

10. 20N E N検討会（希少がん対策ワーキンググループ第4回神経内分泌腫瘍分科会）

東 希少がん対策ワーキンググループ神経内分泌腫瘍分科会、第4回の検討です。事務局の国立がん研究センター、がん対策情報センターの東です。

ウェブ会議は2回目ということで、先生方はもう慣れていらっしゃるかとは思いますが、また何かトラブル等ございましたら、国立がん研究センターのほうにお電話いただければ、何かサポートできるかと思しますので、どうぞよろしくお願いします。

今日は2時間ということで7時までの間を予定しておりますが、目標としては先ほど申し上げたような、N E Nの専門施設を募集するに当たり、この2階建て部分、つまりは消化管のN E Nと膵臓のN E Nのそれぞれについて情報公開の項目を決めるということが目標となっております。

では、最初にこの分科会の会長をしていただいております。獨協医科大学の青木先生に少し一言お願いしてよろしいでしょうか。

青木 はい、こんばんは。皆様、お集まりいただきありがとうございます。今日はもう2時間と言わずササッと、この前の続きなので少し思い出していただいて、2階の構造を全部完成させるというところまでだと思いますので、よろしくお願いします。以上です。

東 はい、ありがとうございます。

そうしましたら、早速本題に行きたいと思います。資料3というのが一番の議題となると思いますが、その前に一応資料2を見ていただいて、どんなことが共通かということを見ていただいたほうが良いという感じですかね。どうでしょうか。資料2を映して、まずは事務局でざっとお話をした上で、青木先生にバトンタッチをするという形でよろしいでしょうか。

青木 ちょっとだけいいですか。前回参加されていない方のためにちょっと、まあ思い出していただくというのも含めて。前回、1階と2階にして、1階は全施設共通の資格、登録要件ですか、ということになりまして、もう1回項目を見ていただいて、前回問題になったのは、主には検査体制と、どのような専門医が1階建てに必須の項目であるかということ、病院の多業種カンファレンス等、システムの問題でどこまでを必須とするかということになるかと思います。

下に行ってください……はい。一通りざっと、症例数に関しても少し議論になりましたが、膵・消化管全部合わせて、3年で一応まあ偏りがある施設もあるかもしれないけれ

ども 30 例ということだったです。

まず、そこまで見ていただいて、前回参加されていない先生等も含めて、もう 1 回見直してみ、コメントがある方がいらしたらお願いしたいと思います。

東 手元に映しています資料自体はお配りしているものと同じなのですが、ただ、この 6 番の診療科と専門医というのが横に並んでいると見づらいというお話だったので、そこを縦に並べ直したという、そこだけ違っております。

青木 ですから、一応専門医の規定としては、いわゆる学会の専門医の構造としては、2 階建ての部分までの専門医の名前がここに入っているということになりました。

それから、症例数は 1 階建てに消化管・膵NETトータルの症例を縛りとして決めると。2 階建ては各施設の実績を数字で実際に表示していただくだけにしようという話になったというところかと思います。

ここまですいでしょうか。何か御意見ございますでしょうか。東先生、そこまではいいですか。

東 はい、大丈夫です。

青木 そこをちょっと下に行っていただいて、その後、この前、先生方の中から 1 階建てに追加の項目の御提案がそこに書いてある 2 項目なんですが、これは小林先生ですかね。

小林 セカンドオピニオンのことは書いたのですが、下は、私は書いていません。細野先生ですかね。

青木 はい。まず、セカンドオピニオンについてちょっとコメントいただけますか。

小林 そうですね、NENの診療ということの中で、一応セカンドオピニオンの受入れ、特に臨床の話と、割合……聞こえていますか。ごめんなさい。小林ですが。

青木 はい、聞こえます。

小林 大丈夫ですね。すみません。臨床のセカンドオピニオンということももちろんあるのですが、病理でセカンドオピニオンという形もあるのかなと思ひまして、その辺りもどのくらい受け入れているかというのがあってもいいのかなということで、ちょっと提案させていただいたということなのですが、いかがですか。

青木 要するにセカンドオピニオンを受ける体制というよりは、もうNENに絞っちゃって……

小林 そうですね、NENに絞ってでよいと思います。、一般的なセカンドオピニオンを受ける体制は多分どの施設でもあると思うので。

青木 これは必須項目というのではなくて、公開項目の中でということですか。さっきの JNETS は参加していますよというのを公開するという事だったのですが、これは先生、必須にする。公開項目の中にこれを……。

小林 公開項目でもよろしいんじゃないでしょうか。必須のほうは、ちょっとそこまでのものではないと思います。……

青木 これは1階のほうがいいですか。

小林 そうですね、どうしましょう。件数を書くとなると、これは2階なんですかね。具体的に、先ほどの話だと、件数というのは2階に持っていこうということですし。

青木 例えばNENに対するセカンドオピニオンを受け入れられます、とすると1階でもいいかもしれないんですけども、具体的にNEN何件受けました、過去3年間で何件受けましたというのは、数字を公表するという算段材料にするという点では2階に入れてもいいかもしれない。分けてですね、両方に含めてという可能性もいいとは思いますが……

小林 そうですね。

青木 その辺、今御覧になって、そもそもこれは要らないという御意見でもいいですし、何かこのほうがいいんじゃないのというのがあれば。どうでしょう。どなたか御意見。増井先生に当てちゃおうかな。

増井 はい。京都大学の増井です。私は、NENに対するセカンドオピニオン対応というのは必須でなければ2階でもいいのかなと思っているのですが、患者さんがそこをすごく重要視するかどうかだとは思いますが。

青木 セカンドオピニオンの来る人は結構いるでしょうね。多分よその施設を頼りにしてというのはあると思うんですけども、必須というよりは2階ですかね。むしろそういうのを入れてもいいのかもしれないかなという気はちょっとしますが。

小林 そうですね、症例数という話だとあんまり、確かにおっしゃるとおりで、最初の段階で……

青木 そんなにそっちに来るとは思えないんですけども。

小林 うちがエンドステージに近い方が結構いらっしゃいます。

青木 先生方は今いらっしゃるんですね。

小林 どうしても日常業務の多くをセカンドオピニオンに割いているので、ちょっと入れてもらいたいと思ったものですが、そこはかなり施設ごとに違うとは思っているので、件数とい

うことで2階に置いておいてもいいです。あんまり最初からパッと見てわかる部分に置くまでのこともないかもしれないですし。……

青木 まあ件数を入れるのであれば、やっぱり2階かなと思います。

小林 ですね。

青木 何かそういうことができる病院の体制とか、そういう外来を持っているとか、そういうのを基準とするのであれば、1階は基本的には具体的な数値というよりは必須要件なので、という感じですけども。

小林 そうですね。ある程度地域の大きな病院ですので、セカンドオピニオンを受けないというところは多分ないですね。そうなれば2階で件数を入れるというほうがよろしいでしょう。どうでしょう。

青木 がんセンターの先生、何かコメントございますか。がんセンターも多分そういう話は結構あるかと思いますが、東先生は診ないか、直接は。

東 私は直接は診ないですけども、ちょっと待ってください。1階部分なのか、2階部分なのかという区別については、基本は、1階部分は共通ということで、

青木 そうですね。

東 消化管と膵臓と共通と。2階部分にするんだったら2つに分けてやりますということになります。まあそれは一応分けて出すということでもよろしいんですね。

青木 確かに、それは分けるのは……そうですね、何かあまり分ける必要も感じないですけどね。

小林 まあそうですね。

青木 確かに施設によって、膵臓が得意だから消化管のコンサルトはちょっとというところはあるかもしれないですけども。

増井 そもそも例えば乳がんのNET・NECのセカンドオピニオンであったり、病理のセカンドオピニオンであったり、そういうのはどこに入れる形になるかということになりますよね。

小林 そうなんです。多分病理等は結構受けていらっしゃるんじゃないかなと思うんですね。国立がんセンター等で。確かに、そうなる……。病理はセカンドオピニオンというのを受け入れないというか、何かセカンドオピニオンを受け入れるうえでの要件みたいなものはあるんですか。

笹野 ないと思います。

小林 すみません、はい。

笹野 国立がん研究センターの優れた病理診断コンサルテーションシステムに提出することが可能ですということが明記されていますので、ほとんどの施設でこれに登録していたければ、がんセンターのほうで全国の専門の病理医にコンサルトを依頼してくださるので、この事が明記されていれば、病理に関しては問題ないと思われまし、病院が多くの患者さんもこのシステムに参加しているという事が分かれば安心できると思われまし。ただどうやってこのシステムに参加する事が出来るのか？ 参加要件は なんであるのか？ は分かりませので、がんセンターの先生から詳細をお伝え願えればと思ひのですが。

若尾 がんセンターがん対策情報センターの若尾です。どうも御質問ありがとうございます。こちらは、病理診断コンサルテーションという形で、私どものほうにコンサルの依頼をいただいて、私どもの担当者がその道の専門のコンサルタントの先生に診断意見書の記入をいただいて、それを依頼元に返すというシステムとなっています。それで、それぞれ症例に応じてその領域の専門の方に意見書の作成をお願いするということで、先ほども御発言がありましたが、専門の先生に診ていただくということで、ある程度信頼できるレポート、意見書を返すことができるということになっております。このような形でよろしいでしょうか。

そうですね、後ほどチャットのところにURLを貼っておきますので、そちらも御覧になっていただければと思ひます。

笹野 病理から見ますと、このシステムは日本の国内で一番優れていると個人的には思われますので、これに参加できるということであれば、病理のセカンドオピニオンとしては十分だと思ひますが、上記のように契約とか何かが分からないのでよろしく願ひ申し上げます。

若尾 はい。これに参加していただくには、拠点病院を介した申込みという形になっていて、特に縛っているわけではないですが、基本は拠点病院か、あるいは拠点病院からの紹介という形で御依頼をいただく形になっております。なので、特に何かすごいハードルがあるというわけではございませ。

青木 ありがとうございます。そしたら、2階が痔と消化管に分かれるという話になっているのですが、まあその他を作ってもいいかなと僕は思ひますけど。その他としてそのコンサルテーションを、要するに2階というのは各施設の実績を公開する場にしようと思

っていますので、そこに2階の壁・消化管を縛らなくても、例えばさっきの増井先生の話でも、NEN全般のコンサルテーションを受けた件数がこれぐらいありましたというのを、最後にその他として出してもいいかなとは思いますが、

2階の構造は今日決めたほうがいいと思いますが、まだそこまでがっちり決めていくわけではないので、そういうコンサルテーションの業績として公開するのは全部2階に持っていくよということであれば、あえて病理に関してはそのセカンドオピニオンが対応のことを1階に入れる必要はないという御意見もありましたので、2階に業績として、その他ということに加えてもいいかなとは思いますが、東先生、どうでしょうか。

