

会員アンケート実施報告

1. 実施概要

- 実施期間：2016年6月10日～7月10日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2016年6月10日時点の全会員）
- 実施方法：インターネットアンケート提供サービス(survey monkey)を利用，URLをemailにて配信
設問数全49問，所要時間7-8分程度，無記名形式
- 配信数：8,489名（メールアドレス不明者，エラー返送件数を除く）
- 回答率：17.6%（1,495件）

2. 集計結果

回答者について

Q1.会員種別

会員種別	n
理事・監事	16
協議員	139
正会員	1,150
準会員	179
功労会員	4
学生会員	1
賛助会員	6
計	1,495

Q2.性別

性別	n	%
男	1,107	74.0
女	388	26.0
計	1,495	100.0

Q3.年代

年代	n	%
20代	34	2.4
30代	390	26.1
40代	606	40.5
50代	376	25.2
60代	85	5.7
70代以上	4	0.3
計	1,495	100.0

Q4.職種

職種	n	%
医師	1,050	70.2
薬剤師	274	18.3
看護師	81	5.4
その他 (製薬企業, 管理栄養士, CRO等)	z	3.1
CRC	12	0.8
歯科医師	10	0.7
基礎研究者	9	0.6
生物統計家	4	0.3
データマネージャー	3	0.2
放射線技師 検査技師	2	0.1
理学療法士	2	0.1
獣医師	1	0.1
ソーシャルワーカー	1	0.1
計	1,495	100.0

Q5.専門診療科 1

専門診療科 1	n	%
内科	819	54.8
外科	236	15.8
その他	440	29.4
計	1,198	100.0

Q6.専門診療科 2

専門診療科 2	n	%
呼吸器	256	17.1
腫瘍内科	230	15.4
がん薬剤師	197	13.2
消化管	189	12.6
血液	172	11.5
乳腺	79	5.3
がん看護	56	3.7
肝胆膵	50	3.3
製薬企業	39	2.6
婦人科	27	1.8
臨床試験支援	23	1.5
その他	23	1.5
緩和	22	1.5
泌尿器	21	1.4
頭頸部	15	1.0
臨床薬理	13	0.9
放射線治療	12	0.8
小児	11	0.7
創薬研究開発	10	0.7
皮膚	8	0.5
脳神経	7	0.5
骨軟部	6	0.4
医療連携	6	0.4
生物統計学	4	0.3
内分泌	3	0.2
医療行政	3	0.2
精神医薬	2	0.1
放射線診断	2	0.1
IVR	2	0.1
病理学	2	0.1
基礎医学	2	0.1
臨床検査	2	0.1
疫学	1	0.1
計	1,198	100.0

Q7.所属先

所属先	n	%
大学	499	33.4
国公立病院	362	24.2
私立病院	313	20.9
がんセンター	167	11.2
企業	80	5.4
その他	50	3.3
開業	17	1.1
基礎研究	4	0.3
教育	3	0.2
計	1,495	100.0

Q8.専門医等保有資格

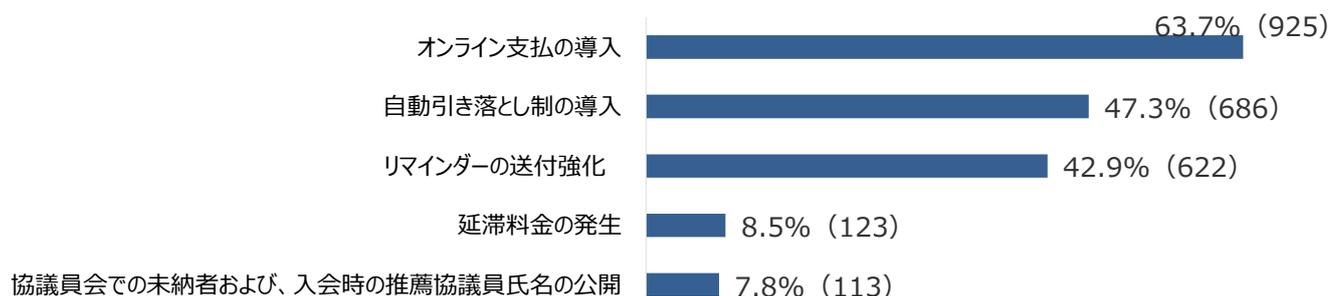
資格	n
がん薬物療法専門医	426
がん薬物療法指導医	215
がん薬物療法暫定指導医	182
がん治療認定医	570

Q9.主な所属学会

資格	n
日本癌治療学会	689
日本癌学会	412
ASCO	299
ESMO	140
その他	385

会費について

Q10.年会費未納者対策について有効であると思われるもの

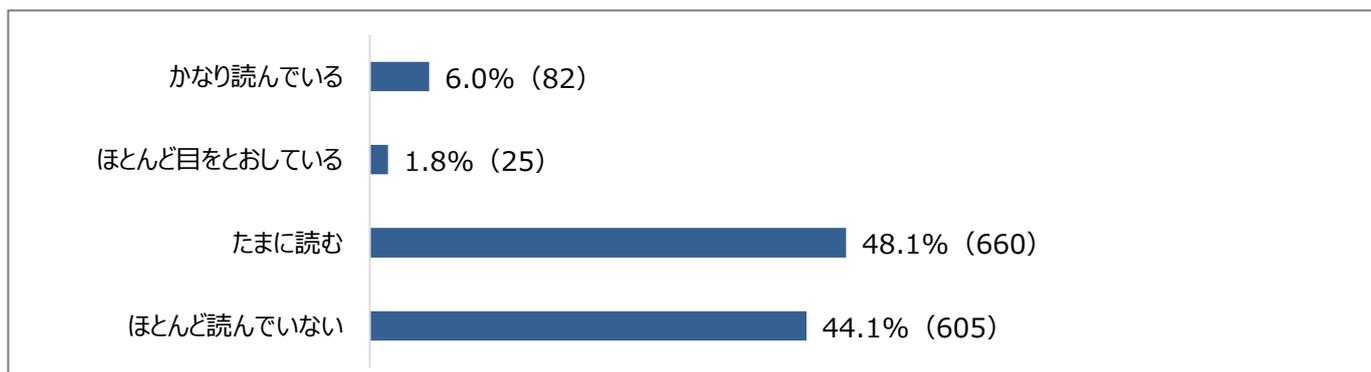


§その他ご意見

- ・クレジットカード決済またはコンビニエンスストア払込み、引き落とし等の導入（22件）
 - *癌治療学会のような年会費無料ゴールドクレジットカード導入も効果的だと思います
 - *今時、オンライン（クレジットカード）以外での支払い、特に振り込みはありえないです。
オンラインを導入することでほとんど解決すると考えます
 - *昼休みにPHSを置いて郵便局に行ける職業ではないので、オンラインで振り込めるようにしてほしい。
 - *せめて振り込みを銀行ATMからでも可能にしてほしい。今時コンビニでも払えないのはものすごく不便です
 - *日本薬学会では自動引き落としを採用しています
- ・リマインド強化（8件）
 - *リマインダーを送り、無理なら有効期限で自動退会
 - *最終送付時に会員資格停止の警告
 - *施設毎に納付、未納時には当該施設の当該科の科長と施設長に通知
- ・1～3年未納者は警告後、自動退会（除名）とする（21件）
 - *2年間払わなければ退会、次の再入会まで一定期間あける、再入会時に入会金を課す
- ・学会活動の制限
 - *除名と再入会の制限
 - *現行のセミナー参加や学会事前登録できない等
 - *選挙権も含め会員特典の一時停止
 - *リマインドにもかかわらず納付されない場合は、専門医資格なども剥奪して退会させる
 - *未納者の退会勧告、専門医剥奪など
 - *学会発表者資格を停止（抄録から削除）
- ・会費の値下げ希望（4件）
 - *年間5000円くらいにする（会費が高すぎる）
 - *医師以外の会費値下げ
 - *年会費が他学会と比較して高すぎる
- ・学会の魅力ある運営（2件）
 - *放置すればいい。魅力があれば払うはず
 - *費用対効果の明示
- ・複数年前納による割引制度導入（5件）
 - *延滞料金と似た考えで、前もって、もしくは数年分振り込みで安くする（ASCOではしています）
- ・紳士協定ですから2年滞納で除名、その警告だけで十分でしょう
- ・他の学会と同じ時期に振込用紙を送付（3月末）
- ・学会発表で一回限りの会員となりその後退会手続きとらず放置している方もおられるのではないのでしょうか
- ・辞める人が未納なのだと思います
- ・年次総会まで支払期限を延ばす。（～7/31）
- ・年次総会の際に振り込みの催促をして、総会の参加費と会費を支払っていただく
- ・退会希望者が未納している例はどのくらいありますか
- ・団体入会制度

学会機関誌について

Q11. Annals of Oncology (AoO) をどの程度読まれていますか？



§その他ご意見

- ・時間が取ればもっとたくさん利用したいです

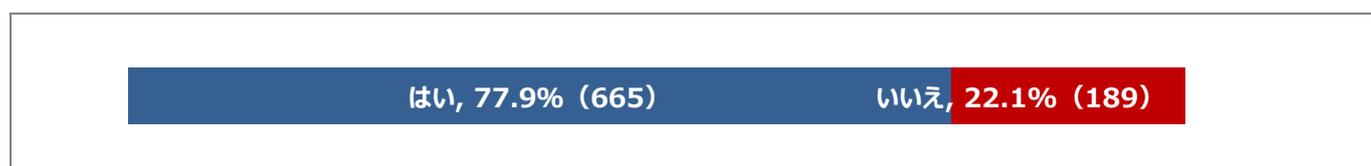
Q12. AoO を読まれている方は、JSMO のアカウントにて購読していますか？



§その他ご意見

- ・自施設で閲覧可能なためメリットを感じない
- ・ESMO の会員なので、全く無駄である
- ・大学などでなければ施設が契約していないことがあり、現行制度を継続いただくことが重要だと思います

Q13. AoO を読まれている方は、今後も機関誌であってほしいですか？



§その他ご意見

- ・日本の学会の数少ない High impact factor 雑誌なので是非継続してください。
- ・AO が ESMO と JSMO の共通の機関誌であることは極めて重要。この権利は他の学会になく、権利を放棄すれば他の学会が喜んで参画するであろう
- ・AO の editorial board に JSMO から 2 名の associate editor が参画できるのは良いことと思います

- ・AO が JSMO の機関誌であることをメリットに感じたことは今まで一切ない
- ・独自に機関紙を作成する必要はありませんが、必ずしも AO でなくても良い
- ・積極的に機関誌であるメリットはないと思うが、独自の機関誌を持つよりは良いと思います
- ・編集や方針に対してどの程度の発言権があるか不明です

- ・費用対効果を考えるべきである (9 件)
 - * どちらでも構いません、費用対効果を検証ください
 - * 機関誌であってほしいが維持費がかかるのであればやめてもよいのではないかと
 - * 購入金額が高額すぎます。検討必要と思います
 - * 他の費用とのバランスを考慮しなければ購読が妥当かは判断できない
 - * 先日も年会費が上がりましたが、年会費も上げてまで 1,400 万円も払って購読する必要性は薄いと思います

購読したい人は ESMO 会員になれば良いと思います

- * 日本の論文が ACCEPT されやすいなら継続してもよい。が費用負担額は無視できない
- * 購読を希望しない会員にアカウントを付与しない

・独自の機関誌をもったほうがよい (5 件)

- * original の機関誌を頑張って作ってほしい。
- * それよりも独自の Journal を作る方が皆の目標が明確になるように思います
- * 専門医制度で二階建てになった際には機関紙が必要と聞いています
- * 独自の機関誌刊行を検討する時期

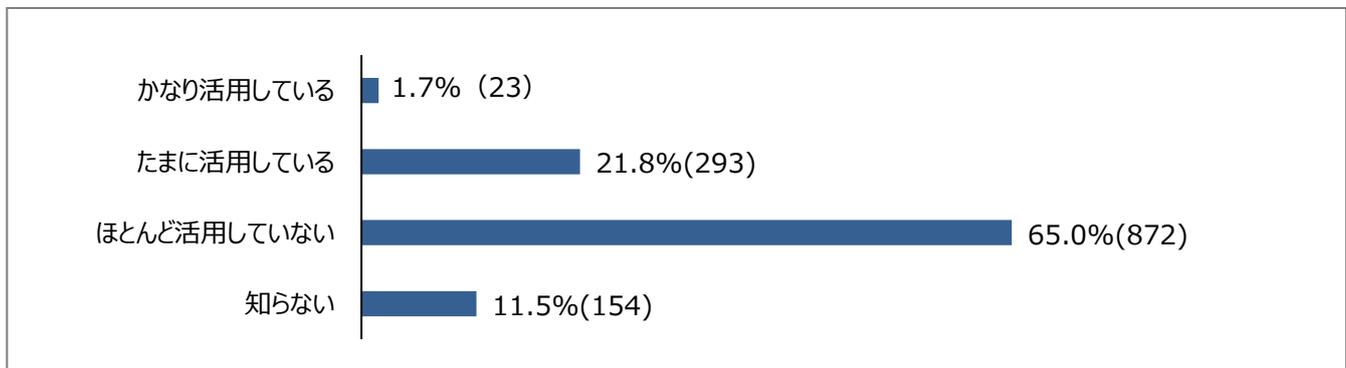
・周知してほしい

- * LANCET や BJC などは、トピックスのメールが配信されてきているので、お知らせメールに興味のある論文などがあれば、サイトに観に行きますが、AO はそういうメールがこないで、意識してアクセスしないとなかなかみない
- * 内容につき周知してほしい
- * AO から transfer 先の雑誌である ESMO Open 誌への JSMO 会員への特典等を提案してはどうか (掲載費、査読手続の短縮等)
- * Annals of Oncology は良いですが、JSMO の機関紙である認識もメリットもどのくらい会員は感じているのでしょうか
- * アカウントで読めるのは知らなかった

・冊子体の機関誌は不要では

- ・JJCO を official journal にする
- ・JCO が読めると嬉しいです

Q14.AoO Supplement Issue の活用状況について

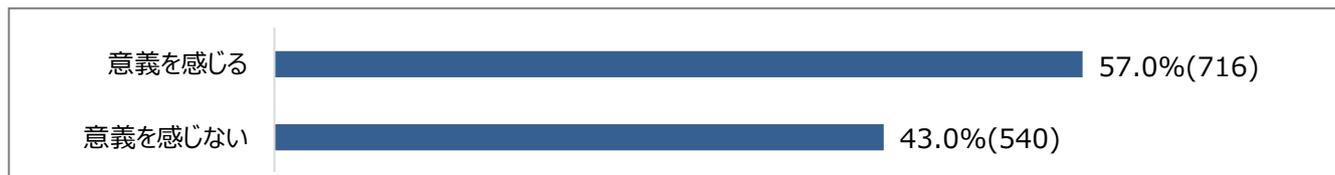


§その他ご意見

・不要である

- * いらないと思います。論文にしますでしょう、皆さん。そうでない発表は要りませんし
- * 内容が薄い 国際的な発表がない 既に大きな国際学会で発表されている
- * 発表を英語で引用できれば AO である必要がない
- * 学会抄録だけではあまり参考にならないから
- * 採択された自分の演題の英文抄録が AO に掲載されなかったため
- * 無駄ではないでしょうか
- * 意味がない
- * 不要です

Q15.AoO の Supplement Issue に掲載意義について



§その他ご意見

・意義を感じる

- * AO の Supplement Issue に掲載されることによって、学会発表内容を引用するときに AO の Supplement Issue の reference を用いることができる
- * 採択された自分の演題の英文抄録が AO に掲載されなかったため
- * 論文でたまに self citation することはあるが、あまり褒められることではない

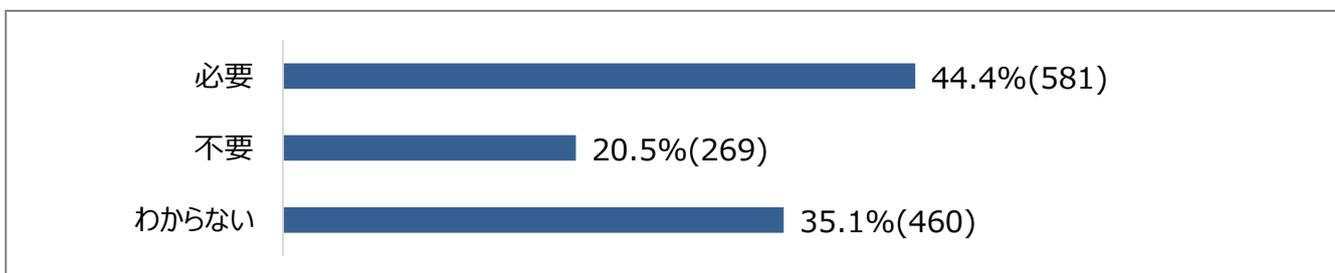
・意義を感じない

- * 内容が薄い 国際的な発表がない 既に大きな国際学会で発表されている
- * 見苦しい
- * JSMO に出した演題を海外学会に出せなくなるため、逆にマイナスであるように感じる
- * 無駄でしょうし、日本の抄録集の代わりに思っている人も多いでしょう。独自の雑誌、抄録集を作る時期にきているのではないのでしょうか
- * 読まないのだから全く不必要である

・その他

- * 入会したばかりなので分かりません
- * わからない (4 件)

Q16.AoO の Supplement Issue に英文抄録が掲載されることの必要性について



§その他ご意見

・必要

- * これから、英語で論文を書こうと思っている者にとっては、学習するために大切な情報源の一つとなっています

・不要

- * 内容が薄い 国際的な発表がない 既に大きな国際学会で発表されている
- * 海外の学会に出すときに二重投稿になってしまう
- * これを業績と誤解している人がいる。二重投稿の疑義も持たれる
- * 上記に同じく意義はなく、不要と感じる
- * pubmed で調べられない。また、国内学会でありながら、抄録が残ると国際学会へ二重投稿になりそうな懸念。すると、質の高いものほど、AoO への掲載を拒否する例が多いかと

・その他

- * JSMO 独自の英文基幹雑誌を出版すべきだと思う
- * 日本発の original article, review article がより掲載されやすくなるような試みは必要かと思います
学会発表の抄録掲載はどうしても良いように思います
- * pubmed での検索対象になってほしい

学術集会について

Q17. 学術集会の開催会場は 2016 年より 3 年間は神戸（神戸コンベンションセンター）に固定されます。固定化されることについてご意見があれば自由記載をお願いします。

・会場固定化賛成

- * よい/大変よい/問題なし (31 件)
- * 意義深い
- * 面白い試みと考える
- * しばらくトライすることは有意義 (2 件)
- * 固定は賛成するが、2 年にしてほしい
- * 2 地方くらいで固定してほしいです。ある意味、出張はモチベーションにつながります
- * 三年ごとに場所を移るのであれば、ある程度の固定化は良いと思います
- * 毎回違う会場になるよりも、ずっと固定の会場のほうがいい。
- * 経費削減、仕事の効率化がされるのであればかまいません (17 件)
- * アクセスのよい、広い会場のある場所、宿泊場所の確保が可能なら賛成 (22 件)
- * 近年の外国人旅行者に急増もあり、ホテルの取りやすい場所で行って欲しい
- * 経費が浮いた分を有効利用 (会費減額、研究助成に用いる等) していただきたい
- * 会員に還元できるメリットが見えるとよい
- * 参加費高騰の抑制などで還元できれば良い
- * コストを重視した結果と聞いているので妥当と考えています。交通機関の利便性からは、東京（近辺）だとうれしいのですが...
- * 運営はスムーズで良いと思います
- * 遠くはなるが、固定化はわかりやすく、意義はあると思う
- * 固定化することで宿泊が予約しやすくなる/予定が立てやすくなる (12 件)
- * 開催時期も週単位まで固定するのはどうか
- * 固定するなら→便利な場所 (3 件)、大都市以外、交通の便の良い東京 (7 件)、関東 (3 件)、横浜 (4 件)、名古屋 (3 件)、大阪、京都、札幌、福岡
- * 横浜や京都なら 3 年連続でも良いかと考える。なお、経費については別の問題としてとらえて方が良いかもしれない。
- * 学会も大きくなり、固定化されるのはよいこと。
- * 楽しみは減るが利便性は増える。学会の本来の意味から考えれば、やむをえないのではないかと
- * 特に問題有りません。(東京在住) 過ごし方や使い勝手を習熟でき、ロスが少ないのでとてもいいと思います。観光目的の学会は他の学会に任せて良いと思います。地方の観光地ですべて頂いても、ほとんど観光などする暇が無いほど JSMO の学会は充実しています
- * 同じ時期に同じ場所にやるのもいいのではないかと
- * 固定化には賛成するが神戸以外の場所も考慮してほしい
- * 固定化は 3 年とし、次の 3 年? は別の場所を希望します
- * 固定することは問題ないが、宿泊施設の確保が非常に大変なので、学会からの宿泊施設の案内を強化して欲しい
- * 学会で必要十分な宿泊を確保してほしい
- * 新幹線や空港から会場へのアクセスが良く、ホテルが確保できやすい場所を選ぶべき その点においては、大都市の中でも京都は最も評価が低い
- * 臨床腫瘍学会も大きくなってきたので、癌治療学会のように開催場所を数カ所に固定してもよいかも

・仕方ない (11 件)

- * 固定化されることは予算の関係でやむを得ないことと考えています (2 件)
- * 会場費が抑えられるので、仕方ない。しかし、関東と交互に固定しないと、出席者が固定化される恐れもある。
- * 仕方ないが残念、面白味・楽しみがなくなる (5 件)
- * 開催が行われる会場が非常に良いと感じられる、コストが非常に抑えられるのであれば固定化は良いのかもしれませんが、会場が良くなければ翌年からは足が遠のくかもしれません
- * 学会会場が取りにくくなっている現状から、やむを得ないと思う

- * 学会場を固定することは構いませんが、会場が分散することは感心しません
- * 運営上は必要な努力です。そうすることで、会場費なども抑えられることも含めて会員への理解を促す必要もあります。別に神戸大学の肝いりではないことを理解してほしいものです
- * 交通事情に鑑み基本的に毎回東京にしてほしい（3件）
- * 東京での開催を望む。物理的な位置では神戸は日本の真ん中に近いかもしれないが、会員人口の比重からみれば東京や横浜の方が便利な人が多いのではないか
- * 全国からの利便性を考えるなら東京などの方が良いと思います
- * 隔年で会員数の多い東京周辺で行って欲しい
- * 固定するのであれば関東が望ましいと考えます
- * 個人的には首都圏での開催のほうが交通の便がよい
- * 固定することは歓迎しますが東京近郊、大阪近郊以外を希望します
- * 大都市固定希望（2件）
- * 固定化されることが必ずしも問題とは思わないが、日帰り可能な場所でない、どこであれ参加しにくいのが現状
- * 毎回同じ会場セッティング（〇〇会場とかの配置）であればどこに行けば何を聞けるかがわかり非常によいと思います

・会場固定化反対

- * 反対/残念/つまらない（27件）
- * 絶対反対。面白くない。若手からもこの変更の希望を多く言われている
- * 固定化は望ましくないと考えます。やはり学会参加は気分のリフレッシュにもなりますので
- * 遠方で行けない人もいること、いつも同じだと飽きることから、固定化しないほうが良い
- * 魅力が薄れる
- * 一部の地域に固定すると他の地域から参加しにくくなると思います。特にコメディカルは平日に出張することが難しい
- * JSMOの良さは、全国各地でできることでした。神戸固定は不賛成です
- * 主催施設としてはできるだけ地元で開催したいのではないのでしょうか？
- * できれば会長の判断で他地域での開催も許可して欲しい
- * 参加者は年々減少するでしょう。日本免疫学会が同じ失敗を経験しています
- * ASCO程の学会であればともかくJSMO程度の学会で開催場所を固定するのは、参加者数の減少に繋がるのではないか
- * 遠方の参加者が減少しないか
- * 会場が固定化すると、ASCO開催時のシカゴと同様にその時期だけ宿泊料金が高額化する恐れがあり、固定化しない方が良いと思います
- * ASCOの様な開催地ホテル代の値上がりを懸念
- * 一案と思うが、個人的には反対である。まずなぜ神戸なのか、うかがいたい。他学会で固定化したときは4大都市であった。交通が不便である。次に代わり映えない会場であれば参加しない方が増えると思われる
- * 準備は楽になると思うが様々な土地を訪れる喜び、経済効果、JSMOの宣伝などを考えると固定しないほうがよいかと思います
- * 学会を全国各地で開くことで地方の活性化につながると思う。その意味で開催会場を固定することには反対
- * 固定せず様々なところで開催していただくとモチベーションも上がります
- * 毎年参加してはいるが、毎年違うところのほうが楽しいし、演題を頑張って出して参加しようという気持ちになる
- * 自分の専攻科の全国学会も同様の傾向となるが、学会場が固定されるのは、あまり変化が期待できず、出来れば持ち回りで変えて欲しい
- * 固定した場合、参加が難しくなる、遠方だと参加しづらい（7件）
- * 宿泊施設の確保の困難性とかでしょうか？今は、学会出張費の捻出も大学は厳しい状況に陥っており、個人での捻出となると、やや不平等の様な気がします
- * 地方から参加する参加者も多く、開催場所の偏りが無いほうが良い点を考慮すると固定化しないほうが良い
- * 参加しにくい都市と、参加しやすい都市があるため、毎年変更してもらえる方が地方在住者に有難いです。つまり、固定化はかなり迷惑です
- * 固定化されると不便な地域から参加される先生はずっと不便なので、固定化しないことを望みます
- * なかなか参加できず近隣で開催されれば参加しようという人は比較的いると思いますので、固定化でないほうが良いような気がします

- * 会場確保の問題、費用の問題など、包括的な議論が必要かと思えます
- * 宿泊がしやすく、交通の便がよく、会場が十分確保できれば固定する必要はない 固定しない方がよい
- * 複数の都市/会場のローテーションがよい (41 件)
- * 毎年いくつかの都市をローテーションした方がよい。関西でやるなら神戸より大阪だと思う。誰の利権誘導だったのでしょうか
- * 東京-関西の交互がよい (13 件)
- * できれば、毎年別会場の方が、参加機会が均等化すると思う (2 件)
- * 一か所に固定はよくない。規模が大きいのであれば、国内数か所の大都市で持ち回り開催でもよいのでは
- * 西日本在住か東日本かで不公平感有り。毎年変更すべき
- * 全国の学会員がおり参加のしやすさもあるので、色々なところでの開催が良いと思う (2 件)
- * 参加者の居住地によって不公平感が生じる (3 件)
- * 3 年間ならよいですが固定化すると遠方の先生には負担が多いのではないのでしょうか
- * 固定化されることは遠方施設からは参加しにくくなるなどの問題があると思います。毎年開催地は変更する方がよいと感じます。参加モチベーションという意味においても固定化はよくないように思います
- * 固定されることにより参加の Motivation 低下が危惧される
- * 学術集会参加者で純粋に学術目的の方は少ないと思います。せめて 3 ヶ所以上持ち回りをお願いしたいと思います
- * 固定化することに意義を見出せない (10 件)
- * 固定化される理由について把握していませんので、コメントできません。できればいろいろな場所してほしいと思います
- * 非常につまらない。北海道は大成功だったと思う。仙台はシャトルバスをチャーターしなかったことが問題だった。地方で行い、活気を保つべき

