

8. 14N E N 検討会（希少がん対策ワーキンググループ第3回神経内分泌腫瘍分科会）

東 今日にはネット会議初ということで、どうぞよろしく申し上げます。

そうしましたら、最初に分科会長の青木先生から一言頂いて、その次に少し厚生労働省の片岡さんにも一言頂いた上で議論に入りたいと考えておりますので、まず青木先生、一言お願いしてよろしいでしょうか。

青木 はい。皆様、お盆休みの時期にお集まりいただき、ありがとうございます。昨今の事情に鑑みて今回はウェブ開催ということで、この前からメールでいろいろ話し合っていたいただいて、患者さんから分かりやすい施設の条件を設定するということに今日は力をおいてやりたいと思います。なるべく短い時間で終わらせられればと思いますので、よろしく願いいたします。

東 ありがとうございます。続きまして、厚生労働省から片岡さんに来ていただいておりますので、一言申し上げます。

片岡 はい。厚生労働省、健康局がん・疾病対策課の片岡と申します。今年から希少がん対策の担当をさせていただきますので、どうぞよろしく申し上げます。私もあまり去年は関わっていなかった範囲ですので、一緒に勉強させていただけたらなと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

東 はい、よろしく願いいたします。どうもありがとうございます。

あと、すみません、申し遅れましたが、配付資料1から6と申し上げましたけれども、お送りした zip ファイルの中に Excel ファイルも入っております。この Excel ファイルは、中に3つタブが入っておりまして、そちらのほう、それぞれの施設別の症例数を3年分でまとめたものが入っています。都道府県の分布等気になるというお話も前に頂いていましたので、都道府県別の区分というのが入れてあります。病院名は少し差し支えがあるかもしれないというところで削除をしております。そういった資料も入っておりますので、適宜御参照いただければと思います。

そうしましたら、早速御検討に入っていただきたいと存じますが、青木先生、お願いしてよろしいでしょうか。

青木 はい。では、ちょっと間が空きましたので、ちょっと復習というか、どういう話を今日しなきゃいけないかということをお話ししますと、一応この分科会のテーマというのは最初は3つあったわけですね。医療側の診療の均てんや向上ということが1つ、世界に

発信していく、あるいは創薬をしていくということが2つ、それから患者さんからアクセスしやすいような情報発信をしていくということです。

その3点のうちで一番取っかかりやすいのが、最後に申し上げた患者さんからアクセスしやすい情報発信。これに関しては、前例として四肢軟部腫瘍における施設条件、がん腫瘍における施設条件というのが先行してありましたので、これを少し参考にさせていただきながら、NETに関して同じようなアプローチでできないかというところになっていくかと思えます。

3月ごろからですかね、具体的にどういうものが必要であるかということに関してはメール会議のような形で御意見を頂いたものがありまして、それが5番、6番の資料になっているのではないかと思います。

今日はその中で、先日東先生とも少し打合せをして、こういった形がいいんじゃないかというものに関して少し提示をさせていただきますから、その具体的な内容についてもうある程度今日で詰めてしまいたいと思いますので、その辺を御検討いただければと思います。

資料5番、6番等を書いてありますけれども、やはりNETの専門性のある程度、専門施設としての専門性を維持しつつ、国内で何十施設かの認定施設というものを指定すると。それから、この前の話ですと、やっぱり患者さんは多分、例えば膵臓のNETと診断されたとか、そういう形でこの情報を見ることになると思いますので、治療方針がまだ決まっていない状況で診断された患者さんがやってくると考えて、どういう情報があるとどこに行ったらいいかというアプローチがしやすいかという観点から情報発信をしていくのがいいのではないかと考えているかと思えます。

この前のアンケートと申しますか、皆さんから御意見いただいたときは、全施設共通の項目について何項目か、全部で10項目ぐらいですかね、ということでざっと決めていただいて、それに対する意見を頂いたんですけども、東先生、これはいいですかね、2階の話をしてしまって。

東 はい、もちろんです。

青木 この前の事前の打合せでは、まず基盤として全施設共通の項目を幾つか設けると。その上に2階建てとして、私たちが考えたのは膵臓のNET・NECと消化管のNET・NECに関して実際にこういうことをやっているというのを、標榜なり、アピールする場所を作るという、1・2階建ての項目枠にするのがいいのではないかと考えたということ

なんですね。

ですので、1階に含まれるのがん、あるいは希少がんの診療施設としての基本的な、基盤的な、それは画像診断、病理診断ですね、それから院内の、その病院の今までのNET診療に関するアクティビティーに関する項目が含まれるということです。2階に関しては、それぞれのジャンル、原発臓器別に見た場合の診療実績、それは内視鏡的な診断治療だったり、膵切除の手術であったり、実際具体的な治療内容に関してこういう実績があるというのを出すところになると。そういうことでどうかというふうなことで、今日は話を進めてみたいと思っておりました。

まず、ちょっとそこまでのところに関して御意見を頂ければと思います。自由発言でお願いいたします。

こちらから御指名したほうがいいですかね。この前少し全体の施設に共通条件の御意見を頂く委員として、笹野先生、古瀬先生、細野先生にちょっと御指名でお願いしていた経緯もあるかと思しますので、まず、この御三方の先生方に御意見いただければと思います。笹野先生、いかがでしょう。

笹野 先生のおっしゃったように、まず重要なことだと思いますのが、膵臓と消化管から入るということによろしいですか。

青木 1階は全施設共通項目の認定資格というか、共通の資格を設定すると。その上に臓器別の項目をそれぞれ設けて、膵臓のNETと診断されたらここに行けばいい、消化管と診断されたらここに行けばいいというような構造にしたらどうかということなんです。

笹野 少なくとも該当する施設を大体決めるときに、具体的な印象というのがあったほうがいいと思うんですね。そうしたときにNETで最初に膵臓と消化管のNET患者さんをしっかり紹介されて良いと言うところから始めてよろしいのではないのかと思われませんが如何でしょうか？ このようにNET患者をしっかり紹介を受けられる施設から始めていったほうが、私は最初の段階としてはいいんじゃないかなと思いました。それから後から加えていくということで。とで。

一般的に呼吸器が非常に強いところは必ずしも消化器が強いということではないと思います。このよこのような状況を考慮しますと最初から色々と手を広げますと色々と問題が生じてくると思いますので、最初からいろいろやりますと混乱あると思いますのでまず施設を膵臓と消化器というふうにしましたほうが議論がよりスムーズに進むんじゃないかなと感じましたがいかがでしょうか？

青木 その点に関しましては、今回は消化管と膵臓だけでたたき台を作って、呼吸器に関する基準を入れる予定はなくて、取りあえず消化管と膵臓でやってみましょうということなんですけれども、やはり膵臓から入っても消化管から入っても、診断や症例経験数、あるいは論文の学会活動等、そういうものは共通になってくると思うので、

笹野 そうですね、はい。

青木 そのこのところをまず、その共通と思われるところを1階にして、その後、2階は取りあえず今回は消化管に関するのと膵臓に関するのとだけの2本立てということで考えていたんですけれども。

笹野 私も、それですと非常に議論がまとまって、決められた期間の中にある程度の結果が出せるんじゃないかと思います。それで、個々の点は先生方のアンケートにまとめられたとおりです。ただ、1つだけ気になるのが、例えば放射線や病理等少人数の部局を入れる条件を原則的に必ず入れるとかあるいは含みを持たせるかというところは議論をなされたほうがよろしいんじゃないかなと個人的には思います。

青木 先生は、例えば病理専門医というのは必須ではない。

笹野 いや、病理専門医の常勤は間違いなく必須条件と思いますが、絶えずと言うか恒常的に常勤の病理専門医が絶対に必要な条件とするのはどうかなと思いました

青木 常勤医が、ですか。

笹野 繰り返しになりますが常勤の病理専門医は施設認定に絶対必要な条件ですけれども、NETの病理診断のコンサルトシステムができるということを条件に入れてで患者さんの安心度を考えると、一時期常勤じゃない期間があっても即施設認定の維持に問題があると言う事態は回避したいかなとも思われます。。病理診断科はどうしても人数が少ないです。多分放射線治療等も同じだと思うんですが、何か表現を工夫、つまり臨床が非常に優れているようなところは仮に一時期病理の常勤がいなくなっても、常勤病理専門医の赴任の予定が立てば十分いいんじゃないかなと個人的には思います。特に地方の場合は病理専門医の不足の傾向が非常に強いので、ここら辺はちょっと検討すべきところかなと思います。

青木 はい、ありがとうございます。では、続いて古瀬先生、御意見をお願いします。

古瀬 はい、ありがとうございます。メールでもいろいろある程度やり取りをさせていただいて、基本的な考え方は賛成です。

今、笹野先生がおっしゃっていらしたことで、消化管と膵臓をまず優先させて、そこで

確定してというのは、前もそんな議論があったと思いますので、私もそのほうがいいかなと思います。

それから、共通の項目ですか、要件に関しては、厳しくして最初少ない専門性の高い施設から始めて広めていくか、ある程度都道府県を患者さんがアクセスしやすいように、少し緩めに設定して始めるか最初の方針の考え方だと思います。前回の案を見ると、専門医が2名常勤など、厳し過ぎる条件があり、条件を満たす県もかなり出てしまうように思います。今笹野先生がおっしゃったとおり私も賛成で、少しは含みを持たせて、原則とする規定がよいと思います。

