

会員アンケート実施報告

1. 実施概要

- 実施期間：2019年4月17日～6月14日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2019年4月17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66問，所要時間15-20分程度，無記名形式
- 配信数：8,821名（メールアドレス不明者，エラー返送件数を除く）
- 回答率：13.3%（1,169件）
※2018年度14.0%（1,219件、集計期間4/19～6/15）

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	18
協議員	158
正会員	867
準会員	118
功労会員	2
学生会員	4
賛助会員	2
計	1,169

Q2.性別

性別	n	%
男	814	69.7
女	355	30.4
計	1,169	100.0

Q3.年代

年代	n	%
10代	0	0
20代	16	1.4
30代	254	21.7
40代	464	39.7
50代	351	30.0
60代	79	6.8
70代以上	5	0.4
計	1,169	100.0

Q4.職種

職種	n	%
医師	823	70.4
薬剤師	185	15.8
看護師	80	6.8
その他 (製薬企業, 管理栄養士, CRO等)	42	3.6
CRC	11	0.94
基礎研究者	8	0.68
歯科医師	5	0.43
検査技師	4	0.34
データマネージャー	3	0.26
作業療法士	2	0.17
ソーシャルワーカー	2	0.17
獣医師	1	0.09
放射線技師	1	0.09
理学療法士	1	0.09
生物統計家	1	0.09
計	1,169	100.0

Q5.専門診療科 1

専門診療科 1	n	%
内科	688	58.8
外科	127	10.9
その他	354	30.3
計	1,169	100.0

Q6.専門診療科 2

専門診療科 2	n	%
腫瘍内科	220	18.8
呼吸器	184	15.7
血液	139	11.9
がん薬剤師	139	11.9
消化管	130	11.1
がん看護	62	5.3
乳腺	51	4.4
肝胆膵	42	3.6
製薬企業	33	2.8
その他	27	2.3
婦人科	23	2.0
緩和	15	1.3
臨床試験支援	14	1.2
頭頸部	13	1.1
放射線治療	11	0.9
泌尿器	8	0.7
臨床薬理	7	0.6
脳神経	6	0.5
骨軟部	6	0.5
医療連携	6	0.5
小児	5	0.4
基礎医学	4	0.3
創薬研究開発	4	0.3
皮膚	3	0.3
臨床検査	3	0.3
疫学	3	0.3
内分泌	2	0.2
放射線診断	2	0.2
病理学	2	0.2
生物統計学	2	0.2
精神医学	1	0.1
IVR	1	0.1
医療行政	1	0.1
計	1,169	100.0

Q7.所属先

所属先	n	%
大学	400	34.2
国公立病院	263	22.5
私立病院	254	21.7
がんセンター	129	11.0
企業	58	5.0
その他	49	4.2
開業	9	0.8
教育	5	0.4
基礎研究	2	0.2
計	1,169	100.0

Q8.専門医等保有資格

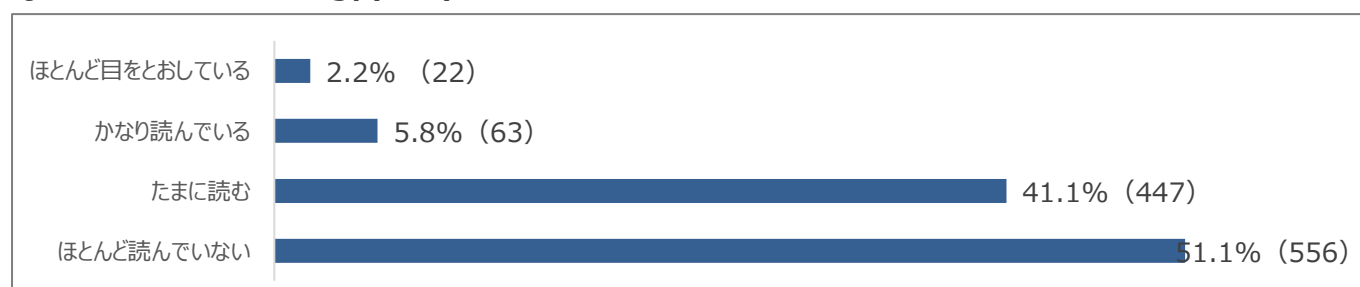
資格	n
がん薬物療法専門医	400
がん薬物療法指導医	248
がん薬物療法暫定指導医	99
がん治療認定医	424

Q9.主な所属学会

資格	n
日本癌治療学会	518
日本癌学会	318
ASCO	244
ESMO	129
その他	307

学会機関誌について

Q10. Annals of Oncology (AoO) をどの程度読まれていますか？



Q11 (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？



Q11 (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)
- ・購読料が高すぎる (2 件)
- ・このようなサービスがあることを知らなかった。今後使用していきたい。周知して欲しい。
- ・今後、見るようにします
- ・出先で見るときは JSMO アカウントを使います
- ・機関誌を契約解除することで、年会費が安くなるなどの、会員としてのメリットがあるのかどうかを知りたい。
- ・特定機能病院に勤めていれば、施設基準に図書館などがありメジャー雑誌は読めますが多くの病院では読めないの、あってもよいのかと思います。ただ、JSMO 会員のほとんどが機能病院でジャーナルに困らないのであれば不要と考える。
- ・必要な論文があった時に閲覧するという程度のため、強い希望は今のところありません。
- ・英文機関誌を育てるのは大変

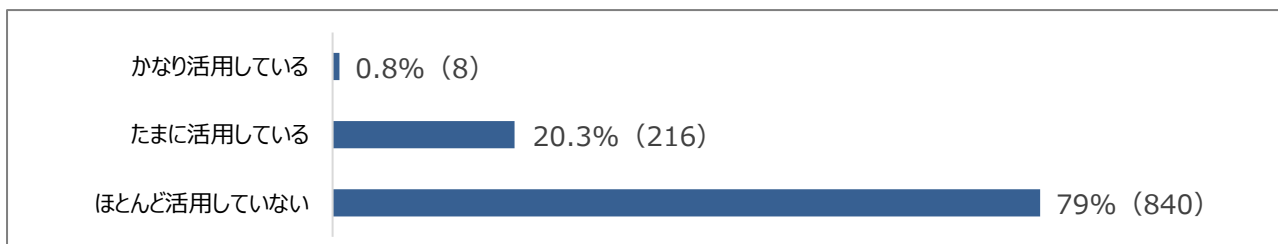
<機関誌でなくてもよい>

- ・JSMO アカウントを使用していない (2 件)
- ・独自の機関紙をもつ、ジャーナルを変更する (5 件)
- ＊アジア圏のジャーナルに変更してはどうでしょう？たとえば、Asia Pacific Journal of Clinical Oncology

<その他>

- ・アクセスの方法が変わってから使えていない。
- ・学会誌を通じて、JSMO と ESMO が互いに提携するメリットはほとんどない
- ・1365 万円と言うが、会員一人あたりの負担はいくらか？そして機関誌でなくなると、会費は安くなるのか？
- ・実際に Annals of Oncology にあまり投稿できておらず、形骸化している。ESMO との関係強化していくのかも方針が見えない。
- ・重要な雑誌であることは間違いないが、JSMO の機関紙としての意義は自分にはわからない。
- ・Ann Oncol が機関誌である必要はないですが、JSMO の総会が ESMO の external meeting で ESMO-MORA point がとれない状況が続いているのは、大変残念です
- ・継続適否を判断するだけの情報が不足しています。機関紙であること個人的なメリットは正直ないですが、日本としてのメリットがあるなら継続すべきです。

Q12.AoO Supplement Issue の活用状況について

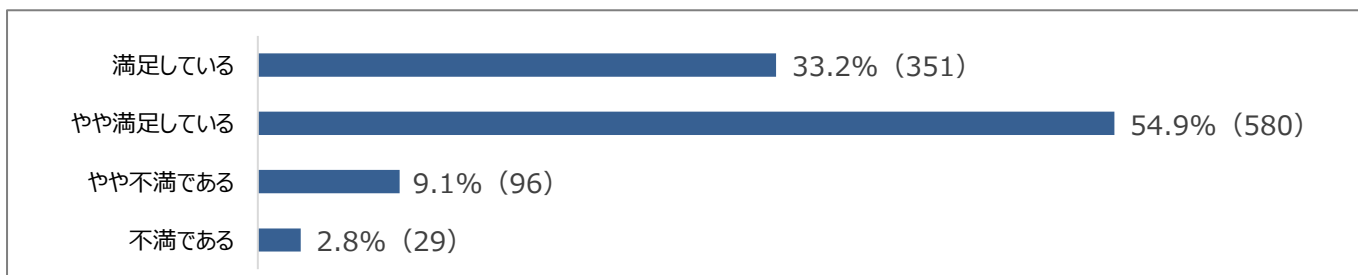


§その他ご意見

- ・業績まとめるのに便利です。
- ・不要，意味がない
 - * 抄録を載せても意味ないと思います。
 - * これだけは、即刻なしにしてもよい。ほぼ意味がない。
- ・JSMO の abstract を引くために supple は利用していません。他の学会抄録などではよく活用しています。
- ・英語抄録が指定されていたセッションで発表したが、掲載されず非常にかっかりした
- ・会員のためというよりグローバルスタディの JSMO 発表を誘致する最低条件と認識している

学術集会について

Q13. 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>
- ・プログラム構成，発表内容について
 - * プログラム・内容が充実している（2件）
 - * 日頃の病院業務では接しないような専門的な内容で満足
 - * 最新の演題が採用されている
 - * テーマが多彩／多領域の演題も興味あり
 - * シンポジウムが魅力的である
 - * 個人の意見として教育講演はセミナーと重なるので不要と考えます。
 - * 幅広いフィールドの知見が得られるから
 - * 各分野がしっかりまとまっている
 - * バランスよく考えられている
 - * Plenary session 等でデータのインパクトに欠けるものが多い
 - * clinical changing な発表に乏しい。
 - * 臨床試験の発表が少なく、シンポジウム中心である。
 - * 盛りだくさん過ぎると思います。
 - ・英語化について
 - * 英語を強く押しすぎ。日本語セッションでよい。
 - * 国際化が進むのは良いことだが、母国語で議論すべき内容もあると思います。

- ・他職種について
 - * 英語を中心とした医師が中心となる学術大会と、コメディカルなどが中心となる学術大会複数あってよいと思う。
 - * 看護職が参加、共有できるプログラムがある
 - * コメディカルに対する講演会も増えたらうれしい
- ・会場について
 - * 会場のセッティングがいつも上手くいってない印象。ガラガラか立ち見。
 - * 学術集会開催場所が遠い
- ・希望のセッションに参加できない（2件）
- ・学術集会自体になかなか参加できない（2件）
- ・昨年初めて参加し、これまで参加した学会と異なりとても新鮮で学ぶことが多く、楽しかったから
- ・広範ながん診療の知識を要するので、教育セミナーを増やしてほしい
- ・（プログラム集について）厚いので、持ち運びにやや不便。
- ・広い範囲の情報を得られるが、結局自分の専門領域になってしまう
- ・特になし（4件）

<不満, やや不満>

- ・プログラム構成, 発表内容について
 - * テーマが偏っている
 - * レビュー講演がまだ多いように思います
 - * 臓器別専門学会の内容に及ばない
 - * 治療開発系に偏った内容。もっとがんに関する周縁的課題にも取り組まないと、学会としての厚みが出ない。またコメディカルも参加しにくい。
 - * 先進的な内容過ぎて、実際の地方の医療には則していない可能性がある
 - * 内容が単調である。
 - * plenary が ASCO のおまけ
 - * 最新情報が得られない。教育講演に偏りがある。／新しい知見が少ない
 - * 少数の会場で、質の高い演題だけ発表してほしい。
 - * セッションが多すぎる。
 - * いつも決まったグループ、決まった人の発表で斬新さがない
 - * 支持療法の関連演題が少なくなっているため。
 - * 臨床研究支援に関する講演が少ない
- ・希望のセッションに参加できない（3件）
 - * 興味のある演題の際、会場が狭くて入られないことがしばしばある
- ・発表言語の指定（英語）をやめてほしい（8件）
 - * 日本語のセッションと英語のセッションを分けて構築する。ミニシンポジウム以上のセッションではまとめ役を設置する。
- ・他学会との差別化ができていない（3件）
- ・領域
 - * 造血器腫瘍分野では一流の発表がない
 - * 婦人科のセッション、セミナーが少ないから
 - * いつも消化器が前半に固まっている
 - * 腫瘍循環器関連のプログラムを増やしてほしい
- ・他職種（5件）
 - * 医師以外にやさしくない学会になりつつある。
 - * 参加したいが、薬剤師はなかなか平日に参加できない。
- ・開催日について
 - * 木曜日をやめて日曜日まで開催してほしい
 - * 演題の追加募集があるのならコンパクトに2日間の開催が良い。
- ・会場について
 - * 開催場所が同じなのが良くない。
 - * 東京でやってほしい

- ・プログラム集について
 - * USB がたまる, わかりにくい/USB が届かない/冊子がいい
 - * 検索しにくい, すぐにアクセスできない
- ・参加していない, 興味がない (3 件)
- ・公募プログラムを作ってほしい。そうすれば意欲のある会員を発掘できるし、主体的に学会に関わる人が増えると思います。
- ・JSCO と合併してほしい
- ・国際化とともに、日本におけるベストプラクティスを検討する場所でもあって欲しいと思います
- ・教育講演に単位付与がない
- ・理由はわからないが、他学会に比べておもしろくない。
- ・まあ、こんなものでしょう。
- ・腫瘍専門医というだけで司会やシンポジウムを担当させるのはいかなものか？どうみても不適切な人がいます。

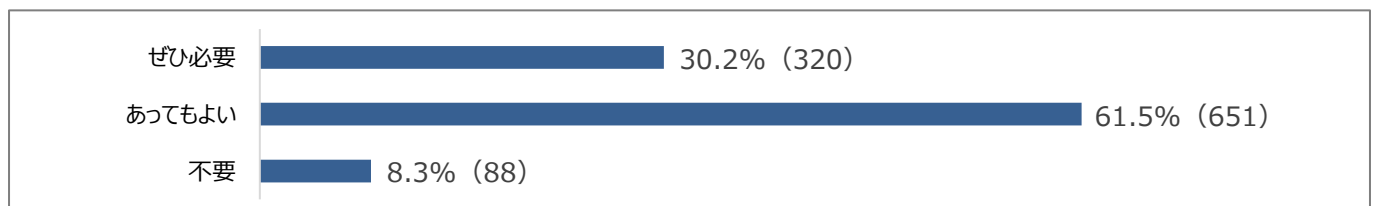
Q14. 学術集会のシンポジウムやワークショップにて、複数年にわたって継続的に取り上げてほしい課題があれば自由記載にてお聞かせください。