東 はい、それはもうどちらでも先生方の御意向でいいと思います。

青木 小林先生、どうですか。

小林 そうですね、まあ1階ですと、先ほどちょっとお話ししましたけれども、どの施設でも受けると思うので、別に案件というほどのものにならなくなってしまいますので、先生がおっしゃるとおり、2階で実数を書くというスタイルでいいと思います。……

青木 まあ先生方がかなりそこに力を入れていらっしゃるということであれば、そこで数字をたくさん入れていただいて、そういう実績があるよというところを出していただくというのがいいかなとは思いますが、

小林 はい。

青木 では一応、ちょっと壁にも消化管にも入らないのですが、その項目を取りあえず2階に持っていくということで考えます。

もう1つ、PRRT、これは上のほうに戻っていただいて、オクトレオスキャン等が連携なりを使って実施できるよという、そこと似たような表現になっているのですが、御意見いただいた先生は……

本間 すみません、この意見を言ったのは私、国立がん研究センター中央病院の本間ですけれども、

青木 はい、よろしくお願いします。

本間 これは、1階建て部分に作ろうというお話ではなくて、このPRRTができるようになったときというのは、恐らく2階建てとしてPRRTができる専門施設というのが出来るかなと思ったんです。

その2階建てとしてPRRTができる施設を設けるとすると、今お話を聞いているところでは、PRRTは廃棄物処理等の負担が大きく、都心部で実施するというのがちょっと難

しくなって、敷地に余裕のある外部施設等、郊外の施設で実施されるということが多いんじゃないかと考えていて、そうした施設がこの1階建て部分の基準を満たさないんじゃないかというところがちょっと気になりました。PRRT専門施設は2階建て部分で決めるのか、それとも1階建ての条件を満たす施設と連携できるとかの記載をしておくことで担保するのか、御相談というか、御提案したというところになります。

青木 あまり最新のことを知らないのですが、実際そんな感じで、いわゆる今回ターゲットになるような専門施設では逆にやらない可能性があるということですね。

本間 やると思うんですが、そんなに多い件数をこなせないという可能性がある。まあまだ保険適用になっていない部分でこんなことをしゃべらなくてもいいかもしれないのですが、このPRRTの扱いどうするかというところを考えておいたほうがいいのかなというところでは。

青木 何か御意見いただければ。

東 まだ保険適用にはなっていないんですか。

本間 なっていないです。

青木 まだ治験が終わったばかりぐらいですね。

本間 そうですね。

小林 逆にこれが公開するのはいつぐらいを検討しているのでしょうか。

東これが確定しますと、もう次の段階として募集に入りますので、まあ厚労省にオーケーが出ればもう募集ということになるので、今10月ですので、年明けにはできると思います。

小林 ちょっと正式なあれではなくて、治験をやった立場として保険まであと1年ぐらいかかると言われています。ですので、本間先生の議論は非常によく分かるところで、もちろん中心となる施設があって、そこから依頼で受けるような形でPRRTをやる施設が出てくるということになる可能性があるということをおっしゃりたいんだと思いますが、ちょっと時期尚早といいますか、現時点では保険適用になっていない、グレーな話ですが、はっきりさせないで、出さないほうがいいのかなという気もしますが。逆に微妙な時期なので、変にこういうところへ出てきちゃうとまずいのかなという気もしますが。ちょっと細野先生に確認しないと。

青木 保険適用になれば、当然需要がかなりある治療になりますから、連携なり何なりでできるよというのは多分1階に入れなきゃいけない可能性もありますし、2階の中に

その自施設での実績というのを入れてもらう欄も作らなきゃいけないかもしれませんが、けれども、ちょっとこれは改訂第2版があった場合にということになるかと思いますが、そこに入れるということですかね。

本間 はい、承知しました。

青木 でも、PRRTは多分すごく需要がある治療なので、恐らく実際始まると、できるかできないかは絶対1階に入れなきゃいけない項目だとは思いますが、その点はいかがでしょうか。いいですか。取りあえずまだ保険収載されていないものを入れるわけにはいかないのです。

本間 分かりました。

青木 じゃそれは改訂するときにはと、まあ保険を通ったところでこれを変えなきゃいけないとは思いますが、というところで、いいでしょうか。

1階に関してまだ御意見ある方は、今お願いできればと思います。

増井 すみません、京都大学の増井ですけれども、よろしいですか。

青木 はい、お願いします。

増井 連携というところはちょっと曖昧かなと。どういうのを連携と定義するのか青木 そうなんですよね。

増井 そこはちょっとはっきりさせておいたほうがいいのか、はっきりさせないのがあるのか、どうでしょうか。紹介することができるというのであれば、多分全国津々浦々どこでもできますよね。

青木 そうですね。

増井 まあそれでもいいのかもしれませんが、ある程度決めておいた方が良くないのでしょうか。

青木 でも、実際栃木県は獨協と自治ぐらいしかできないんですよ。だから、ほとんど取ってくれというだけの依頼も来ますので、そういう……。まあどこか近隣とか何か入れます？ 他院としちゃうと確かにね、紹介状さえ持っていけばどこでもなんですけど。連携という言葉が確かにちょっと気にはなるんですね。要するに、自施設で持っていなくてもまあ取れる体制ならいいよという意味なんですけれども、それをどう説明するかということですから。

増井 そうですね。まあそこまで縛りをかけなくていいということであれば、これでもいいと思いますが。。

東 連携に関しては、基本的にまあたくさんありますけれども、オクトレオスキャン、PET、あと……

青木 病理ですね。病理のコンサルテーション、これはまあ完全に連携になりますよね。

東 病理のコンサルテーションは国がんがあるので、ここはもう逆にだめという施設がないだろうというところですね。ただ、出したことのない施設はあるかもしれないです。

青木 ですから、うちはオクトレオスキャンができないからだめなんですよということにならなければいいんでしょうけれども、それをどう表現するかですよ。

増井 まあ基本的に、例えば3年間で30例という縛りをつくって、その上でできるだけ多くの施設に手を挙げてくださいというスタンスであれば、これでいいと思いますが、最初に狭めておくのか、どういうスタンスをとっていくかというところかとは思いますが。

青木 それは前回も議論になったところだと思いますが、そんなにあまり最初少ない数でというのではなくて、むしろ各都道府県に1つは欲しいですねぐらいのこの前の設定数だったと思ひまして、30にすると、全部やると140ぐらいでしたっけ。全く参加できない県が2～3個だけで済むという感じでしたので、少なくとも縛るほうには向いていないと思います。

増井 なるほど。それではこの表現でいいと思います。

青木 何かいい表現があれば。確かにちょっと気になるのは気になります。

細田 すみません、細田でございます。遅れてすみません。PET検査のときに連携と書いていただいている、まあこれでいいんじゃないかと結論的には思うんですけども、実はPET検査というのは施設の共同利用を診療報酬上推奨されている分野でございまして、ですので、共同利用率を問われたりしている現状がございまして。ということは、むしろこの連携というか、共同利用を進める方向にありますので、とすれば、ここで「連携」という軟らかい書き方でよろしいんじゃないかなと思います。

PRRTに関しましても、恐らく1年後ぐらいには使えるようになっていると思います。要するに、薬が承認されれば、薬価修正された時点で使えるようになります。今準備を進めていて、恐らく1年後には使えるんじゃないかと思いますが、とはいうものの、一度にたくさんの施設でいきなり使えるようになるというよりは徐々に広まっていく。準備期間もありますので。そうしますと、まあこれも少なくとも出だしの部分は「連携」ぐらいの軟らかな表現にさせていただいたほうが制約が強くなり過ぎないんじゃないかと思います。以上でございます。

青木 ありがとうございます。貴重な御意見をいただきました。ほか、コメントいただけますか。いいですか。

じゃ取りあえず連携という言葉を残すという方向で、ここはもう変えずにいきましょうか。

東 ちょっとよろしいですか。連携という言葉を残すということは、先生方の御判断でいいのですが、実際にもう自己申告で連携していると、何の実績もなくとも連携していますと言えば、それで通るといふふうにしていいという理解でいいですか。

青木 ですから基本的にはここで落ちることはないですね。

東 そういうことですね。

青木 やっぱり最後は専門医と症例数でしかも縛りようがないような、この1階の文言はそうなっちゃいますけれども、これは実際にこのオクトレオスキャンはうちはやっていないんですよと言わないというだけですからね。ということなので、まあちょっとここで縛るといふことは難しいとは思いますが。

東 じゃそういう解釈ということでお願いします。はい。

青木 細野先生、いいですか。

細野 はい、いいと思います。

青木 それぐらいでいいですよ。

細野 はい。

青木 分かりました。じゃ1階の話はここまでにいたしまして、2階の今日の……

堀田 すみません、堀田と申しますけれども、

青木 はい、お願いします。

堀田 静岡がんセンターの堀田ですが、専門医の下のところに、「機能性NENの診断治療が行える内分泌代謝内科専門医が勤務している」とありますけれども、アスタリスクになっているので、これは専門医の要件じゃなくて何か努力目標的なことで上がったということですか。前回ちょっと欠席を……

青木 これは必須ではないです。

堀田 必須ではないということではよろしいですかね。

青木 はい。

堀田 分かりました。ありがとうございます。

東 これも連携という言葉がありますので、連携ができていればいいということなんです

が、ただ、「密接な連携」と書いてあるんですが、これはどうでしょうか。

青木 これは増井先生の御発案だったですね。でも、やっぱり機能性は診られないと見え
ないということですよ。

増井 そうですね。それをちょっと頭に入れた診療をすることが必要とは思いますが、ま
あ連携ということでもいいのかと思います。

青木 「密接な」はどうします？ さっきのよりもちょっと意味を強めて……

増井 「密接」がちょっと具体的ではないので。意味としては強くしているんですね。

青木 ある程度治療にちゃんと積極的に参加してほしいわけですよ。

増井 そうですね。気持ちとしてはそういう意図です。

東 今、何を条件にするのかが分からなくなってしまったのですが、これを見ると、勤務
しているかどうかは公開する。勤務していたらもちろんオーケーですけども、勤務して
いなかったら、密接な連携は取れますか、はい・いいえということで、はいといえばそれ
でオーケーだという感じですか。

青木 そうせざるを得ないでしょうね。基本的にここでだめと正直に言ってくれば確かに
だめですけども、取れますで、できませんと言ってくるのはまあないとは思いますが
けれども。

増井 例えば糖尿病内科はどうなんですか。糖尿病内科って専門医がいますよね。難しい
んですかね。でも、糖尿病が絡んでくることは多いですよ。インスリンノーマとかグルカ
ゴノーマだったり。

