

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shirao K, Hoff PM, <u>Ohtsu A</u> , et al	Comparison of the efficacy, toxicity, and pharmacokinetics of a uracil/tegafur (UFT) plus oral leucovorin (LV) regimen between Japanese and American patients with advanced colorectal cancer: joint United States and Japan study of UFT/LV.	J Clin Oncol	22	3466-3474	2004
Muto M, Nakane M, <u>Ohtsu A</u> , et al	Squamous cell carcinoma in situ at oropharyngeal and hypopharyngeal mucosal sites.	Cancer	101	1375-1381	2004
Yamao T, Shimada Y, <u>Ohtsu A</u> , et al	Phase II study of sequential methotrexate and 5-fluorouracil chemotherapy against peritoneal disseminated gastric cancer with malignant ascites: a report from the Gastrointestinal Oncology Group of the Japan Clinical Oncology Group, JCOG9603 trial.	Jpn J Clin Oncol	34	316-322	2004
Fukushima-Uesaka H, Sai K, <u>Ohtsu A</u> , <u>Saijo N</u> , et al	Genetic variations of the AHR gene encoding aryl hydrocarbon receptor in a Japanese population.	Drug Metabol Pharmacokin	19	320-326	2004
<u>Ohtsu A</u>	Non-surgical treatment for primary gastric lymphoma.	Educational program book. The joint meeting of the Japanese Society of Hematology and the Japanese Society of Clinical Hematology.		77-83	2004
Yoshida M, <u>Ohtsu A</u> , Boku N, et al	Long-term Survival and Prognostic Factors in Patients with Metastatic Gastric Cancer Treated with Chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group (JCOG) Study.	Jpn J Clin Oncol	34	654-659	2004
<u>Ohtsu A</u>	Chemotherapy for esophageal cancer current status and perspectives.	Int J Clin Oncol	9	444-450	2004
Nagashima F, <u>Ohtsu A</u> , Yoshida S, et al	Japanese nation-wide post marketing survey of S-1 in patients with advanced gastric cancer.	Gastric Cancer	8	6-11	2005

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Arao, T., Fukumoto, H., Takeda, M., <u>Tamura, T.</u> , <u>Saijo, N.</u> , Nishio, K.	Small in-frame deletion in the epidermal growth factor receptor as a target for ZD6474.	Cancer Res.	64(24)	9101-9104	2004
Taguchi, F., Koh, Y., Koizumi, F., <u>Tamura, T.</u> , <u>Saijo, N.</u> , Nishio, K.	Anticancer effects of ZD6474, a VEGF receptor tyrosine kinase inhibitor, in gefitinib ("Iressa")-sensitive and resistant xenograft models.	Cancer Sci.	95(12)	984-989	2004
Goto, K., Sekine, I., Nishiwaki, Y., Kakinuma, R., Kubota, K., Matsumoto, T., Ohmatsu, H., Niho, S., Kodama, T., Shinkai, T., <u>Tamura, T.</u> , <u>Ohe, Y.</u> , Kunitoh, H., Yamamoto, N., Nokihara, H., Yoshida, K., Sugiura, T., Matsui, K., <u>Saijo, N.</u>	Multi-institutional phase II trial of irinotecan, cisplatin, and etoposide for sensitive relapsed small-cell lung cancer.	Br. J. Cancer	91(4)	659-665	2004
Koizumi, F., Kanzawa, F., Ueda, Y., Koh, Y., Tsukiyama, S., Taguchi, F., <u>Tamura, T.</u> , <u>Saijo, N.</u> , Nishio, K.	Synergistic interaction between the EGFR tyrosine kinase inhibitor gefitinib ("Iressa") and the DNA topoisomerase I inhibitor CPT-11 (irinotecan) in human colorectal cancer cells.	Int J Cancer.	108(3)	464-472	2004
Fukushima-Uesaka, H., Saito, Y., Watanabe, H., Shiseki, K., Saeki, M., Nakamura, T., Kurose, K., Sai, K., Komamura, K., Ueno, K., Kamakura, S., Kitakaze, M., Hanai, S., Nakajima, T., Matsumoto, K., Saito, H., Goto, Y., Kimura, H., Katoh, M., Sugai, K., Minami, N., Shirao, K., <u>Tamura, T.</u> , Yamamoto, N., Minami, H., Ohtsu, A., Yoshida, T., <u>Saijo, N.</u> , Kitamura, Y., Kamatani, N., Ozawa, S., Sawada, J.	Haplotypes of CYP3A4 and their close linkage with CYP3A5 haplotypes in a Japanese population.	Hum. Mutat.	23(1)	100	2004
Yamamoto, N., <u>Tamura, T.</u> , Murakami, H., Shimoyama, T., Nokihara, H., Ueda, Y., Sekine, I., Kunitoh, H., <u>Ohe, Y.</u> , Kodama, T., Shimizu, M., Nishio, K., Ishizuka, N., <u>Saijo, N.</u>	Randomized pharmacokinetic and pharmacodynamic study of docetaxel: dosing based on body-surface area compared with individualized dosing based on cytochrome P450 activity estimated using a urinary metabolite of exogenous cortisol.	J. Clin. Oncol.	23(6)	1061-1069	2005

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Mori, K., Aoyagi, K., Ueda, T., Danjoh, I., Tsubosa, Y., Yanagihara, K., <u>Matsuno, Y.</u> , <u>Sasako, M.</u> , Sakamoto, H., Mafune, K., Kaminishi, M., Yoshida, T., Terada, M., Sasaki, H.	Highly specific marker genes for detecting minimal gastric cancer cells in cytology negative peritoneal washings.	Biochem. Biophys. Res. Commun.	313	931-937	2004
Oshiro, Y., Kusumoto, M., <u>Matsuno, Y.</u> , Asamura, H., <u>Tsuchiya, R.</u> , Terasaki, H., Takei, H., Maeshima, A., Murayama, S., Moriyama, N.	CT findings of surgically resected large cell neuroendocrine carcinoma of the lung in 38 patients.	Am. J. Roentogenol.	182	87-91	2004
Sakurai, H., Maeshima, A., Watanabe, S., Suzuki, K., <u>Tsuchiya, R.</u> , Miyagi-Maeshima, A., <u>Matsuno, Y.</u> , Asamura, H.	Grade of stromal invasion in small adenocarcinoma of the lung: Histopathological minimal invasion and prognosis.	Am. J. Surg. Pathol.	28	198-206	2004
Asamura, H., Nakagawa, K., <u>Matsuno, Y.</u> , Suzuki, S., Watanabe, S., <u>Tsuchiya, R.</u>	Thymoma needs a new staging system.	Interact. Cardiovascul. Thorac. Surg.	3	163-167	2004
Tobinai, K., Igarashi, T., Itoh, K., Kobayashi, Y., Taniwaki, M., Ogura, M., Kinoshita, T., Hotta, T., Aikawa, K., Tsushita, K., Hiraoka, A., <u>Matsuno, Y.</u> , Nakamura, S., Mori, S., Ohashi, Y.	Japanese multicenter phase II and pharmacokinetic study of rituximab in relapsed or refractory patients with aggressive B-cell lymphoma.	Ann. Oncol.	15	825-834	2004
Sekiguchi, N., Nishimoto, J., Tanimoto, K., Kusumoto, S., Onishi, Y., Watanabe, T., Kobayashi, Y., Asamura, H., Kagami, Y., <u>Matsuno, M.</u> , Tobinai, K.	Primary mediastinal large B-cell lymphoma: A single-institution clinical study in Japan.	Int. J. Hematol.	79	465-471	2004
Onishi, Y., <u>Matsuno, Y.</u> , Tateishi, U., Miyagi Maeshima, A., Kusumoto, M., Terauchi, T., Kusumoto, S., Sekiguchi, N., Tanimoto, K., Watanabe, T., Kobayashi, Y., Tobinai, K.	Two entities of precursor T-cell lymphoblastic leukemia/lymphoma based on radiologic and immunophenotypic findings.	Int. J. Hematol.	80	43-51	2004
Tateishi, U., Muller, N.L., Johkoh, T., Onishi, Y., Arai, Y., Satake, M., <u>Matsuno, Y.</u> , Tobinai, K.	Primary mediastinal lymphoma characteristic features of the various histological subtypes on CT.	Comput. Assist Tomogr.	28	782-789	2004

