

会員アンケート実施報告

1.実施概要

- 実施期間：2020年9月25日～11月30日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2020年9月25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64問，所要時間15-20分程度，無記名形式
- 配信数：8,664名（メールアドレス不明者，エラー返送件数を除く）
- 回答率：13.2%（1,152件）
※2019年度13.3%（1,169件、集計期間4/17～6/14）

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	10
協議員	108
正会員	900
準会員	118
功労会員	5
学生会員	6
研修医会員	5
計	1152

Q2.性別

性別	n	%
男	818	71%
女	334	28%
計	1152	100%

Q3.年代

年代	N	%
10代	0	0%
20代	15	1.3%
30代	247	21%
40代	458	39%
50代	330	28%
60代	95	8%
70代以上	7	0.6%
計	1152	100%

Q4.職種

職種	n	%
医師	664	0.5783
歯科医師	1	0.0871
獣医師	0	0
薬剤師	143	0.1245
看護師	59	0.0513
放射線技師	0	0
検査技師	0	0
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
臨床試験コーディネーター（CRC）	6	0.0052
生物統計家	0	0
基礎研究者	1	0
データマネージャー	0	0
ソーシャルワーカー	0	0
その他（具体的に）	274	0.2386
計	1148	0.5783

Q5.所属先

所属先	n	%
大学病院	842	73.09%
国公立病院	10	0.87%
がんセンター	2	0.17%
私立病院	188	16.32%
看護師	66	5.73%
放射線技師	0	0.00%
検査技師	0	0.00%
理学療法士	0	0.00%
作業療法士	2	0.17%
臨床試験コーディネーター (CRC)	6	0.52%
生物統計家	1	0.09%
基礎研究者	8	0.69%
データマネージャー	1	0.09%
ソーシャルワーカー	1	0.09%
その他 (具体的に)	25	2.17%
計	1152	100.00%

Q6.専門領域 1

専門領域 1	n	%
内科	664	57.64%
外科	169	14.67%
その他	319	27.69%
計	1152	100.00%

Q7.専門領域 2

専門領域 2	n	%
腫瘍内科	207	17.97%
脳神経	3	0.26%
頭頸部	19	1.65%
呼吸器	195	16.93%
乳腺	52	4.51%
消化管	136	11.81%
肝胆膵	46	3.99%
婦人科	26	2.26%
泌尿器	14	1.22%
皮膚	2	0.17%
骨軟部	6	0.52%
血液	131	11.37%
内分泌	2	0.17%
小児	4	0.35%
緩和	11	0.95%
精神医学	1	0.09%
放射線治療	5	0.43%
放射線診断	1	0.09%
IVR	1	0.09%
病理学	2	0.17%
基礎医学	6	0.52%
臨床検査	1	0.09%
がん看護	53	4.60%
がん薬剤師	141	12.24%
疫学	0	0.00%
生物統計学	2	0.17%
臨床薬理	11	0.95%
創薬研究開発	4	0.35%
臨床試験支援	16	1.39%
医療行政	0	0.00%
製薬企業	25	2.17%
医療連携	4	0.35%
その他 (具体的に)	25	2.17%
計	1152	100.00%

Q8.所属先について

所属先	n	%
大学	415	36.02%
国公立病院	270	23.44%
私立病院	220	19.10%
がんセンター	134	11.63%
開業	18	1.56%
基礎研究	2	0.17%
教育	1	0.09%
企業	46	3.99%
その他	46	3.99%
計	1152	99.99%

Q9.専門医等資格

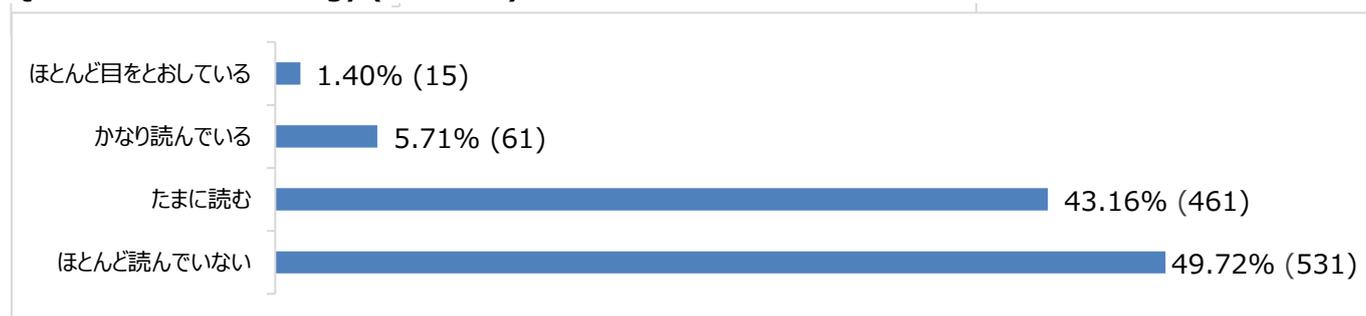
資格名	n
がん薬物療法専門医	404
がん薬物療法指導医	227
がん薬物療法暫定指導医	74
がん治療認定医	441
計	1146

Q10.主な国内所属他学会 (複数回答可)

学会名	%
日本癌治療学会	476
日本癌学会	262
日本肺癌学会	239
日本乳癌学会	143
日本内科学会	578
日本外科学会	145
日本血液学会	178
日本呼吸器学会	204
日本消化器病学会	217
日本緩和医療学会	216
日本サポーターケア学会	94
その他 (具体的に)	205
計	2957

学会機関誌について

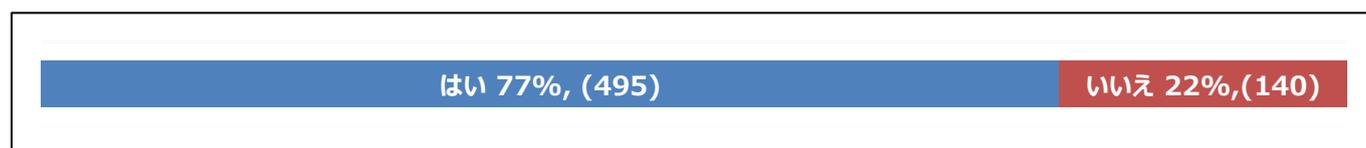
Q11. Annals of Oncology (ANNONC)をどの程度読まれていますか？



Q12.1)ご施設の図書館が購読している、またはご自身が ESMO 会員であれば、JSMO の ANNONC アカウントは不要かもしれません。JSMO のアカウントにて購読していますか。



Q12.2) 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>

- *JSMO が機関紙を作らないのであれば継続すべき。
- *契約継続を強く望みます
- *医療系雑誌をあまり購読していない施設に勤務するものにとって JSMO 会員であることで ANNONC を閲覧できるのはよいことだと思います（私も前任地では大変ありがたかったです）。

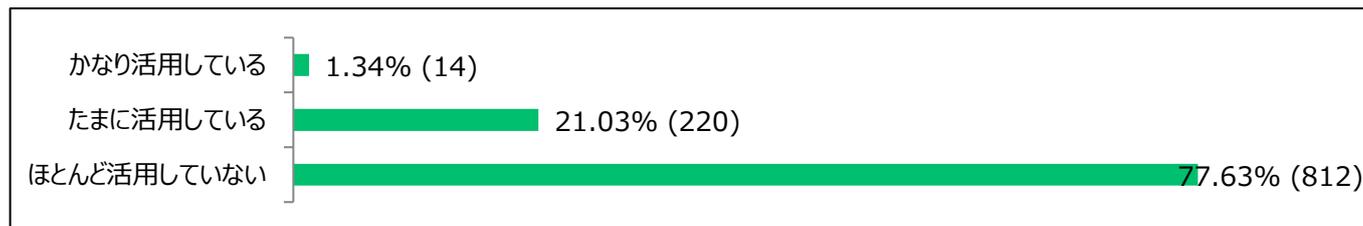
<機関誌でなくてもよい>

- *ESMO 会員のため不要
- *金額が高すぎる。(2 件)
- *それで年会費、学会参加費などが減額されるのであれば

<その他>

- *どちらでも構いません。必要と考えれば無ければ自力で入手を考えます。
- *ANNONC がコストが高いようなら、JSMO でオンラインジャーナルを作っても良いと思います。
- *1)の条件であれば、JSMO のアカウントはいらないかもですね。
- *大学で読める。
- *Ann Oncol は IF も大変高くなり、それが JSMO の機関紙というのは名誉であります。
- *学会独自の機関誌を創刊できないかと期待しています。
- *欧州の学会誌に相乗りするのは感心しない。IJCO と一緒になればよい。
- *良悪の判断をつける価値判断を持ち合わせていません。何がメリットで何がデメリットなのか教えてください。
- *独自の機関誌があるのが理想

Q13. JSMO 学術集会で発表の英文抄録は ANNONC の Supplement Issue に掲載されます。ANNONC の Supplement Issue をどの程度活用されていますか。該当するものにチェック☑をお付けください。



§その他ご意見

*JSMO 会員はほぼすべて日本人なので日本の会員には必要ないのではないか？海外の研究者がどのぐらい利用しているかを調査すると良い。

*医中誌に会議録が載らないので、学会発表の共著者に入れた JSMO 未入会の人から、共著は嘘と思われるところを改善してもらいたい。研究業績にほとんどならないのにお金を払って英文抄録を載せる意味が分からない。

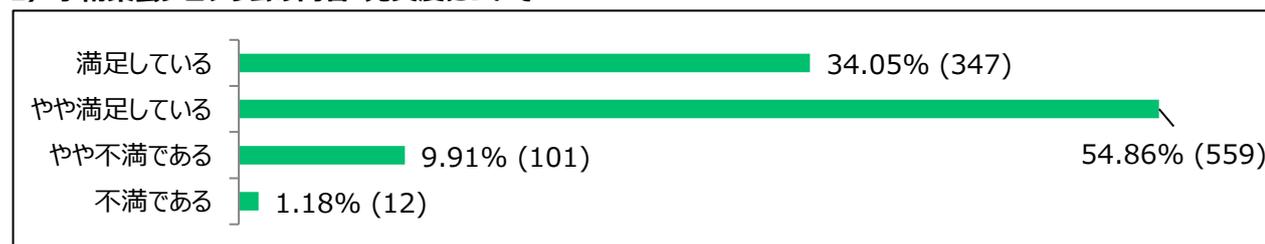
*SNS の Research Gate などには反映されるのである程度価値はあると思います。

*抄録を supplement issue に掲載する意義をあまり感じないです。

学術集会について

Q14.学術集会についての質問です。自由記載または該当するものにチェック☑をお付けください。

1) 学術集会プログラムの内容・充実度について



§その他ご意見

<満足,やや満足>

*勉強になる(3件)

*プログラム内容に満足している(10件)

・専門領域以外の内容が面白いから

・眼及び眼周囲の腫瘍専門です。様々な分野の腫瘍の話は参考になる。

<不満,やや不満>

・参加について

*学術集会への参加が難しい(2件)

*参加できないくらいの量。開催期間が長い(2件)

・英語について

*英語が多く理解が困難 (6件)

・国際的に英語にしたいのはわかるが、多くの会員は日本語の方がより理解も深いし頭に入ると思います。

・内容について

*参加したい領域プログラムが無い・少ない(8件)

*難しい内容が多い(2件)

- *各臓器とも日本語発表のセッションは残すべき。学会による知識の均てん化のために必要。
- *エビデンスレベルの低い発表が少なからずみられる点
- *前向き研究の成果発表に乏しい。
- *実践的な内容が減り、数少ないそのようなプログラムに聴衆が集中して受講しにくくなっている
- *Plenary Session がないことに違和感を感じます。

<その他ご意見>

- *話題の演題は聴衆が多く、会場に入れないこともある。
- *国内外の問題になっているテーマを重点に取り上げてほしい
- *学会としての体をなしていない
- *臓器横断的な内容をもっと充実させて欲しい。臓器別のテーマは各臓器別学会が中心になれば*よい。
- *ウェブ以外で抄録が簡単に見れない。国内文献では検索不可。
- *職種ごとできっぱり別れ、多職種連携やチーム医療などの患者支援的な観点が薄れ、専門性は高くなっているが医師が孤軍奮闘する感じになっている。
- *薬物に固執せずもう少し集学的治療に目を向けてほしい
- *薬品会社の宣伝塔となっている講師が多すぎる
- *2022 年は web ではなくリアルの集会を希望
- *ASCO, ESMO を追いかけすぎ。ワンパターン。
- *その年により満足度は異なるため

Q15. 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。

・がんゲノム・AYA 世代

- *がんゲノム(20 件)
 - ・がん発症時からのゲノム医療
 - ・進捗状況と成果。
- *AYA 世代のがん(4 件)
 - ・がん教育、腫瘍内科医を増やすための話題

高齢者

- *高齢者の化学療法(12 件)
 - ・抗がん剤の費用対効果・高齢者や生活保護などのレジメンについて検討
 - ・超高齢者、透析患者、高度肝障害、心機能低下症例などでの化学療法に関して

COVID-19

- *COVID-19 禍における癌患者のケアと癌患者（一般市民）の診断を見逃さないために
- *コロナ下における対策・がん治療について(3 件)

治療法について

- *最新の治療法(6 件)
- *各がん種別治療法(20 件)
- *免疫療法(4 件)
- *支持療法(4 件)