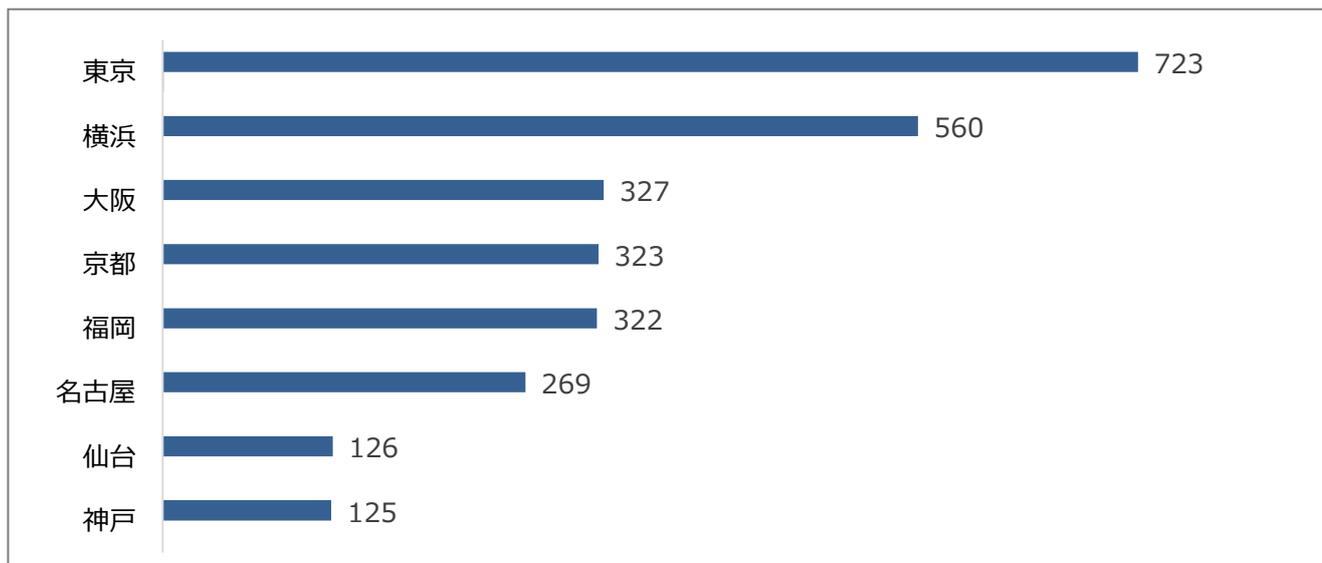
・神戸について

- * 近いため便利、助かる、都合がよい (19 件)
- * リーズナブルな会場の確保がしやすいのであれば、神戸固定でもよい
- * 近いのでいいが、不平等ではあると思う (3 件)
- * 関西在住なので便利であるが、面白くない面もある
- * 神戸に 3 年間固定は許容範囲ではあるが、賛成ではない
- * 遠い (16 件)
- * 関東圏からは遠いです。3 年もそこだと、行きにくいです
- * 東北在住なので、西日本は遠いです。交通費の面でも大変なので参加できないことが多いです。せめて東京近郊でお願いしたいです
- * 往復に 10 時間近くかかるため、確保した時間のほとんど移動時間にとられてしまいます。平日は通常業務のため、少人数の医局では参加が困難です。結果として土曜のぞく限られた時間しか参加がかなわず
- * 交通の便が悪い、観光地なので宿泊予約を取りにくい、宿泊費が高い、航空便が少ない、夏季は暑い、楽しくない (62 件)
- * 反対 (3 件)
- * 宿が少ないので、改善してほしい (2 件)
- * 街の感じもよくわかるので、ありがたいですが、比較的宿がたくさんある都市なのに宿探しに 2 ヶ月前に探しても難渋しました。またもう少し、確保するなら、1 人部屋を多めに確保してくれると嬉しいです
- * 夏休み期間中の神戸なので、今回も宿がなかなかとれませんでした。この点を除けばよいと思うのですが
- * 神戸開催は絶対反対です。即、来年から会場を変更すべきである
- * 関西地方在住者はよいかもしれないが遠方の方は不便に感じるかもしれない。会が大きくなっている所以で地方では難しくなるかもしれないが地方色を出した会もおもしろいと思う
- * 神戸なら今後参加しない
- * 神戸は交通の便が悪いので (神戸空港は便数が少なく不便、新幹線の駅からも遠い) , インターネットでかなりの情報が流れてくることを考慮すれば、ほとんど参加しなくなると思う
- * 地方から参加する場合、神戸はそれほど交通の便がよいわけではなく、また一般病院では医師の数も限られ、病棟を長期間留守にできない、などの理由から参加頻度が減ると思われる
- * なぜ神戸なのか理由がわからない、理由を知りたい (5 件)
- * 不便な場所に、事前説明なく固定されるのはいかなるものなのでしょうか。決定のプロセスを含めて疑問を感じます

・その他

- * 3 年度に全会員を対象に評価をして、継続するかどうか判断する
- * 神戸に限らず数年ごとにコンペを実施し±5-10%程度の差であればアクセス * 部屋数など他の条件も考慮して開催会場の変更を検討しても良いと思います
- * 固定化の経緯、神戸開催の理由を知りたい。全会員へ説明してほしい（5 件）
- * 意見を承知での決定でしたら仕方ありません。 決定前の意見収集 * 周知はされたのでしょうか
- * 近隣の場合はいいですが、遠方の方は毎回旅費 * 宿泊費が必要になるので（コメディカルはほぼ全てが自費なので）参加者は減るように思います
- * 地方の先生からの意見はどうだったのですか？
- * 地方都市での開催も希望します（4 件）
- * もし他の都市でも開催の負担が地方都市での開催がなく、地域の活性化に寄与できなくなったのは残念である
- * 大都市固定の意義は理解するが、地方開催はがん治療均てん化の点で意義が大きいですと考えます
- * つまらない。いろいろな土地の風俗（食べ物、習慣）を体験できるようにしたほうがいいと思う
- * 地方へ行く楽しみがない
- * 地方に行く楽しみが減る。メディカルスタッフの参加のモチベーションが少し下がる
- * なぜ固定されるのかが知りたい。学会会場がどこか、忙しい臨床の中、出張の楽しみでもあるので固定されるのは残念
- * 固定化の理由が分からない（2 件）
- * 地域を動かしたほうが、地方の在住者にとって不公平感がない。また出張がささやかな楽しみでもある末端臨床医の気持ちも配慮してほしい
- * 開催会場の固定化しすぎることは、地域により移動の負担が大きくなる恐れがある。仮にずっと神戸に固定化するのであれば、遠方からの出席者への配慮が必要かもしれない。
- * 交通や宿泊に費用の負担で不公平が地域で差ができるため参加費など何らかのバランスを取る必要がある
- * いろいろな所にいける楽しみがなくなるので、非常に残念です（3 件）
- * 学会は知識を得るのが一番の目的であるが、観光も大事と思うので、場所は毎年変わるのが望ましい。また、主幹施設のある場所で行うのが筋ではなかろうか
- * 固定化されることで、毎年 様々な都市に行き、参加することを楽しみにしている医療者（特にコメディカル）の参加が減少するのではないかと思います
- * さほど大きな学会では無いので固定しない方がよいのでは。若い先生は土地柄で参加意欲がわく場合もあります
- * 各地での食文化を楽しめなくなる
- * 学会のときこそ全国めぐりが楽しみでした。地方経済活性化に貢献するためにもなんとか地方開催できる規模の学会は地方に行きあげべきです
- * 毎回異なる開催地を訪問することも学会の楽しみの一つと考えているので、個人的には残念で
- * 本来の目的ではないにしろ、開催地を様々な場所に変えることで参加意欲を増すことができるので、中規模都市での開催も含めて検討していただきたい。単に米国をまねるだけでなく日本独自の開催方法を取るべきだと思う
- * 夜の会合も楽しみなので、毎年とは言わないまでも場所は変えてほしい。ASCO じゃあるまいし、連続早めて欲しい。それに今更聞くなって感じです
- * 会場費が割引されることに目がくらんで会員が各地を訪問する楽しさを無視している、ASCO のマネをしすぎ
- * ASCO を意識しすぎと思う
- * ASCO を模倣している印象を受ける
- * 学会運営場は固定したほうが楽とは思いますが、3 年間も同じ場所では行く気がしない、また 7 月の最終週に開催するのも、子供が小さい年代にとっては家をあげづらい、学会運営をする年代の人のことでもなく、若い参加者のことも考えて、子供が夏休みの期間はやめてほしい
- * 今更決まっていることをなぜ質問するのかわからない、固定化する前に会員にその意味を説明してアンケートすべき
- * WEB 聴講でも単位を認定してもらえるようにしてほしい
- * web で行ったらいかがでしょうか。学会参加の意欲が減ります
- * 京都は最悪です。
- * どちらでもよい（1 件）
- * 特になし（20 件）
- * あほくさ

Q18. 神戸の次も開催会場を固定する場合、希望の都市（会場）はどこでしょうか？（複数回答可能）



§その他ご意見

・望ましい場所

- * 地方都市開催希望（40 件）
- * 大都市固定希望（15 件）
- * 大都市ローテーション希望（3 件）
- * ローテーション希望（2 件）
- * 被災地：復興支援として（4 件）
- * 熊本市，少々不自由でも困っている都市を助けるという精神があってもいいのではないか
- * 被災地（東北，九州等）に近い場所での開催を行い，地域に貢献してはいかがでしょう
- * 仙台，福島，熊本 震災復興として
- * 地域振興を考えると地方都市もありではないか（2 件）
- * 東京-地方都市交互
- * 大都市-地方都市交互
- * 1 か所に固定
- * 札幌（34 件，昨年札幌は大盛況だった），千葉，静岡，宮崎シーガイア，沖縄（2 件）
- * 仙台* 横浜* 京都* 福岡あたりで 2 年周期で開催など地方にも配慮した開催希望
- * 基本的にずっと神戸でいいと考えます
- * 福岡は東日本からは遠方だが，飛行場から市内へのアクセスがかなりいいので
- * 日本の比較的中心部に位置する東京，大阪，名古屋の何れかが最も効率が良いように思います
- * 日本であればどこでもよい，固定化するならどこでも，開催に問題がなければどこでも
- * 出来るところが手を挙げてコンペで決めていればそれで良い
- * 会場が確保できるところ
- * 各種公共交通機関すべてからアクセスのよい場所（10 件）
- * 宿泊施設が確実に確保できる場所（14 件）
- * 地方からのアクセスがよい大都市（3 件）
- * 7 月であれば暑すぎない場所がよい（3 件）
- * 東京～博多間でのぞみが停車する都市
- * 名古屋は JSMO 発祥地(?)，大阪は多くの会員のアクセスが便利と思う
- * 基幹病院があり収容員数が確保できるならどこでも
- * 会長の希望により地方開催も可とする（2 件）

・避けたい場所

- * 京都と仙台は参加しにくい
- * 固定するなら神戸以外でしょう
- * オリンピックイヤーは東京は避けたい
- * ビッグサイト等は勘弁して欲しい
- * 東京。横浜の一極集中は避けてほしい
- * 東京は 2020 年オリンピック開催のためそれまでに多くのホテルが改修（オークラなど）するのであまり良くない

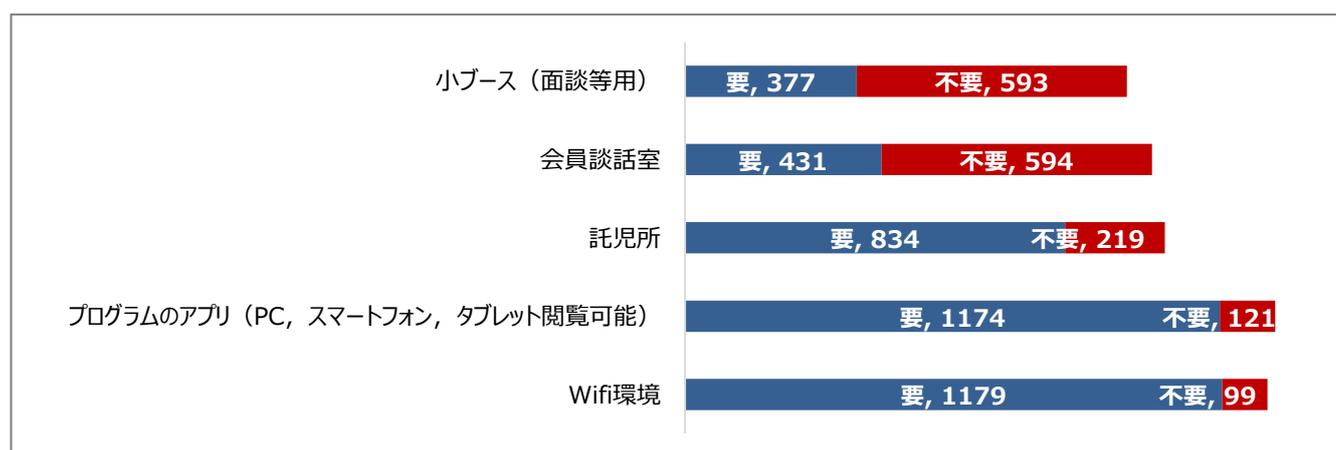
・望ましい開催時期

- * ホテルが安い閑散期に開催してほしい
- * 連休前などは宿泊先確保が大変で、かつ宿泊費が高騰するので通常の週末を希望

・固定化反対

- * 固定化は反対（5 件）
- * 固定が安いのでしょうか、地方開催も希望
- * 個人的には固定せずに地方都市でも開催されることを希望します
- * 固定でない方が良い。大会長の持ち回りにすべきである

Q19. 学術集会の際に希望するサービスはありますか？（複数回答可）



§その他ご意見

・飲食

- * コーヒーやジュース、軽食のサービス

・施設

- * 会員談話室：フリースペースがたくさんあれば不要？小ブース：企業の取り合いになるだけなのでやめたほうが良い
- * 過去の開催会場では談話スペースが少ない記憶が多くあります。
- * 学会期間中に利用できる少人数の会議室（10 名程度）があると良いと思います。有料でも利用希望者はいると思います。
- * 企業向けに有料で会議用ブースを貸し出すのはどうか？
- * 休憩スペース（3 件）
- * コーヒーなど飲めるスペース
- * 会場内や近くに喫茶店があれば、ブースは要りません
- * 託児所は Jsmo の規模を考えれば質問にするまでも無く必須と思います
- * 個人的には託児所は不要だが、必要な会員はいるはずで、あるべきである
- * 完全禁煙にしてほしい
- * 人気会場の中継
- * 夫婦で会員（毎年交互で産科）のため、託児所は必須と考えています
- * 人気セッションのモニター会場設置

- * web.で一部の講演がタイムリーに聴講できる
- * ePoster

・交通

- * 便数の多いシャトルバス
- * 会場と駅が遠い場合の送迎バス
- * ESMO のように近隣ホテルからのアクセスの切符
- * ポートライナーの乗車券 事前登録者だけの特典でもよいので初日から使えるように郵送してほしい(神戸)
- * 今回のような会場までの交通費はありがたいです(神戸)
- * 最寄り駅の時刻表があると大変助かります

・サービス

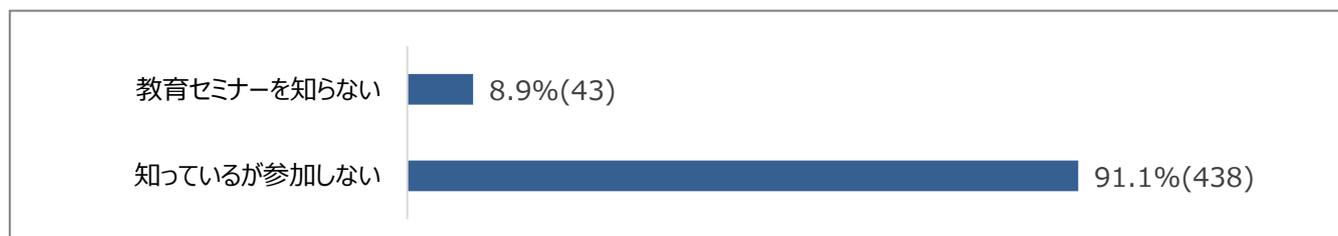
- * 海外の学会であるような、キャリア支援等
- * アドボカシーグループ対応会場 * プログラムなどを企画する
- * ASCO 同様に発表スライド * ポスターの販売
- * スライドライブラリ有料版
- * アプリは必須です
- * プログラム * 抄録の USB
- * ハイライトを web で配信
- * 抄録はタイトルだけの冊子で、アブストラクトなどはアプリから閲覧という感じでもいいと思います
- * SNS での情報発信とオンライン討議

・その他

- * あったほうが良いが財政的に苦しいのであればなくても問題ないものも多い

教育セミナー， Best of ASCO in Japan ついて

Q20. 教育セミナーに参加したことがない方はその理由について



§その他ご意見

・時間的に

- * 時間の確保が難しい (13 件)
- * 複数日の開催を希望する
- * 朝から夕方まで両日とも確実に出られる日が少ないため
- * 受講料が高額
- * 私立大学に在籍しており，土曜日が診療日です。医局の方針で学会自体は発表や座長など役割があれば参加許可されますが，セミナーなどで聴講のみの場合参加が認められない。日曜日に行ってもらえれば参加可能なのにといつも思います。
- * 2 日間は長すぎる。1 日以内に短縮すべき。

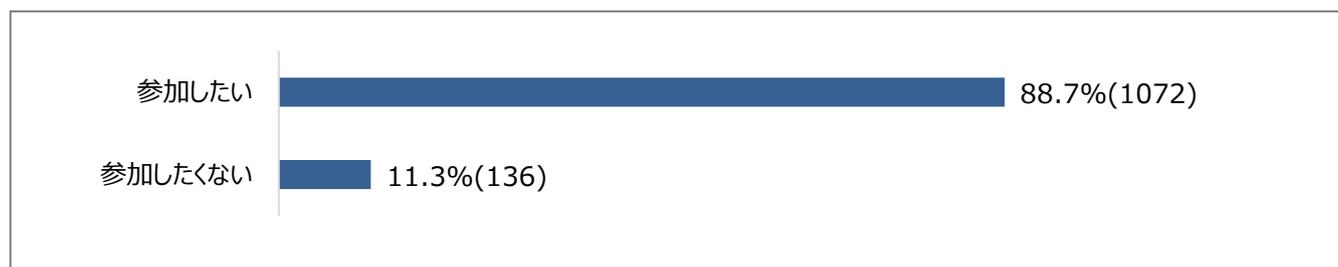
・内容的に

- * 製薬会社の提供する情報が十分である。
- * テーマに興味がない
- * 必ずしも学びたい内容ではない
- * 内容がアップデートでない基礎的なことも多く，全てが聞きたいわけではない。
- * あえて必要性を感じない
- * 過去に参加したが，毎回必要としないので，数年毎でいい

・その他

- * 医師だけの限定だと思っていたため
- * 今後参加を検討している
- * 子供が小さいから
- * 興味のある教育セミナーに参加しようとしたらいつも一杯になっている。
- * 入会したばかり参加したことはない (3 件)
- * WEB にアップされた動画を拝見しています (2 件)

Q21. 教育セミナーに参加したいかについて



§その他ご意見

・参加したい

- * 知識の整理になる，知識の復習と Update のために参加したい，専門外の癌種の知識の更新に役立つ
- * 本や研修会に参加しても得ることができない情報を得ることができる

* 教育セミナーには可能な限り参加しています。癌関連処方が多い病院の門前薬局勤務ですが、最新の知見や注意すべき点などを身近に尋ねることができる環境ではない為、非常に助かっています。各論については、時間が短く、もっと知りたい内容などもあるので、時間が長くなればよいとは感じています。

* よくまとまっている

* 機会/時間があれば参加したい (3 件)

* テーマ/内容次第で参加したい (2

* supportive care の内容があれば

* 単位取得に必要であれば、参加したい

* 以前に A/B に参加したことがあり、今後も勉強のために参加したいが、コメディカルの立場で、何度も参加してもよいものか悩む。気が引ける。

・参加したくない

* 料金が低い。時間が長い。(3 件)

* 忙しくて参加できない (2 件)

* 拘束時間が長い、開催日数が長い

* 今はそれ程の必要性を感じない。資格更新前には参加したい

* 冗長

* 他疾患から役立つ情報を得ることもありうるが、それがあまりない内容になっていた

* 試験資格のためだけの受講。

・その他 (要望等)

* 託児がないので、参加したくても参加できない

* したくないわけではないが、拘束時間とメリットを勘案するとすこし効率がどうかと思う

* 勉強のために参加したいですが、遠方のため参加が困難なことが多いです。会員番号登録*入金の上、Web 上で視聴できるようにしていただきたいです (9 件)

* Web で閲覧して、単位が修得できるのであればそのほうが望ましい。

* 日程を複数にして欲しい。

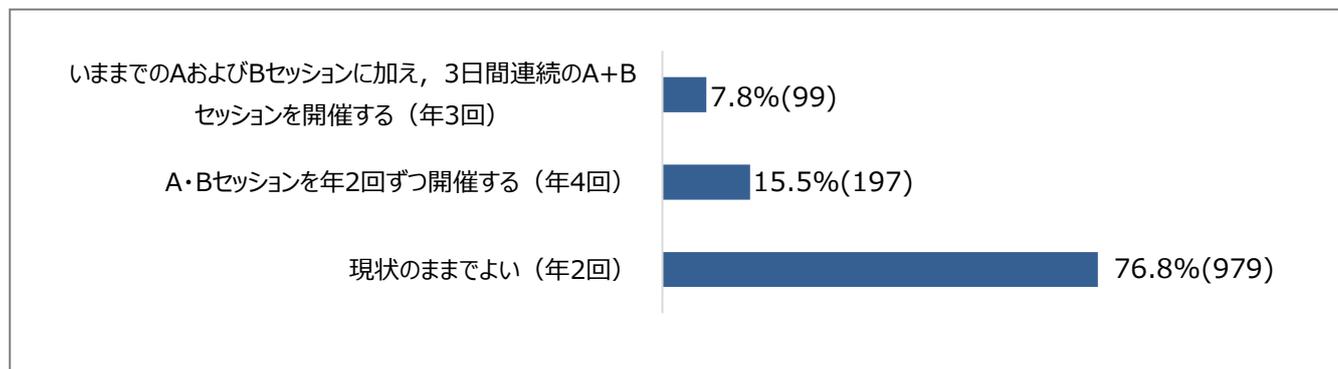
* 過去に参加したが、毎回必要としないので、数年毎でいい

* 参加したいのですが、学会の最終日だと連泊となり、まず無理です。あと本当にスケジュールがタイトです。お手洗いにいく時間もないくらいで、どうにかならないでしょうか。

* 参加したい。が、現状の B セッションは非常に参加しにくい。学会発表日と、教育セミナーの日程が離れていることが多く、病棟を長期間留守にできないため結局教育セミナーに参加できない。終了時刻も遅く、最後まで参加しないと単位も取れず、同日中に帰れないことも理由。(学術集会も空白の時間が非常に多く、2 日間でよいと思う。)

* 土曜開催は参加しにくい、日曜祝日開催の方が参加しやすい、2 日間連続参加は難しい (3 件)

Q22. 教育セミナー開催回数について



§その他ご意見

・年3回 (A+B+AB) について

* 昔3日間のセッションを受けて、きつかったのを覚えています。3日連続だと地方からであれば3泊4日ということになり、

参加が難しいのではないのでしょうか

- * 今年の3月にAセッションに参加予定でしたが、義父の法事が入ってしまい参加できませんでした。A,Bセッションを複数回開催してもらえるとこのような予定外の事が生じても別の機会に参加できるので助かります。A+Bを開催する年3回でも良いと思います
- * 現状は他学会と日程が重複することが多く、別季節での設定があると良い

・年4回について

- * 年4回では満員にならないのではないかと

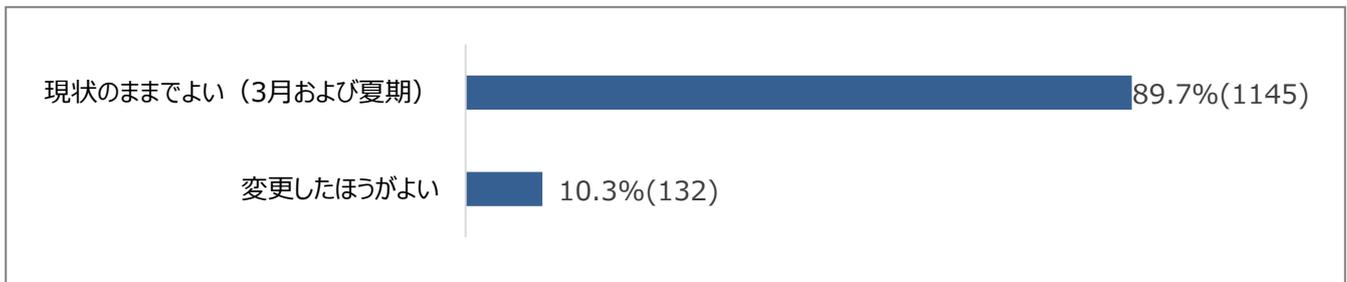
・年2回について（現状）

- * これ以上回数は増やさないほうがよいと思います
- * 学術集会とは独立させてA,B1回ずつ開催

・その他ご意見

- * 遠方だった場合に参加しにくいです
- * 東日本、西日本の2か所開催等、だと参加しやすい。（遠いと参加困難な土地があります）
- * 地方での開催を検討してください。年に1度、取得単位は全国よりも低く設定 医学生、研修医も参加可能とする
- * VODでの受講も可としてほしい。地方からの参加となると、時間と金銭的な問題がある。受講代や交通費や宿泊代を入れると1回に10万円近い出費になります。関東圏の方はよいと思いますが…
- * 専門医の更新に必須とするなら、地域をかえて開くべき。または、WEB受講を認めるべき
- * E-learnig, WEB配信の導入希望+単位取得(10件)
- * 参加型のセミナーは不要。地方の人のことをもう少し考えてほしい
- * 学会以外の場でのBセッションの場も作ってほしい
- * 学術集会と連動の場合は日程を集会告知とともに明示してください。学会に合わせて出張手配が終わった後にセミナー告知があったため、参加ができませんでした
- * Aセッション日程が毎年所属学会の地方会の日程(3月第1土日)と重なります
- * Best of ASCOと教育セミナーの統合
- * A*Bセッションは後からwebで閲覧できるので現状のまま問題ないと思います。Best of ASCOのスライドや資料を閲覧することはできるようにはなりませんでしょうか
- * A+Bセッション 年1回でよい
- * ただし、専門医更新に必要な単位を取る機会を増やしてほしい
- * セッション数を増やしても、各領域の時間を延ばした方がよい
- * 分からない(2件)

Q23.教育セミナーの開催時期について



§その他ご意見

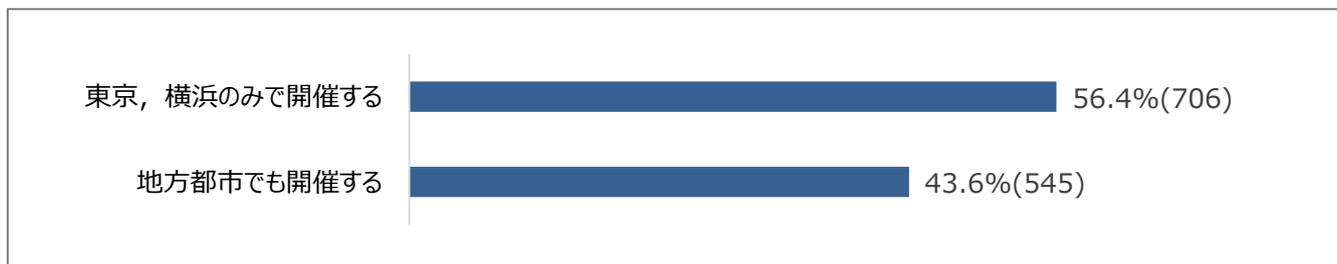
- ・現状のままでよい
 - * 7月は、夏休みを使用できるので参加しやすい
- ・変更したほうがよい
 - ・3月について
 - * 3月は年度末、異動シーズン等で多忙(14件)

- * 3月は異動が多いので、特に地方の若い医師は参加が厳しいと思う
- * 3月は子供の行事も重なり、休みが取りにくい
- * 11月などあまり移動の内時期が良いと考える
- * 調整が難しいため、2月などの前倒しも検討してほしい(2件)
- * 3月は造血細胞移植学会と重ならないよう希望(2件)
- * 秋季、冬季などへの変更は如何でしょうか
- * 雪の時期以外にもAセッションを開催してほしい
- ・7月について
- * 7月にBest of ASCO、学術集会、教育セミナーと重なる。よほど人数の多い病院でなければ、もしくはトップの役職でなければそんなにわがまま言って休みをもらえない。若い医師が参加しにくい状況を理解してほしい
- * 夏休みにかぶるとホテル代が高いです
- * 夏期に学術集会、Best of ASCO、教育セミナーと集中してしまうと全部参加するのが困難です。
- * 夏期は会場内と外との気温差がひどく体調を崩しやすいために変更が望ましいと思います
- * 気候変動を考えると夏季開催は望ましくない
- * 現状は他学会と日程が重複することが多く、別季節での設定があると良い。例えば6月
- * 学会期間を、小中学校の夏季休暇期間から外して欲しいです。つまりBセミナーの日程を少し変更してほしいです
この期間は交代で休みをとるため、人手不足になりやすく学会参加が大変です。

・その他

- ・年により開催月を変える
- * 年によって開催時期が違えば参加できる可能性が出てくる
- * 毎年Aセッションと、他に参加したいセミナーが重なってしまいます。毎年少しずつ時期をずらせないでしょうか
今年が3月だったら来年は2月のように
- ・学術集会とは別
- * Bセッションは学術集会とは別がよい。体力がもちません。パシフィコ横浜開催が良いと思います。アクセスも良いので。
- * 学会とは別に設定してほしい
- * 学術集会を木金土ではなく、金土日にしてほしい。セミナーは別の日にしてほしい。
- * Bセッションは学会とくっついており、そもそも学会に行けない状況だと必然的に教育セミナーもいけないことになる
- ・学術集会に合わせて
- * 学術大会に合わせて開催を希望(A,B共に)
- * 学会期間中、あるいは、学会に引き続いて行なうことも考慮して下さい
- ・その他
- * 勉強するために3日間缶詰のA+B開催が欲しい その方が診療を休診にして参加しやすい
- * 他の学会と重なると参加不可能。回数を増やすなど参加しやすくすべきではないでしょうか。
- * BoAと開催日近いので変更希望とも思うのですが、そうすると9月10月などになるのは他学会、台風など現在のまままで仕方ないかと思います
- * e-learningで良い(2件)
- * わからない

