

希少がん対策ワーキンググループ 第1回神経内分泌腫瘍分科会

開催日：令和元年9月20日（金）

場 所：東京大学医学部教育研修棟 13F 第8セミナー室

**（青木分科会長）** それでは定刻となりましたので、ただいまから希少がん対策ワーキンググループ第1回神経内分泌腫瘍分科会を始めさせていただきますと思います。

最初に会長挨拶と書いてあります。獨協医科大学第二外科の青木と申します。よろしくお願ひいたします。NETのエキスパートの諸先生方を前に私がこのような大役をとということなので身の引き締まる思いでございます。東先生と2回ほど打ち合わせをさせていただきましたが、非常に大変な仕事だなというのが現在のところの感想でございます。希少疾患に対して患者さんに有用な情報をいかに提供して、かつ集約的に診療、研究を進めるかという命題のもとに、これまでザルコーマと目の腫瘍、そしてNETが今回3つ目の腫瘍の種類ということで、どのようなことが可能であるかということをお願ひを伺いしながら進めていければと思っておりますのでなにとぞよろしくお願ひいたします。

きょうは最初の会合ということでございますので、有名な先生方ばかりですが、お一人、お一人、自己紹介をいただければと思います。奥坂先生から順番に左、反時計回りでお願ひできればと思います。よろしくお願ひいたします。

**（事務局・奥坂）** 座って失礼します。国立がん研究センター中央病院の奥坂と申します。この事業は国立がんセンター中央病院が厚生労働省から委託を受けてやっているということで、病院長の西田から事務局をするようにとの指示をいただきまして、東先生のサポート役として今回はかかわらせていただく予定です。どうぞよろしくお願ひいたします。

**（事務局・松木）** 初めまして。国立がん研究センターがん臨床情報部で東先生のもとで研究をしております呼吸器内科医の松木と申します。今回はNETの解析等で携わらせていただいております。後ほど発表もさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

**（眞島オブザーバー）** 初めまして。NPOパンキャンジャパンという膵臓がんの患者団体ですが、私自身が膵神経内分泌腫瘍を患ったということから、このPNETの患者さんのサポートに入りました。当初、奥坂先生と一緒に勉強会を立ち上げさせていただいて、その後NETのフォーラムをやり、患者会育成に努め、今では、INCAという国際神経内分泌腫瘍の患者会がございますけれども、そちらのほうの理事もさせていただ

ておりまして、啓発活動を行っております。どうぞよろしくお願いいたします。

**(若尾センター長)** 皆様、初めまして。国立がん研究センターがん対策情報センター、センター長の若尾と申します。きょうはこちらの会はオブザーバーとして参加させていただいております。

がん対策情報センターでは、先ほどからご紹介のあります希少がんワーキンググループの事務局をさせていただいております。こちらのNETにつきましても皆様方のいろいろなご意見をいただいて、臨床的に患者さんが頼りになる病院をリストアップするようなことをご協力をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

**(堀田委員)** 静岡がんセンターの内視鏡科の堀田と申します。私は内視鏡科ということで主にNETに関しては大腸NETの内視鏡治療を中心にふだんの診療は行っておりますが、大体コンスタントに年間20例ぐらいの患者さんを治療しております。ただ、それ以外の内科的な薬物療法とかそういうものには基本的には携わっていないということで、内視鏡の立場から協力できればと思っております。よろしくお願いいたします。

**(絹笠委員)** 初めまして。東京医科歯科大学の絹笠と申します。私は外科医でございまして、担当する分野は消化管ということで、食道・胃・小腸・大腸をやっています。私個人としては大腸を専門にやっている外科医でございまして。

もともとは堀田先生と同じく静岡がんセンターで長く大腸外科医をやっております。そのとき多くのNETの患者さんを手術する経験をいただきました。そして、現在は、東京医科歯科大学は私以外に工藤先生という膵臓のNETで手術や加療をかなり多く行っておられる先生がいらっしゃることで今でも多くの患者さんを担当させていただいています。外科医の立場からご協力させていただきますのでよろしくお願いいたします。

**(笹野委員)** 東北大学の病理の笹野です。ちょうど今WHOとIRCで、全ての神経内分泌腫瘍を同じ名前にしようかということをして16人ぐらいの委員でやっているのですが、ただなかなかいろいろとあります。よろしくお願いいたします。

**(伊豫田委員)** 東邦大学の伊豫田といいます。私は呼吸器外科医でありまして、1999年にLarge cell neuroendocrine carcinomaが肺で分類されたときからその研究に携わっております。Memorial Sloan-Kettering Cancer CenterのTravis (0:05:38)先生と共同研究をやった関係で、この会にお呼びいただいたのではないかと思います。消化器のことはあまりよくわからないので勉強させていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

**(小林委員)** 私は横浜市立大学臨床腫瘍科の小林と申します。名前どおり臨床腫瘍科ということで、基本的には薬物療法を中心に広くやっているんですが、NETに関しましては peptide receptor radionuclide therapy、放射線治療のほうを海外のバーゼル大学と共同で6年ぐらい前から患者さんのやりとりをしているというような状況があります。奥坂先生のほうからきょうのこの会に推薦いただきまして参加させていただきました。年間40～50人の患者さん、特にセカンドオピニオン等が多いのですが、終末期に近いような方も含めて日々臨床で対応しております。よろしくお願いいたします。

**(増井委員)** 京都大学の肝胆膵・移植消化器外科の増井と申します。私も外科で、専門は膵臓のNETでございますけれども、2012年に立ち上がりました日本神経内分泌腫瘍研究会の事務局で幹事をさせていただいてまして、その関係もあって、今回、このような希少がん、分布であったりとか、あるいはガイドラインの作成にもかかわっておりますので、そういうところでご協力できればと思いました。よろしくお願いいたします。

**(細野委員)** 近畿大学医学部放射線科の細野と申します。放射科医として、専門は放射線医薬品を用いたイメージングから内用療法ということでございます。NETに関しまして、先ほど言われましたPRRT、lutetium dotatateが今国内で治験がされていますけれども、それに当たりまして、放射線医薬品としての取り扱いの指針を作成させていただいたり、あるいはNETに関するイメージングの海外から国内への導入についても及ばずながら努力しております。ということで、今回この会にお呼びいただいたことと思います。どうぞ、今後ともよろしくお願いいたします。

**(松山委員)** しまうまねっとの松山千恵子と申します。しまうまねっとは、2012年にパンキャン主催のNET患者フォーラム後に、登録不要の患者サロンとして始まりました。私は、2006年に発見されたが診断されず、2010年にPDをして、2015年から国立がん研究センター中央病院の患者です。患者の会は、私はちょうどパンキャンさんがNETの患者に勉強会などをしてくださるタイミングに診断されましたので、2010年12月の奥坂先生の講演会に参加し、そのときにNET患者フォーラムに参加するというぐあいに、たくさんの情報を得ている立場ですけれども、何分非常に素人ですので、先生方との知識の差とかその辺はものすごく、ちょっと突拍子もないかもしれませんが、よろしくお願いいたします。

**(原委員)** しまうまサークル@関西の代表原敬子と申します。私たちは関西を中心に活動しております。2012年に患者会が発足いたしました。私自身は会社の健康診断で直腸カ

ルチノイドが見つかりまして、手術していただいたという経緯で始めました。患者会は当初パンキャンさんが主催されるNETフォーラムで、大阪で今村先生のフォーラムがあったときに3人の仲間に出会いまして、生島さんと3人ですか、立ち上げたのですが、病状が進まれたりで、今は私がやっている状況です。大体60人ぐらいが正会員となっております。よろしく願いいたします。

**(事務局・東)** 事務局をさせていただきます国立がん研究センターがん対策情報センターの東と申します。先生方、皆様方に突然メールをお送りさせていただいて、この希少がん対策ワーキンググループにご参加いただけませんかという大変失礼なメールを送りつけた張本人でございます。もともとは内科医ではあるのですが、今は公衆衛生ということで、こういった医療制度的なところの研究、ないしはがん対策といったところを若尾先生のもとで厚生労働省と一緒にやっていて、そのような仕事をしております。

きょうは本当は厚生労働省から2人来るはずですが、ちょっとおくられているようですので始めさせていただきます。

この希少がん対策ワーキンググループというのは、そもそも国のがん対策というのは、五大がんと言われるメジャーながんを中心として始まったというところがありますけれども、それだけではないだろうという声を眞島さんをはじめとして挙げていただいたところから希少がんを何とかしようということで始まったものです。そこから、まず希少がんとは何だろうという話、どうやって定義するのかということから議論が始まって、またいろいろな点についての検討をしてきたのですが、最後は、一つ、希少がんはがん種でそれぞれいろいろと違うというところでがん種ごとに検討しようということとなりました。青木先生から冒頭にお話がありましたとおり、四肢の軟部肉腫を1つ目、目の腫瘍を2つ目、この神経内分泌腫瘍が3つ目というところで始まりました。それぞれがん種ごとに分科会と呼ばせていただいておりますので、神経内分泌腫瘍に関しても神経内分泌腫瘍分科会といった形でこの会のタイトルをつけさせていただきました。

事務局もいろいろと不手際もありますが温かくおつき合いいただければと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

**(青木分科会長)** ありがとうございます。それではプログラムに沿って進めたいと思いますが、その前に配付資料をご確認いただきまして、配付資料は1～7まであるかと思いますが、もし不足しているものがございましたらお知らせください。

きょうは初回ですので、どういう目的で皆さんに来ていただいて、どういうことがミッ

ションかということに関してベースの知識の共有が必要かと思しますので、そこに関してまず東先生から、先ほどから少しさわりが始まっていますが、お話しいただければと思います。東先生、お願いします。

**(事務局・東)** はい。資料2をごらんください。映しますスライドと全く同じものがお手元の資料2になっております。4アップのものですけれども、左、右、左下、右下となっておりますのでよろしくお願いします。

さわりは申し上げたとおりですが、希少がん対策ワーキンググループというのは厚生労働省の検討の中で生まれたものであります。厚生労働省のいつもの動きというのは、検討会をして、何回か検討した後に報告書を出す、その次に報告書をもとにやっていくということになるわけですが、「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」というのが出まして、そこには、特定のがん種に絞って医療提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発といった取り組みの実務的な内容を検討していくということが定められております。特にネットワークの整備であるとか、情報発信をここで検討するのがいいのではないかということ、あと、委員の構成としては、各がん種に携わる診療の専門家の先生方と患者団体の代表に方々が一堂に会して議論をいただくというのがこの報告書で定められている次第です。

そもそも希少がん対策のこれまでの動きといたしますと、がん対策推進基本計画という国の計画がありますが、平成24年6月にそれが改定されて第2期が始まったときにこの希少がんを何とかしていこうということが書き込まれたが始まりと言えます。

そこから平成26年2月に国立がん研究センターで希少がん対策ワークショップというのを行いまして、希少がんというのをみんなはどう考えているのかというところで、ブレインストーミング的な会が行われました。それを受けてこの検討会というのが、1年後になります。平成27年3月から8月まで行われて、それで、先ほど申し上げたような結論として、全体的なことは検討会で話し合う、今後はがん種ごとに検討だということで、平成28年3月から希少がん対策ワーキンググループ、最初は四肢の軟部肉腫、次に眼腫瘍ということで検討を開始しております。

そうこうしているうちに、平成29年10月にはがん対策推進基本計画が改定されまして、第3期になりました。ここでは希少がんの記載が数ページに拡大されまして、これからは希少がんをやっていかなければいけないということが強調される形になっております。

その後、平成29年12月には、先行して検討しておりました四肢の軟部肉腫に関して、

専門施設を同定して情報公開するというのが始まって、平成30年1月には、これまで単に厚生労働省の委託事業という形で特出ししてやっていたものですが、国立がん研究センター自体が希少がん中央機関に指定されまして、その一部として、診療等それぞれある中で、そのうちの一部として希少がん対策ワーキンググループを続けていくということになっております。

次のスライド、この検討会の報告書であります、割と簡素な報告書であります。目次だけをここに持ってきましたけれども、「はじめに」があつて、定義があつて、取り組むべき課題を医療提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発に分けて記述があります。最後に希少がん対策に関する検討の場ということで希少がん対策ワーキンググループということが書かれています。

まず、定義がここで決まったわけですが、一応2点の視点がありまして、一つは少ない、希少であるということ、この基準としては年間発生が人口10万人当たり6例未満ということが書かれています。これはヨーロッパの基準として使われているもので、日本でもこれは適用してもいいだろうということで決定しました。ただ、少ないからといって特に希少がんが困っているわけでもないのではないかと、むしろ、少ないけれども普通のものよりも予後がいいというものがあるという議論もありましたので、希少がん対策の対象とするものは、数が少ないために受療上の課題が大きいものというところを特にやっていくべきだということもあわせて書かれたということが言われております。