- ・ゲノム医療 (33 件)
 - * がんゲノム医療に関して現場レベルでの問題
 - * がんゲノム医療における最新情報と教育的な普及活動
- ・がん免疫療法 (23 件)
 - * 免疫チェックポイント阻害剤の副作用対策
- ・高齢者 (13 件)
 - * 医療経済的なことも含めて、どこまでやるのか？
- ・支持療法 (11 件)
 - * 薬剤の副作用だけを集めて支持療法を話し合う場
- ・AYA 世代 (9 件)
- ・遺伝性腫瘍 (8 件)
 - * 遺伝性腫瘍に関する教育的演題
- ・チーム医療 (7 件)
- ・他職種関連 (7 件)
 - * がん薬物療法に関わるコメディカル専門性とアウトカム
- ・サバイバーシップ (7 件)
- ・若手育成 (6 件)
 - * 若手医師を対象としたロジカルシンキング、プレゼンテーション
- ・医療費, 保険 (6 件)
 - * 医療経済とがん治療
- ・創薬開発, 新薬 (6 件)
 - * 新薬のアップデート
- ・臨床研究 (5 件)
 - * 臨床研究をめぐる環境 (法律・予算・人材)の業種横断的議論 (学会、厚労省、製薬)
- ・緩和ケア
 - * がん治療と緩和ケアの統合
- ・ガイドライン (5 件)
- ・腫瘍循環器 (4 件)
- ・妊孕性問題 (4 件)
- ・腫瘍内科 (4 件)
 - * 腫瘍内科医のキャリアアップ
 - * 他科連携、特にプライマリー領域の医師と腫瘍内科医の連携に関するテーマ
- ・専門医 (4 件)
 - * 専門医制度の在り方
 - * 薬物療法専門医はなぜ大切に扱われないのか？
- ・臨床試験 (4 件)

* 臨床試験のための倫理指針のあり方

- ・希少がん (3 件)
- ・アドバンスケアプランニング (3 件)
- ・AI (3 件)
- ・生物統計学 (3 件)
- ・臓器横断的プログラム (2 件)
- ・曝露対策 (2 件)
- ・次世代シーケンサー (2 件)
- ・分子標的薬 (2 件)
- ・QOL (2 件)
- ・トランスレーショナルリサーチ (2 件)
- ・キャリアパス (2 件)
- ・サイコオンコロジー (家族への対応も含めて)
- ・Meet the expert (テーマを決めてあるいは決めないで、座談会形式の有名人と話せる時間)
- ・がん治療医にとって身につけるべき内科医としての基礎知識
- ・アピアランスケア
- ・エビデンスに基づくサポーティブケア
- ・外科医の化学療法への関わりについて

Q15. 学術集会で発表された主要演題をバーチャルミーティングで配信することを希望されますか？



<ぜひ必要, あってもよい>

- ・全日程は参加できないから (8 件)
 - * 一般病院ですと 3 日間全て参加は困難です。
 - 著作権の問題もありますが講演内容を動画再生できたりしたらうれしいです。
 - * 子育て中の女医は、泊まりの必要な学術集会は参加しにくい。配信があると自宅でも学べて嬉しいです。
- ・参加したいセッションが重複するから (2 件)
- ・導入費用について
 - * このために会費が 2000 円ほど上がってもいいのでは？
 - * 大変魅力的だが会費増への影響も不安
 - * コストがかかるなら不要 (3 件)
- ・他学会との差別化をはかれる 新薬の国内お披露目の際、LBA を活用して日本での発表の初回を JSMO を選んでくれる製薬企業が増える可能性あり
- ・企業からの配信がある場合には不要、一律には不要では。足を運びたいと思うプログラム構成、時間配分に配慮があった方が良い。

<不要>

- ・スライドが見れば良い
- ・主要演題は結局、海外の大きな学会でも発表されており、情報は入手できるので。
- ・不要にして参加費を安くしてほしい
- ・参加費が上がらないならよいが、見ないと思う
- ・JSMO で画期的なデータが初回公表されることはほとんどないため
- ・バーチャルの必要はないと考えています。
- ・どのような対象に向けて配信するか不明。国内？ Asia？

地方会について

Q16. 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% (396)

いいえ, 61.7% (639)

§その他ご意見

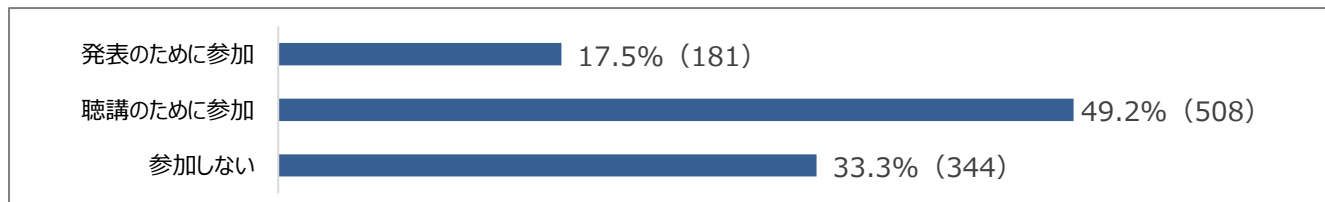
<必要である>

- ・地域連携, 交流, 活性化の機会になる (51 件)
 - * ゲノム医療などの浸透・高齢者の増加に地域での対応が必要
 - * やったら意外によかった。地域でのつながりもできる。
 - * 各地域毎での臨床腫瘍医間での連携を深めるよい機会となるため
 - * 年に 1 回の総会、地方での meeting のみでは存在感がうすい。地域の実情に合わせた積極的な情報発信が望ましい
- ・本会に参加できないことがある, 地方でも参加しやすい (34 件)
- ・若手医師の発表の場として (16 件)
 - * 若い先生の発表の訓練、気軽なディスカッションの場として
- ・地域差をなくすため (6 件)
 - * 地域ごとの特性や事情に対応し, 地域全体のがん薬物療法を均てん化するためにはあっても良いと思います。
 - * 東京近郊や関西などは医師数も多く同様の勉強会もみられるが、情報が少ない地方も存在するため地方会は重要
- ・症例報告のため (6 件)
- ・腫瘍内科の裾野を広げる, 認知度を向上させる (5 件)
- ・若手医師の勧誘のため (5 件)
- ・単位取得の機会が増える (5 件)
- ・教育の場として (3 件)
- ・メディカルスタッフが参加できる (3 件)
- ・学術集会を国際的にすることで地方会で裾野を広げる必要あり
- ・萌芽的トライアルは全国学会で取り上げられにくい。

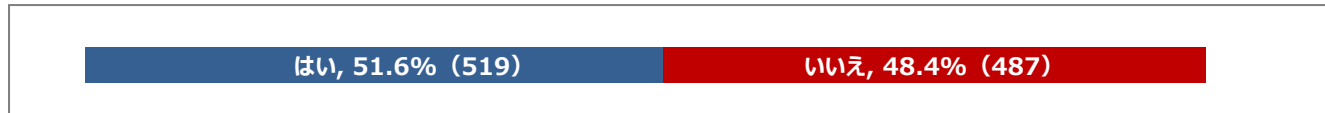
<不要である>

- ・学会が多すぎる (60 件)
 - * 既に多くの学会地方会があり、JSMO 特有の色を出すことが難しいように感じるため
 - * 現状でも学会や研究会が多すぎて参加者が集まらないのでは。
- ・会員が少ない, 演題が集まらない (20 件)
 - * 地方会で活発な議論が行われるほどの会員や腫瘍内科志望の人員がいない。
- ・現状で十分 (18 件)
 - * 現在の臨床腫瘍学会だけで臨床腫瘍に関する学術集会は十分だと思うから。
 - * 専門医を中心とする地区セミナーがすでにある。
- ・不要, 必要性を感じない (18 件)
- ・質の低下 (14 件)
 - * 地方会で内容が分散されると、質が低下する恐れがあるため
- ・参加する余裕がない, 多忙 (14 件)
- ・内容, 条件次第 (11 件)
 - * 資金面、人員面がクリアできるのであれば「はい」だが、日常臨床や臨床研究など非常に繁忙の状況でどこまで地方会の設立に意義があるのか。
- ・運営面の負担 (9 件)
 - * 地方会の開催・運営のための労力・費用がメリットを上回る
- ・可能であれば、中央の集會に演題を出したいから。
- ・腫瘍内科として内科学会の中で認知をされるための活動とは逆に、内科学会地方会演題発表がさらに減る。
- ・総会に注力して頂きたい。

Q17. 「地方会」が開催された場合に参加されますか。



Q18. 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？



＜必要である＞

- ・参加しやすくなる (43 件)
 - * 地方で勤務しているものにとっては東京などで開催されるより、近隣の地方都市で開催される方が参加しやすい
- ・勉強のため、知識のアップデートのため (19 件)
- ・教育セミナーに参加しにくい、できない (14 件)
- ・教育の機会を増やす (14 件)
- ・単位取得の手段として (13 件)
- ・地域差の解消 (12 件)
- ・交通費、宿泊費等の節約 (12 件)
- ・地方活性化 (3 件)
- ・専門医を増やす (3 件)
 - * 教育に関して都市部以外にも機会を拡げて全国に薬物療法専門医を増やすのが学会の使命
- ・専門医の負担を減らす (2 件)
- ・薬剤師の単位認定を希望 (3 件)
- ・あったほうがよい (5 件)
- ・ればうれしいが、そのために費用がかさむのであれば考える

＜不要である＞

- ・WEB, E-learning 希望 (25 件)
- ・現状で十分 (13 件)
- ・必要性を感じない、不要 (12 件)
- ・交通の利便性に差がある (8 件)
 - * 地方開催でも受講に際しての移動・診療調整の負担はさして軽減されない
- ・運営面の問題、負担 (6 件)
 - * 開催する人、参加する人ともに移動や準備等が大変になる
- ・中央に集約した方がよい (5 件)
- ・教育セミナーを充実させた方がよい (4 件)
 - * 教育セッションのみで十分であるが、開催場所をいろいろ変えて、全国の人に利便性を与えてほしい
- ・参加できない、多忙 (4 件)
- ・内容、条件による (3 件)
- ・人が集まらない (2 件)
- ・地域に専門医が少ない (2 件)
- ・質の低下 (2 件)
- ・専門医について
 - * 更新試験のために独自で勉強すればよいので
 - * マイナー診療科医には専門医取得が困難なため。
- ・必要とは思わないが、あったほうが単位を取得しやすい

Q19. 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。

はい, 37.5% (381)

いいえ, 62.5% (635)

§その他ご意見

<必要である>

- ・地域連携, 交流, 活性化の機会になる (55 件)
 - * 地域ごとの oncologist が参集する機会があってより連携を深めることが出来ればなお良い
 - * がん診療のリソースは地域性・個別性が強いので、支部会でより実情に即した問題を話し合い、扱う支部会があった方が良い。
- ・地方会運営のため (13 件)
 - * 地方会や地域別教育セミナーなどを行うなら必要。行わないなら不要
- ・本会に参加できないことがある, 地方でも参加しやすい (6 件)
 - * いつも年会に参加できるとは限らない・地方会は土日に開催されることが多くて助かる。
- ・学会が大きくなった, 会員数が増えたから (5 件)
 - * 学会員が増加した場合には、地方での学会活動の活発化につながると思われます
- ・地域差を解消するため (4 件)
 - * 地域のがん薬物療法の均霑化に貢献する可能性あり
- ・専門医の増加, 育成のため (3 件)
 - * 地方での専門医の育成と卒後教育
- ・必要である (3 件)
 - * 絶対必要! 地域医療が軽視されすぎている!
 - * 会員がそれなりに増え、積極的な会運営を行うためには必要と思います。
- ・あってもよい (3 件)
- ・学会の発展のため (3 件)
 - * 支部会で各エリアを強化し、全体で実施・対応すべき事項を住み分ける事で学会全体の発展が見込めるため
- ・専門医部会を発展させると良いと思います。
- ・Co-medical の参画
- ・必要性については、組織における役割 (存在意義) にもよると思います。

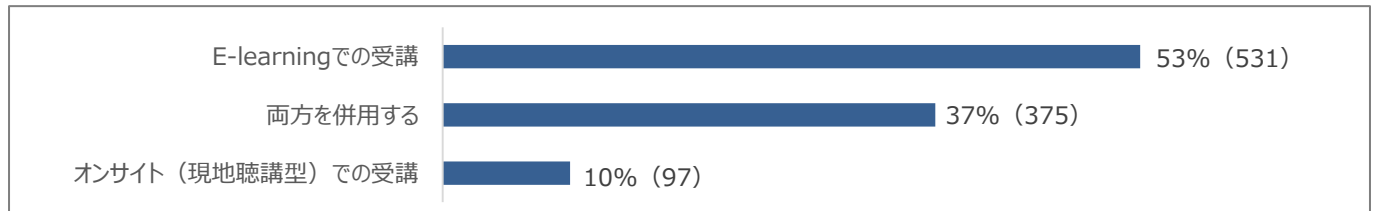
<不要である>

- ・必要性を感じない, 不要 (19 件)
- ・目的, 意義が不明 (12 件)
- ・運営面の負担 (11 件)
 - * 開催するためのマンパワー等が今まで以上に負担になる。
 - * 支部会の運営が大変、支部により質が異なる可能性が高い
- ・現状で十分 (8 件)
- ・会員が少ない, 演題が集まらない (6 件)
- ・学会が多すぎる (6 件)
- ・わからない (5 件)
- ・時期尚早 (4 件)
- ・地域によって偏りがある (3 件)
 - * 会員が少ない地域もあり難しいのではないかと。
- ・会費次第 (2 件)
- ・多忙 (2 件)
- ・質の低下 (2 件)
- ・一本化のほうが統一感がある
- ・地域的な集まりまで否定しないが、公式なものはいらないと思う。

