

# 会員アンケート実施報告

## 1. 実施概要

- 実施期間：2017年4月3日～6月15日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2017年4月3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67問，所要時間10-15分程度，無記名形式
- 配信数：8,689名（メールアドレス不明者，エラー返送件数を除く）
- 回答率：14.9%（1,292件）  
※2016年度17.6%（1,495件、集計期間6/10～7/10）

## 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	20
協議員	149
正会員	983
準会員	135
功労会員	2
学生会員	1
賛助会員	2
計	1,292

#### Q2.性別

性別	n	%
男	962	74.5
女	330	25.5
計	1,292	100.0

#### Q3.年代

年代	n	%
20代	21	1.6
30代	295	22.8
40代	524	40.6
50代	371	28.7
60代	77	6.0
70代以上	4	0.3
計	1,292	100.0

#### Q4.職種

職種	n	%
医師	915	70.8
薬剤師	214	16.6
看護師	74	5.7
その他 （製薬企業， 管理栄養士， CRO等）	48	3.7
基礎研究者	12	0.9
CRC	9	0.7
歯科医師	4	0.3
データマネージャー	4	0.3
獣医師	3	0.2
生物統計家	3	0.2
ソーシャルワーカー	3	0.2
検査技師	1	0.1
理学療法士	1	0.1
作業療法士	1	0.1
計	1,292	100.0

#### Q5.専門診療科1

専門診療科1	n	%
内科	716	55.4
外科	205	15.9
その他	371	28.7
計	1,292	100.0

**Q6.専門診療科 2**

専門診療科 2	n	%
呼吸器	220	17.0
腫瘍内科	204	15.8
消化管	148	11.5
血液	148	11.5
がん薬剤師	148	11.5
乳腺	83	6.4
がん看護	67	5.2
製薬企業	47	3.6
肝胆膵	43	3.3
臨床試験支援	23	1.8
その他	23	1.8
婦人科	21	1.6
緩和	20	1.5
泌尿器	13	1.0
放射線治療	13	1.0
頭頸部	10	0.8
臨床薬理	10	0.8
基礎医学	9	0.7
脳神経	7	0.5
小児	5	0.4
皮膚	4	0.3
骨軟部	4	0.3
生物統計学	4	0.3
創薬研究開発	4	0.3
医療連携	4	0.3
病理学	3	0.2
内分泌	2	0.2
精神医学	2	0.2
放射線診断	2	0.2
IVR	1	0.1
計	1,292	100.0

**Q7.所属先**

所属先	n	%
大学	441	34.1
国公立病院	304	23.5
私立病院	261	20.2
がんセンター	139	10.8
企業	78	6.0
その他	46	3.6
開業	14	1.1
教育	6	0.5
基礎研究	3	0.2
計	1,292	100.0

**Q8.専門医等保有資格**

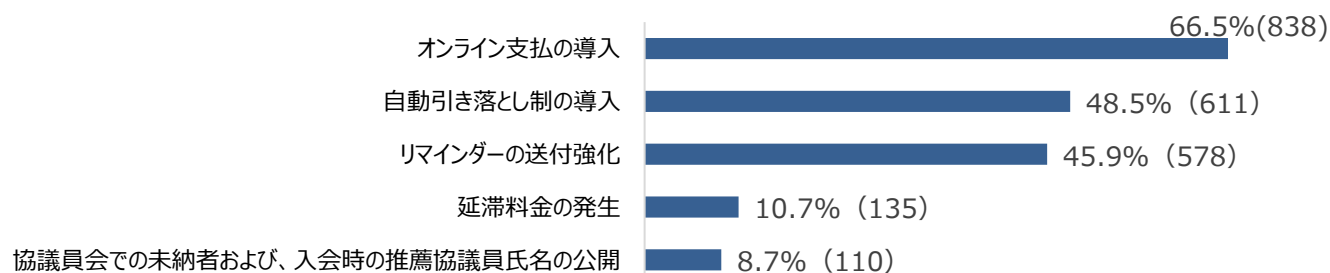
資格	n
がん薬物療法専門医	398
がん薬物療法指導医	215
がん薬物療法暫定指導医	144
がん治療認定医	502

**Q9.主な所属学会**

資格	n
日本癌治療学会	601
日本癌学会	382
ASCO	283
ESMO	133
その他	359

## 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

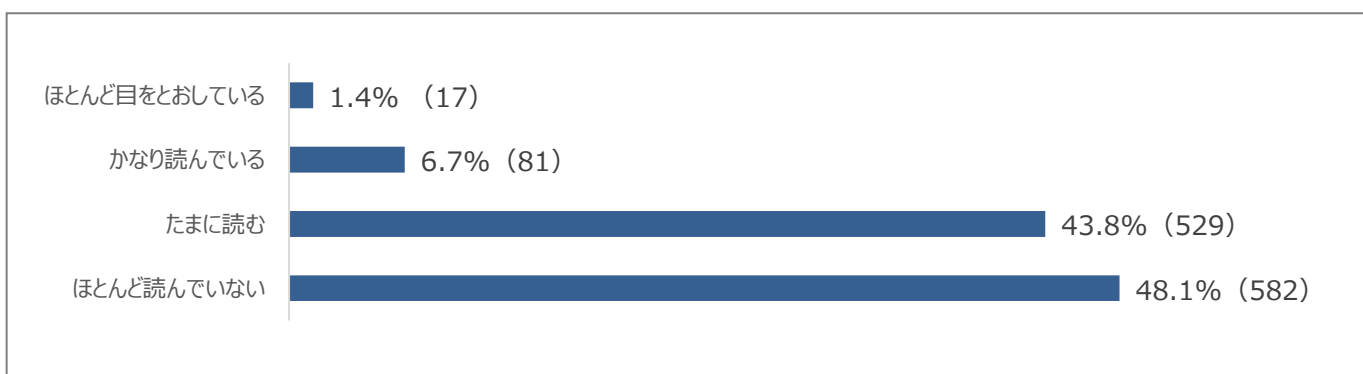


### §その他ご意見

- ・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（18件）
  - \*クレジットカード登録制とし、未納者は自動引き落とし
  - \*郵便局での振り込みだけでなく、コンビニでも振り込み可能にさせていただくことが簡便で、良いのではないのでしょうか。
  - \*クレジットカード引き落としにして欲しい（手数料なしで）
- ・リマインド強化（7件）
  - \*多くの所属学会のため、どの学会に会費を納めているか不明になる。メールなどにて、何年度の会費が未納なのかを教えてくださいましたら幸いです
  - \*リマインダーを個別に本人と推薦協議員に出す
  - \*登録メールへの連絡（うっかりミスの防止）
- ・1～3年未納者は警告後、自動退会（除名）とする（32件）
  - \*希望を確認で退会。退会までの未納分は回収できないのもやむなし。意志確認ができなければ2年で自動退会。
- ・学会活動の制限
  - \*未納者は学術総会、セミナーなど関連行事の申込み不可にして、その際に会費納入を促す。  
会員専用のセミナー動画閲覧を制限してその際に会費納入を促す。
  - \*専門医資格の停止、受験資格の停止
- ・会費の値下げ希望（2件）
- ・学会の魅力ある運営（2件）
  - \*会員であり続けることのメリットを増やしては？
  - \*会員が必要とするサービスを提供し、会費未納者にはサービスを提供しない。
- ・複数年前納による割引制度導入（4件）
  - \*複数年納入と割引制度の導入
  - \*一定期間内に納めた場合は割引（または遅延したら増額）するなどのインセンティブを強化する
- ・学会参加時の支払い
- ・未納分を支払うまで脱会できないシステム
- ・推薦協議員への連絡・督促依頼
- ・公費払いの場合期日に間に合わないのを、早めに振込票を送って頂きたい
- ・認定試験難しすぎるので退会検討されてしまいます。
- ・税法改正。学会費を所得控除として申告できるとありがたいのですが、.
- ・他学会でも未納者はいますが、14%は異様に高いですね。2017年2月時点で、前年度の未納率と比較しましたか？  
督促が来てから払う場合が多いので、本当に申告なので前年度会費未納率だと思います。
- ・支払いは忘れていただけのことが多く本人の名前公開はいいとしても推薦者の公開は本当であればやめた方がいいと思います
- ・入会時に誓約書を求める

## 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？



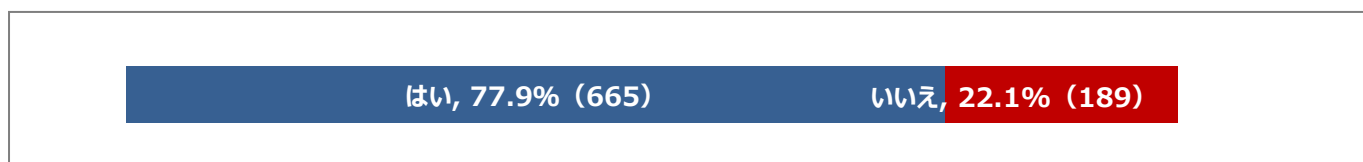
### Q12. AoO を読まれている方は、JSMO のアカウントにて購読していますか？



#### §その他ご意見

- ・大学勤務者にとっては、どちらでも構わない。
- ・ESMO 会員なので、この制度の恩恵は全く無い。
- ・JSMO のアカウントで入れないことが多々ありました

### 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？



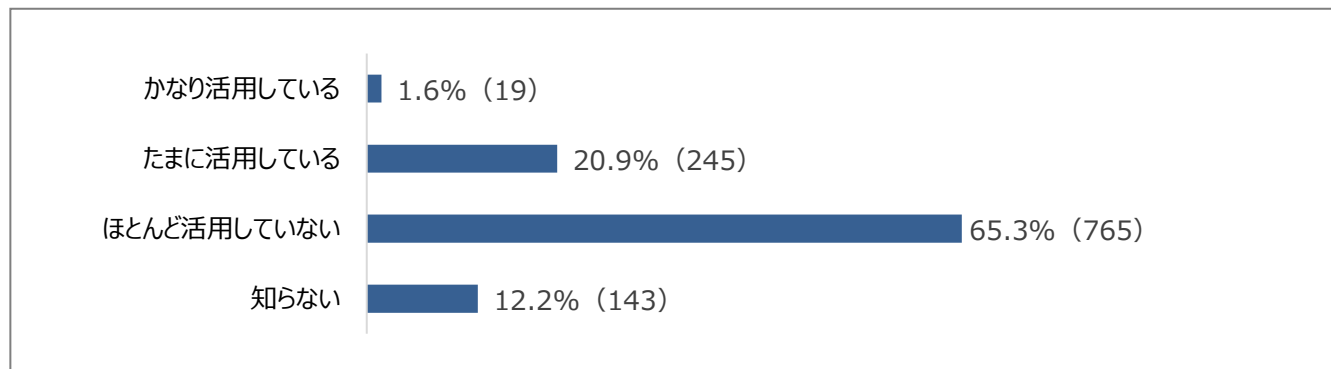
#### §その他ご意見

- ・associate editor 二名の参画は大変意義がある
- ・ANNONC に様な IF の高い国際雑誌を学会の機関誌として持っていることは非常に望ましいことであり、この権利を他の海外の学会にとられないように、会員が積極的に投稿すべき
- ・購読できることのみでも、会費を支払う価値は充分と考えている。
- ・勤務先が変わった時に JSMO の ANNONC アカウント役に立つと思う。
- ・Ann Oncol のなかで JSMO のプレゼンスを高めること必要と思います。そうすれば JSMO 会員の関心が高まるはずですが、現状では JSMO からするとほとんど機能していない機関紙ですが、ESMO との関係は重要であることから、このまま維持して欲しい。
- ・独自の機関誌をもったほうがよい (4 件)
  - \* 独自でオープンジャーナルを持つなども考えたいですが金銭的にも人員的にも無理でしょうか。
  - ただ、ANNONC は悪くないのですが、ESMO とどこまで関係を深めるのか会員へのメッセージ不足は否めません。
  - \* 独自に英文機関誌を検討すべきかもしれない
  - \* 独自の機関誌発行の方が望ましい
  - \* 自前の機関誌で IF 獲得を目指す
- ・費用について (4 件)
  - \* 購読料が高価すぎて学会に負担ではないか？

- \* JSMO のアカウントをなくす分、会費を安くしてはどうか。
- \* 払う購読料を考えると不要かも、会費の値下げを考慮すべき
- \* 購読料が高すぎるのではないか。

- ・個人的には機関紙であるメリットがわからない。
- ・会員の投稿や採択率は通常の学会誌より低いものかと思います。  
どのような形が学会誌として会員のためによいかは様々な意見があると存じます。
- ・情報過多
- ・臨床腫瘍学会の機関誌とは関係ないような感じがします

#### Q14.AoO Supplement Issue の活用状況について



#### §その他ご意見

- ・必要である
  - \* 掲載量との兼ね合いであるが、一部掲載で今後も運用すべき
  - \* 企業の資材化において、JSMO 学会発表成績を引用可能な唯一の source であるため
- ・不要である
  - \* 経費を考えると、当該契約は早急に終了すべきと考えます。
  - \* まったく意義を感じない。お金がかかっているのなら、無駄である。学会費や総会参加費用の減額をもっと重要視してほしい。また、医師と他業種で金額が異なることも理解しがたい。平等でないではないか。
  - \* 学会独自の抄録で良いように思う。業績になるわけでもないの。
  - \* JSMO 学術集会で発表の英文抄録の ANNONC の Supplement Issue への掲載には、意義を感じない。
  - \* セッションによって掲載されないこともあり現状のままなら不公平

#### Q15.AoO の Supplement Issue に掲載意義について



#### §その他ご意見

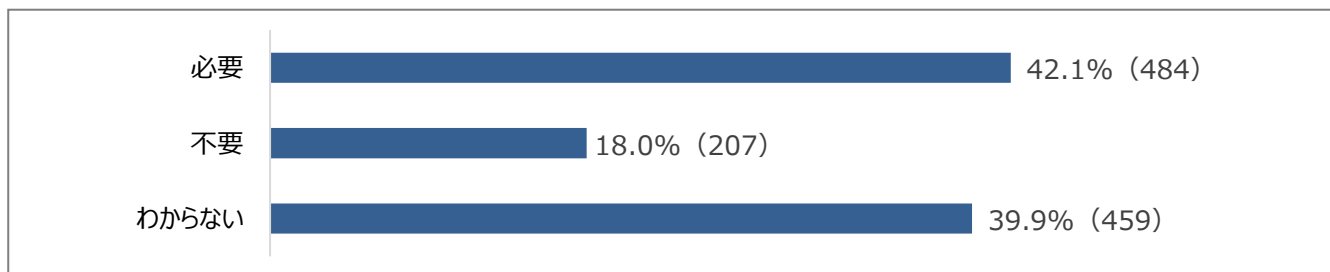
- ・意義を感じる
  - \* 自分自身はあまり利用していませんが、全体的には意義があると思います。
  - \* たまに引用することがある
- ・意義を感じない
  - \* 英語雑誌だといっても、業績としてほとんど評価されないのではないのでしょうか
  - \* すでに多くの情報があります。
  - \* 論文ではないので
  - \* 外国人が読むのであれば意義があるがそうでなければ不要と思う。
  - \* これを業績と主張している人がいる。無知だ。

- \* Embargo の場合掲載の有無が選択できる現状に満足している
- \* 他雑誌に投稿しようとした場合に、二重投稿の懸念があるため、重要性を感じない

・その他

- \* 活用しておらず、わからない
- \* わからない (5 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

- \* Global に紹介するのに有用である
- \* JSMO が国際的学会とみなされる実績としては必要だと思います。
- \* 掲載量との兼ね合いであるが、一部掲載で今後も運用すべき
- \* たまに引用することがある。

・不要

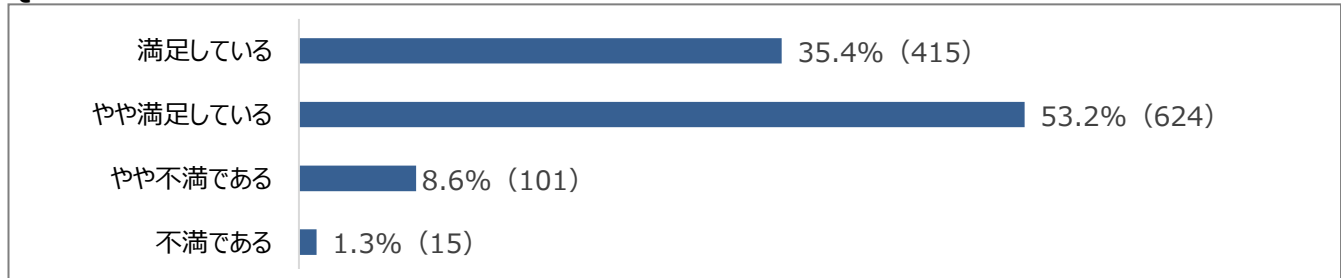
- \* 海外からの学術集会参加者増加に結びついているとは考えがたく、お金の無駄遣いかと思います。
- \* 二重投稿になる可能性があるので、基本的には発表は載せない方が良い
- \* 学会発表をするだけで掲載されてしまうので、データを他の英文誌に投稿できなくなる点が問題だと思います。
- \* それか、JSMO の HP などで公開されて引用できれば良いとは思いますが。必要な時はありますので。
- \* 学会長自体が、あまり本件を知らず、W submission を避けたいと相談してもピンと来ていないことが多々あります。
- \* ANNONC への掲載自体が不要である。理事、等々の自己満足に終わってないでしょうか。

・わからない

- \* ANNONC の Supplement Issue を欧米人がどの程度読んでいるかのデータがあると掲載意義の参考になります。
- \* 論文化前の学会発表の際には、あえて掲載を希望しなかった。現在のように学会発表時に選択できるのであれば特に問題なし
- \* pubmed での検索対象になってほしい
- \* 費用次第
- \* セッションによって掲載されないこともあり現状のままなら不公平

## 学術集会について

### Q17. 学術集会プログラムについて



### §その他ご意見

- ・レベルが低い。口演には Discussant をつけてほしい。無駄なシンポジウムやワークショップが多すぎる。  
自己満足や金集め目的の学会に成り下がっている。学術集会とは研究や教育レベルアップを目指すという本来の目的を忘れている。
- ・製薬企業のセミナーが多い。レベルの低下。少なくとも、Oral presentation には、Discussant をつけてほしい。
- ・無駄な英語セッション（外人不在の会）
- ・抄録が英語
- ・アプリが出来て、プログラムを持ち歩かなくてよくなり便利になりましたが、時々やはり以前のように紙でじっくり読みたいことがあります。
- ・病理のセッションがない
- ・会長により focus 当てる臓器が異なりすぎる
- ・1 例報告は演題として採択しない

### Q18. 学術集会のシンポジウムやワークショップにて、複数年にわたって継続的に取り上げてほしい課題があれば自由記載にてお聞かせください。

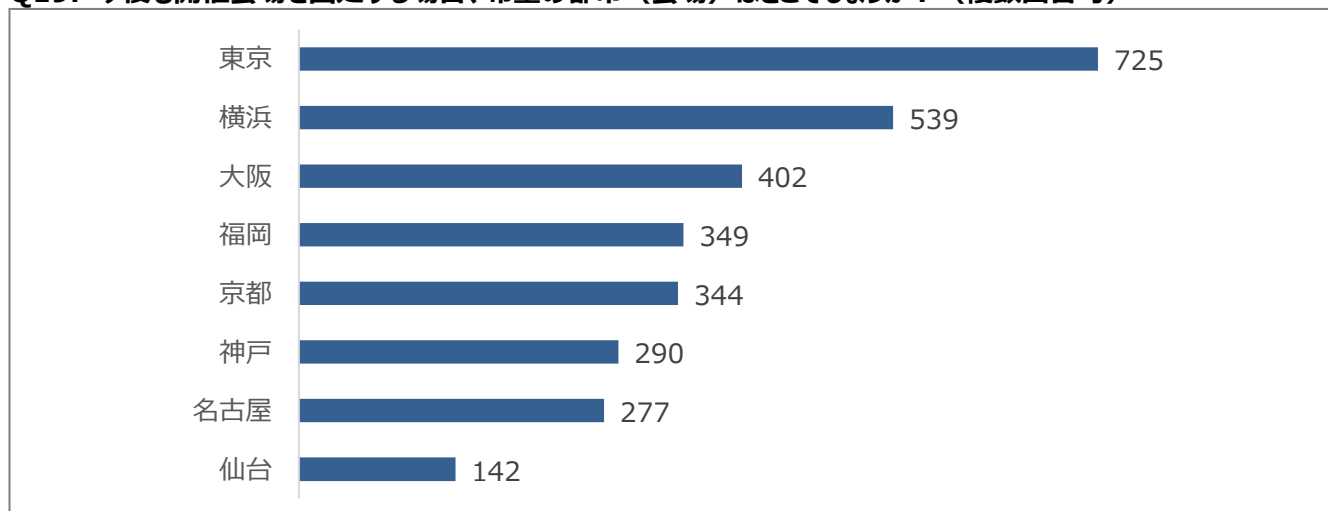
- ・免疫療法（17 件）
  - \* 免疫チェックポイント阻害剤など、免疫療法について
  - \* がん免疫、がん全体とがん腫別の基礎研究の進歩と展望（癌学会に出席しなくても概略が分かるようにされると良いと思います。）
  - \* 免疫チェックポイント阻害薬のがん腫別治療効果
  - \* がん免疫療法 特にベッドサイドとベンチ間の情報の相互乗り入れができるようなシステムが必要
- ・チーム医療（13 件）
  - \* キャンサーボードなどチーム医療の取り組み
  - \* がんリハビリテーション、免疫関連有害事象へのチーム医療
  - \* 支持療養、チーム医療、「私の工夫」のような実践的なもの。ASCO・ESMO の二番煎じばかりでは参加する意味がない。
  - \* チームアプローチ、コミュニケーション
  - \* 肺がんチーム医療
  - \* 多職種チーム医療
- ・高齢者（11 件）
  - \* 高齢者（臓器横断的内容）
  - \* 高齢者に対する治療の意義（特にマイナス面）。治療の「引き時」についても啓蒙すべきと思う。
  - \* 高齢者症候群との関連
- ・緩和ケア（8 件）
  - \* がん対策基本計画の評価、課題、治療医に緩和ケアの概念が浸透しないことに対する対策
  - \* 緩和医療学会との連携（難渋する緩和ケア症状について）
  - \* 臨床腫瘍学と緩和ケアの統合
- ・臓器横断的テーマ（15 件）
  - \* 臓器横断的な腫瘍内科の発展、維持の促進

- \* IO など臓器横断的なテーマ
- \* 地域や施設連携、臓器横断的な報告。
- ・腫瘍内科医の育成，キャリアについて（13 件）
  - \* 腫瘍内科のキャリア（キャリアアップ、他国との比較等）について
  - \* 本邦における腫瘍内科医の役割
  - \* 腫瘍内科医師の育成に関して
  - \* 腫瘍内科医のあり方が当初と違っているように感じているので、あり方に関する課題を。
- ・医師主導治験（7 件）
  - \* 医師主導臨床試験の立ち位置(海外に発信できる真の医師主導試験の財源)
  - \* 学会主導で必要な医師主導型臨床試験を組めないものか。ニボルマブを PD まで投与 vs 3 か月で終了、とか。
- ・臨床研究（5 件）
  - \* 臨床研究のありかた
  - \* 臨床研究の倫理性について、単に短期的対応を課題とすることなく現実の短期的課題と長期的課題問題について様々な角度から取り上げ静かなに討論を積み重ねていく企画が必要と思います。
  - \* 臨床研究に関する規制
- ・がん薬物療法専門医について（5 件）
  - \* 今後の専門医制度、腫瘍内科専門医について
  - \* がん薬物療法専門医の将来像（各地域、各施設でどのような活躍をしているのか、世の中からどう専門医が求められているのか）
  - \* がん薬物療法専門医の地方での配置，普及など
  - \* 薬物療法専門医の立ち位置
- ・抗がん剤のコスト（4 件）
  - \* 近年の、増大するがん治療薬の費用に関する問題（対費用効果・保険での対応）
  - \* 薬価の問題
- ・コメディカルについて（2 件）
  - \* コメディカル向けの議題(症状マネジメントなど)
  - \* メディカルスタッフが参加できるワークショップ
- ・学生，教育関係者向け企画（2 件）
  - \* 現在も行われている医学生のためのセミナー
  - \* 「学生のがん教育」とくに、医療者以外の人や教育現場の人との交流をもつような企画を新設し、続けてほしい
- ・リハビリ，サポートケア（8 件）
- ・医療経済（4 件）
- ・希少がん（4 件）
- ・分子標的薬（4 件）
- ・サバイバーシップ（4 件）
- ・がん患者の望む治療，患者中心の QOL 評価，患者視点の企画（4 件）
- ・曝露対策（4 件）
- ・支持療法（3 件）
- ・遺伝性腫瘍（3 件）
- ・プレジジョンメディスン（3 件）
- ・新薬（3 件）
- ・TR 研究（3 件）
- ・最新のガイドライン，学会が関わったガイドラインの紹介（3 件）
- ・クリニカルシーケンス（2 件）
- ・AYA 世代（2 件）
- ・乳癌（2 件）
- ・肺癌（2 件）
- ・ゲノム（2 件）
- ・臨床腫瘍学（2 件）
- ・再生医療（2 件）



- ・消化器関係が少ない
- ・Cancer Biology について、しっかりした基礎知識が学べる 1 週間程度のワークショップ（ACCR が行っているような）を企画して欲しい。
- ・癌の病態
- ・その時の標準治療とその後数年の見通し
- ・統合医療
- ・何のコンセンサスも生まない無駄なシンポジウムやワークショップは必要なし。それよりも、研究の Discussion をきちんとすべき。発表レベルが引くすぎる。
- ・企業医師など、臨床以外の開発にかかわるキャリアについて
- ・ASCO や ESMO のトピックスや模倣だけではなく、made in Japan にふさわしいような話題で領域別ではなく総合的な視点で取り上げていただきたい。
- ・臓器障害（肝機能低下、腎機能低下等）を有する患者へのがん薬物療法について
- ・生体からの細胞株樹立
- ・看護を主体とした地域連携
- ・日本人の死生観について
- ・WORK LIFE BALANCE
- ・AI や ICT を活用した研究や医療。他学会との共催シンポジウム
- ・アンコールセッション
- ・生物統計学
- ・その都度の話題が良い
- ・医療技術評価（HTA）
- ・会長や企画委員会の趣味の企画に墮している。教育講演とは名ばかりで、演者が自分の研究の話をしている。"
- ・Oral presentation には、Discussant をつけてほしい。
- ・中核病院のみではなく、目の行き届きにくい市中病院の現状の現状の報告
- ・がん治療認定医のありかた
- ・局所療法
- ・新規治療開発
- ・多数の医療機関が参加しにくいのでウェブで配信してほしい
- ・臓器ごとでなく、薬剤をタイトルとして取り上げるセッション
- ・倫理指針や法令（薬事承認、先進医療など）の運用や解釈、改訂のトピックス。
- ・スペシャルポピュレーションへの化学療法
- ・大規模 study の総括
- ・癌の集団検診
- ・運動、ADL、活動、参加とがん治療。
- ・サイコオンコロジーとの連携
- ・有効な薬物療法のない癌腫にどう対応するか，患者説明(予後告知)，医療スタッフの燃え尽き症候群予防策"
- ・国民へのがん教育
- ・best of Asco は参加できないものにとって有意義だと思います。続けていただきたいです。
- ・がん拠点病院のあり方について、厚生労働省の意見
- ・バイオバンク
- ・腫瘍内科と外科の討論セッション

### Q19. 今後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）



#### §その他ご意見

##### ・望ましい場所

- \* 地方都市開催希望（35 件）
- \* 大都市固定（15 件）
- \* 複数都市でローテーション（7 件）
- \* 宿泊先が確保しやすい場所（9 件）
- \* 交通アクセスのよい場所（8 件）
- \* 北海道（32 件），金沢（4 件），沖縄（2 件），仙台，松山，広島，千葉，つくば市
- \* 大きな会場を有している年で開催する
- \* 主催施設の地元開催が良い，会長の所属する地域
- \* コメディカルも参加なら，観光要素も入れたい。
- \* 特にこだわりはないが色々な所が楽しい
- \* 会場が分散せずに 1 会場で済むならどの都市でも。
- \* キャパを満たす中で，極力会場費が安くなる場所。
- \* 大都市だけで行われることに不満がある。都会だけが便利とは？？ 思えない
- \* キャパを満たす中で，極力会場費が安くなる場所。
- \* 理事の方々に一任します

##### ・避けたい場所

- \* 京都（4 件） 京都は観光客もあり，避けるべき，京都は宿が取れないので止めて欲しい。
- \* 地方（2 件） 地方都市は不便（宿泊施設が不十分）

##### ・避けたい開催時期

- \* 夏休み期間は宿泊が取れないので，避けてほしい。

##### ・固定化について

- \* 固定化反対（6 件）
- \* 大都市だけで行われることに不満がある。都会だけが便利とは？？ 思えない

**Q20. 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）**

ハイライトのWEB配信	要, 852	不要, 158
人気セッションのモニター会場	要, 988	不要, 87
小ブース（面談専用）	要, 353	不要, 521
託児所	要, 760	不要, 170
会員談話室	要, 374	不要, 549
プログラムのアプリ（PC, スマートフォン, タブレット閲覧可能）	要, 1030	不要, 88

**§その他ご意見**

・休憩, 飲食

- \* free drink, free food
- \* 神戸会場のケーキ・ドリンクが良かった。
- \* 休憩所
- \* ランチオンを中止し、昼食を提供するブース
- \* 3 日間の開催なので、休憩所の充実を希望します。昨年のスイーツサービスはうれしかったです。また、コーヒー休憩所が複数カ所あればうれしいです。またランチオンセミナーは、もう少し出席可能人数を増やして欲しいです（当日参加含む）。

・講演の視聴について

- \* 主要な講演に関して Web で講演を視聴できるサービスが欲しい。スケジュールの都合で聞けない口演もあるため。
- \* 人気セッションの録画を視聴
- \* 人気セッションは大きな会場で
- \* スライドのウェブ配信
- \* ポスターの web での閲覧
- \* 撮影を禁止しているのであればポスターを電子的に入手できるようにしてほしい。ASCO のように。

・託児所

- \* 託児所をなくすのであれば、脳外科学会のような子供と一緒に入れる場所の確保を
- \* 最近出産したので、託児所があると参加しやすい

・SNS

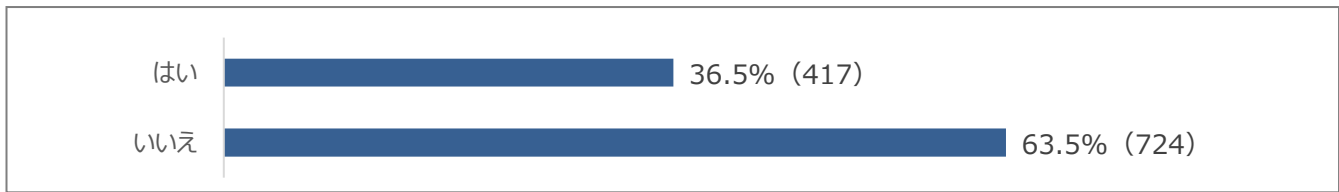
- \* SNS によるリアルタイム情報発信・情報交換
- \* ASCO では twitter 等の SNS での配信が盛り上がっているので、JSMO でも取り組んでもらいたい。