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Ohe Y</u> , Niho S, Kakinuma R, Kubota K, Ohmatsu H, Goto K, Nokihara H, Kunitoh H, <u>Saijo N</u> , Aono H, Watanabe K, Tango M, Yokoyama A, Nishiwaki Y	A phase II study of cisplatin and docetaxel administered as 3 consecutive weekly infusions for advanced non-small cell lung cancer in elderly patients.	Ann Oncol	15	45-50	2004
Sekine I, Nokihara H, Horiike A, Yamamoto N, Kunitoh H, <u>Ohe Y</u> , <u>Tamura T</u> , Kodama T, <u>Saijo N</u> .	Phase I study of cisplatin analogue nedaplatin (254-S) and paclitaxel in patients with unresectable squamous cell carcinoma.	Br J Cancer	90	1125-1128	2004
Niho S, <u>Ohe Y</u> , Goto K, Ohmatsu H, Matsumoto T, Kubota K, Kakinuma R, Nishiwaki Y.	Randomized trial of oral versus intravenous antibiotics in low-risk febrile neutropenic patients with lung cancer.	Jpn J Clin Oncol	34	69-73	2004
Sekine I, Yamamoto N, Kunitoh H, <u>Ohe Y</u> , <u>Tamura T</u> , Kodama T, <u>Saijo N</u> .	Treatment of small cell lung cancer in the elderly based on a critical literature review of clinical trials.	Cancer Treat Rev	30	359-368	2004
Takano T, <u>Ohe Y</u> , Kusumoto M, Tateishi U, Yamamoto S, Nokihara H, Yamamoto N, Sekine I, Kunitoh H, <u>Tamura T</u> , Kodama T, <u>Saijo N</u> .	Risk factors for interstitial lung disease and predictive factors for tumor response in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with gefitinib.	Lung Cancer	45	93-104	2004
Minami H, <u>Ohe Y</u> , Niho S, Goto K, Ohmatsu H, Kubota K, Kakinuma R, Nishiwaki Y, Nokihara H, Sekine I, <u>Saijo N</u> , Hanada K, Ogata H.	Comparison of pharmacokinetics and pharmacodynamics of docetaxel and Cisplatin in elderly and non-elderly patients: why is toxicity increased in elderly patients?	J Clin Oncol	22	2901-2908	2004
Sekine I, Noda K, Oshita F, Yamada K, Tanaka M, Yamashita K, Nokihara H, Yamamoto N, Kunitoh H, <u>Ohe Y</u> , <u>Tamura T</u> , Kodama T, Sumi M, <u>Saijo N</u> .	Phase I study of cisplatin, vinorelbine, and concurrent thoracic radiotherapy for unresectable stage III non-small cell lung cancer.	Cancer Sci	95	691-695	2004
<u>Ohe Y</u>	Chemoradiotherapy for lung cancer: current status and perspectives.	Int J Clin Oncol	9	435-443	2004
<u>Ohe Y</u> , Negoro S, Matsui K, Nakagawa K, Sugiura T, Takada Y, Nishiwaki Y, Yokota S, Kawahara M, <u>Saijo N</u> , <u>Fukuoka M</u> , Ariyoshi Y.	Phase I-II Study of Amrubicin and Cisplatin in Previously Untreated Patients with Extensive-Stage Small-Cell Lung Cancer.	Ann Oncol	16	430-436	2005

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ishikura S, <u>Ohe Y</u> , Nihei K, Kubota K, Kakinuma R, Ohmatsu H, Goto K, Niho S, Nishiwaki Y, Ogino T.	A phase II study of hyperfractionated accelerated radiotherapy (HART) after induction cisplatin (CDDP) and vinorelbine (VNR) for stage III Non-small-cell lung cancer (NSCLC).	Int J Radiat Oncol Biol Phys	61	1117-1122	2005
貫和敏博、 <u>大江裕一郎</u> 、工藤翔二、曾根三郎	肺癌治療における gefitinib (イレッサ) の臨床的有用性と問題点.	呼吸	23	98-109	2004
高野利実、 <u>大江裕一郎</u>	ゲフィチニブの臨床：EBM を求める今後の臨床試験	現代医療	36	2089-2094	2004
加藤晃史、 <u>大江裕一郎</u> .	肺がん	今月の治療	12	63-65	2004
加藤晃史、 <u>大江裕一郎</u>	肺癌の大規模臨床試験とエビデンス	最新医学	59	178-189	2004
中山 俊、 <u>大江裕一郎</u>	III 期非小細胞肺癌の治療選択	Lung Cancer Today	2004 春号	10-12	2004
加藤晃史、 <u>大江裕一郎</u>	日本における大規模比較臨床試験	治療学	38	657-661	2004

座談会

がんの外来化学療法

(司会) 西條 長宏 国立がんセンター東病院副院長
 大津 敦 国立がんセンター東病院内科
 上岡 博 岡山大学大学院医歯学総合研究科血液・腫瘍・呼吸器内科学
 大江裕一郎 国立がんセンター中央病院内科



←写真左より
 大江裕一郎先生
 上岡 博先生
 西條 長宏先生
 大津 敦先生

西條 本日のテーマは「がんの外来化学療法」です。従来、がんの化学療法は入院して行うのが主流でしたが、最近は外来で行われるようになってきました。がんの外来化学療法は非常に注目されていて、どの施設でも導入するような風潮になってきました。そこで本日は、がんの外来化学療法の現状、背景、そしてそれを実際に行うにはどのようなインフラストラクチャが必要か、今後はどのようにしていけばよいかなどを、実際に行っておられ、また指導をしておられる先生方うかがいたいと思います。

なぜ外来化学療法なのか？

西條 最初に、なぜ外来化学療法が注目されているか、大津先生にお願いいたします。

大津 私が専門としている消化器の分野でお話しさせていただきますと、いろいろな新薬が導入されてきたことによる好影響があると思います。イリノテカン、あるいはタキサンなどの点滴静注による治療法の普及と、S-1やカペシタピンなどの経口の新しいフッ化ピリミジン剤が開発されて、日本でも承認されて臨床に導入されてきたた

