

福山 税、大江裕一郎	進行非小細胞肺癌における殺細胞性抗癌療法の展望	最新医学	61	2271-2276	2006
佐々木常雄、笹子三津留、島田安博、梨本 篤、大谷吉秀、大津 敦	抗がん剤適正使用ガイドライン No.3 胃がん、肝がん	Int J Clin Oncol	11 Supplement	1-11	2006
鴨打正浩、松元幸一郎、中島直樹、後信、杉本明美、前原喜彦	九州大学病院におけるクリティカルパスの作成と実践 質の高い医療の実現を目指して	臨牀と研究	84	127-144	2007
森田勝、池田圭介、前原喜彦	一目でわかる 消化器外科主要手術・治療のケア21 主要手術 右開胸開腹食道亜全摘術	消化器外科Nursing	12	10-13	2007
沖英次、太田光彦、本坊拓也、吉田倫太郎、徳永えり子、江頭明典、定永倫明、森田勝、掛地吉弘、前原喜彦	【変わってきた癌化学療法】胃癌の化学療法	外科治療	95	595-601	2006
沖英次、本坊拓也、吉田倫太郎、江頭明典、森田勝、掛地吉弘、前原喜彦	胃癌の術後補助化学療法	消化器外科	29	1311-1316	2006
山下洋市、武富紹信、吉住朋晴、内山秀昭、辻田英司、播本憲史、原田昇、前原喜彦	【外科研修医マニュアル】手術に必要な処置 ドレーン管理	消化器外科	29	927-930	2006

古賀聡, 西田康二郎, 沖英次, 掛地吉弘, 前原喜彦	【コンセンサス癌診療ガイドライン】胃癌治療ガイドライン:	コンセンサス癌治療	5	66-69	2006
前原喜彦, 沖英次, 西田康二郎, 古賀聡, 森田勝, 掛地吉弘	消化器癌手術患者の化学療法は誰が行うべきか	Frontiers in Gastroenterology	11	118-121	2006
森田勝, 西田康二郎, 古賀聡, 江頭明典, 徳永えり子, 沖英次, 掛地吉弘, 鴨打正浩, 前原喜彦	【クリニカルパスに基づいた術後管理のすべて】食道の手術胸部食道癌手術	消化器外科	29	551-560	2006
森田勝, 西田康二郎, 古賀聡, 江頭明典, 徳永えり子, 沖英次, 掛地吉弘, 鴨打正浩, 前原喜彦	【クリニカルパスに基づいた術後管理のすべて】食道の手術胸部食道癌手術	消化器外科	29	551-560	2006
Takehi Y, Takegami M, Suzukamo Y, Namiki S, Arai Y, Kamoto T, Ogawa O, Fukuhara S.	Health related quality of life in Japanese men with localized prostate cancer treated with current multiple modalities assessed by a newly developed Japanese version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite.	J Urol		1-6	2007
筧 善行.	(特集)今、求められている腫瘍内科. 腫瘍別診療ガイドラインをめぐる諸問題 5)泌尿器科領域腫瘍.	腫瘍内科	1	89-93	2006
杉元幹史, 筧 善行	特集 がん骨転移の治療戦略 前立腺癌骨転移に対する治療戦略	癌と化学療法	33	1065-1071	2006
筧 善行	限局性前立腺癌治療におけるQOL評価	臨床放射線	51(8)	947-952	2006
Yonesaka K, Tamura K, Kurata T, Satoh T, Ikeda M, Fukuoka M, Nakagawa K.	Small interfering RNA targeting survivin sensitizes lung cancer cell with mutant p53 to adriamycin.	Int J Cancer	118	812-820	2006