青木 まあ内分泌代謝はどういう資格なんですかね。ちょっと分からないです。

東 糖尿病学会専門医というのがあって、別に内分泌……

増井 いや、内分泌でも内科は少ないですからね。

東 内分泌専門医というのはまた別ですね。

増井 笹野 すみません、内分泌学会の理事の立場から言いますと、内分泌代謝の専門医
はありますので、糖尿病とは別です。現在は内分泌の2階建てで、内科と小児科と産婦人
科と泌尿器科で2階建てになっております。増井先生がおっしゃるように、内分泌の先生
でも研究主体にやられる大学もありますので、どうしても人数が少ないというのはおっ
しゃるとおりかだと思います。

青木 であれば、困ったときに相談できますぐらいにしておかないとちょっと、必須項目
にしちゃうとそこで引っかかりますね。

笹野 増井先生、必須は地方によって違うのかもしれませんが、ちょっと難しいと思うんですがいかがでしょうか。

増井 いや、難しいと思います。

東 それは難しいという前提で、この表現で残しますか。「内分泌代謝内科専門医が勤務」もしくは、「密接な連携が取れることが望ましい」というか、まあ「望ましい」というのがどういうふうに応用されるのが今度はまた分からなくなるんですが。

笹野 「可能であることが望ましい」ではどうですかね。

東 そうすると、可能ではないと言われたら、可能ではないと。

青木 ですから、これは「内分泌代謝内科専門医」というんですか。

笹野 いや、正式には確かに内分泌代謝専門医かとは思われますが、「内分泌内科専門医」がより分かりやすいが思います。

青木 「内分泌内科専門医の在籍は必須ではないが」と最初に入れますか。必須ではないけれども、連携が取れることが望ましいと。要求として、一文入れておきます？ 機能性NENを診られる人がいないと困るんですよ、確かに。

笹野 そのとおりなんです。「内科」は外して「内分泌専門医」とすると、外科と泌尿器や婦人科の先生も入りますので、少し間口を広くしたほうがいいんじゃないかなと思うんですが。

青木 じゃ公開項目にしますか。公開項目は一応まあ必須ではないけれども、望ましい項目に公開項目を集めていますけれども、であれば、ここの専門医の資格のところには必須の専門医だけ公開しておいて、公開項目のほうに内分泌の専門医は機能性NENの診断治療ができる人がいることがあれですね。

笹野 診断と治療をできる方がいると。

青木 じゃ「望ましい」を省いて、「機能性NEN診断が行える内分泌専門医が勤務している」というのを公開項目にしますか。

増井 そのほうがすっきりしていますね。

笹野 そうですね、そのほうが、ないところでも診療が出来ると思いますので……

青木 勤務しているということを公開項目にしておけば、まあ必須ではないですけども、望ましいですよということで、連携というよりは、その病院にいるということを公開項目にしておくというのも手かとは思いますが。

笹野 はい、PRになっていいんじゃないでしょうか。

東 画面上を変えましたけれども、こんな感じでよろしいでしょうか。

青木 「代謝内科」を省いて、「内分泌専門医が」、そうですね、内分泌専門医の勤務の有無ですか。在籍ですかね。そうですね、それを公開しておく、特に機能性NENの方はいいでしょうね、恐らく。

増井 内分泌専門医というのは何でしょうかというふうに言われたりはしないですかね。

青木 内分泌専門医という公の資格はあるわけですね。

笹野 あります。

東 ホームページで出てくるのは、日本内分泌学会内分泌代謝科専門医となっていますが。

青木 内分泌代謝科専門医。

東 というふうに出てきますが。ただ、まあそんなに多くはないですね。現在 3,187 件のデータが登録されていますと、ホームページ上はそう書いていますが。

笹野 失礼しました。おっしゃるとおりです青木 内分泌代謝科専門医ですか。

笹野 はい。

青木 じゃそうしましょうか。

笹野 この意味では糖尿病専門医との相違点が不明瞭にはなりますが内分泌代謝科のほうが正確だと考えざるをえませんか。

青木 こういう資格があるわけですね。内分泌代謝科専門医。

笹野 ただ、一般の患者さんが御覧になって、脂質や糖尿病と区別がつくのかなという危惧はあると思うんですが。

青木 なので、わざと枕言葉に「機能性NEN」を入れたということで、

笹野 はい、「機能性NEN」でいいと思います。

青木 それで分かりませんか。どうでしょう。御意見ありますか。

増井 それでいいような感じがします。

東 はい。一応項目に対する解説は入れるつもりです。

東 非常勤かどうかというのは、どうしましょうか。文面では常勤か非常勤かということを経基本的な……ちょっと待ってください。これは原則として常勤。

青木 公開項目だから、もしあれば、これを情報公開してくださいと。もし常勤の中にこういう人がいれば、ということですよ。

東 じゃ公開を、常勤か非常勤か……

青木 それはやっぱり書類の承認のときに大事な項目なんですか。お役所が認めるときに

は、常勤や非常勤。

東 お役所はまあ常勤を原則としていますが、はい。がん診療連携拠点病院の指定要件というのは常勤が原則になっていると思います。ただ、まあ公開項目ですので、常勤がいるのか、非常勤しかいないのか、誰もいないのか、というのは、それを区別して公開してもらえばいいとは思いますが。

青木 選択してもらえばいいということですね。それでいいんじゃないですかね。JNETSも参加してる・してないの二択なわけだから、ここは三択でもいいかもしれないですけどね。

東 はい。別に人数は聞かなくてもいいですか。

青木 まあそんな何人もいる施設はそんなになんかと思いますが。まあいいんじゃないですかね、1人いらっしやれば。

東 はい。

青木 何かありますか。ここで1階はもうそろそろあれですが、何かお気づきの点があったらぜひお願いします。いいでしょうか。取りあえずいいですか、東先生。1階に関して。まあ少し修正がかかりましたけれども。

東 はい、では画面を共有して。それから、セカンドオピニオンの件数というのは、結局どうなったんでしょう。

青木 これは2階に入れて、その他というか、痔とも消化管ともまたちょっと別項目として、最後に足したらどうかというのが、まあ私の提案ですけれども。

小林 賛成です。

東 これは2階部分としてということですね。

青木 2階に入れて、痔と消化管と、その後にその他の項目として、セカンドオピニオンの実績も公開するというのでどうかという提案ですが。小林先生、いいですか。

小林 はい、そのほうがすっきりすると思いますので、2階に上げていただいて。PRRTは、今回はなしということですよ。

青木 今回はちょっと見送りで、また保険収載された時点で考えましょうということかと思えます。

小林 なしということで、よろしいですよ。はい。

青木 はい。じゃ2階のほうの資料に、東先生、資料3をお願いします。

はい。前回の議論だと、2階には各施設ごとの実績を数値で入力して申告していただく

ということにして、消化管と膣に分けましょうということですが、まず、この2つの構成が分かりにくいという御意見が出ていると書いてあるのですが、この2つの構成が分かりづらいということですか。右側のコメント、これはどうしたらいいという何か代案が出ていますか。これにコメントある先生がいらしたら。松木先生？

東 ちょっと確認します。

青木 確かに消化管というのが物すごい広大なので、食道から直腸までなので、これ1個だけというのがあまりにも多岐にわたり過ぎるというのはあるかなという気はするんですけども。むしろこれは、分かりづらいというのは、消化管を上と下に分けて3本立てということですかね。

東 今確認していますので、次、先に行かせてもらえますか。

青木 はい、先に行きます。まず、今ちらっと申し上げたんですが、消化管が上部と下部では多分専門に担当される先生も全然スタッフが違いうだろうし、そういうことで上と下を全部やっているオールマイティーな人はいないと思うので、どうしますかね。上部と下部に分けて、実際その登録する項目に関しては、検査の件数か、手術の件数かという形で実数を入れていただくというのがおおよその流れかとは思いますが、これを、例えば内視鏡は上部・下部に分かれています、どうでしょうか。

全部の項目を上部・下部に分けたほうが、例えば食道・胃・十二指腸にして、それ以外は小腸・結腸・直腸と、上と下に分けちゃってという形にしたほうが、まあ登録はしやすいと思います。多分同じ先生、全く上も下もということはないと思いますけれども。

消化管の先生でどなたか、今日は絹笠先生はいらっしゃらない。本間先生は？

本間 はい、います。患者さん側から……

青木 先生は化学療法だから、上だろうが、下だろうが、一緒ですか。

本間 そうですね、僕はあまり困らないんですけど、すみません、ここで議論すべきかあれなんです、NETとNECで薬物は治療レジメンが違うのでわかるべきではないかと。またそこは後からお話させていただくとして、さっきコメントにこの消化管が分かりにくいというのは、患者さんから分かりにくいという意見があったということなんです……

青木 それはちょっと何か今確認していただいているのですが、どういう観点からの御発言なのか。

本間 いわゆる食道とか胃とか書いておけば済む話なのか、ですね。

東 池田先生、すみません、今見たら、この指摘は池田先生からいただいていたみたいで、肝転移と膵が一緒になっているのがちょっと分かりづらいのではという……。

池田 膵とNENの肝転移、肝転移って全部ですよ。要は、消化管からも肝転移だし、いろんな肝転移が入ってくるということですよね。

青木 まあそうですね。でも、これは実際肝胆膵の医者が診ますよね。という観点からまとめたのですが、担当医が、誰が担当するかという点からまとめちゃったという感じなんですけれども。

池田 消化管の肝転移も肝胆膵で担当しますか。

青木 うちはそうですね。どうでしょうか。

池田 手術という観点ではそうかもしれないなと思ったのですが、薬物療法という観点では我々じゃない気がしますけれども。

青木 そうすると、例えば腫瘍生検、肝生検は消化管の先生がやりますか？

池田 肝生検は我々がやります。検査として。

青木 ですよ。

池田 治療に携わるのは消化管の先生のほう。まあ我々、肝胆膵グループで消化管も診るので、なくはないんですけども、ただ、くくりとして膵及び肝転移と言われると、まあ手術は多分いけるんですが、薬物療法は何となくぎくしゃくするんじゃないかなという気はします。

青木 じゃ肝転移は触れない。また後でTACE等が出てきますが、肝転移はまた別立てですか、肝臓の治療は。どうしたらいいですか。

増井 すみません、京大の増井ですが。

青木 はい。

増井 消化管と膵でそれぞれに、肝転移に関して提示するということになる感じですか。

青木 でも、肝切除は肝胆膵外科医がやりますよね、どこが原発だろうが。外科的なことと内科的では確かに大分違いますね。肝転移を一切合財省くというのも手だと思いますが。今回はもう原発臓器だけで、その遠隔転移の場所がどこだろうが、もう完全にやめちゃうと。そういう話はしないと。