教育セミナーの E-learning 化について

Q20. 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>

- ・時間調整がしやすい（9件）
 - * 時間的にも制約をうける地方としては大変ありがたい。
- ・便利（2件）
- ・旅費、宿泊費の節約
- ・地方在住にとっては助かる
- ・子供が小さいので、有ればとても有り難い

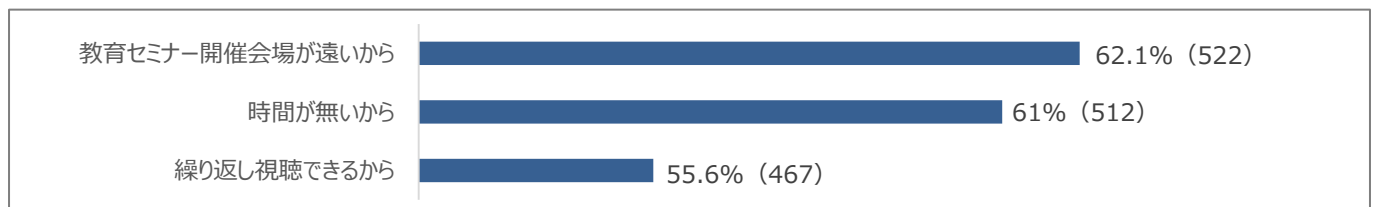
<両方を併用>

- ・状況により使い分ける（12件）
 - * 学会に参加する機会がある場合はオンサイトの方が便利ですが、毎回は学会参加の時間が取れないと考えます。
 - * セミナーの内容と、開催日、通常業務の忙しさ、などによって使い分けたい
- ・直接講義も受けたい（2件）
- ・E-learning の内容や質次第（2件）
- ・講義実施時は現地・オンライン参加の両方を可能とし、同時に録画をして e-learning にも使えるようにすれば便利だと思います。

<オンサイト>

- ・E-learning では自分の時間で受講しなければならなくなるため
- ・E-learning からも試験に出るとなると、更新試験の範囲が広がり更新試験の対策が煩雑化するため、E-learning は必要ない、ないしはどちらか一本化する方が現実的。
- ・オンサイトを基本とするが、都合がつかない場合や復習のために e-learning を活用する
- ・意外と E-learning ではまとまった時間がとれないため。

Q21. E-learning を受講すると回答した方に伺います。E-learning を希望する理由は何ですか。（複数回答可）



§その他ご意見

- ・費用、時間の負担が減る（12件）
 - * 東京や横浜までの交通費・宿泊費など金銭的負担が大きい。
 - * E-learning にすることにより、オンサイトの会場まで行く費用と時間を節約することができ、空いた時間に効率よく視聴できます。
- ・集中できる、効率が良い（7件）
- ・オンサイトは拘束時間が長く負担、集中力が続かない（4件）

- ・オンサイトに参加できない場合がある（4件）
- ・子育て中（3件）
 - * 子育て中は家をあけることが難しく、夜間などの自由な時間に聴講したい
- ・医師だけでなく、コメディカルも認定制度があるとよいのですが。
- ・日本内科学会の Web のように、教育講演の内容がすべてみれると助かります。
- ・質問、議論が出来ないならウェブで十分である。

Q22. 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（12件）
 - * 学会員が、同一の研修の機会を得るためには、E-learning は、必須であると考えます。現場から離れられない人にも、学習と自己研鑽の機会をお願いします。
- ・時間、旅費宿泊費の節約になる（6件）
- ・E-learning の受講料について
 - * 無料を希望（2件）
 - * 聴講費が（交通費＋宿泊費）よりも安いと、とても助かります。
 - * 値段があまりに高額すぎるのは厳しいです。専門医のためだけでなく、情報を更新するのに、使いたくても、なかなか。になりそうです。
 - * E-learning となった場合、これまで無料で公開されてきた教育セミナーが有料化されることを危惧します

<導入に関するアイデア>

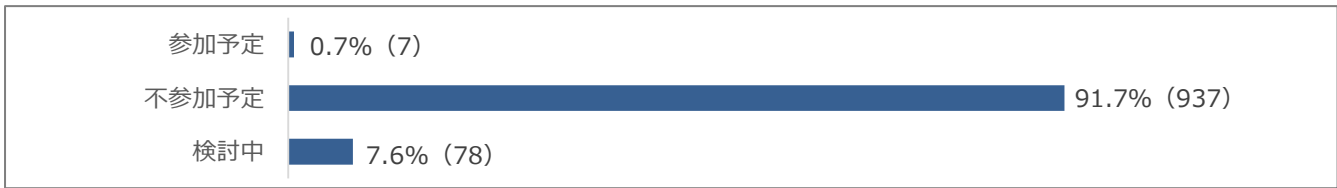
- ・単位取得のためには実施期限を設ける方法もあるようだ
- ・スライドもダウンロードできるようにしてほしい（2件）
- ・学会員以外にも、視聴料を徴収し、公開することを検討してはいかがでしょうか。

<その他>

- ・新規機序の薬剤や治療法についての平易な解説コンテンツを希望。分子生物学の基本を学び損ね困っている。
- ・興味あるものや どんな意見交換があるか気になるものは 実際に出かけたいが、それほど興味ない、専門外のもの e-learning 希望
- ・他職種として、E-learning を学習のため活用しています。学会員であることのメリットを感じますし、続けていただければありがたいです。
- ・補完的に行うのがよいと思う
- ・新専門医制度と専門医機構のやり方には非常に疑問がある。正直言うと、一線をひいて、この学会独自の色を出していたほうが良いのではないかと思う。更新試験をやっているのは当学会だけであるし、飲み込まれる必要は無いと思う。
- ・無料のウェブと有料のオンサイトは矛盾している。
- ・医師だけでなく、医師以外の多職種向けのコンテンツの開発もお願いしたい。
- ・ニーズを把握しながら掲載を組み立てることが重要かと思えます。
- ・E-learning で時間かけても聴講すれば単位として認定してもらえると有りがたいです。
- ・教育セミナーはポイントに関係しないメディカルスタッフは参加しにくいので e-learning の方が受講しやすい
- ・IE のみでしか動かない E-learning がありますが、限定しないで欲しいです。
- ・anal of oncology を機関紙とするより、より学びやすい環境を整え、若手がオンコロジーに興味を持つように努めることが優先されるべきかと思えます。
- ・今時ですが、インターネットの環境が整っていない
- ・E-learning で取得できる単位を増やしてください。自分の裁量で学会参加が自由にできるクラスの先生方以外は地方から・学会に毎度参加するのが至難の業です。
- ・果たして有意義にできるかどうか不安である
- ・繰り返し視聴できると嬉しいです
- ・知識の担保が目的なら繰り返し視聴可能でオンデマンドのほうが効率がよいと思えます

国際活動について

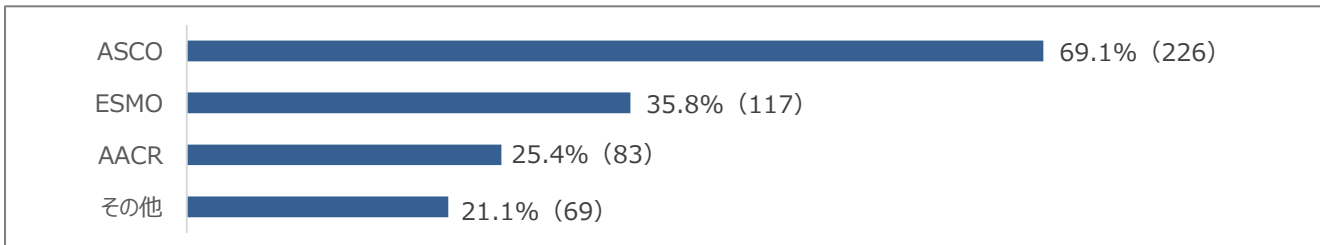
Q23. ASCO が 2019 年 10 月にタイのバンコクで開催する新しい学術集会'Breakthrough: A Global Summit for Oncology Innovators'にあなたは参加しますか。



Q24. あなたは、海外のがん関連学会の正会員になっていますか。



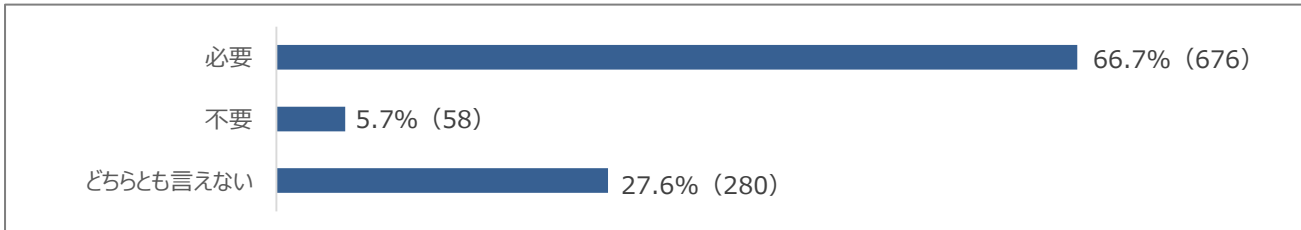
Q25. 上記設問で「はい」と回答された方に伺います。具体的な学会名に☑を入れてください。（複数回答可）



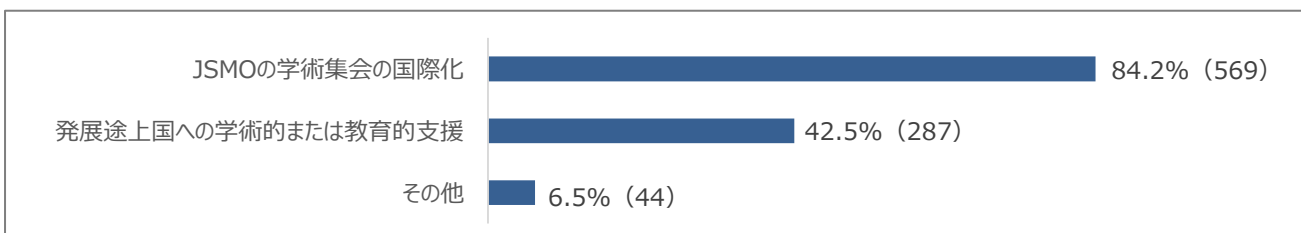
§その他回答

- ・IASLC (32 件)
- ・ASH (16 件)
- ・ASTRO (5 件)
- ・EHA (4 件)
- ・ESTRO (3 件)
- ・IGCS (3 件)
- ・ACP, MASCC
- ・ASBMT/ASCPT/EAPC (欧州緩和医療学会) /EMSOS, CTOS, ISOLS/IHPBA/ISNCC,ONS
- ISOPP/HOPA/MASCC/SNO/WABIP/国際老年腫瘍学会 (SIOG) /国際 TDM 学会 (IATDMCT)

Q26. JSMO の更なる発展や社会貢献のために国際的活動は必要ですか。



Q27. 上記設問で「必要」と回答された方に伺います。どのような国際活動が必要ですか。（複数回答可）



§その他ご意見

- ・他学会との交流・連携の強化（13件）
 - * 国際学会とのジョイントミーティングの充実
 - * 海外学会との共催集会を現地で実施
- ・アジアでのリーダーシップ、ネットワークの構築（10件）
 - * アジアに見合ったがん治療議論する場としてアジアを中心に活動すること
 - * 発展途上というより、ほぼアジアの大部分は医療環境が均てん化されているため、コラボレーションをすすめるべき
- ・ただし学術集会の発表全てを英語化するべきではない（4件）
 - * 国際化は必要と思われるが、要旨や論文の英語化にサポートがなければ大学以外からの参加が減り、国際的に発信したほうが良い情報も消えていくと思われる
- ・JSMO 会員の国際教育（2件）
- ・海外との共同研究（2件）
- ・海外のリーダーたちに JSMO を認識して学会に来て貰いやすくするのは必要かも。
- ・最優先事項ではないと思います。いままでの JSMO での学会の雰囲気は日本の社会環境としてシンガポールなどに優るのはかなり難しいと思います。
- ・海外留学費用の助成強化
- ・ASCO や ESMO と異なり、日本人であっても JSMO を目指している研究者が少なすぎる
- ・これからのがん薬物療法、ゲノム医療、パネル診断などの確立に貢献する
- ・ジャパンハートという団体の小児がんセンターのボランティアに参加した。
- ・皆保険を持つ国として高額薬品問題にどう対処するのか全世界的な議論のイニシアチブをとってほしい。
- ・薬剤承認システム、保険償還システムの違いを学べる機会創出
- ・企業レベルがすでに国際化している。JSMO の利点で欠点。
- ・国際的に聴講者が来るような Quality の高いものにしないとあまり意味がない。
- ・支援よりはむしろ韓国中国に倣うところも大きい
- ・放射線治療医や外科医との合同セッションを増やすこと

Q28. Young Oncologist Preceptorship（以下 YOP）について 50 歳以下の会員にお聞きます。YOP に参加したいですか。

はい, 40.0% (210)

いいえ, 60.0% (315)

§その他ご意見

<はい>

- ・国際交流の機会であるため（4件）
 - * 他国の腫瘍内科の育成がどのようなものかが知りたい
- ・勉強になる、刺激になる（3件）
- ・自身の経験値を上げるためには必要な経験かと思えます。ただし、英語力が足かせとなってしまいます。
- ・自身の専門領域であれば参加したい（3件）

<いいえ>

- ・勤務上、参加が困難（8件）／時間がない（5件）
- ・語学が不安（3件）／自信がない、レベルに達していない（2件）
- ・より若手の医師に機会を譲る（2件）
- ・40 歳以上は、若くないと思う。

Q29. 51 歳以上の会員にお聞きます。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, 65.6% (212)

いいえ, 34.4% (111)

§その他ご意見

<はい>

- ・若いうちの経験は有意義である（3件）
- ・視野，交流を広げる（3件）
- ・人材育成のため（3件）

<いいえ>

- ・国内の活動，海外学会への参加で十分（3件）
- ・忙しい（2件）
- ・JSMO がリードしている感がまだ無いため／成果物が見えないから

Q30. JSMO/ASCO Young Oncologist Workshop（以下 YOW について）

39 歳以下の会員にお聞きます。YOW に参加したいですか。

はい, 51.7% (109)

いいえ, 48.3% (102)