これは先ほど申し上げた希少がん対策ワーキンググループ。

3つ目の腫瘍になぜ神経内分泌腫瘍が選ばれたのかということですが、最初の四肢の軟部肉腫というのは、まれながんという軟部肉腫というのがすぐに思いつくところで、がん対策推進基本計画にも軟部肉腫などみたいな形の記述があったことから選ばれました。

次に目の腫瘍が選ばれた理由というのは非常に少ないということで、極少希少がんをどうするのかという視点で検討が必要だろうということで選ばれたというところがあります。

神経内分泌腫瘍というのは、今度はちょっと違った方面からということで議論をさせていただこうということで、希少がんの頻度基準は満たしているけれども、比較的新しい概念で、治療開発などは今進歩がどんどんあり、専門の先生方はもちろん理解が進んで自信を持って治療はされますけれども、本当に日本の隅々の医療機関でそれが広まっている

かという、そうでもない可能性があるというところをどうするかところにフォーカスしたほうがいいのではないかという配慮があって、そこにはやはり集約化と均てん化のバランスをどうとるかという難しい問題があると思うのですけれども、そこを議論ができるモデルになるのではないかということは言われております。

神経内分泌腫瘍はそうですけれども、神経内分泌がんについてもいろいろな視点からあわせて考えるというところで、治療開発が必要だといったことも含めて考えられるという、いろいろな検討をするモデルになるのではないかというところで選ばれたということがあります。

一つ、大きな話題といたしまして、希少がんを考える上で集約化ということが挙げられます。集約化というのは、希ながんは、集めてしまおうというふうに考えるわけですけれども、果たしてそれが本当に必要かというところは議論が分かれるところでありますし、それががんの種類によっても多分違うだろうということがあります。

先ほどの希少がん医療・支援のあり方に関する検討会の報告書でも、集約化に関しては再三記述がありまして、スライドに持ってきてますが、集約化をすることで患者さんが容易に専門的な医療機関を見つけられるようになるだろう、逆にそういう情報が出れば集約化も進むであろうということも想定されておりますし、医療機関における若手の先生方、これからの先生方の一種の教育にも役に立つのではないかと、必要な集約化をすればそうやって役に立つのではないかとということも期待されております。さらに、最後の8ページのほうで言うと、研究開発も集約化をすることでスムーズにいくだろう。

逆にいうと、そういったところが必要だと言われるところにはその集約が必要だというところで、必要なレベルの集約化をするというのが今後の課題になるのではないかとされています。

集約化に関しては、一般国民はどう考えているのかということについても、平成26年にアンケート調査、内閣府が世論調査を行っておりまして、希少がん一般ですけれども、「希少がんにおいて専門的な病院を指定して、患者を集める仕組みが必要だと思うか」という問いについては、「必要だと思う」と答えた方は56.3%で、「どちらかといえば必要だと思う」という方は32.1%、これをポジティブな意見ということで合わせると89.4%、90%近くが「必要だと思う」と答えております。

これは漠然とした質問で、珍しいからと提示されたら、それは「集めたほうがいい」ということになるのは当たり前の一面もあるのですが、一般国民もそのように考えるという

ことはここにあらわれていると思います。

ただ、集約化と言うのは簡単ですが、ではどうやったら集約化するのかということは非常に難しい課題になると思います。強制的な施設配置と紹介システムをやりなさいとしていくのはアイデアとしては簡単に出ると思いますけれども、それを実際にやることは非常に難しいですし、普通に考えれば、強制的な集約化をすれば患者さんのアクセスは低下するだろう、専門施設にかかりにくくなってしまうということもありますし、その配置を具体的にどうするのか、全国に何施設必要なのか、どの程度の配置にするのか、東京は人口が多いからたくさん入れるのか、それとも一元的な配置をどうするのか、そういったこともなかなか難しいかと思います。

強制的というより、集約化を誘導したらどうかというふうに、少し引いた形で考えられると思いますけれども、では医療提供側でどうやって誘導するのか、診療報酬という形に誘導するのか、補助金をつけて誘導するのか、そんなことはすぐにはできないと思います。それが、ちゃんと根拠を持って説明ができて、予算当局が予算を出す、予算が納得できるというようになれば別ですけれども、なかなか難しいところがあります。

とりあえず今は、情報公開による専門施設の明確化をすれば、患者さんが集まっているところに行きたいという患者さんは自然にそちらのほうに行かれるでしょうし、そうでない患者さんは地元で受けられるということになるでしょうから、とりあえずそこは誰も異論のないところだろうというところで着地点としてはいいのではないかと言われてきたのが現時点のところではあります。ただ、これが本当に効果があるのかということについては検証の課題ではあると言われていています。

これまで四肢の軟部肉腫、目の腫瘍、それぞれそうやって専門施設を募って情報公開をするということをやってまいりました。ただ、それはやり始めたばかりですので、それが本当に集約化につながっているのかということについてはまだこれからの検証というところでもあります。

具体的な情報公開の手順といいますか、状態といいますと、こういった画面のようなホームページ、「病院を探す」という国立がん研究センターのホームページで希少がんの情報公開専門施設を探すところをクリックすると、こちらの右下のほうに希少がんの専門施設が出てくるといった形をとっております。

こういったことを神経内分泌腫瘍でもできるのかということを検討していきたいと思っております。手順としては専門施設の条件は何かということをお話し合っていて、各

専門の先生から、患者さんが病院を選ぶときにどう考えられるのかというそこをいろいろとご意見をいただきながら考えていきたいと思っている次第です。

今回の委員構成は、資料7の委員名簿もありますが、このような形になっております。これだけの先生方の日程を合わせるのはかなり日程調整が難航しました。3名の先生が今回はご欠席ということになっています。本間先生は30分ぐらいおくれて来るというご連絡をいただいています。

ということで、そのようなオーバービューで進めていきたいと考えております。スケジュールとしては、きょうはある程度ざっくばらんに議論をしていただいて、それをある程度事務局でまとめたような形で今後の議論につなげていきたいと考えておりますので、そこを今後、できたら今年度中に2回、ちょっと厳しいかもしれないですけども、2回程度やりたいと事務局としては考えています。そこで情報公開のための対象のがん種の範囲であるとか、施設の条件とか、公開する項目、そういったものを決定して、来年度あたりで実際にがん診療連携拠点病院からその条件に当てはまると思う、自分で思うというところで募集をかけて、手挙げ式で条件に合うところの情報を収集して公開するといったことをしたいと考えている次第です。

駆け足でざっとご説明という形になりましたけれどもいかがでしょうか。

**(青木分科会長)** ありがとうございます。後から来られた厚生労働省の方、補足があればご挨拶を兼ねて何かお願いします。

**(厚労省・安藤)** 遅くなりました。厚生労働省健康局がん・疾病対策課の安藤と申します。私は出向でございまして、国立がん研究センター中央病院から出向しております。東先生にもいろいろなお相談に乗っていただいて、今回のワーキングが開催できることになりました。本日はよろしく願いいたします。

**(青木分科会長)** 今のお話に補足はいいですか。大丈夫ですか。

最後のスケジュールを見ると、集約化ありきみたいなことになっているのですが、私は2回話をしてみて、まず必要なかどうか、できるかどうかというところから検討すべきなのではないかと感じておりますので、そのところをちょっと。

というのは、これまでの2腫瘍は目だったり、四肢だったりということである程度臓器が限られているということです。NETは体中の臓器にあって、非常に各臓器によって取り扱い方が全く違って、笹野先生が先ほど言うておられましたが、取り扱い規約が違う、名前も違う、呼び方も違うという現状がございます。それから非常に予後のいい方も

いらっしやれば、肝転移で非常に大変なことになる人もいまして、ステージによって全く予後が違ふ。あとはNECは非常に難しい問題があつて、非常に幅が広いものですから、そこに関してどこまでを集約化の対象とするかといったことも含めて、私としては、かなり幅広く議論をしてからでないといふ進められないのではないかといふ印象を今のところ持っていますので、まずこの段階でご質問やご意見をいただければと思います。それをいただいた後で、NETの統計学的な現状はどうなっているのかといふことを踏まえて現状を把握するといふことに入りたいと思います。

最初のミッションの内容に関してご質問、ご意見等がございましたら。JNETSが発足したのは2012年でしたか。2013年から学術集会が始まつて、悉皆登録という形で今全例登録制度をやつていて、5年たつてやつと結果がもうすぐ出るかといふぐらいで、そうすると統計学的なことが言えるわけです。JNETSは今までは啓発して、すそ野を広げてガイドラインをつくつて、多くの施設になるべく同じ診療をやつてもらえるようにといふ、むしろ均てん化のほうでずっと活動されてきたと思つたのですが、集約化といふ点は今までJNETSには機能されてきていないのですけれども、その点に関してどうでしょうか。

**(増井委員)** 集約化するの患者さんにとつても確かにいいと思つたのですが、一つの問題は、そうすると、集約化された施設以外はほとんど何も診られないといふか、診ないといふことになってしまうかと思つたので、そこが危惧されるといふことが一つはあるかと思つた。そういうこともあつて、啓発といふ意味で均てん化を進めていふということもあります。

**(青木分科会長)** JNETSは今のところはむしろそつちですね。

**(増井委員)** はい。だからどちらも見ておかなければいけないかと思つた。集約化も考えながら均てん化もある程度。確かに先生が言われたみたいに、幅が広いので、どこからを集約化に持つていくのか、どこからを集約化しなくて均てん化でといふ切り分けするようところがもしかしたら必要かもしれません。

**(事務局・奥坂)** この疾患は両方の視点が必要だと思つた。まず診断から考えると、患者さんはどこへ行くかわからないわけなので、ある程度均てん化しておいて、この病気をピックアップしていただかない限り正しい治療にたどり着かないといふ意味では均てん化が必要でしょうし、あと、治療は非常に特殊な部分があつて、手術とかPRRTとかが始まっていますけれども、そうすると、今度は専門家にかかるといふのが恐らく患者さん

にとってはメリットになるだろうという意味で集約化は必要だということなので、ある程度のところでちょっと切り分けが必要になってくるのかと印象が私もいたしました。

(眞島オブザーバー) JNETSの先生方とこの件について以前からお話をさせていただいて、ヨーロッパで行われている Center of Excellence みたいなことが日本でもできないものかというお話をさせていただいたのですが、やはりある一定の施設に何らかの条件をつけて絞り込むという、その何らかの条件のところを皆さんでアグリーするというのは結構難しいのではないかというお話はございました。

ただ、今、ゲノム医療もそうなんです、かなり高度な医療というのが出てきていて、それで医師主導型治験が必要になってきた。そういうことを考えると、今、奥坂先生がおっしゃっていましたが、そういったことができる施設自体が日本全国を見ても数が少ないということがあって、ゲノム中核病院も 11 施設からスタートしているところもありますから、何らかの形で、Center of Excellence という名前がいいのかどうかは別として、そういったような施設に行ったら本当に高度な医療がそこで実際にテストされていて、治験されて、医師主導型治験なのかわかりませんが、患者さんにも参加するチャンスがある。今ですと、治験自体をどこでやっているのかわからないということがありますので、そういったようなご案内ができるようなものがあつたほうが患者さんとしてはありがたいのではないかと思います。以上です。

(笹野委員) Center of Excellence、私はそのころ ENETS の役員で、いわゆるその選定にも役員会でかかわっていたのですけれども、実は今だから言えるのですが、その COE の概念をつくった先生の施設が選定されないくらいフェアにやられていました。当時 EU はまれな腫瘍の患者をけして orphan にしないというのがポリシーでしたので、ちょっと文化的背景が違うのかとは思いますが。。

ただ、この Center of Excellence をどういうふうな基準で選考したのかという資料を集めるのは悪いことではないと思いますので、むしろ正式のルートで、厚生労働省かどこかを通して ENETS あるいは EU の該当する部署から入手するというのは良いことではないかと思います。

もう一点は、これは大変失礼な言い方ですが、四肢の軟部肉腫ですと、足に起きようが、腕に起きようが、名前が変わらないのです。例えば NEN とは異なり全身どこに発生しようが Rhabdomyosarcoma は Rhabdomyosarcoma です。このように病理ですから四肢の軟部肉腫

はよく診るのですが、神経内分泌腫瘍よりは命名あるいは病名に関しては決して複雑ではありません。

気になるのは、先生が出されたスライドで、四肢の軟部肉腫の公開まで8回の会合が開かれていますね。そうすると、NETで2回の会合だけで大丈夫なのかという危惧があります。

(若尾センター長) これは更新していますね。8回で初めて公開ではなくて、

(事務局・東) 私の書き方が悪かったのですが、これまで8回やったというだけで、大体3回ぐらいで一旦合意を得て募集をするという。基準を決めるのに8回かけたわけではないです。