池田 ただ、患者さんが多分一番困るのは、そういう転移とかどうしようと。そういうところも見たい人が多いんじゃないですかね。

青木 であれば、上・下部と、膵臓と、肝転移と、4つに分けます？ だから肝転移が、

原発が違うから担当医が変わるよということですよ。原発が違えば、同じというか、化学療法、特に全身治療でやる場合はということですよ。

池田 ただ、この2階建ての部分では、患者さんから見てどれだけやっていますかということだけを知りたいんだと思うんですよ。だから、別にどこを誰がやろうがあまり関係ないんじゃないかなとか……。見やすいようにするという意味では、そういうふうに消化管と膵でそれぞれもう原発と肝転移と、あるいは原発と転移という形で含めたほうが分かりやすいのかなと思ったりはしたのですが。

青木 例えば、肝転移をそれぞれ全部消化管と膵臓にばらけて、どっちにも入れるということですか。

池田 ええ。多分私の病気は消化管だからという……

青木 消化管NENの肝転移の切除件数。

池田 少ないでしょうけどね。

青木 それぞれを両方に入れます？ 肝転移の項目を全部。

池田 ただ、患者さんから見たら、多分自分が膵臓だったら消化管のほうは見ないでしょうし、消化管だったら膵臓のほうを見ないでしょうし、確かに先生が言われるみたいに、肝転移だけ別にするというのはありかもしれません。消化管と膵と、肝転移だけ別というのも、それはありかもしれません。

青木 池田先生はどういうのが望ましいと。変えるとしたら。

池田 私は多分、シンプルに消化管と膵。

青木 肝転移の項目はどうやって振り分けます？ 両方に入れます？ 完全に外す。

池田 TACEの数を出さなきゃいけないということですよ。最近あまりやってないですからね。

青木 TACEばかりやっている施設もあるんですかね。ちょっと分からないのですが。その検査の件数等も入れるということで、肝腫瘍生検の個数を入れようと、前回の議論では多分そういう話になりましたよね。原発巣の膵のEUS-FNAだけじゃなくて、肝腫瘍生検の数も入れようという話になっていたんで、肝転移の診断・治療はやっぱりどこかに入れなきゃいけないとは思いますが、それを原発のそれぞれに入れ込むのか、もう肝転移は肝転移でやっぱり1つの独立した領域だということで分けちゃうという手か、どっちかですかね。

池田 内科側は恐らく原発臓器別に診ている気がしますが。なので、原発臓器別に肝転移

の項目があってもいいのかなとも思います。消化管NENの中にこのTACEやアブレーション等の項目が同じく入っていても。

東 ちょっとすみません、ざっくりとした質問をさせていただきますが、施設によって、消化管由来の肝転移は診られるけれども、膵由来の肝転移は診られない、もしくは逆というのがあるんですか。

青木 手術ではあるんですよ。だから、肝胆膵の外科がちゃんとしたところがないと。

東 原発によって診られたり、診られなかったりすると。同じ肝転移であっても。そういうところがあるんですか。

青木 それはどうでしょう。肝胆膵の内科はいないよというところはあるかもしれないですけれども、どうでしょうか。

東 消化管由来の肝転移だったら診られるけれども、膵臓からの肝転移だったら診られないということですね。

青木 例えば、薬物治療の場合は慣れていないという可能性はありますね。逆もそうですけれども。池田先生が言っているのは、むしろそういうことですね。原発に縛られるってことですもんね、治療内容、治療方法が。

池田 原発でうちは治療が変わって……

青木 逆に外科はどの臓器を取るかで縛られるので、

池田 そうですよ。

青木 どの臓器を取るんだという話になりますから、それで決まりますので。

東 それだったらもう2つ分けてしまったほうが分かりやすいですね。消化管のほうにも肝転移のNENの症例数とか、ここに4番からずっとある、この肝転移関係のものですが、オクトレオスキャンはどうなんですか。

青木 これは、NENに対するのはもちろんそうなんですけど、その施設のアクティビティを見るという意味で、肝切除全部とか、膵切除全部という項目もあるんですよ。

東 なるほど。

小林 そうなんですよね。これはNEN以外があるので、やっぱり技術的な、まあ外科的なこともそうですし、ラジオ波なりTACEなり、そういう技術的なことというところもある程度出さなきゃいけない。やっぱり消化管と膵臓に分けて、その中に落とし込むと、分かりづらくなっちゃうと思うんですよ。肝転移は肝転移別立てで、要するに肝転移の手術というような形じゃないと多分集めづらいでしょうし。

青木 じゃどうしましょう、肝転移の局所治療だけで別立てにしますか。薬物療法はまあ、あれですけど。基本的には手術とTACEと、そうか、でもアブレーション、なるほど。

小林 ただ、結局薬物療法も、肝転移があっても、消化管の肝転移の薬物療法があったら消化管のほうに入りますよね。

青木 そうですね。

小林 だから、肝転移だけ別立てにして、先生がおっしゃるように、手術も含めて、手技的のところだけ別立てでいけないですかね。そっちのほうがすっきりしますか。

青木 僕はそういけるかなと思いますけれども。

小林 すっきりしそうな気がしますが。

青木 ええ。外科と内科の観点を折衷すると、肝転移の局所治療に関しては別に扱ってくれないと、肝切除全般とか膵切除全般の数も登録しろと言われると、ちょっと扱いづらくなっちゃうなと思いますけれども。

東 今ここで、数で出ているのは6番から10番か、11番までか、全部これは手技ですよ。内科的治療に還元するとすれば、4番の肝転移NENの症例数だけですか。

青木 だからそれは要らないと思うんですけども、例えば消化管のところに、消化管悪性腫瘍に対する手術件数というのが5番に入っているわけですね。要するにこれは全部ですよ。別にNENに限らず。だから、それを対比させようとする、肝切の件数や膵切の件数というのをどうしますかという。

これはもう今回、NENに対する手術症例だけにしますかというよりは、この前の議論だと、肝切あるいは膵切をやっていて、うちNENが何例みたいな数を入れましょうと。前回多分そんな話になっていたような気がしたのですが。膵臓をこれぐらい切っている施設で、その中でNENの実績がこれぐらいですよという、そんな感じになっていたんですね、この前。

小林 そうですね。

青木 ということになると、例えば直腸がんの手術を何例やっていて、その中に直腸NENがどれぐらいありますというのを上に入れるのであれば、膵切除というのがさっきの2階の膵のところ、今の膵の項目に膵切除の件数全部というのを入れておいて、肝転移の肝切除全部も入れなきゃいけないということになります、それなら統一的な書体にはなるんですかね、とは思いますが。

東 この1、2、3全部ではないんですか。その切除だけ、膵切除が入るということですか。

か。

青木 もう薬物治療に関しては、膵がんに対する薬物治療を入れる必要はないと思うんですけども、要するに膵切除全般はもうやらないで、NENに特化した症例数だけ登録してもらいますよということであれば、それはもうそれで統一したらいいと思います。そして、もうさっきの上の消化管の5番というのは全部なくなるし、もうNENに対する治療実績だけにしちゃうと。ただ、それだと年によってむらが出たりすることもあるし、それで膵臓が得意か、肝臓が得意かというのがきれいには分からないかもしれませんがね。

増井先生はどうですか。どうします？ もうNENだけにしちゃいますか。NENに対する手術件数だけにしちゃいます？

増井 いや、難しいですね。そうですね、確かにNENだけでもいいかもしれないと思ったのは、悪性腫瘍を見ても、その病院のアクティビティーは分かりますけれども、NENに対して頑張っているかどうかというのは全く関係ない話ですよ。だから、確かに青木先生が言われるみたいに、波はあるかもしれないけれども、NENを治療していますということが大事だと考えると、必要ないのかなと思いました。

青木 そうなると、上の消化管なんかも、内視鏡件数全部、手術件数全部というのはもうなくして、ほんとにもうNENに対する実績のみを入れると。消化管と膵と肝転移の局所療法の項目だけにしちゃうと。そうすると、もうそれ以外の項目は一切なしで、まあ話は分かりやすいとは思いますが。

池田 患者さんから見てどうですかね。患者さんの御意見は。

青木 どうですか、原さん、松山さん。この施設に行こうかどうかという情報として、要するに膵臓全体をいっぱいやっているところが知りたいのか、NENに力を入れているところが知りたいのかということで、まあ情報を、項目をどんどん増やすことも可能ですし、物すごく絞ることも、どっちに向かう、振ることも可能になるとは思います。御意見いただけますと助かります。松山さん、いかがですか。

松山 はい。このごろ患者さんが、とてもたくさん調べてこられて質問される方と、まるっきりそうじゃない方と二極化しているような気がするので、それぞれの立場で、そうですね、何とも、今ちょっと私は判断できないんですけども。

青木 いろんな項目があったほうがいいのかということですよ。だから、NENの情報だけじゃなくて、この病院が手術をいっぱいやっている病院かどうか知りたいとか、肝臓の手術をいっぱいやっている病院かどうかを知りたいということが……

松山 そうですね。

青木 欲しい情報かどうかということになるとは思いますけれども、まあ出せと言われてれば多分病院側は出せるんですよ、そういう情報を。

松山 はい。そういうことでは、やっぱり患者さんが選択する根拠になるというので、ありがたいことではあるかなと思います。

青木 ありがとうございます。原さんも御意見いただけますか。

原 はい。消化管と膵臓と、どちらの肝転移かというのは、自分が消化管か膵臓かということしか見えていないので、ただ肝転移と書いてあったら、あ、それは自分の肝転移だと患者は思うので、3つに分けていただくというか、どうかなと思うんです。そこで先生方はどちらの肝転移とか細かく考えられるけれども、患者は自分が消化管だったら、肝転移という項目があれば、それはきっと自分の肝転移だというふうに解釈すると思うんです。なので、そういうふうに分けていただいたほうが分かりやすいのかなとちょっと思ったんですけれども。

青木 はい、ありがとうございます。情報は、例えばいろんなことが書いてあったほうがいいか、もうかなり絞られたというか、NENに特化した情報のほうが十分なのかということに関しては、いかがでしょう。

原 私は、NENに特化した情報をいただいたほうがいいと思うんです。ここまでの情報を見に来る人というのはかなり勉強されている方で、全く知らない方はまず、この2階建ての部分までたどり着けないし、例えばもう局所にとどまっている方、経過観察でずっときている私のような人間だと、ここまで詳しく書いていただいても、あまり……というところもあるので、ここへ来る方はそもそもいろんな論文を読んだりしてかなり詳しいので、書いていただいたほうがありがたいと思います。

青木 はい、ありがとうございます。となると、手術全般とかいう項目はむしろ省いて、もうNENの治療実績に特化した記載をするということと、肝転移はちょっとまた別扱いのほうが分かりやすいよということですかね。