- *一年の間の標準治療の変化、進歩のレビュー（教育講演に変えて、Best of ASCO + ESMO のようにしてしまう）
- *患者、家族との抗がん剤治療の開始と中止の意思決定、予後告知
- *ICI の集学的治療について
- *抗 PD-1 抗体、CAR-T 療法など免疫治療に関する研究、臨床
- *緩和医療と、薬物療法等の治療との連携の在り方について。
- *化学療法後の副作用（自分で言うと流涙症）の重要性の浸透が良くないと感じます。患者さんが専門医受診され「前医でやめたら治る」と言われたなどトラブルにならないように継続した情報発信を希望します。
- *地方の癌診療について：地方では癌拠点病院でも癌薬物療法専門医を含めた癌のスペシャリストが在籍していない病院が多い。長期的には専門医の育成が第1であるが現状としては限られた人材をいかに有効活用するかを J S M O でも議論してほしい。
- *癌薬物療法のセンタープレイヤーとしての取り組み（外科→内科）
- *がん拠点病院等に所属するがん薬物療法専門医の緩和ケア、在宅医療への関わり
- *Special population に対する化学療法
- *混雑する外来化学療法室の運営、若手やコメディカルの育成方法や研修プログラムなど、実践的なこと

連携

- *地域連携(4 件)
- *チーム医療(11 件)

その他テーマ

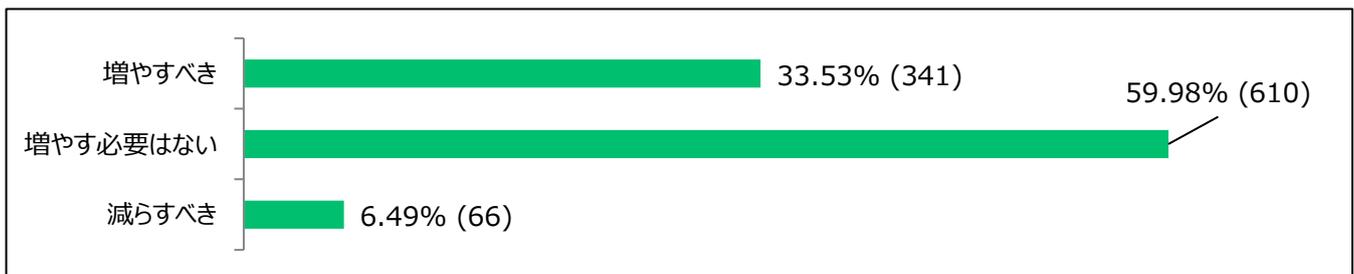
- *臨床研究について(6 件)
- *AI,IoT(6 件)
- *サバイバーシップ(4 件)
- *シンポジウム(4 件)・副作用、学際領域、ACP、コメディカル向け
- *irAE に関する演題(3 件)
- *医療経済(3 件)
- *教育的な講演(10 件)
- *曝露対策(3 件)
- *がん患者のキャリア支援(2 件)
- *ACP(2 件)
- *腫瘍内科医の現状(2 件)
- *遺伝子パネル検査(2 件)
- *外科との関わり(2 件)
- *リキッドバイブシー
- *poor
- *レジメン管理と電子カルテシステム
- *臨床試験デザインと結果の「読み方」
- *癌腫横断的に病態や基礎的な知見が整理できるセッションを希望します。
- *医師主導治験について。
- *オンコロジーと緩和ケアの融合（integration）
- *臓器横断的アプローチ,NGS に基づいた診療

- *早期開発試験
- *プレジジョンメディスンについて
- *臨床試験の評価では判断のしにくい範疇を新規薬剤を含めてテーマにしてほしい
- *がん治療から終末への移行期の治療や ACP について
- *免疫チェックポイント阻害薬の副作用について、追加情報が欲しい。経験したことのない症状などを目にしているため、情報が必要。
- *組織横断的な内容のシンポジウムやワークショップを永続的に取り上げてほしい。例：腫瘍循環器、腫瘍と妊孕性の問題、サイコオンコロジーなど

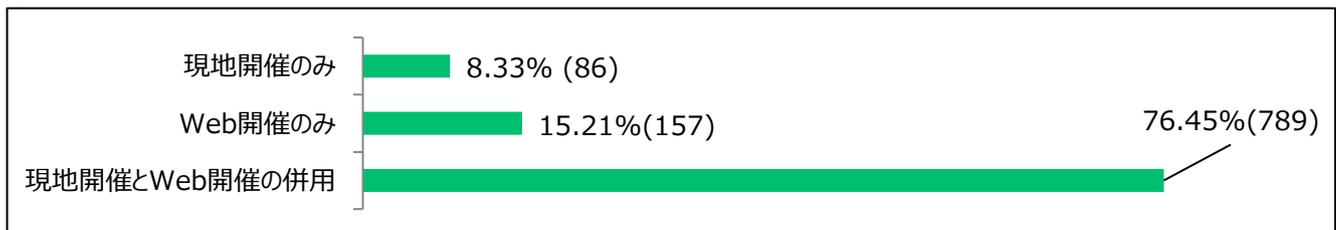
その他ご意見

- *Best of ASCO のように、Best of ESMO、Best of SABCS などを作ってほしいです。
- *英語セッションは国際化のためには望ましいですが、時に聞くに堪えないのでもう少し英語力のある人に司会をしてもらいたいです。
- *WEB 併用はとてもよかった。地方にいと中々参加する時間が取れない。貴重な演題を聴講する機会が増えるので、ぜひ COVID-19 終息後も継続をお願いしたい。
- *中止になったがん免疫療法 エキスパートセミナーをやってほしい
- *治療継続のための就労支援に力をいれています。
- *女性医師のキャリア支援
- *年配者ではない会員の公開ディスカッション
- *アジア圏の研究者のとりこみ
- *忍容性(Tolerability,Vulnerability)を突き詰めてほしい。臨床試験の多くは高齢者や PS 不良、複数の併存症を抱える患者を対象としていない。どのようなレジメンが効果があるかどうかは大事なことですが、「どのような患者をどのように治療していくか」という時代に入ってきていると思います。

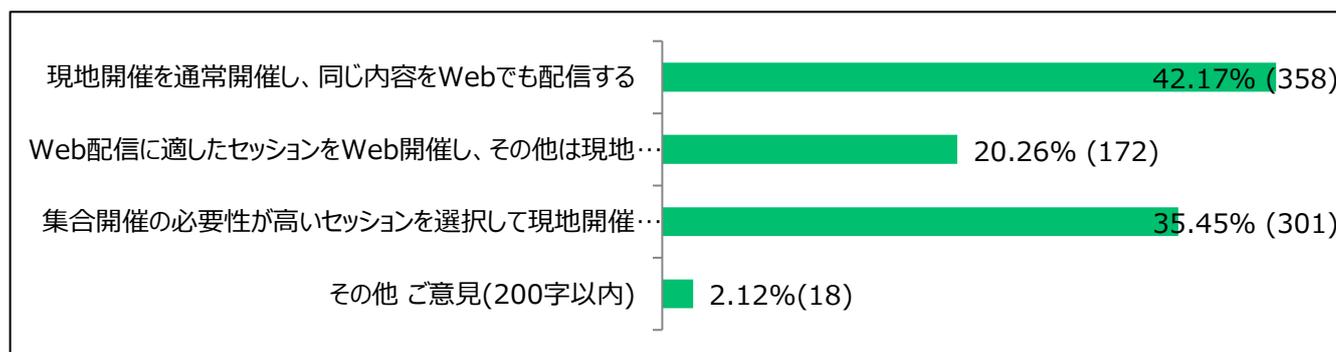
Q16. 今後、臨床腫瘍学会の学術集会では英語による発表を増やしていく予定ですが、どのようにお考えですか



Q17. 今後の学術集会の開催方法について、下記いずれのパターンに参加されたいと思われませんか



Q18. Q17)で現地開催と Web 開催の併用を選択された方に具体的な開催方法についてお聞きいたします



§その他ご意見

*COVID-19 等の状況に応じて検討すべき(6 件)

<WEB 形式について>

*ライブ+WEB 配信を行う(4 件)

*web 開催のみ(3 件)

*web の部分はオンデマンドで、会期以外も一定期間見られるようにして欲しい

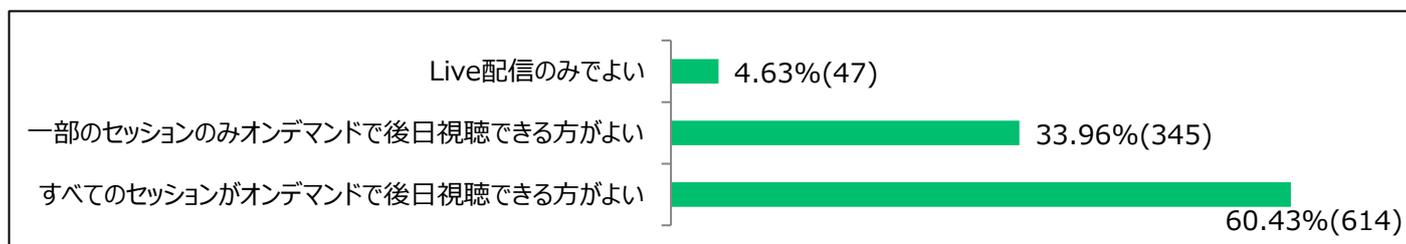
<その他ご意見>

*ASCO と同様のレベル

*若い先生の人脈を広げる社交の場として現地は残してあげたいです。

*聞きたい内容の講演が同じ時間に複数存在することあるため

Q19.Web 開催したセッションの配信方法についてご希望を伺います



その他ご意見

*一部のセッションのみ、オンデマンドによる後日配信(4 件)

・現地開催セッションは Live とオンデマンド配信とし、その他のセッションとポスターはオンデマンド配信のみ、質疑等はチャット対応する機能を持たせる。

*全セッションをオンデマンドによる後日配信(4 件)

・オンデマンドの併用により、コストがかかるのであれば Live 配信のみでよいと思います。

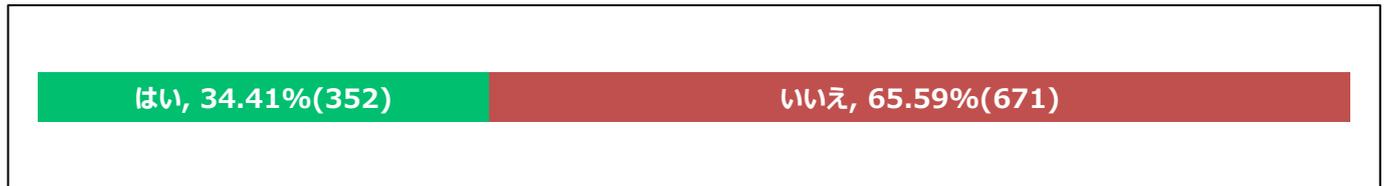
・オンデマンドは、有償にすれば視聴可とする

*その他ご意見(2 件)

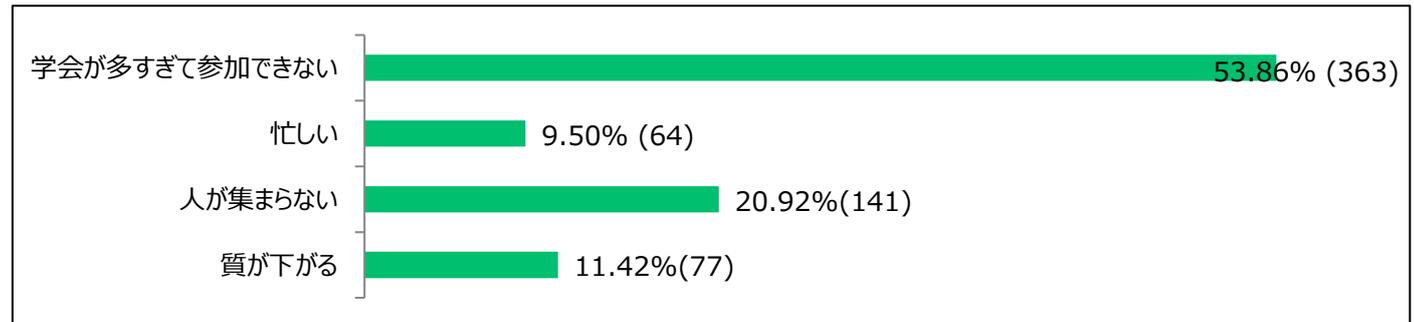
*コロナウイルス感染症のコントロール状況によると思われる

地方会について

Q20.地方会の設立を検討しております。ご意見をお聞かせください。1) 今後、日本臨床腫瘍学会に、地方会（地区別学術集会）や「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？



Q21.2) 上記「いいえ」の場合は理由をお聞かせください。



§ご意見

<WEB 開催について>

- *Web 開催で行えば、地方で行うことは不要（5 件）
- *Web で良い（2 件）

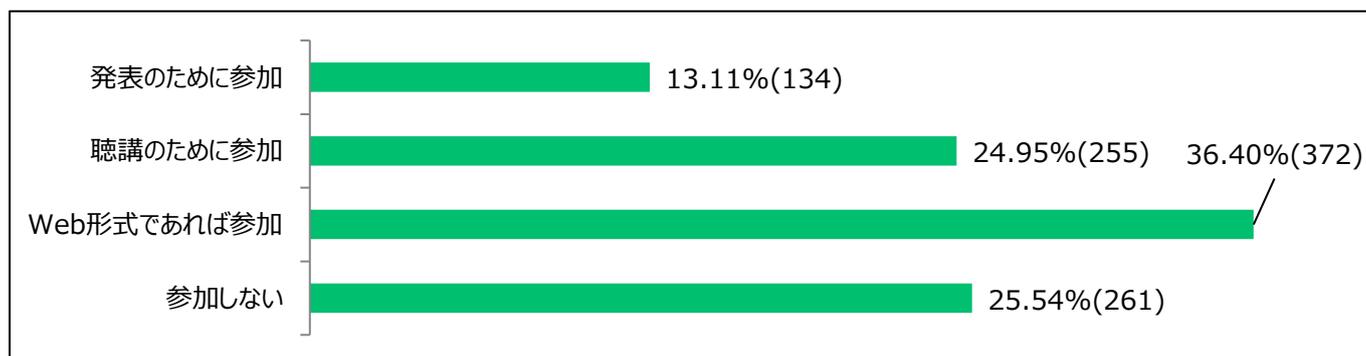
<内容について>

- *上記全ての理由が当てはまる(2 件)
- *他学会との合同開催(2 件)
- *すでに「地区セミナー」を開催しているので。
- *専門に多様性があるので、盛り上がり欠ける可能性あり
- *エリアにより集客が異なりレベル格差も出る可能性があるため
- *できるだけ一堂に会して議論をするほうが、支部で別れるより一貫性ができるのではないのでしょうか。
- *22 に付随した形で、専門医が moderate する症例検討会を open で実施することを薦める。

