

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17年度 総括・分担研究報告書
主任研究者 大江裕一郎

平成18年（2006）年3月

目 次

I. 総括研究報告		
大江裕一郎	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	----- 1
II. 分担研究報告		
1. 佐々木常雄	学会（日本癌治療学会）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	----- 20
2. 前原喜彦	学会（日本癌治療学会）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	----- 22
3. 箕 善行	学会（日本癌治療学会）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	----- 25
4. 福岡正博	学会（日本臨床腫瘍学会）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	----- 27
5. 西條長宏	学会（日本臨床腫瘍学会）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	----- 29
6. 土屋了介	がん専門病院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	----- 31
7. 片井 均	がん専門病院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	----- 34
8. 石倉 聡	がん専門病院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	----- 36
9. 木澤義之	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	----- 38
10. 佐伯俊昭	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	----- 40
11. 神津忠彦	優れたがん専門医育成の基盤となる卒前医学教育のあり方に関する研究	----- 41
12. 江口研二	医科大学の卒前・卒後教育における効果的かつ効率的ながん診療医の育成方法に関する研究	----- 43
13. 田村和夫	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	----- 46
14. 直江知樹	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	----- 48
15. 杉山 徹	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	----- 50
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		----- 52
IV. 研究成果の刊行物・別刷		----- 59

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
総括研究報告書

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

主任研究者 大江裕一郎 国立がんセンター中央病院 医長

研究要旨:わが国では欧米に比較して腫瘍内科医および放射線治療医などのがん治療専門医が極めて不足している。大学病院、全国がん(成人病)センター協議会加盟病院および地域がん診療拠点病院262施設を対象としたアンケート調査では、腫瘍内科医、緩和ケア医、放射線治療医がそれぞれ、0-1名のみの施設が約半数であった。また、腫瘍内科医のみが化学療法を担当している施設は極めて少なく、ほとんどの施設で外科医も化学療法を実施していた。これらの状況を改善する為には、各医科大学・医学部に腫瘍内科学講座を設置して、効率良く腫瘍内科医を育成することが必要である。

A. 研究目的

欧米に比較してわが国ではがん専門医、特にがん薬物療法専門医(腫瘍内科医)、放射線治療医、緩和医療の専門医、病理医、麻酔科医が極めて不足しており、がんに罹患した国民総てが質の高いがん医療の恩恵を受けているとは言い難い状況である。がんに対する薬物治療を専門としない医師が高度に専門化している現在のがん薬物治療に適切に対応することは困難である。時として不適切な薬物治療が実施されている例に遭遇することもあり、がん薬物治療に対する経験の少ない医師により起こされた抗がん剤過量投与による医療事故や抗がん剤の不適切な使用による副作用死などが問題とされている。がん治療に精通した専門医を養成し、全国に適正数を配置することが治療成績の向上およびがん患者のQOL向上をもたらすと期待され、大学における効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の卒前教育、大学病院や一般教育研修病院での効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の卒直後教育および大学病院、がん専門病院などにおける効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の専門教育の方法を研究することが重要である。がん専門医を効果的かつ効率的に育成してわが国におけるがん治療のレベルおよび治療成績の向上を目指すのが本研究の目的である。

B. 研究方法

平成17年度にはわが国におけるがん診療の実態を把握するために、わが国のがん診療の中心である大学病院(分院を含む)、がん専門病院および地域がん診療拠点病院におけるがん専門医のアンケート調査を実施した。

欧米に比較してわが国ではがん専門医、特に腫瘍内科医が不足している理由として、わが国では大学で臨床腫瘍学を系統的に教育する講座が極めて少なく、臓

器別の講座により個別に各臓器のがんに対する講義が行なわれているに過ぎないことが指摘されている。大学における効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の卒前教育、大学病院や一般教育研修病院での効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の卒直後教育および大学病院、がん専門病院などにおける効果的かつ効率的な臨床腫瘍学の専門教育の方法を研究することが重要であり、これらの教育が一貫性をもち整合性がとれている必要があり、これらの教育カリキュラムを作成する。日本臨床腫瘍学会と共同でASCO/ESMOのグローバルコアカリキュラムを基に作成した「がん薬物療法専門医育成のためのカリキュラム」に基づき、教育セミナーおよび専門医の認定試験を実施する。

C. 研究結果

大学病院、全国がん(成人病)センター協議会加盟病院および地域がん診療拠点病院262施設にアンケートを送付し157施設(59.9%)より回答を得た。大学病院からは127施設中54施設(42.5%)、全国がん(成人病)センター協議会加盟病院からは30施設中26施設(86.6%)、地域がん診療拠点病院(全がん協加盟病院を除く)からは105施設中77施設(73.3%)の回答を得た。回答を得た施設の平均病床数624(135-1510)であった。主にがん患者の化学療法などの内科的治療のみを実施している、いわゆる腫瘍内科医は合計876名おり各施設の平均は5.7名(0-66名)であった。しかし、70施設(44.6%)では、1名も腫瘍内科医が勤務していなかった。緩和ケアを専門とする医師も64施設(40.8%)で1名も勤務しておらず、21施設(13.4%)では、1名しか勤務していなかった。放射線治療を専門とする医師は合計で341名であったが、全く勤務していない施設が24(15.3%)、1名しか勤務していない施設が58(36.9%)であった。現在、主に化学療法を内科医が実施している施設は12施設(7.6%)の