Yamamoto N, Tsurutani J, Yoshimura N, Asai G, Moriyama A, Nakagawa K, Kudou S, Takada M, Minato Y, <u>Fukuoka M.</u>	Phase II study of weekly paclitaxel for Relapsed and refractory small cell lung cancer.	Anticancer Res.	26	777-781	2006
Okamoto I, Araki J, Suto R, Shimada M, Nakagawa K, <u>Fukuoka M.</u>	EGFR mutation in gefitinib-responsive small-cell lung cancer.	Ann Oncol.	17	1028-1029	2006
Saito H, Takada Y, Ichinose Y, Eguchi K, Kudoh S, Matsui K, Nakagawa K, Takada M, Negoro S, Tamura K, Ando M, Tada T, <u>Fukuoka M.</u>	Phase II Study of Etoposide and Cisplatin With Concurrent Twice-Daily Thoracic Radiotherapy Followed by Irinotecan and Cisplatin in Patients With Limited-Disease Small-Cell Lung Cancer: West Japan Thoracic Oncology Group 9902.	J Clin Oncol.	24(33)	5247-52	2006
Ando M, Okamoto I, Yamamoto N, Takeda K, Tamura K, Seto T, Ariyoshi Y, <u>Fukuoka M.</u>	Predictive factors for interstitial lung disease, antitumor response, and survival in non-small-cell lung cancer patients treated with <del>gefitinib</del>	J Clin Oncol.	24(16)	2549-56	2006
Yamamoto N., Nakagawa K., Uejima H., Sugiura T., Takada Y., Negoro S., Matsui K., Kashii T., Takada M., Nakanishi Y., Kato T., <u>Fukuoka M.</u>	Randomized Phase II study of Carboplatin/Gemcitabine versus Vinorelbine/Gemcitabine in Patients With Advanced Non small Cell Lung Cancer. West Japan Thoracic Oncology Group(WJTOG) 0104.	Cancer	107	599-605	2006
Kurata T., Tamura K., Okamoto I., Satoh T., Nakagawa K., <u>Fukuoka M.</u>	Pemetrexed-induced edema of the eyelid.	Lung Cancer	54	241-242	2006
Nakagawa K., Kudoh S., Matsui K., Negoro S., Yamamoto N., Latz J. E., Adachi S., <u>Fukuoka M.</u>	A phase I study of pemetrexed (LY231514) supplemented with folate and vitamin B12 in Japanese patients with solid tumours.	Br. J. Cancer	95	677-682	2006
Kurata T., Matsuo K., Takada M., Kawahara M., Tsuji M., Matsubara Y., Otani N., Matsuyama S., Muraishi K., Fujita T., Ishikawa M., Koyano K., Okamoto I., Satoh T., Tamura K., Nakagawa K., <u>Fukuoka M.</u>	Is the Importance of Achieving Stable Disease Different between Epidermal Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase Inhibitors and Cytotoxic Agents in the Second-Line Setting for Advanced Non-small Cell Lung Cancer?	Journal of Thoracic Oncology	1	684-691	2006

Yoshimura N., Kudoh S., Kimura T., Mitsuoka S., Matsuura K., Hirata K., Matsui K., Negoro S., Nakagawa K., Fukuoka M.	EKB-569, a new irreversible epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor, with clinical activity in patients with non-small cell lung cancer with acquired resistance to gefitinib.	Lung Cancer	51	363-368	2006
Kudoh S, Takeda K, Nakagawa K, Takada M, Katakami N, Matsui K, Shinkai T, Sawa T, Goto I, Semba H, Seto T, Ando M, Satoh T, Yoshimura N, Negoro S, Fukuoka M.	Phase III study of docetaxel compared with vinorelbine in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: results of the West Japan Thoracic Oncology Group Trial (WJTOG 9904).	J Clin Oncol.	24	3657-3663	2006
Asai, G., Yamamoto, N., Kurata, T., Tamura, K., Uejima, H., Nakagawa, K., <u>Fukuoka, M.</u>	Phase I and Pharmacokinetic Study of Combination Chemotherapy Using Irinotecan and paclitaxel in Patients with Lung Cancer.	J Thorac Oncol.	1	226-230	2006
Kaneda, H., Kurata, T., Tamura, K., Uejima, H., Nakagawa, K., <u>Fukuoka, M.</u>	A Phase I Study of Irinotecan in Combination with Amrubicin for Advanced Lung Cancer Patients.	Anticancer Res.	26	2479-2486	2006
Ohe Y., Ohashi Y., Kubota K., Tamura T., Nakagawa K., Negoro S., Nishiwaki Y., Saijo N., Ariyoshi Y., <u>Fukuoka M.</u>	Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan.	Ann. Oncol.	18(2)	317-23	2007
<u>西條長宏</u>	47人 がん薬物療法専門医の 数	家庭画報	49(12)	364-367	2006
<u>西條長宏</u>	わが国初の「がん薬物療法専門医制度」誕生	MMJ	2(4)	176-181	2006

