

## 2) NPO法人日本臨床腫瘍学会による臨床腫瘍学専門医を目指した教育の戦略プラン

日本臨床腫瘍学会は1993年がんの薬物療法を専門とする医師の養成を目指し誕生した。1993年～2002年15回の年次総会を行ったが会員数の増加も頭うちとなりさらなる改革が必要となった。2002年日本臨床腫瘍学会は腫瘍内科専門医の養成を前向きに臨床腫瘍学会 (JSMO: Japanese Society Medical Oncology) に発展した。日本臨床腫瘍学会 (JSMO) は、①総合的教育のためのカリキュラムの作成、②カリキュラムの内容をカバーする教育セミナーの実施、③教育テキストとしての「臨床腫瘍学」の発刊、④教育シンポジウムなど、教育を中心とした年次総会の運営、⑤専門医資格の具体化と専門医指導認定施設、暫定指導医の認定、など専門医試験受験資格の整備を統合的かつ着実にやってきた (表5)。2005年度にはカリキュラムの内容に基づく専門医認定試験を実施する予定である。(表6)。

### (1) 教育カリキュラム (表7)

ASCO (米国臨床腫瘍学会) およびESMO (ヨーロッパ臨床腫瘍学会) が臨床腫瘍学専門医修練のためのグローバルコアカリキュラムに関するガイドラインを作成中である。JSMOはこれを参考にしNPO法人日本臨床腫瘍学会専門医研修カリキュラム (JSMO/ASCO/ESMOガイドライン) を整備しており現在最終段階である。

### (2) 教育セミナー

教育セミナーは臨床腫瘍専門医にとって必要な基礎的、臨床的知識と倫理的臨床試験のあり方を教育し、わが国における薬物療法を中心としたがん診療の質的向上を目的とする。教育セミナーは総論と各論に分かれており (表4)、これをAセッションとBセッションに分けて年2回開催し、専門医の申請にはAおよびBセッションともに受講していることが必要である。教育セミナーは教育プログラム部会が企画してJSMOの主催で行い、参加者には理事長が参加証を交付する。これに加えて、ASCOと合同で臨床試験の具体的教育を目的としプロトコル作成に関するワークショップを行うことを企画している。教育セミナーは、第1回は2003年8月にAセッション (東京 浜離宮ホール)、第2回は2004年3月にBセッション (東京 都市センターホテル)、第3回は2004年7月にAセッション (大阪 グラ

ンキューブ国際会議場) で行い、おのおの300名、400名、500名の受講者があった。今後の予定としては2005年3月 (横浜 パシフィコ横浜) に第4回教育セミナー、2005年8月 (札幌) に第5回教育セミナーが計画されている (表8)。

### (3) 教科書の刊行

教育テキストとしての「臨床腫瘍学」は、第1刊を1996年7月に発刊、3～4年に一度ずつ改訂を行う予定であり、現在第3刊が2003年11月に発刊されている。現在JSMO会員が積極的に活動している大学では「臨床腫瘍学」を教科書として使用している。この教科書は、①レビューアーによる論文校閲を行い執筆者に改訂を求める、②内容はグローバルスタンダードの解説を中心とし執筆者自らのデータに偏らないようにする、などの工夫をしている。

### (4) 年次総会の工夫

年次総会は、1993年から2002年までは研究会として15回、2003年からはJSMO総会として2回開催されている。年次総会を有意義なものにするため、教育シンポジウムを充実させ卒後教育の一貫とすること、ASCO、ESMOなどでの重要な発表演題の均てん化を行うこと、ASCO-JSMO合同シンポジウムによるグローバル化した腫瘍内科学を教育すること、さらに一般応募演題に対してはディスカッサントがレビューし教育する方式をとること、などの方針を貫いてきている。今後はASCO-JSMO合同の臨床試験に関するワークショップを具体化する予定である。学会自身の指導力を十分発揮しうる点で他学会とは大きく異なる学会運営といえる。