みで、大多数の施設では外科医も化学療法を担当していた。しかし、将来的には腫瘍内科医もしくは薬物療法の専門医が化学療法を実施すべきであるとする施設が多数を占めていた。

また、平成17年度は平成16年度に素案を作成した「効果的かつ効率的にがん専門医を育成するための卒前教育カリキュラム」を検討し、総論部分がほぼ完成しつつあり、平成18年度には完成する見込みである。ASCO（米国臨床腫瘍学会）およびESMO（欧州腫瘍内科学会）の腫瘍内科医育成のグローバルコアカリキュラム（*J Clin Oncol* 22: 4616 2004, *Ann Oncol* 15: 1603, 2004）に基づき、「がん薬物療法専門医育成のためのカリキュラム」を完成させた。この教育カリキュラムに基づき日本臨床腫瘍学会と共催で教育セミナーAセッションを平成17年8月に、Bセッション平成18年3月に開催し、それぞれ約500名、700名が参加した。これらの教育セミナーの内容はインターネットで音声付スライドとして公開しており、平成18年3月26日現在、アクセス数は約43,000件に達している。また、教育セミナーの内容に基づきがん薬物療法専門医認定試験を平成17年11月に実施し、47名が合格した。

D. 考察

本研究により、がん専門医が効果的かつ効率的に育成されれば、わが国におけるがん治療のレベル向上および治療成績の向上に直結するものと期待される。また、がんに対する薬物療法および終末期の緩和医療などをそれぞれ専門とする医師が担当することにより、治療成績の向上およびがん患者のQOL向上をもたらす以外に、不適切な医療による医療費の浪費が減少するものと期待される。

E. 結論

腫瘍内科医が化学療法を担当している施設は極めて少なく、ほとんどの施設で外科医も化学療法を実施していた。これらの状況を改善する為には、各医科大学・医学部に腫瘍内科学講座を設置して、効率良く腫瘍内科医を育成することが必要である。

F. 研究発表

1. 大江裕一郎. 臨床腫瘍専門医. 西條長宏編. インフォームドコンセントのための図説シリーズ がん薬物療法における支持療法. 医薬ジャーナル社、大阪、pp74-76, 2005.
2. 西條長宏、福岡正博、大江裕一郎、原田実根、堀田知光、桑野信彦、直江知樹、新津洋司郎、高嶋成光、鶴尾隆、上田龍三、根来俊一、石岡千加史、中西洋一、畠清彦、田村和夫、秋田弘俊、吉川裕之、徳田裕、大津敦. 腫瘍内科学の進歩と変遷. 金倉讓編. 臨床腫瘍内科学入門.

永井書店、大阪、pp1-5, 2005.

3. 大江裕一郎、南 博信、横山雅大、安井久晃. がん薬物療法専門医制度の展望. *The Medical Oncologists* 特別号: 2-11, 2006.
4. 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, 2005.
5. 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.
6. 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.
7. 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* 33: 630-636, 2005.
8. Ikeda S, Kurose K, Jinno H, Sai K, Ozawa S, Hasegawa R, Komamura K, Kotake T, Morishita H, Kamakura S, Kitakaze M, Tomoike H, Tamura T, Yamamoto N, Kunitoh H, Yamada Y, Ohe Y, Shimada Y, Shirao K, Kubota K, Minami H, Ohtsu A, Yoshida T, Saijo N, Saito Y, Sawada JI. Functional Analysis of Four Naturally Occurring

Variants of Human Constitutive Androstane Receptor. *Mol Genet Metab* 61: 1117–1122, 2005.

9. Takano T, Ohe Y, Sakamoto H, Tsuta K, Matsuno Y, Tateishi U, Yamamoto S, Nokihara H, Yamamoto N, Sekine I, Kunitoh H, Shibata T, Sakiyama T, Yoshida T, Tamura T. Epidermal Growth Factor Receptor Gene Mutations and Increased Copy Numbers Predict Gefitinib Sensitivity in Patients with Recurrent Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 23: 6829–6837, 2005.
 10. Yamazaki S, Sekine I, Matsuno Y, Takei H, Yamamoto N, Kunitoh H, Ohe Y, Tamura T, Kodama T, Asamura H, Tsuchiya R, Saijo N. Clinical responses of large cell neuroendocrine carcinoma of the lung to cisplatin-based chemotherapy. *Lung Cancer* 49: 217–223, 2005.
 11. Takano T, Ohe Y. Erlotinib in lung cancer. *N Engl J Med* 353: 1739–1741, 2005.
 12. Ohe Y. Chemoradiotherapy for lung cancer. *Expert Opin Pharmacother* 6: 2793–2804, 2005.
- G. 知的財産等の出願・登録状況(予定を含む。)
なし

大学病院、がん専門病院、地域がん診療拠点病院におけるがん専門医のアンケート調査

平成 17 年 6 月 20 日送付、7 月 31 日締切

アンケート回収結果

大学病院:127 施設中 54 施設(42.5%)