・研修医、学生向けの講演のさらなる充実

- ・若者が発表の練習が出来るスペースを作ってあげて隔離、不自然にうだうだしてるように見えないようにする
- ・会場までの交通機関の無料パスポート
- ・ひざ掛けなどの貸し出し（冷房が寒くて講演を聞いていられないことがある）
- ・教育セミナーのハンドアウト
- ・求人広告, 案内（地方に腫瘍医が勤務できるように）
- ・他の研究会などの会議をするための会議室の時間外での貸し出し
- ・最新の情報が容易に入手できる現在、学術集会のあり方を考えるとスリムでよい。
- ・平日ではなく土日も開催日にしてほしい
- ・主催者の考えが大事ではないか。冷静な学会として ASCO の真似だけではよくない。
- ・見てくれの形態より内容を考えた方がよいのではないか。

## 地方会について

### Q21. 今後、日本臨床腫瘍学会に地方会（地区別学術集会）は必要であると思いますか？



### §その他ご意見

#### 必要である

- ・地域連携，交流の機会になる（35件）
  - \* 現在の専門医地方部会が地域での関係者コミュニケーションに非常に役立っていることや、若手の腫瘍分野へのリクルートに貢献していることを考えると、現状のようにほぼ手弁当で開催するよりも学会の取り組みとして実施した方が良いと考えられます。
  - \* 地域の腫瘍内科同志でも顔がなかなか見えないので交流機会は必要と思います また、臨床腫瘍学会総会の質を高いまま保つためにも、ケースレポートを中心としたディスカッションが可能な地方会は有用だと思います
  - \* がん薬物療法専門医同士の交流が深まれば、地域での病院間連携を発展させることができる
  - \* 実地医家の声が聞きたい。近隣病院の連携を深めるきっかけにしたい。
  - \* 近い地域の専門医などのコミュニケーションがはかりやすい
  - \* 地域医療においての情報共有および患者紹介しやすくなる
  - \* 意見交換の場になる。他施設共同の臨床試験が組みやすくなる
- ・総会に参加できない，地方会なら参加しやすい（34件）
  - \* 総会だけでは、日程が合わないと参加できない。
  - \* 日程や開催地の関係でなかなか総会に参加できない。
  - \* まとまって休めず、総会に出ればい場合、地方でも参加できるものがあるとよい
  - \* Annual meeting の敷居が高いため、地方での啓発や近くでなら参加できて、専門医取得や維持のポイントになるという取り組みは必要でしょう。一人腫瘍内科医は annual meeting に参加できないでしょう。
  - \* 全国大会の規模が大きすぎて、見切れないため。ただレベル低下を招く可能性があり、地区は大きめに分けた方がよい。
- ・若手の育成（22件）
  - \* 総会ではできない若手育成のため
  - \* レジデント発表機会の増加
  - \* 若い人の学会発表の登竜門的場所として
- ・参加，教育機会の増加（21件）
  - \* 若手医師・コメディカルの発表を含めた参加の機会を作る
  - \* 総会ではだしにくい症例報告などを報告する場として必要
  - \* 専門外の癌腫に関する知識を深めるのに良い
  - \* 発表する機会が増えれば、腫瘍内科医を目指す医師が増える可能性があると思います。
  - \* 少ない人数で勤務している方にも 学びの機会と点数獲得の機会を
- ・地方活性化，都会偏重解消（14件）
  - \* 地域の多職種チーム医療を促進するため
  - \* 地方会員への活気づけ（本会に来れない先生もいるため）
  - \* 大都市圏以外においても啓蒙活動は必要と感じる。地域格差をなくすため。
  - \* 地方の臨床腫瘍の活性化、発展につながるのではないかな。
- ・症例報告のため（14件）
- ・単位取得のため（10件）
- ・啓蒙活動（9件）
  - \* 臓器横断的がん治療医の啓もうにはなる。
  - \* 正しい化学療法知識の浸透のため
  - \* 地方の化学療法医療は無法地帯になっているため

- ・学会の発展のため（8件）
  - \* 会員が増えた場合には必ず必要となるため
  - \* JSMO の発展には必要不可欠と思います
  - \* 会員の増加への効果、専門医増加への対応
- ・情報の取得，均てん化（8件）
  - \* 最新情報の均てん化・若手医師のモチベーション
  - \* 大都市に比べて地方で情報をとりに行きにくい
  - \* がん診療についてレジメンに組み入れる以外に適用や減量の判断や地方独自の事情などは地方会が一番の情報源と思うから
- ・地域に根差した活動（6件）
  - \* エリアの Needs に応じたプログラム可能に
  - \* 地域性を含めた話題がでる可能性がある
- ・地方会でなくてもネットカンファはあってもよい
- ・ただし、臓器特定とかテーマを絞って たとえば JSMO innune とか
- ・個々の施設の腫瘍内科医を支援するため
- ・がん薬物療法専門医が増えてきているため、地方会として成立できると思います。
- ・既に専門医部会が年一回あるのでその延長として開催
- ・ある程度広いエリアで良いが
- ・中央学術集会の参加人数が多すぎて、ディスカッション環境としては余裕がなく混雑するため

#### 不要である

- ・学会が多すぎる（44件）
- ・参加が困難（30件）
  - \* これ以上学会活動に時間をさけない
  - \* ほかに学会や研究会が多すぎて出席困難
  - \* 活動する時間的余裕がない
- ・現状で十分：総会（22件），他学会の地方会（15件）
- ・運営面の問題（17件）
  - \* 地域会員の親睦は図れると思うが、運営が困難と考えます。
  - \* 企画・開催が大変。総会で十分。
  - \* 運営に疲弊する可能性
  - \* 会員数が多いわけでもなく、地方の負担が増え、年次総会の質が落ちる可能性もあります。専門医取得に必要なポスター発表の機会提供だけなら良いかと思います。
- ・参加者が集まらない（12件）
- ・必要性を感じない（10件）
- ・領域，地域に偏りが出る（9件）
  - \* 地方会では全癌腫を幅広くというよりも偏りがでると思われるから
  - \* 国際化を目指すのであれば、地域ごとのエビデンスや内規はなるべくない方が良いと思われる。
  - \* 選択薬剤に地域性が出すぎる可能性がある。
- ・演題が集まらない（7件）
- ・地方会の意義が不明（7件）
- ・レベルが下がる（7件）
- ・他学会に参加すればよい（7件）
  - \* JSMO 地方会の代用として、日本内科学会の腫瘍のセクションを充実させることをおすすめする。
  - \* 内科の一分野としてまずは内科学会地方会に参加すべき。
- ・演題が集まらない（7件）
- ・地方会の意義が不明（7件）
- ・レベルが下がる（7件）
- ・他学会に参加すればよい（7件）

\* JSMO 自体がまだ全国的にしっかり認識されていないため。

\* 感染症内科はよいが腫瘍内科は内科学領域の一部として認められていないので社会的に認知されておらず院内でも認めないといわれたことがあります。

・どちらでも可能。地方会を開催することで本会での発表件数が減らなければいいが。

・地方からアクセスしにくい場所は少なくとも、医師はギリギリまで予定がた他ない場合も多いため、飛行機、新幹線、宿泊施設が多い場所で行うことが良いと思います。

・他学会と同じことをしても差別化につながらない

・地方会というより他職種の地域でのチーム医療の方が大事であるとする。

・地方会の意義は若手の先生のトレーニングにあると思いますが、現状学会本体の発表採択がそこまで厳しいと思わないので

・全国学会に行かせてもらえなくなる

・金銭的にそれで潤うのであれば、検討可能と思う

・議論の場は一つにしておいたほうがよいと思うので

・東京では特に集会は開いていない・・・と思います。

・地方会で取得できる単位は全国学会より少ない

## Q22. 今後、日本臨床腫瘍学会に、地方における教育セッション（現在の A, B とは別に、専門医試験もしくは更新の単位となるもの）は必要であると思いますか？



### §その他ご意見

#### 必要である

・参加しやすくなる（60 件）

\* 近隣地域であれば参加しやすくなる

\* 地方からの出席参加は困難なこともある。

\* 旅費・移動時間の節約のため

\* 受講機会の複数化と旅費の低減化

・教育，単位取得の機会が増える（28 件）

\* 単位取得の機会を増やすため

\* 教育の場が種々選べるのはよい

・地方でも単位取得の機会があったほうがよい（12 件）

・施設事情により遠方からの参加が困難（12 件）

\* 激務の市中病院，1 人医長の方もおられると思います

\* 腫瘍内科医の少ない地方ほど、単位獲得目的の休みが得られづらいため。

・レベルアップ，勉強のため（9 件）

・本会に参加できない場合のため（8 件）

・地方における教育の場として（8 件）

・地域格差をなくすため（7 件）

\* 教育はできるだけ均てん化が望ましい

\* 専門医数の都市偏在があり治療や情報の均てん化が必要

・WEB（E-learning）対応も希望（6 件）

・地域交流，地方活性化のため（4 件）

・A/B セッションは拘束時間が長い（3 件）

・日程が合わない（3 件）

・地方会について（3 件）

\* 地方会への参加に動機付けができる

\* 地方会の意義を高めるため（参加者を確保するため）

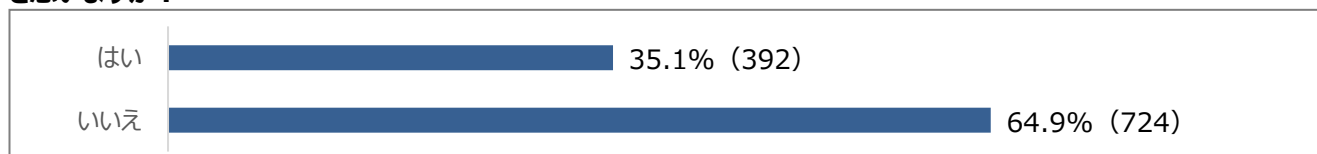
\* 地方会は、若手医師の活躍の場でしょうから、彼らに対する教育セッションは必要。

- ・参加者が増える,モチベーションとなる(2件)
- ・利便性が良い(2件)
- ・Aセッション・Bセッションの地方会場(テレビ電話などで会場を繋いで、単位も取得できるもの)
- ・ライブの方が集中して聞ける
- ・年に1回にしても良いかもしれない。
- ・あると助かりますが、開催費用と実効性のバランスの問題でしょうか
- ・QC, QAが必要
- ・教育セッションで、ABを補えるなら
- ・必要としている人がいると思います。

#### 不要である

- ・現状で十分(23件)
- ・WEB(E-learning)を希望
  - \* 開催側が大変ではないでしょうか。同じことを繰り返すのであればwebでの展開を検討すべきだと思います。
  - \* 今の教育セッションで十分ですが、Webで受講できるようにしてほしい
  - \* 時間の無駄です。webでのビデオ視聴で十分です。
- ・運営面の問題(10件)
  - \* 企画、講師が大変だと思います。
  - \* 現在の教育セッションで十分と思われる。数を増やすと、それだけ講師の負担も多くなるとされる。
- ・参加が困難(9件)
  - \* 行くのが大変だから。
  - \* 臓器ごとの活動も多忙で参加できない人が多い
- ・負担が増える(5件)
  - \* 会費が生まれるので
  - \* 負担が大きすぎる
- ・レベルが下がる(2件)
  - \* 地方に分散させるとセミナーの質低下が必至
  - \* 学習の場にもしているの、質が落ちるのは望ましくない
- ・教育セミナーA・Bほどの長時間の教育セッションは不要。
- ・地方セッションは、やるなら数多くの地方でやらなければあまり意味はない。数多くのセッションでやるのは現実的ではない。

#### Q23. 今後、日本臨床腫瘍学会に、地方における「支部会」(関西地区支部会、北陸地区支部会など)は必要であると思いますか？



#### §その他ご意見

##### 必要である

- ・地域連携, 交流の機会になる(31件)
  - \* 支部会でディスカッションが出来ると良い
  - \* 専門領域をこえて交流も広がると思うので
  - \* 専門外の先生や、地域の薬剤師、看護師とのコミュニケーションをとるのに役立つ
- ・情報の取得, 均てん化(13件)
  - \* 地域の均てん化、質の底上げ
  - \* 地方でも最新情報が入手しやすくなる(特に民間病院)
  - \* 専門医数の都市偏在があり治療や情報の均てん化が必要
- ・地域に根差した活動(12件)
  - \* 全体では地域の特性を活かせない
  - \* 各地域の実情把握には有用と思います。

- \* それぞれの地域に根ざした活動が必要
- ・地方会の開催には必要（11 件）
- ・若手の育成（10 件）
  - \* 連携密になり臨床腫瘍学リクルートにつながる
  - \* 専門医会では若手勧誘に機能していない。
  - \* ないと臨床腫瘍医が育たない
- ・地方活性化，都会偏重解消（7 件）
  - \* 地域格差を小さくするため
  - \* 地域からの発信力強化のため
  - \* 大都市中心の運営ばかりでなく地方にも基盤があればよい
- ・教育のため（7 件）
  - \* 市民講座やパラメディカルの育成に貢献するため
  - \* 専門医などの受講のためのポイントになるのなら賛成。
- ・会員が増えてきたため（4 件）
- ・学会の発展のため（4 件）
  - \* 組織維持のために地方での協力体制を構築しておくことは必要
- ・参加しやすくなる（4 件）
- ・症例報告のため（2 件）
- ・レベルアップのため，臨床腫瘍学の普及のため
- ・Comedical の育成に必要と思います。
- ・支部会の内容が分かりませんが、地区ごとの意見統一はあった方がいいように思います。
- ・協議員の支部会からの選出が望ましい。
- ・地区別学術集会があれば必要かと思いますが、それ以外の仕事の想像が付きません
- ・多くのち方があるので「はい」にしたが、本部で運営が困難でなければ「いいえ」
- ・ただし、メンバーが固定されてしまっており、新規参入に対するハードルは高いように思われます。
- ・あった方がいいですが、負担が増えないように中央からの十分な支援は必要でしょう。

## 不要である

- ・必要性がない，わからない（21 件）
  - \* 支部会のある他の学会にいくつか入会しているが必要性を感じない。
  - \* 専門医地区セミナーがありこれ以上細分化する必要を感じない。
- ・学会が多すぎる（18 件）
  - \* 必要性は感じるが、臨床研究グループとの重複が多いため
  - \* 学会や研究会が多すぎて日常診療に差し障りがある
- ・負担が増える（17 件）
  - \* 支部の資金面や会員数に大きな差が生じていることで、支部によっては負担が大きくなる懸念があると思います。
  - \* 支部会は全大会と重複しがちで、かえって会員・支部の負担になる。
- ・運営面の問題（10 件）
  - \* 若手育成、発表の場の提供には良いかもしれませんが、役割者の負担が大きくなる懸念されます。
  - \* 地方では維持が大変だと考えられる
- ・会員，腫瘍内科医が少ない（10 件）
  - \* 腫瘍内科医はごく少数です。10 年後でも時期尚早です。
  - \* 会員数がそれほど多くないと思うから
  - \* 支部会を運営できるだけの会員数ではないと思います。
- ・現状で十分（9 件）
  - \* そこまでの組織がなくとも現時点で十分と思う。
  - \* 臓器別の地方会があるため
- ・目的が不明（9 件）
  - \* 支部会設立の目的や目標が不明
  - \* 支部会はあってもよいが、目的がよくわからない。



- ・地方で分ける必要はない（8件）
  - \* 中枢へ集約化した方が良い
  - \* 支部会を作ることにより会をするので大きな会の一点集中でディスカッションできる場を設けるほうがいい。
  - \* 分散化する意義を感じません。
- ・現在は必要ないが、検討の必要がある（4件）
  - \* 大きくなりすぎた時には必要となる可能性あり。
  - \* さらに会員の人数が増える見込みがあるようでしたら、検討の必要はあるかと思います。
  - \* 会員数が増えて中央一元管理では行き届かなくなったら考えてもよいのでは。
- ・統一感がなくなる（4件）
  - \* 地域の特殊性が出すぎる可能性がある。
  - \* 学会としての統一性が失われるから
- ・機能しない、存在意義は低い（4件）
  - \* 地区支部は機能しない場合が多い
  - \* おそらく研修医の発表の練習場となるので、存在意義は低いのではないのでしょうか。
- ・忙しい（3件）
- ・WEBを希望（3件）
- ・具体的な活動内容が想像できない（2件）
- ・わからない（3件）

**Q24. 現在行われている専門地区大会への参加は、がん薬物療法専門医に限定したほうがよいですか。**



**§その他ご意見**

**限定したほうがよい**

- ・専門医のステイタス??
- ・専門医の差別化
- ・JSMO については、ぜひ専門性を維持した学会であってほしいと願っています。
- ・対象を限定することで、より高度な知識やアドバンスな内容を共有できるように思う。
- ・どちらでもよいが、テーマごとで分けてもよい
- ・特に限定の必要性は感じない。
- ・幅広くなると議論が複雑になる
- ・開催会場を縮小できる
- ・公開の目的が不明
- ・もしくは、専門医以外には参加費数千円が必要など。
- ・どちらでも良い
- ・他と変わらない集まりになるから

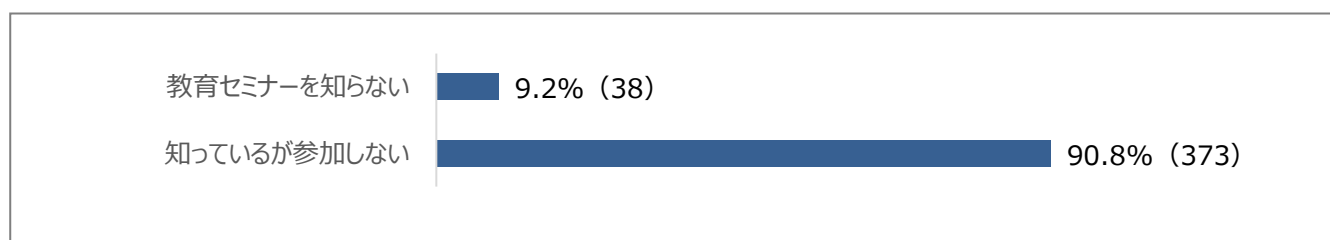
**限定しないほうがよい**

- ・門戸を広げておくべき（67件）
  - \* JSMO の裾野を広げるため限定しないほうがいい
  - \* 幅広く興味をもってもらうため
  - \* テーマによって参加するメンバーが異なるので、オープン参加が望ましい。
  - \* がん薬物療法に関する情報の均霑化という観点から多くの方が参加したほうがよいと考えるため。
  - \* 床腫瘍学を志す人々のために門戸は多く開くべきである。
  - \* 間口は広い方がいい、クローズセッションはあってもいい
- ・専門医を目指す人、若手医師、非専門医に参加してもらうため（47件）
  - \* 専門医を取得前から学ぶ機会を持てるし、さらに専門医制度の広報
  - \* 専門医を目指す若い医師に積極的に参加してほしい。

- \* 専門医を目指す医師にも門戸を広げた方が、専門医資格の意欲が増すと思います。
- \* 専門医を目指す先生の目標ともなるため
- \* 若手の教育という側面がなくなる
- \* 専門医の単位に数えられるのであれば限定しても良いと思うが、そうでなければ専門医取得を目指す方への門戸を開いておいても良いのではと思う。
- \* 専門医に限定することにより、専門医を取得しようと勉強中の先生が参加できないのはいかなものかと思います。
- \* JSMO 専門医以外でもがん診療に貢献している医師その他がおります。また、今後専門医を目指す若手も対象にしたほうが良いと思います。
- \* がんの臨床に携わるのは、専門医以外もいるため、聴講は可とすべき
- \* 地域のがん診療レベルの底上げのためには非専門医に参加してもらう方がよい
- 他業種にも参加してもらうため (32 件)
  - \* メディカルスタッフにも勉強の機会を与えてください
  - \* コメディカル、特に看護師が参加できる方がよい
  - \* 内容の水準によっては制限してもよいが、チーム医療を進める上では、またがん医療の質の向上には医師のみでなく医療者全体の質の向上も重要である。
  - \* 地区大会こそ多職種を含めて希望者に開放すべき
  - \* 若手やコメディカルが不在であると、意見が偏るため。
- 限定する必要性を感じない (11 件)
  - \* 医師に特化した学会でないの、限定しない方がよい。
  - \* 勉強したい人を限定する必要はないと思う
- 非専門医の学習の場とするため (8 件)
- 教育の機会は均等にすべき (7 件)
  - \* 広く普及の機会としたほうが良いと思うから
  - \* 公益性も踏まえ、幅広く学術向上への機会を多くの人に与えるべきだと思います
- 参加者が集まらない (6 件)
  - \* 限定すれば東京以外の地域は参加者がほぼいなくなってしまう (ただできえ県内 1 桁しか専門医がいない県が少なくないので)
  - \* 人数が少なすぎるため、赤字が出るのが必至だと思います。
  - \* 該当する人間が少なく開催の意義がなくなる
- 閉鎖的になる (4 件)
  - \* 限定する意味がない。閉ざされた学会は違和感あり。
- 専門地区大会自体が必要ない (4 件)
- 自分が参加できなくなる (3 件)
- 個人のスキルアップを考えるとがん薬物療法専門医と交流があると良い
- がん薬物療法専門医は一定の年齢以上の意志にはハードルが高く、一方でがん診療に従事する場合は多いので
- 小さな集団会で良いのなら開催してください
- 発表したい人に発表させればよい
- 地区大会があるのを存じ上げませんでした。

## 教育セミナー， Best of ASCO in Japan ついて

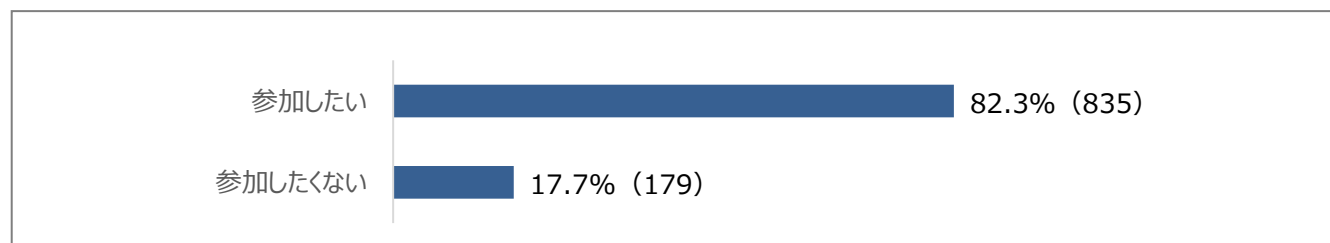
### Q25. 教育セミナーに参加したことがない方はその理由について



#### §その他ご意見

- ・日程が合わない (29 件)
  - \* 休日に 2 日間もまとまった時間が取れません。会議、会議、会議の日々です。
  - \* 日程を調整しにくい時期に開催されているため
  - \* 日程的に参加できない (家族性腫瘍セミナーなどと毎年重なる)
  - \* 専門医取得の予定はない 2 日間連続のハードルが高い
- ・忙しい (6 件)
  - \* 医師不足で病院を離れられない。
  - \* 日常業務が忙しくて参加できない。
- ・遠方である (4 件)
- ・対象外の職種のため (7 件)
  - \* 医師ではないから。
  - \* コメディカルスタッフにとって、何かの単位になればいいけれど、そうではないから。その割に費用はそれなりにかかるから。
  - \* 現在担当製品が抗悪性腫瘍薬とは異なる領域のものであるため
- ・必要ない (7 件)
  - \* 専門医試験のためには参加しましたが、その後は臨床面において特に必要性を感じませんでした。
  - \* 個々での学習で十分と考えるため
- ・参加費が高い (3 件)
- ・専門医取得の予定がない (3 件)
- ・機会がなかった (2 件)
- ・参加できるときは参加しますが、全て参加できるとは限りません。内容がききたいときは参加するようにしています。
- ・企業として support を依頼され、実施していたので、内容は理解している。

### Q26. 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
  - \* 単位取得のため (7 件)
  - \* 時間が合えば (3 件)
  - \* 参加したいが日程や開催地などの理由で難しい (3 件)
  - \* でも忙しくてそれどころではありません。
  - \* 国際学会に参加する時間が取れないお場合には、参加したい。
  - \* がん看護やチーム医療に関するテーマであれば参加したい
  - \* ただし東京に行くのは大変です。

- \* まとまった自己学習によいが、会場までのアクセスなどが負担で参加ができないことが多い。
- \* ここ数年は時期が合わず参加できない状態ですが、参加したい希望はあります。
- \* 数年に一度は
- \* 都合がつけば、なるべく参加したいが、毎年は不要と思う。
- \* 医療スタッフ向けであれば参加したいです

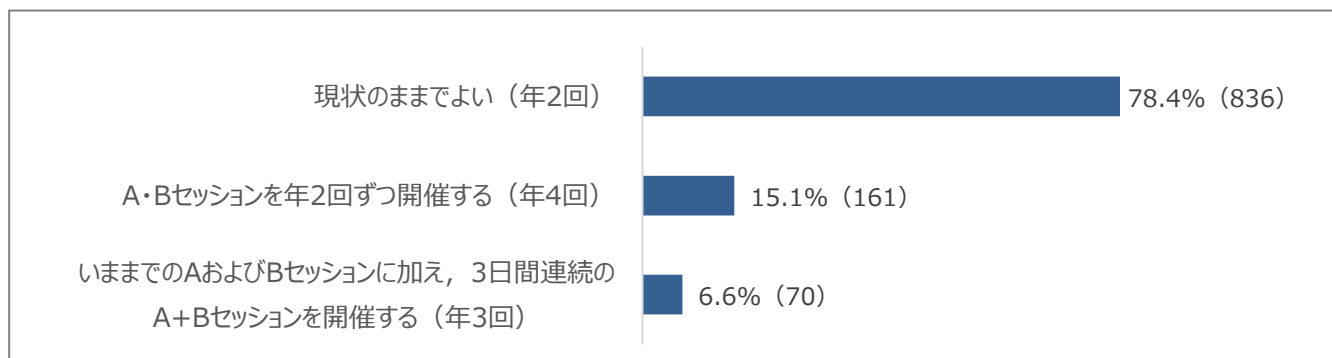
・参加したくない

- \* 拘束時間が長い、開催日数が長い（15 件）
- \* WEB で十分（13 件）
- \* 料金が長い。時間が長い。（6 件）
- \* 忙しくて参加できない（6 件）
- \* 専門外である、化学療法を引退した（6 件）
- \* 必要ない（5 件）
- \* 遠い
- \* 内容について：最新の情報が知りたいから、講師にもよるが内容が陳腐。専門外の領域が広く一度に吸収できません。専門の領域は浅い知識であり時間の無駄です。詰め込み型の講義なため知識習得、更新に向かない

・その他（要望等）

- \* お金と時間がない 薬剤師関連の単位がたくさんつくのであれば参加したい
- \* 管理は大変であるが、プログラム制にしてほしい。聞きたくないセミナーもあると思います。学会期間中にプログラムを作してほしい。セミナーに出席すると最長 5 日間病院を留守にすることになり、参加は難しいため。
- \* 二日間は参加困難 e ラーニングと確認テストがよい（ICR web のようなもの）
- \* 時間が長い。Web でもいいはず。忙しい民間病院に 1 日の負担は多すぎる。
- \* 資料の公開をお願いしたい
- \* 医師不足で病院を離れられない。E-learning にする。

**Q27. 教育セミナー開催回数について**



**§その他ご意見**

・年 2 回について（現状）

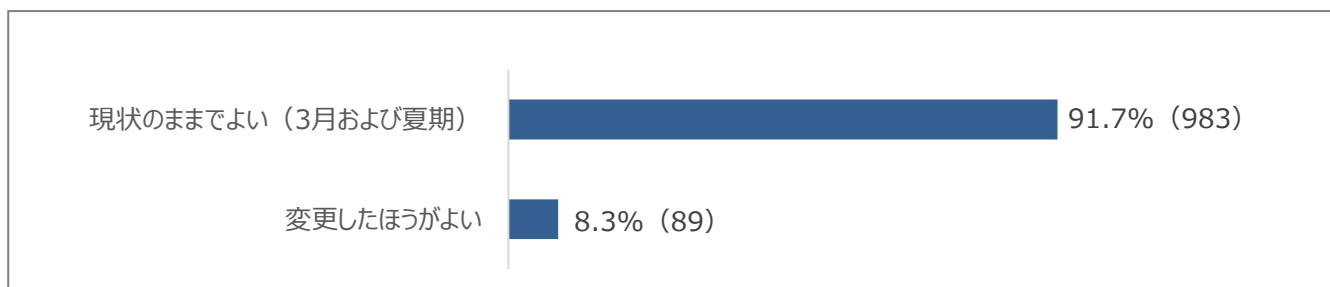
- \* 開催回数が多くても時間的に参加できないことが多い
- \* 実際あまり参加できていないのでこのままで良い
- \* これ以上の必要性を感じない
- \* 知識の向上には役立つが、AB セッションを受講することはかなりハードであり、年 2 回というのは、多すぎる気がする。

・年 4 回について

- \* 仕事の都合で行けないため、回数が増えると参加できる確率が高くなるため
- \* 都合よくその時期に参加できない方もいると思う
- \* 一日に長時間するのではなく複数日にわけてしてほしいです。

- ・年 3 回 (A+B+AB) について
  - \* 年に一度であれば、参加してみたいと思います。 渡航宿泊費用を懸念します。\* 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
  - \* 参加回数を増やしたほうが、参加人数が増えることが期待されるため。
- ・WEB でも受講できるようにしてほしい (21 件)
  - \* Web セミナーにするなど、あまり移動などに負担がかからないようにしてほしい
  - \* Web でも受講できるようにして、より多くの会員が受講できるシステムにして欲しい
  - \* 有料で良いので e-learning があると時間の制約が減り、参加の負担が軽減される。
  - \* 教育セミナーの主たる想定出席者である若手医師は中々病院を空けづらいと思います。複数回開催、地方開催、web での履修、様々な形態での学習が可能なのが望ましいと思います。
  - \* Web で行う。いつでもみられる。内容はミニテストみたいなもので確認し単位を出せばよい。出席を強要しても寝ている人が沢山いる。それで単位とはおかしい。
- ・その他ご意見
  - \* 出席できる人、する人が良いと思う回数が良いと思います。
  - \* 資料の公開をお願いしたい
  - \* 今のままで構いませんが、動画の公開をもっと早くしてほしいです。
  - \* B セッションを独立させてほしい、学会期間の延長では参加が難しい
  - \* 2 日連続のセッションは勤務医にとってはかなり厳しい。 各セッションを 1 日ずつにして欲しい。また、開催回数を増やす、ビデオのみの講習を行うなど、受講のチャンスを増やして欲しい。