### (5) 腫瘍内科学の実地教育

実地教育は、全がん協加入施設 (約30施設) (a) および特定機能病院 (b) が中心となると思われるが、今後の展開によっては約60施設を超える地域がん診療拠点病院 (c) も視野に入れる。JSMOでは暫定指導医 (2003年度443名認定、2004年度680名認定)、および研修認定施設 (2004年度110施設) を認定した。(a)、(b)、(c) の施設が認定対象となるか、暫定指導医と認定施設との関係をどのように位置づけるか来年度以降の大きな課題である。

表5 JSMOによる臨床腫瘍学の教育

- 1) 研究成果に基づくガイドラインの策定
- 2) ガイドラインの内容を含む教育のためのカリキュラムの作成
- 3) カリキュラムの内容に基づく教育セミナー
- 4) カリキュラムの内容をカバーする教科書
- 5) 教育を中心とした年次総会の運営
- 6) 全がん協、地域がん診療拠点病院、特定機能病院における研修、診療、研究の展開
- 7) 専門医資格の具体化と専門医指導認定施設、暫定指導医の認定
- 8) カリキュラムの内容に基づく専門医認定試験

表6 NPO法人日本臨床腫瘍学会(JSMO)の活動と今後の予定

|           |  |
|-----------|--|
| 1993      | 日本臨床腫瘍研究会の発足                               |
| 1993~2002 | 計15回の年次総会                                  |
| 2002      | 日本臨床腫瘍学会(JSMO)へ改組                          |
| 2003      | 3月 第1回日本臨床腫瘍学会(福岡: 桑野信彦先生), 専門医制度の導入       |
|           | 8月 第1回教育セミナー(Aセッション)                       |
|           | 10月 暫定指導医の認定申請                             |
| 2004      | 3月 第2回日本臨床腫瘍学会(東京: 高嶋成光先生), ASCOとの合同シンポジウム |
|           | 第2回教育セミナー(Bセッション)                          |
|           | 4月 暫定指導医の認定                                |
|           | 7月 第3回教育セミナー(Aセッション)                       |
|           | 8月 NPO法人化の申請                               |
|           | 9月 専門医教育施設の認定・ESMO/ASCOコアカリキュラムの導入         |
| 2005      | 3月 第3回日本臨床腫瘍学会(横浜: 堀田知光先生), ASCOとの合同シンポジウム |
|           | 4月 NPO法人日本臨床腫瘍学会の誕生                        |
|           | 6月 Best of ASCO in Japan (教育のアドバンスコース)     |
| 2005      | 臨床腫瘍専門医認定試験                                |
| 2006      | 専門医の認定, 専門医の標榜の実現                          |

③ 他学会の専門医制度との整合性(図1, 2)

JSMOの会員数は現在約2,500名であり毎月100~200名ずつ増加している。JSMOは米国およびヨーロッパと同じレベルの臨床腫瘍専門医の育成を目指している。また、腫瘍は全臓器にまたがり発生するが全科横断的な薬物療法専門医を念頭においている。したがって、単一臓器に限定したがん薬物療法にかかわる学会会員はJSMOの教育セミナーを受講し専門医試験に合格することが求められる。拙速な専門医認定はわが国の臨床腫瘍学の発展にとってマイナスになりかねず、

表7

| Medical Oncology Blueprint     |            |
|--------------------------------|------------|
| Primary Category               | Percentage |
| Hematologic neoplasia          | 21%        |
| Breast tumors                  | 14%        |
| Gastroenterologic tumors       | 10%        |
| Lung tumors                    | 10%        |
| Genitourinary tumors           | 8%         |
| Gynecologic tumors             | 8%         |
| Pharmacology                   | 8%         |
| Tumors of soft tissue and bone | 4%         |
| Head and neck tumors           | 3.5%       |
| Central nervous system tumors  | 3.5%       |
| Endocrinologic tumors          | 3%         |
| Skin tumors                    | 2%         |
| Miscellaneous                  | 5%         |

表8 NPO法人日本臨床腫瘍学会専門医制度 教育セミナーの内容

**総論**

分子腫瘍学, 抗がん剤の耐性機構, 抗がん剤の種類と臨床薬理, がんの疫学, 臨床治験とGCP, 臨床試験(第I相, 第II相, 第III相), 生物統計, 放射線腫瘍学, がん化学療法の基本原則, がん治療の毒性と支持療法, インフォームドコンセント