全国がん(成人病)センター協議会加盟病院:30 施設中 26 施設(86.6%)

地域がん診療拠点病院(全がん協加盟病院を除く):105 施設中 77 施設(73.3%)

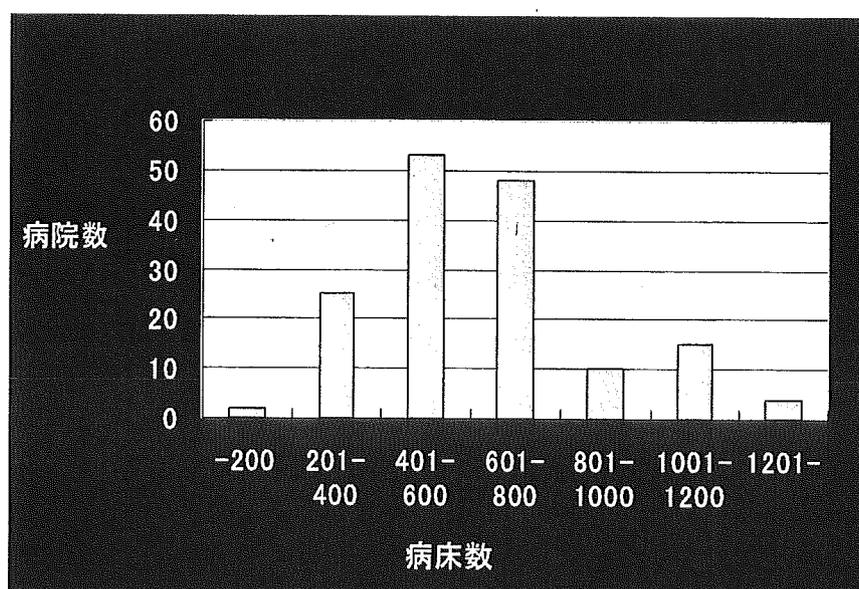
合計:262 施設中 157 施設(59.9%)より回答

1. 貴院は下記のどれに該当しますか。

大学病院	54
がん専門病院	19
総合病院	79
その他(_____)	5

2. 貴院の病床数をお教え下さい。

平均 624 (135-1510) 床

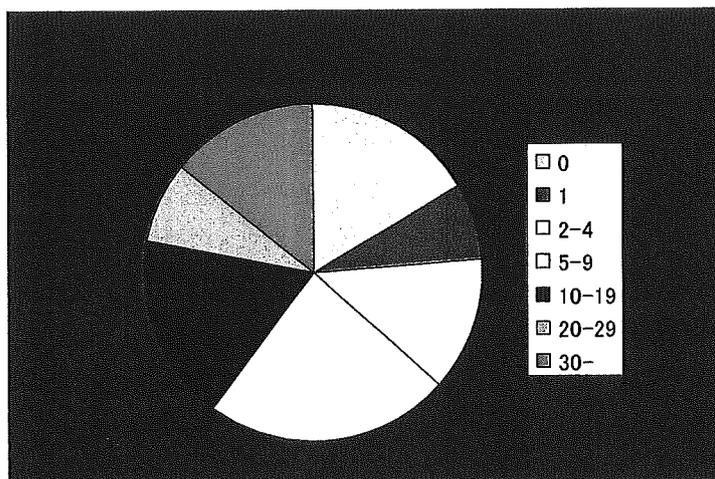


3. 概ね診療の 50%以上をがん化学療法などのがん患者の内科的治療に費やしている常勤内科医の人数(正確な人数が不明な場合には概数をご記入下さい)

ただし、卒後 2 年以内の初期研修医、診断系の医師を除いてください。

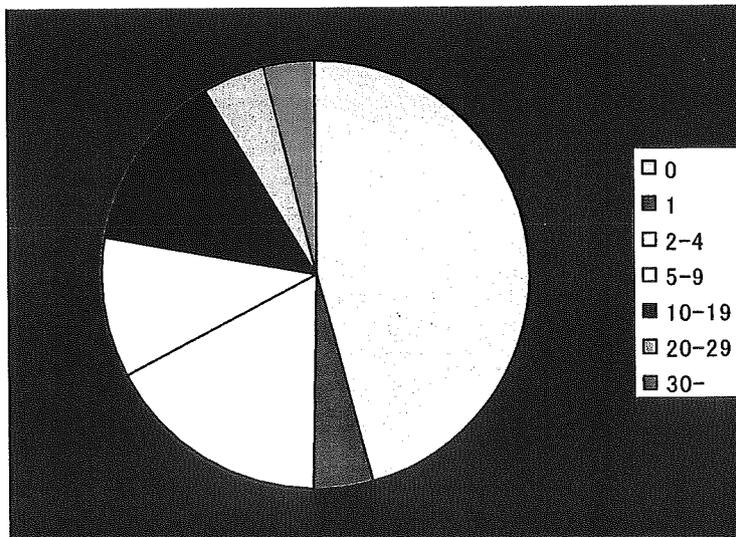
雇用形態にかかわらず貴院にて概ね週4日以上勤務している医師を常勤医として下さい。