§その他ご意見

<はい>

- ・かなり有意義な交流になりそうだから
- ・Oncology においては国際交流が重要だと考えるから。
- ・日本開催はハードルが低くて参加しやすいイメージです
- ・Observer としての参加人数を増やすなど、もう少し参加しやすい形式の方がよいかもしれない。

<いいえ>

- ・海外志向はありません
- ・講師が ASCO member というだけで、日本人のみであり、企業主催の研究会との差別化が図られていないと思います。
- ・実地臨床に重点を置きたいです。
- ・すでに研究の実施に忙しい／おそらく参加できないから
- ・目的が不明確である
- ・地方の小規模市中病院に勤務している腫瘍内科医は応募してもどうせ選ばれない
- ・魅力がない。行うなら対象も限定すべきでない

Q31. 40 歳以上の会員にお聞きます。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, 75.4% (417)

いいえ, 24.6% (136)

§その他ご意見

<はい>

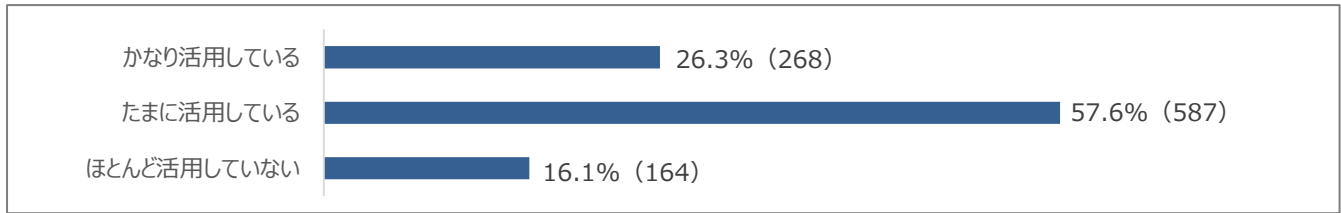
- ・勉強になる，良い機会である（11件）
 - * 非常に刺激的で研究意欲が惹起されると思う
- ・国際，国内交流の機会であるため（4件）
 - * 若いうちに海外を意識してもらうには良いと思います
- ・人材育成のため（4件）
- ・海外で頑張れば国内でも長く頑張れると思うので。

<いいえ>

- ・身近に興味をもちそうな若手医師がいない（3件）
- ・興味がない，不要（2件）
- ・教育のためには参加が望ましいが、医師の人員に余裕がなく、参加させにくい
- ・日本で十分な環境を整えるのが必要

ガイドラインについて

Q32. JSMO の診療ガイドラインを活用していますか。



§その他ご意見

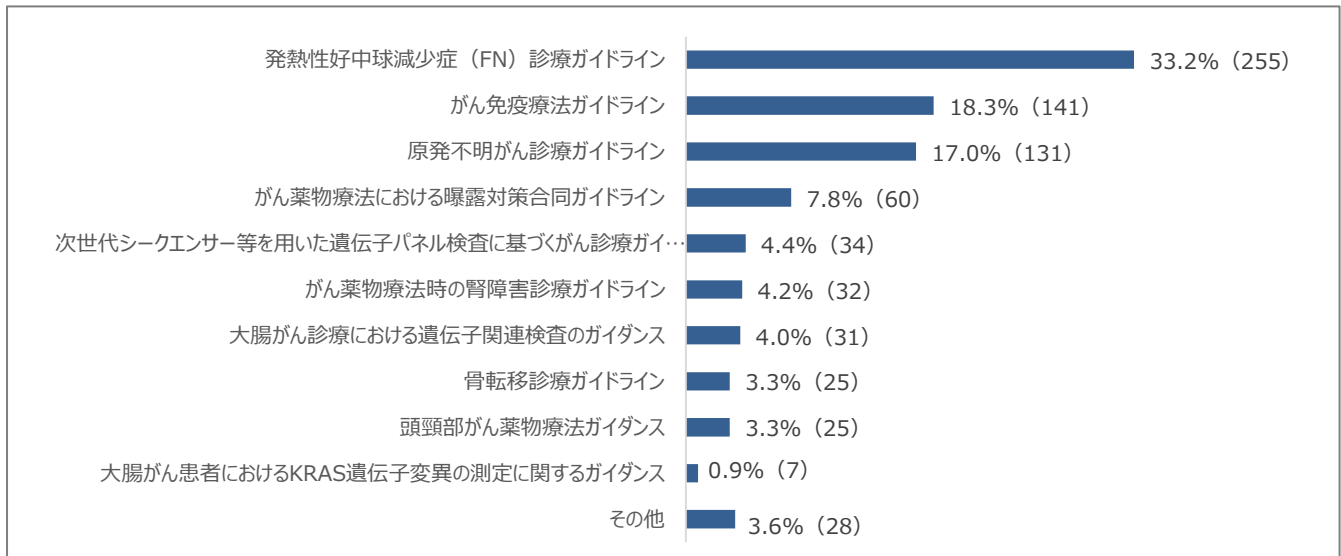
<かなり／たまに活用している>

- ・ものすごく必要です／素晴らしい取り組みと思います。
- ・がん治療学会と競合せず、学会合同で作成すべき
- ・いつも決まった編集員で行っている感があるので、そこを改善すべきである。
- ・呼吸器学会では会員には無料配布しているので、無料配布してほしい。

<ほとんど活用していない>

- ・ガイドラインがあること自体知りませんでした。
- ・持っているが、JSMO なのを知らなかった。
- ・日本のガイドラインは要りません／NCCN ガイドラインで十分
- ・他のガイドラインの方が実践的でエビデンスも集積されており、読む頻度が高いです。

Q33. もっとも活用しているガイドラインはどれですか。

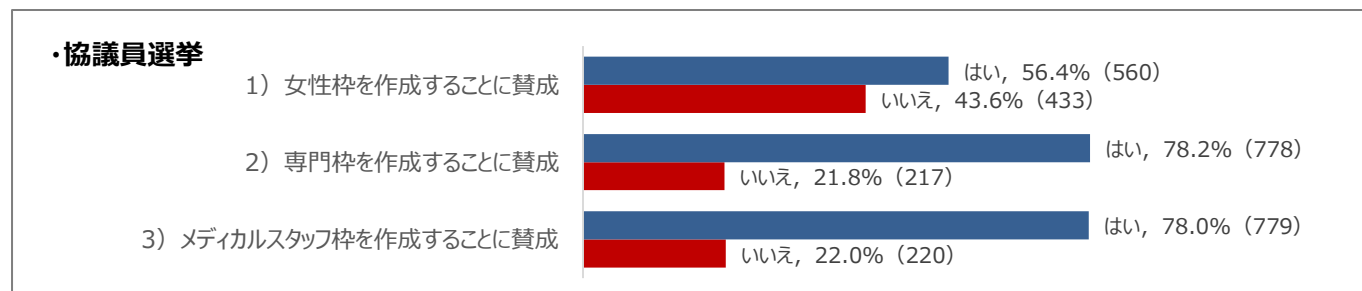


Q34. あったら良いと思われるガイドラインはありますか。

- ・高齢者（7 件）
- ・支持療法、副作用（6 件）
- ・遺伝、パネル検査（5 件）
- ・ゲノム医療（4 件）
- ・血液関連（3 件）
- ・患者サポート関連（3 件）
- ・スペシャルポピュレーション（2 件）
- ・転移性脳腫瘍（2 件）
- ・緩和ケア（2 件）
- ・希少がん（2 件）
- ・他の団体もあるので現状で良いと思います

役員選出について

Q35, 36. 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

＜全て賛成＞

- ・偏った意見ではなく、広く意見を取り入れるべき
- ・実質平等ではないから
- ・公平性を期するために必要 チーム医療を進めるために必要
- ・現代においては、対外的にこういった枠は必要。
- ・選挙ではなく、研究業績を参考にしてはどうか。でなければ、頭数の多い教室の、地位の高いものから何人、という結果で落ち着くのが目に見えている。
- ・多様性は重要。minority の領域に光を当てることで JSMO の基盤は向上する。simple な民主主義は野蛮と思います。
- ・学会員の割合に応じた協議員の数とする。
- ・大きな偏りが出ているうちは、3 年など「期間限定」で上記設定をおくことには反対しません。永続的に枠を設定することには懐疑的です（適任者が選ばれ、偏りなく様々な方が選出されるのが理想）
- ・放射線治療も作ってほしい／製薬企業からも。
- ・地域別ではなくて都道府県最低 1 名の協議員は確保されているのか？
- ・患者枠があってもよい（2 件）

＜女性枠設置について＞

・賛成

- * 男女共同参画、希少疾患グループなどで必要男性優位、医師優位である現在の状況は、今の時代に合っていない。
- * 日本乳がん学会等では、すでにメディカルスタッフ枠の評議員枠があります。これだけ、長年チーム医療が言われているのに、時代の流れに合っていないと思います。

・反対

- * 逆差別になる
- * 専門や職種は均等でない。男女機会は均等になっているはず。
- * 必要ないと思います。頑張っている人は、女性も男性も変わらないし、特別扱いしてほしいとは思わない。自分自身も女性として特別扱いしてほしくない。本当に頑張っている人は、特別枠で選ばれたとしてもうれしくないと思う。

＜専門枠設置について＞

・賛成

- * 専門医の優位性を保つのが当初からの JSMO の姿勢。それ以外は不要である。

＜メディカルスタッフ枠について＞

・賛成

- * 看護師のがん治療を支援する力を有効活用できたらと思います。

・反対

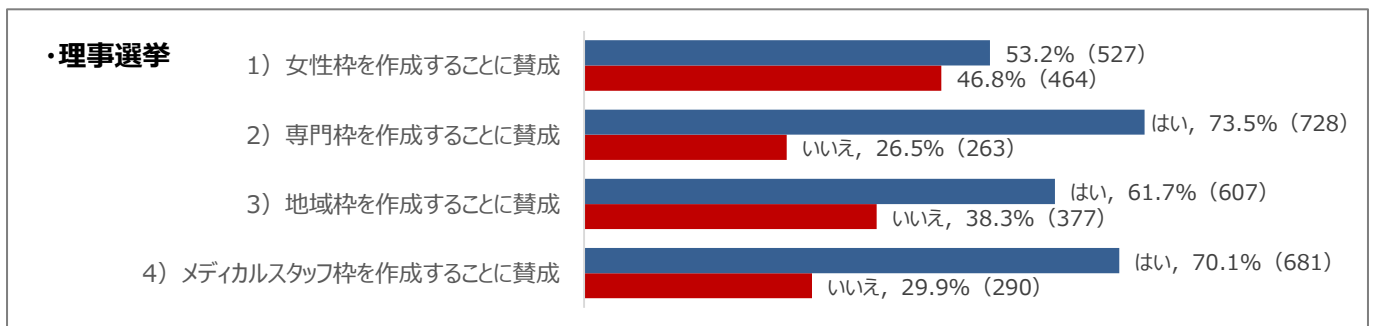
- * 幅広い専門領域の方がいたほうが良いので専門枠の作成は意味があると思いますが、メディカルスタッフについては協議員としてどのような役割を期待するのかが明確でないので、枠だけ作っても仕方がないと思います。

<全て反対>

- ・実力で選ぶべきである（3件）／逆差別になる（3件）
- ・これらよりもがんセンター連合等の票が得られない、地方の基幹病院で頑張っている専門医が協議員になれるようにすることが先決と思います。実績・年功も有りますががんセンター連合で無いのでできません。
- ・枠がないと声が届かないのが問題。こうしたアンケートでの声が反映されるしくみが機能してほしい。
- ・自由な推薦でよい。
- ・マイノリティだけに枠を作る意味が理解できない。作るのなら、メジャーでも会員数に応じた枠を作るべき。
- ・現行の方針で問題を感じない。外見を取り繕うための女性枠や専門枠には、むしろ反対する。

<その他>

- ・JSCO で大学の政治的活動を嫌ってがんセンターの先生が立ち上げた JSMO という認識であったが、結局政治活動・多数派工作をしていると思う。
- ・メディカルスタッフが準会員になったことがよくわからない。これまで同じ会費を払っていたのになぜ準会員にする必要があるのか
- ・これまで通り指名制度でよい
- ・癌治療学会もあるため外科系の会員が少ない。一つで十分と思う。基礎系は癌学会があるのでわざわざ入会はしないだろう。



§その他ご意見

<全て賛成>

- ・JSMO は diversity の時代の先駆けであってほしいと思います。
- ・患者団体もあっていいと思う。真に日本社会で求められる役割を意識すべき。選挙が組織票による出来レースになっている。

<女性枠設置について>

- ・反対
 - * 逆差別になる
 - * 枠を作ることで専門の代表、地域の代表、女性の代表の代弁者になるのであれば、理事ごとに役割分担を示せば良いのではないか。
 - * 学会は学術的な評価をされるべきで gender で決めるものではないと思います。

<専門枠設置について>

- ・賛成
 - * 専門枠は、埋まらなかったときのみ発動するようにしてほしい。

<地域枠設置について>

- ・賛成
 - * 地域事情は地域でしかわからないため。／地域的なリーダーや意見の吸い上げという意味で地域枠は賛成
- ・反対
 - * 地域よりも業績、学会への貢献度で判断すべき。

<メディカルスタッフ枠について>

- ・反対
 - * メディカルスタッフにはそれぞれの学会がある

<全て反対>

- ・実力があれば gender や科は関係ないのでは
- ・背景がどうこうではなく、能力のある人をお願いしたい。
- ・理事は人数が少ないので枠の設定は厳しいのではないのでしょうか。
- ・マイノリティだけに枠を作る意味が理解できない。作るのなら、メジャーでも会員数に応じた枠を作るべき。

<その他>

- ・例えば、「最長 7 年間、理事を務めたら一度退く」（1-2 年後再任可）とすれば、新しいメンバーも自然と加わるのでは？
- ・どうしても国立がんセンター関係者になるのがある程度は致し方ないと思われるが、バランスがわるい
- ・理事には分野別(消化器や呼吸器などメジャーな領域の人数の上限、血液や乳腺などマイナーな領域の下限)の枠を設けた方が良くと思います

Q37. 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。

はい, 89.4% (840)

いいえ, 10.6% (100)