原 はい、そうです。

青木 ほか、御意見ありますか。今日まだ御発言いただいていない先生、御意見いただくと……。内視鏡の堀田先生はどうでしょう。もうNENのだけでいいですか。

堀田 聞こえますか。

青木 はい、お願いします。

堀田 僕もNENだけでいいかなとは思っているのですが、ちなみに一応その前提として、どのぐらいの年数調べるといふか、記載するということに……

青木 そうですね、そこもちょっと検討しなきゃいけないんです。過去何年分の実績を登録していただくかというのもちょっと考えなきゃいけないんですけれども。

堀田 例えぼうちの場合、NEN以外も全てとなると、カウントするだけでも相当大変な作業になるので、データベースがない部分になると結構大きな仕事になってしまうというか……。

青木 そうですね、分かりました。

堀田 特に膵臓・肝臓になるともう頼まなきゃいけないので、私が自分で調べるといふよりも、もうその担当の先生に頼んでつてなりますと、年数が多かたりすると結構大変だと思つていたのですが。

青木 はい。これは、消化管を上・下、分ける必要はないですか。それぞれ担当の先生が違つますよね、やっぱり。

堀田 それは、分けてもそんなに手間は変わらないというか、

青木 変わらないですか。

堀田 はい。

青木 はい。今日は消化管の手術をしている先生はいらしてないですか。東先生、今日は消化管の外科の先生はいらしてないんですね。

東 はい、絹笠先生がいらつしやらないです。

青木 はい、分かりました。じゃ一応消化管は1本建てにして、NENに対する手術件数や内視鏡治療件数、症例数、薬物治療の件数、これは分かりやすいですよ。膵臓も同じように、症例数、薬物療法。この縮小手術は増井先生の発案ですけれども、これは必要ですか。これは内視鏡ということですね。

増井 そうですね、腹腔鏡ということですがけれども、

青木 腹腔鏡治療ということですね。

増井 どうですか、要らないですかね。

青木 縮小手術。腹腔鏡手術。

増井 まあそうです。いわゆる低侵襲手術という。

青木 低侵襲手術ですね。

増井 どうですかね。その情報を必要とする人たちがいるかどうかということによります

が。

青木 まあ、どっちでもいいかなと思ったのですが。それを売りにしている施設も確かにあるかもしれませんね。じゃ残しておきますか、一応。切除件数、うち、低侵襲手術にしますか。要するに腹腔鏡、内視鏡手術ってことですよ。

増井 そうですね。ちなみに数は、自己申告の数なんですか。例えば院内がん登録から拾ってくれるものは入れるとか、そういうのはどうですかね。いわゆる数の真正性というか、オーディットみたいなのがないかとか、どうでしょうか。

東 そうですね、院内がん登録ですと、初回治療ということで新規症例に対する数は数えられます。ただ、再発症例に関するものや、ほかでやってきた、ほかでも治療を開始されてきた……ごめんなさい、自分のところでやったのが再度手術になったとか、2回目の、自家的に内視鏡をしたとか、そういうことは数えられないという感じですね。

青木 まあそこは性善説でいいんじゃないですかね。あんまりもうめちゃくちゃ水増しして申請するところもないとは思いますがね。

東 院内がん登録の件数も見てみて、それよりも3倍ぐらやってるとかになるとちょっとかなという。

青木 じゃどうしますか。その症例数に関しては、院内がん登録の件数からも照会させてもらうとか、そういうことも書きますか？ 一応アラーム的に、実際やるかどうかは別として。まあ確認可能と書いてありますから、自己申告の値をどうしても出してもらうんですけども、やっぱりあんまり大幅に変わることがないようにはしたほうがいいですよ。

東 院内がん登録からの数を併記する、でも構わないですけどね。

青木 併記。そこは東先生に任せますかね、ちょっとどうするか。もう頼みますけれども。

東 そうですか。分かりました。

青木 じゃちょっと下に行ってください、肝臓に関しては、化学療法という項目は要らないですね。これは原発に縛られますから、なしにして、肝転移、NENの症例数は残しますか、取りあえず。切除、TACE。

では、NENに対する組織生検というのが7番にいますけれども、これは膵臓に1つ持っていないといけないですね。膵NENに対する組織生検施行件数で1つ作らなきゃいけないので、この経皮的肝生検というのとEUS-FNAをばらして、EUS-FNAを膵臓のほうに持って行って、経皮的肝生検は肝臓のほうに残すという感じですか。

「NEN以外も含む」は要らないわけですね。9番が二重消しで、この辺「NEN以外

も含む」は全部ないので、NENに対する Local ablation にしないといけないですね、これも全部。Local ablation をやっているところもあるんですかね。やっぱりあるでしょうね。はい。

東 すみません、経皮的肝生検は、NENに対するものだけですか。

青木 NENですね。NEN肝転移に対する経皮的肝生検。池田先生、それでいいですか。こっちに残すと。

池田 はい、いいと思います。青木先生に賛成です。

青木 これで一応進めちゃいますけど、いいですか。

池田 はい、そのほうがいいと思います。

青木 さっきのこのオクトレオスキャンをやった、これは何で残ったんだっけ。オクトレオスキャンはその他ですね。なので、さっきのセカンドオピニオン件数とオクトレオスキャンは……これは要るかな。連携でもいって書いてありましたね、1階構造で。自施設でやっている数を申告する必要はありますか。

東 そうですね、これは古瀬先生が出していただいたものなので……

青木 これは自施設でということ、自施設でやった件数ということですよ。

東 そうですね、件数を出すという、条件じゃなくて、出すということですね。

青木 じゃこれは持っている施設だということですね。オクトレオスキャンをできる施設で、その他として申告してもらおう。

東 はい。

青木 これは要りますかね。

細野 まあ申告として出していただく分には……。例えば核医学の設備はあるけれども、オクトレオスキャンを院内導入していない場合、ここに出すために導入しようという前向きなモチベーションになるので、公開項目みたいに書いていただくのはいいんじゃないかなと思いますけれども。

青木 分かりました。じゃ一応そんな感じで、消化管と膵と、だから消化管の診断治療、膵の診断治療、肝転移の局所治療、その他という感じですが、これが抜けているぞというのは何かありますか。項目としてこれがないとだめだという、抜けているのはありますでしょうか。

東 すみません、転移は肝臓だけでいいんですかね。別にほかに転移することはあまりないですか。ちょっとその辺は私、あまりよく知らないのですが。

青木 これを広げ出すと大変なことになりますけれども。これを骨転移に対するラディエーション等入れ出すとまた大変なことになります。まあでも、肝転移が一番メジャーな社会的な問題だと思いますけどね。知りたいというか、困っている人が多いのは肝転移だと思いますが。

池田 肝転移が7～8割占めているので、いいんじゃないですか。

青木 その他の遠隔転移を全部やり出すと、ちょっと大変なことになるかなと思いますけどね。御意見ありますか。細野先生、ラディエーション件数等入れておいたほうがいいですか。

細野 そうですね。ラディエーションを……うーん……まあ、あってもいいんでしょうけれども、ただ、患者さんにとってその部分がピンとくる部分かどうかですね。まあ必ずしもなくてもいいですかね。

青木 はい、ありがとうございます。

小林 原発が消化管と隣じゃない人が、これを見てどう思うかと。

青木 今回は隣・消化管でまずちょっと……

小林 どうしますか、それはいいですかね。

青木 隣・消化管でちょっと作ってみましょうということなので、その他臓器に関してはもっとメンバーを増やしてまた考えましょうということなので……。それはどうですか、東先生。取りあえず隣・消化管でまず作ろうという方針でしたよね、これまでは。

小林 いいですか。

東 はい、それはそういう感じですが、患者さんたちは大丈夫ですか。

原 すみません、大阪はオクトレオスキャンができる病院とできない病院を行政が割り振りしているのですが、大阪国際がんセンター等は能力がないんじゃないかと、行政の制度でさせてもらえないと、そういう病院があるんです。だから、この件数を書くときに何かちょっとただし書きというか……。

細野 細野でございます。いや、大変恐縮です。実は私は大阪在住ですが、その部分を把握しておりませんで、大変失礼しました。これは行政が、府立の病院の間で役割分担しているということでしょうか。

原 そうです、はい。

細野 そうなんですか。いや、すみませんでした。そういうことがあり得るんですね。なるほど。そういうことが一般的にあり得るのかですね。つまり、それを見られたときに、

患者さんとしてその病院に対して劣っているんじゃないかという先入観を持たれるおそれがあるというようなことをございますかね。

原　そうです、はい。

細野　それはどうしますかね。

青木　すみません、連携も含めて申請させるとグチャグチャになりますね。他施設に頼んで撮ったというのまで含めちゃうと。

東　件数は、連携はやめたほうが良いと思います。

細野　はい、そうですね。つまり、自施設でできるということは、患者さんにとってもメリットがありますよね。わざわざ他の病院に出向いてというのは大変手間がかかることですし、ただ、そういうふうに偏見につながっては困るというのも、分かるのは分かりませんがということですね。

もう1つ、行政の制度、今言われた府立の病院って実はそんなにないんですけど、府立の病院でそこそこ大きな病院は数カ所なんですけど、そういう大きな病院ですと、別にオクトレオスキャンができる・できないというのはあまり実力に関係ないような気がするんですが、原さん、そういう行政が割り振っているような例というのはほかにもあるんでしょうか。

原　いや、私もそこまで詳しく勉強してないんですが、大阪国際がんセンターの松浦総長から、そういう理由でうちはできないんですってお伺いしたので。

細野　逆に言うと、大阪国際医療センターさんはもう非常によくおできになる病院ですね。

原　はい。

細野　ですので、その御施設についてはほとんど何も影響しないと思うんですけども、ほかにそういうことが影響するかどうかですよね。そういう病院があり得るかどうかですね。多分……

東　1階建て部分のところで、もうオクトレオスキャンができるのか、連携も含めてできるのかということは一応聞いてはいるので、ここでオクトレオスキャンの実際に自分のところでやっているものが何件あるのかということを知りたいのか、それとも連携できるということだけを重視してもうこんなものは件数を聞かなくていいとするのか、どちらかだとは思いますが、どちらが、特に患者さんにとって……どう思われますか。それを聞きたいかどうかということです。連携できるという情報さえあればいいという。どうでしょう。

青木 原さん、いかがですか。要するに、どこかに撮りに行ければいいと思うのか、やっぱりその通っている病院にそれができている、その病院で実際できるのか・できないかが情報として欲しいかどうかですよ。

原 行くのは1回でいいじゃないですか。まあオクトレオスキャンだったら2日なんですけれども、私が思うのに、その画像診断、撮るのは機械が撮ってくれるから写るんですけど、その画像を診て、慣れていらっしゃる病院だとちゃんと診断してもらえるかもしれないけれども、時々ニュースで見落としがあったという話も聞くので、撮ってもちゃんと診てもらえるのかなど。そういう意味ではたくさん診ていらっしゃるところへ行くほうが安心なのかなと思ったりもします。

細野 細野でございます。確かにその病院で実際に撮っている場合のほうが、機械の条件を合わせたり、それに沿った読影をしたり判断をしたりということがやりやすいのは、これはもう事実でございますね。