平均 14.2 人(0-127) 合計 2203 名



上記のうち主にがん患者の診療のみを行っている医師の人数

平均 5.7 人(0-66) 合計 876 名



4. がん化学療法を専門とする診療科・診療グループがありますか。

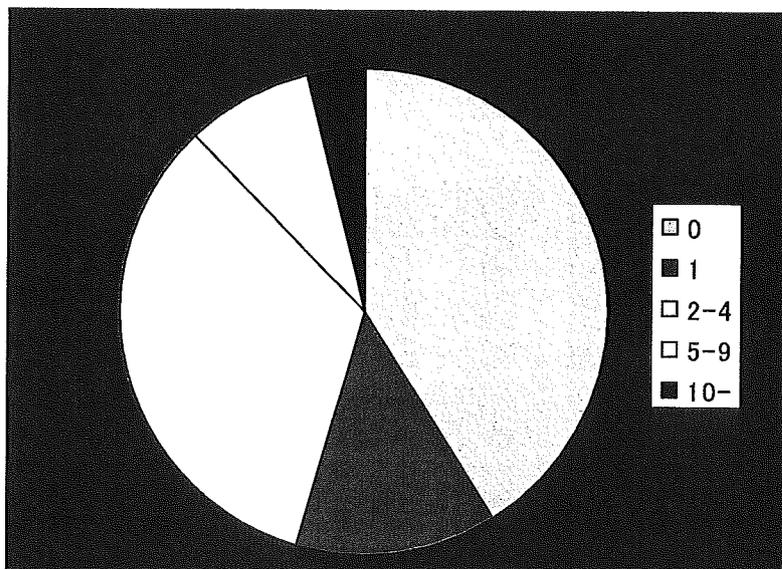
ある	67
ない	73
設置予定	17

5. 主にがん患者の緩和ケアに従事している常勤医師の人数(正確な人数が不明な場合には概数をご記入下さい)

ただし、卒後2年以内の初期研修医を除いてください。

雇用形態にかかわらず貴院にて概ね週4日以上勤務している医師を常勤医として下さい。

平均 2.7 名(0-100) 合計 422 名



6. 緩和ケアを専門とする診療科・診療グループがありますか。

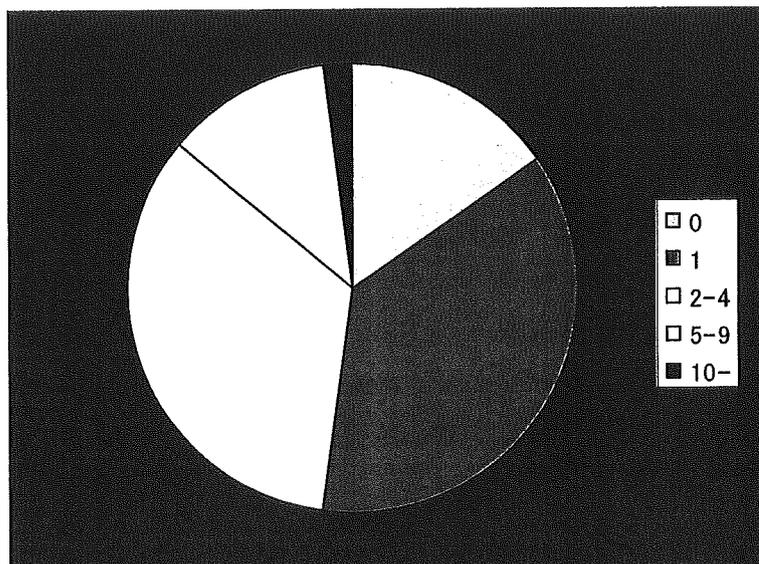
ある	84
ない	50
設置予定	23

7. 放射線治療専従の常勤医師の人数

専門医資格の有無は問いませんが放射線治療を行っている放射線診断医、卒後 2 年以内の初期研修医は除いてください。

雇用形態にかかわらず貴院にて概ね週4日以上勤務している医師を常勤医として下さい。

平均 2.2 人(0-11) 合計 341 名



8. 肺癌・消化器がん・乳がんなどの化学療法を主に実施しているのは内科医・外科医のどちらですか？

主に内科医が実施している。	12
主に外科医が実施している。	27
内科医・外科医の双方が実施している。	112
その他()	6

9. 頭頸部がん・婦人科がん・泌尿器科がん・骨軟部腫瘍などの化学療法主に実施しているのは内科医・外科系医のどちらですか？

主に内科医が実施している。	3
主に外科系医が実施している。	130
内科医・外科系医の双方が実施している。	12

その他(_____)

11

10. 将来的には肺癌・消化器がん・乳がんなどの化学療法を内科医・外科医のどちらが実施することが望ましいと考えますか？

内科医が実施する。 65

外科医が実施する。 4

手術症例は外科医が実施するが、その他は内科医が実施する。 39

その他(_____)

49

11. 将来的には頭頸部がん・婦人科がん・泌尿器科がん・骨軟部腫瘍などの化学療法を内科医・外科系医のどちらが実施することが望ましいと考えますか？

内科医が実施する。 50

外科系医が実施する。 16

手術症例は外科系医が実施するが、その他は内科医が実施する。 39

その他(_____)