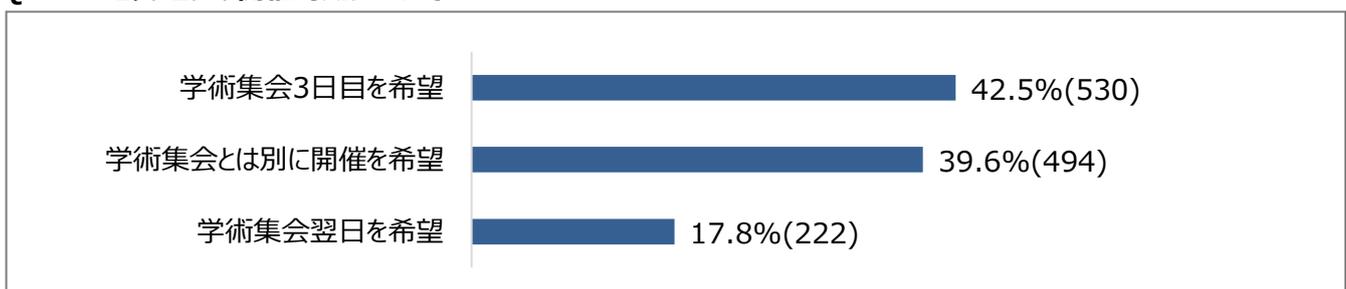
Q24.教育セミナーの開催場所について



§その他ご意見

- ・東京・横浜のみで開催する
 - * 地方都市は参加に困ります。地方の方も大変でしょうが大都市の人間の方が多いので、東京横浜のみというのは仕方ないと思います
 - * 年 1 回ずつしか行われぬ教育セミナーA/Bセッションは専門医取得に必須であり、あまりに地方でアクセスの悪いところで開催すると専門医取得時に支障を来す恐れがあります
 - * 宿泊先の確保から東京あるいは横浜を継続して欲しい（2 件）
 - * 横浜で行うならば、お台場をお願いします。その方が地方から参加するのに若干余裕があるので
 - * 東京のみで開催する
- ・地方都市でも開催する
 - * 学術集会を開催できる年であれば地方でも良い。
 - * 遠隔地の人が常に地理的な不利益を負うことは不公平だと思います
 - * 東京周辺、京阪神周辺 交互に開催してほしい（3 件）
 - * 大阪、京都、神戸、福岡、札幌、仙台、名古屋（全地域複数の要望あり）
 - * 関西圏でもお願いします（9 件）
 - * 関東-関西交互で（2 件）
 - ・計 3 回開催案
 - * 現状の年 2 回に加えて 1 回/年で地方都市で行う
 - * 地方で開催するのであれば、臨時で 3 回目として、不定期に各地方持ち回りでお願いしたい
 - * 地方版は全国版とは別に計画、開催
- ・その他
 - * いろいろなところでなるべく多く開催するのが望ましいでしょう。ニーズはあるのですから（2 件）
 - * 都市部開催で開催場所は増やした方がよい（2 件）
 - * サテライト中継等で地方都市で受けられればよいと思います（4 件）
 - * WEB 配信 * 地方での電子会議システム活用の分散開催なども検討すべき（2 件）
 - * e-learning で良い（7 件）
 - * あえて会場でやる必要ありますか？内容を理解しているかは試験で問えば良い
 - * 開催都市を学会と合わせる
 - * セミナーが東京 横浜 限定なら、学術集会は東京 横浜以外で開催する方が、金銭 * 時間の両面でバランスが取れるのではないか。
 - * B セッションは今回同様に学会開催都市で開催して頂きたいと思います。A セッションは、東京 * 横浜でよいと思います
 - * ほとんど缶詰で講義を受けるので、交通の便以外は考慮する意味はありません
 - * 利便性を追求すべきでしょう
 - * アクセスの悪い地方都市で開催すると移動のための休みが必要になる可能性があります。専門医受験や更新に必須であることを考えると、利便性を最重視してほしいと思います
 - * ホテルの宿泊費用が観光客と一緒に高くなってきているように思う
 - * 横浜は羽田からの移動に時間がかかる。大学の講堂でも良いので、都内、駅に近い場所を希望します
 - * 参加する時間が確保できるか（仕事を休めるか）が問題のため、場所は問わないと思います

Q25. B セッションの開催時期について



§その他ご意見

・学術集会とは別開催 について

- * 学会 + 教育セミナー のような長期間仕事を休めないで別日程を希望します
- * 学術集会と別日であると、病院からの出張費を申請しにくい
- * 学術集会に全日参加できる方も多くはなく、学術集会から連続で滞在するのは困難な方が多いと思います
- * 平日の3日間の出張は、仕事面でも家庭面でも厳しいので、学術集会を東京 * 横浜以外の都市で開催するのであれば、日時を離して、東京、横浜で開催してほしい
- * 専門医を受験する年次の若手医師は、学術集会の際には強制的に留守番にさせられることもあり、今後専門医を増やしていくのであれば学術集会とは別に開催してほしいです
- * 学術集会と絡まない次期にも開催を希望（2件）

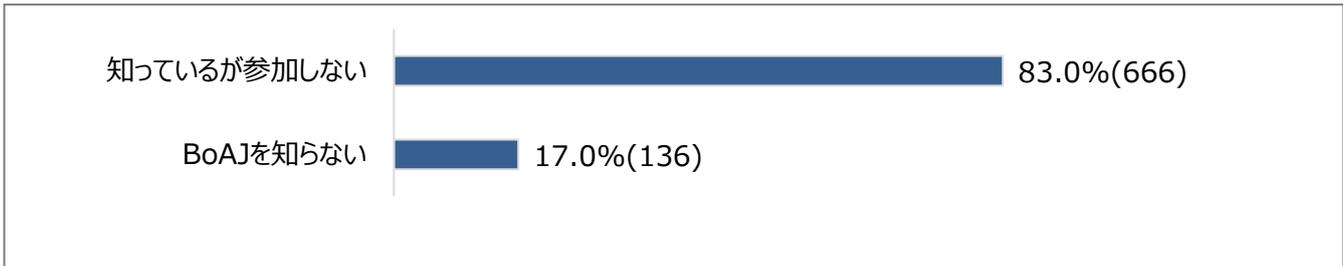
・学術集会3日目または翌日開催 について

- * 学術集会と一緒にあれば問題ない
- * 学術集会開催時間にかかるようなら翌日が良い（時間が重なると参加したいセッションに参加できない）
- * セミナーが地方年開催になる場合は学会と合わせて3日目が希望。
- * 福岡の時には学術集会後にBセッションがなく、不公平だと思った
- * 一緒に開催の方が出張の関係で助かります
- * 何らか学術集会と重ねた方が参加しやすいのでは。ただ、三日目はプログラム編成上かなり苦しくなります。講師がBセッションにもとられますので、その調整もしようと思うとかなり事務局と運営事務局間の連携が必要です。
- * 学術集会に参加できない場合、自動的に参加のチャンスが失われる
- * Bセッションを日曜に行くと、学会が木～土となり、週末した学会に参加できない人が大変困ります
- * 学術集会3日目だと3日目に発表等がある人は参加できなくなってしまうと思う
- * 学会とまとめた場合には長期に休みを取る必要があり、難しくなる。
- * 集会とセミナーで4日間病院を空けるのは難しい。
- * 学術集会と一緒にだと期間が長くて参加できない
- * 学術集会と同じ日程にすると出張扱いとならない
- * 長期間、病院を離れるため、業務に影響がでる
- * 学会期間中は学会に集中したいこともあります。学会の続きで講習を受けることはヘビースケジュールとなり、集中力の問題も生じるかと思います。
- * 参加期間が長くなるため総会の初日からの参加が困難。総会最終日の午後にやや空白の時間帯ができてしまう。

・その他

- * 学術集会前日
- * 学術集会期間中毎日
- * 学術集会期間中
- * 同じ内容でいいから学術集会中に複数回
- * 学会の範囲で行っていただけると助かります
- * 学術集会時にBセッション、他の時期、例えば9・10月の祝日に重ねてA+Bセッションというのはいかがでしょうか
- * e-learning 導入希望（2件）
- * 日曜、祝祭日を希望。
- * 分からない、特になし（5件）

Q26. BoAJに参加したことがない方はその理由について

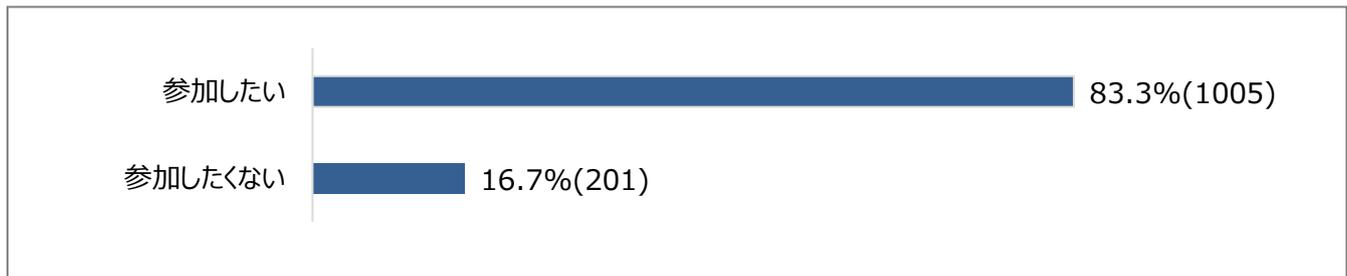


§その他ご意見

- ・知っているが参加しない
- ・参加したいが日程が合わない，時間がない，他の行事と重なる（21件）
 - * 託児がないので，参加したくても参加できない
 - * 参加したいが学会や教育セミナーを優先するので参加しにくい
 - * 学術集会と同月だと病棟当番との兼ね合いで休みがとりづらい
 - * 今回，ASCOに行ったので，是非参加したいが，日が合わず
 - * これまで乳癌学会と日程が重なっていた
 - * 他に開催日を作って欲しい
 - * 7月に Best of ASCO，学術集会，教育セミナーと重なる。よほど人数の多い病院でなければ，もしくはトップの役職でなければそんなにわがまま言って休みをもらえない。若い医師が参加しにくい状況を理解してほしい
- ・参加費が高い，高すぎる（8件）
 - * 旅費，宿泊費もかかる（2件）
 - * AとBでも高額ですが，更に出費が出るので
- ・ASCOに参加しているから（4件）
- ・Virtual meeting で情報入手しているからわざわざ行く必要がない（5件）
 - * Virtual meeting でお金を払えば見られる時代に，わざわざ時間とお金をかけて日本語で開催する必要はなし
- ・他様々な方法で情報入手が可能だから（5件）
- ・必要な情報は1ないし2つ 時間ももったいない
- ・内容について
 - * 英語発表が多いと参加が難しい
 - * 内容が難しい
 - * 最新の知見は確定的でなく，将来否定されることもあるので，惑わされたくない
 - * 興味はあるが，実地臨床に導入されるにはタイムラグがあり，情報を活かすことができないと思われる
 - * 興味はあるが，普段臨床試験などに関わっていないので，統計的な数字を言われても即座に理解ができない抄録やトピックなどになってから見る方がまだわかるのでつい参加を躊躇してしまう
- ・専門医を取得できる見通しがないため

- ・その他
- ・今年は参加致します（2件）
- ・ときどき参加している
- ・毎年参加しています
- ・薬剤師です。高額なので少し検討していましたが，今年参加することにしました。内容がとてもためになりそうだと思うからです
- ・WEB 配信も検討してほしい（2件）
- ・有償でも良いので，教育セミナーと同様に Web でも配信してもらえると嬉しいです

Q27. BoAJ 参加したいかについて



§その他ご意見

・参加したい

- * 勉強のために参加したいですが、遠方のため参加が困難なこともあります。会員番号登録 * 入金の上、Web 上で視聴できるようにしていただきたいです
- * ASCO に行く余裕（時間的、経済的）が無いので、とても良い企画だと思います。値段がもう少し上がっても東京であれば参加します
- * ASCO に出席できなかった場合、BoAJ に参加しています
- * 是非そのまま開催してほしい。交通の便の関係でできれば東京で開催してほしい
- * 参加はしたいが、時間配分が厳しい印象がある
- * とても参加したいが、学術集会が近いため月に何度も出張できない
- * 参加したいが、総会と日程が近いときには、勤務先のマンパワー上、参加が難しい時がある
- * 参加したいのですが、土曜日は基本的に出勤で、参加できなかったことがあります
- * 時間の都合でここ数年参加できていません。すみません。日程的に合わない
- * プログラム次第
- * エビデンスに対して議論が聞ける。自分も議論できる
- * 時間が許せば参加したい。最新の知識がみにつくため

・参加したくない

- * 参加費が高い（6 件）
- * 専門医を取得できる見通しがないため
- * ASCO 直後であれば参加したいが、7 月前半であれば、すでに大体の情報は知っている
- * 毎年 ASCO に参加しているので
- * ASCO の virtual meeting を活用している
- * ASCO の情報は沢山はある 必要な情報は 1 ないし 2 つ
- * 最近は Online 速報も多いし、領域ごとに Abstract を呼んだり、Slide を買えばキャッチできるので価値が低下しているかも
- * 頻回の研究会出張は難しい

・その他

- * 同時通訳があれば参加したい。参加費が安ければ参加したい。インターネットで公開すれば必要ないと思う
- * インターネット発信もしてほしい（3 件）
- * わからない（4 件）
- * 今はそれ程希望はない
- * ASCO の Annual Meeting に参加するより業績ポイントが高いのは納得できません。また自分が ASCO で発表したわけでもないプレゼンターに点数が加点されるのもいがかかと

Q28. BoAJ に参加したくない理由について

- ・参加費が高い（11 件）
- ・時間がない（22 件）
 - * 参加したいが所属学会が多く参加ができない
 - * 2 日間は長すぎる
- ・ASCO に参加するため（19 件）

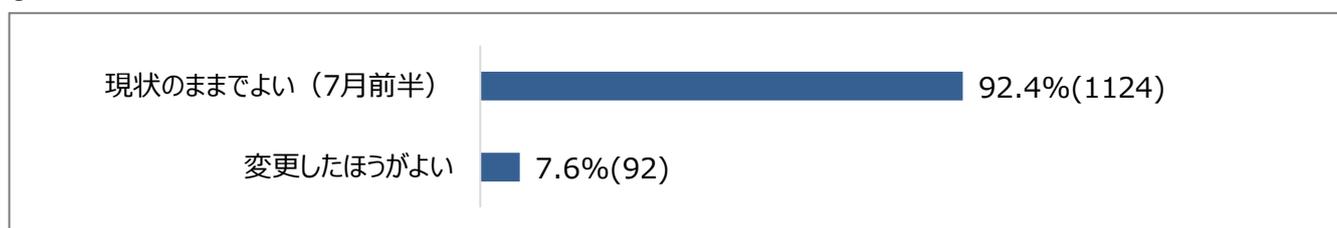
- ・ASCO の virtual meeting を活用している（6 件）
 - * Virtual meeting を当院ではみられるので
- ・他の方法で情報を入手している/情報が入ってくる（21 件）
 - * best of ASCO の前に企業の web セミナーなどで情報を得るため
 - * ASCO の内容に関しては、MR や地方の講演会で十分に情報が入ってくるため
 - * ASCO の注目演題についてはたくさん資料が出回るから
 - * 6-7 月の研究会やインターネット講演会に参加するから
 - * ASCO で注目された研究結果や最新知見は、大体その他のルートで（無料で）入手できるから
 - * ASCO のハイライト記事で十分
 - * ASCO そのものに参加したほうがよい
 - * ASCO でのトピック演題は製薬会社からも配信があるため
- ・開催会場について
 - * 東京ばかり
 - * わざわざ自腹で東京まで行けない。お金も時間ももったいない
 - * 遠い
 - * 遠く、時間とお金がかかる
 - * 出張扱いにできないです
 - * 横浜の会場の冷房がきつ過ぎて集中できない
- ・内容について
 - * 難しい（6 件）
 - コメディカル部門には難しいため
 - * もうちょっと内容を網羅してほしい。トピックスのみはさみしい
 - * 血液学を専門とするものとして不要な情報が多い
 - * 専門領域（小児）の話題は触れられない
 - * 支持療法に関する情報はあまり無いと思っている
 - * 現在抗悪性腫瘍薬の開発担当から外れてしまったため
 - * 内容がやや散発的。
 - * 講演者の準備不足がいなめない。開催時期を検討していただきたい。
 - * 発表者がオリジナル発表者と異なる
 - * 一度 BoAJ に参加したことがあるが、解説者の私見が強く認められ、一部 data が正しく伝えられていなかった。
 - * BoAJ の演者として不適切と思える人が演者である場合が散見されるから
- ・自分に必要ない、興味がない、面白くない、意義を感じられない等（21 件）
 - * BEST of ASCO に参加したとあって、必ずしも自分の目的と一致する情報を得られるわけではないから
 - * 一度参加したが、極めて面白くなかったから
 - * 一度行ったがつまらなかった
 - * まとめの意味で受けたが、あまり有用ではなかった
 - * プラクティスに役に立たない
 - * お金を払ってまで、参加する内容ではない。ためにならない
 - * ASCO をの内容を再度日本で行う必要性が不明
 - * 現時点で専攻科以外の癌診療に携わることは少ない
 - * 自分の専門分野以外はあまり興味がない
 - * 貴重な休日をつぶすほどの価値があるとは思えない
 - * 保険診療上特に必要としない
 - * 専門医を取得できる見通しがないため
 - * 結局新しい知見があっても日本では行えないことがほとんど。それなら日本でできるようになってから勉強しても間に合う

- * 情報が得られ易い今日において、意義が薄れているのではないのでしょうか
- * Virtual meeting でお金を払えば見られる時代に、わざわざ時間とお金をかけて日本語で開催する必要はなし

・その他

- * 他の学会参加も多く
- * 先約があり参加するのが難しい
- * 他にも参加しなければならない学会があり、余裕がない
- * On line で視聴できるようにして欲しい
- * 集会を開かなくても（1カ所に人を集めなくても）よいと思います。web セミナー形式で実施する方法の方がよいと考えます。（集金目的であれば仕方ないですが...）
- * 何度も学会に行く余裕はない。情報を web で発信してもらえば十分
- * 拘束される時間が非常に長いため、参加したくても参加は困難なため、Web を使用した on demand なセミナーでも良いのでは
- * 参加したことがないので、内容を知らない

Q29. BoAJ 開催時期について

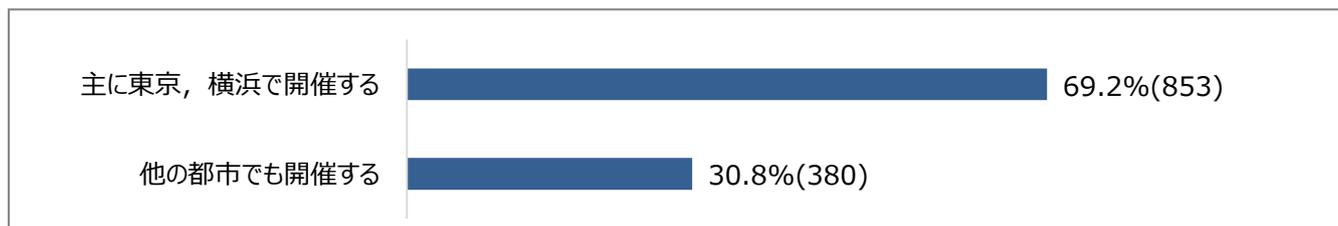


§その他ご意見

- ・現状のままでよい
- ・ここしかない
- ・ASCO 後の良い時期だと思う。
- ・学会会期自体が変われば今のままがベスト。学会会期が 8 月末以降になると良い
- ・変更したほうがよい
- ・他のイベント、他学会のイベントと時期をずらしてほしい（21）
 - * 学術集会やセミナーとのバランスを考えて開催してほしい
 - * ASCO の終了直後という理由は理解しますが、可能であればずらしてもらいたい。
 - * 学会と同じ月では勤務調整がなかなか厳しいので、せめて学会の月ではない時期にしてほしい
- ・ASCO 直後
- ・JSMO より前の 6 月中旬が適切では。ASCO に言えなかった人にとって、時期を遅れずに情報が入る
- ・ASCO Annual Meeting 終了直後の 6 月中の開催。本年の各地の開催を考えれば開催は可能。Paris(6/14-15), Montrial(6/14), Washington(6/15-16)。それでも総会・学実集会とは 1-2 か月しか開いていないので製薬会社としては、同じ学会の 2 つの企画開催があまり近接していると協賛・サポートしづらい傾向があるの難点です
- ・7 月だと夏休みに被りだすので 6 月までにおわらせてほしい
- ・7 月中旬～下旬
- ・8 月前半くらいが希望（2）
- ・もう少し ASCO 後の議論が進んだ頃（8 月頃）でもよいのでは
- ・ASCO から BOA までの期間はもう少し空いてもいい
- ・JSMO 学術首魁の中にうつしてもよいのでは？
- ・もう少し後でも良いと思いますし、学会にくっつけて、も良いと思います
- ・学術集会と連続してほしい
- ・日曜日に変更してください
- ・土曜日開催ですと勤務の関係上参加できません。日祝で行っていただきたいです

- ・その他
- ・2回／年開催など
- ・海外のように、何回か行って欲しいです
- ・開催日をもっと早く連絡すべき
- ・学術集会在7月に移動したため、内容が重複する感があるのは否めない
- ・Web配信を希望（2件）
- ・教育セミナーとの統合
- ・費用対効果を検討すべき
- ・ただ、学術集会前になるので、どう影響するかだと思います。学術集会の教育講演でASCOの内容はある程度情報提供もされる側面があります。結局、どちらの日程を動かすにしてもリスクがあります。（学術集会後にすると集客は減るでしょうね）
- ・BOAJの原資確保を何か別の方法で検討することが必要かもしれません

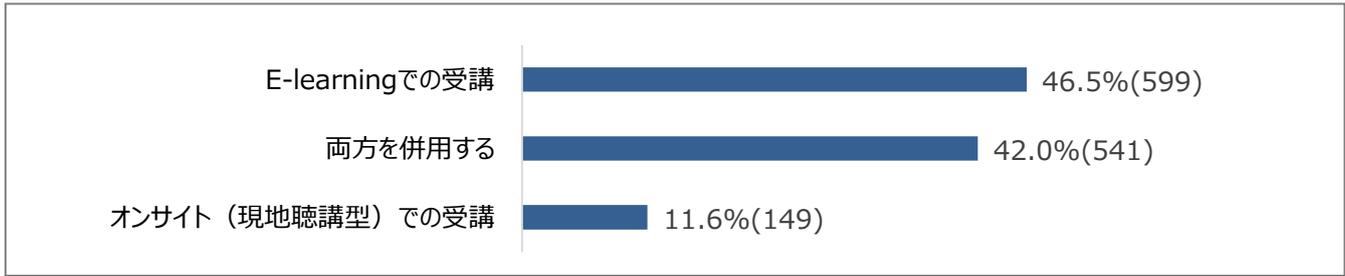
Q30. BoAJ 開催場所について



§その他ご意見

- ・主に東京, 横浜開催希望
 - ・参加者の利便性からは東京, 横浜開催でしょう
 - ・学術集会在他の都市で開催するのであれば, 東京, 横浜で開催してほしい
- ・他都市開催希望
 - ・大阪, 京都, 名古屋, 札幌, 仙台, 神戸, 広島, 福岡（各地複数希望あり）
 - ・関西方面希望（4件）
 - ・東京周辺, 京阪神周辺 交互に開催してほしい（6件）
 - ・東京, 横浜以外の開催も考えてほしい。ただし大都市で
 - ・サテライト中継会場設置希望（5件）
 - * 中継か録画で他地区でも同時開催すればよい 大きな会場でなくてもよい
 - ・遠隔地の人が常に地理的な不利益を負うことは不公平だと思います
 - ・たまには地方都市でもやってほしい
 - ・規模は大きくないので学術集会长選挙で次点候補の開催希望地などでの開催も検討。BOAJ委員の希望も考慮
 - ・セミナー・BoAJが東京 横浜 限定なら, 学術集会在東京 横浜以外で開催する方が, 金銭・時間の両面でバランスが取れるのではないかと
- ・その他
 - ・web聴講希望（5件）
 - * 有料でも良いのでオンラインでの視聴を可能にする
 - * 内容は充実しているので, web等でみられると嬉しい
 - * 学会総会を含め, 何度も東京等に出ることは大変です。ネット配信も検討してほしい
 - ・BOAで取り上げた演題は学術集会上では取り上げないなど, 学術集会和有機的な住み分けが必要
 - ・できれば, 新幹線からのアクセスのよい会場を希望します
 - ・大学の講堂でも良いので, 都内, 駅に近い場所を希望します
 - ・近ければ, まだ行くことを検討するかもしれない
 - ・都市部開催で開催場所は増やした方が良い
 - ・横浜は羽田からの移動に時間がかかる
 - ・宿泊費の問題

Q31. 現在、受講証明書が発行される E-learning の導入を検討しています。上記のような E-learning が導入された場合、オンサイト（現地聴講型）と E-learning のどちらの受講を希望しますか。



§その他ご意見

・オンサイト（現地聴講型）/併用

- * 遠方で行われるときは E-learning が良いかもしれません。ですが基本的に私は缶詰にされて一気に聞いた方が
良いタイプの人間です。
- * 行ける際はなるべく現地参加にしたい
- * 選択できるよう 希望制
- * 行けるときは現地に行きます
- * 1 回聞いただけでは聞き漏らしていることがあるので、両方併用しています
- * 可能なら現地受講したいですが、E-learning も有用だと思います

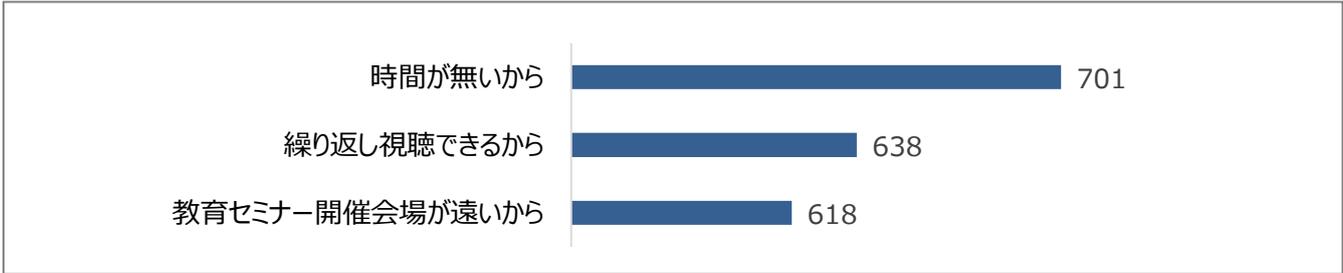
・E-learning

- * オンサイトの開催都市が居住地から遠方となるため、現地聴講することのメリットを感じられないため、E-learning
での受講を希望。
- * せっかくの休日を使いたくない。出かけるのが大変
- * 学術集会はなかなか参加できないが、E-learning なら毎年参加出来る
- * 目が悪いので、現地よりも web の方がよく見えるのと、時間的に助かる。地方在住なので、横浜などで
開催されると参加意欲は下がる。
- * 地方都市在住なので圧倒的に時間と金銭の節約になる

・その他

- * 地方会など地方開催時にできれば利便性が増すと思う
- * どちらにしても受講しない

Q32. E-learningを受講すると回答した方に伺います。E-learningを希望する理由は何ですか。（複数回答可）



§その他ご意見

- ・費用と時間の負担を軽減できる
 - * 旅費, 宿泊費, 時間を節約できる (7 件)
 - * 地方在住者は交通費や移動時間の負担が大きいと感じています
 - * 沖縄在です。学会, セミナーの度に宿泊, 飛行機運賃がかかります
セミナーは自費になるので経済的な不安があります
- ・空き時間に受講できる (8 件)
- ・場所を選ばず受講できる (2 件)
- ・繰り返し視聴できる
 - * また見たい, 確認したいことがあったときに受講できること
 - * 時間のあるときに勉強できるのが良い
 - * 小分けにできる。セミナーが1日だとどこかで力尽きて寝てしまう
 - * E-learningの利点として繰り返し視聴できる事に加えて, 一時停止などして自分のペースで学習できることがある
とくに短時間での講義の場合, 内容が詰め込まれすぎて on siteでの受講ではきつい場合がある
- ・他学会行事, 施設内行事, 勤務日, 休日と重なるため参加できない (10 件)
- ・医局の事情もあり大人数が参加できないため
- ・自分のペースに合わせてできるので, やる気はあるが時間がない人には良いと思う。
週末開催とはいえ, 休みを取りにくく, 子供を同行させるわけにもいかないので, 地方在住の者にとっては,
E-learningができると非常に助かる
- ・行きたくても, 代医がいない
- ・日常業務に支障が出ない
- ・まさに上記3つが理由です
- ・託児がないので, 参加したくても参加できないから
- ・会場の空調や当日の自分の体調などで調整ができるから
- ・こちらの方が内容のレベルが高いはず