<その他ご意見>

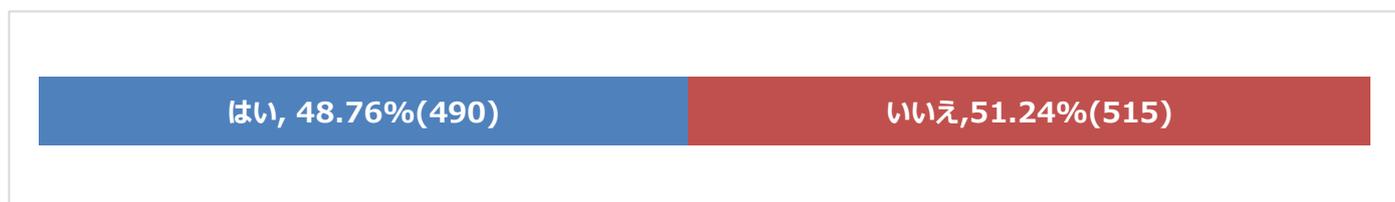
- *メリット・必要性が分からない(6 件)
- *以上の全て。地方会は基本学会（内科学会等）で十分であり、本学会まで地方会を行う必要はない。
- *時代が変われば、地方会が必要となるだろう。
- *若い先生向けに
- *これ以上 地域のボスを作るのは止めて欲しい
- *学術的な集会は全国レベルで一度でよいと思います。
- *全国規模と個人の間ちょうどいい規模は必要と思う
- *一部の人間がコネで行っており、独占的で公共性に乏しいので。

Q22.「地方会」や「支部会」が開催された場合に参加されますか。



教育セミナーについて

Q23.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？またその理由をお聞かせください。



§その他ご意見

<WEB 形式での開催>

・賛成意見

- *WEB 開催が良い(地域開催不要) (92 件)
- *現在の A,B のみで十分。(10 件)
- *教育セッションも web 開催を継続希望(2 件)
- *地方から単位を取ることが移動時間等を考えると容易でないため。ただし A、B セッションを Web で行っていくのであれば、必ずしも必要ではないと思います。

・反対・そのほかご意見

- *自分自身は都内ですが、地方出身者の利便性を考えると地方開催を行うか、web 視聴にして参加しやすい環境をつくる必要があると思います。
- *地方で講師人員を集めることは困難、かつレベルの低下に繋がり意義が低下する。アクセス性を重視するなら web 開催をすれば良い。
- *大都会集中のセッションはよくない。地方在住者が参加しにくい。教育セッションは全て Web にして、地域差が出ないようにすべき。
- *講師や会場、WEB 形式など準備が大変そうです。

<地方における教育セッションの必要性について>

・必要である

- *地方開催だと参加しやすい(33 件)
- *知識の update と交流のため(5 件)

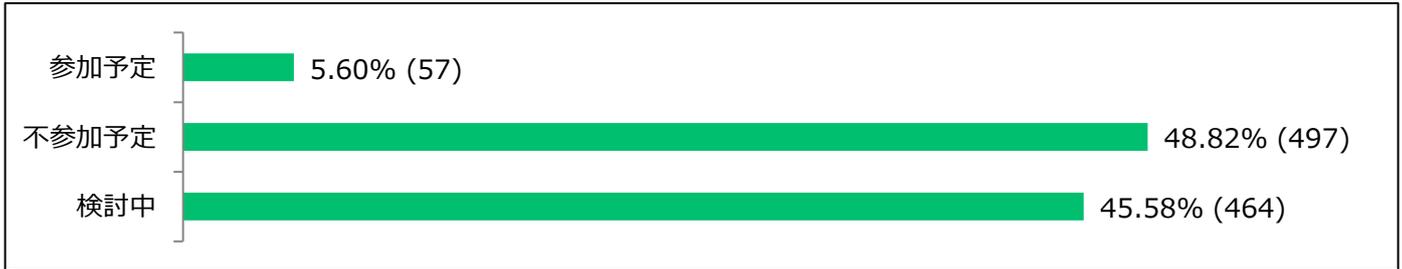
- *移動の時間や手段の確保等が必要な中央での医教育セッションには参加できないが、地方でなら参加できるという人も多いので、地方での開催は、がん治療の教育でのボトムアップにつながるため
- *A,B セミナー以外で勉強できる機会は大切であるため
- *A,B のみでは受講できないこともあり、更新単位がとれる機会は多い方がいいと考えるため

・必要でない・そのほかご意見

- *地方開催は不要(4 件)
- *E-learning で良い(3 件)
- *時間・都合により参加できない(6 件)
- *主要診療科学会関連も多く、参加しきれない(5 件)
- *効果に疑問、参加者がみこめない
- *学会参加が知識涵養の保証にはならないため、参加が更新単位に必須である必要はないと考えました。
- *単位認定のために参加しているのではないので
- *今の制度は、交通の便も併せて専門医の都市集中を招いていると思われ、広く日本の臨床腫瘍レベルを向上させるためには地方会レベルの教育セッションは必要であると考えます。
- *上記と同様。ただし、全体会の開催場所を地方とすることは一考の余地があると思います。
- *地方開催セッションで教育単位に値する質を確保するのが難しい地域もある
- *その地方特有の内容を扱うのであれば意義があるがあまり思い浮かばない。
- *交流の意味では行ってもいいとは思う。教育という意味では各地方で同じ内容・質のものを開催することは不可能なため地域で差がでることが懸念される。また、地方ごとに教育をする必要性が理解できない。
- *まずは地方以外のセッションを考え直すべき。

国際活動について

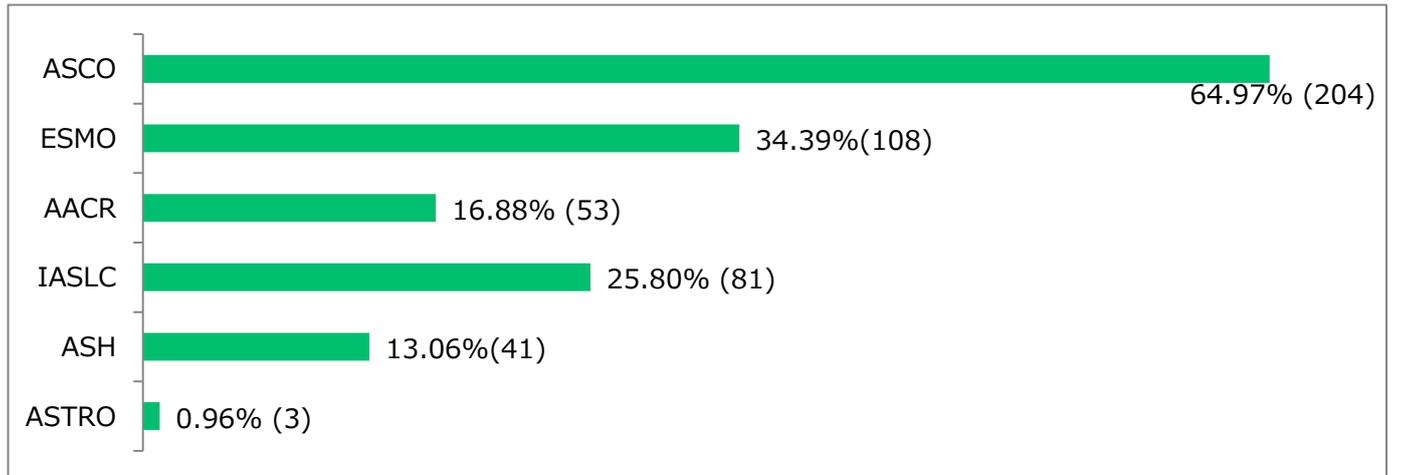
Q24.ASCO が 2021 年 8 月に日本で開催する'Breakthrough: A Global Summit for Oncology Innovators' にはあなたは参加しますか？※本学会は 2022 年 8 月に変更となりました



Q25.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。



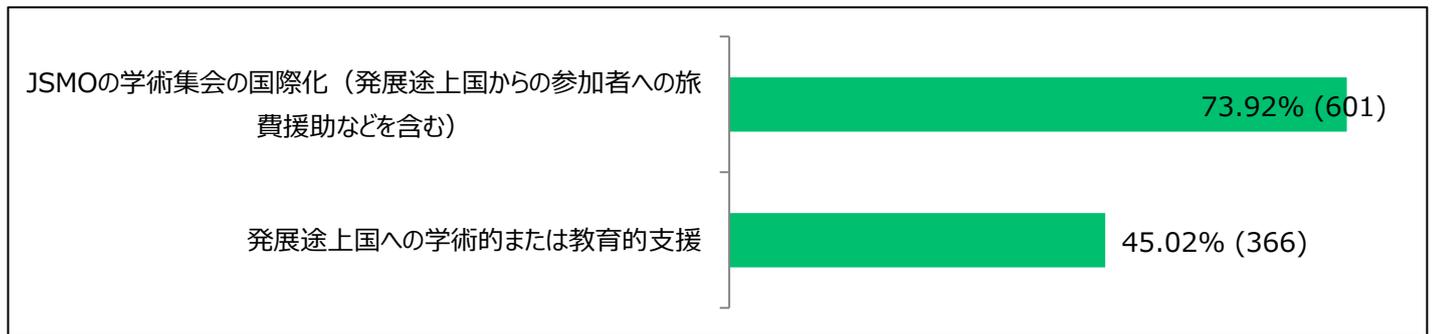
Q26.上記設問で「はい」と回答された方に伺います。具体的な学会名に☑を入れてください。(複数回答可)



§その他ご意見

- *EHA(6 件)
- *IGCS(4 件)
- *MASCC(3 件)
- *ATS(2 件)
- *ERS(2 件)
- *HOPA(2 件)
- *ISOO 国際眼腫瘍学会(2 件)
- *ISOPP(2 件)
- *SIOG(2 件)
- *その他(13 件)

Q27.JSMO にとって更なる発展や社会貢献のために必要な国際的活動はありますか？（複数回答可）



§その他ご意見

<活動内容について>

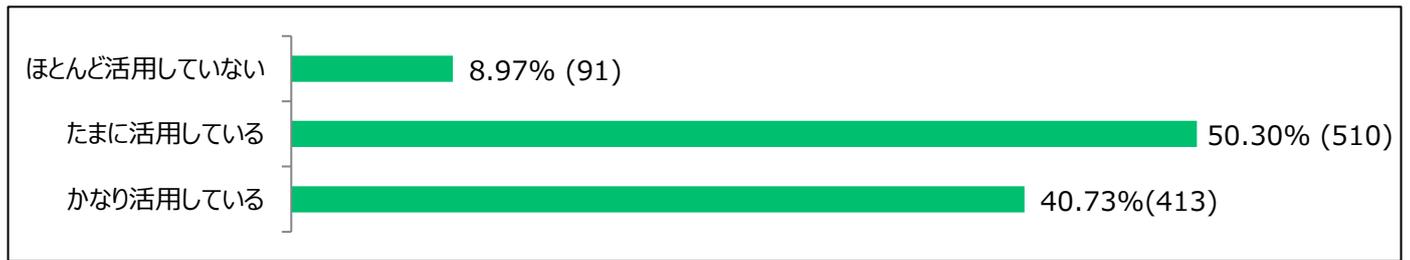
- *アジアを中心とした各国との連携が必要(5件)
- *ASCO, ESMO に任せては？やるならアジアだが。
- *途上国の医師のトレーニングの受け入れ
- *日本主体の臨床試験を国際共同試験に発展させるための支援
- *就労支援、非医療者向け教育企画
- *国際的な治験・臨床試験に参加できる支援体制
- *Asia における活動を活発にする。
- *国際色を打ち出すのであれば、途上国からの参加者への旅費援助は必要だと思います。
- *アジア人種を対象としたガイドラインの策定
- *海外学会との合同ガイドライン作成
- *Ann of oncol への採択率の増加、アジアからの first evidence の発信、FIH や PKPD、rTR など学際的に有意義な国際共同研究領域の initiative
- *学会が主導する大規模研究の遂行
- *がん治療とは何か、の啓発
- *若手医師の短期研修支援
- *癌治療学会との連携
- *トップレベルの海外学会との対等な共同活動