## Q28.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
  - \* ただし、年度末は参加しづらい会員も多いかもしれないので、開催時期を変更してほしいという意見があってもおかしくないと考える。
  - \* なるべく他の学会とかぶらない次期を選んで
- ・変更したほうがよい
  - ・開催月について
    - \* 3 月は年度末、異動シーズン等で多忙 (17 件)
    - \* 3 月は異動の時期なので、忙しいと思います
    - \* 3 月は年度末で業務が多忙にて参加しにくい
    - \* 3 月より 2 月が、学会が少ない気がして、日程が合わせやすい
    - \* 4 月及び夏期
    - \* 春と秋の涼しい時期が良いのではないのでしょうか。
    - \* BoAJ との時期をみなおしてほしい。
    - \* 他学会 (造血細胞移植学会、乳癌学会、消化器外科学会) と重なる (7 件)
    - \* 夏季は休暇の重複などあると人をだしにくい
    - \* 夏季は苦痛です。
    - \* 夏休み期間に一期に済ませられるように 涼しい山奥で

・WEB 化してほしい (7 件)

- \* Web 受講ができるのであれば on site での実施必要性はないと思います。
- \* Web 教育セミナーを行うことが、参加期間を検討することができるため、最も良いと考える
- \* 選択肢は多いほうが助かる。でも開催費用のことを考えると、やはり e ラーニングを有料購入がよいのではないだろうか？

・回数について

- \* 回数が少なすぎます。
- \* 回数を増やすのであれば別の時期に追加 (3 件)
- \* 年 4 回 (2 件)

・その他

- \* B セッションは総会とは別日程で実施してほしい (3 件)
- \* 年 3 回、そのうち 2 回は現状でよい。残り 1 回は 11 月頃でしょうか。
- \* 3 日間連続の A+B セッションがあれば良い。
- \* 2 日間連続は専門医 (あるいは取得予定者) のためには良いでしょうが、学びたい者にはハードルが高い
- \* 年度によって開催月を適宜変えても良い。

### Q29.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

- \* 首都圏開催は大多数にとって利便性がある
- \* 地方からのアクセスがやはり格段に良く、宿泊施設も充実しているため。
- \* 同じところの方が運営される方も楽だと思うから
- \* 基本は東京、横浜で開催し、追加で実施するのであれば地方開催をしてほしい。
- \* アクセスの容易さが重要と考えているため。
- \* 地方都市は、交通の便が不便であり、絶対やめてほしい。実施するのであれば、会の終わりを早く切り上げてほしい。
- \* アクセスが悪いところは、宿の確保にも苦労する。

・地方都市でも開催する

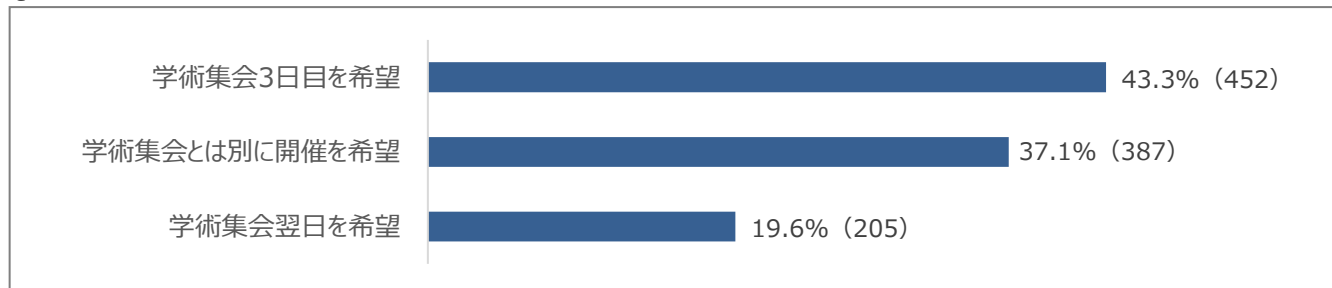
- \* 大阪, 神戸, 京都, 福岡, 札幌など (22 件)
- \* 複数都市で交互開催 (6 件)
- \* 学会開催地に合わせてほしい (3 件)
- \* 地方の人間は、東京、横浜、名古屋、大阪、京都、福岡のような都市部でなければ移動の負担が大きい
- \* 教育はできる限り均てん化すべきで、アクセスや時間の制約で参加の機会が狭められることは避けたい
- \* 東京、横浜が会員も多く、便利なのはわかるが、他の地域の者からすると、不平等だと思う
- \* 参加しやすくなる (3 件)
- \* 年 AB2 回開催となれば、現在の東京横浜の他に地方都市開催があり、参加しやすくなると思います。
- \* 首都圏以外で開催することに意義があると思う
- \* 地方の活性化、専門医の増加
- \* 開催日時が限定されていて、多忙であるとチャンスが少ない

・その他

- \* WEB, E-learning を希望 (26 件)
- \* Web 受講ができるのであれば on site での実施必要性はないと思います。

- \* サテライト会場を作ってほしい。
- \* 地方であれば数日病院を開けるのが難しい場合もあります。パソコンでストリーミング再生ができるようになってほしいです。(会費制で結構です。)
- \* 他の地方でも開催したほうが良いとは思いますが、学術集会もあるし学会として大変なら現在のままでいいと思います。
- \* 特に意見がないので選択をしません。

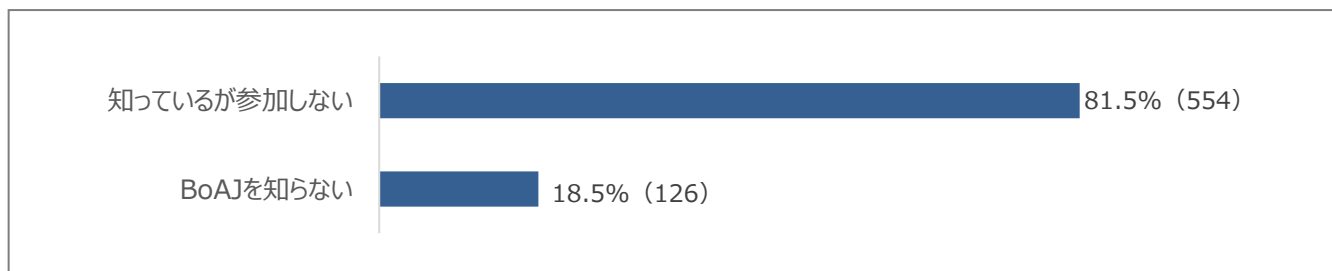
### Q30. Bセッションの開催時期について



### §その他ご意見

- ・学術集会とは別開催を希望
  - \* 拘束時間が長い (12 件)
  - \* 学術集会と同じだと、気力が持たない
  - \* 長期間、病院を不在にすることが難しいため。
  - \* 学会に参加できないときがある。
  - \* 施設内の規定により、学術集会翌日夜の移動費用の支出が困難な場合がある。
  - \* 発表と重なってセッションを聞けないことがあったため
  - \* 学術集会 3 日目だと学会での発表と重なると困難となるし、学会翌日だと日曜日の可能性が高いと思われるが開催場所によっては出席困難となるから。
- ・学術集会翌日開催を希望
  - \* 会場や講師の確保を考慮すれば、これがベストと思います。
  - \* 学会発表により単位が取れなくなるとつらい
  - \* ホテルも学術集会のサイトでとりたい。
  - \* ついでに行ける
- ・その他
  - \* 土日、休日を開催日にして欲しい (4 件)
  - \* 学会開催時、別の開催など、とにかく回数を増やして欲しい。
  - \* 日曜ではなく、土曜日が好ましい。月曜の診療に支障を来さないように
  - \* WEB を希望 (5 件)
  - \* わからない (6 件)

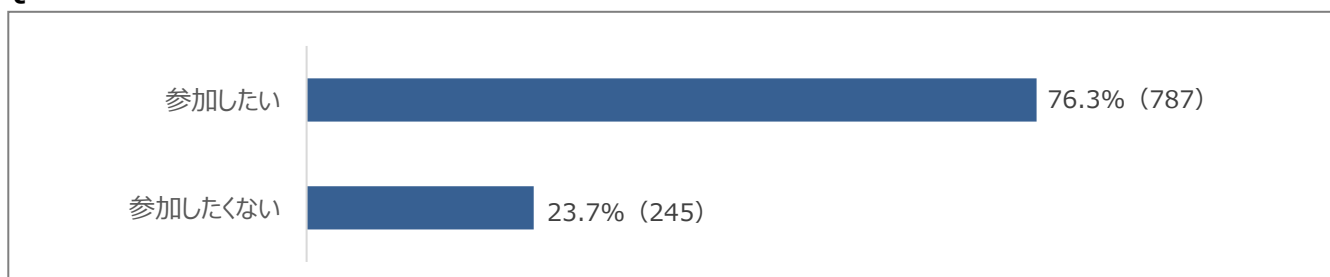
### Q31. BoAJ に参加したことがない方はその理由について



#### §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（25 件）
  - \* 参加したいが，その他の学会もあり，旅費と時間を使えない。
  - \* 講師やランチョンセミナーでは参加したことがあります。参加したいと思うこともありますが，まとまった時間が取れません。
  - \* 7 月は学術集会もある。大きな病院で大勢の医師がいない限り，学術集会も，BoAJ も両方参加は無理。しかも BoAJ は 2 日間参加しないと単位もらえないし。そうすると，学術総会に参加したいと思う。
- ・参加費が高い，高すぎる（6 件）
  - \* 参加費が高い。医師以外の会員に対して割引があるとよい
- ・ASCO に参加しているから（11 件）
- ・内容を後から知ることが出来るから（4 件）
- ・内容が難しい（2 件）
- ・他臓器の講演にさほど興味がない
- ・職種が看護師（CRC）のため
- ・必要性を感じない。
- ・WEB で何とかしてほしい（3 件）
  
- ・その他
- ・今度参加したいです
- ・これまでは興味があまりなかったが，最新の化学療法の話を知りたくなったので今後はなるべく積極的に参加したいと思う。

### Q32. BoAJ 参加したいかについて



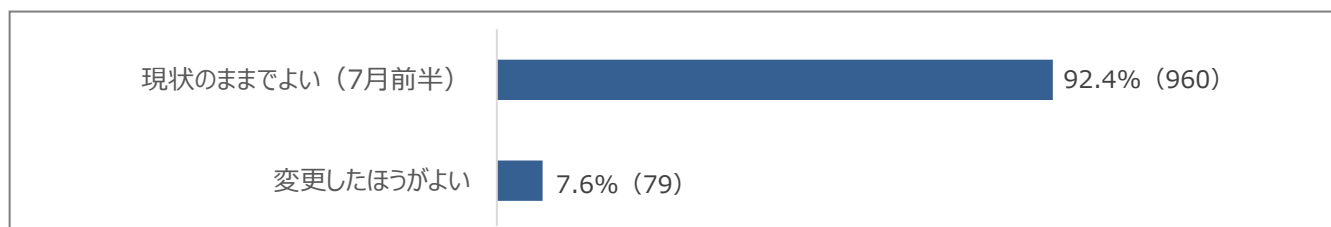
#### §その他ご意見

- ・参加したい
- ・最新情報が手に入る（16 件）
  - \* 最新データを，まとめて知る，良い機会であるため。
  - \* 最新情報を生で聴きたい
- ・勉強になる（8 件）
  - \* 毎年，若手が頑張っていて勉強になるし，やる気になる。
  - \* 以前に参加し，非常に勉強になったため
- ・ASCO に参加できないため（8 件）
  - \* ASCO に参加していない人にとっては質問できる重要な機会。
  - \* ASCO に行くのは難しいので，絶対に参加したいです。継続をお願いします。
  - \* ASCO に参加しなかった年はできれば参加したい。



- ・ASCO のトピックがより理解できる (11 件)
  - \* ASCO に出向いてもトピックスの演題を聴けるわけではないので。
  - \* ASCO は多くの演題があるため、キーとなる部分を抜粋してまとめていただけるから。
  - \* 短時間で効率よくトピックスを知ることができるため
- ・時間が合えば参加してみたい (6 件)
- ・WEB 配信をしてほしい (3 件)
- ・参加費を安くしてほしい (2 件)
- ・忙しくて参加できない (2 件)
- ・その年の話題になった内容によります。
- ・金～土曜日くらいに開催してもらえると、有難い。
- ・ただし東京に行くのは大変です。
  
- ・参加したくない
- ・参加費が高い (7 件)
- ・日程が合わない, 時間がない (14 件)
  - \* 長時間拘束されるので、日常診療にも支障が出る。
  - \* 参加はしたいのだが、場所や開催曜日を再検討して欲しい。地方から参加しにくい。
  - \* そのためにわざわざ遠方に行くのが大変
- ・ASCO に参加しているから (7 件)
  - \* ASCO の情報で十分
  - \* やはり直接の聴取が一番。ASCO にこだわるなら、ASCO のインターネット接続の便を学会として計ったらどうか。
- ・情報源が多数あるため (11 件)
  - \* asco の virtual meeting 購入でよいのでは。
  - \* 他の手段で情報取得が可能のため
  - \* インターネットや MR による情報提供で十分である
- ・必要性を感じない (4 件)
- ・若い人、ASCO に行けない人が中心になるべき会だと思えます。
- ・インターネットの発達したご時世に、本人じゃない人から話を聞く意味があるのか？
- ・日本では行えない治療などが多いため。
- ・自分の専門以外の内容が多い
  
- ・その他
  - \* ASCO の下部組織になることが、JSMO の意義とは思えない。
  - \* 多分野にわたることもあり、専門領域でないお偉方の高圧的な発言も見られます。

### Q33. BoAJ 開催時期について

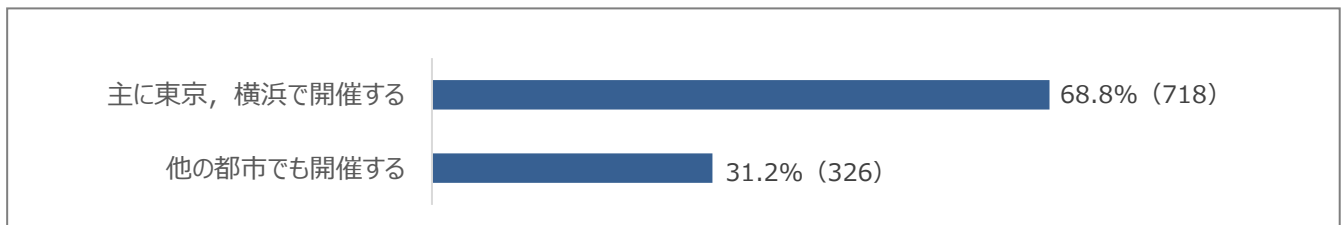


#### §その他ご意見

- ・ASCO 直後の新鮮なこの時期が良いと思います。
- ・できれば同じ内容をもう一回やって頂ければと思います (呼吸器の関東地方会がよく重複して参加できないことが多くなっているため)
- ・もう少し早いほうが良いと思わなくもないが、講師の先生の労力を考えると今のタイミングが妥当と思います。
- ・タイムリーだから
- ・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 (16 件)

- \* 学術集会と同じ時期は避けてほしい。
- \* 他のがん関連学会が前後に多い（JSMO 総会、乳癌学会、緩和医療学会など）
- \* 7 月後半に学術集会などもあり、できれば 6 月後半がありがたい（同じ月に勤務先を都合 5 日間不在になることになるので）。
- ・ASCO 終了後 2 週間以内くらいは難しいでしょうか
- ・現状では、ある程度おちついて ASCO 発表内容、位置づけを吟味してからでいいのではないか。ガイドラインとの関係で混乱が生じないように、またメーカー担当者に左右されないように。
- ・夏休み期間が終わった秋口希望
- ・学術集会と連続、同時開催（3 件）
  - \* やるなら学術集会と一緒にやったらどうか。経費も浮くし、聴きやすい
  - \* 総会と連続、もしくは 8 月下旬から 9 月初旬開催
  - \* 学会とくっつけるかももう少し離れたほうが参加可能になる
- ・WEB, E-learning で対応してほしい（6 件）
  - \* 録画しておいて、web でも見られるようにしてほしい
- ・ASCO の Web 情報で十分
- ・必要ない（3 件）

#### Q34. BoAJ 開催場所について



#### §その他ご意見

- ・主に東京、横浜開催
  - \* 全国からの交通の便を考えたら東京にならざるを得ない。
  - \* 首都圏開催は大多数にとって利便性がある
  - \* これは advanced course なので東京・横浜で良いでしょう。他の都市でも交通アクセスのよい年に限られるのでなかなか難しいです。
  - \* アクセスの容易さが重要と考えているため。
  - \* 利便性
  - \* 東京は高いので横浜で
  - \* アクセスよくないといけない
- ・他都市開催希望
  - \* 交互開催、主要都市でローテーション（5 件）
  - \* 中々病院を空けづらい医師も多いと思います。数年に 1 回でも地方開催をしてはどうでしょうか。
  - \* 京都・大阪・神戸・福岡などの西日本、仙台、札幌など（複数希望あり）
  - \* 安い場所があれば
  - \* サテライト会場（5 件）
  - \* 地方の活性化、専門医の増加
  - \* 東京、横浜が会員も多く、便利なのはわかるが、他の地域の者からすると、不平等だと思う。地方開催だと参加人数が少なくなって難しいのであれば、やむを得ないと思う。
  - \* 学術集会と一緒にすることを提案したい
  - \* 地方からは横浜はそれほどアクセスが良くありません
- ・WEB 聴講希望（16 件）
  - \* Web 講演会のように、オンラインでも視聴できるようにしてもらいたい。
  - \* WEB 配信等、地方でも見られるようにしてほしい（こちらも毎回第一土日で参加しづらい）

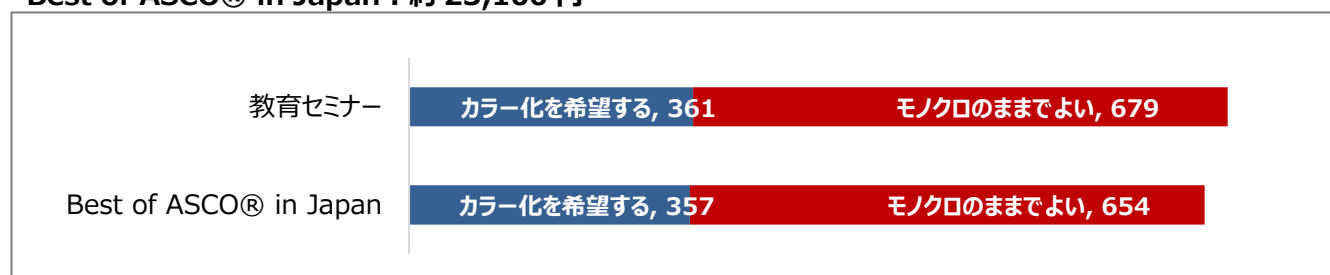
- ・その他
  - \*もう少し短く1日にならないか？
  - \*行かないのでよくわかりません。

**Q35. 教育セミナーや BoAJ のテキストについて、カラー化の要望が寄せられております。受講料がこれまでより高額になってもカラー化を希望しますか。**

※値上げした場合の受講料（約 1,500 円の値上げとなる見込みです）

・教育セミナーAセッション：約 23,100 円 /Bセッション：約 12,300 円

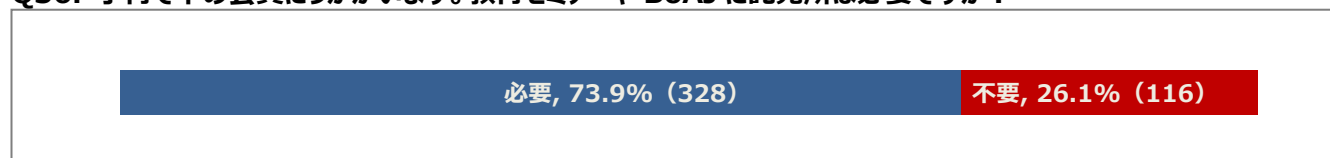
・Best of ASCO® in Japan：約 23,100 円



### §その他ご意見

- ・カラー化を希望
  - \* HP にダウンロード方式にしてはどうでしょうか。
  - \* Best of ASCO はどうしても発表スライドを多く使う関係上、カラーが望ましいと思います
- ・モノクロのままでよい
  - \* スライド自体が小さいので、カラーになったところで、見えないものは見えない。見にくいところは見にくいと思う。
  - \* すべてカラーでなくても、優先度を考えてカラーを検討する方がよい
  - \* ASCO は WEB 情報で十分（2 件）
- ・その他
  - \* 資料の必要性は各個人で違うと思うので、どちらか選べたらいいと思います。
  - \* Web でもいいはず。忙しい民間病院に負担が多すぎる。

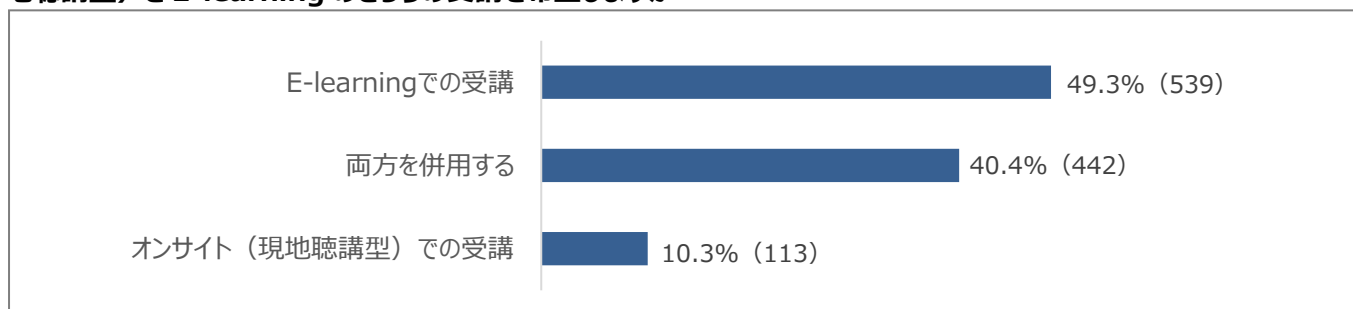
**Q36. 子育て中の会員にうかがいます。教育セミナーや BoAJ に託児所は必要ですか？**



### §その他ご意見

- ・必要（14 件）
  - \* 子育て中ではないですが、準備すべきです。
  - \* 必ずしも直接的な参加者増につながらないかと思いますが、必要な方はいらっしやと思います。
  - \* 学会の参加しやすさが上がると思います。
  - \* このような取り組みはコストは度外視すべき。
  - \* 子育て中の会員に限定して聞く意味がわからない。子育て中の会員でなくても、当然必要だろうと考える。
- ・不要
  - \* 連れて行かない、ほかに預ける（6 件）
  - \* 夫や保育園の時間外などを利用した方が、セミナーに集中できると考えるため。
  - \* 学術総会時のみにあれば十分。日程が予めわかるため（学術総会は発表日が指定される）参加時に預け先は地元やホテル附属など確保可能と思う。
- ・その他
  - \* 全て WEB にすればそのような心配もいらないと思います。

**Q37. 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。現在受講証明書が発行される E-learning 導入を検討していますが、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

#### ・E-learning

- \* 会場に行くのが大変。好きな時に聴講できる。休日をつぶさずにすむ。仕事を休まずにすむ。
- \* 東京に行くのは大変です。
- \* 地方から都市部に来るのは大変な御苦労と費用がかかるし、都市部で開催された一方向型セミナーを WEB で見られるのであれば教育効果は同じ。
- \* 現地聴講型であっても、その場での質問を受け付けられることもなく、現地聴講型のメリットが少ないと考えます。
- \* E-learning があれば、すぐにでも受講します。

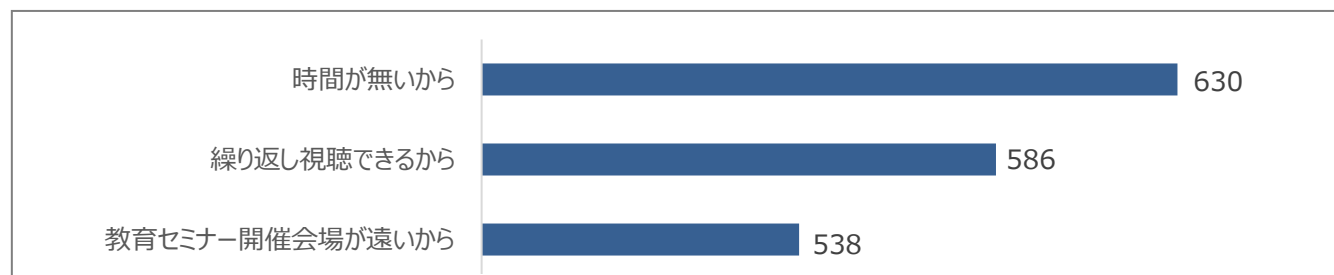
#### ・両方を併用

- \* 是非実現してほしい。
- \* E-learning が導入されると、会場まで足を運ばなくてもいいので、非常に便利です！
- \* 時間があるときはリアルタイムで現場で聞く方が理解ができると思う。
- \* 常にオンサイトに出席できるとは限らないため
- \* そのときのスケジュールによる
- \* 期日や開催地によって選択できる方がよい
- \* 参加可能であれば
- \* 聞きたい内容があればどちらでもよい。

#### ・オンサイト

- \* E-learning のための時間をわざわざ作ることはしないと思うので、直接聴講でまとめて受講する方が自身には合っている。
- \* 聴講型のほうが長時間集中して聞くことができるため。

**Q38. 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

#### ・子育て中のため（4 件）

#### ・タイミングが作りやすい（8 件）

- \* 任意のタイミングで受講できるため
- \* 自分の好きな時間に視聴できるから。
- \* オンサイトに行く日程の都合がつかなくても受講できるから。
- \* 日程が調整できない場合に有用だと思う。
- \* 勤務状況を選ばずに学習できるため

#### ・費用負担が減る

- \* 圧倒的に費用。都内医師が交通費数百円のところ、北海道・九州の地方からは 5～10 万円程度かかる。
- \* 宿泊、交通費の負担も減るため、QOL 的にも費用的にもとても助かります。
- \* 旅費負担が大きい
- \* 東京在住のときは気にならなかったが、宿泊費・旅費で少なくとも 1 回で 10 万は下らないうえにスケジュールがぎりぎり。
- \* 予定していたのに患者急変でいけないとき、時間もお金も無駄になってしまうから

#### ・出席する時間がない (4 件)

- ・会場に行っても質問できるわけではないので、遠くまで行くメリットが感じられない。
- ・わざわざ遠方から行ってまで聴く内容ではないから、本当に一線で Onocologist をやっている人にとっては基本的過ぎる内容です。内容的には腫瘍内科研修を始めた駆け出しが対象であり、あれが専門医試験受験の必須項目になっているのは理解できません。

#### ・ぜひ E-learning を導入して頂きたいです。

- ・お邪魔にならないから
- ・地方在住者には御恵があると考えます

### Q39. 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

- \* ぜひ導入してほしい (19 件)
- \* E-learning があれば、テキストは不要。E-learning にすることで、受講料が安くなることが見込まれる。
- \* 現在の e-learning は非常に有意義、便利、アクセスが簡便で内容もわかりやすい。
- \* 都市部以外にも専門医を配置したいのであれば、E-learning は必須と思います。
- \* 今時、E ラーニングを活用していないことが不思議です。新しいシステムをどんどん取り入れるべきです。
- \* 地方在住の子育て中の女性医師ですが、頻繁に出張するのは大変なので、E-learning が導入されると助かります。
- \* 地方は医者のかずも少なく医師が資格を維持するのは大変です、ぜひ導入をお願いします。
- \* 素晴らしい試みと思う。しかし講師の負担は現在以上に大きいと思う。
- \* 特に興味のある部分を繰り返し受講できる。

#### ・導入に関するアイデア, 内容

- \* セミナー会場に足を運ぶことが難しい人のために E-learning のシステムはあってもいいと思うが、それを必須とすることは止めて欲しい。
- \* 消化器外科学会の e-learning はいいシステムだと思います。
- \* 厚労省の受託でのがん治療学会? の e-learning があります。これも活用されているようには思えません。積極的に当学会が関与をして、バージョンを変えていけば使えると思います。
- \* インタラクティブなものを期待します。
- \* 質問に対応していただければ助かります。
- \* 同時視聴のみではなくても、いつでも中断、再生できるようにしていただけると、非常に助かります!
- \* 確認テストを厳しくしないと、「証明書をお金で買う」ことになりうる。
- \* 視聴の時間を限定して講習形式も必要
- \* 通年で受講させてほしい。
- \* E-learning に確認テストがあり、間違えると再度同じ講義を聴く必要があり、確認テストが前の問題と違う問題や問題がシャッフルされるとしたら、E-learning は受けません。

#### ・費用について

- \* 有料でもよいので希望します。
- \* 不要になった交通費、宿泊費を別の学習機会に生かすことができる。消化器外科学会には感謝している。
- \* オンサイトでの受講は移動時間とコストが無駄
- \* 地方在住の会員にも首都圏会員と同じだけの負担 (金銭的にも時間的にも) で同じだけの学ぶ機会に触れられるよう制度を整えて欲しい。現状では同じ学会の会員であっても、有形無形のハードルによって首都圏以外の会員には「学ぶ

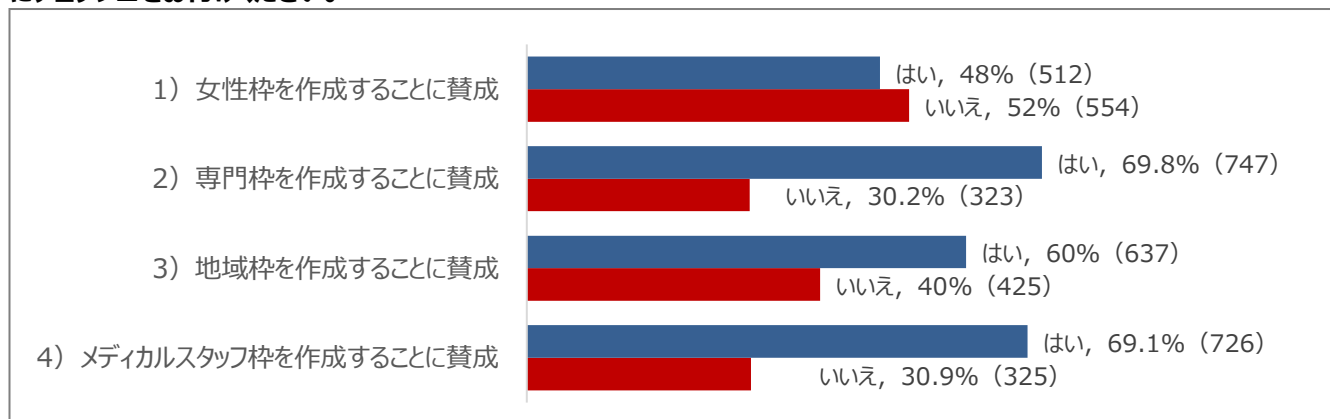
機会」が大変制限されている。

・その他

- \* オンサイトだと出張扱いで時間確保できるが、E-learning だと反対に時間確保が難しくなってしまう（いそがしさにかまけて視聴できない） かもしれません。
- \* オンサイト型への参加者が減るのではないか（2 件）
- \* オンサイトを聴講した人もその年の e-learning が聴講できるようにならないと不平等
- \* テキストが PDF で配信され、印刷できるようにしてほしい
- \* わざわざ日本で作り直すよりも、ASCO の教育セッションを安価で視聴できるようにしていただきたい。
- \* BoA と異なり、討論時間がないため現地に行く必要性が乏しい。