Q33. その他, E-learning に関して, ご意見があれば自由記載をお願いします。

- ・賛成意見
 - * E-learning は良い案だと思います。ぜひ早期導入を (10 件)
 - * 腫瘍学の知識 Update のため, 是非導入して頂きたいです。
 - * 米国では多く導入されていて一般的であり, 効率の良い手法だと感じている
 - * 1 日時間を割かなくても, 隙間時間で勉強でき, 知識の整理に大変に役立っています
 - * e-learning を導入し, 地域格差をなくすべき。大都市有利な現状は由々しき事態と思う
 - * 業務上緊急事態で行けなくなっても大丈夫, 救済措置となるという点でありがたい (2 件)
 - * 現地聴講型だと, 大都市の医師が有利。地方都市に住む医師は出席しにくく, また地方は医師不足であり,
そんなに経費の節約にもなる
- ・導入に関するアイデア
 - * 本当に聴講しているかはチェックできないので, 単位認定用の問題を回答してもらい, ある程度の正答率が必要
だと思います
 - * E-learning では動画を流すだけで実際は見ないなどの不正が行われる可能性があるため, 同時に CBT を
導入したほうが良いと考えます

- * オンサイトではなく E-learning の場合は、習熟度テストなどを併用すべきではないでしょうか
- * 確認テストがあれば、十分意味がある
- * 受講証明書発行の際には主催者側の受講者の完全視聴の確認が Web でできます。最後に確認テスト実施するなど有効です。
- * オンサイト（現地聴講型）では参加費を支払い資料が配布されるのですが、セミナーや講演を録画したものを配信するだけの E-learning では、ハンドアウトや資料などが配布されないので印刷できると良いです
- * スライドがプリントアウトできると良い。スライド PDF の配布（2 件）
- * スライドなどの資料を購入でき、「日本臨床腫瘍学会資料より引用」など付記したうえで地元での講演に 2 次利用させていただけるとありがたいです。
- * Basic な腫瘍学など体系的だと良いと思います。ASCO university の CME も流用出来るようにして欲しい
もちろん日本の臨床に全てが合うとは思わないが、ASCO university のプログラムの内容は新しく、充実した内容であり、講師もかなり良い。日本のトップオンコジストと違う考え方もあると思うが、とても為になる
- * コメディカルも対象とした内容を盛り込んでほしい
- * いろんなセッションをのせてほしい 世界的な学会の一部もプログラムの中に入れてほしい
- * 他の学会でも抗癌剤や臨床試験の E-learning はあるので JSMO では基本的なことよりも最新のトピックスなど違いがあったほうが良いです

・費用について

- * 有料でも構いません。
- * JSMO の講義は業界標準と考えており、誰もが均等な機会を受講できるようにしてほしい。環境整備のために受講費が高くなることは仕方がない。
- * 単元ごとに有料で買い取りさせてはどうか？
- * 安価に導入してほしい
- * 受講費用は？
- * E-learning だと出張扱いにならないので、個人負担の金額は増えるのですが、それ以上に時間的な有利性や繰り返し視聴できる利点などが魅力的です。

・その他

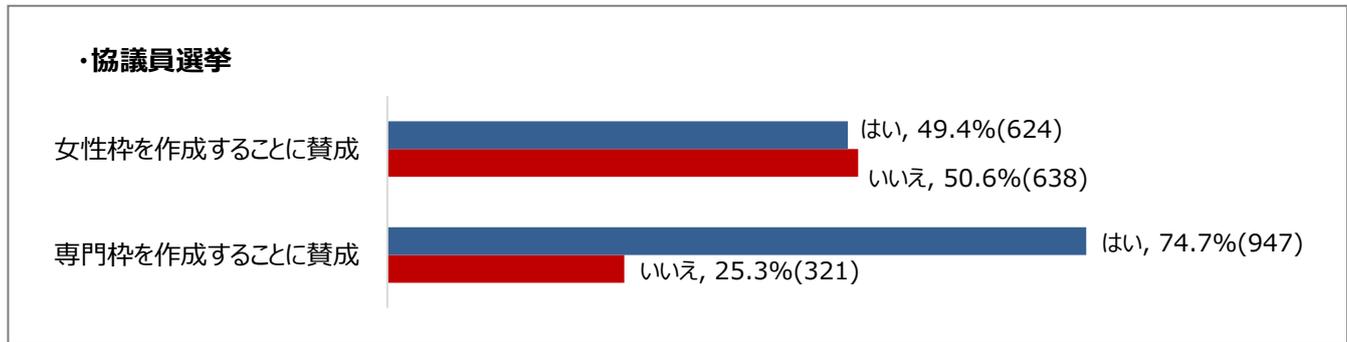
- * On-site であることで、仕事を off にしてまとめて勉強できる魅力も捨てがたい
- * 薬剤師にも e-Learning 受講による認定がほしい
- * 流すだけで聞かない人が多いのを懸念する
- * 例えば一コマを分けて視聴した場合（視聴途中に呼び出されるなど）、受講証明書は発行されるのでしょうか？（受講したと認定される条件はどのようなものなのでしょうか？）
- * 質問はどのような形式で受付していただけるかが心配です
- * E-learning は便利ですが、どこまで魅力的で教育効果の高いコンテンツにできるかだと思います。On site だからあのように長い講義も頑張れるようにも思います。教育効果は on site の方が高いと思いますので、難しいですね
- * E-learning が導入されてもオンサイトは現状どおりに実施してほしい
- * best of ASCO や oral を閲覧可能にすべき ASCO の様に（2 件）
- * 学会の教育講演の webiner 化を希望します。

・導入反対

- * 経費がかかるのみで不要
- * 費用対効果で学会費を上げる位ならしない方が良い。

役員選出について

Q34. 女性（会員の23%、協議員の5%）、基礎（会員の0.3%、協議員の0.1%）、外科（会員の20%、協議員の12%）等マイノリティになりうる会員に対し、選挙における特別枠をつけるべきか否かについて、該当するものにチェック☑をお付けください。



§その他ご意見

・女性枠設置について

・賛成

- * 女性枠を作ること自体はある意味差別になりかねないが現状では仕方がないと思います
- * 女性特有 * 女性の罹患率の高い腫瘍領域もあるので、女性の協議員が増える
- * 一定数確保するのは良いと思います
- * 最終的に患者のためのがん治療の発展につながるなら賛成
- * 女性会員ではなく女性のがん領域に特別枠をつけてはどうか
- * 今回、託児所についての質問をわざわざ作っていることを考えると、女性枠が必要な気がします
- * 女性枠についてはすぐに達成は無理だと思われるので目標値として設定→会員には女性会員の増員勧誘などを依頼する
- * 協議員が会員の意見を代弁するという意味において、女性の会員数%と協議員5%は少し問題
- * 議員の方がバランスが悪いと感じたり、そういう方に意見を聞くことや誰に相談するかなどで不便を感じていらっしゃるのなら、枠を作ってもいいと思います。そうでなければ枠は不要と思います

・反対

- * 男性に対して不公平です。
- * 男性枠も作るのでしょうか？意図がみえません
- * 女性枠は逆差別になる（5件）
- * 女性枠などかえて女性に失礼。
- * 逆差別だから反対、それよりは大学以外、がんセンター以外の枠を増やすべき
- * 性差別ではないのか いわゆるセクハラに該当するのではないか
- * 女性枠を無理に作らなくても、女性が入れるような環境にする方がよいかと思います
- * 女性枠と明言しなくても、女性がいるべきである
- * 私は女性ですが、数合わせのための女性枠には反対です。結果として女性協議員は男性協議員より能力が劣るといった状況を招きかねません
- * 女性かどうかは関係ない。有能なら全員女性でも良いと思う（2件）
- * 医師、としてなので、男女は関係ないといつも感じている
- * 女性であるからではなく、能力がある方に性別は問題にならないと考えます
- * 実力で選ばばよいただだと思います。
- * 専門性（基礎、外科）の違いによる意見は重要かと思うが、性別の違いによる意見は重要だとは思わない。むしろ女性を特別視していることに違和感を覚え、性差に重きをおくことが逆に男女不平等となるのではないか。男女関係なく、適任を選ぶべきと考えます
- * 「女性枠」がなくても選ばれるような人が増えるべきと思うので
- * あえて性別での枠組みは必要ないのではないかと思います。
- * 男女関係なく、実力と実績で選挙は行われるべき。これこそが男女平等の選挙だと思います

- * 男女平等，機会均等の立場から，女性枠をあえて作成しない方が筋が通ると思う。また，現在女性が不当に協議員に慣れていないという印象はない
- * 各専門領域の選出は必要だと思いますが，必ずしも性別を意識する必要は無いと思います
- * 男女の差別化は意味がよくわからない。平等でよいのでは？
- * 女性枠については，本学会において設ける意味がよくわかりません
- * 科学的な会において，本当に男女別を考えるべきなのかを懐疑的に思っている
- * 自分も外科出身で少数派であるが，実力があれば選出されると思う。現在も特に差別的であるという感じはない

・その他

- * 今後，自然と増加することが明らか
- * 女性枠の意図は理解できますが，そもそも立候補されて落選される確率が高くなっているのでしょうか。minority についても JSMO の位置づけだと思います。各診療科の先生の意見が反映されるべき学会なのか，medical oncologist のための学会なのかだと思います
- * どちらともいえない。専門枠や地域枠を作成するのであれば女性枠もあっていいと思う

・専門枠について

・賛成

- * 外科や病理の参加は必須でしょう
- * 小児も必要
- * 皮膚科枠があれば喜ばしい
- * 基礎系は会員数が少ないので，協議員数も少ないのはやむをえないが，0 人にならない工夫は必要。
- * 基礎枠は現在の治療進歩を考えるともう少し増やしても良いかもしれません。Surgeon 枠は ASCO * ESMO 同様の基準で設定，日本の現状を考えると外科でも肺 * 消化器 * 皮膚科 * 婦人科などの Specialty を配分良く設定すると良いと思います
- * 市中病院では癌専門とはいかず，レジメンも限られておりますが，地域医療のためにはやらなければなりません。
- * 市中病院枠など無理でしょうか
- * 専門枠については作成する意義がわかるので賛成です
- * 専門枠に関しては，確かに各領域専門によって意見があるべきとは思うので，その枠の多寡は別に検討してもらおうとして，設定すべきだろう

・反対

- * 外科は会員%と協議員%の差は女性ほど著しくなく，medical oncology の学会であることも考慮すると，特別枠を設ける必要はないのでは。
- * 専門枠を作り指名が不透明なので止めた方が良い

・その他

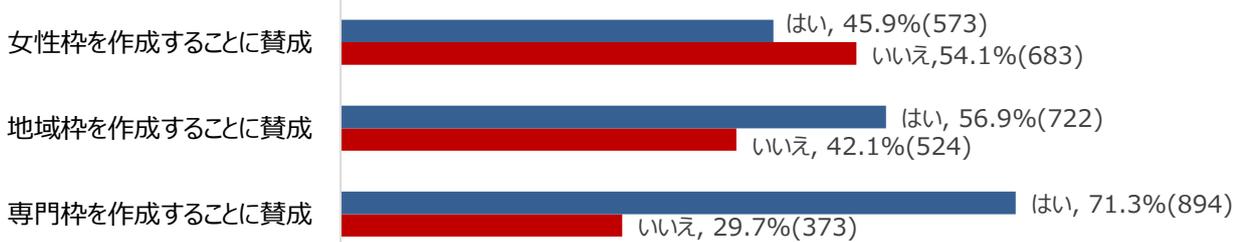
- * 学会は消化器における外科医の重要性を理解されていないように思われる（例：消化器外科学会と同じ日に開催）ので退会を検討している
- * そもそも内科系の薬物専門家育成が主体ではないのか？

・全般

- * 特別枠の設定は，平均的な会員の意見を崩しかねないため，マイノリティが排他されない限りは，マジョリティが先導すべきと思う
- * 地域性も考慮すべき
- * 各地の実働の先生よりも，権力のある教授が多い。若い人間が立候補しようにもそのような先生の目があり立候補できない。若手枠は必要ないでしょうか
- * 期間制限付き，もしくは数年ごとに制度改正を検討するという条件付きであれば，上記枠を作成することに意義があると感じます。漫然と枠を維持することには疑問を覚えます
- * マイノリティがなぜマイノリティなのかを考える方が先でしょ
- * 協議員に会員と同じ割合程度のマイノリティを入れないと彼らの声が学会活動に反映されない
- * 辞退あり（振り替えは枠外可）で
- * マイノリティであるだけで優遇すると議論が歪む

- * 学問に専門枠は必要ない
- * 職種が異なる(大学病院薬剤師)のでコメントできません
- * マイノリティにも配慮することは協議員になられたからにはできると思います
- * 臨床試験と同様、会員の比率を協議委員の比率に反映させてもいいと思うが、現状のままでもいい
- * 選挙の結果を踏まえ、指名委員会で調節、で良いと思う
- * 割り当てられた枠に対して、十分な数の候補者が居ることが前提
- * 全体のバランスを考慮した推薦でいいと思います
- * 会員が投票する候補者をせいぜい 10 名程度にする。あまりにも投票する候補者数が多すぎる
- * 最終的に患者のためのがん治療の発展につながるなら賛成
- * 外科系風土の癌治療学会との軋轢を持ち込まないこと

・理事選挙



・賛成

- * 女性枠は会員数枠同様、最低一名で目標数を設定する
- * 地域枠には賛成。学会運営は大都市圏の施設が主導すべきだと思う（実質、そうせざるを得ない）が、地方からの意見を取り入れる姿勢は重要
- * 地域枠というのはいりうるかもしれませんが。理事と言われる方々が、どの程度現状を認識されているかだと思います
バランス良い人選になればよいですが
- * 地域枠は大都市〇人、その他の地区×人程度の枠設定で
- * 大都市偏向が著しい
- * 専門と地域の意見は必要でしょう

・反対

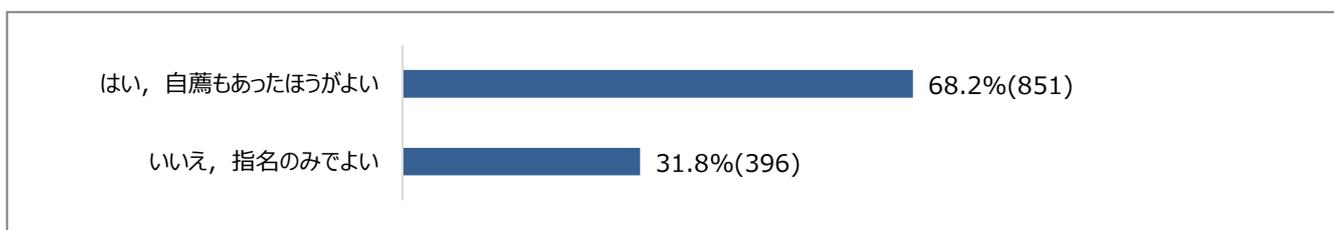
- * 女性枠は逆差別になる。
- * 「女性枠」がなくても選ばれるような人が増えるべきと思うし、「地域枠」で何が変わるかよくわからない
- * 逆差別だから反対、それよりは大学以外、がんセンター以外の枠を増やすべき
- * 男女関係なく、実力と実績で選挙は行われるべき。これこそが男女平等の選挙と思います
- * 男性枠も作るのでしょうか？意図がみえません
- * 女性であるからではなく、能力がある方に性別は問題にならないと考えます
- * それほど広くない日本で地域差での利害を感じないので
- * 専門枠は理事の役割とそぐわないので必要ないのでは？
- * 3項目は全て不要です。

・その他

- * 最終的に患者のためのがん治療の発展につながるなら賛成
- * 女性枠と明言しなくても、女性がいるべきである
- * 女性議員の地域枠、という意味と解釈しました
- * 性別、専門性に関わらず業績などで評価して頂ければ良い
- * 専門枠 * 地域枠がないのはおかしいです。地方の声が届きません
- * 臨床研究の促進、学会開催などに関して地域の意見を反映されるのは重要
- * 地域の特性は意味がない。むしろ特定のがんセンターや大学に偏らないようにすべき
- * マイノリティであるだけで優遇すると議論が歪む
- * 外科系風土の癌治療学会との軋轢を持ち込まないこと！

- * 枠を作るよりは会員数をふやすべき
- * 臨床腫瘍学会は腫瘍科 * 総合治療の学会であるべきだと思うので、男女や診療科の枠を設けるのは良いか悪いか判断が難しいです。偏りがあるのはまずいと思います。地域の偏りは問題だと思うので、地域枠は必要かと思います。女性枠については協議員に枠を設ければ、自然に増えると思います
- * 割り当てられた枠に対して、十分な数の候補者が居ることが前提
- * 結局大学医局やがんセンターにいれば、あるいは在籍したことがあれば、大した人材でなくともなってしまう、大した活動もしないのはいかがかと思います
- * マイノリティにも配慮できる方が理事になっているはず
- * 職種が異なる(大学病院薬剤師)のでコメントできません

Q35.現在は原則として理事が委員長に選出され、委員会委員はおもに委員長の指名で選出されていますが、他薦のみならず、委員の自薦もあった方がよいと思いますか？該当するものにチェック☑をお付けください。



§その他ご意見

・自薦賛成

- * やりたい人材の育成に繋がると思います
- * 領域や所属などに偏りがなければいいと思います
- * 委員長が固定化されなければ、指名により機動的に活動されるメリットがあると思う
- * 学会主流派でない人にも門戸を開く意味で
- * 個人的な知り合いやつながりなどで委員を委嘱していると思われるので、不公平感があります
- * 新しい先生も加えた方がよいです
- * 他薦制では、がんセンターレジデント OB 同士で推薦しあっているように見える
- * マイノリティの意見に耳を傾けてみようとの姿勢がもてる学会には、将来性があると思う
- * 理事の人間関係で決めるべきではない
- * 各時期に選出された理事が該当委員会の経緯 * 長期目標などに熟知しているとは思えませんので「最低〇名の委員は継続」「自薦 * 他薦可」ということで委員会の活動の継続性を維持するようにしていく

・指名のみでよい

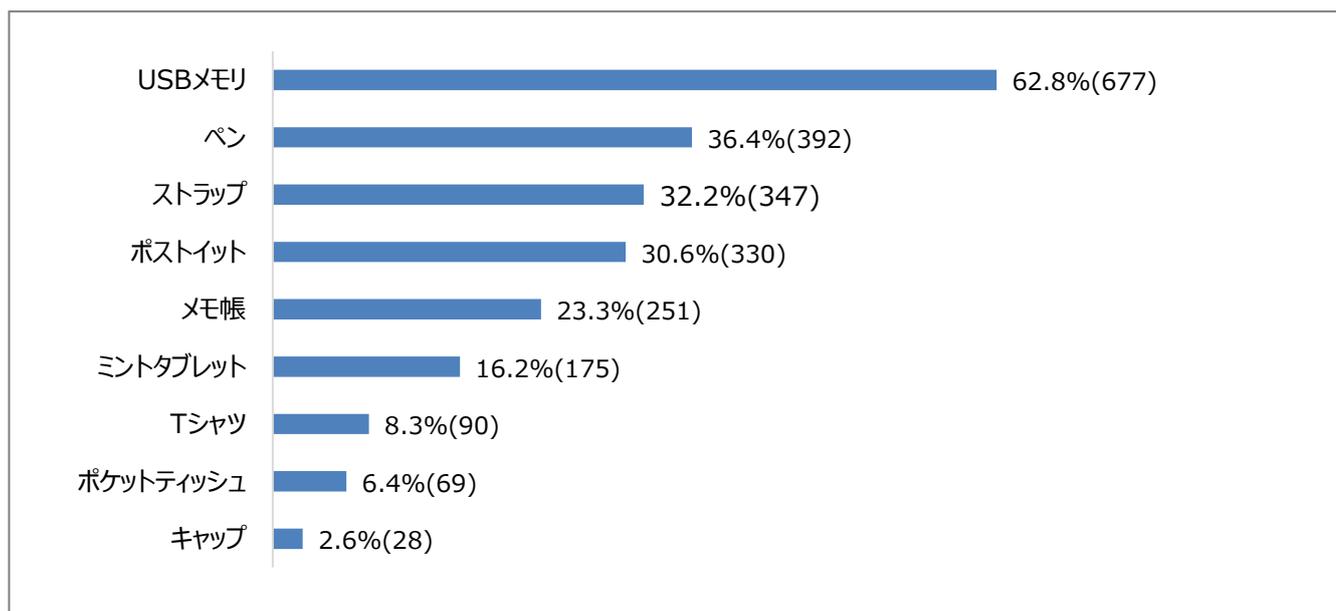
- * 厄介な人もいる
- * 大変でしょう
- * 委員長が全体を把握して選出されているのであれば問題ないと思います

・その他

- * お友達の集まりの委員会になってしまう。
- * 特段どちらがいいとも言えません、JSMO のポリシーの問題です
- * 混乱するので、委員長にお任せ致します
- * どちらでも構わない。結局上層部の会員の口利きできまっているので
- * わからない (5 件)

会員サービスについて

Q36.魅力を感じられるノベルティについて



・アイデア

バッグ（コングレスバッグ、トートバッグ、エコバッグ、PC ケース）（10 件）、水筒、ポケットカレンダー（2 件）、マグカップ、扇子、団扇（2 件）、クリアファイル、のり、小物に貼れるシール、ファイルケース、シール、タンブラー、マウスパッド、マグネット、学会のアプリ、セキュリティ機能付き USB メモリ、キーホルダー、スポーツタオル、のど飴、チロルチョコ、ミネラルウォーターのペットボトル（2 件）

・ネクタイピン、バッジ（5 件）、ラベンダーリボン、術衣、ストラップ 3 件、ネクタイ、襟章

・専門医の活躍や魅力を描いた漫画（パンフレット）

・その他

* 患者会との連携を強化しマスコミへの露出を増やした方が効果的

* もっと有効な方法がありませんかね。キャラクターを作ってみるとか。広報大使を作って他の学会で宣伝するとか

* あまり意味ないと思います 周知が進むのは、地方での学術集会開催とメディアの利用だと思います

* 欲しい会員にも配布してほしい

* デザインによる

* MDACC など US の Cancer Center の売店ではロゴ入りグッズ（結構高価）が良く売られています。USB なども含めてロゴ入り高級品を有料（一部寄付金とする）で販売することも検討してください
費用の安いものにしてほしい

* T シャツは有料で。ストラップは院内 PHS につけて首から下げられるものを。白衣につけるエンブレム(ワッペン)などいかがでしょう、専門医は特別製で名前入りとか(もちろん有料で)

* 不要/無駄/魅力を感じない（28 件）

* 費用対効果を考えてほしい/経費削減に反する/グッズを作る費用で参加費を安くしてほしい（11 件）

* グッズではなく学会の活動内容、質で会員を増やすべきだ（7 件）

* チラシだけで充分と思う（興味のない人はどちらにしても入らない）

* 経済的な問題がない人であれば、JSMO の活動内容を知ればグッズがなくても会員になることを希望するはずだと思う

* お金を無駄に使わない。行って * 参加して価値のある学会。集会であれば自然に客は増えます。

* 根本的なところで勧誘すべきです（学生の段階で）学生に参加させる（発表も）

* ものを配るより社会貢献をすることのほうが大事だと思います

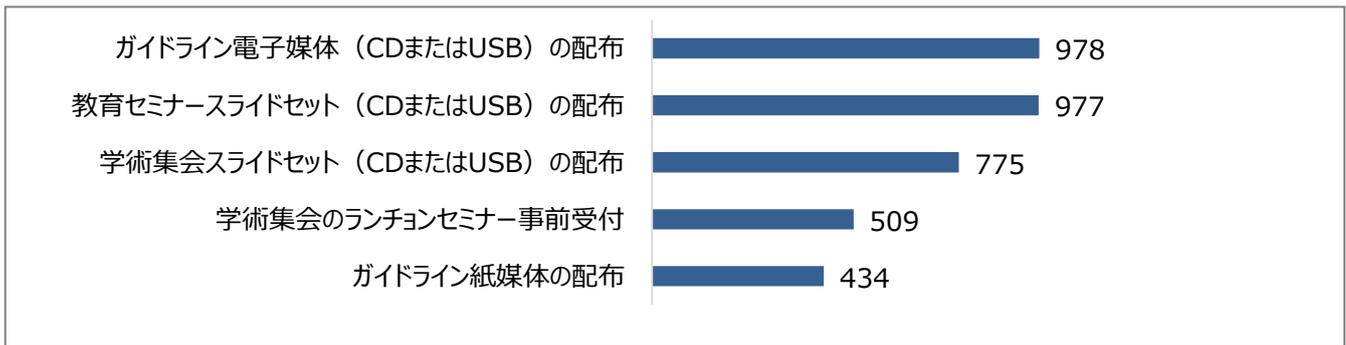
* ノベルティが会員増につながるかは疑問（4 件）

* 製薬会社からポケットティッシュなどをもらって、その企業のブランドイメージが改善するかという全く関係ありません

* 費用対効果が劣ると思われ、他の分野に資金を使うほうが良いかと考えます

ティッシュなど消費後廃棄してしまうものはダメ。T シャツ、ストラップはデザイン・材質・機能の良いものを作成すれば可

Q37.会員向けサービスについて

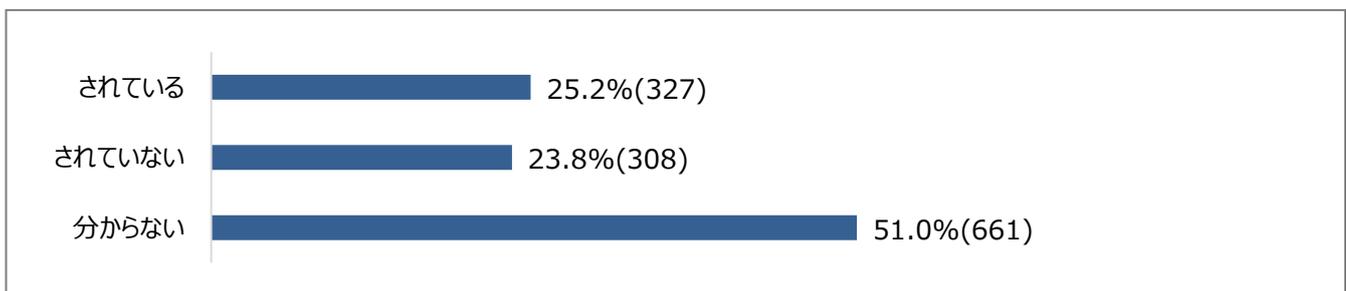


§その他ご意見

- ・ガイドライン、スライドセットはホームページからのダウンロードまたは閲覧できるとよい（7件）
 - *もし配布するのなら、インターネット上でID*PWを入れて
 - *未だに、スライドをばしゃばしゃ写真撮っているヒトがいて大変迷惑なので、きちんとスライドを販売した方が良いと思います
 - *有料配布（研修医や若い医師には無料配布）
 - *CDやUSB、紙媒体は不要（3件）
- ・事前登録した人限定にランチョンの優先予約ができる
- ・学会ではMRの方が多く会場が一杯であったり、予約がとりにくかったりするから
- ・教育の強化と、CRCなどの臨床試験関与者にも資格となるようなものを企画してはどうか
- ・leading institutionの3日間程度の研修プログラムのサポート（応募抽選制）ESMOでよくやっていますよね。長い期間の研修は無理でも、3日間くらいなら大丈夫な先生も多いのでは。まあ、受け入れ側のプログラム作成は大変ですが
- ・がん薬物療法専門医の過去問集
- ・interactiveなケースのe-learnig教材
- ・Virtual Meetingの強化
- ・情報のオンライン配信
- ・携帯&タブレットのアプリ
- ・地方医療機関への医師派遣や就労斡旋も行ってくださるととても助かるのですが、難しいでしょうね
- ・上記サービスよりもむしろ参加費の減額を希望します

Q38. 行政当局対応についてお聞きます。

学会から行政当局・政府等への要望書が会員に明らかに（見える化）されていると思いますか。

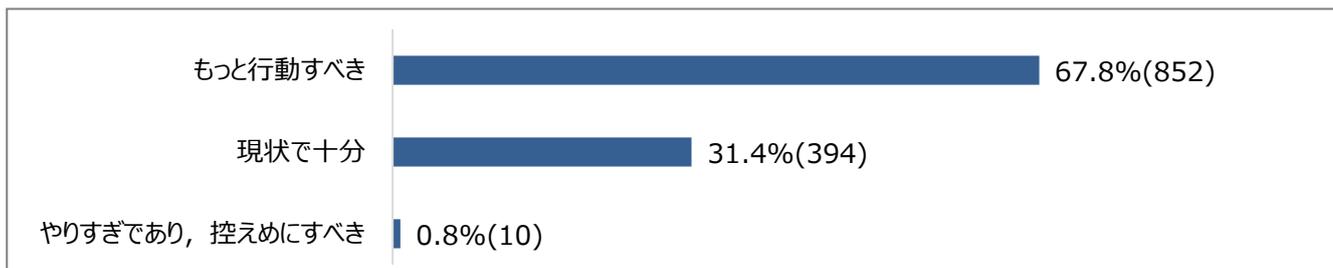


§その他ご意見

- ・こちらの部分はメールで大方は理解できています。一方、なぜ学会会場が固定されたかはわかりませんが
- ・お知らせがきた分（胃がんの治療など）はわかりますが、それらで全部であるのかは知る由もありません
- ・どのような形で会員に見えるような形になっているかを知らない
- ・いま議論中の専門医の一つになれるのでしょうか。必要な学会と思いますが、選定されないのでは教室に入る人、この分野のニーズはなくなってしまうのではないのでしょうか？
- ・その気になってみている人以外は気づいていないと思います
- ・自分で気が付いていないだけかもしれない
- ・要望書がすべて公開されていない