<国外での活動について>

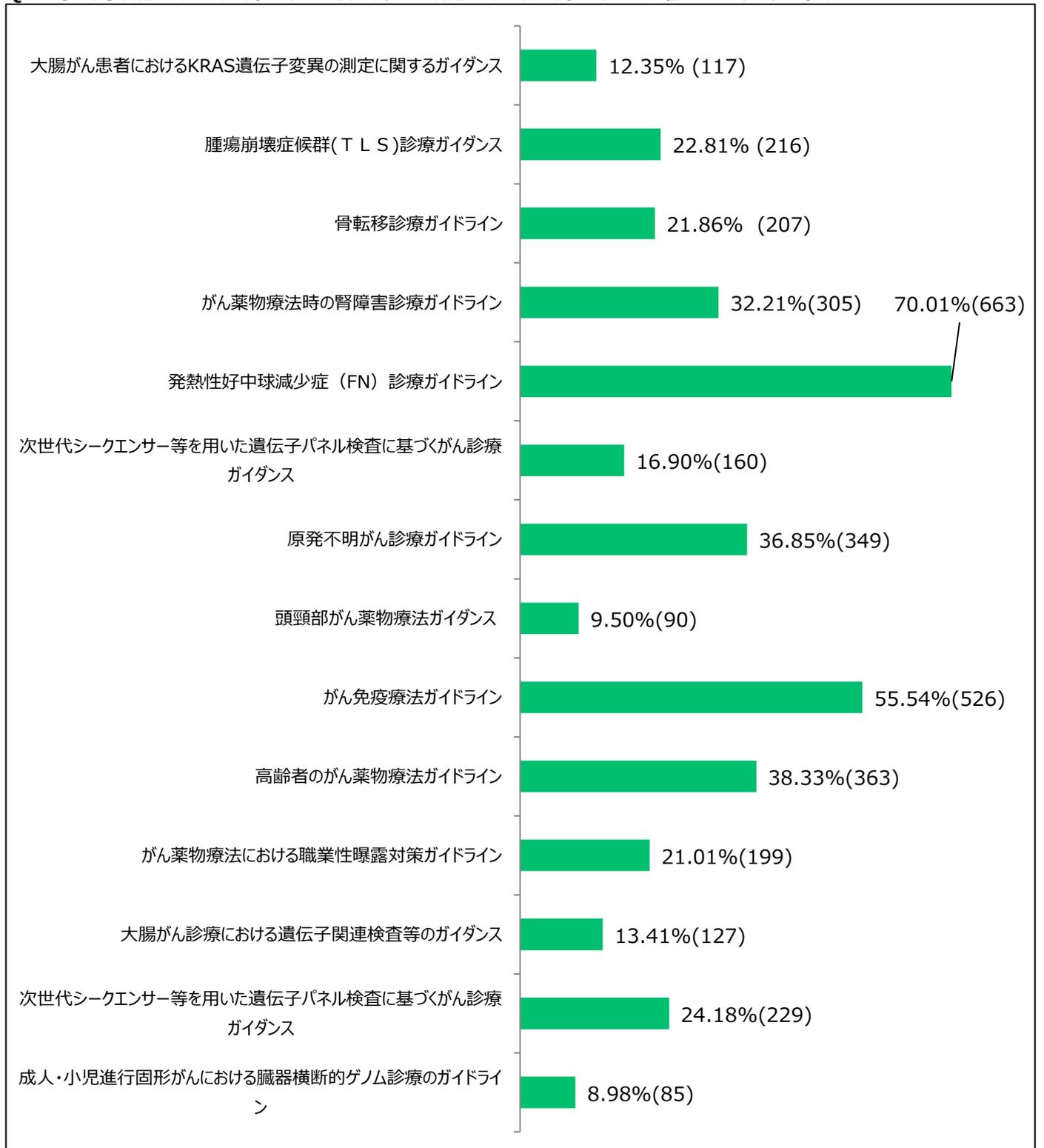
- *国内での活動、地位向上に努めるべき(7件)
- *国際的活動は必要ない(3件)
- *日本人の英語力の底上げ(3件)
- *腫瘍内科医を増やしていく政策をもっとやるべき。国際化よりも日本国内の標準治療の実施、標準的支持療法の実施などの教育がまだ一般の病院には浸透していない。
- *日本もある意味既に developed contry とは言い難い。
- *海外発信のためのリソースを会員にサポートする。
- *国内のガイドラインの英文での公表
- *国際化よりも国内の臨床腫瘍への啓蒙を進めてほしい。
- *国内では学会は日本語中心に、海外でも学会を開催し、英語中心に。
- *そもそも、国際的活動に適したエビデンスを待ち合わせているのだろうか？疑問に思う

ガイドラインについて

Q28. 診療ガイドラインを活用していますか。



Q29. もっとも活用しているガイドラインはどれですか。活用しているガイドラインの上位 5 つにチェック下さい。



Q30. あったら良いと思われるガイドラインはありますか。

*がん種別ガイドライン(15 件)

- ・腎障害などの臓器障害合併時の治療法
- ・臓器障害（肝、腎など）における薬物用量調整、透析時投与方法

*希少がん治療ガイドライン(3 件)

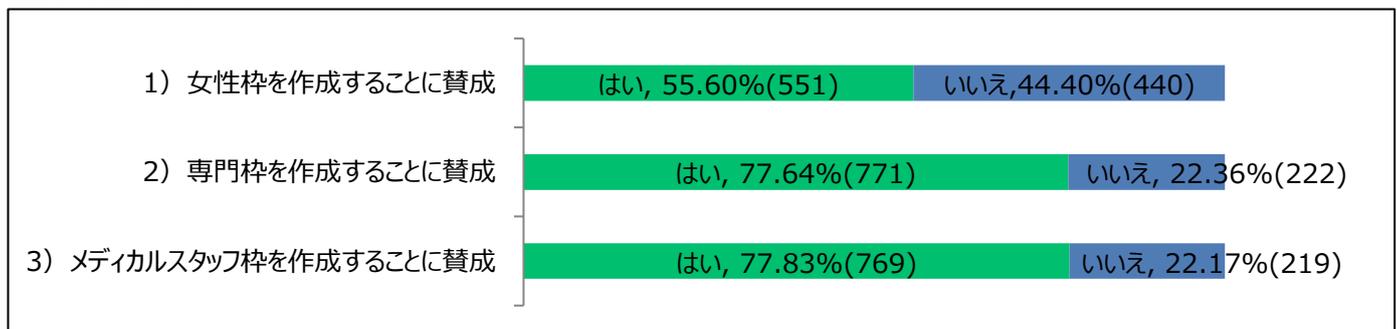
*腫瘍循環器領域に関するガイドラインまたは手引き(3 件)

*その他ご意見(15 件)

- ・インフォームドコンセントのためのガイドライン
- ・治験、先進医療などの保険外診療ガイドライン
- ・スペシャルポピュレーションに対するガイドライン

役員選出について

Q31. 女性（会員の 25%，協議員の 9%），基礎（会員の 0.4%，協議員の 0.3%），外科（会員の 18%，協議員の 10%）等マイノリティになりうる会員に対し，選挙における特別枠をつけるべきか否かについて，該当するものにチェック☑をお付けください。



§その他ご意見

<女性枠について>

・賛成

*男女共同参画として女性枠を作成することは他学会でもされており、積極的に検討すべきかと思います。

・反対

*女性枠という枠をつけることに違和感を感じる(13 件)

- ・トランスジェンダー等の存在も踏まえると、敢えて性別を限定した枠を設ける必要はないと考えます。純粹に能力と選挙結果による選出でよいと考えます。
- ・性差ではなく力量で評価すべきで、会員の代議員的意味合いであれば無理に専門枠を作る必要はない（外科系会員や基礎会員が少ないのであれば当然協議員も少なくなる）。

・その他

- *マイノリティ枠は逆差別につながる。
- *男性、女性にこだわる理由を教えてください。

<専門枠・メディカル枠作成について>

・反対

*専門枠といってがんセンターと言われるスタッフが多すぎる。一般病院のスタッフなども取り込むべきと思われます。

*特別枠は不要。少ない枠をかけた争いは不公正が付き纏い、理事の質の低下につながる。それよりも本アンケートの様に平会員からの意見/評価を積極的に取り入れた多面的評価精度を導入し、協議員候補の選定/選挙を導入した方が質の向上に繋がる。

*特定枠を作ると、実力に見合っていない人が発言権を得ることになる可能性があるため反対です。ただ、今の協議員選挙は学閥や投票シンジケートで当落が決まるので改善すべきと思います。

*現在のがん治療は医師以外のメディカルスタッフが貢献するところが大きいので、積極的に協議員へ推薦するべきと思う。

・その他

*枠を設けるのではなく、そうした人たちが増える環境を整えることが重要。外科がマイノリティって、どうかしていると思う。

*どうしても同門などの集票で協議員が決まる傾向があるかと思しますので、マイナー枠を作った方が良いと思います。

<意見・提案>

*人数に応じるなら。ただし最低限の業績は必要。

*1人が1票とするべき

*年代で分ける。

*できるだけ一堂に会して議論をするほうが、支部で別れるより一貫性ができるのではないのでしょうか。

*勤務する施設に理事がいないと推薦を依頼することが困難で、会員になりにくい。

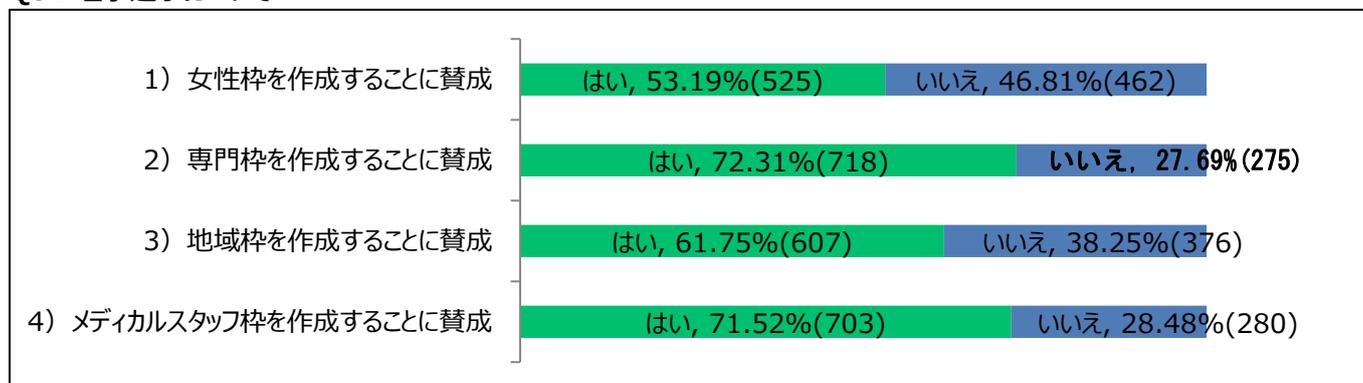
*協議員も立候補枠を作って欲しい。選挙では通らない

*多様な意見の集積も必要。ただし散漫になりやすいので、仕組みが必要

*会員数に応じるなら賛成。

*多様性こそ未来があると思います

Q32.理事選挙について



§その他ご意見

<女性枠について>

*女性枠をあえて設定する事が、差別的な要素もあります。

*男性、女性にこだわる理由を教えてください。

<専門枠について>

*特別枠は不要。1番は理事の質の低下のリスクがある。また、細分化はキリがなく枠を設ける意義は薄い。

判断にマイノリティの見解が必要な際に、協議にマイノリティが参加/意見を取り組む仕組みがあれば良い。

*大学勤務やがんセンターと一般病院勤務の枠が必要だと思います。がんのジェネラリストを目標とする学会なので特定の領域のみを別枠にするのは反対です。

*特定枠を作ると、実力に見合っていない人が発言権を得ることになる可能性があるため反対です。

<地域枠について>

- *会員割合別に地域枠を設けることには賛成する。メディカルスタッフについては前項目と同じ意見。
- *できるだけ一堂に会して議論をするほうが、支部で別れるより一貫性ができるのではないのでしょうか。
- *地域枠を設けると、票（当選ライン）の格差が生じるので賛成しかねます。メディカルスタッフ枠については会員数のどの程度をメディカルスタッフが占めているかにより必要性の議論が影響を受けるように思います。

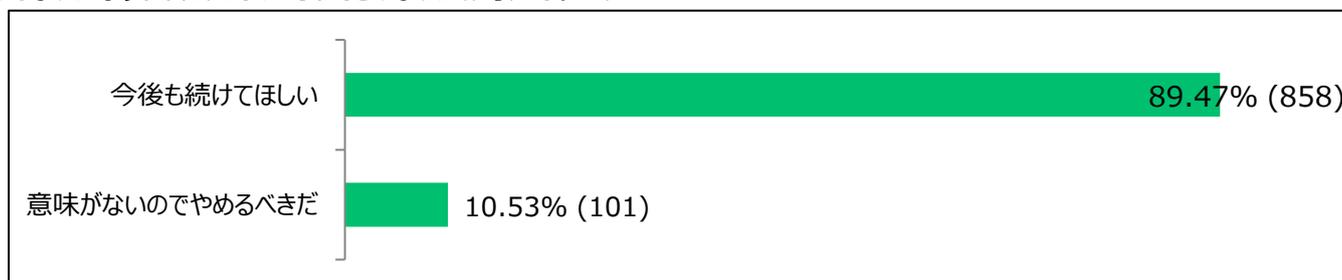
<賛成>

- *多様性こそ未来があると思います
- *職種に関しては、ある程度枠があってもよいかと思えます。

<そのほかご意見>

- *「学問の探求や研鑽を積むこと」と「地域の事情を配慮すること」は別問題です。地域の事情に配慮することは行政の仕事であり、学会のすることではありません。
- *今日議員の状況が変化しないことには回答しえない。
- *あくまでも実力、学会の縮図として選ぶべき。
- *これも同上。そもそも差別があるならやむを得ず女性枠、専門枠、地域枠等設けねばならないが、そのような組織ではないことを信じる。
- *理事選挙が権力闘争の場になっていることを反省すべき。
- *年配者ばかりではだめです。