## 役員選出について

Q40. 20.女性（会員の24%、協議員の5%）、基礎（会員の0.4%、協議員の0.9%）、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

- \* 女性枠はクォーター制を導入すべき
- \* 女性・男性にこだわる必要はないと思いますが、枠を作ることは賛成です。
- \* 結婚・出産・育児は女性に限ったものではないけれど、女性の負担が大きいのは現実だから、その意見が組み入れられる仕組みは必要
- \* 最低限の女性枠はあってもよいが、性別関係なく、貢献度や能力によって選抜できる方がよい。
- \* 特に女性の協議員を増やすべき。 外科系の協議員も重要

・反対

- \* 女性枠は女性差別になる。能力のない女性、メディカルスタッフが協議員になる可能性がある。
- \* 女性枠を設けること自体が逆差別であり専門医に男も女もない。
- \* 女性枠は逆差別と思う。
- \* 男女差別になる。 専門枠は学会を分裂させる。
- \* むしろわざわざ女性枠を作るほうが、女性を差別しているように感じます。女性専用車両のような、言いようのない不快感があります。
- \* 優れた女性医師が多い中で意味がない枠は不要である。専門枠で縄張りが生じると臓器横断的というコンセプトから外れてしまう。
- \* 女性枠に関しては、枠にかかわらず女性の協議員が増えるような試みが必要。

- \* 最近、女性枠やあまり参加していない女性にも門戸を広げる傾向がどこの学会にもあるが、すでに今の状況で頑張っている女性に失礼だし、実際そういう女性は女性枠に反対している。
- \* 女性枠を作ると、一般枠には男性のみが立候補するようになるのであれば、むしろ結果的に女性協議員の上限を設定してしまうことになりかねない
- \* 女性枠を作ることは、男女均等に反すると考えられること、この枠がなくても女性が入ることが重要と考えること。
- \* 機会均等の立場からは女性枠の作成は本質的なものではないと思う。
- \* 男女の差別なく決める
- \* 男女については枠を設けること自体が不平等であると考えます
- \* 性差はあえて入れずともよい

#### ・メディカルスタッフ枠について

##### ・賛成

- \* 女性枠、メディカルスタッフの枠がないことの意味がわかりません。
- \* 女性枠をあえて作る必要性はわからないが、チーム医療を考えると2) 3) は必要と感じる
- \* コメディカルにも広く意見を取り入れて欲しい。
- \* そもそも学会でコメディカルの協議員がいないのに、臨床でチーム医療なんて言えない
- \* 癌治療のチーム医療にメディカルスタッフは、必要不可欠

##### ・反対

- \* メディカルスタッフが正会員ならOK。準会員なら不可。

#### ・専門枠について

##### ・賛成

- \* 外科系の協議員も重要
- \* 女性枠をあえて作る必要性はわからないが、チーム医療を考えると2) 3) は必要と感じる
- \* 実績、実力よりも政治力で決まる懸念があるが、専門枠はあった方がよいかもしれない。
- \* 薬剤師やその他の領域はある程度枠が必要かと思えます。医師だけでは無い方がよい。

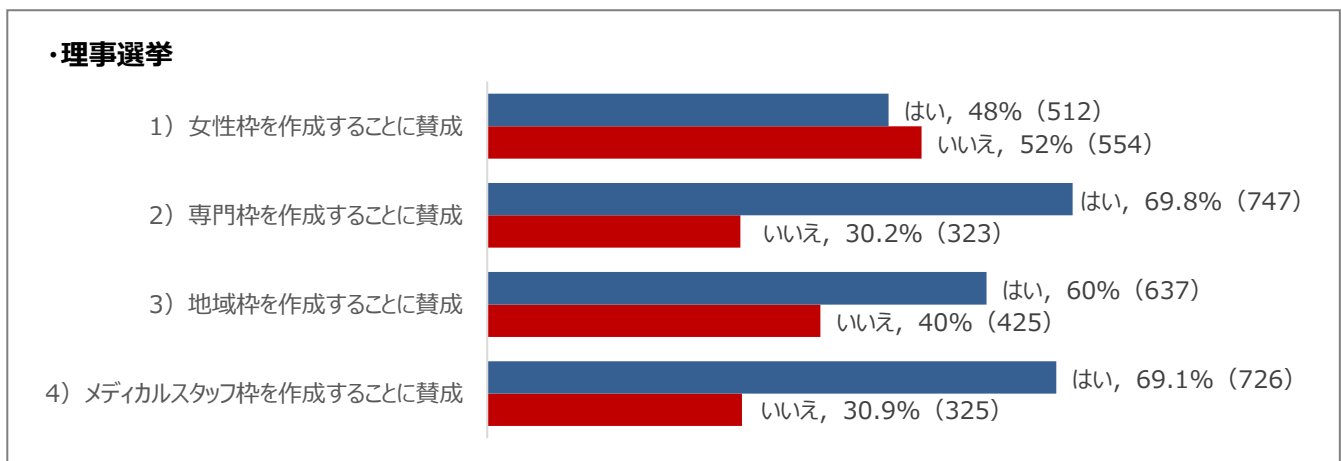
##### ・反対

- \* 専門枠にとらわれ過ぎて、適切な人が選ばれないのは避けたい
- \* 専門枠は学会を分裂させる。
- \* 総合的な薬物療法専門医を目指す臨床腫瘍学会として臓器専門性を強調することはなじまない。
- \* 学会は腫瘍内科の学会として広くあつて欲しいから専門枠は不要。
- \* 外科は、興味のある方だけで十分でしょう。

#### ・全般

- \* 施設の偏りがないようにしてほしい。 がん専門施設、大学、地域のがん拠点病院では、それぞれ立場が異なるため。
- \* 逆差別だ、とかご意見はあるかもしれませんが、ポピュレーションに応じた意見の吸い上げに協力していただきたい、とも思います。
- \* 協議員の資格を明確に
- \* 知り合い、友達同士（がんセンター同期など、基幹病院の部医長クラス）で組織票により決まるため、本当に仕事をやりたい、できる会員が協議員になっていないと思います。これは大学医局の組織票でもいえることでしょうか。ある程度 activity のある人選をしたほうが良いと思います。このため、枠を作ることには賛成です。
- \* 適格者が居ないのに、無理に選出する必要はないと思う。
- \* 投票でなく、業績や学会参加で判断してもらいたい。学会に参加しなくても、化学療法に携わってなくても、票があれば評議員になれる制度はおかしくないでしょうか。
- \* 社会に学会の姿勢を示すことになります。
- \* 色々な意見・立場の参加が必要です。がんセンター、大学、市中病院バランスが大事。薬剤師、オンコロジーナースも是非。
- \* 会員パーセントに応じて
- \* あまりマイノリティーを考慮しすぎるのも公平でなく、民主的とは言えない。考慮すべきではあるが、そのバランスが大切。また会員に対してはその過程をガラス張りとするべき。

- \* 指名委員会による指名協議員の推薦過程が不透明に感じます。
- \* pure に実力において選考すべき 米国の affirmative action は、米国の競争力を阻害しているのではないか
- \* 実力・自力でお勝ち取り下さい。
- \* 別の形でダイバーシティの努力をすべきと思います
- \* これまで通り、指名制が良いと思います。
- \* 現状のままで良い
- \* 性別、職種によらず、組織としてまとまりのあることが重要。わざわざ「民主的」な体裁を繕うことに意味はないと思う。
- \* 全てを平等に評価した上で、順位をつけて頂き、上位の先生に協議員になって頂いたほうが、学会の進歩に繋がると思います。
- \* 上記の枠はかえって不公平になる。
- \* 特別な優遇はかえって比率をおかしくする可能性があるため
- \* 特別枠を作ることで逆差別になる可能性を懸念します
- \* 臨床腫瘍学の医学での立ち位置、内科的要素のあり方とその関係を検討していく方向性が大事。その方向での協議員の構成検討が大事と思う。基礎を多くする・一般会員を多くする等。
- \* なぜ看護職は準会員になるのでしょうか



### 1)女性枠について

#### ・賛成

- \* 女性・男性にこだわる必要はないと思いますが、枠を作ることは賛成です。
- \* 特に女性枠は作るべき
- \* 女性枠、メディカルスタッフの枠がないことの意味がわかりません。
- \* これからの時代、女性の台頭は組織の成熟度を示す指標にもなりますし、女性会員獲得のためにも戦略的に考えて良いと思います。ただし、1 枠が限度と思います。
- \* 結婚・出産・育児は女性に限ったものではないけれど、女性の負担が大きいのは現実だから、その意見が組み入れられる仕組みは必要
- \* 女性枠がないのがひどいと思います

#### ・反対

- \* いままで女性の立候補は皆無だったと思います
- \* 女性枠は女性差別になる。能力のない女性、メディカルスタッフが協議員になる可能性がある。
- \* 男女差別になる。
- \* 女性枠は逆差別と思う。
- \* 男女の差別なく決める
- \* 女性枠を設けること自体が逆差別であり専門医に男も女もない。
- \* 女性枠を作ると、一般枠には男性のみが立候補するようになるのであれば、むしろ結果的に女性協議員の上限を設定してしまうことになりかねない
- \* 女性枠を作ることは、男女均等に反すると考えられること、この枠がなくても女性が入ることが重要と考えること。



## 2) 専門枠について

### ・賛成

- \* 実績、実力よりも政治力で決まる懸念があるが、専門枠はあった方がよいかもしれない。
- \* 外科だけでなく、内科系もサブスペゴとの定員を設けては？このままだと、消化器・呼吸器腫瘍学会になるだけ。そうになったら、辞めるけど。

### ・反対

- \* 専門枠にとらわれ過ぎて、適切な人が選ばれないのは避けたい
- \* 女性枠は必要ですが、地域枠、専門枠は不要と思います。そのために全体の理事の選択肢が狭くなるため
- \* 専門枠は学科を分裂させる。
- \* 専門枠を作るより、一施設の数制限、専門分野での数制限を設けた方がいいのではないかと思います。結局、選挙なので多数の選挙人を抱えているところが有利です。
- \* 適任者がいない臓器などの場合には不適切な選挙になるため望ましくない

## 3) 地域枠について

### ・賛成

- \* 地方は専門医も協議員も少なく、地域枠を作ることは結果として質の低下を招く。
- \* 地域性は不要。

## 4) メディカルスタッフ枠について

### ・賛成

- \* 臨床腫瘍学を担う、主な職種の方に入っていただけだと思います。
- \* 癌治療のチーム医療にメディカルスタッフは、必要不可欠

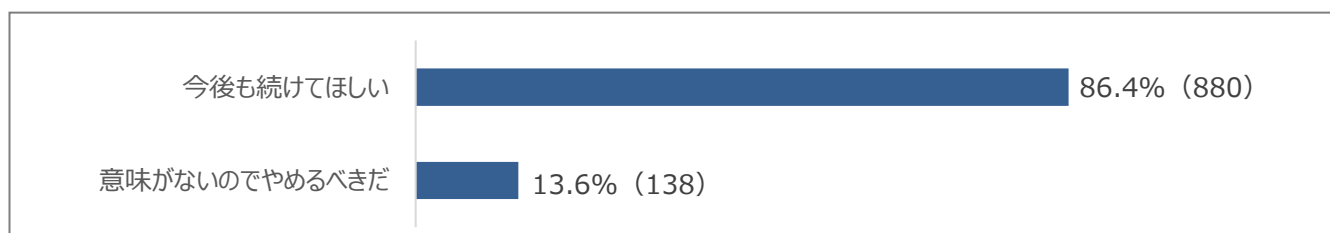
### ・反対

- \* メディカルスタッフが正会員ならOK。準会員なら不可。

### ・その他

- \* ある程度日本全体のいりようたいせいがもうらできるようにしてほしい
- \* もう少し理事の人数を増やした方が多様なポピュレーションを代表できるのではないかと思います。
- \* 患者枠、外部評価者枠
- \* 専門医に関わらず、各分野のオピニオンリーダーや学術的行政があるものが理事となることが良いと思います。
- \* 必要な役員は枠を作ることで確保できる
- \* 現在は、指名委員会で、性別、専門性、地域を配慮して4名補充しているが、選挙制度の改変により、指名理事をなくして、枠で選挙できるほうが公平。
- \* 協議委員数が多くなってから段階的に理事枠を設定する必要がある
- \* 何が何でも枠を満たすのではなく、一定の基準を満たしていれば枠を満たすだけの理事を選ぶ、としてはいかがか。
- \* 別の形でダイバーシティの努力をすべきと思います
- \* 現状のままで良い
- \* これまで通り、指名制で良いと思います。
- \* 考慮すべきと思うが、その程度による。最大2割程度を学会推薦枠とする程度ではないか。
- \* 意図的な枠により学会の発展性がそがれる恐れがある
- \* 理事については学会への貢献度で判断すべき。
- \* 実力・自力でお勝ち取り下さい。
- \* 女性枠をあえて作る必要性はわからないが、チーム医療を考えると2) 3) は必要と感じる
- \* 特別枠を作ることで逆差別になる可能性を懸念します
- \* 現状での学会担当役員の考え方がいいかんによると思う。

**Q41. 委員会委員は従来委員長の指名で決まっておりましたが、2017年度委員より、一部、会員からの自薦も受け付けるようになりました。これに対してどのようにお考えですか。**



## §その他ご意見

### ・今後も続けてほしい

- \* 委員長使命だけだと、民主的な運営ではないと思います。協議員がどこかの委員会に所属するようなシステムはいかがでしょうか。
- \* 指名の場合、お友達の集まりになる可能性がある。
- \* 委員長の指名をやめるべき。一部の人があるの好きなように、学会の名前を借りてしているのが現状。一般会員の人心離反をさせたいのなら、続ければよいが。
- \* 委員長の一任では選定の経緯が不明
- \* 委員長指名の理由が不明
- \* 広く委員になるべきである。同じ医師がいくつもの委員会を掛け持ちすぎである。名誉職のようになっている。
- \* やる気がある人がやった方がいいと思います
- \* やる気のある地方のまだ無名の先生を拾い上げることができる。
- \* 会員のやる気が聞ける。委員の決定の時には、十分に配慮してほしい。
- \* 本人が関与したいと考える委員会委員のやる気が期待できる。
- \* やりたい人が自薦するのは良いことだと思う。また、委員長によるなれ合いの防止にもなるかも。
- \* 30歳～40歳の将来を担う会員が入った方がいいと思います。他の学会は相変わらずかもしれませんが、Oncology分野はリベラルであることを示すため、是非、若手を参画させていただければと思います。
- \* 適任かどうかの評価を公正に。
- \* 意欲のある方が入られるのは良いかと思いますが、COIなど資質の担保をどうするかとおもいますが。

### ・意味がないのでやめるべきだ

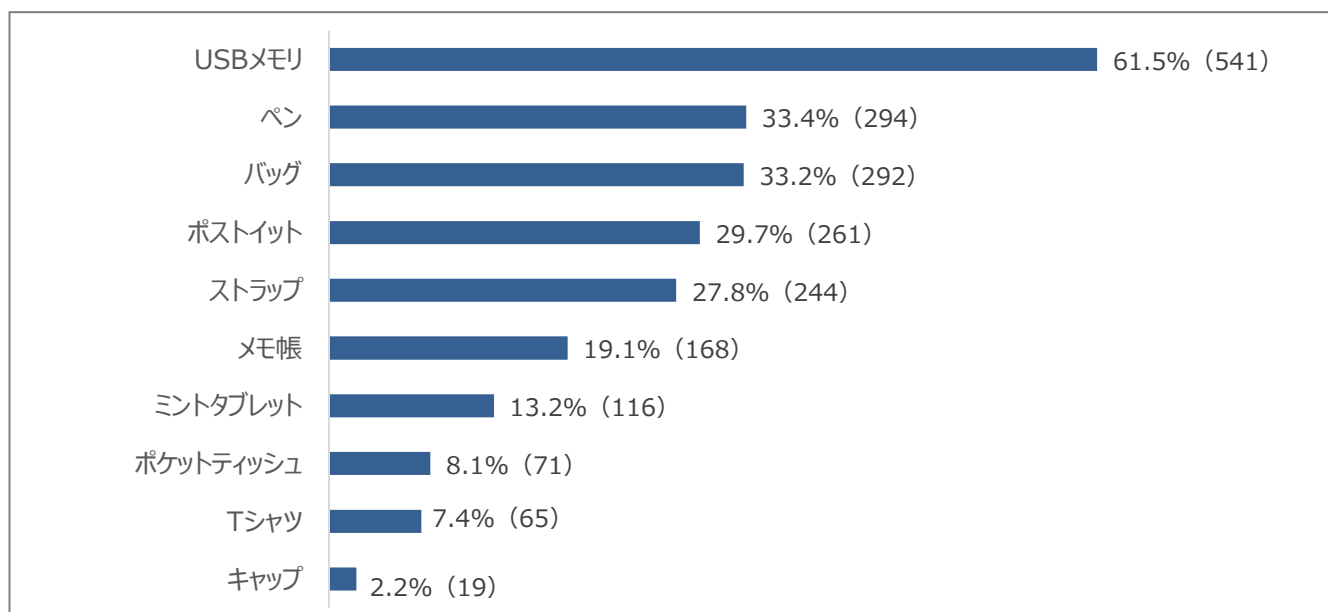
- \* 自薦を受けても最終的に委員長が指名することでよい
- \* 学会活動への貢献度などを加味し、委員長の氏名や推薦の方がよい。
- \* 他薦も実施すべきだ。
- \* あっても悪くはないが、基本的に委員長の裁量に任せれば良い。立候補した人を委員長は断りにくいのではないかと懸念します。
- \* 自薦を断る理由がないときに困ることにならないか、若干心配です
- \* 現在、委員を引き受けていると自薦は書きにくい。書類作成時間が増えるばかりであり、これまでも不足なく決まっていたのであれば不要に思う。
- \* 委員会としての仕事ができるかの能力次第であり 自薦しても仕事をしない人は困るので、委員長が各委員の評価表をつけたほうがいいのかもしい
- \* 組織としてのまとまりを最重視すればよい。

### ・その他

- \* どちらでもよい (5件)
- \* わからない (9件)
- \* 自薦委員を委員長が評価すべきである。
- \* 自薦だけではダメで、自薦プラス他会員からの推薦が望ましい。
- \* 今回の試みの評価をしてから継続の可否を判断するべきです。

## 会員サービスについて

### Q42.魅力を感じられるノベルティについて



#### ・アイデア

- \*ネクタイ, ウェットティッシュ, アイマスク, ゆるきゃら. タンブラー, iPhone カバー, マウスパッド (3 件)
- \*襟章, ピンバッジ (8 件)
- \*クリアファイル (5 件)
- \*バッグ (3 件)
- \*ストラップ (ネームホルダーにかけて伸縮するもの, 院内 PHS につけるようなもの)
- \*ネームホルダー, カードホルダー (2 件)
- \*e-ma のど飴。 バッグ等身につけるものにはロゴを入れないで欲しい。
- \*夏に向けて汗ふきハンドタオル
- \*実用性があり費用対効果に優れるもの
- \*パソコンキャリーケースは愛用しています
- \*T シャツやキャップは学術集会でスタッフが着用するのなら作ってもいいかもしれないが、会員向け配布は不要

#### ・その他

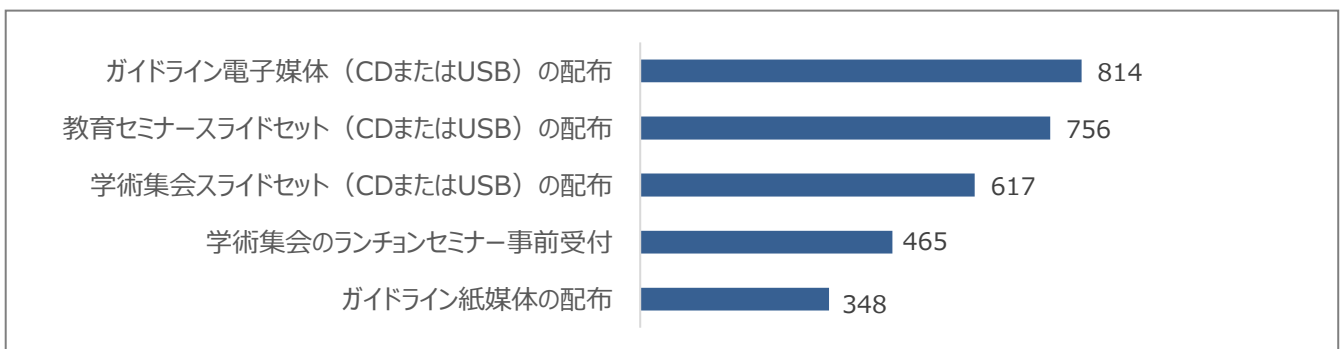
- \*消耗品でよい
- \*デザイン、カラー、実用性重視でおねがいします。パープルとか派手な模様は院内で持ち歩くにあたり、時にがん患者さんとお話する際きまづくなります。
- \*ASCO などでも成功しているとは見えないが…
- \*有料と無料を区別すべきである。
- \*学会の大衆化を考えているように思えるが。製薬会社のコマーシャルになるのではないか。
- \*ラベンダーリボンの配布は良かった
- \*教育セミナーの一部を試験配信して欲しい。学会加入の有用性を若手に考えてもらえる機会になると考える。
- \*学会後も使用できるものが楽しい
- \*キャップって帽子ですか？
- \*学会ごとに繰り返し使用することは経費の節減と学会自体の周知にもつながると思います。

#### ・いない

- \*不要, 無駄遣い, 魅力を感じない (31 件)
- \*ノベルティよりも、アカデミックな内容での還元 (ガイドラインを配布するなど) を望みます。  
これらのグッズで JSMO の魅力を感じさせようということが見当違いだと思う。学術団体なので活動の内容に力を入れれば良い (JJCO のインパクトファクターを上げる等)

- \* バッグやキャップ、T シャツなどは費用対効果が乏しいと思う。そもそもの会員であることのメリットを増やすべき。
- \* 何もいらぬ。参加費を安くしてほしい。
- \* いずれも不要です。余りがあるなら寄付か参加費を安くしてください。
- \* 不要。ゴミを配布するくらいなら、運営コスト削減に励むべき。
- \* いずれも要らない（限られた資金を無駄なものに使わないで欲しい）
- \* 要らないので参加費を安くしてほしい
- \* そこに費用をかけるのであれば、年会費を下げた方が会員が集まる
- \* 無駄にお金を浪費するべきではない
- \* 無駄な出費を避ける方向に考えるべきではないか。魅力があれば入る。なければ入らない。
- \* コスト削減に努めるべき。
- \* 費用対効果を考えれば、こんなくたらないことに我々の会費を使わないでほしい。学会とは上層部の自己満足の会ではない。

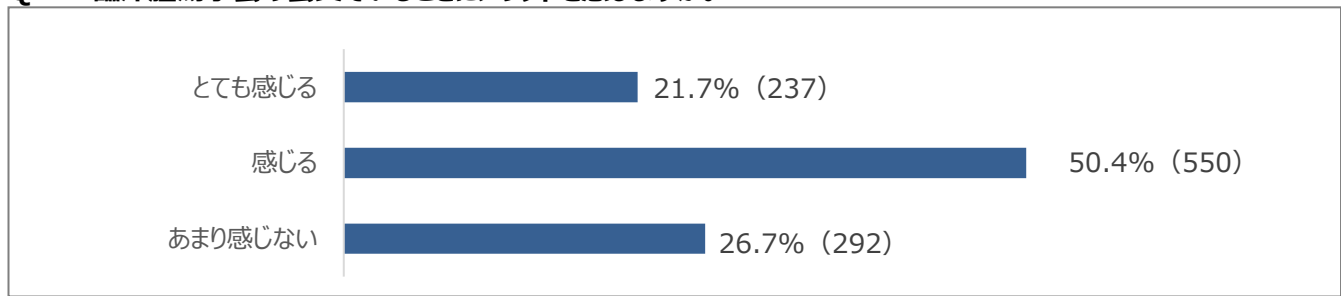
### Q43.会員向けサービスについて



### §その他ご意見

- WEB を活用してほしい
  - \* Web 中心の抄録などにして紙媒体を可及的に少なくしていく
  - \* コスト削減と資源保護のため、web 上自由閲覧やダウンロードにすべき。紙や CD,USB などの媒体配布は希望者のみに。
  - \* 紙や USB の配布はやめたらどうか。Web で公開すればよい。
  - \* クラウド配信
  - \* ガイドライン、学術集会スライドはセミナーのように Web から閲覧入手できると良いです。
  - \* 学術集会講演会の Web 視聴サービスの導入を希望します
  - \* PDF でダウンロードできるようにしていただきたい。
  - \* ガイドラインやスライドはネットダウンロードが良いと思います。
  - \* 上記すべて電子媒体でよいのではないのでしょうか。ご興味のある方がダウンロードするほうが無駄がないかと思います。
  - \* 電子媒体をお願いします。online がベストです。
  - \* 学会教育セミナーの web 配信
- その他
  - \* 会員ページからこれらの媒体が手に入るようにしていただくと嬉しいです
  - \* 学術集会以外のセミナーのお知らせ
  - \* 無料配布が希望
  - \* 新臨床腫瘍学の抜粋などの電子媒体 BOA のディスカッション内容の SNS 発信
  - \* このようなサービスは大歓迎です。
  - \* ランチョンは止めてください（世界の学会ではやっていない）
  - \* 学術集会と教育セミナーのスライドセットは是非配布を希望する
  - \* ガイドラインは非会員にも公開すべきです。
  - \* 紙か電子媒体か、いずれかがあればよい。2 重にすべきではない。

#### Q44. 臨床腫瘍学会の会員であることにメリットを感じますか。

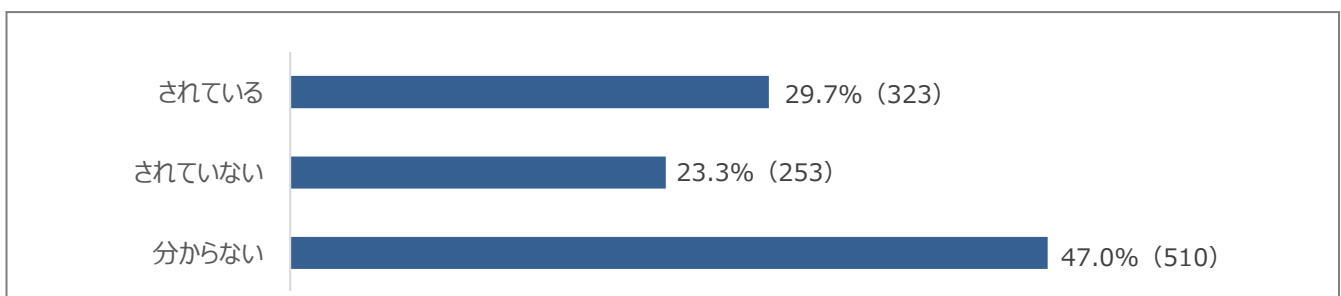


#### §その他ご意見

- ・全く感じない (2 件)
  - \* 全く感じない。年々、学会を運営する人と、末端の会員の意識の差が拡大してきていると感じる。癌治批判で始めた当初の意識は失われ、癌治パート2と化してきており残念な学会になりつつある。
- ・専門医について
  - \* 専門医のハードルが高すぎる
  - \* 5 年毎ごとの専門医更新の試験を受けることが大変だ
  - \* 専門医制度以外に魅力はない
  - \* 最近のあり方に満足していない、資格だけとという方々が多いように感じる
  - \* まだ専門医でないから
- ・その他
  - \* 病院の施設基準を満たすため会員を継続中
  - \* メール配信されたガイドラインが読みにくく、結果あまり読んでいないから。
  - \* まだ入って日が浅いので
  - \* 他の学術会議、団体との違いが不明確
  - \* annals of oncology が読めることぐらいです。
  - \* 現在担当製品が抗悪性腫瘍薬とは異なる領域のものであるため

#### Q45. 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。

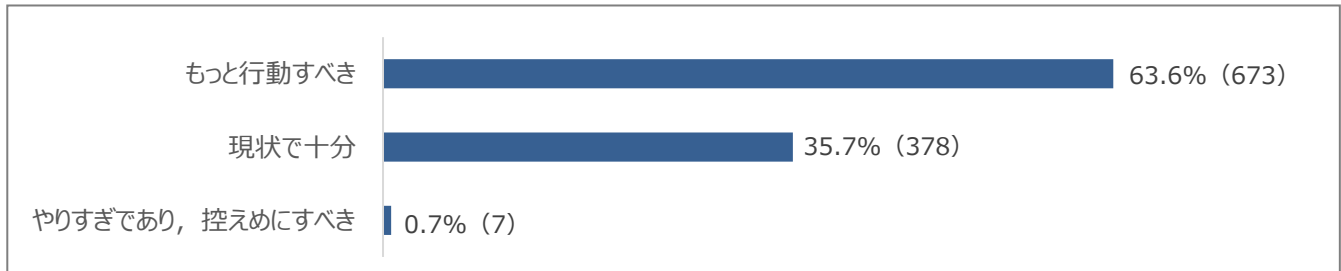


#### §その他ご意見

- ・専門医制度がどのように動いているのか全くわからない。
- ・専門医 2 階建ての件はどうなっているのでしょうか？ 公開してほしい。
- ・でも、仕組みが分かっていない人も多いと思う。
- ・実際の要望書提出を知らないから
- ・活動されているのかもしれませんが、気がつきませんでした。
- ・役員なので明らかにされていると感じておりますが、会員からみるとどうなのかは不明です。
- ・確認したことは無いが、されていると思う。
- ・がん薬物療法専門には新・専門医の内科系サブスペシャリティーとして認められなかった経緯を示していただきたく思います。また、経緯によっては患者団体などからの要望をお願いするなどが必要かと思えます。