51

12. その他ご意見があればご自由に御記載下さい。

地方がんセンター 総長

主治医がメインで化学療法を行うメリットも大きいものがあります。

化学療法専門医のアドバイスを受けながら(状況によっては化学療法専門医が主治医になるも可)主治医が主体となって治療を継続する方向も考えてゆく必要があります(特に患者・医療者の信頼関係を重視する場合、新しい知識を常に学ぶ姿勢が必要です)。

総合病院 院長

腫瘍内科医を研修・育成したいがその要項が明瞭でない。

医学会の意思統一を早急に行っていただきたい。

大学病院 院長

当院でも外科系医と内科系医で考え方が異なります。

過渡期なのか permanent にそうなのかは不詳ですが、ope 症例は外科医、inope 症例と最初から chemo 適応の症例は内科医が、と言うのが肺癌内科医を除いて、外科医、血液内科医の意見です。

地方がんセンター 院長

Medical Oncology, Radiation Oncology の明確な Board が必要であると考えます。

大学病院 助手

がんの化学療法は、専門の知識を持った医師が内科・外科を問わずチーム医療として行うことが望ましい。

しかし現在は、そのような知識をもつ医師が少なく、かえって仕事量がそのような医師に荷重しているような状態である。

従って専門医を制度化すると共にそれなりの診療報酬などを与えてあげることが望ましい。がん治療は、一人当たりにかかる説明や診療にかかる時間が長いし…。

県立病院 副院長

医師数が十分ではないため、がん化学療法を専門にできないのが現状である。

大学病院 教授

当院では外来がん化学療法を専門にする部門が本年度できました。

地方がんセンター 院長

内科の腫瘍医なら臓器別になっているので、頭頸部、婦人科、泌尿器、骨軟部のすべてに精通する腫瘍内科医を養成するのは困難と思われる。

国立病院機構病院 がんセンター長

内科医が化学療法全般に万能ではなく、専門別に分化して行かなければならない。

現在は人材難。

外科医は専門別に分化していることが多いが、化学療法について学習しなければならない。現在は忙しく学習しない医師が多い。

いずれにせよ専門性が必要で、施設状況により対応を考えなければならない。

地方がんセンター 医療局長

10,11 の設問に対して「将来的にはがんの化学療法は内科医が実施することが望ましい」と考えています。しかし、それを実現するには内科医の努力が必要です。医学部の教育の中で、内科学のなかに内科腫瘍学をしっかりと組み入れるところから始めなければなりません。

卒後のがん専門医の養成のなかでも、腫瘍内科のレジデント枠を設けることも必要です。

国立病院機構病院 統括診療部長

役 10 年後を目途に内科医が実施するよう、教育と専門性を高めるべきである。

総合病院

日本の文化で腫瘍内科がリーダーシップを捕る為には、病院管理部のサポートが不可欠である。

がん専門病院 院長

化療は腫瘍内科医が行うのが筋であるが、専門医がいない現状では外科医にも役割分担してもらえない。臓器によりレジメンの種類、リスクが違うので院内でしっかり分類(当院では AA、A,B,C, AA は治験)して守備範囲を定めることが重要。臓器と専門家(現状はセミプロ)の数とレベルによって守備範囲が異なる。院長主導で病院としてのシステムを形成することが肝要。科毎の話し合いではダメである。

総合病院 副院長

人員不足のため、がん化学療法と一般診療を兼務しております。

総合病院 副院長

- ・ 化学療法を学会認定医に限る等の縛りつけを急がないこと。
- ・ 厚生労働省は学会の思惑どおりに動かないこと。

(特に専門医資格の取得に関して学会間で基準の開きがありすぎるから)

- ・ マスコミ等は「がんの専門医が少ない」のキャンペーンを叫びすぎる。大多数の外科医、放射線科医は、がんの専門医である事をアピールすべき。厚労省の指導等必要ではないか。

総合病院 副院長

将来的に腫瘍治療部門の設置を検討する。

地方がんセンター 病院長

診断は他科の医師が行い、臨床腫瘍医は集学的治療を計画できる能力のある医師と考える。

内科(化学療法・分子標的治療)、外科、放射線治療、免疫療法、代替医療、その他(遺伝子治療)の治療スケジュールを患者に説明する能力を有する必要がある。倫理性のある治療を患者の視点から構築することも求められる。

総合病院 副院長

血液内科が腫瘍内科に看板を変えても、固形腫瘍の知識、技術が不足している。

外科系医師による化学療法は片手間となる。外科医、腫瘍内科医、放射線医、病理医、形成外科医のチーム医療で、例えば乳がん専門のプレスト・センターを創設するのが理想的と言える。

総合病院 院長

大学及びその他の主導的医療機関において oncologist 要請の講座部門、後期レジデント制の確立が必要となります。

総合病院 院長

化学療法を専門とする医師が中心となりその指導のもと、各科主治医が治療を行えばよいと考える。専門医の出身は血液内科医でも外科から専門医となっても内科からでもいずれから専門特化していても良いと思っている。