(笹野委員) 何かもめたような印象が正直窺われますが。。

(事務局・東) そこは大丈夫です。

(青木分科会長) NETを3つ目に選ぶのはかなりチャレンジングですね。

(笹野委員) 軟部肉腫が単純だとは言いませんけれども、実際病理の立場から見ると神経内分泌腫瘍は複雑で奥が深いです。

それから一つの提案は、実は今一番多くふえている前立腺神経内分泌腫瘍をどうするかです。

(青木分科会長) 集約化の対象ですね。そこが難しいところだと思います。

(笹野委員) 前立腺を入れるとなると消化管腺とはやや異なりますので。。

(青木分科会長) 肺の先生がいらしているので、肺がまた独自の立場をとっていらっしゃるから、そこも難しいところでもあります。

(伊豫田委員) 比較的頻度の多い小細胞癌も、神経内分泌腫です。小細胞癌の診療は通常どこの施設でもやっていますので、肺の場合、ターゲットとするのは、この基準に入るのは Large cell neuroendocrine carcinoma と Atypical carcinoid と思います。肺の carcinoid は、消化器のニュアンスと大分違いますので、そこをどうしていくのかと思って話を伺っていました。

(青木分科会長) 皆さんも感じていらっしゃるようですが、多様性をどう克服するかというのがあるのではないかと思います。ほかにご意見はいかがですか。

そうしましたら話をプログラムに沿って進めます。現時点でのNETの患者さんや診療体制が日本全国で、院内がん登録でうかがいしれるという、JNETSのデータはまだわ

かりませんので、院内がん登録からわかる現状ということに関して、松木先生からお話し  
いただきたいと思います。よろしくお願いします。

**(事務局・松木)** よろしくお願いいたします。お手元の資料3のスライドのほうで説明  
させていただきます。私のほうからは神経内分泌腫瘍 (NEN) の現状ということで、消  
化管G I N E T、膵臓P N E T、肺、今回はL C N E Cについてスライドをご用意させて  
いただきました。

スライドの2枚目をごらんください。これに関しましては2015年から17年までの院内  
がん登録全国データを用いて予測罹患率を提示させていただきました。G I N E T・P N  
E Tに関しましてそれぞれ3年度分、3×2の表でお示ししているのですけれども、年度  
を経るにつれてそのデータのトータル患者さんの数が徐々にふえておりまして、直近の  
2017年では人口10万人当たりの予測罹患率というのがこちらのデータの値から計算しま  
して、それぞれ2.54、0.87というふうになっております。そしてこちらの院内がん登録に  
含まれていない患者さんがいらっしゃるということも想定して、条件を、掛けるその3分  
の4倍ということで、それぞれ3.39、1.17というふうに書かせていただきました。

なお、消化管G I N E Tのほうに関しましては、部位ごとにそれぞれ罹患率を出してお  
りまして、どの年度でもやはり圧倒的に大腸が多く、7割程度、続いて食道、胃、十二指  
腸で約4分の1、25%前後、小腸・虫垂は最も少なくても4%から5%程度で、これは過去  
の報告とも少なからず合致しているという状況かと思えます。

次のスライドに参ります。こちらはG I N E T・P N E Tに関しまして治療の実態とい  
うことで、こちらは2017年、先ほどの直近のデータの院内がん登録データを用いまして、  
初回治療というものをお示ししました。左半分がG I N E T、右半分がP N E Tとい  
うことになりまして、上の棒グラフに関しましては、すみません、字が小さいのですけれど、  
左から、resection、chemo、radiationというふうになっております。

resection (切除) の患者さんが両方ともやはり一番多くて、G I N E Tでは9割、P N  
E Tでは8割となっております。真ん中のchemoについては、それぞれ化学療法を行った  
患者さんになるのですけれども、G I N E Tでは2%、P N E Tでも10%と比較的少ない  
状況、そして一番右、radiation (放射線治療) に関しましては、解析上では両方とも1%  
未満という結果が得られております。

そして一番多かったresectionに関しまして、引き出しまして、1番下の円グラフに書  
かせていただいておりますが、切除された患者さんがどういった形で切除されたのかとい

うことです。青色が endoscopy（内視鏡）での治療になりまして、真ん中のオレンジのほう  
が腹腔鏡、1番下のグレーの部分が open surgery ということで開腹手術による切除と  
いうことになっております。こちらのデータからは、G I N E Tのほうは圧倒的に内視鏡  
が多くて7割程度、続いて腹腔鏡、開腹というふうになっております。P N E T、膵臓の  
ほうに関しましては、内視鏡は全くゼロでして、open surgery（開腹手術）が7割で、や  
はり一番多いという形になっております。

次のスライドに参りますが、こちらは今ご説明させていただいた症例のうちハイリスク  
症例に絞って解析させていただいたものになります。今回、ハイリスク症例という基準に  
関しまして、N 1またはM 1以上、つまりリンパ節転移がある、もしくは多臓器転移があ  
るという状況に限ってハイリスクというふうにこちらで定義させていただきました。

同じようなグラフになるのですが、上の棒グラフでは、やはり先ほどのスライドと見比  
べていただきますと、真ん中の chemo（化学療法）というのが両方ともふえていて、その  
分手術が少し減っている。radiation（放射線）のほうはやはり変わらず少ない状況です。  
一番大きく変わったのが resection（切除）内での分布というのが大きく変わっておりま  
して、先ほどG I N E Tでも大きく割合を占めていた内視鏡というのが2%とほとんどな  
くなっている。その分を open surgery（開腹手術）がG I N E TでもP N E Tでも非常に  
ふえていて、G I N E Tでは約半数近く、P N E Tでも8割以上が open surgery（開腹手  
術）でされているというような結果になっておりました。

では次のスライドに参ります。こちらは2017年のG I N E Tの症例に関しまして、施設  
別に一体何例診ているのかというものを示したものになります。2017年、院内登録に参加  
されているのが全国で843施設あるのですけれども、そのうちの0施設というのが約2割、  
189施設ありまして、それを除いた654施設で集計をとらせていただきました。左の全体  
の棒グラフ、非常に1本の幅が小さいのですけれども、1本が1施設という形で、縦が診  
ている患者さんの数になります。それをまとめたものが上の円グラフになりまして、それ  
ぞれ青、オレンジ、グレー、赤がそれぞれ2つのグラフで対応しているような形になりま  
す。

まとめますと、1例～3例（3例以下）というのが全体の53%、4例～9例が37%、そ  
して10例以上というのが約10%ということで、やはり年間を通じて3例以下という病院  
が、1例以上ある病院に限っても約半数以上ということで、集約化というのはあまりされ  
ていないかという印象です。

次のスライドは、先ほどはGINE Tだったのですが、こちらはPNETに限って同じような解析を行っております。こちらは先ほどよりも0症例の施設が多くなっていて、491例、約58.2%、6割近くの症例が年間を通して0例だったということで、それを除いた352施設で解析をさせていただきました。その結果、その中でも約4割、43%が1例しか診ていない。39%が2症例～4症例、残りの2割以下が5症例以上ということで、8割以上の施設が4例以下というような結果になっておりました。

ここまでが消化管と膵臓の結果になりまして、次はLCNECです。肺の大細胞神経内分泌がんにつきまして同じような解析をさせていただきました。LCNECに関しましては先ほどの予測罹患率ですけれども、トータルで963例で人口10万人当たりですと0.80～1.07という結果でありました。そして院内での初回治療、同じスライド内に書いてありますが、全体の6割の患者さんがresectionということで切除をされておりまして、約半数の患者さんが化学療法、術後化学療法とも含んでおります。放射線治療されている患者さんが約10%という結果でした。そしてresection(切除)されている患者さんでは77%、8割近い患者さんが胸腔鏡を含む手術をされていたという結果で、内視鏡の方はほとんどいらっしゃらないという形でした。

次は先ほどと同様施設別の症例数をLCNECについても出させていただいて、こちらはトータル389施設で出させていただきました。その結果は、先ほどとちょっと似ているのですけれども、4割近く、38%が1症例、残りの40%が2症例または3症例、あとの2割ほどが4症例以上ということで、こちらについてもやはり集約化というのはされていないかという印象になっております。

次のスライドをごらんください。今集約化するかどうかというところも話し合っていかなければいけないというところで、集約化のメリット、デメリットについて簡単に記載させていただきます。

まず1つ目、メリットといたしましては、症例数の少ない希少がんへの集学的治療が可能になってくる、2つ目、患者さんが情報を得やすくなる。3つ目、医療スタッフに関しましては習熟度が向上する、4つ目、新規薬剤の臨床試験へのアクセスも向上する、5つ目、質の高い情報収集・研究も活性化する、そういった可能性を秘めているというメリットがございます。

一方、デメリットとしては、こちらが全てそうになっていくというわけではないですけれども、可能性のあるデメリットとしましては、1つ目、患者さんの通院距離が長くなって

しまう恐れがあるということです。2つ目、患者・専門医・かかりつけ医の連携に頼った診療体制、3つ目、集約化といっても集約化された施設がその患者さん全てを受け入れられるのかというキャパシティの問題があります。4つ目、施設による偏りというものもありますし、5つ目、先ほどもご意見がありましたけれども、ほかの施設にいらっしゃる医師の経験症例が少なくなってしまうということ、6つ目、医師の転勤などによる年度ごとの変動、病院による変動の可能性があるということ、7つ目、集約化・予後改善のエビデンスが他国等を見ても確立はされていないというところが少しメリットではない点として挙げられるかと思います。

最後のスライドになりますが、施設基準決定に際して考慮すべき事案を、今までの四肢軟部肉腫や眼腫瘍を参考に一案として挙げさせていただきましたが、症例数、こちらは年間または数年単位、そして有する診療科の種類（内科、外科、放射線、病理）そして基礎・臨床研究の実績、そして患者さんのアクセス、そして自己推薦を許可するかとかしないか、今後施設に課する努力目標などがこれまで挙げられているかと思いますが、一案として挙げさせていただきました。

そして最後、お手元の資料で参考資料1というのがあるかと思うのですが、こちらに関しましては、スライドでお示ししましたNET、こちらはガイドラインではG1、G2に当たるものになるんですけども、こちらの解析に用いましたコードというのを参考のために載せさせていただいております。そしてG3に当たるNECについても解析しております、GINE・TPNETに関して、先ほどと同様に2015年から2017年までの罹患率というのを記載しておりますので、よければご参考ください。

また参考資料2、3、4、非常に多くあるエクセルに関しましては、今まで出てきたGINE・TPNET・LCNEC・GINEC・PNECに関しまして、2017年院内がん登録の参加843施設中に、これらの疾患で1症例以上の経験があった施設を抽出して、2015年以降の年別の症例数、あと所在地、何県にあるのかということに記載したものになります。なお、今回施設名は伏せさせていただいております。ご参照ください。以上となります。

**（青木分科会長）** ありがとうございます。この円グラフは1例以上の施設の中の内訳なので、0も入れるともう大変少ないということになるわけですけども、増井先生、今、JNETSというのは加盟は何施設でしたか。

**（増井委員）** これは施設ではなく科ですけども、診療科であれば300です。

**(青木分科会長)** ですからNENに興味を持って参加している科が日本に300ぐらいあって、施設が800ですから、科にしたら何千科とあるわけなので、ほとんどの施設はあまりNETに関心もなく診療をやっていて、その患者さんが来てしまったのでいろいろなものを頼りに診療しているというのが現実なのではないかというふうに想像します。何か、ご質問、ご意見はいかがですか。まず、このプレゼンテーションに対してご質問はございますか。

**(事務局・東)** 補足をさせていただいてよろしいですか。

**(青木分科会長)** はい。

**(事務局・東)** ご参考までに、これまでやってきた四肢の軟部肉腫について、どういった条件を設定して募集をしたのかというところが資料5にまとまっておりますので、やはり松木の最後のスライドが参考になるかと思いますが、細かく言うと、こんな形で、資料5 a)のような形で、参加していただける専門施設の条件はこれだということをまとめて、そういった条件に合致すると自ら考える施設はこの5 b)のようなデータをください、それを情報公開させていただきますという形をとっています。5-b)は単純な埋めるためのフォームですけども、5 c)のほうにその内容について説明をさせていただいております。

話はもとに戻ってしまうのですが、資料6のほうには、臓器によって神経内分泌腫瘍の扱いが全然違うというお話がありましたけれども、取り扱い規約の該当部分をコピーしてまいっております。一番上が脾臓です。臓器が書いてある部分がホッチキスにかかっているのですが、1枚めくっていただいて2枚目が胃ですね。裏側に食道があります。最後に肺を入れている次第です。確かに名称からしていろいろな名称がついているというのが実際にところでは。