大江裕一郎, 西條長宏	がん薬物療法専門医とがん治療認定医	Cancer Frontier	8	163	2006
石倉 聡	放射線腫瘍医・専門医の育成－生涯教育の充実を	日本放射線腫瘍学会誌	19	(in press)	2007
木澤義之	【がん緩和医療教育の現状と課題】 EPEC-O日本版の実施について	緩和医療学	8巻 1号	3-6	2006
佐伯俊昭	乳がんの最近の治療方針	日経メディカル Cancer Review	Autumn	39-45	2006
岩田広治, 佐伯俊昭	乳がんの薬物療法の現状	Jpn J Breast Cancer	21(3)	91-102	2006
佐伯俊昭	乳腺診療への社会的関心のたかまりと長野県における診療連携モデルへの期待	貴房	3	9	2006
佐伯俊昭	乳癌と検診の必要性	第32回広島県国保診療施設地域医療学会学会誌		89-102	2006
Koza T	Medical Education in Japan.	Academic Medicine	81(12)	1069-1075	2007
Koza T	Japanese medical education for women, the past, present, and the future	Korean-Japanese Symposium on Medical Medicine	39125	3-21	
高松 泰、熊川みどり、鈴木恵子、若松信一、石津昌直、白濱重敏、白橋顕彦、志々目光希子、尾畑由美子、榊屋 愛、一瀬一郎、鈴宮淳司、田村和夫	成人急性骨髄性およびリンパ性白血病の治療	福岡大学医学紀要	33	46-52	2006
Saeki S, Takashima S, Ogita M, Tabei T, Adachi I, Tamura K, Takatsuka Y, Kanda K	Efficacy and Toxicity of Vinorelbine with Doxorubicin/Cyclophosphamide Combination Chemotherapy in a Phase I - II Study for Advanced or Recurrent Breast Cancer Patients.	Breast Cancer	13	159-165	2006
Wakamatsu S, Mitsuyama S, Nanba K, Nishimura R, Sagara Y, Tanaka M, Tamaki N, Koga T, Tamura K	Adjuvant therapy for breast cancer	Breast Cancer	13	308-312	2006

Tamura K, Kawano F, Etoh T, Utsunomiya A, Imamura Y, Okamura S, Tsukada J, Uike N, Takamatsu Y and members of Kyushu Hematology Organization for Treatment (K-HOT) Study Group	Retrospective analysis of cord blood transplantation on 62 adult patients with advanced hematological malignancies	Fukuoka Acta Medica	97	175-182	2006
阿南敬生、光山昌珠、谷口英樹、山本 豊、藤吉健児、立石 勉、田村和夫(九州乳癌研究グループ)	リンパ節転移陽性乳癌に対する術後補助化学療法としてのDoxorubicin Plus Cyclophosphamide Followed by Weekly Paclitaxel療法の検討	癌と化学療法	33	1417-1422	2006
Matsuoka H, Tsukamoto A, Shirahashi A, Koga S, Suzushima H, Shibata K, Uozumi K, Yamashita K, Okamura S, Kawano F, Tamura K and Kyushu Hematology Oncology Organization for Treatment(K-HOT) Study Group	Efficacy of intravenous ciprofloxacin in patients with febrile neutropenia refractory to initial therapy.	Leukemia & Lymphoma	47	1618-1623	2006
Aratake Y, Nomura H, Kotani T, Marutsuka K, Kobayashi K, Kuma K, Miyauchi A, Okayama A, Tamura K	Coexistent anaplastic and differentiated thyroid carcinoma an immunohistochemical study.	American Journal of Pathology	125	399-406	2006
緒方憲太郎、田村和夫	癌治療補助薬	新薬展望2007		165-171	2006
田村和夫	コンセンサス抗癌剤の副作用と対策 7.心毒性	コンセンサス癌治療		207-211	2006
田村和夫	もっと知りたい化学療法による症状緩和 緩和的化学療法の適応と限界ーがん化学療法専門医の立場からー	がん緩和	17	13-18	2006
若松信一、田村和夫	造血器腫瘍ー基礎・臨床領域における最新の研究動向ー臨床編 IV.治療の実際 悪性リンパ腫 ホジキンリンパ腫の治療	日本臨床	65	529-533	2006