#### Q46. 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

- \* インチキな免疫療法などは、もっとしっかりと学会が声明を出すなどすべき
- \* 最新 EBM 治療を学会が主導して、すぐに公知申請する体制の構築を望む。
- \* 公知申請などもっと幅広くやって欲しい。
- \* 意見がある場合は行政に必ずあげたほうがよい。
- \* ジーラスタが包括に含まれ、各種制吐剤が高額であり適正な支持療法を置こうとすると収益を圧迫される。学会 主動で意見を集約・あげてほしいです。
- \* コントロールするのが難しい薬剤を扱っている以上は個人というより「がん薬物療法専門医」を雇用している病院にメリットがあるべきだ
- \* 保険医療の査定が厳しくなっており、対応しないと病院経営が成り立たなくなる可能性がある
- \* 化学療法をやればやるほど赤字になるようでは、病院経営上ポストが作れない
- \* 希少癌に対する保険承認は学会が引っ張るべき
- \* 専門医になっても病院内での立場は全く変わらない。学会の立場が強くなれば、もっと発言権が出てくるかもしれない
- \* 専門医の地位向上、位置付けをはっきりさせる
- \* これからも、これまで以上に薬価引き下げと、外来化療などでの診療報酬改訂やがん薬物療法専門医診療を行うことのメリットが病院や地域にわかるような政策の要望に力を入れてください
- \* 抗がん剤の先発品を AG にできるように働きかけるなどしてほしい。
- \* メーカーの意図を汲んだ対応が多すぎ。
- \* 製薬会社に医療費の配分が多すぎる。病院が赤字なのに利益を上げている製薬会社になぜ高い薬品費を払っているのか。医者も製薬会社に癒着しすぎである。
- \* 薬事承認で安全性に関わる部分に対しては引き続き積極的にかかわる（これまでもやられていると思いましたが）べきと思います。
- \* 単独ではなく関連学会と協同して対応すべき
- \* ステークホルダーの一団体として、発現を続けるべきです。
- \* 診療報酬改定により労働環境の改善をはかっていただきたいです。

##### ・現状で十分

- \* ここは sensitive なところですよ。
- \* 関連学会との協調を重視必要

##### ・その他

- \* 確かに日本の医療は欧米とタイムラグがある。しかしながら、日本の医療費は非常に高騰しており、欧米の保険制度とは異なるので、いい薬であっても経済的側面を考慮できなければ、導入しても長期にわたっての使用は困難となってくると考える。対費用効果についても検討してほしい。
- \* JSMO は ASCO に比べて力の弱い団体であり、ASCO の真似をするよりも、足元をしっかりする独自の取り組みが必要ではないか。
- \* 日本の薬事審査はおかしいのですから無駄
- \* わからない（7 件）

## 専門医制度・資格について

### Q47. 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
  - \* 特になし (28 件)
  - \* 現状のままでよい (21 件)
  - \* 現状しっかりした専門医制度だと思う。これを継続してください。
  - \* 質を担保するという点では、基本的には賛成です。
  - \* 現状でよいが、将来は実際の研修を重視すべき。
  - \* 現行のままでいいと思います。それなりにうまくやっていますし、多臓器の研修はハードルは高いかもしれませんが、取得後にその必要性がわかると思います。
  - \* 現状でよいと思います。認定施設の審査の方が必要
- ・緩和すべきではない
  - \* 学会員を増やすためだけの目的で、専門医の受験資格を緩和すべきでない
  - \* もう少し難易度が高くても良い。
  - \* 別に「がん治療認定医」もあるので、専門医が非常に難易度が高いというのもそれはそれであり、と思われる。
  - \* がん薬物療法専門医は原発不明がんを診る以上は、血液がんの経験が必須である。化学療法・分子標的薬は血液がんから発展してきたものであり、必修から外すべきではない。
  - \* 高次専門施設で腫瘍内科としてのトレーニングを受けたかどうかをもっと重視できる形があればなお良い。
- ・条件緩和を希望 (8 件)
  - \* 認定施設で 2 年以上の研修は、限られた医師しか研修できないため、条件を変更してほしい。
  - \* 申請対象症例が過去 7 年というばりをはずしてほしい。自分の意思と関係なく医局人事で不本意な勤務先/勤務形態を何年も強いられることがあり、その間に一部の条件を満たせなくなり申請できなくなる(実際そうだった)。アップフロントで携わっている医師に限定するという学会の意向なのではと思うが、7 年→10 年ではだめなのでしょうか。
  - \* 資格を緩和してほしい。
  - \* 内科領域において、最も取りにくい資格のひとつ。しかし、薬物療法専門医のみが抗癌剤治療をやってる訳ではなく、臨床の現場とかけ離れている気がする。もう少し資格基準を緩和し、現場に即した形にしなければ、医師の自己満足に終わり日本全体の医療の発展に寄与しないのではないか。
  - \* もう少し取りやすくしてほしい。
  - \* あまりに厳格にすることで、専門医数が増えていないと思う。もっと裾野を広げるべきだ。5 年ごとの専門医更新試験は特に廃止してもらいたい。
  - \* もう少しハードルを下げて専門医を増やすべき 逆に更新制度のハードルを上げるべき
  - \* 必須臓器を減らす緩和処置を導入し、専門医数の増加を促進すべき。専門医を必要としている病院(がん拠点)が多く、政策誘導されているのに JSMO はこれに十分に応えていないのが現状と理解している。
- ・ハードルが高い (16 件)
  - \* 入局してしまうと専門領域以外の疾患をみるチャンスが無い。内科専門医なども同様。学生・初期研修医には、ローテーション中に症例を集めるように説明しているが、内科でさえ症例が集まらず試験資格が得られない医師がいる。入局していない医師に積極的に働きかけにくい。
  - \* かなりハードルが高くとれない。したがって学会に所属する意味もないと思う
  - \* 若手が二の足を踏んでいるのが歯がゆい。非常にハードルが高いという印象ができてしまい、トライしようとしてくれません。ただがん治療認定医との明確なすみわけをするなら難しく当然という考えもあろうかと思います。
  - \* 難しすぎて縁がありませんでした。優しくする方がよいかどうかはわかりません。
  - \* 臓器別診療科でがん診療をしている者は申請資格を充足できないのが不満。がんセンター等の一部の人間しか現実的には専門医になれない。
- ・症例報告について
  - \* 複数の臓器にまたがる意味がわからぬ
  - \* 他科のハードルが高すぎる
  - \* 門領域が長くなると、他科領域の経験数がハードルとなる。
  - \* さまざまな臓器を経験することになっていますが、実態は症例を借りるなどしてきちんと学会が要望する通りに経験できることはかなり数が少ないのではないかと感じています。科どうしで専門医資格についての連携がとれることは難しく、専門医

資格プログラムが実際に働いているような有名病院でなくては難しと感ずます

- \* がんセンターのレジデントでも瞬間的にみた症例をサマリーにしています。色々な腫瘍を広くみた経験は大事ですが、専門医の技術として重要なのは上手にマネージメントをしながら、患者を 1 年、2 年間見ていくことだと考えています。現状のサマリー提出の意味はあまりないと考えます。
  - \* 高齢者に見受けますが、実際は担当医ではないのに、申請をしている場合。取り締まるのも困難ですし、申請者の誠意を信じるしかないのでしょうか。若い方たちが主力になればこのようなことは起こらないかと思いますが。
  - \* 専門医が現状の臨床現場にそぐわない。ほとんどの専門医は肺癌、消化器癌など単一系統の癌を診ていて、他の癌はみることができないし、診る環境にももないのに専門医を取るときだけ診たことになっている。実際にはほとんどの専門医が血液がんを本当に診たわけではなく見ただけであるのはよく知られている。現状にそぐわないのであれば変更したほうがいい。
  - \* 医局人事で勤務病院が決められている場合、必要な他科症例を経験しにくいので、専門医受験資格に必要な症例数を満たすことが難しい。
  - \* 認定施設以外での症例経験も認めてほしい
  - \* 私は、呼吸器内科に所属するため、肺がんを含む胸部悪性腫瘍を診療する機会が多いのですが、血液腫瘍、消化器癌を治療することはありません。他の大学あるいは基幹施設でも、がんセンターでない限り胸部の悪性腫瘍、血液腫瘍、消化器癌といった広範囲の領域で化学療法を行う医師はいないと思います。そのため、癌プロの教育を受けることができない年齢の医師にも専門医になる機会を頂けるような現実的な症例報告にしてほしいと思います。広範囲の領域での癌の化学療法の知識を有していることは大切だと思います。
  - \* 下記の如く、専門外他分野の経験がネック。
  - \* 申請したいのですが、分野別のサマリーが多すぎて申請できません。
  - \* 治験・臨床試験に登録した症例を半数以下に限定する 最低担当期間を 3 ヶ月など明記する 担当医証明を 1 例ずつに出させる
  - \* 初期研修中の症例も OK にしてもいいのではないのでしょうか。門戸が狭すぎるように感ずます。
  - \* 血液がんや肺がんの研修履歴を必須にするのはやめてほしい。以前の制度に戻して欲しい。
  - \* 専門医資格を取りたかったのですが、固形がんのみ診ており、血液を診ていないのでとれません。
  - \* 血液をはずす
  - \* 血液がんは独自性が高いため必修からははずしてほしい
- ・地方の施設等に関する意見, 要望
- \* 地方では、認定施設のハードルが高い。
  - \* 大学病院で勤務して 10 年目になるが、各科同士のつながりが希薄で、他科ローテーションのハードルが高く、専門医取得の機会を逃してしまった。
  - \* すべての症例を経験するのは一般病院では難しい
  - \* 地域がん診療病院、県の推進病院レベルの病院でも（放射線治療装置のないところでも）取得できるようにならないのでしょうか。研修のために長期間外の病院へ行かせるのは難しいし、現状では資格の維持も難しいのでは？
  - \* がん拠点病院勤務以外の医者は受験が困難
  - \* 地理的な問題やライフイベント、生活上の問題などから認定施設での研修が困難なケースにも門戸を開いていただければ幸いです。
  - \* 大学やセンターに勤めてなくても努力でとれるようにしてほしい
  - \* 常勤で研修施設に 2 年間勤務しても症例数が集まらない病院も多いのではないかと感ずています。
  - \* 申請資格は厳しく苦労したが、いろんな先生とやり取りして結果的には良かったので、仕方がないのかなと思う。でも地方医師には大学以外で取りにくいのは確か。
  - \* 臨床に振り回され十分な研修環境が整わない地方都市において申請困難、実情に合った研修のしくみがあるべき
- ・各専門領域より
- \* 小児科を専門とすると、乳房は実質的に症例経験がないため、ハードルが高い
  - \* 小児科などマイナー専門では、取得できないので意味がない
  - \* 自分の専門領域中心で良いのではないのでしょうか
  - \* 内科以外を基本学会にする医師（外科、その他）などへの専門医申請の門戸を今後も閉ざさないでほしい。
  - \* もう少し外科医でも取りやすいようにしてほしい。外科医でも抗がん剤治療をやっている人は多いです。
  - \* 外科医や放射線医、婦人科腫瘍医、泌尿器系腫瘍医らが取りやすい環境を考慮する必要があると思います。
  - \* 特に希望はないが、内科以外の色々な科の先生が専門医を取りやすくしてほしい



- \* 製薬企業で抗がん剤開発に携わる医師にも申請資格を与えてほしい。
  - \* 企業に勤める立場でも何か専門医（薬剤師）の受験資格があればよいと思います
  - \* 現実的で概ね良いと思う。外科学会認定登録医をベースとした資格の取得・維持を可能にして欲しい。
  - \* すでに臓器別ではあるが、がん薬物療法に携わっている医師への配慮をすべきである。
  - \* 他学会の専門医が臨床腫瘍学会の専門医をとりやすくしてほしい。その場合専門医を2段階にしようともいいと思う
  - \* 専門特化して診療している場合に、なかなか症例数が集まらないので、申請資格が満たされない。
- 教育セミナーについて
- \* 教育セッションを過去3年以内に受講というのは、外科医にとって、様々な学会があり、条件が厳しい。
  - \* 教育セミナーの受講のハードルが高い。2日も連続して休めない。
  - \* 必須のセミナーの回数を増やして、受講のチャンスを増やしてほしい。
- 更新について
- \* 専門医更新について、該当1年前にも知らせてほしい
  - \* 申請は簡単に更新は厳しくの方がいいと思います。
  - \* 専門医更新についてですが、更新のための試験は必要ですか？まず落ちない試験をわざわざ東京まで招集して実施する必然性を感じません。WEB上での試験を実施していただけないでしょうか？
  - \* 更新性でありある程度質が担保されていると思います
  - \* 良い制度で、何年かごとの継続申請（審査）も必要。
- がん薬物療法専門医について
- \* 実際に行っている診療業務に関係なく、特殊な臨床研修を受けないと事実上申請資格が得られない制度はおかしいと思う。
  - \* 学年があがってから目指すと難しい、とは思いました。
  - \* 正直年齢が進み、診療の専門化が進んでしまっからの習得が難しいです。他分野の症例の経験を積むチャンスがそんなにありません。
  - \* 高齢者はどうすれば？ 経験知識は他に引けを取りませんが・・・
  - \* 私のような高齢（50台）のものではとりたくてもとれない。専門以外の他の診療科を研修で回ったのは20年も前。特例枠で過去に現在の研修施設で複数の診療科を回った経験があれば、試験を受けられるようにしてほしい。
  - \* 若い人しか取得できないシステムである
  - \* 具体的に言葉にするのは難しいが、平時抗癌剤をほとんどしていない、なんちゃって専門医が多くなっているように感じます。
  - \* 真に患者さんを担当し、治療方針立案を行う、または参加する必要があると思います。要綱にはそのようにあったと思いますが、実際には外来化学療法センターなどでルート確保しただけでもよいと解釈している先生が依然として存在します。臨床腫瘍科や腫瘍内科が増えてきていることや、このような診療科の重要性を認識いただくためにも解釈により簡単に受験できる専門医資格である必要はないと考えます。
  - \* ほとんど単一臓器の診療しかせず、レポート対策のために名義貸しのような形でサマリーに名前をのっけてクリアしている例が少なくないと思います。どういった専門医像、何のための専門医なのか考え直してください。日本の現状に合わせてがん薬物療法専門医（肺）や（消化管）といった分化専門医もあってよいのかもしれない。
  - \* 臓器別診療が一層進んできた今の日本の医療界の中で、本資格を取得するときだけ、今のまたは将来の専門領域外の症例をわずかに受け持ち、申請することは学会が求める専門医の姿なのでしょうか？総合がん専門医というにはほど遠いように長年疑問を感じています。
  - \* 実際の臨床現場で診療がまともにできなくても取得できる制度が疑問。
  - \* 一つの臓器（自分の専門領域）だけでなく、他の部位もみようという意欲があること。原発不明癌の診療を積極的にやる。
  - \* 取得まで大変だったが、症例の経験やサマリー記載、試験対策、セミナー等どれをとっても勉強になり、意義深いものであった。今後はその経験をもとに実臨床や臨床研究等に還元できるよう努力したい。
  - \* 存在価値はあると考えています。
  - \* 日本の現状とあっていない。欧米の真似をする必要はない。
  - \* 他の癌腫を行い、他科の専門医を取得しているのであれば、あまり必要ない。
  - \* あまり有効活用されていない
  - \* インセンティブを感じない
  - \* もっと有資格者の地位向上が出来る方が良い。今のままでは苦労して取得しても、良いことが何も無い

- \* 難易度が高いのに、メリットが少ないのでは？
  - \* 専門医であるメリットがもっと多くなるように、学会は厚労省等に働きかけを続けてほしい。
  - \* がん拠点病院で病院に認定医、専門医がいれば良いのではなく、化学療法をおこなうのであれば、当該科に認定医、または専門医が必ずいるか、腫瘍内科医が化学療法を行うような制度にしてください。外科の先生が片手間に行う化学療法は危険すぎます。とくに泌尿器、婦人科、整形など
  - \* 文部科学省がんプロフェッショナル養成プランに基づいたプログラムの意義がよくわかりません。このプログラムを終了すると受けていない方と比べて何が異なるのでしょうか。
  - \* 試験問題は専門に応じ、ある程度選択性で良いかとも思います。 必須問題を多くし、いくつかの領域の専門性の高い問題を選択性にする方針をお勧めします。
- 基本領域について
- \* 基本領域の専門医資格について、初回受験時は必須でよいと思いますが、更新時には不要にできるのではないのでしょうか。眼窩悪性腫瘍、頭頸部癌を専門とする眼科、耳鼻咽喉科専門医が、がん薬物療法専門医取得後も眼科、耳鼻咽喉科医資格が必須であることに違和感を感じます。
  - \* 内科認定のまま専門医に更新しなくても良いようにしてほしい。
  - \* 基本領域の資格（内科あるいは外科）のみでなく消化器内科や呼吸器内科などの専門性も重視してもいいのではないかと思います。
  - \* 貴学会単独所属での申請資格を希望します
  - \* 2段階でなく、単独で取得したい
  - \* 臓器別専門医の申請資格のハードルが高く、取得は難しい。なぜ、このような難しい資格試験を行っているのか分からない。現在の日本の医療には不必要ではないかと思う。
  - \* 基本学会に対する二段階制度とするかいなか明確に方向付けが必要
  - \* 内科のサブスペシャリティとして認められて初めて意義のある資格と考えています。
  - \* 内科学会の新内科専門医の中でのサブスペシャリティとしての位置付け。
  - \* 基本となる診療科（内科、外科）を限定するべきでない 泌尿器科や放射線治療科でも相応しい資質を持った医師はいる どうしても限定するのなら欧米に合わせて内科のみにするべき
  - \* 各種学会との協調、専門医の増加。
  - \* 内科以外の専門が、今後どうなるか、見込みが出る予定があるのか、いつなのかが不明瞭。
- 新専門医制度について
- \* レポート作成も厳しく半分断念している。 試験についての情報もあまりなく、どう勉強すればいいかわからない。新専門医制度になる中で、取得する意義があるのか疑問に感じている。
  - \* 新専門医制度の中での立ち位置の明確化
  - \* 新専門医制度の2回建てに入ることが重要だと思います。
  - \* 新専門医制度に準拠した資格であってほしいです。
  - \* 専門医制度に入るようにしてほしい。
  - \* 今後の方向性を明確にしてほしい
- その他
- \* 専門領域にわけて考えるべき
  - \* 専門医申請を現行の申請に加えて、自分の専門領域のみを新設する
  - \* 全領域を診ていなくてもとれるような、領域限定の専門医も検討してもらえれば、もう少し門戸が広がると思います。
  - \* 臓器横断的が本当にいいのか 早期のスペシャリストにも何か認定があってもいいのでは
  - \* 日本の医療制度にそぐわない。腫瘍内科が普及せず臓器別診療が主であるため、分野ごとの専門医を検討すべき。
  - \* 他癌腫の知識は必要性を感じないので、婦人科腫瘍学会専門医で十分と、感じてしまいます。 婦人科癌に特化した化学療法専門医のような資格があれば、取得しようかとも思いますが。

**Q48. 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
- ・適切である(76件)
- ・厳しいが適切である(9件)
- ・多臓器の症例を見ることや、その知識があることは必要と思いますので、現状で良いと考えます。
- ・今後も同じ方針で行くべきだと考えます。臓器横断的な診療を行える専門医は日本に今でも不足していると思います。上記の制限を外すと肺癌専門医や消化管がん専門医ばかりになってしまうと思います。
- ・厳しいという意見もあるが、学会が育成したい専門医像を見失わないように、多臓器必須は続けるほうがよい。
- ・仕方がないのではないかと思う。多い癌腫なので。
- ・臓器横断的なトレーニングが求められることはよいと思います。
- ・過去7年、必須分野4分野は厳しいものであったが、腫瘍学の横断的な理解のためには必須であるべきと考えます。
- ・自分の専門外、とくに④を経験するのは、ある程度経験がある医師にとっては難しいことではあるが、臓器横断的に臨床腫瘍を学ぶためには必要であり、今後も継続すべきだと考える。
- ・きびしいという意見が多いと思うが、だからこそ価値が高い。安易にハードルを下げてはいけない。  
大変だったが、やはり必要だと思う。結果的にいろいろ勉強することができた。外科の先生が血液があるので取りにくいと言っているのを見かけたが、それは内科が乳房を集めにくいと同じな気がするので、いろんな先生に協力をお願いすれば可能と思う。
- ・必須をもう少し増やしてもよい良いと思います。
- ・すでに中堅以上となり専門臓器の診療を中心に活動している医者にとってはハードルは高いが、この専門医の趣旨を考えると必須条件を緩和する必要はない。
- ・私は①③の経験しかほとんどありませんが、これからの時代には必要ではないでしょうか。
- ・一般的には多くの癌種を一人で見るのは現実的ではないが、将来の薬物療法専門医の発展のためには堅持画必要だと思います。
- ・適切だが対策が必要(9件)
- ・現状で良いが、将来はもっと広い経験を求めるべきである。
- ・妥当と考えるが、本当に担当している患者か否かの確認が難しいので、何か対策を考える必要があるかもしれない。
- ・このままで問題は感じないが、固定せずに半数を5領域から3例ずつなどにした方が受験はしやすいか
- ・このままで良いが、受け持ち患者の定義について、もう少し規制緩和しても良いのではないか。外来実習やカンファレンスの症例提示などでも可能とするなど、取りやすいように。
- ・必要かもしれませんが、非常にハードルが高いように感じます。特定の医療機関でしか研修ができなくなってしまうのではないのでしょうか。
- ・仕方ないことだとは思いますが、必須症例の分野に偏りがあり、婦人科腫瘍や頭頸部腫瘍などを専攻する先生方に不利である。
- ・問題ない。ただ全専門性を考慮して、全専門領域の中から4つを3症例以上でも良いと思う。
- ・臓器横断的な治療医という観点・理念からは、多臓器にわたる診療経験というのは非常に大切かと思われます。しかしながら後期研修で意識的にローテートするのでなければ、一般の治療医や各臓器の専門医などを取ってから化学療法を志した先生がたにたいしてはとてもハードルが高いように思われます。専門医制度の2階部分にがん薬物療法専門医がはいらないのであれば、むしろもう少し枠を広げることを検討しないと、受験者が年々減少するのは避けられないと思われます。
- ・ローテート研修をする医師には良いかもしれないが、日常診療に追われる身では大変高いハードルだと思う。JSMOの方針によると思うが、座学で間に合わせる道も検討されてはどうか。
- ・厳しい(11件)
- ・無意味にハードルが高い 形だけ経験したふりで症例数をかせいでも、実地には何の役にも立たない
- ・現状取得困難
- ・必須症例数が多い(5件)
- ・30症例は多い気がします 各3例枠も2例枠に変更してはいかがでしょうか？ (ハードルは下がりますが、裾野が広がりそう)
- ・血液は義務から削除してほしい 計30症例を減らしてほしい
- ・各臓器を必須にするのは良いですが、全体で30例も必要なのではないでしょうか。

- ・各 1 例くらいでもいいと思います
- ・範囲が広すぎる、特に 3, 4 が
- ・条件緩和
- ・専門医の数を増やす目的であれば、過去 7 年間や必須臓器分野数および症例数の縛りを撤廃すべきであると思われる。(さらに、基本学会の認定医や専門医資格を有するというハードルは不要) 専門医のレベルを向上する目的であれば、むしろ指導医のハードルをあげるべきであると思われる。この場合は、専門医→指導医の 2 段階方式で、指導医レベルにこそ必須臓器分野数および症例数の縛りが必要と思われる。
- ・もっと数を増やしたいなら、必須項目は減らすべき。疾患特異的ながん薬物療法専門医がいてもいいと思う。
- ・4 領域必要か疑問。この中からの 3 領域の選択制とし、領域が増えることで傾斜配点できるようにすればいかがでしょうか。
- ・各 3 症例を経験することが難しい施設もあり、2 症例などに緩和できないでしょうか。
- ・厳しすぎると実体のない受け持ち要約が増えるだけになる。現場が理想だけはあるが、1-4 の領域から任意の領域とするなど、若干の基準緩和が望まれる。
- ・4 領域を必須にすべきであり、領域を限定すべきではないとも思います
- ・自身はハイボリュームセンターで研修したので、症例集めは問題なくできましたが、必要な分野だとは思いますが、研修できる施設が限られてしまい、多くの方にとっては資格取得のハードルが高くなる原因なので、難しいところですが、レベルを維持しつつ門戸を広げる方法をさらにご検討いただければと思います。
- ・最近では専門化されているので 1 つの領域でも 30 例以上であれば資格ありにした方がよい
- ・私のような高齢 (50 台) のものではとりたくてもとれない。専門以外の他の診療科を研修で回ったのは 20 年も前。特例枠で過去に現在の研修施設で複数の診療科を回った経験があれば、試験を受けられるようにしてほしい。
- ・反対 領域の多寡での点数加算/減算はあっても良いが必須化は反対 そもそも、昔の専門医はそのような縛り無しで成っている 自分は楽しんで専門医を取得し後輩のハードルを上げるのは汚い
- ・患者数は①が全体の 60%~2/3 なので必須か。②~④は選択必修化。①+②+③、①+③+④、①+②+④の何れかの 3 臓器の組み合わせについて、各臓器 3 症例以上とするのが良いと考える。
- ・もう少し少なくてほしい。
- ・4 疾患群を各 3 症例以上、もしくは上記 4 疾患群中 3 疾患群を選んで各 4 症例以上報告することに変更する。
- ・①の消化管は上部、下部、肝・胆・膵の 3 領域から少なくとも 2 領域を含んでそれぞれ 3 例以上 (合計で 5 領域 15 例以上) にすべきと思います。
- ・受け持ち患者となりにくい領域がある場合に、ほかの領域の症例で補えないかどうか。
- ・1-4 の領域の設定根拠が希薄。頻度からいえば 4 は不要。
- ・幅広く一時的に研修しても、実際治療するのは 1, 2 領域なので 4 領域も不要。
- ・現在のがん薬物療法専門医で、臓器横断的に化学療法を担当しているものがマイリティーである現状を考えると範囲が広いのではないかと感じる。既存の学会の専門医制度の範囲に応じた形にアレンジすることが必要ではないかと考える。
- ・固形癌と非固形癌は、明らかに病態が違うのに、ひとまとめにするのは如何なものか
- ・できれば固形がんのみも許容してほしかった。
- ・消化管だけでも専門医の資格をとれるようにしてほしい。
- ・専門としている分野外の症例を 3 症例、は正直厳しい。
- ・臓器の縛りが厳しい。これだと、限られた人しか応募できない。
- ・全ての領域を専門的に診療することは困難です。
- ・上記と同様、①値分野の十分な症例があっても困難な場合が多い
- ・消化器外科など専門科に入ってから他科の受け持ちを持つことが困難です。
- ・日本の実臨床では上記①~④の経験を持つことが困難。知識としては必要だとしても実際の臨床ではいずれか 1~2 領域の疾患の治療に携わることしかないとされるため意味がないとおもう。
- ・外科医, 内科医にはハードルが高い 疾患別専門性を考慮してほしい
- ・内科以外の医師の申請のハードルになっている。
- ・専門外の症例は無理です
- ・他科の診療に関与することのハードルが高すぎて、取得は不可能であると考えています
- ・専門分野が細分化しているので、経験できない分野もあり、この 4 分野必須には反対。
- ・特定の腫瘍を重視するのは、他の疾患群を専門とする医師にとって不公平です。多種の疾患群を診療する意義は理解していますが、必須疾患群を設けることには疑問を感じます。

- ・現状、専門的な領域に所属すると、難しいです。
- ・臓器別に専門で化学療法を行っているものとして、他の臓器の患者を受け持つのは現状は困難で、専門医試験の資格を取るのが困難である。
- ・消化器内科なので実際消化管以外の疾患を受け持つことがない
- ・①消化管→消化器
- ・上記専門医をつくれればその必要はないと思う
- ・臓器別専門診療を長年行っていると、他の分野はまず診療しません。専門医資格は取れません。
- ・上記にも記入しましたが、専門化が進むと、他分野の症例の経験を積むチャンスがそんなにありません。
- ・臓器別の専門を専攻したあとは症例が揃えられない
- ・泌尿器科の私には不可能である
- ・医局人事で勤務病院が決められている場合、必要な他科症例を経験しにくいので、専門医受験資格に必要な症例数を満たすことが難しい。
- ・趣旨は理解出来るものの正直他領域の症例を経験することは困難。各専門領域を経験不可能な施設も多くあるはずで所属施設による偏りを生じさせる。
- ・専門分野以外の症例受け持ちは、大学病院ではできません。そのため申請したいと思ってもできません。
- ・大学病院でこれをクリアするのは非常に難しい。
- ・腫瘍内科がある病院でないと、所得は難しい。大きな病院でのみ専門医がとれないとなると、制度上問題ではありませんか？
- ・必須条件を満たすことのできる施設は限定されてしまうと考えます。
- ・この条件をちゃんと満たせるような研修カリキュラムを組んでいる施設はほとんどないのではないかと。実情に合うよう受け持ち症例システムを改変するか、少なくとも理事をされているような施設ではこの病歴要約の条件を満たすような研修カリキュラムを組むべき。
- ・がん専門施設で研修しなくては取れない資格の印象を強く与える条件 実臨床では各科の担当領域に分かれている以上、必須条件をわざわざ作ってしまうのが実臨床にそぐわない もう少し門戸を広げないと興味を持つ人が限定的になる
- ・上記研修が可能な診療体制の初期臨床研修病院の割合の実態調査が必要。がんセンターなど一部の施設でのみ取得可能な資格になっている可能性を考慮すべき。
- ・がんセンターなどの限られた医療機関でしか受け持ちができないので、専門医を増やすためのカリキュラムなどを条件にした方がよいのではないかと。
- ・がんセンター等に勤務歴がないと対応困難。 臓器別診療科で働く人間にも配慮して欲しい。
- ・がんセンターでなければ到底取れない資格です
- ・施設が変わると、以前のデータの収集が困難になったり、施設の診療科の関係で、症例が集められなかったりするので、申請がしづらい。
- ・臓器別診療がまだまだ主体の地方の病院では取得が極めて難しいと思います。地方病院勤務では、がんセンターなどの専門医療期間に国内留学したくても代替医師がいないため難しいです。
- ・地域医療ではすべてこなすことが困難
- ・かなり限られた病院でしか要件を満たせないと思われる。
- ・専門病院であればあるほど細分化されている中で、研修医の時から専門医を視野に入れていないと各科の症例を複数持つことはなかなか大変です。
- ・地方医師の考え方にも配慮が必要
- ・現状の臓器別診療科の指導体制の中で蒸気を経験するのは非常に困難を伴います。研修会や試験で代替できるところは代替いただければと思います。
- ・1)より続きます 自分の専門科以外のところは知識として知っておくことは専門医として重要ですので、筆記試験と、毎年出題分野を変えて臓器別レポート（がん診療レジデントマニュアルのような内容で）に替えるのはどうでしょうか、と思います。
- ・現状の治療の進歩を考えると、広く浅く症例を見ても、化学療法を実際に1人で施行できるようにはなりません。しっかり治療ができる専門医を育てるという観点では、専門とする分野を決めて、専門分野の症例枠として10枠ほど儲けるべきだと思います。
- ・原発不明がん、婦人科がん、泌尿器がんなども必須とすべき
- ・頭頸部、婦人科、原発不明は必須に加えるべきだと思います。
- ・婦人科がん、肉腫、原発不明がんも必須にしてください。