ご参考までに、資料5と資料6が関連するかと思ってお話をさせていただきました。

**(青木分科会長)** ありがとうございます。

**(若尾センター長)** 私は今の診療の現状について全く存じ上げないのでぜひ先生方のご意見をいただきたいのですが、先ほどのデメリットの中に、集約化による改善のエビデンスがないという中で、症例の経験がない施設が多く、ロングテールのようにある中で、実際にそういう施設に患者さんが行った場合、正確な診断ができない、あるいは正しい診断ができない、正しい治療ができないというデメリット的なことは実際あると考えられますか。それとも実際は何らかの形である程度難しい症例でなければ処理できてしまう状況な

のか、それともある程度経験のあるような施設に集めたほうがいいのか、その辺の先生方の感覚、肌感覚ということになってしまおうと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

**(青木分科会長)** 正直なところ、その辺は臓器によって大分違うのです。我々NENにかかわる者としては、膵臓の先生が今まで一番熱心にやってきたという節があって、膵臓の手術はやはり簡単な手術ではないので外科医が中心になって今まで動かしてきたという経緯があります。

堀田先生、絹笠先生にお伺いしますが、内視鏡で粘膜下腫瘍が見つかって、内視鏡切除で終わってしまう方はほとんど再発しないことが多いではないですか。そういう方というのはいくらも。

この前大腸がん研究会でNETが取り上げられていたかと思いますが、私は参加していないのですが、あの発表は、抄録を読むと、NETというのは予後はいいという発表が多いですね。ただ、NENを診ているものだと、頻度があると、直腸由来のGIの中では悪いところは持っているので、その辺が、大腸をたくさん診ていらっしゃる先生方ではNETというのは比較的早く直るという認識を持っていらっしゃる先生もいたりします。

臓器によって大分温度差があって、まずそこが問題です。内視鏡の先生方は恐らく肝転移に伴うようなものはあまり診たことがないだろうと思います。絹笠先生は手術ですけれども、手術の方でも肝転移で後からものすごく後が悪過ぎるといふのはそんなには経験されていないと思うのです。大腸の先生方から見て、集約化した施設でないと診なければいけないものがどれくらいあるかという実感はいかがでしょうか。

**(堀田委員)** NETの場合、内視鏡で治療するのは一般的に1センチ以下ということが一つのスタートにはなるんですが、まずは疾患の認知度が、例えば開業で内視鏡をやっている先生とかに関しては、やはりどう扱って、どうやって治療までに持っていくかというところがあまり浸透していません。要は、我々としては適切に診断して、ちゃんとした内視鏡切除、内視鏡切除もちょっと工夫が必要で、粘膜下が主体なので、深部断端を確保するために通常のポリペクトミーと違う方法を用いなければいけないので、最初からNETと診断して治療まで持っていけないと、そこで不適切なポリペクトミーをされることによって深部断端が陽性になって、結果的に転移リスクがなくても手術に回ってしまう人がいるということは結構起こり得ることです。そういうことを避けるという意味である程度マネジメントを理解した人が診療したほうがいいのではないかと思います。ただ、スタート地点でNETだとかカルチノイドとかいう認識がないと、その段階で手をつけられてし

まうので、そこは非常に難しいところです。

(青木分科会長) 集約化というどうしても治験にアクセスしやすいとか、集学的な高度な治療にアクセスできるというところに行きがちですが、それよりもっと……

(堀田委員) 治療内容からすると、治療内容が技術的に難しいわけではないので、特殊な施設に集約しないと治療ができないというわけではないです。むしろ我々に必要なこととしては、実地の内視鏡をやっている臨床の先生たちがNETという疾患の認知度を上げて、診断に早くたどり着くような知識を、そういう……。

(青木分科会長) 先生方はやはりNETだと思えば消化器内視鏡なんかもされたりするのですか。

(堀田委員) 一応やっています。内視鏡治療する前に超音波内視鏡をやって、CTをやったということもやっていますので。やはり、最近では1センチ以下でリンパ節転移が最初からある症例もあるので、そこはやはりCTまでやって、それから内視鏡治療という流れにはしています。

(青木分科会長) 診断のところから、ある程度NETだと扱いを変えなければいけないのであればそこにも集約化の必要性が生じてくるんですけども、いわゆる集学的治療を要する遠隔転移とか、転移を有するものが対象になるのか、それ以前の段階からある程度集約化が要するのかという、先生はどちらかという、そこまでは必要ない？

(堀田委員) そうですね。集約といっても最初に診断されるところが一番問題であって、ちゃんと診断されれば多分あまり問題はないということですね。診断をされないうちに手をつけられてしまうのが一番、我々においては問題になるということです。

(事務局・東) 一点よろしいでしょうか。先生はNETだと診断されたらCTをすとか超音波をとるようにおっしゃいましたけれども、それは先に生検をしてからということですね。

(堀田委員) 生検をします。基本的に、結構鑑別に良性のリンパ濾胞過形成とか非常に似たような内視鏡像をとるので、そっちだと放置してもいいわけで、原則治療前になるべく生検で確認はしてからにしています。ただ非常に小さい、2ミリ、3ミリのNETも時々あるので、そういう場合は生検で、次に見たときにどこにあったかわからなくなってしまうということもまれにありますので、そういう場合は最初から深部断端を確保できる方法で治療するという事はやります。

(青木分科会長) ありがとうございます。絹笠先生、いかがですか。

(絹笠委員) 外科の立場から言いますと、特にG I N E Tで大事なものは、手術適用をちゃんと理解するかということに尽きます。それはまだまだ施設によってばらつきがあるところですが、そこに関しては恐らく集約化しなくてもガイドラインがしっかり整備されればもう十分、内視鏡の先生が取って、それを病理で見て、それが手術をしなればいけないのか、手術をしなくてもいいのかということの見きわめが一番専門的な知識がいるだろう。ただ、これに関しては全く集約化は要らない。

手術に関しては、NETだから難しいというよりもむしろNETのほうが、がんは小さくて、取る範囲は一緒だとしても、どちらかという、通常のがんの手術のほうがよほど難しいケースが多い。そうなってくると、NETが多いよりもむしろその対象臓器の手術をたくさんやっているところのほうが恐らく手術成績はいいだろうと思いますので、例えば直腸、胃、十二指腸といったところに関しては、外科医に対しての集約化はあまり求められないかと思います。逆に言うと、それだったら手術全部を集約化しなければいけないのかと思います。NETだけの数よりももっと大事なところを集約化しなければいけないと思います。

(青木分科会長) ありがとうございます。その後アジュバントがいるとか何とかになるとやはり専門施設のほうがいいかとなりますね。

(絹笠委員) そうですね。集学的治療があればそうですけれども、それに対してもガイドラインができて、それに対して集約化することで予後の改善が認められるような高度な治療が必要であれば集約化ですし、別にそれが高度な治療でなければ集約化は必要ないかと思います。

(青木分科会長) 今、臓器別の発言をいただいたので、肺の先生、いかがですか。

(伊豫田委員) 大細胞神経内分泌癌では手術症例かそれ以外かで大分変わってきます。内視鏡治療というのは肺では難しいのです。肺の場合は診断自体が内視鏡で直視で生検というのがほとんどありません。カルチノイドの一部は中枢側で発生して、直視で生検ができるのですが、消化器のようにポリペクトミーはできないですから全体像が見えない。大細胞神経内分泌癌は末梢にできるので、生検診断自体が非常に難しいということがあって、手術検体で診断がつく症例が多いということです。

大細胞神経内分泌癌の治療については、最近NCCNガイドラインに、小細胞癌と同様の抗がん剤使用を推奨するという記載がありましたが、統一した治療方法がないので、私のところには南米やヨーロッパなどいろいろなところからメールが来て、治療を聞かれま

す。ですからまだ標準治療がなために、標準治療を決定していくという意味では集約化してエビデンスを出していくというのは一つ大事かと思います。

病理が非常に大切で、切除できるかどうか微妙な症例では、しっかりした病理診断で小細胞癌と possible 大細胞神経内分泌癌という診断ができる先生がいらっしゃるかどうかで全く治療が違ってきてしまいます。小細胞癌はかなり化学療法の感受性がよく、化学・放射線療法で完全に治癒が得られる症例があるんですけども、大細胞神経内分泌癌は、chemotherapy の感受性はいいんですが、完全に腫瘍がなくなるという症例はほとんどないので、可能ならば手術がいいというコンセンサスがほぼ得られています。したがってしっかりと診断ができる施設かどうかで治療が全く変わってくるという意味ではやはり集約化は意味があると思っています。

(青木分科会長) 手技に関しては、

(伊豫田委員) 肺葉切除が標準です。

(青木分科会長) それはもうあるので、診断が一つ山で、診断がつけば、肺のオペをいっぱいやっている施設であれば施設間格差はなかろう。先ほどの大腸と一緒にです。

(伊豫田委員) 手術手技自体は変わらないのですが、先ほど先生がおっしゃった術後補助療法や、再発したときの治療をどうするかというのは皆さんがすごく困られているので、私に対する問い合わせはそういうメールばかりです。

(青木分科会長) ありがとうございました。本間先生、いかがでしょうか。

(本間委員) すみません。遅くなりました。国立がん研究センター中央病院・消化管内科の本間と申します。私は化学療法が担当ですけれども、いろいろとセカンドオピニオンとかを受けていて、いろいろな施設からご紹介いただくのですが、消化管の領域の NET の薬物療法に関しては、ほとんどのご施設でスタンダードな治療が行われています。その普及として、膵・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドラインに従って治療がされるというところがあります。それで我々のところに来るのはそういったスタンダードな治療を終えてからということなので、消化管 NET の化学療法に関してはそこまでハードルが高いわけではなく、集約化が必要というわけではないと思っています。

一方で、先ほど堀田先生がおっしゃったように、開業医の先生など、あまり NET をやられていない先生が直腸 NET の内視鏡治療をされて、15 ミリとかそれなりの大きさのものなので本当は手術をしなければいけないところですが、カルチノイドという、がんもどきという名前が災いして、さらに NET の G1 という、いかにもおとなしそうなイメージの腫瘍

になると、内視鏡治療で完全切除になっているから経過観察でよいという感じになり、そのまま放っておかれてしまう。本当はNCCNガイドラインなど欧米のガイドラインでは、そこから10年ぐらいはちゃんとフォローしなさいということは書いてあるんですが、そこがフォローされないで7年後に検診などでびまん性の肝転移として発見されることがあります。そういうフォローアップが適切にされていないとか、なれていないので適切な手術適応がわかっていないというところが問題だと思っていて、やはり消化管の領域では啓蒙ということが大事だと私は思っています。

**(青木分科会長)** 2つのラインがあって、啓蒙を一生懸命やるということと、集めてしまうという2つの考え方があって、私は、最初に東先生と話したときは、やはり集学的治療を要するのは集めたほうがいいのではないかと思ったのですが、今、話を聞くとむしろ診断のところに山がありそうだということが一つあります。そこがつかないと適切な治療をまず、こうだったらこれをやりなさいと言える人がいないとだめだというのが一つあるという。

**(堀田委員)** 補足でいいですか。先ほど疾患頻度に関してのデータというので提示されていたのですが、恐らく現状は、直腸のNETに関しては内視鏡をやれば無症状で見つかるというパターンで、内視鏡のスクリーニングの件数がふえればふえるだけ多分見つかる数もふえる。

一例として、我々の研究グループでは国立がん研究センターの松澤先生が中心になって大島で3年がかりで1,400人ぐらいたの大腸内視鏡のスクリーニングをやったのです。そうしたところ直腸NETが5例見つかりまして、大体頻度的には0.4%ぐらい。つまり健康な人に内視鏡をやれば200分の1近くの頻度で見つかる。これは、実は大腸がんとそんなに変わらないぐらいの頻度なんです。

大腸の浸潤がんが大体0.5%とかそれぐらいで見つかったので、実際は多分内視鏡をやっても小さいもので落とされているものが結構あって、ただ、その段階で見逃してももちろん急激に大きくなるわけではないので、何度かやっているうちにどこかで見つかるというパターンです。そういう目を持った人が内視鏡をやれば結構な頻度で見つかるという疾患で、きちんとやるともう希少がんではなくなってしまうかもしれないぐらいの疾患です。そういう意味でも今のところ開業医を含めた実地の先生、あるいは患者さんも神経内分泌腫瘍といった病名を説明してもぼかんとされる人がほとんどで、全く疾患の病名とかも認知度が低くて、カルチノイドと言われるような、恐らく20年、30年前の疾患の体系がで

きていないころの医学教育で学んだ先生がそのまま、アップデートしないままやっているという現状があるので、そこら辺を変える動きというのも重要なのではないか。それはある意味情報発信ですけれども、集約化とは別のベクトルの情報発信が必要かというのを感じます。

