

大学における効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

分担研究者 杉山 徹 岩手医科大学医学部 産科婦人科学教室 教授

研究要旨

すべての医学生に「モデル・コア・カリキュラム」の中で増加するがんに対する横断的・系統的なプライマリーケアとしての理解の充実、さらに「がん専門医」を目指す医学生に対して「がん専門医を目指すための特化した卒前教育」の充実が重要である。このためには学生教育の早い段階から、「腫瘍学」の課題でのPBL-Tutorialを設け、がんのbiologyとともに標準的な治療、実験的な治療の検索ができるようにすべきことが明らかにされた。

A. 研究目的

本研究では、1) 卒前教育として腫瘍学の基礎(生物学、病因、疫学等)や総論(手術、放射線、抗癌剤、支持療法・緩和療法)を臓器横断的に学べるシステムの構築を目指し普及を図る。これが機能してこそ、卒後教育の中で質の高いがん専門医の育成ができる。2) 卒後教育として産科婦人科学会専門医の中からさらにトレーニングを進め、婦人科腫瘍学会専門医を軸に臨床腫瘍学会専門医、癌治療学会専門医との相互関係を築き、効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法を研究する。

B. 研究方法

1) プライマリーケア医の育成を念頭においた現行の「モデル・コア・カリキュラム」をがん医療の観点から見直しを図り、今後重要性を増すがん治療専門医の育成に繋がる方策を検討する。

2) 卒前教育として医学部入学時よりのProblem-based learning (PBL)-Tutorial Sessionのがん分野の充実を図る。

C. 研究結果

現行の「モデル・コア・カリキュラム」では C. 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療に関して分野別に縦断的な学習形式が示されている。がんは遺伝子の多重変異として発症することを考えると、D. 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療として「腫瘍」という項目を通じて横断的な理解を促進することで、臨床腫瘍医としてがん患者へのプライマリーケアが可能になると考えられる。癌遺伝子、抑制遺伝子をはじめ、腫瘍の発生・増殖に関与する因子や腫瘍マーカーは統合して学ぶ必要がある。さらにがんを用い

られる薬剤は共通点が多く、その使用も通常の薬剤よりその作用機序や効果への理解が必要である。

問題解決への教育として、PBL-Tutorial の腫瘍に関する課題を「腫瘍学」として充実させ、がんのbiologyとともに標準的な治療、実験的な治療の検索ができるようにすべきである。

D. 考察

すべての医学生に「モデル・コア・カリキュラム」の中で増加するがんに対する横断的・系統的なプライマリーケアとしての理解の充実、さらに「がん専門医」を目指す医学生に対して「がん専門医を目指すための特化した卒前教育」の充実が重要である。このためには学生教育の早い段階から、「腫瘍学」の課題でのPBL-Tutorialを設け、がんのbiologyとともに標準的な治療、実験的な治療の検索ができるようにすべきである。

E. 結論

PBL-Tutorial から「モデル・コア・カリキュラム」での腫瘍学としての横断的な教育システムの構築が必要である。

G. 研究発表

I. 論文発表

1. Tsuda N, Mochizuki K, Harada M, Sukehiro A, Kawano Koichiro, Yamada A, Ushijima K, Sugiyama T, Nishida T, Yamada H, Itoh K, Kamura T. :Vaccination with pre-designated or evidence-based peptides for patients with recurrent gynecologic cancers. J Immunother 27 :60-72,2004
2. Hachisuga T, Saito T, Kigawa J, Ohwada M, Yamazawa K, Yasue A, Iwasaka T, Sugiyama T, Kita T, Nagai N. Clinicopathologic study of 56

patients with endometrial cancer during or after adjuvant tamoxifen use for their breast cancers. *Gynecol Oncol* 95:139-144,2004.

3. 杉山徹:エビデンスに基づいた癌化学療法ハンドブック(監修 有吉寛)、メデイカルレビュー社、108-109,2004

4.杉山徹:卵巣腫瘍・卵管腫瘍. NEW エッセンシャル産科学・婦人科学(池ノ上克、鈴木秋悦、高山雅臣、豊田長康、廣井正彦、八重樫伸生編)、231-239,2004

5.杉山徹:オンコロジストはこう治療している 婦人科がん診療と化学療法 (杉山徹 編)、ブアンメデイカル(東京)、p31-41、p67-73、p108-120、p145-150、p156-214、2004

6.井筒俊彦、吉崎陽、杉山徹. 14. 産婦人科領域. クリニカル PET の最前線 (クリニカル PET 編集委員会編)、先端医療技術研究所、p132~135、2004.

7.杉山徹、吉崎陽、川原寿緒:卵巣癌に対する second-line 化学療法.産婦人科の実際 53(1):19-29, 2004

8.杉山徹、寺内文敏、小見英夫:産婦人科手術時の合併症軽減のために 進行卵巣癌. 産婦人科の実際 53(3):391-400,2004

9.杉山徹:漢方 卵巣がん. 週間朝日 4/5 増刊号 p59, 2004

10.杉山徹: 卵巣がん治療の CONTROVERSY (4) 初回化学療法の選択-組織型別にレジメンを変えるべきか?-産科と婦人科 71(9):1160-1164、2004

11. 杉山徹:セカンドライン化学療法の現状と問題点. 臨床婦人科産科 58:1251-1255,2004

12.山田秀和、杉山徹. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌の診断と治療-最新の研究動向- 卵巣癌の治療 化学療法—概論— 日本臨床 62 (増刊号):540-545, 2004.