原 なるほど。

細野 なので、その行政の割り振りみたいなことはちょっと何とも私、ピンとこないんですけれども、ただ、そういうことはあると。しかし、まあ御自分の病院で撮っていらっしゃるところのほうがその検査について習熟するというのは、もう当然のことではあると思うんです。なので、自施設の件数というのは出しても悪くはないんじゃないかとは思いますが。

原 はい、分かりました。

青木 手続上はどうですか、東先生。そういうやりたいけどできない施設に対するあれは配慮すべきですか。僕は、情報はあってもいいと思うんですけどね。この検査を受けたいという人はいると思うので、いいと思うんですが。

東 条件になっちゃうと問題だと思いますけれども、件数を公開するというだけだったら、そこは特に問題ないと思います。

青木 ですよ。はい。

あと、ここにまだ映っていませんが、その他に公開する項目として、あれは古瀬先生からでしたっけ、3階建ての専門医の肝胆膵の高度技能医とか、さらに上の技術認定とか、その資格の数を公開したほうがいいんじゃないかというのがありましたね。それはどこかに出せましたっけ。

東 そうですね。そこをちょっと出してみます。少々お待ちください。

青木 先ほどの1階建てに必要な資格、必ず1人は在籍してなきゃいけないというのは2階建てまでの専門医資格だったのですが、それよりさらに上の専門医資格を、このその他の項目で何人在籍しているというのを公開したほうがいいんじゃないかという御意見が来てまして……これですね。肝胆膵高度技能専門医、膵臓指導医、放射線診断専門医、放射線治療専門医、IVR専門医。

まず肝胆膵外科は、増井先生、どうでしょうか。膵臓指導医。

増井 これは基本的に手術の技能だけしか見ていないので、どうですかね。先ほど例えば悪性腫瘍の手術件数を何例かというのも、それは要らないということであれば、もしかしたらあまり要らない情報なのかもしれないなと思いますね。

青木 そうですよ。はい。どうでしょう。僕もあんまり……。これだとNENがどうという話じゃないんですよ。純粋に技術認定なので。膵臓も経験年数と症例数だけですよ。

放射線はどうでしょうか、細野先生。

細野 はい。今の流れと同じで、その病院の機能としては大きな情報だと思いますが、特にNENに特化したものではないですね。

青木 内視鏡の資格とか、ここに該当するものは何かありますか。もしやるとすれば、堀田先生。

堀田 もしもし、大丈夫ですか。

青木 はい。

堀田 一応内視鏡で一番メインの資格は、日本消化器内視鏡学会専門医ですかね。これは一般的に、ある程度内視鏡専門という人はほとんど取得しているはずということです。

青木 ここにあえて書く必要はありますか。

東 先生、これは1階建てではありませんので……

堀田 何名みたいな感じですかね。

青木 そうです、何名ですね。

堀田 それはまあ別に1人いればいいと思うので、要らないかなと思いますが。

東 1階建てで要るかどうかは聞いているということを申し上げたかったのですが、何名というのが要るかどうかはまたエックスなんですね。はい。

青木 だから、もし残すなら、これは施設ごとの申請なので、何人在籍しているという形の申請になるかとは思いますが、あまりNENに特化した話ではないので……

堀田 最初の要件にありましたよね、その1階のところ。

青木 そうですね。

堀田 だから、そこで別に人数までは要らないかなという感じですね。

青木 はい。先ほどからの議論で、あまり消化管全般の業績を申請する必要はないという流れにきていますので、あまりなくてもいいのかなという気はしますが。そうですね、2階建てはNENに関する直接の業績だけを申請するというのに、今日の流れではそうなっていますので、これだとまあ別にNENに関わらず持っている人は持っていますから。ということで、これは今のところ考えないことにしましょうか。

東 じゃ全部これはもうなしと。

青木 今のところ要らないかなという気はするのですが、御意見いかがですか。池田先生、どうですか。要らないでいいですか。

池田 私も要らないと思います。

青木 はい。大分形になってきましたが、これを見て何か、これはちょっとこれが抜けているぞというのがあれば。あるいは、これをもっと削って、もっとシンプルにというのがあれば、ぜひ御意見いただけたらと思いますが。本間先生、何かありますか。

本間 すみません、さっきのNECとNETは……

青木 NECですね。

本間 はい。そこはいかがでしょうか。というのが、消化管の領域では、NECは結構やっていらっしゃるんですが、NETになるとやっていないというところがちらほらセカンドオピニオンでもあって、隣臓の先生だったらそうでもないと思うんですけれども。

青木 その場合は、NETとNECを別記載。

本間 それか、あとはちょっと池田先生にもお伺いしたいのですが、要はNECとNETでちょっと使う薬が違って、NECでもケモをやっていれば何でもいいとするのか、それとも小細胞肺がん準じたプラチナとエトポシド等、そういうところまで規定するのかどうかということかと思っています。

池田 通常やっぱりNECと言われたらプラチナベースになりますよね。

本間 はい。ですが、やっているけれども、胃のNECに対して普通の胃がんの化学療法をやっているのもカウントできちゃうということになるんですね、これだと。それを、要はNENの専門施設としていいかどうかということはどうなんだろうと思っていまして、ちょっと細か過ぎるかもしれないですが。

池田 ちょっと細かい気はするかなという気がしましたが。

本間 そこはもう性善説でいいですか。

池田 はい、いいんじゃないですかね。NECとして信じてやっているんであったら、もうそれはそれでいいんじゃないかなと。

本間 はい。あと、NETとNECを区別するというのはあまり要らないですか。

青木 そこは、消化管の先生は大分気にされると思いますが、膵臓はそこまで気にしないですね。ほとんどNECがないから、NECが少ないからというものもありますけれども、どうなのでしょう。

池田 まあ私は両方やっちゃいますからね。

本間 そうですよ。いや、要は患者さん側からの目線として、NENの治療をやってますと言っているけど、うちはNETはやってないですよというふうになってしまうと、どうかなという気はしています。

青木 それってよくあることですか。NECで、要するにプラチナはやるけど、エベロリムスはやらないというところは、やっぱりありますか。

本間 そうですね。関東のちょっと郊外のところの病院ですと、NECはやってますけどNETはやっていないので、そちらで治療をお願いしますというのは何回か受けています。

青木 ちょっとそこは判断がつかねます。何か消化管、ケモをやっているのは本間先生と池田先生と、奥坂先生もいらしているのかな、今日は。

池田 そしたら、症例数が減るからいいんじゃないですかね。

青木 まとめちゃっていい。

池田 まとめちゃっても、症例数としてのカウントは減るんですよ。

青木 カウントが減る？

池田 症例数が少なくなっているから、その規模は分かるんじゃないかなと。

青木 まあそこまで細かく言い出すとあれですけどね、何となく分かるような情報が提供できればいいような気はしますけどね、どうでしょう。

本間 そんなにこだわるつもりはあまりないので、これでいくということであれば、はい。

青木 じゃ一応NEN全般で申告していただくということできましようか。

東 じゃ区別しないということですね。

青木 まあしなくていいと思いますけどね。

小林 この下の手術もいいですか、大腸と上部、分けなくて。

青木 そうなんですよね。

小林 むしろここは、化学療法よりはやっている先生が全然違うので。集めるときに……

本間 特に食道になってくると大分話が違いますよね。

青木 そうなんですよね。もう食道と胃もやっている先生が違いますからね。

本間 はい。

小林 そうですね。

青木 どうしますか。取りあえず上部・下部、2分類ぐらいしますか？

小林 まあ集めるほうは多分分けたほうが集めやすいですよ。

青木 そうすると、食道と胃とそれ以外。

小林 多いですか。

青木 食道、胃、十二指腸と、それ以外ですかね。

小林 食道、胃、十二指腸……そうですね。

青木 もういいような気がする。医局としては、そうか、でもがんセンターは、食道外科はまた別ですね。

本間 そうですね、十二指腸は肝胆膵外科だったりしますし。

小林 肝胆膵ですか。

青木 上部・下部でいきますか、取りあえず。

小林 上部・下部ぐらいで。

本間 そうですね。

青木 上部・下部にしましょう。食道、胃、十二指腸までは上部にして、小腸以下を下部にして、上部消化管・下部消化管にしましょうか。

小林 はい。

本間 小腸からが下部ですね。

青木 どうしますか。Foregut とか言い出すと、また境目がどこだって話になりますけど。まあいいんじゃないですかね、十二指腸までのほうが。やっぱり日本ではそのほうが一般的じゃないですかね、と思いますが。小腸は確かにどこでやっているか、上の先生がやる可能性ももちろんありますけどね。でも、Foregut、Midgut 等言い出すと、またもう話がややこしいのでやめたほうが良いと思います。

本間 はい。

小林 はい。

青木 じゃ手術はいいですね。臍臓は分ける必要ありません。あとは、内視鏡も上・下分けないと、担当される先生が全然違いますね。こんな感じですか。ほか、項目いかがでしょう。何かありますか。

東先生、こんなところで、大分まとまりつつありますが、どうでしょうか。

東 はい。何年間にしますか。

青木 そうですね、それですね。

東 1年でいいですか。それとも2～3年やりますか。

青木 僕は3年ぐらいかと思ったんですが、1年がいいですか。1年だともう今年なんか大分変な数字が出てきちゃいますよね、多分。3年のトータルぐらいが、あんまり長いと調べるのが大変なので、と思うんですが、堀田先生、どうですか。内視鏡をいっぱいやられているところは、3年は。3年は勘弁ですか。

堀田 僕もまあ3年がいいかなと思います。

青木 はい。3年ぐらいなら。

堀田 1年ごとだとちょっとばらつきが出ちゃうので、3年でいいかなと思います。

青木 はい。ほか、何か御意見ありますか。増井先生、いいですか。

増井 1つは、その症例数のカウント、これは新規症例というか、それが再発してきたときもまた同じ症例、まあ細かいことですが、結構しっかり定義をしておかないと、ある程度みんな入れるとき迷うと思うんですよね。迷わないようにしてあげるのいいかなと思ったんですけれども。例えば切除件数でも、件数なのか、症例数なのか、1回するの、5回するのと同じ人なのか、そこら辺は決めておいたほうがいいかなとは思いました。

青木 でも手術は、基本的には再発で手術したらもう1回数え直しますよね。2回手術したら。

増井 そうですね。

青木 だから、延べ件数ですよ。

増井 延べ件数。

青木 患者数ではなくて、延べ件数ですけど、じゃ薬物療法はレジメン変えたら登録し直しと言われると、それはしないですね。普通1人の患者さんに、ファースト、セカンドと数えますもんね。それはどうしましょう。小林先生、どうしましょう。