めに、外来化学療法が行いやすい環境が整ってきたという面があると思います。

西條 つまり外来投与しやすい薬が導入されてきたということですね。

大津 そうです。従来は5-FUやシスプラチンが中心でしたので、連日点滴静注のために入院が必要となる場合が多かったのですが、経口剤あるいは短時間で点滴静注できる薬剤が導入され、外来治療を目的としたレジメンの開発が進んできて、外来治療が可能になったことが、外来化学療法が注目される第一の理由だと思います。また、患者さん側のQOLなどのニーズとして、なるべく入院せずに治療する方法を望まれる方が多いということと、医療機関側の事情としては、在院日数の短縮を図りたいとか、入院ベッド数にも限りがありますので、外来でできるものは外来で行いたいという意向があり、それらの理由が総合的に関与したのだらうと思います。

西條 上岡先生、大学病院ではいかがでしょうか。また先生はリンパ腫など血液の腫瘍もご専門でいらっしゃるのです、分野による違いがありますでしょうか。

上岡 患者さんのQOLや医療費を考えると、外来化学療法が増えるのは当然のことだと思います。従来の化学療法は副作用が非常に強い上に、尿量を確保するために、大量の輸液を行う必要があります。とても外来でできるような化学療法ではありませんでした。それが大津先生のお話の通り、1つには外来化学療法が可能な薬剤、例えばカルボプラチンやエピルビシンなど毒性が軽減された薬剤が開発されてきたこと、もう1つには支持療法が非常に進歩したこと、例えば優れた制吐剤が開発されて、シスプラチンを使う際の吐き気がコントロールできるようになったこと、あるいはG-CSFが導入されて、好中球減少が顕著になった時にも対応できるようになったことなどにより、外来化学療法が可能になったと思います。もう一点は、これも大津先生のお話の通りですが、保険財政の観点から、大学病院でも在院日数を減らすことが求められていますし、外来化学療法加算が認められましたので、外来化学療法を行えば病院収入も上がります。ですから外来化学療法は、患者さんにとっても病院にとってもメリットがあると思います。

西條 大江先生、何か追加されることはありますか。

大江 大津先生、上岡先生がおっしゃった通りだと思います。特に肺がん領域では、一昔前までは効く薬があまりなくて、シスプラチンぐらいしか延命効果のある薬はなかったのです。シスプラチンは当然外来では使えませんでした。それがこのところ、延命効果があって、なおかつ外来で使えるようなよい薬が多く出てきたということが大きな要因ではないかと思っています。

西條 先ほど患者さんのQOLのことをいわれたのですが、メディアでは、日本の住宅事情あるいは交通事情がよくなって、外国のように患者さんが車で病院に来て、治療を受けた後は病院の近辺のホテルに宿泊したり、あるいは自宅に帰ったほうが、入院するよりもずっと快適になったなどのファクターが、外来化学療法の普及に影響を及ぼ

しているといっています。私にはそのようには思えないのですが、大津先生はそのあたりをどのように思われますか。

大津 私どものところでは、アメリカのように近くのホテルに泊まって通院される方はほとんどおられないと思います。外来で治療をなさる方は自宅から通われる近隣の方がほとんどです。

西條 実際に外来で化学療法を行おうとしますと、外来で抗がん剤を投与する医師が必要ですね。そこで外来化学療法を行える医師が養成されてきたという背景はあるのでしょうか。

上岡 私たちの施設では、外来化学療法室には、曜日によって替わりますが、医師1名が担当になっています。ただ実際には、化学療法に慣れたわれわれの科の医師が外来化学療法室に行って化学療法を行っている場合が多いのですが、われわれが非常に忙しい時にはその担当の医師が行ってくれと思います。

外来化学療法の現状

西條 現状のお話になってきましたので、皆さんの施設の状況をおうかがいしたいと思います。実際に誰が化学療法を行っていて、どのくらい混雑しているか、それはさらに増やせるかどうかなどについてお話しください。

大津 私どもの施設では、外来担当医とは別に、通院治療センターで行っています。

西條 通院治療センターのベッド数はどのくらいですか。

大津 開設した時は20床だったのですが、今は少し増やしまして30床近くあります。それでも結構満杯の状態です。ベッドがなかなか空かなくて、患者さんの待ち時間が長くなっているのが問題になっています。医師が交替制で通院治療センターに行って点滴を行っています。これは結構大変です。看護師も人手不足で、病院全体として入院病棟のほうが重視されていて、外来のほうはちょっと手薄になっている状態です。

西條 上岡先生の施設ではいかがですか。

上岡 私どものところはまだまだでして、ベッド数はわずか8床しかありません。外来棟の4階に結構大きな部屋がありまして、そこに8床設置しています。そして1日に20数人の患者さんに化学療法を行っていますが、大津先生の施設と同じで、患者さんの待ち時間が長くてお気の毒な面があります。スタッフは、常勤の看護師が1名いまして、医師は曜日によって替わりますが常に1名いるという状況です。

西條 国立がんセンター中央病院ではいかがですか。

大江 化学療法用のベッドと椅子は全部で30ですが、検査用のベッドや急患用のベッドを使ったりもしますので、実際に使っているベッドはもう少し多いと思います。ただそれでも1日の患者さんの数が、通院治療センター全体で多い時には200名を超えることもありますので、やはり待ち時間がかかり長いことが問題になっています。

西條 先日、韓国のがんセンターを見学してきたのですが、19床のベッドで1日大体100~120名の患者さんを扱っているようです。日本とずいぶん違うなと思いましたのは、点滴や注射はほとんど看護師が行っています。Oncology nurseのような人が数人いるのです。Oncology nurseの導入は、日本でも近い将来可能なのでしょうか。

大江 Oncology nurseは絶対に導入すべきだと思います。化学療法の点滴や注射を行える専門知識をもった看護師は必要です。国立がんセンター中央病院でも、がん化学療法看護認定看護師資格が認定された段階で、導入しようという動きがあります。若い看護師にはそういうことに興味のある人もいますが、中堅からベテランの例えば看護師長クラスの人の中にはそういうことは看護師の仕事ではないと考えている人もいて、なかなか難しいです。

西條 がん化学療法看護認定看護師は、もうすでに導入はされているのですね。

大江 はい。認定看護師が国立がんセンター中央病院にいないだけです。

大津 私どもの施設でも、看護師が点滴をする練習を始めまして、間もなく実施するという方向で動いていますが、病棟の看護師の数に比べると外来に対する配慮が非常に貧弱で、管理の面でもこれではいけないと感じています。

西條 大学ではそういう面はもっと遅れているでしょうね。

上岡 そうですね。先ほど外来化学療法室で外来化学療法を行っている患者さんの数が20名少々と申しましたが、化学療法が必要な患者さんの一部は、依然として内科、外科など、自分が治療を受けている科で点滴を受けているのが現状です。

