

会員アンケート実施報告

1. 実施概要

- 実施期間：2018年4月19日～6月15日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2018年4月19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74問，所要時間15-20分程度，無記名形式
- 配信数：8,696名（メールアドレス不明者，エラー返送件数を除く）
- 回答率：14.0%（1,219件）
※2017年度14.9%（1,292件、集計期間4/3～6/15）

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	15
協議員	151
正会員	909
準会員	137
功労会員	3
学生会員	2
賛助会員	2
計	1,219

Q2.性別

性別	n	%
男	865	71.0
女	354	29.0
計	1,219	100.0

Q3.年代

年代	n	%
20代	22	1.8
30代	286	23.5
40代	491	40.3
50代	342	28.0
60代	75	6.15
70代以上	3	0.25
計	1,219	100.0

Q4.職種

職種	n	%
医師	832	68.3
薬剤師	230	18.9
看護師	78	6.4
その他 (製薬企業, 管理栄養士, CRO等)	45	3.7
CRC	11	0.9
基礎研究者	9	0.7
獣医師	4	0.3
歯科医師	3	0.25
検査技師	2	0.16
生物統計家	2	0.16
放射線技師	1	0.08
データマネージャー	1	0.08
ソーシャルワーカー	1	0.08
計	1,219	100.0

Q5.専門診療科 1

専門診療科 1	n	%
内科	687	56.4
外科	161	13.2
その他	371	30.4
計	1,219	100.0

Q6.専門診療科 2

専門診療科 2	n	%
腫瘍内科	215	17.6
呼吸器	190	15.6
がん薬剤師	180	14.8
血液	149	12.2
消化管	135	11.1
乳腺	65	5.3
がん看護	54	4.4
肝胆膵	40	3.3
製薬企業	40	3.3
婦人科	24	2.0
緩和	20	1.6
その他	19	1.6
臨床試験支援	15	1.2
頭頸部	12	1.0
放射線治療	11	0.9
臨床薬理	10	0.8
泌尿器	8	0.7
脳神経	7	0.6
皮膚	4	0.3
放射線診断	4	0.3
小児	3	0.25
病理学	3	0.25
医療連携	3	0.25
基礎医学	2	0.16
生物統計学	2	0.16
骨軟部	1	0.1
臨床検査	1	0.1
疫学	1	0.1
創薬研究開発	1	0.1
計	1,219	100.0

Q7.所属先

所属先	n	%
大学	406	33.3
国公立病院	302	24.8
私立病院	244	20.0
がんセンター	136	11.2
企業	62	5.1
その他	50	4.1
開業	12	1.0
基礎研究	4	0.3
教育	3	0.25
計	1,292	100.0

Q8.専門医等保有資格

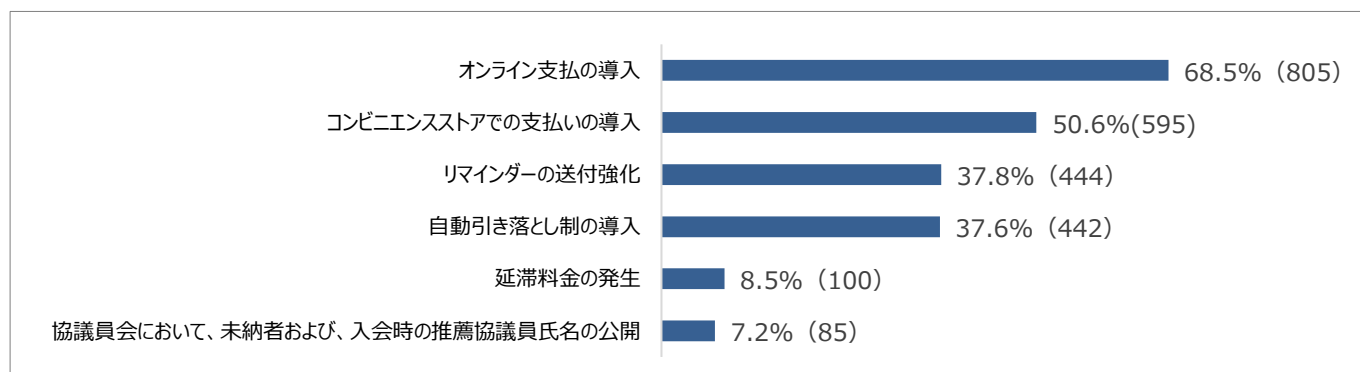
資格	n
がん薬物療法専門医	395
がん薬物療法指導医	219
がん薬物療法暫定指導医	109
がん治療認定医	438

Q9.主な所属学会

資格	n
日本癌治療学会	534
日本癌学会	320
ASCO	238
ESMO	111
その他	307

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

- ・1～3年未納者は警告後、自動退会（除名）とする（27件）
 - * ある期間が過ぎたら強制的に退会でよい
 - * 2-3年滞納で自動退会
- ・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（9件）
 - * 未納者＝面倒な事は苦手、というところを考慮すれば、メールから支払い画面にアクセスでき、そのまま支払いができる制度が1番の対策だと思うモバイルバンクでの振り込みが可能だと楽です。
 - * モバイルバンクでの振り込みが可能だと楽です。
- ・割引などインセンティブを設ける（5件）
 - * 早期支払い者に対する割引
 - * ASCO できているように複数年支払い⇒割引
- ・学会活動の制限（4件）
 - * 会費納付者のみ学術集会参加可。
 - * 学会、セミナーの申し込み時に会費全納を条件にする
- ・学術集会等で直接徴収する（2件）
- ・値下げ（2件）
- ・2年以上の滞納者は何らかのペナルティを課する
- ・e-mail でのリマインダー送付
- ・未納者は、会員であることのメリットを感じていないのであって、脱会してもらえれば、いいのではないかと。もし、会員数を保つことが必要になった学会となっているのであれば、学会であることの必要がなくなったと判断すべきである。
- ・理由としては1. 会員存続を迷っている 2. 多忙が多いのではないかと。となると名前貼り出しなどの classical な方法ではダメで、会員メリットの強調、より便利な支払いシステムの導入が効果的と考える。
- ・退会手続きの簡素化
- ・退会方法がわからない方がいる可能性ありますか？
- ・退会規定をつくれればいいのでは。
- ・継続しないの意志かもしれません；未納の場合の退会期限を早めた方がその意志がはっきりし、余分な作業が軽減できます。
- ・他の学会でもっとも厳しいところなどに合わせる
- ・更新する際に必須とする。
- ・入会時の推薦人に支払いの働きかけを依頼する。
- ・大学の公費払いの場合、納付が遅くなるため専門医更新などの際に問題があります。

Q11. オンラインまたはクレジットカードでの支払いを希望されますか。

はい, 79.3% (937)

いいえ, 20.7% (244)

Q12. 上記設問で「はい」と回答された方にお聞きます。オンラインまたはクレジットカードで支払った場合でも、払込用紙の郵送は必要ですか。(例：所属施設への申請に必要ななど)

必要, 26% (251)

不要, 74% (715)

§理由

<必要>

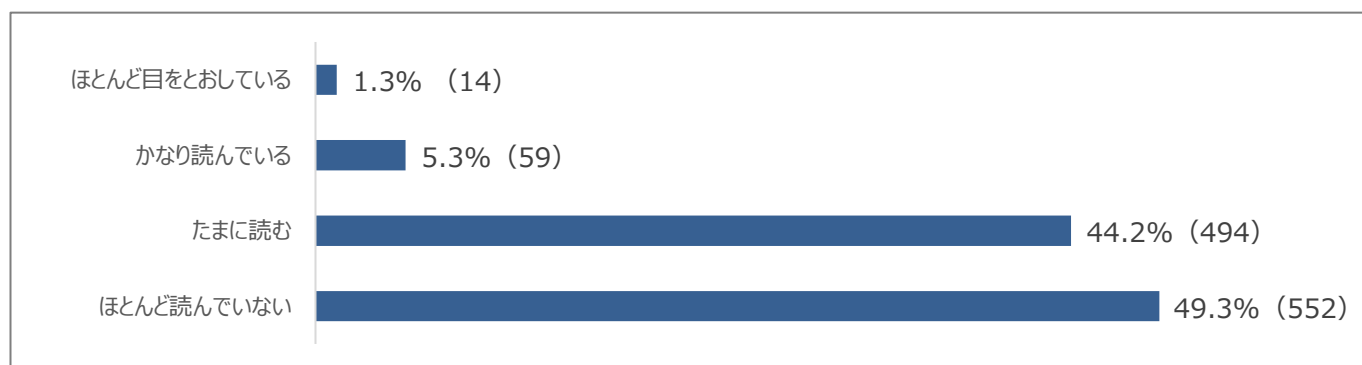
- ・所属施設への申請のため (50 件)
 - * 経費で出ない場合はクレジットカードなどが望ましいですが、現在は病院で経費として支払われるため払い込み用紙が必須になっています。
 - * 所属施設によっては提出が義務付けられる (特に公立病院)
- ・リマインダーとして (13 件)
 - * 振込用紙が最大のリマインドである。
 - * 「会費を払わなくてはならない」との意識付けができる
- ・支払い方法の選択肢を残すため (11 件)
 - * 施設によってはカード支払い不可の場合もあるため
 - * 払い込む方法が複数あった方が良いと思うので
- ・証明書として (5 件)
 - * 確定申告用に振り込みの記録が必要です
- ・領収書が必要 (5 件)
 - * 学会からの領収書がある方が処理しやすい

<不要>

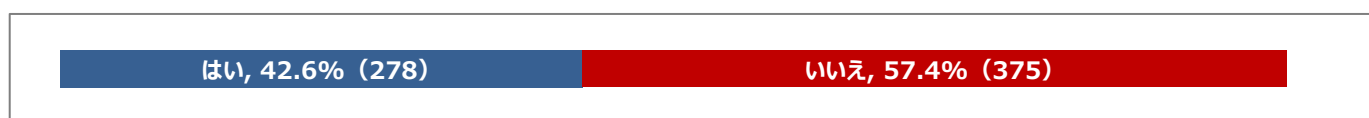
- ・領収書があれば払込票は不要 (28 件)
- ・領収書等、必要書類をオンラインで発行できるようにしてほしい (11 件)
 - * 必要な場合の発行サービス (PDF ファイル生成など) があれば問題ない。
- ・メールで対応可能 (14 件)
 - * 学会から支払い済みのメール等があれば、コピーして申請
- ・個人負担のため (7 件)
- ・クレジットカードや銀行明細で対応可能 (5 件)
- ・経費削減、資源節約 (5 件)
- ・振込用紙は面倒 (4 件)
- ・重複入金を避ける (4 件)
 - * 払込用紙が郵送されてくると、会費未納だと思ったり、支払状況を確認したり、混乱することが考えられるため。
- ・リマインダーは必要 (3 件)
 - * 不要だがどこかで年会費の払い込みが必要であるとのリマインダーをお願いします
- ・支払い確認ができれば不要 (3 件)
- ・請求書は必要 (2 件)
- ・希望者のみ発行すればよい (2 件)
- ・支払方法を選択後は振込用紙の有無を確認する。
- ・オンライン決済が可能であれば振込用紙の郵送は必須ではないと思うが、それぞれの立場で状況が違うので郵送は 1 回程度あった方がよいと思います。

学会機関誌について

Q13. Annals of Oncology (AoO) をどの程度読まれていますか？



Q14 (1) .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？



Q14 (2) .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

<今後も機関誌であってほしい>

- ・アクセスが分かりにくい (2 件)
- ・権威ある学術誌に associate editor を 2 名送り込めるのは大変意義があるように思う。
- ・機関紙がないのはさみしい
- ・施設の図書館購読縮小予定、また施設が変わっても購読を続けたい
- ・費用対効果と思います。
- ・JSMO の ANNONC アカウントは不要かもしれません。または、アカウント数に応じて ESMO に購読料を支払っているのに、JSMO のアカウント数を減らしても良いと考える。
- ・open journal であっても固有の journal を持ちたいところ。
- ・単施設のアイデアに満ちた研究や多施設レトロであっても掲載されるレベルの JSMO 独自の雑誌があってもいいと思う。ANNONC は会員になろうか悩んでいるレベルの人間からすると、あまりにレベルが高すぎる。
- ・不覚にも知りませんでした。目を通そうと思います。

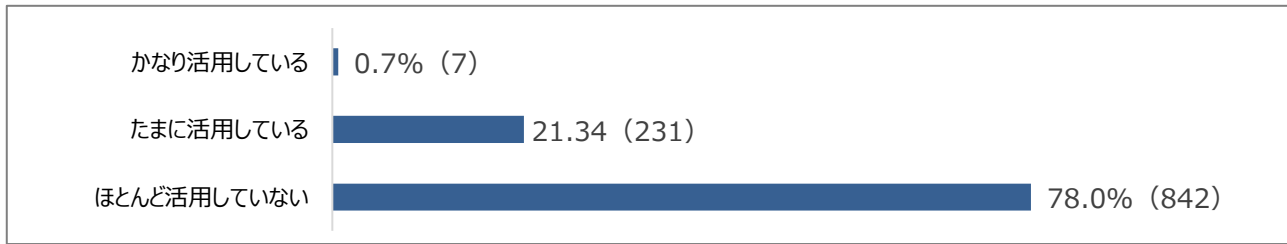
<機関誌でなくてもよい>

- ・費用について (6 件)
 - * 投稿費、掲載費が安くなるなど特典があるなら機関誌であってほしい
 - * 購読料が高すぎるのでは？
- ・Annals of Oncology は ESMO の機関誌として認知されているため。(2 件)
- ・JSMO のアカウントで ANNONC が開けない時がある。
- ・日本の他の癌関連学会機関誌への統合を模索すべき

<その他>

- ・準会員も年 3 回くらい見られるといいなと思ったことがあります。
- ・どちらともいえない

Q15.AoO Supplement Issue の活用状況について



§その他ご意見

- ・必要である (2 件)
 - * 活用のレベルではなく、JSMO の国際的認知あるいはブランドの強化という視点から、本件は重要と考えます。
 - * これは製薬会社など Global 企業の学会発表資料として重要です。
- ・不要である (2 件)
 - * 現状では不要。ただし、良い演題が載るようになれば意味はある。
- ・ESMO で発表する際に、2 重投稿の可能性があるため、活用しないようにしている
- ・抄録だけなので内容が薄いと思います。

Q16.AoO の Supplement Issue に掲載意義について



§その他ご意見

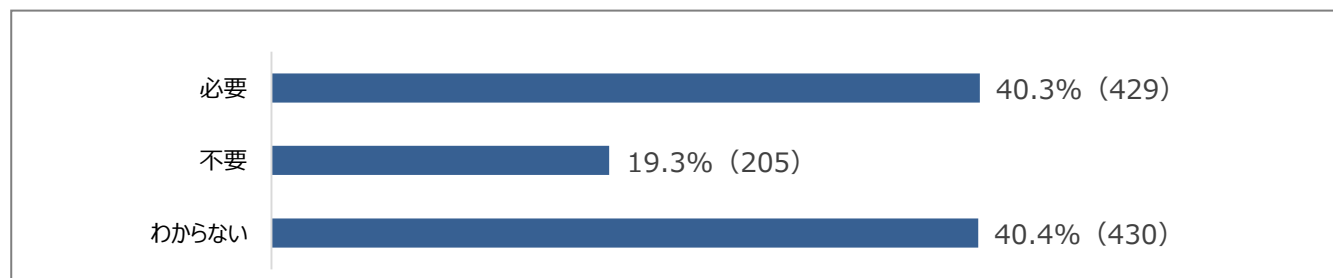
<意義を感じる>

- ・情報のチャンネルは多ければ良い。
- ・ポスター発表となった場合は有料となったことで、掲載を希望しなくなった。
- ・総論的な論文は目を通しています
- ・国際的に発表されたことになる点意義があると思います。
- ・業績や専門医更新に役に立つ
- ・pubmed で検索対象になることが望ましい
- ・オンラインのみでも可という気がする。
- ・以前に貴学会で英語抄録も求められ提出したが、ANNONC の Supplement Issue に掲載されず、非常に残念であった (掲載基準が不明確)

<意義を感じない>

- ・外国人にアイデアをばら撒くだけになる。
- ・欧米では abstract は業績にならないことが多く (CV には書くが)、abstract のみで ANNON に掲載されたら勘違いする (される) のは業績カウントで混乱が生じると思います。
- ・発表実績は、学術集会抄録集で残るので、問題ない
- ・外国人は JSMO の発表を見ないので、
- ・JSMO の抄録だけでは、Annals of Oncology のレベルを低下させてしまっています。論文化されたものを掲載させるべきです。

Q17.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>

- ・pubmed で検索対象になることが望ましい (2 件)
- ・文献引用可能になるため
- ・業績記録としては重要です
- ・実績報告に必要
- ・業績をまとめる際に、web of science で出てくるので、その意義はあると思います。ただ、掲載料が高いのであればバランス的にそう必要ないと思います。
- ・掲載されないのであれば、英文抄録を作る意義を感じない
- ・英文抄録は必須と考えます
- ・Global function からの問い合わせに有効
- ・企業の製品プロモーション資材化可能な原資料範囲の規定を 論文や抄録掲載を最低条件としているため、大変重要な状況です
- ・必要だと思うが学会の HP からアクセスする方法が煩雑でよくわからない

<不要>

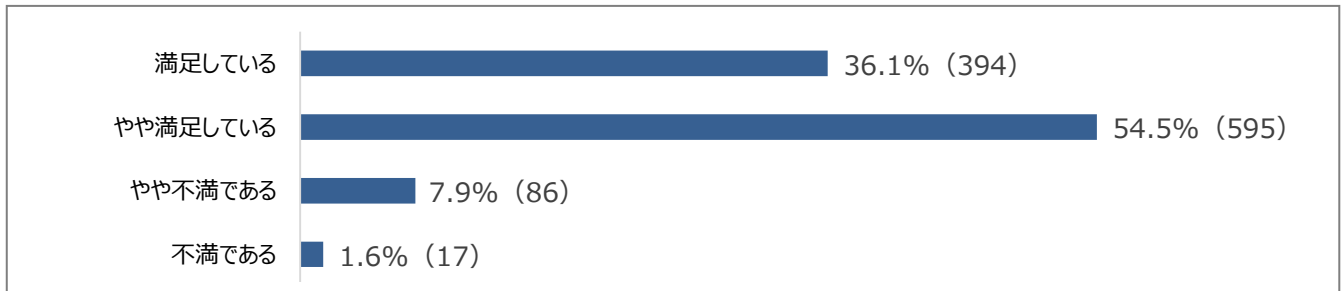
- ・JSMO の年会の抄録に海外からアクセス可能なことに意義があると思いますが、どの程度海外からのアクセスがあるかわからないので、絶対必要とも言いがたい面はあります。
- ・二重投稿の可能性があるため英文抄録の掲載は不要
- ・JSMO の抄録だけでは、Annals of Oncology のレベルを低下させてしまっています。論文化されたものを掲載させるべきです。

<わからない>

- ・個人の立場で、賛否両論あると思います。自分なら、ESMO に発表して国際的発表の実績にしたいですが。

学術集会について

Q18. 学術集会プログラムについて



§その他ご意見

〈満足, やや満足〉

・職種

- * 他職種と連携している
- * 看護に特化したセミナーがあっても良いと感じる。

・領域

- * 臓器別に差が出来ないように工夫されている
- * 遺伝性腫瘍、血液腫瘍関連も充実していただきたい
- * 自身の専門領域関連が少ない

・国際化

- * 学術集会の国際化が順調に進んでいる点。
- * 最近国際的なプログラムが増えた点はよいのですが、海外の著名医師が来られていても会場の聴講者が少ないこともある点残念に感じます。

・一定の勉強にはなる

- ・シンポジウムの演者など毎回施設・演者が類似している
- ・臨床腫瘍研究会の時代の方がレベルが高かったような気がします
- ・アプリが重い
- ・臨床の聞きたい講演が狭い会場だったりする。

〈不満, やや不満〉

・会場, プログラム構成について

- * 同時時間帯に同じような内容のプログラムがある。共催セミナーが多く、入りが悪いものも多く見受けられる。また食事だけで会場を出る人がいたり、弁当だけを持っていく人もいる。
- * 空き時間がありすぎる。内容によっては会場におさまりきらず聴きたいのに聞けない時がある。
- * 人数が多く、部屋に入れない
- * 日程で分野を分けたほうがよい。あまりに広い。
- * みたいセッションが重複することが多い

・参加が困難 (5 件)

- * 自分の基幹学会と近くて土曜日しか行けない
- * 業務の都合で参加できなかったときに内容が分からなくて残念

・外科系医師への配慮が少ない (3 件)

・内容の偏り (4 件)

- * 扱う腫瘍の種類が偏っている。内科中心である。
- * 血液領域の企画プログラムが少ない

・他学会との差別化ができていない (5 件)

- ・薬物治療中心であり薬剤師としては大変ありがたいですが、がん治療全般を理解するのが難しい印象を受けます。
- ・医師以外が対象となるようなものは日本語中心としたほうがよいのではないかと考えています。
- ・レベルが低下してきている。ケースレポートは止めるべき。口演発表には Discussant を。
- ・アジアでの主要学会として、さらに力を入れるべき

Q19. JSMO は学術集会の企画を超えた国際活動に取り組んだ方が良いと思われますか。

取り組むべき, 85.3% (888)

取り組むべきでない, 14.7% (153)

§理由・提案

<取り組むべき>

- ・国際化していくべき (8 件)
 - * 国際化は行うべきであろう。
 - * 国際化しないと学会自体の意味がない 解散したほうがマシ
 - * 中韓等アジア諸国が台頭する中で、我が国のプレゼンスを維持するため、国際活動は必要。
 - * 国際的な枠組みと連携しつつ国内のがん医療の発展のため JSMO がイニシアチブをとることが重要
 - * 先進の学会として、試行錯誤の一つとして取り組まれることに賛成する。関係各位の大きな負担であれば、一会員としては強く提案することはできない。
 - * アジアでも薬事承認ならびに臨床研究の国際化の流れが強まる中で、基準作りに参画する意義は大きい。
 - * 学術集会の企画を超えた国際活動が具体的に見えてこないの意見述べることは困難ですが、国際化していくことはいいことと思います。
 - * 国際社会のなかで、孤立した日本は避けるべきである。
- ・ガイドライン策定 (3 件)
 - * アジア地域の診療ガイドライン策定などの実績を拡大することは学会の活動として意義が高いと考えます。
 - * アジア地域のガイドライン作成などは意義が高く、実績を拡大することでアジア地域の臨床腫瘍学をけん引することが可能と考えます。
 - * 昨年大腸がんで行っていた、アジアでの共同のガイドライン作成など、欧米中心となりがちな癌領域での標準化の活動にも参加することは国内の治療をより向上させるためにも意義が大きいと感じます。
- ・連携 (3 件)
 - * PMDA だけでなく、各国規制当局との連携
 - * 他に受け皿がないと考えている。癌治療学会や癌学会等と連携しての国際活動が重要ではないかと考えています。
 - * 民間の団体と協力して
- ・ASCO, ESMO について (3 件)
 - * ASCO, ESMO に並ぶ、日本を代表する学会としての位置付けを確立していくのであれば、学術集会以外の活動にも積極的に取り組むべき
 - * ASCO, ESMO がシンガポールでの会議開催を計画あるいは実施しているので、JSMO も積極的に東南アジアでの認知度向上に取り組むべきだと思います。
 - * JSMO がまず目指すところが ESMO-Asia 的なことだったのかもしれませんが、国内学会という意味で JSMO は必要だとは思いますが、国際活動という観点から、ESMO-Asia と JSMO の差別化はできるのでしょうか？
- ・その他具体策
 - * 市中病院など幅広く門戸を開いて一定期間、海外研修させるなど、そういうシステムがあつてよいと思います。
 - * 若手研究者への研究助成を拡大する
 - * 政策的な提言も可能な学会活動をすべき
- ・その他
 - * 取り組むべきであると思いますが、具体的なイメージがわかりません
 - * 老年腫瘍学会が今年度初めて記載されたことなどから、日本は世界的にも高齢化がすすんでいるのにも関わらず遅れていたことに問題を感じたため
 - * 今の状態ぐらいで良いと思う。