- ・緩和医療症例も 1 例必須としてほしい
  - ・婦人科、泌尿器科なども必須にしてもいいと思います。
- その他のマイナー系領域の薬物療法の均てん化も必要なので、必須とはいかないまでも、推奨領域をさらに広げるべき。
- ・稀少がんについては、要望されやすいので決めておくほうがいいのでは
  - ・現状で問題はないと思っていますが、軟部肉腫などの希少疾患の診療経験があると良いとは思いますが。
  - ・これらの領域が選ばれた理由が明確に試験を受ける方々に伝わっていないように感じます。
  - ・マイナー領域の症例レポートは、査読の際には加点のポイントになっています。加点対象とすることを明記してもよいのではないのでしょうか。そのほうがマイナー領域を経験しようとする専門医受験者が増えると思います。
  - ・当院ではすべて網羅しています。
  - ・施行経験が会った方が良いでしょう
  - ・1-2 ヶ月のローテーションで短期入院の担当を行っただけのサマリーとか読まされたくない。治療が外来に移行して行っている現代に、入院サマリーの提出なんて意味がない。診断から転帰まで揃ったレポートが各 1 例の方に意味がある。
  - ・造血器について
  - ・がん薬物療法専門医は原発不明がんを診る以上は、血液がんの経験が必須である。化学療法・分子標的薬は血液がんから発展してきたものであり、必修から外すべきではない。
  - ・造血器悪性腫瘍は施設によって当該科の無い場合が多い。
  - ・ダメとは言わないが、希少癌である造血器腫瘍を含む事に何らかの思惑を感じる
  - ・固形がんを専門のものが造血器を 3 例、4-5 番目の主治医として入院中にだけ担当して…。意味があるのか？また入院のみで外来を担当していないものが、果たして専門医としての技量を持つといえるのか？病歴要約の評価を何度かしましたが、以上のような疑問を持っています。そして、このような意見を申し上げる場がただの専門医にはない。
  - ・上記領域は必須だと思います。ただし、造血器も白血病を必須にせず、リンパ腫のみでもいいかと思います。そこまで厳しくは・・・というように思います。
  - ・理想的ではあるが、特に造血器は難しい場合もあるでしょう。少なくとも 1 例で良いでしょう。研修の仕組みを作ることに関わっていないのであれば、ここまですべきでないでしょう（各個人や施設任せでは、そのメリットがなければ動けないです）。
  - ・造血器を必須から外してほしい（28 件）
  - ・造血器悪性疾患を必須項目から外して欲しい。症例を経験出来ずに専門医取得の妨げになる可能性がある。
  - ・造血器は以前のように必須としないで欲しい。外科医も少なからず会員であるにもかかわらず、それらの会員を無視して造血器を必須にするのは不公平である。あるいは外科医は造血器は必須としないことにしてほしい。内科の学会を目指しているのかもしれないが、現在の日本で化学療法を行っているのはほとんど外科医である。必須としなければ外科医の入会がもっと増加すると思う。均てん化の為にもっと裾野を広げた方がよいと思う。
  - ・造血器は、受けもちが困難とも思います。消化器は消化管と肝胆膵にわけてください。泌尿器科、婦人科はいらないのですか？
  - ・消化器や固形癌を主に治療している者に造血器悪性疾患の経験を求めるのは厳しい条件と思う。試験は別として症例経験は専門領域中心でよいのではないか。
  - ・専門領域をもって働いていると、今さら造血器腫瘍をみる時間的余裕がないので、取得することが不可能。臓器別の専門医などを検討することもいいのではと思う。
  - ・造血器を必須とするのは、日本の医療事情を考えると、門戸をとじていることにしかかかっていないと思います
  - ・造血器悪性腫瘍の治療概念は知っておくべきではあるが、頻度も少なく必須とするのは疑問。筆記試験レベルで良いのでは。
  - ・造血器必須は廃止してほしい。基本的に、固形がんと造血器腫瘍は考え方が異なり、研修医以降、両方の診療経験がある医師はほとんど存在しない。
  - ・固形癌に関与する医師にとって、造血器悪性疾患の症例確保は至難です。幅広い知識や経験も必要ですが、固形癌だけでもそのフィールドはここ数年で大きく広がってきており、必要な知識量は膨大になっています。造血器を必要としくなくても質の高い固形癌の臨床腫瘍医の育成は十分可能と思います。自動車免許におけるオートマ専用免許のように、別個な形の専門医を作れば良いのでは。専門医の数獲得と、逆に言えば幅広いフィールドから専門医を輩出させていくことも重要だと思います。何でもできる腫瘍内科医は、実は何も出来ない腫瘍内科医（と巷で陰で囁かれる）ような実態をどれだけ幹部は理解していますか？
  - ・造血器悪性腫瘍は専門化しており、必須領域から外し、「その他」として骨軟部腫瘍や皮膚、頭頸部、肝胆膵なども入れるべき。

- ・造血器については他施設を含めて研修が必要なおおおく、複数施設での研修になるためハードルが高い。その後の臨床で血液内科でなければ造血器悪性疾患はほとんど扱わない
- ・造血器腫瘍として、白血病を扱うのはかなり困難と思います。したがって、多くは、病歴要約はリンパ腫となっているのではないのでしょうか。
- ・造血器悪性疾患は血液専門医しか将来診ることがないので、不要。むしろできるだけたくさん領域を含めることで加算されるようにした方がよい。
- ・造血器悪性疾患は、血液内科専門医や大きな施設ではないと経験が難しいので、専門医になるための大きなハードルと感じています。
- ・造血器はなかなか厳しい印象があります。若い内ならローテーションできますが、ある程度年を取ってから受験しようとするれば、障壁になる可能性があります。
- ・元々、固形癌をやっている消化器・呼吸器の医師は内科・外科問わず、造血器の必須はかなり負担になっていると思います。この点が、がん薬物療法専門医あるいは、臨床腫瘍学会のすそ野を広げるのに足かせになっている気もします。
- ・外科系では、造血器悪性疾患の化学療法は困難です。
- ・固形癌の診療とは診断、治療体系が全く異なるので、造血器悪性疾患を必須とするのは、専門医申請へのハードルを無意味にあげている。血液癌患者と固形癌患者双方を診る医師は事実上皆無なのに、また求められてもいないのに、全く意味がわからない。止めるべきである。
- ・肝胆膵領域の死亡数や罹患数は全がんの20%程度を占め、現在では使用される抗がん剤や分子標的薬も増えてきています。一方で、造血器悪性腫瘍は、治療の特殊性があることを理解しますが、頻度が少ないのに、必須とされていることに違和感を感じます。がん薬物療法専門医は地域基幹病院におけるがん医療レベル向上に貢献すべきであり、頻度の高いがん種を必須化すべきと考えます。造血器悪性腫瘍が必須となっているために専門医受験ができない会員がたくさんいると聞いているので、迅速に改善すべきと考えます。
- ・血液領域が入ると取得のハードルが格段に上昇する。「腫瘍内科」としての領域にわたって診療をしている診療科を持つ病院で研修を行わないと取得できにくくなり、一部の病院に対してアドバンテージを与えすぎることになる（研修者が集中する）。必須症例に血液はいれるべきではないと思います。
- ・なぜ④専門科が必要なのか？ そこがハードルになっている
- ・乳腺と造血器については、研究施設によっては、患者数も少なく、症例提示するのがたいへんではないかと思います。症例提示を必須とするのは、消化器、呼吸器のみでよいと思います。
- ・③乳房 ④造血器悪性疾患 2例ずつを同時に経験するのはかなり厳しいいずれかにしないと今後の発展は厳しいのではないかと思います。
- ・乳房と造血器悪性疾患をどちらも診るのは大変。4つのうち3つ以上にする、頭頸部癌や婦人科癌も入れて6つのうち4つ以上にするなどが良いのではないのでしょうか？
- ・血液疾患、乳がん疾患の研修が困難である受験者にも配慮すべきである。例えば、①消化器（上部、下部消化管）、②呼吸器、③乳房、④造血器、⑤頭頸部、⑥肝・胆・膵、⑦婦人科、⑧泌尿器科の8領域から少なくとも4領域について各々3症例以上とし、全体で30症例の方が、ハードルは低くなると同時に、一定の質は保たれる。
- ・「①消化管 ②呼吸器 ③乳房 ④造血器悪性疾患 各3症例以上」は、地方病院ではなかなか困難
- ・前問への回答の通りです。指導医も得手不得手のある方が多く、特に乳癌と造血器腫瘍を一緒に指導いただける指導医が少ないような印象を受けます。どうしても消化器に偏りがちでは？
- ・条件は緩和してもよいと考える。上記4領域のうち3領域が絶対必要条件でどうであろうか。各領域3例以上はこのままで、血液がない、乳腺がないというのを可にする
- ・乳房疾患の経験のハードルが高い。乳腺外科以外で化学療法を経験するのが難しい。
- ・現在の主たる専門領域以外の分野に関しては、過去7年というしばりをはずしてほしい。実際地方において腫瘍内科医が乳癌薬物治療を行っている病院はほとんどないし、乳腺科医が血液がんを扱うこともない。全ての腫瘍を扱うといったシステムが確立している病院というのは中央の一部の病院に限定される。地方や一般病院勤務でも上記治療の経験はあるが、7年以内に全て満たせる条件の勤務形態に出会えることはそうそうない。
- ・high volume center 以外の一般病院では、3領域を過去7年間にという期間限定にされると、受験は厳しい。
- ・7年は短い。10年くらいにしてほしい。（当時の治療と現在の治療を考察するので）血液内科なので血液3例は問題ないが、ほかの科の医師からはハードルが高いと思われる。
- ・過去10年間にする。
- ・7年間という根拠があればそれでいいが、もう少し長くしてもいいのでは？
- ・high volume center 以外の一般病院では、3領域を過去7年間にという期間限定にされると、受験は厳しい。

- ・過去 7 年間は長すぎる。5 年で十分。また、必須 4 領域を各 5 例でも良い。専門領域に原発不明癌、肉腫を加えても良いのでは。
- ・名前だけ借りて申請資格を得ている人が多い。多臓器にする意味がない。
- ・学会がそれぞれの専門医を取得する過程をしっかりと把握していないので症例提出で代えている。症例提出だけのために診てもないのに名前だけ加わっているということがあるというのはよく知られた事実である。これを学会が知らないはずがない。知っておきながら放置しているということは結局学会にとっての専門医の価値、位置づけとはその程度なのかという気がしてしまう。学会は専門医施設をどれくらいの頻度で審査・監査しているのか。そもそもしっかりと経験を積めるようなプログラムと学会が把握していれば症例提出は不要となるはずである。
- ・腫瘍内科専門医としては当たり前？専門医取得後、多くの専門医はまた偏った診療を行っているのが実情？
- ・専門医であればメジャーだけでなく、肝胆膵、肉腫、頭頸部、も診られなければ腫瘍内科医とは言えないとおもいます。形骸的でなくもっと質の高い専門医を排出してください。
- ・内科専門医制度が変更となる今、きちんと研修できるよう各教育施設に働きかけをした方がよいと考えます。
- ・基幹学会模本等に必要とするのか？
- ・これらを全て網羅するのが腫瘍内科ということだと思いますが、日本において腫瘍内科としての位置づけがしっかりしていないので、この報告書の規定と現状の乖離があると思われる。
- ・本邦における臓器横断性がどこまで求められているのかに疑問を感じる。現状ではレポートのためだけに症例を借り、資格をとった後は結局専門領域の症例しかみていない医師が多いように感じる。それであれば、必須領域数がある程度ゆるめた上で審査基準をより厳しくして、本当に薬物療法に精通しているもののみが資格取得できるようにするべきだと感じる。
- ・日本の医療制度にそぐわない。腫瘍内科が普及せず臓器別診療が主であるため、分野ごとの専門医を検討すべき。
- ・日本の現状とあっていない。欧米の真似をする必要はない。
- ・腫瘍内科を専門にしている以外は専門科の診療をメインにすることが多く、専門分野の症例を中心に評価することも必要と思う。
- ・幅広い（がん）疾患での知識と経験が必要ということは理解できるが、日本の現状でスペシャリティ以外の患者をスムーズに受け持てるかが問題。セクショナリズムが働いている大学・施設がまだまだあると思います。
- ・意義が不明
- ・わからない

#### Q49. がん薬物療法専門医リーフレットについてのご意見ををお願いします。

- ・良い、わかりやすい (26 件)
- ・患者対象としたわかりやすい内容だと思います
- ・所属施設内での薬物療法認定医の存在意義が高まり今後も継続して頂きたい。
- ・良いと思います。認定各病院に配って欲しい。外来に置きたい。
- ・いい試みですので、より広く配布してほしい。
- ・意味がない、必要ない
- ・知らない (11 件)
- ・魅力がない、分かりにくい (5 件)
  - \* デザインを含めて内容にあまり魅力がない
  - \* ちょっとわかりにくい気がする
- ・活用できない (5 件)
  - \* 内容は良いが、アクセスできる専門医が地方に十分にいないので、都会では有用だが田舎では無用ではないか。
  - \* 患者の目に触れるように配置しているが、メリットを感じない
- ・あまり目にしない、見たことがない (5 件)
- ・初めて知った (9 件)
- ・特になし (25 件)
- ・ご要望
  - \* 患者さんにわかりやすいものが良い。
  - \* 多職種のかたからもがん医療の、治療だけでなく相談できる存在であることをアピールしたほうが良いと思います。
  - \* がん薬物療法専門医一覧のアドレスも記載していると良いのではと思う。



- \* もっと専門医のことを宣伝してほしい。
  - \* 広報活動は積極的にすべき、定期的に Update する。
  - \* 各病院で使いやすいようにアレンジしてプリントするのが良いと思います。
  - \* 緩和ケアもしっかりできることを記載した方がよい
  - \* あまり病院で見かけません。もう少し PR してもよいように思います。
  - \* そろそろ学生や一般の方にも存在感を出していきたいため、工夫をお願いしたい
  - \* 一般への情報提供をもっとしてほしい
  - \* もう少し一般の方々の目に触れるようにできないでしょうか。
  - \* 個人を出す必要はない。
  - \* 特定の医師は載せなくてよい、掲示しにくい。
  - \* 登場される医師の選択基準を明確化するべきではないかを感じるが、こうした活動は継続していただきたい
  - \* 1年に1バージョンぐらい作成した方がよい。
  - \* 1枚片側でまとめてほしい
- ・その他
- ・リーフレットをみた患者が、がん薬物療法専門医の外来に殺到し混雑する恐れがあります。そのため、当院では患者への配布を見合わせました。
  - ・いま他科で治療中の方が、腫瘍内科で治療を受けたいと思うようなものにしてほしい。しかし、現状のがん薬物療法専門医の多くは単一臓器しかみられないため、リーフレットをみて薬物療法専門医を訪れても門前払いされてしまうという矛盾を抱えています。
  - ・この内容では、がん治療認定医との違いがわからない。各臓器の専門医によるがん治療との違いもわからない。
  - ・薬物療法への理解を広めるよりも専門医の宣伝になっている印象があります。
  - ・リーフレットよりもメディアを使った啓蒙を行うべきでは？
  - ・がん薬物療法専門医が、いない病院や少ない病院は、マワパワーもなく、組織が混乱することもある
  - ・私自身は外科医なので、どちらかという自己否定されている気分になる内容である。外科の方が、10年以上前は外科の方が多数の癌種を診る機会が多かったため、内科よりも横断的に考えられる、と自負していました。当院は専門医が新たにでません。暫定指導医なんてのがあるから、暫定指導医がいれば困らない？との認識で病院としていつまでも専門医が新たに生まれなのではないか、と思っています。
  - ・当院では使用していませんが、どれくらい普及しているのでしょうか？
  - ・以前ご案内頂いたことは把握しています。その後病院配布などがどうなったのかなど把握できていません。
  - ・どのくらい配布されているのでしょうか

## Q50. 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
  - \* 腫瘍内科医としての identity を保つためにも必要な、専門医資格だと思います。腫瘍内科の看板を上げることで、がん薬物療法専門医としての仕事も行いやすくなっています。ただし、医療の進化速度は早まっており、自己研鑽は常に必要だと日々感じます。
  - \* がん薬物療法専門医の増加で院内のがん臨床の質が向上したと実感します。
  - \* 院内に私一人しか専門医がいないので、化学療法の専門家というよりも、がん診療全体のコーディネーター～まとめ役のような仕事をしています。
  - \* 専門以外に原発不明癌などあれば自分の所（癌薬物療法専門医 2名）に連絡がくるシステムを構築したので、特に整形外科や脳外科との連携が早くなりました。化学療法の管理等は委員会等での関与に留まっています（すでに週90時間近い労働時間でこれ以上は働けないので）。
  - \* 診療現場ではありませんが、化学療法委員会などでレジメン審査したりするときに、リーダーシップを取っています。
  - \* 自分はガンの治療を領域別専門医に指導受けて来ましたが、臓器横断的に診断・治療・意思決定支援を担え、かつ手術・抗がん剤・放射線・緩和療法すべてを治療に用いることが出来る腫瘍診療医が今後不可欠であり、その中でも薬物療法専門医に求められる能力はとて大きいと感じています。
  - \* 院内コンサルやセカンドオピニオンなど司令塔的な役割を担っており、現在の方向性を希望している
  - \* 重宝しています。
  - \* うまくいっていると思います

- \* もっと増えてほしい
- \* 機会があれば取得したいと考えています。
- \* 薬物療法専門医といっても何が専門なのか、わかりづらい。多くの医師は何でも診るわけではない（その様な立派な医師も知ってはいるが）のが現状では。
- \* 以前外科医は「手術しかできない」と批判されたが、がん薬物療法専門医は「化学療法しかできない」「臨床試験・治験にしか興味がない」状況ではないか？ 大規模病院からの紹介では本人の生活への支援が乏しい症例が多く、大変残念な現状がある。（中には素晴らしい支援をされている施設もあるが）
- \* 専門医資格だけのステータス的なものの気がする。活かすというよりは、ホールドしていることに意義があるかのよう。
- \* 臓器別に診療することがおこなっており、今さら臓器を超えてがん治療の専門医を必要と思われない。
- \* 日本の医療制度にそぐわない。腫瘍内科が普及せず臓器別診療が主であるため、分野ごとの専門医を検討すべき。その上で、化学療法剤の使用に資格制限を厳密に設けるべきと考える。
- \* 日本の医療システムにはマッチしていない。
- \* 「腫瘍内科医」を目指すべきであると考えます。臓器によらず必要な薬物療法を遂行するのが、がん薬物療法専門医であると考えます。残念ながら当院では、専門医資格をもっているものが、「今回の患者さんに対する標準治療には慣れていないので、自分が専門とする領域の慣れた治療を行いたい。」とレジメン申請してきたことがあります。非常に残念に思いました。
- \* 年配の医師は従来の縦割りを好み、既得権益（ケモの売り上げなど）から腫瘍内科の発展をどちらかというところ阻害している。よって現実には活躍の場は限られ、当院ではメリットはほとんどなし。
- \* リーフレットを作成して、受診の機会を広げても、真摯に対応できない、十分な時間がとれないようであれば、がん薬物療法専門医の評判を下げていただけと感ずています
- \* がん薬物療法専門医として専従で働けることが理想であるが医師の豊富な大病院以外ではなかなかできないー例えば外科医なら他の仕事（手術）と兼業しなければならぬ。
- \* 専門医となったことによって、全員が勤務先で能力を発揮できているかどうか疑問です。
- \* 日常の診療現場ではあまり役立っている資格ではない
- \* 一般市民からも病院からも特に専門医の資格を求められることはない。いても邪魔にならないが真実かもしれない。
- \* 他科の診療に関与することのハードルが高すぎて、取得は不可能であると考えています
- \* 複数のがん腫に関する知識を有することはある程度必要と考えます。ただし、全てのがん腫に対する臨床技術を身に着けることは、非常に困難なように思います。
- \* 日常臨床では、まずは臓器別の専門医に尋ねてしまいます。
- \* 専門領域で専門であればよい
- \* 学術的な立場と臨床的な立場があると思いますが、どうも学術的立場に立ちすぎているような印象があります
- \* がん薬物療法のみを専門とし、全人的な医療・ケアを行っていない医師が多いような印象を受けます。
- \* 上記専門医資格をお持ちの先生方も結局はご自分の専門分野に限定して仕事をなさっている印象です。乳腺診療においてお力を頂いたことは一度もありません。
- \* 専門医の資格を持っていても、自分の専門外の疾患は診療しない先生が非常に多いと思います。専門医がかなり増えたように思いますが、資格に見合う仕事をしている先生が少ないと思います。
- \* 専門医になったが、実際は自分の専門以外しか患者を診ていないことが多いと感じる。
- \* じっさいにはこのような広範な診療をしている先生は少ないのではないかと（ご自分の専門がある）臓器にくられた専門医が多すぎる。しかし、臓器横断的な内科をベースとした医師自体は少なすぎて、特に有用性も不明。
- \* 偏った科の診療を行っていることが多いのが実情。
- \* 専門医の方が、消極的なので困っています。
- \* 認定施設要件として専門医・指導医が一定数必要であるにも関わらず、その取得に全く意欲のない医師も多い。当院だと、血液内科 1 名と外科 2 名が専門医を取得しているが、消化器内科・呼吸器内科・婦人科・泌尿器科等の医師は、日常、固形癌の治療をしているにも関わらず当学会への入会・専門医制度に興味がない。結局、院内での治療等の統一が図られにくい土壌になっている。
- \* 病院によって役割が違うので、単純にあり方を議論するのは難しいと感じている。
- \* 抗腫瘍剤の適応外使用など、エビデンスの乏しい治療を行う医師も少なからずおり、コメディカルなどから相談を受けることもある。自分の方が、医師としては若い立場にあると、アドバイスも聞き入れてもらえないことも多い。
- \* あまり意味を感じない

- \* どの医師でもがん薬物を取り扱えるのでは意味がない
- \* あまり前面に出ていないので役に立っていない
- \* あまり反映されていない。
- ・提案, 専門医像など
  - \* 拠点病院を中心に活躍できる場を設ける必要がある。
  - \* 総合内科履修を義務付けてはどうでしょう？
  - \* 資格はとつても、業務は個々で異なります。いろんな専門医がいる多様性をもっと活かしてみたいかでしょうか。
  - \* 外科学会認定登録医をベースとした資格の取得・維持を可能にして欲しい。
  - \* 結局、資格を取る時だけ臓器横断的なことを示すが、日常臨床では自分の専門の患者のみを診ている者が大半。それをふまえて現実的な対応をしたらどうか。
  - \* がん薬物療法は完治がまれです。治らない患者さんへの接し方を座学で勉強する必要があるとおもいます。提供できる治療がなくなったあとの医師のアプローチはあまりに poor なことが多いです。
  - \* もっと副作用に目の配れる専門医を育ててください。がんセンターとかだと副作用が出た場合ほとんど丸投げです。
  - \* major のがんについては、担当科との風通しのよい関係ができていけば話しも簡単なので治療方針で問題になることはほとんどない。一番困るのは稀少がんの治療方針であり、このようなときこそがん薬物療法専門医の真価が発揮されると思う。がん薬物療法専門医以外の医師が抗がん薬を扱わないアメリカとは医療提供の仕組みがまったく異なるので、日本の実情に合った制度の構築が必要なのではないか。
  - \* 様々な科が抗がん剤に手を出しており、実際、各科の収入が違ってくるので、なかなか各科は手放さないと思う。専門医は薬の選択から治療にもっと中心的な立場になれるような工夫がほしい。
  - \* 現場で（大学病院やがん専門病院のみならず地域の中核病院で）活躍され、必要される人材の育成を第一に考えるべきです。消化器の領域はまだまだ外科医が化学療法の主導権を握っていることが多く（大学医局の関係、窓口として患者数が多いこと、その他研究費獲得の観点等で）、その中で対等に外科医とやり合うにはサブスペシャリティーとしての実力、経験が不可欠です。そういう人材を育成するにはどうしたら良いか、真剣に考えるべきだと思います。ただのコンサルティングドクターが良いのか、外来化学療法室で見張り番みたいになんか点滴刺しをしたり、患者を診るといってレジメン登録等で大学や病院をマネジメントすること（つまり、主担当医になって外来や入院患者を診ないこと）が本当に専門医としてやりがいのある仕事なのか、現役の専門医たちの率直な意見が聞きたい。少なくとも学生や若い研修医が、将来なりたいと思わせる、理想的な医師像を考えた場合、今の「がん薬物療法専門医」のあり方が理想像に近いのかどうか、正直疑問です。患者に直接深く関与し、もっともっと現場で活躍できる医師であるために、どうしたら良いか、ここを議論して欲しい。
  - \* 複数の専門医がいるような病院では、もう少し院内でこれらの先生方と一体となってシステム作り、症例相談などをやっていくべきである
  - \* がん薬物療法専門医の仕事に専念できるような環境を作るべき
  - \* 専門臓器だけしか見ていない先生も多い中、腫瘍内科専門で、学会が意図した本来の姿で頑張っている中堅、若手の先生をみていると、彼らをもっと活躍できる場を提供できるように、してあげられないかと思えます。血液腫瘍も含む様々ながん腫を日常診療でみている専門医、ないしはそのような専門医を目指している若手の医師を集めて、意見やアイデアを、もらう集まりを持つてはいかがでしょう。そうすることにより、何が足りて、何が欠けているかが分かるように思えます。
  - \* 現状では腫瘍内科としての専門科がある施設は少ないように思えます。施設間での位置づけの差は大きいように思われ、専門医の「価値？」みたいなものを高める必要があるように思えます（専門医としての自覚をもてる環境??）。
  - \* もっと数を
    - \* 薬剤が多数になってきた背景を考えるとある程度の専門医による使用制限が必要と考える
    - \* ・もっと、診療科長、教授が増えるべき ・通院治療センターの統括は専門医がするべき ・カンサーボードの統括は専門医がするべき ・治験、臨床試験の管理、支援に専門医が積極的に参画するべき ・学会で行っている、甲状腺診療連携などの取り組みに、専門医は積極的に参加するべき ・専門医であることを明らかにして、セコンドオピニオンにも積極的に取り組むべき ・各臓器別臨床試験グループにおいても、リーダー、オピニオンリーダーになるべき ・臓器別の専門制を述べる前に、「がん薬物療法の専門家」であることを積極的にアピールすべき。 ・次に続いてくる後輩に積極的に専門医取得を促すべき。
  - \* エビデンス原理主義的な専門医が育っていないかが懸念されます。もっと、communication skill の教育にも気を配ってもよいと思います。
  - \* がん治療認定医との違いが一般の方に認識されていない。

- \* がん治療認定医との差別化が必要。
- \* 各疾患別の専門医とどう切り分けすべきなのか
- \* がん薬物療法専門医の名称がわかりにくい為、当学会の事を知らない人にとってはその価値が伝わりづらい。がん治療認定医の方がわかりやすいので、そちらの方が価値がある資格のように受け止められてしまうことがある。がん治療専門医という呼称は難しいのかも知れないが、それに類似するような、何か分かり易い名称への改変も一考の余地はあると考えます（ひいては専門医資格の普及にも繋がると思います）
- \* いまのところまだまだ認知度が低いと感じる。「がん薬物療法専門医」というネーミングも認知度の低さに関係しているのではないかと感じるので「腫瘍内科専門医」などに変更できればそのほうがよい。
- \* 「がん薬物療法専門医」というよりも、「腫瘍内科専門医」としたほうが、色々な意味でおさまりが良い。内科以外の医師が取得しても一向にかまわないと思う。アメリカでも、産科医が内科専門医資格を取ると、年俵が上がる。「がん薬物療法専門医」では他科領域の人にはすんなりと受け入れられないのではないかと？
- \* 過去に議論された点ではあると思われるが、疾患の診断や診療を行うのが医師の仕事であり、「薬物療法専門医」では薬剤師との境界があいまいに感じます。学会名が臨床腫瘍学会であることを考えれば、「(臨床)腫瘍学専門医」に変更してほしいと思っています。

#### ・インセンティブに関するご意見

- \* 保険診療で、インセンティブがあればいい
- \* なんらかのインセンティブがあると良い。雑用だけが増える印象がある。
- \* 診療に関するインセンティブが少ない。病院が外来化学療法加算を得るためにがん薬物療法専門医の関与を必須にしたり、新規薬剤の導入時にがん薬物療法専門医の関与を必須にしたり、適応外使用を検討する際にがん薬物療法専門医が行うことを必須にする、など病院にとってがん薬物療法専門医が所属することのメリットがはっきりするとよいと思います。
- \* 大きなインセンティブが無いのが不満。
- \* 専門医のとする意義をよく理解していない方々が増えているように感じる。 一方で、他の専門学会に比し、インセンティブが低いと考えられる
- \* インセンティブが何もなく、専門医が診療を行うことによるメリットが病院や患者にアピールしにくい。
- \* インセンティブがつくように政府当局との交渉を頑張してほしいです。
- \* 周りの薬物療法専門医をみていると、苦労してとった割に標榜もできず、現状ではあまりメリットを感じない。取得後の地位向上を考慮したほうが良いと思う。
- \* やはり、がん薬物療法専門医にしかできない診療行為、というものがないと、インパクトは低いように思います。
- \* 保険点数にがん薬物療法専門医の管理指導の項目を追加していただきたい
- \* がん診療の専門医が他科との連携が必要となるような保険点数上の仕組み要望してほしい
- \* 給与などで評価されていない
- \* 指導や診療の際に何か加算があると、病院に雇用してもらいやすい。

#### ・認知度に関するご意見

- \* いまのところまだまだ認知度が低いと感じる。「がん薬物療法専門医」というネーミングも認知度の低さに関係しているのではないかと感じるので「腫瘍内科専門医」などに変更できればそのほうがよい。
- \* 専門医としての認知のされ方や待遇が不十分
- \* もし専門医を活用したいのであれば、一般の患者により広く認識させる努力と、専門医へのメリットを示してほしい
- \* どういう立ち位置なのかわからない。ポストがまだない。取得してもメリットがない。
- \* がん薬物療法専門医が開業医でもメリットがあるように保険制度を改定してほしい(例：G-CSF はがん薬物療法専門医の開業医が施行すると保険点数が追加されるなど)
- \* 難しい試験に合格し、試験までである更新条件をクリアして専門医で居続けているのだから、もっとメリットがあってもよい。例えば、免疫療法や分子標的薬などは、がん薬物療法専門医しか処方できないようにすればよい。
- \* がん薬物療法専門医資格を持つメリットをもっと拡大してほしい。 例) 給与に反映するなど国家としても対策してほしい
- \* 少しずつ浸透してきているのか、関連病院から専門医がほしいといわれることがあります。でもまだまだメリットを実感して仕事をしている専門医は極めて少ないのではないのでしょうか。