西條 つまり病院全体として1つの通院治療センターというようなものにはまだ至らないということですね。

上岡 そうです。

西條 これだけたくさん外来化学療法を行いますと、どうしてもミスが出てくることがありますね。実際に国立がんセンター中央病院では問題になるようなことはありませんか。

大江 幸いなことに、私どもの通院治療センターでは大きな事故が起きたことはありません。ただ1度だけ、それもだいぶ以前のことですが、医師がお年寄りの患者さんに「〇〇さんですね」と名前を確認したのですが、患者さんの耳が遠くて、ご自分の名前と思われて「はい」といわれて、誤って抗がん剤投与をしてしまったことがありました。大事には至りませんでした。最近ではきちんとしたマニュアルを作成し、名前の確認も確実にしていますから、そういう間違いは起きていません。薬も、今はコンピュータ処方になっていて、ダブルチェックがかかるので、点滴時間が延びるとか、順番が替わるということは多少ありますが、大きな間違いはまずありません。

外来化学療法に必要なインフラストラクチャ

西條 実際に外来化学療法を行うのに必要なインフラストラクチャについておうかがいします。これは国立がんセンター中央病院が一番進ん



〈司会〉西條 長宏 先生

でいると思いますが、大江先生、いかがですか。

大江 ハード面では、通院治療センターが1か所に集中してあったほうがよいと思います。もう1つは、医師だけではできないので、薬剤部、看護部の協力や、医師が外来診療の途中で抜けて点滴をしに行くことは実際には無理ですから、医師同士の協力体制といったソフト面も大切ではないかと思っています。

西條 そのほかに、外来化学療法を行う医師を養成する教育カリキュラムは必要でしょうか。

大江 外来化学療法をその場で行うこと自体は肉体労働です。実際にdecisionするのは外来ですから、そういうところを勉強しないと、ただ点滴の仕方を勉強してもあまり意味はないと思います。

西條 大津先生もそう思われますか。

大津 まったく同感です。私どものところでは実際に点滴を行うのは当番制になっています。今の話でいいますと、消化器領域では、特に胃がん、大腸がんに関してはもうほとんどが外来治療で、入院は、経口摂取ができないなどの何か問題のある方だけです。Decision makingをして、治療するのは、ほとんど外来です。ですから若いレジデントの先生方も、基本的には外来についてもらうようにしています。入院は、私どものところでは、食道がんと、あとはpalliation的な人だけに片寄っています。

西條 外来治療のdecision makingをするところで教育をすべきであるということですね。

大津 入院治療をするにしても、外来でその入院治療のスケジュール等の話も全部していますので、外来化学療法の部屋にいるのが、oncologyの勉強には一番よいのではないかと思います。

西條 上岡先生、この4月から大学病院が独立行政法人になりましたね。それとリンクするような動きは何かあるのでしょうか。

上岡 私はまだ知りません。

大津 国立がんセンター東病院はまだ包括医療制度に入っていないのですが、中央病院のほうではそれに伴って何か変わったことはあるのでしょうか。

大江 中央病院では、本来であれば外来でできるような化学療法でも、5～6時間もかかる化学療法は、通院治療センターのキャパシティの問題でできないのです。つまり点滴時間が長いと1人の患者さんがスペースを占有してしまうということですが、そういう人は1泊入院にしています。1泊2日の入院で高価な抗がん剤を使うと病院は大赤字です。ただそれは制度のほうの問題ですので、それはそのまま踏襲して、できれば制度のほうを今の状況に合わせていただきたいと考えています。中央病院の幹部の方針として、1泊入院は赤字だけれども、継続して行っています。

大津 今後は通院治療センターのキャパシティを増やして、外来で行う方向になるのでしょうか。

大江 もちろん、そういうことも検討はしています。

西條 おそらく基本的に進む道はそこであろうという考え方なのですね。ただ、今のところは1泊入院にせざるを得ないのでそうしていますが、やればやるほど赤字になりますね。

大津 大分以前のことで、私がアメリカに行っていた頃は、アメリカでは外来は毎日夜遅くまで行っていて、ほとんど24時間体制に近いような状態でした。日本も同じような形になっていくのでしょうか。

西條 そうですね。今後は、スペースのあるところに建物を建てる時には、外来化学療法棟を建



大津 敦 先生

てたいですね。海外でも、がん治療を行っている病院で新しくビルを建てる時には、みな通院治療スペースを作っていますね。大学病院などはとにかく1か所に集中させるというところから始める必要があります。

上岡 岡山大学では今はスペースがあれだけしかとれなかったもので、1日20人ほどしか外来化学療法が行えませんが、先生方がいわれましたように、センター的なものを作らないとこの問題は解消されないと思います。

西條 先ほど大江先生が、薬剤部、看護部の協力が必要とおっしゃいましたが、調剤のコンピュータ化なども、患者さんが多人数になってきた場合には絶対に必要になるでしょうね。

大江 そうですね。いちいち手書きで行っていたら、それだけ間違いも多くなるでしょう。

上岡 私どもの施設でも、原則として前日までにコンピュータオーダーを出しておいて、当日に外来主治医がCBC(complete blood count)、生化学検査、あるいはCT、レントゲンなどをチェックして、最終的な判断をするようにしています。また、もしオーダーに問題がある場合には、薬剤部から連絡が入ることもありますし、比較的安全なシステムになっていると思います。

西條 治療開始の時刻を8時半より前にするのはどうしても無理でしょうか。

大津 データが出る時間によりますね。どうしても10~11時あたりに集中してしまっ

待ち時間が長くなってしまいますのです。

西條 アメリカの病院で見られるように、病院の周囲に、治療を受けにきた人が宿泊するような施設のあるところは、日本ではないのでしょうか。

大津 遠方から来られる特殊な方は、どこか近くのホテルに泊まっておられる方もありますが、こちらが斡旋するわけではありません。

大江 アメリカの場合は病院に入院すると高いですが、日本の場合は入院したほうがホテルよりはるかに安いですからね。

大津 国立がんセンター中央病院の患者さんは遠方の人が多いのではありませんか。

大江 中には飛行機で来られる方もいますね。

患者への対応

西條 患者さんへの対応ですが、外来で化学療法を行って、帰宅してからいろいろな副作用が出てきて、それを訴えて来られる方がいると思うのですが、そのような時に、上岡先生はどのように対応しておられますか。

上岡 いろいろな合併症が起こり得ると思います。その際には、患者さんから電話連絡をいただきましたら、原則として来られる方にはすぐに来院していただいて、少なくとも検査は24時間できますので、診察して検査を受けていただくことにしています。入院が必要と判断した場合には、私どもの施設ではすぐには入院していただけないことがありますので、サテライトホスピタルとして、腫瘍内科医がいて、すぐに入院できる病院と提携していますので、そちらに入院していただくようにしています。

西條 医療連携を強化するということですね。大津先生はいかがですか。

大津 外来治療の場合は、対応が遅れると重篤な障害を引き起こす可能性がありますので、治療を始める前の最初の説明の際に、どういう時にすぐに医療者に連絡をしなければならないかということをお話ししておくことが大事だと思います。いま、通院治療センターの看護師と一緒に、主な