青木 ありがとうございます。後で出てくるExcelの資料を見ると、ここ3年間の症例数で何例で縛るとどれぐらいの施設が選ばれるだろうという試算は出していただいていますので、それはちょっと後で検討したいと思います。

あと、診療科を有しているということと、専門医をどのぐらいまで必要とするかということも今日の1つ大事なテーマでありますので、そこに関しては御意見いただければと思います。

では、細野先生もよろしくお願いします。

細野 はい、ありがとうございます。細野でございます。今、笹野先生、古瀬先生がおっしゃったとおりでございますし、また既にメールでもかなり御意見のやり取りがございましたので、今回示された大筋はもうそのとおりだと思います。

あと、専門医の要件につきまして、先ほど笹野先生もおっしゃいましたが、例えば放射線について、放射線診断、放射線治療の専門医が常勤で必ずしもいるかということ、特に放射線治療というのは地方のかなり大きな病院でも常勤ではなくて非常勤の方が週1~2回行っていらっしゃるということも多いので、その辺は今御意見あったとおり、少しフレキシブルに対応ということでもよいのではないかと思います。

それから、1階建て・2階建てももう既に議論もかなりされておられましたので、そのとおりで非常に妥当だとは思いますが、1つだけ思ったのは、膵・消化管以外のNETの患者さんで、やっぱりこういう制度を待ち望んでいらっしゃる方も多いと思いますので、そういう方々に対する配慮といえますか、NETの中でもさらに希少なNETの方に対して早くアクセスのすべを御提供するというような、何かそういう配慮も早めにあってもよいのかなとは思った次第でございます。以上でございます。

青木 はい、ありがとうございます。具体的にはやっぱり呼吸器ですかね、問題になるのは。

細野 はい、呼吸器が筆頭に上がってくると思いますし、実はそれ以外にも、例えば子宮や卵巣等、もういろんなところに出るもので、それこそそういう方々のほうがエビデンスが少なくて非常にお困りであると。もうほんとに限られた御施設じゃないと情報がないなんてこともございますので、何かそういう助け船みたいなもの、ネットワークを作っていくということも何かあっていいんじゃないかと。メジャーなNET以外のものに対して、何かちょっとネットワークを張れるようなものが配慮としてあってもいいのかなとは思いました。

青木 はい、ありがとうございます。それはやはり消化管・膵でやってみて、似たようなアプローチで広げていくというのが現実的かとは思いますが、先生も取りあえずまあそういった感じで考えですか。

細野 大枠はそうだと思うんですけども、早くに何かを望んでいらっしゃる方に対してはどうしたものですかね。膵・消化管、その他カテゴリーみたいなものが暫定的にあっているのかどうかですね、その辺りが議論になってもいいのかなと。メジャーなNETのみで最初走るというのも非常に見識の高いお考えだと思いますし、その他についても何か当初からネットワークを構築する必要があるかどうかだと思うんですけども。

青木 はい。古瀬先生、いかがですか。この2階建てをもうフル装備で何とか最初から…

…

古瀬 そうですね、はじめから広い範囲を対象にネットワークを作るのは大変なのではと思います。やはりまずは消化器から開始して、並行して他の臓器も進めていただくように事務局で準備していただくのがよいと思います。

青木 はい、ありがとうございます。今のところ委員の方に呼吸器の先生お一人入られているだけですね。産婦人科領域なし、泌尿器領域なしという状況だと思いますので、そこはまあちょっと東先生の御要望になるかとは思いますが、ちょっとメンバーを増やすことも考えなきゃいけないかなというふうには考えております。

そのほかの先生で御発言ある先生、いらっしゃいませんか。

東 すみません、事務局ですが、ちょっとだけよろしいでしょうか。

青木 はい。

東 2点だけです。ほかの臓器をとという問題提起を頂きましたけれども、確かにおっしゃ

るとおりだと思いますので、こちらとしても症例数を探索するとか、専門家の所在を確認するとかして、まずは消化器、消化管と隣臓でしょうけれども、できるだけ速やかに次に移れるように、古瀬先生がおっしゃるように、同時に次に移れるような準備を進めるといふ形はしたいと思います。

もう1点ですけれども、すみません、先ほどちょっとだけ常勤か非常勤かというお話がありました。それはもう先生方の御判断でということでもいいとは思いますが、一応御参考までに申し上げますと、がん診療連携拠点病院の要件としてある設定というのは、病理医と放射線治療医、放射線診断医もだったと思いますが、全て常勤を要件というふうにはしております。

この部分をどう捉えるかということとはまたちょっと片岡さんにもお伺いしなくちゃいけないところはあるんですけれども、一時的に少しの間だけいなくなったというようなことがあれば、それはそんなに、もちろん規則上は返上しなきゃいけないとかいうことはあるかもしれませんが、ものすごく目くじらを立てて追っかけていっているというわけではないとは思いますが、現実ですね、こちらとしてもそんなに1人が非常勤になったからもうすぐ取り消しなんていうこと、情報を集めることもできませんので、恐らくその原則論をどうするかというところを決めていただいて、そこはまあ原則というところから非常勤でもいいというふうにするのか、常勤というふうに原則にしておいて、多少いなくなってもそこら辺は過渡期でいいですねという感じで運用するのかと。ちょっと原則のほうを決めていただければと、事務局では考えております。以上です。

青木 はい、ありがとうございます。やっぱり原則的に、どうですかね、診断医がいる、あるいは先ほど笹野先生が言われたように、病理に関しては他院にコンサルトをしてもいいから診断がつけられるというくらいでいいのかなと私は思いますけれども。ほかに御意見ございましたらお願いします。

笹野 青木先生、病理の立場からいきますと、がん拠点でもやはり文面が常勤と書いていましたので、我々のほうで急遽病理専門医を充てたということもありました。やはり少しフレキシブルにさせていただいて、ただ、やはり常勤のめどが立つとか、一時的というところをうまく文章にさせていただいて、その先生がいなくなったらちょっともうだめですよというニュアンスはできれば避けていただくといいかなと思いました。ですから文章として、これは多分東先生のほうでうまく何か考えていただけると助かります。青木 じゃ常勤が望ましいとか、原則として常勤とか、そんな感じですかね。それぐらいで

あれば何とか例外も認められますでしょうかね。

笹野 はい、そうお願いできればと思います。

青木 はい。ほか、よろしいですか。厚生労働省の方は、いかがでしょう。

片岡 すみません、片岡です。お聞きしていて、まあがん拠点は指定されると診療報酬や補助金等にも関係してくるのでかなり厳しめといえは厳しめの、常勤とか専従とか、そういったカチツとした要件も決められていて、なかなか地方で認めにくいところは原則としてというような、ちょっとこう読めるような、曖昧にできるような文言が多少入っているところもございます。ただ、今回この情報公開の施設を決めるに当たって、ある程度確保しにくいようなところは甘く読めるようなという考えで作っていただくのはもちろんいいのかなとは思いますが、まあ判断する先生方が迷わないようにしていただいたほうがいいのかなと思います。

青木 はい、ありがとうございました。では、あまりガチガチはいかないけれども、原則は設けるという形にしたいと思います。

東先生、6番の資料の改定案に基づいて必須項目をもう今日はある程度決めていくということでもいいですかね。

東 はい、そうしていただけるとありがたいです。

青木 これは画像共通で、この6番の資料を映すことはできますか。

東 はい、反映いたします。少々お待ちください。

青木 ちょっとその前に、1階建て・2階建てにまだ何か、1階で十分だとか、そういう御意見はいかがでしょう。その辺が特段御意見なければ、膣と消化管の2階を作るということと、それ以外の全施設共通項目を1階部分に含めると、そんな形で作ってみてはどうかというこちらからの御提案ということになるんですけども、その点に関して御意見あれば。なければそれで進めていきたいと思いますが、いかがでしょう。

指名して申しわけありません。池田先生、それでいいですか。

池田 はい、大丈夫です。問題ありません。

青木 患者会の方々、膣と消化管、臓器から入ったほうがやっぱり患者さんはアプローチしやすいのかなと。この前、つまり自分はどんな治療の対象になるのかということが分からなくても行けるというのは、自分は例えば膵臓のNETだと診断されたところでその情報を見に行っても大丈夫ということなんですけれども、原さんはいかがでしょう。……御意見いただければと思いますが。

原 消化管と臓器からいくといいと思うんですけども、先日、乳腺のNECの方から相談があって、ですから早急にほかの臓器も決めていただきたいなと思います。

青木 はい、ありがとうございます。松山さんも御意見いただければと思います。

松山 はい。そうですね、先生方が考えられている線でまず始めるということがとっても患者にとってメリットがあるかなと思っております。

青木 はい、ありがとうございます。

では、その今映っている改定必須項目のそれぞれについて少しずつ議論していきたいと思えます。1番が院内がん登録、2番がNENの専門施設としてウェブ上への情報公開へ同意が得られる。この辺はまあいいかなと思えます。

3番以降、それが放射線診断、病理診断、診療科、診療実績というところになっていきますけれども、まず放射線診断に関して、造影CT・造影MRI、オクトレオスキャン、PETというところが実施できると。まあオクトレオスキャン・PETに関しては他院との連携も可ということで、画像診断がある程度自前でできますよというところなんですけど、特に問題のないところかなと思えますが、その辺に関しては特段御意見なしでよろしいですか。このままでいいでしょうか。