- * 学会として国際活動に取り組むべきとは思いますが、過剰なことは控えるべきだと思います。身の丈にあった国際活動というバランスが必要だと思います。
- * 正直よくわかりません

<取り組むべきでない>

・国内の活動を充実、優先させるべき（10件）

- * もっと国内の足下を固めるべき。国際化は必要なことですが、現状は一部の人の趣味的こだわりに見えます。実際の臨床に忙しい医師にも、できるだけ情報を流せる工夫が必要。国際学会での最新の情報を、英語が苦手な実臨床家にも効率的に紹介できるような試みなら賛成します。
- * 多職種に会員を広げるのであれば国内のがん治療関連で取り組むべき課題は多い。その中で必要であれば国際活動として取り組む姿勢でどうか。
- * 本邦の腫瘍内科の位置づけを高めることが第一である。海外に目を向けることは一部の偉い先生方には海外の先生にご自身のお名前を売るよいチャンスであるが、地べたをはいず多くの先生方にはあまり関係がないように思える。
- * まずは日本の腫瘍学の裾野を広げるべきである。その上で東アジアのリーダーを目指すべきでは？
- * 国内の課題に取り組むべき JSMO の発信力より近藤誠の発信力が圧倒的に強い現状を恥ずべき。
- * 国際化したい気持ちは理解できますが、高いコスト賭けてメイン会場はがらがら。看護師さん達のセッションは狭い会場で見え。臨床と名乗るからには、スタッフの自己満足より現場の要求を満たしてほしい
- * まずは日本国内の特に田舎のがん難民を何とかしたいと自分が考えているため。
- * 海外の最新知見も有用だとは思いますが、国内での活動や研究の報告を優先させて欲しい。
- * 日本のこともできないのに、国際活動に取り組むなんて どこかのタレントのようです。
- * がん治療学会、日本癌学会との統合が先決である。

・金銭的問題（6件）

- * 会費が高くなる。
- * 参加費が上がりそう
- * お金がかかる
- * 財源は有効に活用した方がよい
- * そこまで（時間的、金銭的）余裕があるかどうかですが。
- * 金銭的にきびしいのであれば、そのような状態で取り込むべきではない。

・その他

- * 欧米との国際活動ならば可ですが・・・。
- * 現状のままでよい
- * 国際化は重要ですが、企業を通じての活動で十分な領域もある。すべての領域というより、領域を絞ったほうがよいのではないか。稀少癌、各領域より依頼があった分野の支援。
- * 理事たちの顔つなぎにはいいですが、平会員サービスがない
- * ASCO ESMO を超えることが出来るとは思えない。
- * 他の各専門領域の活動と重なる部分が多くなるように思う。
- * 外科医の薬物療法について否定的に感じる学会である。現状、薬物療法で癌は治らない。集学的治療が必要であるので薬物のみ話題が多い会は発言力が低下すると思う。

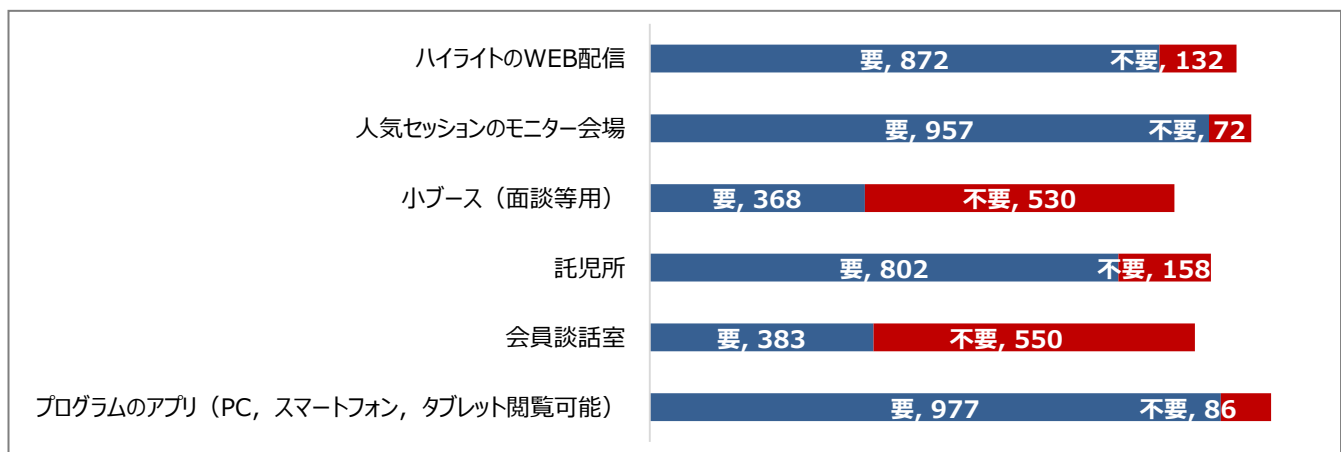
Q20. 学術集会のシンポジウムやワークショップにて、複数年にわたって継続的に取り上げてほしい課題があれば自由記載にてお聞かせください。

- ・免疫療法（15 件）
 - * プレシジョンメディシン（複合）がん免疫治療 各種がんの治療ガイドライン
 - * 誤った医療を国内から排除するための、学会としての声明。例 誤った免疫療法、民間療法、等
 - * 免疫腫瘍学の分野はすでに主流であり、多くのセッションを組まないといけない。教育・研究の分野で幅広く。
 - * 免疫療法の進歩
- ・ゲノム医療（13 件）
 - * 保険診療下でのゲノム医療の在り方については数年は継続的に議論すべきだと思います。
 - * ゲノム医療の到来に対する備え
- ・チーム医療（11 件）
 - * 先進的チーム医療
 - * 多職種チーム医療
 - * 医師とその他の職種のヒエラルキーをなくすような取り組み。医師の位置を下げるというよりは、他職種の多様性を生かすようなもの。
 - * 職種間の協働、医師の業務負担軽減策とその成果
- ・医療費（11 件）
 - * 医療費に占める抗がん剤の割合など現状と、なにかできることはないかなど。
 - * 医療状況について（行政、医療費、製薬企業の開発状況、ガイドライン遵守率、都市部と地方格差、など包括的課題）
 - * 医療経済から癌治療を真剣に考えるようなセッションがあっても良いかと思います。患者会や行政側(厚生労働省)、政治家や高校生・大学生などの若い層代表なども交えたりしてはいかがでしょうか？
- ・サバイバーシップ（10 件）
 - * サバイバーの長期合併症、フォローアップについて
 - * がん体験者の認知機能障害、健康増進など、サバイバーシップに関連するテーマ。
 - * SDM, ACP といった治すことだけでなく、治療を継続するなかでの意思決定支援
- ・高齢者（9 件）
 - * 高齢者に対する癌治療のあり方、標準化について。レジストリー、データベースなどを作り、他の医師が参考になるような情報を蓄積していただきたい。現在、たとえば肺癌では治療は担当医の判断に任されており、標準化が難しいと考えられているようであるが、年齢のせいで、標準治療が受けられないのは間違っていると思います。寿命は国が決めるものではありません。個々の患者ごとに、体調により判断されるべきと思いますが、医師により判断基準が異なるように思い、その点問題とします。
 - * 高齢者のがん化学療法や意思決定支援
- ・緩和医療（8 件）
 - * 臨床腫瘍学と緩和ケアの統合について
 - * 薬物療法以外で緩和ケアや在宅診療支援など
 - * 積極的抗がん治療と緩和ケアの並行の重要性
- ・腫瘍内科（7 件）
 - * 腫瘍内科、腫瘍内科医のフィールド確保/ポジション確立の方法、成果などについて
 - * 臨床腫瘍科あるいは腫瘍内科のあり方についてのワークショップ。海外との違いなや、今後国内でめざすもの。
 - *（1）腫瘍内科レジデントの教育システム体制や研修プログラムなど、他院の若手育成に関する方法論や取り組み
（2）外来化学療法センターの運営に関する工夫（予約枠の効率化、医療安全、患者教育、薬剤師・看護師の参画に関する工夫、など）
- ・新規治療薬， 治療法（7 件）
 - * 新規抗がん剤の治療効果と有害事象とその対策
 - * 新規治療薬や新たなエビデンスを取り入れたガイドライン作成過程など
 - * 薬剤師なので、新しい薬物治療について。
- ・臨床試験（7 件）
 - * 臨床試験への参加を向上させるための方策の検討
 - * 臨床試験の活性化 臨床研究法の壁を乗り越えて、日本から発信するためにはどうしたら良いか？

- * ビックデータの臨床試験への活用, ベイズを活用しての第Ⅲ相試験
- 分子標的薬 (7 件)
- 専門医 (6 件)
 - * 日本の他の癌関連学会 (がん治療学会、日本癌学会) との統合計画。癌関連専門医設立が遅延している問題
 - * 専門医制度の関係で内科学会やプライマリケア連合学会との共同シンポジウム irAE 対策を通じた各内科系学会、総合診療系学会との共同シンポジウム
 - * 腫瘍内科医が施設で 1 名しかいないような状況でのがん薬物療法専門医の役割、具体的にどのような事を現実に行われているのか。
- ガイドライン (5 件)
 - * 日本を含めた国際ガイドライン
- 教育講演 (4 件)
 - * 専門外の癌治療教育講演。
 - * 全分野に精通することは困難であり、教育講演的なセッションの充実化がいいと思います。
 - * AACR の morning session のような Education
- がん教育 (4 件)
 - * がん医療における患者教育ではなく国民教育
 - * CME (生涯教育)
- AI (4 件)
 - * AI によるゲノム情報の利用
 - * ビックデータ、AI、IoT の医療への活用方法の実際
- マネジメント (3 件)
 - * 実際のがん薬物療法の現場でのマネジメント
 - * がんリハビリテーション リンパ浮腫マネジメント、骨転移マネジメント
- 遺伝 (3 件)
 - * がんの biology に関する基礎的な講義、(遺伝子や基礎研究の手技など)
 - * 家族性腫瘍の遺伝カウンセラー育成について
- Cardio-Oncology (3 件)
- 国際化 (2 件)
 - * 国際化とともに、国内での最適治療をきちんと議論する場としての学会の意義もあると思います
 - * 海外の oncology pharmacist と oncologist によるセッションがあると勉強になると感じます
- 臓器横断的テーマ (2 件)
 - * JSMO ならではのオリジナリティの高い臓器横断的な内容。
- 支持療法 (2 件)
 - * もっと支持療法を充実すべき
- 集学的治療 (2 件)
 - * 集学的治療のエビデンス
- 薬事規制 (2 件)
- トランスレーショナルリサーチ (2 件)
- 禁煙
- AYA 世代の癌治療について
- がん薬物療法に精通し担当患者数も多い医療者と、件数は少ないが診療レベルを上げたいと考えている医療者の、情報交換ができる場・テーマなど (国内医療機関全体の診療レベルをあげるための試み)
- 臨床倫理
- 終末期医療、グリーフケア
- 造血器腫瘍の診断と治療の進歩
- 有害事象対策
- 意味不明のシンポジウムやワークショップは止めるべき。オリジナルの研究発表の質を上げることを考えるべき。
- がん診療拠点病院についての情報が知りたい。
- 治療以外のテーマをもっと入れてほしい
- cancer drug affordability

- ・RWD の活用について
- ・バイオマーカー，特にリアルタイムで腫瘍のバイオロジーを検出する技術とそのアウトカム
- ・がん診療と医療安全
- ・行政動向を踏まえた医療界（がん領域）の方向性について
- ・抗がん剤の次世代効果
- ・がん治療の必要性
- ・癌の疫学。特に車の排気ガスと肺癌の関係。（ほとんど研究されていない重要な分野）EV 時代になりやっと研究可能と思われる。
- ・既に十分な気が致します

Q21. 学術集会の際に希望するサービスはありますか？（複数回答可）



§その他ご意見

- ・講演の WEB 配信（8 件）
 - * オールセッションはアーカイブにさせていただき、重複したセッションもあとで、聴講できるようにしていただきたいです（ASCO のように）。参加費用は他と比べ高いですので、その程度のサービスはあってよいと思います。
 - * asco virtual meeting の様なもの
 - * 期間限定で会員向けのオンデマンドでの動画配信
 - * 他のセッションを後でビデオで視聴できるシステム。会期中のみ公開でも構いません。
 - * 各セッションの Live 配信をアプリ上で視聴
 - * ウェブ配信楽しみにしています。
- ・スライドなどの WEB 閲覧，配信（4 件）
 - * スライド、ポスターなど PDF の配信、閲覧
 - * プレゼン資料の web 閲覧
- ・休憩スペース（2 件）
- ・コメディカルが多いためか参加費が高すぎる
- ・学会参加時のカードなどによるポイント登録制
- ・ハイライトの配信は非常に良いアイデアと思います
- ・専門医登録システムを構築してほしい（時代錯誤の紙ベースではなく）
- ・上記のサービスの一部を会員専用にして入会者を増やしては
- ・託児所の利用率が少ないようであれば不要。介護者や障害者など配慮を要す方は他にもいるのではという声も聞く。
- ・ASCO 以上の物がなければ WEB 不要
- ・Daily News (Web 版も含む)
- ・癌治や癌学会と連合集会にしてほしい
- ・Twitter や Facebook の活用
- ・Wi-Fi 充電設備
- ・禁煙教室

地方会について

Q22. 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？

はい, 38.3% (411)

いいえ, 61.7% (662)

§その他ご意見

<必要である>

- ・地域連携, 交流の機会になる (27 件)
 - * 患者さんを当院からご紹介する際に顔の分かった先生であれば安心です。交流会としての意義を感じます。
 - * 地域ネットワークの活性化に寄与すると思います
 - * その地方でがんばっている先生の名前だけではなく、顔もしれることが有意義と思います。
 - * 地域のコミュニケーション向上につながる
 - * 集会の回数を増やすことで、親密が増す。相談したり何か共同で研究する素地ができるように思う。
 - * 地方は化学療法を行う医師が少ないため、地方会を行うことで、啓蒙活動にもつながるのではないのでしょうか。しかし、演題がなかなか集まらない可能性はあると思います。
- ・総会に参加できない, 地方会なら参加しやすい (25 件)
 - * 会員の数、幅ともに広がると思われる。また、学会に参加しても人数が多すぎて部屋に入れないことがある。
 - * 地方会であれば参加しやすい環境にもなるのではないか
 - * 研修医・学生も参加しやすい
 - * 勤務上、遠方では参加できないが地方ごとであれば参加可能であったりすることや、地方ごとの職種会なども今後繋がっていけばよいと考えるため
 - * 学会活動が身近になるため、毎年の総会参加が難しいため
 - * 全国大会は開催場所によっては参加しにくく、その意味では開催場所が近隣に現局される地方会があればありがたいと思う。
- ・若手の育成 (14 件)
 - * 若手の発表の場を持たせる。日本語での発表に慣れさせる。
 - * 研修医を含む若手医師達が症例を通じて学ぶ機会を提供し、院外には仲間がたくさんいることを知り、臓器横断的な領域であることを知ってもらう。これが実現されれば、総会での 1 例報告は減らしていく方向にする
 - * 専門医を目指す若手の発表の場としては必要と思いますが、現状で行っても演題が集まらないのではないのでしょうか。地方会というより腎臓学会や感染症学会のように東西日本で分けて開催するとかいかがでしょうか。
- ・学会の発展のため (9 件)
 - * 学会活動の盛り上がり期待できる。
 - * 専門医取得希望者を増やすために有効かもしれない。
 - * 学会の基盤強化には有効と考える
- ・症例報告のため (7 件)
 - * 総会ではカヴァーできない症例検討ベースでの検討が可能
- ・参加 (発表, 勉強) 機会を増やすため (5 件)
 - * 地域での臨床腫瘍の学習の場を提供
- ・専門医, 腫瘍内科アピールのため (4 件)
 - * 施設内の腫瘍内科地位確立の一助になるため
- ・啓蒙活動 (4 件)
 - * 地方における臨床腫瘍学の啓蒙のため
- ・単位取得のため (4 件)
- ・日常臨床に重要だと思う
- ・比較的小規模な学会活動も必要と考えます。
- ・各臓器別のがん学会と共同で実施するのが良いと思います
- ・がん治療の均てん化のため

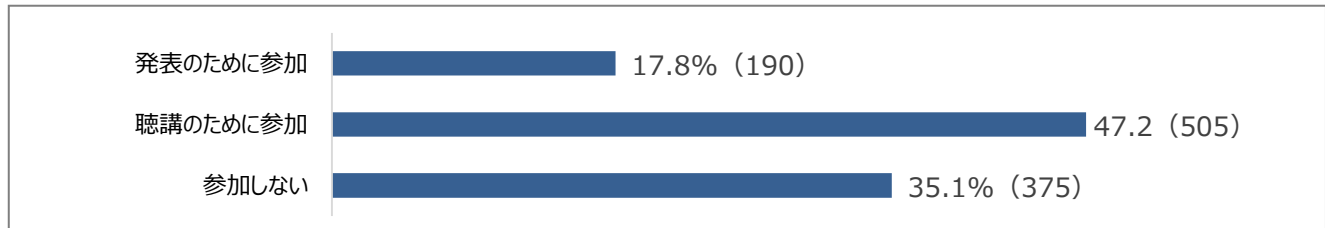
<不要である>

- ・学会が多すぎる（45 件）
 - * 学会の数が既に多すぎる。他学会も同じようなことをしようとしているところがある。これ以上増やすと実臨床に弊害がでる。
 - * 他の学会でも地方会が多く参加が難しい
- ・必要性を感じない（15 件）
- ・参加者が集まらない（14 件）
 - * 現状では地区別にするには参加者（腫瘍内科医）が少なすぎる
 - * 腫瘍医が少なく、地方会が成立するのか疑問
- ・現状で十分（13 件）
 - * 小規模の学術集会で小さな研究発表をすることに時間を費やすよりも、全国会でしっかりとした研究発表を行った方がよい。
- ・質の低下（12 件）
 - * 演題集めや発表のための演題作り・抄録作りが増えて質が落ちると思います。
 - * 地方会にすると本集会の規模が小さくなる。また、地方会に 1 例報告レベルなど質の低下が懸念される
 - * 学会として一定の質を確保した学術集会を実施すべきと考えます。
- ・内容次第（7 件）
 - * 色んながんの研究会が乱立しすぎており、それを統括する役割を担うことが出来るのであれば必要。そうでなければより煩雑になる。
 - * 地区の内科学系、外科系学会の合同開催なら参加する。
- ・スケジュール、負担（7 件）
 - * 若い医師にとって休日が 1 日減り負担が非常に大きい
 - * 参加する時間が取れない。
- ・地域の問題（6 件）
 - * 地域によってはまだその規模になっていないと思います。
 - * その地方に特化したテーマや課題があるのかどうか不明なため
 - * 診療科として腫瘍内科が無い地域がまだたくさんある。
- ・コストについて（5 件）
 - * 学会運営費用の問題が大丈夫なら、あれば参加したい。
 - * 基盤学会だけでも学会費が大変。地区別に学会費を取らないなら賛成。
 - * 所詮ニッチな領域であり、そこまで参加者も見込めず赤字になりそう。そんなことで会費を上げるなどは勘弁願いたい。
- ・運営の問題（5 件）
 - * 必要な運営費・労力の割に学術的意義が低い
 - * 地方での運営が負担になること、一堂に会した議論が有益であること
 - * 広めるためには必要かもしれないが、開催が大変。
 - * 手間がかかるだけで人が集まりません。やめてください。
- ・他を充実させる（5 件）
 - * 全国学会の充実で十分
 - * 内科学会の「腫瘍」部分に力を入れた方がよいと思います。
- ・WEB を活用する（3 件）
 - * 学会の件数が増えて煩雑になるだけ。中途半端な学会は必要ないと思います。教育講演なら有意義ではないでしょうか。症例検討等が必要なら web 上の症例検討会等は有効かもしれません。
- ・他癌腫に対し専門性がないため、地方の限られた会員では深い議論ができない。
- ・地方会レベルでは最新情報は得られにくい、インターネットなどで入手できる体制構築の方が有用。
- ・地方会は単なる専門医の点数集め。教育的要素 0

<その他>

- ・どちらとも言えない
- ・参加しているが、意義がわからない
- ・多数の学会が地方会を開催しており、いささか多すぎるように思えます。

Q23. 「地方会」が開催された場合に参加されますか。



Q24. 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せんか？



§その他ご意見

- ・WEB, E-learning を希望する (27 件)
 - * 今の A,B セミナーを e-Learning 形式にすれば OK. 不要。
 - * 参加する時間がない。有料で On line 聴講でもよいのでは？ その方が経費もかかりません。ただし今まで通り過去のセッションについては無料で見れるようにしてほしい。
 - * ウェブ配信などでもう少し安くなってほしいかなと思います。試験勉強のためには有用だと思いましたが、もう少し症例やディスカッションの場があった方が生涯教育にはよいのではと少し感じることもあります。

<必要である>

- ・参加しやすくなる (34 件)
 - * 遠方の会は参加しにくく時期も限られているので
 - * 地方にいと、都会に行くのは相当の負担。地域格差を是正するためには必要と考える。
 - * 時間の制約もあり、単位取得できる選択肢が多いと助かります。
 - * 会場費はかかるとは思いますが、現在のセッションの同時サテライト講演でかまいませんので、地方でも開催していただきたいです。教育セッションの内容が多岐にわたるため、講義時間も長く、地方から参加するには片道 5-8 時間の時間が必要な上に前日からの宿泊が必要です。毎年参加したくても時間的拘束で躊躇してしまい、後日の web 視聴になりシラバスなども手にはいきません。
- ・単位取得の機会が増える (23 件)
 - * 単位取得・更新の場数を増やすという観点、また薬物療法専門医数を拡充していくための場の設定という観点で必要ではないかと考える
- ・交通費, 宿泊費の節約 (18 件)
- ・参加機会が増える (12 件)
 - * A,B の日程があわない場合に参加できる。
 - * 専門医取得に必須であるが、若い医師が遠方の学会・教育セッションに長期出席できない可能性があるため
- ・レベルアップ, 勉強のため (12 件)
 - * 専門領域外のアップデートには役立つ。
- ・教育の場として (8 件)
 - * 地方学術集会よりも、教育セッションがより大事だと思います。
- ・地域差をなくすため (3 件)
- ・専門医増加のため (3 件)
- ・A/B セッションは拘束時間が長い (2 件)
- ・開催地について
 - * 東京、大阪、福岡、北海道
 - * 東京・大阪以外など