上岡 博 先生

レジメンに関して、その内容、注意点、あとでどのような副作用が出る可能性があり、どういう場合に連絡して欲しいといったような、簡単なマニュアルを作成中です。S-1等の経口剤に関しては、企業と一緒に手帳を作りましたので、それをおわたししています。副作用の内容と、こういう場合には医師に連絡してくださいと書いてあります。その手帳をわたしておくとかかなり違うと思います。緊急入院は、私どもの施設でも難しいです。ベッドが空いていれば何とか入院していただきますが、できない時は近くの病院にお願いするということもあります。

西條 投与中の副作用などですぐに入院しなければならない人はどのくらいいるのですか。

大江 そういう人はほとんどいないと思います。例えばアナフィラキシーショックを起こしたとか、そういう状況でなければ、当日具合が悪くて帰れないという人はまずありません。

西條 外来化学療法がそれだけ進歩してきているということですね。大学病院でも同様ですか。

上岡 はい、そういう経験はあまりありません。

西條 それから、実地医療で行う化学療法と、臨床試験や治験で行う化学療法とがありますが、実地医療で行う場合は細かくデータをとる必要はなくて、必要最少限にとるといった感じですが、臨床試験や治験となると、義務として詳細なデータを正確にとらなければいけません。臨床試験や治験で行う化学療法は、大津先生のところでは実際

にどのくらいの割合ですか。

大津 時期にもよりますが、2~3割くらいではないでしょうか。最高でも5割以下だと思います。これも疾患の性格上、なかなか試験に入らない方が多いものですから。

西條 大学病院でも同様ですか。

上岡 同様と思います。臨床試験や治験に入る患者さんは、原則としてその期間は入院されています。そしてfollow upになった段階で外来に来ていただくということが多いですね。

西條 外来化学療法は、プロトコール治療が終了したあとで行うということですか。

上岡 そうです。

西條 大江先生のところはいかがですか。

大江 正確には把握していませんが、1割くらいという感じです。治験薬を外来で使うということは多くはありませんね。

西條 治験薬の場合は、担当医が行うのですか。

大江 いいえ、当日の当番医です。

西條 最近ではclinical research coordinator(CRC)などが関与していますね。それについてはいかがですか。

大津 私の施設ではCRCはかなり充実してきていますので、治験に関してはもうほとんど全部についています。点滴をするところも治験看護師、薬剤師が関与していますので、私たちが直接タッチしなくてもかなりのところまでできます。治験管理室の方針として、基本的には院内で承認されたものはすべてCRCがつくという方向で動いていますので、昨年からJCOGの試験に関しては、新規のものにはすべてCRCがついています。市販後の臨床試験を含めて企業の治験と、JCOGの試験は、CRCがかなり関与できるようになっています。ですから本来的にはそういうものがすべてpracticeの症例までいければよいのですが、なかなかそこまでいけないというのが現状です。

西條 臓器別には、消化器、血液、乳腺が多いのですか。

大津 私のところでは消化器、血液、乳腺が多



大江裕一郎 先生

く、呼吸器はあまりありません。

今後の課題

西條 日本の外来化学療法は、最近ようやく始まったところだと思います。まだまだいろいろな課題が残っていると思いますので、おうかがいしたいと思います。まず大学病院のほうからお話し願えますか。

上岡 最初にお話ししましたが、まず外来化学療法センターを作って、絶対的なベッド数の不足を解消したいということが1つです。それから、今は外来化学療法を行っているのは午前中に来られた患者さんだけなのですが、それを午後にも、また可能であれば、例えば仕事をされている方が、夕方仕事を終わってから病院に来られて化学療法を受けるところまで広げられればベストかなと思います。そういうシステムを作りたいと思っています。

西條 上岡先生の所では、第一の課題としては1か所に集中するような通院治療センターを作りたいということですね。

上岡 そうです。そういうセンター的なものを作って欲しいと思っています。

西條 大津先生の課題はいかがですか。

大津 やはり病院の中の幹部の方たちのお考えを変えていただきたいということがまず一番だと思っています。特に内科側としては、もう外来主体に切り替わってきていますので、先ほども申し

ましたように人員配置、特に看護師の配置があまりにも病棟偏重になっていますので、それを外来にもう少し廻していただきたいということです。つまり一番はマンパワーの問題だと思います。

西條 医師のほうはどうでしょうか。入院の患者さんに化学療法を行うのと、外来で化学療法を行うのと、仕事量としてはどちらが多いでしょうか。

大津 仕事量といわれるとどうでしょうか。入院ですと1人当たり大体何ベッドということがある程度わかりますが、外来ですと制限なくどんどん増えていってしまいますので、1人のキャパシティもちょっと問題になってきています。

西條 大江先生の課題はいかがですか。

大江 私どもも、患者さんの増加に通院治療センターのほうがついていけないという感じなのです。アメリカではもう24時間体制の施設があるということでしたが、そのように時間を延長しようとしても、看護師などの人員がそれだけ増えないとできませんので、そういったソフト面の整備が大事ではないかと思っています。

大津 今、国立がんセンター中央病院のほうでやっておられる1泊入院ですが、例えば外来で遅くなったり、あるいはちょっと具合が悪くなってそのまま入院というような、外来と病棟との間のようなところはどのようにしておられるのですか。何か特別なベッドがあるのですか。

大江 1泊入院は、1日に2ベッドあるのですが、それはあらかじめ1泊入院用に予約を入れておきます。ただそれがどの病棟になるかはわかりません。当日の朝、空いている病棟の中から決まるのです。

大津 そのベッドはだれが管理するのですか。

大江 医事課です。その朝空床があると、そこに緊急入院で申し込むのです。

大津 そうするとそれは当該病棟ではない場合もあるわけですか。

大江 はい、それはもうどこに行くかわかりません。

大津 それは大変ですね。

西條 それからもう1つ重要なことは、外来で治療をしていた方が具合が悪くなってきたという場合、先ほどいわれた医療連携のような形で、どこか別の病院にお願いすることは一般的に行われているのですか。

大江 悪くなるというのには2つありまして、治療中に副作用、つまり毒性で何かが起こった場合には、可能な限り私どもの施設に収容して対応するようにしています。そうではなくて、病気が進行してだんだん悪くなるような患者さんは、外部のパリアティブケアの病棟やホスピスなどにお願いすることになります。

西條 それは国立がんセンター東病院でも同様ですか。

大津 はい。ほぼ同様です。

西條 大学病院ではいかがですか。

上岡 私の施設では両方ともお願いしているという状況です。ベッド数が限られておりますので、パリアティブケアが必要な状態になった時にもお願いしますし、副作用などで緊急に入院が必要になった際にもお願いしています。

大津 在院日数がかなり短くなって回転が速くなっていますので、空床もどこにはありますので、そこに入れてもらって何とかなっていますが、結局その部分をきちんとやらないと、私たちの所に来て、具合が悪くなった時には他のところにとこののでは、患者さんも不安でしょうし、いやだるうと思うのです。

上岡 私どもの場合にはそれについては連携が非常に密でして、例えば紹介で来られた時に、まずstagingをその病院で最初にさせていただいて、治療の時だけ大学に来ていただくようにしていますから、先方の病院も患者さんをよくご存じなのです。

