

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2回検討会

開催日：平成28年8月3日（水）

場 所：国立がん研究センター診療棟3階大会議室

（事務局・東） 定刻になりましたので、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2回検討会を開始いたします。

本日は委員の先生方は全員ご出席で、細井先生がスカイプでのご出席です。それでは最初に分科会長の川井先生からご挨拶をいただきます。

（川井分科会長） 第1回目の会議が今年の3月16日に開催されましたが、何回かの会議を経て、代表的な希少がんの一つである四肢軟部肉腫の患者さんにとって最も望ましい診療体制について検討し、何らかの方向性を出すことができれば良いと考えております。前回の会議でも感じましたが、非常にいろいろな思いが交錯しますし、現実も交錯しますし、そういう領域ではありますが、忌憚のない意見を戦わせて、何らかのコンセンサスを得ることができればと考えておりますし、このメンバーであればそれができると確信しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

きょうは第2回ということでございます。前回多くの先生方にご参加いただきましたが、前回欠席でいらっしゃった先生方が何人かいらっしゃいます。その先生だけ一言ご挨拶をいただければと思います。

（厚労省・銚之原） 厚生労働省健康局がん疾病対策課より参りました銚之原健太郎と申します。私は本年の4月より現職に赴任しております、今度希少がんに関する担当をさせていただいているところであります。3月の第1回の検討会には参加しておりませんが、前任の担当からさまざまなことを引き継いでいるところであります。パイロット的な事業としてスタートしたということで、今後ともさまざまな議論を経て施策に生かしていきたいと考えている次第であります。どうぞよろしく願いいたします。

（押田委員） 私は肉腫（サルコーマ）の会たんぼぼという患者会をやらせていただいております押田と申します。前回はどうしても仕事の関係で都合がつかず、欠席させていただきました申しわけありませんでした。

私自身は、2000年に原発で類上皮肉腫という肉腫を経験しております。それから12年後に再発したのですが、2度ともこちらにいらっしゃるような専門の先生方に診ていただ

いたわけではなく、不適切治療というか、切除をしてしまいまして、3度目でようやくこちらの国立がん研究センターの先生に診ていただき、現在は再発もなく元気になっている状況でございます。そのように2度も不適切な治療をやってしまいました経験から、やはり情報の重要性をととても感じておりまして、少しでも患者さんが正しい情報を得て、よりよい肉腫の治療を受けられるよう、患者の立場から何かしらお手伝いできればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

(細井委員) 京都府立医科大学小児科の細井でございます。私は日本小児血液・がん学会の檜山理事長からご指名をいただきまして、本検討会に加わらせていただきました。

私自身は、日本横紋筋肉腫研究グループ（J R S G）と申しましたけれども、今は日本小児がん研究グループ（J C C G）の横紋筋肉腫委員会にかわりまして、その委員長を務めさせていただいております。川井先生も委員になっていただいております。近々新しい臨床試験のプロトコルが始まりますし、また、私自身が関与しておりますのは、横紋筋肉腫と、それからPMDAのほうで指導がございまして、横紋筋肉腫以外にも適用を広げなさいということで、年齢は30歳未満が対象ですけれども、非横紋筋肉腫も含めた寛大導入後の維持療法、免疫療法の医師主導型治験を今年中には始める方向で、今、準備しております。そういったこともございまして、ぜひ本検討会でもいろいろと広報もさせていただければと考えております。よろしく願いいたします。

(小田委員) 九州大学形態機能病理学教室の小田といいます。私は病理医の中で非常に希少な疾患であります軟部肉腫の病理診断を専門としておりますので、この会に今回ご指名いただき委員とさせていただきます。

現在は、国立がん研究センターのコンサルテーションシステム、日本病理学会のコンサルテーションシステム、JCOGの中央病理診断、細井先生の関係のJCCGの小児の主に固形腫瘍、こういったものの病理診断医を務めさせていただいております。何分、骨軟部腫瘍を専門にしている病理医というのは非常に少ないですので、そういった観点からも細かい情報を提供させていただくことはできると思います。皆様、どうぞよろしく願いいたします。

(松本光史委員) 兵庫県立がんセンターから参りました腫瘍内科医の松本光史と申します。がんセンター中央病院で5年間レジデント、チーフレジデントの研修を受けた後、2006年から現任地で腫瘍内科医をやっております。

整形外科の先生や胸部外科、腹部外科の先生とタッグを組み合わせながら、肉腫や原発不明が

ん、希少がん、いろいろながんの患者さんの診療をさせていただいて、前の病院でいろんな治療を受けた後こちらに来られるケースがやはりありましたので、このような取り組みは大事にしていきたいと思えます。標準治療が受けられる患者さんが少しでもふえるように微力ながらお手伝いをさせていただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

(事務局・東) それではプログラムに入つてまいります。2番の前回議事メモの確認と資料の説明に移ります。お手元に8種類の資料、委員の先生方には数点の机上資料が追加であります。

資料1は前回議事メモです。

資料2は専門施設の条件(案)、これは委員の先生方に専門施設の条件を出していただき、それを事務局でまとめたものです。同じような項目については同じようにまとめて、それぞれ病理診断、放射線診断と、分野ごとに分けました。

資料3は日本整形外科学会の骨・軟部肉腫診断治療相談コーナーの施設にアンケートをとり、現在どういふ状況かといふ情報をいただいたまとめです。資料3の最後には、外科の先生が中心だと思えますが、それぞれの施設に何名の骨軟部腫瘍の専門医がいらっしゃるかといふ施設数のヒストグラムをつけておりますので議論の参考になればと思えます。

資料4は大西様からいただいた軟部肉腫患者のアンケート報告で、後程この資料を使つてご報告をいただきます。

資料5-1、5-2は細井先生からお送りいただいた資料です。5-1は日本小児血液・がん学会の専門医規則で、専門医もしくはその研修施設の認定要件が書かれています。5-2は小児がん拠点病院の整備についてといふ健康局長の通知で、小児がん拠点の要件についてこの中で書かれています。

資料6は出席者一覧です。

資料7は日本の県別人口とそれを各地域で足し合わせたものです。前回の議論で、人口300~400万人ぐらいに1施設の専門施設が大体の目安ではといふ議論がありましたので、参考資料として日本の人口の分布を示したものです。

資料8は論点整理といふことで、今日を含めて今後明らかにする、もしくは決めていくべきことを、事務局でまとめました。恐らくこの論点の幾つかは今日の議論で触れていくと考えております。最後に1回チェックをし、漏れがあったところは、引き続き次回以降も議論することを考えております。そのための半分チェックリストのような形の資料と考えていただければと思えます。

あと、前回資料の軟部肉腫の診療実態資料というスライドがあります。院内がん登録とDPCを組み合わせるといふ、既存のデータを使い、日本の主に拠点病院における軟部肉腫の診療実態がどうなっているのかということを集計したものです。

さらに机上資料として一つは骨軟部腫瘍病理医リストがあります。これは小田先生から提出いただいた各地方での病理の先生のリストです。

(小田委員) このリストは日本病理学会のコンサルテーションシステムで軟部腫瘍担当となっている先生方で、オールジャパンで見ても軟部腫瘍の病理診断に非常に造詣の深い先生方です。実際にふだんから日本全国の困った病理組織の診断をしていただいている先生方です。A B C Dに分けてみましたが、これはその施設にどのぐらい病理がいて、免疫染色とか分子遺伝学的解析をしてくれるかというマンパワーと、論文発表等のアクティビティがどうなのか、FISHとかRT-PCRとか非常に遺伝子検査も必要になってきていますので、そういった解析が全般的に行えるような施設であるのかどうか、そういったことを勘案してAからDまでつけてみました。これは私の独断ではなく、日本骨軟部腫瘍研究会の幹事の野島孝之先生にも一応勘案していただいて、このようにランクづけをさせていただきました。

(事務局・東) 次は院内がん登録で使った施設別の軟部肉腫の症例数の内訳です。これも施設名は出していないのですが、回収資料といたします。

もう一つ、日本整形外科学会の骨・軟部腫瘍診断治療相談コーナーの施設へのアンケートで、施設別の結果をつけました。その中の3枚目は、免疫染色ができるかの施設別一覧と、遺伝子異常の検索体制も肉腫の診断ができるかを施設別の一覧にしました。

これらの机上資料は会議終了後に回収させていただきます。

それでは前回議事メモの確認です。資料1をごらんください。1番はこのワーキンググループは四肢だけでいいのかが話題になりました。確かに頭頸部、体幹部、後腹膜等についても課題が山積していますが、実際のディスカッションになると、頭頸部、体幹部、後腹膜については非常に多くの診療科がかかわり議論が散逸する恐れがあるため、今回は四肢の軟部肉腫に限り、今後の検討もそれでいこうと考えております。

2番目は必要な集約化をこの四肢の軟部肉腫に関してどのように進めていくのか、どのレベルの集約化をするのかということを検討いたしました。無理にあるいは強制的に集約するのは現在の医療制度を見ても困難で、急激に行くと混乱が起きるだろうということで、現在できる具体的な手段としては、専門施設のリストをつくって、それを情報公開してい

く、そこから考えるしかないかもしれないということはここで前回話されました。

ただ、3番目として、集約化をする専門施設をどうやって考えていくか、どのぐらいの施設数になるのがメインになりますが、幾つかの段階もしくは分類があってもいいのかもしれないという話になっております。前回の議論を踏まえて、事務局で「診療施設」と「専門施設」という名前をつけました。

診療施設は40～50施設、人口300万人～400万人ぐらいに1施設でいいのではないかと言われていたかと思えます。専門施設は10から20施設ぐらいで、その上に高度専門施設が要るかどうかは話題には上がりませんが、そこまでは今は詰められていないと記憶しております。一つの意見として、施設は単独で全部ができるというわけではなくて、グループ的な指定のようなことを考えてもいいかもしれないという意見も出ております。

またその下の日本整形外科学会の骨・軟部腫瘍診断治療相談コーナー82施設を中心に齟齬がない範囲で考えていくということで連携したほうがよいのではという意見もありましたので、アンケート調査を行って情報収集をしております。

4番目は化学療法の分業ということで、専門施設を考える上で、初回治療は専門施設で行う必要があるかもしれませんが、再発等の化学療法は、家の近くにある腫瘍内科医のいる病院で行うほうが、過度の集中を防ぐ、患者さんの利便性があるといった意味でいいだろうということで、情報交換することも必要だという意見をいただいております。

5番目は施設別の症例数で、これも大きな話題になりました。イギリスのNICEは、肉腫の診療、軟部組織、ソフトティッシュ・サルコーマは年間新規100例あるのが専門施設の条件だと推奨しています。ただ、ここは新規と書かれているだけで、初発なのか、再発なのか、セカンドオピニオンなのかということは余り区別はされておられません。事務局からNICEにメールで確認したところ、そんなに区別はしてないという返事でした。マルチディシプリナリーチームという単位で考えているという返答でしたが、そのチームの指導のもとで治療を行うのであれば、それはセカンドオピニオンだろうが何だろうが関係なく100例必要なのではないかというふうに言われております。

一方、日本の感覚・現状から考えると年間20例ぐらいあれば治療技術の維持にはよいかもかもしれない、もっと研究しようということなら100例ぐらいあったほうがいいという意見をいただいております、この20例、100例というのが上記の診療施設、専門施設の区分に相当するでは、ということも考えられると思えます。

6番目は病理医の分布です。小児科の中央病理診断というのは割と普及しているという

ことですが、大人で中央病理診断を全部という感じで行うのは難しいかもしれないということ、まずは肉腫の病理医がどこに所属していて、どこにいらっしゃるのかを調べて、そこから議論を始めようということになっております。

7番目はいわゆる、お手つき症例というもので、良性だと思って治療してみたら悪性だったため追加切除しなければいけなくなり余計に大きな切除が必要となった、そういった症例は予後が悪いという問題意識があるので、それをなくすために非専門医の教育を考えなければいけないという問題提起もされております。

8番目、がんの超専門施設となると併存症がある患者は診られないというような情報公開が必要だという意見も出ました。

最後に、外保連の試算を見ながら、特に骨も含めて骨・軟部の悪性腫瘍の手術に関しては、原価にして診療報酬が非常に低い、半分かくらいだという指摘もありましたので、これも次回以降に検討の必要があると考えています。抜けや補足事項があればお願いします。

(清澤委員) 議事メモの一番ですが、もう一度確認させていただきたいのです。こちらのメンバーでお集まりいただいてディスカッションするのは私も非常に賛成ですし、議論が散漫にならないという意味ではいいと思うのですが、出口というか、診療施設なり専門施設をつくるに当たっては、四肢軟部組織専門施設なのか、希少がんを広く含めた、顔とか体幹部も含めた専門施設を目指すのか、その辺の区別が理解できていなかったのを確認させていただけないでしょうか。

(事務局・東) 今回の四肢の軟部肉腫の分科会では、四肢の肉腫のことしか十分な検討ができないと考えております。専門施設ということで情報公開するときには四肢の軟部肉腫での専門施設として、少なくとも当初のうちは情報公開をしようと考えております。今後ほかの部位の軟部肉腫分科会を立てて検討ができた場合には、そのすり合わせのようなことも考えていきたいと思っております。