Q33. 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。



§その他ご意見

<賛成>

- *やりたい先生がいればどんどん自薦も採用してほしい

<反対>

- *自薦に透明性が無い(6件)
- *委員長指名ではお友達委員会と言われても仕方がない。結局は、知り合いだけで様々な事が決まってしまう印象。
- *専門性に長けた方が、行うことが望ましいので一任します。
- *協議員・専門医からの他薦も含めたほうが良いと思います

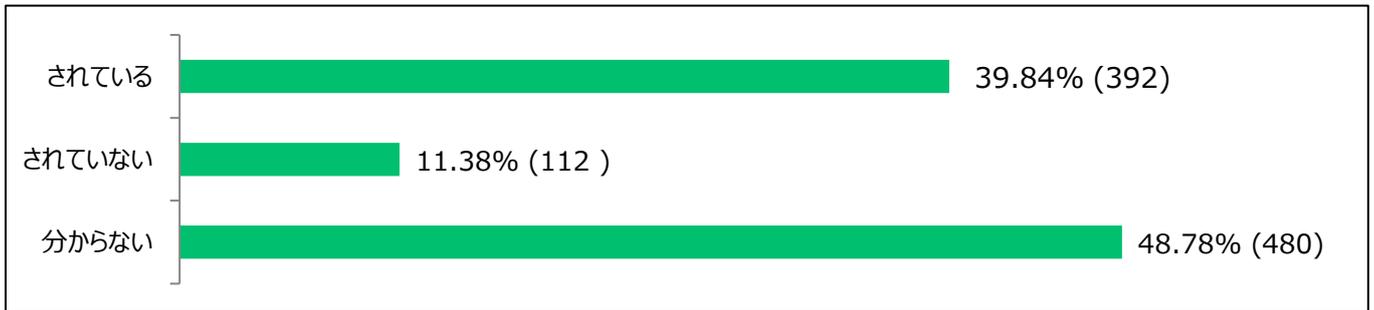
<そのほかご意見>

- *代表たる委員長の指名によるものが公平かつ安全と思われる。
- *やる気のある若手にチャンスを考えれば、その機会は残しておくべきと思考します。
- *つまらない付度で物事が決まる運用は、避けられる可能性が高い方法を選択することが大切だと思います。

行政局対応について

Q34.行政当局対応についてお聞きます。

1) HP に要望書の一覧を掲載いたしました。(http://www.jsmo.or.jp/membership/committee/) 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

<されている>

*されていると信じたい

<されていない>

*結果が見えない(6件)

*最近の情報が公開されていない(2件)

*形骸化しています。

*見える化は基準がなく、良いか悪いかを判断できるものではないと思います。

*要望書の内容がSNS、メーリングリストなどにタイムリーに配信されていない。現場のニーズがすくい上げられていない。

<分からない・その他ご意見>

*わかりづらい(3件)

*要望とは何を根拠にしている？

*もっと会員からの意見を募って欲しい

*現在のアンケートで要望書が出ていたことを知りました。重要な項目であり、もう少し見える化、アピールした方が良いと感じました。要望に対する回答も合わせて併記されていると、よりわかりやすい一覧になると感じました。

Q35.2) 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>

*企業に利用されないこと、一部個人が企業から依頼を受けない仕組みを

*がんについては専門分野なので、もっと決定権を持っても良いと考えている。

*まだ承認できない理由が不明なものが多いと思う

*高額すぎる新規抗がん剤が医療保険適応になることには問題があると思うから。

<現状で十分>

*よくやっているといます

<そのほかご意見>

*がん領域では、適用外に関する薬剤（抗癌剤自体、支持療法に関する薬剤）が多いため、本邦の医療情勢に合わせて対応することが必要と考えられる。データが必要であれば、学会が主体となって道標になって頂くと各病院及び現場レベルでもどのように対応したら良いかわかりやすくなる。

*行動すべきだとは思いますが、前提知識のない医療者に対しての教育がないと意味がないと思います。

*あくまでも COI を明らかにして対応すべき。現状では理事の多くは国際的な COI に抵触している。

*コンパニオン診断薬のグループ化をお願いします。

専門医制度・資格について

Q36.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（200字以内）

*取得困難な領域、症例がある(29件)

- ・受け持ち患者病歴要約の必須の領域が厳しすぎます。必須の領域は規定せず、「少なくとも3領域」などとして頂けると、受験できる医師も増えると思います。
- ・レベルが高いことは良いことなので継続してほしいが、外科や婦人科などからも受験可能なシステムにしてほしい。現状では、外科からの受験はかなり難しい、
- ・現実的には不可能な「固形がんと血液がん」の必須化はやめた方がよいと思います。また乳がんは外科が強く、腫瘍内科をめざす若手にはハードルが高いです。
- ・専門領域の臨床業務が多忙で他診療科のことまでかかわることはほぼ不可能。都市部と地方との診療業務格差も考慮した制度にしないと、地方で専門診療科に従事している者ほど人手不足でがん薬物療法専門医など取得できないと思う。

*要件・申請の緩和(15件)

- ・出産・育児で資格試験を受けられませんでした。WEBの活用や、出産・育児を加味した申請資格の検討をお願いいたします。
- ・資格が厳しすぎることもあり当院では受験希望者ゼロが何年も続いています。
- ・専門医試験を受けたいが、ノルマのハードルが高く、大学病院では診療科の隔たりも大きいため現実的に困難。がんセンター勤務くらいか。

*現状のままで良い(15件)

*受験制度、内容の見直しが必要である(15件)

- ・もっとハードルを高くてほしい（非専門医から見て、専門医の診療スキルがあまりにも低過ぎる）
- ・臨床能力が問題になるので論文は必須とは思わない経験症例数や指導施設の監査などに力を入れうべきでは？
- ・新専門医制度に伴い、必要要件が複雑化しわかりにくい。学会としての方針を早めに決めて打ち出してほしい。

*取得が困難である(6件)

- ・がん薬物療法専門医を持っているメリットがほとんど感じられない上に、取得のハードルがかなり高いため、専門医が増ないのではあると思われる。
- ・ハードルが高すぎる。がん全般を広く知っていることも重要だが、ある程度専門性に特化した専門医があってもよいと思われる。

***更新試験は不要(3件)**

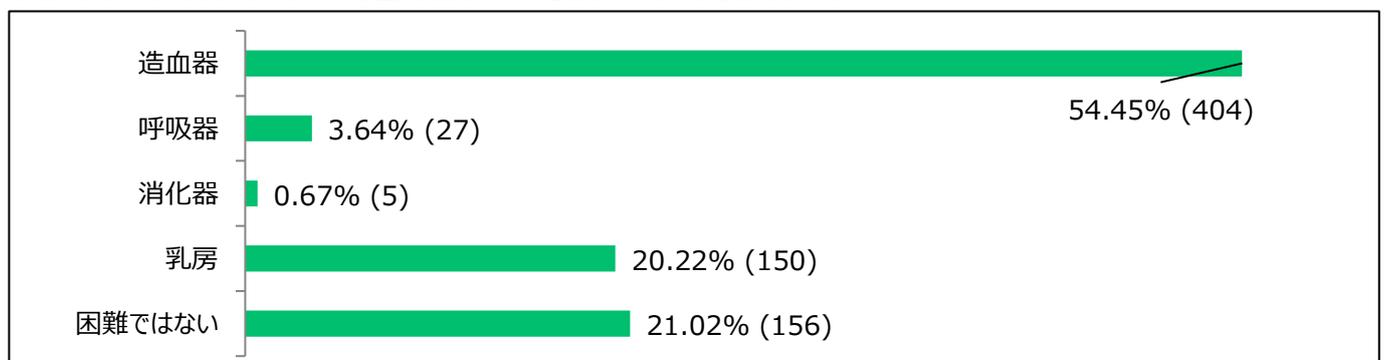
***更新試験内容の見直し(3件)**

- ・3回程度従来通りの制度で更新すればその後は、Webでの確認試験のようなもので更新を認めてほしい。
- ・がんセンター以外の医師にも広く門戸を開く必要があると思います。更新試験は負担が大きく、セミナー受講を必須にする程度でよいと思います。

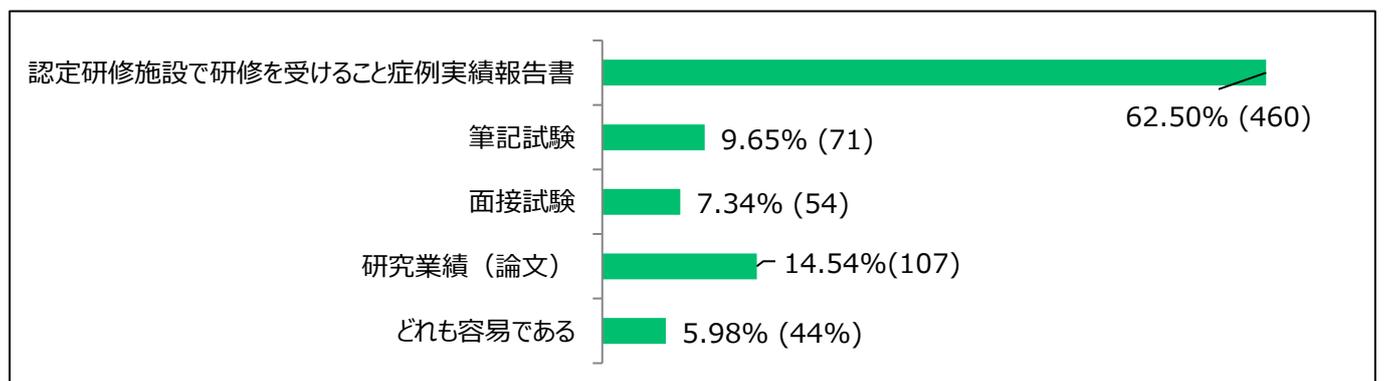
***その他ご意見(16件)**

- ・試験対策をしやすくするためのガイド、合格者の口コミ情報などがあると助かります。
- ・臨時制度や特例を乱立させることなく、一定の研修をきちんと修めたもののみを専門医に認定することが必要。
- ・内科系医師が「腫瘍内科専門医」としても標榜できれば
- ・資格を有することに対してのインセンティブがまだ乏しい。
- ・現在、取得が難しい専門医資格の一つであると考えている。だが、それだけに価値のある資格と考えている。学会員数や専門医数増加のために、いたずらに線もい資格取得のハードルを下げることは愚策、自らの無能を証明する行為と考えている。
- ・レポートも面接も試験もすべて大変だったが、勉強になった。

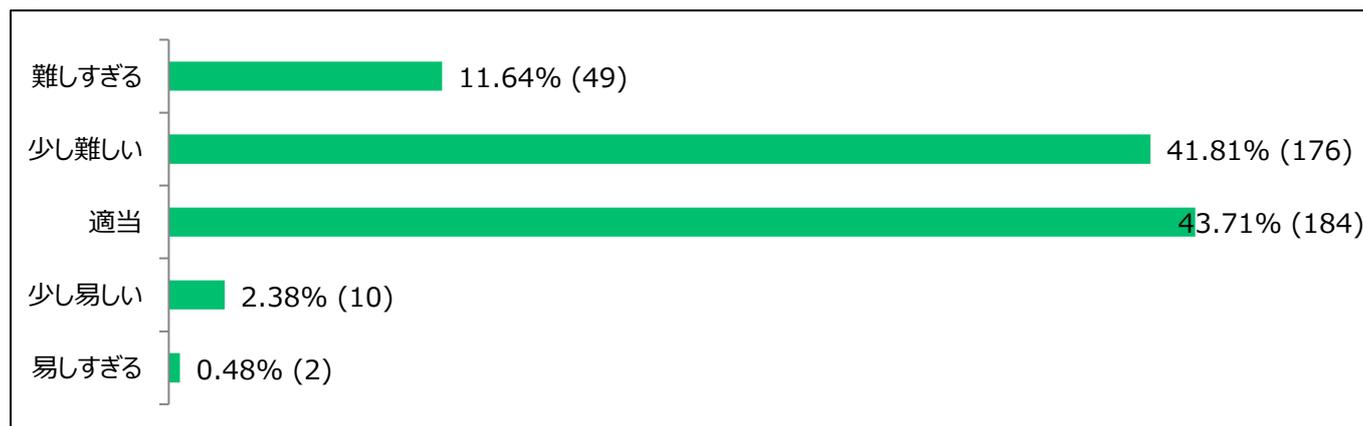
Q37. 専門医試験について：現在、受け持ち患者病歴要約は、造血器、呼吸器、消化管、乳房から3例ずつ、計12例は必須となっている。受験に際し、最も症例を受け持つことが困難なのはどれですか？