**(青木分科会長)** ありがとうございます。細野さん、診断を集約化するとすごいことになりますね。そのキャパシティから。

**(細野委員)** そうでございますね。そもそも患者さんが初めて来られて診断をするというときは、それがNETであることもわからないで診断するというので、そうであればそのご施設がきちんとした画像診断ができる体制があるということがまずは一番で、例えばPNETをとったら、膵臓のいろいろな腫瘍の中にPNETもあるというようなところの診断の手順というのがきちんとかわっている施設でないということになりますね。

ですから今までのご議論もありますけれども、NETだからといって特殊な手技の画像診断があるとか、診断法があるというより、いい画像診断、いい診断手法を持っているご施設であればいいし、むしろどの施設もそうであるべきですね。ただ、もちろん非常に特殊な、例えばガリウムDOTA-TATE、DOTA-TOCみたいな特殊なアイソトープの診断とか、ルテチウムDOTA-TATE、これから日本に導入されるでしょうけれども、特殊なアイソトープ治療とか、これは自然に集約してしまうかと思うのです。

あと、もう一点、先ほど資料5a)で四肢の軟部肉腫についての専門施設要件説明書というのを出されていまして、これを拝見すると、まさにその病院はいい施設であるということを示しているに過ぎないような気もしまして、病理診断、放射線画像診断、外科、放射線治療、薬物療法ということで、結局、この分科会で何かアウトプットを出すとする、イメージ的にこういう形のものという可能性がございます。そうすると、結局、集約といっても、今までの議論にあったきめ細やかなものというのはこういう最大公約数的な要件にはなかなか結びつかないというのが現実ですね。

ただ、こういう集約化という手順を踏むことによっていろいろな標準化のプロセスが進んだり、啓発が進んだり、そういうことにはこの集約化の議論というのは非常に大きな役割を果たすと思うのです。

それから、先ほど松木先生のお話にもあったけれども、やはりNETの場合、年間5例扱っている施設というのは既にかかなりのハイボリュームセンターになってきますね。患者さんの立場からすると、近くにある地方のがんセンターとかあるいは大学病院というのは

非常に大きな病院ですし、そこに行って、まだ集約化されていないと言われると、患者さんも困るような気がしますね。だからそこをうまく患者さんの立場から橋渡しして、集約化という意味が非常に、高度な施設はもちろんあっていいのですが、やはり標準的なものはある程度アクセスのいいところに患者さんが持てるような、そういう意味の集約化がいいのかと。だから啓発とか標準化を普及させるというのも欠かせないのかなという気がします。以上です。

**(青木分科会長)** ターゲットによると思うのです。やはり治療法にも難渋しているという方をターゲットにするのであれば、本当に日本に数施設で、治験があったり、最新の治療ができるというところに、患者さんがそれを見ればそこがわかるということが一つあります。あとは、大多数のこれから治療を受けるという人がどこに行くかという、そこまで集約化が必要かという、両方の考え方があって、最初は治療にかなり難渋しているアドバンスの患者さんがどこに頼ったらいいのかというのを選ぶための集約化なのかという、眞島さんはそっちですね。どちらかというと治験だったり最新の治療だったり、集学的治療だったりという。普通のところだったら困ってしまうような症例をどこが診られるという情報を提供するのが集約化ということで、それはわかりやすい集約化ですけれども、それをどこまでやりますかという、そのところです。

**(小林委員)** 先ほど言ったように、かなり患者さんがいらっしゃるのですけれども、半数ぐらいがセカンドオピニオンでお話をして、その後ある程度地元の病院で治療されているというケースがうちも多いです。

それ以外の特殊なところで言うと、先ほどもありましたけれどもPRRTですが、これは今後のRIの取り扱いの問題もあるので、ある程度集約化せざるを得ないところだと思います。今、お話がありましたように、ある程度地元なりの標準以上の地域の拠点病院といえますか、そういったところではできる部分というのはそれはそれで実際我々もお任せしていますし、そういうスタンスと、それからやはり特殊な治療というところで集約化せざるを得ない、特にRIの部門に関しては、多分細野先生も考えていらっしゃると思うのですが、全部の病院というようにはさすがにいかないと思うので、そういったところというのは具体的には集約化するべき部分というのは残されていますので、そのあたりというのが必要なところだと思うのです。

**(青木分科会長)** 自然に集約される部分はありますね。治療の内容からいってどうしても集約化されるというのはありますけれども、そういうところをまずはターゲットにする

のがふさわしいのでしょうか。

(小林委員) 一つは具体的にはR Iの部分でどうするか、その辺があると思います。

(青木分科会長) 膵臓のNETも手術が難しいから集約化と言っていると、では膵臓がんはどうかという話なので、その部分ですね。集学的治療や特殊な治療を要する人が最初のターゲットと私は思ったのですが、今、診断が肝だと言われましたが、そこに関してはどうですか。

(笹野委員) まず、事実の確認をさせていただきますと 資料3ですが、3枚目と4枚目、2017年ですと、WHOは2010に準拠してやっていますので、NETG3の中でPNETは少ないです。NETG3はGINETが多く、Small cellとLCNECもWHO2010では入っていると思うのです。ですのでこのデータはちょっと見直さないと、ひとり歩きすると困るデータかと思います。

それからハイリスク、これもM1はいいんですが、これにはグレードが全く入っておりませんので、これもちょっと不備のある統計解析だと思われます。できるところからやっていくとなると、地味ではありますがこういったところから修正していきませんと正しいデータは得られないと思います。

(青木分科会長) 分類が変わったのです。膵臓は2017年、消化管はことし変わりましたからブルーカードの病名が入っていないということですね。

(笹野委員) 特にグレードですね。

(青木分科会長) グレードですね。G3の中に低分化の本当のNECと高分化のNETG3が入っているのだということだと思います。

(笹野委員) それからもう一つはこの参考資料1ですが、我々も困っているのが、消化管はカルチノイドという病理診断をまだまだ多くの先生がなされていて 現実問題、病理診断で消化管ではカルチノイドという診断はかなり多いです。そうすると、院内がん登録で現時点ではこのカルチノイドの項目を入力するところがないのです。

話がちょっとずれますけれども、実はWHO2017では褐色細胞腫 Paraganglioma が全て悪性腫瘍になったんですけれども、院内がん登録ではこの概念が反映されておられませんので入力できないと思います。

(事務局・東) 私は院内がん登録の責任ですが、東北大学でその登録ができないのであ

ればちょっと教育の必要があると思います。確かに Paraganglioma 等褐色細胞腫がスラッシュ 3 になった、悪性になったというのが最近出ましたので、以前は登録対象外ということではあったと思います。それが 2018 年からはルールが変更になり、入れてくださいということで入れています。

カルチノイドも一応あります。今ここで参考になっている本が ICD-O-3 のコードですが、カルチノイドは昔から病名としてはありますのでそれがここには出ている、

(笹野委員) 褐色細胞腫の件は勉強不足で失礼致しました。ところがこのカルチノイドの中に NET G1, G2, G3 が全て入っているのです。

(事務局・東) 確かに逆にカルチノイドという名称がいろいろなコードに出過ぎているというところがあって、それだけ付けられると細かい分類ができないというのが問題点としてはあり、

(笹野委員) そうしますと院内登録に基づいた正しい統計が消化管神経内分泌腫瘍では得られなくなるのです。ですので均てん化・集約化の論議の前にやはり統計をしっかりと、まず消化管でとるのが良いと思います。ここは病理診断の問題です。世界の孤児になりませんようにカルチノイドを NET に変えてくださいというところの均てん化から当然始まるべきです。ただ本邦ではカルチノイドが正式病名として記載されているがん取り扱い規約に従わないと多くの病院の消化器内科と外科の先生は困ると思います。病理側も取り扱い規約に従ってもらいたいというのが多くの施設の現況ではないでしょうか？このような事情はありますが病名を統一しませんと正確な統計がとれなくなると思うのです。

(堀田委員) 、私がよく知っている先生は消化管病理の先生方は神経内分泌腫瘍というネーミング自体が気に入らないと。

(笹野委員) そうなんです。

(堀田委員) 神経とあまり関係なくても神経が入っているというのが非常に気に入らなくて、

(笹野委員) 神経と関係はあるのですが、神経内分泌は間違いないですから実は神経と密接な関係はあるのですが、

(堀田委員) コメントとしてそういう。あとは親しんだカルチノイドをずっと使い続けている。

(絹笠委員) 大腸がん取り扱い規約の委員でもう、カルチノイドはやめてくれと僕らは言っているのですが、病理の先生方がどうしても。

(笹野委員) 確かに最初は神経という言葉を入れること自体がナンセンスだと言われました。

ただ、繰り返しにはなりますが日本の現状として、一般的に、消化器内科と外科の先生方はがん取り扱い規約に基づいて必ず病理診断を進めてもらいたいということは強くおっしゃっています事は神経内分泌腫瘍でも事実かと思います。

(堀田委員) ただ、病理診断に関しては Neuroendocrine tumor というレポートもよく見ます。それは外注で出しているものは結構 Neuroendocrine tumor G 1 とか、ちゃんと WHO どおりの記載で書いてあるものも結構あるので、

(絹笠委員) それは登録するときカルチノイドで登録してしまうのですね。ガイドライン取り扱い規約にカルチノイド……

(笹野委員) 例えばがん拠点病院でも東北地方では全部カルチノイドでやっている施設があります。特に後腸を中心とする大腸では全国的により顕著と思われる。

(青木分科会長) 一分科会でカバーし切れなくなる。

(笹野委員) 指針として NET を使ってくださいということをどこかがめいかに伝えていただくのがベストなのですが

(青木分科会長) JNETS はずっと言っていますね。JNETS は消化管の先生の参加者はまだ少ない、肺の先生は全然参加してくれないという。今回は肺なんですけれども、明日あるんですけれども。

そういうことがありますので、この会の方針からいうと、集約化が可能かどうか、やるとしたらどういう人が対象かということになるのですが、診断まで下げていくとちょっと大変ではないですか。それはありますね。そこはどちらかという集約化より啓発のレベルですね。

(笹野委員) 膵臓であればほとんどの施設が多分今は NET 分類を使われていると思いますので日本全国全く問題はないと思います。

しかし消化管でカルチノイドという診断書があったときに、それをこちらの病院では NET に院内登録している、しかし別なところではカルチノイドに登録しているという事があります。

(事務局・東) そこが、単純にコピーされているコードであれば後から一緒にすればいいわけなんですけれども、

(笹野委員) 生物学的に少し異なるものを入れていますので。

(事務局・東) 一応G1、G2、G3については項目を区別するようという事で、がん登録の実務者自身には教育を始めています。だから2018年からだと思いますが、その分類はもう可能となっていると思います。ただ、もともとの病理診断がそこは書いていなくてカルチノイドと書いて終わっていると、実務者は顕微鏡を見られるわけではありませんので、グレードはわからずとってしまうということになります。そこはどうしても苦しいところはあります。

(笹野委員) 2018から結構変わったということですね。

(事務局・東) よくなるはずだと思います。

(青木分科会長) ことし、WHOは消化管が全部変わりましたので、それに準じていただくという啓発をするのが一番ですね。

NECの診療はどうですか。今回、NETとNECがまだ一緒に議論しているんですが、NECというのはここ10年ぐらい全く治療が進歩していなくて、非常に予後が悪いということなので、やはりNECも、私は集約化、今後のエビデンスの創出ですとか、新規の治療とか、まだ診療がいきなり劇的に変わるとは思えないので、研究とかそちらのために集約化、NECはどうですか。

(本間委員) 消化管原発のNECの化学療法に関してはNETよりも標準的なアプローチがなされていて、小細胞肺癌のレジメンに準じて治療するという事はかなり浸透しているイメージです。ただ、悩ましいところが局所進行がんのように集学的な治療が必要になるところで皆さんは迷われているところがあるかと思うのです。

(青木分科会長) NECの方というのはほとんど集学的治療が必要ですね。それが手術だけで治るということはあまり経験しないと思うのです。

(本間委員) 特に食道原発のものに関しては、食道がんの手術はかなり大きいですので、その侵襲をもってしてもなかなか治すことが難しいというところで、本当に手術するのかという議論もありますし、施設によっては、当院はそうなんですけれども、放射線と化学療法で治療したりとか、そういうところがあまり均てん化されていない。

(青木分科会長) 腫瘍内科の先生であればほとんど薬物治療はできます。腫瘍内科を標榜していれば。

(本間委員) 薬物治療は、そうですね、結構やられている先生は多いですけども、例えば消化器に発生するNECに関しては2つのスタンダードな治療があって、エトポシドと

シスプラチン、イリノテカンとシスプラチンがあるのですが、イリノテカンとシスプラチンは昔胃がんに使っていた治療なので、消化器の医師は慣れている治療として使うんですけども、エトポシドというお薬は消化器の医師はなかなか使う機会がないので、エトポシドができますかと言ったら、うちではやっていませんのでということになることが多い。ハイボリュームセンターの消化器専門の腫瘍内科ですとエトポシドを使いますけれども、やはり一般病院になりますとエトポシドは使っていないということはある。