(川井分科会長) 確かにご質問の点は難しいというか、そのとおりだと思います。四肢の軟部肉腫の専門の病院ですというのは通常標榜はなかなかしない形なので、だからといってここで検討したものを肉腫全体に普遍化するのはちょっとやり過ぎだと思うので、私も当初は、ここで検討したことに関してのみ標榜というか公表していくべきだと思います。そうなるとう四肢の軟部肉腫ということに限定されてくるのではないかと思います。

(上田委員) 基本的にそうだと思うのですが、四肢プラス、細かくいうと表在体幹ですね。そこまで書かないですけれども。というようなことで、いろいろな場所でいろいろな

種類の腫瘍、組織型があるというのがこの肉腫の最大の特徴ですので、その中の代表的な四肢の軟部肉腫を議論して、とりあえずスタートするというふうを考えていいのですかね。そこからまたほかの部位を加えていって肉腫全般にもっていくという方向性ですね？ そのように思います。

(事務局・東) 全くおっしゃるとおりだと思います。体幹の表在肉腫も同じように考えられるでしょうが、そこは個別に患者さんとお話をされている先生方が、この四肢の軟部肉腫という情報を見たときにここでいけるかもしれないと思っていただければそれでいいということで、こちら側からは余りそこを強調はしないと考えております。

それでは次に、プログラムの3番目で、整形外科学会骨・軟部腫瘍診断治療相談コーナーのアンケートの集計結果の報告になります。がん対策情報センターがん臨床情報研究部の富塚主任研究員から説明をいたします。

(国立がん研究センター・富塚) 資料3をご覧ください。7月中旬に日本整形外科学会のご協力の下、日本整形外科学会骨・軟部腫瘍診断治療相談コーナーのある82施設に、12問の質問を立ててアンケートを送付し、76施設から回答をいただきました。別紙に施設別の回答内容を列挙し、そのサマリーを資料3に挙げております。これが現状を示しているものです。

問1「四肢の軟部肉腫を専門(サブスペシャリティ)とする常勤の医師は何人いますか？」に対して、76施設で平均2.6人、最少0人(直前に異動)、最大8人でした。

問2「貴施設では、複数の診療科・職種が参加して肉腫を中心に検討するカンサーボードがありますか？」は、「はい」が43施設、「いいえ」が33施設でした。

問3「上記の肉腫を中心に対するカンサーボードは何回開催されましたか？」は問2で「はい」と答えた施設に答えていただきました。平均13回、中央値4回、最少0回、最大125回でした。いろいろなカンサーボードが開催されており、それを全て挙げられた施設もあったのでこういった結果になっております。

問4「平成27年1月1日～12月31日の1年では、何%程度が上記いずれかのカンサーボードで最低1回検討されたか？」は、平均16.3%、最少0%、最大100%でした。

問5「貴施設では、四肢の軟部肉腫に対する外科手術のトレーニングを、外の病院に所属する医師が受ける体制がありますか？」は「はい」が23施設(30.3%)、「いいえ」が53施設(69.7%)でした。

問6「軟部肉腫(四肢に限らない)の手術がある日は、必ず術中迅速病理診断が実施で

きる体制にありますか？」では、「はい」は72施設（94.7%）、4施設（5.3%）は「いいえ」、その日にはできませんと答えていました。

問7は、事前に病理の先生に、こういった免疫染色は必要だろうという項目を挙げていただきました。この病理の結果と問8の遺伝子異常の検査、検索可能かどうかに関しては、別紙の3枚目に各施設の回答の一覧を挙げています。免疫染色に関しては18項目、遺伝子異常に関しては6項目あり、その両方を100%できると答えた施設は薄いブルーの色がついています。地域ごとに集約できる議論がありまして、地域ごとに分けて色づけをしておりますので、ご参考にしてください。

問9「四肢に発生した軟部肉腫（肩甲帯、臀部、鼠径部は含む）が未診断で来院した例で、平成27年1月1日以降連続20例までにおいて初診から診断確定までにかかった日数ほどの程度ですか？」は中央値（平均）が9.65日、最短（平均）0.7日、最長（平均）115日でした。これは、わかりにくいような質問をしてしまったので参考値として見てください。この一覧も机上資料2枚目の右の欄に、各施設の初診から診断確定までの日数というところをつけております。

問10「過去1年間に四肢軟部肉腫患者が対象の第I相～II相の臨床試験を実施されましたか？」で、「はい」が19施設（25.0%）、「いいえ」が55施設（75.0%）でした。

問11「四肢軟部肉腫の医師主導臨床研究が実施できますか？」は、「はい」が63施設（82.9%）、「いいえ」が13施設（17.1%）です。

問12は過去1年間の論文数で平均2.8論文、最少が0、最多は29論文でした。

最後がヒストグラムで、専門医数を横軸、施設数を縦軸にとったものです。ピークが専門医数2にあり、これを目安に施設の集約化についてご検討いただけたらと思います。

机上資料の1枚目は個別の施設の回答一覧です。2枚目は日本整形外科学会の相談コーナーで公表されている軟部肉腫の症例数も一緒につけております。各施設がどれだけの患者を診ているか。参考に今回のアンケートでご回答をいただいた専門医の常勤数で割った値も出しておりますのでご参考にしてください。

3枚目は免疫染色と遺伝子検査に関する詳細です。

（事務局・東） 問9は、未診断で来た症例に関して診断確定までというつもりで質問をしたのですが、診断確定というのはいつかというのが明確でなかったのです。我々はいが登録ルールで言ってしまったので、がん登録ルールだと診断日が生検をした日で、生検のレポートが返ってきた日ではないということで、そこが少し矛盾してしまいました。

これをとるのも大変な上に、数字が少しあやふやになってしまい本当に申しわけないのですが、参考程度ということでお考えいただければと思います。

(土屋委員) 問1ですが、四肢の軟部肉腫を専門とする常勤の医師ということは、これはちょっとばらつきが出ているかもしれないのです。整形外科学会から言いますと、骨軟部肉腫の専門医というのは実際におりません。整形外科の専門医を取った上で、なおかつ骨軟部肉腫をやっている人というのが妥当だと思うのですが、ひょっとしたら専門医を持たずにもっと若い人が入っている可能性はないのですか。要するに6年目以降でないと整形外科の専門医にはなれなくて、それは一応骨軟部肉腫のトレーニング、講習会は終わっています。その前の人たちがひょっとして、5年目、6年目で入っている可能性も否定できないと思ひまして、念のために意見を言わせていただきました。

(事務局・東) そうですね、この質問の仕方ですと、専門医というのを特に条件としていませんので、腫瘍グループの若手みたいな先生方も入っていらっしゃる可能性もあります。その点も差し引いて考えていただければと思います。実際に情報公開をするとなった場合は、その辺は明確にして数えるようにしないといけないとは思ひます。

続きまして、プログラムの4番目、患者アンケートを大西委員からご説明いただきます。

(大西委員) アンケートをとりましたので、その報告をさせていただきます。

アンケート方法は Google フォームを使用しました。期間は2016年7月13日～25日、趣旨としては、今回のこういう分科会の検討会が始まって、こういう課題が検討されていて、より充実したものにするために患者及び家族の立場としてアンケートに答えてほしいということでアンケートをとりました。

次のページ、アンケートデータにつきましては、回答は我々NPO法人キュアサルコーマ、GISTの患者会であるNPO法人GISTERS、肉腫（サルコーマ）の会たんぽぽの会員等と書いております。会員の方あるいはSNSでつながっている方にアンケートをしました。

分類ですが、今回の分科会の趣旨を考慮し、肉腫を四肢軟部、四肢以外と書いていますけれども四肢とGIST以外を四肢以外に入れてあります。それとGIST、この3つに分けて表示させていただいています。それとあわせて、それらの合計も記載しております。

分類別回答者ということで、たんぽぽさんはほとんど四肢軟部の患者さんです。キュアサルコーマにも四肢軟部の患者さんが一部おられます。今回たんぽぽさんは10名弱ぐらいです。四肢以外はほとんどキュアサルコーマの会員及びその他、GISTはGISTERSの数です。

有効回答者数は191、キュアサルコーマとたんぽぽは同じGoogleフォームで回答してしまったので、正確な数字がわかりませんが、トータルで117、GISTERSは74です。

回答者の属性ですが、四肢軟部の患者が17名で65%、四肢以外は57名で63%点、GISTは患者が61名で82%、合計で約7割が患者さんによる回答となっています。次のページ、男女比率ですが、3つとほとんど同じですが、65%が女性です。回答者の年齢は、50代が多く、次に40代ということで、主に四肢軟部の人は若年というか20代から50代が多いということです。GISTはもうちょっと後ろの世代の方が多いのか、四肢以外というのはその間ぐらいかという印象です。次のページ、職業は会社員であったり、主婦であったり、公務員であったり、中には医師とか看護師の方もおられます。住んでいるところは関東圏、関西圏、なぜか北海道が少し多いというような感じです。

次のページから患者のことについて書いています。患者さんの発症年齢はということで40代が多く、四肢軟部に限っては10歳代も多い、30代、40代、若年が多いというような印象です。患者の住まいは、先ほどの回答者の住まいとほとんど同じになっています。その次のページ、最初に発症した部位、四肢を細かく分けていないのですが、四肢が26名です。四肢以外だと後腹膜あるいは子宮系が多いです。GISTは当然胃、小腸、十二指腸が多いという感じです。再発・転移しましたかというような質問に対して、これも大体傾向は同じで、GISTはちょっと少ないのかという感じです。トータルで56%が再発・転移しているということです。

次のページ、最初にかかった病院の場所は自宅から1時間以内、まず近所の病院に行きます。その次には自宅から1時間以上かかるけれども同じ都道府県内、その次に自宅と違う都道府県ですが同じ地方、例えば関西であれば関西圏、関東であれば関東圏ということです。あとは実家のある都道府県という回答もありました。東京とかです。最初にかかった病院の規模は、総合病院が一番多く103、大学病院、専門病院、診療所・クリニックという感じです。

その次のページですが、最初にかかった病院をどうして選んだかという、通院のしやすいところ、あるいはいつもかかっていた病院にまず行くということです。あるいは専門科のあるところ、家族・友人に聞いてというところもありますし、医師・病院の紹介というのもありました。救急搬送というところでも、いやおうなくそこに行かされたということです。あとは、子宮筋腫の手術でというのは四肢以外の患者さんです。

最初にかかった病院での診断・治療についての満足度です。四肢軟部につきましては満

足・まあ満足点で46%です。不満・やや不満が半数ぐらいあるということです。四肢以外は若干それより少ない。GISTはちょっと少なく、満足・やや満足が少し多いかということです。合計すると、やや不満・不満は38%というような結果です。

次のページ以降は、やや不満・不満の理由についてそれぞれ四肢軟部・四肢・GISTの方々について理由を書いています。「杖なしでは日常生活が送れなくなった。」「皮膚科に受診し、左大腿の肉腫を、良性のため数年間経過観察になった。」「病理検査で確定診断ならず。」「良性と診断され手術され再手術が必要になったから。」「地元では有名な総合病院に初診で受診したが、私(医者)には、触診では足の腫れは確認できない、MRIをしても意味がない、それでもMRIをしますか？ 一時的なもので痛みどめを服用すれば直ると断言され、2週間しても症状変わらず、MRIで腫瘍発覚。この病院ではこれ以上の検査はできないと国立がんセンターへ紹介になり、余りにも地方の総合病院の肉腫の知識と検査技術不足にあきれました。」「生検など行わずに良性腫瘍と判断し、手術を行ったこと。」「本当にこの治療方針が正しいのか？ 扱っている症例数が少なく、主治医もどうすればいいのかわからないみたいで不安になる。」「病棟の看護師のスキルが低い。」「単純切除をしてしまった。」これが四肢軟部肉腫の患者さんの不満の理由ということでありました。

参考までに、四肢以外にも、「肉腫に関する知識がないにもかかわらず手術を行い、不完全摘出の上予後が悪かった。」「事前にはっきりした説明もなく手術が行われ、術後こんな手術は初めて行ったと話され、退院時に余命宣告まで受けた。」「子宮筋腫で手術したが肉腫だった。担当医が肉腫を知らなかった。MRIではっきりと筋腫に血管が映っていたのに。」「1年で保険治療ではできることは全てやっただと言われて、自由診療のクリニックを紹介された。」「ステージ1で病院に行き、良性の腫瘍と判断され、ステージ3になってもなおかつ良性との診察。CTだけで判断され、手術の時期を逃してしまった。形成外科でした。」「患者に向き合ってくれる姿勢が見えない点と、肉腫はよくわからないとしながらも専門医の紹介を依頼するとい顔をしなかった点。ただ速やかに検査や手術をしていただいたことに感謝している。」「病気のことをよく知らない、知りたがらない、他院との連携に消極的。」「診断が遅く手術まで3カ月かかった。」

次のページがGISTの患者さんの不満理由です。「医者の説明が間違っていた。(GISTは良性腫瘍で、転移はしますが、手術で摘出すれば完治します)と言われました。」「手術を半年待たされ、その間に腫瘍が2センチから3.5に大きくなりました。良性腫瘍なので大