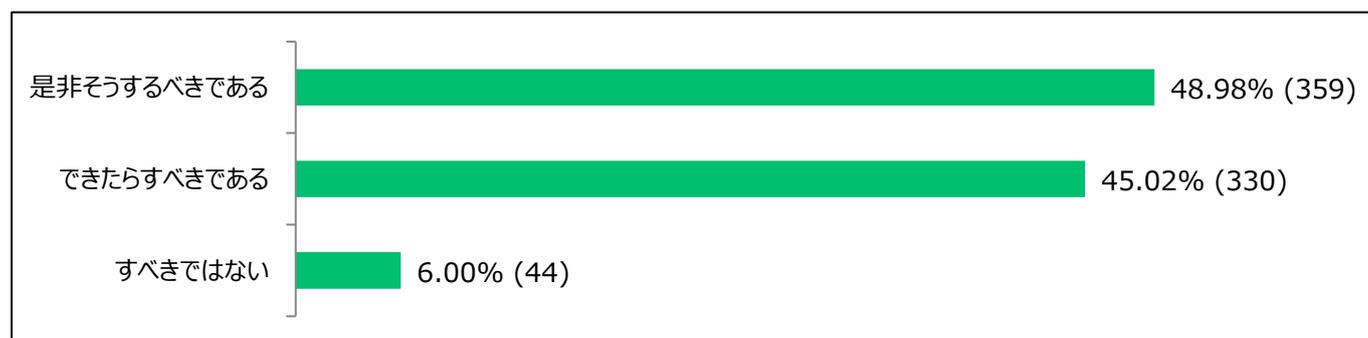
Q38. 新規に専門医試験を受けるにあたって最もハードルが高いのはどの条件ですか



Q39. 専門医資格をお持ちの方に質問します。新規に専門医試験を受験された際の試験問題の難易度についてどのように感じられましたか



Q40. コロナウイルス感染が蔓延している状況です。専門医試験（新規試験・更新試験）を全国数カ所で受験できるようにすべきと思われますか。なお、2020年度は筆記試験は CBT 方式（各地域のテストセンターを使用）、口頭試験はオンラインで実施いたします。



Q41. 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

***資格取得のメリット付与(13件)**

- ・がん薬物療法専門医を取得している利点が活かせていないように思います。診療報酬に反映できる仕組みを作っていただきたい。
- ・専門医のメリットは正直乏しい、実感できない。がん薬物療法専門医が化学療法、薬物療法を中心とする癌診療の積極的に関わるメリットが化学療法専門医、施設、各診療科、患者サイドにわかりにくいと思う。新薬や複合免疫療法などは、「がん薬物療法専門医もしくはがん薬物療法専門医の指導のもと行うことがのぞましい」的なガイドライン、ガイダンスの存在、少しでも診療報酬上のサポートがあるとよいのですが。
- ・がん薬物療法専門医として、資格の意義を実感できる仕事や機会が少ないように感じます。

***がん薬物療法専門医の質について(10件)**

- ・専門医取得時に首をかき上げたいレベルの意味もいるが、専門医の資格を持っているにも関わらずともレベルの低い医師もいて、質の担保は重要だと思う
- ・エビデンスの無い領域での専門医の役割がみえない。エビデンスが無いと意見を言えない/言わない専門医が多いように感じる。薬物療法の専門医であれば、PK/PD や当該がん種の治療の歴史から、有用と考える治療法を提言してもよいはず。すなわちガイドライン専門医が多くなっている印象を受ける。
- ・専門医制度全てに言えるが、「専門医」に skill が伴っていない場合がほとんどである。skill とは 臨床技量はもちろんであるが、患者から信頼される人間関係構築能力、接遇の能力がより重視されるべきである。字面の知識では患者を説得できないし、不信感をもたれるだけである。

***不要である(9件)**

***資格取得後のメリットが無い(8件)**

- ・日本の診療体制では、がん化学療法を専門に行う施設は限られる。がん拠点病院においても実質 1 – 2 名いれば十分である。がん化学療法を全部一手に引き受けるには人が足りない、一方各診療科もがんの化学療法から完全に手を引くこともない。今のがん拠点も多すぎて、もっと集約化しないと腫瘍内科として中途半端な状態。
- ・実際はあまり必要とされていないように思う。箔をつけて、売り込みしやすくなる。

*制度に関する提案(8 件)

- ・薬物療法だけでなく、支持療法や緩和ケア、合併症対策、治療困難な患者への対応など、総合的な臨床医として機能する事。
- ・がん薬物療法専門医の位置づけが曖昧。科によっては外科系がケモしたり、内科系がケモしたり。臓器横断的に行うのであれば、他の専門医との棲み分けを積極的に提示すべき。病院によっては治験に重きを置きすぎてる印象もある。治験、臨床試験に特化するのもありだと思う。
- ・専門医だと一目で分かるような、白衣に取り付ける(カッコいい)バッジを作ってほしい。質問の意図とずれていたら申し訳ありません。
- ・免疫チェックポイント阻害薬の適応が広がった昨今、「内科」のベーシックな能力は必要不可欠である。外科系の出身で、化学療法に熱心に取り組んでいる医師が medical oncologist として機能してもらうのは酷である。欧米とは異なるわが国独自の、臓器別の専門医制度で突っ走ってほしい。一部に、欧米の medical oncologist に匹敵するスキルの専門医がいれば、ありがたい。

*認知度の向上(5 件)

- ・腫瘍内科がない病院では各科が化学療法治療を施行していますが、そのような場合には腫瘍内科は必要ないと考えられている場合もあります。医療体制の違いもありますが、アメリカなど海外に比較してもまだ浸透性が低いような気がします。

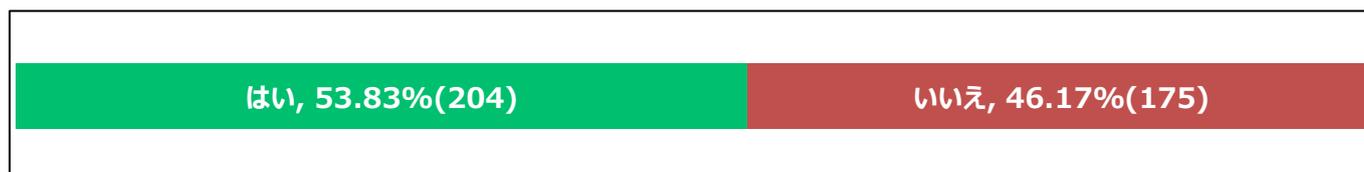
*制度・申請の見直し(4 件)

- ・支持療法がうまくない人が多いので、試験科目に支持療法を問う問題を増やすべき。
- ・名前をがん治療専門医など、わかりやすく変更してほしい

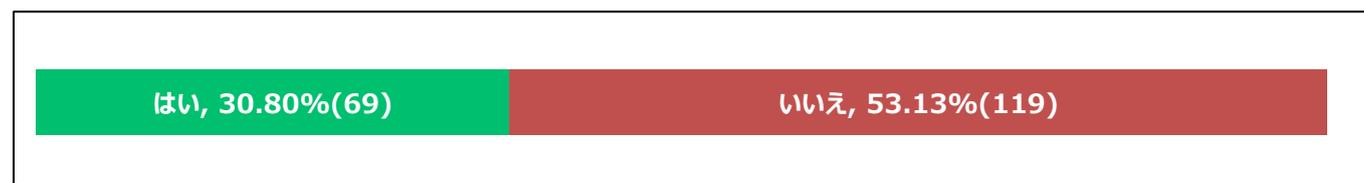
*その他ご意見・現状(19 件)

- ・自身は現場からはリタイアしたが、がん拠点病院以外の中小病院などで働いている専門医、あるいは開業された方など働く場が広がっているように感じる。実態はどうなのか？専門医資格生かして働いているのはどのくらいなのであるか？
- ・それぞれ各病院における立ち位置によってあり方は違います。専門医がすくない病院の診療科責任医師なので委員会でのレジメン関連・癌全体の業務運営・病院全体のカンサーボードの内科方面からの意見～緩和ケアまであまりにも幅広く仕事が回ってきています。各科の専門医はそれぞれの専門に専念しつつ各科の連携等にはとても心強いです。
- ・患者ごとの病態を把握しエビデンスに即した医療提案を行いつつ、患者の意思や希望、社会的事情などについて聴取し、話し合っ治療方針を決定する SDM (Shared Decision Making) を心がけたいと考えています。
- ・米国のように腫瘍内科医が全ての抗癌剤治療を行うわけではなく、院内でのどのように、どの程度、どの癌の抗癌剤治療に関与すればよいのか、腫瘍内科医の立ち位置が微妙です。おそらく病院により業務内容が異なり、異動の際も病院のニーズに合わすのが難しいのではないかと思います。
- ・専門医が少ないので、意見が難しい。
- ・癌薬物療法について、各診療科の収益も関係するのかもしれないが、がん薬物療法専門医で無くとも自由に薬が使えるので、専門医に紹介する、という発想が少ないように思う。

Q42.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。



Q43.上記設問で「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

*症例不足により申請が出来ない(13 件)

- ・他科の症例の主治医になるのは難しい。
- ・症例経験がほぼ不可能

*施設都合により取得が出来ない(8 件)

- ・クリニックでは困難と思う。仕方ないのではあるが残念に思う。
- ・学会での発表が単一小規模地方病院だと難しい

*多忙により取得が困難である(6 件)

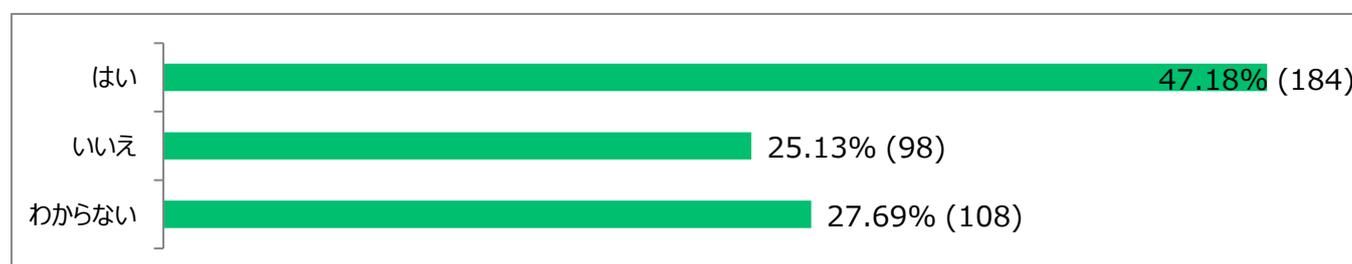
- ・現在の専門領域の患者管理をするだけでもオーバーワークであり、隣接領域まで手が出せない。
- ・日常臨床をしながら専門臓器以外のがん診療をおこなうのは困難。

*資格保有者でない(4 件)

*その他ご意見(6 件)

- ・所属科で業務外診療がしにくい
- ・詳細不明です
- ・マイリティへの対処を検討中のようだが、専門医資格も腫瘍内科医以外、4 臓器の症例を同等に受け持つことはかなりハードルが高いと感じています。

Q44.1)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。



Q45. 2)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(200字以内)

<はい>

*勤務内での信頼度、キャリア面でのメリットがあった(49件)

- ・専門的な立場から病院での抗癌剤治療を管理できていると思います
- ・人類遺伝学会の研修開始に必要な専門医資格に使用しました。

*認定施設として、勤務先から必須資格であるため(7件)

*その他(16件)

- ・更新試験や学会活動に寄与することによる研鑽の機会が生じること、自身の腫瘍内科医としての自信になっている。
- ・本業の乳癌診療に役立つ。他癌種合併症例の際に判断ができる。研究立案で役にたっている。

<いいえ>

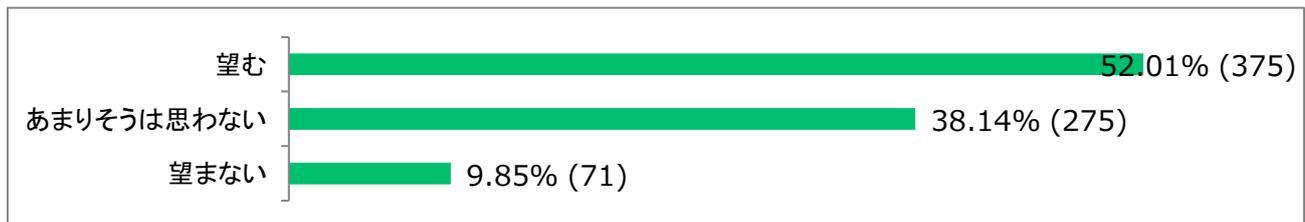
*キャリア面・勤務先でのメリット無し(38件)

- ・病院での待遇が変わらない。ただ維持するのに忙しく多額の出費を要するだけ。
- ・病院での待遇が変わらない。ただ維持するのに忙しく多額の出費を要するだけ。

*その他(19件)

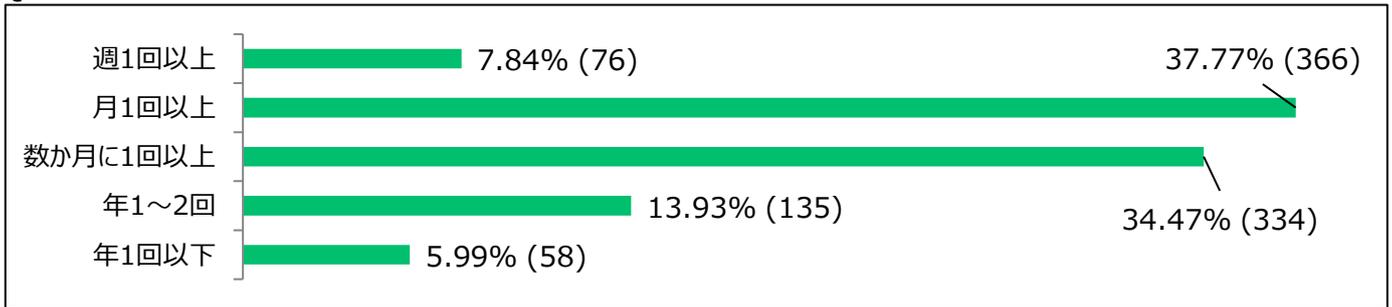
- ・癌拠点病院ではないので、評価が低い。
- ・当院では私のみ。必要性が理解されない