<不要である>

- ・現状で十分（7件）
- ・運営面の問題（5件）
 - * さらに特定の人達の負担が増えると思います。現実的ではなさそうです。
 - * 運営費がかさむのではとの危惧から
- ・負担が増える（4件）
 - * 病院を空ける時間が増加する。
- ・質の担保（4件）
 - * 現在のA・Bセッションのクオリティーを維持するためにも回数を増やすべきではない。
 - * 地方ではレベルが不揃い
- ・単位について
 - * 専門医資格維持等の負担を出来るだけ減らすために単位認定の学術集会を広げる方がよい。
 - * 単位取得目的以外に参加する意義を感じない。
 - * 新たな必須の単位とするのは反対です。
 - * 今現在の規定で単位取得が難しいほど厳しいと感じていない
- ・専門医取得が困難（3件）
- ・参加者が集まらない（3件）
 - * 地方にすると参加人数が減るだけ
 - * 現在の教育セッションに参加者が減るリスク
- ・参加が困難（2件）
- ・地方会自体不要（2件）
- ・専門医自体が不要
- ・地方でやるより回数を増やしたほうが良い
- ・交通の便を考慮すると、東京のみでよい。

Q25. 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。

はい, 10.8% (112)

いいえ, 89.3% (930)

§その他ご意見

<限定したほうがよい>

- ・差別化のため（3件）
 - * コメディカル参加型の大会は既に存在するから。
 - * 専門医地区大会だから。名前の通り。
- ・質の担保のため（2件）
- ・教育セッションを付加するのであれば専門医で良いが、これから専門医を取得希望の若手へのアピールの場となるのであれば限定しない方がよい。対象者の方向性は決めた方が内容レベルも充実すると思う。
- ・今一つ、横の連携が取れていないため
- ・学会の普及活動でもあると思います。

<限定しないほうがよい>

- ・門戸を広げておくべき（32件）
 - * 門戸を広く解放した方ががん治療の均点化に繋がると思うので。
 - * 暫くの間は参加者を多く保ち、財政的な基盤作りをする必要から参加者を限定しないほうがよいと思います。
 - * 集学的治療が必要な現状から、他の専門医も参加できる様にするほうが良いと思う。
 - * 教育の場としての役目もあると思うので、多くの医師が参加すべきと思う。
- ・他職種や学生にも参加してもらいたい（19件）
 - * 職種も問わず、興味のある方を対象にした方が有意義と思われる。
 - * がん化学療法専門薬剤師や認定看護師等も参加したいと思われる人が多いため

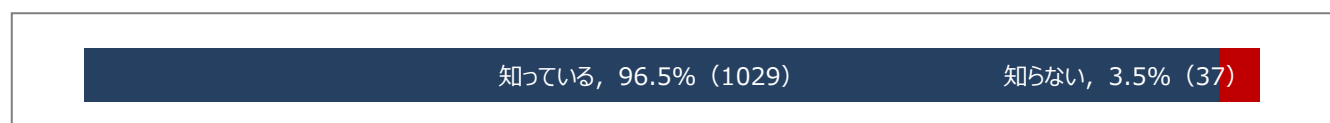
- * 学生や薬剤師・看護師などの勉強にも供すべき
- * がん治療は専門医のみで行うものではないし、非専門医や他の職種も大いに関わる。さらに言えば、患者を含めて、国民全体の理解を深め、偏見をなくすことが肝要と思う。そのための足掛かりになれば良い。
- ・啓蒙、周知のため（11件）
 - * 広く活動を周知するため。世に貢献するため。
 - * 専門医資格を有していないが、興味のある先生方にも参加いただき、学会の存在を知っていただいたほうが良いと思います。
 - * 希望される方に来ていただくことに意義があると思います。もっと腫瘍内科を広げていかないといけないと思います。
- ・若手医師のため（7件）
 - * 研修医や学生の最初の一步にさせたい
 - * 目指すどころか、まだ方向性も決めていないような若手にも進路決定の一助になるかもしれないので
- ・若手、会員リクルートのため（5件）
 - * 閉鎖的な会にせず、がん薬物療法専門医へのリクルートの意味でも広く関心のある方に来てもらうほうがよい。
 - * 専門医を目指す人のリクルートの為
- ・専門医ではないが参加したい（5件）
 - * 当方、薬剤師ですが、参加できなくなるのは困ります
 - * 参加の機会があれば参加したいため
- ・限定する必要はない（5件）
- ・専門医を目指す人のため（5件）
- ・わからない、どちらでもない（5件）
 - * 目的によるかと思います
 - * 参加していないのでわからない。
- ・地区に専門医が少ない（4件）
- ・広く学習の機会を持つため（3件）
 - * 専門医以外の医師も薬物によるがん治療に関する知識は必要で有り、広く薬物治療の情報を知らしめるべきと考えます。
 - * 勉強のために専門医以外へも公開すべき
- ・地方会自体必要ない（2件）
- ・地方会が開かれるのであれば限定しても良いが、たださえ交流が少ないがん専門医や専攻医の交流の場を限定する事になるため。
- ・日本内科学会の中でやってもいいのではないか
- ・E-learning があれば十分で、そもそも必要ないのでは。
- ・敷居高すぎるよ。なのでこの専門医の特殊性がほとんどない。
- ・専門地区大会を知りませんでした。
- ・目的が狭すぎる
- ・地域間格差を検討してかでも・・・
- ・専門医でないので専門地区大会案内されてないとおもいます
- ・領域横断的な発表内容を期待しているから

<その他>

- ・専門医のみを対象とした、しっかりとした教育はあってもよいと思う。現在のセミナーは、演者が多すぎるため、勉強にはならないため、web 配信のみで十分。

教育セミナー， Best of ASCO in Japan ついて

Q26.教育セミナーについて



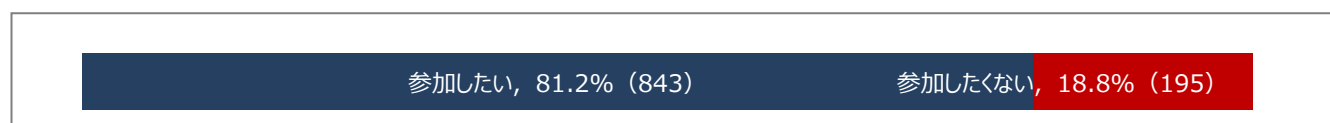
Q27.教育セミナーに参加していますか。



§参加しない理由

- ・日程が合わない，時間がない（71 件）
- ・WEB で動画が聴講できるため（9 件）
- ・医師（臨床医）ではないため（7 件）
- ・参加費，交通費，宿泊費がかかる（6 件）
- ・以前参加したから（4 件）
- ・専門医ではない，目指していない（4 件）
- ・育児のため（3 件）
- ・必要ない（3 件）
- ・たまに参加する（2 件）
- ・専門医を取れる施設にいない。
- ・興味のあるテーマがない
- ・同様のセミナーが薬剤師の学会でも開催されているため
- ・足を運ばないと学べない内容になっていない
- ・他のプログラムに参加したいから
- ・入会して日が浅い
- ・基礎コースがあれば参加してみたい。
- ・定年の年齢を過ぎたので
- ・頭頸部がんの試験の受験中のため

Q28. 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>

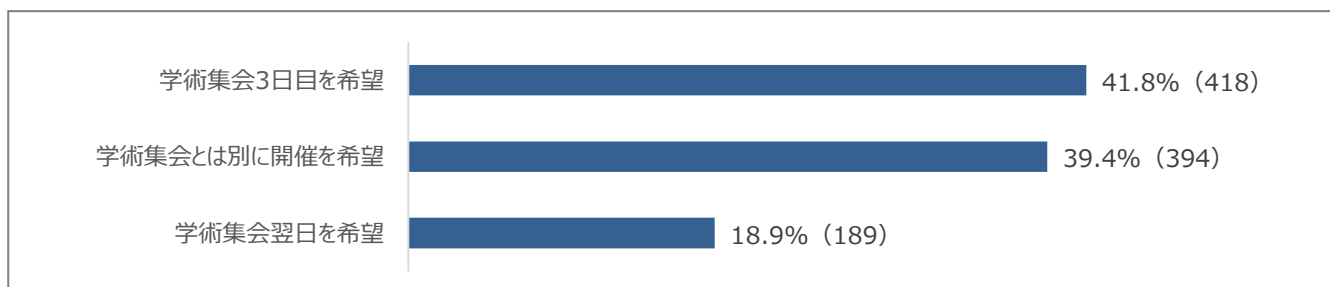
- ・勉強になる，最新情報を得られる（41 件）
- ・内容による（4 件）
 - * 個人で収集できる情報のアップデートにはげんかがあるため、本当であれば定期的に参加したい。
 - * 基礎コースがあれば参加してみたい。
- ・専門領域以外の勉強になる（3 件）
 - * 身の専門領域以外の、最新の治療法を知る機会となる
- ・単位取得のため，試験対策のため（3 件）
- ・ただ、1 箇所で行う必然性については、疑問があります。LIVE にこだわらずに、収録した内容を地方会場を含め同時間に視聴すれば良いのではないですか？交通費や宿泊費など、地方から出かけるものとしては、会費・参加費以外の出費はかなりきついと思います。
- ・Web で On-demand 聴講などを可能にしてほしい

- ・内容は充実しているが Web で十分理解などではできない
- ・時間的な余裕がないので、現実的には無理
- ・日程調整の問題がある

<参加したくない>

- ・拘束時間が長い（8 件）
 - *あまりに長時間で遠方すぎ、診療に支障となる。
 - *長すぎて、もう一回参加しようという気になれない。 有料 Web 視聴など検討されてはいかがでしょうか。
- ・忙しくて参加時間を確保できない（8 件）
- ・参加費，交通費，宿泊費（7 件）
 - *費用が高額なのでもう少し安いと嬉しい。移動宿泊代もかかるため。
 - *交通・宿泊にお金と時間がかかるため。
- ・WEB 上で動画視聴できるため（7 件）
- ・対象ではない/対象が分からない（7 件）
 - *医師向けだと思うので参加して良いのかわからない
 - *メディカルスタッフ対象のものがないから
- ・必要ない（4 件）
- ・専門医取得目的のため（4 件）
- ・E-learning を実現してほしい（3 件）
- ・専門医取得が困難/予定がない（3 件）
- ・聴きたい情報は ASCO そのものから入ってくるため
- ・ASCO に参加しているので、不要
- ・若い方が参加して日常臨床の腕を上げて頂ければと思います
- ・最新の情報ではなく、ガイドライン的な事が多いので。
- ・風邪がうつりそう 会場寒い トイレ混む

Q29.教育セミナーB セッション（夏期）の開催時期について



§その他ご意見

<学術集会 3 日目>

- ・交通費，旅費等の節約のため（3 件）
 - *学術集会が 3 日間あるため、翌日となると参加に負担となる（費用面で）。
- ・できるだけ日程をまとめてください。お互い楽だと思います。
- ・日曜だと行きやすい
- ・日曜日は週明けがきついので土曜日がいいです。

<学術集会とは別に開催>

- ・長期間の休みが確保できない（29 件）
 - *長期間出張が認められない場合も多いと思われる。学会とは離れた開催を望みます
 - *学術集会に参加するのにかなり無理をしているので、さらに 1 日長くなると参加が不可能なため。
- ・疲れる（7 件）
 - *学術集会が 3 日もあり、さらになると体力的にも日程的にもしんどいです
- ・E-learning 実現を希望（6 件）

- ・学会参加者が少なくなる
- ・出張規定で期間中に別件で出かけることは認められていない。
- ・学術集会の開催場所によっては発表者が優先で参加となり、同施設から参加できる医師が限られるため。
- ・学会に毎年参加しているわけではないので。

<学術集会翌日>

- ・他のセミナーや講演会と重複しなければ3日目が希望であるが、重複するなら翌日が良い。
- ・学術集会と一緒に参加したいため

<その他>

- ・学会前日、中日（4件）

Q30. BoAJ について

知っているが参加しない, 81.5% (603)

BoAJを知らない, 18.5% (137)

§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 (41件)
 - * 学術集会と日程が近く、休みがとれない。
 - * 開催場所、日程的に無理
- ・参加費が高い (15件)
- ・ASCOに参加するため (11件)
- ・会場が遠方のため (4件)
- ・他の方法で情報得ることができるため (4件)
 - * ASCOのバーチャルミーティング、ハイライトで済む内容と思っている。
- ・地方でもweb等で結んだりして開催してほしい。
- ・リアルタイムにおける発表より、整理された情報のほうが落ち着いて勉強できる
- ・参加できる学会としての優先順位が低い
- ・国内演者の質が不十分
- ・内容が実臨床に直結するわけではない
- ・現在の担当業務が抗悪性腫瘍薬とは異なる分野となったため
- ・過去に数回は参加した

Q31. BoAJに参加したいかについて

参加したい, 72.5% (719)

参加したくない, 27.5% (273)

§その他ご意見

<参加したい>

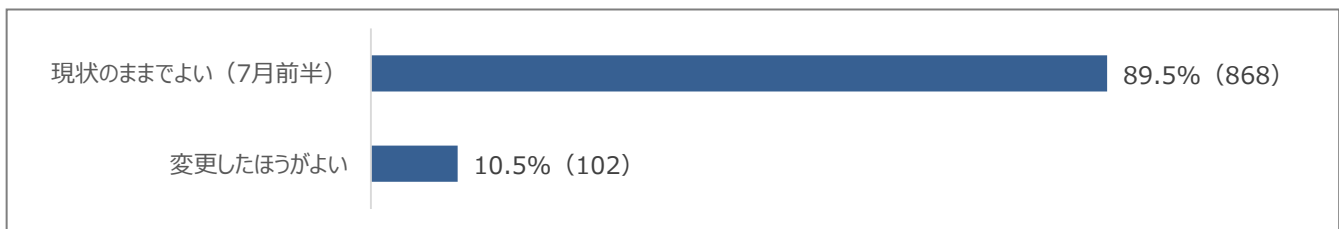
- ・ASCOのトピックがより理解できる (14件)
 - * ASCOのトピックスを専門医に解説してもらえるので。
 - * 最高に良い会だと思う
- ・最新情報を得られる (8件)
- ・ASCOに参加できないため (7件)
 - * ASCOに行くことができない年にその年のハイライトを知ることは重要なため。
- ・条件が合えば参加したい (5件)
 - * 参加費が安ければ参加したい。できればWebでOn-demand聴講などを可能にしてほしい。

- * 分野別に開催して欲しい
- ・勉強になる (3 件)
- ・時間がない (2 件)
- ・いつもできる限り参加しています。
- ・毎年参加している

<参加したくない>

- ・日程が合わない, 時間がない, 他の行事と重なる (12 件)
- ・ASCO に参加するため (11 件)
 - * ASCO には毎年参加しているので, B O A J の開催は意義があると思います。
- ・参加費が高い (5 件)
- ・必要ない (4 件)
- ・どういう会かわからない (2 件)
- ・ASCO の最新ではあるが, 実臨床にすぐには反映できないものが多く, むしろ, 教育セミナーレベルの標準治療と coming soon な治療の方が現場には有用。
- ・詰め込み オンラインでチェックできる。国内の演者が不適切。
- ・果たして web 以上の情報を得ることができるか否か
- ・専門分野に限定していないため
- ・すでに知っている内容が多い。ただ, 広い分野をレビューしてくれるのはよい
- ・On line でやってほしい
- ・BoAJ はそもそも学会がすることなのか, 疑問あり。
- ・施設での学会参加回数が限られている。

Q32. BoAJ 開催時期について



§その他ご意見

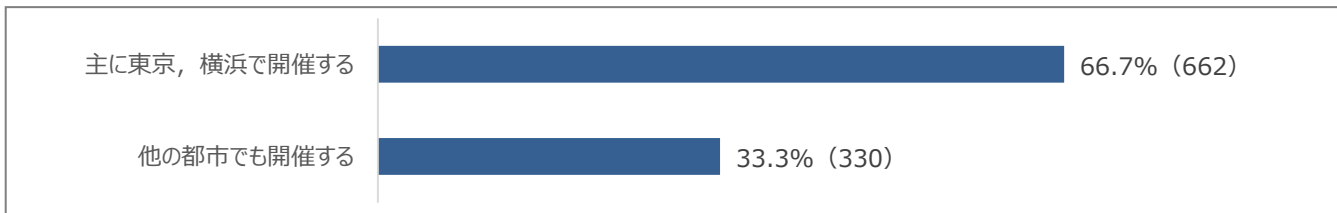
<現在のままでよい>

- ・開催時期がずれると新しい情報が更新されすぎて情報が古くなる (特に肺癌)
- ・ASCO の時期、準備期間を考えると、妥当かと
- ・ASCO が 6 月なのでちょうどいい

<変更した方がよい>

- ・他のイベントとずらしてほしい (9 件)
 - * 学術集会と日程が近いので, 時間が作れない。
 - * JSMO・乳癌・内科総会・JDDW などの学会シーズンを避けて欲しい
- ・夏を避ける (3 件)
- ・WEB 配信希望 (3 件)
- ・夏期休暇を避ける (2 件)
 - * 夏休み期間で出張できないことが多い
- ・7 月後半~8 月 (2 件)
- ・他イベントと同時開催 (2 件)
 - * 学会に合わせていただきたい
 - * A と B の合同
- ・なるべく早い時期がよいと思う。(6 月後半)

Q33. BoAJ 開催場所について



§その他ご意見

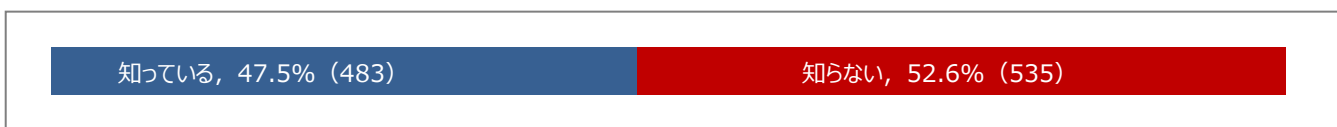
<主に東京，横浜開催>

- ・地方には WEB 配信する (4 件)
- ・アクセスが良い (4 件)
 - * 他の都市でもよいが、アクセスのよいところ。
- ・自分が関東在住のため (2 件)

<他の都市でも>

- ・WEB 配信，中継 (17 件)
 - * ASCO 後に、WEB で行ってほしい。関東の会員が参加しやすく、他の地方の会員が参加しづらいのはよくないと思います。
 - * 中継会場でもよいので、大阪会場があると嬉しい。
- ・関東以外の人も参加しやすい場所 (12 件)
 - * 関東にいるので東京、横浜でいいが、他の地域の先生方は大変だと思われるから。
 - * ASCO に参加できない人はむしろ、地方都市に多いのでは？
 - * 都市を変えることにより、参加したい人が増えるのでは??? (首都圏以外の人が増えるのでは)
- ・西日本で開催 (7 件)
- ・交互，持ち回り (4 件)
 - * 東京・横浜、神戸・大阪・京都を交互に
 - * 各主要都市で同時開催し、持ち回りにしてはどうでしょうか。
- ・アクセスのよいところ (2 件)
- ・学術集会と異なる地域で開催するのが望ましい。
- ・同じ場所だと飽きる
- ・JSMO と同時同場所開催はできないか？
- ・涼しいところでやってほしいです。

Q34. BoAJ が専門医更新時の研究業績取得単位 (10 単位) になることは知っていますか。



Q35. 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>

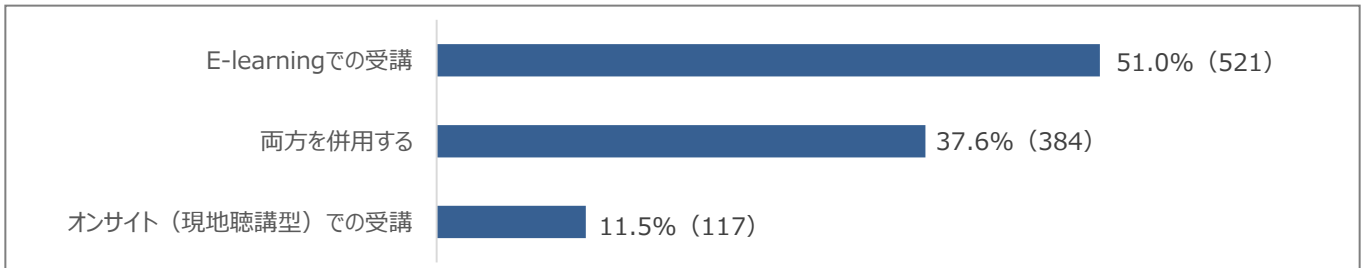
- ・あった方がいいのはいいですが、そもそも子供連れて長距離移動が難易度高いです。
- ・子供はいないが、託児所は実際に預ける会員がいなかったとしても、ホームページに託児所ありと載せてあると女性にやさしいイメージがあり、学会のイメージアップにつながる。
- ・3 人の子育てをしてきた女性として、これからの日本にとってとても大切な、子育てをして下さる女性男性、未来の日本を担う子供たちには託児所は必須です
- ・働く女性をサポートする学会であってほしく、そうなるために必須と思います。

<不要>

- ・個人としては不要です。ニーズはあると思います。
- ・自身が育児中だから書きますが、託児所がないことが女性の専門医取得を阻んでいるのではない。子育て中だから専門医取得ができないという意見があるとしたらただの言い訳。1日や2日のセミナー参加なら預け先は何とかなるし、託児所を設けたところで恩恵を受けるのは開催都市近くの方に限られると思います。
- ・女性医師が増える中で希望した場合に必ず受け入れてもらえるか不明な場合がある、また子供も普段慣れた保育者に地元で預かってもらう方が良い場合もある。介護者や障害者など配慮を要する方もいると聞く。

Q36. 現在、受講証明書が発行される E-learning の導入を検討していますが、新専門医制度の動向が不確定のため、保留となっております。

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>

- ・E-learning でもテキストがいただける、ダウンロードができるなら。
- ・少しずつ、自分のペースで勉強できそうだから。
- ・多忙なため/旅費がへる/子供が小さいため
- ・経済的にも時間的にも E-learning が良いと思います。時代の流れ的にも
- ・オンサイトは、質疑応答の時間もなく、現地で受講する意義を感じません。

