

## 第1回 i-ROCK における重粒子線治療に関する検討委員会 会議記録

### 1 開会

#### 【事務局】

定刻になりましたので、i-ROCK における重粒子線治療に関する課題検討委員会を開催いたします。本委員会は神奈川県情報公開条例及び附属機関等の設置及び会議公開等運営に関する要綱に基づき公開となっています。会議概要・結果等につきましては県のホームページに掲載することとなっていますので、ご承知おきください。なお、本日は傍聴者の申し込みがありませんでした。

本委員会の座長につきましては、本検討委員会の設置要綱第5条で神奈川県立がんセンター総長と定めていますので、赤池総長に進行をお願いします。それでは宜しく願います。

#### 【赤池座長】

皆さんこんばんは。今日はお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

委員の皆様の簡単な自己紹介をいただきたいと思います。お手元に全委員のお名前等を記載した資料を用意させていただきました。なお、本日は群馬大学の野大委員と相模原協同病院の高野委員が所用のため欠席です。

< 委員自己紹介 >

### 2 内容

#### (1) 新がんセンターの概要

#### 【赤池座長】

それでは、次第の2へ進めさせていただきたいと思います。(1)新がんセンターの概要について、事務局からご報告をお願いします。

< 事務局から説明 >

#### 【赤池座長】

今、新がんセンターと重粒子の建屋の工事の進捗状況等について説明いたしましたが、何かここまでのところでご質問がありましたらお願いします。

< 質問なし >

#### (2) 当委員会の所掌事項

#### 【赤池座長】

続いて(2)当委員会の所掌事項についての説明を事務局からお願いします。

<事務局から説明>

【赤池座長】

はい、ありがとうございました。この設置要綱の説明はよいでしょうか。

検討事項に関して5つほどあげておりますが、その他にご意見がありましたらお願いします。

<質問なし>

(3) これまでの検討内容

【赤池座長】

続きまして、(3) これまでの検討内容に移らせていただきます。

これまでネットワーク会議がありましたし、ある程度の検討も行いましたので、これまでの検討内容について、事務局から説明をお願いします。

<事務局から説明>

(4) 意見交換

【赤池座長】

今事務局からこれまでの検討内容を説明いただいたわけですが、この説明を踏まえ、意見交換ということで本委員会において検討すべき課題について進めていきたいと思えます。

今回は初回ということですので、議題毎にフリーディスカッションの形でご意見をいただき、詳細な議論等については次回以降にさせていただきますので、ご自由にご意見をいただければと思えます。

ではまず、i-ROCK の集患ネットワークシステムの構築についてご意見をいただければと思えます。どうぞご意見をお願いします。

【辻井オブザーバー】

放医研には、患者さんが重粒子線治療を知るに至った動機を調べたデータがありますが、患者自身が調べて来たという割合は約 25%です。がんセンターとなると、放医研と違って、患者さんは直接それぞれの専門科に来ます。これは、がんセンターの一番の強みだと思えます。ですから足元の院内で、重粒子線治療をどうやってサポートしてもらう体制を作るかに尽きるのではないかと。重粒子線治療の適応についてボーダーラインにある患者さんを、最初に受診した専門科と放射線科のどちらで治療するか決めるとき、正しいインフォメーションが行くかどうか重要ではないかなと思えます。ですから院内のサポート体制というのは非常に重要です。その辺のところ現場が一番苦労するプラスの面とマイナスの面を併せ持っているのががんセンターではないかなという気がします。ですから、治療法としてはいずれの方法もあり得る患者さんや、明らかに手術が

第一選択と思われるのに患者さんが重粒子の方を望むときに、どちらで治療するかというのはそれぞれの医者の方にもよりますが、これは重粒子で治療すべきでないと判断するのもひとつの見識です。それは良し悪しの問題でなくて、やはり患者さんにどう選択権を渡すかということではないかと思います。

【赤池座長】

確かに、何が一番良いかということの結論が出ていない中で、境界のところの幅があります。

【鎌田委員】

疾患によって多分いろいろあるのだと思います。ですから、全体で見て、今 75%が主治医の紹介との話ですが、前立腺がんの場合、私の印象としては、自分で探してきたという人はもっと多いです。私たちのところに来る方々は非常によく勉強されています。ほとんどのデータを我々よりも良く知っているくらい勉強されている方が来ます。前立腺は非常に数が多いので、そういうコモンキャンサーであると、広報すれば、患者さんは相当来られるのではないかと。そうなった時には泌尿器の先生が大変になります。一次窓口みたいな形になってそこで振り分けして、しかもそのあとも診ていただかなければいけないわけですから。コモンキャンサーであればあるほど数多くて沢山の患者さんが来て、その科の先生は大変になるので、そこをうまく病院の方で配慮して、例えば、泌尿器科の先生の負担をできるだけ少なくするようなシステムを構築した方が良いという気がします。

肺がんなども同じかもしれないです。肺外科あるいは呼吸器の先生方の負担が増えるということになるので、WIN - WINという形にならないとうまく回っていかないと考えています。普段からも連携をうまくとっていけば、あまり極端なことにはならないと思っています。