細野先生、これでいいでしょうか。

細野 はい、細野です。はい、お示しのとおりでよろしいかと思えます。

青木 これ以上厳しくする必要もないですし、緩める必要もないですね。

細野 この書きぶりで非常に妥当だと思います。

青木 はい、ありがとうございます。

診療科に関して、病理診断科・病理部（NENの細胞・病理組織・分子診断を担当する診療科）、放射線科（NENの放射線治療を担当する診療科）、内科（NENの内科的治療を担当する診療科）、外科があるということなんですけど、さっき言いましたように、各臓器のことは2階に書くとして、病理、放射線、内科、外科の医者がちゃんといるというところは共通項目でいいのかなと思えますが、NENの放射線科は、放射線診断・治療ですかね。治療はどうしましょう。

細野 はい、細野です。専門医制度につきまして言いますと、放射線科はいわゆる1階建てに放射線科専門医がありまして、2階建て部分が、実はこれはまだ正式発足ではないんですね、専門医機構で。一応放射線診断専門医と放射線治療専門医とがございますが、そういう専門医制度と一対一対応させるのか、それともちょっとフレキシブルにお書きい

ただくのかということもございますね。 はっきりもう放射線診断専門医・放射線治療専門医と書くのか、まあ今ここにお書きいただいている放射線診断医・放射線治療医ということで、1階建て部分の専門医を持っていて、治療も診断もできる人がいればそれで読み替えられるというような、まあちょっと緩めな規定の仕方のほうがいいのかなという、多分いろんなケースが生じてきてしまいますので。

青木 6番のこの記載に関しては、「NENの放射線診断・治療を担当する診療科」でいいわけですか。

細野 失礼しました。おっしゃるとおりです。6番についてはそうでございます。

青木 そのままでいいというわけですね。笹野先生、この病理部のできることという書き方に関してはこの記載でよろしいですか。

笹野 問題ございません。

青木 はい。内科なんですが、ここに「消化器内科、腫瘍内科など」と書いてあるんですが、これは必要でしょうか。「など」だから、まあいいですかね。

笹野 まあ「など」ですから、いいんじゃないでしょうかね。取りあえず今、これは消化器のことを念頭に置いているわけですね。

青木 そうですね、はい。

笹野 はい、いいと思います。

青木 はい。この文言、ほかに足さなきゃいけないか、あるいはちょっと修正をという御意見ありますか。いいですか。

では、6番はこれでいい。まあここはそんなに御意見はあれなんですが、次の7番ですね。この専門医をどうするかというところで、この横に御意見を頂いていただいて、このがん薬物療法専門医というのは、臨床腫瘍学会の認定しているものですよね。結構外科医はこれをなかなか取れなくて、ほとんど持っている人が少ないかと思うんですけども、先ほど細野先生が言われていたのはここで、放射線診断医と放射線治療医というのは、放射線の専門医の中の2階建てだということですね。

細野 はい、そうなります。

青木 1階に放射線専門医というのがあるんですか。

細野 放射線科専門医というのがあります。

青木 放射線科専門医というのが1階にあるわけですね。

細野 はい、そうなんです。

青木 ここにあるのは1階でいいですか。ここは放射線科専門医のほうがいいですか。

細野 放射線科専門医でよろしいですかね。そこは取りあえずそうしていただいたほうがいいのかな。特に放射線治療専門医は地域によっては足りないことがあるんですよね。それでこれが行き渡らないと、先ほどの常勤・非常勤という話もございまして、放射線科専門医で、取りあえずしていただいたほうがいいかな。

青木 こういう共通項目である程度NENの専門性が全く感じられない文章になるのもちょっと困るかなと思うんですが、例えば放射線治療というと、今はステージに対するラディエーションと混合PRRTなんですかね。

細野 そうでございますね。

青木 それができるということですよ。

細野 そうするとPRRTはどちらなのか。放射線診断医なのか、放射線治療医なのかって、実は境界領域なんですよ。

青木 であれば、現時点ではあまり2階建ての資格を求めないほうがいいですか。

細野 そうですね。取りあえず放射線科専門医でいっていただいて、というのは、実は先ほど申しましたが、専門医制度の中で、まだ2階建て部分というのははっきり規定されていないんですよ、専門医機構では。なので、その成り行きを見ていくという議論が成り立つのではないかと思いますので、ここはまずは放射線科専門医ということでよろしいかと思います。

青木 はい、ありがとうございます。

内科と外科とオンコロジーのところなんですけど、今のところ先ほどの話からいきますと、内科・外科の場合、1階は内科専門医と外科専門医なわけですけどけれども、消化器内視鏡と消化器病と消化器外科は今2階に相当しますが、がん薬物療法専門医というのは3階ですか。これは2階ですか。古瀬先生。

古瀬 2階だと思います。

青木 これも2階ですか。オンコロジーの専門の方は、内科なりを取られてから次これを取る。

古瀬 はい。内科の上という位置づけだったと思います。

青木 これは入れといたほうがいいでしょうか。

古瀬 確かにがん薬物療法専門医のハードルは高いですが、神経内分泌腫瘍やNECの薬物療法になるとかなり専門性が高くなるので、薬物専門医が必要だと思います。

。

青木 これは2階に移すという考え方もあると思うんですね。1階には取りあえず消化器病や消化器外科の専門医だけにしておいて、消化管の診断あるいは膣の集学的治療をやる、標榜するときに治療認定医を持っている人がいますということにする考え方もあると思うんですが、やっぱり全施設に求めたほうがよろしいですかね。

古瀬 今回の趣旨からすれば薬物専門医は必須、常勤が望ましいが、非常勤でもよいとしてはどうでしょうか。

青木 なるほど、分かりました。この点に関して御意見ある先生、よろしく申し上げます。

小林 横浜市大の小林です。

青木 はい、よろしく申し上げます。

小林 内視鏡学会や消化器病学会などはみんな2階建ての総合内科の上に来るわけですから、それと合わせると臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医というのも同じ扱いだと思います。実際先ほど話もありましたけれども、特に NEC の治療ですと各臓器のがんの専門の先生の中より高い専門性が求められますのでがん薬物療法専門医はあったほうが良いと思います。

青木 はい、ありがとうございます。皆さん、あったほうが良いということではよろしいでしょうかね。いいですか。残さないほうが良いという人はいらっしゃらない。では、残すことにします。

あとは、一応消化器内視鏡、消化器病、消化器外科、いずれも2階の資格になりますので、これ3つを残すと。あと入れといたほうが良いとか、この専門医は必要だというのがございましたら御提案をお願いしたいのですが、いかがでしょう。

東 ちょっと1点、事務局で確認させてください。このがん治療認定医は削除と。これはどっちかという御意見だったと思うんですけども、それも削除ですか。

青木 がん治療認定医というのは消化器外科学会の専門医を取ると自動的についてくるもので、あまり取るのが大変ではない資格だったかと思いますので、がん薬物療法専門医、臨床腫瘍学会が認定しているのはそれですね。だからそっちを残すということですね。それでいいですよ。

東 はい。じゃこれは消すということで。

青木 はい。人数は各1名でよろしいでしょうか。2名はちょっと厳しいと思いますが、

まあそうですね、やはりどの領域に関しても1人は、ということでいいですか。どこかだけ2人にしておいたほうがいいというのはありますか。いいですかね。じゃ1名にしましょうか。

常勤というこの文面をどうするかですが、原則常勤で、どうしましょうか。常勤が望ましいが、非常勤によって十分な診療が維持されていればそれでもいいわけですよ。それをどう文章化するかということですけども。笹野先生、文面のアイデアを。

笹野 うまく言えないんですけども、原則的には常勤が望ましいではどうでしょうか。

青木 そうですね、原則として望ましいという、かなり弱いんですけども、まあいいですかね。

笹野 そうですね。そうすると、常勤が……

青木 原則として常勤、にしますか。

笹野 原則として常勤である、ではいかがでしょう。原則と入れれば。

青木 はい。そうするとまあ、困ったときは相談が来るということだと思いますけれども。

笹野 はい。

青木 じゃそこまでいいですか。6番、7番まで。では、共通の基盤で一応がん薬物療法まで入れて、各専門医1人ずついて、常勤であることが一応条件であるということですね。

笹野 あと、すみません、この国立がん研究センターのこのコンサルトシステムはぜひ残しておいていただけますでしょうか。

青木 はい。じゃこれはそのまま文章を生かし、ということにしたいと思います。御意見ありますか。よろしいですかね。

東 1点質問です。

青木 はい。

東 私これ、国立がん研究センターのコンサルテーションというふうに書いてありますけれども、病理学会のコンサルテーションシステムは……

笹野 しん がんセンターの病理診断コンサルテーションシステム は少なくともNENに関しては非常に優れたものです。

東 ほんとですか。はい、分かりました。

笹野 非常によく作られておられて優れたコンサルテーションシステムだと思います。

東 そうしましたら、この表現ということでいきます。

増井 すみません。

青木 はい、増井先生、どうぞ。

増井 2階建て部分での話なのかもしれませんが、例えばいわゆる機能性の腫瘍の場合、多くは消化器内科の先生にも診ていただくんですけども、例えばホルモンとか、そういう観点から診療のできる内分泌内科の先生が入っていただくと結構助かったりすることがあるんですが、そこら辺はどうですか。

青木 増井先生は、内分泌の専門医がいます。

増井 そうですね。

青木 それは、具体的にはどういう資格があるんですか。

増井 うーん、そうですね、まあ内分泌の先生にちょっと聞かないと分かりませんが……

笹野 内分泌代謝科の専門医はもちろんあります

青木 はい。

笹野 産婦人科と泌尿器科と小児科など内科の2階建てです。ただ、専門医の数が限られていますので、何か表現として、非常勤などでいらっしゃられるのが良い 望ましいというような表現がどうでしょうか。望ましい、ですか。