§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 (5 件)
 - * やりたい人の手挙げが望ましいです 手挙げの場合は単位やポイント加算 を検討して良いかと思います。
 - * やる気のある方の活躍機会を確保するのは良いことと思う。
- ・公平性 (2 件)
 - * そもそもガイドライン委員なども指名されないと候補になれないのは不公平である 自薦は必要と思います
- ・適性を見極める必要はある (2 件)
 - * 意欲と能力がある人が参画できるようにすべき。ただ本当に適格かどうかある程度見極める仕組みは必要だと思います
- ・偏りを避けるため (2 件)
 - * 委員長の指名だといつも同じメンバーに偏る可能性があるので自薦の仕組みがあるのは良いですが、形式的になってしまうと意味がなくなると思います。
- ・最終的に 1 つの委員にしかなれないのは同意するが、応募段階では複数の委員会に応募できるようにしてほしい。優先順位をつければ特に問題はないと思う。
- ・協議員かつ専門医の両方の資格を有するひとに限定すべき。
- ・学会運営に参加することは重要

<意味がないのでやめるべきだ>

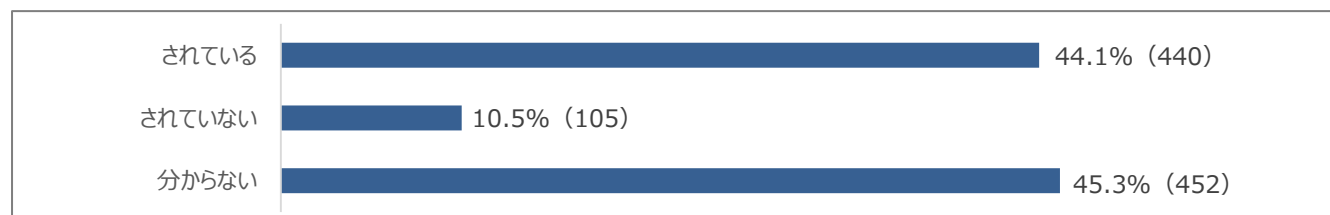
- ・自薦しても選ばれない (2 件)
- ・自分からやりたいと言ってくる人に良い人材はいないのでは？
- ・予想外のメンバーからの自薦に対応しづらいのではないのでしょうか？
- ・事務量が増えるだけではないか。専門医としての活動をみて地方がから推薦をもらう仕組みではどうか。
- ・学会員からの自由推薦からの選挙が妥当かと思われます。
- ・ミッション遂行のために委員長の指名で決める従来のやり方で良いと思います。

<その他>

- ・どちらともいえない (8 件)
- ・自薦には賛成できません。なお意味がないとまでは思いませんが、自薦の人が必ずしも適任とは言えないと思います。
- ・自薦は良いと思っていましたが、好ましくない先生がなる可能性もあるので、よく検討する必要性があると思います。
- ・実際自薦がどれくらいあったのか、どういう選考基準でえらんだかなどの、やってみてどうだったかの報告がなければ判断出来ない。

行政当局対応について

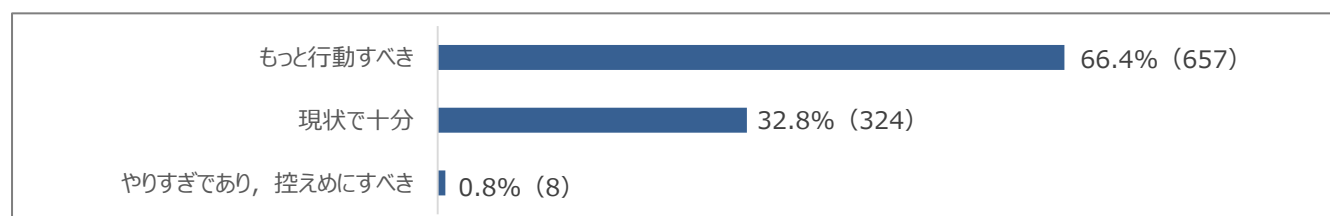
Q38. 行政当局対応についてお聞きます。HPに要望書の一覧を掲載いたしました。学会から行政当局・政府等への要望書が会員に明らかに（見える化）されていると思いますか。



§その他ご意見

- ・掲載場所が分かりにくい，目立たない（2件）
- ・内容が分かりにくい（3件）
- ・知らなかった，気づかなかった（2件）
- ・PDF添付だとなかなか読みません。
- ・見ていない人は多いと予想する
- ・肺癌学会のようにメール配信するとよいのでは？

Q39. 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>

- ・JSMOは診療医の保険行政への不満を代弁し、ガイドラインや文献上有効性が示されている医薬品(安価)の適応外使用の公知申請を積極的におこなうべきである。行政陳情専門部署を作り、関連他学会とも連携して政治的発言力を高め、厚労省への陳情や介入、世論喚起を積極的におこなうべき。
- ・アメリカの学会はかなり積極的に Advocacy を出しています。政治的中立にこだわる方も多いのは承知していますが、医療は政治や官僚主導ではどんどんダメになります。声を上げないといけないところはしっかり行動すべきです。
- ・ただし、メーカーとの COI が無い方向（不要な薬の投与などへの注意喚起など）が望ましいと思います。
- ・遺伝検査が高額すぎて現実的でない問題などの解決にかかわってほしい
- ・学会が行動しなければ誰が行動するのでしょうか。
- ・癌腫別の適応を撤廃とまでは行かないまでも、欧米のように柔軟に使用できるようにすべき。個別の要望をいくら出しても、無意味な活動をしているだけである。希少がんの問題もあるし、分子標的薬が多く出れば臓器別の癌腫の意味は乏しくなってくる。大きな制度変更に向けて、学会はもっと注力すべき。
- ・現在の高い薬物療法は製薬会社の利益のみで、病院に利益がない。公的病院は赤字であり、病院・医師の診療代が高くなるよう交渉すべき。

<現状で十分>

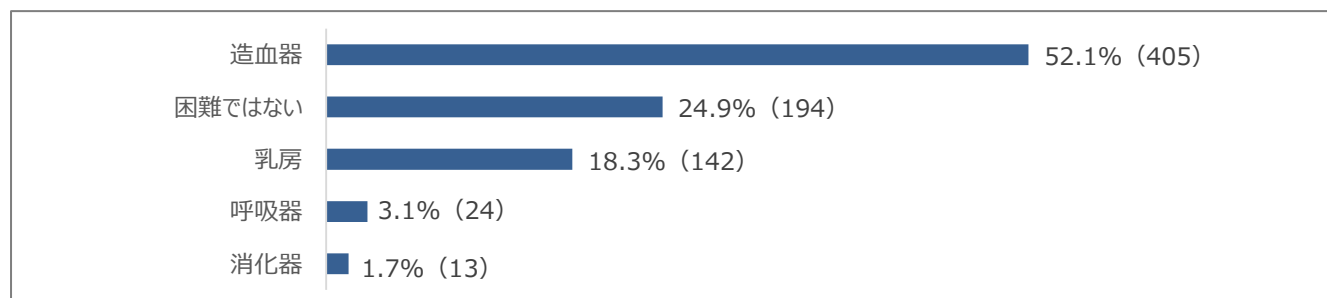
- ・がんゲノム医療などは大変重要であるが、現場と理想がかけ離れていると感じる。市中病院がどう対応すべきかも指針を示したうえで、承認してほしい。
- ・関与可能であれば望ましいが、特定の方に過度に負担がいかないように、かつ成果がみえることも必要。
- ・公知申請も必要不可欠ではあるが、正に基づいた行動であれば現状で十分であると思う

<控えめにすべき>

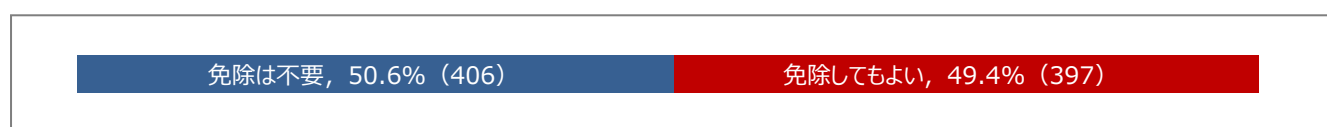
- ・公知申請は重要だが、clinical trial によって evidence を創出することが前提

専門医制度・資格について

Q40. 現在、受け持ち患者病歴要約は、造血器、呼吸器、消化管、乳房から3例ずつ、計12例は必須となっている。受験に際し、最も症例を受け持つことが困難なのはどれですか？



Q41. 専門医の更新試験を5年毎に実施していますが、ある程度の期間更新したら試験を免除することに対してどうお考えですか。



Q42. 上記設問で「免除してもよい」と回答した方にお伺いします。
どのような条件をクリアすれば免除してもよいでしょうか。

<更新の回数>

- ・複数回更新したら（6件）
 - * 一定回数の更新をした後、ただしセミナーやセルフトレーニングセミナーに参加するなどの条件付き
- ・1回更新（6件）
 - * 一度以上更新試験を行い、その後、単位を継続的に取得している場合
- ・2回更新（38件）
 - * 専門医更新試験を2回合格更新し、かつ指導医資格もある医師の3回目の専門医更新試験から免除。
- ・3回更新（24件）
 - * 3回以上更新、教育セミナー受講を必須、総会での指定講演の受講の単位制
- ・4回以上更新（7件）
 - * 4回だと20年なので、試験は免除し、ただし臨床経験を積んでいる証明に症例報告は提出する。

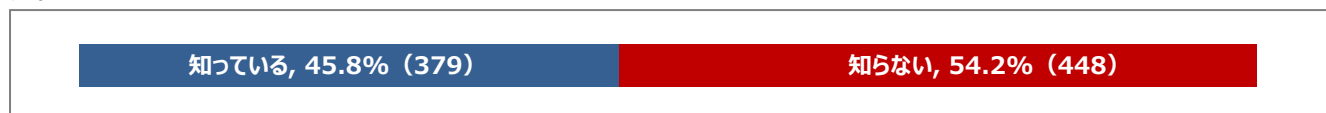
<年齢>

- ・一定の年齢になったら（8件）
- ・50歳以上（2件）／55歳以上（6件）
- ・60歳以上（5件）／65歳以上（6件）

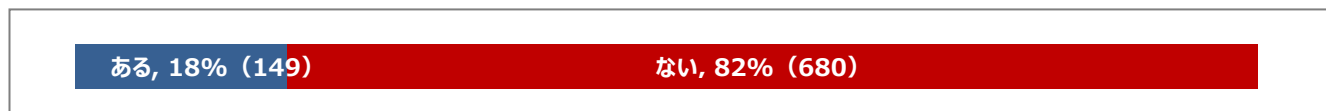
<その他>

- ・学会参加、発表（37件）
- ・セミナー受講（26件）／E-learning聴講（11件）
- ・論文、研究、学術業績（6件）
- ・臨床実績、症例数（33件）
 - * 実績（臨床〇件以上、研究発表〇題以上など）1年間ごとの実績もしくは5年間の累計実績など
- ・継続的に実臨床に携わっていること（24件）
- ・指導医取得（3件）／指導実績／管理職（2件）／協議員
- ・簡単な試験（web含む）を受ける（5件）
- ・規定の単位取得（12件）
- ・更新が辛く、専門医を手放すことも検討されるため。

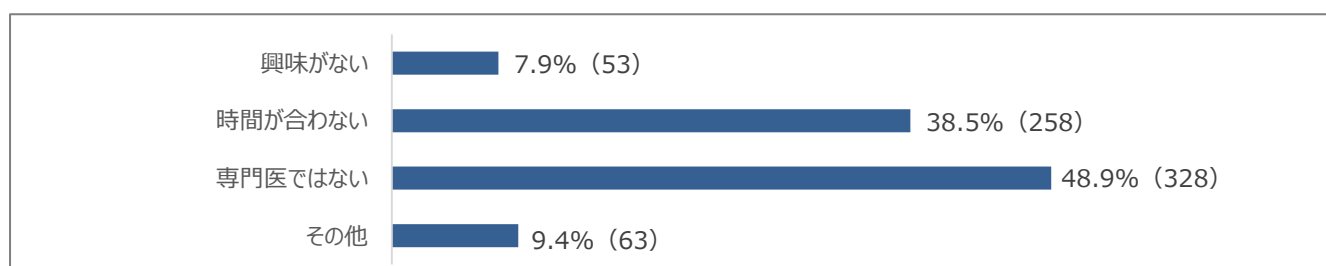
Q43. 「専門医のためのセルフトレーニングセミナー」が教育セミナーAセッション終了後に開催されているのを知っていますか。



Q44. 「専門医のためのセルフトレーニングセミナー」に参加したことがありますか。



Q45. 上記設問で、「参加したことがない」と回答された方はその理由をお書きください。



§その他ご意見

- ・知らなかった (41 件)
 - * 学術集会でも開催してほしい。
- ・参加したセミナーではまだ開催されていなかった (3 件)
- ・専門医取得済みのため (2 件)
- ・医師ではないため (5 件)
- ・セミナー自体に参加できないため (2 件)
- ・Aセッション (2日コース) 後にさらに受講するのは疲れる (2 件)
- ・飛行機, 帰宅時間の都合 (2 件)
- ・たまたま参加できなかった (2 件)

Q46. 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>

- ・必要とされている
 - * 大学病院においては未だ臓器別の診療科ががんを診る文化が根付いているが、肉腫、原発不明がん、AYA 世代がん、重複がんなど、診療科が不確定な領域において「がん薬物療法専門医」が特に重宝されている。
 - * 価値のある資格として認知されていると思う。
- ・がんセンターを除き、全ての臓器横断的な「がん薬物療法専門医」という概念が適応となる診療現場は少ない。
- ・どうしても専門臓器を問われる傾向にある。その固定観念を打破するのが難しい。
- ・まだまだ負担が大きい様に思える (施設単位で)
- ・院内のがん診療よろず相談所であることを心がけ、他科のコンサルトに積極的に応じています。が、病院からはがん拠点を死守するための「便利屋」として扱われ、各種委員会や duty のみ増える毎日です。そんな私たちを見て下の先生たちから「専門医を取ると大変だから取らない」という声が上がっているのを憂えています。何とかならないでしょうか。
- ・各科よりコンサルトされることが多くなりますが、積極的な診療ではなくあくまでもコンサルトになり、デスマイドのような希少がん、原発不明がんを中心の治療となりました。
- ・結局は呼吸器、血液などの専門分野だけを診療している先生方は多いと思いますし、若手も必須症例だけを少しかじって専門医となることもあり得るため、なかなか本来の目的は達成していないと思います。
- ・現状では、内科における内科認定医あるいは専門医のような位置づけになってしまう。
- ・高度に専門性をもった各領域の医師は横断的な癌腫をみる機会、必要とも欠いているように思います。
- ・主治医として診療していない専門医は不要ですが、拠点病院の要件としての専任 として、飼育殺されている人を見ると気の毒です