【赤池座長】

そうすると、まずがんセンターに紹介してもらわなければなりません。結局その答えがどう返っていくかをこちら側がまとめておかないと、紹介してくれる先生もどうなっているのかなと思われる。

【鎌田委員】

送ってくださる先生は患者さんに言われて重粒子と紹介して、放射線を受診される場合と呼吸器を受診される場合と両方あるような気がしますが、そのところで重粒子はちょっとという話になると、送ってくださった先生は患者さんとの間で問題が生じます。

放医研の患者さんの分布を見ると、トップが前立腺で次に骨軟部が来ているのですが、骨軟部は非常に特殊で全国から来るような形になっています。今我々のところでは化学療法ができないというデメリットがありますので、それをやれるというのが、がんセンターの強みで、そういう集学的なことが非常にスムーズにできるということを考えて、我々が今出来てないような新たな対象を取り入れるということもできると思います。

【辻井オブザーバー】

集患という意味から言えば、行けばすぐに治療してもらえるかという、処理能力が重要ですが、現在、陽子線治療も含めてどこの施設でも能力の上限ぎりぎりまでやっている施設はそんなにないです。やはり何といても一番の基本のところは、これをどこまでやるかが一番重要なポイントではないかと思います。あそこに行くの良い治療をすぐやってくれるという、これは非常に大事な基本です。

【中島委員】

外から紹介する場合は、放射線科に紹介するという基本パターンなのですか。それとも各科に紹介するということなのですか。ワンステップあたりして結局時間がかかってということではなくて、やはり放射線科に直接で、放射線科医で集学的治療にも長けた医師がちゃんとフロントラインにいてくれると紹介しやすいです。我々患者さんを送る立場からすると、重粒子線をお願いしたのに結局違う治療になって帰ってきたみたいなことがあり得るので、それはトラブルにもなります。

【緒方委員】

患者の立場で、放射線科に紹介してもらって直接行くという感覚ががんセンターに関してはないです。色々な科があって、まずやはり私や夫もそうですが、見つけてもらったかかりつけ医からとりあえず普通の科に行き、そこから放射線治療が必要か、できるのか、できないのか相談が出来て、重粒子にいくというパターンをイメージしているのですが、がんセンターの場合どうなるのでしょうか。

【赤池座長】

従来は普通にそのようにやっています。

その放射線治療の位置がどこにあるのかということ、今までがん治療は外科が前に出すぎていました。何でも外科が広げていて、それを徐々に、これは内科にやってもらう、これは放射線科にやってもらう、まだそういう姿勢です。その辺の意識が変わりますと、紹介する側の先生がきちっと考えて紹介した時に、それがまた違ってしまいうというもの確かに摩擦のもとです。ただ普通に診療科にかかってそこで判断を仰ぎたいということであれば、それはそういう旨を紹介するように先生と相談して、そういう記述にすれば良いのだと思います。それは患者さんの意思ですから。

【緒方委員】

あとは、例えば先ほど放射線科に直接行ったとして、できなかったということで私は別にながかりする要素にはならない気がするのです。ほかの治療法もあるのかもしいし、もしくは治療はしない、できないということならそれは仕方がないし、その辺は患者にとっては、行ったら何が何でもやってもらわなくては、とは思わないです。

【中島委員】

スピード感が違います。診療科に行くところまで時間を取られて、結果的には放射線治療になることもあるのですけれども、結構タイムラグが生じてしまう。

【早川委員】

その点はがんセンターの中でその辺の連携体制をきちっとすることが非常に重要かと思えます。

【中島委員】

ただ送る側として、相手の窓口がどこなのかというところが明確だと良いと思うのです。

【辻井オブザーバー】

放射線科に直接来る患者さんはいるのですが、まだ全然診断もついていないで来られることが少なくありません。そこはしかるべき科できちっと診断して治療方針を聞いてから来ていただきたい。もうひとつは色々な経過で、すでに進行がんの状態直接受診という場合があります。やはりある程度診断もかかりますから、色々な科を経由してくるという場合が多いのではないのでしょうか。

前立腺の場合は、診断がつけられてから自分自身でインターネット等で調べて来る、という患者さんが多いようです。いずれにしても、しっかり診断がついた状態で来ていただくというのが原則になるのではないのでしょうか。

【中島委員】

一般の方から重粒子線が魅力的で来られるとき、そういう場合にどの科に行くのかというので、集患という意味で考えるとかなり影響があるかと思えます。当然そういうときは、重粒子が良いのか、通常の放射線治療が良いのか、また違う治療が良いのかと。そのときにそういう患者さんにとって、たとえば放射線科にダイレクトに来られればある程度そちらの方になりますし、違う方に行くとう違う方になる。だから、そこで患者数は大きく変わるような気がします。25%といっても、これは増えるでしょう。

【早川委員】

仮に前立腺がんは見つけて来られて自分で調べて受診するにしても、リスクによって少し違います。モノセラピー（単独療法）でいけるものもあればホルモンまで併用するとか、患者さんが重粒子線治療をやって欲しいときはどう対応しているのですか。