<両方を併用>

- ・仕事のスケジュールに合わせて使い分ける/どちらでも勉強したい
- ・E-learning は基本をマスターするには向いていますが情報の濃淡がつけづらく、全てを e-learning にすることは難しいかと思えます。

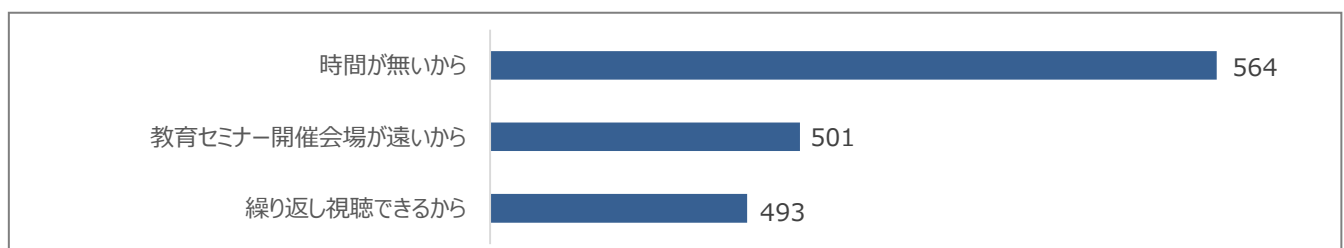
<オンサイト>

- ・E-learning だと時間があるときと思ってそのままになってしまう。
- ・現地で聴講を完了したい。（勤務先では仕事に集中したい）

<その他>

- ・どちらとも言えない/その時々状況に合わせて選ぶ。

Q37. 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（2件）
- ・費用、時間の負担が減る（16件）

- * 地方からは参加するには 1. 仕事も調整が必要である。 2. 交通費だけでも高額になる。
- * 患者急変でいけないこともあるため
- ・効率が良く学べる (4 件)
 - * e-learning のほうが効率よく能動的に学べる。
- ・聴講だけなら双方向ではないので、e-learning で充分と思います。
- ・A・B セッションは各分野のエキスパートの先生が集約して話して下さるので本当に勉強になります。マイページからオンラインで聴講できるため、学会員・薬物療法専門医になって良かったと意義をおぼえます。
- ・機構専門医には参加しないことを希望する

Q38. 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 (20 件)
- * 学会は現地でやる意味があると思うが、セミナーは現地で開催する意味がないと思う。人員確保、会場確保など無駄が多すぎる。受講する会員も地方から朝早く来たりして疲れて寝ていたり、途中で病院から電話がかかってきたりと講義に集中できない場合もある。E-learning であれば導入時はお金がかかるかもしれないが翌年以降経費削減にもなるし、会員も繰り返し学習できるので効率が良い。また配布する資料も PDF で Download できるようにすればいいと思う。
- * 子育て中のため、とても魅力的である
- ・導入に関するアイデア, 内容
 - * 教育セミナーの時間の長さからは E-learning では無理です。1 コマずつ随時聴講して行って 1-2 ヶ月かけてでも全て終了して完了なら積極的に利用します。
 - * E-learning では発展性が乏しいため、EdTech という言葉を用いた方が良い。現地聴講とオンライン教育は独立したのではなく、一体化した教育ツールであるべき。
 - * 単にセミナーの録画を流すのではなく、一つの内容でも短時間で視聴出来るものを組み合わせるなどの工夫があると聴講しやすい。
 - * IRWEB は本当に良いシステム、性善説ですが。
 - * スマートフォンで視聴できるように対応していただきたいです。
 - * 質疑応答に (全例回答でなくとも重要と思われるものに) 回答するシステムがなにか付随するとより有意義だと思います。
 - * JSMO は単位を取得する機会が少ないです。会員限定で無料の動画配信をするのであれば、オンサイトより高額でよいので単位を認める (当然確認テストなどがあるべきだと思います) ことをご高配ください。

・その他

- * 本当に学習している不透明、聴講よりも、内容を聞かない人は増えると思います。
- * オンサイトでは 1 回なのに対し、オンラインでは何回でもというのは、オンサイトでの受講者が減る原因となると思う。
- * E-learning では業務扱いにならないのでオンサイトも残してほしい。
- * 今のセミナーのウェブ配信でいいです。
- * 便利だと思う。ASCO meeting library のようにしばらくの期間聴講できると良い。
- * ASCO ~SAP のような仕組みが欲しい
- * 学術集会・A/B セッションのクオリティを維持するためにも、他に資金をかけること (回数を増やしたり、一部しか恩恵を受けない託児所など) には反対です。
- * JSMO 総会の教育セッションも E-learning 化を希望します。
- * 日本病院薬剤師会がん専門の研修単位を認めて欲しい
- * 参加者、聴講者からの費用徴収ではなく、年会費でまかなって欲しい。そのために年会費を増額することは賛成。
- * 臨床腫瘍学会を通じまして、癌領域の多数の知識を習得させて頂きました。これからも、知識の源の学会として発展させて頂きたく存じます。よろしく願い申し上げます。
- * 地方会に併催できれば好都合
- * 講演時間を長く、落ち着いて勉強できる環境を作ってほしいため。現在はただ、慌ただしいだけであり、単位取得のための参加が目立つ。会場費を節約して、勉強したい人のためになることを検討してほしい
- * LIVE で視聴していますが、決してライブだからといってかなり時間がぎりぎりなので、その場で質問できるような状況ではない。ということはライブである必要性がないのではないかと常に思います。収録であれば、講師の先生のスケジュールも調整しやすいのでは？

新しい国際的な教育事業について

Q39. Young Oncologist Preceptorship (以下 YOP) について 50 歳以下の会員にお聞きします。YOP に参加したいですか。

はい, 45.4% (284)

いいえ, 54.6% (342)

§その他ご意見

<はい>

- ・国際交流の機会であるため (6 件)
 - * 癌診療について外国の方と意見交換したり、行き来して学習したり、共同研究などできればと思います。
 - * 国際的な交流機会は重要と感じるから
- ・勉強になる (3 件) / 興味がある (3 件)
- ・世界のなかの自分の位置をしりたい / 旅費の援助はありがたい。

<いいえ>

- ・対象ではない (11 件) / 時間がない (9 件) / 人手不足 (4 件)
- ・海外のため出席が困難 (4 件) / 英語が苦手 (2 件)
- ・敷居が高い / 意義が分からない
- ・現状まずは日本の田舎の (自分のいる地区の) がん患者を何とかしたいから。
- ・都市部のハイボリュームがんセンター以外の腫瘍内科医には、なかなか縁の無い話

Q40. 51 歳以上の会員にお聞きします。身近にいる 50 歳以下の医師を YOP に参加させたいですか。

はい, 75.7% (284)

いいえ, 24.3% (91)

§その他ご意見

<はい>

- ・勉強になる (4 件) / 刺激になる (2 件)
- ・国際交流の機会であるため (3 件)
 - * 非常に教育的かつ刺激的、アジアのリーダーとも交流できるので。
 - * 国際的な活動は重要と考えるため。
- ・対象年齢について
 - * もう少し若い年齢層が適切ではないでしょうか。
 - * もっと若い医師 (40 歳) でもいいのでは。
- ・中国、韓国以外の国との交流を重視するなら。

<いいえ>

- ・本人の希望次第 (3 件)
 - * 特に積極的に参加は勧めないが希望があれば自由参加は可
- ・対象年齢について
 - * 5 歳以下で考えたいです / 50 歳近い年齢は young とは言えない
 - * より若手に国際化に励んで頂きたい
- ・意義が分からない (3 件)
- ・病院を空けられると困る。
- ・前回は肺がん限定であった。COI に問題があると思う。
- ・心理的負担が大きい。
- ・観光旅行にになると思います

**Q41. JSMO/ASCO Young Oncologist Workshop (以下 YOW) について
39 歳以下の会員にお聞きします。YOW に参加したいですか。**

はい, 56.5% (152)

いいえ, 43.5% (117)

§その他ご意見

<はい>

- ・学術的活動を学べる貴重な機会だと思うから。
- ・同世代、下の世代の活力を身に感じて刺激をもらいたいから。
- ・同年代の仲間との交流はモチベーションアップにもつながると思います。
- ・参加して非常に意義がありました。
- ・ただし敷居が高すぎる

<いいえ>

- ・対象ではない (3 件) / 時間がない (2 件)
- ・敷居が高い気がします。
- ・英語が苦手だから。
- ・申し訳ありませんが、現段階であまり興味関心がありません。

Q42 40 歳以上の会員にお聞きします。身近にいる 39 歳以下の医師を YOW に参加させたいですか。

はい, 79.2% (481)

いいえ, 20.8% (126)

§その他ご意見

<はい>

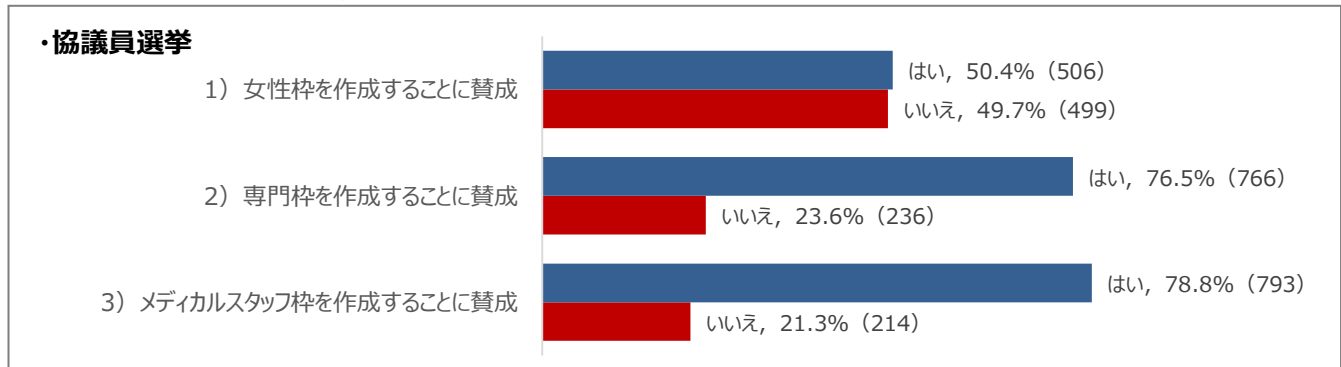
- ・勉強になる, 良い機会である (8 件)
 - * 良い勉強の機会である / 若いうちに経験することが良いから
 - * 診療や研究の刺激になると思うので。
- ・国際, 国内交流の機会であるため (5 件)
 - * 国際交流・日本の良さ、悪さを知る
 - * 国内ネットワークに参加できる。
 - * これからは日本だけで医療が成り立たなくなっていくと思うから。外国からもたくさん患者が来るし、臨床試験も日本だけのデータではなくアジア全体のデータが必要になっていくと思います。今のうちから外国のかたと触れ合い、外国の医療事情を把握し、最終的に共同研究をできるようにするべきだと思うから。
- ・国際化は重要であるため (2 件)
- ・英語での発表の機会を多く作ることは重要と思います。
- ・大学院生であれば国際学会での発表前に受講させたい。
- ・ASCO からのサポートから脱却するなら / 受講内容が充実していれば参加させたい

<いいえ>

- ・本人の希望次第 (4 件)
 - * 自発的に参加したければ応援したいです。
- ・忙しい (3 件)
 - * 病院を空けられると困る
 - * 現在は参加をすすめる余裕がない。
- ・意味がない (2 件)
- ・当院若手医師はまだそのレベルに達していない。

役員選出について

Q43. 44. 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

<全て反対>

- ・現状でも協議員の比率は会員に占める割合と同一とまではいかないかも知れませんが、女性、基礎、外科などで構成されていると思います。
- ・実際、協議員選挙において女性差別があるとは思えない、メディカルスタッフの意見は別の形で求めるべき
- ・女性男性、基礎臨床、外科内科問わず、唯一の指標は医師として臨床腫瘍学に精通しかつ指導的役割を担い学会を牽引しうる人だと思います。その資質があれば自然と増えてくると思います。自分たち自身ではなく患者へフィードバックされることであると認識してほしいです。
- ・特別枠を設けることで、かえって公平性が損なわれる。／逆差別です
- ・協議員の位置づけや権限が変更される場合は再度検討したい
- ・JSMO の目指す方向がどこなのかによるのではないのでしょうか。協議員は質で選ばばよろしいかと思います。
- ・がんセンター連合等の表の使い回しは辞めさせてください。マイナー集団が協議員になれない。こちらの方が問題。
- ・どちらが公平というべきか判断できない
- ・枠を作って質を下げるのであれば、作らない方がよい。
- ・必要ならば、オブザーバーとして指名し、意見を伺えばよいのでは？
- ・そのような枠は結局協議員のレベルダウンにつながり、本来協議員になるべき腫瘍内科医が協議員になれない事態を招く可能性があります。
- ・指名委員会で協議されているのであればそれで良い。
- ・腫瘍内科医以外がなることを拒まないですが、枠の作り方が適切か分からない。
- ・運営に適する人材が入れば良い。正しい意見を持っているかどうかの問題であり、マイノリティに属することで選挙で有利になるのはおかしい。

<女性枠設置について>

- ・賛成
 - * 女性とメディカルスタッフは現状ではてこ入れしなければ増えない、ある程度達成するまでは枠を設定することは必要と考える。
 - * よほどひどくない場合を除いて女性比率をせめて 一般医師の比率程度まで上げるべき。他の先進国では当たり前のことではないのでしょうか？
 - * 現状で日本社会全体は男女不平等のため、先駆けて状況を変えるべきと考えます
- ・反対
 - * 女性を特別にしていることが、逆によくないのでは？
 - * 女性枠は男女平等の精神に反するし、女性だから協議員に選出されないという時代ではないと思う。
 - * 女性あるいは専門枠の代表でもあり同時に、会員の代表として意見をいえる人の参加なら Ok です
ただ、現状ではあえて枠まで設ける必要はないと感じています。皆さんが fair に人を選んでいただければ良いと思います
 - * 現時点において性別による障壁がはっきりせず、敢えて女性枠を設定することの意義を感じない。

・その他

- * まずは、多くの女性会員に立候補していただくことが重要。
- * 結果的に、性別や専門枠が反映された選挙結果にならない選挙の方法に問題がある。

<専門枠について>

・賛成

- * 希少科の役割は重要と思います。
- * 内科外科での専門枠は必要性を感じないが、基礎医学系・病理診断科・放射線治療科などのスペシャリティを発揮できる職種についての専門枠はあってもよい

・反対

- * 専門枠を作成すると縦割りの日本癌治療学会と同じになってしまう。
- * 外科枠を作るなら血液内科枠や耳鼻科、脳外科枠を作るべき

<メディカルスタッフ枠について>

・賛成

- * Dr であれば、出来る人であれば女性だろうが男性だろうが、基礎や外科などにかかわらず、協議員になれる実力があるのではないのでしょうか。ただし、薬剤師、看護師などのメディカルスタッフ枠はあってもよいと思う。
- * 選挙枠が適正であれば女性枠は必要ないと思われます。専門性については異なる意見を取り入れるために必要かと思います。女性会員を増やすことを考える出来かと思います。
- * 多くの職種の参加機会を増やす事ができる

・反対

- * 専門医を輩出する学会としてメディカルスタッフを協議員とするのは好ましくない
- * そもそもアメリカの学会は専門医取らないと入れません。医師でない人をなぜ意思決定に加えないといけないのか理解できない。
- * メディカルスタッフのなかには不適切なひとが安易に当選しているケースがあるため反対です
- * メディカルスタッフについては時期尚早

<その他>

・組織票について（2件）

- * かなり組織票があるかと思います。病院ごとに人数制限をついたり、中小病院であっても協議員になるチャンスを増やされた方が、広く意見を取り入れた学会になると思います。
- * 1人が投票できる人数が多すぎ（30票）、適格性、相応性ではなく、組織票で当選者が決まる現状は、変更必要と思います。

・女性を無理に増やす必要はないが、職種や専門分野はある程度ばらけたほうが良いと思います。

・Survivorship/患者枠も

・臨床試験支援スタッフの枠も考慮いただきたい

・現状のままでよい。意見に混乱がありそう。

・いつも同じ顔ぶれの人になってしまうのではないか。

・いわゆるお友達での参加は辞めた方がいいと思います。「サロン」ですよ。態度がいいから入れてあげてきな。

・JSMOのポリシーとして必要であれば。但し、他の学会の変わらない、どこに行っても「同じ人」になってしまう可能性がある。

・あえて作ることの必要性が不透明あえて作ることの必要性が不透明

・どの枠でも隔たりなく、全体からふさわしい人を選ばばよい

・社会的にたくさん背景をもつ集団の方が、将来性があるような気がするから。その方が、時代の変化にも対応できると思う。

・おじさんばかりの開かれない会議では発展はないと強く感じます

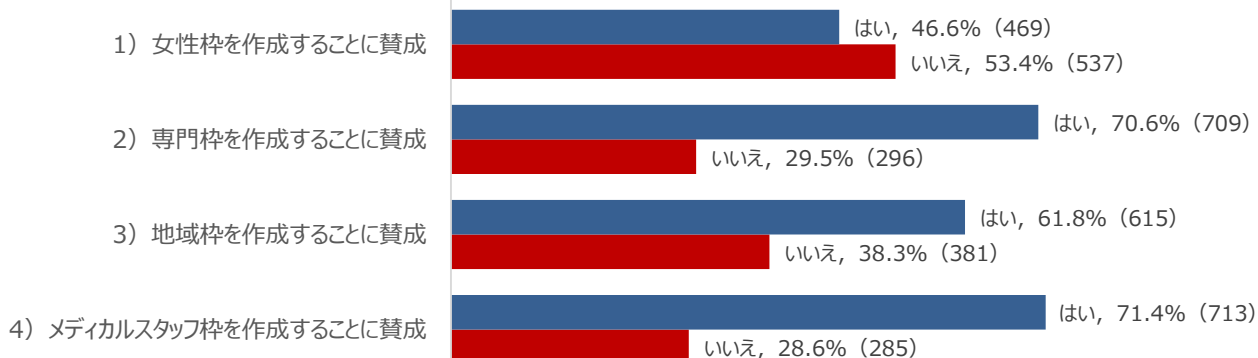
・どの分野も一定数選出されるための「あくまで一時的な措置として」であれば、多面的な意見を取り入れるという点で上記枠設定は意味があると思う。永続的に設定が必要だとは思わない。

・枠を作ることによって組織のメリットになるのであれば設置した方がよい。政治的な理由のみであれば必要ないし、むしろ弊害が大きいと考える。

・協議員は、できるだけマイノリティオピニオンを抽出できる配分にした方がよいと思います

・そもそも内科医以外がもっと参加しやすい学会になるほうが先決

・理事選挙



§その他ご意見

<全て反対>

- ・絶対とは思いませんが、地域枠はあってもよい気がします。
- ・理事は利益代表であるべきでない。／理事は全体的に考慮して
- ・がんセンターOBの体制を改め、がん治療学会、日本癌学会からも理事を招聘すべきである。
- ・理事にふさわしい方が選出されるのがよい
- ・そのような枠は結局理事のレベルダウンにつながり、本来理事になるべき腫瘍内科医が協議員になれない事態を招く可能性があります。

<女性枠について>

- ・賛成
 - * 女性枠を理事に作成する場合、全体枠でも女性を選べるようにした上で特任理事のような形で票が少なくても当選できるように。
- ・反対
 - * 男性と女性は特に区別することなく決められてよいと思います。
 - * 女性が特別でなくてもよいと考える

<専門枠について>

- ・反対：理事は、自分の専門性にかかわらず全体を俯瞰するべきなのでとくに枠を作成する必要はないと思います

<地域枠について>

- ・賛成：地域枠が、地方会活動につながるならば、賛成。
- ・反対：地域枠はむしろ協議員選挙に作成すべきと考える。

<メディカルスタッフ枠について>

- ・賛成：多くの職種の参加機会増加
- ・反対：メディカルスタッフについては時期尚早

<その他>

- ・年齢制限があってもいい気はします
- ・結果的に、性別や専門枠が反映された選挙結果にならない選挙の方法に問題がある。
- ・臨床試験支援スタッフの枠も考慮いただきたい
- ・偏りを排除したほうがよいと思います

Q45. 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年度より、協議員または専門医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。

続けてほしい, 89.6% (848)

やめるべき, 10.4% (98)

§その他ご意見

<今後も続けてほしい>

- ・やる気のある人にやってもらいたい (3件)
 - * こういうことがなければ、積極的に活動したい先生に道がなかなか開けない。
- ・公平性について (2件)
 - * 委員長のコネだけで決定されてしまい、公平性に欠けるため。
 - * もう少し公正性、透明性が確保されるやり方はないものか、と考えています。
- ・ただし、委員の職責を果たしているか厳重なチェックは必要と思います。
- ・但し、選別必要
- ・選考過程が不透明なので迷うがあってもよい。
- ・多様な意見を取り入れる努力をすべき
- ・理事の任期を決めるべき。2年ということではなくて、一人で何回も再選して続けている人がいるが、人が入れ替わらないのは問題。決められた期間のなかで最大限やりたいことをやるほうがよい。
- ・同じメンバーが固定してしまうのを防ぐためには良いと思います。
- ・委員長や委員が、指名により決まること自体がおかしい。
- ・自薦していながら落選しても、異議を述べないことが条件。
- ・そういう枠があるということが大事では
- ・それでも選んでもらえませんでした。

<意味がないのでやめるべきだ>

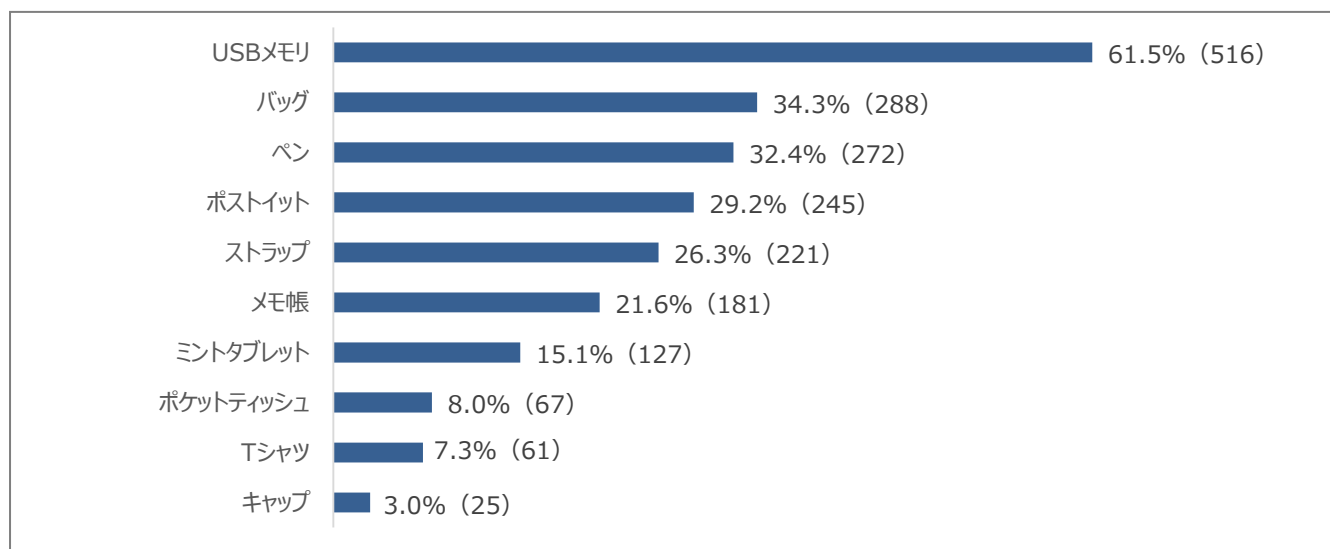
- ・奇特な方に頼んでやっていたている。自薦で委員やりたがる人は必ずしも信用できない。
- ・適切な人材が任命されることを優先すべき
- ・実効性があればいいですが
- ・どのような基準かが不明瞭である。
- ・運営しやすいようにすれば良い。
- ・有効に機能していれば続けて良いが、少数の自薦であれば手数も考えるとどうか。効率的な運営が望ましいと思う。
- ・協議員だけでも良いかもしれない。専門医となると範囲が広く、色々な人がいる。
自薦するも自分が未熟なために相手にされなかった。
- ・委員会の仕事がわからないので、自薦しようにも何に手を挙げれば良いのかわからないのではないかと