きくなっても大丈夫と言われました。」「憩室出血と誤診された。」「手術で腫瘍を破裂させたから。」「貧血の症状から GIST と診断されるまで2年以上要した。」「薬剤の処方に患者に応じた柔軟性に欠けるところがあり、きつい副作用が出たら即服用中止し、次の違った薬剤に移り、また同じようなきつい副作用が出たら即中止等々。減薬とか休止期間設定とか提案されず、1か0の処方判断しかなかったが、こちらの提案で減薬を受け入れてくれて、副作用も軽く効果もあらわれている現状です。」「GIST の予想をせず、手術し、その後の詳しい説明が少なかった。」「GIST に肝心な皮膜破損をしてしまった。」「ドクターが余り GIST について詳しくないようだ。」そういう理由がありました。

次、どうやって肉腫専門医(肉腫に詳しい医師)にたどり着きましたかということです。最初にかかった医師の紹介、インターネット等で検索、患者会で聞いてなどがありました。最後に、たどり着けていないという患者さんもいて、患者会などにつながっていながらまだそういう状況で、我々もちょっと困ったなと思っているのですが、そういう意見もありました。

次のページです。肉腫について最初に相談できる窓口病院は全国に何カ所あればいいと思いますかということで、各都道府県単位、50カ所ぐらいというのが133、地方単位、10カ所程度というのが53、がん拠点病院が3、あと、変わったところでは各都道府県の車のナンバーの地名の数が書いてあります。100なのか200なのかちょっとよくわからないですけれども、1カ所でいいということもありました。

肉腫に専門的かつ高度な治療に対応する病院は全国に何カ所あればいいと思いますかという質問は、東京で1カ所とか、2カ所というのは81、あとは3カ所とか5カ所とか、この辺は非常にばらついていました。人によって感覚が、都会にいる人と地方にいる人とは多分違うのか、もう少し細かい分析をすればもうちょっとわかってくるのかと思います。

最後のページは、肉腫の専門医がいるのであれば病院が遠くても診察・治療に通いますかという質問です。7割ぐらいの人が「はい」ということです。「どちらとも言えない」という理由が、「余り遠過ぎると行けない、限界はある。」「距離と病気の進行度による。」「地元では対応できないため、通うしかない。」「通いたいが、経済的な問題がある。」「なるべく家に近いところ。」「そのときの状況による。」「お金と時間があれば、通いたい。」「転移時等節目に相談したい。」「体調次第。」「わらにもすすがる思いで専門医を求めて県外にでも行く。その医師の力強さと思いやりを感じられれば、その後も通い続ける。」

これが一応アンケートをとった結果でした。以上です。

(事務局・東) それでは、5番の課題検討ということで、ここからはフリーディスカッションに入ってまいります。きょうのメーンのお話は、皆様方にこの前に出していただいた専門施設の基準・条件についての議論です。資料2がそのまとめになっております。

この資料2に関して、専門施設の基準・条件がどうあるべきかについて一つずつお話をいただきたいと思っているのですが、まずは全体をざっとご覧ください。

この資料の構成としては、分野ごとに分けており、病理診断、放射線診断、外科手術、放射線治療、薬物療法、横断的事項となります。次に研究関連として、基礎医学との連携から臨床試験まで含めて研究関連はここでまとめております。あとは院外連携・教育ということをもとめて、その他の事項についてはその他でまとめました。40番までが専門施設の条件(案)ということで先生方からいただいた意見です。それ以外にも条件を設定するというのではないが、これは情報公開すべきというご意見をいただいたものについては上記以外の情報公開項目として、その他の提言ということで3点ほどあります。

一つは、情報公開として手術の専門施設と化学療法のできる施設は分けたほうがいいのではないかとということ。

2つ目として、四肢以外の肉腫と関連させることを念頭に置きながら考える、考えるのであればほかの診療科もそろっている施設を中心に考えるのがいいのではないかとされています。

あとは希少がんセンターに対する提言ということで、全国10カ所程度あったほうがいいのか、インセンティブがあったほうがいいのか、もしくは中央希少がんセンターと地方希少がんセンターを分けたほうがいいのか、等のご提案をいただいております。

その下には、基本19領域の具体的な診療科名を用語の参考として挙げております。

では最初の病理診断はどうあるべきかということからお話をしていきたいと思っております。条件の中では、病理診断以外のところも含めてほとんどの施設で満たされるような条件から、これはなかなかという条件まで並んでおりますけれども、これは一つにまとめました。薄字になっている部分は国で定めた地域がん診療連携拠点病院の指定要件に含まれているものです。骨・軟部腫瘍診断治療相談コーナーは3施設を除いてほとんど拠点病院の指定を受けているので、ここは満たしていると言えるでしょう。

病理診断で、施設の条件として1.肉腫の診断ができる病理医が1名以上いる、2.各種病理診断(術中迅速診断、免疫染色、遺伝子診断)が可能である施設、この2つの条件が

案として挙げられていますが、それぞれについてできる、可能というのはどのレベルかを明確化していく必要はあると思います。

(小田委員) まず、肉腫の診断ができる病理医、常勤1名以上というのがありますが、そこは最低、日本病理学会の常勤で専門医が1名以上ということは明記していただかないといけないと思います。

それと各種の病理診断で、先ほどのアンケートに術中迅速診断ができる体制にあるかというのがありましたが、体制はあるけれどもやっているところは実際どれくらいあるかということです。いわゆる肉腫の病理診断というのはパーマネントのHE標本でも診断が難しいですので、術中迅速診断をやってどこまで正確性があるのかというのは非常に議論が分かれるところだと思います。肉腫の術中診断はやってはいけないというような病理の教科書もあるのです。境界悪性とかは非常に難しいですので、これは当てにならないというようなものもあります。

(川井分科会長) おっしゃるとおりだと思います。私は、大学病院にいるときは結構術中迅速診断をしていたのですが、がんセンターに来ると実はほとんど術中迅速診断はしていません。施設の病理医のフィロソフィーも多分あると思いますので、術中迅速診断というのは1回目の検討でも必須項目として挙げられたのですが、今の小田先生の言葉を聞いても、必ずしも必須ではないのではという気がします。できたほうが良いとは思いますが。

(上田委員) 診断をするということではなくて、迅速病理診断を行うことのできる施設というふうに私は理解しておりました。

(小田委員) 何か体制があったとき、例えば腫瘍がとれているとかそういうことが確認できる、

(上田委員) そうだと思います。それぐらいはできないと肉腫の専門病院とは言えないという、診断するということではないと思います。

(尾崎委員) 私たちはよく生検をするのですが、やはり何回やっても10回か20回に1例ぐらいは本当にとれていないことがよくあるのです。やはり確認といいますか、患者さんと負担を考えたらそれはできる施設であったほうが良いかとは思いますが。

(松本誠一委員) 絶対に迅速診断は必要だと思います。今、小田先生もおっしゃったように、標本の適正化ということですね。生検では、診断するのに適切でない場所がとれていることもあります。迅速で診断しておくというのは重要だと思います。

(事務局・東) では、一番の病理医に関しては最低でも専門医ということで、常勤で専門

医が1名以上、迅速診断に関してはできる体制があるということで、そういうことを情報収集して公開していく、それができないところは専門施設としてはちょっとということになると思うのですが、そこは先生方も同意いただけると思います。

次の免疫染色、遺伝子診断ですが、アンケートで挙げたものは全部できないといけないのか、できなくても別に構わないのか、それぞれのところで連携をしていけばいいのか、どの程度でどのレベルの線を引くべきだとお考えになりますか。

(小田委員) これは非常に難しい問題でして、アンケートでも物すごく免疫染色も遺伝子検査もラインナップが全部そろっている病院がありますね。ただそこで必ずしも病理医が骨軟部腫瘍骨を専門としていないような施設もあって、例えば悪いですが宝の持ち腐されみたいなのところもあるのです。

反対に、これを見てみますと、〇〇病院は非常にプロフェッショナルな先生がいて、何種類か抗体核を検出しているというような状態ですが、グレーの線から漏れています。

これはある程度よくわかった人が見ていないと、その結果の解釈、免疫染色とか遺伝子診断とかは false positive、false negative がありますので、あくまでも組織像と対比しないとまたとんちんかんな診断になってしまう可能性がありますので、それをどうしたらいいかという問題があります。

参考までに、先ほどの細井先生のいわゆる J C C G で中央病理診断をしているというのは、こういった余りやらないような遺伝子診断とか免疫染色は成育医療研究センターに送って、そこである程度一定のクオリティーのもとに遺伝子検査とか免疫染色をして、それを全国の、例えばユーイング肉腫専門の病理医とか、横紋筋肉腫専門の病理医、あるいは白血病リンパ腫専門の病理医、そういうところへ送って中央病理診断をしてもらっているといいます。正式な数は存じませんが、この J C C G は年間 800~900 例ぐらい登録があって、病理診断に回ってきているのがここ 2~3 年で 500~600 例です。全国の 10 人ぐらいのこうした各領域のスペシャリティーの先生で中央病理診断してもらっているというのが現状です。

これが肉腫になると 4,000 とか 5,000 ぐらいなるのですかね。もし中央病理診断するようになるとその辺をどうするかということですね。免疫染色あるいは遺伝子診断の拠点みたいなものは日本全国に 4 カ所ぐらいは必要になってくるのではないかと思いますし、病理診断する人も 20 人~30 人ぐらいいないと回らないのかもしれないです。そういったジレンマ、現実的な面になるとそういった実行可能かということも出てくると思います。

(川井分科会長) 小田先生からいただいた骨軟部腫瘍病理医リストというのは、やはりこれぐらいの先生が実際に骨軟部腫瘍の病理のプロフェッショナルだろうと私たちも思います。この方たちに全部中央病理診断してもらうかというのは実際は不可能だと思います。

もう一つ問題なのは、免疫染色はほとんどの施設でできるけれども、それを見切れない、要するに宝の持ち腐れ状態もあるという先生のご指摘は確かにあると思います。その間をどういうふうに、全ての症例をこのプロフェッショナルに任せるのか、臨床のハイボリュームセンターに必ずしも専門医がいるとは限らないのはこれを見ると一目瞭然ですので、そういうハイボリュームセンター病理の正確性をどうやって担保するかというところが問題になってくると思うのです。病理学会としてはどのようにお考えですか。

(小田委員) その辺は難しいところです。一つは、やはり集約化という議論と、もう一つは病理全体のブラッシュアップ、レベルアップですね。eラーニングシステムなんかを導入して、学習させて、非常に難しいのはコンサルタントに送って、必要最小限これぐらいは診断していただきたいという定型的な例、専門医だったら診断していただきたいというようなeラーニングシステムをつくろうかという2つの提言があります。

(川井分科会長) そこに今回肉腫の専門施設が40になるか20になるか、それなりにまた名前が出てくると思うのですが、そこに勤める病理医の先生にはこれぐらいのことをお願いしたいというような一つ高いハードルを設定するようなことは可能でしょうか。

(小田委員) それはちょっと病理学会がアグリーしないと難しいかもしれないですね。

あとは、やはりいつでもコンサルテーションできるシステムがあるということを入れておいたほうがいいです。常勤で、病理専門医1人で、何か困ったときは直ちに骨軟部腫瘍病理専門医にコンサルトできるような体制にあることとか、そういうものを盛り込んでおくのも一つかと思います。

(上田委員) 今、小田先生が言われたのは賛成で、全て一つの施設の中で収束しなくても、通常の診断はその施設でやって、難しいもの、例えば免疫染色でもブラキュリなんかめったに普通ルーチンではしないわけですから、必要になったらそれをやっている先生のところにコンサルトできるようにしておく。遺伝子診断もそうですね。必要なときにコンサルトできるようなネットワークのコンサルテーションシステムも利用できるということを経験すれば、むしろそちらのほうが無駄がなくていいのではないかと思います。

(小田委員) ○○センターは非常にハイボリュームセンターです。ただあそこは、この資料で見ていただくと遺伝子検査も余りできなくて、困ったのはうちに送ってこられるよ

うなシステムが今できています。

(事務局・東) システムとして送ることができるということになると、逆に送ることができない施設というのはあるのですか。送ることですみますかと聞いたら誰でもできると思うのですが、そうではないのですか。

(小田委員) 受け手側の条件もあると思います。それは全国的に交通整理をしていかないと非常に難しい問題です。ここに書いてある先生方のところに最終的にはたどり着くような状態になっています。

(川井分科会長) 今、東先生がおっしゃったのは、多分、施設病理医のアティチュードというか、送れるかどうかというよりも送りたがるかどうかということだと思うのです。自信がなければ積極的に送ってくださいということまで踏み込むことができるかということだと思うのですが、そこはいかがでしょうか。

(小田委員) それは大丈夫と思います。現実的に国立がん研究センターのコンサルテーションシステムとかあるいは日本病理学会のコンサルテーションシステムに自信がない症例は送ってこられていますので。あと、1人で抱え込まれている症例がどのぐらいあるのかというのは把握するのは非常に困難だと思います。

(川井分科会長) それが問題ですね。

(事務局・東) こういう情報公開をするとか、専門医施設の条件を提示した上で、送りますかと聞くと、送らないという施設は多分ないと思うのです。逆によほど自信があれば送らないというかもしれないですが。だから送ることができるかという情報は何の意味もない情報かなと、情報を見る立場からいうとそう思うんですけれども。