【辻井オブザーバー】

我々のところはプロトコルがそれぞれの疾患にありますので、ほとんどがプロトコルに基づいた治療を行っていますが、プロトコルがないので元へ返すという場合のほうが多いです。そういう意味から言うと大体は他のお医者さんも交えて作ったプロトコルに準じて治療します。

【早川委員】

プロトコルに合わない人は返すのですか、適応外として。

【辻井オブザーバー】

一応戻すのですけれども、それでも患者さんが色々な可能性を知った上で是非やりた

いという場合は治療しています。そうなってほしいと思います。

これは日本の診療システムの中では問題もあるのだけど、やはり良いところなので、専門医が紹介してくれる患者がどんどん増えてくれた方が非常に効率的にできるのではないのかなと思います。外科医がどんどん送ってくれようになれば本物ではないかなと思います。

**【早川委員】**

あと先ほど千葉大学から患者を取っているというのは、紹介医が当然そういうプロトコルの内容を把握されているから、プロトコルにマッチするから送りますよと、そういう形になっているのですね。

**【国枝委員】**

がんセンターということで、重粒子線だけでなくがん治療の規範になるようなことやっていただきたいなと思っています。例えば、ある疾患でがんセンターに来られている場合に、放射線治療医だけでなくその疾患に関係するような方が集まっていたら、全部ができるかどうかわかりませんが外来患者さんに関しても何かそういう初診のカンファレンスみたいなのをやっていただけたら、実際に適応はどうかとか、そういうことを具体的に個々の患者さんに対して治療方針を決めていただくようなことができれば日本のがん治療にとっては非常に良いことです。

大学ではなかなかそういう新しいことができないこともありまして、欧米ではよくそういうことをやっているといいますけれども、患者さん中心に、この患者さんにとって何が一番良いかということを考えていただくような、そういうようなカンファレンスをやっていただければ、また実際に色々な点でも、メリットもあるのではないかと思います。

**【中島委員】**

カンサーボードなのですけど、うちでは週1回なのですが、ある特定の患者さんがきたらそこで個別にという、そういうことですね。

**【国枝委員】**

おそらく週1回でも週2回でも良いと思うのですけれども、大事なことは、基本的にすべての患者さんについてそれを行うということだと思います。

**【中島委員】**

そこを通過するということですね。

**【国枝委員】**

そういうことです。

**【緒方委員】**

今のお話に追加することになるのですが、中山先生の講演を私たちコスモスの者が聞いたのですが、私もその一人ですごくそれは影響力がありました。どんなに安全かとか、

どんなに良い治療であるかということがすごく良くわかったので、確かに私たちの知るチャンス、そういうのは必要だと思います。おっしゃったように、その可能性があるかないか私たちは良くわかりませんので、広くそういうチャンスをいただければ良いと思います。

#### 【中山優子委員】

がんセンターの現状をお話しますと、新患（新規患者）は基本的には各診療科に受診してもらっています。というのはそれぞれの診療科の先生がプロですから、他院から放射線治療の依頼が直接私どもにあっても各診療科にまずみてもらうというのが原則です。例えば、泌尿器科の先生であれば、私たちの病院では前立腺がんが何人来ているというのが全部把握できますので、そのあとに放射線治療が必要な方はご紹介いただくという形でやっています。

カンサーボードも、もうすでいくつかの臓器では全新患で行っています。肺がんは毎週やっていますが全新患が出ますので、そこで外科と内科と放射線科と病理がいて、新患の治療方針を決めています。同じようにしているのが泌尿器科と頭頸科と婦人科です。その延長線上に重粒子線治療も入ると私は認識しています。

そのためには重粒子線治療だけではなくて、X線治療も含めてある程度のプロトコールを委員の皆さんと一緒に作りたいと思っています。重粒子線治療とX線治療で治療成績が変わらない場合は、患者さんの選択になると思うのです。重粒子治療のほうが良い方、X線治療で十分な方、その適応は放射線治療医として、しっかりと固めて治療したいと強く思っていますので、今日いらっしゃっている専門家の先生方に意見を聞きながら、これから2年間かけてプロトコールを決めたいと思っています。

あとは外来の患者さんの人数が増えることはもう十分想定しています。今私が思っているのは、重粒子線治療施設にも外来診察室をたくさん作りますので、一案なのですけれども、曜日ごとに例えば今日は泌尿器科の日として、放射線治療医だけでなくそこに泌尿器科の先生もきてもらって一緒に外来をして患者さんを診るとというのがたぶん一番早いと思うのです。そうすると完全に一人増やさなくても色々なマネジメントで出来てくるかなと思っているので、そういう方向でどうかと考えています。

#### 【辻井オブザーバー】

確かにカンサーボードというのはどこのがんセンターにもありますし、しっかりしているのですが、カンサーボードはおそらく圧倒的に放射線科に不利なのではないでしょうか。特にがん治療ではエビデンスと言われますが、初めてのところはエビデンスがないのです。

最低限、自分のところのデータでなくても、外国のデータや国内他施設のデータを同じように評価してくれても良いのかなど。そういったデータを示した上で評価し、少なくとも患者さんに裁量権を強制しないで与える。カンサーボードは必ずやる必要があるのだけど、カンサーボードではやはり分が悪いです。