13.杉山徹、井筒俊彦. 子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌の診断と治療-最新の研究動向- 子宮体癌の治療 ホルモン療法—概論— 日本臨床 62 (増刊号):370-374, 2004

14.杉山徹: 性器がんと漢方. 産婦人科治療 89: 421-426,2004.

Cancer Society Meeting, Edinburgh ,UK, (2004.10)

3. Sugiyama T. What is the choice of treatment most beneficial for patients with chemoresistant ovarian cancer. The 10th Biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting, Edinburgh ,UK, (2004.10)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定含) なし

II. 学会発表

1. 杉山徹:子宮癌(頸癌・体癌):日本臨床腫瘍学会(教育セミナー)東京(2004.3)

2. Sugiyama T. The Japanese experience-focus at clear/ cell carcinoma. The 10th Biennial International Gynecologic

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
日本胃癌学会、佐々木常雄ほか	胃癌治療ガイドライン 医師用 2004年4月改訂第2版	日本胃癌学会	胃癌治療ガイドライン 医師用 2004年4月改訂第2版	金原出版	東京	2004	
日本胃癌学会、佐々木常雄ほか	胃癌治療ガイドライン 一般用 2004年12月改訂第2版	日本胃癌学会	胃癌治療ガイドライン 一般用 2004年12月改訂第2版	金原出版	東京	2004	
片井 均	臨床腫瘍医に関連した教育の現状と本ガイドラインの意義	片井均	がん診療ガイドライン	メジカルフレンド社	東京	2005	1-5
木澤義之	Whole Patient Assessment緩和医療初診時の包括的評価—	池永昌之、木澤義之	総合診療ブックスギア・チェンジ緩和医療を学ぶ21会	医学書院	東京	2004	24-37
佐伯俊昭	乳癌化学療法の最近動向と副作用対策	有吉寛	エビデンスに基づいた癌化学療法ハンドブック	メディカルレビュー社	東京	2004	126-136
佐伯俊昭	術前補助化学療法	霞富士雄	乳癌治療のコツと落とし穴	中山書店	東京	2004	54-55
佐伯俊昭	乳癌診療用クリニカルパスを中心としたインフォームドコンセント効率的取得のための工夫	佐野宗明 高塚雄一		金原出版	東京	2004	61-82
佐伯俊昭	乳がん	有吉寛 高嶋成光	高齢者のがん医療	ヘスコインターナショナル	東京	2004	1-21
医学系教育基準検討委員会		佐藤登志郎	医学教育にかんする基準	大学基準協会	東京	2005	1-34
神津忠彦	がん患者(およびその家族)の面接と診療	片井均	がん診療ガイドライン	メジカルフレンド社	東京	2005	19-21
神津忠彦	緩和医療	片井均	がん診療ガイドライン	メジカルフレンド社	東京	2005	53-54
神津忠彦	Evidence-based Medicine	片井均	がん診療ガイドライン	メジカルフレンド社	東京	2005	55
神津忠彦	医療経済	片井均	がん診療ガイドライン	メジカルフレンド社	東京	2005	59
江口研二	胸部X線写真・胸部CT検査異常とその対応	小川哲平、猿田亮男、田村政紀編	健診・人間ドックハンドブック	中外医学社	日本	2005	175-81
江口研二	肺癌診療におけるQuality of life (QOL) の評価	工藤翔二、中田絃一郎、貫和敏博編	呼吸器疾患最新の治療 2004-2006	南江堂	日本	2005	48-51

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ohe Y, Niho S, Kakinuma R, Kubota K, Ohmatsu H, Goto K, Nokihara H, Kunitoh H, Saijo N, 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, Ohe Y, Tamura T, Kodama T, Saijo N.	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, Ohe Y, 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, Ohe Y, Tamura T, Kodama T, Saijo N.	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, Ohe Y, Kusumoto M, Tateishi U, Yamamoto S, Nokihara H, Yamamoto N, Sekine I, Kunitoh H, Tamura T, Kodama T, Saijo N.	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, Ohe Y, Niho S, Goto K, Ohmatsu H, Kubota K, Kakinuma R, Nishiwaki Y, Nokihara H, Sekine I, Saijo N, 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
Goto K, Sekine I, Nishiwaki Y, Kakinuma R, Kubota K, Matsumoto T, Ohmatsu H, Niho S, Kodama T, Shinkai T, Tamura T, Ohe Y, Kunitoh H, Yamamoto N, Nokihara H, Yoshida K, Sugiura T, Matsui K, Saijo N	Multi-institutional phase II trial of irinotecan, cisplatin, and etoposide for sensitive relapsed small-cell lung cancer.	Br J Cancer	94	659-665	2004
Sekine I, Noda K, Oshita F, Yamada K, Tanaka M, Yamashita K, Nokihara H, Yamamoto N, Kunitoh H, Ohe Y, Tamura T, Kodama T, Sumi M, Saijo N	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
Ohe Y.	Chemoradiotherapy for lung cancer: current status and perspectives.	Int J Clin Oncol	9	435-443	2004
Ohe Y.	Negoro S, Matsui K, Nakagawa K, Sugiura T, Takada Y, Nishiwaki Y, Yokota S, Kawahara M, Saijo N, Fukuoka M, 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	2004
Yamamoto N, Tamura T, Murakami H, Shimoyama T, Nokihara H, Ueda Y, Sekine I, Kunitoh H, Ohe Y, Kodama T, Shimizu M, Nishio K, Ishizuka N, Saijo N.	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	1061-1069	2005