**各論**

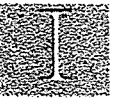
造血器腫瘍(白血病, リンパ腫), 脳腫瘍, 頭頸部腫瘍, 肺がん, 乳がん, 食道がん, 胃がん, 大腸がん, 肝, 胆, 膵がん, 卵巣がん, 子宮がん, 精巣腫瘍, 腎がん, 膀胱・尿路腫瘍, 前立腺がん, 骨・軟部腫瘍, 原発不明がんの標準的治療法

**ガイドライン作成**

ASCOとのjointワークショップで行う  
これらをAセッションとBセッションに分けて年2回開催し, 専門医の申請にはAセッションとBセッションともに受講していることが必要

表9 NPO法人臨床腫瘍学会の求める専門医

1. 薬物療法に関する十分な基礎的知識がある
2. 標準的な治療が正しく実施できる
  - 転移性結腸癌に対するFOLFOX (オキサリプラチン, 5-FU, I-LV)で4サイクル
  - IV期非小細胞肺癌にシスプラチン, ゲムシタピンを3週間毎に4~6サイクル
  - I B期非小細胞肺癌完全切除後にカルボプラチン, パクリタキセル4サイクル
3. 癌化学療法に伴う副作用に適正に対処できる
4. EBMT創生のための臨床試験が実施できる
  - Phase II, IIIの意義を知り, 積極的に参加する.
  - 臨床試験に必要な生物統計が分かる.
5. 緩和医療ができる
  - 癌性疼痛のコントロールが実施できる.
  - 緩和ケアチームに参加できる.



患者に福音をもたらすとはいえない。JSMOの提案は、臨床腫瘍専門医は非観血的治療を中心とするがんの薬物治療のスペシャリストとしての専門医であり、所定のカリキュラムに基づいた研修を終了し、きわめて高度な知識を有することが求められている（表9）。

ためには各大学に臨床腫瘍学講座を新設することが最も重要であることは言うまでもない。しかし、この可能性がほとんどない現在、おのおのの腫瘍内科医が自覚しいかに同志を増やし十分な今日育成成果をあげうるか真剣に考え行動する必要がある。

最初に述べたように十分な数の腫瘍内科医の育成の

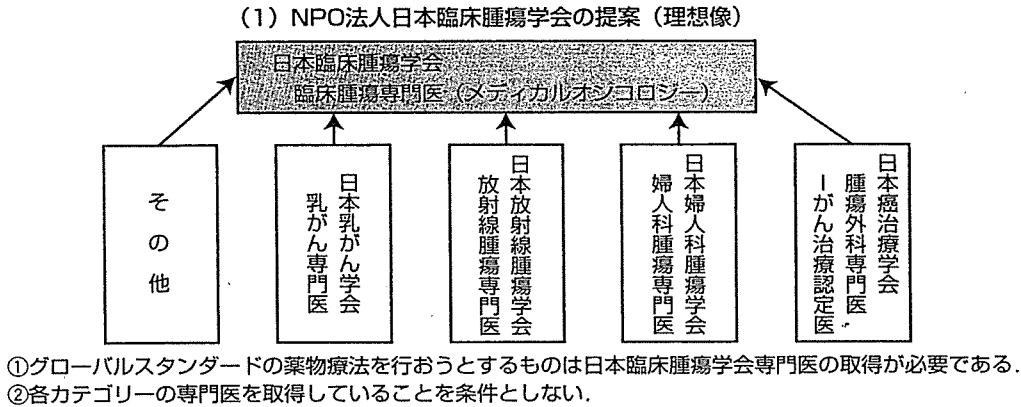


図1 がん薬物療法に関する専門医（案）

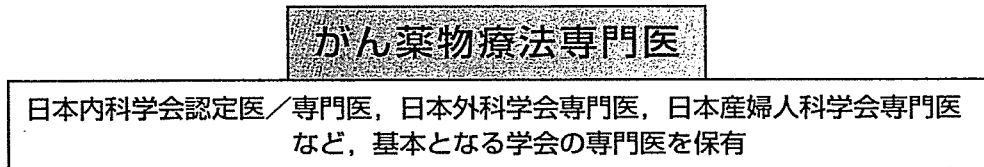


図2 NPO法人日本臨床腫瘍学会の認定する“がん薬物療法専門医”の位置づけ

*The Authors*

|          |             |       |    |
|----------|-------------|-------|----|
| 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／島  | 清三 |
| 田村 和夫／秋田 | 弘俊／吉川 裕之／徳田 | 裕／大津  | 致  |