#### 【中山治彦委員】

肺の領域は最近、かなり放射線が強くなっています。放医研の班会議に出ている、やはり外科医もかなり認識してきている実情だと思います。

【鎌田委員】

もう 1 点は、やはり QOL の点だと思います。ですから患者さんの視点が必要ですし、できれば欧米でやられているような患者さんの入るようなカンファレンスができれば一番良いです。

【辻井オブザーバー】

肺がんも最初スタートしたときは、約 20 年前なのですが、ゴールドスタンダードは手術であり、重粒子線治療はまだスタディであるということを説明した上でインフォームドコンセントをとっていました。

その後、重粒子線治療の実績が蓄積されたため、その後はいちいち外科医に確認しなくとも患者が納得すれば良いということになりました。今考えてみるとそれを厳密にやっていた良かったです。やはり患者さんも医師も最初の時点では、実績のないものに対してはどうしても不安感があるので、いかに患者に正確に情報を伝えて、その上で判断をしてもらうのが大事だと思います。最初に放射線のことをもう少し言っていたいただければという思いはあります。

【鎌田委員】

臨床試験はやらないのですよね。やらないかたちで先進医療の中で、有料ですべてやると。

【中山優子委員】

そうですね。臨床施設なので、やはり多くの患者さんを治療するということです。

【早川委員】

おおまかなプロトコールというか治療方針、標準的な治療法は決めるわけですね。

【中山優子委員】

プロトコールは全部作ります。

【辻井オブザーバー】

すべての疾患で臨床試験は必要ないと思います。しかし、例えば、進行性肺がんのようなものに対しての治療は確立されているようで確立されていないから、臨床試験が必要だと思います。良いデータがでましたら、是非我々もそれを習いたいなど。

【早川委員】

標準治療を決めて、結局患者さんにこの治療の説明をして、患者さんから承諾書を得てやるわけでしょ。私は基本的に、実臨床はすべて臨床試験だと思っています。プロスペクティブなものもすべて、結果がまだわからないですから。だからそういう意味ではきちっとある程度その有害事象のチェックポイントとか色々な評価基準も決めていただいたほうが良いと思います。臨床試験として公開する、公開しないは別として。

【中山優子委員】

それは全臓器で作っていいこうと思っています。

【鎌田委員】

我々のところに臨床研究班というのがあって、先生方にも参加していただいているわけですけど、それに準じるような、半年とか1年ごとにデータをまとめるような、外部の人が入るような形をとって、次に、結果を公表していくと。

【中山優子委員】

参加していただいた方にはリターンがないといけないと思うのです。

基本的にはやはりプロトコルでも、他の施設でやっているものを使うという形で、当然新しいことは普通の臨床としてはできないと思うのです。例えばこども医療センターが小児がん拠点になったので、たぶん小児に対する重粒子線治療という話になってくると思うので、それに関してはデータがなければ臨床試験から始める必要があると思います。

【羽鳥委員】

これは先進医療だとすると、有効であるとなると、保険に収載される可能性があるわけですが、依然として保険収載されないというのは、まだどこか疑念があるということなのですか。

【鎌田委員】

今は先進医療のAです。たぶん、高いから、非常に警戒されているのです。300万円ということになると、これが保険適用になったとすると、すべて中央審査になるような額になります。そういうものをいきなり一般保険の中で見るのか、というような議論があります。今は疾患を選んで部分的に評価をしていて保険収載に持っていくというようなスタンスに変わってきています。ですから早ければ来年の春ぐらいには、一部の疾患から保険に入っていく可能性が非常に高い、と思っています。

前立腺がんを例に挙げると、多分、治療成績としては最も良い成績を我々は出しているのですけれども、多分これは私の印象として、一番後に保険になるのではないかとというような感じで見えています。良い悪いではなく、社会的なインパクトというか、保険財政に与えるインパクトから判断されているような印象を非常に強く持っています。

【羽鳥委員】

先程のコストベネフィットの考え方で言うと、X線を選ぶか重粒子線を選ぶかというところで、X線だと保険収載されているわけですから万円台のオーダーで出てしまうことが、重粒子線であれば300万円かかる。12回照射すれば300万円×12ということなのですか。

【鎌田委員】

いや、1回であろうと12回であろうと同じ300万円です。

【辻井オブザーバー】

先進医療のうちの高額な医療費のトップ2が陽子線と重粒子線です。従って、これがすべて保険診療になると、やはり国としてパンクするということです。

一方、保険収載ということで価格が下げられると、患者さんにとっては朗報なのですが、経営上はそれなりの価格でないと成り立たないという、われわれとしてはジレンマに陥ります。

しかし、いつまでも今の形では困るので、苦肉の策として、患者さんと他科の専門医の双方からの要望の高い疾患をまず通してもらおうというのが今の戦略です。現時点では、小児がんと骨軟部腫瘍は、最も合意が得られるのではないだろうか。それ以外の疾患は今後委ねるとするのが、今の方針です。

【羽鳥委員】

他の疾患と比べると、患者さんが行きたいからこの治療を選ぶというのが25%あるというのはすごく違和感がある。普通は誰もがコンセンサスを持って、病院やそれぞれの主治医の先生が「重粒子線を選びなさい」と言うと思うんですけど。