Ishikura S, Ohe Y, 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
Hichiya H, Tanaka-Kagawa T, Soyama A, Jinno H, Koyano S, Katori N, Matsushima E, Uchiyama S, Tokunaga H, Kimura H, Minami N, Katoh M, Sugai K, Goto YI, Tamura T, Yamamoto N, Ohe Y, Kunitoh H, Nokihara H, Yoshida T, Minami H, Saijo N, Ando M, Ozawa S, Saito Y, Sawada JI.	Functional Characterization of Five Novel CYP2C8 Variants, G171S, R186X, R186G, K247R and K383N, Found in a Japanese Population.	Drug Metab Dispos		(in press)	2005
西條 長宏、福岡 正博、原田 実根、大江裕一郎	臨床腫瘍専門医制度	Cancer Frontier	6	6-12	2004
加藤晃史、大江裕一郎	肺がん	今月の治療	12	63-65	2004
貫和敏博、大江裕一郎、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
加藤晃史、大江裕一郎.	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、大江裕一郎	III期非小細胞肺癌の治療選択.	Lung Cancer Today 2004	春号	10-12	2004
西條長宏、大津 敦、上岡 博、大江裕一郎	がんの外來化学療法	MEDICO	35	263-272	2004
加藤晃史、大江裕一郎	日本における大規模比較臨床試験.	治療学	38	657-661	2004
高野利実、大江裕一郎.	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
Takahashi, T., Sasaki, T., et al.,	Nonmyeloablative allogeneic stem cell transplantation for patients with unresectable pancreatic cancer	Pancreas	28	65-69	2004
佐々木常雄	再発・進行胃癌に対する新しい多剤併用療法 LV/5-FUを含む胃癌の多剤併用療法	癌と化学療法	31	1952-1956	2004
佐々木常雄	胃癌治療ガイドライン改訂について	癌と化学療法	31	1947-1951	2004
佐々木常雄	第三章 胃癌の治療 5.化学療法(1)総論	臨床消化器内科	19	904-912	2004
佐々木常雄	胃癌対策最前線 ガイドラインからみた胃癌治療対策	Frontiers in Gastroenterology	9	42-47	2004
佐々木常雄	胃癌へのアプローチ その2 胃癌治療ガイドライン その有用性と問題点・最新の治療法をめざして	Medical Practice	21	14-21	2004
佐々木常雄	エビデンスとガイドライン 胃癌治療のガイドライン・改訂版について	最新医学	59	210-218	2004
Araki K, Wang B, Miyashita K, Cui Q, Ohno S, Baba H, Zhang RG, Sugimachi K, Maehara Y, Oda S.	Frequent loss of heterozygosity but rare microsatellite instability in oesophageal cancer in Japanese and Chinese patients.	Oncology	67(2)	151-158	2004
Takeuchi H, Tsuji K, Ueo H, Kano T, Maehara Y.	Clinicopathological feature and long-term prognosis of apocrine carcinoma of the breast in Japanese women.	Breast Cancer Res Treat	88(1)	49-54	2004
Osoegawa A, Yoshino I, Tanaka S, Sugio K, Kameyama T, Yamaguchi M, Maehara Y.	Regulation of p27 by S-phase kinase-associated protein 2 is associated with aggressiveness in non-small-cell lung cancer.	J Clin Oncol	22(20)	4165-73	2004
Yamamoto M, Baba H, Kakeji Y, Endo K, Ikeda Y, Toh Y, Kohnoe S, Okamura T, Maehara Y.	Prognostic significance of tumor markers in peritoneal lavage in advanced gastric cancer.	Oncology	67(1)	19-26	2004