Q46. 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。

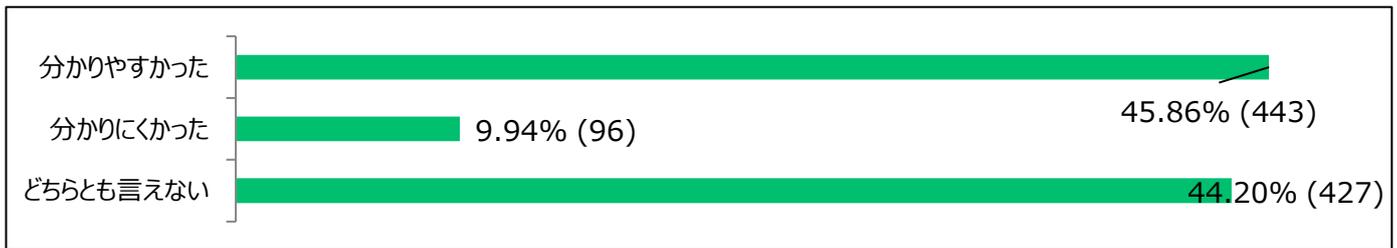


ホームページ(HP)について

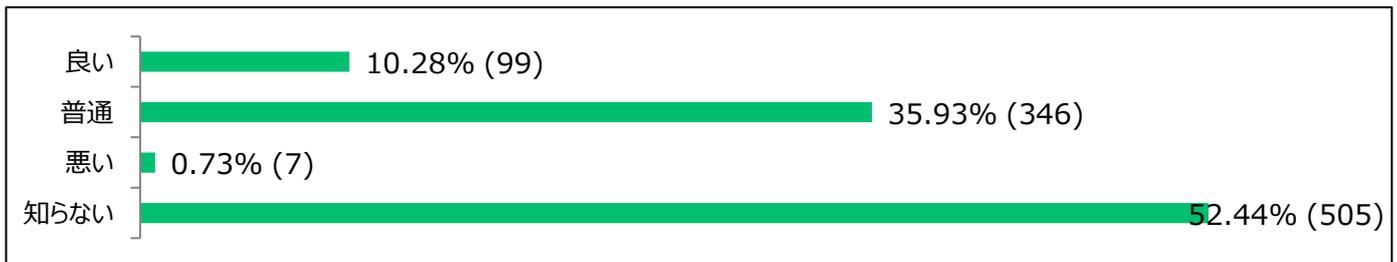
Q47. JSMO HP をどれくらいの頻度で訪れますか？



Q48. JSMO HP を訪れたとき、分かりやすかったですか？



Q49. 理事長レターページを開設して約4年経ちますがいかがでしょうか。



§その他ご意見

- *最近アップデートされていない
- *気がついた時しか見ていない。

Q50. JSMO 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。

1) 理事会議事録



2) 各種委員会議事録



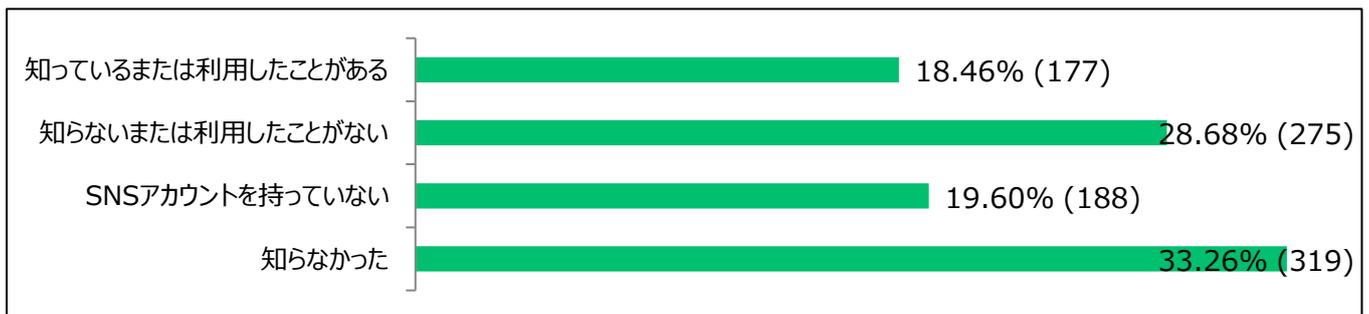
§その他ご意見

- *議事録でなくても良いから、活動状況を定期的にしてほしい
- *公益社団法人として当然公開すべき。
- *上記内容を載せる意義はむしろ無い。

Q51. JSMO HP についてご要望があれば自由記載をお願いします

- *必ずしも医師だけが参加するわけではないので、医師以外の職種の参加しやすいようにもっと考えて下さい。
- *全般的に見直す時期
- *専門医試験の過去問希望。
- *専門医申請のページに症例レポートの要件あるいは、そのリンクがあると分かりやすいと思います。
- *研修施設、リクルート（中堅、責任者レベルなども含めて）中の施設などの紹介など。就職先があることが見えると、志望者も増えると思います。
- *専門医、指導医資格取得に対する口コミ情報、対策マニュアルの掲載
- *専門医申請に関する Q&A コーナーが、どこか冷たい印象を受ける。質問に関する回答が、あなたが良いと思うのならそうしなさいと言っているように感じる。もう少し親切に受験者目線で作成すべき。
- *専門医の規定・細則等は非常にわかりにくいと思います。リンクにとんで内容を見る形が多く、細則等も理解するのが難しい。ページを変更せずに全部理解出来るように配置すべきであり速やかに改善すべきと考えます。
- *FDA での承認状況などの記載

Q52. JSMO では公式 SNS（Facebook・Twitter）を開設していますが、ご利用されていますか



Q53. 公式 SNS 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 について>

- *SNS は不要(3 件)
- *SNS を利用していない(2 件)
- *公式アカウントを開設している、とすると会員に利用を強制することにつながりませんか？ Facebook は自分は利用していません。Twitter をフォローするのは関係者と詮索される可能性があるので難しく仕事用のアカウントを別途作成する必要があります。

<内容について>

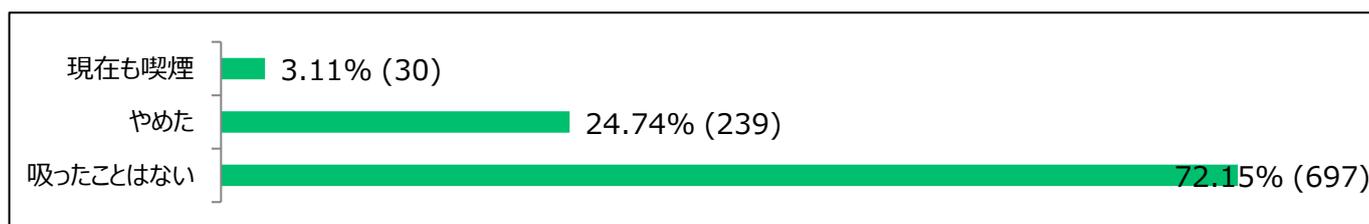
- *もっと活用すべき(4 件)
- *当初のような広い視野での情報発信を期待します。
- *ASCO みたいにポッドキャストなど積極的な発信があると SNS でも広まるとおもう

<その他ご意見>

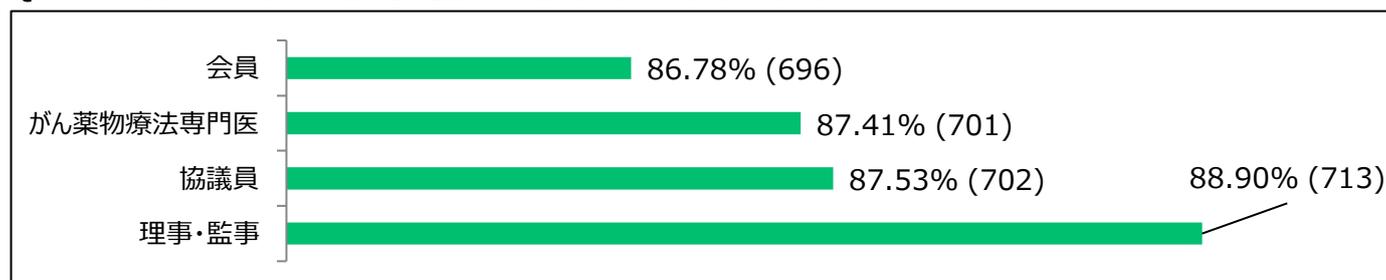
- *ASCO のアカウントと比べて活動頻度が低すぎる。最近話題になっている HPV などガンに関する情報をもっと積極的に発信すべき
- *若手医師へのアピール
- *登録してみます
- *とても良いアイデアだと思いますこれからも活動を配信していただきたいと思います。
- *見てみます

禁煙状況,禁煙指導状況について

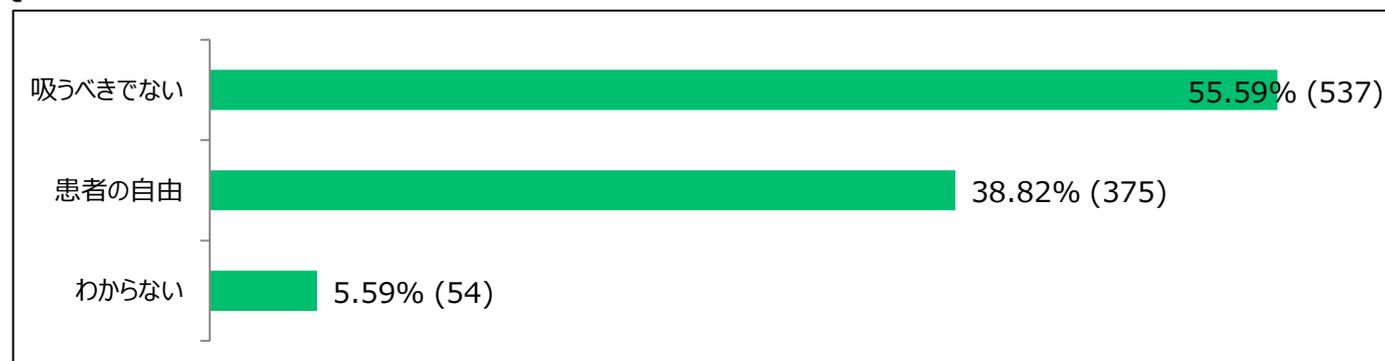
Q54. 喫煙していますか



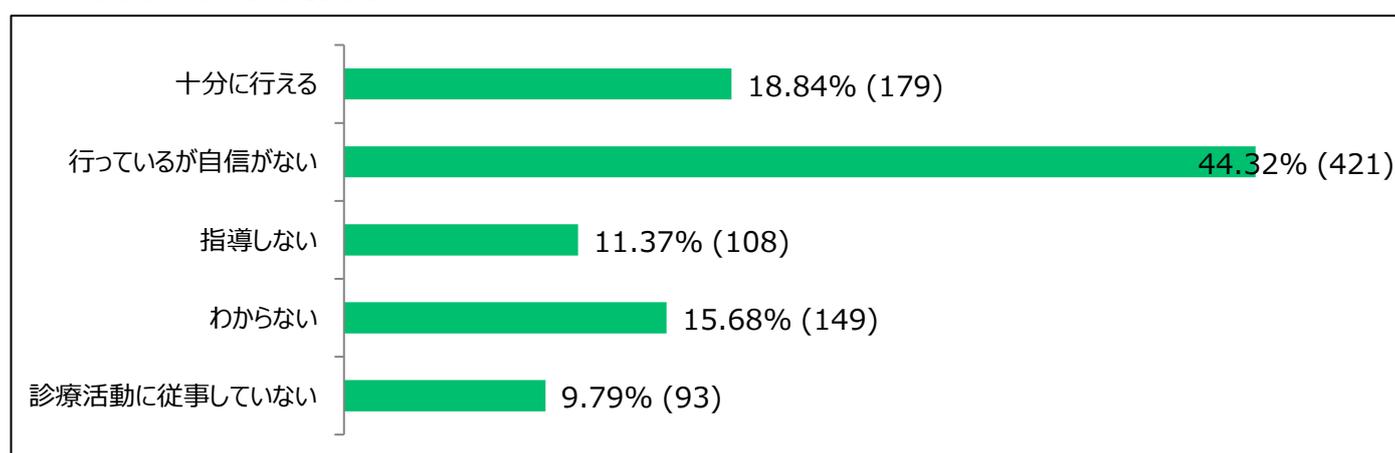
Q55. 次の内「たばこを吸うべきでない」と思うひとにチェック☑をお付けください。



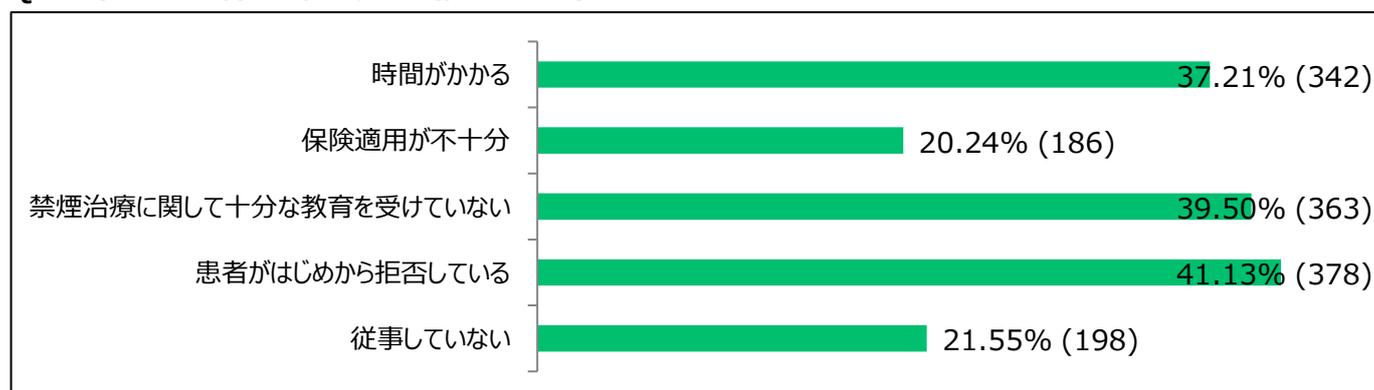
Q56. がん患者の喫煙についてどう思われますか。



57. 十分な禁煙指導が行えますか。



Q58. 禁煙指導の障害は何ですか。(複数回答可)