大江 実際に大学病院の先生がそちらの病院に行っておられるわけですね。

上岡 そうです。私たちの仲間がその病院に行っ

大江 そこが違うのですね。

西條 もう1度確認したいのですが、治験を含む臨床試験を外来で行っても、それほど不自由は感じないと考えていいですか。

大津 今はCRCがついていますから、不自由は感じませんね。

将来展望

西條 最後に今後の展望をうかがいたいと思います。いわゆる意識改革をして、がんの化学療法は外来で行うものであり、そのために体制を整えたいというご意見が強かったと思います。そこでこれを具体化していくにはどうしたらよいか、一言ずつお願いしたいと思います。

大津 私は経営のほうはわからないのですが、外来の化学療法は利益になるのでしょうか。

西條 利益になると思います。これは今後、数字を出していかなければいけないと思うのです。昨年に比べて今年は外来化学療法でこれだけ実績が上がったので、従って将来を見込んで化学療法に替えたらさらにこれだけ上がるというような見通しが立てば、外来化学療法という方向に結構動いていくのではないかと思うのですが、そういうデータがなければ厳しいと思います。

国立がんセンター中央病院で1泊入院があるのは、投与するのに6時間くらいかかるシスプラチンの投与が結構あるからです。シスプラチンとカルボプラチンの使い分けについては、どのようにお考えですか。

大江 シスプラチンを使うかカルボプラチンを使うかということは、好みがありますね。効果だけでいいますと、シスプラチンのほうがカルボプラチンよりも若干強力かなと思います。特に私たちは、Ⅲ期の非小細胞肺癌やLDの小細胞肺癌など、どちらかというところを指せるようなものにはカルボプラチンは使わずにシスプラチンを使うことが多いです。ですから、シスプラチンはもうしばらくは残るのではないかと思います。シスプラチンは外来治療ではなくて、短期の入院

になりますし、特にⅢ期の非小細胞肺癌やLDの小細胞肺癌で放射線と併用するような場合には、もう少し長期の入院になりますね。

西條 上岡先生、いかがですか。

上岡 私も同じ意見で、例えば尿路系の腫瘍など、シスプラチンのほうがよいと思われる腫瘍がありますから、シスプラチンは今でも絶対に必要な薬剤の1つであると思っています。シスプラチンを投与する場合は5日間くらいの入院が必要と思います。

大津 消化器のほうは若干変わってきています。特に胃がんで、以前に比べてシスプラチンの地位が低くなってきています。それは、イリノテカンやタキサンが導入されてきたということもあります。世界的に見ますと、食道がんは今でもシスプラチンが中心ですが、そのほかの消化器系のがんの場合は、現在はオキサリプラチンに替わってきています。

西條 オキサリプラチンは輸液はほとんどしなくていいのですね。

大津 輸液はほとんど必要ありません。ですから外来でできます。胃がんに関しても、シスプラチンがオキサリプラチンに替わったような併用療法が今いくつか出つつありますので、今後の推移によっては、置き換わる可能性はあります。食道がんに関しても同様です。

西條 そうですか。患者さんに説明するためのパンフレットなどの必要性はいかがでしょうか。

大津 それは非常に必要だと思います。治験を行っている時に感じたのですが、S-1の治験の時には手帳が作られて、治験の段階から、まだCRCがない時代から、手帳を使ってきちんとお話しして行ったことによって、コンプライアンスがかなりしっかり保てたということがありました。実際に外来の合間に説明することは時間的に制約がありますが、手帳をおわたしして読んでいただき、薬を飲んだ、飲まなかったということを日記のように記入していただくような欄もありまして、かなり有用だったと思います。

上岡 大学病院ではまだそういうお薬手帳のようなものは使っていませんが、今おうかがいすると非常によいものですね。

大津 副作用などが起きた時に、ある程度早い段階で連絡をいただくとよいのですが、かなり下痢がひどくてもそのまま自宅におられて、私どものところに見えた時点にはもうかなり危ない状態というようなことがあるので、それが外来治療の一番問題となるところです。特に下痢や発熱の場合は必ず連絡するように書いてあります。もちろんお話もしていますが。

上岡 入院化学療法とはそこが一番違うのですね。入院ですと患者さんに説明する時間がしっかりとれますが、外来ではそうはいかないうえに、医療者の目が届きにくいからです。

大津 そうです。入院の場合は何とでも対応できますが、外来の場合は患者さんから連絡が来ない限り対応ができませんので。

上岡 副作用への対応の仕方などについて、外来で患者さんに十分に説明できる時間があるかどうかということになりますね。

西條 先ほど話題になりました臨床腫瘍医ですが、現在はやはり絶対的に不足していると考えてよろしいですか。今後増えていく可能性はあるのでしょうか。

上岡 臨床腫瘍学を志している若者は大勢いると思うのですが、それをいかに教育できるかといえますと、今ははっきりいって教育システムが確立していません。そういうことを臨床腫瘍学会のほうできちんと示していただければ、それに沿って教育できると思います。

大津 われわれのところに来るレジデントの医師でも昔とはだいぶ変わってきてまして、国立がんセンター東病院では内視鏡とoncologyとを両方一緒にやっているものですから、かつてはどちらかという内視鏡を希望する人のほうが多かったのですが、今は多くの人から来た時からoncologyをやりたいといっています。やることもたくさんあって、興味を持つ方が増えてきたように思います。

西條 今年度から第3次対がん10ヵ年戦略で、専門医養成の班会議もできましたし、そういうものをうまく利用して、専門の知識と能力を持った臨床腫瘍医を飛躍的にふやすことが、恐らくこの数年間の大きな課題ではないかと思えます。

いろいろかがってきましたが、皆さんがそろっておっしゃいましたように、がん化学療法は今後は外来化学療法を中心にして行うということです、それにはいわゆるハードを、外来化学療法が

十分に行えるようなハードに変えていかなければいけないということが、今日の一番のご意見であったように思います。そしてそれに伴ってソフトの面を補強していけば、がんの化学療法はさらにスムーズに行えるようになるのではないかと、そしてそれは患者さんに還元されるのではないかと思えました。

本日はどうもありがとうございました。

臨床腫瘍専門医制度

【出席者】

(司会) 西條 長宏 Saijo Nagahiro
国立がんセンター東病院副院長

福岡 正博 Fukuoka Masahiro
近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門教授

原田 実根 Harada Mine
九州大学大学院医学研究院
病態修復内科学分野教授

大江裕一郎 Ohe Yuichiro
国立がんセンター中央病院特殊病棟部
13A 病棟医長

—— 司会者のことば

わが国には臨床腫瘍学がなく、各臓器別疾患の一部としてがんの教育や診療が行われてきた。これは内科学の一分野として臨床腫瘍学が存在しない(米国では内科学の約10%を占めている)ことによる。今後も独立した分野として認められ講座が各大学に造設される望みは少ない。