青木 どうしますか。先ほどのこの国立がん研究センターのコンサルテーションシステムの下にもう1個文章をつけて、機能性のNENを治療できる専門医がいることがさらに望ましいとか、文章で足しますか。あるいは、その中にやっぱり専門医として1つ、内分泌専門医というのを……もし入れると、これも結構ハードルになるかもしれないですね。どうでしょう。

増井 まあ結構実は細かくほんとは診たほうがいいような方というのも、ファンクショナルな腫瘍の方にはいるように

と思いますが、どのくらいおられるかと言う点とのバランスですね。青木 どれぐらいの方がというか、どれぐらい病院に大体いるものなのかがどうか、もうちょっと全然イメージが湧かないんですけど。

増井 そうですね。

青木 どれぐらいの方が持っていて、大きな病院だと大体持っている人がいらっしゃるのかも、ちょっと僕には分からないんですけど、御存じの先生いらっしゃいますか。

笹野 東北大の例ですと、インスリノーマと、問題になりました VIPoma はまれ です

けど、インスリノーマは大体統計で見ますと3分の1はありましたので、症例が集まってくるということもあったのかもしれませんが。機能性腫瘍でG I N E Tはほとんどなかったです。やはり表現として、増井先生がおっしゃられたように何か、コンサルテーションシステムの下に入れるなどの適切な表現が望まれると思います。

青木 機能性N E Nの治療が可能な、治療を行うことができる内分泌専門医がいることが望ましい、ぐらいですか。

笹野 そうですね、はい。

増井 診断もですよ。負荷試験とか必要な検査がいろいろありますよね。

笹野 はい。

青木 その診断治療が行える内分泌専門医がいることが望ましい。

増井 望ましいと。

青木 必須ではないけれども、望ましい。じゃ申請するときはそこを1つ書いてもらうということですね、いる場合は。出しちゃっていいですか、それ。

笹野 勤務でいいんですね、失礼しました。

東 今の笹野先生のお話だと、消化管の場合はあまりないんですか。

笹野 消化管の機能性腫瘍は gastrinoma などを除きますと頻度的には中腸がほとんどです。日本人の場合中腸N E Tがほとんどありませんので、実臨床でホルモンが問題になることは少ないと思われます。例えばガストリノーマはフォアガット、前胃では結構ありますが、後腸ではほとんどありませんので、やはり現実問題は GEPNET で機能性腫瘍が問題になりますのは発症頻度を考慮しますと実臨床ではガストリノーマと膵臓のインスリノーマと、ごくまれですが症状が非常に重篤なビポーマになると思います。後腸のNETでは機能性腫瘍はほとんどありません。

東 お伺いした理由は、1階建てのこの管のところにもこれを入れるのか、それとも……

青木 いや、これは1階に書いておけばいいんじゃないですかね。

東 1階でいいですか。

青木 2階に改めてもう1回言う必要はないとは思いますが。

東 はい、じゃ1階で共通ということで。

青木 はい。それであればどっちにも対応できると思いますけれども。

東 はい。

青木 ここまでいいですか。じゃ専門医は、内分泌は一言で、もしこういう申請していた

だくときは、内分泌専門医がいる場合はそれを記載してもらうようなシステムにしていた
だくということで、増井先生、それでいいですか。

増井 ありがとうございます。ええ、チェックだけで問題ないと思います。

青木 ほかにありますか。何かほかに抜けていることはありますか。

本間 青木先生、よろしいですか。国がんの本間です。

青木 はい。

本間 がんセンターなど癌専門病院だと多分こういった職種で常勤の先生はほとんどいな
いと思うので、例えば先ほどお話ししていたような非常勤でも勤務していれば可、もしくは
は他院との密接な連携があれば可のような感じで、もう少し何かしらの連携があれば OK
というような言葉を入れていただけるといいかなと。

笹野 おっしゃるとおりで、関与している、ではどうですか。

本間 関与している。

青木 文学的ですね。

笹野 診断治療に、コンサルトができる、では如何でしょうか。すみませんがうまく言
葉が出ないのですが。

青木 はい。

本間 密接な連携とか、何かそんな感じですかね。

青木 内分泌専門医が勤務している、あるいは専門医と連携が取れるということですね。

本間 そうですね、はい。

青木 はい。勤務している、または、ですかね、あるいは、専門医と密接な連携が取れる、
ですかね。または内分泌専門医と密接な連携が取れることが望ましい、というところでき
いですか。

本間 はい、ありがとうございます。

青木 または、の後に、一応内分泌専門医と、も入れておいていいですか、東先生、すみ
ません。

あと、いいでしょうか。あと抜けている資格、これは入れておいたほうがいい。いいで
しょうか。はい。

この後はさらにちよつともめるところですが、次は cancer board, tumor board を必須
とするかどうかですが、例えばこれは獨協はありません。京大や横浜市はあるかなと思いま
すけれども。特にこの8の各科の医師が1名以上参加する、他科の医師が参加するシステ

ムが必要だということですが、これは望ましいにするのか、必須にするのかというところ、御意見いただければと思います。小林先生のところはあるんですか。横市はありますよね。

小林 あります。定期的に月に2回カンサーボードは行っています

青木 月2回ですか。

小林 定期的に月2回あって、それ以外に、診断や治療に難渋する場合や、臨時で症例ごとに必要とおもわ科の先生方になる集まってもらうような感じでやっています。。

青木 必ずそこで新規症例を検討していくということですかね。

小林 いや、必ずではないです。

青木 そんなに、いないときもありますよね、新規症例。

小林 必ずじゃなくて、症例もない時はありますので、基本的にそれぞれの科のトピックみたいな感じのことをみんなで cancer board で話していて、いろんな症例がありますけれども、臨時で大体月に1人ぐらいの症例のカンサーボードを行っています。トータルで月に定期的に2回と、臨時症例で1回やって月に3回ぐらいという感じでやっています。

青木 先生は、これは必須のほうがいいと思いますか。

小林 いや、各科の横のつながりがあればすぐに行うことはできますが、施設によっては難しい病院もあると思いますし、このコロナの影響で集まりづらいというのは正直あるので、あまり必須とするのもどうかなという気はしていますが。

青木 ただ、まあどこの科に最初かかるかで方針が決まっちゃうのは困るんですよね。

小林 そうですね。

青木 そうするのは困るので、やっぱり相談できるシステムをどう……相談できるシステムが構築できていることをある程度担保するためにどういう仕組みを作るかというところだと思うんですが。

小林 なるほど。

青木 池田先生のところはやっています？

池田 これはNETに特化した……

青木 そうです。

池田 NETに特化した tumor board ということじゃなくて、いわゆる肝胆膵とかでやっている tumor board でいいんじゃないですか。その中でNETも議論するので。

青木 そうですね、それでもいいと思いますけど。それはやっていらっしゃる。

池田 我々は週に1回やっています、その中で新規の症例としてNETも上がってきます

す。

青木 それは内科も外科も放射線科も病理も。

池田 はい。NETに特化されるとちょっとさすがに厳しくなりますけれども、いわゆる tumor board……

青木 それは肝胆膵ですか。膵臓。

池田 肝胆膵で。

青木 肝胆膵。

池田 肝胆膵でやっています。

青木 例えばこれを1階に入れてしまうと、消化管のNETもどこかでやっぱり討議する場がないとだめですよ。

本間 消化管もやっています。消化管グループ。

青木 国がんは消化管でやっている。

本間 はい。

青木 なるほど。

池田 tumor board にすればいい。

笹野 tumor board はもちろんNET だけではないです。腫瘍内科の先生が主体の時もありますし泌尿器科のNET が が来たり、婦人科のNEC が来たり様々 です。

青木 これは何科の先生が来られているんですか。

笹野 そのときの症例によってバラバラです。ただ、 大凡必須なのは病理の先生と画像診断の先生 でした。で、そのときに難しい症例があったときに色々な専門の先生方と相談しながら議論を進めます青木 であれば、NENに特化したというんじゃなくて、NENの症例を扱う場があると、そういう文言にしておけばまあそんなにきつくないので、あるいはもう cancer board をやっているところは多いと思いますから、そういうくくりにしますか。

笹野 そうですね。

青木 そんな感じぐらいでいいですかね。これ、月2回以上って書いておいたほうがいいですか。頻度ですね。

。

古瀬 定期的にという規定が難しいように思います。今は新型コロナ感染の影響で大人数のカンファレンスは避けていますので、複数の診療科が集まってNENの治療方針を検討す

るシステムがあるということが大切だと思います。

青木 まあ趣旨はそういうことですよ。

古瀬 ええ、それが分かればいいような気がします。

青木 アクティビティーを出すから、まあ設置はされているけど何にも活動してないのは困るということだとは思いますが、それをどういう感じにしますかということなんですが、まあそこまで厳しく言わなくてもいいのかもしれませんがね。じゃ古瀬先生はこの文言、頻度とか、どの科が参加しているとかいうのは要らないということでもいいですか。

古瀬 そうですね、最初の複数科の医師・他業種が参加してNENの治療方針、診断、治療方針を検討するカンファレンスを実施できるという主旨でよいと思います。

青木 じゃ先生も、この色塗りのところはなしということですね。頻度だとか、どういう構成メンバーだとかいうのはまあ厳しくは記載しないってこと。

古瀬 複数の科ということでもいいと思います。私たち杏林大学も、患者さんを持っている主科が病状に応じて出席してほしい診療科を指定して集まります。必ず全診療科が集まるわけではないので、複数の診療科による、ということでもいいと思います。