(上田委員) 専門施設の要件を決めるときに、厚労省側からいくと、できるだけ客観的に漏れのないような条件を決めてこられるのは当然習性で仕方がないと思うんですが、英国や米国のそういう施設要件のガイドラインを見ても、努力目標というか、こうあるべきだということは並びますが、もしそうでなかったら罰するとか、認めないとか、そこまでの強い要件はむしろ入れていないのが現実です。我々のオートノミーではないですけれども、そういうところはある程度は信用していただくほうが現場の運用としてはスムーズに行くところも多いかと思うのです。日本人はきちんと決めたとおりの運用はしますが、そうするとどうもガイドラインとか施設要件というのはなかなかそのとおりに運用されない。だから努力目標じゃないですけれども、こうあるべきだということをわかりやすく言えばだんだんそれに収束していくはずなんです。肉腫の領域ではもう大体そのようになっています、実際

には問題はそんなに起こらないように現場では思います。

(事務局・東) 情報のユーザ側になる大西さん、押田さん、それはどう思われますか。私はきちきちに何か条件を決めて、こうあるべきだ、なかったら罰するとか、専門施設から外すということは最初から考えていないのですが、情報を公開するというのはやはり必要で、公開するための情報はその情報から何か得るものがないといけないと思うのです。何ができますかということできないと答える人、やりますかと聞かれてやらないと答える人は、できないというよりはまた別の、物すごく自信があるとか、余り意味のある情報にならないのではないかと危惧が私のほうにはあったのです。

(中島委員) 私は整形外科ですが、神奈川の大学病院に月に2回ほど行っております。その際に病理の医局に行っているいろいろと話すことがあります。今、この肉腫の診断についてというのは病理医の先生はどうしているのかと話題になります。特に難しい症例に関して、病理の先生が良悪性の診断に難渋していたり、臨床の先生との意見が合わなかったりする場合があります。神奈川の場合はそれぞれの臨床の先生が骨軟部腫瘍の診断を得意とする他の大学の病理の先生に意見を聞くような地域的なカンファレンスというか、大学の中ではなく気軽にそういう意見を聞くような状況になっています。ですから、肉腫の診断はどうする、病理医はどうするということなんですけれども、臨床の先生も実際には動いて意見を聞くこともあるので、そういう面も考えてくださればと思いました。もちろん病理の先生ご自身もほかの病理医の間でセカンドオピニオンを聞くことも必要なんですけれども、臨床の先生にも必要かなと思います。

(大西委員) 確かに患者から見れば、先ほどのアンケートにもあったように、診断が間違っていたとか、そういう症例が、多数でもないですがちょこちょこ患者さんから見うけられ、それが何カ月も、何年も放ったらかされているという現状はあるのですが、今、中島先生がおっしゃったように、臨床の先生と病理医の先生とのコミュニケーションの問題というものもかなり大きな問題があると思います。やはりそこがちょっとうまくいっていないからそういう結果につながっているのかと思います。そういう情報が病理の先生にスムーズに行って、そこで確実な診断が出れば全く問題がないんですけれども、これはそうではないかと決めつけで臨床の先生が判断されてしまうと、病理の先生も当然何とも言えないでしょうし、かわりようもないので、今は病理診断ということの議論ですけれども、ちょっと論点が違うというか、済みません。

(押田委員) 私のほうも、最終的に正確な診断が出れば、その過程はどちらでもよい、

こだわらないといえますか、病理医の先生が出してくれた診断が正しければもちろんそれで大丈夫ですし、それが自信がないのであれば、ご相談をさせていただいて、最終的に間違いないものを出していただけるように動いていただけることというのが一番ではと思います。

(松本誠一委員) 私の病院の病理は東大を退官された先生が診断されているのでこのリストには出ていません。私は小田先生とは異なった観点の意見を述べさせていただきます。

ここに確かに専門病理医のリストというのがあります。でもこの先生方でハイボリュームのところ勤務されていない先生方は、ある規格に当てはめて診断することはされます。しかし、本当に微妙な症例があったときに、その症例のその後の経過を把握されていないことがしばしばあります。だから結論としては病理の先生というのは非常に大変で、ご自分で診断したものの最終的な経過まで把握しておいて、いつもそうやって知識をブラッシュアップしている先生の診断こそが正しいという気がよくします。

(小田委員) 松本先生がおっしゃったのも一理あるとは思いますが。

(川井分科会長) これはなかなか難しく、今、上田先生がおっしゃったこともそのとおりだし、東先生が、例えばコンサルテーションできますかと聞いたらそれはどこでもできるでしょうということで意味のない情報だということもそのとおりだと思うのです。そうすると、NICEでどう書いているかということ、上田先生がおっしゃいましたけれども、何々するのが望ましい。それと同じようなことを軟部肉腫で何が求められるかということ、軟部肉腫NOSという診断はあってはいけない、よほど難しいもの以外は「not otherwise specified」という診断では今のご時世治療ができませんよということは確かなので、サブタイプを含めて治療に必要な分子背景まできちんと診断できるようにするべきである。そのためにどういう方法をとるか、自分ができるのであればやったらいし、できなかったら積極的にコンサルテーションをする、そういうアティチュードを書き込む、要件というよりもこうすることが望ましいというような書きぶりであればいいのではないかと思います。

(尾崎委員) 全く川井先生のご意見に賛成です。私はJCCGのユーイング肉種のほうの担当させていただいておりまして、JESS04のときに結局53例ぐらいのユーイングの症例のうち8例が中央病理診断でユーイングではなかった。ユーイングというのは比較的遺伝子診断とか診断方法がたくさんあるものだと思うのですが、それでもそういうことになってしまう。ですから担当の施設の先生方の判断に任せて、それでアティチュード

としてコンサルテーションをするという、それで出なかったような症例というのはある程度仕方ないかなと。例えばスタディーとかの厳密なものとはちょっと違うと思うので、それでやっていくしかないのではないかなと思ってしまいます。

(川井分科会長) アティチュードというのは非常に主観的なように見えますけれども、例えばこれができたとして、1年、2年、3年たったときに、あなたの施設はどういう診断をしましたかということを出してもらえば、それはある意味おどしというか、重しというか、施設の病理医の先生に対する動機づけになるというふうに思うのです。過去1年間軟部肉腫をどうい診断をしたかということがいずれ明らかになることを前提にした施設の選定となると、その施設の病理の先生はきちんと診断しようと努められると思うので、そういうことで動かしていくというのはどうかと思います。

(中釜理事長) この議論の最初に出ていないのでとんちんかんな質問をするかもしれませんが、ここで求められている専門施設とか診療施設の基本的なコンセプトは、希少がんの患者さんが適正な診断を受けて、それに基づいた適正な治療を受ける、その体制を日本全体としてどういうふうな仕組みをつくり込むか、そこから来ているわけですね。

そうすると、ゲノムの診断も含めて現状で正確な診断ができる施設はどのくらいあるのか、名称をどうするかは別として、そのもとに、指定された病院あるいは立候補した病院、基準を満たす病院にいつでも相談ができて、その結果、適切な治療あるいは手術ができる病院、それがここでいうと診療施設かもしれませんが、そういう仕組みをつくっていきましょうという提案ですね？

ですから何か資格要件みたいな感じよりは、実際そういう効率よい診断システムあるいは治療体制をつくるためにこのようなネットワークはどうかというところを求めているわけですね。そうするとやはりそういう点がいいですね。

そうすると、その専門施設にゲノム診断、病理診断かできる、経験が豊富にある、そこを当面はそういうふうに指定しましょう、もちろん今後実績を積むことによってそういうものが広がって行って、日本中の希少な骨軟部肉腫が適切にどこへ行っても診療できるような体制をつくり込んでいくという、そういうコンセプトですね？

そうであれば、現状ではこういう要件が今のネットワークづくりで必要だというところ基準をつくっていけば何ら問題はないというような気がするんですが、東先生がおっしゃったように、そういう仕組みをつくるんだというコンセプトがあれば、共通理解があれば、恐らくいろいろな全国にいる臨床の医師も相談しやすいし、それを踏まえて治療もし

やすい、あるいはそこに送ればよいということができるとは思えないかなと思うのです。このように私は理解したのですが、そういう理解でいいですね？

そうすると、今、先生方がみんなおっしゃっているところがある程度網羅されるようなところ、緩やかに、緩やかというのは失礼かもしれませんが、病理診断を含めてまずはつくっていくというところであればいいのかと思ったんですが、そういう理解でよろしいですか？

本当にこういう希少な疾患に関して日本中でどのように取り組んでいくのか、今、この肉腫に関しては全国の発生症例を考えると、50 ぐらいあって、そこが 100 ぐらいできると大体カバーできるかなという気がします。恐らくほかのもっと貴重な疾患に関してはもっと深刻な問題だと思うのですが、そういう仕組みはやはりこの骨軟部肉腫部会から提案できるとすごくいいのかなというふうに聞いていました。済みません、コメントです。

(事務局・東) 確かにこのところだけで枠をはめるのは恐らく無理でしょうから、仕組みをつくることを主眼にして、その結果として、NOSの診断がないとか、そうしたことを後で見えていくという形で、後のほうでも情報公開の項目として症例数を組織型別に出してほしいということも書いてありましたので、そこで少し議論をしていただくということで、NOSがないということが恐らくシステムをその施設がちゃんと活用しているのだろうということで見えていくのがいいのかと、議論を聞いていてそのように思いました。小田先生、そのような感じでよろしいでしょうか。

(小田委員) まずはそういった方針で結構かと思います。がちがちにするとやはり病理の先生も大変だと思いますし、その施設も。

(事務局・東) では、それを考慮して免疫染色、遺伝子診断ができるかどうかは、情報公開の項目ではあるかもしれませんが、そこを条件、基準にするといったことは行き過ぎなのかなと感じました。

次に放射線診断についてです。放射線診断医が常勤で1名以上いること、CT・MRIが可能であること、核医学検査が可能であることの3つですが、これについてはいかがでしょうか。4番のCT・MRIは恐らくどの施設でもできるかと思うのですけれども。

(松本誠一委員) 骨軟部腫瘍の診断だけであれば別に整形外科医がやればよいと思うのですが、放射線診断の専門医がいて全身的に診る、例えば肺や縦隔、腹部も診断できる、そういうオールラウンドプレーヤーの診断医がいないとその施設の診断レベルを担保することができないので、やはり放射線診断医がいるということは必要なのではないかと思います。

ます。

(事務局・東) これは一つの情報公開とするとともに、恐らくいるべきだと考えられるということでもよろしいでしょうか。

次にPETができるというのはどうですか。その施設でやれることは重要でしょうか。割と連携して行っているとは伺っています。

(尾崎委員) うちの大学病院の中にはPETはございません。近くに画像診断センターという企業体がつくってくれたものがありまして、ダイレクトにつながっていますので、そこで2台ぐらいあってフル稼働しています。施設にあるというのではなくその情報を利用できるということが大事かと思えます。同じような施設は多いのではないかと思います。

(事務局・東) それではPETに関しては外にあって利用できる状態になっていければいいということでもよろしいでしょうか。

次に外科手術に関してですが、これは5つ条件がありまして、軟部肉腫を専門的に扱う整形外科医が常勤で1名以上いることと、2名以上いることの2つのご意見がありました。さらに形成外科的な再建手術が行えること。年間手術症例数は20例以上あるべきと、30例以上というご意見があります。次にハイブリッド手術室があること。あとは、小児の固形腫瘍を専門とする医師がいる（可能であれば）ということです。

(細井委員) 小児ということなので少しお話をさせていただきたいのですが、もし四肢軟部、表在に特化した分科会ということで、小児も入れていただけるということであれば、小児の固形腫瘍を専門とする小児外科医がいることは必要ではないかと私は思っています。

というのは、手術場の枠を非常に手術数の多い整形外科の先生の手術枠ではなかなか工面できないときに提供するとか、あるいは化学療法をやる際にはプロビアクが必要になってまいりますので、中心静脈カテーテルといったものを手術の前後で入れる小児外科医との連携が必要になってきますので、私の立場としてはこの項目は入れていただければと思っています。

(川井分科会長) 先生のおっしゃるとおりだと思うのですが、今回、四肢の軟部肉腫ということを想定したときは、恐らく一般の小児外科の先生が手術をする疾患というのはほとんど入ってこないというふうに理解しているのですけれども、それでもやはり小児外科の先生が必要でしょうか。

(細井委員) 手術をするだけではなくて、術前術後の化学療法が必要になってくるときに、中心静脈カテーテルを入れるとか、先ほどの手術の連携、術後の管理とかいうところ

で、おられたほうが望ましいというふうには感じています。

(事務局・東) この条件として挙げられたのは、小児外科ということ、さらにその上の、小児の固形腫瘍を専門とする医師というように書いてあるのですが、今のご意見ですと、小児外科の先生がいらっしゃって、中心静脈栄養等を入れるというのが割と重要だということですか？ ポートを入れるという話ですね？ 小児の固形腫瘍の専門の先生がいたほうがいいということなのか、