【辻井オブザーバー】

それはあくまで患者自身が講演会等で得た情報に基づいて治療法を決めるということで、すでに診断はついているのです。

【羽鳥委員】

何も無い人が25%選んでいるという意味ではないということですか。

【辻井オブザーバー】

そうです。色々なところで診断がついていてインフォメーションがあって、その上で直接受診するということです。

【緒方委員】

実は私の夫は前立腺がんですけども、ホルモン療法をしています。

今は70歳になり、医療費が安くなったんですけど、それまでは時々検査のために入院することもあり、1ヶ月平均すると5万円くらいかかっていました。夫は割と年取ってからがんになりましたので、すぐ70歳になりましたけど、50歳代の患者さんでしたら1割負担になるまでには、10年以上もあります。重粒子治療を受けることで、それまでの毎月の治療費から解放されるのは、ありがたいことだと思います。・・・が、300万円をいっぺんに出すというのは大変なことなので、その辺、もし何かうまく低金利のローンが組めるとか、そういうものがあったら良いかなと思います。

たまたま私どもが入っていたがん保険は、高額のそういったものがちゃんとしていて、それが200万円までなのです。100万円のできるのだったら、そしてホルモン療法から解放されるのだったら是非やりたいというのが夫の気持ちなのです。

【辻井オブザーバー】

そういうときには、セカンドオピニオンなりで実態を知っていただければ、その上で

選択ができるのですが。

**【緒方委員】**

ずっとがんセンターの泌尿器科にかかっています先生の方からも、うちの主人の場合は今日明日を争うのではないのですけども、重粒子が出来たら、非常に良い治療だよということは伺っております。

**【鎌田委員】**

佐賀のハイマットの例で言うと、各大学に重粒子外来というのが出来ているのです。ですから、そのところで、ある程度重粒子の知識を持った先生が、外来をやってそこで適応のある人を紹介するというも行っている。適応にならない人も沢山いると思うのですが、その大学で連携を組んで何とかその装置をうまく使おうと姿勢があります。

せっかく今日各大学の先生お見えになっているので、例えば神奈川県立がんセンターの先生が外来に行って週1回患者さん集めておいていただいて適応になるかどうか判断するという、そういうのもあり得るかなと思います。

**【辻井オブザーバー】**

佐賀の場合、放射線科医がほとんど窓口になっていますから、的確な判断をしてくれると思います。

**【早川委員】**

キャンサーボードは私の大学も色々な臓器別でやっていますが、確かに放射線はそんなに分が良くないですけれども、実績が大事です。

**【辻井オブザーバー】**

キャンサーボードでは最初にエビデンスを言われると、やはり放射線科医は一部の疾患を除いて分が悪いです。

**【中山優子委員】**

全く適応のない人を断っていただくという形なのではないですか。

**【鎌田委員】**

ただ本人が非常に希望されることが結構多いのです。どうしても重粒子受けたいという方に限って適応のない方が多いのですね。そういう方が主治医も断りきれなくて紹介するって結構あるのです。ですから、そういう場合に、各大学の段階で無駄なことをしないようにする。そういうのが積み重なっていくと、こういう人は適応外だなというのも、もっと説得力をもって患者さんにお話できるようになるので、そういうのがひとつの方法かと思っています。

**【辻井オブザーバー】**

もうひとつやはり自分の身になること。つまり、患者を紹介することが自分の実績になるようなしくみが大事です。例えば外科医は単に患者を紹介するだけでなく、重粒子

線治療を自分のモダリティのひとつとして、自分の実績にもなるという仕組みがあるといいですね。

**【国枝委員】**

大学はなかなか難しいです。だから神奈川がんセンターでもがんサポートあるいは共同外来みたいな形でやっていただいて、各大学では基本的にはそちらに行ってもらってそこで判断してもらおうという形ではないかと思います。

**【赤池座長】**

がんセンターの横の診療科のつながりってというのは本当に垣根が低いですよ、実際の治療の中でも垣根が低いです。

**【辻井オブザーバー】**

大事なのは最終的に患者さんにとって良い治療をするということです。がんサポートがあり、色々な科があるというのは最大の強みで、我々にはないような協力体制があるので、うらやましいです。

**【赤池座長】**

集患のところ、他に何かご意見がありますか。ではよろしいでしょうか。

先ほどお話が少し出ましたので、重粒子線の費用治療費負担のあり方ということで、先ほど緒方委員の方からもご意見ありましたが、これについては資料に各施設の治療費、先進医療にかかる治療費というのが載っております。

**<事務局から説明>**

**【辻井オブザーバー】**

追加ですが、重粒子線治療の費用は、佐賀県も他県と同様の金額とするようです。兵庫県の場合は、厚労省の考えでは同じ装置を使うので重粒子と陽子線の医療費を同じにすべきであるということで、陽子線の金額に合わせたという経過があります。

静岡の陽子線治療だけがこういう形（価格に治療回数を加味）なのですが、もともとは我々も同じように価格を3段階位に分けて相談にいきました。そのとき厚労省は、先進医療というのはある技術について認可をしているのであって、同じ先進医療の中でランク付けをすべきでないということで、ランク付けしなかった。静岡はできるだけ患者さんによかれと思ってやったと思うのですが、少し特殊な場合だといえます。