(青木分科会長) そういうことはありますね。肝転移の腫瘍でもいまだになれているからTSをやるとか、要するに経験があるからこれをやる、新しい薬があるのは知っているけれども、使ったことがないからやらないというのはありますね。

(本間委員) 放射線を加えるときはイリノテカンとは相性が悪くて肺臓炎が起きますので、エトポシドを使わなければいけないというところがある。そういうところではまだ消化器全体としてNECの化学療法の浸透というのは、少し弱いところはあるのかと思います。

(小林委員) NECの方は体調がかなり悪過ぎるので、そういう病院があったとしても結局たどり着けない可能性があるのです。NETの方は皆さん元気なので、よそから来てやっていらして、また地元の病院に帰ってと割とやりとりをする余裕があるのですが、NECの方はもう来た段階で何かしなければいけないという状態で来ていますので、

(青木分科会長) 治療開発という点ではやはりNECのほうが、ずっと停滞していますから意義はある……

(小林委員) 意義はあると思うのですが、ただ、その中で、わずかな単施設で、予後が短いのでそのままその地域の病院で終わって、家族だけが話にくるとか、そういう形で2次治療までいけないといったケースも結構あるので、集約化したくてもできないような状況にある可能性もあります。

(青木分科会長) この点に関していかがですか。ご経験等、いかがですか。先生方はchemoはされていないのですか。

(堀田委員) 私はやっていないです。

(青木分科会長) 絹笠先生のところは内科ですか。

(絹笠委員) 内科で。内科というか、

(青木分科会長) 腫瘍内科。

(絹笠委員) 工藤先生がやっていますから外科です。

(青木分科会長) わかる人はわかる。

集約化が必要かどうかという、対象は、今までの話でイメージとしては。

(増井委員) やはり診断のところは均てん化というか、教育、あるいは啓発して、難しい症例を送るところをちゃんと見つけておくとか、そういうのを標榜するとか、そういうところをつくっておくのは大事かと思います。実は診断のところでもちゃんと啓発しておかないと、例えばMEN-IなのにMEN-Iを見逃されて、尾部をとられても実はガストリノーマが治っていないとか、そういう症例もありますので、やはり均てん化は必要だと思います。集約化するならば、ガイドラインで困ったような症例を送るようなところはどこかというのはある程度決めておいてもいいかもしれない。

(青木分科会長) 松山さんからすると、今までの話をお聞きになって、どういう方が対象になり得る？

(松山委員) 私自身のNETのG2で、腫瘍があるのを許容しているので、本当に楽な治療をしていてというようなことで、そういう人もいるし、片やNECと診断されてしまって治療の手段が限られて、自費で保険外の治療もするかという方が来られるときには本当に世の中はいろいろだと思うことが、患者になって知った部分で。それと年齢です。私は還暦のころに見つかったもので、今、69で、こういう人生かと思えるんですが、学齢期のお子さんを持っているような方の場合には本当に、例えば治療もお金がかかるので、自分自身にそんなに治療費をかけていいものかどうかとかほかの問題も聞いていて、本当に人生を考えるようなところがあります。

(青木分科会長) 患者さんにとってはアクセスが非常にいいことが、

(松山委員) そうですね。それから私自身は多摩地区に住んでいて、その部分でもそんなに苦労はないですが、結局、治療にもお金がかかり、なおかつ交通費もかかるとなると、それからNECなんかの方だと、ご自身が悪いので、ご家族の方も遠くだと必ずついていかなければいけないので交通費も倍になるだろうということを考えると、本当にいろいろだと思います。

(青木分科会長) 原さん。

(原委員) 5カ所か何箇所かに集約化された場合に、私自身はその地区はここでなければいけないという制約をかけられると嫌だし、患者会でもやはり交通費の問題があって、岡山や広島の方だと、原さん、京都に行きたいけれども、すごく興味のある内容けれども、東京に行くほうが交通費が安くて早いからというふうに言われるのです。同じ関西圏であっても、九州の方であっても、飛行機で東京に行くほうが。それは治療にも当てはま

ることだと思うのです。私も京都市内で、あるところで講演会をやってきてと言われても、桂病院の端のほうへ行くと1時間半近く、同じ市内でも京都駅からバスに乗ってその講演を聞きにいきましたけれども、これだったら名古屋まで行ける、時間的には名古屋へ40分で行くほうが早い。お金の問題もあるのですが、市内でもお金はかかるし。松山さんもおっしゃったように、若い方はそれだけお金がかけられない。自費で行かれる方は、今は世界中グローバルで、医療ツーリズムとかがあって海外にもどんどん出かけていくし、必要な方は同じ京都にいても東京に行く方もいらっしゃるの、集約化と言われてもどういうメリットがあるのか。東北とか九州にできてもその恩恵を受けられる方というのはほんのわずかだと思うのです。私なんかは和歌山や神戸にあっても行かないし、京都にあれば通うかという気にはなるのですが、近畿圏に1つあっても、自分の都道府県でなければそんなところまで行かないかな。年齢的なこともあって、若い方でどうしても子供のことで行かないといけない方はいらっしゃると思うのですが、だから集約化をしても希少がんであるのでそれに対して恩恵を受ける方はごくわずかだろう。

それよりは、私が望むのは、偽粘液腫のお医者様で、あちこち手術をして回って、テレビドラマの世界かもしれないけれども、実際にいらっちゃって、専門医の先生のところにとどり着けない患者というのはたくさんいるのです。器の機械はお金さえ出せばどこでもあって、そこそこの病院だとそういう器具はそろっていると思うので、先生方が、例えば月に1回でも各都道府県の拠点病院とかに専門の外来の日というのを設置していただいて、先生方に来ていただきたい。患者はやはり病気があってしんどいので遠くまで行けないし、先生方がそういうところに来て、だから月に1度でも外来が、この県ではこの日にオープンしているということがあれば、もう少し皆さんもそこへ行けばとなるし、私自身はいろいろな症例を先生方に見ていただいたら、その中に治療のきっかけとか、発見になるような症例があつて、先生方の研究に役に立つ患者が、集約しても大きな病院に行けない患者の中にたくさんヒントがある患者がいると思うのです。そういう患者を診ていただいて、私たちの治療の開発とかそういうことに役立てていただきたいので、ぜひ先生方に全国に行っていただけたらというのは私の思いです。患者を集めるのではなく、先生方が出かけて行って、データは集められると思うのです。別にそのデータを持ってきて、どこか別に1カ所でも2カ所でも、国立がん研究センターでもどこでもいいのですが、集めて研究していただいたらいいけれども、ぜひ先生方に動いていただきたいという思いがあります。

**(青木分科会長)** ありがとうございます。そのほか、ご意見はありませんか。施設の集約ではなくて人材を満遍なくディストリビューションしろと。

内分泌腫瘍に関しては専門医という発想は、以前言っている先生もいらしたのですが、あまり実態がはっきりしないということと、臓器があまりに多岐にわたっているものだから、NENの専門医とは何かというのはなかなか難しく、どうしても臓器に縛られる面が大きいのです。そこがありますので、もちろん組織の壁もあるのかもしれませんが、簡単には専門外来をつくるのは難しいかもしれません。

今のご発言はいかがですか、確かに医者が出向いていったほうが患者さんの負担は軽いと思います。ただ、手術の手技がどうかというよりは、むしろその後、薬なり再発の後のことをよく知っている方が近くにいるほしいということだと思えるのですけれども。それに関してはどういうニーズがあって、そういうことを専門的に知っている人が世の中にどれだけ必要かという評価が要るのですけれども、いかがですか。話が混沌としてきました。

**(事務局・奥坂)** 東先生の最初のプレゼンにもあったと思うのですけれども、完全に患者さんがある1カ所の病院に集めようということは難しいだろう。だからある程度そういうことに該当するような病院がどこにあるかということを知りやすく患者さんに情報提供をしようと、発信しようというご発言があったので、今、患者さんの方がおっしゃったような、ここだけにしか行けないということを目指しているわけではないのではないかと思います。

NETは今先生方がおっしゃったように、いろいろなヘテロな部分もあって、集約が必要な部分もあるし、そうでない部分、均てん化が必要な部分もいろいろとあるので、例えば一つの考え方としては、Aレベルの病院、Bレベルの病院、Cレベルの病院というのを仮につくって、Aレベルの病院であつたらここまでできるとか、Bレベルの病院だったらこんなことまでできるとか、そんな形でわかりやすく、患者さんが困ったときに、自分はどうしてもA病院しか行けないとか、C病院でも大丈夫だとか、そんな形で日本中の病院が一体どういうことができるのかということを知りやすく提示してあげるといったやり方も一つあるのではないかと思いますので、発想をあまり固定化しなくてもいいのではないかと思います。

**(事務局・東)** ありがとうございます。続けて言わせてください。

多分私のプレゼンがよくなって、集約化、集約化と連呼したからすごく強制するのではないかというふうに思われたと思うのですが、結局やらなければいけないところは、恐ら

くは専門施設はどこにあるのか、困った患者さん、困った症例、それをどこに相談するか、紹介するかというところがわからないと困るのではないか、そこが一番のポイントだったのですが、私のプレゼンが多分悪かったのだと思います。

(笹野委員) A、B、Cという言葉よりはむしろ拠点と連携ということにしたほうがいいのだろうと思うのです。

(青木分科会長) 指標となる、例えば手術ができます、薬物治療もできます、治験に参加できます、

(笹野委員) 非常にいい例として、来月から毎週になるのですが、遺伝子パネルで今エキスパートパネルをやっている、治療方針を検討しています。これと同じようなのも良いとは思われますが 費用の点が気になります。

(事務局・東) あれは厚生労働省のほうがよく知っていると思うのですが。

(笹野委員) エキスパートパネルで結構リアルタイムで、非常にいい画像と病理を出していただいて、すごく費用がかかっていると思われませんか。例えば患者さんは新潟や弘前にいて、東北大で討議したら、そのままそこでの治療方針が決められるのです。患者さんが移動しないすごくいいと思うのですけれども、やはり費用とかの面はどうなんですか。

(厚労省・安藤) 恐らくエキスパートパネルにかかる費用というのは病院看護師のやりとりで決まっていると思うのです。大体エキスパートパネル代として 10 万円ぐらいを恐らく見込まれていると思うのですけれども、中核もしくは拠点病院がどれほどもらって、連携がどれぐらいでというのは病院看護師のやりとりで決まっていると思います。保険点数が決まっていますね。56 万。

(笹野委員) そうですね、56 万円ですね。

(厚労省・安藤) その 56 万の中で恐らく 10 万ぐらいがエキスパートパネル代と言われているので、その中でどれほどの配分かというのは病院ごとで決まっています。

(笹野委員) NET の場合仮にエキスパートパネルを開いたとして、例えば患者さんが弘前や新潟で治療を受けるにしても、何かパネルのようなものをつくって開催するということは可能なんですか。

(青木分科会長) 今は有名な人のところにセカンドオピニオンで来ているという状況があるので、それを一つの画面で探せるシステムをつくるだけでも一歩前進だと思いますけれども、そのときに外科がいると手術ができるというのは、肝胆膵の世界では高度技能施

設だったり、ある程度学会レベルでランクづけされているのです。脾臓の手術をたくさんやる施設は当然NETの手術もできますので、そういうのをそのまま使ってもいいと思うのですけれども、例えば薬物療法にこれぐらい習熟していますとか、あるいは治験の経験がこれぐらいありますというのは、各施設でやはり手を挙げて申請してもらい、それを見て考えてもらうという、ランクづけというか、そういうところで組織の総合力を見てもらうということになると思うのです。当然肺は有名だけれどもというところもありますね。呼吸器は非常に有名でたくさんやっていますけれども、消化管はそれほどでもないというところも当然あるでしょうし、そこはちょっと多臓器にわたっているので落としどころを持ってこられるかなという。

やはり手術だけではだめで、放射線治療ができなければだめ、あるいは新規治療ができなければだめなんですけれども、それが全部できるところが手を挙げてくださいますとどうしても日本でそんなにたくさんの施設にはならない、自然にそうなるだろうと思います。そのときに集学的治療を要するある程度進んだ、あるいは治療方針に迷うような方々が対象になったときに参考になるような。