(細井委員) 専門といいますか、子供の手術ができる外科医という意味です。

(事務局・東) となると、小児外科医ということによろしいですか。

(細井委員) どうでしょう。整形外科の先生でも子供の四肢軟部肉腫の手術に熟練した方がおられたらもちろんそれもいいと私は思います。

(上田委員) 外科手術のほうで行きますと、地域によっても違いますが、小児の患者さんはこの病院に送るとか、あるいは大学病院の中にそろっていて、そこでできるとか、地域、地域で多分違うと思うのです。その連携の中でももちろん小児外科の先生がいるのは必要ですけども、今回の肉腫の施設要件に必ずしも小児外科医の常勤の先生がいなくても、連携ができればそれでオーケーかと。例えば静脈カテーテルなんかは成人であれば施設によっては放射線科の先生が入れたり、うちだったら我々整形外科で入れますし、施設によっていろいろあるので、これについては小児科の先生と連携がとれていれば、施設要件は必須ではなくても行けると思います。

(細井委員) もちろん小児には小児がん拠点病院というものがございしますので、本会の対象が成人の四肢軟部肉腫を主に対象とした検討ということであればそういう考え方が出てくるのは当然だと思います。

(事務局・東) それでは条件とここでは書いていますが、一応この項目に関しては連携があることを情報公開する、連携が院内なのか院外なのかについては、情報を公開していくという形にまとめたいと思います。

(小田委員) これはとんちんかんな質問かもしれませんが、軟部肉腫を専門的に扱う整形外科医というのは、これは専門医で、例えば年間何例以上患者さんを診ているとか、何例以上手術をしているとか、そういったような縛りは？

(川井分科会長) ある程度の縛りではないけれども、どれぐらいの数が必要ですかという議論が多分一番重要で、前回もこの話になったと思うのです。

一つ参考になるかと私が思っているのは、A3の机上資料が現状をあらわしていると思

うのですが、非常に分散した状態で診療されています。90 数施設で診療されていて、そこに軟部肉腫の専門医というのは実際にはいないので、整形外科医が主体になっているとすると、その人たちは骨軟部腫瘍を主体に診ていて、骨転移もその人たちが中心になって診ているという日本の診療実態があると思うのです。

このA3の四肢軟部肉腫診療の現状に関する調査結果一覧の1枚目、左の問1の答えですけれども、骨軟部肉腫専門医は、ほぼ1人か2人ということが北海道から九州までずっと続いています。多いなと思うのは、がん研やがんセンターなど専門施設だけで、大学病院もほとんど1人か2人というのが実情だと思います。そこは大学教授の先生が来ていらっしゃるし、間違いないと思います。ここに書いてあることはまさしくそれをそのまま是認しているというか、これだけのマンパワーで行くということになりますけれども、今の診療体制でいいのか、今の診療体制で経験できる症例数でいいのかということのをこれから議論しなければいけないと思います。

(上田委員) 全国でも専門施設を何施設にするかということともかかわってきますね。

(川井分科会長) 症例数にもかかわってくる。前回からの引き続きの1番のところだろうと思いますけれども、最終の目的は、先ほどは患者さんに対して病理診断を間違わないというアウトカムでしたけれども、ここの目的は患者さんに対して外科的に間違いのない手術ができるという、そのためにはどれだけの経験が必要で、どれだけのチームがあったらいいかということで、そこから発想してみたらどうかというように思います。

(細井委員) 外科手術の技術というのも非常に重要だと思いますけれども、化学療法と放射線治療と、皆さんご承知のとおり、集学的治療でそのコンビネーションというものが大事だと思いますので、そういう意味で、たとえ四肢の肉腫といっても1人整形外科の肉腫の非常なエキスパートがおられたらそれで進むというものではないと思いますので、私どもとしては、ここにせっかく（可能であれば）と書いていただけるので、医師がいることが望ましいとかそういう表現で残していただければと思います。

(事務局・東) 今のお話は小児の固形腫瘍というお話ですか。

(細井委員) そうですね。

(事務局・東) わかりました。そここのところは小児の固形腫瘍を専門とする医師がいるか、もしくは連携をするということで、可能であればそういう密接な関係があったほうがいいと、それに関する情報公開をするとさせていただきます。関連した話題で、今度は大人も含めの整形外科の先生方が、どのぐらいの人数が施設にいらっしゃれば専門施設もし

くは診療している施設と言えるのかということになると思うのですが、それが6番のところに関連してくると思います。

ここは専門的に扱う整形外科医というのが資格としては特にないので、具体的にどのような人たちなのかとなると、今の話の流れですと、年間で20例以上か30例以上かの手術数をされている先生が何人いらっしゃるかというお話になるかと受け取ったのですが、それでよろしいですか。その場合は何例なのでしょうという質問が次に来るわけです、

(土屋委員) 手術数に関してですが、結局、20例、30例やっている施設と100例やっている施設で手術がどれだけ違うかという、恐らく手術方法に関してのコンセプトは一緒で、やっていることにそんなに差はないと思うのです。だから地域にバランスよく専門施設を配置できるようなことを考えた場合に何施設以上になるかというように考えたほうが、多分この表だけを見ていると、20症例以上にしておけばまず間違いはないかなという気はいたします。

あとは、整形外科医の数ですけれども、これはもちろん整形外科専門医というふうにしたほうがいいと思いますけれども、基本、日本の現状を考えると、手術もやる、放射線診断もやる、化学療法も整形外科医が自らやるというパターンが多いと思うので、患者さんの立場からしたら専門医が1人しかいないところは安心して治療を任せられないのではないかなという気がします。だから私自身は2人以上というほうが妥当かなと考えています。

(松本誠一委員) 私は人数はやはり2名以上は要るのではないかと思います。それと手術件数は大事だと思います。たとえば、腹腔鏡手術に関しても、いろいろなことがあったときに、その人がではどのぐらいの手術を経験しているかということは分かりやすい指標として問われることがあります。だから症例数をもおろそかにすることはできないと思います。手術だけでなく、薬物療法等いろいろあるということを土屋さんはおっしゃっていてそのとおりなので、やはり常勤整形外科専門医2名以上というのは譲れないところではないかと思います。

(上田委員) 基本的に賛成です。1名では専門施設とはさすがに言えないです。現行を見ても2名以上のところが多くて、1名のところは、専門施設を名乗りたいのであれば大学とかと相談して2名以上にしてもらおうというようなところから考えると、2名以上が妥当かなと思います。それと手術件数も、さっき土屋先生が言われたように、ざっと全国を見渡したらやはり20例以上というのが一番現実的な数字なのかなと。これは将来的にはだんだんふえて集約化していけばなおいいと思うのですが、現行でやはり20例あれば、月

2件ぐらいですからまずまずコンスタントにしているのかなど。望ましいのは30と思いますが、現行を見ると20が現実的かと思います。ハイボリュームセンターを除いて、これはもう超専門というところで、全国の患者さんのことを考えて割と近くで専門の施設を見つけられるというのを考慮するとその数字が妥当なのかなというふうに思います。

(事務局・東) 確かに20例以上というのが大体この辺の感覚に合っているのかと思います。20例以上あればあとはオーケーということではないですし、今後の要件として、今後もしかしたら自然に上がっていくかもしれませんし、とりあえずそこから始めるというのは一つの手かもしれないと今の議論を聞いて思いました。もっと厳しくするべきだというご意見がなければ、施設の手術数という意味ではとりあえずはそれぐらいで行こうかと思っています。

(大西委員) 九州を見ると20例以上というのが1施設しかないのです。その辺のばらつきというかそういうことも、一律20例で縛るのはどうかと思います。

(事務局・東) 今の施設の症例数というのは2枚目が多分一番わかりやすいかと思いますが、左の最初の数が良性腫瘍の症例数で、2番目の列が悪性腫瘍の症例数というようになっています。確かに九州だと20例以上は1施設だけで、あとは惜しいといえば惜しいのですが、15とか17といったものが並んでいるということかと思っています。

(上田委員) 小田先生、この状況から見ていかがですか。

(小田委員) 私が聞いた話によると、大分、鹿児島、宮崎あたりの患者さんは、今、結構情報が発達していて、生検で悪性と診断されたら、東京の国がんとかがん研とかに行ってしまうて手術をされているのです。そういうことから数が少なくなっているのだと思います。

(大西委員) 逆に標榜すれば少しふえる可能性もある。

(小田委員) うちでもできますということを標榜すれば、そこで患者さんにとどまっていたりいただけるかもしれません。

(尾崎委員) 確かに最初は皆さんがおっしゃったように20はいい数値かなと思ったのですが、現実的によく見ますと、例えばうちも29ぐらいで何とか、土屋先生のところも20何例で、実際いわゆる地方の治療をやっているセンターというところが20何例かぐらいで、かろうじてクリアという形になっているのでちょっと厳しいのかという印象を受けます。例えば四国だったら1施設がぎりぎりクリアぐらいで中国も1施設が何とかいって

るくらいですから、都市部はいけるんですがそうではないところは本当にいいのかなど。もうちょっと下げてもいいような。

(川井分科会長) 今の議論を聞きながら、前回の議論の最後あたりとかぶっていると思いました。こういう議論を全体の後半にしばらくしましたが、最後に松本先生が爆弾を一つ落とされたのを覚えています。先生たちが今議論をしてるのは現状追認のためにこういう制度設計をしているんですか、それとも患者さんにとって何が一番いいと思っているのですかと。現状をぶっ壊すのは決して目的ではないですが、今の話を聞いていると、20 という数が現状追認するために出てきているんだろうなということが見えます。

前回の議論の最後に出てきましたが、そうであれば今のシステムも有効に活用しながら、それでももう一つ上をつくりましょう、それが2階建てあるいは3階建ての議論だったように思えるのです。そうすると今の20施設というのは、資料の1にある診療施設という位置づけになる。競争してその上に上がっていくのか、手挙げ方式なのか、指名方式なのか、そこはわかりませんが、さらに集約化して、もっと専門的な、もっと治験的な、実験的な治療まで踏み込む施設はもう少し高いハードルを一つ設定しておいてもいいかという気はいたしました。そこは例えば50例だったり、100例でもいいと思うのです。

(土屋委員) 結局、数値目標みたいに、数値を決定してしまいますと恐らく東京とか大阪とかにそういう専門施設が集中してしまうのです。違った治療しているとは決して思えないので、地域のバランスを考えて絶対その辺は何か配慮しないといけないです。専門医の制度と一緒にですね。放っておいたら地方は少なくて、都会ばかりというのと一緒のパターンになってしまうので、その基準を見出すのが条件というか、見出すのが非常に難しいかと、今、聞いていて、なかなか決着点がどうなのかなど。

(上田委員) このテーブルのデータを見て、土屋先生が言われたところのぎりぎりのラインが20症例かと思うのです。

(川井分科会長) 数値を求める人に納得してもらうにはそういう設定でと。

(上田委員) 一応そこかなという。そこへ行かないところは、例えば今みたいに診療施設として認定して、本当にやろうと思うのならば例えば連携して患者さんを集めるような努力を地域によってはするか、うちはやめて送ってしまうとか、そういうふうにして集約化が進む。その現行のぎりぎりのところが20かというふうに思ったのです。

(松本誠一委員) まさにそのとおりで、川井先生が、私がこの前の最後に言ったことを言ってくださったんですが、そのことをきょうは言おうかどうしようかと思っていたので

すが、やはり現実たとえば患者さんの分布などを見たときに、努力目標の最初のラインとして20というのは妥当なのかなと思いました。

(事務局・東) 数に関してカットオフを決めるのは、それだけで多分1週間ぐらい議論していても決まらないのではと思います。ここはもう仕方がないので、何かこれをカットオフにしてこれ以下だったら情報公開をするグループに入れたいというのではなく、ほかの常勤医がいなくてかいるとかということは結構クリティカルな問題なのかなと思いますけれども、条件としては余り症例数は使わずに、どういう解釈すればいいのかという目安として付記するというので、その付記する数を20例ぐらいは必要ではないかという意見つきで症例数は公開するというのが落としどころかと思いました。それでよろしければ、次に進めてまいります。

では、外科手術の中で、形成外科的再建手術が行えるというのはマストというふうに考えてもよろしいですか。

(清澤委員) それが常勤なのか非常勤なのかまた別途考えればいいことで、行えたほうがいいと思います。

(事務局・東) 別に非常勤でも行えればそれでいいということでよろしいですか。

ハイブリッド手術室というのは、どういったものでしょうか。

(清澤委員) これは私が出したのかもしれないですけども、四肢に限っているのであればこれは要らないのかなと思います。

(事務局・東) ではハイブリッド手術室はここから除きます。では、外科手術に関しては大体条件というか項目としては固まったということでよろしいでしょうか。

次に放射線治療ですが、放射線治療医が常勤で1名以上いる、放射線治療が可能である、重粒子線（または陽子線）治療との連携がとれている、この3つがありまして、この11、12は拠点病院の指定要件に含まれているので、今のところ82の骨・軟部肉腫診断治療相談コーナーの施設では1施設以外は満たしているので、薄字にしております。

重粒子線または陽子線との連携に関して、中野先生、コメントをお願いします。

(中野委員) 私のほうから出したのですが、出した理由を簡単に、フィロソフィーを言わせていただければ、この希少がんについては、放射線治療医の立場はどちらかというところをサポートする、支援する医療という位置的な立場で考えておかないといけなくて、現実的に専門医が必要だとかどうとかいろいろ厳しくやると問題だろう。