あれから大分時間が経っているので、考え方が変わっているかもしれないですが、やはり、別な価格にすると説明が難しいので、他施設と同じ額のほうが分かりやすい。

もうひとつは、県として何か補助金制度を設けるかどうかというのもポイントです。

さらに重要なのが、おそらく先進医療を申請するにあたって何人かを治験的にやらなければならないので、それを有料にするのか、完全に無料にするのか、この辺のところの判断を病院としてやらなくてはなりません。

【緒方委員】

2年前に大きな地震があって、原子力とか放射線という言葉に患者は不安を持っているのですけれども、その点は勉強をして、私自身は心配してないのですが、やはり患者に配るパンフレットの中で、治療中に大地震がきたらどうなるかとか、そういうことにも安全性がちゃんと確認されているということは特に書いてあった方が良くかなと思います。

【赤池座長】

費用の負担のあり方ということでは、とにかく先進医療を進めて、その中から、疾患別に保険収載になるようにずっと続けていくということですか。

【鎌田委員】

ただ、どこかで大きく変わる可能性はあるかもしれません。もうそろそろ全部一括保険適用でというように。

【辻井オブザーバー】

患者にとっては治療期間が短くなったほうが負担は少ない。しかし、医療機関としては短くなると収入が減るということもありますので、これをなんとかしなくてはならない。おそらく治療回数については、一般に1回いくらということで課金されるのですが、これからは5回以下がいくらとか、そういう形で短くすることにインセンティブ与えるべきであるという考え方があります。

【鎌田委員】

たぶん今の一括いくらというやり方は極めて特殊です。普通 pay per fraction で、1回幾らというのがどの放射線治療でも標準だと思うのですが、これは先程の辻井先生の説明のとおり、先進医療というのは1個の値段しかないと言われて、それが今も踏襲されていますけど、多分保険収載の時には、これは馴染まないです。一括で300万円、10回でも300万円というところで、費用対効果についても今回結構問題になったので、提案にはかなり pay per fraction の考え方が入っています。基本料金いくらと、そして回数ごとに幾らという、福井に似たような形の提案をしているところです。将来的にはそちらの方にやはり移っていくのかなと。

【赤池座長】

そうすると疾患によって患者さん側の負担も変わるということですね。

【鎌田委員】

例えば肺がんの照射ですと200万円ぐらいとかですね。そういうのもあり得るかと思えます。

【赤池座長】

これで負担軽減の努力もできるようです。

【鎌田委員】

ただ保険に行くときにどこまで我々の意見を汲んでもらえるかというのが少し今見えてない。

【赤池座長】

あと、個々の患者さんの負担を一時じゃなくて何回にとか、そういうものに関してはどうですか。

【辻井オブザーバー】

各県、それぞれの優遇策をとっています。補助金を 20 万円なり 30 万円とか、それから利子をゼロにするとか、あります。

【鎌田委員】

県民の方には一応そういう優遇制度を設けている。貸付制度みたいのを別に作っている。

【橋本委員】

その件については、いわゆる治療費は払ってもらうのですけれども、例えばローンを借りたその利子を補給するであるとか、治療費そのものを貸し付ける制度ですとか、各県で色々な工夫をしているようです。しかし、利用実績の有無等、それぞれの事情もあり、どういったものが機能的なのかは、県でも機構本部とも一緒になって考えていかなければいけないと思っています。これからの検討課題です。

【小野委員】

あと先進医療特約の保険でも、お金をもらえる時期がずれるというのです。だから病院に払わなければいけない時期と実際にお金をもらえる時期がずれているといった患者さんはずらい場合があります。保険によっては最初からもらえるのもあるらしいです。

【鎌田委員】

保険会社から病院への直払い、患者さんを通さないシステム、これは病院が受け入れるか受け入れないかだけの問題です。保険会社は直接払いますよと言っているのだけど、なかなか病院側が認めないこともある。そこら辺り柔軟に考えれば良いのでしょうかね。

【緒方委員】

私が感動したのは通いながら治療ができるということです。お仕事も続けられる。特に初期の方は自覚症状がないのに手術することで、本当に半年以上仕事ができないということがあるのだけど、重粒子はその点が良いということで感動したのです。であればやはりアフターファイブや週末に治療ができないかなと思います。お願いしすぎかもしれませんが、ますます初期の人などは、難なくがんを克服できるのかな、という気がします。

【赤池座長】

それは重粒子に限らず、ですね。

【緒方委員】

でも重粒子は特に。通院しながら仕事も続けながら。

【羽鳥委員】

民間の発想だと金額を変えてその代わり 24 時間 365 日という発想が出てくるのでしよう。

【赤池座長】

そういうことも色々と工夫することになるのだと思います。昔からそれは言われていますので。

先ほどいろいろお話が出ていました、治療・研究・人材育成の方策というところで、ご意見を少しいただきたいと思います。

【中山優子委員】

治療・研究・人材育成については基本的には4大学の方に、ぜひローテーションで人を派遣していただいて一緒に重粒子をやっていきたいと思っております。それで大学に戻られて、また違う方が見えられたりすると、各大学に重粒子のことをわかっている先生たちがたくさんいるということで、我々も非常に安心ですし、是非、お願いしたいと思えます。