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

国立がんセンター東病院副院長

西條 長宏 編

# 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<br>(メディカルオンコロジスト) | 臨床腫瘍専門医<br>がん薬物療法専門医<br>腫瘍内科専門医<br>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

## F. 臨床腫瘍専門医が抗がん剤治療を実施するメリットは？

わが国では、外科医が手術と抗がん剤治療の両者を実施していることが少なくありません。仮に、1年間に50人の手術と50人の抗がん剤治療をする医師（現在のわが国の多くの外科医）100人がいるとしましょう。これを1年間に100人の手術をする医師（腫瘍外科専門医）50人と1年間に100人の薬物療法をする医師（臨床腫瘍専門医）50人に役割分担すると、1人の医師が担当する手術件数、抗がん剤治療の件数が2倍に増加します。より多くの手術を経験している腫瘍外科専門医の手術が上手く、より多くの抗がん剤治療を経験している臨床腫瘍専門医の抗がん剤治療が上手いのは当然です。したがって、手術、抗がん剤治療の両者で治療成績が向上することが期待されます（図2）。

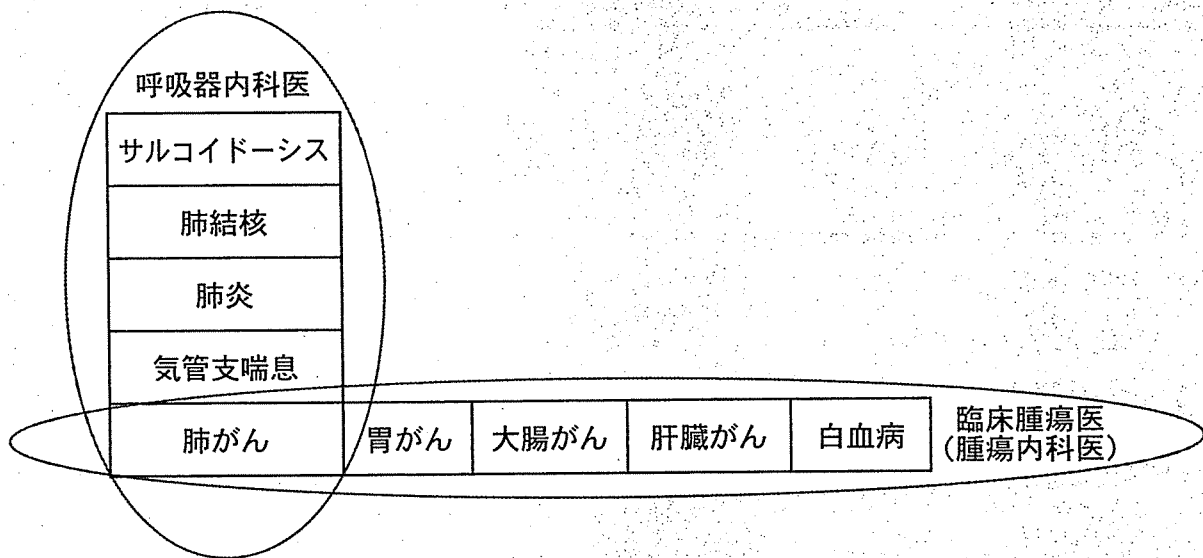


図1 臓器別の治療と臨床腫瘍医

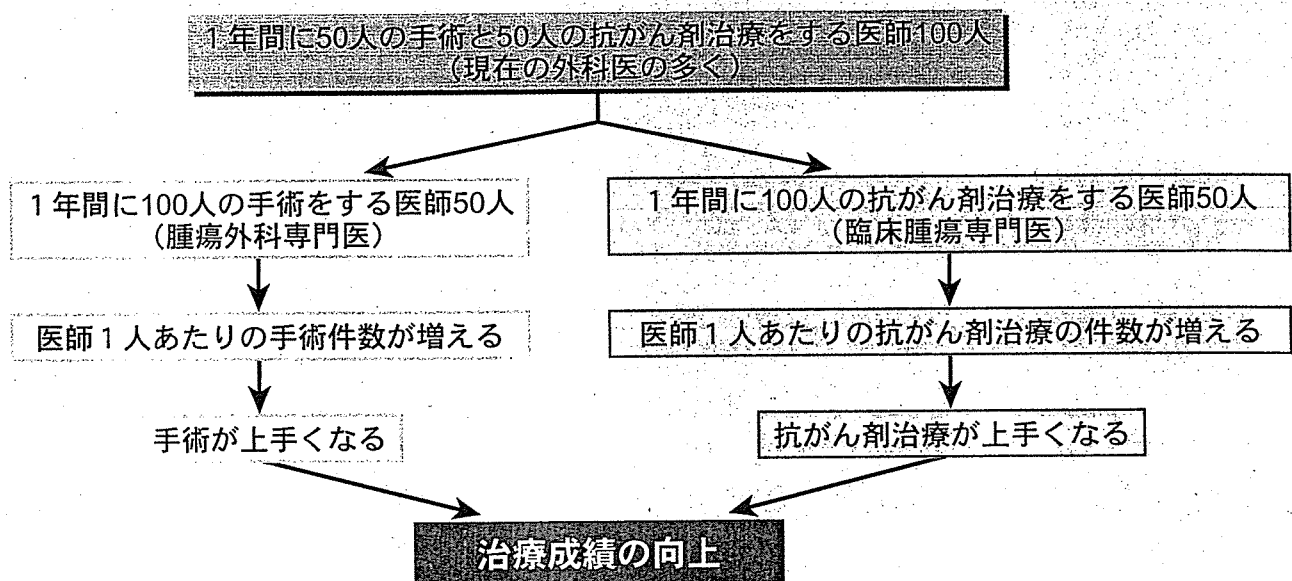


図2 腫瘍外科専門医と臨床腫瘍専門医の役割分担と治療成績の向上

(大江裕一郎)

# The MEDICAL Oncologists

特別号

メディカル オンコロジスト

がん薬物療法を目指すすべての人のために

特別号座談会

大江裕一郎

国立がんセンター中央病院 内科  
(日本臨床腫瘍学会理事)

南 博信

国立がんセンター東病院 化学療法科  
(日本臨床腫瘍学会事務局長)