青木 その症例に対して意見を言える科の人が来ていればいいということですね。

古瀬 はい。

青木 はい。ほか、御意見ありますか。ここはもうなしにしちゃいましょう。いいでしょうか。はい。じゃそこまで来ました。他業種が、ですかね、他業種が参加して、ですかね。ここまでのいいですか。

古瀬 すみません、細かいことですが、他業種の用語を検討いただくのがよいと思います。

青木 他職種ですかね。他はその他じゃなくて、多数の多にしたらどうですかね。

古瀬 そうですね。

青木 医者だけじゃなくてということですよ。

古瀬 はい。それから、治療方針の次に、診断も入れといたほうがよいと思います。

青木 はい。ほか、よろしいですか。何か御意見ございますか。いいでしょうか。はい。こうすればまあほとんどの病院はやっているんじゃないかとは思いますが、あまりそこで引っかかることはないかなとは思いますが、はい。

では9番に行きまして、ここでちょっと東先生からこのExcelの表の説明を頂けるとありがたいですが、よろしくお願いします。じゃ東先生、お願いします。

東 この症例数のまとめというファイルなんですけど、3つのタブがついています。合計・消化管・膵臓となっていますが、合計を基に説明しますけれども、それぞれトータルの症例数の多い順番に、病院ごとに集計したものが並んでいます。これは2017年から19年の3年間で治療開始をした症例数です。上位3つというのが東京の3施設で、一番多かった施設は245例、2番目が237例、3番目が149例という形です。4つ目の施設は静岡の施設で、145の消化器のNETの患者さんがいると。こうやって順番に並んでいると。

ですので、この合計で、例えば50例をカットオフにしたら何例入ってくるのかというのはここで見ていただくと、一番上はタイトルですので、58行目ですけど、57施設が3年間で50例以上の消化器のNET・NECを診ているということになります。

内訳を見ていただくと、Cの列はGINET、DはGINEC、PNETというのは膵臓のNET、PNECは最後のFの列という形です。これが一応上から順にトータルが多い順番に並んでいるという形です。

それぞれ膵臓と消化管で分けて、消化管だったら消化管のトータルで上から並べたのがこのタブになっていますし、膵臓だけでトータルを順番に並べたのがこちらのタブという形になっております。

症例数のカットオフを決めるに当たって、上から順番になっていますので、何例をカットオフにするとどのぐらいの施設が入ってくるというのが、これでお分かりいただけるかと思います。そんな感じです。

青木 はい、ありがとうございます。まあトータル、合計40例で切ると大体100施設ぐらいなんですね。全施設がなったとしてですね。30で切ると170施設ぐらいになるような感じで考えていただければと思います。大体そんなもんですね。170例ぐらいということになります。

やっぱり病院によってGIがすごく多くてPNETが少ないところもありますし、PNETのほうが多くてGIが少ないところもあります。あと、ちょっとこれだけだと分からないんですが、例えば40で切って100施設を選んだとして、まあ全員エントリーして認定を受けたとして、東先生、これは全く1施設も選ばれない県がどれぐらい出るかとか、そういうのは分かるんですか。空白の地域がどこに出来る可能性があるかというのは、実際に埋めていかないと分からないですか。

東 ちょっとそれはお出ししていなかったんですが……

青木 40 で切ると、比較的首都圏と関西とか、結構空白の地帯が多分出来るんじゃないかなと、私、パッと見て思ったんですけども。

東 少々お待ちください。

青木 1回 40 以外のものを全部消しちゃって、Aの順番で並べたら分かりますかね。地域マップを作ると結構抜けるんじゃないかなと思ったんですが、どうですかね。

東 トータルでというのは計算していなかったのですが、PとGIを分けてみますと、逆に考えて、じゃ全県で1県1つというのを条件にするとどうなるのかというと、GIで13例ですね。13例以上にすると1県に最低1施設はありますし、PのNENだと5例ですね。5例をカットオフにすると一応全県1施設は入ります。

青木 なるほど。30で切ると170施設って結構多いような気がするんですけども、それぐらいで切ってやっとならぬ全県ぐらいなんですかね、やっぱりイメージ的には。まあ13足す5なのかもしれないですが、両方きれいになるとやっぱり20、30ぐらいなんですかね。

東 30にしてしまうと、もう入らない県が恐らく10県ぐらい出てきます。

青木 10県。

東 はい。それぞれ違う施設が多かったりするので、ちょっとその辺が微妙なところではあるんですが。

青木 1階建てでは一応全体でどれぐらいというのにして、2階で隣と消化管、得意・不得意をそのまま色分けしようかと思ったんですけども、そうするとまあ1階にはある程度全体の経験数ということになるんですが、30で切ると10県空白が出来る。

東 出来そうな感じですね。

青木 すみません、この前これを相談しておけばよかったですね。。

東 そうですね、ちょっとそこは頭が回ってなかったんですが。

青木 そういうことも踏まえまして、要するに最初厳しめにするのか、やっぱりある程度どこの県の患者さんでもアプローチしやすいようにするのかということに関して、まだ今日御意見を頂いてない先生はいらっしゃいますか。御意見ある方、お願いします。

古瀬先生、どうします。古瀬先生は緩めですか、きつめですか。

古瀬 はい、ありがとうございます。30例にしても10県が空白になってしまいますね。

青木 そうなんです。ただ、まあ全部だと170ぐらいが該当する施設はあるんですね、

全国で。

古瀬 それだと多すぎますね。最低ラインを 30 例にして、地域性をある程度見て決めるというわけにはいかないでしょうか？最低 30 例として、地域性を考慮し、事務局で最終的に判断すると、応募要項に記載することはできるのでしょうか？

東 すみません、事務局判断は勘弁していただけたら、はい。

青木 そうなると、都内で自分が何番目ぐらいかを意識しないとですね。

細野 細野です。よろしいですか。

青木 はい、お願いします。

細野 すみません。この症例数の分布を見ると確かに 30 というのがかなり妥当な気はするのですが、やはり 1 県に 1 カ所もないというのは問題なので、いずれかの条件にしてよろしいんじゃないですかね。まあ 30 で、満たさない場合でも、その県において必要であれば認めるみたいな、そういう併記でよろしいんじゃないかと。それでまあ各県に 1 つというのをもう担保するという考え方でいかがでしょうか。

青木 なるほど。都内の条件を上げるんじゃなくて、地方の条件を落とすということですね。

細野 はい、はい。それがいいんじゃないですか。やはり均てん化というのは非常に大事なことですし。

青木 はい。

東 先ほど 10 県ぐらいないんじゃないかと申しあげましたけれども、ものすごくラフな計算ですと、ないのは 5 県ぐらいかもしれないです。30 で切るとですね。

青木 どこになりそうですか。東北ですか。

東 宮崎、鳥取、島根、福井、その辺りですね。

青木？ 山陰ですね。

東 はい。

今手元にざっとある資料が、各県で 1 番の施設が何例あるかというのを出してしまっていたので、その施設がずれるともうちょっと増えるかもしれないんです。今の 4 県は確実になくなります。すみません、ちょっと言い方が難しいのですが。

青木 もしここに推奨されている施設が自分の住んでいる県になれば、NET の患者さんは隣の県に行きますかね。あるいは、先ほど細野先生が言われたように、極端に地域格

差が出ないように配慮しますよという文言を加えて、1つは大学病院を入れるとか、がんセンターを残すとか、そういうことにして、ゼロにはならないようにしましょうという文言にして、まあ30ぐらいなのかなと思いますが、40だと100施設で結構偏るかなと思っただけですけども、30プラスアルファ、30施設プラス地域性のような条件に関してはどうでしょうか。

東 もう1つ、すみません、事務局から。

青木 はい。

東 ほかががんでやってきた経験上は、実は各県1つとか、ちょっと緩めても結局手挙げをしない県というのもあります。なので、そういうところはまあこちらがそういうふうに緩めてもあまり挙げてこないというのはもちろんあるということだけ、ちょっと一応指摘させていただきます。

青木 はい。もちろん今回該当していても手を挙げてこないところはあると思いますので、170あるから170というわけではないと思いますが、一応救済措置もあるよということは書くという感じですか。小林先生、いいですか。

小林 そうですね、ちょっとやっぱり数だけで決めるのは難しいですね。

青木 もともと集約化という話もこの会議の最初にあったはあったので、均てん化と集約化、まあどっちに振るかというところですけども。

小林 そうですね、まあ、難しいですね。

青木 東先生、何かありますか。

東 ちょっと今事務局で計算をしてくれたのですが、本当にどうなのかというと、これは見えていますでしょうか。日本地図にまでしてくれたんですけど。

青木 はい、見えます。

東 すみません、施設をちゃんとそろえて、最大で30で切ると空白になるという県がこの白い県です。

青木 なるほど。青森、秋田、石川もですか。

東 石川もなっちゃいますね。石川も、福井、鳥取、島根、徳島、宮崎と。

青木 なるほど。はい、ありがとうございます。

笹野 よろしいですか。

青木 はい。

笹野 青森、秋田は冬の気象条件も考えなきゃなりません。やはり このような個々

の事情を考慮しますと各県1つという体制は絶対に必要じゃないかと思います。青木なので、やっぱり原則のカットオフライン、プラス地域性を考慮しますというほうが一番妥当なんですかね。