田村和夫	今、もとめられている腫瘍内科 専門医審査のあり方	腫瘍内科	1	7-11	2007
直江知樹	臨床腫瘍医になるには	腫瘍内科	Vol.1 No.1	16-18	2007
水谷佳代、梅村雅之、宮崎 雅之、熊倉康郎、加藤善 章、安藤雄一、鍋島俊隆	薬物間相互作用 4. 癌化学療 法領域	臨床薬理	38(1)	23-28	2007
加藤善章、梅村雅之、安藤 雄一、鍋島俊隆	抗がん剤による肝障害	薬局	58(2)	88-91	2007
宮崎雅之、梅村雅之、安藤 雄一、鍋島俊隆	抗がん剤による腎障害	薬局	58(2)	92-96	2007
Yanada M, Takeuchi J, Sugiura I, Akiyama H, Usui N, Yagasaki F, Kobayashi T, Ueda Y, Takeuchi M, Miyawaki S, Maruta A, Emi N, Miyazaki Y, Ohtake S, Jinnai I, Matsuo K, <u>Naoe T</u> , Ohno R; Japan Adult Leukemia Study Group.	High complete remission rate and promising outcome by combination of imatinib and chemotherapy for newly diagnosed BCR-ABL-positive acute lymphoblastic leukemia: a phase II study by the Japan Adult Leukemia Study Group.	J Clin Oncol.	24	460-466	2006
直江知樹, 木下朝博	造血器腫瘍の治療と最新の進 歩	日本内科学会雑誌	95	534-537	2006
荒木和浩、 <u>安藤雄一</u>	非小細胞肺癌の化学療法	外科治療	95(6)	638-650	2006
<u>安藤雄一</u>	抗がん剤治療のケアレクチャー 基礎講座	消化器外科 NURSING	11(9)	854-873	2006
<u>安藤雄一</u>	がん化学療法 カンプテシン 系抗がん剤の特徴を教えてください	看護技術	52(8)	82-83	2006
<u>安藤雄一</u>	がん化学療法 プラチナ系抗 がん剤の特徴を教えてください	看護技術	52(7)	82-83	2006

<u>Sugiyama T.</u>	Is paclitaxel/carboplatin really a useful regimen for ovarian cancer compared with platinum/doxorubicin/cyclophosphamide?	Int J Clin Oncol	11	1369-1374	2006
Takano M, Kikuchi Y, Yaegashi N, Kuzuya K, Ueki M, Tsuda H, Suzuki M, Kigawa J, Takeuchi S, Tsuda H, Moriya T, <u>Sugiyama T.</u>	Clear cell carcinoma of the ovary: a retrospective multicenter experience of 254 patients with complete surgical staging.	British J Cancer	94	883-888	
Murai S, Maesawa C, Masuda T, <u>Sugiyama T.</u>	Aberrant maspin expression in human endometrial cancer.	Cancer Sci	97	28-32	2005
<u>杉山徹</u>	卵巣癌におけるセカンドライン化学療法の選択とその意義	癌と化学療法	32	1096-1103	2006
杉山徹	卵巣癌.	癌と化学療法	32	663-667	2006
竹内聡、 <u>杉山徹</u>	子宮頸癌・体癌における腫瘍マーカーとその利用の仕方	成人病と生活習慣病	35(6)	1164-1169	2006
杉山徹	わが国の臨床研究の問題点と対策.	産科と婦人科	72(9)	434-439	2006
庄子忠宏、 <u>杉山徹</u>	悪性腫瘍治療後のフォローアップ.	臨床婦人科産科	60(4)	1078-1081	2006
利部正裕、 <u>杉山徹</u>	婦人科がんを見逃さないために「婦人科がん早期診断の要点・問題点4」卵巣癌	臨床婦人科産科	60(8)	239-248	2006
<u>杉山徹</u>	婦人科悪性腫瘍.	日本化学療法学会雑誌	5(3)	1069-1075	2006
Ohtsu A, Shigeaki Yoshida, Nagahiro Saijo	Disparities in gastric cancer chemotherapy between the East and West.	J Clin Oncol	24(14)	2188-2196	2006
Kamino Y, Takayama K, Mizowaki T, <u>Nagata Y.</u> , Hiraoka M, et al.	Development of a four-dimensional image-guided radiotherapy system with a gimbaled X-ray head.	Int. J. of Radiation Oncology Biology Physics	66	271-278	2006