横山雅大

癌研究会有明病院 化学療法科・血液腫瘍科

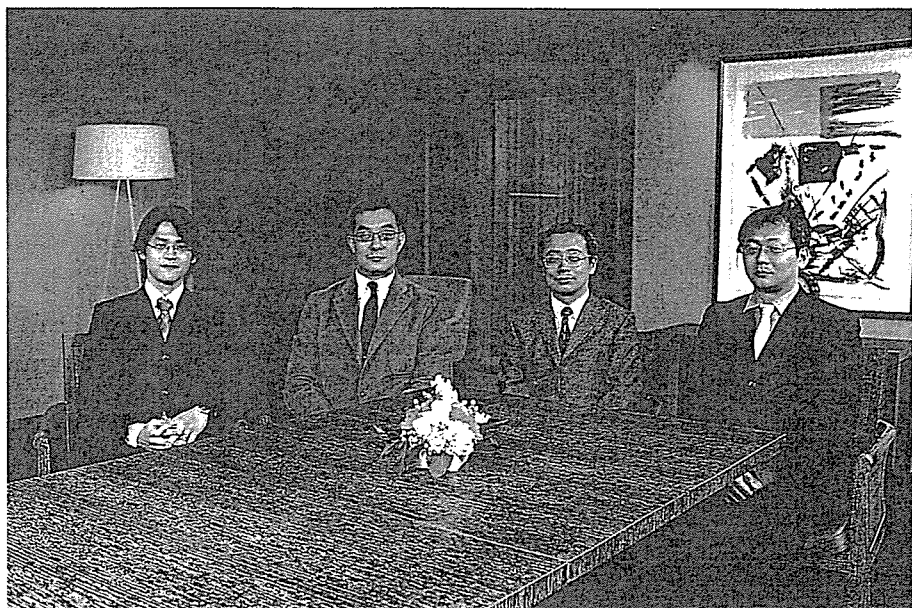
安井久晃

国立がんセンター中央病院 消化器内科

## 「がん薬物療法 専門医制度の展望」

NPO 法人日本臨床腫瘍学会は 2005 年 11 月 19・20 日、本邦初のがん薬物療法専門医認定試験を行った。2002 年に臨床腫瘍学に関する専門医の養成を理事会で決議し 3 年余りの間、行政、国民、メディア、他学会等が注視する中で福岡正博先生（近畿大学）、田村和夫先生（福岡大学）始め、理事、委員会のメンバーの強烈なリーダーシップと熱意により実現した専門医認定試験であった。この実現に向けてのカリキュラムの整備、かなりヘビーな教育セミナー、アドバンストコースの Best of ASCO in Japan、臨床腫瘍学に関する教科書の刊行、年次総会での厳しいやりとりなど、学会員が総がかりの努力は他からの外圧をものともせず、第 1 回合格者 47 名を誕生させる原動力となった。今年度大阪での教育セミナーは当初 500 名の募集をしたが 3 日間で定員に達する大盛況で関心の高まりが反映されている。おそらく平成 18 年度の受験者はかなり増加するものと思われるが今後解決すべき問題は山積している。わが国には臨床腫瘍学講座が殆どない。このような状況下で NPO 法人日本臨床腫瘍学会は質的にも量的にも欧米と互角以上の臨床腫瘍専門医を育成できるか大きな壁が存在する。学会として教育は臨床腫瘍学を目指す医師のみならず、行政、メディア、患者団体に対しても更に積極的に行う必要があることを再認識したい。

国立がんセンター 西條長宏





# がん薬物療法専門医制度の展望



司会  
大江裕一郎 先生  
国立がんセンター中央病院  
内科（日本臨床腫瘍学会  
理事）



南 博信 先生  
国立がんセンター東病院  
化学療法科(日本臨床腫瘍  
学会事務局長)



横山雅大 先生  
癌研究会有明病院  
化学療法科・血液腫瘍科



安井久晃 先生  
国立がんセンター中央病院  
消化器内科

## はじめに

大江 本日は「がん薬物療法専門医制度の展望」というテーマで座談会を開かせていただきます。

今回の専門医試験で試験を実施した側と受験した側の立場の先生にお集まりいただきました。

試験を実施した立場として日本臨床腫瘍学会(JSMO)の事務局長でもある、国立がんセンター東病院化学療法科の南博信先生に、又、めでたく受験して合格された癌研究会有明病院化学療法科・血液腫瘍科の横山雅大先生と国立がんセンター中央病院の安井久晃先生にご意見を伺って、この専門医制度をよりよいものにしていきたいと考えております。

まず、受験されたお二人の先生に、ご経歴を簡単に聞かせていただきたいと思います。

横山 私は主に血液を専門としています。1994年に自治医科大学医学部を卒業して、福井県立病院で初期研修を終え、福井県立病院および一般病院を中心にがん薬物療法を含めた一般内科臨床に携わりました。2003年から癌研究会附属病院（以下癌研）化学療法科のシニアレジデントとして来まして、その後、血液腫瘍を中心にがん薬物療法を学んできました。

安井 私は1997年に京都大学医学部を卒業し医局には所属せずに福岡県の飯塚病院で初期研修を始めました。1999年から専修医として外科を1年ほど勉強し、翌年には総合診療部、放射線科、救急部に所属していました。2001年に国立がんセンター中央病院の消化器内科レジデントとして、2004年からはがん専門修練医（チーフレジデント）として研修をしています。

## 動き出したがん薬物療法専門医試験

### これまでの経緯

大江 それでは初めに私からこれまでの経緯（表1）を簡単にご説明させていただきます。

1993年に日本臨床腫瘍学会の前身として日本臨床腫瘍研究会が設立されました。この日本臨床腫瘍研究会の主な目的は、臨床試験を世界的レベルのものにしようということであり、約10年間研究会として活動が行われてきました。

その10年間の活動の間に、治験とか臨床試験のレベルはかなり欧米に追いついてきましたが、同時に問題となってきたのは臨床試験をする、専門医が非常に足りないということでした。そこで、研究会を学会にして専門医の育成に取り組むこととなりました。