Q59. 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(200 字以内)

<学会の取り組みに対して>

- *がん教育における禁煙教育の推進にもっと積極的であるべき(11 件)
- *少なくとも日本呼吸器学会に準じるべきだと思います。
- *問 57 ですが、禁煙治療に携わっているので障害はありません。教育ツールも充実していますので、その情報を会員に伝えればよいと思います。
- *専門医や学会員、指導医は禁煙したほうがいいが、患者へ禁煙指導するかどうかは患者の希望に応じて行う方が良いのではないかと考える。禁煙指導はかかりつけ医にまかせては？

<現状について>

- *医師の喫煙率が高い(4 件)
- *政策に効果が無い(3 件)
- *COVID-19 感染症の重症化リスク因子である慢性呼吸疾患の原因の一つであるタバコについて、広く語られていないことに違和感を感じている。
- *たばこが産業として成り立っている以上、いくら禁煙を訴えてもいたちごっこ。それでたばこ自体をなくしても何らかの有害なものを代用するようになりそう。個人の健康意識の向上に働きかけが必要
- *緩和ケアにおいて禁煙がどこまで必要かはわかりません。がん診療 = 禁煙が必要という短絡的な発想はあまり良いとは思えません。
- *喫煙をなくさない限り受動喫煙は 0 になりません。日本は非喫煙者への配慮に非常に欠如しています。頑張りましょう。
- *がん患者の喫煙については、終末期の患者などにあえて強く進める必要があるのか不明。辞めることが益となる群ではすべき。吸うことが益となる可能性がある群ではよいのでは。
- *拒否の態度ではないが、禁煙指導してもほとんど受け入れてもらえない
- *国が税収のため、喫煙を許容しているのが間違いであり、医療関係者が個別に対応するのはおかしいと感じています。

<対策・規制案について>

- *販売禁止(4 件)
- *価格を上げる(5 件)
- *法整備(3 件)
- *医師は禁煙するべきである(3 件)
- *実施者へのインセンティブを増やしてほしい(2 件)
- *たばこを吸わない人への配慮を強調してほしい

<個人的な意見>

- *喫煙は個人の自由である(3 件)
- *節酒に関しても取り組むべき
- *根治不能で余命が限られた患者の喫煙は容認すべきでないでしょうか。
- *再発治療以降ではあえて禁煙しなくて良いのではと思っている。副流煙で大きく他人に迷惑をかけなければ幸せの多様性の中に喫煙があってもよいという考え。酒の方がよっぽど迷惑。
- *手術を契機に禁煙を推奨するのは有効と思われます。
- *嗜好品で法律で許可されていることを一学会が禁止することは人権侵害に当たらないか心配。

JSMO について

Q60. 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(200 字以内)

<認定制度について>

- * 専門医資格に胡坐をかかないで、研鑽を続けてほしい。
- * 専門研修におけるサブスペ領域の連動研修を早く実現させてほしい。
- * 専門医は 2 回程度更新した後は、試験免除でもよいのではないか。
- * 専門医取得のためのセミナー開催、専門医試験に合格できるレベルについて具体的な事項と対策法を掲載してほしい
- * 内科専門医の 2 段階目に設定すべき
- * 暫定指導医はそろそろ廃止すべき。理事は最低限、がん薬物療法専門医資格を有するべき。

<学会活動について>

- * 学会認定で行うことは、会員に知らせてほしい。また、会員を優先してエントリーできるようになるとよい。
- * がん治療学会と合同で開催するか合併吸収
- * コロナが収束すると学会を色々な地方で開催して欲しい。学会総会が web 開催になると、あまりにも web による研究会が今後増えると思うので、総会の価値が下がると思われる
- * 現在暫定指導医ですが、研修希望医師もなく、会員であることや、研修施設として維持する動機が乏しくなっています。会員であることのメリットが感じられる学会であってほしいと思います。
- * メディカルスタッフの参加がしやすいように、集会などの日にちを考慮してほしい

<その他ご意見>

- * とにかく意見を沢山聞くべきである。
- * 会費を安くしてほしい。
- * 外科系で発表したら、一部の内科医が、外科のことは外科系の学会でやってくださいといっていました。びっくりしました。一部そんな会員があり、発表に際してとても不愉快でした。
- * 提案というか独り言ですが、今後 JSMO 専門医が内科専門医のサブスペに位置づけられることで職能集団としての意味合いが強くなるなら、10～20 年くらいすると臓器別専門医の参加が減ってしまうかもしれないですね。

Q61. メディカルスタッフの学会参加は望ましいと考えますか

はい, 97.44% (915)

いいえ, 2.56%(24)

§その他ご意見

<望ましい>

・連携について

- * がん診療においてチーム医療は不可欠のため(59 件)
- * がん診療全体の知識向上のため(29 件)
- * チーム医療としてモチベーション向上になる。(7 件)
- * がん薬物療法の情報交換に最適の場であり、またメディカルスタッフからの情報を医師が受け取る場としても機能している。

*メディカルスタッフの取り組みが、日常診療の質を向上させる。エビデンスに貢献することは難しいかもしれないが、患者に対するベネフィットは十二分にある。

・参加について

*参加は悪くない。眼科領域で問題になったのが自分のコメディカルに票をもたせる様な動きがあった。コメディカルの雇用関係を含め社会的立場を再考されたい。

*参加人数が増える事で相対的に医師の会費が安くなる

*興味のある方は皆参加したらよいと思う。

・個人的な意見

*多職種での情報交換が必要(10件)

*学会の活性化につながると考える(10件)

*幅広い意見を集めるべき(6件)

*オープンであることはよいこと。

*腫瘍内科医の仕事の内容を理解してもらえること。

<望ましくない・その他ご意見>

*多すぎる(2件)

*この設問自体が愚問。上から目線ですよ。

*診療がメディカルスタッフ中心

*学会場が混む。(2件)

*排除する必要はないと思いますが、メディカルスタッフを対象としたセッションを設けるか否かは議論の余地があると思います。

*自分たちの立場からもものを言わせてほしい

Q62.臨床腫瘍学会が発展していくためには、どんな工夫が必要だと思いますか(200字以内)

・がん薬物療法専門医について

*専門医試験のハードルを下げる(8件)

*取得のメリット付与,インセンティブ導入(6件)

*専門医のステータスの向上(3件)

*専門医を増やすしかない(3件)

*その他ご意見(7件)

・内科と外科の専門医のサブスペシャリティーとしてのがん薬物療法専門医の創出であり、外科系領域から専門医を目指す医師が増えるための工夫、つまり専門医申請の在り方を見直すべきだと思う。

・国際活動について

*国際活動の強化(15件)

*その他ご意見(5件)

・ASCO や ESMO のように、アジア圏内のエビデンスが最初に出る学会になること。

・学術集会・セミナー開催について

*英語開催を止め、日本語での発表を増やす(2件)

*web 開催の継続。現在子育て中であり、学会への参加が思うようにいかない。

*移動時間にも教育セミナーを視聴できるよう、ダウンロード可能にする。

*ポスター、Oral は写真撮影 OK、SNS OK にすること。ASCO、ESMO みんな OK で、Twitter などで盛んに Discussion されており中には興味深いものも多い。

・学会活動について

- *広報活動の強化(27件)
- *活動内容の提案(12件)
- *他学会との合併(10件)
- *開かれた学会づくり(9件)
 - ・企業の呪縛から開放された学会
 - ・実施診療における問題点を丁寧に拾い上げて、学会でしか解決できない問題を抽出し、実際に解決するとともに広く情報を公開していくことにつきますと思います。
- *会員数増加対策(8件)
- *医師会員以外のへの広報(6件)
- *女性医師・会員へのキャリア支援(2件)
- *会員組織の見直し(3件)
- *多職種との連携(3件)
- *その他ご意見(17件)
 - ・医学生/研修医が腫瘍内科の教育を受ける機会があるようにしなければ広がりがないと思います。大学の医局制度が良いとは全く思わないですが、内科研修制度が変化した中で、大学に講座がないと腫瘍内科を専攻するのが研修医は生まれません。海外のような腫瘍内科医の育成を考えるのであれば、現行の研修制度の中ではかなり難しいと思います。
 - *研究や海外進出だけではなく、足元の純粋にプラクティスとして患者を助けたいと思っているタイプの医師のモチベーションを上げる工夫も必要だと思います。現場を支えるプラクティス重視の医師が増えてこないで頭でっかちの組織になり、組織の大きな成長は難しいと思いますが、学会にその認識がないように思います。一般診療を大切にしたい医師のキャリアパスが示せるようなコースが必要だと思います。

Q63. JSMO の今後あるべき姿についてご意見をお聞かせください（200字以内）

・学会について

- *他学会との連携、合併化(6件)
- *日本のがん薬物療法の発展に貢献する。(2件)
- *理事の数が、専門領域間で偏りがあるように見受けられる。肺癌メインかと思われる。サブスペシャルの学会とうまくジョイントできるといいと思います。

・活動内容について

- *臓器横断的スタンスのキープと向上(5件)
- *専門性を高めるべき(2件)
- *私自身は外科医ですので、日本癌治療学会との関係がより深いのですが、がん治療の分野においてこれら二つの学会が役割分担して併存するか、統合の方向に行くべきかは分かりませんが、人や物、財源等限られていますので、無駄のないように発展していく事を望んでおります。
- *当学会認定施設に対して、地域がん診療連携拠点病院と同様な条件を求めるのはよろしくないと思います。厚労省主導のような体制よりも、学会として学問的に自由な発想がほしい。
- *現在学術集会に参加することで更新のための単位を取得できる。それとは別に認定看護師や専門看護師の単位取得のための、教育セッションを行ってほしい
- *国内での連携、国際化ともに重要だと思います。最先端の研究とともに、実臨床のノウハウが十分に学べる場でもあってほしい。
- *今だに多くのマイナー外科領域で氾濫している標準治療に準拠していない化学療法が適切に運用されるような活動を是非お願いします。
- *多々あるガイドライン、ガイダンスの位置づけや意味が会員に正確に理解されていないと思う。ガイドラインに掲載されていないから、診療しないという態度の医師が、特に大きながんセンターの医師に多すぎると思う。

- * 専門家以外の教育的情報へのアクセスが容易な学会
- * 日本の医療における抗癌剤治療をリードする
- * 標準治療の確立

・会員について

- * 公平性、所属偏在の解消(2件)
- * 若手教育を充実させる、女性のキャリア支援

・広報について

- * どの医療施設でもがん患者に遭遇する可能性があることを SNS などで発信すべきです。オールドメディアですが、テレビを活用するのもよいでしょう。
- * どの地域でも治療のレベルが上昇し維持できるような情報の提供をしてほしい
- * 腫瘍内科医の存在意義を大きく宣伝する
- * 我が国でのがん治療の指針となる集まり
- * 薬物療法に関連する分子生物学的知識の教育
- * 中小医療機関に従事する腫瘍内科医の姿を明確に打ち出すべき

・国際化について

- * 国際化への取組強化(7件)
- * ASCO、ESMO 同様、新しい成果の発表を国際的にアピールする学会であってほしい。(3件)
- * ASCO、ESMO に次ぐ存在を目指す国際化も大事かもしれないが、学術集會も含め日本語で発信する意義は大事にしてほしい。
- * 国際化と基礎研究支援の充実。中枢も含め基礎をやっていない医師が多すぎる。
- * 海外・国内で治療の差がないように尽力する。

・専門医について

- * ガンの治療を直接しないが、関係する職種も多いと思います。(私は脳外科専門医ですが、地域の病院には脳転移した患者も多く診る必要あり) そういうグループは専門医は取れませんが、最低限の啓発を必要とする人も多いと思います。是非、がん診療の裾野のレベルアップを目指してください。
- * チーム医療の推進、がん薬物療法専門医の養成
- * 専門医を養成し、地方診療にも還元し、地域格差のないがん診療ができるよう貢献する。

Q64. 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。(200字以内)

- * 専門医試験の要件緩和(3件)
- * 上の世代の医者は、手本にならないことを自覚すること
- * 看護師会員、薬剤師会員などメディカルスタッフ会員を充実されるとよいと思います。
- * メディカルスタッフが会員になるための条件を決めてほしい。希望すれば誰もが会員になれるのではなく、認定看護師であることなど。数年前から学会に参加させていただいているが、参加者の質が落ちている感じがある。(ごちゃごちゃしている)
- * 会員が優先して申し込める制度。がんゲノム医療コーディネーターは、学会員は知りませんでした。
- * 若手を増やす(私は貢献できていませんが、)
- * 専門医取得のためのセミナー開催などしてもらえると助かります。
- * 会員のメリットがもっとわかるといいです。
- * 対話技術の推進。国際化すると大変になる。
- * 臨床の学会であるため、非医療職は正会員としないで、区別できる名称とする