- ・新しい薬剤、免疫剤への対応に追われている。治らない患者ばかりなので、少数では肉体的精神的に大変。レスポンス期間の延長や、局所治癒のために、進化したピンポイント RT（多発も含む）を活用して欲しい。成れの果ての慰め治療では可哀想。
- ・臨床現場（病院）で必要とされていない。
- ・臨床業務、子育て、介護、と現実が忙しすぎてしまい、頑張って取得した「専門医」を活かしきれていない。「都会の医師の多い病院で生きる資格」という印象。
- ・専門施設では必ずしも専門医の肩書が役に立っているわけではない
- ・臓器別に分化が進んでいるので、横断的な「がん薬物療法専門医」の意義はなくなってきている。専門分野での能力認定に特化すべき。
- ・地方の広域基幹病院（非がんセンター）ではあまり役に立っていない
- ・日頃の診療現場で「がん薬物療法専門医」であることが役立つことがないように感じる。
- ・日本の現状では臓器別専門医が臓器横断的な知識を得て、専門とする臓器の癌治療に生かす方向のほうが実態にあっている。
- ・非専門者が困るような症例に対応する。標準治療が適応できない場合など。それをしない（できない）のでは無意味な資格である。
- ・インセンティブがない（18件）
 - * 臓器横断できな領域であり、保険診療上のインセンティブがないので他科からの紹介が少ない 他科からの必要性を感じてもらにくい
- ・立ち位置が不明確（4件）
 - * がん薬物療法専門医でないとできないということがはっきりしていないため、立ち位置をはっきりとして欲しい。
 - * 学会が立ち上がった頃と比べ、臓器別に薬物療法が進化、細分化してきており、薬物療法専門医は、総合内科的、つまりがん治療ジェネラリスト的な存在になってきたと感じます。実臨床では診療科として独立できず、宙ぶらりんな感じもあります。また IO など薬物療法が病院でしか行えず、資格の維持には勤務医であり続けるしかない現状では、残念ながら日本で将来性が感じられません。臓器別専門医にオプションとして保持していれば良いような資格だと感じます。
- ・取得のメリットがない（6件）
 - * 専門医であることにメリットを感じない もう少し有益な資格であることが認識されれば、その在り方について考えるが、そこに達しているとは思えない
- ・専門医不足（5件）
 - * 学会もその重要性を掲げ、その独自性・あるべき姿には理解するが、未だに不足する地域がある。（特に地方はそれ程必要としていない）。あまりに厳格なスタンスは若い医師の関心を奪ってしまう懸念がある。
 - * 各サブスペシャリティの業務に忙殺されてしまっているが、希少がん・多重がんをはじめ、腫瘍横断的な診療や診療体制の整備に対応可能な、真の腫瘍内科医の存在がまだまだ少数である状況は改善されるべきであると思います。
- ・専門医像
 - * 病院ごとに求められる医師像は違います。 個人的には全癌腫に対応できる医師と特定の臓器を専門にする医師と別々に評価できたらと思います。
 - * もっと全人的な視点からがん患者を診られるようになって欲しい。
 - * がん治療における司令塔／がん診療全般について中心的な役割を担ってほしい
 - * 少なくともがんの薬物療法では主導権をとる
 - * 実直であること
 - * 腫瘍内科医と同義であると考えていて、化学療法を適切かつ安全に提供することは重要ですが、それ以上に、適切な治療ストラテジーの一つに薬物療法があるという認識が重要かと思っています。
 - * 専門医として誇りを持って仕事をすべきで、全ての癌腫のコンサルタントであるべきだと思います。専門医を取得しても偏った癌腫しか診ようとしたくないのは本末転倒です。
 - * 専門医は通過点で、専門医を取ってからさらに専門性を深めるべきであると思います。 最近、専門医がゴールになっている人が多くなっていると思います。
 - * 臓器横断的に広範な領域の薬物療法を担当できる技能と知識が必要で、そのうえで専門的に診療可能な領域をもつ必要があると考える。所属施設内では本資格が軽視されており活動が困難である。
 - * 臓器別の診療科でがん薬物療法を行うことが慣例となっている現状において、臓器横断的にがん薬物療法を捉えることの重要性を具体的に示していくことが求められると考えます
 - * 標準治療の実践、各科からのコンサルテーションの受入、レジデント指導、臨床試験立案・実践、外来化学療法部門の

- とりまとめ、臨床研究支援組織や IRB 委員、市民公開講座、PMDA など様々な分野で活躍が期待されるエキスパート
- * 複数の臓器を受け持てるのがやはり大事かと思えます。単独臓器だと従来の臓器別専門医変わりません
- ・他部門、他領域との連携が必要（3 件）
 - * がん診療における他部門との連携が重要
 - * 各診療科が揃っているがん診療連携拠点病院における「がん薬物療法専門医」の役割は各診療科横断的な活動が主となって来る。今後はがんゲノム医療の中心になるだろう。
- ・もっと緩和ケアにかかわるべき（2 件）
- ・薬剤の使用要件とする（3 件）
 - * 専門医でないと使用できない薬剤を増やすべき 推奨でも良い
- ・施設要件とする（4 件）
 - * がん薬物療法を行う施設基準として専門医がいることなど制限をもうけるか、専門医ががん化学療法剤を処方した場合の診療報酬を引き上げるなど、ある程度の差別化があって欲しい
- ・認知度が低い、評価されていない（4 件）
- ・若手医師について
 - * 施設ごとに役割や診療範囲が異なり、均一な専門医の育成が困難である。若い先生方に目指すべきあり方を提示することが難しい。
 - * 若手医師が資格取得に魅力を感じていない
- ・名称変更（6 件）
 - * 「腫瘍内科専門医」を速やかに策定すべき
 - * 名称を「腫瘍内科専門医」（基盤学会が内科の場合）、それ以外は（がん薬物療法専門医）とする。
- ・提案、要望
 - * 各施設での専門医としての活動を魅力あるものにして専門医が増えてがん薬物療法に貢献できる人材育成が大事。学会日程や専門医更新などで時間が割かれることのない配慮も必要。地方会や地方セミナーが開催されるのであれば学会総会は 2 日間にするなどコンパクト化を。
 - * 学会員を大事にすべきでしょう。意見を求められる機会は事実上殆ど無く、一部の人間のみで半ば一方的に物事を決めている。
 - * 癌治療認定医と合併してほしい
 - * 一般病院に勤める医師で癌診療に関わることが多い医師にとって、もっと取得しやすい専門医制度となってほしいです。
 - * 試験治療と標準治療を混同させるような発表が目立っている。標準治療を適切に行うことの重要性をもっと啓発すべきである。
 - * 専門医取得後は結局単一領域のがんを診ている(横断的に診ようとしない)専門医が多いと感じます。その点について何か改善が必要ではないでしょうか
 - * ゲノム診療などについて院内や院外に対しての必要性を指摘されています。そちらにおいても、どう体性化するかなどの情報共有や情報提供が学会を通してできませんか？
 - * 大学病院に集まりすぎている。もう少し地域の〇〇市民病院のようなところに非常勤でもいいので出向すべきと思う。地方には大都市に通院できない患者もたくさんいて、ありえない治療が行われていることに目を向けるべき。
 - * 東京等の都会でのニーズと地方都市でのニーズは異なる。多くの理事達は専門分野で競争に勝ち抜いて今の地位を得た人ばかりなので、専門医を考える部門こそ専門医を持った地方の学会員で構成すべき。
 - * 有害事象のマネージメントで、高度な知識経験が要求される薬剤については、専門医が在籍している施設しか処方できないといった、ものができる薬物療法専門医の存在意義が格段に高まると思う。今は、わかる人には、その価値が理解されているが、学会が思っている程、専門医の位置づけは高く認識されていないと思う。特に、がん治療認定医と同じように思われている点が気になっている。他学会のものなので難しいのは承知しているが、がん治療認定医と明確に区別されるようにしてもらいたい。多くの一般患者だけでなく、医師でも違いが分かっていない人が多い。
 - * 年齢的に 5 大癌すべてを観ることができないため、私は専門医を持っていません。可能であれば各領域に限られた薬物専門医制度があってもよいと考えます。
- ・地域医療での薬物療法を考えると総合内科医と同様、ますます必要な職種となると思う。
- ・がん薬物療法専門医ならではの特色が出せていないような印象がありますが、あり方を変える試みは、スペシャリティ+αの現状では難しいと思います。
- ・誰が「がん薬物療法専門医」なのかよく分からない

Q48. 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。

はい, 51% (206)

いいえ, 49% (199)

§その他ご意見

- ・他科での研修が困難 (25 件)
 - * 細分化されており他科領域の患者を担当することは困難
- ・造血器の診療が困難 (12 件)
 - * ある程度、卒後年数がたつと、専門領域にはいるため、いくら癌専門とした病院であったとしても、さすがに、固形腫瘍の専門で、血液腫瘍の患者さんを受け持つことが難しいです。
- ・乳腺の診療が困難 (4 件)
- ・症例が集められない (6 件)
- ・指導医がいない (2 件)
- ・認定研修施設ではない (5 件)
- ・忙しい、人で不足 (2 件)
- ・年齢 (2 件)
- ・試験の合格基準が高すぎる。口頭試験での不必要に厳しい追求、内輪、関係者の受験者に対する明らかな優遇も有名である。所属機関の診療内容によっては、レポート作成が困難なケースが多々ある。

Q49. 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 (7 件)
 - * メリットがない (7 件)
 - * 専門医独自の仕事がない、していない (6 件)
 - * 取得したばかりだから (2 件)
 - * 認知度が低い
 - * わからない (3 件)
 - * はいでありいいえでもある。 大学に就職する際には役立った感があるが、日常診療では全くメリットを感じない
 - * 学会での役職や演者、ガイドライン委員などで、専門医をもっと積極的に引っ張り出してもらいたい。
 - * 資格自体は日々の業務において意味を成すわけではありませんが、専門医として学会に所属していることで様々な活動をさせていただいているというのは事実です。

Q50. 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>

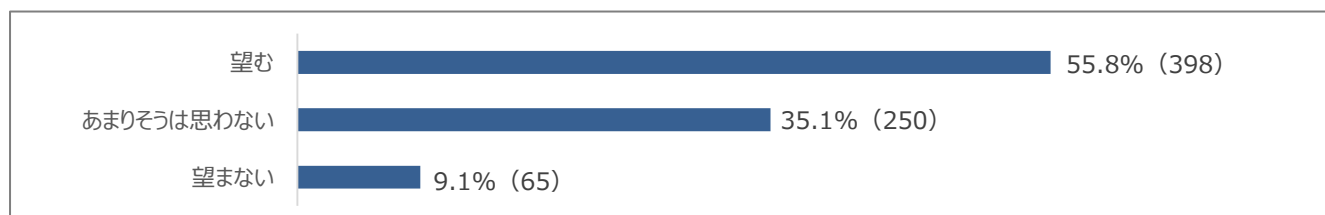
- ・がん診療の場で活躍できる、頼りにされる (53 件)
 - * 院内でのがん診療の統括的な役割を任せられるようになった。
 - * 院内のキャンサーボード等の活動、原発不明癌の臨床等に積極的にかかわれる
- ・モチベーション、やりがい (8 件)
 - * 専門医としての自覚をもって日々の臨床に励むようになった。また、患者への説明における説得力が増したように感じる。
 - * 専門医たる自負を持って後進の指導にあたっています。

- ・患者への説得力, 安心感 (6 件)
 - * がん診療における患者、医療従事者の安心につながっている
- ・就職, 昇進に有利 (5 件)
- ・勉強になった (4 件)
- ・施設要件の維持 (3 件)
 - * 認定施設の維持に役立っている、拠点病院の維持にも役立つ
- ・広告, アピール (3 件)
- ・立場が明確になる (2 件)
- ・周囲からの評価 (2 件)
- ・患者協会が増えた (2 件)
- ・それぞれの分野の新しい情報を得やすい。
- ・幅広い分野の知識は手に入るが、取得したらしたであまり活躍の場がない。各領域の専門医に押されている。

<いいえ>

- ・日常診療にいかされていない (15 件)
 - * 資格の有無に関わらずどんな薬物療法も施行可能であり、資格の意味がない。
 - * 知識は増えたが取得前後で診療に関しては大きな変化はない
- ・インセンティブがない (9 件)
 - * インセンティブにならないし、日本の医療制度では他の似たような資格と差別化されない。
- ・メリットがない (9 件)
 - * 勉強した分は自分の知識となり役に立っているが、対外的なメリットは実際感じない。
 - * 素晴らしい資格なのに、明らかな利益がなく残念。
- ・認知度が低い (6 件)
 - * 「がん薬物療法専門医」を標榜しても、患者さんは何の資格か分からないから。
- ・資格が評価/理解されていない (5 件)
- ・施設維持のためだけに利用されている (2 件)
- ・腫瘍内科へのコンサルトやアドバイス料など、コストに繋がれば病院として大事にしてくれるかも。
- ・今後のキャリアにはフィットしないと考えるため

