多分必要ですね。そこはまた。

そういった形で少し、固定をしつつデータを出していただいて検証をするという方向に持っていきたいと思います。ただ、固定というと、来年こそと言っていた施設が数施設あるので、そこをどうしようかと思うんですが、それは固定ですからごめんなさいというようにするのか、

(松本光史委員) 今、固定といったのは基準を固定ですね、別に施設を固定するつもりはないのではないですか。

(事務局・東) そうなんですか。基準を固定で、

(上田委員) 武田先生がおっしゃっているのは、あまりしょっちゅう毎年変わると大変だから3年とか5年は変えない。

(事務局・東) 基準の固定はもういいと思います。では施設をどこまで固定するか。

(松本光史委員) 施設は変わってもいいと理解していたのです。

(上田委員) もうしばらくは仕方ないのではないですか。

(松本光史委員) 武田先生も施設を固定してくれということではなく、更新のインターバルを少しあげてくれということではないのですか。

(武田委員) そうです。

(事務局・東) そうなんですか。落ちたら困るということではないのですか。

(武田委員) いや、結局集約化の指標として、ことは専門施設で、次は違うということになったら、どう集まってきたかという評価も難しくなる可能性があるかと思うのです。

(若尾センター長) 例えば期間を2年にするとか3年にして、新規は毎年受け付けるという、またちょっと面倒になりますけれども、一度通ればちょっと落ちても3年は安泰というような形にするというのも一つの手だと思います。

(事務局・東) 一つの手であることはわかっていますが、例えば、

(土屋委員) 集約化になっていないですね。

(事務局・東) そうなんです。集約化ではないということが一つ問題で、ある意味滑り込んだ施設というのがあるわけですが、そこはそのままにするのかということですね。でもそこは多分そのままにしたほうがいいんでしょうね。滑り込んでいたとしても滑り込んだことで安定したほうが、せっかく専門施設だと思って患者さんが行ったのに取り上げら

れたとなると、余計目立ちますね。一応募集はかける。新規はある程度受け付けてみるという形で動かせていこうかと思います。

(川井分科会長) 事務局の負担とか組織としての安定性を考えると、毎年というのはちょっと、みんなにとって負担は大きいかというのは実感としてあるので、例えば2年に1回とかぐらいするのはあるかと思います。

(事務局・東) では新規受付も2年に一遍にしましょう。

(川井分科会長) そうしましょう。先生、一人で結論を出しましたね。

(事務局・東) 2年待ちということに。

(松本光史委員) でも論文も2年と違いましたか。いろいろなもののスパンを2なり3なりでそろえたほうが頑張る人たちも頑張るような気はします。

(事務局・東) わかりました。では2年ということでやらせてください。症例を数えるのは3年で10例ということになっていきますけれども、論文やほかのものは2年なので、とりあえず2年は固定で見ていくという形にさせていただきます。

duty を課すというのはどうしますか。どのようにアナウンスして、何の duty かということかと思うのですが、

(川井分科会長) 例えば班会議のような会議ですね。60施設、60人というと結構なことになりますけれども、メールで流していく情報はお互いやり取りしますけれども、年に1回ぐらいは集まる場があってもいいのかとは思いますが。そこで、そもそもこの施設一つ一つがここで議論しているようなことを理解して入ったかということ、きっとそうではないと思うので、この大きな枠組みの目的と、各施設が何をやってほしいかということ伝えるということと、そういうことを少なくとも最初は一回やっておく必要がある。

(事務局・東) そうですね。そうすると予算が要るんですね。

(川井分科会長) 予算ですね。

(事務局・東) 60施設ということになると、60施設が集まるための会議費というのが要るんです。一番大きいのは旅費だと思うんですけども、入っているのを見ると琉球大学とかあるので、平均して多分旅費は4～5万円。

(上田委員) ネット会議にしたらどうですか。あれは結構、この間臨床試験のときやったんですけども、なれば……音声はいけていました。ネット会議も結構お金がかかるんですね。