2002年3月に任意団体である日本臨床腫瘍学会が設立され、教育カリキュラムの作成、暫定指導医認定、教育セミナー開始、認定研修施設認定などが行われ、着々と専門医認定の準備がなされました。

2005年4月には任意団体からNPO法人日本臨床腫瘍学会へ移行となりました。そして、11月に第1回目の専門医制度が実施されたという経緯であります。

南先生、試験の概略についてお願いいたします。

南 今回の受験資格（表2）として、最低でも3臓器領域の研修を積んでいただいて治療ができるということを前提としています。血液腫瘍を経験することも望ましいということになっています。

■表1 がん薬物療法専門医誕生までの経緯

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 1993年   | 日本臨床腫瘍研究会が発足                    |
| 2002年3月 | 日本臨床腫瘍学会（任意団体）が誕生<br>専門医制度発足が承認 |
| 2003年   | 暫定指導医認定、教育セミナー開始                |
| 2004年   | 認定研修施設認定                        |
| 2005年4月 | NPO法人日本臨床腫瘍学会へ移行                |
| 6月      | 日本医学会からの提言                      |
| 11月     | 専門医認定試験実施                       |
| -----   |                                 |
| 2006年4月 | がん薬物療法専門医の認定                    |

将来的には血液腫瘍の経験は必須になっていくものと思われませんが、日本の現状を考慮して、今は「望ましい」としてあります。今年専門医が誕生して、その方たちが後輩を育てていく中で、ぜひすべてのがん腫を診ることができるような専門医を育てていただければと思います。

### がん薬物療法専門医試験の実際

大江 それでは実際の試験についてお話しいただけますでしょうか。

南 具体的には病歴の査読と筆記試験と面接試験と3段階で試験を行いました（図1）。試験は2日間行われ、第1日目に筆記試験。第2日目に面接試験を行いました。筆記試験に先立ち、あらかじめ病歴（表3）を提出していただき、その病歴も査読し点数化しました。

具体的にはまずその診療内容に基本的ミスがなかったか、症例選択の適切性とそのバランス、診断、現病歴、既往歴、現症がきちんと記載されているか、検査は適切に行われていたか、入院後の経過、特に全身治療、化学療法についてきちんと

■表2 日本臨床腫瘍学会専門医認定条件

1. 会員歴2年以上
2. 2年の初期研修後に5年以上のがん治療の臨床研修（基礎系大学院の期間は除外）
3. 認定研修施設での所定の研修カリキュラムに基づく2年以上の研修（薬物療法を主体）
4. 各科基本学会の認定医・専門医資格（日本内科学会など）
5. 臨床腫瘍学の論文3編以上、日本臨床腫瘍学会発表1回以上
6. 教育セミナー出席（3年間にA、Bセッションを各1回以上）
7. 過去5年以内の30例の症例報告書（薬物療法例、3がん種以上、造血器を含むことが望ましい）
8. 専門医認定試験に合格
9. 審査料10,000円

行われているか、が審査の対象となりました。治療内容の文献的考察ではエビデンスレベルまで考察を求められます。筆記試験の問題については、日本臨床腫瘍学会の中に問題作成委員会を作り、各領域・各臓器ごとに責任者を決めて、問題作成委員が全体のバランスを考えながら問題を何題かずつ作成していきました。この作業に関しては福岡大学（内科学第一）の田村和夫先生に大変なご努力をいただきました。

2日目の面接試験は提出された病歴の中から1例をピックアップし、患者さんの経過について実際にマネジメントをどのようにしたかを尋ねる中で、そのがんの治療、特徴的な合併症、G-CSF、抗生剤の使い方など、一般的な知識があるか、患者さんをマネジメントする能力があるかどうかを判断しました。

大江 今回試験を受けられた先生方のご苦労や、何か要望などがあれば出していただければと思います。

横山 認定条件（表2）にある報告しなければ

らない症例が、3領域にわたって30症例ということで、今までの症例を一つひとつ吟味しながらレポートの提出に心がけました。日本内科学会の認定医や専門医を受験した際とほぼ同じような内容で、今回のレポート作成に臨みました。