Q39. 行政当局対応についてお聞きます。

学会は、薬事承認や薬価収載、診療報酬改訂にどのような対応をすべきと考えますか。



§その他ご意見

・もっと行動すべき/ご要望

- * 学会単位で動いて行かないと進まないと思います
- * 行政への対応窓口は事実上医師会しか機能していない。学会から各地域医師会へ働きかけることは安上がりで効果的だと思う。臨床腫瘍学会として医師会へもっと積極的に浸透すべきである
- * 診療報酬改定に際しては、学術的 * エビデンスベースで進言できるのであれば、もっと積極的にすべきだと思う
- * 腫瘍内科医、がん薬物療法専門医は限られた「リソース」であり、それを有効に活用すること、また志望者を増やしていくことは学会の大事な役割だと考えますが、今の時点で十分であるとは思えません
- * 現行の枠組みでは、がん薬物療法専門医を維持することで医療体制に変化をもたらすことができない。具体的に、外科系医師が標準的ではない術後療法を行っていても、病院は全く問題視しない。患者が再発死亡しないよう専門医がかかわる薬物療法均霑化の推進をお願いしたい
- * 今のところ専門医を持っているメリットが勤務先に還元出来てないように感じます
- * 医師だけでなく、看護師やコメディカル（薬剤師）への診療報酬改訂にも積極的に働きかけをしてもらいたい
- * がん化学療法看護認定看護師が介入することによる患者や組織への利益がまだ理解されていないため、取得率も下がっており、教育機関がどんどんなくなっています。診療報酬に組み込んでいただけるとがん化学療法看護認定看護師の可能性は広がります
- * 薬事承認や薬価の問題はもっと主張すべきです
- * 薬価が高すぎると思われる薬が多く出てきているようです。皆保険制度を少しでも長く維持させるために適正価格の検討が必要と思われます
- * 医療費が製薬会社に配分されすぎている。病院にもっと配分されるべき。COI をみると理事が製薬会社と癒着していると捉えかねない状況
- * 製薬会社と COI のある委員を排除し、費用対効果を踏まえた治療指針を学会が作成すべき
- * 近年の薬剤は高すぎる。薬価を抑え、少しでも派手な宣伝などは自粛させるような努力も必要かもしれない
- * 薬価を再考すべき。高すぎる。価格抑制に努めるべき（5 件）

- * 医療崩壊と患者の利益のバランスを考慮して、国と患者の希望の落とし所をつける良いパートナーとなってほしい
- * 画期的でインパクトのある論文が発表時などに、適応外使用になりうる時は、レセプトで査定されないように、行政機関に早めに働き掛けを行うなど。
- * 領域によって偏りがあるようにも思いますが 昨今の分子標的薬の承認状況は医療費の観点からも今後もう少し適応など限る必要が出てくるのではないのでしょうか
- * 領域 * 分野 * 職種などに偏りがないようにお願いしたいです。
- * unmet needs の公知申請などもっと積極的であって良いと思う。

・控えめにしたほうがよい

- * 新薬の早期承認要望書などは製薬会社の要望を反映しているかのような印象もあり、控えるべきである。

・その他

- * JSMO の活動状況、関わりが不明で回答しようがない（4 件）
- * 承認や薬価決定のプロフェッショナルはがん治療医としては素人同然ではないでしょうか
- * わからない（7 件）

専門医制度・資格について

Q40. 専門医申請資格についてご要望があれば自由記載をお願いします

・現状のままでよい

- * 現状のままでよい（14 件）
- * 質を落とすべきではない
- * 今後も継続を希望する
- * がん薬物療法の専門性を担保するためある程度の厳しさは必要
- * 厳しさはキープすべきである
- * 心臓血管外科専門医や内視鏡外科学会技術認定医と同様に、取得も維持も、相応の努力があってこそ可能な資格にこそ価値があるため、現状の維持を強く希望します。実際、4 分野 3 症例ずつ以上必須になった後も、受験者数は減っておらず、そして専門医資格をお持ちの先生は非常に幅広い分野で medical oncology に造詣の深い先生方ばかりです
- * 現在のローテートシステムで研修をしている young doctor にとってはさほど難しい資格ではないでしょう。良いと思います
- * 申請資格のハードルは高いが、学会の専門医へ求めるレベルを考えると仕方ないかもしれないと思う。当方は、現状では症例を 4 領域揃えることができないため、断念した

・条件緩和を希望

- * 申請要件が厳しすぎる、敷居が高い（5 件）
- * もう少し緩和して専門医数を増やすべき（3 件）
- * 厳密すぎると、裾野が狭くなるので、緩和が必要。
- * 資格のハードルが高いので専門医そのものが先細りしていくと思う
- * 無意味にハードルをあげすぎ 独善的になっていると思う(内科系以外の医師からそう思われている)
- * 無駄にハードルが高すぎる
- * ハードルが高く、当院からはまだ合格者が出ていません
- * 専門医数の伸びが鈍っている。新専門医制度の移行を契機に、もっと取りやすい方向に向かうべきである。腫瘍内科を目指す若い医師が萎縮するのではないかと心配である。
- * 以前に比較して資格申請基準が厳しくなりすぎました。このままでは専門医制度が先細りしないか心配です
- * 現在の専門医申請資格は敷居が高すぎるので、あまり取ろうと思えません
- * 受験条件が厳しくなり取得が困難となっている
- * 米国を理想とした資格とするのではなく、わが国の現状に即して取得しやすい資格にすべき

・資格更新について

- * 更新試験にかかる労が大きい
- * 更新試験の回数は 2 回までにしてほしい（以後永続）
- * 更新条件から筆記試験を除いてほしい。e-learnig にしてほしい
- * 毎回更新の際の筆記試験は、精神的圧迫感があるので、例えば内科のようにトレーニング問題のような形で更新の際の必須単位として、しかも解説等で後日振り返りができる形の方がよいと考えます。
- * 更新に関して、多くの専門医が日常診療では自分の専門分野を中心とした診療を行っていると思われ、専門分野以外の領域についても知識をアップデートし理解しておく必要はあるかと思いますが、筆記試験のために細かいことを暗記する必要性は感じません
- * 専門医を取っても一部のがんしか診ない専門医が多く、取得後、資格を維持するに値するのかの検証は必須だと思います。更新試験でもどのがん腫をみたか、の申請があればいいと思います
- * 更新の規定が大変です。一時的に地域医療に従事しようとすると専門医の維持が現状では不可能となります
- * 専門医資格更新に際して、該当施設での「がん薬物療法専門医」としての活動（例えば院内のレジメン検討委員会やカンサーボードの開催等）の報告も評価の一つとして加えることを要望
- * 医師資格もそうですが業界全体のレベルアップを図るため定期的な資格継続確認はある程度厳しくした方が良いと思います（資格おたくの Dr が資格を取ってその後がん治療に全く携わらないこともあるようですので資格取得後の Oncology 治療状況なども報告把握）

・筆記試験について

- * 筆記試験に関する情報が受験者の多い施設（口コミなどがある）と少ない施設でどうしても差が出てくると思います。過去問の一部を受験者向けに公開してもよいのではないのでしょうか
- * 筆記試験は中止とし、教育集会への参加を必修とする方がよいと思います

・申請条件、制度についての意見

- * 論文や、学会発表は少なくともどちらか最低 1 つは著者であることを要求するべきだと思います
- * もう少し、英文論文の業績が必要と思います
- * 論文業績はがん薬物療法専門医を受験する人であれば、現在の共著 1 編ではなく筆頭著書 1 編がよいと思います。受験資格が厳しく感じる方もいるかもしれませんが、現在の目まぐるしく変わる薬物療法に対応、また後進の育成ができる人が専門医、指導医には望ましいと考えます。量より質重視で
- * 剖検は、医師となつてからの全て（悪性腫瘍症例）を認めていただけると有難いです
- * 放射線治療ができなくても、した症例があれば、資格申請させてほしい
- * 実際のがん薬物療法にあたっては、内科を含む全般的知識が要求されるようになっていくことが予想されるため、一般内科的トレーニングを必須とすべきではないか
- * 子育てしながら仕事をしている環境で論文発表や学科発表は難しく、セミナーや臨床経験中心の専門医取得を願いたい
- * 出産 * 育児による休暇を考慮してもらいたかった 病歴の直近 7 年のなかに、休暇時期があれば省いて、等
- * セミナーの受講期間が 3 年以内と厳しい。Web でも視聴可能にしてほしい。
- * 最近の研修に絞られているので過去に研修を受けていても申請できません。
- * 試験受験資格と認められるセミナー受講からの期間が短すぎる。 病歴要約不合格の場合は、主にどのような点が不合格の原因であったか簡単にでも記載してほしい。（他科から与えられた症例の検討になるので、治療法の選択など、不適切であっても自分達ではどうしようもない側面が多いため。与えられた症例で可能な限りの考察をしても、不合格となっている印象があります）
- * 他の領域の専門医資格を有する医師に対する申請要件に盛り込む
- * どれだけ熟知し、実践し、勉強するかが重要。 e-learning など申請資格の一部を
- * 専門科に所属すれば、専門医の資格は取れない。若手以外でも取れるシステムづくり。
- * 院内でのインセンティブがない
- * 専門医資格にインセンティブがあつていいと思います
- * 私はがんプロにも関与していますが、がんプロ大学院生にインセンティブ（例えばサマリーの免除等）があつても良いと考えています。
- * 専門医の資格は持っていますが、腫瘍内科のない病院ではメリットも必要性もない状況です。（現状血液内科では腫瘍の患者は病院的に診ることができない）
- * 毒性の強い薬や高額な薬については専門医資格がないと投与できないようにしたい
- * 暫定指導医を一定年経験した人になんらかの資格を与えてほしい。（現状では将来資格として消滅するため）

・必須症例について

- * 婦人科です 専門医取得をしようと考えています 腫瘍内科での研修を行いますが血液疾患がありません 現実白血病は将来的にも扱いませんし、扱う予定もありません 必須症例から外していただきたい
- * 血液必須のみなおし
- * 血液疾患の必須要件は廃止すべき
- * 造血器悪性疾患が必須である事で専門医申請のハードルがかなり上がる。臓器横断的な研修と、他分野の症例提出は必須だが、そこに造血器腫瘍が本当に必要なのか疑問
- * 血液疾患は薬物療法の基本であり重点をおくべき
- * 現状で OK と思います。血液疾患が必須とされるのは、血液内科医としてはありがたく思います
- * 固形癌と造血器悪性疾患を扱う専門医を分けて認定して頂きたいと思います。実際には、クロスオーバーする領域ではないように思いますし、専門医を取得しても、双方を専門として担当される医師はどの程度いらっしゃるのでしょうか？ 医療現場の現状とかけ離れた資格は誰のためにもならないと思います。
- * 個人的にはがん薬物療法を複数の領域でできること 原発不明癌をみられること

- * コミュニケーション研修の必須化 申請資格（特に必須項目）が、各施設の研修体制整備を誘導している側面があるので、申請資格を緩和することは、専門医制度としては後退である。むしろ猶予期間を設けながらも強化していくべき
 - * 取得にあたり、必須領域である①消化管 ②呼吸器 ③乳腺 ④造血器悪性疾患がネックとなっています。実際のところ、専門医は専門領域に特化して診療を行っていることが多いと思うので、必須領域は必要でしょうか？
 - * 多癌腫に渡るレポートを求めるのは現実に即していない。当会の専門医は「一般腫瘍内科」を目指しているようだが、多くの施設では各分野に特化した仕事をしているのではないか
 - * 必須項目が増えすぎていて、実際の臨床とやや解離しているのではないかと感じます
 - * 消化管、呼吸器、乳腺、造血器を各3例以上という原則を、この中から2種類選んで、各20症例以上の方が、現実的と思われる
 - * 担当症例過去7年以内という制約の根拠は何でしょうか。10年に引き延ばすという案はありませんか。（派遣先の病院の規模や所属する医局の方針などに依って、過去に十分な症例経験があっても7年以前になってしまう事態が生じ得ると思います。期間の延長を配慮願います。）
 - * 病歴要約規定が厳しい
 - * 研修教育病院ごとの指定でなく、がん患者を診療している複数の病院をグループとして認定して、そこで経験した症例の使用を可とする
- ・認定研修施設について
- * 認定研修施設でなければ実践的な治療が学べないのはわかるのですが、どうしても認定研修施設に集中してしまい、一般的な腫瘍治療の均てん化からは遠ざかるような気がします。かといって大学や大病院からの派遣でもOKとすると旧態依然とした既得権益に回顧してしまう恐れもあります。多施設がんサーボードなどで認定研修施設の指導要件を担保出来ないものでしょうか？検討お願い申し上げます
 - * 若い人が、どんどん取得してくれればいいと思います。しかしその為には、教育施設の枠を増やす必要があると思います
 - * たとえば呼吸器学会や、消化器学会の認定施設とくらべて本学会の施設数が少ない状況のなかで、キャリアの中での、本学会の認定施設での勤務期間がかぎられているために受験をあきらめる医師もいます。30症例のうち、一定の割合（5～10例）程度は、認定施設外の症例も認められると裾野が広がると考えます。もちろん、サインをする（暫定）指導医の責任のもとになりますが
 - * 暫定指導医にはなりましたが、院内にもう1名の確保が難しく、施設認定と専門医取得を断念しました
- ・各専門診療科からのご意見
- * 歯科医師にも門戸を開いてほしい
 - * マイナーの専門の人には取得が難しい
 - * マイナー科が取得できない
 - * minorな科目を見ている人にも、腫瘍内科を目指している人に取りやすいように考慮してください
 - * 小児がん専門医には、申請資格の症例内容などを別設定するべき
 - * 一般医であるので、習得が難しいと考えている
 - * 元メジャー科の先生が非常に取りやすいように思えます
 - * 医師以外の薬剤師にも資格が欲しい
 - * 外科系医師が申請できるような資格も考慮して欲しい
 - * 内科*外科問わず、ある程度申請しやすい状況が望ましい
 - * 外科医が専門医を取得しにくい(血液の比重が大きい)。私は、がんプロ大学院を卒業した呼吸器外科医だが、血液の研修をしていないため、専門医が取得できない。がんプロ卒業生にインセンティブをつけて欲しい
 - * 術前治療および補助療法を施行している外科医にとっては取得が困難な資格です
 - * 外科医の申請は事実上不可能であり退会を検討している
 - * 外科医も会員として残したいのなら、外科医でも受験できるようにすべき
 - * 認定施設勤務の条件がきびしすぎます。50代で長年一般病院で化学療法に従事していても申請できない状態です。診療レベル、知識が同じレベルまたそれ以下の30から40前半のかたが、ただ大学や認定施設にただけどうまく調整して申請し、資格を獲得しています。不公平です。なんとかありませんか。これからあるべき腫瘍内科医をそだてるだけでなく、今がんばっている医師を救済してください。それができなければ、この学会は、外科医関係者から見放されるでしょう

- * 内科，外科以外のマイナー科には，専門医の門戸はほぼ完全に閉ざされていると感じる。マイナー科については，専門医申請の要件緩和を行い，準専門医的な資格があっても良いのでは，と考える
- * 血液内科の専門医ですが，現在のところでは専門医の受験資格をえることは困難です 他の分野の診療する機会も時間もありません また，他分野の診療の機会があり受験資格を得たとしても，現在の状態では分野を超えた診療をすることは無いと思います
- * 他科の症例を経験できない
- * 専門医ができた時点で，すでに臓器に特化した診療歴が長く，他領域の研修歴が古くなりすぎて申請が不可能であった

・地方の施設等に関する意見 * 要望

- * 地方の全科揃っていない病院勤務では，どんなに所属科の症例を経験しても所得不可能です。逆に大学病院など大病院に所属していれば経験症例は極めて少なくとも所得可能です。このままでは若手が来なくなり，「負け組」病院が今まで以上に疲弊します。全ての学会の方に地方都市の「負け組」病院の悲惨さを知って頂きたいです。大病院勤務の先生方では想像もできないでしょう
- * 地方の病院の医師が取得を目指そうとする場合ハードルが高過ぎてほとんど不可能に近いかと思います(地方ではまだ一人の医師が横断的に各臓器の悪性腫瘍を診られる様な環境にないように思います)。専門医取得の希望がある方には短期間でもがん拠点病院での研修を義務づけ，逆に各医療機関がその取得に対するバックアップ(研修期間，病院に不在になることに対する医師の確保など)に対し理解を得られるようにできるとよいかと思います
- * 地方医療施設においては指導施設が少なく，専門医申請のハードルが高いのが実情である
- * すでに認定施設にいない先生にはハードルが高い。認定施設にいない先生方への門戸を検討してください
- * 認定研修施設で 2 年間以上のカリキュラムを消化することが必須という現在の申請条件は，認定研修施設以外に勤めるがん薬物療法に携わる医師にとってハードルが高すぎる
- * ある一定の専門教育病院でないと受験資格がないのは厳しい
- * 是非取得したいが，がんセンター等に勤める機会がなく，申請できていない
- * がんセンターでの研修を行わないと取得が困難
- * すべての領域を網羅するにはがんセンターなどの病院でないと難しい。ある程度科別に分けられないか
- * がん拠点病院クラス以上でなければ資格を維持できない現状では，全国の全二次医療圏に専門医を配置しないと宣言しているのと同じであり，地域包括ケアで考えられている化学療法を地域で実施する体制を学会として提供できないのではないかと(特に拠点病院空白の二次医療圏において)
- * 論文はある程度大きな病院や大学で書きやすい環境がありますが，臨床病院では臨床業務が過酷であり，また，データベースの回収が手作業という施設もあるようです。今日の貴学会の専門医制度では，そうした施設の診療水準を切り捨てる懸念がありますが，いかがでしょうか。各癌にそれぞれの専門医制度が必要であり，(以下不明)
- * よほど恵まれた環境でなければ実質的に取得が困難と考える 新専門医制度で内科のサブスペシャリティになると思うが，その場合に内科医が骨軟部腫瘍や泌尿器などを経験できる施設が日本にどれだけあるのか
- * 一般市中病院勤務者には，申請条件が厳しすぎる
- * 一般病院では取りづらい
- * 病院を転々としているのでサマリーを書くのが大変で毎年諦めている

・新専門医制度移行について

- * 今後，新専門医制度の中でどのような位置付けになるのか不明
- * 新専門医制度に移行後の意味と位置づけが不明。
- * 現状で良いと思いますが，新専門医制度による影響が心配です
- * 専門医制度に入るように努力すべき
- * マイナーですが，頑張ってがん薬物療法専門医を取得しました。新専門医制度でも継続できるようにお願いします
- * 新専門医制度に組み込まれてほしいです
- * 専門医制度との整合性をとって欲しい
- * うまく新専門医制度に入ってほしい
- * 日本内科学会の専門医制度との整合性を検討／準備しておく必要があるかと思う
- * 内科専門医制度の煽りを受けてポリシーをぐらつかせることがないように(大学の腫瘍内科医局の若手の興味にも大きな支障が出ます) また，外科出身で現在は化学療法中心という医師に対して更新や新規申請などの門戸を

閉ざすことがないようにお願いします（そうすると専門医は減少すると思いますが）

- * 新内科専門医制度との兼ね合いが心配。措置試験と新制度開始の谷間の世代になるため、各癌腫幅広い研修をしながら、膠原病や神経内科症例を経験することはかなり困難
- * 内科専門医制度がどのようになるかによりますが、2段階目の専門医をとるのに時間が掛かりすぎるのは避けるべきかと思えます
- * 新専門医制度の中で MECE に専門医のあり方を考えていただきたい
- * 専門医試験が難しく設定されているため、1F 部分は広く許可してもよいと思えます
- * 新専門医制度において本学会の専門医資格の意義がないようなら受験者は減ると思われる
- * 今後の専門医制度改編に伴う、がん薬物療法専門医の位置づけはどうなるのでしょうか？ 私は、外科専門医を取得後に、現在はがん薬物療法を専門として仕事に専念しており、手術症例数の関係より、基礎学会の専門医の維持が難しくなることが想定されます。がん薬物療法専門医が、意味のある資格と位置付けられない場合、維持する目的がない様にも感じます

・がん薬物療法専門医について

- * 受験資格が厳しく感じる方もいるかもしれませんが、現在の目まぐるしく変わる薬物療法に対応、また後進の育成ができる人が専門医、指導医には望ましいと考えます。量より質重視で
- * 専門医であることが就職条件になることもありますし、新規抗がん剤の施設納品の条件ともなりますので、（現状いづれかわかりませんが）資格発効*発行費用は高額にしても良いと思います。US では資格維持が大変と聞いています。またもう一度現在の Specialty 以外の疾患の学習も必要など
- * 広くみとめて専門医を増やしたいのか、専門性の高い専門医集団を作りたいのか、今ひとつわかりません
- * 専門医が目指す方向性がわかりません
- * がん薬物療法専門医（呼吸器）なんてのがあっていいと思います
- * 専門医も、消化管、呼吸器、乳腺、造血器など細分化してほしい。正直この資格は取りがたい
- * 横断的な知識は必要であるが、専門科別の専門医でもよいと思う。浅く広くより、広く深く
- * 地域格差をなくす努力が必要
- * 現状のままでは 3000 人に達することは不可能だと思います。1000 人のままでは力を十分に発揮できず（薬剤使用制限など）資格としては自己満足に終わってしまう可能性が高い
- * 専門医の認知度が低く、資格の価値が認められていない
- * ハードル高く感じています。また、学会会員であることを継続するか、最近考えることが増えました。当学会専門医であることのメリットとは何でしょうか
- * がん薬物療法専門医の資格が活かされていない環境も多いのではないのでしょうか
- * 日本の現状に即していないと思う
- * 同じように努力していても医局の人事などで、指導施設で研修出来る人と出来ない人が居るのは確かな事。内科専門医が学術試験だけでも認められた様にがん薬物療法専門医も学術試験だけの枠も作って欲しい。（例えばがん治療認定医を一回更新した人など。）（がん治療認定医としっかり協力し、二階建てにして欲しい。）新たに発足した国の専門医制度にしっかり則った運営が必要と考えます
- * 専門医制度で謳っている、あらゆる癌腫に精通するというのは理想的ではあるが、現実的に考えると難しいと思う。実際に臨床に従事しつつ、それぞれの治療について catch up していくことは不可能。臨床に関わることなく、文献等だけを読んで、知識を得ることはできると思うが、それが他の癌腫に精通していることになるのかという疑問である。
- * 再考は必要。現行では、外来化学療法部門で穿刺の手つだいをしても取得可能。大学病院などの施設でも、他科で実際に研修しなければならず、そのようにして取得した専門医が施設に収益をもたらすなどの仕組みがなければ臓器別の診療枠組みを超えることができず、抗がん剤を専門的に取り扱う診療は成立しない。結果、当院では癌腫によってはどの診療科も対応せず、紹介元の施設に戻すなどの対応を散見する
- * 専門医をとりやすい科の先生が多くを占め、偏っている。大学院でその資格を得て専門医をとる先生も、とるのが目的であって、とったあとは腫瘍内科以外の専門科について主に仕事をする人が多いのではないか。それでも専門医を標榜し続けてもいいのか
- * 本当に研修をした先生とそうでない先生がいらっしゃるようですが、本当に研修をされた先生方からの不公平感がないように注意が必要かと
- * 専門医資格をお持ちなのか疑問視されるような医師がいる。もっと、しっかり審査していただきたい。
- * 幅広く知識を持つことは必要だが、専門医資格があるからといって、本来専門としていない領域をあたかも専門の如く

始めるのは危険である。おそらく患者にとって大きなデメリットとなっていると思われ、本末転倒である。こういった行き過ぎを是正する対策が必要になってきていると思う

- * 実際には診療していない医師でもカルテ診などで受験している医師が多く見受けられます。発足当初は仕方ないことだと思いますが今後は厳格に対応するべきと考えます。 そうでなければがん薬物療法専門医の意味が薄れていくと思われ
- * 資格のインセンティブが不明確。あまりこだわる必要はなく裾野を広げるべき

・その他

- * やや煩雑に思えた程度です。症例リストと実際に症例ファイル等で整合性がなかったり分野の記載間違い、などがコピー＆ペーストを多用せざるを得ないので起こりやすく思えます
- * 全体の試験結果（受験者数、合格率など）をホームページなどで公表してほしい。個人の試験結果について、審査内容を当事者に開示してほしい（とくに不合格の場合、審査内容を知ることにより、次年度の申請に備えることができるので）
- * セミナーのカウントの仕方が4月でないことで受講歴を数え間違えた。早々に受験料を振り込み、教育セミナーの受講歴も十分と認識し、サマリーも作成後、ちょうど締切日の1w前になって、教育セミナーの受講歴が足りず受験できません。返金しますと電話を受け、実際受験できなかった。受験資格が変更になる前年の出来事です。事務局の対応が遅すぎ、また非情ではないかと腹が立ちました
- * 申請登録の手間が多い（症例作成以外の面で）
- * 留学中の休会制度を作っていただければありがたいです
- * 試験がゴールではないので、柔軟に対応していただきたい。合格させていただきたい
- * 内科専門医に限定すべき。内科の素養がないのに内科領域の専門医って意味がわからない
- * 採点する医師のレベルの担保について学会としてしっかり明示するなり審査するなりすべき
- * 若い医師には積極的に取得してほしい
- * 不要と考えます
- * がんに特化した専門研修を受けていない場合、1の規定が具体性がないため、申請資格の有無が判断できない

Q39. 過去7年間に受け持ち患者病歴要約30症例のうち、①消化管 ②呼吸器 ③乳腺 ④造血器悪性疾患を各3症例以上、計12症例以上報告することを必須とされていますが、その点についての意見をお願いします。

- ・現状のままでよい
- ・現状のままでよい、妥当である（60件）
- ・仕方ない（4件）
- ・今後も安易に条件を緩和しないほうがよいと思います。
- ・妥当だと思います。しかし、世の中で要求されているがん薬物療法専門医と考えた場合、より罹患数の多いがん種での経験が優先されるべきでしょう。その場合は、造血器悪性疾患は外すべきなのかもしれません。根治を望める化療の経験を必須とするために、造血器悪性疾患、あるいは精細胞腫の治療経験を要求することはがん薬物療法を考える上では重要ですので、その意味では現在の必須は妥当だと思っています
- ・広い知見に基づいた資格であると認識しており、信頼している
- ・必要であり、その点では必須領域を散りばめるのはいいことと思う。
- ・かなり厳しい条件だと考えますが、専門医の趣旨に照らせば緩和する必要はないと考えます。
- ・疾患横断ということですから、このくらいの分野は必要かと思えます。
- ・40歳代で上記の科を回るのは、大変苦労しましたが、それなりに大変勉強になりました。ちょうど良い程度ではないでしょうか。これ以上厳しいと、専門医の資格取得は難しいと思います。
- ・最低限これぐらいは必要だとは思う、最低ラインである（5件）
- ・現状でバランスが取れていると思われる
- ・妥当だと思いますが、その他の約18例がある程度専門領域に偏っていても不利益が受けないようにしてほしい。
- ・症例数はよいと思いますが、しっかり担当したか怪しい受け持ち患者も多い印象なので、もう少し条件を厳しくするか、監査も検討してもいいかもしれません。
- ・JSMOの目指す専門医像・レベルの維持のためには有効であり、継続して頂きたいと思います。ローテーションが難しい