(川井分科会長) 選ばれた一員としての自覚というか、それを持つためには集まるのが

一番効果的だと思うのです。

(上田委員) 学会のときとか。

(川井分科会長) それはあると思います。一番皆さんが集まる学会に合わせるというの  
はあります。

(上田委員) 癌治療学会とか。

(川井分科会長) 多分このグループなら日整会骨・軟部ですね。

(上田委員) そうなると整形外科。

(川井分科会長) 確かにほかの入っていない施設が問題になってきます。

(事務局・東) 整形外科医がいるのは……

(川井分科会長) いや、いや、このグループに入っていない整形外科の先生から見て、  
グループという言い方はちょっと、どういう呼び方がいいか私もずっと考えているんです  
が、エクスクルーシブなグループはつくらないほうがいいと思っていて、手を挙げて、ハ  
ードルを越えたらそこに入れる、誰でも入れるというオープンな形にして、けれどもこの  
グループ全体のパフォーマンスを示せるようなものがあると思っ

(事務局・東) 公平にと考えるのであったら癌治療学会かとは思いますが。いろいろな職  
種がという意味だったら外科系の学会であることは間違いないので。そうすると日本整形  
外科学会でも偏りますか。

(上田委員) 学会でもし前日やるとしたら、半日だから学会場のプラスでいくと 100 万  
はかからないでしょう。数十万、地域によって違うでしょうけれども、東京だともっと高  
いかもしれないけれども、会場費 50 万か 100 万がプラスで、交通費は学会の参加で各施  
設で払ってもらえれば。

(事務局・東) わかりました。ではその方向で一回集まるということで、では何をす  
るか。何をさせていただくか。データ以外はどうですか。まず、データを出すというのはどう  
いったものをお考えですかということと、あとはデータ以外のことは何かするかという。

(川井分科会長) 私のつくったスライドの「真の目的のために」と書いてある 1 枚目の  
裏側の左下、専門施設に自発的参加・協力を求め、ネットワークとしての質の向上を図る  
というふうにしたスライドですが、それぞれの診療、いわゆる一つの専門施設として認  
定された施設がどういう診療をしているか、患者数とか部位とか初診の状況、そこへ来  
ているのはさっき言ったような本当にお手つきでない人が多いのか、組織型はどうか、患者  
背景、居住地や通院時間はどうか、待ち時間はどうか、MD Tはちゃんとされているのか、

病理診断の実情と精度はどうか、治療成績、治療の特徴、それぞれのウリですね、地元病院との連携はどうかとか、こういうDPCとかでは決して集められない情報を集めさせていただく。かなり負荷がかかるなという気はしますけれども、数十人であれば出るデータだと思います。医者が協力すれば出るデータだと思うし、ここに選ばれるからにはこれぐらいのことはやってくださいと。でもこのデータをきちんと出せば必ず患者さんはいずれ集まってくるような情報になると思うのです。

(事務局・東) 中央病院は毎年このデータを集められますか。

(川井分科会長) 自分で首を絞めたと思うんです。でもそれはやります。ここへ入るためには、このグループに入るということはそういうことだと。そのかわり、ある程度サーティファイされたグループとしてその成績が出てくることで患者さんは恐らく集まるでしょう。将来の自分に対する投資だと。

(事務局・東) ということですね。

(川井分科会長) はあ。首を絞めましたね。

(事務局・東) その言葉をお待ちしていました。

(川井分科会長) 言われましたね。そういうことを、今、具体的な私案ですけども、こういう情報を集めることがサロゲートマーカーとして私たちが選んだものが本当に正しいのかということを示すことになるのかと思います。

(事務局・東) ある程度骨軟部腫瘍登録や院内がん登録とかを組み合わせれば、プラスアルファの情報はそんなにないのかもしれないですけども、そこはこれをもとに検討かなと思います。