Maehara S, Tanaka S, Shimada M, Shirabe K, Saito Y, Takahashi K, Maehara Y.	Selenoprotein P, as a predictor for evaluating gemcitabine resistance in human pancreatic cancer cells.	Int J Cancer	112(2)	184-9	2004
Yoshino I, Yamaguchi M, Okamoto T, Ushijima C, Fukuyama Y, Ichinose Y, Maehara Y.	Multimodal treatment for resectable epithelial type malignant pleural mesothelioma.	World J Surg Oncol	2(1)	11	2004
Kimura Y, Oda S, Egashira A, Kakeji Y, Baba H, Nakabeppu Y, Maehara Y.	A variant form of hMTH1, a human homologue of the E coli mutT gene, correlates with somatic mutation in the p53 tumour suppressor gene in gastric cancer patients.	J Med Genet	41(5)	e57	2004
Itoh S, Maeda T, Shimada M, Aishima S, Shirabe K, Tanaka S, Maehara Y.	Role of expression of focal adhesion kinase in progression of hepatocellular carcinoma.	Clin Cancer Res	10(8)	2812-2817	2004
Maruyama R, Sugio K, Yoshino I, Maehara Y, Gazdar AF.	Hypermethylation of FHIT as a prognostic marker in nonsmall cell lung carcinoma.	Cancer	100(7)	1472-1477	2004
Shirabe K, Shimada M, Tsujita E, Aishima S, Maehara S, Tanaka S, Takenaka K, Maehara Y.	Prognostic factors in node-negative intrahepatic cholangiocarcinoma with special reference to angiogenesis.	Am J Surg	187(4)	538-542	2004
Wu, X. X., O. Ogawa, Kakeji Y	Sensitization of human renal cell carcinoma cell lines to TRAIL-induced apoptosis by anthracyclines.	Int J Urol	11(3)	164-170	2004
Taoka R, Tsukuda F, Ishikawa M, haba R, Kakeji Y.	Association of prostatic inflammation with down-regulation of macrophage inhibitory cytokine-1 gene in symptomatic benign prostatic hyperplasia.	J Urol	171(6)	2330-2335	2004
Takahashi, A., T. Tsukamoto, K. Tobisu, N. Shinohara, K. Sato, Y. Tomita, S. Komatsubara, O. Nishizawa, T. Igarashi, H. Fujimoto, H. Nakazawa, H. Komatsu, Y. Sugimura, Y. Ono, M. Kuroda, O. Ogawa, Y. Hirao, T. Hayashi, T. Tsushima, Y. Kakeji, Y. Arai, S.	Radical cystectomy for invasive bladder cancer: results of multi-institutional pooled analysis.	Jpn J Clin Oncol	34(1)	14-19	2004
篁 善行.	特集「癌治療専門医制度を考えるー国民に	癌の臨床	印刷中	印刷中	印刷中
篁 善行	特集ー泌尿生殖器腫瘍の新しい癌化学療法. 泌尿器生殖器腫瘍に対する分子標的治療の可能性	Urology View	2(6)	104-109	2004
篁 善行、乾 政志.	特集ー高齢者のがん治療戦略とがん看護 (1) 高齢者泌尿器がんに対する治療戦略.	がん看護	9(1)	31-34	2004
篁 善行	PSA時代の前立腺癌に対する待機療法	泌尿器外科	17(8)	828-836	2004
桑田善弘、島田 治、佃 文夫、乾 政志	科学的QOL解析遂行にあたっての問題点:	西日泌尿	66	222-225	2004
武田繁雄、島田 治、佃 文夫、乾 政志、桑田善弘、篁 善行、三谷昌弘、高島 均.	マーカー金球によるー補正を併用した前立	泌尿紀要	50	611-616	2004
Ohe Y, Negoro S, Matsui K, Nakagawa K, Sugiura T, Takada Y, Nishiwaki Y, Yokota S, Kawahara M, Saijo N, Fukuoka M, Ariyoshi Y.	Phase I-II study of amrubicin and cisplatin in previously untreated patients with extensive-stage small-cell lung cancer.	Ann Oncol		in press	2005