小林 まあ手術……

青木 少なくとも薬物療法はレジメン変えるために数え直しませんからね。

小林 そうですね。ただ、内視鏡件数は多発したりして、同じ方で何度もやったりしますもんね。

青木 そうですね。

小林 それは手術に準ずる感じですけども、漠然とこのままじゃだめですか。増井先生、だめですか。

東 ごめんなさい。やっぱり厳密にさせていただきたいです。

小林 厳密ですか。そうですか。

東 はい、すみません。事務局から、これはお願いです。必ず質問が来ますので。

小林 じゃ薬物療法……

青木 薬物療法はやっぱり例数ですよ。

小林 症例数。そうですね。

青木 症例数ですよ。手術は延べですよ。検査の数も延べですよ。1人の患者さんが2回受ければ、やっぱりそれは2回だと思いますが。池田先生、それでいいですか。

池田 いいと思うんですが、膣NENの症例数って、切除して薬物療法に入った場合はどうカウントするんですか。

青木 それはいいんじゃないですか、薬物で1回、手術で1回で。

池田 別々にカウントになるということですよ。

青木 いいんじゃないですか。それはやっぱり普通そう数えますよね。

池田 T A S Eでも、その1番のところの膣NENの症例数のところが……

青木 ですから、その2番足す3番が1番にはならないですよ、やっぱり。1人の患者さんが、要するに薬物も外科もやったら、1回ずつ登録されますよね。それはいいと思うんです。みんなそうしていますよね、普通は。なので、薬物療法のところは症例数で統一して、膣NENに対するは切除件数でいいと思います。検査も件数でいいと思います。それでどうですか、東先生。

東 はい、いいと思います。が、生検の件数というのは……

青木 時期を変えて何回かやることはあるので。

東 それは1件ですか。

青木 2件ですね。タイミングが変われば2件ですね。要するに、また進行したときに取り直すということがありますので。

東 生検の手技にはあまり詳しくないんですけども、1回で何カ所か取りますよね。

青木 それは1回ですね。それは1回ですけど、また病状が変わったとか、再発したとい
うときに組織を取り直すことはあるんですよね。

東 日を変えて別のときにやるという。

青木 そうですね、タイミングが違えば2回ですね。

東 はい。

青木 1つのセッションで何個か取りました、は1回です。

笹野 青木先生、

青木 はい。

笹野 今のところは病理から見ても全く違和感ありません。

青木 ありがとうございます。1回の検査でやったものは1回なので、タイミングが変わ
れば複数回でカウントしてもらって問題ないと思います。

東 あと、生検は非常にここが難しいんですけど、NENだと最終的に診断がついたもの
が件数と。

青木 なるほど、それも難しいですね、確かに。

笹野 いや、疑いでいいと思いますが、いかがでしょうか。

青木 なるほど。

笹野 検体不良というのもあるのですが、ただ、NENを疑ったときに行った組織生検の
回数で、私は十分だと思う。

青木 取って見たらNENでびっくりっていうことも、たまにあったりする。

笹野 逆もありますね、確かに。

青木 取って見たらNENが出ちゃったっていうこともあるんです。

笹野 それも入れていいと思うんですが。

青木 どうしますか。NENと確定診断されたものにしたほうが、分かりやすいは分かり
やすいですね。最終診断がNENだったものというほうが。疑いも入れ出すとちょっとこ
う、結構施設によってカウントの仕方は変わりますけどね。

笹野 ただ、何回か後に初めて組織が出てくるという症例もありますので、そういった場
合はどうするかということですかね。

青木 そうですね。

小林 なかなかカルテ上、ただ疑っているだけだと拾い上げられないんじゃないですか。

病理学的に確定診断が出てないと。

青木 NENに対する組織というよりは、組織を取ってやっぱりNENと確認するんですよ、最終的に。確定診断としてやっているの、どうしますか。むしろもう最終診断がNENだったものを登録してもらったほうが、カウントしやすすくないですかね。

小林 そうですね。拾い上げづらいと思いますし、先ほどの手技が多くやっている・やっていないという話になっちゃうかなと思うので、

青木 そうですね。

小林 まあ確定でいいんじゃないでしょうか。病理学的に、確定した症例でいいんじゃないでしょうか。偶然だったのは、それも含めて。

青木 まあまあ、そうですね。取ったらNENだったも入れてですね。

笹野 MiNEN/MANECは膵臓少ないですけど、消化管なんかの場合、MiNEN/MANECがありますので確定診断は難しいかも知れません。

青木 じゃ「NENと診断された」にしておきましょう。

笹野 そうですね、確定というよりは「診断された」のほうが何となくいいような。

青木 そんなところで、どうでしょうか。ほか、何か御意見……

笹野 「確定」と入れますと、セカンドオピニオンで決まったというような症例も入ってきますので、ここは少しファジーにして、「診断された」のほうがいいと思うんですね。

青木 ありがとうございます。

東 ごめんなさい、セカンドオピニオンでというのはどういうことですか。

青木 例えばどこかでFNAをして、よく分からないので、例えば笹野先生のところにプレパラートを送って、これはNENですよと言って返ってきたということですよ。

笹野 最初はNENじゃないという診断、あるいはその逆もあり得ますので、非常に複雑なので、「診断された」でいいと思うんですけども。

東 自施設で診断された……

笹野 つまり、そこの施設で診断されたということでもいいと思うんですけどね。

東 はい。

青木 これぐらいがいいと思いますが、はい。いいでしょうか。ほかは、項目は取りあえず今日のところは……

東 結局何年ですか、すみません。

青木 3年でみんな一応、

東 全部3年でいいですか。

青木 皆さん、3年で御異議ないでしょうか。いいでしょうか。3年ぐらいなら調べられますか。

東 診断数も3年でいいですね。

青木 はい。じゃ今日はこんなところで、東先生にお返しします。

東 そうですか。はい。

青木 取りあえずこんなものでいいですよ。

東 これで困ることはないかな。分かりました。ちょっとそこで、消化管、膵、肝転移についてということをして2階建て部分で聞くというふうに御意見いただいて、整理がついたんですけれども、施設によっては、自分のところが膵臓は診るけれども、逆か、消化管は診るけれども膵臓は診ない、診られないというところも入っていただいた上で、膵の項目は膵臓を診ないから出さない、そういうものもありと考えていいですか。

青木 トータルで30あれば、今回は登録できますよね。

東 はい。

青木 ですから、膵臓のところはゼロばかりの施設はもちろんあると思います。膵臓に関するところは0、0、0というところはもちろんあっていいと思いますが。

東 その意思確認といいますか、うちは専門施設、まあ消化器のNEN専門施設なんですけれども、膵臓はちょっと専門とは言えないよね、だからゼロが並ぶよりかは、もう膵臓のほうはちょっと違うというふうに標榜したいというところがあったら、それはそういうふうに聞いていいですか。

青木 それはどういうことですか。2階には記入しないということですか。

東 2階の膵臓の部分には記入しないけれども、消化管のほうには記入するという。

青木 でも、ないならゼロでいいと思うんですけどね、実際やらないわけだから。実際実績もない。

東 ゼロの場合はそうかもしれないですが、何か微妙にいたりするんですよ。2や3が並ぶという。

青木 1や2だけど、もう来てほしくないということですか。

東 まあ来たら診るかもしれないけれども、専門施設というふうにこう出すわけじゃないですという施設というのはあるんですね。これはほかの臓器でそういうのがあったので。

リンパ腫は診るけれども、ほかのところは診ないから、それはまあ一応バツをつけておき

たいという。

増井 これは出さないと、それすら分からないですよ。

東 そしたら、丸とバツで、要するに消化管、丸、膵臓、バツというのを、丸・バツとしてもらって、その後で、じゃ丸にするんだったら情報を下さいと。

増井 出さないとという選択肢があるというのが、僕はよく分からないのですが、出さないとという理由は何ですか。それは何か理由があるんですよ。さっき青木先生が言われたみたいに、来てほしくないからということですかね。いや、それは事実として出したほうがいいんじゃないかと僕は思うんですけども。

東 そしたら、出さないのではなくて、まあやる気があるかと。自分はNENの専門施設だから、消化管のNENの専門施設だと思っているけれども、膵臓のNENのほうをやっているとは自分たちが思っていないから、それは丸・バツで、消化管、丸、膵臓、バツというふうに聞いたほうがいいんじゃないかと思ったりもするんですが。

青木 あるいは、何かフリーコメントを入れてもらうか、どちらかですかね。丸・バツ、膵臓にもうバツをつけちゃうということですね。もし肝転移が来てほしくなければ、肝転移にもバツをつけちゃうということですね。

増井 でも本来は、多分それって情報を出して判断をするのは患者さんというわけじゃないんですか。

青木 見た人が決めることですよ、ほんとは。見た人が判断すればいいことだと、私も思う。

増井 何かまあ、それはこの会のスタンスで決めていただいたらいいとは思いますが。

東 数字を見たら判断ができるぐらいの明確なものだったらいいんですけども、微妙な数字が並ぶという、それを危惧しています。数字だけだと、その病院の意思は分からないから。

増井 まあでも、多分ほかの病院と比較したりするわけですよ。

東 はい。

増井 そこまでしてあげる必要はあるのかなという、それは御自分がいろいろ見て判断されるのがいいのかなと思うんですが、どうなんですかね。それを出さないと、それこそ分からなくなっちゃいますよね。多分やっていないから出さないんだろうと判断されるのは思いますが。

東 それはもう、やってないというのは、やりませんというふうに言ってもらわねえ

が。いや、やりませんというところはもう入れないという、要するにこう全部情報を出してもらえるところじゃないと、ここには入らないと。そういうスタンスになるかどうかということですよ。

増井 まあそうですね。そもそも何のためにこれをしているかということを考えて判断されたらいいと思うのです。だから、そこら辺は私たちが決めるというよりは、患者団体の方がどういうふうにかえるかということも大事なのかもしれません。

青木 この臓器のNE Nは診る・診ないというのを、丸・バツつけちゃうのはどうなんですかね。むしろフリーコメントで何かアピールしてもらったらいいかもしれないですけどね。

東 患者さんたちはいかがお考えですか。それはもう、フリーコメントで何か入れてもらったならそれで……。

青木 いかがですか。消化管に力を入れてやっていると書けば、臍の人は行かないですよ。そういう書き方をしてくれれば。丸・バツつけちゃって、臍臓にバツがついているからもうやめたほうがいいよというの、ちょっとどうですかね。

原 すみません。この臓器は患者さんから相談が来たときに、ああ、ここの病院がいいですよと、近くなればここが専門の先生いらっしゃいますよと紹介するときに、分からないとか、初めからそういう情報があって、消化管の人はあまり来てほしくないんだということが分かれば、ああ、そうじゃなくて、そこはあまり消化管専門じゃないのでこちらの病院のほうがいいじゃないですかというふうに見えるし、あと、さっきのNE CとNE Tの話なんですけれども、関東のほうにNE Tを扱わない病院があるというのを私は初めて聞いて、そういう情報は欲しいし、NE Cの方のほうが相談はすごく真剣に、やっぱりスピードが速いので、どうしよう、NE Cを診てもらえるところはどこですかという相談がよく来るんです。