大学病院 院長

臨床腫瘍内科医とともに、オンコロジー・ナースについても厚労省の認める専門資格として養成してゆく必要があると思います。

国立病院機構病院 医長

理想的には腫瘍内科医がまとめて化学療法を施行、管理すべきとは思いますが、現実には存在しないので、外科が主に化学療法を行っています。

総合病院 副院長

臨床腫瘍医が足りないので、化学療法も外科医がせざるを得ない現状です。緩和ケア医師ももう一人必要と考えていますが、今のところ院内だけでは養成出来ません。

総合病院 部長

地域の拠点病院は現在医師不足で大変苦しい状況にある。この為医療の質を確保するためには全部門が参加するチーム医療の体制を確立して、その中で知識や技術を学んでゆくことが重要と思われる。

総合病院 主席診療部長

がん専門医育成に当たっては、各種学会における専門医制度との連携や、精勤突如として浮上した臨床腫瘍専門医認定等不透明な点が多い。がん診療に携わる多くの医師が関与可能な専門医制度;や、トレーニング(研修)制度の確立が望まれる。

大学病院 院長

超高齢化社会の到来と共に、出身が内科系であれ外科系であれ、がん専門医を早急に育成する必要がある。がん専門医は、その出身にとらわれず最良の診療を行う必要がある。がん診療科(仮称)を作ることも検討する価値がある。

総合病院 部長

近年、抗がん剤の進歩が著しく新しいものが次々に保険適用となっている。
やはり化学療法部といった集中した形での専門的な治療が望ましいと思われます。

総合病院 院長

内科医・外科医のどちらかと決めるのではなく、内科、外科の双方が抗がん剤治療を実施するように考えるべきです。

大学病院 業務管理課

将来的に腫瘍、化学療法科の設置が望ましいと思われる。

大学病院 院長

化学療法専門部門の設置が必要と考えてはいるが、専門医の人材の確保、関連各科との関係の整備などで苦慮している。

大学病院 副院長

化学療法だけでなく、放射線療法も重要となり chemoradiation が行われる事が多い。
従って、化学療法を施行(専門)する医師と放射線医師がチームを作る(化療放射線センター等)ことが重要と考える。
現在、化療・放射線治療センターを作るべく努力している。

大学病院 病長

日本には、腫瘍専門医が極端に不足している。しかしながら増加すれば良い問題でもない。必要なのは、適切な判断や知識を持った腫瘍専門医がいて公正な判断の出来る外科医と常に議論する機会があり、患者治療にあたる事が重要である。病院機構の改変が必要である。(耳鼻科 講師)

地方がんセンター

早期に臨床腫瘍医が中心となった化学療法部を設立する予定である。

大学病院 集学治療センター長

従来、わが国の固形がん治療は外科医主導で行われてきた。また、手術の補助科学療法の研究も外科医が行ってきた経緯があり、外科医にとって化学療法は重要な治療法の一つとなっている。しかし、今日では種々の有効な化学療法薬剤の出現によって癌化学療法を専門とする腫瘍内科医の養成が要望されるようになってきた。

このような経過において、内科と外科を区別した形で癌科学療法の専門医を養成することには問題があり、両者が協力してチーム医療としてのがん化学療法に取り組む必要がある。

わが国で外科・内科の区別無くがん化学療法の確立に寄与してきた組織は、JCOG のみである。この JCOG が、臨床腫瘍学の出版や教育セミナーを実施している日本臨床腫瘍学会と協力して科学療法の実地研修・修練の場(JCOG 班員施設)と教育システム(臨床腫瘍学会セミナーや JCOG 臨床試験セミナーなどを活用)、支援システムなどを構築し、臨床試験及び抗悪性腫瘍薬に精通した質の高い医師・コメディカルを育成すると共に実際の診療上の問題解決を支援し、チーム医療としてがん治療が行えるようにすることが最も重要と考える。

地方がんセンター 病長

専門医の育成と同時に、患者さんの心のケアを専門的に治療・サポートできる精神腫瘍内科医を養成することで、結果的に一人の専門医の負担を軽減させることができるのではないのでしょうか。内科・外科で化学療法、手術と役割分担を決めることは専門性を発揮し、質の高い医療を遂行する上で重要な展開であると考えています。しかし、化学療法専門医が、化学療法の専門家であると同時に、原疾患の治療戦略について専門家である必要があります。また、外科(系)診療科とのコミュニケーションが持続していることが基本的な要件だと考えています。

大学病院 助教授

緩和ケアは、日本胃癌学会のアンケート調査の結果では、化学療法施行している科が 8 割以上看取りをおこなっています。

当院も化学療法医が緩和ケア医を併任して医療にあたっています。また、大学附属病院であることより、より専門的な内容に対しては、大学病院と連携して治療を行います。放射線治療については、近医で当院入院中のまま照射のみ行って、放射線化学療法を施行しています。

専門職が不在でも専門的治療が出来ていることもご承知下さい。

総合病院 副院長

化学療法は、化学療法専門医が実施する。専門医の back ground は内科医であっても外科医であっても構わない。あまり、内科医・外科医とこだわらなくてもよいと思います。