【国枝委員】

放射線治療医もそうなのですが、重要なのは学生と研修医なのだと思います。学生、研修医というのは、どこの科にいくかまだわからないところなので、その方々が重粒子治療について一般的な知識を得るということは、将来にわたって非常に大きなことではないかと思えます。私たちの方も臨床研修を長い期間やるようになったので、放射線治療に関してもおそらく増えてきますし、非常に先生方のご負担にはなると思われるのですが、こういうところで勉強させていただければありがたい。

【中山優子委員】

是非、来ていただきたい。

【早川委員】

少し伺いたいのは、医学物理士のことに絡むのですけれども、今、うちも医学物理士教育をしていて、放医研の機械を使わせてもらっています。それから国立がん研究センター東病院にも頼んで陽子線の空いている時間を使って実験をさせてもらっています。神奈川県立がんセンターとしてはそういう時間の提供は考えていますか。

【中山優子委員】

臨床をやっている時間外に研究的に使うということですね。具体的な検討をしていな

いですが、研修施設はあります。やはり4大学の先生方と一緒に研修をしようということ、研修室を設けてありますので、検討はさせていただきたいと思います。

【早川委員】

重粒子になると、装置を動かす人も必要だから、なかなか時間外の稼働が難しそうですね。

【赤池座長】

私たちの機構の中で、時間外に研究したりすることにインセンティブをどうやって沸かしていくかというのはまだまだこれからです。そののところも考えながらみんなで意識をあげようという段階ですので、すぐに治療開始して1年くらいで、というのは難しいと思います。

【早川委員】

もう一つは、人事交流は非常に良いと思うのですが、例えば、仮にがんセンターに少しでも勉強に行って、うちの社会人大学院に来るというのはOKですか。例えばそういう大学院生になると、それなりに夜の時間がある程度制約されることもあるのですけれども。

【赤池座長】

連携大学院もできるようにしています。連携大学院ですと本来の社会人枠じゃないですが、大学院が社会人の枠であるうとなかろうと大学院生であれば、連携大学院ということ。

【早川委員】

連携大学院というのは給料に関しては県で出していただけののでしょうか。

【赤池座長】

そうではないです。

【早川委員】

うちの社会人枠というのは、たとえば神奈川県立がんセンターの職員が北里大学の大学院に社会人枠で入れば、県の病院機構から給料は出ていますけど、大学院生として単位をもらえる。

【赤池座長】

先生のところに社会人枠で大学院に入ったら、そこで大学院の授業料を納めて、その方ががんセンターに来て研究をする。

【早川委員】

そういう意味ではなく、常勤医師として働きながら大学院に行く、がんプロフェッショナル養成プランというのはまさにそれなのです。常勤医師として働きながら大学院に入

ると、大学院の講義が当然社会人枠の人には夜7時からとか、土日を使っての講義とか配慮されています。そういうことでやっているのですが、そういう待遇での対応というのはOKでしょうか。当然、夜の講義などもあるので、時間外でかなり遅くまで働くというところまではできないかもしれません。

**【中島委員】**

うちの若い先生の大学院は年単位で他施設に派遣をする方法があります。神奈川県立がんセンターで給料ももらっていて、大学院生も続ける。そういうほうが派遣しやすい。

**【赤池座長】**

それは手段として、そういう方法をとったほうが良いという判断であれば人材を集める一つの手段です。

**【小池委員】**

我々のところで連携大学院をやっている社会人大学生などは、やはりその施設でのスタッフとしてちゃんと勤務してポジションをもらっています。大学院生とか外部院生としてというポジションだと多分給料もすごく下がってしまう。

**【赤池委員】**

今連携大学院としてのお話をしていますが、うちの職員が、大学院生として努力して入って、それでうちの仕事をしながら、研究をしながらまた教えてもらいながら。

**【小池委員】**

今、早川先生が言われたのは逆で、うちの大学院生がそちらで勤務するという意味だと思います。

**【早川委員】**

形は同じです。大学院生がいたときに、例えば人を交流させるのに、社会人枠であれば重粒子線治療を担当する職員として勉強も兼ねて派遣できるということです。

**【赤池座長】**

例えば他の大学院生の方がローテーションで勤務してくることもありますから、極端に言えばそれですね。

**【国枝委員】**

大学院生、それからポスドク的なものでおそらく1年とか2年とか、比較的短期でそこで研修しながら、給料をいただくような、そういうような制度があればよいと思います。

**【中島委員】**

あともう一つ、国枝先生のおっしゃったように、医学生のBSLの期間が長くなって、うちの大学は1ヶ月間選択でどこに行っても良くなっている。今、うちで放射線科を希

望する方がいても、残念ながら、放射線診断の方ばかりですけれども、例えばこちらで1ヶ月間、6年生を派遣すると、結構6年生なので色々なことに興味を持っています。そういうところから一人でも将来の治療医のキャンディデイトの幅が広がります。がんセンターで先端的な放射線治療を学べると最初から宣伝をすることができます。