Yamamoto N, <u>Fukuoka M</u> , Negoro S, Nakagawa K, Saito H, Matsui K, Kawahara M, Senba H, Takada Y, Kudoh S, Nakano T, Katakami N, Sugiura T, Hosono T, Ariyoshi Y. for the West Japan Thoracic Oncology Group.	Randomized phase II study of docetaxel/ cisplatin versus docetaxel/ irinotecan in advanced non-small cell lung cancer: a West Japan Thoracic Oncology Study (WJTOG9803).	Br J Cancer	90	87-92	2004
Kurata T, Tamura K., Kaneda H, Nogami T, Uejima H, Asai G, Nakagawa K, <u>Fukuoka M</u> .	Effect of re-treatment with gefitinib ('Iressa', ZD1839) after acquisition of resistance.	Ann Oncol	15	173-174	2004
Kurata T, Tamura K, Yamamoto N, Nogami T, Satoh T, Kaneda H, Nakagawa K, <u>Fukuoka M</u> .	Combination phase I study of nedaplatin and gemcitabine for advanced non-small-cell lung cancer.	Br J Cancer	90	2092-2096	2004
Kaneda H, Tamura K, Kurata T, Uejima H, Nakagawa K, <u>Fukuoka M</u> .	Retrospective analysis of the predictive factors associated with the response and survival benefit of gefitinib in patients with advanced non-small-cell lung cancer.	Lung Cancer	46	247-254	2004
Herbst RS, <u>Fukuoka M</u> , Baselga J.	Timeline: Gefitinib—a novel targeted approach to treating cancer.	Nat Rev Cancer	4	956-965	2004
Kakiuchi S, Daigo Y, Ishikawa N, Furukawa C, Tsunoda T, Yano S, Nakagawa K, Tsuruo T, Kohno N, <u>Fukuoka M</u> , Sone S, Nakamura Y.	Prediction of sensitivity of advanced non-small cell lung cancers to gefitinib (Iressa, ZD1839).	Hum Mol Genet	13	3029-3043	2004
<u>Saijo N</u> .	What are the reasons for negative phase III trials of molecular-target-based drugs?	Cancer Science	95(10)	772-776	2004
Sekine I, Nokihara H, Horiike A, Yamamoto N, Kunitoh H, Ohe Y, Tamura T, Kodama T, <u>Saijo N</u> .	Phase I study of cisplatin analogue nedaplatin (254-S) and paclitaxel in patients with unresectable squamous cell	Br. J. Cancer	90	1125-1128	2004
<u>Saijo N</u> , Horiike	A. Topoisomerase I inhibitors in small-cell lung cancer, The Japanese experience.	Oncology	18(7) suppl 4	11-16	2004
Sekine I, Yamamoto N, Kunitoh H, Ohe Y, Tamura T, 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. Reviews	30	359-368	2004
Takano T, Ohe Y, Kusumoto M, Tateishi U, Yamamoto S, Nokihara H, Yamamoto N, Sekine I, Kunitoh H, Tamura T, 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, Ohe Y, 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 patients: Why is toxicity increased in elderly patients?	J. Clin. Oncol.	22(14)	2901-2908	2004
Sekine I, Noda K, Oshita F, Yamada K, Tanaka M, Yamashita K, Nokihara H, Yamamoto N, Kunitoh H, Ohe Y, Tamura T, 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(8)	691-695	2004
Goto K, Sekine I, Nishiwaki Y, Kakinuma R, Kubota K, Matsumoto H, Ohmatsu H, Niho S, Kodama T, Shinkai T, Tamura T, Ohe Y, Kunitoh H, Yamamoto N, Nokihara H, Yoshida K, Sugiura T, Matsui K and <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
Taguchi F, Koh Y, Koizumi F, Tamura T, <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

Suzuki k, Tsuchiya R, et al,	Combined Resection of Superior Vena Cava for Ling Cancer Carcionoma: Prognostic Significance of Patterns of Superior Vena Cava Invasion	Ann Thorac Surg	78	1184-1189	2004
Watanabe S, Tsuchiya R, et al,	Recent Results of Postoperative Mortality for Surgical Resections in Lung Cancer.	Ann Thorac Surg	78	999-1003	2004
Ishikura S, Ohe Y, et al.	A phase II study of hyperfractionated accelerated radiotherapy (HART) following induction cisplatin (CDDP) and vinorelbine (VNR) for stage III non-small cell lung cancer (NSCLC).	Int J Radiat Oncol Biol Phys			2005; (in press)
石倉 聡	肺癌治療における放射線治療の位置づけ	現代医療	36	137-140	2004
石倉 聡	放射線治療の品質管理・品質保証	Cancer Frontier	6	113-117	2004
木澤義之	特集: 肺癌の緩和医療, 終末期医療のポイント	日本胸部臨床	第64巻, 第1	43-48	2005
木澤義之	一般病院における研修医教育の実際と展望	緩和ケア	第15巻, 第1	16-21	2005
木澤義之	緩和医療教育のビジョンと文献	緩和ケア	第15巻, 第1	40-41	2005
木澤義之, 松本俊子, 池田徹, 中村明澄,	座談会 緩和ケアでの医療者の卒前教育・卒後臨床におけるポイントは何か	緩和ケア	第15巻, 第1	44-48,	2005
久永貴之, 木澤義之	疼痛緩和において必要なツール, 検査とその意義	今月の治療	voll2, No.9,	41-44	2004
佐伯 俊昭	乳がんの治療後早期閉経 更年期障害の治療法は?	きょうの健康	193	139	2004
佐伯 俊昭	乳がんの標準的薬物治療の普及を目指して一厚生労働省化学研究費補助金による化学的根拠に基づくガイドライン	医療	58	278-283	2004
佐伯 俊昭	乳癌化学療法 of 最近の動向と副作用対策	エビデンスに基づいた化学療法ハンドブック		126-137	2004
佐伯 俊昭	外来がん化学療法の副作用対策	外科治療	91	246-253	2004
佐伯 俊昭	インフォームド・コンセント取得における2段階式 乳癌診療用クリニカルパスの有用性	乳癌の臨床	19	97-102	2004
佐伯 俊昭	「標準的治療」とは	毎日ライフ	2	50-57	2004
佐伯 俊昭	外来化学療法と治験における医師・薬剤師・看護師の連携	薬局	55	90-96	2004
佐伯 俊昭	更年期障害の治療法は?	NHK今日の健康	4	139	2004
佐伯 俊昭	(特集 臨床医のための新薬の知識2004) 代謝拮抗薬 カベシタピン	臨床と薬物治療	23	73-75	2004
佐伯 俊昭	進行・再発乳癌に対するS-1の後期臨床第II相試験	癌と化学療法	31	539-547	2004
佐伯 俊昭	(特集 婦人科がんのリスクファクター) 10. 乳がんのリスクファクター	産科と婦人科	71	77-82	2004
佐伯 俊昭	ネオアジュバンド療法一薬剤選択とその根拠	臨床外科	59	1117-1122	2004
佐伯 俊昭	(特集 癌治療におけるCapecitabine) Capecitabine (ゼローダR) 臨床試験のEvidencと日常診療における使用法	癌治療と宿主	16	73-75	2004
神津忠彦	医学教育におけるファカルティ・ディベロップメントのあり方	JMEF	24号	107-116	2004
神津忠彦	クリニカル・クラークシップ	Clinician	51巻	37-42	2004