<その他>

- ・自薦があつていいと思いますが、それで選出されない場合の理由などもその方へきちんと説明されているのでしょうか。
それで選出されなければかなり失礼に思います。・
- ・実際に委員の活動の評価が必要で、自薦の方がよりアクティブであれば残すべきである。
- ・委員に適格であるかを審議するシステムが有ればよいと思う。
- ・自薦+他薦の合計ポイント

会員サービスについて

Q46.魅力を感じられるノベルティについて



§その他ご意見

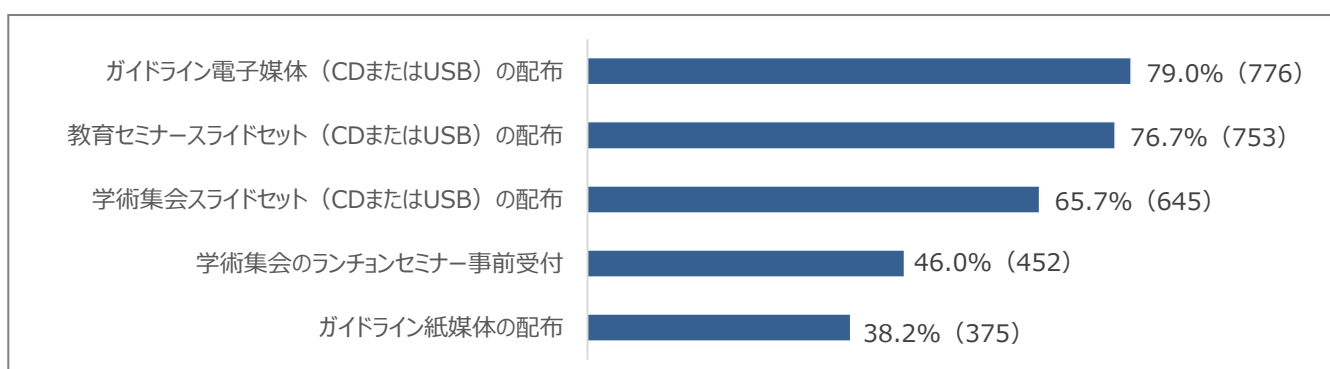
・アイデア

- * バッジ, 襟章, ネクタイピンなど (7 件) / クリアファイル (2 件) / コングレスバックは不要 (2 件)
- * リュック/ノート, ハンドタオル/IC カードケース/ネクタイ/スタイラスペン/白衣/キーホルダー/マウスパッド
- * ロゴのはいっていないものにすべき。
- * サイズを選ぶ必要があるものは勿体ない気がします。
- * あまり華やかな印象を受けないほうが良い。中身で勝負してほしい。
- * ピンクリボンのように、いろいろなキャラとコラボレーションしたロゴデザイン募集やピンバッジの配布など
- * Asco も変わりましたので jsmo もそろそろ変えてはいかがでしょうか？

・いらない (20 件)

- * このようなもので会員増加は見込めない。コスト削減の為、全て不要。
- * 基本的に不要では？ 限られたリソースをこのようなものに使用するべきではない。会員が増えないのは、medical oncology の魅力を若手医師に伝えられていないからであって、ノベルティの配布で解決するものではないと考える。
- * 年会費・参加費を下げしてほしい (6 件)
- * 会費高すぎる。500 円でも安くしてください。
- * ノベルティグッズで周知になったことはないと思うので、会員サービスは知識向上のためのものがいい
- * グッズ作成が会員増につながるとは、全く思えない。特に衣服やバッグなどは、とても身につける気にならない。
- * ノベルティの配布で、学会の周知や会員増につながるとは考えられない。
- * このようなことで会員が増えると期待するようでは、努力が足りない。
- * こういう類のものを配るのは費用対効果に乏しく、無駄な出費だと思うのであまり積極的に進められないが、以前もらったバックは使っている

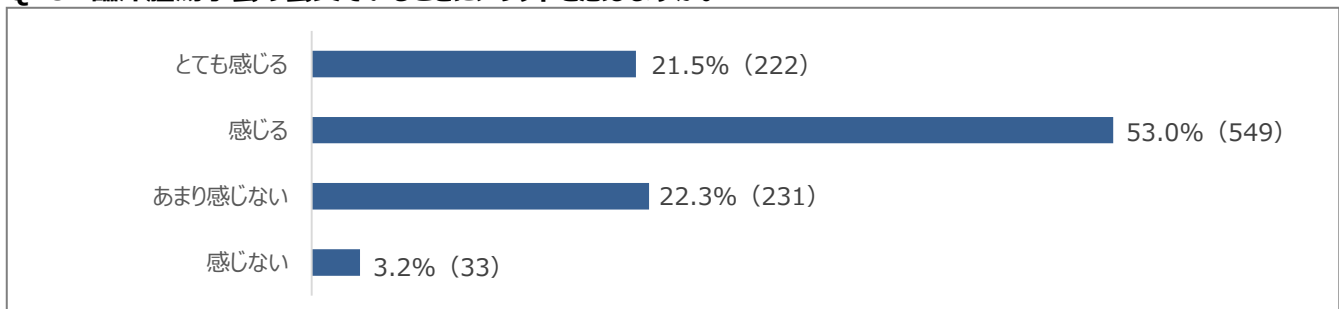
Q47.会員向けサービスについて



§その他ご意見

- WEBで十分（4件）
 - * On lineでDownloadできればいい お金の無駄だと思う
 - * 会員サイトでオンラインで見られるのが良い
- ガイドラインについて
 - * 上記のノベルティよりは、がん診療ガイドラインや、がん関連の医療情報が手に入る方がありがたい
 - * ガイドラインは無料配布にしてほしい。
 - * 各癌種の最新のガイドラインにリンクしている web ページを用意してほしい。
- 是非お願いしたいです。
- スマートフォンで閲覧できる形式で配布を希望
- 費用のかかる媒体配布ではなく、会員に限定せずに万人がwebで無料閲覧ができる体制が望ましい。
- 企業との関係の透明性を担保すべく、ランチョンセミナーは廃止すべき
- ノベルティよりこういったものに注力してください。
- 学会で写真を撮ることを止めさせる必要があるが、スライドを有料で配布することも必要と考えます。
- 紙媒体はいらない
- 現在、月刊誌もなく会員継続の是非について検討しております。
- どれも不要
- 会員優先の教育セミナー
- 発信できるものはweb公開してほしい

Q48. 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

<感じる, とても感じる>

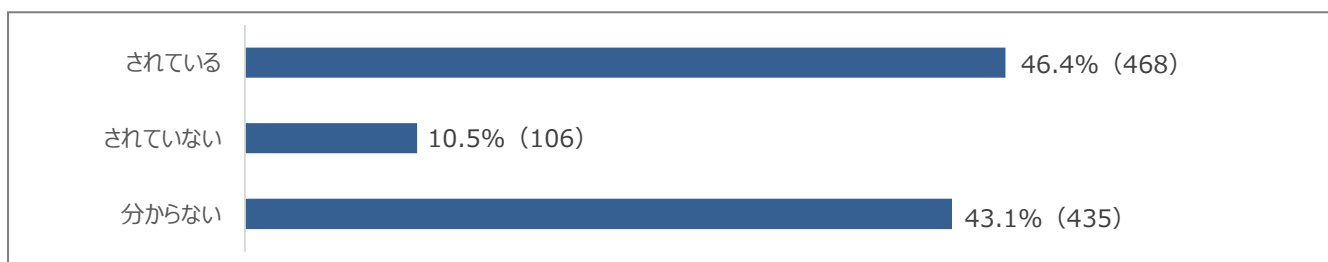
- 専門医について（9件）
 - * 専門医を取って感じるようになりました。
 - * がん薬物療法専門医であることのステータスを感じる。JSMO ニュースの論文情報はとても参考になる
 - * マイナー科で化学療法も限定されており専門医も取得不能だが、総合的な潮流や動向を把握できる
 - * がん薬物療法専門医以上の医師やそれを目指すことのできる環境にある医師以外にはほとんどメリットがない。
- 情報が得らえる（9件）
 - * 医療にまつわる情報（特に当局からの依頼、当局動向など）の共有が役立つ。 *
 - * 会員への情報周知への努力を感じる
- 教育セミナー（2件）
 - * 教育セミナーをオンラインで視聴できるため
- 他学会にも入っていますが、セミナーやアンケートなどよく企画されていると思う。
- 国内学会でこれだけ充実した学会はない。会員であることを誇らしく思う。
- ASCO, ESMO に並ぶ日本の臨床腫瘍学の学会だから
- がん専門薬剤師の更新に必要
- 但し、具体的、直接的にメリットを受けてことはないように思います。
- 医師をはじめ多くの方に対し発表する機会があるため

<あまり感じない, 感じない>

- 専門医の取得が困難（3件）

- ・入ってまだ日が浅いから（2件）
- ・まだ専門医でないからかもしれないが、専門医でも差別化が図れていないから。
- ・専門医創出のためだけ会員でいる。
- ・他学会について
 - * 他の癌関連学会と早期に統合し、無駄を削減すべきである
 - * この学会ができる前から同じような学会がもともとある。対抗しているだけ。
 - * 癌治療学会（外科？）と臨床腫瘍学会（内科？？）
- ・自分が臨床から離れてしまっているため
- ・現在の担当業務が抗悪性腫瘍薬とは異なる分野となったため
- ・今までメリットを感じたことない。学会自体が存続意味をなくしている
- ・田舎では、専門病院がほとんどないので必要ない／病院内ではまるで役立っていないため。
- ・新たな分野を作ることを手助けする社会貢献だと思っているが、これ以上より「日本のがん医療に貢献する」ということにならないのであれば学会員をやめることを真剣に考えている。
- ・日常診療に忙殺され学会参加の時間がとれない今、メリットを感じにくくなってきている。
- ・内部でのハードルは高めに設定しているが、対外的な評価が低い&周知度が低い
- ・加算されないのでは

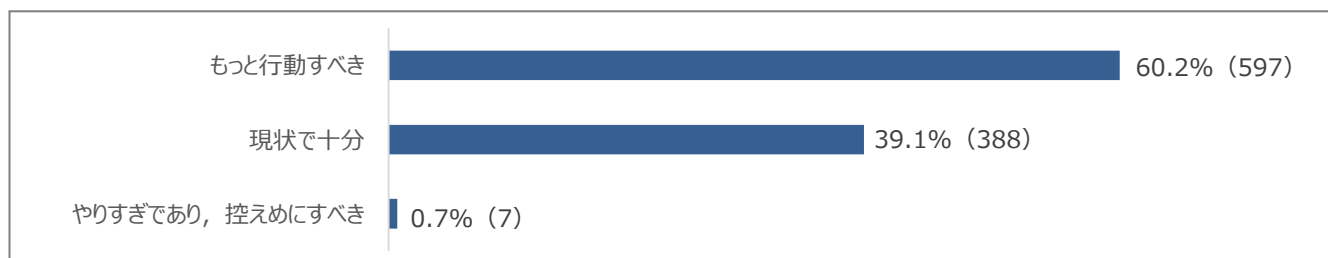
Q49. 行政当局対応についてお聞きます。HPに要望書の一覧を掲載いたしました。学会から行政当局・政府等への要望書が会員に明らかに（見える化）されていると思いますか。



§その他ご意見

- ・もう少し HP のわかりやすいところで公表して欲しいです。
- ・アドレス付きのメール
- ・タイムリーに見れていないため。
- ・今日初めて要望書について知りました。
- ・明らかに、と言われると疑問です。
- ・政府へ要望すべきことを学会からのアンケートなどで訊かれた覚えがありません
- ・経緯報告がよくわからない

Q50. 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>
- ・コスト面について海外に遅れをとっており中医協の委員に送り込まないと学会自体が意味ない
- ・がん薬物療法専門医の活用をがん診療連携拠点病院の要件に入れる。外来化学療法、がんセンターボード、緩和ケア等の労力に見合う診療報酬上の何らかのベネフィットをもう少し見える化する。
- ・ただし、データの収集も同時に行うべきである／会員へ要望案件の募集をもっとすべきである
- ・チーム医療を推進する診療報酬改定を望む。療報酬とがん対策が別々の方向を向いている。

- ・厚生労働省作成の適正使用推進ガイドラインにおいて免疫チェックポイント阻害薬などの施設指定要件などに、がん薬物療法専門医などが記載されていることなどから、日本臨床腫瘍学会のプレゼンスを高め、学会活動の促進を行うのためにも、インセンティブが必要と考えられる。 がん薬物療法専門医所属施設などへの診療報酬加算などについて、可能であればご検討いただきたい。
- ・高額な薬剤についての言及や保険制度の見直しに必要性等について
- ・他がん、緩和ケア関連学会、看護協会と連携をとってほしい
- ・学術的な貢献ができないのであれば、日本のがん医療に貢献してほしい。とにかく何かの形で日本の医療に貢献してほしい
- ・既存薬の新適応承認時の薬価
- ・患者さんとともに
- ・劣悪な労働環境の改善や不条理な訴訟問題についても今後 action を起こしていただきたいです。
- ・他の学会がかなりやっているのでやらざる得ない

<現状で十分>

- ・影響があったかどうか教えていただきたい。
- ・詳細を把握しておりません

<やりすぎであり、控えめにすべき>

- ・高額な割に、他の薬と効果に差がない薬を要望するのはいかなるものか。
- ・自分たちの COI マネージメントをしてからものを言え。

<その他>

- ・どうゆうプロセス、規範で行っていくべきかの話し合いが先ではないか
- ・わからない

専門医制度・資格について

Q51. 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

- ・ハードルが高い（14件）
 - * 認定研修施設以外で常勤職の身分になると取得は絶望的に近い。インセンティブもないので要らないといえは要らないですけど。がん治療認定医と申請・更新資格の点で関連を持たせた方がよいんじゃないでしょうか。
 - * 癌種の指定があり、泌尿器科の私は取るのがまず不可能なハードルがある。このままでは困る。退会も考えている
 - * 論文のハードルが高いと思います。
 - * 一般の病院にいればなかなかとることが難しい。また腫瘍科が設定されていない病院もある。自分は現役で入る時期が短いのでとつもりはない。若い人には今後取って欲しいとは思いますが専門医制度によってどの資格をまずとるべきか、科横断的な学会の専門医は難しいところがあると思う。
 - * 専門医を安売りしたくない気持ちはわかるが、取得要件が厳しすぎてニッチな資格になってしまっており、現状では先細り感が否めない。がん治療認定医と名前が似すぎて、患者からすると両者あまり変わらない資格に見えるのに、取得の困難さばかりが際立っており、要はメリットとデメリットが釣り合っていない。もっと患者からみても明らかに権威ある資格にするか、それが無理であればもう少し申請資格を緩め、門戸を開くべきと思う。
 - * 取れやすい科と取りにくい科がある。専門医を取得するためのプログラム（大学院やその他の）を経て、取得したとしても、実際臨床の場では専門科の治療しかしていない現状があるのではないか。本学会専門医の先生にセカンドオピニオン希望でいった患者さんがいるが、治験の話が中心で、頭をかしげざるを得ない説明を受けて、帰ってきた人もいる。
 - * 一般的には難しい認定だと思います
 - * 敷居高すぎる。 既得権益みたいな感じがします。
 - * 厳しすぎる。実態に即していない。
 - * 多方面にわたる経験が必要で複雑すぎる。
 - * 病院が臓器別診療なので専門医がとりにくい
 - * 資格申請の縛りが、他の専門医とくらべて強い印象。
 - * 施設制限が厳しく、これまで多臓器の化学療法を 100 例以上経験があっても、専門医取得に全くながらないのが、残念。医局人事下では取得できないので、がん薬物療法専門医の取得のために医局を辞めることにした。
- ・内科以外からの申請について（12件）
 - * 外科医の参入を容易にすべき。血液必修はやめたほうが良い
 - * 内科医以外がもっと参加しやすくすべき
 - * 内科に非常に優位な制度となっている。 とくに消化器外科の先生で化学療法に力をいれている先生がもう少しとりやすくしてほしい
 - * 現状の申請資格では外科医が取得することはほぼ不可能。
 - * がんの三大療法は、手術療法・化学療法・放射線療法である。消化器外科医や呼吸器外科医は、化学療法も行っているが、手術療法のウエイトが大きいのが現状である。外科医も癌治療に関わっているが、外科医にとっては申請しにくい。例えば、日本大腸肛門病学会では、“内科・放射線科・病理科”と“外科”で専門医申請に必要な検査・処置・手術数を分けている。臨床腫瘍学会でも、内科系と外科系で申請条件を分けて頂きたい。
 - * 内科以外から癌薬物療法専門医を志すものの門戸を閉じないでほしい。
 - * 内科医だけでなく、臨床的に腫瘍学を専門としているさまざまな診療科の医師が専門医になれる現在のしきみを維持してほしい。
 - * マイナー科でも、専門医取得ができるようになればもっと積極的に参加する（できる）きっかけとなる
- ・現状で良い（10件）
 - * 現状でよいと思います。剖検例が必須になったのはありがたかったです。
 - * 現状でよいと思います。質の低い専門医は不要です。
- ・条件緩和を希望（9件）
 - * 私は 60 代なので申請する気はありませんが、もう少し門戸を広げていいと思います。現状では申請資格に条件が足りず断念している医師が多い印象です。
 - * 他科での研修ができない一定の年数を超えた場合においても申請資格の門戸を開くべきと思われる。
 - * 要約サマリーの制限を緩めて欲しい
 - * 新専門医制度が導入されるとどの学会の基準も基本的に厳しくなりそうであり、少し緩和しないと応募者が減る気がします。

- * 一般病院では到底とれません。もう少し資格を取りやすくできませんか？
- * 経験必要な癌腫を減らしてほしい。血液内科を経験するのは困難。
- * 最短卒後 8 年で受験資格を得られるというのは遅すぎる。他の領域の中堅医師が、短期間の腫瘍内科研修で受験資格を得られるのと比較して、腫瘍内科だけを実直にやってきた者として、バカを見た。
- * 論文は必要ないと思う 臨床の質に直結しない
- ・緩和すべきでない (9 件)
 - * 現状維持で、これ以上安易に資格範囲を広げるべきでない
 - * 規定が厳しい気がするが、あまりハードルを下げないでほしい気もする。
 - * 必須項目を緩和することはせず、厳しいラインをキープしてほしい。
 - * 血液必修は継続して欲しい
 - * 受け持ち患者 30 例は少ないと思います。下記の通り最低 50 例くらいにすべきではないでしょうか。きちんと腫瘍内科の研鑽を積まないと専門医にはなれないようにすべきと思います。剖検例は必須でもう少し多くても良いくらいです。
 - * 狭き門ではありますが、がん治療認定医とは違うということを示すためには必要な門だと思えます。いまのままで問題ないと思えます。
 - * る価値があり、ある一定以上の水準に到達していないと合格しないから、JSMO の専門医は評価が高いのだという事を継続して欲しい。
- ・症例報告について (7 件)
 - * 実臨床では、限られた臓器の治療のみを行っている専門医が多い中、4 領域の症例経験を必須とする理由が分からない。この経験が必須であるならば、癌プロを経た者のみを専門医とすればよい。
 - * 専門科ではない分野の症例修得が困難。
 - * 専門医取得をしたいのですが、受け持ち症例などの基準が厳しいです。
 - * 血液領域を症例報告の必須領域とするべきではないと感じる。
 - * 認定施設以外で担当した症例も病歴要約に用いることができれば、受験者が増えると思います。たとえば〇例まで可という形にすれば質も保てるのでは。
 - * 診療に関する項目が厳しすぎる。例えば実際に血液内科の医師が大腸がん化学療法や乳腺診療を行う機会は余程のことがない限りないし、お願いもお互いにならないと思うので、研修を受けること自体にどこまで意味があるのか疑問。
 - * 各科専門医である他科癌種を見る機会がほぼなく、専門医がとれないのが難点です。専門医を維持することができれば、学会の退会も検討しています。
- ・領域ごとでよい (5 件)
 - * 実際に関わる領域に限定した資格を設けても良いのでは？
 - * 専門医は特定の臓器に特化したものでよいのではないかと思います。現実的に、全分野の知識を深く理解することは難しく、かえて浅い経験になる。専門医 (分野) という制度の方がよい。専門医の上に全般的に指導できる指導医を創設し、将来管理者になるべき人材は幅広く経験するという 2 段階にしてはどうか。
 - * 臨床腫瘍医として、多くの癌腫をみることは現実的に困難と考えています。少なくとも日本においては、各癌腫ごとの専門家が経験や対応等になっており、患者も各臓器別の専門家でがん治療に詳しい医師に診療してもらうことを希望しているように感じます。そういった日本の現状に合わせて資格申請基準を変更すべきと思います。
 - * 科別に認定すべきと思います。
 - * 全分野に精通してもそれは 1 - 2 年であり、全分野の最新知識を保持することは難しいと思います。一方、肺癌では免疫療法が急激に進化しており、現在の専門医でも対応不可能と思います。領域の緩和 (狭小化) が分野を限った専門医の新設を望みます。
 - * 現状、腫瘍内科よりは、疾患領域ごとの専門性が診療科ベースでは必要性が日本では高くなる。サブスペ先行の薬物療法専門医があってもいいかも
- ・がんプロについて (3 件)
 - * なぜがんプロだと早くとれるのか。論理がよくわからない。
 - * がんプロフェッショナル枠を撤廃
 - * がんプロが特別扱いなのは正しくないと考えています。Cancer Center での 5 年と同等の研修とは思えません
- ・有効期間について (2 件)
 - * レポート症例の有効期間が短くて限られているので、長くしてほしい。せっかく研修した症例でも特に女性の場合、ちょうど出産や育児の時期と重なったりして仕事から離れる期間ができてしまうと、有効期限がすぐに来てしまうのできつい。レポート症例数が多すぎるのもっと少なくしてほしい。