【中山優子委員】

是非、受け入れたいです。実際、少し前、東海大学から放射線治療の先生ではなくて、乳腺外科と血液内科の先生がしばらくうちの科に研修に来ていました。そういうこともありますので、是非学生さんに見ていただきたい。

【赤池委員】

他の診療科でも、2週間ぐらい学生を預かっています。そういうことはもうやっていますので、それをもう少しきちっとしたシステムでということですね。

【辻井オブザーバー】

学生のなかで進路について迷っているような人にとって、そういうシステムがあると放射線科に入る人が多くなる。

【国枝委員】

現状としては講義の時間としても非常に短いですし、実態は外科とか内科とかの講義が非常に長いです。

【辻井オブザーバー】

正規職員としてのポジションがあるかどうかのポイントになると思います。それがあると放射線科に限らず、例えば、内科で肝臓をやりたいという医局が医師を派遣し、一定期間放射線をやってくれるようになる。従って、こちらにポジションがしっかりしたのがあるとポイントになると思います。

【赤池座長】

あとご意見はよろしいですか。

もう一点ですが、PRの方策について、ご意見を伺いたいと思います。パンフレットを作るとか、セミナーというか講演会をやっています。そういうところですが、何か、これはどうだというものでも、過去に今やってきたものはどうか、など、何かありますか。

ちなみに、今回佐賀へ行かれて、何か斬新なPRの方法を感じられたことがありましたか。

【辻井オブザーバー】

真っ先に考えるのは、保険会社、自治体や、医師会などへ、医者だけでなく事務方も積極的に行ったり、ホームページに力を入れたり、一般向け講演会を色々なところで開催したりしています。基本的には広く知ってもらおう努力を色々なところでやっているということです。

臨床研究班を疾患ごとに設けて、色々な科が入ってきているのですが、やはり専門医師に知ってもらおうという一番基本的なところが重要で、プラス色々な広報活動を行っています。

【鎌田委員】

臨床研究班でプロトコルを作ったというのでしょうか。ですから、出来る1年ぐらい前からそういうのを組織して、そこでプロトコルをもんでもらって、みんなで共通の理解にするとそれが一つです。それでもなかなか、適応外の患者さんを送ってこられる先生が多いので。

【辻井オブザーバー】

県としては、例えば最初からそのような事はできないと思うのですが、海外から受け入れるというのは積極的なのですか。

【赤池座長】

知事が言っていますが、具体的にじゃあこういう方策でという、県の中にそういうチームがあるかということ、そうではないです。

【辻井オブザーバー】

そこまで体制が整うまでまだ時間は先のことだと思います。まず、県民にという事情がある。

【赤池座長】

まだ県民にとっても、その話が具体的なものとして、自分たちに関係しているのかというのが感じられないのでしょうか。講演会をやったりしているのですが、そのことでも、反対というのが出ているということはなかったです。所々で知事もいろいろ海外からのというようなお話ししています。

【辻井オブザーバー】

医師会も協力的ですね。

【赤池座長】

それほど興味のない医師たちに宣伝するのにどうやったら良いか、ということです。外科の集まりで話しますと、大腸がんをやっている一番上の医師もぜんぜん重粒子のことは知らない、という感じなのです。ああ、そうなのだと、私やっとそのとき思いましたけど、私の方はこう思っているのだけど、この人たちはまだそうなのだと、そういうところがあるのです。そういう過去の自分の実績でそう考えている人、それから、本当によくわからないまま興味がない先生もいる。

【鎌田委員】

昔と違って大腸がんでも治ってこられる人がでてきていますので、分かっている人は分かっている、そうすると、リピーター的にどうしましょうという感じでたくさん送っ

てくださいます。ですから、やはり実際の患者さんをやったなかで増えて来るのだと思います。

【中山優子委員】

重粒子線治療で治っている方を見ると感動します。化学療法も分子標的治療薬を使うと、年に1千万円かかることもあります。それが重粒子治療の場合、高いお金といてもそこで治れば将来的には安いので。

【鎌田委員】

重粒子は違う形の手術ですよ。

やはり班会議とかでその地道にまずは選定する、プラス県内をめぐってこまめにプレゼンテーションしていくみたいなものがあるのですかね。医師会、もっと小さな単位での講演をやるという。がんセンターの先生方が頑張ってるのでしょ、きっと。

【赤池座長】

だいたいご意見いただけたかと思いますが、また今回これだけお話いただいて、次回のときまでに、ああそうだということが、意見としてまだ言ってなかったこととかいる沸いてこられるかもしれません。またその辺は、よろしくお願ひしたいと思います。

(5) 今後の委員会の予定

【赤池座長】

もうだいぶ遅くなりましたので、今日のご意見はこのくらいにさせていただいて議事の(5)今後の委員会の予定について、お願ひします。

<事務局より説明>

【赤池座長】

今事務局から説明がございましたようにこのような方向でと考えております。また、日時についてはご連絡差し上げます。よろしくお願ひいたします。

3 閉会

【赤池座長】

本日は暑い中ありがとうございました。今日は終了とさせていただきます。