T. Seto, Y. Takezaka, H. Nakamura, K. Takeda, F. Inoue, H. Semba, K. Eguchi	Doublet regimen of cisplatin plus docetaxel for second-line chemotherapy after prior therapy with cisplatin plus irinotecan for non-small cell lung cancer: a phase II study.	Int J Clin Oncol	9	378-82	2004
T. Saeki, K. Eguchi, S. Takashima, T. Sugiura, T. Hida, N. Horikoshi, K. Aiba, T. Kuwabara, M. Ogawa	Phase I and pharmacokinetic study of KW-2170, a novel pyrazoloacridone compound, in patients with malignant tumors.	Cancer Chemother Pharmacol	54	459-68	2004
A Hiraki, H Ueoka, I Takata, K Gemba, A Bessho, Y Segawa, K Kiura, K Eguchi, T Yoneda, M Tanimoto, M Harada	Hypercalcemia-leukocytosis syndrome associated with lung cancer.	Lung Cancer	43	301-7	2004
R Kakinuma, H. Ohmatsu, M. Kaneko, M. Kusumoto, J. Yoshida, K. Nagai, Y. Nishiwaki, T. Kobayashi, R. Tsuchiya, H. Nishiyama, E. Matsui, K. Eguchi, N. Moriyama,	Progression of Focal Pure Ground-Glass Opacity Detected by Low-Dose Helical Computed Tomography Screening for Lung Cancer.	J Comput Assist Tomogr	28	17-23	2004
江口研二	肺癌検診の現状と問題点	日本医事新報社	4178	1-9	2004
江口研二	肺癌の治療戦略 肺癌	Medical Practice	21	1208-1218	2004
江口研二	呼吸器疾患の胸部単純X線写真見落としのない読影のポイント 肺癌	診断と治療	92	653-658	2004
Suzumiya J, Suzushima H, Maeda K, Okamura S, Utsunomiya A, Shibuya T, Tamura K, Kyushu Hematology Organization For Treatment Study Group	Phase I study of the combination of irinotecan hydrochloride, carboplatin, and dexamethasone for the treatment of relapsed or refractory malignant lymphoma	Intern J Hematol	79		2004
Tamura K, Imajo K, Akiyama N, Suzuki K, Urabe A, Ohyashiki K, Tanimoto M, Masaoka T and the Japan Febrile Neutropenia Study Group	Randomized trial of cefepime monotherapy or cefepime in combination with amikacin as empirical therapy for febrile neutropenia.	Clin Infect Dis	39(Sup pl 1)	s15-s24	2004
河野理子、宇都宮與、松岡 均、河野 文夫、池田終一、和泉洋一郎、塚田順一、渋谷恒文、岡村精一、鶴池直邦、長野光之、田村和夫。	九州血液疾患治療研究グループ(K-HOT)による血液疾患登録	臨床血液	45	478-480	2004
白濱重敏、有富貴道、竹尾貞徳、安藤公英、若松信一、熊川みどり、一瀬一郎、田村和夫	非小細胞肺癌既治療例に対するPaclitaxel 週1回投与のPilot Study	癌と化学療法	31	2133-2137	2004
Tsuda N, Mochizuki K, Harada M, Sukehiro A, Kawano Koichiro, Yamada A, Ushijima K, Sugiyama T, Nishida T, Yamada H, Itoh K, Kamura T	Vaccination with pre-designated or evidence-based peptides for patients with recurrent gynecologic cancers.	J Immunother	27	60-72	2004
Hachisuga T, Saito T, Kigawa J, Ohwada M, Yamazawa K, Yasue A, Iwasaka T, Sugiyama T, Kita T, Nagai N.	Clinicopathologic study of 56 patients with endometrial cancer during or after adjuvant tamoxifen use for their breast cancers.	Gynecol Oncol	95	139-144	2004
清水正彦、原敬二郎、杉山徹	更年期障害にみられた難治性外陰部自発痛に対する桂枝茯苓丸の臨床効果と病態に関する東洋医学的一考察。	産婦人科漢方研究のあゆみ	21	108-110	2004
杉山徹、吉崎陽、川原寿緒	卵巣癌に対するsecond-line化学療法	産婦人科の実際	53(1)	19-29	2004
杉山徹、寺内文敏、小見英夫	産婦人科手術時の合併症軽減のために進行卵巣癌。	産婦人科の実際	53(3)	391-400	2004
杉山徹	漢方 卵巣がん	週間朝日	4/5増刊号	59	2004