笹野 そのほうがいいと思います。やはり繰り返しになりますが例えば青森、秋田県の場合などは雪が多く降ったりしますと患者さんの移動がかなり大変です。

青木 はい。じゃ手を挙げていただいた施設の中から少し加味します、考慮しますよということですね。それでいいですかね。ほか、御意見ございますか。

若尾 すみません、事務局ですが、今これは数で、カットオフで少ないところは少し考慮するというお話があったのですが、その少ないところで考慮したときに、今までディスカッションしていた施設要件側で満たしていないものがあつた場合どうするかというのも、一応検討しておいたほうがいいのではないかと思います。まあ結構望ましいが多く出たので、そこで切られるものはないかもしれないのですが、数が少なく、かつ、人の要件や診療科の要件も満たしていない場合どうするかということですね。その辺もぜひ御検討いただければと思います。

青木 はい。どうでしょう。やっぱり数だけどうしても足りない場合は考慮しますよのほうがいいのかなとは思いますがね。病院の要件、要するにこれは別にNETに特化した条件はあんまりないもんですから、ここまでの条件の設定としては。数だけどうしてもちょっと足りないけれども、地域的にここにはあつたほうがいいのでというときには考えましようというぐらいにしておいて、あんまりゆるゆるにはしないで、ということのほうがいいのではないかなと、私は個人的には思いますけれども、いかがでしょうか。いいでしょうか。笹野先生、よろしいですか。

笹野 それで、やはり条件は原則を結構入れましたので、どこかで歯止めがないとちょっとズルズル いく危惧もありますか。。。条件は原則という言葉が入っていますので良いかとは思いますが。。。それともう1つ気になりますのは、この判定はどちらでやること になるのでしょうか？

青木 東先生、どうでしょう。

東 これまではあまり原則とか、そういった曖昧になるような条件はなくしていただいて、もう完全にきっちりとした条件の下、事務局が判断をするという形を取ってきましたけれども、曖昧な判定基準を設けるといふのであれば、それはもうこういった感じだと、そこを満たさないところはこれだけありますけれども、これを認めますかという議論

をこの場でまた頂くということになると思います。

青木 この場でやるということですね。

東 はい。

笹野 分かりました。ありがとうございました。

青木 では、この件に関してはここまででいいですか、取りあえず。30 という数字に関して、いかがでしょう。30 にしますか、40 にしますか。あるいはもっと違う値にするか。小林先生は、30 ですか。

小林 そうですね、難しいですけれども、本来の目的をお考えますと患者さんがアクセスしやすいことが第一ですから、各県に一つ作りそこから何かまた難しい場合はさらに専門のところに行って意見を聞いていただくというようなスタイルもあり得るかなと思います。、少しここに関しては各県に1つぐらいはということではちょっと緩めでもいいのかなと思うので、30 プラス各県ってことで。

青木 はい、ありがとうございます。30 で御異論の先生がいたら、ぜひお願いしたいのですが。皆様、じゃ取りあえず 30 プラス地域性を少し考えますという文言で、こういう曖昧なところの評価はこの分科会で考えますということですかね。よろしいですか。

では東先生、ちょっとまた先ほどの6番に表示を戻していただいて……。

東 はい、承知しました。

青木 じゃこれは、院内がん登録における3年間の登録症例数が30例以上にしますということですね。ただし、治療の種類を問わず、他院診断症例や他院で加療を開始され治療継続・変更した症例も含める、まあ経験例は全部入れますということですね。これはもうそのままでいいですね。はい。さっきのワードは入れますか？

増井 すみません、京大の増井ですけれども。

青木 はい。

青木 じゃExcelは30……増井先生、その点に関してですか。

増井 いや、1階建て・2階建てというところに関してなんですが、この二つの位置づけがどういう形なのかというのをちょっと教えて頂けたらと思います。例えば1階建てというところは、先ほど小林先生が言われたように、いわゆるちょっとエントリー的なところ、そこでどういう施設に送ったら良いとか、そういうことをすると考えて良いでしょうか。

青木 僕が考えていたのは、2階に今度膵臓の内科的治療を3年間で何例やっているとか、膵臓の外科的治療を何件かやっているというところを、さらに詳しい情報を2階に置くこ

とによって、例えば膵臓のNETと診断された方が膵臓でかかりたいときにはどっちがいいとか、手術もやっていて内科もやっているところを見るとか、そういう情報を……。だからまあ要するに、トータルはそこで出るんですけども、それよりもちょっと突っ込んだ情報とか、あるいはNETの肝転移の手術例が何例あるとか、そういう情報も含めて膵臓で1列、消化管で1列という情報を2階に貼ると、さらにまあ……1階だけ見て決めてもらってもいいですし、2階に、要するにある程度臓器が決まっている患者さんに関して情報提供になるんじゃないかという考えだったんです。もちろん2階の条件に関しては、ちょっと今日は事前に討議できていませんので、そういう提案をしたかったんですけどね。

増井 ということは、1階と2階というのはまあ並立しているというか、同じ施設なのだけれども……

青木 よりアドバンスな情報が2階に行くと見られると。

増井 というふうなことなのですね。分かりました。

青木 そういうイメージでいて、やっぱり臓器が違くと担当する医者が全然違いますので、特に消化管と肝胆膵では違うので、まとめて数が多い病院って行ってみたら膵臓はあんまりやっていなくて消化管ばかりだったというのも困ると思うので、その情報を……。ただ、まあ外科が内科で切ってしまいますと、要するに自分は何の治療を受けたらいいんだって人は分からないので、臓器で切って、横で切って、まあ内科で外科的な情報をオフアードできるというのが2階の役割かなという感じで考えていたんですね。

増井 分かりました。では消化管NETと膵臓NETで、例えば数が、消化管はすごく50例やっているけれども膵臓はゼロです、あるいは膵臓は20例だけ消化管NETはゼロですとか、例えば今回トータル30で見ちゃうと、そのこの偏りがあったりすることがあるのかなと思ったりしたのですが、いかがでしょうか。

青木 なので、一応その偏りのある施設は確かにあるんですね。例えば膵臓でも消化管ばかりというところはあるんですけども、実際具体的に見させていただくとあるんですけども、1階ではまあそこでどっちかに偏っているから、両方やってないと認めないよはしないけれども、2階に行っていただくとその施設の得意・不得意は一応分かるよっていう形にしたほうがいいのかというイメージなんです。

増井 二階に行くと分かるということですね。また、その数は最低は30ということなんですね。分かりました。

青木 そういうイメージなのですが、どうでしょう。

増井 いや、ありがとうございます。

青木 いいですか、この点に関して。じゃ東さん、さっきの最初の6番の資料には戻れますか？

最後、この学術活動に関するところを今日決めまして、あと2階をどうするかで終わりなんですけれども。

東 お待ちください。すみません、1点確認が生じてしまいました。御提示しているその数というのは、全て治療開始例になっています。なので、治療継続した例や診断だけの症例というのは含んでいないのですが、それはどうしたらいいでしょう。すみません。

青木 診断だけして、どこかへ送っちゃったとかいうのをどうするかということですか。

東 はい、それはカウントしていいかという問題ですね。

青木 うーん。細野先生、そういうことはよくありますか。画像診断だけ頼まれて、治療はよそへ行っちゃったというのは。

細野 なるほど、それは確かにあり得ますね。それはあるんですけども、それをどうフォローアップしているかとか、どう数字に残しているかということになってきますね。

青木 あんまり残っていないはずですよ。実際診断まで行かなかった人って。

細野 そうなんですよね。そこになりますので、その病院としての初診の患者さんで、ある程度は診たか、でもそこまでいかない患者さんがあり得るということもあるんですけどね。

青木 tumor boardにもかからないってことでもんね、その診断だけ依頼されてということになりますと。

細野 はい、そうなりますね。

東 なので、できたら、今30というのはほんとに治療開始例なので、治療開始例をカウントするというふうに……

青木 いいんじゃないですかね。治療したと、要するに初回治療である必要はないけれども、どこかの患者さんの臨床経過の中の治療の一部を担当したという症例が30あったということでもいいんじゃないかと思います。

東 なるほど。分かりました。それでも実はこの資料とはちょっとずれるんですけども、資料は治療を開始した例だったのでずれるんですけども、一応この条件はそれを見ながら……

青木 じゃ、もっと増えるかもしれない。

東 はい、増えるかもしれないということですね。

青木 なるほど。まあ、でもそんなに変わらないような気もしますが、はい。もちろん患者さんはいろんな種類の治療を受けますので、どこかで手術を受けてよそで薬物はよくある話だと思いますから、そのどこかを担当されていればいいんじゃないかなとは思いますがね。いいですか。

東 はい。じゃ治療開始後というのも入れるということですね。30例にカウントする。

青木 そうですね、だからこの説明の文章の補足どおりでいいんじゃないですかね。

東 どおりということですね。分かりました。

青木 はい。では10番に行って、これはNENに関する学術活動をどれぐらいしているかという縛りですが、これは小林先生が一番厳しい意見を提唱されていたので、いかがでしょうか。

小林 そうですね。いや、そんな厳しいつもりはないんですけども、

青木 学会発表はだめと。小林先生は論文が要ると書かれていたんですね、確か。

小林 1例報告とかで地方会で発表はできると思いますので、あまり専門性が高くない施設も入ってくる可能性があります。少がんなので、専門性といったときに少しある程度多施設で共同で何かやったとか、少なくとも数例のケースシリーズみたいな感じのレベルまでは欲しいかなという意見です。