**(伊豫田委員)** 肺の場合がいい参考になるのかはわかりませんが、肺では神経内分泌腫瘍研究班というのがありまして、浅村班から、今度会長をやる石川先生と、最後、永井先生が（班長を）されていて、私も所属していました。

多分手挙げをするような先生というのは、神経内分泌腫瘍は手術だけではなく、抗がん剤も再発の治療も病理の診断も重要だとわかっている先生が手挙げをしたいと思います。多分ここにいらっしゃる先生とそれ以外の先生の知識の差は著しいのです。いろいろな方法があってもいいと思うのですけれども、知識の差がものすごくあるので、そういう手挙げをしていただいている先生のところ、コンサルテーションのできるような仕組みという意味では、手挙げをするような施設というのはそれに対応できるので、そういうところを明確化することによって、（肺）とか（脾臓）とか、臓器別にする云々という考えはあると思うのですが、やはり集約化をして、この施設に相談すればいろいろなことを一般開業医の先生も、一般病院の先生も、地方の大学病院でそういう症例をあまり扱っていない先生もコンサルトできるということを明示できるのはいいのではないかと思います。

神経内分泌腫瘍研究班に所属している人は詳しいので、そこに一般の先生がコンサルトしています。私にも来ましたし、どう治療したらいいのか、コンサルテーションができます。

(青木分科会長) まずそういうシステムがあるだけでも前進だと思います。

(眞島オブザーバー) 違いますね。あるだけでも違うと思うのです。

(松山委員) それでそういうのが患者サイドからもわかるかというと、今はブログを書いている人がいたりすると、この患者さんはどうしてここに相談に行かないのだろう、たまたま見かけてしまったりすることもあるんです。この地区に住んでいるのに、ここにセカンドオピニオンに行っているみたいだけれども、そうではないほうがいいのではないかみたいなこともわかってしまうことがあったりするんですけども、やはりこの時代、ウェブを使えるかどうか非常に大きいかと思うんですけども、ある程度の年齢の人だとお子さんが一生懸命になって調べればという部分もあるし、自分自身で調べる人もいるしというので、その辺のところ、

(青木分科会長) その差がなくなるといいですね。

(松山委員) そうですね。ですからそこを明確に先生方が自分がとおっしゃって、病院とかその部分がわかれば、少なくともそこまでたどり着けばよりよい治療が受けられるかと思います。

(青木分科会長) 現状ではどこで何の治験をやっているのかというのを探すのも大変ですものね。

わかりました。落としどころを。

(事務局・東) 落としどころですか。均てん化と集約化という言い方をするので多分よくないと思うんですけども、啓発活動は絶対必要だと思いますし、それをやめて専門施設を限ってしまえというつもりは毛頭ないですし、それはよくないと思います。だから集約化というのは度外視して、どこが専門施設であって、困った症例はどこに相談する、どこに紹介するというのを選んでいただくというのが多分一番いいんだろうと思います。それを選ぶとはいっても手挙げ方式で、我こそはと思うところになっていただくというのが多分一番いいと思います。そういった方向でご検討をいただければいいと思いますし、多分手挙げをするというのを施設の中でも濃淡があると思うのです。

目の腫瘍とかで起きた現象を紹介しますと、目の腫瘍は本当にまれな腫瘍なので、手を挙げていただくといってもそんなに手を挙げてこないだろうと思って全国に募集をかけたのです。そうすると、医療は経営だということもありますので、とりあえず応募しておけというところがやはりあるのです。結局、応募して情報公開をした後に、周りの情報公開されている施設を見て、うちはこんなところに入っているのかというふうにして、募

集のときからちょっと何とか考えてくれということをごちらに言うてくるということがあったんです。

だけど実際そうだったということもあるので、ある程度の条件、こういう施設を想定していますということは輪をかけてあげて、何でもいいから出しておけという経営陣を、多分先生たちも、うちが出すのか、院長が言うからしようがないかといって多分出しているかもしれない。ただ、聞く話ですので、そこは輪をかけて、良心的にやっていただいている先生方の手助けをするということも多分必要になると思います。

というので、恐らくは最低条件のところ、先ほどこの四肢の軟部肉腫の条件を見たら、いい病院だったらこれは全部当たり前ではないかとおっしゃいましたが、まさにそのとおりです。そういった条件でいいので選んでいただける、そこを検討していただけると、そこがスターターとなって、困った患者さんはここに相談に行けばいいというふうになるのではないかと思うのです。

**(笹野委員)** 軟部肉腫ですが、資料5c)を今拝見したのですが、これは結構厳しい条件ですね。資料5c)で重粒子線のところで連携をつくるとか、小児血液がん専門医などいろいろな条件がありますが、これが必要十分条件であるとかかなり厳しそうです。

**(事務局・東)** 連携というのは、連携を宣言していただければいいということです。

**(笹野委員)** 正式な活動を伴うものはないのですか。

**(事務局・東)** はい。そういうわけではなくて、宣言をしてください。ただ、勝手に連携をしていると言われたら困るので、インフォーマルにはちゃんと了解をとってくださいということは言っています。この連携というのはその程度の話です。

**(青木分科会長)** ちょっと大変なので話を戻して、そういった開業医の先生、患者さん、あるいはそんなにたくさんNETを診ていない先生方が、困った患者さんのことを相談したいときに、この施設であればこのぐらゐの実績があつて、このぐらゐの研究をされていゐる実績があるので紹介しようかというものを提示するということに関しては今のところはご異論はございませんか。それはよろしいですか。

それであれば、その施設がどういふ施設であるべきかというところに次の議論を進めるべきだと思ふのです。今まで各自がウェブにアクセスして一生懸命探してやつとたどり着いた情報により簡単にアクセスできる、あるいはみんながある程度コンセンサスを持ってこの施設ならいいという施設を選ぶなり、手を挙げてもらうことによつて決めて、それを何かで発信して、ここに行けばわかるかもしれないというものをつくるということに関

してはよろしいですか。皆様、ご異論がないということによろしいでしょうか。

そうすると、そこで、では先ほど奥坂先生が言われたように、この施設はここまでできますというところに関して、次は何が必要であって、どれぐらいの条件が必要、あるいは審査制度ですね、手を挙げてもらった施設を全部承認するのか、誰がどういう基準で審査して、ご辞退くださいという施設があるのかどうかというところに関して、次に話を進めていくことになるのかと思います。そうですね？

**(事務局・東)** はい。

**(青木分科会長)** そこまで来たところで、前例として肉腫がどうだったとか、眼腫がどうだったかということ参考なり踏み台にして、NETの多様性を踏まえてもんでいかなければいけないだろうと思います。

**(事務局・東)** ありがとうございます。選定をするということはあまり考えていないのです。選定というのは、応募してもらってからここはちょっとというのはまずい。ですから、あらかじめこういう条件ですということを提示した上で、そこは厳格に守ってくださいというやり方をしようと思っています。これまでもそうしてきました。条件を提示した上で、これに該当すると考えられるところは応募してください。そのための情報をくださいといって、実際それが違っていたら、そこはお断りをする。本当に厳選に最初から条件は提示するというところから始めるというようにしたいと思いますし、私も、条件を提示してなくて、それでいて選定してだめですと言って矢面に立つほどの度胸はないので、仲よくやっていけるようにしたいと思います。

**(青木分科会長)** NETの場合はどうしても臓器の問題が出てきます。私はNECも大事だと思うのです。NECの場合も薬物治療がメインになりますが、NETはどうしても手術というところがメインになってきますので、消化管と肝胆膵ですら別にやっているわけですから、臓器別の基準、要するに、あなたは膵臓のNECだということがわかっているらいいのか、もっとオールラウンダーを今回は選ぶことにするのか。オールラウンダーにすると大学病院になってしまいますね。がんセンターはどうしても足りない部分があります。あるいは、このジャンルでこの施設、このジャンルはこの施設という形にするのか、そういうことを、きょうはもう大分時間が押しているんで、どういう形で施設を決めていくかというところが次回の話になるのかと思います。

**(若尾センター長)** 参考に資料2のスライドの10コマ目を見ていただくと、今の眼腫瘍

のところが出ているのですが、眼腫瘍は別に眼腫瘍でくくったわけではなくて、眼内腫瘍、角結膜腫瘍、眼窩腫瘍、眼瞼腫瘍という形で分けてそれぞれリストをつくっているのです。本当に手術ですと臓器別の要因が非常に大きいので、消化管、肺、膵臓ぐらいは分けて、手術プラス集学的治療ができるというので分けて出すのが一つのやり方かと思います。

**(青木分科会長)** NETの場合肝臓に転移するので、再発転移するとどうしても肝胆膵が必要になるのです。そういうところもあります。原発巣を取って終わりにならないことが多くて、特に困っている患者さんは大体そうです。

**(若尾センター長)** そうすると、そういうアドバンスの、例えば肝転移といった難治例を扱えるというカテゴリーもつくって、

**(青木分科会長)** 先ほど言われたように、ある程度AとBぐらいは必要になるのかもしれないですね。

**(若尾センター長)** あと、そういった中で、最初のお話の中でご指摘があったのですが、前立腺の扱いはどうしたらいいですか。今後ふえている。

**(青木分科会長)** 前立腺はちょっとわからないです。

**(笹野委員)** 結局なぜふえていったかという、効果的なアンドロゲンの阻害薬がどんどん出てきました。そうすると今までアンドロゲンをドライバーとしていた前立腺がんが、全く違う神経内分泌のシグナルを用いて増殖しようとしめます。実は前立腺の神経内分泌細胞というのはアンドロゲンの影響がない胎児期が一番多いのです。それで先祖返りといえますか、胎児返りしてどんどんふえていきます。つまり、内分泌治療がものすごくよく効いたということの副産物とも捉えられます。ただこれらの腫瘍は全てNECです。今回は入れてしまいますとちょっと複雑になり過ぎると思うのです。

**(事務局・東)** 今回、人選等を考えたときに、消化管、消化器を中心に考えて、肺もありますという考え方で人選させていただいたので、新しい前立腺についてはあまり触れないというのが多分いいかと思いますが、今後それが必要であるということになればまた新たにそれを考えていくというようにさせていただきたいと思います。

**(青木分科会長)** そういう情報発信装置が必要だということでは皆さんにご同意いただいたので、どういう形のものがいいかということ、きょうはそこまでですかね。何か、ご意見はありますか。

**(事務局・東)** 今、こんなというのがあればお伺いしたいのですが、それはすぐにはそんなのはということであれば、まずはメールベースか何かで、こんな条件があるのでは

ないかとか、ここを見たほうがいいのかというところを寄せていただいて、次回、それをまとめて、こんな点はどうでしょうかとか、例えば症例数ということがあれば、症例数はどのぐらいの数が基準になるのかということの詳細を議論していきたいと思います。

(青木分科会長) もしこちらが欲しいと言ったらJNETSはそういうデータは出せるのですか。施設ごとの登録者はわかりますね。臓器別の分布も多分わかりますね。

(細野委員) わかります。どういう悪性度のものかというのもわかります。

(青木分科会長) 内視鏡治療で終わったものも入っています。

(細野委員) JNETSが、第三者に委託していますけれども、JNETSのものなので、JNETSで承認が得られたらそれは出せます。

(青木分科会長) 恐らく院内がん登録では少数しか登録していない施設がいっぱい入っていますけれども、実際コンサルトが必要になる症例というのは大体JNETSに関連している施設が扱っているような症例が多いので、すり合わせるんだけど、JNETSのデータがあるとより補強されるのか。先ほど院内がん登録の不備を笹野先生がご指摘されていましたが、JNETSのデータはある程度しっかりしたデータですね。

(細野委員) あれば病的に全部確定しています。

(青木分科会長) そういうのがあって、化学療法がちゃんとできます、肝切除ができます、臓器切除ができます、やはりリクワイヤメントは手術ができるか、化学療法ができるか、あとはR Iが扱えるかというのが非常に大事で、あと、臨床試験や治験を今やっているのかどうか、その4点ぐらいが必要な条件になるのかと思います。

(細野委員) いわゆる上位のハイボリュームセンターというのは、そういう意味では難しい症例ばかり集めている感じではあります。そういうのは参考になると思います。

(笹野委員) 資料4は非常にいい資料だと思うのですが、患者さんの立場から見ると、地域が重要だと思います。資料4の説明はなかったのですが、一応地域バランスは念頭には入っているという理解でいいですか。

(事務局・東) はい。施設配置とかそういった議論がされる場合には人口を見ながら考えなければいけないだろうというふうには思っています。きょうはあまりそういう議論にならなかったなのでこの説明はしなかったのですが、

(青木分科会長) 患者さんを介さなくてもアクセスできれば、医者の中で情報のやりとりが行われれば患者さんにはメリットはありますね。患者さんが動かなくてもこういう治療があるということを教えてもらえばいいわけですね。