- \* 周知されていませんね。学会自体が知られていない。

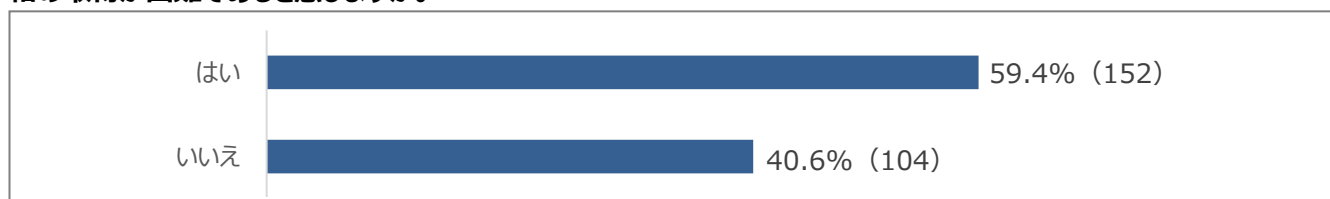
## ・その他

- \* 地方では専門医であるメリットはない。
- \* 地方の患者が大学など、長時間またなくても、民間病院で標準的な化学療法をうけることができるためには、もっと民間病院の医師が資格をとれるようにしてほしい。
- \* 一人診療科となっているところが、全国、とくに地方に多く、そのバックアップ体制が確立されることを切に望みます
- \* 腫瘍内科医は Generalist だともうが、最近のがん薬物療法専門医は Specialist 傾向で、一般病院では使い物にならない。
- \* 拠点病院ではない一病院で働いていますが、適切ながん薬物治療は実際は難しいことが多いと感じています。その原因は高齢化による本人や家族の理解不足や通院困難、古い知識で治療を行う医師の存在などです。
- \* 外来化学療法の運営以外の診療として、コンサルテーション、主治医として担当、phase I など、施設によって求められるものは変わると思います。今後腫瘍内科医を目指す若手を増やすために、専門医がどのように働いているのかが知りたいです。多くの医師は、単なる「資格」をとった専門医ではないでしょうか。
- \* がん薬物療法専門医がどのように活躍しているのか見えない。
- \* 薬物療法の先進は確かに目覚ましいが、ともすればその魅力の発信に偏り過ぎる傾向があると思われる。無駄な医療をしない、お守り代わりの化学療法は厳に慎む、そういった発信を非専門の医療者にしていくことも専門医の重要な責務と考える。
- \* 国家試験にがんの問題を作らせないと
- \* もはや専門領域でしか患者さんを見ることのない自分ですし、一線を外れておりますが、専門性をもって勉強したいと思い、学会に加入しています。ガンは治る時代になったいま、治療後の患者さんの心に沿える医者であり続けたいと思っています。
- \* 専門医機構に入れるようにしてほしい。このままだと、がん薬物療法専門医の意味がなくなる
- \* がん薬物療法専門医資格を、全臓器横断的共通資格（1 階部分）と臓器別資格（呼吸器癌部門専門医など：2 階部分）への分割、2 階建て化による個別取得や更新を考慮すべき。全臓器がんの横断的診療体制はがんセンターなど極一部の施設を除き、大多数の施設では非現実的な資格設計である。各臓器学会との資格設計協議が不十分だったことが新専門医制度から締め出された事につながったのでは。
- \* 新専門医制度の中で、どういった立ち位置でいくつもりなのか、学会としての方向性がわからない。
- \* 立ち位置が微妙・・・ JBCT の認定医もついてこなくなったのは納得いかない
- \* がん薬物療法専門医の位置づけが不明瞭。自分には今のままの専門医ではとる必要性を感じない。もう少し資格試験のハードルを下げなければ普及はせず、恐らく、無意味な専門医になると思う。

**Q51. がん薬物療法専門医資格を取得されていない方にお聞きます。今後、がん薬物療法専門医資格を取得したいと思いますか。**



**Q52. 「はい」と回答された方にお聞きます。現在所属している施設では、施設の要件として、がん薬物療法専門医資格の取得が困難であると感じますか。**



## §その他ご意見

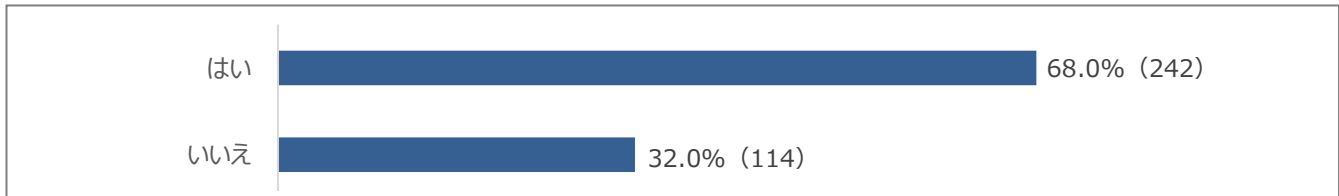
### ・他科での研修が困難（41 件）

- \* 他科ローテが困難
- \* 他科の患者を診るのは現実問題として不可能。
- \* 担当科の診療レベル維持だけでも精一杯。がん薬物療法以外の日常業務も多くて他科研修など不可能。

- \* 自科の診療に責任があり、他科のローテーションはこの歳ではできない。
- \* 大学院生のため他科の医師に症例を経験させてもらうことができないと断られた。
- \* 勤務先が大学病院で、他科ローテーションのハードルが高いため。
- \* ローテーションシステムに乏しいため
- \* 各診療科の壁が厚く、各分野の化学療法を経験するローテート研修の機会が不十分。
- \* 専門分野以外の研修が困難です。
- \* 症例が偏っているから。専門的な症例報告を書いても、専門医試験には受け入れられないから。
- \* 「①消化管 ②呼吸器 ③乳房 ④造血管悪性疾患 各 3 症例以上」は、地方病院ではなかなか困難
- \* 放射線治療ができない、血液内科がない
- \* 血液内科と腫瘍内科が別のため。
- \* 以前は、教育施設で訓練を受けたが、肺癌、乳がん、消化器癌のみ訓練を受けて、血液は受けておらず、専門医がとれない。今の施設ではさらに厳しい。
- \* 血液がんの取り扱いがない
- \* 多分野の症例に当たれない。
- \* 必須となる症例を集めることができません。
- \* 専門領域以外を診療するシステムが存在しない。
- \* 大学病院では診療科横断的診療が難しい。
- \* 卒後かなり経過後に入会・取得を考えたため、研修制度以前であり、多分野の準備困難
- \* 自診療科以外の疾患を診療することは化学療法部や薬物療法部以外では困難。
- \* 外科なので、内科を回る時間を作ることがむづかしい。
- \* 専門以外の領域の症例を経験する時間的余裕やシステムがない
- \* 専門施設であり、他臓器の症例の経験が困難。
- \* 専門家されており、上記 4 分野の経験ができない。
- \* 消化管症例の化学療法を消化器外科がしてしまっているので、経験が難しい。
- \* 特定の症例数不足
- \* 多臓器の癌を診療する体制が整備されていないため
- \* 専門以外の受持は困難であるため
- \* 自分の主たる専門領域以外の疾患の治療に携わることは難しい環境であると感じる。
- \* 呼吸器科単科病院のため
- \* 一部、症例経験が困難
- \* 消化器内科なので経験できる症例に限りがある
- \* 多臓器疾患をみる仕組みがない
- \* 診療科の垣根を越えての対応は困難
- \* 多分野にわたる研修が困難
- \* 他分野の症例が経験できない
- \* 放射線治療の設備がない、指導医がない
- \* 受け持ちになりにくい領域がある。
- \* 標準治療の症例が多くないため
- \* 全ての要件を満たすのは困難
- ・造血管の診療が困難（8 件）
- ・認定研修施設ではない（5 件）
- ・施設について
  - \* 誰もとっていないので
  - \* 出身大学には腫瘍内科はない
  - \* 専門医、暫定指導医の不在（2 件）
  - \* 症例数等十分に整っています。しかし専門医が次々去っていき教育病院維持が困難になる地方弱小病院の悩みがいつも付きまといます
  - \* 医師不足が深刻化している。自身も一人医長状態であり、異動するにも後任者確保が難しい。
  - \* 限られた施設でしか修練が認められないため受験資格自体を得ることができない。
  - \* 医局所属だから異動を余儀なくされたら資格取得は無理。

- \* 申請資格を得る方法や体制がない
- ・その他
  - \* 製薬企業での経験は年数としてカウントされないため。
  - \* 企業所属（2件）
  - \* 開業医のため（2件）
  - \* 忙しい，時間がない（2件）
  - \* 現在の業務に必要な

**Q53. がん薬物療法専門医の方にお聞きます。専門医の役割が活用されていますか、もしくは取得したメリットを感じますか。**



**§その他ご意見**

- ・メリットを感じる
  - \* 自分のなかでは感じている
  - \* 専門病院内でのメリットは感じないが、他機関では重宝される印象。
  - \* メリットはあるようにも感じるが、今の職場ではそれほどない。
  - \* 教授選では有利に働いたようだ。
  - \* ただし正当に評価されているかは微妙。
  - \* 標榜出来ること
- ・変わらない，メリットはない
  - \* がん専門施設でいるともっているのが当然なので、あまりメリットは感じない。
  - \* 地方会などの予定が増え、所属医療機関から退職しづらくなっただけで、取得以前と何も変わらない
  - \* 今のところは特にない
  - \* 実利は何もありません。
  - \* メリットは、これといてない。デメリットは、専門医維持に試験や更新料、セミナー受験など費用がかかること。
  - \* 職場におけるメリットは皆無です
  - \* 院内のがん薬物療法委員長として院内の化学療法の監視役をしておりますが、院内全体の化学療法の現状が変わった訳でもありません。
  - \* メリットはほとんどないです。
  - \* この専門医を取得した前後で、日常診療に変化はないため。
- ・わからない（8件）
- ・がんセンターにいるせいだと思います
- ・医師免許さえあればいいのかもしれない
- ・保険診療で、インセンティブがあればいい
- ・市中病院で専門医数も少なく、まとまった活動ができるよう今後も整備が必要である。
- ・大学病院では実臨床での有用性は限定的な印象あり
- ・大学で一定のポジションにいと、専門医があることは、周りに対する誇示だけで、実質がともなっていないように思います。ただ、ないと肩身が狭いと思うのかもしれませんが。
- ・医師免許さえあればいいのかもしれない

**Q54. 上記設問で「はい」または「いいえ」と回答された方は、その理由を自由記載にてお書きください。**

- ・はい
  - \* モチベーションを高く持てる，やりがいを感じる（16件）
    - \* 専門医としての自覚をもって癌薬物療法に専心できるようになった。
    - \* 腫瘍内科医としてのアイデンティティとを感じるから。
    - \* 患者よりも、医療従事者、他科からのコンサルトが増え、自らの自信と向上心、モチベーションにつながる。

- \* 自覚の問題。専門医更新のため、知識をアップデートする機会がある。
- \* がん薬物療法専門医であることを自覚して、研究、教育、臨床を行っている。特に教育においては、後輩に腫瘍内科学の概念と知識と実践で教育する場合に資格は有効である。また、臨床においては、抗がん剤に特化した専門家であることが、役職に考慮されている。すなわち、通院治療センターの統括、TR 研究、治験、IRB などの統括の役職につく。
- \* 誇りを感じています。なので診療も研究も専門医に恥じないように頑張れます。
- \* がん拠点病院で勤務しており、やりがいを感じております。
- \* 勉強になります（強制的に）
- \* 専門医になるまでの過程が厳しい（お金を払えば、セッションを受講すれば取得できる資格ではない）ため、誰もがなれるものでもなく、それ故に価値を感じる。
- \* 専門医としてのプライドを感じる
- \* 自分に自信が持てることですかね。
- \* 他診療科から、専門医としての診療相談を受ける。必要とされていることを実感するため、
- \* 専門医同志の交流などから知識や情報が増えた
- \* 多くの領域における腫瘍を学べたと思います。
- \* 広い薬物療法に関する知識がアップデートできる
- ・がん診療の場で活躍できる（46 件）
  - \* がん診療におけるリーダーシップを取りやすくなった。
  - \* 院内のがん診療の中心的役割を果たせる
  - \* 院内の化学療法委員、臨床試験への参加、化学療法センター運営等で他診療科の治療内容も理解できるため。
  - \* 臓器横断的な部署の責任者を仰せつかった。
  - \* 院内でのがん薬物療法に関する専門医としての役割を果たすことができる
  - \* 院内薬物療法の要として活動できている
  - \* 院内全体の化学療法のまとめ役のような業務をすると、持っておくと運用しやすい。
  - \* 臓器横断的に化学療法を提供している
  - \* 他科診療のコンサルテーション・臓器横断的な診療に従事しています
  - \* 他科加療中の癌診療がエビデンスに基づかず、個人の経験ベースでされている場合、治療介入することが可能となっています。
  - \* 院内のがん薬物療法に関する意志決定プロセスに参画できるようになった。
  - \* レジメン審査会への参加など、院内の薬物療法の安全性向上に携わる機会を頂いている。
  - \* 化学療法レジメンの取り決めやチーム医療の中に入っている。また、その役割においての意見のコンセンサスが得られやすい
  - \* 院内化学療法レジメン審査委員を務めていますが、がん薬物療法の横断的な理解は多彩な薬物療法の科学的妥当性を判断するうえで役に立っています。
  - \* 薬物療法関連の専門的意見を求められたりするようになった。また、その意見が通りやすくなった。
  - \* 大学病院などの高度医療機関では地域から集められた原発不明がんを他科から紹介され、がん薬物療法専門医が診療すべきということが明確になっている。そのため、患者のたらい回しが起こりにくくなっている。
  - \* 病院から必要とされ、重要な仕事を与えられるため、有意義を感じる。
  - \* 専門医同志の交流などから知識や情報が増えた
  - \* 当施設の中でも一部の方はがん薬物療法専門医の存在を知って重宝してくれていると感じる。一方で、世間全体ではやはり「がんは外科疾患」というイメージが強いので内科医の役割はあまり知られていない（腫瘍内科医がいなくても案外誰も困らない）ということも痛感する。
  - \* 専門家として最も高い評価を得ている。新薬の取り扱いも問題ない。
  - \* 門医の立場から意見ができる。後輩も専門医をめざしてくれている。
  - \* 化学療法に不慣れな診療科のサポートが可能。臓器横断的な支持療法の策定に関わられたこと。
  - \* 自分がやりたいことの専門をとることによって、目につくため希望する役割がまわってくる
  - \* 臓器横断的、複数診療科からケモの要望を受けることができる
  - \* がん拠点病院となり、院内でいろいろな診療科より抗癌剤や支持療法についてコンサルトを受けるようになった。
  - \* 薬物療法専門医を取得してからの考え方などがかなり変化しコンサルティングを受けることが増えるようになった。
  - \* 抗癌剤治療に関して相談を受ける機会が増えた。



- \* 甲状腺がんの診療が可能となった
- \* 原発不明癌、肉腫の診療に携わっている
- \* 原発不明癌や内分泌腫瘍など簡単に診断できない腫瘍性病変の診断の責任部署として仕事ができるから。
- \* 広く勉強したことで専門領域診療に生かされています。
- \* 実地医療、教育、研究においてがん薬物療法を担当している。
- \* 役割が増える
- \* がん薬物療法に関する業務を任されるようになっていく。
- ・薬剤の取り扱い
  - \* ニボルマブなどを病院で採用するときに、がん薬物療法専門医が病院に存在する必要があった。
  - \* オブジーブ使用の施設要件などに関係するため。
  - \* いろんな抗癌剤が使えるのはありがたい 特に地方で化学療法専門医が少ないと、いろんな癌腫を診る必要があるの  
で JBCT との差別化をしっかりしてほしい
- ・患者さんにとってわかりやすい
  - \* 患者にもがん治療の専門家とわかりやすい
  - \* 患者さんや家族から、抗癌剤治療の専門家であると思って頂けることで、安心してもらえる部分もあると思います。
  - \* 患者からの信頼が得られる。 専門医嗜好が強い患者が増えている。
  - \* 日常診療において、患者さんへの説明、他の選択肢等、相談されることは大きなメリットと感じます。
  - \* 勤務地域に専門医が少ない、取得していることをネット等で調べて受診される患者さんがいる
  - \* 患者さんからの信頼が得られやすいと思います。
  - \* 患者さんが来ます
  - \* 専門医ということで、信頼される。
- ・立ち位置が明確になった
  - \* 腫瘍内科医である事を明快に示す事ができる。
  - \* 病院内での立ち位置が明確になる。
  - \* がん医療における役割分担を明確に示すことができる。
  - \* 専門性が明確なので説明の必要がない。教授選考、外来化学療法室責任者選考の条件にされることもある。
  - \* 専門医を持っていることにより、腫瘍内科医としての仕事が行いやすくなると感じます。
  - \* 腫瘍内科として認められるために必要
  - \* 腫瘍内科医であるというクレジットとして、専門医であることは重要。
  - \* やはり、他の有象無象との区別としては良い。
- ・診療科が出来た
  - \* 当県としては初めて診療科を設立いただいた。但し、外科系の教授とお話しする限りでは薬物療法専門医の重要性は認識されていないと感じられる。
  - \* 腫瘍内科という診療科を立ち上げることに役立った。
  - \* 専門医を標榜し、院内の化学療法システムづくりを開始できた
- ・施設
  - \* がん拠点病院としての要件を満たすため
  - \* 専門病院に所属しているため必要な資格だと思います。
  - \* 専門医を取得した結果、自施設が教育施設となり、自前で専門医が養成できる体制となった。
- ・「専門医」の資格
  - \* 専門医の呼称を持つ為
  - \* 組織運営上「専門医」と肩書きを持つ職員としての対応を求められ、それに対応できる。
  - \* 腫瘍内科の所属でスタッフになる際に、専門医があることが必要とされた。
- ・その他
  - \* 学生・研修医に腫瘍内科の必要性や将来性を教えるのに専門医という偶像はあった方が良い。
  - \* 支部例会での若手勧誘など
  - \* 感じてはいますが、取得前に想像していたほど大きいとは感じていない、のが正直なところです。
  - \* 指導医になれることぐらい
  - \* 前病院では化学療法委員会に属し、活動の場があったが、本勤務先では委員会に属しておらず活動の場がありません。

- \* どの専門医資格でもそうですが、資格と実際の力量は必ずしも相関しないので、何とも言えません。
  - \* 外来化学療法加算がとれるため
  - \* 多少はある。
  - \* 血液悪性疾患を主にみているが、固形癌の合併(同時・異時)が時々ある。
- ・いいえ
- ・臓器横断的な診療ができていない、必要ない (17 件)
- \* 横断的にみる対応ができていない。
  - \* 現勤務先では、臨床血液診療を行っているだけで、がん薬物療法専門医の資格は有効に活用されていないため。
  - \* 薬物専門医をもっていても無くても、同じような診療・治療をしている。医師としての評価も同じで差別化されていない。
  - \* 専門診療科以外のがん薬物療法はほとんど行っていないため。
  - \* 自分の専門領域の癌しか実際は診療をしていない為
  - \* 取得後に何も仕事に変化はないから。
  - \* 特に役割に変化がない
  - \* 自分の専門以外で有効活用されたことはないから
  - \* 腫瘍内科医として働いていない
  - \* 残念ながら当院では血液内科の仕事しかない。
  - \* 特にもっていてももっていないくても、臨床上で困らない。
  - \* 臓器横断的な専門医の必要性をあまり感じない (少なくとも、患者からはそういった声を聴かない)
  - \* 活用方法が特にならない
  - \* 他科が必要と思わない 専門知識がなくても診療できると思われている
  - \* 専門医資格を有することの意義がわからない。
- ・インセンティブがない (11 件)
- \* インセンティブはない。後進が育たない。
  - \* 何のインセンティブも感じないから。当初、学会は何らかのインセンティブがあるようにすると言っていたような気がします。
  - \* 給与には反映されない。患者の遠方への紹介時などには専門医のいる施設ならば安心感を感じる。しかしながら、首都圏で仕事をしている自分自身としては意義は低く感じる。
  - \* 特に診療報酬上のメリットや給料への反映はない。
  - \* 維持するために相当の支出を要するのに報酬に反映されない。
  - \* 未だに専門医としての advantage が少ないと思われます。臨床上、医療経営上で重要な位置を占める資格でないと、専門医を目指す医師は増えないかと思われます。
- ・実感がない (9 件)
- \* 現状で特別な役割を担っているという実感がありません
  - \* 取得して特に役だったという実感はない
  - \* 資格があったことで、プラスを感じていない
  - \* 忙しくなるだけでメリットを感じないから
  - \* 今のところ自己満足のみ。
  - \* 現時点で履歴書などに記載する以外に、メリットは感じないため
  - \* 実質的にはなにもない。一目置かれることがある程度である。
- ・施設、地域について
- \* がん専門病院で働く分には直接のメリットは感じない。
  - \* まわりが専門医だらけなので。そうでない環境では貴重と思います
  - \* がん拠点病院以外ではメリットは感じない
  - \* 地方では取得しているメリットを感じない。
  - \* 都市部の大病院や大学病院の専門医と、地方の小病院の専門医では一名の重さが違うので何とも言えないと思います。
- ・がん治療認定医との差別化
- \* 認知度が低く、がん治療認定医との差別化が乏しい
  - \* がん治療認定医や資格なしの医師との違いが、一般診療上あまり認識されていない。
  - \* 処方制限などに対する対応では、がん治療認定医をもっていれば十分なことが多いです。

・認知度が低い

- \* 専門医とっていても、社会的、医学界での認知が低い。
- \* 自分の領域で取得している人が少なすぎて、全く認知されていない。
- \* 取得するのは大変な資格であるが、取得したからと特に認知されている専門医資格でもない。JSMO 会員や腫瘍内科に興味がある方以外には一部知られている程度であるので。
- \* 当院にがんセンターがあるが、院内ポストや外向けのアナウンスに使われているのみで、専門医をそもそも誰も知らない。

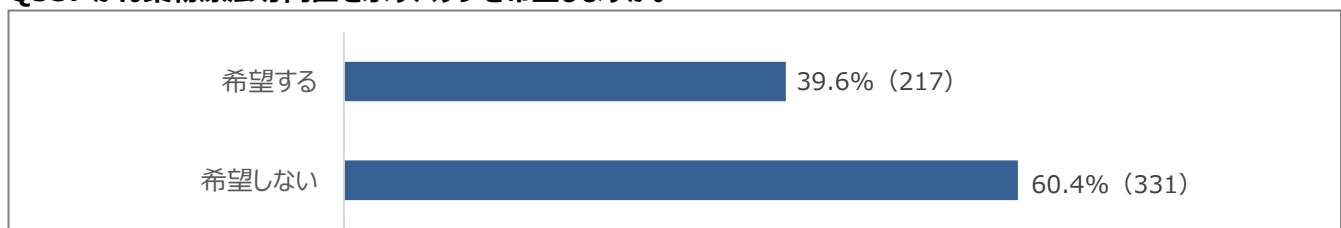
・その他

- \* 患者さんも、相談する先生も、資格があるかより、どのような医師であるか、人としてどうかを気にされており、薬物療法専門医の資格がその担保になってないと感じています。
- \* 専門医である事を一般の方々は評価できない。
- \* 「専門医」だからという役割はない。
- \* 専門医を取得する意欲のない医師も多く、その溝が埋まりにくい。
- \* 子育て中であり、なかなか活用が難しい
- \* 取得していない上司よりもパワーがある資格とは思えない
- \* 務めている病院が、重要だとは思うどころか、マイナーということで、いつも冷遇されています。
- \* 病院内では高額な抗がん剤処方を推進する医師とみなされ、経費増加を招き経営上の問題と思われる所がある
- \* 結局、病院内で合併症の多いがん患者や、double cancer、また、しっかり診断されていない原発不明癌などをメインに診ることになる。
- \* 病院内に診療科がない。
- \* なかなか就職先が見つからない。

・その他

- \* 自分の年齢と今後の医師人生から
- \* 取得のハードルが高い。
- \* 領域によっては経験症例がなく更新が厳しい
- \* 取得するメリットがわからない。専門医を取得している同施設の医師よりも私はずっと多くの患者を診療している。
- \* 年齢的に再度研修指定機関で研修を受けることが困難であるため

**Q55. がん薬物療法専門医を示すバッジを希望しますか。**



**§その他ご意見**

・希望する

- \*モチベーションにつながると思います、早急に実現してほしい
- \* 白衣につけたい
- \* 高くないならあったほうが良いかなとも
- \* あってよいと思いますが、デザインですね。
- \* あまり目立ち過ぎないものを。
- \* あると嬉しい、くらいですが。
- \* 指導医のバッジも希望します。
- \* 社会的に必要な資格であることも広報して欲しいです。
- \* 社会への認知向上プログラムと込み込みで
- \* 患者へのアピールになると思う
- \* 見える化につながる。

・どちらでもよい (3 件)

\* あってもなくてもいい。緩和ケアや内科専門医などバッジは多いのでたくさんつけると変だから。

・希望しない

\* 使わない（7件）

\* 他学会専門医でもそんなものは無い

\* 内科専門医もバッジを配布しているが、付けている人を見たことがありません。

\* 患者さんからはわからない

\* 恥ずかしいからやめましょう

\* みっともない

\* カッコ悪いから。資格は見せびらかすものではない。

\* 無駄なことはすべきでない。自己顕示を励行すべきでない。学会として、もっとやることがあるのでは。

\* 無駄な出費を避けて、会員負担を減らすことを重視してほしい。

\* 費用対効果が不明確

\* 繰り返すが、くだらないことに会費を使わないでほしい。

\* 何のため???、こういうことを希望する人が増えていること自体から、あり方を考えないといけないと思う

\* 無くしてしまうし、針がついているのは危険。

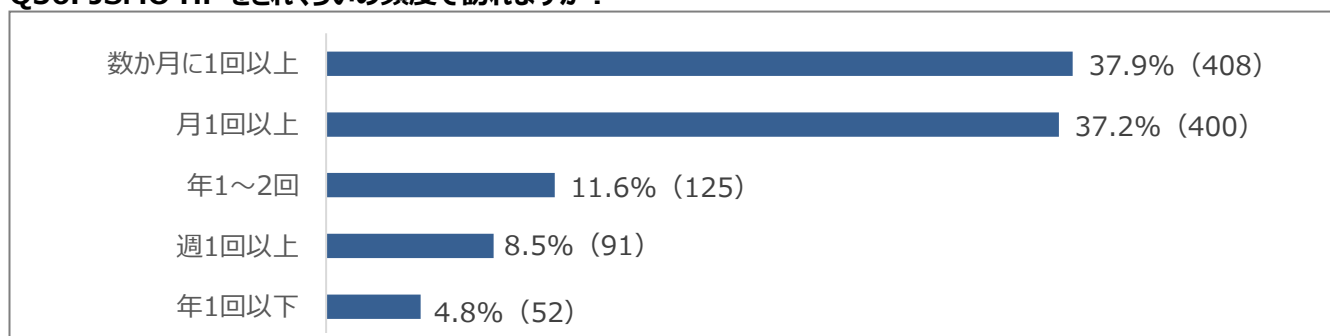
・その他

\* 学会参加登録にも使える、専門医証（クレジットカード大）もあってもいいかも

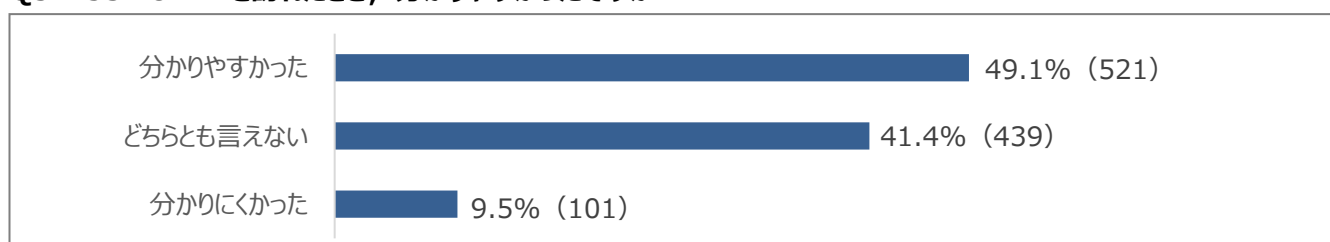
\* セミナー受講などに使える IC カードを希望します。

## ホームページ（HP）について

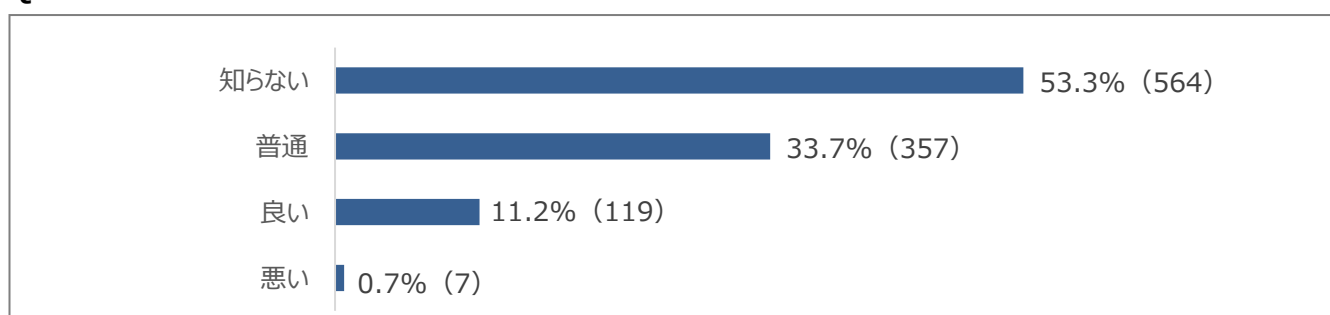
### Q56. JSMO HP をどれくらいの頻度で訪れますか？



### Q57. JSMO HP を訪れたとき、分かりやすかったですか？



### Q58. 理事長レターページを開設して約1年経ちますがいかがでしょうか？



## §その他ご意見

- ・もっと更新頻度を増やして欲しい。
- ・更新が少ない
- ・HP は以前より良くなった。理事長の件は最近知った。
- ・メールで配信すればもっと読まれるのではないか。
- ・インパクトにかける。もっと理事長らしい仕事をしてほしい。
- ・内科専門医の 2 F になるかについて進捗状況を教えてください。
- ・外科に批判的である。友好的にしてほしい
- ・必要ない (2 件)
- ・知っているが見てはない。
- ・理事長の自己顕示ならばやめるべき。

## Q59. 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

理事会議事録	要, 65% (596)	不要, 35% (323)
各種委員会議事録	要, 64% (593)	不要, 35% (330)

## §その他ご意見

- ・密室会議と言われないために必要。
- ・何が話し合われているのか明らかにされるべき
- ・会員ページに。
- ・会員限定にすべき
- ・ASCO や ESMO の最新のトピックス。海外渡航援助などの採択の結果。理事選挙、理事長選挙、協議員選挙の結果、各委員会の活動内容、会員から声、各種教育研修事業などの情報、専門医資格に関する情報、専門医制度に関する情報、希少がんなどの治療ガイドライン、専門医の情報
- ・議事要録（議事録そのものではなく、簡易版）なら可
- ・簡潔に
- ・HP に掲載するなら、簡易版議事録を別に作成すべきである。
- ・なかなか議事録まで読んでいる暇がない。
- ・開示と非開示の仕分けなど、余分のエフォートが増えるため。
- ・HP に掲載するなら、簡易版議事録を別に作成すべきである。
- ・要約で良い
- ・会員ページで良い
- ・治験・臨床試験情報
- ・希少がん治療エビデンスの紹介など
- ・他の学会はどうしているの？
- ・ガイドライン等をまとめてわかりやすく表記