Oya N, Shibuya K, <u>Nagata Y</u> , et al.	Chemoradiotherapy in patients with pancreatic carcinoma:Phase I study with a fixed radiation dose and escalating doses of weekly Gemcitabine.	Pancreatology	6	109-116	2006
<u>Nagata Y</u> , Matuo Y, Takayama K, et al.	Current status of stereotactic radiosurgery for lung cancer.	Int. J. of Clinical Oncology	12	3-7	2007
Matsuo Y, <u>Nagata Y</u> , et al.	Interinstitutional variations in planning for stereotactic body radiation therapy for lung cancer.	Int. J. of Radiation Oncology Biology Physics			In press
Miyagi-Maeshima A, Maeshima A, Asamura H, <u>Matsuno Y</u> .	Histologic prognostic factors for small-sized squamous cell carcinomas of the peripheral lung.	Lung Cancer	52	53-58	2006
Yonemori K, Tsuta K, Tateishi U, Uno H, Asamura H, <u>Matsuno Y</u> , Kusumoto M.	Diagnostic accuracy of CT-guided percutaneous cutting needle biopsy for thymic tumours.	Clin Radiol	61	771-775	2006
Tsushima Y, Suzuki K, Watanabe S, Kusumoto M, Tsuta K, <u>Matsuno Y</u> , Asamura H.	Multiple lung adenocarcinomas showing ground-glass opacities on thoracic computed tomography.	Ann Thorac Surg	82	1508-1510	2006
Tanimoto K, Sekiguchi N, Yokota Y, Kaneko A, Watanabe T, Miyagi-Maeshima A, <u>Matsuno Y</u> , Harada M, Tobinai K, Kobayashi Y.	Fluorescence in situ hybridization (FISH) analysis of primary ocular adnexal MALT lymphoma.	BMC Cancer	6	249-257	2006
Fugo K, <u>Matsuno Y</u> , Okamoto K, Kusumoto M, Maeshima A, Kaji M, Takabatake H, Kondo H, Moriyama N.	Solitary capillary hemangioma of the lung: report of 2 resected cases detected by high-resolution CT.	Am J Surg Pathol	30	750-753	2006
Kato Y, Tsuta K, Seki K, Miyagi-Maeshima A, Watanabe S, Suzuki K, Asamura H, Tsuchiya R, <u>Matsuno Y</u> .	Immunohistochemical detection of GLUT-1 can discriminate between reactive mesothelium and malignant mesothelioma.	Mod Pathol	20	215-220	2007

## 研究成果の刊行に関する一覧表

2006年4月から2007年3月 (in press分含む)まで

### 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
岡元るみ子 佐々木常雄	56. 支持療法 1) 化学療法薬物有害反応の対策	日本臨床腫瘍学会	新臨床腫瘍学	南江堂	東京	2006	716-723
木澤義之	ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム	木澤義之、ホスピス緩和ケア専従医のための自己学習プログラム編集委員会	ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム	財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団	大阪	2006	1-263
木澤義之	緩和ケアにおける医師の卒後研修の現状と展望.	(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『ホスピス緩和ケア白書2006』編集委員会	ホスピス緩和ケア白書2006 緩和ケアにおける教育と人材の育成.	財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	大阪	2006	12-16
木澤義之	医師の専門性と緩和ケア.	(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『ホスピス緩和ケア白書2007』編集委員会	ホスピス緩和ケア白書2007	財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団	大阪	2007	(in press)
安藤雄一	白金製剤	日本臨床腫瘍学会	新臨床腫瘍学 がん薬物療法専門医のために	南江堂	東京	2006	260-266
安藤雄一	薬理遺伝学 (Pharmacogenetics)	加藤治文, 西條長宏, 福岡正博, 小林紘一, 海老原善郎, 井内康輝, 早川和重	MOOK「肺癌の臨床」2005-2006 疫学・病理・発見・診断・治療	篠原出版社	東京	2006	441-447
杉山徹、利部正裕	開腹・閉腹手技[1]	日本産婦人科手術学会	産婦人科手術スタンダード	MEDICAL VIEW		2006	8-17

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18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が始まりました。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えますが、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。

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。妥当と思えますか。

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。



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こと、実地の技術を身につけるといこと、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ロ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。