青木 英語である必要はないですか。日本語でもいいですね。

小林 まあレビューがあれば日本語でも、はい、英語に限らずかなと思ったんですけどね。

青木 レビューのある雑誌ということですね。

小林 できれば日本語でもレビューのある雑誌で

青木 レビューにかかるのは結構厳しいですね。

小林 どうでしょう、厳しいですか。一応まあ個人的にはそう思いました。

青木 そうなると、まあ確かに依頼原稿も入れちゃうと緩いですかね。池田先生、どうでしょう。

池田 いや、結構そこまでいくと厳しい気がしますね。ここにいる先生方のところは大体そういうことはやっていると思うんですけども、多分各都道府県に1施設、1県からそういう症例報告ですら行っていないようなところはいっぱいあると思うので、まあ学会発表まで含めていいんじゃないかなと個人的には思いますけれども。論文だけにすると結構

厳しい気がします。

青木 はい。まあこれを見てみんな論文を書いてくれればそれでもいいんですけども、まあそう持っていくというのもあるんですけども。論文があればもちろんもう無条件にいいと思うんですけども、学会発表とか、地方会で1例発表したとか、そういうところのレベルまで入れちゃうかどうかということですよ。古瀬先生、どうでしょう。

古瀬 はい。レビューや依頼原稿を書かれる先生は、原著論文はあると思います。英文でも和文でも論文があればよいということではいいのではと思います。

青木 学会発表をどうしますかね。

古瀬 先ほどのディスカッションだと、各県1つは施設を入れたいということであれば、学会発表でも症例報告でも十分かと思います。

青木 そこもポリシーですね。要するに厳しめにするのか、緩めにするのかという、そのそもそのあれなんですけれども。

古瀬 学会発表ということにしておいてよいのではと思います。

青木 全国集会にするか、地方会はだめにするとかですね。でも確かにNENはそんなにたくさん来ないですから、1例来たらまあ1例発表ぐらいはするところも多いとは思いますが、すけれども。

古瀬 地方の学会は何というのでしたでしょう。

青木 地方会ですね。

古瀬 日本消化器病学会地方会なども対象に入れれば、その地方の中心的な基幹病院は発表されると思います。

。

青木 はい。もちろん学術的な活動はしてもらわないと困ると思うので。小林先生、どうですか。厳しめの意見……

小林 旗色が悪くなってきちゃったな。まあそうですね、学会で地方会で発表して、そのときにみんなの目に触れているといえ触れていますし、1例報告でもちゃんと調べ。勉強はされるわけですから、まあ確かに、まずは……

青木 この基準が、要するにゆるゆるでもうどの施設もほとんど通っちゃうという必要もないと思うんですけども、そこまで緩く設定する必要もないと思うんですけども。

小林 そうですね、そうしましたら、学会発表という漠然とした言い方にしておきましょ
うか。地方会とか、そういうことじゃなく、1例報告も含めて。はい。

青木 まあ認めてほしいところは地方会でも何でも認めてくれってことになるとは思いま
すけれども。

小林 そうですね、少し広めでも、はい、皆さんの意見に従います。

東 すみません、事務局ですが、学会発表と言ったときには、学会というのはどの程度ま
でというのが、また次の問題としてあるんですけれども、研究会とか勉強会とか、だんだ
んそういうグラデーション……

青木 もうわざと書かないほうがいいかもしれないですけどね。

東 わざと書かないですか。全国学会の地方会とか、そういうところも……

青木 企業が時々やっている薬の研究会、日本中ありますよね。あそこで、例えば開催地
の近くの病院が1例症報告をした上で特別講演とか、よくあるじゃないですか。ああいう
研究会というのはそういう構成になっているのがありますけれども、そういうのも入れる
かという話ですよ、今東先生が言っているのは。

東 はい。

青木 池田先生、どうしましょう。

池田 そこまでは含めなくていいかなと私は思ったんですけれども、いわゆる製薬企業が
地域で講演会を行う時に、施設での症例経験としてご講演いただいている先生方のお話で
すよね。

青木 そうです。

池田 そこはなくてもいいかなという気はしましたけど、いわゆる公な講演会……

青木 じゃ学会のところに括弧して、全国集会、地方会とか書きます？ そうすると薬屋
さんの会は除かれますね、一応。

池田 そうですね。

古瀬 この文章のままでいいと思います。

青木 そのまんま。

古瀬 この文章でよいように思います。企業の研究会の報告まで入れてくるような施設は
他の項目もみて総合的に判断することで対応するのがよいと思います。

青木 じゃ審査をちゃんとやりましょうっていうことですね。

東 いや、実はそういうところは大体事務局に問合せが来るんですね。まず出してしまえではなく。それをどう答えるかという……。

古瀬 いや、問合せがあった場合は、学会や、組織がしっかりした研究会を念頭に置いていますと答えていただければ良いと思います。

東 分かりました。じゃそういうふうに言っていていいということですね。はい。

青木 ですから、製薬会社主催の研究会で1例出しましたとか、そういうのはさすがにあまり認めたくはないので、その辺は節度を持っていただくので、まあ答えるときは、そういうのを考えていますと言っただけであればいいんじゃないですかね。

東 分かりました。

青木 当落はやっぱり一任していただくしかないということですよ、と思いますけど。はい。じゃこの点は、小林先生もこれで取りあえずいいですか。

小林 はい、いいです。

青木 ほかに御意見いかがですか。よろしいですか。では、一応この1階建ての10項目はこれで。

あと、私はちょっと個人的にはこれ、疫学的な貢献ということで、JNETSの悉皆登録というのにはぜひ参加してほしいなと思うんですが、特定の学会への加入を求めたりしてはいけないということだそうなので、公開項目というのは具体的にはどういう扱いになるんですか。これを申請のときに、入っているか入っていないかは一応申請していただくけれども、それを対象として当落を決めるわけではないよということ、そういう扱いですか。

東 はい、おっしゃるとおりです。参加していますか、はい・いいえというのを、情報公開のときに出すという位置づけです。

青木 増井先生、今、日本でどれぐらい施設……あれは科でしたっけ、病院じゃないですよ、科単位ですよ。

増井 あれは科単位ですね。今115施設というか、115科ですね。

青木 そんなもんなんですね。115科しかないんですか。逆に少ないですね。

増井 115科に登録していただいています。少ないですね。

青木 結構少ないですね。

増井 ただ、まあ全部で会員が300なので、そのうち多分3分の1ぐらい、だからそれこそほとんどNETを診察していないような方も入会していただいているというところはある

のかもしれないですね。

青木 登録がゼロの施設が200以上あるということですね、今のところ。

増井 そうのことだと思います。

青木 施設自体は300以上が参加はしていらっしやる。

増井 いや、参加は表明して倫理委員会を通さないといけないので、

青木 なるほど、倫理委員会を通っていないところもあるわけですね。

増井 そうです。通しているのが115ということです。

青木 空白県ってどこなんですか。

増井 空白県。

青木 1施設もJNETSに加盟していない。それは把握していらっしやいますか。

増井 それは、前、沖縄はなかったんですけども、それもこの前入りましてし、今のところないところはないです。1つの県は必ず入っています。

青木 どこかしらJNETSにはちゃんと加盟しているということですね。

増井 1県には少なくとも一施設入っています。

青木 JNETSとしてはこれでいいですね。公開項目として出しておいて、まあこういう疫学的な貢献は絶対必要だと僕は思うんですけども、一応項目として入れておきましようというだけなんですけど、そういう扱いでいいですかね。

増井 JNETSの理事長にも確認したのですが、これでお願いしますということでした。

青木 はい、分かりました。じゃこれはここにこのまま残しておくことにしたいと思います。

では、一応1階はこんな感じで条件を決めたんですけども、ここまで全体で御意見ありますでしょうか。こういう施設が日本で100幾つかあるはずなので、それを登録していただくと、まずそこで患者さんがその病院から得られるという感じになるかとは思いますが、全体を通してここまで御発言ある方がいらしたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょう。東先生もいいですか、ここまでは。

東 はい、大丈夫です。

青木 はい。眞島さんは今日いらしているんですか。

東 いらっしやるはずだったんですけども、いらしてないみたいですね。

青木 いらしてない。はい、分かりました。

では一応、全体の申請の資格としてはこういうものを考えるということで、あと残って

いる時間を少しだけ使わせていただいて、2階をどうするかという相談を今日して、ちょっと2階の具体的な数に関しては前回まだ議論が深まってないと思います。私が考えていたのは、さっきちょっと増井先生にも説明させていただいたんですけれども、膵臓と消化管に分けて、実績をそれぞれ数字として登録させていただいて、それに該当するところにはその病院の中でこれができますというところにチェックを入れてもらう、要するにその条件を決めるというのが次のステップかなと思っているんですけれども、その中で、診断と治療、両方要ると思うんですね。

消化管であれば内視鏡的な診断が必要ですし、膵になると今度はEUS-FNAをできるかというところがやっぱり入ってくるんですけれども、EUS-FNAも入れちゃっていいですか。僕は入れていいと思っているんですけれども、EUS-FNAをちゃんとこれぐらいやっていますという数字を出してもらって、それで膵腫瘍の診断ができると。そういうことと、あとは膵臓の、あるいは膵臓NENの内科的治療、外科的治療の実績を入れてもらうような2階建ての案を作って、それで完成にするという感じで考えているんですけれども。