Q51. 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。



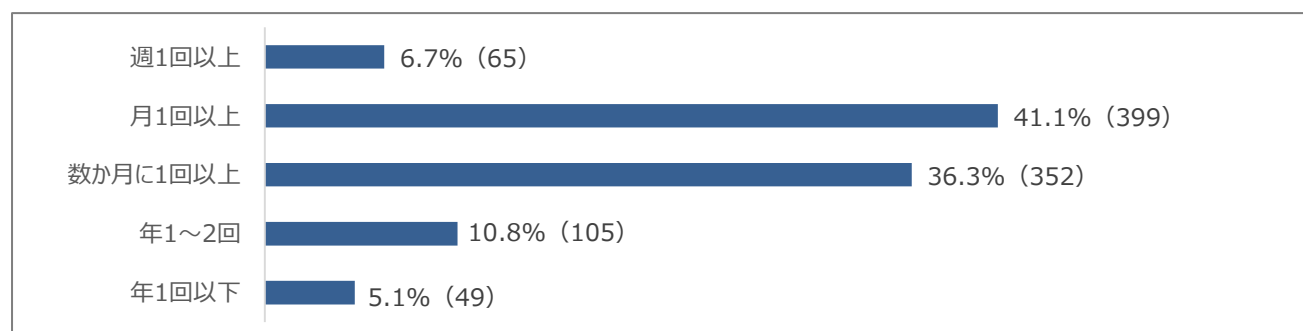
Q52. 専門医申請資格についてご要望があれば自由記載をお願いします。

- ・ハードルが高い (4 件)
 - * 取得、継続が他の専門医と比較しやや困難。
- ・現状維持でよい (12 件)
 - * 資格条件は現状維持で良いと思います。
 - * 申請資格のハードルを下げず、研修のクオリティーを担保することが、筆記試験の重要性を上回ると思いますので、現状のままが良いと思います。
- ・条件の見直しを希望 (26 件)
 - * がん治療認定医の資格があれば症例要約と面接は省略しペーパー試験だけにして欲しい。ある程度の年齢になると他科の症例を経験する事が相当困難になる。がん治療認定医試験で既に症例数こなしている事は分かっています。例えばこの数年だけは特例を設けるとか。そうでないといつまでも専門医・指導医が育たない病院がある。指導医が居ないと専門医も育たない。負のスパイラル。

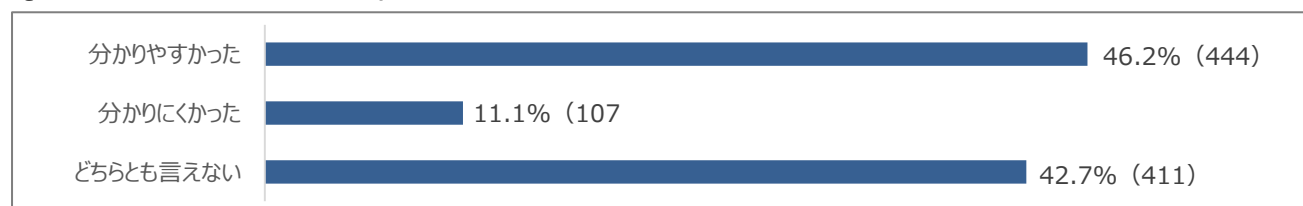
- * 以前のように 4 項目から 3 項目選択にしてほしい。造血器は無理。がん薬物療法内科専門医ならよいが。がん薬物療法を行っているのは実際外科医。もう少し広い視野をもってほしい。
 - * 固形癌をみているものにとって、造血器（特に白血病）はこれからほとんど診ることはないので、受け持ち患者病歴要約や試験において考慮してほしい。試験の難易度が分野ごとに差がある。特に乳腺に難問が多い。
 - * それなりの薬物療法の症例を扱っているにもかかわらず、研修指定病院でないために、病歴要約のために異動が必要で。そして、急遽異動が決まりました。過去には研修指定病院に在籍していたので、今の病院の症例でも専門医取得ができるようにしていただきたいです。これは、本当に今すぐ今年度からでも改善してほしいと望みます。
 - * 興味はありますが、条件が難しく、かつ実際に経験したことが必須と感じています。横断的に経験するチャンスは皆無に近く、日常業務を離れて、他の科で症例を積むことを周りに頭を下げて研修させていただこうとしても、やはり迷惑がかかってしまいます。それ以前に、症例自体にばらつきがある施設であったりと、興味はあっても、なかなか前に進めません。こういう場合、講習や、どちらかで研修を受けられる体制を受講したり研修すれば、要件の補助になってくれればと思っています。
 - * 研修の適正化。常勤でなく週 1 の研修などで研修したことにしない、など。研修修了に指導医は責任を持って欲しい。
 - * 広汎な領域の経験は難しい。1 領域でも可としてほしい。
 - * 資格を取得したいが、経験する症例の要件を満たすことが困難です。試験のみで認定される准資格のようなものがあるといいです。
 - * 時代の流れに合わせて、柔軟かつ先駆的な評価軸で認定方法の改訂を重ねていくべきと考える
 - * 自主的な勉強は厭わないので、日常診療をしつつ取得しやすいようにしてほしい。特権的な資格になりつつあるように感じる。診療グループに余裕がないと、資格取得のための実習が困難である。
 - * 質を高めるためにハードルを高くする意図はもちろん理解しているが、多領域に渡る高いハードルは実際に若い先生方の専門医取得の意思を削いでいます。もう少しハードルを下げて、若い先生に意欲を持っていただいてもいいのではと思います。
 - * 全領域の筆記試験は必要として、非専門領域のレポートは撤廃していただきたいと思っています
 - * 認定施設外での症例も認めてほしい。
 - * 筆記試験だけとなれば、受験したい。
 - * 病歴に必要な領域を減らして欲しい。常勤医として通常診療を行いながら、まっとうにレポートを作成することは一般的に困難なシステムであると思う。普段診療に携わらないにも関わらず、資格取得のためだけにサマリーに名前を載せるだけでいいのか。 *
- ・更新試験の見直し希望（5 件）
 - ・専門医の試験問題は全て開示公表すべきである。
 - ・多くのがん薬物療法が外来で完結するようになり、入院では支持療法が主体となっています。よって現状の入院患者が主体となる受け持ち患者要約ではがん薬物療法の症例を集めるのが難しいと思います。外来研修を含めたトレーニングのあり方を見直す時期にきていると思います。
 - ・固形癌医が、短期的にでも血液腫瘍を学ぶ環境整備を学会として全国的に整えることができれば、専門医はもっと増えると思います。
 - ・がんプロフェッショナル養成基盤推進プランだけ、申請資格が得られるまでの期間が短いことは妥当ではないと考えています。
 - ・もっと広報すべきである（3 件）
 - ・特になし（7 件）
 - ・もう少し名乗る価値のある資格になるようにしてほしいですが、日常を伝えても仕方ないと思われる
 - ・専門医資格の有無が加算や処方制限に反映されるべきと考えます。
 - ・領域別の専門医があると助かります
 - ・がん治療のすべて癌拠点病院で行われている訳ではない事。それに対して現在の専門医の申請にはがんセンター等で研修しないと取得できない可能性がある。また、がん薬物療法専門医取得者が地域診療活動に従事しておらず、また活躍している姿をほとんど見ない。
 - ・医療現場におけるがん薬物療法専門医の地位向上をしなければ、次世代の医師にとって魅力がないと思われる。
 - ・最近、知り合いの専門医から聞いた話です。当学会専門医資格を若手医師が取得しながらないそうです。メリットがなく、時間とお金がかかるからというのが理由でした。私たちが受験したころは憧れのような資格でしたので非常に残念に感じています。専門医の実施する薬物療法に加算がある、または欧米同様がん薬物療法は基本的に内科系の薬物療法専門医が行い、外科系医師は 1 専門領域のみの薬物療法を担当するような制度になると良いと考えています。

ホームページ（HP）について

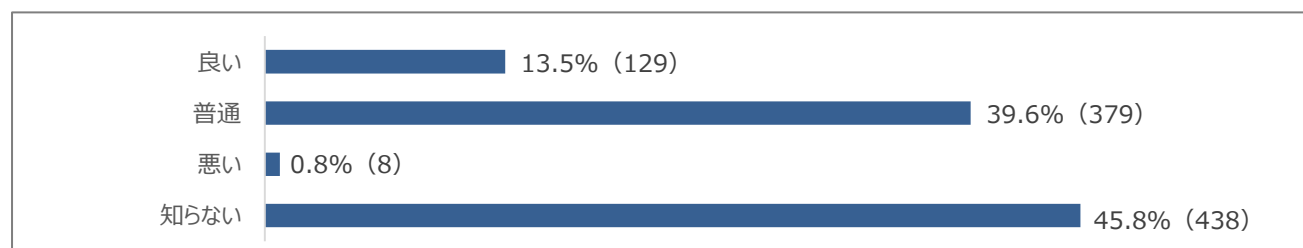
Q53. JSMO HP をどれくらいの頻度で訪れますか？



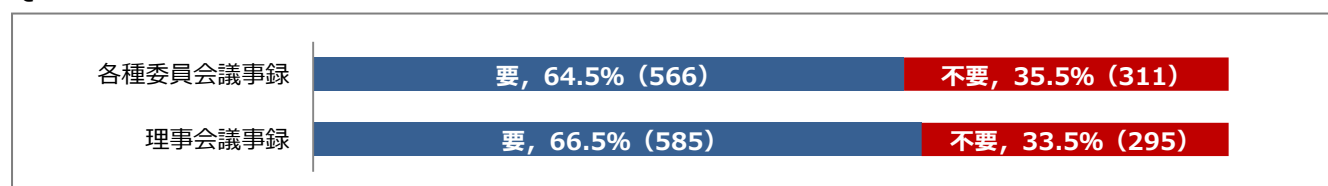
Q54. JSMO HP を訪れたとき、分かりやすかったですか？



Q55. 理事長レターページはいかがでしょうか？



Q56. 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（3件）
- ・委員会の運営規約など規約周りも会員や非会員に公開
- ・がん医療や学会に対する会員からのご意見や要望
- ・すべて一律に公開ではなく、情報管理はしっかりすべき
- ・要点のみでもよい
- ・情報の根源です
- ・会計報告。会費などの透明性を望みます。
- ・各地方会、あるいは海外学会、他の腫瘍関連学会の日程一覧（カレンダー）
- ・患者会などの意見も参考に掲載を決定すべき

Q57. HP についてご要望があれば自由記載をお願いします。

- ・セキュリティについて（3件）
 - * SSL 通信に対応すべき（SSL 対応でないと最新の Safari などでは危険なウェブサイトとの警告が出る）
- ・要望
 - * もっと見やすく作成希望
 - * ログイン画面から、トップページに戻れるようにしてほしいです。もう少しわかりやすい場所にガイドラインを配置してほしいです
 - * 英語版がほしい
 - * 過去の学術集会の抄録のデータベース化
 - * 会員ページからログアウトする際に、元のページに戻らないのが非常に不便。他学会と比べて過度に暗い。
 - * 各学会等が出している固形腫瘍の診療ガイドラインにアクセスできるようにする(せめて会員専用だけでも)。
 - * 主要な論文のリンクを貼ってほしい
 - * 腫瘍内科を募集している施設の一覧を掲載してほしい。若手が将来の就職先が分からず、困っていたので。
- ・がん薬物療法について、会員以外が情報収集するための情報がまったくありません。がんおよびその治療について知りたくて、ホームページにたどり着いた人のために、リンクを設定するのはどうでしょうか？
- ・セミナーや試験の案内が前年度のままであるなど、きちんと運営されているのか疑問
- ・レイアウトが良くない。古臭い。個人ページは役立つ
- ・ANNONC を読もうとしても、うまくサインインできない。
- ・情報とかは非常に役立っています

Q58. 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。

知っている, 34.7% (331)

知らない, 65.3% (623)

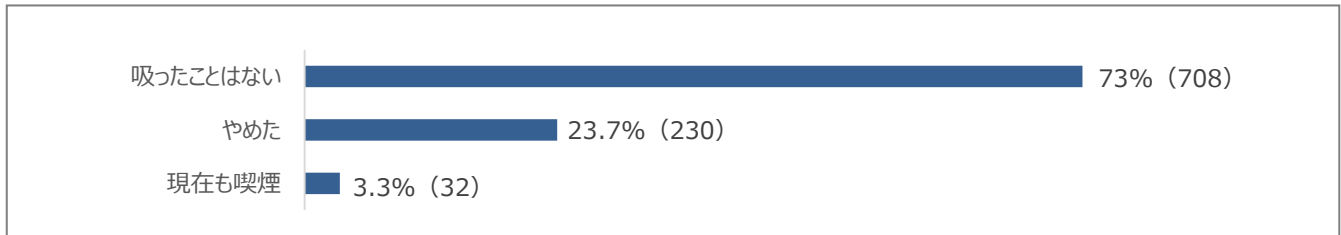
Q59. 公式 Facebook ページに対するご意見やご希望がございましたらお聞かせください。

- ・SNS をもっと活用すべき（7件）
 - * SNS における啓蒙活動が重要ではないか。
 - * もっと多くの情報を配信してほしい。
 - * Twitter など SNS は活用した方がよい。災害時や不適切な報道への対応など、学会として速度感を持った対応が必要な場合に活用しやすい
- ・SNS を利用していない、興味がない（7件）
 - * Facebook は施設によってっては実施するなど言われているところもあります。
 - * FB を普段から使用していない。
- ・不要、意味がない、やめるべき（6件）
 - * そもそも Facebook というツールが下火であるため、これに力を入れるメリットはとぼしい
 - * 一部の限られた人だけが見るものに、意味があるとは思えない。
- ・セキュリティが心配
- ・どれくらいのインパクトがあったかわからない
- ・これからも頑張って更新を継続してください。
- ・がんという疾患や、治療に関する情報など、JSMO のホームページには情報がありません。情報収集のためのリンクなどについて設定するのはいかがでしょうか。代替治療や〇〇ワクチン等など、ちまたで実施されている医療行為についての実態や見解などについて提示するのはいかがでしょうか。