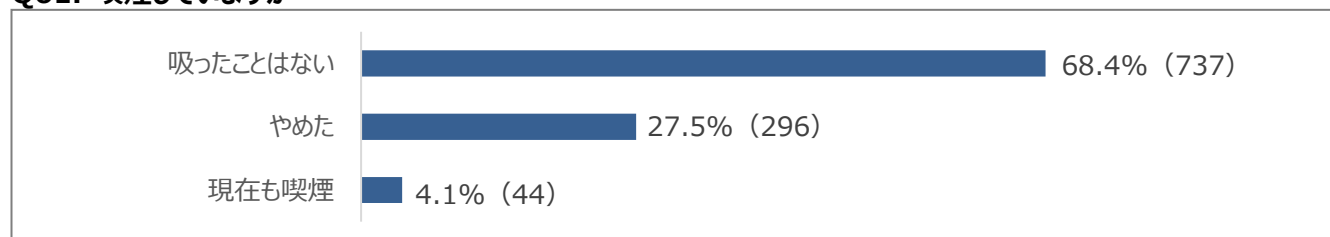
## Q60. HP についてご要望があれば自由記載をお願いします。

- ・ご提案, ご要望
  - \* インチキ療法に対する声明を載せるべき
  - \* もっと学術的内容を記載してほしい
  - \* 参加できる治験の案内も入れて欲しい。
  - \* リンクをボタン化してわかりやすくソートすべき (ASCO・ESMO の HP がおすすめです)
  - \* 日本語版・英語版ともにをポップで見やすく、興味を引く内容にしてほしい。
  - \* マイページにトップページに戻るリンク、もしくは JSMO ログクリックでトップページに戻る仕様にしてほしい (ログアウト確認ポップアップがでてもいいので) 。

- \* 会員のページから全体のページに簡単に戻れるようなアイコンをつくってください
- \* 日本語版・英語版ともにポップで見やすく、興味を引く内容にしてほしい。
- \* 時々、クリックするとすぐに PDF ファイルがダウンロードされるものがありますが、まずダウンロードするか聞くシステムにしてほしいです。
- \* 各癌腫のガイドラインや手引きを自由閲覧
- \* 過去学会の演題検索機能を作してほしい。
- ・専門医について
  - \* 専門医の更新試験など関連情報の HP へのアップを早期にして頂けるとありがたいです。
  - \* 専門医、認定研修施設などの名簿を地域ごとに分けるなどしてほしい。数 10 ページにわたる PDF では見るのに苦労します。
- ・一般向けページ
  - \* 民間の人が見たくなる工夫をし、もっと専門医を世間に認知してほしい。（たとえば説明をかねてドラマのような動画をいれる）
  - \* 一般市民向けページの充実
  - \* 患者さん向けの内容がもっとあってもいいかもしれません
- ・見にくい、わかりやすくしてほしい
  - \* とにかく見にくい、一度会員ページに入るとなかなかもとのページに戻れない、なかなか改善されない
  - \* わかりやすくお願いします
  - \* annals of oncology を閲覧するのが難しい。
  - \* 最近、少し、わかりやすくなったが、さらに、コンテンツ、スペックを上げてほしい。
  - \* もう少し、デザイン、カラーを考え、おしゃれにしてほしい。わかりやすくしてほしい。
  - \* 英語版が全くボリュームが少ない。
  - \* もう少し、格好良い見栄えにしてはどうか。
  - \* ガイドラインを会員限定公開されていますが HP のどこにあるかが非常にわかりにくいです
- ・その他
  - \* 特になし（5 件）
  - \* 5 年ごとの専門医更新試験を廃止してください。
  - \* 会員情報の確認などに利用するだけなので、極力変更しないでもらいた。変更のたびに分からなくなって苦労するの、どの学会の HP でも言えること。教育・啓蒙・情報公開など上層部が考えることは、ほとんど役に立っていないことを自覚すべき。自己満足でそんなことをして、会員の浄財たる会費を浪費するのはやめてもらいた。

## 禁煙状況，禁煙指導状況について

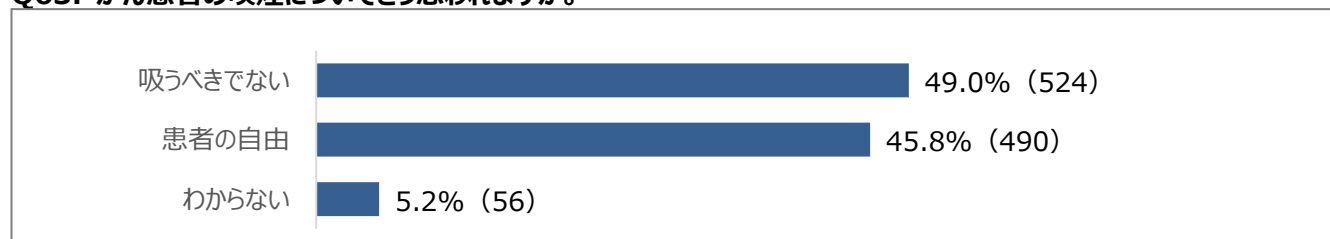
### Q61. 喫煙していますか



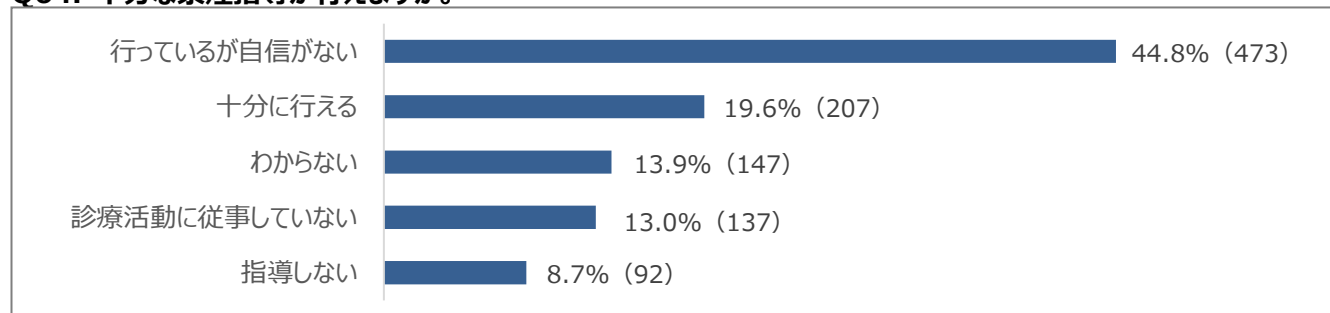
### Q62. 次の内「たばこを吸うべきでない」と思うひとにチェック☑をお付けください。(複数回答可)



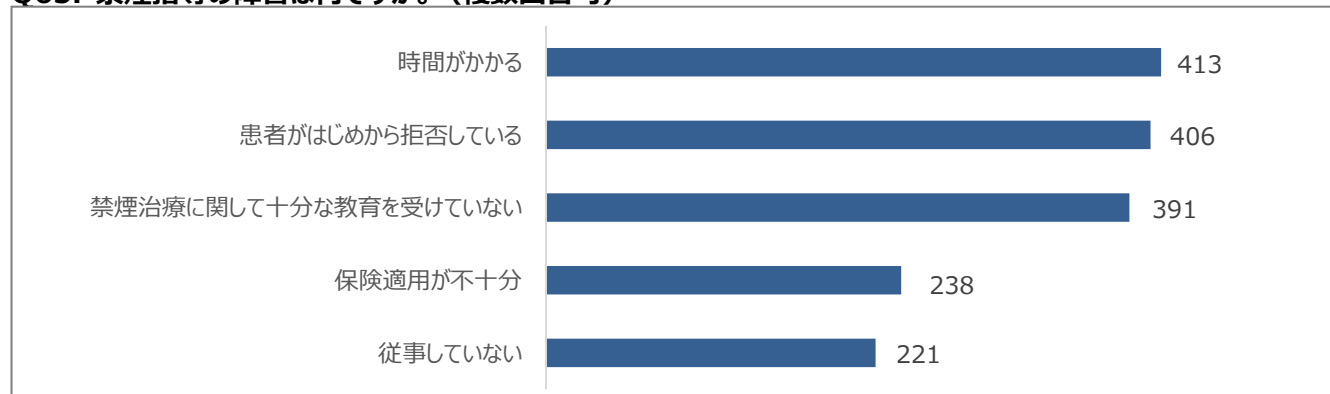
### Q63. がん患者の喫煙についてどう思われますか。



### Q64. 十分な禁煙指導が行えますか。



### Q65. 禁煙指導の障害は何ですか。(複数回答可)



**Q66. その他、たばこ政策や日本臨床腫瘍学会の禁煙への取り組み方に対し、自由にご記載ください。**

・禁煙対策を進めていくべきである

- \* 喫煙は様々ながんの原因となる。がんになっても喫煙することは本人の自由とは思わない。本人が一人で永眠できることはない。孤独死しても後始末が必要。喫煙により、より医療費がかかる。タバコの副流煙が周囲の人々の健康にどれ程害を及ぼすのか明白である。喫煙は百害あって一利なし。私はがん専門薬剤師であるが、すべての医療従事者が非喫煙者になる社会を構築されるべきと考える。特に日本臨床腫瘍学会、癌治療学会などが日本の社会をリードすべきである。2025 年問題、2065 年問題が明らかになっている中で、高額医療費がかかるがん治療に本気に取り組むべきです。
- \* 喫煙に関しては基本的に自己責任であると考え、多くの癌腫で因果関係があること、また受動喫煙もあることもあり、本学会は禁煙の啓蒙を積極的に行っていく責務があると考え。
- \* 国はタバコの害の啓蒙に消極的と感じる。真っ黒になった肺や、タールの発癌性など、もっと国民にわかりやすく伝える方法はいくらでもあると思うが…
- \* 日本は先進国なのでたばこに関する規制に関しても世界をリードすべきで、医師やこのような学会が積極的に取り組み行政に刺激を与えるべき。
- \* 専門医、患者（末期で QOL を望む方を除く）に限らずすべての人に対して禁煙をすすめるべきである。
- \* もっと禁煙をアピール
- \* 喫煙の害を TVCM で流す(他の学会とお金を出し合って)。
- \* 喫煙と発がんは密接に関連していることが明白になっているのに、受動喫煙禁止に向けてに対して政府は後退し始めていることは情けない。学会は強い姿勢で対応すべき。
- \* もっと協力を禁煙を推進すべき。
- \* もっと厳しくて良い
- \* 禁煙宣言をし、役職、協議員には自覚を求め、ビジョン、ミッションをパブリックに対し掲げる。
- \* 厳しい態度で臨んでほしい
- \* がんとの密接な関係をもっとアピールする
- \* 国会のひどい決議に毅然と意見を言うべき
- \* 日本はまだまだ喫煙に対して寛容である。 地方では、ほとんど野放し状態になっているので、レストランや居酒屋を含め、公共の場所においては禁煙を徹底すべきと考える。
- \* 公共の場や飲食店での制限無しの全面禁煙に賛同し、J S M O もその取り組みを行うべき。
- \* タバコにデポジット制をつけて販売(ゴミを減らせる) 公共施設などは基本禁煙(オリンピックを睨んで) 日本は禁煙後進国
- \* 飲食店だけでなく、列車内、ホテル等の全面禁煙（欧米・台湾並）を目指してほしい
- \* JSMO の学会としての姿勢を示す意味で厳格に禁煙を推進すべきです。

・会員の禁煙について

- \* 先日のセミナーの A セッションでもたくさんの医師が喫煙コーナーで喫煙していて辟易した。
- \* 役職者は、喫煙者か否かを公開してはどうか。それもせずに禁煙活動とは、ちゃんちゃらおかしい。
- \* 日本呼吸器学会同様に、専門医は非喫煙者であることを取得条件にする。
- \* 意外と学会員に喫煙者が多い印象がある
- \* 一般会員以外の役職者・資格取得者には、すべて禁煙を義務付ける（要件とする）べき。
- \* 喫煙者は学会員にしない。専門医も受験させない。
- \* 喫煙者は会員とすべきではない
- \* 少なくとも専門医、協議員以上は、非喫煙者を明確化してください
- \* 少なくとも専門医・協議員・理事・監事は全員非喫煙者であるべきだと思います。
- \* 専門医の条件とすべき
- \* 学会幹部でまだ喫煙している人がいるなら、説得力に欠ける。市民相手の講演会やセミナーでも頻繁に話題になるためもっと真剣に取り組むべきである。
- \* 本学会の入会規定に、「喫煙者の入会は認めない」としてもよいと思う。以前、JSMO 会場で喫煙所があって、愕然としました。そのようなことはないようにお願いします。
- \* 理事が率先して禁煙して範を示すべき。 喫煙継続ならば引退もやむなし。
- \* 医療者はぜんいんきんえんすべきである。喫煙している人は国家資格が取れないようにすべきである。



- \* 上層部が喫煙しているのはダメでしょう。
- \* 専門医と理事は非喫煙者になるべき
- \* 評議員の先生がまずは禁煙をしたらよいと思います
- 禁煙に関する教育、指導について
  - \* 明らかに対策が遅れているように感じています。副流煙の弊害など学校教育への導入など、未来への啓蒙活動をよろしく御願ひ致します。
  - \* 禁煙指導のセッションが学会であると受講したいと思います。
  - \* 禁煙指導ができるような、教育制度をつくるのは有用だと思います
  - \* 学会などで禁煙指導に関する教育セミナー（エビデンスを含めて）やワークショップなど。
  - \* 腫瘍とはあまり関係ないが、禁煙や軽症での病院へのかかり方（コンビニ受診）などを学校教育として行うべきであろう。一部で取り組まれているのは知っているが、早急にこれを広めるべきだと思う。
  - \* 禁煙指導の資料やガイドラインなどあれば良い
- 国の政策について
  - \* 政策に不満がある。他の先進国と比較して遅れている。
  - \* 遅れていると感じる
  - \* 世界的標準からすると、まだ不十分な国である。
  - \* 禁煙場所があまりに限定的で後進国。
  - \* 受動喫煙に関して、もっと国が周知してほしい。また、現在普及してきている電子タバコに関しても、安全面がきちんと確立していないので、わかってからにしてほしい。
  - \* 禁煙をもっと積極的に推進し、政府にも働きかけて欲しい
  - \* きちんと行政に言うべき
- 医療費、保険料
  - \* 喫煙者の医療費や保険料を非喫煙者よりも割高にすべき
  - \* 売らなければよい。国の政策が甘い。個別の薬剤が高いといったことばかりクローズアップされがちだが、喫煙し健康を害し医療費を押し上げていることを広く認識すべき。特に生活保護受給患者が喫煙・飲酒をして健康を害しているのを治療するのはむなしく感じる。ターミナルの患者であれば、吸ってもよいとも思うが、他の「頑張ってもやめないといけな
  - \* たばこの販売を規制することで、肺がんの患者がどのくらい減るのかについて検証し、どの程度の医療費の削減になるのか、明示して欲しい。
  - \* 喫煙者の薬物療法における費用を公的保険から外す
- 禁煙外来について
  - \* 禁煙外来をやっているのに、当院では職員が堂々と敷地内で喫煙しており、管理者に言ってもまったく聞き入れられず、あきれている。
  - \* 禁煙外来の要件の敷地内禁煙の廃止。事務・清掃担当など喫煙者が排除できず、敷地内禁煙ができない。当院がこのため禁煙外来を設置できないため。
  - \* 禁煙外来が院内では不足
- 煙草の規制について
  - \* 徹底した値上げを
  - \* たばこ税の値上げ、パッケージデザインの規制、健康増進法による禁煙強化（罰則付き公共施設全面禁煙）
  - \* たばこ税を上げて一本 1000 円に値上げし、税金分は医療費の補助金として使えるようにする。
  - \* 法的には困難であるのはわかるが、喫煙者を税金を投入しリスクある手術をするのは好ましくない。タバコの金額に圧迫している医療財政を肩代わりさせるような値上げはできないものか？
  - \* たばこの販売をやめるべき（2 件）
  - \* たばこの価格を現在の 100 倍くらいにすべき
  - \* たばこは「吸わない」ではなく、「たばこそのものを作らない」ではないでしょうか。「たばこ農家が・・・」という意見は、過去に減反政策を受けた他の生産物農家の皆様に失礼ですよ。
  - \* 禁煙ではなくたばこの撲滅を目指すべき
- 末期患者の禁煙について
  - \* 末期状態（緩和医療）の方に対しても禁煙を勧めることがよいことなのか？も考慮しての活動をお願いします。
  - \* 緩和的には喫煙あり がん治療する患者は禁煙が必須

- \* 薬物療法専門医が診察するのは、禁煙があまりいみがなくなっただけであり、あまり積極的に取り組む事ではないと思っています
- \* 行先短い患者には喫煙させても良いだろう。しかし、周りには絶対に迷惑かけさすな。
- \* 特に余命が短いと予想される方で、入院中にたばこを吸えないのはどうかと思う。病院の敷地内禁煙は撤廃するよう（分煙とするよう）動いてもらいたい
- 個人の自由
  - \* 高い税金を払ってくれているのに、禁煙を勧めなくてはいけないのだろうか。学会員であっても喫煙は自由だと思う。
  - \* 様々な考えがあるのは承知しているが、禁煙運動には、選択の自由（責任を伴う）という観点から反対。また既にがん罹患した患者に禁煙を強要することで患者にとってどのようなメリットがあるのか、薬物療法との相互作用等は除くが、わからない。
  - \* 市販されている以上、喫煙者を犯罪者のように扱う風習もいかなものかと思う。施設内禁煙として、施設外の路上へ吸い殻のポイ捨てが目立ったり、事故のリスクも増すのであれば、逆に悪影響であると感じる。喫煙者の多くは喫煙所で喫煙する習慣はできているので、喫煙所が整備されていた方がずっと受動喫煙も少なかったように感じる。
  - \* 施設内禁煙にしても隣接した子供の遊んでいる公園ですう医師、患者も多いので施設内で吸えるようにすべき。
  - \* 禁煙は必要だが、個人の自由だと思う。
- 他団体に任せる、JSMO が力を入れる必要はない
  - \* 禁煙ががん診療にとって重要であることは認めるが、日本臨床腫瘍学会がいま注力すべき仕事ではないと感じる。もっと優先すべき仕事は他にある。
  - \* ニコチン中毒の治療は、精神科やカウンセラーが受け持つ方がよいと思います。タバコを日本で発売していることに意義を唱えて行くべきでは。
  - \* 禁煙はほかの分野に任せるべき。
  - \* すでに癌が発生した患者が禁煙することがどのような利益があるのか、あまりよく知りません。学術団体としては医学的エビデンスの蓄積が求められていると思います。禁煙の最大のメリットとしては将来の癌に対する予防であり、そう意味では内科学会や保険者が中心となって取り組むべき課題かと思っています。
- その他
  - \* すでに癌が発生した患者が禁煙することがどのような利益があるのか、あまりよく知りません。学術団体としては医学的エビデンスの蓄積が求められていると思います。禁煙の最大のメリットとしては将来の癌に対する予防であり、そう意味では内科学会や保険者が中心となって取り組むべき課題かと思っています。
  - \* 5) は仕方なく時間で答えていますが、実際は禁煙指導に障害はありません。前施設でも現施設でも自らが禁煙外来を立ち上げ活動してきました。敷地内禁煙がさえあれば、やる気さえあれば一人でもできる。まずは個人が行動することから始まると思います。
  - \* なんとも云えません。
  - \* あまり行き過ぎも良くないと思います。
  - \* 特にない
  - \* ニコチン中毒の治療は、精神科やカウンセラーが受け持つ方がよいと思います。タバコを日本で発売していることに意義を唱えて行くべきでは。
  - \* 私個人としては全く喫煙したこともないし、禁煙は進んでほしいが、喫煙者には違った考え方があるだろうし、学会全体としての禁煙推進は方向的には間違っていないが、強い言い回しが多い気が個人的にはするし、やり方は常に会員の考えを反映させていかなくては、温度差が生じてしまうと思うし、喫煙者からも反発の感情を生んでしまう気がします。
  - \* 免疫チェックポイント阻害薬使用の禁忌要件に「タバコを吸う患者」を追加してはどうですか
  - \* 喫煙している医師に、免疫チェックポイント阻害薬を使用する資格はないと思います
  - \* がん種によっては飲酒も明らかな発がんリスクであり、学会として禁酒も進めていかないと、禁煙推進の理由を説明できないかと考えます。
  - \* 海外のように飲食店の全面禁煙がすすめばよいなと思います。
  - \* 電子タバコに関しての情報が少ない
  - \* 自己責任によるところが多い 辞める人はそこまで指導しなくてもやめる 根治不能であれば本人の意思の尊重のほうが大事
  - \* 嗜好品です、患者さんの場合に吸うという選択もあると思うので、複雑な思いを持っています。
  - \* 例えば、HTLV-1 キャリアが将来 ATLL を発症するのを心配するくらいであれば、禁煙して肺がんをはじめとする喫煙により odds 比が上がるがんを予防する方がはるかに予防効果がある。

## Q67. 会員に関するご提案等ありましたらご記載ください。

### ・専門医関連

- \* 造血管腫瘍と固形がんは専門医として分けたほうが良いように思います
- \* がん薬物療法専門医の更新のために試験が科せられておりますが、5年ごとの更新のたびにというのは非常に厳しいと思います。もちろん、知識のアップデートは必須ですが、どのくらいの他学会がそのような更新制度をとっているかを見たと、検討していかなければならないと思います。今後専門医をとった人の負担になるだけでなく、専門医をとろうとする人や、その目的で会員になろうとする人にも足踏みをさせてしまう恐れもあり、専門医の「質」は高い状態で維持できると思いますが、「臨床腫瘍学の普及」に関してはデメリットも大きいと思います。また、専門医の経験すべき領域についても、規定が多すぎ非常に厳しい気がします。これも上記と同様にメリットもありますが、デメリットも大きい気がします。
- \* 現状はわかりませんが、がん薬物療法専門医のサマリー審査が以前は無償で実施されておりました。本来受験料を払って受験する資格試験で professional に審査するのであれば無償で行うべき仕事ではないと考えます。無償であればそれなりの仕事になるのは必然です。現状がこのままでしたらご検討下さい。
- \* 抗がん剤を使用している医師に比較して学会会員医師が少ない。未だに疾患専門医がおおく領域について線引きがきびしい
- \* がん薬物療法専門医の中でも、優劣をつける仕組みが必要と感じられる。特に、複数の専門医ホルダーとがん薬物療法専門医単独ホルダーでは、概ね薬物療法に対する意識・レベルに大きな差を感じる。
- \* がん認定看護師は病院内でがん治療の現場で中心的に活動しているが、がん薬物療法専門医はあまりそうはなっていない。もっと学会の力をつけてほしいことと、もっと専門医の立場向上が図れるとよい。
- \* 縦割り病院では本当に苦しい立場であり、大して評価されない。
- \* 保険点数に対して学会一丸となって取り組むべき 国家試験における化学療法の位置づけをあげるべき
- \* がん薬物療法専門医が処方した時に加算がつくような診療報酬システムを
- \* 「暫定」の資格の今後について学会として明らかにしてほしい。
- \* 外科学会認定登録医をベースとした資格の取得・維持を可能にして欲しい。
- \* 医師だけでなく、薬剤師についてもがん専門の資格を学会の方で検討していただきたいです。

### ・新専門医制度について

- \* 内科専門医制度が変更になります。がん薬物療法専門医も、制度変更に対応していただきたく思います。
- \* がん薬物療法専門医が内科系専門医の「3階」部分になることを願っております。
- \* 専門性を高くすることは重要だが、それに伴い学会員数が少ないことで学会の力が弱ることが心配です。新しい専門医制度の中でも活躍できるためにも学会員であるメリットをはっきり示せるようになってほしいです。
- \* 専門医機構との関係が、末端の会員には全く良くわからない。もっと学会の考え方、距離をとるのか、呑み込まれるのかなど、方針がわからない。もっと情報公開して欲しいし、会員からの意見アンケートもって欲しいくらいである。

### ・会費について

- \* 会費納入のオンライン化はぜひ実現してほしい。
- \* 会員となっていることのメリットについてのアピールが、会費未納の会員の減少につながるかもしれないので、会員であることが診療報酬に反映するような仕組みを作るような働きかけをするのもよいかもしれない。
- \* せめて会員費の支払いを銀行やコンビニでもできるようにしてほしい。郵貯銀行では不便。

### ・会員関連、会員サービス

- \* 正会員の入会に協議員の推薦が必須であることがハードルであり、この制限を緩和することで会員の裾野が広がれば専門医数ももっと早く全国に充足するのではないかと思う
- \* 入会に推薦が必要だった様に思いますが、推薦なくても書類審査などで対応できないでしょうか？
- \* 専門医を取れる医師だけと対象としているように思えますが、実際に入っているだけでほとんど関わっていないので間違った認識かもしれません。
- \* 企業では会社規定より学会会員数の制限あり、JSMO の有益な教育セミナーの受講可能者に大きな制限がある現状です。特別な本アクセス費用を設定し有料で受講可能なしくみをつくっていただけると幸いです。
- \* 会員カードの発行し、学会、セミナーなどの単位を自動的に付加できるようになるといい。
- \* 準会員にも annals of oncology を閲覧させてもらいたい

### ・組織について

- \* 以前のような専門医間でのメールのやり取り。希少癌に対する治療に対する相談のできる場所、専門医専門の掲示板でも良いかもしれません。

- \* 呼吸器、消化器、血液、乳腺はやはり、臓器横断的ながんの学会の基軸である。現状、血液、乳腺の会員数が不十分。積極的に日本乳がん学会、日本血液学会に働きかけることが急務。
  - \* 薬剤師数は一定の割合いるが、看護師数が少ない。これも、日本看護学会や、専門看護師、認定看護師制度の単位などもリンクして、会員を増やすべき。がん医療において、多職種が必要なことはいうまでもないが、医師、薬剤師、看護師は特に重要。また、学会の理念上、臨床試験が重要であるが、CRC や DM、臨床試験支援、生物統計家などの参画も重要。臨床試験学会などと協同で進めるべき
  - \* メディカルスタッフが多くなっているが、医師主体の活動ばかりでメリットをあまり感じません。国際化も大切でしょうが、チーム医療にに向けた取り組みも大切ではないでしょうか？ 学術大会に参加してもどこも満席ばかりで、見る事さえままなりません。このあたりも改善をしていただけないでしょうか？
  - \* コメディを大事にして欲しいです。
  - \* 医師だけでなく他職種の教育を充実してほしい。 チーム医療が必要となる中で、他職種の教育の機会を設けることは重要と考えます。
  - \* 薬剤師(薬物専門薬剤師、認定薬剤師)や看護師(がん化学療法看護認定看護師)のフォローアップセミナーがあると、レベルアップやブラッシュアップになると思う。
  - \* 大学中心の内輪の運営になっている様に思います。
  - \* もう少し外科の医師と協力してほしい 内科中心の学会のいろが強くでいて 居心地がわるい
  - \* 製薬会社ではない企業や財団と日本の臨床試験の基盤を整備する協力(資金面でも)体制の構築
- ・学術集会等イベントについて
- \* 地方会員にも首都圏会員と同じだけの学ぶ機会を持てるよう学会が率先して働きかけて欲しい。とくに Web を活用して更新単位を取得できるようにし、Best Of ASCO JAPAN など現在は web 配信していない講演会も web を通じて受講できるようにして欲しい。
  - \* がん薬物療法専門医、腫瘍内科医の存在感を増し認知されるよう活動を続けて欲しい。一方で「腫瘍内科医はがん治療の司令塔」というような外科系診療科に対して上から目線で臨むことが反発を招いていると感じる。もっとうまく付き合えるほうほうがあるはず。
  - \* 学術集会では、ネット・SNS を使った情報発信をもっと積極的に行って欲しい。ASCO などは日本にいながらも Twitter や Facebook を通じてかなり沢山の情報が流れてくるし、こちらから ASCO アカウントをフォローしている人に情報を発信することもできる。日本臨床腫瘍学会も ASCO などの活動を参考に、これら IT サービスを取り込んで活用して欲しい。
  - \* 総会代理人に理事長名を選択できるようにしてほしい
  - \* 学会開催を夏季休暇時期(6~10月)からずらしてほしい
  - \* 地方会の開催をせつに希望します。
- ・JSMO 全般
- \* 学会のビジョンや専門医の理想像(学会が求める理想像)がどの程度学会員に共有できているのか(共感されているのか)が問われていると思います。欧米をまねるのではなく、日本における臨床腫瘍医がどのような姿であるのかを理事会・協議会等で時代に合わせて討議しそれを見える化して浸透させていく必要があると思います。また、患者・一般市民との距離感も他の学会より遠く感じます。さらに他のがん関連学会との交流も薄いように感じます。
  - \* 地方小病院、開業をめざす医師が、取得するメリットのある学会になっていただきたいです。現状はがんセンターもしくは大病院の医師しか本学会員であるメリットを感じません。
  - \* そろそろ癌治療学会と合同開催をしてほしい。年々臨床腫瘍学会のレベルは下がる一方。癌治療学会のほうが参加者も多い。いつまでも外科と喧嘩をしている場合ではない。癌治療学会と共同開催をして、少しでもレベルアップ、腫瘍内科医の増加をはかるような抜本的な改革が必要。患者会にももっとオープンにすべき。癌治療学会と比べて、臨床腫瘍学会のほうが評判が悪い。
  - \* 主旨から外れますが、DDW のように、がん関連学会(緩和医療学会、がん看護学会、臨床腫瘍薬学会など)を同時に開催すれば、運営の効率化、参加者の増加、各学会の活性化が期待できると思います。
  - \* 営利目的でエビデンスのない免疫療法や食事療法に対して、患者さんや一般の人々がどう向き合うべきか、学会として啓蒙・教育してほしい。
  - \* 怪しい免疫療法に対して、もっと学会から推奨するものではないことをきちんと言うべき。
  - \* エビデンスのないいわゆる昔からある免疫療法について、学会として啓蒙活動をしてほしい。ガイドラインなど整備されましたがさらに活動をすすめてほしいです。
  - \* 若い医師が、勉強に行ける仕組みを作ってください。地方の病院から中央の症例数の多い病院に勉強に行く場合、中

中央の人数の多い施設から、半年単位でも出向できるような仕組みができるのではないかと思います。県によっては、他県からこられる医師に対して、費用を支払う仕組みもありますし、県外へ勉強にでていくときに支援する制度もある場合があります。実現しないのは、勉強にいくことで、居なくなる穴埋めができないため、いけないといったことが発生しています。情報量が増える最大のことは、現在でもヒトが動くことと考えています。中央のがん専門病院では、透析患者さんやひどい糖尿病や認知症のがん患者さんの治療経験は乏しいと思います。地方の病院では大学でも普通に見ることで、お互いの足りない部分を補えて、ヒトの活性も起こります。学会が社会に対してもアピールできるので、いかがでしょうか。口利き窓口だけでも良いように思いますが。

・その他

- \* 毎年、会員からの意見を聞いていただきありがとうございます。学会をよくしていきたい気持ちが伝わってきます。
- \* 日本臨床腫瘍学会の会員であることに誇りをもてる学会創りに協力します。
- \* 眼科で腫瘍はマイノリティであるがこのような会は直接ではないものの勉強になる。
- \* ガイドライン出しすぎです。
- \* 会員にがんに関するボランティア活動を推奨すべき。またそうした活動を学会は評価すべき。
- \* 医師、薬剤師以外の医療職の会員構成を知りたいです。