あと、学問的な部分からも、カンファレンス等で希少がんに対してちゃんと放射線腫瘍

学の立場から適切なサジェスチョンが言えたり、適用あるいはインフォームド・コンセントについてもサジェスチョンできる、あるいは四肢ということですが、その後体幹部に転移したり、それが大きくなったり、実際その後の問題もいろいろと含めると、やはり四肢だけの術前照射、術後照射だけでいいというわけにはいかないだろう。あと、小児腫瘍もカバーすべきだろうというようなこともありまして、11、12は、最低、地域がん診療連携拠点病院の要件は必要であろうということで書かせてもらいました。

重粒子線または陽子線というのは、ご承知のように、重粒子線治療は骨軟部腫瘍が保険適用になりましたし、また陽子線は小児の腫瘍が適用になっております。これは昔の放射線治療と違って、局所に線量分布がいいということと、それによって局所制御がかなり可能になってくる。特に重粒子線の場合は、先生方もご承知のように、骨軟部腫瘍に対してローカルコントロールが非常に高くなっています。そういう特殊な知識をちゃんと持って、かつそういうところに、希少がんですから、放射線治療医はあれもこれもやっていますので、連携システムをとっておかないといざというときにご迷惑をかけるということもありまして、努力目標というようなことで13を入れさせていただきました。

これはこの文言がいいかどうかわかりませんが、放射線治療医常勤1名以上ということでしたので、これは専門医というわけではございません。ですからなおさらそういう希少がんについては対応できるような体制を放射線治療医がつくっておくべきであるというような見地から入れさせてもらいました。

(事務局・東) そうしますと、治療医に関しては専門医でなくても構わないという理解でいいですか。

(中野委員) 皆さん方のところで専門医の方がいらっしゃる方がいいですが、専門医だから希少がんがよくわかって、常勤の放射線治療医が希少がんについてよくわからないというものでもないと思いますので、常勤であるということはどうしても必要だと思いますが、整形外科の先生のように、あくまでもその技術が一義的に重要だということとは多少違うのではないかというふうに思っています。

(清澤委員) 13番は私も同じようなことをたしか挙げさせていただきました。なぜかという、やはり、最初の治療においても、手術がいいかこちらの放射線治療がいいかというのは患者さんに選ぶ権利があると私は思ったので挙げさせていただきました。当施設はないので、群馬大などをお願いしてやっているのが現状ですが、連携がとれるというのは、先ほどのPETではないですが、利用ができるという意味と解釈しております。

(事務局・東) ではとりあえずこの項目は連携ができるということで、情報公開の中では過去の実績として送ったかどうかは少しとっていくのかなと、それを公開していくのかなというふうに思いますが、その感じでよろしいでしょうか。

次の項目は薬物療法です。14～18 までいただいておりますが、これも人員要件として、肉腫の薬物療法を行うことができる腫瘍内科医 1 人以上・常勤ということで、一部に薬物療法専門医とお書きの先生もいます。ただこれは実態を見ますと、ほとんどのがん診療連携拠点病院では薬物療法専門医が配置されているということのようです。

15 番は小児科医がいる、これは四肢の何らかの専門と書いてはいませんでした。16 番はレジメン登録と外来化学療法室があること、これは拠点病院の指定要件になっています。

17 番は薬物療法について標準治療を提供している。

(松本光史委員) 14 番のところ、私はがん薬物療法専門医であったほうが良いと思って回答したのですが、そのときに携わっている、関与しているという言葉をつけていたと思うのです。もちろん会の趣旨として、整形外科の肉腫の専門の先生が適切に手術される、患者さんをふやすということが一番大事なことだと私も認識しています。ただ、横紋筋肉腫やユーイング肉腫といった一部の肉腫では、患者さんが治るためには手術だけではなくて薬物療法も適正に施行されることが大事ですし、減量されたり延期されたりということとで実際に再発されてから来られる患者さんというのも、今まで少なからず拝見しました。

ですので、全ての抗がん剤を薬物療法専門医が行うというのは非現実的かもしれませんが、例えば難しいケースや合併症をお持ちの患者さんなんかに関しては、腫瘍内科医がその薬物療法にタッチできるとか、携わるという言葉をもどのように定義すればいいか、カンファレンスに入っていればよしとするか、何も問題のない患者さんでは現実的ではないですから、年間何例か腫瘍内科医にコンサルが行っているのかとか、数で拾うとか、定義の仕方は幾つかあるかと思うのですが、施設に腫瘍内科医がいても全く肉腫の診療にタッチしていない施設というのは、その施設に薬物療法のクオリティーは患者さん側から見たときには担保されていないということになると思うので、薬物療法専門医がいるかないかだけでなく、何かもう少し情報や文言があったほうが情報公開のときには患者さんからは理解しやすいかと思います。

(細井委員) 関連してよろしいでしょうか。私も、この 15 番の小児科医がいるというところを入れていただいておりますが、ただ、アレルギーを専門にしている小児科医とか、てんかんを診ている小児科医がいても余り役に立たないと思いますので、ここは

やはり、日本小児血液がん専門医というのがございまして、私はそれを入れていただきたいということがございます。

それと根本的なことになるんですが、先ほども少しご意見が出ましたけれども、局所だけに限局している初発例だけを今回は対象にするのか、四肢といいましても既に初診時遠隔転移のある症例もございまして、また再発する場所が四肢でないという場合もございまして、そういった例は小児がんの拠点病院であれば再発例とか難治例、終末期までちゃんと診られるかということが要件になっているのですが、本会が四肢の遠隔転移でない限局例の初発例だけを対象にするような施設の要件をお決めになるということなのか、その辺を最初に明らかにされておいたほうがいいのではないかと思います。以上です。

(川井分科会長) 私の理解では、本検討会は四肢の軟部肉腫が初発で、治療されて、再発転移して、ターミナルになるまで、そこまでを含んだ検討会だというふうに考えております。だから小児科の先生、腫瘍内科の先生も当然参加していただいておりますし、四肢に限った初回治療の外科的なインターベンションが……

(細井委員) となりますと、肺転移切除する胸部外科医とか、腹部の場合は消化器外科医とか、そういったものも必要になってきますし、それらを一つの施設で全部済ませないといけないという考え方であれば連携ということでもよろしいでしょうし、一つの施設でできるということで施設をお選びなのか、その辺によって施設の基準条件というものが変わってくるかというふうに考えますが、いかがでしょうか。

(川井分科会長) 私の理解が足りないのかもしれませんが、恐らく肺転移であるとか進行例に対する抗がん剤というのは、この議論の俎上にのせるような施設であればほぼカバーできているのではないのかというふうに、前提条件に近いような形で理解をしておりますけれども。

(細井委員) 例えば、傍脊椎なんかダンベルになっているようなケースとか、そういった場合は整形外科の先生と腹部の先生、あるいは胸部外科の先生と合同で手術をしてもらうようなことも小児がんの場合はございまして、そういったケースは今回含めないということであればよろしいかと思います。そういう面では外科のスペシャリストの連携、合同手術といったことも、実際我々は子供の場合はよくやっておりますので、そういったことも頭に入れておかないといけないのかなと思われましたので申し上げます。

(上田委員) 細井先生がおっしゃることはよくわかりまして、肉腫それから小児がんは集学的な治療が必要というのは大前提で、その患者さんの必要に応じて胸部外科の先生、

小児外科の先生、泌尿器の先生、マルチディシプリナリーに治療しますので、これを全部施設要件で常勤医が必要だとか、がんの専門が要るとなるとほとんどの施設は無理で、地域ごとによって必要なときにその先生と連携して、来てもらうとか、自分が行って一緒にやるとか、それはもう柔軟に対応すればいいことですので、全部を施設要件に漏れなく書くのは要らないかなと思います。川井先生がおっしゃるように、必要であるのは大前提で、そこまで施設要件に全て常勤の先生がいるようにというのは要らないかなと思います。

(川井分科会長) 薬物療法の話は結構大事なところだと思います。薬物療法について、成人の軟部肉腫、AYA世代の化学療法、小児科医から見てどういう要件が必要かということ、で細井先生からまたご意見をいただけたらと思うのです。

(細井委員) 手術をして、術後いつから化学療法が始められるとか、あるいは化学療法の合間にうまく手術を入れていただくとかというときに、連携というので非常に重要になってきます。それは一緒にカンサーボードなどをしながらタイミングをはかっていく、あるいは手術場の枠を押さえていただくというようなことを、手術の前あるいは手術の後にもやっていくわけで、そういった施設内での連携というものが非常に重要になってきます。施設を転々として移って役割分担して治療していく場合には、ともするとそのところの連携とか時間的なタイミングがずれたりということで、患者さんにとっては不利益になるということでもありますので、やはり同一施設内での連携というものはできればそれは私は望ましいというふうには考えています。薬物療法に関しても、薬物療法だけは違う施設で行うというのではなく、やはりその施設に薬物療法の専門家がいるというのが重要ではないかと私は思います。

(川井分科会長) 私も基本的には賛成です。もう一回化学療法と外科的な治療との絡みを議論する上で、整形外科で化学療法をかなりの領域やっているというのは実臨床だと思うのですが、各大学病院・地域がんセンターの整形外科の先生は、腫瘍内科の先生と今どういうふうな関係で治療をされていて、どのようなことが望ましい姿というふうに考えていらっしゃるか、整形外科の先生のご意見をちょっとお伺いしたいと思います。

(上田委員) 最近、臨床腫瘍内科の先生もぼつぼつですけれども肉腫を専門というか、できる先生も大分ふえておられているので、地域にもよるとは思いますけれども、組織型によって大分違います。骨肉腫で10歳以上であれば我々がやるけれども、例えばユーズンとか横紋筋肉腫だったら、最初から診断がついた時点でそれを専門にしているところに送って治療するということができているので、必ずしも施設内で全部、all inclusiveに

やるということではなくて、その診断に応じて最適のところに行ってもらっているというのが現状だと思います。だから横紋筋肉腫やユーイングはちょっと特殊で、我々整形がやることはだんだんなくなってきているように思います。成人の軟部肉腫はやはり手術がかなり主体になるので我々がまだやることも多いですけども、臨床腫瘍内科の先生やってくれるようなところはだんだん一緒にやるというのが現行かだと思います。アドバンスになれば、もちろん臨床腫瘍内科の先生にバトンタッチまではしないですけども、一緒に診ていただくようお願いするような格好だと思います。

(尾崎委員) 上田先生がおっしゃったことで大体同じような傾向で、整形外科の化学療法をする頻度というのは、以前の半分から3分の2ぐらいに減ってきているかだと思います。条件としては、我々としては中学生以上ぐらいの患者さんであればオステをやっておりますし、ユーイングもさせていただくこともあります。ただ、30代、40代の方は整形ですることがありますけれども、それを超えて高齢者になって合併症がふえたりしたらもう腫瘍内科の先生を頼みますし、アドバンスステージも腫瘍内科の先生、外来ケモも腫瘍内科の先生という感じで、かなり腫瘍内科の先生をお願いをするような状況になってきています。多分、全国的な傾向ではないかと思います。

(土屋委員) 私どものところは小児科と整形外科はやりますけれども、腫瘍内科は実際には全く絡んでおりません。どちらかといいますと、軟部肉腫はいろいろな種類がありますが、珍しい腫瘍に対してはレジメンなんて何も確立されたものがないんですが、最近レジメン登録の縛りがきつくて、保険適用になっていないものは一切できなくなってしまっているんで、腫瘍内科の先生に送ったとしても手が無いのです。だから結局なかなか介入する余地がない。成人の例えば紡錘細胞肉腫であれば、いわゆるイホマイドとアドリアマイシンの組み合わせで型どおりやって、それはレジメン登録されていますからそこまで、余り選択肢はなくなってきている。我々のところでは腫瘍内科の先生がそれほど絡んでいないということはないですね。主に小児科と整形でやっています。

(細井委員) そうですね。小児に関しては骨肉腫は金沢大学からもご紹介いただいて我々のところで化学療法をしているケースも最近はかなりふえてまいりましたし、そういった連携ができるということを要件にするというのは一つかと思います。

(松本誠一委員) うちでは小児は聖路加にお願いして化学療法をしています。成人に対してはオーソドックスな化学療法は自分たちでやり、新規薬剤については腫瘍内科にお願いするというふうにしています。一遍に腫瘍内科にお願いするというのもオーバーワーク

になってしまいますから、そういう意味でうまく症例を分けてやっているというのが現状です。

(事務局・東) そうしますと、腫瘍内科の先生が関与している、携わっているところというのは、どの辺を情報公開ないしは施設の条件というふうに出せばいいと腫瘍内科の先生方は思われますか。

(松本光史委員) 私は、もし挙げるのであれば2点、カンファレンスに腫瘍内科医が参加しているということと、あとは年間何例という縛りを設ける必要は現時点ではないかと思いますが、実際に何例かはコンサルトがあって、それが例えば進行再発でヨンデリスとかパゾパニブを使うという人でも、周術期で何か問題を抱えた患者さんという形でも、特殊なレジメンでもいいですが、実際にタッチしているという実績があり、後からその実績がどれぐらいあって、ふえていっているのか、減っていっているのかということを追跡すればいいのかと思います。