(川井分科会長) 何をしたらいいのかということは本当に、責任逃れではないですけども、先生方と議論して、例えばデータを集めるということになるんだったらどういうデータを集めるのかということも相談させていただきたいと思います。これは普通の学会ではなかなかやらないことだと思うのです。

(上田委員) ちなみに今の骨軟部腫瘍登録をやっていますが、日整会からの直接の事業としては外れそうだということですが、ここへ結びつけていって統一するということが可能ですか。

(川井分科会長) それもあると思います。入れられるものは入れてしまう。

(上田委員) 同じものをダブルでやるのではなくて、登録システムは一つに集約していく。そうすれば負担も、

(尾崎委員) 外れるんですがまた戻る可能性が、

(上田委員) その辺も考えながらですけども、一つのものにする。

(松本光史委員) これはどなたにお聞きすればいいのか、厚生労働省の方が東先生なのかわからないですけども、NCDというものがありますね。あれはいわゆる外科の先生だけで、整形外科の先生とは全く交わらない、今後も交わらないですか。

(上田委員) 臨床レベルの登録のものですか。

(松本光史委員) はい。

(上田委員) あれは人工関節や脊椎のメジャーなものは入りますけれども腫瘍は入らない。

(川井分科会長) NCDとの関係性は私にはよくわからないですけども、

(土屋委員) 骨軟部腫瘍登録をやっているから関係ないのではないですか。入らないのではないですか。

(松本光史委員) わざわざお伺いしたのは、乳がんの中で、乳がんはNCDに入っているんですけども、遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)のデータが、HBOCコンソーシアムという別建ての組織があって、登録事業をなさっていたのですが、維持費とかいろいろなものが賄えなくなって、未確定かもしれませんが、NCDに吸収されそうだという話を聞いたのです。よくわからないですけども、あれを維持していくのは結構大変なんですね。だからもしなるのであれば、そういうデータを引き出せば、

(川井分科会長) NCDのデータの中を見ましたけれども、あれは初回の手術の内容についてかなり書かされますね。

(土屋委員) 理事会で登録を何かしようと、人工関節と何とかとって、レジストリー委員会とか何とかとありますね。骨軟部肉腫は入っていないでしょう。

(上田委員) 入っていない。

(土屋委員) 入ってないですね。

(上田委員) 骨軟部腫瘍登録が既にありますからね。

(土屋委員) あるから入る必要はないのではないかなあ。

(松本光史委員) 多分登録情報もどんどんアップデートして行って、最初のときに入っていなかった薬物療法のデータとかも乳がんに関して入っていて、

(事務局・東) 入っていくことになっているけれどもあまり入っていないというのが実際みたいです。外科のデータは専門医とリンクしているのでみんなは入れるみたいですが

れども、その後の放射線や薬物用法になるとあまり入らないという。

(松本光史委員) インセンティブがないから入らない。では別にそことリンクさせてもあまりデータの質が上がったり効率がよくなったりはしない。

(事務局・東) データが出てくればもちろんいいのかもしれないですけども、あそこはある意味データをもらうのが大変だという話があります。やっつけてはくれますけれども。

(松本光史委員) わかりました。

(事務局・東) ただ、そうは言っていないので、これから連携ができるのであればどんどんしていきたいとは思いますが、現状では今はまだかなという感じです。

どのようにやるのかということとはまた案を川井先生を中心につくらせていただいて、それを皆さんでもんでいただくという形にさせていただければと思います。

(川井分科会長) 今の方向でよろしいですか。

(事務局・東) データ以外のことは何か求めますか。それはどういうふうに考えられますか。連携をしてくれと。

(上田委員) していただけますかという項目を入れておいたらいいですね。

(事務局・東) 連携していますかと言ったら、どの病院も連携していると思うんです。

(上田委員) でも応募するときにそういうことを意識しますね。フォローアップはほかの一般病院と連携しますか、はい、しますということで意識はしてくれますね。一言項目に入れておいてもいいかもしれませんね。