(原委員) 詳しい先生方がおられて、その先生が逆にそういう病院に来ていただいたら、そこにいる先生方がその先生を見て、勉強になって、お医者さんへの啓発というか普及になるではないですか。お医者さんを教育する場というのを改めてつくるのもなかなか大変ですし、そういう専門の先生方が、各外来に月1回、国立がん研究センターから来られるということになったら、その病院の先生も来ていただいて一緒に勉強できるし、患者さんも近いところへアクセスできると思うのです。

(事務局・東) 回るということはかなり遠い目標になるのではないかと思います、その前に相談できるというのが、確保が……。

(原委員) 希少がんセンターのホットライン、

(事務局・東) そんな感じですね。あれは相談といっても治療の内容の相談にはならないですけども、そこができると。ホットラインみたいな形で医師同士のそういうのができるといいですね。

(青木分科会長) 先ほど小林先生はNECの話をされていました。NECは待ったなしの人が多くですね。NECはどうしていったらいいのでしょうか。NECのほうが本当に待ったなしの人ばかりですね。

(小林委員) 先ほど話がありましたけれども、割合やる治療は決まっているというところはあります。腎機能が悪ければカルボプラチンにするとかそのぐらいのこれは、

(青木分科会長) 逆にむしろ新しい治療をやっているとか、治験をやっているとか、臨床研究をやっているという情報にちゃんとアクセスできていれば、それで患者さんを集めなくても、

(小林委員) 薬物療法専門医を持っていらっしゃる方であれば、必ず肺のがんの症例なんかを登録しますので、その中に小細胞がんはあると思いますので、そこは多分大丈夫なのではないではないかと思えます。

(青木分科会長) ただ新しい治療が始まらないというところで、また新しいものが始まれば入りたいという人がいっぱい出ますね。そういう、アクセスマートというか、公開するルートがあれば患者さんを動かすよりは現実的かと。

(小林委員) あまりこういう場で言う話ではないのかもしれませんが、症例が少ないので、本当は新しい薬とかが海外から入ってきたときにある程度タッグを組んで、すぐやれる、我々のほうとしてもそういうシステム、両方向性というか。今のお話としては集約化ということで患者さんのメリットというお話がありましたけれども、実を言うと、我々の

ほうにもメリットがあって、海外で幾つか出てきても、それが結局企業のほうのアンメットニーズというかあれで企業はなかなか手を挙げなくて、やれない状況が実際あって、このところはある程度集約化が必要で、逆に医療者側もそれをうまく使っている。単施設で幾ら頑張ってもそんなに集まりませんので、そういうときは逆にNETの世界は皆さん割と協力的な方が多いのでぱっと集められると思うのです。そのためにも逆に必要かと思っています。

細野先生に聞いたかったのですが、RIの部分も結局地域でどのぐらいの規模で幾つ置くとか、そういうところをどう考えていらっしゃるのかということを知りたいのです。

(細野委員) 需要という面からと供給という面からがあって、例えばPRRTでしたら、今、内用療法を一般に放射線ヨウ素治療とかやっている施設というのは全国に400ぐらいあるんですけども、やり方によってはその400施設でPRRTができるようにしたいとは思っているのです。それは設備のこととかも法令をクリアしたりとか、

(青木分科会長) 今、オクトレオスキャンができる病院というのはどれぐらいあるのですか。400ありますか。

(細野委員) 核医学イメージングができる施設は全国に1,200あります。ほぼ採用していれば、

(青木分科会長) 診断はもう1,200以上の施設でできているんですね。

(細野委員) オクトレオスキャンはできます。

(松山委員) そうすると、今、ネットでオクトレオスキャンができる施設というのが一覧で見られるところがあるのですが、それ以上にやっているところはあると患者さんの情報でわかっていて、だからそこに載っているところと載っていないところの違いは何だろうというのが今疑問なのです。

(細野委員) そのサイトが何に由来しているのかです。

(松山委員) その辺はよくわかるのです。

(青木分科会長) それは何のホームページに載っているのですか。

(松山委員) 多分調べていただくと……。

(若尾センター長) 放射線治療学会ではなくて？ そういうところではなくて？

(松山委員) 今うろ覚えですが、でも簡単に検索しただけで出てくるのですけれども、そこに羅列されている施設よりは、現実ここで受けたという患者さんのほうの情報からいくと、数が違うなというように思っています。

(細野委員) 恐らく核医学施設であればオクトレオスキャンを購入する手順さえ踏んでおけば購入してできます。

(松山委員) そうするとスペクトCTが、

(細野委員) そうです。スペクトCTは大分普及していますからかなり多いです。

(原委員) 自治体の制度にもよるみたいで、京都ではかなりの病院がオクトレオスキャンができるのです。これは富士フィルムの営業の方に聞いてデータをもらったのですが、小さな病院でもできるのです。でも大阪は大阪国際がんセンターはだめなんです。自治体の法令があるみたいで、ここの病院はこれをしていい、あれをしていいというので、だから大阪国際がんセンターではできないそうです。それで驚いたのですが、京都では普通の病院が出しています。

(青木分科会長) それはできないけれども専門施設とっていいかどうかですね。

(事務局・東) 今、ぱっと調べてみたのですが、腫瘍・免疫核医学研究会というところが出しているのです。

(細野委員) わかりました。私もかかわっています。すみません。

(青木分科会長) 先生方に、選ぶ基準としてどういうものが必要で、オクトレオスキャンが1,200もできているのに、オクトレオスキャンはやっていないけれどもほかのことは全部できる施設をどう扱うのかとか、そういうところは問題になると思いますけれども、そこをちょっと……。

(伊豫田委員) 一つよろしいですか。オクトレオスキャンなどは富士フィルムですが、企業を限定してしまってよろしいですか。

(青木分科会長) それはそうです。だから施設基準的なことを考えると、診断はどうかことができますかということになりますね。

(伊豫田委員) 単一企業しかやっていないところになるとちょっと微妙な感じになるのかと思います。

(青木分科会長) そうですね。ただNETに関してはそういうものはほかにもいっぱいありますね。そんなにたくさんいろいろなところが参入しているというわけではないですね。ほとんど3社、4社で全ての治療を賄っているのが現状だと思います。

(事務局・東) 多分商品名を書くわけにはいかないと思いますけれども、オクトレオスキャンといういのが商品名だとしたらオクトレオシンチという。そこは一般名で書くということだとは思いますが。そこを守っていればそこまでは問題にならないと思います。

(青木分科会長) 各先生のご専門の立場から、こういう施設が望ましいというところを寄せていただいて、次までの議論のネタにしたいと。

(若尾センター長) 改めて事務局のほうから先生方にこういう形で出してくださいというのを、

(青木分科会長) 先生方のご専門の領域の立場からでいいと思います。病理だったらこういうことが必要だろうとか、病理全般としてこれはどうしても必須項目であるとか。

(笹野委員) 一番入れたいのは「NETという診断名を使うこと」ですけれども、それは言うは易し行いは難しです。

(青木分科会長) そこで大体はねられてしまうと減ってしまいます。

(細野委員) 先ほど原さんがおっしゃっていた専門的な先生が行かれてレクチャーされたりとか、つまりすぐれた病院であっても常に継続して教育体制を持っているというのはすごく大事だと思いますし、非常に進歩の早い分野でもあり、そういうことをきちんと取り入れて、受講するような先生がいるとか、その先生がまた院内で講演するとか、そういう継続的な continuing education しているという体制はNETの場合には大事ではないですかね。非常に概念の進歩も早い分野で、それをどうしたらいいかですね。例えば一般的な専門医制度ですと、年間に何単位eラーニングを受けるとか、講演会に出るとかあるので、それをうまく制度にデザインするのがいいのではないかと思います。

(青木分科会長) JNETSは考えている。

(細野委員) それだけ入れるのは露骨なので、ほかにも幾つか入れて。

(増井委員) 本当は認定医とかそういうものが多分そういうことにつながるようなことになると思うのです。

(青木分科会長) 希少疾患で専門医というのは難しいのです。NEN専門の外科医と言われると困りますからね。

(松山委員) 患者サイドでのSNSなんかでのところでは、少なくともJNETSのリストを見て、地方に住んでいる方だとそこにお名前のある先生の診療科に行けばよりきちんとした、

(青木分科会長) 今はそういう感じで選ばれるかもしれません。

(松山委員) そういうことが話題に上っています。

(青木分科会長) 施設でもそういうことができるといいだろうと思います。

(事務局・東) 一つ、大きく考えなければいけないのは、どの範囲のことができるとい

う、要するにオールラウンダーがいるのか、臓器別でいいのかというところが、

(青木分科会長) 現状では今は全部やっていますね。NETの専門の人は少ないので、先生は外科医だけれども、chemoもやっているし、

(事務局・東) 要するにPNETとGINETは両方診ることができる施設でないといけないのか、それともPNETはPNETの、膵臓は膵臓の施設でリストをつくり、消化器は消化管のリストをつくるというふうに分けて考えるのか、それとも消化器全部というふうに考えるのかということ、プラス肺はどうするのかということもありますが、そこはちょっと考えておいたほうがいいのか。後で考えてもいいのかもしれないですけども、先生方のご専門の中で案を出していただいて、対象臓器が違って多分重なるところは大きいと思いますので、そこを見てから分けるというのも一つの手だと思いますけれども、恐らくいずれ出てくる論点だと思います。目のほうは後から分けたみたいなどころがあるので、本当にそれでいいのかというところはあるのですが、ただ極少の希少がんなので全部一緒にしないというのが議論が進まないというところもあるので、それは参考にしつつ別に考えたほうがいいのかと思います。すみません、そこだけ問題提起で、多分次回以降の議論になるのだと思います。

(青木分科会長) ほかにございますか。よろしゅうございますか。

(伊豫田委員) 先ほど治験というお話があったのですが、例えば治験もCOIが絡んでくるのではないかと思います。実は私もオクトレオスキヤンの肺のパンフレットを書いているのです。例えばオクトレオスキヤンを推薦してしまうと私などはCOIがかかってしまうのではないかと考えてしまうのです。ですのでそういう観点からも、具体的な薬品名などを入れていいのか考えていただいたほうがいいのかと思います。COIは必要であればもちろん提出します。

(青木分科会長) 対象疾患これこれの臨床試験をやっているとか、治験をやっているというレベルでいいのかと思ったのですが。その施設の詳細はそこに行けばわかると思うのです。どのレベルの状況を求めているかにもよると思いますけれども、あまり具体的な記載というよりは、ここに行けばこれぐらいの診療が受けられるという目安になればある程度目的は達しているかと思います。

臓器別の縦割りはどうしても避けられないような気が今のところはあるのですが、そこに関しては、私も消化管腫瘍の内視鏡の適応と言われると専門の先生に聞きにいかなければ決められませんし、そういうことはあると思うのです。

(伊豫田委員) 先ほどからお話をずっと聞いていると、肺と消化器というのは大分違いますね。病理の診断自体、同じカルチノイドの名前でも criteria が違うのです。消化器では診断のために ki-67 という免疫染色が必要で、核分裂像に関する criteria も違いますし、肺は核分裂像だけで分類しているので、一緒にしてしまうのは乱暴かと思いました。

あと治療については、肺の場合、PD-L1 が効果のある症例があったり、EGFR-TKI が奏功する症例なども報告されていて、抗がん剤も通常我々が使う non small、small の抗がん剤とは違う考え方が出てきています。呼吸器は抗がん剤専門の腫瘍内科の先生に治療していただけるので、そういう意味でも一緒にするのは難しいのかと思ってお話を聞いていました。

(青木分科会長) ありがとうございます。

(原委員) 婦人科も入れてほしいです。うちの患者会には婦人科の患者さんが6人いるのです。うちのほうでは2回婦人科の先生のセミナーをして、大分大学病院の甲斐先生は仲間外れをなくそうということで、同じ名称に統一しようとしていっているので、婦人科のほうもぜひこういうワーキングに入れていただいて、同じ名称に統一してというのをに入れていただきたいと思います。

(青木分科会長) それはまた事務局のほうで検討いただいて。だんだん広げていくのはいいと思います。患者が圧倒的に多いのは今のところ膵臓と消化管と肺ですね。だからだんだん広げていって、

(原委員) 婦人科の患者は東京にはあまりいらっしゃらないのです。関西はなぜか婦人科の患者さんが多いのです。

(青木分科会長) あと何か追加の発言はありませんか。

ご長時間にわたってご議論いただきましてありがとうございます。初回なのでどう進めていくかという面はありましたけれども、方向性は少し見えてきたかと思いますが、またご意見をいただきながら、ある程度まとまったところでこれを決めましょうということで次回までにまとめさせていただきたいと思います。特に追加の発言がなければきょうはこれで終わりにしたいと思います。

(次回の予定は、年内の開催で調整を進めることで決定)

(事務局・東) ありがとうございました。

(了)