例えば、乳腺外科医の多くは、立派な臨床腫瘍医と呼べるのではないのでしょうか。

大学病院 助手

専門医制度が明確でない。学会主導ではなく功労省なり、国の指導で統一すべき。
欧米のシステムと基本的に異なる(日本の皆保険制度)ので、この様な実態把握した後は明確な
国としての Vision を持ち、我が国の保険制度の長所を生かし方向を決めてもらいたい。

大学病院 助教授

私見ですが、分子標的治療が進み、治療成績が改善するに従い各臓器の知識が重要になります。
各臓器の内、内科系医師がいる場合は内科系医師による治療が望ましいと思います。

大学病院 教授

一旦化学療法専門医が扱う。
更に進歩すれば、各臓器癌別科学療法に戻ると思われる。
(11.の質問にある様な数が多くない場合と同じ状況)

総合病院 部長

外科治療の適応のあるがん患者の治療は、手術を中心にして補助療法として化学療法や放射線
治療を追加するのが標準とされてきた。この補助療法も外科医が担当してきた。

現在当院では、Medical Oncologist がいないため、適応の無い患者の化学療法も化学療法専門
医ではない外科医その他の医師が行っている。

がん化学療法は Medical Oncologist を中心に院内化学療法部(科)といった組織において治療す
べてを統括し、個々の症例に対してあらゆる角度から discussion できることが望ましい。又、多施
設共同研究など臨床試験の quality を高めるためにも化学療法部や腫瘍内科医の存在意義は大
きくなるだろう。

大学病院 病長

近い将来「腫瘍科」を開設し、併せて県内における「がん診療拠点病院」となるよう設備・人員の充
実を図りたい。

当院には、緩和ケア病棟がなく、専任の緩和ケア医師や看護師もおりません。

今後、終末期医療を充実し、患者の QOL を高めるため、人員・予算面における配慮が必要と考え
ます。

大学病院 院長

内科医というよりも Training を受けた臨床腫瘍医が実施したいと考えます。

大学病院

診療に従事する医師数の絶対的不足が問題である。

専門医療は重要であるが、上記問題がある。

現在、乳がんの化学療法は全て乳腺甲状腺外科(外科医)が行っている。そのため、内外の情報を懸命に学んで実施し、決して遅れを取っているとは思わない。

当院の内科医には、乳がんの化学療法を学んだものがない。また、手術を含めた乳がんの病態をしっかり勉強しないで、ただ腫瘍内科医であるから乳がんの化学療法を行うというのでは、患者の QOL 上大きな問題がある。内科の研修カリキュラムの中に乳がん診療を入れてもらう必要がある(現在は全くない)。

そのようなことをクリアした上で、化学療法は腫瘍内科医にやっていただきたい。

婦人科がん化学療法に関しては、産婦人科ではがん診療専門家が行っており、十分な診療ができていますので現在の形態の方が望ましい。

将来的にはがん化学療法は、抗がん剤の薬効、副作用などを熟知した腫瘍内科医が行うべきと考えるが、腫瘍内科医の不足している現在は、臓器別に担当各科が行わないと日常の臨床が滞ってしまう。しかし、少なくとも標準治療から逸脱したプロトコールを独自の判断で行うということは、臨床研究以外では問題があり、院内にオーソライズされたチェック機構があることが望ましい。

総合病院 副院長

1. この結果を基に、何に利用したい、利用するのか考えを答えて欲しい。
2. 医師を確保するためには、がんセンターレジデントでも終了後に地方に出向させるような制度を考えてみてはいかがでしょうか。
3. 単に官僚的医師の育成が良いとは云えないが、現状では致し方ない。

大学病院 病院管理課

がんを切除する外科医・放射線治療医・がん化学療法を専門とする臨床腫瘍医が、それぞれ高度な能力を有し共通の認識に立ち協力し、チーム医療としてがん治療に当たることが必要で、薬物療法が年々進歩する中、がん化学療法医養成の遅れは、医療に対して大きなマイナスである。また、医学教育においても、できるだけ早期に腫瘍学を臨床講座に取り入れるべきである。医学生が知識が臓器別だけでなく、「がん」を一つの共通のターゲットとして修練することが必要である。

総合病院 副院長

癌治療学会と臨床腫瘍学会の不協和音は、国民の医療に対する不信感を与える。

制度はなったが今までも癌化学療法に充分対応できた医師のいることを治療成績をふまえてアピールして欲しい。

総合病院 副院長

消化器外科学会専門医など学会が認定している各専門医の分野と腫瘍内科医(がん治療医?)の担当する領域が不明確。

学会が別々に専門医を育成している現状では統一性が無い。

大学病院 教授

臨床腫瘍医の育成の必要性は強く思いますが、欧米での medical oncologist を model に考えることが妥当か。それが現在の医療体制、医療教育体制の中でどこまで実現可能なことか? わが国での癌化学療法の方今の歴史を考えると外科系も含めた臨床腫瘍医育成の体制を考えることが現実的だと思います。