(押田委員) それは一方通行になるんですか。投げてしまったら戻ってくるということも前提ですね。

(上田委員) 何かあったときは戻ってくる。地域によっては実際には結構あるんじゃないかと思います。

(川井分科会長) 戻してはいますね。

(上田委員) 個人情報抜いてメールでやり取りとかはやっていますからね。

(松本光史委員) それが成立していることが多分初診の患者さんにネットか何かで見える化されていれば患者さんは安心して中核施設にかかれるという話なのであれば、連携が成立している施設の名前が情報公開されるだけでもいいのかという気がします。そんなに手間はかからないでしょう。

(事務局・東) ああ、そういうことですか。なるほど。



(川井分科会長) 確かにそういう情報を集めるということですね。

(松本光史委員) そこがネックになって中核に行けない患者さんが行けるようになる。

(押田委員) ネックまでいかななくてもそういう患者さんも行けるという話。

(松本光史委員) わかります。実際にいらっしゃるんですよね。だから地元でいいという患者さんは実際いらっしゃると思うので、それはわかります。

(事務局・東) すみません、それは連携実績がある病院をリストしてもらうということですか。それを情報公開してほしい。ああ、それは実効性があるとは思いますが。

(川井分科会長) というか、患者さんベースで情報を集める。その施設で実際診療した患者さんについてのデータを、かなり精緻なところまで集めて、その人はどの病院からの状態で来て、いつどこに帰したか。だめですか。その帰した情報が欲しいわけですね。

(事務局・東) おっしゃるとおりだと思いますけれども、そこはまた相談させていただきます。個人情報になるので、そこは……。

(川井分科会長) なるほど。そうか。

(松本光史委員) 今押田さんがおっしゃった話を聞くと、そこまでのデータではなくても病院の名前が提示されているだけでも。

(押田委員) はい。

(事務局・東) その病院名は多分出るとは思うのですが、その実効性を確保するのであればここまでやるという考え方はあるんです。やるのはいいんですが、集めるとなるとちょっと個人情報が大変かなというのがあり、バランスは考えます。でも、そこは確かに、その実効性はあるかもしれませんね。

(上田委員) その質問項目があって、地域で双方向性の連携をしているということを担保に、それを一項目つけるだけでも意味はあると思います。みんながつけてくれたらそれはそれでやるということで、やらなかったら、やっていないとだめだと言えればいいわけですからね。

(事務局・東) 例えば患者さんから苦情が来たらこっちに連絡するということですか。

(上田委員) そうです。もし来ればちゃんとやってねと。あまり来ないのではないか。

(松本光史委員) もしくはその病院の名前をリストアップするだけでも、確かに実効性は担保されないかもしれないですけども、約束しますとって病院の名前を出すということになればある程度。

(事務局・東) そうですね。逆に約束しますというだけだと、多分みんな約束すると思

うんですけれども、でも病院の名前が出ると相手があることになりますから、そこは大分違いますね。

(上田委員) 病院の名前を出すのはちょっと難しいかもしれませんね。

(事務局・東) 逆ですか。難しいですか。どうしますか。どこまで欲しいと思われませんか。

(押田委員) 病院名があると、今は専門的な病院で治療を受けたい、でもそのあと、遠くの病院にずっと通うことができるかが不安で迷っているときに、専門病院で治療したあとは、地元のここの病院に帰ってこられることがわかれば、まずは専門病院で治療を受けようと思える後押しにはなる気がするので、病院名があったほうがもちろんいいんですけれども、

(大西委員) 国立がん研究センターなんかだと全国になってしまいます。それはちょっと現実的ではない部分もあるし、そこはどこの病院は必要で、どこの病院は要らないとか、そういう……。

(押田委員) がんセンターでしたら帰すところは全国の病院になるわけですか。

(川井分科会長) はい。

(押田委員) そうですよ。

(事務局・東) そうすると、リストにすると大変なことになるので、検索が可能かとか、そういうふうにしなければいけないでしょうけれども、それはまた結構複雑なシステムですね。ちょっとそれはまた。