- * 休職しており過去の症例が 7 年の制約に期限がひっかかってしまい限られている
- ・専門医のメリットについて (2 件)
 - * あることのステータスを感じますが、実質的なインセンティブを与えてほしい。
 - * メリットを感じないと、資格取得希望者、それを維持する者はどんどん減っていきます。
- ・教育セミナーについて
 - * A, B セッションの受講歴を使用できるのが 3 年以内というのが厳しいように思います。
 - * 教育セミナー参加を義務としている意義は乏しい。
 - * 教育セミナーを必須にするならば e-learning の導入を急いでもらいたいです。
- ・更新について
 - * 更新試験を簡略化してほしい。テストは癌治療認定医のように web で実施でいいじゃないでしょうか。
 - * 資格更新試験も通信にしてください。
 - * 50 歳以上は継続試験は免除しても良いと思います。
- ・特になし (10 件)
- ・その他
 - * レポートの必要性について、試験内容や面接で吟味可能と思います。経験していない症例をレポートにしている例が後を絶たないと噂を聞きます。内科専門医の 2F に位置付けられるのか、若手や研修医は気にしているかたも多く、明らかにしてほしい。
 - * 専門医を増やしたくないのであれば現状のまま、増やしたいのであれば施設基準の緩和などが必要と思われる
 - * 将来的に日本がん治療認定医と住み分けるために、内科専門医は必須とした方が良いのではないのでしょうか。
 - * 緩和ケア研修 (peace) 受講は必修化すべき
 - * がん診療に携わる人が多くなるような制度にしてほしい。
 - * ぜひ、専門医制度の専門医になってください。
 - * 問題山積の機構専門医にあえて参加しないことを希望します。
 - * その上に腫瘍内科専門医を作って 3 階建てにしてほしい
 - * がん薬物療法専門医は 2 階層目と思いますが、3 階層目として、消化器腫瘍内科専門医、呼吸器腫瘍内科専門医などのような臓器別のより専門に特化した専門医を検討ください
 - * がん薬物療法が激的なスピードで複雑・専門分化している。「全領域に広範な知識と経験を有するがん薬物療法専門医」は現実的に不可能になっている。しかし、がん診療をまったくおこなわず悪く言えばがん診療から逃げる医師を減らし、少しでもがん診療をおこなう医師を増やすための制度的パフォーマンスとして、この広告可能な専門医資格は残すべき。
 - * 臨床の現場のニーズと合っていない。たくさんの臓器の腫瘍を扱う医師の研修、臨床は、中途半端な専門医もどきで、育成、戦力になっていない。
 - * これまでの勤務先が認定施設でないためにキャリアはあっても受験が先になった先生がいました。認定施設の紹介など HP で掲載することは可能でしょうか。
 - * 申請資格と申請書の記載の齟齬がずっと放置されている：研究活動歴ではなく、研修活動歴を記載させるべきである。「申請資格 1. 申請時において 5 年以上がん治療の臨床【研修】を行っていること」「申請書 3. がん治療に関する【研究】活動歴」。がん治療認定医所持を申請資格要件の一つとし、がん治療認定医の上位資格とする専門医体制にし、癌関連 3 学会統合推薦の新専門医制度にすべきである。
 - * 患者サマリーについて、自らが化学療法の適応を判断し、用量・スケジュールなどを設定し治療をマネージメントした患者でなければ認めるべきでないと思います。現在の所属施設はそこがゆるゆるで、眉をひそめています。
 - * ここまで細分化されているのに、各科の専門性が無視されている
 - * 複数領域の診療に関与する必要があるとしながら、実際には外来治療センターなどでのルート確保だけで可としている施設があると話を聞いたことがあります。これでは意味がないように思います。
 - * 申請資格についてはこれ以上もこれ以下もないのではないかと感じています。

Q52 . 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。

- ・現状でよい、適切である、厳しいが適切である (69 件)
 - * 施設によってはすべてを網羅することは厳しいと聞きますが、こうした機会に臓器別診療科の枠を超えて勉強できる機会は貴重だと思う *
 - * 専門医の趣旨には合致してよいと思う。剖検も必須ではなくなり、ハードルは下がったが、腫瘍内科としてのトレ

ーニングが不可欠と考えられる様になった。

- * 重要なもの、頻度の高いものを経験するのは medical oncologist としては当然のことであり現状で良いと思う。
- * 必要だと思います。多臓器の診療を行っている受験者には、さらに加点してもよいかと思えます。
- * ハードルが高いと思うがこれぐらいで良いと思う。
- * 賛成です。そのような研修体制を確立するように、各拠点病院に求めるのがよいと思えます。腫瘍内科の院内における立場ができると思えます。
- * ぜひこれを守って頂きたい。臓器別にしか患者を診ていない医師が「がん薬物療法専門医」と名乗ることはよくないと思えます。
- * 症例集積が厳しいと思えますが、主要臓器疾患であり、必要と考えます。
- 適切だが経験をつめる施設に限られる（4件）
 - * 院内に少数鋭でがん診療に携わっておられる医師には知っておくべき領域と思われるので、妥当と感じる。ただ、経験するには可能な施設が限られ、取りにくい資格であるとも感じる。
 - * さまざまな臓器横断的な経験、修練を積むべきであることを明示する上では必要。腫瘍内科 DR が実臨床で求められるのは希少がん腫、肉腫の薬物治療であり、それを含めたトレーニングを受けられる施設は国がんしかないのも事実。
- 緩和すべきではない（3件）
 - * それがないか？水は低きに流れる。緩めるのはもってのほか。
 - * ハードルは下げべきではない。
 - * 現実的には困難。しかしながら、特定領域だけで良いなら、臨床腫瘍であることの意味が見えなくなる。
- 厳しい、ハードルが高い（10件）
 - * 他臓器を扱うのは敷居が高すぎます。
 - * 専門医取得をしたいのですが、受け持ち症例などの基準が厳しいです。
 - * 臨床研修を終えて何年も経過した者にとっては、自分の専門科以外の症例経験を積むことは（重要であるとわかってはいても）困難であるのが現実。症例報告が壁となり、専門医申請は難しいと感じている。
- 実臨床に即していない（6件）
 - * 理想と現実のギャップがあり、全ての診療科の治療ができるか疑問です。資格を取るために意味のないラウンドはやめていただきたい。日常診療は日々シンポしており、専門領域だけで追いつくのにも苦労します。全ての診療科を網羅して勉強はできません。最初だけやっても意味ありません。
 - * たくさんの臓器の腫瘍を扱う、経験する、研修することを求めるのは、実臨床の現場のニーズに合わない。結局、腫瘍内科医、がん薬物療法専門医が中途半端な、役割不明の医師に終わっている。
- 必須領域の研修が困難
 - * 施設、地域（9件）
 - * 一般病院においては、一般診療もあり4分野を全て受け持つのは難しい。大学病院など特殊な病院で且つ若い人しか申請できない
 - * それら4カテゴリーの症例を担当することはそれらのためにローテート研修できるような特殊な施設にいない限りとてもできない。それら4種という限定をつけずに少なくとも異なる3種類以上の臓器カテゴリーで、くらいにした方がいいのではないか。
 - * 専門（5件）
 - * 臓器別の科になっており負担である。科によっては医局員数などが不足し専門分野以外の症例を見ることは不可能である。
 - * 私は呼吸器を専門としておりますが、肺癌の専門医資格制度がないため、がん薬物療法専門医を目指しております。しかしながら、現状で他診療科での研修が難しく専門医取得を断念しております。資格取得のハードルが高いように思えます。
- 必須領域の緩和を希望（12件）
 - * 外科系の医師にとって、複数の領域の疾患を経験する事、特に造血器悪性疾患を経験する事は研修する機会を含めて難しいと考えます。癌専門病院なら何とか可能でしょうが、大学病院や地域の中核病院であると外科系と内科系の両者にまたがった研修は困難です。申請時の必須受け持ち領域を固定せずに、申請医師の専門領域により報告すべき経験境域を変えてはどうでしょうか。
 - * 範囲が広すぎる。この専門医が実際、がんセンター以外のどのような職場で活躍するのか、はっきりしないです。1分野でもOKとしてほしい。

- * 血液、乳腺はどちらか片方でよいのではないか？
- * 乳癌と血液腫瘍をどちらも必須なのはややハードルが高いです。実際に専門医になってからどちらも診ている先生がどれくらいおられるのか…。
- * 必須でなく、インセンティブ程度でいいのではないか？あるいは、足りない、少しハンディとかでよい。多様性が確保されたほうが面白い。
- 必須領域を選択制にする（3件）
 - * 胆膵、口腔咽喉頭、婦人科、泌尿器科などを加えて、4領域以上各3症例以上というような選択性にした方がよいと思う。そうしないとマイナー科からの専門医が増えたいと考える。
 - * 必須4領域は厳しい。4領域から3領域選択可とするか、以前の基準が望ましい。
 - * 基盤学会が内科以外から受験する場合は必修を上記の4臓器のうち2臓器程度にして、がん薬物療法専門医(専門科限定)と 今までのがん薬物療法専門医(総合)の2種類から選択にすると 日本臨床腫瘍学会に興味を持つ医師が増加すると思う。
- 必須領域を増やす（7件）
 - * 4領域では少ないと思う。婦人科や泌尿器科、骨髄移植の経験がある方が望ましいと思う。
 - * 泌尿器科・婦人科なども1例でよいので必須にはいかがでしょうか？様々な領域を症例数が少なくとも診ることで、専門医を取得する先生が、諸科の先生と連携しやすくなるのではないですか？
 - * 希少がんも1例以上必要とおもいます
 - * 頭頸部、婦人科がん、泌尿器がん、原発不明がん、化学放射線療法症例などが必須でないのが理解不能。それをしないのであれば、いっそレポートはなしにして試験と面接を充実させればよい。
 - * 肉腫／軟部腫瘍、原発不明がん、未分化がんも必要ではないでしょうか
 - * 今後は、遺伝子パネル検査を用いた症例の経験や遺伝カウンセリングにつなげた症例の経験も重要でないかと思う。
- 必須領域：その他
 - * なかなか厳しい、査読もさせて頂きましたが、専門外はやはり経過、考察ともに浅いものが多いと感じた
 - * 特定の4領域を必須化するのはナンセンス、他領域を軽視していることにもなります。
 - * 他領域の症例を3例ずつ経験したということがどれほどの意味があるのかわかりません。臨床腫瘍学のgeneralな見識を担保したいならペーパーテストでも行うべきでは。
 - * 実際に関わる領域で良いのでは？
 - * 無理に多領域を要求しなく点も良いのでは
 - * 領域にとらわれる必要は、必ずしもないのではないか。
- 造血器は困難、外してほしい（14件）
 - * 造血器悪性腫瘍の症例をきちんと診療しようと思うと、ある程度の期間が必要のため、院内ではむずかしいです。でも必要であれば仕方ないので、本人の熱意次第かと思います。
 - * ある程度の経験年数になるとローテーションの機会もなく、資格取得のチャンスを失くします。一定量の座学などで1臓器位はクリアできる抜け道を用意してはどうかと思う。血液が難しいようです。
 - * 造血器腫瘍は症例数を減らしてもよいのでは。
 - * 固形がんと血液がんは治療体系、概念が全く違うものであり、発生頻度とそれに従事する医師数を考えると造血器悪性腫瘍は必須とすべきではないのでは？
 - * 造血器悪性疾患は必須から外しても良いと思う（専門性が高い領域であり、薬物療法専門医がひろく勉強する中で必要性に疑問を感じる）。また、これにより試験のハードルが上がっており、専門医取得の妨げになっている可能性を感じる。
- 造血器その他
 - * 造血器の治療あてできない医師に化学療法医を名乗って欲しくない
 - * 造血器ではできれば移植の経験があったほうがよいが、難しいでしょうね。
- 外科について（5件）
 - * 外科系医師にはハードルが高い／外科系医師にはきついのでは？
 - * 外科医外しとしか思えない。特定の領域だけで十分すぎる症例の治療を行っている医師は相当数いるはず。専門医を取得することはほぼ不可なので退会も考えている。
 - * 頭頸部外科医には厳しめ
 - * 外科医が造血器悪性疾患をみるのは稀である。
- 乳腺について（4件）

- * 乳腺のくりではなく「内分泌腫瘍」の分類にして、泌尿器・甲状腺等も経験症例に入るようにしたほうがよいのではないですか。
- * 乳腺の化学療法は外科で実施している病院が多く、内科の先生にとってローテーションするにはハードルが高いと思う。がんセンターの医師のほとんどが臓器別の診療科で勤務しており、癌腫オールラウンドで診療可能な技術を保っている医師は実際は少ないと思う。資格試験のためにローテーションしても付け焼刃的な経験にしかならないと思う。
- * 必要症例数が多すぎる。乳腺腫瘍は外来治療が多いので、症例を集めることが難しい。
- * 乳房は不要では？
- ・緩和ケアについて（3件）
 - * がん治療を行う上で、薬物療法はもちろん、他の治療手段に対する造詣を深めるべきだと考えている。放射線治療や緩和ケアに対する部分を含めてのいいのではないかと？自分が緩和ケア病棟をお手伝いする上で、他医で放射線治療の実施や緩和ケアの方法に疑問を感じる人が多いので、要望として申し出させて頂きました（薬物療法との直接的な関係性が薄いことは、重々承知しています）
 - * 緩和ケアの実績を入れてはどうか
 - * 理想を言いますと、緩和も必要と思います。
- ・症例数が多い（3件）
 - * 30 症例は無駄に多すぎる。10 例程度でよい。過去 7 年間の限定は排除すべきである。または、各臓器の専門医所持者は、当該臓器の免除制度を考慮すべきである。
 - * 全部で 30 症例も必要でしょうか。結局は、専門の症例でうめることを考慮しますと、20 症例ぐらいでよいように思います。
 - * 30 症例の要約作成はたいへんです。15-20 症例が望ましいと思います。
- ・期間について（2件）
 - * 内科認定医や外科専門医を取得するまでは、様々な疾患を万遍なく経験するが、消化器内科や消化器外科、呼吸器内科、乳腺外科などサブスペシャリティーに進むと、専門領域を主に診ることになる。故に過去 7 年間という縛りは要らないと思う。また、受持患者リストを提出することは必要かと思うが、病歴要約までは要らないと思う。
 - * 過去 7 年とか制限するとなかなか症例を集められない。余計に専門医をとれません。
- ・基準が不明瞭（2件）
 - * この必須条件を設定した理由が不明瞭です。
- ・試験について
 - * 受け持ち患者はともかくとして、筆記試験の時にこの 4 領域に問題が集中しすぎている感じがします。
 - * サマリーより試験で最低限度の教養を確認するようにお願いしたい。
- ・その他
 - * 剖検例が必須でなくなったのは残念です。
 - * ⑤その他の腫瘍性疾患を加えて、その中の④臓器について各③症例、⑫症例以上を報告する様に変更する
 - * 各分野の症例数を少なくして、報告する分野を増やすべき。
 - * 専門医は特定の臓器に特化したものでよいのではないかと思います。現実的に、全分野の知識を深く理解することは難しく、かえて浅い経験になる。専門医（分野）という制度の方がよい。専門医の上に全般的に指導できる指導医を創設し、将来管理者になるべき人材は幅広く経験するという 2 段階にしてはどうか。
 - * 臓器横断的治療が中心となりつつあることを踏まえると、臓器別病歴のシステムではもたなくなる
 - * 要約のポイントがわからない（ほぼ変えていないのに、受かったり落ちたりしたので）また残念ながら不合格となった知人は、面接で「なんでこんな治療したのおかしいよね」といわれたらしいが、そんなに外れているなら、書類審査の時点で不合格とすべきと感じた。
 - * 新人医師と異なる医師に対する対応がないのは問題かと思われる。
 - * 3 例ずつの指定がん腫をどのように学んだか、もう少ししっかりと確認が必要ではないか。

Q53. 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
 - * 院内での診療上のメリットはないですが、他院に患者さんを紹介する場合には参考になります。一定の質は保障されていると感じます。ただ、残念ながらこれは専門医にしかわからない感覚かもしれません。
 - * 紹介された患者の中には標準治療選択に疑問を感じたり治療強度不足と感じることがある。エビデンスの体現をしたり周囲と刺激しあえる存在であれば、また専門医資格かその治療に精通していないとできない治療がある以上、求められ

る資格・立場と感ずる。

- * 大学勤務ですが、判断に難渋する悪性疾患患者のキャンサーボード等での確かな方針をコメントできる力がいると感じています。また、知識も大切ですが、他診療科の協力なくして仕事ができないことや、状況の厳しい患者さんを相手するのが腫瘍内科医ですので、コミュニケーションスキルにも長けている必要があります。
 - * 頼りにされていると思います。
 - * 専門医として矜持をもって仕事をしているが、実際、病院が専門医を雇うメリットがなさすぎる。苦勞して取得してもメリットがない資格が果たして10年後活躍しているだろうかと思う。
 - * 本来は臓器横断的な対応ができるべきであり、そのような教育をうけたものであると理解いただける活動が必要です。当院では、執行部を外科系で占められており、腫瘍内科とはいったい何をする診療科か？緩和ケアに近い立場のものか？などの質問がありました。患者利益のためには薬物療法医と外科系医師の連携が理想であるものの、薬物療法の診療実績を奪い取られると一部の外科系診療科には警戒されており、そのような診療科では多くの場合で患者さんに標準的薬物療法が実行できていないようです。
 - * 有資格のメリットはあまりなく、むしろ自己満足？に近いです。
 - * 私自身、癌薬物療法専門医を取得しているが、消化器外科出身であることもあり、メインは消化器癌の診療であり、原発不明癌や軟部肉腫などは担当することもあるが、臓器特異性の高い癌腫については薬物療法のサポートという形での対応を行うことが多い。
 - * 現実的には、外来化学療法室の管理とか、プロトコル委員会の委員になるくらいか？
 - * 薬物療法に専念できていない（そのみでは仕事が少ない）
 - * 各科において腫瘍を診療している現状があり、がん薬物療法専門医がそこに介入するとすると、立場的に浮いた感じになるように思われる。また、がん薬物療法専門医を取得していても、特定の腫瘍は専門的に見ている、専門外の腫瘍は形式上診療できるとの建前だけでは、資格の肩書が形骸化と思う。血液腫瘍は固形腫瘍とはまったく別の領域と考えられ、分けて考えたほうが良いと思われる。血液専門医が固形がんの専門医の意見を聞くとと思えない。逆も真であると思う。
 - * 役に立たない変な医者が多い。臨床ができる医師を育てていただきたい。コミュニケーションがあり、すぐきれず、リーダーシップがあり、患者の気持ちに寄り添えて、終末期のケアや在宅看護診療に離解がある、そんな「がん薬物療法専門医」ごく一握りしかいないと思います
 - * 我が国の教育・研究・診療体制は基本的に臓器別であり、残念ながらがん薬物療法の存在感が向上してきていない印象を受ける。
 - * 全臓器の癌全てが専門の医師は現実的ではない。臓器個別の専門医制度を考慮すべきである。
 - * 抗がん剤を外科医ではなくがん薬物療法専門医が行うべきという指針がない限り価値が高まらないと思う。
 - * 実臨床では、限られた臓器の治療のみを行っている専門医が多い中、全ての医師が全領域を専門としているかのような状況や表記は好ましくない。
 - * がん薬物療法専門医としてオールの疾患において専門性を有す必要性よりも特定の疾患領域に対しての専門性のほうが重要視されてしまう
 - * 専門医を持っていても結局各臓器の専門家にはかなわない部分もあり、その存在意義が今一つ理解できないことがある。
 - * 結局、自分の専門分野しか見ない“名ばかり専門医”が、内科上がりの専門医でも多い。結局、末端での難民患者はあまり減ってないと思う
 - * 結局、癌薬物療法専門医の資格があっても、自身の専門領域しか臨床をやらない医師がほとんどで、本当に複数の腫瘍を診るのでなければ、それ以外の人には各臓器がんごとの専門医資格で充分と思う。
- ・専門医不足
- * 化学療法に関してはすべて請け負います、という腫瘍内科医は少なく、やはりまだ専門医が足りない印象です。
 - * 質を維持することは大事だが、絶対数が少なすぎる
- ・地方、一般病院について
- * 地方においてより充実すべき資格と考える
 - * 地方では全くメリットがない（縦割り診療）。
 - * 現在の赴任先は地方の公立病院であり、全科がそろっているわけではないので、臓器特異的トラブルシューティングが難しい症例については診療を手控えているのが現状である。自分および所属施設ができることとできないことを客観的に判断することが肝要かと考えています。
 - * 専門医を取得してから小規模病院や地方の公立病院で勤務し、がん薬物療法に従事している医師の臨床業務は評

働かされて欲しい。

- * がんセンターなどがん専門病院では、がん薬物療法専門医の存在意義があるが、臨床病院では、臓器ごとのがんの専門医を求めているのであり、腫瘍内科、化学療法科の存在意義が無く、リストラ部門となっている。 がん薬物療法専門医の資格取得者でも、結局各臓器のがん治療のみを行っており、矛盾している。

・専門医像

- * 多職種連携におけるキーパーソン
- * がんのジェネラリスト
- * 専門医はがん治療の基盤整備ができるような医師が望ましい
- * 特定の領域のみでなく、あらゆるがん腫に対応できる医師を専門医とすべきだと思います。
- * 薬物治療の知識に長けた、がん化学療法のチームを引っ張る存在
- * がんという疾患を包括的に診療する際のコーディネーター。
- * 若い方で臓器別腫瘍内科医（がん薬物療法専門医）をうたう先生がいらっしゃいますが、やはり臓器横断的なのがこの専門医の魅力、使命とおもいます。 できれば臓器別診療科と何ら変わらないと思います。
- * 少なくとも複数の領域のがんが診れる。原発不明癌の診療ができるというのが必要条件です。現実にはペーパードライバのようながん薬物療法専門医があまりにも多い

・期待

- * もっと、幅広く、多くの専門医の活躍を願っております。
- * 信頼される医師として活躍してほしい。特定のケモのみしか担当しないような医師や、緩和ケアにすべき患者に無理やり治療している専門医がいるのは残念だ。
- * 免疫療法などの普及、高齢化に伴い、がん薬物療法専門医も内科の知識が必要と思います。がんの分野と同様に、内科の分野においても進歩がめざましく、幅広い視野を持った専門医になれるよう自分も努力したいと思います。
- * 患者から信頼される指標になる。専門医機構に認められた専門医になるべき
- * 専門医取得はスタート地点との意識を持ってほしい