(武田委員) 私も同意見でありまして、うちでは、頻度からいって定期カンファレンスはやっていません。ただ整形外科の先生と face to face でコンサルトできる関係は一応構築しています。薬物療法である一定の専門医が必須かどうかは、私は一応必須だといいたしましたが、今後新薬をそういう専門施設に持って来た場合に、予期しない副作用とかが出る可能性もあるので、早期の薬物治療に関与したことある人間が一応コミットしておいたほうがいいかと思います。そういう新薬とか今後免疫治療とかが入ってきた時にある程度経験のある人間がコミットできる、それは条件として必須かは議論したらいいと思うのですが、やはりそういう経験のある先生が間近にいるということは必要条件としておいたほうがいいかと思います。

(細井委員) 先ほど疾患によっても違うというお話がございましたが、化学療法や放射線感受性のある肉腫、それはないと言われていて、データ学的にとるとということが基本の肉腫があるということですので、そういった疾患別にこの分科会の対象施設を限定されるのかどうかということが1点です。

もしそうでなければ、今は薬物療法は効かないと言われている肉腫でも、新薬が出てきて将来そういったものが手術と組み合わせることで有効だという可能性は十分ありますので、そういう意味でそれも含めるということであれば、薬物療法専門医というものの存在は非常に重要になってくるとは、繰り返しになりますが、私は思います。

(事務局・東) 組織型によって対応を分けるのかについては、繰り返し出てくる議論か

とは思いますが、基本的には余り分けることはしないでおきたいと事務局としては思っています。というのは、病理診断が後で変わるかもしれないという問題もありますし、患者さんから見て、この組織型はこっち、この組織型はこっちというのはややこし過ぎるのではないかと思っています。ただ、施設の内部でこの組織型に関してはこういう対応をちゃんとしてるかどうかというのは検証すべきだと思いますし、その施設の中での情報公開において、症例数を組織型別に公開すべきだというのは、そういう対応の違いはあっていいと思いますが、施設単位でこの組織はこの施設、この組織はこの施設ということはなしだというふうに事務局としては考えています。

(細井委員) そうしますと、四肢とか体表面という発生場所だけは限定するという考え方でよろしいですか。

(事務局・東) とりあえずはそのとおりです。

(細井委員) そうしますと、同一の疾患というか、組織型でも、ステージとリスク区分によっては本分科会の指定施設の対象外になるということも出てきますが、それはそれでいいということでしょうか。

(事務局・東) その対象外というのは難しい議論になるかと思うのですが、基本的には議論のフォーカスを絞るという意味で四肢の軟部肉腫としているので、四肢の軟部肉腫に関してこうした施設が専門であろうと結論として出したことに関して、一般臨床の中でそこに応用が可能だというふうに主治医と患者さんの間で判断されて、四肢の軟部肉腫の専門施設に送られてくるとか、相談が行くようなことはあると思います。対象を広げて議論が散逸してしまうことを防ぐという意味合いでの限定です。

(細井委員) 患者さんの立場からご理解からいただければそれでもいいと思うのですが、そこが非常に微妙なところだと思うのです。

(川井分科会長) 先生が危惧しておられるのは、今決めているのは手術の病院だけを決めているのか、進行再発でターミナルになったらそれは別なのかというご質問だと思うんですけども、基本的には、先ほどお話ししたように、四肢の軟部肉腫の生物歴、生活歴全てを一応カバーする検討会だと思っています。マルチディシプリナリーな治療が必要な外科的ということでこの四肢というところが解剖学的な縛りで出てきたわけですけども、恐らくこの先議論になると思うのは化学療法の話になってくると思うのです。集学的な施設の縛りとして化学療法を今議論していますけれども、多分後半で出てくるのは進行再発のときに全ての患者さんをそこで治療するのかという話だろうし、そこでもまた腫瘍内科

の先生のご意見も聞きたいと思うのですけれども、とりあえず今はマルチディシプリナリ
ーな四肢の軟部肉腫はどこで治療をするかということにフォーカスを当てて議論しておい
たほうがいいかと思います。先生が危惧してられるのは進行再発を省くのですかというこ
とではないかと思うんですが。

(細井委員) もちろんそれもありますし、考え方の整理として、整形外科の肉腫のエキ
スパートがいる病院がどこかということに付随して、化学療法もしっかりできますという
大前提が、整形外科の肉腫のエキスパートの先生がおられるということをお前提にする
という考え方なのかなとちょっと今自分の頭の中で整理をしようとしているのですが、そう
いったことでよろしいでしょうか。

(事務局・東) 恐らくそのとおりだと思います。四肢の軟部肉腫を考える上で整形外科
のエキスパートの先生がいらっしやらないところでやるというのはちょっと考えづらいと
思いますので、そこは整形外科の先生がいらっしやるところを中心に考えるというご理解
で合意があると私は考えております。

(細井委員) よくわかりました。

(事務局・東) そうしますと、とりあえずそこを中心に考えつつ、かといって整形外科
だけがいればいいというわけではないので、薬物療法専門医の先生方がその治療に積極的
に関与されているということで、一つ具体的な条件としては、もちろん常勤の専門医がい
ることは大前提ですが、Tumor Board、Cancer Board に入って一緒に検討している、あと
は一定数のコンサルタントがある、数の議論をするとまたわからなくなるので、とりあ
えず情報公開としては必ず薬物療法専門医の先生が担当した化学療法の患者さんの数を出し
ていくという形でまとめたいと思います。では、17、18の標準治療を提供しているか、提
供していない場合には臨床試験はしているか、ここはどのように考えればいいのかご意見
を伺いたいのですが、いかがでしょうか。

(松本光史委員) これを記載したのは私ですので記載の意図をご説明します。それなり
のボリュームがあるセンターでもちょっと標準ではない薬物療法をされている施設が現実
あるという現状認識でこれを書きました。先ほどの2つの要件が施設要件として入るのは
前提だと思いますが、ここに記載されているのは施設要件である必要は必ずしもないと思
うのです。記載した意図は、自分がたどり着いた病院で主治医に提案された治療が、薬剤
の名前なり投与量なり投与間隔なりが主治医から聞いたものと違うぞと患者さんが気づけ
る目安になればいいかというぐらいで、それほど強いこだわりがあるわけではないです。

(武田委員) 同じです。

(事務局・東) これは一応ステートメントとしてはこういうことは重要だろうということですが、要件としてではないという理解にさせていただきます。

次に横断的事項です。少し重なるところがあるかと思いますが、19、20、21、22、23、24 というところが横断的な事項として書かれています。症例数に関しては、手術以外のもも含めて年間 100 例以上という要件が挙げられてきたわけですが、症例数の議論は延々と続く危険があるので、情報公開をする項目という理解で進めてまいります。

次の Tumor Board の月 1 回以上の開催について、Tumor Board の条件として、腫瘍内科の先生方が入ることと、放射線治療医も参加していることが条件として要るかと考えますが、それでよろしいですか。

(上田委員) この横断的な要件というのはほぼ全て地域がん診療連携拠点病院の要件とクロスしますので、ここは原則として地域がん診療連携拠点病院であること、で全部まとめてもいいのではないですか。

(川井分科会長) カンファレンスまで地域がん診療連携拠点病院、

(上田委員) カンファレンスもありませんでしたか。Tumor Board を開催しているというのは地域がん診療連携拠点病院の要件にありませんでしたか。

(川井分科会長) 肉腫は入っていないのでそれはだめです。

(事務局・東) 肉腫に関するものはないですね。

(上田委員) そこで肉腫のこのを入れたらいいですかね。

(川井分科会長) 私はあえてそこまで簡略化する必要はないとっていて、日本整形外科学会のアンケートの間 2 が非常に今の状況をあらわしていて、「間 2. 貴施設では、複数の診療科・職種が参加して肉腫を中心に検討するキャスターボードがありますか？」これは、あるが 56%、ないが 44%で、言い方が悪いですけども、ちょうどいい分かれ方だと思いますし、このハードルは越えていただきたいと思うので、腫瘍内科、小児科、放射線治療医、マルチディシプリナリーなキャンサーボードが必ず実施的に開かれているということは条件として書き込んでもいいのではないかと思います。

(中野委員) 病理の先生は入らないのですか。

(川井分科会長) 病理は……。入っていただいたほうがありがたいですけども。

(小田委員) うち小児がんセンターと普通の大人のがんセンターがありますが、病理と放射線は全部入っています。

(川井分科会長) 私たちもサルコーマカンファレンスをやっていますが、病理の先生が入ると入らないとでは全く議論が違うので、入っていただきたいと思いますが、そこは皆さんの議論に任せたいと思います。

(事務局・東) 恐らく病理の先生が入ることは理想だということは異論がないと思いますが、現実に入れるかはまた違うことなんでしょうか。だとすると、ここは情報公開の項目として、一応そこに誰が確実に来ていますかということで、病理の先生が入るか入らないかというのは情報公開するという形でよろしいでしょうか。

(上田委員) 肉腫の場合は病理診断は非常にクリティカルですので、公開情報としては入れたほうが良いと思いますが、反面、例えば施設要件とかで必須になると、必要ないのにこの人は参加しないといけないとか、週何回とか、しばしばこういうことがありますね。それは非常に不毛なことなので、これは参加すべきということで公開でとどめてはどうかと思います。

(事務局・東) ではそのようにさせていただきたいと思います。

ほかの要件、21～24 に関しては、これは実は拠点病院の要件としてはもう少し緩いです。触れられてはいますが、緩和ケアの専門医というのは専門医とは書いていませんし、リハビリチームの常駐に関しては書いていなかったと思います。MSWとか臨床心理士についても、いるのは望ましいとあったと思うのですが、常勤とは書いていませんし、19 診療科も書いていなかったと思います。この辺はいかがでしょうか。あったほうが良いですか。

(上田委員) 19 診療科全科そろっているというのであればがんセンターなんか結構厳しいのではないですか。これは非現実的かと思います。

(川井分科会長) 落ちます。そう思いながら聞いていました。

(事務局・東) 19 診療科は可能であればということだったので、そこはある意味情報公開だけでマストではないかと思います。MSW、臨床心理士が常勤でいること、リハビリチームが常駐、逆にこれは必要なことかと思います。四肢には大事ですね。22 は常駐ということにして、MSW・臨床心理士というのはいかがですか。

(松本光史委員) あったほうが良いことは論をまたないと思うのですが、これだけでほかに満たしている施設が外れるのはちょっと……。非常勤であってもサービスが提供されていけばいいような気がします。

(事務局・東) ではこの常勤はとって、情報公開の項目には含めるということで、基本的にはそういうサービスは提供してくださいとしたいと思います。緩和ケアは専門医であ

る必要はありますか。

(松本光史委員) 現時点の緩和ケアの専門医の先生は全国で200名ぐらいしかおられないのではと思うのですが、薬物療法専門医はさらに少ないので、努力目標にすることは非常にいいことだと思いますが、今指定要件にするとちょっと厳しいと思います。

(事務局・東) では専門医ということは余り書かないでいきます。緩和チームなので基本的には拠点病院の要件と同じになるかと思います。

研究関連です。繰り返し出てくるのが、手術検体の凍結保管が可能であることですが、あとは27番の臨床試験と治験が施行可能である。これはGCP準拠のものができると必要があるのでは、ということですが、ほかにも、論文がある、学会・研究会に所属している人が1名いるべきなどありますが、これについてはいかがでしょうか。25、27、28、29は、割とマストだと考えてよろしいですか。

(尾崎委員) 最近GCP準拠ということでよく院内で話題になっているんですが、実際具体的にこれが何かと言われたときにはっきり、もちろん倫理審査委員会がある、CRCが整っていると、そういうことなると思うんですが、果たしてこの文言が要るのかどうかと、思ってしまうたり、腫瘍内科の先生方が詳しいかと思うのですがどうなんでしょうか。

(武田委員) 薬物療法に関してそういう流れにはなっているのですが、私自身は、専門施設が10か20になった場合に、オールジャパンで集学的な治療ができる体制があるというのをマストにしたほうがいいかなと、そのようなところに参加しない施設は除くというような気持ちでやったほうがいいかなとは個人的に思います。

(事務局・東) そうしますと、その要件に一番近いのは29番ということになりますか。

(武田委員) 27で多施設の何らかの試験を実施したことがある施設であればいいのかなと思っています。余り細かく限定しなくてもいいのではないかと思います。

(上田委員) ぐっと厳しくなる。

(松本光史委員) どのみちもうしばらくするとGCP準拠でないと臨床試験ができなくなるのですが、今現議論しているのは患者さんのためにどういう施設を選ぶかという話ですね。それでいうと、25～32の中で本当のマストは凍結検体が確保できるというその1点ではないかと思うのです。あとは診ている患者さんの診療ではなくて、これからの患者さん向けの話になると思うのです。どれも大事だと思うのですが、必須、厳しく縛る施設の条件はきちんと決めておいたほうがいいと思うので、ほかはいいけれども凍結検体を保存しておける能力がないところは入ってはいけないというようにするのがいいのではないかと

と思うのですが、どうでしょうか。

(武田委員) 凍結はコストがかかる。ディープフリーザーとか液体の設定が要るので、そこまで厳しくしなくても。

(松本光史委員) おっしゃるとおりなんですけど、それをマストにしておかないと、転座が診断に必要な患者さんにもう一度バイオプシーを強いることになります。ですから、イメージしているのは、全国で数十ある施設はこれが提供できない場合は提供できる施設に患者さんを送ったほうがいいのではないかと。