(大西委員) 一番緩いのは地元の病院と連携はしますぐらいの一言にするか、そうですね……難しい。

(事務局・東) 連携がキーだということを前提に案をつくらせてください。それをまたもんでいただくという感じですね。

そのほかはいいですか。データと連携と……。何か患者さんとして要望とか、ここは出しておかなければというところがあれば言っていただければと思います。

(大西委員) 先ほどの専門病院以外の病院に専門病院はここですということはどう知らしめるのか。そうしないと、結局集約化が起こらないですね。肉腫で一番問題になっているのは初診の治療だと思うのです。それがあまり標準治療ではない治療をされて問題になっているというのが一番大きな問題だと思うので、堂々巡りになってくるのかもしれないんですけれども、そこをどう直すのか。やはり最初の治療でちゃんとした専門家の先生の

ところへたどり着いて治療してもらうためにはどうしたらいいのか。

(川井分科会長) その一つが中島先生のおっしゃったポスターで、それは引き続きやっていく必要はあると思います。

(中島委員) 最後にお話ししようかと思っていたんですが、東先生が3万5,000部ということだったんですが、

(事務局・東) 35万です。相当な数でした。

(中島委員) それで、そろそろ来ると思ってずっと待っていたのですが届いていないのです。一つの可能性は、例えば大きな病院も医師会に入っているので、部数も大きいところにとられてしまっているかもしれないので、端の端だと手元に届いてないかもしれない。それを一応確認しようと思っていたのです。

(事務局・東) 医師会雑誌か何かの付録みたいになっていないですか。

(中島委員) 楽しみに毎月見ていたのですが。

(土屋委員) 全然知らされていないということですか。PDFしかないですね。

(中島委員) 添付ファイルしかなくて。うちのスタッフにはこういうのをやっているのを見せたのですが。

(若尾センター長) 確認したほうがいいですね。

(事務局・東) 日本医師会ですけれども、ちょっと聞いてみます。北方領土のほうから来たのに先生のところに行っていなかったというのはちょっと。

(土屋委員) 35万部といたら1人1枚来ないとおかしいですね。

(事務局・東) 医師会に入っていらっしゃる方には配るということで、A会員、B会員とありましたけれども、たしか全部に配っているはずです。調べます。すみません。

(中島委員) もしかすると、近くの何々市立病院とかが入ったとして、そこも1つと数えられてしまうと、中に先生はいっぱいいらっしゃいますね。そっちのほうに行ってしまう。個人のクリニックと病院も数としては35万の1ですが、病院のほうに枚数が多く行く可能性もあるんです。そうすると、そっちのほうに行つて足りなくなっているのかもしれないです。数は合っている。

(土屋委員) 学会の雑誌や広報誌にまぜてもらうことはできないのですか。日整会もたまに来ていますね。

(川井分科会長) 来ていますね。

(中島委員) 会員はね。

(事務局・東) それはできると思います。

(川井分科会長) 具体的な名前を出してあれですが、日整会に出すことは問題はないですか。先生方に入ってもらっているし。

(土屋委員) どうですか。私は知りませんが、広報渉外委員会がオーケーすればいいので、お願いすればいいのではないですか。嫌とは言わないと思う。

(上田委員) 形成外科学会。

(土屋委員) 形成外科学会にも出さなければいけない。

(上田委員) 整形外科はかなりエデュケーションは進んだので、形成外科学会に。

(尾崎委員) 皮膚科とも共同宣言しています。

(川井分科会長) 皮膚科の先生にも入ってもらっていますから。

(事務局・東) それではまた連絡をしてみます。届いていないというのもありますし。

(土屋委員) お金がかかっていますね。有効に配られているのなら。石川県にも行っていないような気がする。

(事務局・東) きょうの議論をまとめますと、要件をそのままにして、新しいところは入ってもらうかもしれないけれども、とりあえず2年は固定しようというところです。その間に、恐らく来年のJSTARにあわせてということになるのかわからないですが、60施設に集まっていただいて、データをもらうような算段で準備を進めるという形になると思います。