杉山徹	卵巣がん治療のCONTROVERSY (4) 初回 化学療法を選択-組織型別にレジメンを 変えるべきか?	産科と婦人科	71(9)	1160-1164	2004
杉山徹	セカンドライン化学療法の現状と問題点	臨床婦人科産科	58(10)	1251-1255	2004
山田秀和、杉山徹	子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌の診断と治療 -最新の研究動向- 卵巣癌の治療 化学 療法-概論-	日本臨床	62 (増 刊号)	540-545	2004
杉山徹、井筒俊彦	子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌の診断と治療 -最新の研究動向- 子宮体癌の治療 ホ ルモン療法-概論-	日本臨床	62 (増 刊号)	370-374	2004
杉山徹	性器がんと漢方	産婦人科治療	89	421-426	2004
杉山徹	卵巣腫瘍・卵管腫瘍	NEWエッセンシャル産科学・ 婦人科学	第3版	231-239	2004

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

平成16年度 研究成果の刊行物・別刷

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業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うような無責任なことを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えます。

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と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て、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になります。この申請には3種以上（造血管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月に認定試験を行って、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になります。

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ら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と、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こと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けれども、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せん。

● 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。そういうことを勘案すると、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ことによって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。

原田 これだけ情報がアベイラブルになってくると、患者が医師を選ぶ傾向が見られます。その結果、外科医が癌化学療法に関しては、内科医に任せるという役割分担が顕著になってきているようです。

西條 こういった専門医の認定条件を満たすために、臨床腫瘍学会ではどのような努力をしているのでしょうか。大江先生、現在、どういう状況なのでしょう。

大江 法人格の所有という条件を満たしていませんでしたが、NPO法人の申請を平成16年8月にしました。会員数は既に1,000名を超えていますし、医師も今現在8割を超えています。会員名簿に関しては、多分、1,2年内には発行することが可能だと思います。

西條 欠落しているのは法人格ということですが、取得はそれ程難しくはないのですか。

福岡 難しくないとします。アメリカの学会は、ほとんどがNPO法人であると聞いています。日本では東京都が、呼吸器内視鏡学会と世界気管支学会という2つの学会をNPO法人にしました。NPO法人を取得するという事は、学会としては趣旨に合っているんじゃないかと思えます。

原田 中間法人というのがありますが、取得は早く取れますが、税金がかかります。その点からしてもNPO法人の方がいいですね。

福岡 社団法人や財団法人は相当な財産が要求されますからね。

西條 今年度から第3次対癌10カ年総合戦略が始まりまして、臨床腫瘍専門医の育成を政策課題として目指しています。やはり、知識を身につけるということ、実地の技術を身につけるということ、この両方が必要です。暫定指導医の存在する全がん協に属する病院・特定機能病院が臨床腫瘍学会とタイアップすることによって、3年後あるいは5年後に臨床腫瘍専門医が実際に出てくるという状況になるでしょう。

大江 私が平成16年度から開始された厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業による「効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究」班を担当させていただくことになりました。

専門医の育成で一番考え違いをしていけないことは、「専門医と名前のついた医者」を増やす事が専門医

の育成ではないと言うことです。現在、抗がん剤を使っている医者にただ「専門医」と名前をつけてもまったく意味がありません。本当に能力のある「専門医」を育成することが重要です。その為には、卒前から一貫した臨床腫瘍学の教育をすることが必要だと思います。また、一部の施設を除いては現在の卒後教育も十分ではありません。特に、臓器別の教育体制から横断的な臨床腫瘍学の教育体制へ改革する必要があると思います。急な改革は難しいかもしれませんが、手術の片手間に化学療法を行なっている現状も改める必要があります。50人の手術をして50人の化学療法をする医者が100人いるよりも、100人の手術をする医者50人と100人の化学療法をする医者50人がいたほうが遥かに効率的で、それぞれのレベルも向上します。

このようなことを念頭に、研究班としての成果がだせればと思っております。

● がん治療学会の専門医との差

西條 がん治療学会でも癌治療専門医というのを認定されているそうですが、臨床腫瘍専門医と質的な差というのはありますか。

福岡 がん治療学会というのは、内科・外科・放射線科・婦人科といった幅広い専門分野の集まりで、横断的な外科系の会員が多い学会です。だから、その中で癌治療全体の専門医というのを一元化するという事は、なかなか難しいのではないのでしょうか。特に薬物療法に関する専門医を認定するという事は、がん治療学会としてはかなり難しいと思います。

がん治療学会は全体の癌治療のレベルの、ボトムを上げるという役割があると思います。

やはり、癌薬物療法の専門医を増やしていくという意味では、それに特化したものをつくるということが重要ではないかと思えます。我が国にメディカルオンコジストがいないというのはやはり、困ったことだと思います。そういう点で、かなりレベルの高い専門医をつくるということを臨床腫瘍学会としては目指していきたいと思っています。

西條 がん治療学会の大半は外科の先生の集まりです。外科の先生がやられる化学療法を正当化するような専門医制度という気がしますね。本末転倒してい

ると思います。外科腫瘍専門医であれば理解しやすいと思いますが。

● その他実行上の重要な点

西條 その他に臨床腫瘍専門医制度について何か付け加えることはないでしょうか。

福岡 血液専門家が既に半分位、日本腫瘍学会の理事になっておられまして、日本血液学会が臨床腫瘍学会とコミットしていこうというように聞いております。我々も造血器腫瘍を経験することが非常に重要であるとしておりますので、血液の専門家にもかなり関わってもらおうということが重要じゃないかと思っております