一方がんによる死亡は全死亡の1/3を超え国民の健康・福祉を考える上で極めて重要な問題となっている。このような状況下でわが国における臨床腫瘍学を発展させ患者に福音をもたらすためには卒後教育を充実させるしか方法がない。わが国の学会は教育のために従来必ずしも十分な役割を果たしてきたとは言えない。日本臨床腫瘍学会ではまずどうすれば臨床腫瘍学を統合的に教育しうるかを考えそれを具体化しようと試みつつある。教育のためには充実したカリキュラムが必要である。カリキュラムにそったセミナーや教育シンポジウムでその内容をカバーすることが必須と思われる。また教育指定病院での研修も必須である。その上でカリキュラムの内容をどの程度理解しえたか討議を行い、十分理論および実践能力をマスターした医師が専門医として認定される。カリキュラムもなく、セミナーも不十分なままで試験だけ行いようとする学会もあると聞くが、この過程をステップバイステップに行っているのが日本臨床腫瘍学会(JSMO)の専門医制度委員会である。JSMOでは臨床腫瘍専門医の育成をめざしコアカリキュラムの策定、カリキュラムに基づくセミナーの実行、暫定指導医の認定、臨床腫瘍専門医指導施設の認定など2005年に行われる第一回専門医認定試験のため足場をかためつつある。その必要性およびJSMOの戦略について福岡正博先生、原田実根先生、大江裕一郎先生に伺った。

(2004年4月7日東京にて収録)

* 日本臨床腫瘍学会(JSMO)の臨床腫瘍専門医制度についての情報は<http://jsmo.umin.jp/>で見ることができます。

司会（西條） 本日は“臨床腫瘍専門医制度”というテーマで座談会を行いたいと思います。

ご存じのように米国では内科学会が臨床腫瘍医を認定しておりまして、約9,000人の臨床腫瘍専門医と言われる人たちがいます。これは内科学全体のアクティビティーの10～15%を占めると見られています。

一方、日本では内科学の中に臨床腫瘍学がなかったために、臨床腫瘍専門医制度がありませんでした。しかし、最近様々な理由から、日本にとっても臨床腫瘍専門医が必須であると考えられるようになってきています。

そこで、臨床腫瘍学会の専門医制度委員会委員長の福岡正博先生、指導医審査部会部会長の原田実根先生、臨床腫瘍学会事務局長の大江裕一郎先生にご出席いただきまして、臨床腫瘍学会で現在、模索している臨床腫瘍専門医制度はどういうものであるか、あるいは、それがいつごろ、どのような形で実現するかについてお話を伺いたいと思います。

最初に福岡先生に、臨床腫瘍専門医の必要性とその背景についてお願いいたします。

● 臨床腫瘍専門医の必要性とその背景

福岡 日本の死亡原因の1/3を悪性腫瘍、つまり癌が占めています。癌という疾患に対する治療を向上させるためにも、薬物療法は不可欠であると思います。

しかしながら、わが国においては抗癌剤でがんを治

療する専門医が殆どいないのが現状です。一方で、抗癌剤に関連する様々の事件が起っています。例えば、抗癌剤の投与ミスが新聞等で報じられ、問題となっています。臨床腫瘍専門医がいないことが原因ではないかと大きく取り上げられているわけです。

さらに、日本の抗癌剤開発は欧米諸国に比べると遅れています。理由としては、臨床試験が遅れているわけですが、その原因の1つとして臨床試験を推進する専門医が少ないことが考えられます。わが国では、癌の専門医ではないものが癌治療に関わっているというケースが多いことが問題だと思います。

このような状況が臨床腫瘍専門医の必要性を映し出していると思います。

● 臨床腫瘍学会（JSMO）における臨床腫瘍専門医制度の位置付け

西條 日本臨床腫瘍学会（JSMO）の中で臨床腫瘍専門医制度を具体化しようとしています。どのような位置付けにとらえたらよいのか、福岡先生、解説していただけますか。

福岡 日本臨床腫瘍学会は1993年に研究会として発足しております。発足当時から、腫瘍に関する研究や遅れている臨床試験を推進しようということで始まりました。そして、もう1つの大きなテーマが臨床腫瘍医の育成です。臨床試験を推進するにも専門医が必要であることは先程も述べました。臨床腫瘍専門医の



司会 西條 長宏 氏



福岡 正博 氏

育成には、大学に臨床腫瘍講座を設立し、卒前、卒後教育を行うこと、そして専門医制度を確立し、優れた臨床腫瘍医を創生していくことが重要です。その意味では、本学会は重要な役割をになっていると考えます。

● 臨床腫瘍専門医・指導医・認定施設の条件

西條 臨床腫瘍専門医あるいはその指導医、認定施設を決めていく過程で、いろんな条件があると思います。これにつきまして、原田先生、どのような条件が整えば認定を与えてもいいとお考えでしょうか。

原田 日本臨床腫瘍学会が臨床腫瘍専門医制度を発足するに当たって、既にかなり具体的な規定をつくっています。それを紹介させていただきます。

2年以上臨床腫瘍学会の学会員であること。医師国家試験に合格後、2年の初期研修を終了した後に、5年以上の癌治療の臨床研修を行っていること。また、この臨床腫瘍専門医制度によって認定される施設において、本学会所定の研修カリキュラムに従って2年以上、臨床腫瘍学の臨床研修を行い、これを修了した者。各科の基本となる、例えば日本内科学会や日本外科学会などの認定医あるいは専門医の資格を有していること。

指導医に関しては、会員歴が3年以上であること。専門医取得後3年以上経過していること。さらに10年以上、癌治療に関する研究活動を行っていること、

及び癌薬物治療に関する十分な業績があること。そして、本学会発足時においては指導医はまだいませんので、指導医資格審査部会で認定し委嘱した暫定指導医を置くということが定められています。

認定研修施設については、これもかなり具体的に細かな条件が定められています。悪性腫瘍患者が常時20名以上入院し、年間、癌の薬物療法が30例以上施行されていること。院内の癌登録制度がなされていることが望ましいと記されています。2番目には、指導医1名、専門医1名以上が常勤し、指導責任者のもとに十分な指導体制がとられていること。3番目には、本学会の研修カリキュラムに基づく研修が可能であること。4番目は、施設IRBが機能していること。5番目は、癌薬物療法に精通した薬剤師がいること。6番目には、病理学会認定病理医が勤務していること。7番目には、緩和医療の体制が整っていること。8番目には、癌に関連した緊急事態に対応できる設備、例えばICUが設置されていること。このような条件が設定されていて、これを充足することが求められています

● 臨床腫瘍学会における臨床腫瘍専門医認定に至る過程・条件

西條 現在、日本臨床腫瘍学会ではその臨床腫瘍専門医を認定するに至る過程を歩んでいるところだと思いますが、どういう過程を経ればいいのかということについて、福岡先生お話し下さい。



原田 実根 氏



大江裕一郎 氏

福岡 2003年の3月にこの専門医制度の規則、それに基づく施行細則が決まりました、10月までに暫定指導医の申請を受け付けました。その後、2003年4月に暫定指導医の認定が行われましたので、今年の6月から、認定研修施設の申請を受け付けています。この認定研修施設で研修を受けた医師で先程の条件の整った人が、平成17年6月から、専門医の申請をされることとなります。この申請には3種以上（造血器腫瘍を含むことが望ましい）、30例のがん薬物治療の報告書が必要です。そして、平成17年11月に認定試験を行いまして、これに合格すると、いわゆる日本臨床腫瘍学会の専門医として認定されることとなります。