- 病院などもあるかと思いますが、そうした会員には個別に相談窓口を設けるなどして対応して頂くのがいいと思います。
- ・良いと思いますが、サマリー作成のためにその後診療しない科を回ったりなどが必要な病院（大学病院など）であれば、ハードルが高い気はします。
 - ・自分はこの形では参加はもうできないが、新たな専門医については、このくらいの症例は経験すべきと思う。
 - ・各 3 例なら妥当 そのために各科交流のプログラムが整備されていくことは腫瘍内科医の育成のために重要なプロセスだと思います
 - ・専門医を受験する人なら、当然の症例経験だと思います。造血器腫瘍を診療したことがない人で、専門医になることはありえないと思います。過去 7 年間という縛りについては、もう少し緩和してもよいかと思います（過去 10 年くらい）。
 - ・その領域は必須と考えている。しっかりと専門性を確保するためには、容易に合格できない要件が必要
 - ・適切。できる事なら最低担当期間（少なくとも 1 ヶ月以上、など）を設けても良いと考える。導入化学療法の 1 コース目のはじめの数日間だけ担当したような症例がたくさん見られるのは問題。
 - ・腫瘍内科医として必要不可欠な領域だと思います。減らすことは質の低下につながると思います。
 - ・取得も維持も、相応の努力があつてこそ可能な資格にこそ価値があるため、現状の維持を強く希望します。実際、4 分野 3 症例ずつ以上必須になった後も、受験者数は減っておらず、そして専門医資格をお持ちの先生は非常に幅広い分野で medical oncology に造詣の深い先生ばかりです。
 - ・都会のがん専門病院や大きな腫瘍内科以外ではハードルは高いと思うが、必要だと思う。
 - ・他分野の学習にもなり、現状の症例数や分野数はあるべきだと考える。
-
- ・厳しい/多すぎる
 - ・合計 30 例は多すぎると思う。20 例程度でいいのではないか。
 - ・全体で 30 例は、とても多いと感じます。early line の治療例だけでなく、late line の治療例でもよろしいのでしょうか？
 - ・病歴要約 30 例は多い 過去 7 年の縛りのために経験症例が使えなくなる（研究や留学で期間があいてしまうことが考慮されていない）
 - ・症例を減らすべき
 - ・過去 7 年は厳しい。10 年とか研修医以後の症例などもっと広くしてほしい
 - ・研修で必要な症例数をもっと必要だと思いますがサマリーは必ずしも必要ではないと思います
 - ・報告するのは消化管，呼吸器，乳腺，造血器悪性疾患 のどれか一つの領域のみでよいと思う。ただし，症例数をもっと多くする
 - ・少し厳しいと思います。たとえば乳腺の代わりに婦人科領域というように各領域から 4 領域以上，1 領域から 3 症例以上ではいけないでしょうか
 - ・ひとつの分野だけでは不足かもしれないが，例えば 2 領域以上など，選択性が欲しい
 - ・各 2 例でもいいかもしれない
 - ・必須領域を設定すること自体に問題がある。幅広い専門的知識を要求するなら，任意の領域を 7 領域それぞれ 3 例以上というようなものにする方がよい
 - ・3 領域で十分と思う。（例：3 領域各 4 症例以上など）
 - ・消化管，呼吸器，乳腺，造血器を各 3 例以上という原則を，この中から 2 種類選んで，各 2 0 症例以上の方が，現実的と思われる
 - ・4 分野から任意の 3 分野を選択することでよい
 - ・この 4 臓器で 3 症例以上の基準を緩めてほしい
 - ・3 領域にすることが現状の医療にそぐわない。専門領域による専門医にすべきである。他領域まで必要ない 専門領域にして症例を増やす方がよい
 - ・腫瘍内科医として肺癌，乳癌，消化管癌は実際に診る。一方で造血器腫瘍を診る機会は無い。がんセンターなどを研修すれば簡単に履修できますが，実際には患者さんを診てなくても研修したということだけでサマリーはかけます。特に血液疾患に関しては初期研修以外で接することは難しいと思います。臨床腫瘍学会が何を専門医に求めるかだと思いますが，少なくとも筆記試験のために十分学んでいるはずの人も試験を受けることができなかつたり，受けても面接で落とされています。逆に，この領域を専門にしているから，試験も面接も合格されている方も多いのではと思います。この 4 領域は必ずしも必要なのでしょうか？
 - ・本邦では乳腺は乳腺外科，造血器は血液内科がもっぱら担当している。腫瘍内科医がこれらの症例を担当する場合は多くの場合，他科ローテーションが必要 ①②は必須，③④はいずれかではどうでしょうか
 - ・「4 領域×3 症例以上」，もしくは「3 領域×5 症例以上」など少し柔軟性を持たせないと，特定の病院以外でない

取得できない特殊な資格になり、専門医資格の存在意義の問題にもなりかねないと考えます

- ・条件が厳しいです。分野を指定せず、4 領域などはどうでしょうか
 - ・12 症例に限らず各症例において最低 1 サイクルをフォローされた症例とするべきである
 - ・外科系の医師のことも考え 外科系の医師は 3 領域でもよいのでは（大学によっては外科医が血液内科をローテーションするプログラムがあるところもあります）
 - ・以前のように、消化管、肝胆膵、乳腺の三領域でも申請可能として欲しい（2 件）
 - ・この 4 分野に限定する必要はないと思う（2 件）
 - ・必須項目は不要と思います（ただか 3 症例の経験でしかないのです）
 - ・必須とする領域は撤廃していただくと嬉しいです
 - ・必須分野は 2 分野くらいでいいのではないかと思います
 - ・各病院で、それぞれの専門領域科がしっかりしている場合、その領域で腫瘍内科が化学療法を行わないことも多いかと思えます。必須領域を削減すべきだと思います
 - ・自分の専門分野で目の前の患者に丁寧に最新の知識で対応していても取得できず、ローテーションで 3 例経験させてもらった大病院の医師だけが取得できるシステムであり、納得できない。2～3 分野に緩和してもらいたい。腫瘍内科が成り立っていない地方に配慮してほしい
 - ・多い、厳しい（5 件）
 - ・個人的にはハードルの高い水準と感じています。（4 件）
 - ・きびしい。経験できない。筆記試験で代替できるようにお願いします
 - ・個人情報保護などの問題からも取り扱いは困難であり検討は必要
 - ・条件を満たすために 7 年前の症例を持ち出すことにあまり意味を感じません。それよりもがん種 6 例未満にするなどした方が多彩さを確保できると思います
 - ・それぞれの専門分野で十分
 - ・外科等専門科がある場合は、全てで症例報告をする事は難しいので、分野別にしてもいいのかもしれない

 - ・乳腺は基本的に外科疾患であり、必須は不要と思われる
 - ・乳腺や血液腫瘍は診る機会が少ない
 - ・内科系医師ががん薬物療法専門医を取得する場合、乳腺症例を経験するのは（特に地方の病院では）極めて困難と思われま
 - ・造血器腫瘍の症例を経験するのが困難、必須からははずすべき（7 件）
 - ・造血器悪性疾患は特殊すぎるため、専門医資格に必須である現在の資格から変更を希望します
 - ・造血器は全く不要だと思う。その代りに固形腫瘍を幅広く報告することの方が重要
 - ・④を必須から外すべきだと思います
 - ・造血器悪性疾患は任意としてほしい
 - ・血液疾患のハードルが高い印象を受けます
 - ・造血器悪性疾患 の症例が 3 例担当が難しい
 - ・血液ガンは専門性が高く、固形ガンとは区別すべき
 - ・癌そのもとと血液疾患のオーバーラップが少ないため取得が難しい
 - ・専門医を目指す人たちの大部分は固形癌を専門としているはずで、血液内科以外ではリンパ腫以外の造血器悪性疾患を扱うことはまずありません。治療概念も固形癌のそれとはかけ離れています。もちろん知識としては持つておくべきでしょうが、必須とすべきではないと考えます
 - ・血液内科の無い病院では専門医が取れません。がん治療をやめるべきでしょうか。近隣のがん拠点病院も血液疾患の受け入れが困難です
- 造血器は外してもよいのではないかと思います。移植ができるようになるわけではなく、生半可にリンパ腫の治療をやっているあまり意味はない
- ・造血器は不要では？実際に兼務できることは少ない。経験するだけであれば、要約は不要と思う。
 - ・造血器は症例数に含んでもよいが、必須でなくてよいと思われる。血液内科の専門領域で固形がんとは別に考えるべき
 - ・造血器は不要と思われま。がん患者数を考慮して、内容かんがえれば①のみでも十分と考えます。実臨床の腫瘍内科医は、①または②の専属なのですから
 - ・外科医は④の症例は経験できないため、専門医申請ができない
 - ・外科医が取得する場合、造血器疾患の経験についてご配慮願えると取得に前向きになれる

- ・造血器悪性疾患をすべての固形癌の専門医に含めるのは、無駄が多い気がします。固形癌限定の専門医資格があっても良いのではないのでしょうか（自動車免許のオートマ限定と同様に）。そのことが腫瘍内科医育成のひとつの壁になっているような気がします。間口はもっと広くて良いのではないのでしょうか。（試験問題には血液領域を出して良いと思いますので、そのことで十分ではないのでしょうか？）
- ・個人的にはリンパ腫以外の造血器悪性疾患は腫瘍内科医の範疇を超えており、造血器を必須とすることに違和感を覚えます
- ・臓器横断的ながん薬物療法専門医のニーズはなかなかないものの、知識として知っておくことは必須だと思いますので大事と考えます。ただ、固形がんを専門にする場合、造血器悪性腫瘍の経験が必要かどうか議論が必要だと思います
- ・固形がんを対象としている科は造血器腫瘍は数居が高いと思います。実際に提出される要約のうち、その多くは正式な担当医という立場ではないのではないかと危惧します
- ・腫瘍内科がそれらすべての癌腫の化学療法について精通すべきであるという理念はわかるが、実際にはすべての治療に関わっている医師は少ないと思う。もう少し緩和してもいいと思う
- ・血液については現実的に血液内科以外では化学療法は行わないと思います。そのため症例の集積の際に血液内科に一定期間研修に行く必要があります。他の3つのがん種とはニュアンスが違う気がしてなりません
- ・正直、造血器悪性疾患の患者を診ることは、外科医には困難であるため、専門医の必須から外してほしい。そうでないと専門医が取得できない
- ・本邦の造血器領域の先生・医局には、オンコロジーの考えが根付いておらず、専門医としての研修には意味がない。よって、造血器悪性疾患は努力規定として、必須から外すべきである。
- ・ある程度専門化してしまうと、造血器などは診療する機会がまったくなくて、専門医申請資格が確保できない
- ・外科系の会員には血液必須はきびしい
- ・外科医が専門医を取得しにくい(血液の比重が大きい)。私は、がんプロ大学院を卒業した呼吸器外科医だが、血液の研修をしていないため、専門医が取得できない。がんプロ卒業生にインセンティブをつけて欲しい
- ・外科系の医師にとって造血器悪性疾患を経験することは困難であり現状では最初から本専門医は諦めざるを得ない
- ・造血器悪性腫瘍は必須ではないと思いますし、これがかなりのハードルになっているのではないのでしょうか？ 分子標的薬など造血器悪性腫瘍が牽引してきましたが、他のがん種でも広がっており、あえて造血器悪性腫瘍をみる必要はないと考えます
- ・固形腫瘍を専門に診療している場合、血液などは過去にいた施設になってしまい、遠方で研修した場合に情報収集が非常に厳しい。入院病歴のみではなく外来の経過も必要になるので病歴を手に入れることが非常に手間になる。外来治療歴などはカルテそのものがなくてメールなどのやり取りだけでは不可能。必須に関しては1例ずつでもよいのではないかと？ その代り婦人科、泌尿器も含めてもよい気がする
- ・研修医時代以後で血液疾患を経験する機会を作るのは非常に難しい。固形がん全般としてもいいのではないかと
- ・小児がん専門医には、申請資格の症例内容などを別設定すべき
- ・婦人科医には取得できません。外科と内科のみを対象としているとしか思えません
- ・婦人科腫瘍医にとって無意味なハードル
- ・我々マイナー科ではこの症例を確保するのは不可能であり専門医をとることは永遠に不可能であるとする。もし仮に一度クリアしても維持するのは完全に不可能な現状がある
- ・専門科に特化すると他領域の癌を診ない。従って、腫瘍内科でない限り、専門医が取れないのが問題と思う。癌であれば、どの専門領域でも良いように条件を緩和してほしい
- ・腫瘍内科ではない専門分野専攻では困難である
- ・施設によって条件が異なり、かなり厳しいところもある（3件）
- ・がんセンターでの研修を行わないと取得が困難（2件）
- ・がんセンターのような施設に勤める機会が得られず、申請できずにいる。このまま学会員を続けるべきか悩ましい
- ・造血器悪性疾患はその専門施設へ送ることが一般市中病院では多い。そのため、造血器悪性疾患を各3症例以上を満たすのはかなり困難である。安全に医療を進めるためにも、専門施設での治療が必要な疾患や環境を理解してほしい。
- ・事実上、がんセンターなどで研修しないと3と4の両方を満たすことは難しいと思います
- ・縦割りの大学では、受け持つことが無理
- ・一般病院であると、4つの科目を受け持ちするのは、厳しい感じです
- ・一般臨床をされている先生にとっては困難である

- ・地方の中小規模病院ではすべての症例をそろえることが困難であり取得をあきらめざるを得ない状況である
 - ・かなり厳しいです。一般診療に入ってしまった場合はほぼ不可能に近いと思います
 - ・症例経験できる病院に限られる。また症例の経験も全分野を維持するのは困難。大学などの専門病院での経験のみで将来的に継続し勤務することは困難
 - ・腫瘍内科研修ができる施設に所属しない限り、新規取得は難しい。学会が今後現行方針を継続するのであれば、地域格差は広がると思う
 - ・大学病院では縦割りが強く、他領域の受け持ちが困難である。柔軟な対応をお願いしたい（例えば消化管リンパ増殖性疾患は造血器腫瘍として扱うなど）
 - ・苦手分野の勉強にはいいと思いました。大変でしたが有意義に思います。自分は症例集積がしやすい施設にいましたが血液悪性腫瘍が対応できない施設など施設的に困難な場合の何らかの救済処置は今後検討されるのでしょうか？
 - ・実際、昨年申請し試験を受け、本年度より専門医を取得したが、幅広い領域の症例の経験を習得するべき、との意向は感じられるが、多くのがん診療拠点病院では科同士の敷居が高いところもあるのではと感じた（実際、自施設がそうであった）。よって、もう少し病歴要約については、乳腺、造血器腫瘍の症例は減らしても良いのでは、と感じる
 - ・腫瘍内科がない病院では、4領域を横断的に教育するのは難しく、後継を育てるのが困難です
 - ・地方の全科そろっていない病院勤務では、どんなに頑張っても経験不可能です。（当院では乳腺系の薬剤自体ありません）
 - ・専門性が高い大学病院で勤務していると幅広い患者を診療するのは困難です
 - ・病院によっては、当該診療科の協力体制がないところもあり、症例を経験することが難しい分野がある。一つの領域が足りないといったことで、試験を受けられないことになり、困っている。何か処置をいただければありがたい。
 - ・固形癌と血液癌の両方を経験することは、がんセンターなど限られた施設でなければ難しい部分もあると思う。
 - ・上記発想のコンセプトは良く分かりますが、実際には大学病院やがんセンターの様な限られた施設でないクリアできない基準です。上記 1) で述べた様に撤廃して欲しい。学術試験で頑張ればいいのでは。自分の得意な分野でしっかり診療出来るノウハウを取得した人は他分野でもその気になれば能力を発揮できると思います。
 - ・当方の大学病院では腫瘍内科がなく、4領域を1つ診療科で経験することができない。診療科間の垣根もあり、事実上症例を4領域経験することができない。地域の中核病院の方が、この4領域を経験することができるかもしれないと考えている。新しい内科専門医研修制度でどのように修練医が経験した症例を病歴要約に生かせるか、期待と不安がある
 - ・現状の専門化システムでは、他領域の疾患の主治医になれないので、がんセンターに所属するか、一般病院なら若いうちに取得しないと無理だと思います。（ある年齢以上のDrは新規取得が難しい）
 - ・我々は医局に所属したらこの様な症例は受け持つ事は出来ない時代だったのでもう少し緩めて欲しい。
 - ・医長や部長クラスの先生には難しいと思われるので、別の方法があったほうがよいのではないのでしょうか？
 - ・我々の年代の外科医ではクリアすること難しいですね。
 - ・これをきちんと履修しクリアするのは困難である。専門領域のみである程度クリアできないと、マイナー科での習得が厳しい
 - ・呼吸器の専門医であるが、現在の臨床を続けながら、これから他領域を経験することは現実的でなく、申請は困難である。同様な方が多くおられると考えられ、実際は若い方（研修医等）にしか症例提出は困難かと思われる。
 - ・過疎地で働く取得希望者への配慮（ヒト・モノ・カネの援助）は出来ているのか？特定の施設（全がん協や県拠点病院）に有利になっており、資源の集中を招いているのではないか？
-
- ・緩和ケア症例も必須だと思います。
 - ・マイナー専門を認めるならその対応をしてほしい
 - ・Basic Scienceの研究が進み、各種の治療法が目まぐるしく変化し、多様性を増す中で、多臓器の治療にプロフェッショナルであることは、困難と思う。症例を見ているこよもだいじとは思いますが、新規薬剤を使いこなすためには腫瘍のBiologyを知っていることの方が、今後生きてくると思う
 - ・それぞれをメインのスペシャリティとする先生以外には非常にハードルが高いです。マイナー科（泌尿器、耳鼻科、皮膚科、整形）とかの先生も取りやすくしてほしいです
-
- ・理想ばかり追わずに現実を見るべき
 - ・個々の専門性がまったく考慮されていない。現場を理解していない
 - ・本当に oncology 全般を general に見ている、つまり全癌腫を入院患者として主治医で見ているという腫瘍内科医は、全国に何名いるのでしょうか？ほとんどいないと思います。正直、コンサルトされる、なんでも oncology のことを知っ

ている、頭でっかちな腫瘍内科医は必要と感じません。ただのご意見番をしている腫瘍内科医は特に、外科の先生方から敬遠されると思います。むしろ、各癌腫により特化している腫瘍内科医を何名も作る方が、日本のがん医療の現状に合っているのではないのでしょうか？

- ・多くの場合、早い段階から臓器別に専門性が特化されているので、臓器別の症例の報告のみにしてほしい
- ・外科医を排除しているとは思えない。また、本当に実臨床でこれらの分野の治療をすべて行っている人は少数だと思いますが
- ・幅広い領域の化学療法に接するためという理念には敬服致しますが、専門医取得のため今後おそらく経験しないであろう領域の症例を経験することに本当に意味があるのでしょうか。
- ・条件は厳しい分、やる気のある人しか専門医が取れないためいいと思う。反面、地方では専門医を取得したくてもできない医師が出てくるような気がします
- ・通常不可能です。このような医師は存在しないと思います。領域ごとに資格がいいと思います
- ・わが国の現状では、腫瘍科医という制度がない以上、空虚な資格と思われる
- ・今の日本で上記をバランスよく診ている医師はあまりいないと思われる。特に、初期の専門医/指導医達は上記の基準を満たしていないレベルで資格を取得しており猛省を促したい
- ・臓器横断的な臨床腫瘍医を目指すという観点からは重要と思います。しかし、医療現場では臓器別になってしまっていることが多く、これらの症例を全て経験するには、専門医になりたいという明確な意思と経験できる環境が必要です。
- ・現在の専門化社会ではむづかしいと思います
- ・理想は必要ですが、造血器悪性腫瘍を3例はなかなか大変な場合も多いのではないのでしょうか。同じようなリンパ腫3例がせいぜいの方も多かったりしませんか？その方が必ずしも不真面目でもないように思います。研修体制が整っていない施設が多くないのでしょうか？その辺りは棚上げして、受験資格を厳しくするのは違うように思います。
- ・がんセンターのローテートをきちんとするなら別だが、他科から名前貸しだけして症例要約をしても意味はないと思う。
- ・現場では、特定の臓器に特化して診療しているようですが？実態に即しているのでしょうか？
- ・自分はレジデントができるほど若くないので、上記エピソードの後、専門医試験を受験するつもりはありません。この必須事項は、現実的ではないと思います。月1回、他科の外来に同席させてもらってサマリーを作成したとしても、実際に主治医としてその疾患を責任もって診療できると思わないからです。ひとつの疾患を専門医として治療できるには1年くらいその疾患の診療に携わるべきでしょう
- ・現在の日本でがん薬物療法をになっているのは、大部分外科医である。造血器悪性疾患を外科医が経験することは少ない。オールマイティにがん薬物療法ができる専門医を作るのが目的だと思うが、日本臨床腫瘍学会のすそ野を広げ、がん薬物療法の発展を阻害している。この4領域の診療をしているのは、限られたごく一部の施設だけである
- ・病院により要件を満たさない場合の対処法を提言すべきである。若手のみへの対応しか聞いたことがない。資格取得のみでなく、臨床的な面でのCMEを念頭においた更なる質の担保を願う
- ・他科のローテーションが、シニアには厳しい
- ・症例を5年以内、論文の期限があると、大学を離れた人間には無理である
- ・マイナー科では取得不可能です(3件)
- ・専門診療科に勤務している場合、横断的に複数の診療科の症例を経験することが困難である
- ・私は泌尿器科医なので、旧制度の時にしか病歴要約を書けません。現状のままでは外科系医師には受験資格がないという学会の方針なので、そこには意見はございません。ただ勉強のために本学会に参加しているだけです。
- ・学会は今後、一定規模以上の医療機関に専門医を供給する考えがあるのでしょうか。①供給するなら、現状通り、②供給しないなら、臓器限定の専門医の認定を希望します。内視鏡外科、超音波検査士には臓器毎の認定があります。臓器別の専門医や認定も検討出来ないでしょうか
- ・分野別に変更してもよいのではないかと思います
- ・専門外の症例は無理
- ・研修医でなければ、現実的に専門外疾患の診療は難しい。
- ・資格を取得する際に専門外の症例も経験しても、資格取得後に専門外の症例を経験することはまず考えられないと思います。特に造血器腫瘍などは血液内科以外の診療科が治療介入することはないと思います。現行のシステムで良いのか再考する必要があると思います
- ・多くの腫瘍内科医は資格習得後に、臓器横断的な診療は行っていないため、必須ではなくてもよいと考えています
- ・この基準では小児がんの専門家がどうしても専門医を取得できません。代替案をお願いしたいです。
- ・コアな人にとっては症例確保は問題にならない。周辺の「専門医とれたらいいけど、ちょっとしんどいな」の人にはハードルが高い

- ・もう少し緩和するべき。理想と現実の間にギャップを感じます
- ・このことが内科主導学会になっている
- ・特にありませんが、しいて言えば、資格取得前であってもこれらいずれかの専門領域でしか活動されていない方が専門医取得する姿勢はどうかと思います
- ・消化管を消化器にしても良いと思います
- ・消化管→消化器（消化管+肝胆膵）であってもよいと思います
- ・①消化管 ②呼吸器 ③乳腺 ④造血器悪性疾患の①消化管を肝胆膵を含めた消化器としてはどうか。また、④と⑤（新たに骨・軟部肉腫）いずれかを選択必修にしてはどうか
- ・メジャーな疾患に偏っていると思います。専門医としては、他に肝胆膵領域、泌尿器領域、婦人科領域、骨軟部領域、頭頸部領域の悪性腫瘍と原発不明癌の担当経験も必須だと思います。また、剖検の経験もやはり必須だと思います
- ・肝胆膵が必須とされない理由は？
- ・[化学療法を中止した症例]があってもいいと思う。
- ・他の領域（婦人科、泌尿器、頭頸部など）の経験もあると、加点されるようなシステムができればよいと思う。
- ・内科系の診療科の関与が少ない外科系（泌尿器、婦人科、頭頸部、脳神経など）の薬物療法の均てん化のためにも、これらの領域を担う腫瘍内科医の育成が急務。これらの領域の研修も、時間をかけながらも将来的に必須にしていく方向性が望ましい
- ・薬物治療単独に偏りがちにならないよう、放射線治療科医としては化学放射線療法や緩和的放射線治療についてももう少し重要視してもらえるとよいです
- ・造血器悪性疾患は他の固形がんに対する抗がん剤治療と内容が大きく異なるため、「専門医」と名乗る以上、経験は必須である。造血器悪性疾患の必要症例数をもっと増やしても良い。
- ・各臓器の担当症例数をもっと増やしてもいいのではないのでしょうか。また、泌尿器科、産婦人科の腫瘍の追加も検討をお願いします
- ・必須領域を増やしても良いと思います
- ・症例数の増加を希望する
- ・もっと多くの症例数で良い
- ・必須臓器はもう少し増やしてもよいと思います
- ・本当に、すべての癌の治療を担う専門となるには、これでは不十分では？
- ・むしろ薬物療法専門医には、狭間にある疾患（原発不明がんや肉腫）の加療、重度合併症（心障害、肝障害、腎障害）を持つ症例の加療、重複がんの加療、等が要求される事も多いと思います。こういった症例も積極的にサマリーに入れる事を推奨して頂きたいと思っています。また、こういった症例を持つ場合には、インセンティブがあれば良いなとも思います
- ・上記を満たしていたとしても、できるだけ症例の領域が多彩で均等にバラけていた方が評価が高くなるという噂もありますが、これは本当なのかそれとも上記の条件を満たせばあとは偏りがあっても不利にならないのか、学会として明確にしてほしいと思います
- ・専門外臓器の症例経験はハードルがどうしても高くなるので、どれほどの関わりで症例経験とみなすかを開示してほしい
- ・必須領域は最低限で、残りは特定臓器に偏っているのはいかがでしょうか。原発不明がん、頭頸部、婦人科、泌尿器癌は腫瘍内科医としては必須だと思います。造血器腫瘍は必須とすべきは難しいところ。個人的には重要と思いますが、議論があると思います
- ・最近医療の進歩が早いので過去5年程度にしないと試験問題についていけないのではないかと思います
- ・変化が速く、12例を臓器限定する意味が乏しくなっている（申請するころには知識が古くなっている）と思います。
- ・新内科専門医制度の専攻医期間はまさにひとつの臓器に偏らず各領域を経験できるので、申請に使えるようにしてほしい（期間の制限の緩和）
- ・さらに各種癌腫の治療経験が必要だと思います
- ・実際診察していない疾患群があり専門医取得は断念しています。オートマ免許のように限定免許も必要では。また、専門医の維持や取得には臨床試験（ちゃんとパブリッシュされた）の参加が必須にすべきではないでしょうか

Q40. 「がん薬物療法専門医」認定者数は昨年度 1,000 人を超えました。日頃の診療現場における「がん薬物療法専門医」のあり方についてご意見があれば自由記載をお願いします。

・現状等

- * 現状では院内で仕事をふやされるだけになってしまう
- * ニーズはどこにいてもあり、現在では腫瘍内科医がいてくれたらという好意的な意見も増えてきました。一方で、外科や緩和ケア医との融和ももっと図っていかないと浮いた存在になっているところもあるように思います
- * 専門外領域の化学療法については臓器特異的なものまでの判断が難しいが、他医師などの相談に対して薬物療法自体や有害事象などについて助言ができる など
- * 診療現場において、どなたが専門医なのかわかりにくいです。また、科の壁を超えて相談できるかという点、なかなか難しいことのように感じられます。腫瘍内科のない病院 * 大学はまだ多く、位置づけをどのようにとらえるべきか、わからなくなることがあります
- * 認定された医師は、専門外の癌種や支持療法にも一定の知識を有していることが分かるので他職種から話しやすい
- * 標準治療を行っています。現在は中規模の市中病院のため多くは癌専門病院への転院を希望されます。その際も専門医が複数勤務している施設を紹介するようにしております
- * がん薬物療法専門医に求められることは、専攻科のがん診療は勿論のこと、重複癌での priority の決定や、他科でがん診療が行われている状況で自科診療のマネジメントを上手く行うこと、と考え日常診療を行っている。加えて、医師主導の臨床試験により、新規薬剤の認可や combination therapy を確立する際に、initiative をとれる存在と考える
- * 外来化学療法室以外でのがん薬物療法専門医の立ち位置は非常に難しいものがあるが、がん支持療法には十分精通している必要がある
- * Cancer board での検討でも専門医がいると非常に最新の薬物治療の情報に基づいて治療戦略が検討できるのでよい。しかし、薬物療法医も画像の読影、外科治療や放射線治療についてももう少し理解しておくべきと思う
- * 外来化学療法センターをまかされることが多いが、専門家の下請けになっていると思う
- * 内科以外の科の薬物療法専門医と、腫瘍内科医のギャップの大きさを感じています
- * 専門領域色が強すぎ
- * Minor な malignancy を見ている印象
- * 消化器を担当していただける専門医は不足している
- * 日常診療現場では専門医も非専門医も区別はありません。困った時の相談窓口にはなりません
- * がん薬物療法専門医が増えても、依然として各専門家診療であり変化を感じない
- * 実際には各臓器に限定した活動しかしていないのではないかとと思われる
- * 資格をとってはいるものの実際に幅広く癌腫を診ている医師は少ない。患者を紹介しても、「専門外」と対応しない医師/施設が多々ある。消化器 * 呼吸器などの化学療法をメインとしているとは言い難い学会の化学療法担当医の受け皿になっているのか？
- * 幅広く相談を受ける医師もいれば、専門領域のみの診療をしている医師もいるのが現状です
- * 専門医の資格を持っていても臓器横断的な診療を行っている医師は少ない
- * それぞれ専門があるため実際の現場で本当に臓器横断的に診察が可能な専門医は少ないとおもう。質の担保が必要だと思います。試験自体は厳しく行われていると思いますが…
- * めったに見ないし、①消化管 ②呼吸器 ③乳腺 ④造血器悪性疾患 を経験し、あらゆる領域の化学療法ができる医師もほとんど見たことがない。昔、外科医は手術しかできないと批判されたのと同様、残念ながらがん薬物療法専門医は抗がん剤の臨床試験にしか興味がない人が多いイメージ
- * 結局皆、専門分野に戻ってしまい、他の分野に手を出さないことが多いのでは？腫瘍内科という科を設けていない病院が多いのが一つかと思えます
- * 己の専門性、手の出せる範囲を自覚することは必要だと思います。それぞれの領域の専門家を含むかたちで構成された「腫瘍内科」がある施設はそうはないのではないのでしょうか？
- * 専門医をとるために勉強することはとても有意義であると思いますが、専門医だからといってリーダーシップが現場で発揮されているかという点でそうでないことも多いと思います
- * がん薬物療法専門医の資格は現勤務先では全く生かされていません。日本臨床腫瘍学会の研修施設あるいはがん拠点病院といっても、質的にはかなり格差があるように思われます。日本臨床腫瘍学会の研修施設になるための条件を厳しくしたほうがよいのではないかと考えたりします
- * 結局は臓器専門医の集まりになっていて、臓器横断的に診療できる医師が少ない。臓器横断的に診療できる医師