私の検討課題で言っていた6つ目のうまくいっているかどうかの検証というのは、がん登録等を使いながらやっていく。あとは、きょうご報告した生存率の計算等ももう少し症例を絞ってみたりとか、今後データがふえるでしょうから、そちらのほうでも検証してみるという形でいきたいと思いますし、現場の臨床のアンケートを前にやると言っておきながらやっていなかったのですけれども、それが少なくとも53か60かのどちらかの施設には配ってみようかと思います。

多分来年のJSTARを目標に項目を決めて、体制を決めるということになれば、一旦案をつくって、多分それまでにもう一度集まっていただくという形にはなると思うのですが、早いうちがいいですね。夏か秋ぐらいまでには集まっていただくということにはなるかと思います。

そんな感じでよろしいでしょうか。

(川井分科会長) そうですね。JSTARで集まってもらうのであれば、そのときにさ

つき出したようなデータ、そのグループのパフォーマンスを示すようなデータが出れば多分皆さんは盛り上がると思うのです。

(上田委員) それがないとちょっと。

(川井分科会長) それまでに情報をもろうという動きをしないといけないので、

(上田委員) 来年のJSTARだったら会場を確保していない。

(川井分科会長) お願いします。

(上田委員) それは同じ会場では難しいかもしれません。

(川井分科会長) わかりました。それも含めて検討を。

(事務局・東) それまでにデータを集めるということですか。

(川井分科会長) 無理かな。

(事務局・東) ちょっとそれは難しい。

(川井分科会長) ではそこから始めるということかな。

(土屋委員) 来年何月ですか？

(川井分科会長) 2月です。それか別に会議ができれば。予算の問題があるけれども。

(事務局・東) それも含めて少し。

(川井分科会長) やるのであれば。ここまで決まったんなら1年ぼうっとしている必要はないと思います。

(事務局・東) はい。そこは考えます。

あと、準備した議題としてもう一つだけあります。延々と、最後にちょっとやって深まっていなくてすけれども、非専門家への周知と教育ということについては、チラシを配るということも含めて、ただ、次の段階としての、ゴルフボール以上の腫瘍は紹介してくださいというのは、そんなこともまだできていないですし、それを次回は中心的な話題として考えさせていただければと思います。

(尾崎委員) 非専門家への周知、教育ということで、日整会のほうから、既に皮膚科学会とは共同提言という形で unplanned excision といって、いいかげんな切り取り方をしはいけませんという感じで、皮膚科学会のホームページには皮膚科学会が上で整形学会が下で出しているのです。整形学会のホームページは整形学会が上で皮膚科学会が下。今、次のステップで形成外科学会と交渉しています。だからそういう話がついているところに一応こういう話を持っていかれたほうが早いかもしれませんね。

(川井分科会長) そうですね。学会の力を借りられるところは借りたほうがいいかもし

れない。

**(尾崎委員)** ただ、外科学会とかは難しいかもしれません。行きやすい皮膚科学会、形成学会から入ろうということです。

**(事務局・東)** わかりました。ではこのところはとりあえずはこちらとしては何もせずに見ていく、静かに応援しているということで行きたいと思います。

その他、何かご意見等があればお伺いしますが、いかがですか。大丈夫でしょうか。

**(川井分科会長)** きょうも長い間、お疲れさまでした。ことしはもう一回ぐらいありそうですか。

**(事務局・東)** そうですね。そういうことにしましょうか。

**(川井分科会長)** では具体的なクエスチョンの内容とかはまた相談させていただきたいと思います。次回集まるときにはもう少し議論が深まればと思います。

きょうは大変お疲れさまでした。ありがとうございました。

(了)