# 5. がん薬物療法に関わる問題点とその対策

## 臨床腫瘍専門医

### A. 臨床腫瘍専門医とは

臨床腫瘍専門医とは「がんに対する薬物療法」を専門とする医師のことで、「がん薬物療法専門医」、「腫瘍内科専門医」、「メディカルオンコロジスト」とも呼ばれています(表1)。すなわち、がんに対する薬物療法の専門的知識・技術を有し、がん薬物療法を専門に行っている医師のことです。わが国では外科医、産婦人科医、放射線科医なども、がんに対する

薬物療法を実施することがありますが、がん薬物療法を専門に行っている臨床腫瘍専門医とは異なります。また、がん以外の診療が専門でときどきがんに対する薬物療法を実施する内科医も臨床腫瘍専門医ではありません。

表1 がんに対する薬物療法を専門とする医師の名称

英語	日本語
Medical Oncologist (メディカルオンコロジスト)	臨床腫瘍専門医 がん薬物療法専門医 腫瘍内科専門医 メディカルオンコロジスト

### B. がん治療専門医との違いは

がん治療には、臨床腫瘍専門医(腫瘍内科専門医)以外にも手術を専門医とする腫瘍外科専門医(婦人科専門医、泌尿器科専門医などの外科系医師を含む)、放射線治療を専門とする放射線腫瘍専門医、がん患者の精神的ケアをする精神腫瘍専門医、緩和ケア専門医、麻酔科専門医、病理専門医などがチームで取り組んでいます。これらすべて「がん治療専門医」と総称されます。したがって、がん治療専門医は必ずしもがん薬物療法の専門医である臨床腫瘍専門医とは限りません。

欧米では、がんに対する薬物療法は臨床腫瘍専門医(腫瘍内科専門医)が実施します。一方、わが国では臨床腫瘍医(腫瘍内科医)以外の腫瘍外科専門医、婦人科専門医、放射線腫瘍専門医などにより実施されることが珍しくありません。わが国では臨床腫瘍専門医(腫瘍内科専門医)の数が極端に少ないために、腫瘍外科専門医、婦人科専門医、放射線腫瘍専門医などががんに対する薬物療法を実施していますが、将来、臨床腫瘍専門医(腫瘍内科専門医)の数が増加すればこのような現状は改善されると思われます。

### C. 臨床腫瘍専門医は日本に何人いますか？

日本には正式な資格を持った臨床腫瘍専門医はまだいません（2004年12月現在）。2005年11月に、日本臨床腫瘍学会がはじめて臨床腫瘍専門医の試験を実施する予定です。

### D. 外国には臨床腫瘍専門医（メディカルオンコロジスト）は何人いますか？

米国には約9,000人の臨床腫瘍専門医（メディカルオンコロジスト）がいます。表2では米国と日本の内科系専門医の数を比較してみました。日本では臨床腫瘍専門医の試験が行われていないため、まだ腫瘍内科の専門医（臨床腫瘍専門医）はいません。しかし、他の内科系専門医は全体の割合からすると米国と日本ではほぼ同じです。

### E. 日本では何故、臨床腫瘍医（腫瘍内科医）が少ないのですか？

わが国では大学での教育、診療が多くの場合、臓器別に行われている影響が大きいと考えられます。例えば、わが国では肺がんの患者さんは、気管支喘息、肺結核などとともに呼吸器内科医が診療します。同様に胃がんは、胃潰瘍、胃炎などとともに消化器内科医が診療します。大学での講義も同様に肺がんの講義は呼吸器内科で行われます。これに対して欧米では、肺がんは胃がん、大腸がんなどとともに臨床腫瘍医（腫瘍内科医）が診療します（図1）。同様に大学には臨床腫瘍学の講座があり、内科の一分野として臨床腫瘍学の講義が行われています。

表2 日本と米国における内科系各専門医の人数

	米国	日本
内科医全体	173,149	47,835 (認定医)
アレルギー/免疫	1,860	835
循環器	20,683	8,901 *
内分泌・代謝	4,824	1,294
消化器	10,918	13,882 *
血液	5,310	2,079
感染症	5,207	782
腎臓	6,520	2,552 *
呼吸器	9,992	3,094
リウマチ	4,125	3,178 *
腫瘍内科（臨床腫瘍専門医）	8,901	—

\*外科系医師を含む