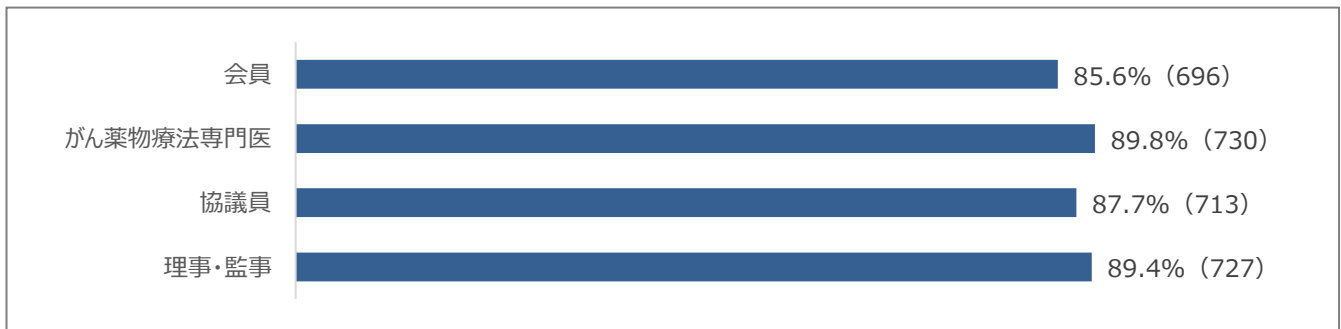
禁煙状況，禁煙指導状況について

Q60. 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



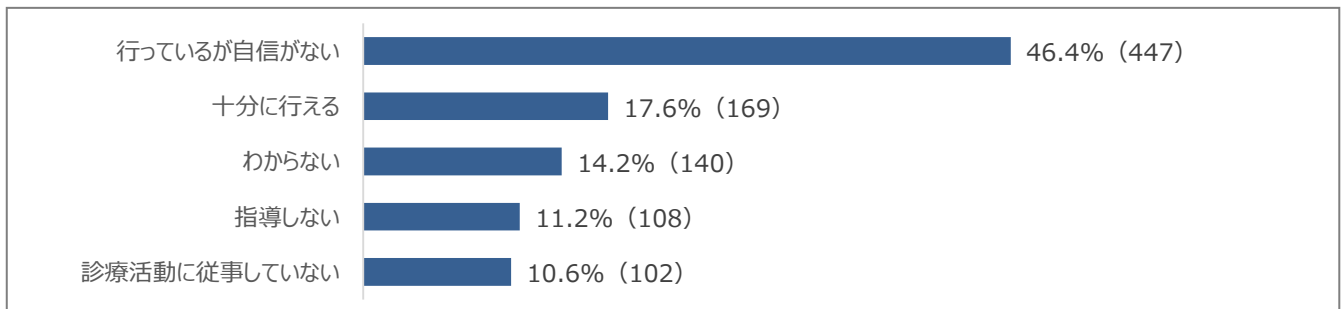
Q61. 次の内「たばこを吸うべきでない」と思うひとにチェック☑をお付けください。(複数回答可)



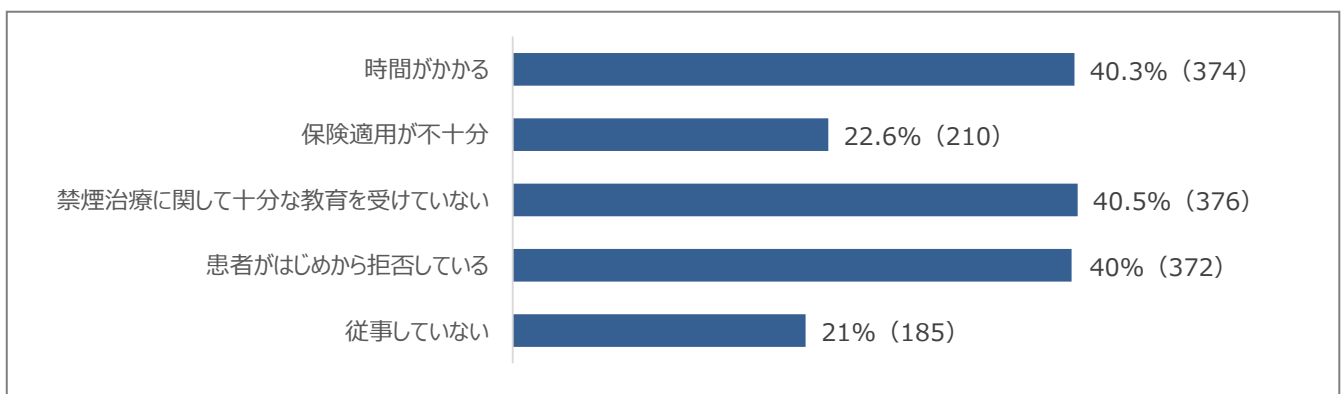
Q62. がん患者の喫煙についてどう思われますか。



Q63. 十分な禁煙指導が行えますか。



Q64. 禁煙指導の障害は何ですか。(複数回答可)



- 禁煙対策を進めていくべきである
 - * 政府がタバコ産業の大株主であることに、専門学術団体として正面から意見を言ってください。
 - * 専門家としては、禁煙をおすべきでは。
 - * 患者のみでなく国民全体に対して問いかけるべきである。
 - * 煙草を禁止薬物に指定する法制定、受動喫煙加害罪の制定への政治運動と世論喚起を積極的におこなうべき。躊躇する理由はない。
 - * 不十分／積極的に発言してほしい／健康被害の啓蒙活動が足りない。
 - * 絶対禁煙でしょう／そもそも、人として、喫煙はすべきではない。
 - * 欧米に比べ、役員も含め、依然禁煙意識が低い

- 受動喫煙について
 - * 受動喫煙への政策が不十分であることに対して強く発言してほしいです
 - * 受動喫煙の有害性をより強調すること。／受動喫煙の被害をもっと強調すべき。
 - * 駅、列車内の喫煙スペースなど望まない受動（二次含）の防止

- 煙草を規制する
 - * たばこの販売を禁止する（3件）
 - * 税金が上がっても販売をやめるべき！
 - * タバコの販売をやめる等の申し出
 - * 行政として煙草を売らなければいい
 - * 販売そのものを禁止し、違法薬物指定すべき。
 - * たばこに対する課税をもっと行政が増やすべきと考える
 - * たばこの値上げで医療費を確保すべき。北欧並みの値段にしてほしいし、屋内はすべて禁煙にすべき。まともな国はもう、そうしている。
 - * たばこ税を増やすべき。
 - * タバコへのさらなる増税 自動販売機での販売中止 保険料値上げ 喫煙者に対する雇用の制限
 - * そろそろ喫煙は法律で罰すべき

- 会員，専門医，役員の喫煙について
 - * 少なくとも専門医条件で禁煙は必須だと思います。
 - * 理事や学会の役員で喫煙者がいるのは大きな問題
 - * 役職者は、喫煙に関して disclose すべき。
 - * 喫煙者は、会員、協議員、理事、などの資格を認めないべきです。
 - * 幹部でも喫煙している方がいるのではないか。
 - * 会員に喫煙を認めるべきでない。
 - * 全員禁煙を推奨すべき、腫瘍学会としてではなく医師として。

- 国の対策について
 - * 国が販売を許可するから問題
 - * 政府の対応が問題／国の禁煙対策は極めて不十分／国の態度が不鮮明

- がん患者の喫煙について
 - * 癌になった患者さんにタバコくらい自由にさせてあげてはどうでしょう
 - * リスクを知って吸うのは患者の自由。
 - * 自分自身が抗うつ薬治療中に禁煙を強制されていたら、今生きていないと思う。
 - * Stage4 のがんになってしまったのであれば、好きなもの吸うのは良いと思う。
 - * 害悪は十分説明すべきだが、喫煙の権利も尊重すべき
 - * リスクを知ったうえでの喫煙は個人自由である。しかし喫煙する場合は治療を拒否してよいなどの規定がないと、ただ患者のわがままをみているだけである
 - * がん患者だけが禁煙しないといけない、のはおかしいと思う。心筋梗塞なども同様と思うので、全体で足並みをそろえるこ

とが必要なのでは

* 難しい問題。助からないなら吸ってもよいかも？

・個人の自由

* もし特定の資格や会員が吸ってはいけないのであれば、膵臓学会や肝臓学会員がお酒を飲んではいけないということと同様では。本当に体に悪いのであれば、発売しない方向に国に呼びかけるべき。売らなければ吸う人もいない。

* 個人の自由とのバランスがむづかしい 次は禁酒ですか？

* 止めたいと考えていない人がほとんどで、しかもその方々はエクストラで税金まで納めてくれている、すなわち、自由意思で自らの健康を犠牲にしてまで納税していただいているきわめて奇特な方々であり、説教を垂れるなど言語道断だと考える。

* 十分説明してそれでも禁煙しないのは本人の自由と思います。

* 喫煙の自由はあって良い（私は非喫煙者であるが）

* 喫煙は個人の権利である。JT からの寄付も制限すべきではない

* 自分は喫煙したことはないし、受動喫煙など問題は多く残るが、嗜好の問題でもあるし、喫煙者にも権利というものがあると思いますし、あまり強く厳しく取り組みすぎるのは臨床腫瘍学の本質から外れる気もします。

・具体策

* 喫煙者の医療費の負担を高く設定すべき

* 喫煙しているがん患者には、+αの診療費徴収を追加しても良いと思う。

* 抗癌剤使用同意と同時に禁煙同意を得る

* TV の CM を活用。あわせて寄付の募集も。

* 依存症治療として精神科との連携があっても良いのではないだろうか

* 喫煙する人はゼロにはならないので、施設内分煙化を進めるべき

* JSMO 教育セミナーなどで、禁煙指導に関する教育講演があればよいかもしれない。

* 遺伝カウンセリングもそうだが、禁煙指導ができるようになる教育機会がほしい

* 電子タバコの害をはっきり宣言する、JT との共同研究や JT から資金を受け取った研究者の発表は認めないなど毅然とした姿勢を見せてほしい

* 大麻なみの違法薬物指定をすべきである。

* 新型たばこに対する対応

* キャンペーンの後援、支援

・現状でよい（3 件）

・その他

* 禁煙に賛成だが、喫煙者を悪者にするような扱いはしてはいけないと思う

* 個人的にはたばこが好まないが、人は自分の好きなものを否定されることをよく思わないと思う。自分だけではなく他人も巻き込む可能性があること、やめることで防ぐことができることを知ってほしい。

* 本気でやるなら禁煙法設立の運動をせよ

* 敷地内全禁煙が障壁になっています。

* 宣言だけならだれでもできる。アウトカムはどのように評価するのか。

* 随分社会が変わってきたように感じます

* 禁煙治療もしています。

* 下手に手を出すべきでは無いでしょう。政治の役割です。

* 喫煙防止自体は肯定的だが、その規制で別の負の因子が増長しませんか？

* 医療者がたばこをやめることと、患者にやめさせることは区別して考えるべき。患者については状況によると思われる。

* たばこ農家やその周辺に対してはどう対応しているのか？ 廃業したらどうするのか？ 責任はとれるのか？ ということを検討すれば、タバコ農家がなくなり、タバコの高騰も期待される

* 税金の収益、たばこ産業者の失業を考えなければ進まない

* アルコールも同様に規制すべきでしょう！ なぜタバコだけ？

Q66. 会員に関することで提案等ありましたらご記載ください。

・専門医関連

- * 分野別専門医があると助かります。消化器関連の化学療法しかできない環境のため
- * 総会出席・委任状などの案内は郵便で来るのに、会員にとって最も重要な専門医、指導医更新の案内がメールだけというのは納得いきません。他の学会は郵便で来ます。毎日百通以上のメールが届くなかで重要な案内が埋もれてしまいました。
- * JSMO からのメールがたまに迷惑メールに入っていることもあります。更新の案内は予算をとって郵送すべきです。お願いします。
- * 指導医更新について。指導医更新の案内がメールでしか来ません。他学会は指導医更新、専門医更新は文書で来ます。メールでしか来なかったため、気づかず失効してしまいました。ここは経費節約せずに文書で通知していただきたい。多数の JSMO メールに埋もれて重要な更新メールに気づきませんでした。
- * 専門医になれないのであれば脱会を考えています
- * 学術集会参加時の専門医単位登録を IT 化してほしい
- * 学会の会員になるのは、専門医が取れる事が動機になることが多いと思います。地方会員や研修、症例経験に悩む会員にチャンスを与えるプログラムを学会主導で作ってください。

・会費、参加費について

- * やはり、医師とコメディカルでは正会員の年会費を変えて欲しいです。
- * 学生会員の年会費免除、Best of ASCO の参加費免除などを望みます。また、学生会員であっても学術集会の事前参加登録があると幸甚です。
- * 研修医、学生会員は会費無料にして裾野を広げてはどうでしょうか。
- * 会費の納入をクレジット可にほしい
- * 会員費をクレジットカード支払いで納められるようにしていただきたい
- * 会費未納が問題になっていたが解決したのでしょうか。学会参加時、今後 E ラーニングや各種セミナー登録時に既納をチェックできないものか。
- * 学会費が高い
- * 高齢者の会費免除または減額があっても良いのでは。
- * 費用の問題が学会活動選択の唯一の決定因子となっている。学術的な志よりも、生活費と収入によって活動が制限される。
- * 他の学会に比べると格段にコストがかかります

・アンケートについて

- * アンケートが長い、減らしてほしい（4 件）
- * 看護職です。アンケートに回答しづらいです。
- * 今回のアンケートも、医師を対象にしています。コメディカルにも多くの専門資格がありますが、回答欄には医師の資格ばかりを必要とされている内容になっています。それなら、準会員にアンケート依頼をする意味はないのではないですか？

・JSMO 全般

- * Best of ASCO に数年前までずっと参加していましたが、最後の総括で部会長が「年寄りが出ていけ！」と叫びました。医師は生涯教育とっております。それ以来 Best of ASCO は参加しておりません。学会の姿勢はその後、変わったのでしょうか？年齢で区別するような、アンケートも含めてありますので、その姿勢は変わらない様でしたので、とても残念に思いました。時間を無駄にしました。
- * この学会はチーム医療が充実した学会と認識しています。このビジョンはあるのでしょうか。最近、グローバル化してがん治療学会とあまり変わりません。海外の学会に参加する事業もあり、この学会が同様になると残念です。ビジョンを再確認していただければと思います
- * これからもよろしくお願いします。
- * そろそろ学会が曲がり角に来ている
- * もう少し外科うけいれをほしい
- * 評議員の推薦ではハードルが高い
- * 専門領域が異なると執行部のプロフィールがわからないので、HP や学会などで学術業績（論文）を載せるなどして紹介

があればよい。

- * 女性腫瘍内科医のキャリアパスについても考えていただきたいです。JSMO は男性中心の学会だと思いますが、女医の数も増えてきているのでご検討お願いいたします。
- * 禁煙指導の教育の場
- * 患者や家族などのサバイバー会員を作るのはどうでしょうか
- * 患者団体からの理事
- * 海外留学などへ対する休会制度を作って欲しい。
- * 会員になっていることのメリットが目に見える形であれば良い。各種ガイドラインの印刷物の配布など。
- * 煙草吸いながら、がん治療の説明する医師は信用できない。
- * Co-Medical 部門の充実をお願いします。