をトレーニングできる場がほとんどないことが問題

- * 「腫瘍内科医」としてベースの専門外の診療を行うのは、細分化が進んだ現在では非常に危険であると危惧します。試験に合格したのみで、すべての領域のがん薬物治療をすべて正確に行うことはおそらく不可能です。実際、腫瘍内科で間違った治療方針で加療されている例を聞くこともあります。化学療法の管理は可能ですが、治療方針をたてることはやはりそれぞれの領域の専門家を含むカンファレンスなどで決定されるべきだと思います。それができないような施設ではその疾患を診るべきではないように感じます
- * いわゆる腫瘍内科の位置づけが弱いため、がん薬物療法専門医がほとんど生かされず、能力もアップしない。肺癌であれば、呼吸器内科の良性疾患もみるために十分に腫瘍専門医としての専門性を発揮できない。肺癌しかみられなくなっている
- * 専門医の資格を取得しても、自分の専門臓器以外の化学療法まで担当する専門医は少ないと感じています。専門医が増えても、一臓器だけの診療で資格が維持されるのであれば、「専門医」の標榜は名折れではないでしょうか？専門医を取得することだけが目標となっていないものでしょうか？
- * がん薬物療法の資格をとっても、医局の理解が乏しく、それを活かせる職場で働けることは少ない。
- * 病院の中では、まだ、各診療科ごとの化学療法が多く、レジメンも「マイ＊レジメン」が多く存在する。コメディカルの立場からみると、その中でもなんとか統一して足並みをそろえた対応を望むが、専門医ならば、そのあたりの対応をお願いしたい。いわゆる臓器横断的なリーダーシップの発揮です
- * 有資格でも自分の専門分野の疾患以外の診療はできないと断る医者が多いと思います。結局ただの資格と化しています
- * がんプロから専門医取得者について大学院卒業後に逐次的に静岡がんセンターレジデントを経て JSMO 専門医を取得した立場から、大学院で基礎研究に従事しながら、がん薬物療法専門医を取得にむけた臨床腫瘍学の臨床トレーニングを積むことは困難であり、その質自体を問わざるを得ないがんプロ卒業生が増殖している事を危惧します。がんセンター育ちの真の薬物療法専門医が稀少になりつつあり、このままではがん治療認定医と変わらない位置付けに成りかねません
- * 腫瘍内科医としての活動は全分野の患者を診るのではなく全体の管理的な仕事を中心に成らざるを得ない感じです。消化器ベースのがん薬物療法専門医は消化器のみ診ていて、呼吸器ベースでは呼吸器＋原発不明癌対応などが中心です。がん薬物療法専門医を取得しやすい施設＝各々の分野の専門医が存在している、ことになるので専門医資格者はカンサーボードで意見は述べていますが、十分資格を生かしているとは思えない感じです
- * 認定者数は増えていますが、実臨床で有効な働きができていないのか心配です。肩書があるために実臨床より事務処理に追われている先生が多いのではないのでしょうか
- * 臓器別での専門医が多数いる大学病院では、腫瘍(内)科としての位置づけが難しい
- * がん治療を行っている総合病院には、がん薬物療法専門医が常勤医で存在するのが望ましいと考えている
- * 複数の専門分野の診療ができると良いが施設長の理解不足で、実現できていない。実現できると良い
- * 基本的には専門家の受診を希望する患者さんが多いと思います。専門医の数が少ない環境で薬物療法専門医は必要かもしれませんが、そのような病院に受診を希望する患者さんは逆に少ないのではないのでしょうか？現場の実態との乖離が大きく、薬物療法専門医がベースの専門以外の癌患者をみることはまずないと思います。また、資格取得可能な施設は大学病院が中心ですが、大学病院では専門外の疾患を診察する機会はずがないと思いますし、がんセンターでも同様だと思います。そもそもの制度設計を考えるべきではないのでしょうか？専門のがん診療に加えて、副作用のマネジメント、緩和ケア、癌医療に係る施策の理解などを問う形にする方が実態を反映した形での「がん薬物療法専門医」に近づくと感じます
- * 資格の重要性があまり感じられない（5件）
- * この資格が生かされているとは感じられない。（2件）
- * 資格の活かし方が分かりにくい
- * 目に見える役割がない
- * まだ役割が明確ではない様に思われる
- * 取得して現実に役だったことはほぼ皆無。自己満足は得られている
- * がん治療認定医制度との差異が不明確だと思います
- * 専門医制度の価値を診療上感じられない。専門医以外による治療との区別がない
- * どの専門医も同じですがなくても治療はできるし給料や待遇には反映されないので意味がない
- * 急性期の病院では、あまりお目にかかりません。今の所、絵にかいた餅。いずれは意味をなしてくるかも？
- * 形だけ専門医が多すぎます

- * 専門医が少なく、他学会に比しマイナーかつ特殊な存在となってしまう印象がある
- * 正直なところ、あまり資格を活かせる環境はないと思います。各領域の専門医資格で十分に思えてしまいます
- * 専門医を持っていることのメリットが、普段の仕事ではあまり生かされていない方が多いのではないかと思います
- * 共に診療する体制が、施設ごとにバラバラであり 仕事がしにくい体制で、踏ん張っている専門医も多いと思う。臨床腫瘍学会が求める専門医のあり方の理想通りに働きにくい環境を整備することを求めます
- * がん薬物療法専門医の取得で、特に変化はありません。ステータスが何もありません。暫定指導医等、やめてはいいがでしょうか？
- * 身の回りにいたことがなく、実感が湧かない
- * くびをかしげたくなる専門医も少なくない
- * プライドを持って診療すべきではあるが、何か勘違いしている人が多いと思います。あたかも自分は specialist で特別である、他の専門医とは異なった存在（えらい！）と思っている人が多いです。同じ専門医として恥ずかしい。別に抗がん剤治療の知識とノウハウを持った医師であって、特別ではない。もう少し、学会もモラルとか常識を持って指導すべき。当たり前のことなのですが、くだらない人間にみえます
- * 進行再発症例の診療に当たり、緩和への移行等の対処、配慮が十分ではないように感じる
- * 若い先生方が多く、実際の臨床経験と乖離した一種の研修終了者資格という認識を持っています
- * どの専門医でも、結局取得しても病院よりの評価もなく自己満足にしかならない。専門医による診療に「がん薬物療法専門医」は所詮「薬物療法専門医」、がん治療の司令塔など綺麗事で、「ケモ屋」になっていないか？
- * あり方についての意見というよりも専門医はふつうの腫瘍科の先生と比較して何が違うのでしょうか。それを知りたいです
- * 血液専門医としてがん治療は20年以上おこなっていますが、他の分野の化学療法をする機会はなく（あったとしてもできない）など現在のニーズにあっているが不明
- * 日本の現状に即していないと思う
- * 日常の診療現場では「がん薬物療法専門医」は不要です
- * このままなくなってしまう可能性もある。すでに有名無実化している
- * 専門医認定者が希少すぎる。また、認定者に凄さを感じない
- * がん薬物療法専門医が役に立っているのか、周囲に尊重されているのか、よくわかりません。あり方の問題なのか、日本のがん診療の構造的な問題なのか、よくわかりません
- * 日本の腫瘍内科医でも要職についている方が持っていない場合があり、正当な評価がなされていないと思います
- * がん薬物専門医は、増えているが、立場がまだまだ、弱い。大学の腫瘍内科教室の立場が、本当の意味の腫瘍内科は、まだまだ少ない。専門医でないと、できないことなどのしぼりをそろそろ設定してよいと思う。がん薬物療法専門医のをとることのメリットを感じてない若手が多い
- * 学会自体ががん薬物療法医をどうしたいのかが明確ではない。理事の間でも意見が統一されていないのではないかなんか。がん薬物療法専門医を増やして活発にしたいのか、あるいは絞って特権的にしたいのかはっきりしない
- * 資格取得後は結局、これらいずれかの専門領域でしか活動されていない専門医が多いのではないのでしょうか？学会としてどのような姿、将来像を期待しているのかが見えない気がします
- * 臓器横断的対応は難しい

・提案、専門医像など

- * 化学療法のシステム、運用、リスクマネジメントのすべてにおいて中心的役割を果たすべき
- * 病院全体の化学療法における中心的な役割を果たす
- * 今後の、本邦のがん薬物療法を支えていく存在だと思います
- * コンサルトだけで終わるような専門医ではいけないと思う
- * がん化学療法だけでなく、1人のがん患者を合併症を含めて診療できる力を有することも大切
- * 外来診療で、末端機関ではあるが、サポートとして携わりたいと考えている。専門医からどのような要望があるか、こちらからはどう対応できるかなど、それも、患者さんのことについて取り組むべき事の一つとして含めていただきたい
- * Doctor's Doctor でなく汗を流して終末期までがん患者を診療していくことが大切だと思います。一度、学会で専門医の一年間の麻薬処方量なんて調べたら面白いかもしれませんね
- * 当該施設において積極的に「がん薬物療法専門医」としての役割を果たすこと
- * 専門医の存在価値を臨床現場で実感していただけるよう努めなければと思っています
- * がん薬物療法専門医であることが、日常診療現場で生かされることはあまりありません
- * 専門医取得後の教育プログラムが必要なので、教育セミナー受講を義務付ける

- * 専門医はカンサーボードやレジメン審査委員会などで必ずリーダーシップをとるべきで、もっと尊重されるべき
- * がん薬物療法のみならず、カンサーボード等の主催者として、がんの治療方針立案における司令塔としての資質と知識が必要
- * 標準治療が未確立な場合の薬物療法
- * プライオリティをもって活動できるのであれば、大変な勉強をしても専門医の資格をとる意義があると考えられる
- * 抗がん剤は使用方法を間違えれば毒物に変わり得るため、専門医もしくは専門医のアドバイスに基づいた使用が必須と考える。しかし、現実ではスタッフ1年目から使用可能であり、非常に危険であると感じている。将来的には薬物療法専門医の指導のもとでしか抗がん剤を使用できない医療が望まれる
- * 薬物療法のリーダー的存在、コーディネーターとしての役割を担っていくべき
- * まだ不十分な数なので、各施設のリソースや要望に応じてflexibleに対応することが求められる。マンパワーが足りない場合、自ら診療ができないまでも、コンサルタントとして機能することを勧める
- * 病院の病床数に応じて、ある程度の配置人数がほしい
- * がんを診療する各診療科とのコミュニケーションを十分に取り、病院、あるいは大学としての診療レベルを最大化するように動くべき
- * 自身の専門臓器だけでなく、院内の化学療法全般や支持療法全般について関わって、よりよくしていけるような専門医である必要があると思います
- * 化学療法実施可能な医師をそろそろがん薬物療法専門医に限定してはどうでしょうか
- * がん拠点病院の維持に必要な条件に加えるなど薬物療法専門医の重要性を学会から行政に示していただければ幸いです
- * がん薬物療法専門医が病院にとって飾り物でなく、院内できちんと評価されるような体制が必要では
- * 有害事象の高い抗悪性腫瘍薬について、専門医以外の処方制限するなどの安全管理が必要
- * 専門医を標榜するならば、あらゆる疾患に積極的に対応すべき。専門医の中には（BoAなどの演者に選ばれたりもするが）、「専門ではない」といって診療を拒否するものもいる
- * 「がん薬物療法専門医」であれば全領域が完璧に診られるはずという周囲からの期待があり対応に苦慮するうえ、全ての知識のアップデートはこれから先もう不可能になるのではないかと感じます。全領域の知識はありながら得意分野がある、ということが現実的だと思いますが、そのためには認定者数を増やすことが先決だと思います
- * これからは数が増え続けるのは難しいのではないかと感じます。更新できない方も増える。年に100人増加のペースでは目標の3000人に達するにはかなりの時間がかかる。1000人で新薬の使用に制限をかけると治療の現場に混乱が生じる可能性が高い。せいで臨床試験の責任医師になれるだけの可能性しかないのではないかと感じます
- * 米国のように数千人も腫瘍内科医が必要だとは思わない。日本では、がん薬物療法専門医が各施設の癌治療の相談役として数人いればよいと思う。特殊な病院では治験や臨床試験の遂行の先頭に立って指揮するような存在であればと思う
- * 院内でのレジメン管理や薬物療法の適正化にむけて、どのように活動しているか、どのように活動していくことが求められるか？を教育・学習する機会を設けてもいいかもしれません。資格を活かして、連携していけるような教育
- * 学習の機会があってもよいように思います
- * メジャーな癌の研修は必須と考えますが、現場でのニーズとしては、希少癌への対応が薬物療法専門医に求められていると感じています。研修や学習の機会があるとよいと思います
- * 臨床試験ばかりに目を向けずに、実臨床における地道な教育活動を行なうべき
- * 専門医といっても、正直に申し上げて修練度の差があるように思います。今後も教育セミナーの充実など行っていただければと思います
- * 「評論家的専門医」が増えており、「臨床的専門医」が活動する機会は増えていない。各医療機関に「臨床的専門医」の必要性を認識してもらうにはどうすればよいのか、考える機会が増えるとよいと思う
- * 化学療法の副作用や治療効果についての啓蒙、科を超えた臨床試験の主導などを行ってほしい
- * 拠点病院、大学、がんセンターに就職するのが望ましい。外来化学療法、治験センター、カンサーボード、がん登録、臨床試験などにおいては、特に中心的に統括することがよい。他のサブスペシャリティと協同して診療にあたるのが良い
- * 学会は今後、一定規模以上の医療機関に専門医を供給する考えがあるのでしょうか。①供給するなら、現状通り、②供給しないなら、臓器限定の専門医の認定を希望します。内視鏡外科、超音波検査士には臓器毎の認定があります。臓器別の専門医や認定も検討出来ないのでしょうか
- * 臓器別枠があっても良いのでは

- * 各腫瘍別の認定などは？肺がん専門医，血液腫瘍専門医，大腸がん専門医，乳がん専門医などは？それぞれの学会と連携して検討されてもいいのでは？
- * 実際には得意分野があるようです。一律の資格ではなく，特に強い分野を併記する認定書が望ましい
- * 正直，oncology が独立領域となっていない我が国では，臨床の現場で横断的にがんを診ることは難しいと思います Nivolumab 問題(危機) が現実のものとなっている今，むしろ厚労省や国への働きかけをもっとした方が良いのかもしれない
- * 新規治療薬について専門医や施設認定など制限を設けるべきと考えます
- * 既述の通り。なかなか現状は厳しく，難しいです。がん薬物療法専門医が，広く国民の皆さまに標準的な薬物療法を提供できる枠組みを作っていただけるとありがたいです
- * 現時点ではがん薬物療法専門医以外の医師による生涯教育が主体となっている。がん薬物療法専門医が，地域でのがん薬物療法に関する生涯教育のリーダーとなるための，行政への働きかけが必要。他に，看護師，薬剤師も資格認定を受けているものを中心となって，がんプロを基盤として進めることを，学会が主導で行う
- * 領域を越えた活動，診療を多くの施設で導入する 試みを学会主導で模索すべきである。国立がん研究センター，都道府県がんセンターが主導で行っていただきたい
- * がんの薬が多様化する中で，専門知識を持って患者に治療方法を説明し，納得の上で治療に臨める体制に専門医は不可欠と考える
- * どう活躍されているのか学会が現状把握が必要
- * がん薬物療法専門医に求められる能力は，①院内における化学療法の適切な管理，②少なくとも1領域での診療の実践，である。人材不足に悩む地方では専門医がいれば，院内の薬物療法のレベルが格段にアップするので，資格取得のハードルを下げるべきである。専門医取得しても，自分の専門領域での診療にしか従事しない人がほとんどで，薬物療法の均てん化にはあまり貢献していないという点も，学会として考えるべき大きな課題である
- * 次の世代を教育する義務があると思います。全国の病院に配属されることを願います
- * がん患者の増加，がん診療の複雑化の影響もあり，必要な数にはまだまだ不足していると感じます
- * 大学や大きな医療センター，最低でも地域の中核病院でしか役に立たない。数が少ない。数は力であり，結局は声の大きな学会が大きな発言力を持つ。専門医は取ってからでも維持するのが一苦勞。数と質は相反するが，ハードルを下げて数を増やし，対外的な発言力を増すべき
- * 10年で1000人ではお話にならない。もっと危機感を持って欲しい
- * 引き続き伸びていってくれることを祈念します
- * たった1000人であり，まだまだ専門医の数が足りない，日本のがん薬物療法の内がん薬物療法専門医が関わっている薬物療法は何%ですか
- * 1000人を超えるのに時間を要しすぎかと思えます。受験資格云々より合格率が低すぎる(試験が厳しすぎる)と思います
- * この人数ではまだ影響力がないと思う。その一方で，正しい治療を普及させるには，基本的な知識が不十分な専門医も散見されるのでは
- * 治療におけるイニシアチブをとる役目
- * 各種がん診療に積極的にかかわるべきと思います
- * 希少がんを診ない専門医は専門医を続ける価値ない。標準的治療が出来ないのは専門医を標榜する資格がない。一通り診られて初めて専門医たる所以で他病院でもう診られないと言われた患者をどう診ていくのか？も重要と思う
- * 薬物療法の成績が向上し，ますます高い専門性が必要とされていると感じます。難しい課題ですが，専門医の質，量ともに増やさなければならぬと感じています
- * 今後も増加していった方が良い
- * 癌患者が増えていく中で，専門医の数はまだまだ不足していると感じる
- * 増やしていくべき
- * まだ足りないと思う。専門医が周りに見あたらない
- * アメリカに比べると，まだまだ根付いていない。外科との上手な共存が必要
- * 造血管疾患治療の経験が基本であるべきであり，すべての専門医は造血管悪性腫瘍の基本的治療ができるべき。
- * 学会を通して，専門医および専門医を目指す医師とこれらの医師を求めている医療機関の情報交換ができるようにしてほしい
- * 横のつながりがほしい
- * やはり，専門医であるからにはもっと癌腫を超えた関わりに積極的になる必要があると思いますし，その地域での情報

交換がもっと活発になって欲しいと思います

- * がん治療しかできないようでは困る。診断から治療そして緩和まで行えるようになってほしい
- * 上述しましたが「がん薬物療法専門医」が病院施設就職の条件、抗がん剤の納品 * 納入 * 使用条件となるという流れになってきていますので（科学的）学会での資格ということとは別に Dr 本人個人の Promotion にもかかわるライセンスとなっていますので、専門医のレベルアップ * 維持には注力すべきと思います。取得後の（臨床）経験を総会学術集会での臨床経験発表（報告）義務（たとえば co-author でも良いので少なくとも 2 年に 1 回）を課すなど。専門医の数を増やすということとうまくハーモニーさせて
- * ようやく認知度は高まってきたと考える。もっと活躍の場は広げられるとは思いますが、外科や臓器別内科と喧嘩せずうまくやってゆくよう心がけないといけない（腫瘍内科医は他科に対して上から目線で接して煙たがられているケースを散見するので）
- * 真の medical oncologist を認定すべき。そのように活躍している人が少ない
- * がん薬物療法専門医である事に、誇りを持って診療にあたること
- * そもそも問題点は、薬物療法専門医 = 腫瘍内科専門医なのか、間口を広めてがん薬物療法を専門的にやっている医師（外科医も含まれる）のかどちらを増やしたいのかみえないところ。臓器別の診療が一般的な日本においては呼吸器がん薬物療法専門医、婦人科がん薬物療法専門医など臓器別に設けてもよいのかもしれませんが、むしろ、臓器横断的に診療する腫瘍内科専門医 = JSMO のがん薬物療法専門医だとすれば現状は明らかに看板に偽りあります。General medical oncologist として機能できる医師は 1000 人の薬物療法専門医のうち 100 人程度では？ JSMO の上層部の方の多くが肺癌内科医だったり、GI 内科医だったりするのではないのでしょうか？ また、乳腺外科医の中に、かなり化学療法に詳しい方もいますので（私は内科医ですが、外科医から教わりながら経験させてもらっています）、臓器特異的ながん診療医たちを排除することはよくないと思います。ただし、そういう人たちは Medical oncologist と言えない。だから、乳がん薬物療法専門医などを作ってはどうか。この場合、試験内容もかなり専門的であり質の担保にもなると思います。一方で、私自身そうありたいと思っていますが、臓器横断的な腫瘍内科の専門医は別に作って欲しいです。ここでは、GI も Thoracic も血液腫瘍も、婦人科腫瘍も、それこそより広範囲に求めてもよいのかもしれませんが、本来、一般内科→腫瘍内科（±血液）（→臓器特異的腫瘍内科）とトレーニングが進んでいき、日常臨床をやる人 8 割、一部がんセンターなどで研究する人 2 割程度と手分けして、多くの腫瘍内科医と臓器特異的腫瘍内科医が協力することでがん診療全体の底上げに繋がると信じていますが、そう思っているならなおさら、単一臓器の専門医と腫瘍内科専門医の専門医資格を分けてほしいです。がん薬物療法専門医なのに、実際に原発不明がんや重複癌を診療できないような「がん薬物療法専門医」が増殖しているように思います。実際に症例を経験せず、名義貸しのような形でレポートを作成している例も少なくないのではないのでしょうか。専門医のあり方の話とはずれますが、がんセンター式のローテーションによる研修では臓器横断的な腫瘍内科医は育ちにくいと思います。単一の部門にいながら、GI も肺も婦人科も原発不明も胚細胞腫瘍も担当できる、そういう腫瘍内科を各地に設置すべきです。それは、専門性の高いがんセンターでは難しく市中病院でこそ可能でしょうか。もっと街場の Oncology が普及すればよいと思います。また、Oncologist は診断、検査、緩和ケアもしくは社会的な対応も業務であって薬物療法だけしているわけではありません。抗がん剤だけやっていたら良いわけではないので、名前は薬物療法専門医よりは腫瘍内科専門医にしてほしい。腫瘍内科と別に、～がん薬物療法専門医を作って欲しい。そして、がん治療認定医など癌治療学会と調整してほしい。患者や外国から見て、わかりやすいようにしてほしい。癌治療学会と合併できれば、外科医を巻き込んで腫瘍学の議論する学会になると思います
- * 自分たちの箔づけ以上のものになっていますか？ 本当にやるなら更新のたびに直近 5 年の受け持ち患者病歴要約提出を義務付けるべき。専門医会という名の自慰行為みたいなもの気持ち悪い
- * この専門医の資格を持っている先生方は、それを維持 * 知識の更新をする必要があるので、現在の 5 年ごとの簡易的な更新試験は不十分だと思います。よって、同様の症例要約を条件とするなど、もっと厳しくしないと意味がないと思う
- * 悪性腫瘍における総合診療医が腫瘍内科医であり、がん薬物療法専門医の理念 * 医師像がそれに当たると考えています。現在の専門医 * 指導医にも専門医取得と同等または消化管 * 呼吸器 * 乳腺 * 造血器などの実績報告のみでも良いので、更新制度をより強化してはいかがでしょう？
- * それは本当にがん薬物療法だけを専門にする専門医でしょうか。数だけではなく、質も必要で、本気でやるなら 10 年おきのボード試験があってもいいと思います
- * がん薬物療法の上に「腫瘍内科専門医」を作って 3 階建てにしてほしい！！（学生が腫瘍内科に入局しない最大の原因は腫瘍内科の専門医資格がないことだと思います！！！！）
- * 学会は generalist の専門医のみを育てようとしているのでは？ 現在のがん薬物療法専門医は、どちらかという

他の基幹学会でいうところの1段階目の試験と思います。もちろん全ての範囲を網羅する勉強も必要ですが、専門であることをおざなりにしすぎであると思います。内科であれば、内科専門医で全般を勉強し、消化器や呼吸器等、結局専門分野を固定していきます。もちろん generalist もいらっしやいますが。1段階目で、現在のがん薬物療法専門医 2段階目で、消化器化学療法専門医や呼吸器化学療法専門医などのより専門に特化した専門医の制度を作成し、臨床腫瘍学会の専門医そのものが基幹学会の専門医となることが必要なのではないでしょうか

- * 外科系での必要性が不明
- * 専門医資格はがん薬物療養専門医しか取得していないため、今後の新専門医制度における同資格の位置付けの動向について、注視しています
- * 日本のがん薬物療法の現状では、各診療科毎にそれぞれの臓器別に薬物療法が行われている実態がまだ現実であり、現状では、専門医制度の3階部分（つまり、基本となる学会の専門医→その中のサブスペシャリティ→そのさらに上）という位置づけになってしまっています。このままでもよいならば現状で良いかと思いますが、本来は Medical Oncology として内科あるいは外科のサブスペシャリティとして位置されるべき専門医と思ひ。
- * 専門医機構でのサブスペシャリティにさせていただくことを希望します
- * 機構の認定を取ってほしい

・一般病院，地方の施設等に関するご意見

- * 地方での専門医の連携を強化する企画をもっと増やした方がよろしいかと思ひます
- * まだまだ首都圏と地方（特に地方でも各県庁所在地以外の都市）とで、がん薬物療法専門医に対する認識は大きく隔たりがあると思ひます
- * 腫瘍内科は、地方では、独立して存在することは困難であり、呼吸器内科や消化器内科、血液内科との兼任での運営が、現状であると考え。学会としても、若手医師には、兼任で、臓器横断的抗がん剤治療に守備範囲を広げてもらう方針で、腫瘍内科医師を育てるのは、どうでしょうか。実際、専門医習得しても、日本の従来からの科の体制のため、能力が十分生かしてない医師が増えてきていると思ひます
- * 臓器横断的な活躍は、まだ地方では難しい。人材育成が可能な一部施設に専門医を集約し、さらに専門医を増やしていく必要がある
- * 認定医が増えても施設に偏っている気がする。もう少し均等に配分されないものだろうか
- * 地方や、一般臨床で求められるニーズと専門医が求めている理想の間にズレがあるように思ひます。理事会が地方や一般臨床の現場で頑張っている先生方の現状を感覚的に理解できていないのは残念です。今後開業する腫瘍内科医等、現場で患者さんを実際ずっと見ていこうとしている腫瘍内科医をサポートできる制度であって欲しいです。資格の維持が、地方の病院では困難と思ひます。現行のままでは大都市の大病院でなければ働けず、がんの均てん化が進まないのではないのでしょうか？
- * 当県ではがん薬物療法を取得している医師が少ないので1000人を超えたといっても増えている感じはありません。（いちおう、がん拠点病院ですが***）
- * 地域によってはほとんど活躍の機会がない。そのため、興味がある学生がいても、現状を知るとリクルートが難しい。専門医のメリットを全く感じない
- * いろいろな癌腫に関われば良いが、田舎の病院にはローカルな authority がいてそういう医師の意見が幅を利かせてしまう状況
- * 人数が増えたのであれば、基幹病院の固まらず、地域医療にも貢献するように学会が働きかけるべきである
- * 都市集中でがん治療の均一化になっていない。結局がん診療病院のみに集まっているだけ
- * 専門医が中央一極集中している事実は明らかです。受験資格を得るためには、がんセンターやしかるべき大学で研修が必要なため仕方ないかと思ひますが、各支部*地域で地方でのがん薬物療法の底上げをしていく必要があるかと思ひます。年に数回程度、地域がん診療拠点病院で専門医が存在しない病院での研修会などを専門医部会や学会主導で開催し、医師のみならず、コメディカルの底上げをしていく必要があると考えます
- * 癌専門医が増えたことは歓迎するべきですが、75歳以上の高齢者の癌医療を、地方の病院で支えている実態を鑑みるとその配置に偏りがあり、専門医の基準自体が大規模施設でしか取れない実態に、矛盾を感じます。
- * 都市部に偏在しているだけであり、地方のがん診療施設では薬物療法に対する知識*経験が絶対的に不足している。専門医の認定にとどまらない方策が重要
- * 増えないですね、今の病院も前の病院も私だけ。局所集中で、いるところにいる。例えば和歌山県の専門医は医大のみ
- * 我々の県はまだ少なく、活躍もできていない。病院でのポストなど考えてあげないといけな