したがって、平成18年の本学会のときに認定が承認されるので、4月1日付で最初の臨床腫瘍専門医が誕生します。

● 専門医認定過程での問題点

西條 実務を担当している大江先生、現在は暫定指導医あるいは施設認定ということですが、専門医を認定する過程での問題点を具体的にお話し下さい。

大江 実際に我々が目指している専門医と、応募してくる一般の先生方が思っている専門医とでは、若干温度差があるような気がします。日本臨床腫瘍学会では癌の薬物療法を専門とする専門医を目指していますが、癌治療全体というもっと広い枠でとらえている応募者が結構おります。必ずしも癌の薬物療法に造詣が深いわけではない方も応募されているという問題があります。

● 暫定指導医とは？

西條 暫定指導医という話が出ていますが、どうして暫定なのかということについて、原田先生お話し下さい。

原田 臨床腫瘍専門医をつくるに当たって、暫定的に専門医を指導する役割を果たす人をつくろうということになりました。あくまでも暫定ですので、暫定指導医と呼ぶことになりました。条件としては、10年以上、癌治療に関する研究活動を行っていることと癌薬物療法に関する十分な業績があるということです。さ

らに日本臨床腫瘍学会評議員2名の推薦が必要です。

● 暫定指導医の数と妥当性

西條 暫定指導医を認定してきたわけですが、実際にどれぐらいの応募があって、その過程でどういう問題点があったのでしょうか。大江先生お話し下さい。

大江 今回、450名の先生方から暫定指導医に応募があり、平成16年4月1日付で443名の先生を暫定指導医として認定しました。現在、平成16年度の応募を受け付けておりますが約700名の申請があります。

福岡 選定する際に問題になったのは、臨床経験は豊かなのですが、薬物療法に関する論文がない方、すばらしい論文があるけれども、臨床経験は乏しい方が応募してきた点です。結果的には、前者で論文がないので認定されなかった方が何人かおられました。

西條 この400～500名という数字は日本の臨床腫瘍学から考えていかがですか。妥当と思われますか。

福岡 大学附属病院、がんセンター、全癌協病院そして癌拠点病院などを中心に考えますと約150施設ぐらいが認定研修施設として必要になるんじゃないかと思えます。そう考えると、今の450名と本年はさらに多数の方が申請されそうなので暫定指導医は予定以上に多いように思います。

● 臨床腫瘍学会における臨床腫瘍専門医認定のためのカリキュラム

西條 カリキュラムの点については、福岡先生いかがでしょうか。

福岡 私は教育プログラム部会長も兼ねておりますが、研修カリキュラムについて検討している最中です。現在、ASCO（米国臨床腫瘍学会）とESMO（ヨーロッパ臨床腫瘍学会）のメディカルオンコロジーのグローバルコアカリキュラムが提案されています。本学会の研修カリキュラムもこのグローバルコアカリキュラムに基づいて作成することになっています。

カリキュラムの内容ですが、総論として疫学、発癌要因、予防、スクリーニング、統計学、分子生物学、病態、病理、治療学総論、支持療法、緩和療法、各論として全身の臓器がんの管理、治療、そして、がんの心理社会的側面、患者とのコミュニケーション、イン

フォームドコンセント、臨床腫瘍に必要な技術までの知識を身につけてもらうことになっています。

これから内容を具体化して、これらが実行できる施設を認定するというようにしたいと思います。他の学会のカリキュラムに比べると、かなり充実したものになると思っております。

西條 実際セミナー等をやられて、出席状況や応募状況はどうなっていますか。

大江 第1回目の教育セミナー、Aセッションを去年の夏に開催しています。その時は300名の参加者がありました。会場に入りきれずにお断りした方が数十名出ております。そこで今回は、会場をもう少し大きくして、総会の前日にBセッションをしましたが、やはり100名以上の方をお断りしました。参加者は演者などを入れると500名近くになりました。

西條 仮に人数制限がないとすれば、どれくらい集まったでしょうか。

大江 今回の応募が600人弱です。それでも10日ぐらいで定員に達してしまいましたので、その段階でインターネットに募集を締め切ったという告知を出しました。また、企業関係の方が何名か出席を希望していましたが、企業関係の方にあまり多く来られるのも会の趣旨に合わないということでご辞退いただいたという経緯もあります。やはり600人は超えると思います。

● 臨床腫瘍専門医の人数と妥当性

西條 では、実際に将来目指す臨床腫瘍専門医の人数について考えてみたいと思います。アメリカが9,000人位で安定しています。そういうことを勧告すると、日本ではどれぐらいの人数が妥当でしょうか。

大江 今、癌で亡くなる方が年間で30万人です。仮に3分の1～半分位の方が化学療法を受けられているとすると、年間10万人～15万人位の人数になるわけです。恐らく1人の専門医が年間ケアできる患者数は最大でも100人でしょう。そうすると1,500～2,000人は最低でも必要になってくると思います。

福岡 ESMOの専門医が2,500人です。ヨーロッパの人口は日本よりも多いということもありますが、やはり1,500～2,000人は最低必要ではないかと思いま

す。

西條 現在、日本臨床腫瘍学会の会員の数が約2,200人です。毎日約10名の加入申し込みがありますが、もう少し増える必要がありますね。

● 臨床腫瘍専門医制度のための面接試験とは？

西條 認定試験についてですが、筆記の他に面接試験も実施するんですね。

福岡 臨床腫瘍専門医の試験を受けられる条件として、30例の腫瘍について経験し、内訳も3種類以上で造血器癌を含むことが望ましいというハードな設定になっています。本当にこれらを経験しているのかどうかというところを面接でも見極めようということです。

原田 30例の病歴の中でどういう症例を経験したかを病歴サマリーという形で提出してもらい、それを評議員が査読するというシステムも必要ではないかと思えます。

● 臨床腫瘍専門医標榜の条件

西條 実際、臨床腫瘍専門医制度を導入するというのを臨床腫瘍学会が提案してから、会員数も急に増えてきています。臨床腫瘍専門医標榜の条件についてはいかがですか。

福岡 今まで専門医というのは標榜できなかったんですが、平成14年に大臣告示で厚生労働省が専門医の交付に関する緩和として、標榜の条件を出しました。そこで各学会が一斉に条件を整備しようとしています。

条件としては、1.法人格を有している団体であること、2.会員数が1,000人以上でその8割が医師であること、3.認定試験が行われているということ、4.更新制度が実施されていること、5.専門医の名簿が公表されていること、などがあります。日本臨床腫瘍学会では、これらの具体的な条件が揃えられると思いますので、臨床腫瘍専門医の認定を取ろうという人が非常に増えていると思います。

アメリカでは認定された医師が開業して癌の化学療法を盛んに行っております。日本でも将来、臨床腫瘍専門医が全国に広がることを期待しています。