原田 アメリカでは20年前はほとんど division of hematology/oncology でした。今は division hematology と division oncology と分かれていますよね。日本でも専門医がたくさん育てば、hematology と

oncology は分かれていくでしょうね。

西條 アメリカの臨床腫瘍専門医に認定された人たちの割合を見てみると、hematology oncology というのが20%位なんです。他の臓器疾患は大体10%です。だから、全体としては造血器腫瘍専門の先生の占める割合が高いと思いますね。

今日は臨床腫瘍専門医制度についていろいろお伺いしてきました。最近、適応外医薬品を一括承認しようという傾向があります。そうすると、一括承認した後、使用制限を加えるというような考え方が出てきます。こういった法制対応するという意味からも、今後臨床腫瘍専門医を養成して認定していくということは極めて重要な役割を果たすんじゃないかと思っております。

本日はお忙しいところをお集まりいただきまして、どうもありがとうございました。



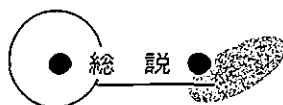
別刷

癌と化学療法

VOL.31(2004)

癌と化学療法社

Printed in Japan © 禁無断転載・複写複製



● 総 説 ●

胃癌治療ガイドライン改訂について

佐々木常雄*

(Jpn J Cancer Chemother 31(12): 1947-1951, November, 2004)

In Regard to Gastric Cancer Treatment Guidelines—A Revised Edition: Tsuneo Sasaki (Dept. of Chemotherapy, Tokyo Metropolitan Komagome Hospital)

Summary

The Japanese Gastric Cancer Association issued a revised edition of gastric cancer treatment guidelines in April 2004. Distinctive features of this revision are adopting newly published literatures after the first edition of the guidelines, laparoscopy-assisted gastrectomy and perioperative management, and illustrating evidence levels in the clinical study of chemotherapy. The treatment protocol of the phase III study is an actual example of this. Gastric cancer treatment in Japan leads the world when considering operation and endoscopic treatment. However, there are only few controlled randomized clinical trials in Japan, and many low quality literatures. On the other hand, an evaluation of the consensus of gastric cancer treatment indicates that it is a high evidence level. Furthermore, a revised edition of chemotherapy was the only one that could be able to show a high evidence level. According to a questionnaire investigation of the revised guidelines, more than 90% of the respondents (the members of Japanese Gastric Cancer Association) have used the guidelines. Hence, the role of the guidelines is important. Key words: Gastric cancer, Treatment, Guidelines, Address request for reprints to: Dr. Tsuneo Sasaki, Department of Chemotherapy, Tokyo Metropolitan Komagome Hospital, 3-18-22 Honkomagome, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8677, Japan

要旨 日本胃癌学会では胃癌治療ガイドラインの2004年改訂版を作成した。今回の改訂の特徴は、初版以後の新しい文献を組み入れて作成したこと、新たに腹腔鏡下手術、周術期治療などについて示したこと、化学療法ではエビデンスレベルを示し、実例として現在新しく第III相試験で行われている主な治療プロトコールを示したことなどがあげられる。日本の胃癌治療は世界をリードするものであり、特に手術、内視鏡治療などにおいては世界とは大きな差がある。日本の臨床試験は比較試験が少なく、文献としてのレベルは低いものが多いが、一方コンセンサスを評価すると高いエビデンスレベルとなる。今回、エビデンスレベルを示し得たのは改訂版の化学療法においてのみであった。本ガイドラインのアンケート調査では回答者（日本胃癌学会会員）の90%以上に利用されており、ガイドラインの役割は重大である。

はじめに

日本胃癌学会は「胃癌治療ガイドライン(医師用)」¹⁾を2001年3月に出版し、2004年4月改訂した²⁾。本ガイドラインにおいての主たる目的は、胃癌の治療において現時点での適正な治療法を示すことと、施設間差を少なくすることである。さらに「一般用(患者用)」³⁾を作成し、医師と患者が共通認識の下にインフォームド・コンセント(IC)が行われることにも重点がおかれた。今回の改訂での特徴は、初版以後の新しい文献を組み入れて作成したこと、新たに腹腔鏡下手術、周術期治療などについて示したこと、化学療法ではエビデンスレベルを示し、

実例として現在新しく第III相試験で行われている主な治療プロトコールを示したことなどがあげられよう。

日本における胃癌治療は世界をリードするものである。しかし、本邦における胃癌治療についての臨床試験は比較試験が少なく、ガイドラインにおけるエビデンスレベルは低くなり、コンセンサスを評価して示すと、文献との間に乖離が生じる。たとえば日本における定型手術はD2郭清であるが、海外ではD0、D1郭清であることから、補助化学療法において世界のエビデンスレベルを日本のガイドラインとすることは困難である。今回、改訂に当たって多くの議論がなされたが、エビデンスレ