・提案

- * 専門医としての活動の自己評価・他者評価を導入すべき
- * ご自身の専門で手技が多いため、腫瘍内科としての仕事は不定期のキャンサーボードの司会をされているくらいです。研修医やコメディカルへの教育、主治医による薬物療法の格差を是正するために、もう少しお力を貸していただければと思います。
- * 日進月歩で急速に変化しているがん化学療法に対して、現状のやり方はなじまないのではないか（遅すぎる）。考え直す時期にきているのではないかと。
- * 臨床試験への積極的な取り組みが望まれると思います
- * 1) 腫瘍内科として外来治療を広く担えるようになってほしい。 2) 救急医療と腫瘍分野を分ける必要あり
- * かなり末期になっても治療をしている。やりすぎの感は否めない。進行・再発症例も多いので、緩和治療にスムーズに移行できるように緩和治療にも精通したほうがよいのでは。
- * 診療科の中で、その領域に特化する医師もいるので、がん薬物療法専門医と外科医や内科医が協働して、コメディカルを含めたチーム医療を目指した体制ができるとよいと思う。
- * がん治療のために抗癌薬をただ処方するだけでなく、全人的ながん医療を実践できるように研鑽すべきである。
- * 日頃の診療現場の問題点について、他病院の専門医と意見を共有される場が失われてしまったのは非常に残念です。やはり少なくとも専門医会のネットなどでの情報共有は必要と思います。
- * 腫瘍内科を目指す若手医師の教育に時間を割くべき
- * 緩和ケアに習熟すべき
- * 薬物療法専門医を掲げるならば、希少疾患や原発不明がん等の診療に積極的に関わるべき。
- * 従来の各診療科での化学療法と腫瘍内科医が並立している状態は無駄が多く、腫瘍内科がもっぱら薬物療法を受け持つような体制に日本の医療全体を変革してゆくべきだと思う。
- * もう少し簡単に取得できるという 教育セミナーのしびりをなくしてほしい
- * 診療科単位でなく、施設単位、地域単位でのがん薬物療法の適正化に尽力して頂きたい。
- * 専門医のピンバッジなどがあると、白衣や名札につけることができ、専門医のアピールになると思います。
- * 専門医ばステータスを感じてもらえるような制度があると良い。
- * 米国の様に腫瘍内科医の特権をつくるよう政府に働きかけてほしい。化学療法処方の特権はさすがに難しいと思われるが、診療保険点数の上乗せ、などがないと他科と異なり専門的手技があるわけではないので、意義が薄くなってしま

う。

- * 内科系医師以外に、外科系、放射線科、病理科医師も、腫瘍の治療に関わっている。内科系医師以外も「がん薬物療法専門医」の取得を目指すために、内科以外の医師も申請できるような条件に変更していただけないでしょうか。日本大腸肛門病学会の専門医修練カリキュラムを参考にさせていただきたいです。

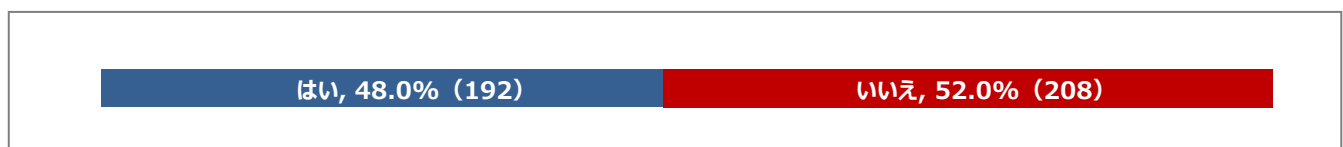
・臓器別専門医について

- * 臓器別の専門医も作成してほしい
- * 分野ごとに区切ってもいいのではないかと感じている
- * 臓器別専門医もがん薬物療法を行なっている現状があり、各臓器ごとの薬物療法認定医の設定は必要なのではないか。

・その他

- * 各臓器別の専門医制度の指導医 + がん治療認定医の 1 回以上更新者には、病歴要約なしで、セミナー参加・学会発表・論文発表・会員歴 3～5 年以上で、がん薬物療法の専門医資格を得られるような（または受験資格が得られるような）形にすべきと思います。がん薬物療法専門医が、今の日本の臨床現場の現状からは乖離した状態で、極一部のがん診療に携わる医師向けの専門医であったなら、裾野が広がらず、いずれは衰退してしまいかと思います。がん薬物療法専門医をとった方でも、資格はとったものの、結局は自分の専門以外は全くダメという方が多いように思いますので、今の資格認定基準がどこまで意味を持っているか疑問です。例えば、総合内科専門医として全身的な視点から鑑別を上げてよくわからない疾患をみていくのとは異なると思います。
- * がん薬物療法専門医が特別な存在であるというような広報などは避けてほしいが、施設内で「腫瘍内科」に所属していても、科の中でがん化学療法のプロとして頼られたいという気持ちはある。自らのアピール方法を模索中である。
- * 昨年度の学会総会で意見が出ていたが、専門の資格があっても一般の呼吸器内科と同じレベルの知識、経験も必要と思います。当然持っているとは一般にはみなされていますが、必ずしもそうでない方もおられるように思います。学会としても注意された方がよいように思います。たとえば Stage4 の患者に対する緩和的治療などの知識も抗がん剤の知識と同様に持っているべきと思います。
- * 薬物療法専門医でなくても抗がん剤治療を正しく行っている医師は多数いると思います。ただしコンサルトされた時に答えられる程度の知識は必要。
- * 実務上、臓器のスペシャリティはあってしかるべきだと思いますが、薬物療法医としてある程度臓器横断的な視点でコンサルテーション等を引き受けられることが必要かと思います
- * 主治医としてみないで、コンサルテーション型のスタイルを取る専門医がいますが、きちんと臨床をして欲しいと思います
- * 当院では「臨床腫瘍科」、「腫瘍内科」のあり方についてどうあるべきか、悩んでおります。
- * 多方面すぎて知識が薄いものになりはしないか心配

Q54. 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せんか。



Q55. 「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。

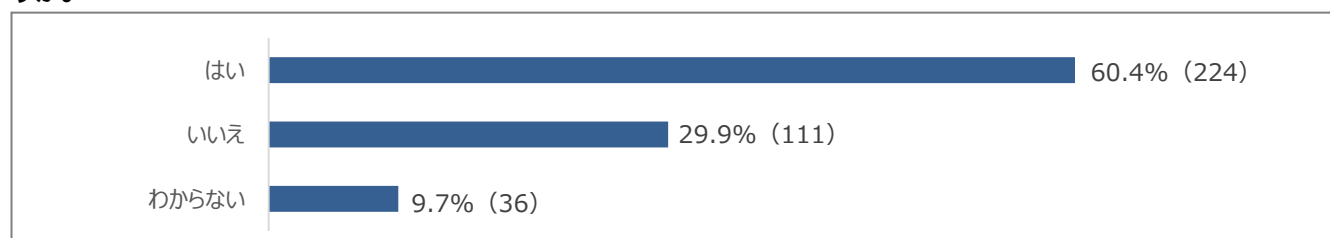


§その他ご意見

- ・他科での研修が困難（27 件）
 - * 各科が忙しく、なかなか簡単にローテーションはできない。
 - * 乳癌患者の主治医になれない
 - * 規定された受け持ち患者を集めることができない。専門でない疾患の受け持ち患者を無理に担当してまで取得することはやりたくない。

- * 現在の業務に加えて新たに研修する機会是与えられないため。
- * 各科で協力することは可能と思うが、実情、腫瘍内科として研修できるところはないので、苦しいと思う。
- ・造血器の診療が困難（8件）
- ・施設，環境（8件）
 - * 認定施設でないし、認定施設に研修に行くことも困難のため
 - * 施設基準を満たしたとしても学会会員がほぼいない。指導医に至っては全く不在。
 - * 複数の指導医が確保できなかった。
 - * 資格要件の取得が困難
 - * 都内の市中病院では、癌患者が分散し取得は困難。取得する際には別の病院への転勤を考えている。
 - * 高齢の患者が多く、まず薬物療法の対象となりにくく、施設の特性からも古典的な治療がメインとなるため。
- ・人手不足，忙しい（3件）
- ・その他
 - * 海外留学中
 - * 困難というか、現状では不可です
 - * 現行のシステムでは不可能
 - * 専門臓器の研修があり、何でも屋さんの研修は不可能である。
 - * 呼吸器の腫瘍は近隣の専門病院に紹介されている

Q56. 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

- ・わからない
 - * 実感がない（8件）
 - * 専門医独自の仕事がない，していない（5件）
 - * 認知度が低い（4件）
 - * 取得したばかりだから（2件）
 - * 自分でアピールしていないせいか、あまり頼ってくれない
 - * 維持すると、子育て中である事の煩雑さを鑑みると、結構しんどいため
 - * 専門医をとったといってもがんが治せるようになるわけではないので。
 - * サブスペシャリティとなればメリットを感じる
 - * 現在積極的にがん薬物療法にかかわっていないため
 - * 個人としてはメリットを大いに感じ誇りを持っている。一方で施設内の立場や社会の理解は不十分に思っている。
 - * 資格を持っている誇りはあるが、これといったインセンティブは全くない。
 - * エビデンスの乏しい化学療法を施行する先輩医師へ、治療方針など再検討依頼するが、効く耳なし。結局年配の先生は、自己流が多い。
 - * 専門医の知識と経験が診断に役立つことは多いが、治療となると他部門の専門医との連携が取れているとは思えない。適当な患者の押し付け合いに巻き込まれることは多い。

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>

- ・がん診療の場で活躍できる（34件）
 - * がんのコンサルタントとして必須ではないでしょうか
 - * がんセンターで勤務しているとまだまだ臓器別の診療であるが、臓器横断的な立場も求められ始め、ゲノム診療が浸透

するとなお必要とされる予感を感じる。

- * 元々ががん関連の委員会に出ていましたが、重要な仕事も信頼されるようになりました。
- * 他領域の専門医との discussion ができる
- * 院内でカンサーボードに参加を求められたり、相談を受けることがあるので認知はされている様です。
- * 施設内での立場として、がん治療に関するものに対して意見やコメントを求められる。
- * 症例がまわってくる、院内外で頼ってもらえている。
- * 大変ではあるが、がん関連の委員会を全て任されている。
- * 科内でのオピニオンリーダー的な役割を果たしている
- * 他科からの紹介、相談があるのは専門医であることが大きいと感じる。
- * チームの中心的役割を果たすことができる

・立場が明確になる（14件）

- * 専門医があるため「腫瘍内科医」として仕事ができる
- * 勉強する励みになったし、呼吸器・消化器の先生から「がん薬物療法の専門医」と認識されたように感じる。
- * がん薬物療法の専門家として見ていただける
- * 一応抗がん剤治療の専門医と認識されているので（人数が少ないせいでしょうか）乱発されて誰でも持ってそうな資格ではないのが逆にありがたいと思います
- * 化学療法専門医としての立ち位置の確認
- * 本当の腫瘍内科医と認定されているので、自分は腫瘍内科医と堂々と言える

・モチベーションを高く持てる、やりがいを感じる（10件）

- * 自分自身のプレゼンスを高めている
- * 勉強する励みになった
- * 取得後も自分の専門分野以外の領域でも知識を更新しないとイケない、という気概になる。
- * 更新時にしっかり勉強して、知識のアップデートが可能。
- * やりがいを感じるができる
- * 自覚が保ててさらに向上したいと思える。
- * 専門医はプライドであり、具体的なものは無いのが実状では？
- * 専門医として恥じる事のないように常にアップデートするなど、気の持ちようが変わった。
- * 唯一のアイデンティティというか、売りになっていると思います

・患者紹介が増えた（5件）

- * 地域からの患者紹介が増えたと思います
- * 他院からの化学療法の依頼が増えた。

・周囲からの評価（5件）

- * 院内、院外での一定の存在意義となっている。
- * 専門医として敬意を表される。

・施設について

- * 現在の病院が、教育病院になることができた。これで自前で専門医が養成できるといいが。
- * 当方は臨床腫瘍部に属しているのでその運営上必要である。
- * 新しい科を立ち上げて、病院の化学療法の整備ができた
- * がん診療連携拠点病院の申請で求められてくる。

・患者さんにとってわかりやすい

- * HP に乗せられる。専門性をアピール出来、患者に安心を与える。
- * 資格が明記されていると、患者さんが安心できる部分があるようです。ただし、ガイドライン等で定まった標準治療をしっかり行うことを専門医に期待しているのではなく、それ以上の裁量をもって治療方針を決めることを期待されているようにも思います。そのあたり、専門医にしかできない治療選択があれば良いのですが。

- ・就職，昇進（2件）
- ・専門医として広告できる／履歴書に記載できる。
- ・いろいろな薬が優先して使える
- ・上記にも記載しましたが所属する施設によって意義やメリットはかわります

<いいえ>

- ・臓器横断的な診療ができていない，必要ない（28件）
 - * 臓器別での診療形態なので、「がん薬物療法専門医」としてより「臓器別での専門医」としての役割が大きい
 - * がんセンターには、各臓器の薬物専門医がいるうえに、腫瘍内科があるため
 - * 専門医活躍の場は少ない。各臓器別での診療体制では、癌以外にもいろいろする仕事がある。
 - * 学会もそうですが日本の病院のほとんどは臓器別の診療体系が広く受け入れられているから
 - * 専門医があるから何かメリットがあるわけではない。専門医でないとできない診療や診療報酬が設定されないと難しいかもしれない。国家資格ではないので。
 - * 市中病院で腫瘍内科を標榜している病院は首都圏以外では限られている。薬物療法専門医の資格を有していても癌のみ診療しているわけではなく結局は病院内では呼吸器内科専門医、消化器内科専門医として勤務のほうが多い。
 - * 試験の目的と、現在の細分化された治療内容とが合致していないと思うから
 - * 実臨床の場では、各診療科が中心にならざるえないため。
- ・メリットがない（7件）
 - * 専門医である事でメリットを感じることがない。人事や給与など。
 - * 現行の専門医制度の中では、専門医を取得することのメリットはない。
 - * 地方では全くメリットがない（縦割り診療）。
- ・認知度が低い（7件）
 - * がん薬物療法専門医の位置付けが社会的に十分認知されていないため
 - * 専門医であっても待遇は何も変わらない。また、スタッフに認知もされていない。
 - * そもそも、あまり知られていないし、何をするための資格か明確に周知されていない。
- ・インセンティブがない（4件）
 - * インセンティブがない。他科の非専門医と同じ扱いになっている。
 - * インセンティブがない。専門医を取得していなくても、かわりなく診療できている。
- ・診療報酬について
 - * 診療報酬上の差別化がなされていない。
 - * 専門医による薬物治療の施行に対して、保険診療点数として上乘せしてほしい。自分の専門医が自分の職位やポジションに充分反映されていない。
- ・資格が評価/理解されていない
 - * 対外的に評価されていない／まったく理解されていない
 - * 院内ではまるで役立っていないため。
- ・その他
 - * 当院には腫瘍内科がありませんので

Q58. 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>

- ・名称変更も希望（わかりにくい為）
- ・小さいものでいいです
- ・あるいはカード
- ・あってもいいと思うが、デザインがださいとつけないかも。また、裏に会員番号記載するなど、不正流用されないように。
- ・かっこいいやつをお願いします。
- ・患者さんが見てわかりやすいから。安心してがん治療を受けてもらえる可能性がある。その代わりバッジが認知されないといけないので作るからには普及・啓蒙活動を学会として積極的に行って欲しい。
- ・別にどちらでもよい
- ・白衣につけられるようなピンバッジがよいです

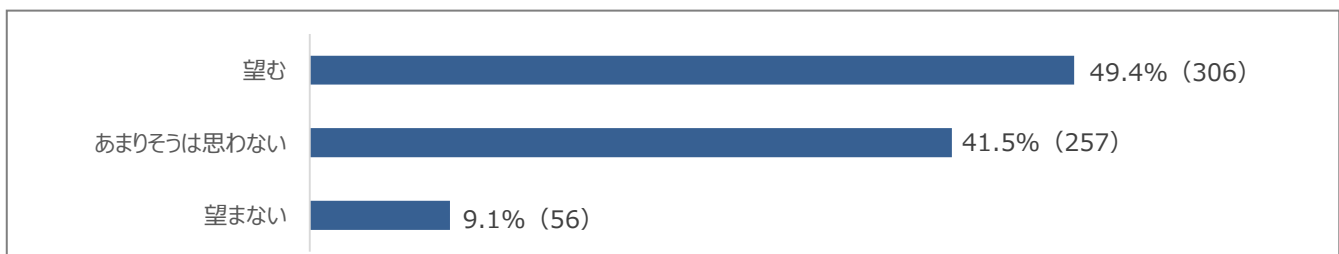
<希望しない>

- ・使用しない（5件）
 - * 内科学会など他でも配っているが、実際に着ける所がない。白衣は数日で交換するし、名札にもつけられないので、結局使えない。はっきり言って無駄な出費である。
 - * 落としてしまうから。使っても良い（名刺に入れるなど）マークなどがあつた方が嬉しい。
 - * バッジを白衣などにつけることは診療に危険を伴うため。
- ・アピールは不要（3件）
 - * 権威的になるようなものは必要ないと考えます。
 - * 必要以上に資格を誇示することはないため
- ・意味がない（3件）
- ・費用の無駄（2件）
 - * バッジを作る費用があるのであれば、若手医師の勧誘や養成などに使うべき

<その他>

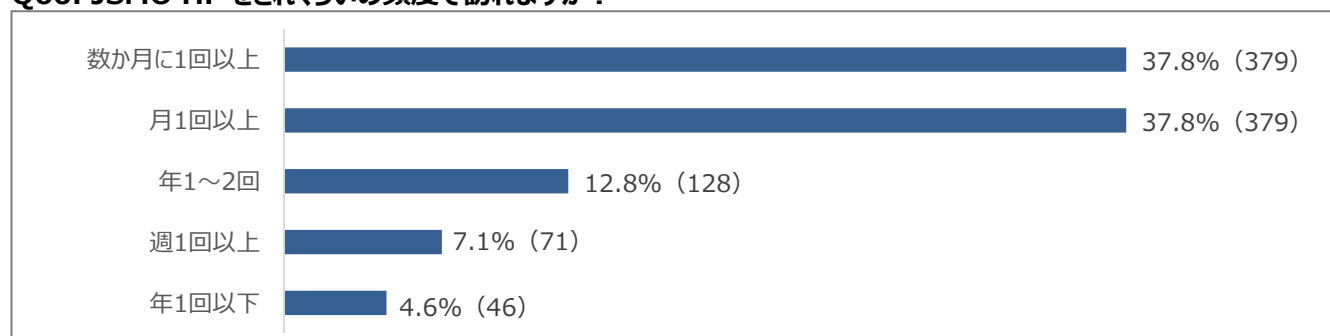
- ・メリットとデメリットがわからないためいいことかどうか分かりません。
- ・医療者にも一般にも周知するための何かはあってもよいと思う

Q59. がん薬物療法専門医の日常を伝える広報活動を望みますか。

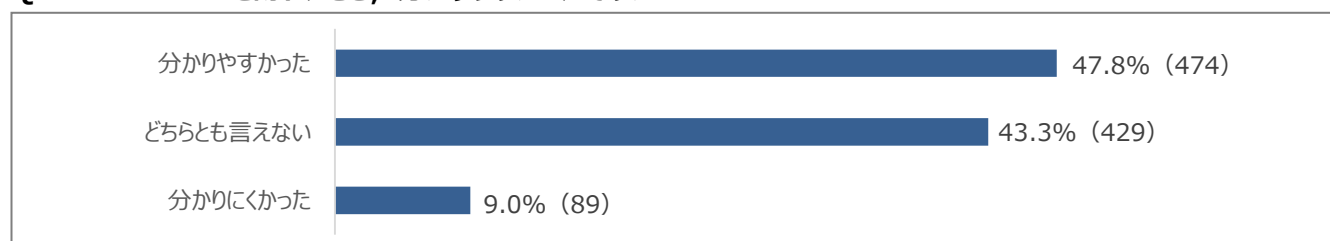


ホームページ（HP）について

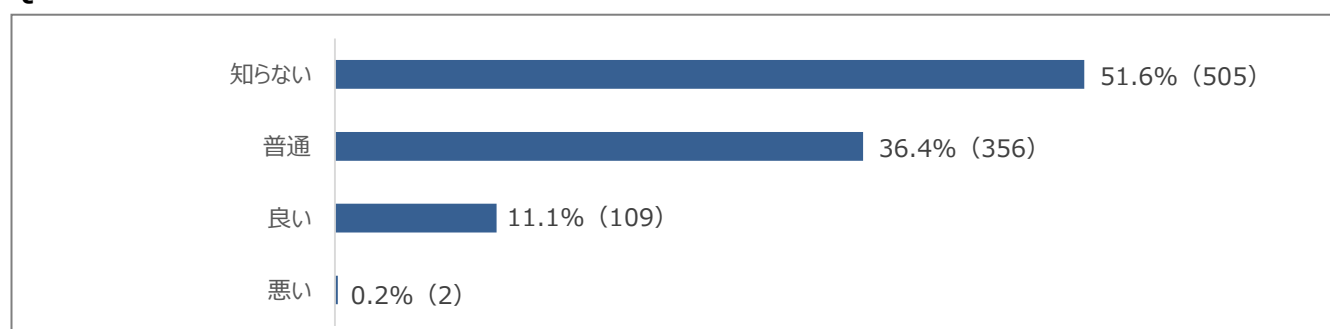
Q60. JSMO HP をどれくらいの頻度で訪れますか？



Q61. JSMO HP を訪れたとき、分かりやすかったですか？



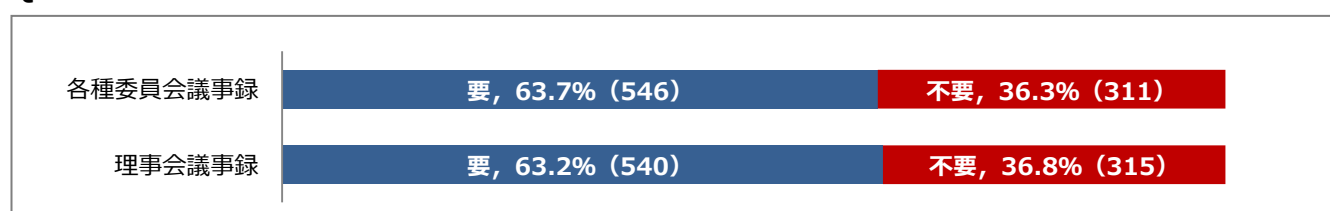
Q62. 理事長レターページを開設して約1年経ちますがいかがでしょうか？



§その他ご意見

- ・専門医制度の動向が良かったです
- ・良いのですが、メールを見ただけで新しい情報がすぐわかるようにして貰えればより良い。
- ・更新頻度が少ない。専門医や専門医像について明示を
- ・読んでいない
- ・あまりみていない
- ・あまりインパクトがない
- ・不要