(武田委員) 転座はFFPでできるのではないですか。凍結は必須ですか。

(小田委員) ほとんどがFFPでもできますが、ものによっては凍結がないとできないような検査もありますので、やはりあったほうがいいと思います。

それから今から、恐らくJCOGなどでは進んでいるでしょうけど、凍結検体はバイオバンク・ジャパンなどに供出して、新たな遺伝子検査、ゲノムワイドな観点から希少がんということで研究していこうという動きもありますので、せっかくこうした希少がんを扱うからにはやはり希少な症例の凍結標本を保管できる設備があったほうがいいと思います。

(川井分科会長) 私もマストでいいかなと思います。

(武田委員) 私のところはゲノムセンターがあるんですが、今は凍結を必須とせずにFFPでもできるような流れに多分なりつつあるので、これをマンドトリーにするのはちょっと厳し過ぎるかなと思います。望ましいなど努力目標にするのがいいかなと思います。

(事務局・東) ここは意見が分かれたままではあるのですが、少し強い表現で、これはできることが望ましいということで、別に条件とはしないという形で、もちろん情報公開をするということによろしいでしょうか。

(上田委員) 海外でも軟部肉腫の診断、肉腫の診断はフローゼンをとるべしということで、随所で、もうスキャンジナビアでも言っていますし、やはり一応入れておいたほうがいいのではないですか。マストは厳しいかもしれないけれども、とっておくべしとするのがいいのではないですか。

(事務局・東) それではそのようにさせていただきます。

(事務局・東) 次は、院内連携・教育・診療連携関連です。ここでは教育の問題と外のカンファレンスの問題、連携として診療開始が遅延するようならば紹介する、進行例を拒まない、退院後のフォローアップや連携ができていることが書かれています。

(武田委員) 明示するかということですか。要らないかと……。

(上田委員) 患者さんの側からしたらどうなんですか。当たり前のような。

(大西委員) 当然気になるのは進行例を拒まないというところ、これは情報公開は？とありますが、ここも違和感があります。当然のことだと思っはいるんですが。

(上田委員) それこそマンドトリーな感じがしますね。

(事務局・東) ではここは文章で書くだけでよろしいでしょうか。33、35 はいかがですか。33 のプログラムを持っているというのは、患者さんからという意味では余り意味があるかどうかはわからないんですが。

(大西委員) 院外との連携を拒まれる病院が幾つかあるのではないか、あるいはなかなかほかを紹介してくれないとか、ほかに行くのであればもうそれ以降は我々は診ませんとか、そういうこと言われる医師の方がおられるのですけれども、それはちょっとここにあって入れるようなことなのかなと確かに思います。

(細井委員) 施設の考え方として、臨床試験の適格例だけをとるとか、プロトコールオフになれば最寄りの施設に戻ってもらうとか、そういった考えの施設もあると思いますし、進行例でも引き受けて最後まで診るという役割を担っている施設もあると思いますし、本分科会の指定施設はそれをどのように位置づけるかによって考え方が変わってくるのではないかと思います。

(事務局・東) ではそこは自己申告ぐらいしかないかもしれませんが、今のような形で進行例を拒まないかどうかは表明してもらう。あとはプロトコールに乗らなくなっても戻すわけではないと表明してもらうようなことはしたほうがいいですか。それともそこはやり始めると余りにせちがらくなってよくないとお考えですか。

(松本光史委員) 規定することに余り個人的な意味を感じないのと、情報公開したいのであれば、患者さんから見てわかりやすいという意味では、IV期や再発した患者さんの症例数を、厳密な数ではなくてもいいので、何らかの数値的な数で出せば、おっしゃったような院外連携ですね、患者さんを送り出した数や受け入れた数とか、治療のゴールが目標ではない状態の患者さん、IV期や再発の患者さんを診ているかどうか、どれぐらい診たかということを書けばいいのではないのでしょうか。合併症に関しては数値化するのは現実的に難しいと思います。宣誓書みたいなものを書かせても余り意味はないと思うのです。

(川井分科会長) まさしくそう思いました。ヘルシンキ宣言みたいなのところもあるから、これは要件を書く、こういうスタンスでやりますということを書き込んだ上で、今松本先生がおっしゃったデータを出していくということでもいいのではないかと思います。

(細井委員) あと一つ質問ですが、小児がん拠点病院では、毎年、どういう疾患をどれだけの例数治療したか、またそのうち難治例や再発例が何例かという詳細なデータを厚労省に提出して、また提出した資料は実はWEBでオープンになっているのです。本会はそういう公開はどのようにするとお考えでしょうか。

(事務局・東) 具体的な情報収集と広報公開方法についてはまだこれから詰めていかなければいけないと思っておりますが、既存のものがあれば既存のもので出していき、なければどうやって信頼のできる情報を集めていくかということは、次回以降に話をしたいと思います。済みません。ではとりあえずこれは文章で書いておいて、データとしてはIV期・再発例のデータをとって公表していくということで行きたいと思っております。

33番35番についてはトレーニングプログラムを持って公募しているかとか、遅延するようならば紹介するという事はなかなか難しいので、治療開始までの日数をできたら公表するかどうかぐらいにとどめておくかと思っておりますが、そんな感じでよろしいでしょうか。

(尾崎委員) 34番の意味がよくわからないのですが、我々の地域では余りないのですけれども、これはどういうことなんでしょうか。

(事務局・東) 院外と合同のカンファレンスをしているかを、前回、小児がんではやっているという話が出たので出てきているのかなど。

(土屋委員) これは、例えば我々ですと富山、福井の同じような専門の人間が集まってカンファレンスをしている、そういう意味ではないのですか。研修会みたいなことですか。

(上田委員) それも含まれるのです。

(土屋委員) 余り困らないかなという感じの項目です。

(尾崎委員) そういうことはよくやっていると思っておりますが、地域で何かをするという…。

(事務局・東) そこから発展するかどうかまた今後の課題かと思っております。地域で困った症例を持ち込めるのかといったことだと思います。また四肢の専門施設ならば、地域の患者さんに対して責任を持ってほしいという意味合いがあるのだと思います。ここは院外合同のということだけで、地域に対するというのは軽く考えるということでもいいと思います。

院外連携、教育関連についてはとりあえずこの項目を情報公開していきたいと思っております。

その他について、初診時に必要なことが全てワンストップできることが専門施設であってほしい、また別のところへ行きなさいというようなことがないほうがいい。39も同じで、たらい回しにしないで一つの病院で検査ができる。合併症にも対応できる。これはどうでしょうか。少し曖昧かもしれませんが。

(川井分科会長) 38、39は先ほどのPETの話とある意味矛盾してくるので、あえてここは書かなくてもいいかという気がします。

40番は当然といえば当然なので、これも33~37と同じように、こういう病院だということを文書として書き込んだ中に入れておけばいいのではないかと思います。

(押田委員) これは私が出させていたのですが、患者の立場からは専門的なことはわからなかったものですから、結局患者さんが行くとしたらどういうことが専門施設として一番大事かを考えたらこういうものが出てきたということで、この中に載せてほしいということではなく、このようなことを勘案していろいろなことを決めていただきたいという意味で出させていただきました。

初診時に必要な検査がすべてできることと言いますのは、難しいのかもしれないのですが、専門施設に集約するとなると患者さんには距離的時間的に結構負担がかかる場合もあると思うのです。検査を何日もわけて何度も行ったり来たりするのではなく、診断に必要な検査は1日でやることができ、あとは結果を待つというように、できるだけ負担の少ない形で診断や治療を決めていただければ、という意味で出させていただいております。

(事務局・東) ではこれに関して何か情報公開ができるか、要件があるかについては、恐らく上の条件を全部満たしていればいいのかと思いますが、少し検討させてください。

川井先生がおっしゃるとおり、ここではこういうものが必要だということを文章で書くということは確保したいと思っております。

では次は要件というよりは情報公開項目ですが、このような情報をとって公開するべきだということで、この辺いかがでしょうか。ちょっと困るかもしれないのは、44番の治療成績と、47番の公開情報の適正性の検証を受ける、外部からの訪問で見ってもらうことをアクセプトするということですが、どうでしょうか。

(川井分科会長) 一つずつ聞いていったらどうですか。例えば、初診から診断の確定、治療開始までの日数をリアルタイムで公表、ちょっと難しいですね。でもこれは公開情報として出すということでいいのではないかと私は思います。予約から診察まで結構待たされたと患者さんから聞くことがよくあるんですが、これは客観的なデータとして出ますね。

(上田委員) わざわざこれを出すのは手間ですけれども、出せるなら出したらいいなと思っていて、別に拒否するようなものでもないですね。

(川井分科会長) これは病院システムから出ないのですか。

(事務局・東) 電子化されているところであれば多分出せると思います。では、出せる

ところは公表してもらおうというところから始めるというぐらいにしたいと思います。

43番は各科のスタッフの経験年数、顔写真、経歴。よくやっていますね。

(川井分科会長) 顔写真はマンダトリーにしないほうがいい。

(事務局・東) では顔写真はやめます。44番、治療成績はどう思われますか。

(川井分科会長) これは各施設が Kaplan-Meier を出したりしているし、日本整形外科学会でも生存率を出していますが、ああいうデータは多分東先生のような専門家に言わせると、非常な誤りというか、バイアスというか、テクニカルエラーもたくさん入ってくるので、各施設に任せて成績を出すというのは客観的なようで危ないような気がするのです。全国のがん治療成績を国がんが出しましたが、あれを出すまでに至る議論を横で見ていると、よほど注意しないと出してはいけないデータなのかという気がします。

(事務局・東) これは確かに非常に難しい、正確なデータとして出すということはとても難しいことだと思います。国立がんが出しているというのは、がん登録で出しているんですが、今後、施設別に出すことか計画されているのはメジャーながんについてで、基本的には症例数の少ない希少がんは余りやることは考えていないのが実際のところなんです。分母が少ないと、何%生存率がありましたと出したとして、施設によっては10分の3とか10分の5とか、1例変わったら10%変わるという数字が出てくる。だから治療成績という意味では余り出していいのかなと、数字を扱う立場としては思っています。

(大西委員) 内容によっては確かに患者側から見ても逆に不安を覚えるかもわかりません。ただ、比較をして8割ぐらいがよくてここだけが悪いとかそういう情報はぜひほしいですけども、数が少ないのにそれに対して出すというのは確かに逆に不安を覚えるかもわかりません。

(細井委員) 小児がん拠点病院協議会ではこういったものの最終目標は患者満足度ではかることにしています。というのは、難治例が集まっていたり再発例あるいは進行例が来やすいところは数字的には成績は落ちますが、必ずしもその施設がだめかというとは決してそうではありません。最終的には患者さんにいかに満足していただいたかということになると思いますし、それをどうやって測るか、それを公開してもいいかというのは議論があると思いますが、最終的な目指すところは患者さんの満足度ということになるのではないかと我々は考えています。

(事務局・東) それは一つの手だと思いますのでまた検討させてください。

(土屋委員) 細井先生に言われてしまったのですが、症例数が少ないからといって全部

一緒にして出すのはやはり危険だと思うのです。だから専門施設だったら専門施設に選ばれた施設のデータをまとめて、再発例、初診時転移例、初診時は転移がない症例とか、ちょっと分析を加えた上での統計を出せば一番いいのかと思いました。

(事務局・東) 治療成績に関しては恐らく議論は尽きないと思いますので、どういう治療成績にするのかは次回以降検討したいと思います。

次の症例数の公開で手術数を結構細かく出すことと、非手術症例に関しても、何の治療したのか、治験をどのぐらいやったのかも出す。あとは部位・組織型別に出すことにしたらいいのではないかとありますが、この辺はアイデア的には余り異論はないかと思います。

では、この下の、注) というところで、少数例に関しては個人情報保護から余り出さないというのが、役所的な考え方として綿々と続いているんですが、そこについてはどうやって乗り越えていくかまた検討させてください。

46 は科別の治療数と内訳ですが、同じことですかね。

47 は、データというのは自己申告に頼ると問題があるかもしれないということで、サンプリングのチェックのような形でチェックを受け入れることを求めるということですが。

(上田委員) 自分たちで出すよりもやっていただくとありがたい。

(事務局・東) これは自分たちで出していただいたものを、誰かが嫌われ役になってチェックに行くということで、恐らくチェックに行くのは事務局かここにいる先生方たちの中から数人でとか、交代でという形になると思うのですけれど。そこは出していただくときをお願いするというので、了解を得た上で出すということにしたいと思います。

司会の不手際で、この資料2をざっと見ただけで終わってしまった感があるんですが、今後は事務局でまとめて、具体的な項目として何を出してもらうのかということ、情報源も含めて出していききたいと思います。最後のほうは駆け足になってしまって、非専門医の教育についての議論ができなかったのですが、これは、次回10月26日に議論をさせていただきたいと思います。

— 日程調整 次々回は1月18日(水) 3時半から 会場は未定 —

今日の議論を踏まえて事務局で項目を考えることと、きょうの議事録はまた逐語録にしてご確認をいただきたいと思います。では本日の会議はこれで終了といたします。活発な議論をありがとうございました。また今後ともよろしく願いいたします。

(丁)