- * がん薬物療法専門医になるべく教育を受けられる環境が少ない
- * がん薬物療法専門医に偏りがあるように思う。 がん薬物療法専門医といってもすべての領域の、すべての患者さんを扱えるわけではない
- * 専門医は現行で大きな問題はないと思っています。ただ、一般病院で長くこの領域の診療をしてきて、これから研修施設での研修を受けるのが難しいものに向けての何らかの学会認定の資格のようなものが創設されたいなと思います
- * 勤務継続できる病院は限られ、認定者の希望する勤務形態と一般病院での需要との較差は大きいのではないかと
- * 数は増えているががんセンターや大学病院などに多いのもっと広く分布するまで増やすべき。まだ少なく立場も脆弱
- * 1000 人いても地域偏在しているでしょうし、専門分野も偏在しているのではないでしょうか
- * 今後さらに活躍の場を増やすべく専門医も増やしていくべきですが、都市部への集中が懸念されます
- * 地方ではまだまだ足りません。そもそも地方で仕事をする発想がないのでは
- * 全国で 1000 人を超えても本県は最初の数年の取得者 5 人から全く増えず実感が無い。専門医の地域偏在が問題である
- * まだ 1000 人しかいないというのが実感です。もう少し敷居を下げ取りやすくして、その分教育セミナーや BOA を必須にするなどして、がん治療の均てん化を図る方が得策かと思われます
- * 地域偏在について
- * 人材の集中化が必須 均てん化は終わった

・インセンティブ等に関するご意見

- * 特権をつけたほうがよい。新専門医制度になってからどうなるのかどうか不安
- * がん薬物療法専門医にドクターフィーの up をするようにしてほしい
- * キャリアパスが十分示されていないということがあります。やはりがん薬物療法専門医をもっていることのなんからのインセンティブがあるような制度を考えないといけないと思います
- * がん薬物療法専門医を持っていても、キャリアや病院業務への利点が乏しくなっていると思います
- * 収入や保険診療に関して専門医を持つことのインセンティブを付けてほしい。現状であれば名誉だけである
- * 専門医の所属機関でインセンティブが得られるよう、学会で努力して頂きたい
- * もうすこし専門医をもっていることのプライオリティがあればよいと思います（加算など）
- * 資格に対するインセンティブが何もない、必要だ（3 件）
- * 薬物療法専門医であるメリットをあまり感じません（どの専門医もそうですが）
- * 診療報酬に加点できるように学会として活動していただきたい（2 件）
- * 診療報酬点数の差別化
- * これまで以上に診療報酬加算などインセンティブがあると頑張りやすくなるなるかと思われる
- * 私が専門医を取得した頃には、将来なんらかのインセンティブが得られるようにすると言っておりましたが、現在、薬物療法専門医に対する何のインセンティブもないのが不満です。 せいどころか、新専門医制度になった場合、薬物療法専門医は承認されるのでしょうか
- * 現在は専門医でなくてもできる診療も多いため、専門医のインセンティブをもう少し考えてほしい
- * 苦労して取得した割に、日常診療における専門医のメリットが少ない気がする
- * 専門医であることの対外的なメリットが少なく、維持をすることの大変さの方が上回っている気がします
- * 専門医をもっていることのメリットが「マニアックだね」と言われるくらいで、あまり感じられません。自分ではプライドをもって研鑽していますが
- * 取得が大変な割にインセンティブがまるで無い。 普通に学会に参加してさえいれば維持が容易なのは助かります
- * 専門医に対する何らかのインセンティブを希望します
- * がん治療認定医との、資格メリットがわからないです
- * フィーがない
- * 専門医取得の利益は何かはつきりしない
- * 良い案は思いつきませんが、病院内でのプレゼンスが上がるような対策が必要かと思います
- * 専門医の偏在が解消されたらまではいきませんが、地域中核病院にまで広く所属されるようになってきたことは素晴らしいことだと思います。ですが、がん薬物療法専門医を取得されている方の多くが腫瘍内科医として、その医療機関のがん診療の主導的立場としての役割を果たすのではなく、各領域における診療にとどまっているのが残念です。がん薬物療法専門医の専門性は非常に高いことは間違いないので、腫瘍内科医の存在と、その果たす役割に応じて

インセンティブが医療機関にもはたらくようにすることによって、本来求められている職務を遂行できる環境を少しずつでも整えてゆくことが必要ではないでしょうか

- * 雇った病院にインセンティブの発生があれば専門医が増えると思う。治る希少癌を取り扱うか標榜。広く癌腫を見るのか、開発をするのか、同じ様な更新試験では難しい
- * 更新試験は不要。学術総会やセミナーなどへの参加で単位を満たせば更新可能にしてほしい。「がん薬物療法専門医」は新規取得のハードルが高いが、さらに更新試験も5年ごとに必要で非常に面倒。その割には診療報酬で加算されるとか、施設認定に必須などのメリットがない。あまり厳しすぎると制度が長続きしないのでは。一方未だに暫定指導医が続いている
- * がん薬物療法専門医によるがん薬物療法を広く患者が享受するためには現行の受験資格では到底患者メリットが得られない。学会の権威のためのもとしか考えられない
- * 取得するだけ大変であり、一方で取得しても何らメリットがないと言えないのが現状である。学会としても取得および更新することに多くのメリットが専門医に生じるように働きかけていくべきである
- * 専門医が治療方針について大きな役割を果たせるような診療体制についての保険加算できるような体制が必要線専門医制度についてイニシアチブをとれるようにしてほしい
- * がん治療認定医でないと認められない治療、その中で更にがん薬物療法専門医でないと認められない治療、という様に特権があると皆資格取得の為に頑張るのでは
- * 専門医の発言に、一定の強制力を持たせる制度が必要

・認知度に関するご意見

- * がん薬物療法専門医の存在意義をもっとパブリックに宣伝することが必要
- * 専門医の活動、あり方などアピールする機会を作って、更に専門医が増えることにつながることを今後求められると思う
- * 専門医の姿が魅力的に見えないと、更新者や新規受験者が減少すると思う
- * あまり認知されていないのではないかと？薬物療法が複雑化するなかで、市民向け大衆マスコミ向けにアピールする機会を増やした方が良いのでは？
- * 患者はこの資格についてほとんど知らないと思います。サブスペシャリティの資格の中ではPRが足りないように思います。専門医取得後もなにも変わらず診療しています
- * 名称がわかりにくい。なので一般市民、一般医に対する知名度が低く、その価値を正しく理解してもらえず損をしている。一例を挙げれば、がん治療認定医の方がわかりやすい名前なので、がん薬物療法専門医よりがん治療認定医の方が価値が高いものと思われてしまった事がある（事実）。がん治療専門医、腫瘍内科専門医、がん専門医、臨床腫瘍専門医などのように、シンプルで響きやすい名称に変更すべき。でないと希望者も増えないと思う
- * 専門医の重要性を国や行政にも周知していただければと思います
- * あまり周知されていない
- * 将来的にも「がん薬物療法専門医」のままが良いか、将来性を検討すべきではないか。がん薬物療法だけの専門性よりも広く進行癌患者の診断や内科的治療を専門にする専門医像を名称として社会に理解を得られるようにすべきではないかと考える。
- * 腫瘍内科専門医という名称のほうがしっくりきます
- * 意義のアピールが足りない

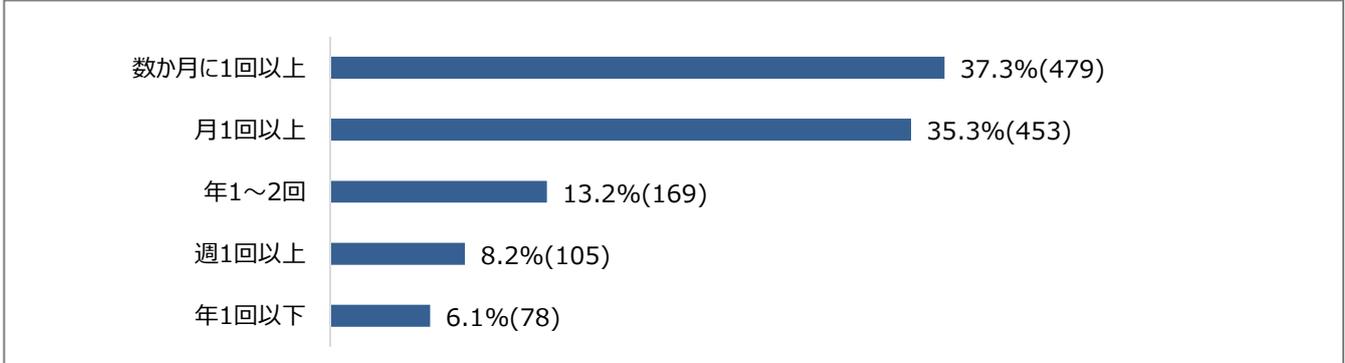
・その他

- * 実際、これらの専門家が薬物治療の中心となっているのかを知りたい。やはり肺癌は呼吸器内科や呼吸器外科、消化管癌は消化器内科や消化器外科がやっているのではないのですか。その他の癌治療を3例経験することに意味はありますか
- * 今後、保険診療のかなでどのような立ち位置になるのか、知りたい
- * 大学病院やがんセンターにがん薬物療法専門医がいるのはある意味当然です。私のように一般病院に勤務している専門医もいるので、がん薬物療法専門医がいる病院の一覧を公開できないでしょうか(事前に公開の可否の確認は必要でしょうけれど)。今あるのは研修施設の一覧だけです
- * 現実どの程度 その真価が発揮されているのでしょうか？
- * 専門医の資格がどのように生かされているのでしょうか？
- * 実際の臨床の場で活躍されている場面に触れたことがないので、みなさん、どのように活動されているのかを知りたい(急性期一般病院での勤務歴しかないが、がんセンターなどの限られた病院のみ?)

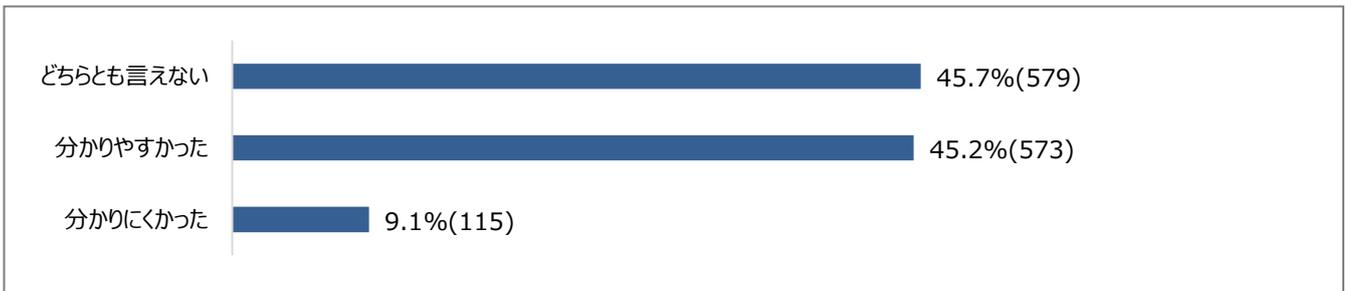
- * 腫瘍内科医を育成して欲しい
- * ヘッドクォーター制は有名無実
- * そろそろいいですね

ホームページ（HP）について

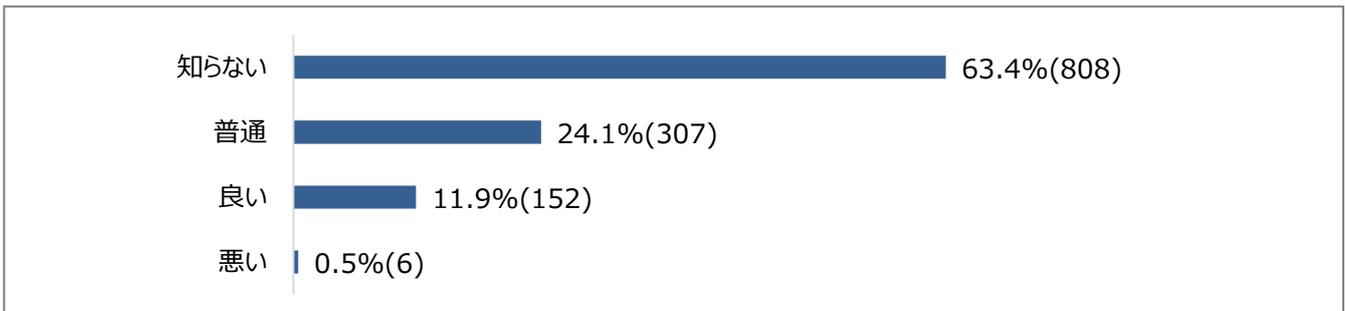
Q41. JSMO HP をどれくらいの頻度で訪れますか？



Q42. JSMO HP を訪れたとき、分かりやすかったですか？



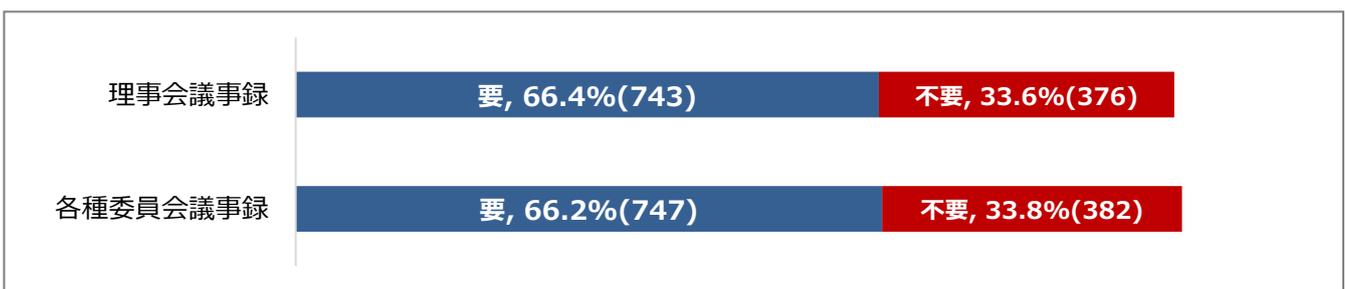
Q43. 理事長レターページを新設しましたがいかがでしょうか？



§その他ご意見

- ・不必要と考えます。

Q44. HP に掲載してほしい内容がありましたらご記載ください



§その他ご意見

・アイデア

- * がん薬物療法専門医試験の過去問集，求人情報，日常診療にかかわる重要な議事録，会員に関係する内容，学会運営の方向性について（定期的に）
- * ASCO, ESMO のように，HP に行けば必要な情報や教育ツールがあると分かっていたら訪れるでしょう。
あとは情報は push 配信しないと難しいでしょうね

・その他

- * 会員専用部分をもう少し充実してほしい
- * 会員ページまたはメールでよいのではないのでしょうか
- * 意見を言える立場ではありません
- * 可能な限り情報公開したほうが良い
- * 掲載に負担があるのなら，要旨だけでもよい
- * 必要と思われる事を掲載して頂ければ充分です
- * あまり見ないためよくわかりません
- * 期待していない
- * 特になし（3件）

Q45. HP についてご要望があれば自由記載をお願いします。

・具体的な内容について

- * がん薬物療法専門医試験の過去問集，受験体験記
- * ガイドライン公開
- * JSMO ニュース* メールマガジンをアーカイブできるようにしてほしい。文献紹介が非常に役に立っている
- * 当院も中規模ながら研修指定病院となりました。ただし若手不足です。求人広告を出したいくらいです
- * 若手医師の活躍や意見などが紹介されるコーナー。自施設紹介コーナー。専門医試験対策の経験者談など
- * 保険や制度上，困っていることなどの相談窓口。もしくは臓器* 地域別のコンサルテーション窓口などがあつたらよいのではないのでしょうか。都市部にいると，各専門家がいたりしますが，いずれも個人的な関係のもと相談しています。病理診断のコンサルテーションのように，地方にいても，難症例を相談できるルートの斡旋などを学会がしてくれると助かると思います
- * 会員が自由に討論できる場があれば良い
- * ヴァーチャルミーティング

・内容について

- * もっと勉強になる内容を
- * HP に新規に掲載されたとアナウンスがもっとあればいいと思います
- * 会員サイトの充実を図って頂くようお願いいたします
- * 一般向けの情報を充実させれば認知度も高まるかも お知らせが多すぎる

・デザインについて

- * 古臭い垢抜けないデザインを刷新してほしい
- * もう少し見やすく，オシャレに（笑）
- * タブの開き方などがもう少し洗練されたし
- * 他の学会に比較して，HP の見込みが 簡素な感じがします。チーム医療のイメージも大切ですが，腫瘍内科医師が活躍しているイメージが伝わる写真なども掲載してほしい。
- * とにかく見難い
- * デザインをさらに検討。もっとわかりやすく。もっとカラフルに。ワードを張り付けているものが多い
- * 特にありませんが，配色や字体などが好みでは無い，という程度です

・機能について

- * 入会の推薦者になる協議員をさがしやすくしてほしい
- * 地方で臨床をおこなっている会員も協議委員に推薦してほしい
- * 会員ログインしたままホームにもどれない？
- * 個人のページから Official なページに戻るアイコンを入れてほしい

- * 会員ログインの画面に、JSMO HP のトップページに行けるショートカットを作ってもらえないでしょうか。JSMO HP のトップページからマイページにログインしてからログアウトすると会員ログインの画面になってしまい JSMO HP のトップページに戻れません

・その他

- * 現状で十分である
- * 特になし（11 件）

その他

Q46. 会員に関する事で提案等ありましたらご記載ください。

・専門医関連

- * プライドを持って診療すべきではあるが、何か勘違いしている人が多いと思います。あたかも自分は specialist で特別である、他の専門医とは異なった存在（えらい！）と思っている人が多すぎです。同じ専門医として恥ずかしい。別に抗がん剤治療の知識とノウハウを持った医師であって、特別ではない。もう少し、学会もモラルとか常識を持って指導すべき。当たり前のことなのですが、くだらない人間にみえます。上層部にがんセンター関係者が多すぎ。これではこの学会は発展しないし、先細りがみえています。だめ学会になります
- * 専門医の更新試験制度がきびしい。オンラインで受験できるようにしてほしい。休日とって東京へ行くのも大変
- * がん薬物治療専門医の更新についての意見です。更新には診療歴は不要ですが、前提となる各科の専門医の更新の際、診療歴が求められるので、診療を行わない企業 MD は各科専門医を失格し、がん薬物療法専門医も更新できないこととなります。企業 MD は診療はしませんが、がん薬物治療の開発 * 普及 * 啓蒙など行っていますし、更新時に日常診療歴が求められないような形にしてほしいです、つまり、各科の専門医資格は、更新時には不問としていただけないでしょうか。
- * がん薬物療法専門医が魅力的に感じられるよう、インセンティブが働くようにすることや、幅広くその存在を知ってもらうことが重要ではないかと思っています。若い先生方が、"なりたい"と感じ、活躍できる場を広げてゆくことによって、専門医を充足するためにも、学会としても がん薬物療法専門医の重要性をアピールできるようにサポートしていただけると良いと感じます。見た目のことで、つまらない提案かもしれませんが、例えば、がん薬物療法専門医 * 指導医に、白衣などに着けることのできる、印象の良いバッジを提供することなどはいかがでしょうか。若い先生にはこういったことも、ある程度は効果があるように思います
- * がん薬物療法専門医の地位向上に 会員本人が努力するとともに、学会からも、国などにさらに働きかけや、アピールしてほしい
- * 専門医試験の監督選出の透明化、専門医試験のサマリー評価者に対する報酬の義務化をお願いしたい。受験料はこれに含まれるはず
- * 薬物療法専門医のあり方は再考を要すると感じています。
- * 暫定指導医資格は、認定施設以外に異動したら失効するはず。定年した先生方が、がん治療をやっていないような病院へ異動後も、いつまでも暫定指導医を名乗っていることに違和感を覚えます
- * 暫定指導医の期間の延長をお願いしたい
- * 現在の認定制度を継続するなら、それよりも簡易に取得している認定医の枠を作りたい
- * 内科認定医のみを有する現専門医にたいして、限定的でも更新基準を作っていただきたい。
- * 専門医の更新に試験以外の方法が現実的ではないかと思っています。学会発表、教育セミナー、E-learning など
- * 会員が集まらなければ、学会の維持が難しいのは理解できますが、すべてにおいてハードルが下がってしまったのは、残念です。外科医は不要なようなので、内科専門医取得後の薬物療法専門医の受験資格にすべし。
- * 専門医としての病院全体への貢献（外来化学療法部門の安全管理やレジメン審査委員会の運営等）を診療報酬体系にしっかりと組み込まれるよう学会として努力して頂きたい
- * JSMO 地方会参加も専門医の単位として認めて欲しい

・新専門医制度について

- * なぜ内科学会の基幹分野の 1 つになれないのか説明したほうが良いと思う
- * 新専門医制度に関して 専門医機構の組織図を見ても、基本 19 領域にもサブスペシャリティ 29 領域にも腫瘍(内科)が無いようです。(社)専門医機構にもがん治療認定医機構は登録されているのに jsmo は見当たりません。腫瘍内科に勧誘しても院内に新設された総合診療科に優秀な若手を取られてつらい思いをしています。今後の

JSMOの目指す方向性* 取り組みが見えにくいと発展は望めないと思います

- * 今後、内科の専門医制度が変わることで、専門医が2段階構想となり、今回は、がん薬物療法専門医は、ここに加えられておりません。是非がん薬物療法専門医も加わるようにむかって欲しいと思います。これから専門医を目指す世代の先生を引き付けることにもつながると思います
- * 内科学会サブスペシャリティに「腫瘍」が取り入れられるよう頑張っていたきたい
- * 新専門医制度でのがん薬物療法専門医の立ち位置や位置づけが一般会員にもわかるようにしてほしい

・選挙について

- * 協議員選挙で大学あるいはがんセンターなどの医師でないとまずなれない。これをなんとかしてほしい。民主的でない。
- * 選挙のあり方について、ご考慮ください。一人のもつ投票数が多すぎることによる弊害について

・会員関連、会員サービス

- * 会員であること自体にあまりメリットが感じられない
- * 加入学会が増え、年会費も増え、どの学会を継続すべきか考えることが増えています。貴学会会員であることの意義を（私も考えて行きますが）学会のほうからお示しいただければ幸いです。
- * 学会入会の際に協議員の推薦が必要であること自体が、学会のハードルを上げていると思う。会員数を増やすことが目的なら、協議員の推薦は不要である
- * 入会に協議員の推薦のサインが障壁になっているかもしれません
- * 会員になるのに評議員の推薦は不要
- * コメディカルは必然的に準会員になることに疑問を感じます。会費を払っても正会員になることを希望する人もいるので、選択にしてほしいと思います
- * 託児の充実。子供を産んだ後は、これがないと学会やセミナー参加は無理であった。今現在、苦労している。まだまだ女性には生きにくい世界です
- * 医師以外の会員も増えています。コメディカルスタッフにももう少し配慮が欲しいです
- * 今回のアンケートでも職名選択肢に「作業療法士」がありません。リハビリテーションの国家資格者です、是非選択肢に入れてください。
- * 会員ブースの充実 会員ブースで会費が払えるようにしてほしい。会費は3年連続、5年連続でデスカウントしてほしい。会員ブースなどで、現在の会員の属性、専門医の数、地域差、活躍している専門医の状況他、会員の情報をポスターなどで示してほしい。
- * 海外留学中、産休中の休会制度を強く希望します。専門医維持の期間の自動的な延長や、会費の節減などでメリットが大きいです。内科学会や緩和医療学会では行われており、本学会での対応も希望します。
- * 海外留学中の休会期間を希望する
- * 専門医資格保持しておりますが、現在基礎研究で海外留学中です。留学期間が3年を超える予定であり、専門医資格の更新が難しそうです。一時的に臨床を離れざるを得ない状況を考慮していただき、休会制度や専門医資格喪失後の再取得優遇などの制度をご検討いただけないでしょうか。
- * 会員の中で認定医になって貰いたい優秀あるいは期待のできるDrを定期的に自薦他薦で探し出しファストトラック（症例の優先割り当てなど）で認定医になる Incentive Program 設定。Young Dr アワードなどの設定。海外施設 Preceptor * 留学 Program の充実など→ 正会員→教育セミナー受講→合宿研修実施（虎の穴）→応募資格取得→海外留学→留学中定期レポート→帰国後レポート。製薬企業の冠をつけても良いかもしれません。
- * 民間療法やインテグレイティブ医療を行っている会員の除籍をしてほしいです
- * 人員の派遣制度
- * 学会プレナリー等はスライド閲覧できるといいなと思います
- * ニュースレターの発行継続を望みます
- * 薬剤師にも活躍の場を設けて欲しい
- * 薬剤師の専門認定制度を設けてほしい

・組織について

- * 一旦消えた、専門医会のような組織が上手に運営されることを期待します。急な情報交換や、意見を頂く事ができるのは大変大事だと思います
- * 薬剤師の部会を増設してほしい

- * 委員会のメンバーが重なって同じ
- * 専門医の実臨床における管理、監視部署の設置（例 倫理的な問題があった場合の専門窓口）

・学術集会等イベントについて

- * 学術集会の演題数、会場などが大きすぎる様に思われる。シンポジウム、一般口演演題なども、もう少し絞り込んで如何。3日間の会期も2.5日で十分か
- * 専門化しすぎて一般臨床医にとって面白いテーマが少なくなった
- * JSMO, JSCO, JCA の3学会で、cancer week など称した合同開催などご検討頂きたい。似たような日程で学会が続くのは、日常診療にも影響が出ます
- * 会員に関することは違いますが、学術集会について、他のがん関連学会（日本がん看護学会、日本臨床腫瘍薬学会、日本緩和医療学会、等々）との共同開催を提案いたします。DDWJのようにまとめて開催することによる学会運営の効率化、参加者数の増加などが期待できます。是非ご検討お願いします
- * 学術集会の参加費を上げてでもアクセスのよい会場（東京、横浜など）にした方が参加人数が増えて、会員の利便性が増し、学会の収支も向上すると思う
- * 学会の教育講演をwebiner化してください
- * 協議委員会の開催日程を会期中に変更してほしい。そうでないと参加できません。
- * 臓器別の小セミナーを、いつもの研修会とは別で、地方開催にて行って頂けると、皆が参加できると存じます
- * Best of ASCO の料金が、高くなりすぎでは？

・JSMO 全般

- * 創設時は腫瘍内科医を育てる気概が少し感じられたが、今は平凡な二流学会に落ちぶれている
- * JSCO との違いがなくなったように思いますし、JSMO の矜持はどこにいったのでしょうか？たとえ、孤高であっても、会費を上げてでも賛同する会員のみでいいと思いますし、学術集会も2日のみでいいので、質の高い演題のみを採択するような学会であってほしいです
- * エビデンスを作っている医師だけを尊重するのではなく、それを使って多くの患者を診療する形で実践している医師の活動も尊重する学会であって欲しいと思います。がんセンター同窓会のお友達グループの排他的な学会になっている点はないでしょうか。腫瘍内科は少し特殊な構造にあると思うので、学術的なことだけではなく、プラクティスを支える医師会的な要素の活動もあって良い気がします。そうでないと腫瘍内科診療の裾野が広がっていかないような気がして心配です
- * 今やがんは国民病です。もっと、会員や学会の事を周知し、垣根の低い患者さん主体の学会にして行くべき。
- * もう少し開かれた学会になってほしい
- * 胃癌学会、肺癌学会などの各臓器別学会との共催事業をやらないとがん関連の学会自体が共倒れになるのではないかと心配しています
- * 開業医の意見を聞かれたことがありますか？医師会へアピールしたことがありますか？日本の医療行政は医師会を窓口として行われており、数の少ない＝声の小さい学会は自己満足に陥る危険があります。医師会を上手く活用すべきかと考えます。安価で効果的だと思うのですが
- * 必ずしも会員についてはいいのですが、臨床腫瘍学会として、①抗がん剤、高度医療技術、などの高額化を受けた、医療経済的な面での会員の意見集約ならびに学会の立場の明確化が必要な時期になっているのでは？②がん患者団体（cancer patient advocacy groups）との連携の強化を図る必要があるのでは？と思います
- * 神経系（脳腫瘍）に関して、関与が少ない
- * 固形ガンと血液ガンはわけてよいのではないのでしょうか？
- * TAPUR study のような、次世代のトライアルを学会主導で組んでいくべきだと思う

・会員アンケートについて

- * このようにときどきアンケートをとるのはよいことであると感じる 他の学会はこんなことはない
- * このようなアンケートで会員の意見を集めることは意義あるものだと思います
- * たくさん書きすぎました。JSMO の発展、腫瘍内科の発展、ひいてはよりよいがん診療の発展を祈念しておりますどうかお気を悪くならないでください。
- * アンケートのやり方を考え直した方がいいかも
- * いえ、ここまでくるのに疲れました

・会費

- * 会費を安くしてほしい。できれば 10,000 円くらい
- * 年会費の減額をお願いしたいです
- * 会費が高い

・その他

- * お疲れ様です