Q63. HPに掲載してほしい内容がありましたらご記載ください



§その他ご意見

- <必要>
- ・会員限定で公開（4件）
 - ・学会の予算で行われたものが、学会員に開示されないことは問題だと思われる。

- ・緊張感のある討議が期待される
- ・目を通すことは無いかもしれないが必要
- ・議事録はきちんと公開してください
- ・アップデートの項目は最初の頁にまとめて欲しい。
- ・法律的に必要なければ不要

<不要>

- ・総会の議事録（個人的経験から、理事会、委員会の議事録は掲載していただいた方が良いと思うが、未決定情報等の情報を公開するのは貴学会にリスクがあると思う）

<その他>

- ・政府へ要望した内容のヘッドライン告示
- ・一般市民に対する情報サイト

Q64. HP についてご要望があれば自由記載をお願いします。

- ・わかりにくい, つかいにくい (3 件)
 - * 専門医更新のページがわかりにくいような印象です。
 - * サイト内検索でもっとヒットしやすくしてほしい。
 - * ログインしてしまうとログアウトしないとトップページに戻れないこと
- ・会員ページについて
 - * 会員サイトの充実
 - * 会員限定ページは限定を撤廃し全公開すべき。会員ページの個人情報セキュリティ対策がなされていない。ネットセキュリティ専門会社による査察と改修をするべき。
- ・ガイドラインについて
 - * ガイドラインなどが得られるようにしてほしい。
 - * がん治療学会のように各種がん治療のガイドラインをのせるなど日常診療に直結する情報をもっとのせてほしい。制吐剤、FN 時対応とかも
- ・その他ご要望
 - * 専門医会の開設を希望します。
 - * もう少し華やかにしてもよろしいのでは…。
 - * 公的機関（市役所など）のページな感じがします。 もっとデザインや使いやすさを追求した民間のホームページを参考にされた方が良いと思います。
 - * 腫瘍内科のトレーニングコースを掲載するなど教育面の充実をはかってほしい。
 - * 会員名簿が都道府県別のみの PDF で見にくい。人名検索も出来るようにしてほしい。
 - * PDF が多いです。
 - * 他の学会ともう少し繋がりを持ってほしい。

Q65. 2017 年 10 月より JSMO 本体の公式 Facebook が開設されました。Facebook ページがあることをご存知でしたか。



Q66. 公式 Twitter の開設を希望しますか。



§その他ご意見

<希望する>

- ・Facebook は登録していない。Twitter があれば登録する。
- ・海外のように注目の演題にコメントをつけるとかするといいのでは。
- ・情報が早いので便利です。
- ・若い人からのメッセージを交換するのにいいツールと考えるから。
- ・学会情報, エビデンスのお知らせなど

<希望しない>

- ・利用していない (9 件)
- ・facebook との違いがわからない。
- ・不要アクセスも多い
- ・Twitter で重要なことを流すのは好ましくないのでは? 見逃されてもいいものだけになりかねないので。
- ・遊びじゃない。
- ・匿名性が高いので発言が無責任に感じられる
- ・揚げ足をとられるのもこまりますし
- ・不要

<その他>

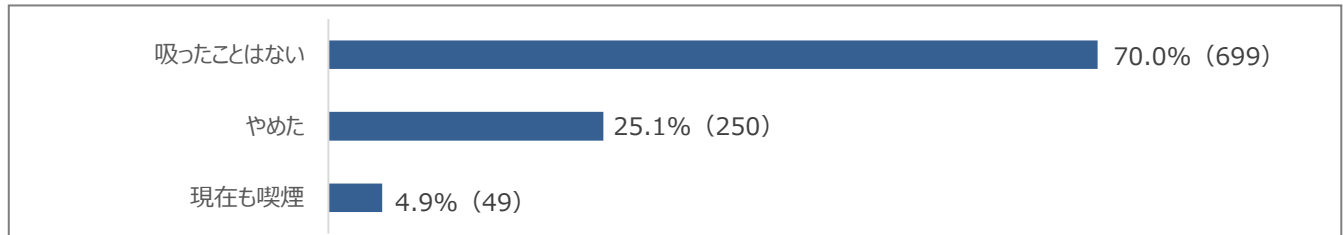
- ・どちらでもよい (2 件)
- ・半々。情報を満遍なく偏りなく伝えるのはかなり大変なのではないかと思います。
- ・書き手次第
- ・

Q67. 公式 Facebook ページに対するご意見やご希望がございましたらお聞かせください。

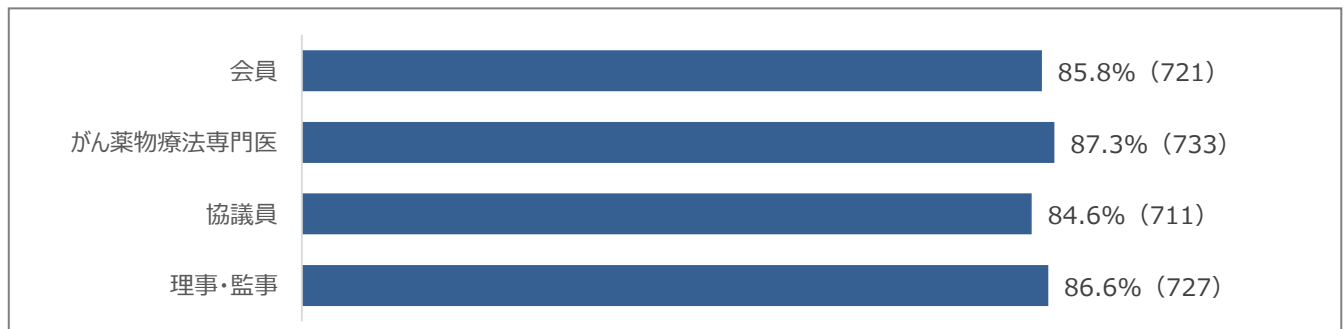
- ・主催会議の広告
- ・他社情報基盤に依存する体制は不要。
- ・情報の管理に気を付けて下さい。
- ・SNS は利用していない
- ・文章がなれなれしくて気持ち悪いような気もするし、こんなもんなのかな、という気もする。試みとしては楽しい。
- ・Facebook 自体に興味がない
- ・接続しないのでわからない (普段から Facebook を利用していない) 。
- ・医学生、研修医やレジデントを引きつける内容があるといいと思います。
- ・Facebook はセキュリティに問題があるのでは?
- ・ASCO のまね
- ・主要論文や学会情報をリアルタイムで記載してほしい
- ・文責が必要。わかりづらいから
- ・FB はいろいろ多すぎて、もうフォロー不可能。
- ・スタッフは頑張っていると思います。
- ・いいと思います。
- ・特になし (4 件)

禁煙状況，禁煙指導状況について

Q68. 現段階での皆様の禁煙状況や禁煙指導状況についてお聞かせください。
喫煙していますか



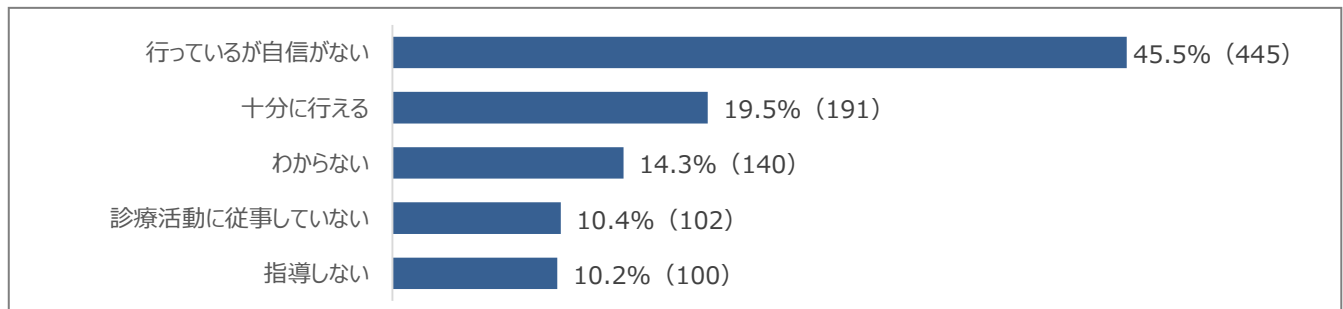
Q69. 次の内「たばこを吸うべきでない」と思うひとにチェック☑をお付けください。(複数回答可)



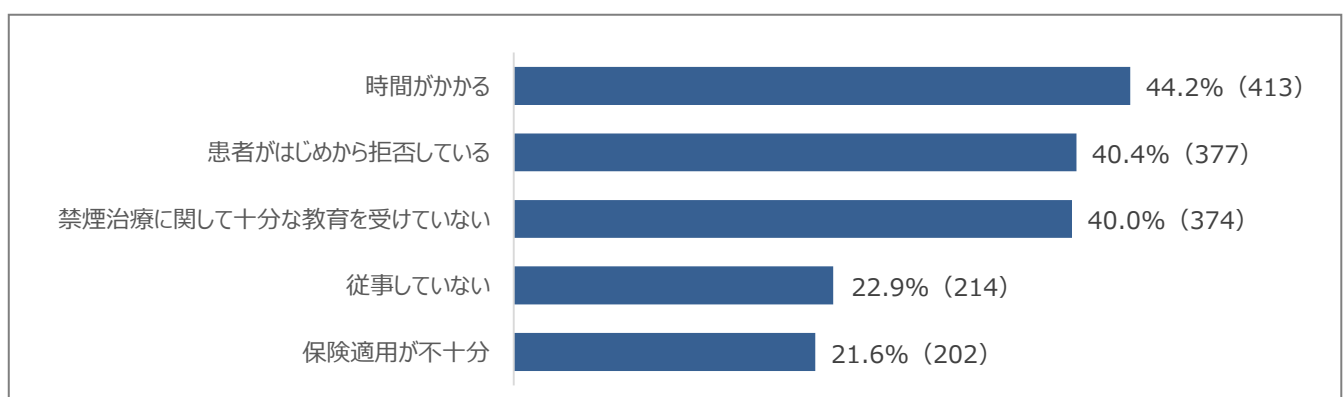
Q70. がん患者の喫煙についてどう思われますか。



Q71. 十分な禁煙指導が行えますか。



Q72. 禁煙指導の障害は何ですか。(複数回答可)



Q73. 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
 - * もっと喫煙の有害性を強調すべき／もっと積極的に取り組むべき／まだまだ不足していると感じます。
 - * 現状の取り組みは不十分でありより積極的で強い取り組みを望みます。
 - * 学会は禁煙の重要性をもっと強く社会に対してアピールしてほしい。
 - * 2020 東京オリンピックを機に世界標準とすべき
 - * 学会全体で喫煙について手の意識は低いといわれても仕方ないでしょう
 - * 受動喫煙をはじめ禁煙対策を学会としても積極的に発言・行動すべきと考えます。
 - * 禁煙がメリットとなる社会をつくるのがベター
 - * たばこ政策は極めて不十分。TV で外国人のコメンテーターが「自殺（喫煙）は認めるが他殺（受動喫煙）は許されない」などのコメントをすると司会がたしなめるシーンを複数回視聴したことがある。国外の意識は正にこのようだと感じている。
 - * 日本の喫煙に対する寛容さは理解できないところがある。
 - * 学会として禁煙の推進をしていくべきと考えるが、それは個々の診療とは別にしたほうがいいと思う。
 - * もっとやるべき／手ぬるい。
- ・国への働きかけ
 - * 今の自民党モクモク議員たちには、学会として正式にもっと厳しく物申すべき。ノジーマイノリティである喫煙者ばかりの意見が通ってしまい、今や大多数となっている非喫煙者の意見が全く反映されていない国の政策にはあきれ返るばかりだ。その大多数の意見をサイレントマジョリティー代表として、学会がどんどんアピールしていかないと、国は（議員が喫煙者なので）全く動かないだろう。
 - * 厚労省、マスコミ各社、国会議員に、対して喫煙に、関する調査をすべきだと思う。
 - * 行政に対する働きかけを積極的にしていただきたい。飲食店での喫煙が許されすぎており、禁煙に関しては圧倒的に後進国です。受動喫煙の害はすでに学問的にも明らかになっています。喫煙者本人にとっては肺癌になる原因であることを国民全員にもっと教育すべきであり、肺癌学会や国と協力して取り組んでいただきたい。
 - * 残念ながら、政府の対応は非誠実の一言に尽きる。学会は今以上に臨床からの観点で突き上げを続けて欲しい。
 - * 政府関係者に JT との COI があることが最大の問題
 - * 政府の禁煙対策が諸外国に比較して甘い。受動喫煙についてもっと深刻に対応するべきと他の学会と協力してアピールすべき
 - * 法整備で禁煙環境を整えることが必要。
- ・役員の喫煙について
 - * 学会の取り組みが甘い 評議員でありながら喫煙しているものがたくさんいる 東京の。。
 - * 喫煙議員が障壁になっている。
 - * 喫煙者は理事長にしないと宣言してほしい
 - * 理事、監査になる方は喫煙者は不適とすべきです。
 - * 中枢を担っている方々が先に止めるべき。
- ・専門医、癌関連医師の喫煙について
 - * がんの専門職種となりうる人材は禁煙していることが望ましいため／がん関連医師で喫煙は有り得ない。
 - * 会員の入り口を狭めることはしてほしくないが、少なくとも専門医取得以上の段階でまずは学会員自身が禁煙をするべきだと思う。
- ・がん患者の喫煙について
 - * そろそろ、たばこを吸っている人と吸わない人で、治療に対する差別化を図るべきでは。（吸っていると損と感じるような）
 - * 禁煙しない患者はがん治療を受けるべきではない。
 - * がん患者の喫煙については反対だが、医者喫煙については個人の責任と考えている。
 - * Stage4 の癌になってしまえば、吸うのをやめる必要性はないように思う。
- ・煙草を規制する

- * 全面的に違法にすれば良い
 - * 紙たばこ 1 箱 20 本入りを 1000 円/箱にしたらどうでしょう。／もっと価格を上げた方がいい
 - * 喫煙を違法とし、JT を解散、たばこ農家は転作支援。
 - * 全面販売禁止、違法薬物指定が必要。学会として強く進めてもらいたい。
 - * 禁煙は依存症であり、医師であれば皆禁煙指導を行えるようにすべきと考えます。そもそもタバコの販売自体に制限をかける時代がきていると考えます。
- ・たばこ関連企業について
 - * 企業以外には一利もないので、もっと高額にして税金収入の一部にするか、喫煙者の医療費をあげるくらいの政策を行ってほしい。呼吸器科医ではあるが、重喫煙者の呼吸機能障害者の医療費免除は不公平にすら感じる。
 - * JT 解体、受動喫煙加害者に対する傷害罪・過失致死罪を適用するための刑法改正・特別立法制定運動、喫煙者への保険適用薬の懲罰的適応除外の提唱、タバコ取締法制定など、がんの原因であるタバコ撲滅に全力で取り組むべきである。
 - * JT などの企業との連携が必要ないように感じます。
- ・個人の自由
 - * 自身は非喫煙者であるが、個人でリスクを背負うのであれば自由と考えている。健康上の利益のないことは溢れているのに、喫煙のみをやり玉に挙げる理由がわからない。
 - * 私自身も吸ったこともなく嫌いであり、非常に良くないとは思いますが、現実に販売されているわけであり、個人の自由を咎めることまでは強くできないのではないかと考えます。現状程度以上の活動は個人的には希望しません。
- ・個人の自由だが対策が必要
 - * 強制するものではないと思います。啓蒙は必要です。
 - * 場所、時をわかまえば腫瘍医の喫煙は容認されると思う（例えば診療後、自宅で・・・など）が、患者や他者の受動喫煙は避けるべき
 - * タバコを吸うことは個人の自由であるが、その行為が吸いたくない人々に対してどのくらい危険なことを強要しているのか、自覚させなければならぬと痛烈に思っている。吸いたい人を助ける必要はない。
- ・具体策
 - * 喫煙者は医学部への入学を拒否し、医師国家試験受験しかくに非喫煙者とすればよい。
 - * 大会会場に喫煙スペースは不要
 - * 禁煙を強制するのではなく分煙を徹底する世の中にするべき。たばこ農家の方と話す機会があったが本当にかわいそうである
 - * 喫煙の問題点、禁煙の目的をまずあきらかにすること。抗がん治療をしない 90 歳で独り身の高齢者に禁煙を求めるべきでない。
 - * COI 画面に喫煙者であることを表示する
 - * 加熱・電子タバコが、紙巻きタバコの導入口になる可能性がある。啓発が必要。
 - * 公共の場所での喫煙は禁止すべきです。また、医療機関にかかわらずすべての職場で全面禁煙すべきと考えます。
 - * 教育委員会と医師会との協働で、中学 1 年生に対する防煙教室を行っているが、全国的に活動が拡大することを望む。
- ・依存症の治療は専門医にまかせるべき。
 - ・タバコと医療費の関係を明確にすべき、特にイムノチェックポイント薬が出てきて
 - ・術前の患者さんに禁煙できれば手術しませんとお伝えするとほとんどの方が禁煙していただけます。
 - ・世界の動向をまねしているだけにしか見えない。喫煙しながらも長寿国になり得た日本について解析して欲しい。
 - ・喫煙以外の悪影響は放置して、禁煙のみに取り組む状況が分からない。
 - ・禁煙について明確に意思表示をすること
 - ・喫煙すると歯周病や肺気腫が悪化するのわかる。癌になるかどうかは？ながら禁煙と言っておけば文句は言われなくていいでしょう。
 - ・この取り組みについて知らなかった。

Q74. 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

- * 科別での認定ご検討ください。専門医の先生に相談したところ専門は消化器なのでわかりませんと、なんじゃそりやとならないように教育をお願いします。
- * 薬物療法専門医の領域を細分化し、それぞれの分野での専門医としてほしい
- * 専門医更新時に参加証のコピーが必要です。カードなどによる登録制にしてもらえると助かります。
- * 乳腺専門医の業績基準（学会発表等）に日本臨床腫瘍学会を入れて欲しいです。
- * 専門医更新の単位登録をシステム化してほしい。時代錯誤の紙ベースはやめてほしい。
- * 専門医試験の更新がきついです。オンラインでできるようにしていただきたい。
- * 専門医更新に筆記試験があるのが厳しい。正直、学会出席だけでも時間的・経済的にも負担がある上に、わざわざ試験を受けるために遠方から交通費・宿泊費が強制的にかかるのは避けてほしい。
- * 内科医師以外に、外科医師にも申請可能な条件を作っていただきたい。日本大腸肛門病学会の専門医修練カリキュラムを参考にしてください。このままの申請条件では、化学療法に関わる外科医師の専門医取得ができません。
- * 腫瘍内科専門医など専門医の名称変更
- * 腫瘍内科がサブスペシャリティとなってほしい

・学会の活動について

- * 会員の地位向上と日本の医療発展のため、腫瘍学と緩和ケアの統合を積極的に推し進める必要があると思われる
- * 外科医を排除してはいかない。積極的に取り込むべきだ。現在化学療法を行っているのはほとんど外科医。
- * 選挙の仕方を改めてほしい。
- * 学術集会の開催時期が 7 月下旬に固定されると、その前後の週の夏休みも取りづらくなり、小中学生の子供がいる場合、選べる夏休みの週が少なくなる。個人的には 7 月上旬や 9 月以降を希望。
- * インチキクリニック（がん）を追い出してほしい
- * 癌センター、大学などのハイボリュームセンターのみが活躍するだけでなく、他の中堅地域病院も参加できる雰囲気であって欲しい。
- * がん診療と医療安全に関する点で醸成していく必要を感じます。
- * もっとすそ野を広げ、癌学会や癌治と連携しないと、独断独善的になっては先はない気がする
- * 学会の開催地が首都圏と関西圏に偏りすぎており、地方部会員は学術集会に参加するのも単位を取るのも大変。地方部の会員にも配慮が欲しい。
- * 腫瘍内科、がん薬物療法分野での求人は特殊なので、求人も広報できないし、求職者も探のに困る。通年的な Job opportunity の事業をやってほしいと思いました。
- * 留学時などの休会制度
- * インチキな免疫細胞療法などが多すぎます。このようなクリニックでは、オプジーボなどの治療も勝手に併用し、自由診療を行っています。このような非標準的治療がまかり通っているのは倫理的にも科学的にも非常に問題とと思っています。臨床腫瘍学会からも何らかのアクションを希望します。

・メディカルスタッフ向けの活動について

- * コメディカルに関する情報や学術集会での内容を、更に増やして頂けるとうれしいです。
- * コメディカル、特に病理に係わる臨床検査技師の免疫チェックポイント阻害剤などの検査に必要な知識や、認定（資格）などの創出を行うべきだと思うがどうでしょうか？

・会費、参加費について

- * 協力学会（日本がん看護学会、日本臨床腫瘍薬学会など）と連携会員制度をつくり、会費を安くするなど相互のメリットがあるようにしてはいかがでしょうか。
- * いろいろな活動があることはわかりますが、当初に比べると会費・学術集会参加費が徐々に上がってきているのが困ります。また、コメディカルに関する情報や学術集会での内容を、更に増やして頂けるとうれしいです。
- * コメディカルの皆様の学会参加費が安いのは、理解できない。平等にすべきです。
- * 学術集会の参加費が高すぎる
- * 学会は神戸固定でもよいので、コストを下げてください。その代わりに、会場と新神戸のシャトルをだしてください。

・アンケートについて

- * アンケートがどの程度の進行度（60%完了とか 6/20 ページ目とか）がわかるようにしてくれると助かる。
- * 本アンケートの実施自体が大変よいことと思います。ありがとうございます。途中で記載しましたが、高齢者の治療に関しては、大規模な調査やレジストリーなどを実施していただきたいと思っています（親の肺癌治療の経験から）。現在研

究を実施されている先生もおられるかと思いますが、一部の先生がされるのではなく、大規模に、国や学会主導の研究とされれば、n数も増やせ、医学的にもより価値があると思います。このような提案をどのルートで行ったらよいかわかりませんので、学会HPに会員からの提案といったメニューを設けるのはいかがでしょうか？

* アンケート結果がどのように生かされるのか知りたい。

* アンケートが長すぎます。

* アンケートの設問が多すぎる。回答率を上げたいなら、もっとコンパクトにすべき。

・JSMO 全般

* 自分の入っている学会の中で、臨床腫瘍学会はもっとも好きな学会です。がん診療を専門としているものとしては薬物療法専門医であることを誇りに思っています。しかし、学会そのものの認知度、人気が低いような気がします。たとえばがん治では外科系の先生が多数認定医をうけるために所属したり、セミナーにお金をはらったりと所属人数や収益も高い印象を受けます。臨床腫瘍学会が何をやっていて、どれくらい意義があるのか医療関係者だけでなく一般の方にもアピールしていくべきだと思います。

* がん診療と医療安全に関する点で醸成していく必要を感じます。

* とても前向きでない学会と思っています。さらに進んだ学会に成長されるのが楽しみです。学会運営をしてくださっている皆さん、これからもよろしくお願ひします。

* 平素より多数の情報を頂きまして、誠にありがとうございます。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

* 特にありません。腫瘍内科を根付かせる活動を今後も続けます。