古瀬先生、どうですか、2階建てに関して。

古瀬 1階は膵・消化管NENの基本的な対応ができる施設が載り、2階は特にその中でも、膵が得意とか、治療が得意とか、得意分野が分かる情報を入れておくという、イメージと理解しました。

青木 はい。それは数でいいですか、取りあえず。私が考えているのは、例えばFNAやっている、手術やっている治療、患者さんを診ているという数字を出してもらおうかなと思っている。

古瀬 数字を入れて、それを参考に施設の得意な分野が分かるということでいいと思います。

青木 数字だけにするか、あるいは何例満たしているかというカッターラインですね。

古瀬 2階は項目別に件数を出しておけば、1階で基本的にNENをこれだけ診ている施設だというベースがあるわけなので、さらに施設の得意分野が分かれば、施設を選べるということになりますね。

青木 はい。

古瀬 はい、いいと思います。日本膵臓学会では、内視鏡指導医や薬物療法の指導医など分野別の指導医を出しているのです、それも参考にできるといいと思います。

青木 肝転移はどうでしょうか。肝転移の治療に関しては。これは膵臓と一緒にたにしちゃってもいいですか。膵NET、あるいはNEN肝転移の治療実績。

古瀬 肝転移の治療方針は施設でかなり違うように思いますので、たたき台が必要かと思えます。

青木 そうですね、はい。それもまた各臓器、専門の先生がいらっしゃるので、ちょっとまたお願いしてというのも考えてみますが、本間先生、消化管はどんな感じで考えたらいですか。

本間 すみません、膵臓はNETもNECも多分同じ先生たちがやられると思うんですけども、消化管ですと上部はNECが多くて、下部はNETが多いみたいなどころがあって、ちょっと東先生とも相談したんですけども、もしかしたらNECとNETで少し要件がずれちゃうかもしれないというところがあります。

青木 例えば先ほど古瀬先生が言われたみたいに、上部消化管のNETの診療実績、NENにしちゃいましょうか、NENの内科的治療が何件とか、数字だけ出せといわれたら、上と下だけ分けて数字で出せば、それでいいですか。

本間 そうですね、それで大体どっちは見当がつきます。それで大丈夫そうですね。

青木 上部の内科的治療を何件やっている、上部の外科的治療を何件やっている、上部の内視鏡治療を何件やっている。

本間 はい。

青木 内視鏡と内科治療、薬物治療はやっぱり分けたほうがいいですね。消化管の場合はそうですね。

本間 そうですね、はい。内視鏡治療、外科治療、内科治療ですね。

青木 3本立てぐらい。

本間 はい、それで大丈夫だと思います。

青木 あと、診断に関しては何か入れておいたほうがいいですか。内視鏡生検はそれほどまあ……EUS-FNAはちょっと入れたほうがいいかなと私は思ったんですけども、消化管に関して、診断に関して何か入れておいたほうがいいですか。

本間 恐らく生検が普通に消化管からできると思いますので、あまりそこは要件にはいれなくて良い、EUS-FNAみたいなことはないかなと思います。

青木 消化管は要らない。膵臓はやっぱりFNAがないと、診断ができないと困ると思うんですけども、古瀬先生、それはいいですか。診断も入れておくという。

古瀬 膵臓はやっぱり入れておいたほうがいいですね。

青木 はい。肝胆膵の池田先生もいいですか。

池田 はい、入れるべきだと思いますが、確認させてほしいのが、NETに対してFNAの経験なのか、膵臓の腫瘍に対するFNAの経験なのか。

青木 どうでしょうね。ただ、そのNENという縛りを除くと、例えば膵臓だと、膵切除何件かというのと同じなんですよね。

池田 そうですね。そうすると数が……どうなるかな。

青木 やっぱりNENの資格なので、NENのをどれぐらいさしたことがあるかでのいいのかなと、ちょっとこないだから……

池田 そうすると、まあ何となく肝メタが圧倒的に多いので、肝メタの生検しかしてないような気もしますけどね。

青木 そうということですね。

なるほど。じゃ腫瘍生検にしますか。

古瀬 膵NENに対して、肝転移の組織生検でも、EUS-FNAでも、いいと思いますので、合わせてでよいと思います。

青木 じゃ、診断にしますか。FNAという手技を、膵臓へのFNAと特定しないで。

池田 でもいいような気もしますけどね。要りますかね。

古瀬 青木先生。

青木 はい。

古瀬 大まかなたたき台を作りませんか。イメージが湧かないので。

青木 なるほど。分かりました。じゃ今日は準備が足りていませんので、2階建てに関してはまた東先生と相談しますし、この前ちょっと外科と内科に分けたりして、担当の委員を少しお願いした経緯もありますけれども、そこを臓器別に作り直しして、こういう基準を作ったらどうかということを、消化管で何人かと、膵臓あるいは肝転移で何人かということで作ってもらって、それをまた全員で考えると。それで2階を作り上げておしまいにすると。そういうステップで、ちょっと今日はそこまで難しいので、もう時間もありませんし、どうでしょう。

東 はい。一応前回青木先生に分けていただいた分け方が、手術に関するとか、そういう分け方ではあったんですが、一定の意見を頂いていた分は、今日はちょっとお配りしてい

なかったんですけども、このような形ではお電話いただいていた。

ここの中では、手技もしくは手術に関してNETに対するものというふうに限定するか、それとも、それも含めた関連した上部消化管の、もしくは下部消化管の、肝胆膵の、というグローバルな数を数えるのかというので、ちょっとそこをどうしようという、それが決まっていなくてそういった形なんですけど、

青木 そうですね。

東 そこをどうしましょうか。もう今から分散すると、そこがちょっとばらばらになる懸念があるなと思ったのですが。

青木 ですので、さっき古瀬先生は、こういう施設基準は1階で切ったので、2階はもう数字だけ、経験数だけ入力してもらえば、あるいは登録してもらえばいいという御意見だったので、私もそれでもいいかなと思いますので、その場合はもう何の項目を数字として入れてもらうかだけ検討していただければいいわけですよ。なので、下部の内視鏡を何件やった、下部のNETの経過手術を何件やったという項目だけでももらえばいいんじゃないですかね。

東 じゃ、もうその対象は別にNENには限らないという原則でいきますか。

青木 いやいや、それをどうするかですが、僕はNENに限ったほうがいいと思っているんですけど、

東 じゃそれも含めて、分かりました。

青木 胃がんや直腸がんと言い出すと、ちょっとどうかなと思います。

細野 細野です。すみません、今の議論ですけども、項目立てという考え方でしたら、その1つ1つの項目が、NENに特化した項目であろうと、またほかの悪性腫瘍全体に共通した項目であろうと、まあ混じってもいいということにもなるかとは思いますが。必ずしもNENだけの項目じゃなきゃだめという、これはかなり何か偏ってくると思いますか、なので、もちろんNENに関する項目が主になるのはいいと思いますけれども、ほか全般に関わる項目もあってもいいんじゃないかと思うんですが。

青木 じゃ例えば直腸の外科手術で、直腸がん手術何件、括弧そのうちNENが何例とか、そういう感じですか。そのうちNENが何例ありましたとかですか。

細野 そういう項目にしてもいいですし、項目主体にして、ある項目はNENに関して聞いている項目ということでよくなって、まあそういう項目が恐らく過半数なんだろうけれども、そうでなくて、いろんな疾患に関する項目もあってもいいと。括弧づけにすると内

容が複雑になっちゃいますので、1つの項目は1つのことを聞くと、シンプルにしていいのではないかと思うんです。

青木 なるほど。じゃ、下部消化管NENに対する外科手術が3年で何件、下部消化管悪性腫瘍に対する手術が何件とか、そういう別立ての項目を幾つか並べておくと、

細野 はい、そういう切り分けの作り込みのほうに分かりやすいんじゃないかと。

青木 手術件数も大体把握できて、そのうちNENがどれぐらいあるかも分かると。

細野 はい。

青木 はい。そういう意見をちょっと参考にさせていただきながら考えてみて、また次回とか、近々にも決めちゃえればと思いますが、いいですか、取りあえず。今日はもうあんまり時間もなくなってきましたけれども、そういう感じの御意見もありましたが、あと、どういう調査項目を2階に入ればいいのかということに関して御意見を頂くと。で、担当の委員を、前回消化管に当たっていた……内科集学的治療というのを1つ作っていたので、これを消化管と隣に分けなきゃいけないんですけれども、それをメンバー分けさせていただいてお願いするというのを次のステップに考えたいと思いますが、よろしいでしょうかね。いいですか。御意見ありましたら。

古瀬先生、よろしいですか。じゃそれでちょっと次、考えてみようかと思いますが、よろしいでしょうか。

古瀬 はい、いいと思います。

青木 東先生もこれでいいでしょうか。

東 はい、大丈夫です。ありがとうございます。

青木 はい。じゃ今日の話し合いは大分2時間近くやってしまいましたが、こんなところで、一度東先生へお返しします。

東 はい、ありがとうございます。活発な議論を頂きまして、ありがとうございます。今回の成果ということで、全体部分のところが決まったというのは大きな前進だと感じております。どうもありがとうございます。

そうしましたら、次までに各論的なところ、2階建ての部分を考えていただくということで、またメール等で1回たたき台の議論を頂いて、それをこういったウェブ会議で最終化すると、こういった形でいきたいと思います。大きなステップが進んだということで、本当に今日はありがとうございました。

これで、よろしいですかね、終わらせていただきます。本当にありがとうございます。

お疲れさまでした。失礼いたします。

青木 はい、ありがとうございました。

(了)