だから、件数というより、NE Cをここの病院に御案内して診てもらえるのかどうか、ほかの消化管でも臍臓でも、診てもらえない病院を御案内してもちょっと申しわけないので、そういうふうに分かりやすいとか、件数というより、もうやらないならやらないと言ってもらったほうがわかりやすいんですけど。

青木 これはまた根本的なお話が来ましたが、どうしますかね。

じゃ東先生が言うように、例えば消化管の最初の項目のところに、自施設の診療体制ということにして、消化管NE T、丸、消化管NE C、バツ、臍NE T、丸、臍NE C、バ

ツと。肝転移はちょっと、どうですか。NETの肝転移のほうが多いです。NECの肝転移はNECと一緒にだよね。化学療法しかないから、局所療法の対象にならないから、これはほとんどの場合NETの肝転移なんですけど、そういう丸・バツでまず仕分けちゃったほうがいいですか、原さん。そしたら、もう消化管NET、丸、消化管NEC、丸だったら紹介できますよね、確かに。

原 私の知識レベルでは、そのほうが分かりやすいです。

青木 その後、もし数が入っていれば、数も見ますよということですよ。

原 はい。

東 多分私がバツと言ったからすごく強く聞こえたかもしれませんが、丸だけつけると。それでバツはつけなくて、ついてなかったら、ここはまあそこは積極的じゃないのねっていうふうに考えていただいて、情報公開は……

青木 今の話だとそれでいいですし、NETとNECを分けたほうがいいというお話が今出ましたので、最初に区別しませんと言っていたんですが、NET・NECを最初に丸を入れてもらうようにして、その後、まあ数はトータルの数だけ入れてもらうと。そこでもう、そこしか見なくて数字は見ませんよという人ももちろんいるでしょうから、丸がついていけば行くよというところもあるでしょうから、それぐらいで、NETかNECか全部区別して調べるのも大変でしょうから、じゃそうしますか。

最初に、自施設では以下の疾患に対する診療が提供できます、消化管NET、消化管NEC、丸をつけてもらって、その後、実際の実績はかくかくしかじか。小林先生、何かありますか。

小林 いや、これは誰がバツって書けるんですかねという……。例えばいろんな科の先生がいる中で、バツって病院長がつけるんですかね。もしかしたら医局の中でできないって言っても、俺はできるって言う先生がいるかもしれません。そういうレベルになってきちゃうので、ちょっと丸・バツを正直つけるのは、病院側として問題があるのではと思います。青木 そうすると、フリーコメントで、自分たち自施設のアピールポイントをお願いしますという形にして、

小林 そうですよ。

青木 特に消化管をやっていますとか、NECの診療実績が多いですとか書いてもらうほうが、まあ軟らかいですよ。表現としてはマイルドではあります。ソフトではありますよね。

小林 情報提供という観点からいうと、やっぱりそういう形で診られませんというのはちょっと……。

青木 そういう判断を避けるために、わざと数字だけ提供して終わりにしようかと思っていたんですけど、最初はね。

細野 今回、消化管・膣ですけども、近い将来肺や婦人科領域というものも載ってくる可能性もありまして、そうするとやはりその病院でされている範囲というのがある程度一目瞭然と分かったほうが、患者さんにはプラスなのも確かかとは思っています。ですから、この1階建て部分の病院が並んでいる中で、患者さんが選ぶためにある程度はっきり重点項目プラスの情報として分かったほうが、これにバツをつけるのはちょっとおかしいと思いますが、いい意味に円滑に患者さんに運んでいただくための見せ方というか、結局これは恐らく最終的にどんなディスプレイの方法になるかというところにかかってきて、そこで印象ががらっと変わるわけですよ。だから、何か最終的に患者さんに穏当に分かっていただけるという見せ方をどうするかにかかっているような気がするんですけども、いかがでしょうか。

青木 やっぱり丸とかバツとか、まあ比較的用い見れば分かるという。

細野 見れば分かる。まあバツはなくていいでしょうけど。丸、二重丸とか。

東 バツは撤回します。

細野 はい。

若尾 すみません、今ちょっと話題になっているので、現状こんなになっているというのをお見せすると、これはがん腫瘍で、先ほどちょっと話があったんですけども、診療科が単一なのでまあ病院内で作りやすいというところもあるかもしれないのですが、ある病院だったら、網膜芽細胞腫をやっているけど、ぶどう膜や眼内リンパはやっていませんというのを出していたり、あるいはほかの病院だと、一応治療の可否はしているけど、実際の治療内容はこうですと、やっぱり宣言してもらおうと患者さんにとって分かりやすいことは確かだと思います。

各施設で診断やります・やりません、治療やります・やりませんというのを宣言していただいているのは、こういう過去のページです。やっぱり施設によって、0件だけ来たらやりますよというような宣言もあったり、こういう形で……。ただ、先生がおっしゃったように、複数の診療科が関わってくるとなかなかこの判断は難しいのですが、単一だとこんな形もできるという例としてお示しました。

青木 はい。まあ確かにこういう何掛け何の表があって、網膜芽のところは消化管NETや消化管NECになっていて、診断治療の表があって、そこから下はさっきの項目をずらずらでもいいとは思いますが、最初にこういう3掛け3、4掛け3というような表をつけるというのは確かに1つの手だと思いますけれども。要するに丸をつけないというのは、バツじゃなくて丸をつけないってことですよね。

若尾 そうです。

青木 そのほうがいいのかもしいですね。

若尾 バツというといろいろありますので。

青木 それを1つ入れるなら、消化管のNET、消化管のNEC、膵のNET、膵のNEC、あと、まあNECの肝転移というのはNECの化学療法とあまり変わらないので、NET肝転移でいいのかもしれませんがね。そうすると、5掛ける、診断と治療ができます・できませんというところで、まずそこを見て、丸がついてないところは恐らく見ないでしょうね。

じゃそうしますか。そのほうが確かに分かりやすい。まずそこから入っていくと。それで実際に数字に行くということですが。ちょっと数字に関しては項目が多いので、その全部の表に入れるわけにいかないんで、ちょっとまた、下を見てくださいますにせざるを得ないかなとは思いますが。

増井 すみません、東先生が言われていたみたいに、うちはこの治療をするつもりはありませんというところはもう数字も出さないようにしたりという形で進める感じと言うことですね。

青木 でも、最初に丸をつけてなければ、多分そこから下には行かないんですけども、でも数字はやっぱり出してもらったほうがいいと思うんですけどね。あまり隠さないほうが。

増井 まあ本来はそうだと思うんですけども、たくさんの施設に入ってもらおうということで、いや、うちはまだ面倒くさいから出たくない、そういうのもあるかもしれません。木 それは分かりません、私は。

増井 ハードルの高さも関係するのかもしれませんが

青木 私は、入れたいところだけ入れるというのはちょっとどうかなという気はしますが。

増井 僕もそれはそう思います。何かフェアではないような気がします。

青木 自分の入れたいところだけ入れて、後は入れないというのはちょっとどうかなと思

うので、ここに丸をつけなければもうやりたくないだっことは分かります。できませんというか、あんまり来てもらっても困るというのは分かると思いますけど、その後は一応もう正直に出してもらおうということだとは思いますがね。

増井 そうですね。

若尾 例えば今実例としてあったのですが、ここは丸がついてないんですけど一応件数は入っているというのも……

増井 そうですね、結構入れておられますものね。

若尾 まあ1から3なので非常にわずかなんですが、だから丸がなくてもあるというところは今までは出したりしていますね。

青木 それは実際来てしまえばそういうことはあり得ますけれども、専門医がいないとか、そういうことは当然あることなので、丸はつかないということはあるよね。

さあ、どうでしょうか。東先生、どうですか。じゃその表を入れますか、冒頭に。

東 はい。表は多分あったほうが分かりやすいんだと思います。専門だと思ふところを、丸をつけていただくということで。

青木 最初、この班を始めたとき、私はああいう Excel みたいなので、こう得意なところに丸をつけてもらうスタイルを先に考えていただいたので、それプラスになるという気がします。

東 数字は全部出してもらおうというのも1つの……

青木 私は出したほうがいいと思いますが、それは皆さんの御意見に。出したいところだけ出すのはやっぱりちょっとフェアではないような気がします。だから、診たくないところの患者さんが、得意でない領域の患者さんが実際来たのはもう出してもらおうとか、臍臓じゃないけれども実際はまあ少しは診ていますというのは、出してもらったほうがいいのかという気はしますけどね。

それはいかがですか。数が少なければ、そこまで手間にはならない。まあほんとに面倒くさければ、その人たちはゼロで入れてくるかもしれませんが。そんなところですが、追加御意見ございますか。いいですか。

東 1点だけ、すみません。先ほど診断と治療は、眼の腫瘍のときには分けていたのですが、それは眼の腫瘍で治療できるところなんてほんとに少ないだろうから、診断だけでもということで入れた面があります。これは、NENでも同じように診断と治療を分けて丸とかしたほうがいいですか。それとも、それはもう治療の施設がこれだけあるから……

青木 私は全部、診断と治療は同じ施設でやっているところのほうが多いような気がするんですが、であれば、もう横にこう……

東 はい、一緒に、これが専門施設というふうにすればいいですね。

青木 それはもう皆さんの御意見でいいと思います。小林先生、どうですか。いいですか。もう診断と治療は分けなくていいと思うんですけどね。

小林 そうですね、特に消化管に関しては、ただ生検するだけですので、いいと思いますが、はい。

青木 そうですよ。

東 はい、ありがとうございます。

青木 じゃこんなところで、お返しします。

東 はい、すみません、ありがとうございます。ちょうど7時になってしまったんですけども、活発な議論をいただいたので、これを基に次、一旦まとめて皆様にこれでいいかという確認をしていただきます。その次にはもう募集の準備に入ることになると思います。厚労省とも相談しながら、このところは進めなければいけないという面はあると思いますが、また逐次御報告をさせていただきます。

先ほど厚労省からは片岡補佐が入っていただいたと思うんですが、片岡さん、何か一言あればお願いしたいですけれども、いかがでしょう。

片岡 すみません、冒頭間に合わず、申しわけございませんでした。非常に細かいところまで、隅々まで議論いただいていたと思いますので、また東先生と相談しながら詰めていきたいと思います。はい、ありがとうございました。

東 はい、ありがとうございます。そうしましたら、また後日そのまとめをお送りさせていただくということで、今日はこれでお開きとさせていただきます。ほんとに活発な議論をいただきまして、ありがとうございます。また今後ともどうぞよろしく願います。お疲れさまでした。

青木 失礼します。

(了)