大学病院 医学部総務課

将来的にがん化学療法については、がん化学療法専門医又は腫瘍専門医が実施することが望ましいとの意見もありました。

総合病院 副院長

チーム医療ですから、常に化学療法専門医が内科系外科系に拘らず診療科と連絡を保ちながら行うことが望ましいと考えます。

総合病院 副院長

単に専門医制度を作るだけでなく、本人・施設への財政的支援(診療報酬での加算など)でチーム医療を促進させることが必要。

大学病院 診療部長

放射線腫瘍医も含めたチーム医療体制の整備ががん治療の充実には不可欠である。

大学病院 医事課医事掛長

現在、病名の告知を行うことが一般的になっています。ところが精神的なサポートを行う体制が日本では未完成です。治療の進歩と共に、情報を供給するシステムなど患者及び家族を支える機構も必要と思います。(消化器内科)

基本的には海外のように、腫瘍医が内科医・外科医の依頼のもと化学療法を行い、再発時などの治療方針は各科が連携して決定することが良いと考えます。

大学病院 病院長

ターミナルケアの考えが浸透又は社会的に整備されていないと腫瘍内科医が最後までみる可能性はある。そうなると腫瘍内科医を志望する医師はいないと考えられる。

役割分担を明瞭かすることが最初から望まれる。(第3内科)

腫瘍科のような total に於いて方針を立てるような科があればいいと思う。(眼科)

総合病院 部長

地域がん拠点病院に認定するだけでなく、がん拠点病院に対して人的、財政的援助をして頂けたらと思います。欧米に比べて、がん治療専門医(科学療法)が少ないのは事実ですが、がん治療(化学療法)の向上のため国がかかる予算も欧米に比べて非常に少ないと思われま

す。アメリカの専門医制度が成り立つのは高い医療費(日本のGDP比の倍額)の裏付けがあるからで、日本の癌治療はマンパワー不足の中ですばらしい成果を上げていると思います。

現在の医療情勢の厳しさからみて腫瘍専門医を早急に育てることは困難なので、まずは現状のレベルアップを図るため、現場の医師・看護師の教育から始めてはいかがでしょうか。

大学病院 総務係長

抗がん剤投与等による治療を推進するため、外来の腫瘍診療科の設置を検討している。

現在、化学療法の内容・手技も多岐に及ぶため、担当を内科・外科に限らず専門医制度を設けるべきである。

大学病院 助手

外科医の知識不足が招いたこととは思うが、化学療法は腫瘍内科医でなればという風潮もいかがかと思う。消化器などはもちろん、悪性腫瘍の知識を持つ内科医を育成することが急務と考えるが、内科系知識を有する外科医も育て総合的な腫瘍医を育てるべきでは？

そうでなければ複雑なケースに対応できないと思う。

総合病院 部長

化学療法専門医(あるいは認定医)制度の充実が望まれる。

大学病院 副科長

化学療法の部分は、概ね内科医が担当し緩和医療につなげていくべきと考えている。

大学病院 講師

現在、臓器別病棟再編に向けて準備中です。将来的には癌腫別に内科・外科・ペイン科等が総合(協力)したチーム医療が目指せればと思います。

大学病院 総務課

化学療法は患者の理解がまず必要であり画一的には扱えないと思われる。チーム医療(外科と内科)がベストと思われる。

内科医であっても腫瘍の生検ができる医師が実施することが望ましい。

大学病院 院長

放射線治療医の絶対数が少ない。Medical Oncologist もいない。これらの医師を増やすためには、これらの医師の待遇改善しかないと思う。

人数がいないために多忙、それを見て若い医師がなりたがらない。これは悪循環です。

大学病院 総務管理課

一人の患者の診断・治療・経過観察の流れを各専門家が横断的に分析しないほうが良い。

有り体に言えば、メスを持たない人が内科医という現実の定義で、内科・外科を分けることには意味が無い。内科・外科は、現代医学が発展する際に中世ヨーロッパの歴史を引き摺って来た結果ではないのか。従って、早急に臓器別・疾患別・機能別などの概念で再編されることを期待する。内科医が全ての癌の化学療法の専門医として存在するのは困難ではないか。外科医との間で手術のタイミングを取ることが難しい。

外科医にも化学療法を専門とする医師の育成が必要。

国立病院機構病院 副院長

がん医療(治療)は、腫瘍学としてこれのみで成り立ち進行している。一方従来の医療は、内科、外科或いは臓器別で分類体系化されてきているため、がん医療を行うにあたりこの分類に組み込んで考えざるを得ない状況がある。このアンケートも結果的にその様である。

また、がんセンター等特化して施設に於いてはよいが、多くの病院は従来型の中でがん患者を診ていくことになり、病院の経済効果を考えるとがん専門医を各々におくことは不可能である。現在分類されている科の医師ががん治療(医療)を担っていくことになる。

したがって、現在のがん医療の水準があるとすれば、担っている医師全てが各々の水準を知っている必要はあると思われるし、対応能力を持つべきかと。そのため学会、研修会に参加し個々の努力がはらわれている。

この様な中で、がん化学療法が内科医、外科医どちらが行うもよいは意味が無い。

安全で、化学療法に精通したものが行うべき(結果として内科医になるのか)と考える。

大学病院 センター長

現在、腫瘍内科医が注目されているが、わが国ではそれぞれの分野の外科医系医が専門的知識と経験をもって、換準的かつ高度のがん化学療法を行ってきている。あくまでもこの現状を十分に考慮した上で、腫瘍内科医の位置付けを考えてもらいたい。