大江 横山先生は血液領域がご専門ですので、今回症例を選ぶにあたって固形がんについてはご苦労されたのかという点はのでしょうか。

横山 私は福井で主に血液腫瘍の臨床をしていたのですが、癌研に来て初めて固形がんに関わったというのが正直なところ。このような研修の場をいただいて多数の症例を経験できて、今回3領域の症例をまとめることができました。

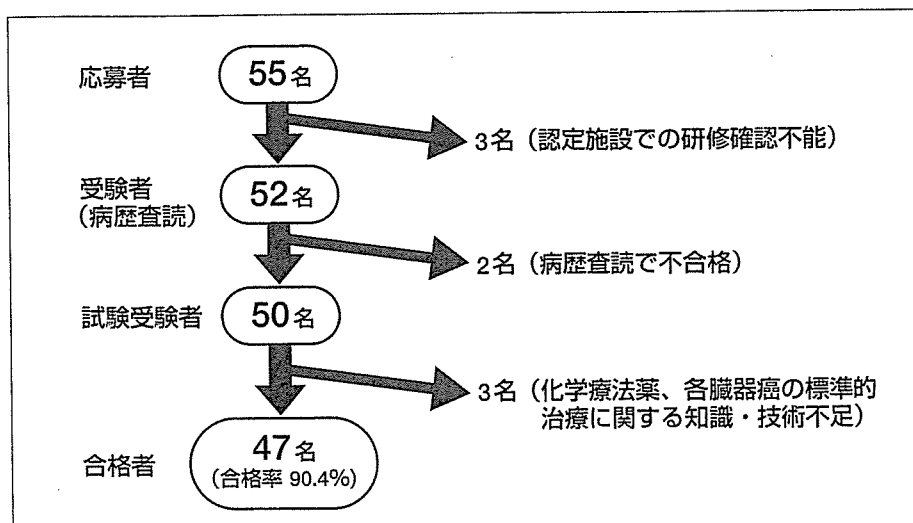
安井 私の場合は幸い症例の選定に関しては特に問題はありませんでした。ただ、ローテーションという短い期間で患者さんの全経過をみるわけではありません。どの部分までを病歴として書くかということが規定されていなかったのも、バランスを考えて症例を選ぶのに、やや苦労しました。

大江 今回の病歴は1回の入院に関して、その1

■表3 JSMO専門医資格認定試験 症例実績報告・病歴要約

- 過去5年間に担当したがん薬物療法実施症例（入院・外来）
- 3臓器・領域以上の腫瘍（各臓器・領域3例以上20例以下）  
造血器 呼吸器 消化器 肝・胆・膵 乳房 婦人科  
泌尿器 頭頸部 骨軟部 中枢神経 皮膚 胚細胞  
小児 原発不明
- 合計30例
- 外科的治療についても記載（術前化学療法、化学療法合併症に対する手術）
- 剖検報告書
- 支持療法・緩和医療が主体の症例では、その臨床経過
- 文献引用、治療のエビデンスレベルについて考察

■図1 JSMO専門医試験受験者



回の入院分だけの病歴を書けばいいような形になっていたのですか。

南 基本的にはそうです。ただ、今後化学療法が外来へますます移行していくことを考えますと、入院病歴に限定せずに、その患者さんの治療歴という形で、外来治療の部分も病歴として提出していただいて査読をするというスタイルでも問題ないと思います。

大江 確かにいま南先生が言われたことは非常に重要だと思います。入院の部分だけでよかったのが、外来が増えてきていますので、入院にこだわるとあまりいい病歴も書けないのではないかという感じがします。

南 そうですね。特に今後多くの化学療法が外来で行われるようになると予想されますので、入院病歴に限ってしまうと支持療法だけのサマリーになってしまうことも考えられます。

大江 実際に病歴を査読する先生はかなり大変だったのではないかと思います。お一人の先生で大体7~8人ぐらいの受験生の査読を担当し、200枚以上読まなければいけないということですが、その辺のご苦労を南先生からお話しいただけませんか。

南 大変苦労しました(笑)。書く人によって内容がさまざまです。ぜひとも要点を押さえたわかりやすいサマリーを書いていただければと思います。行った診療行為も悪い上に、書き方も悪いと、かなりの減点になるかもしれません。

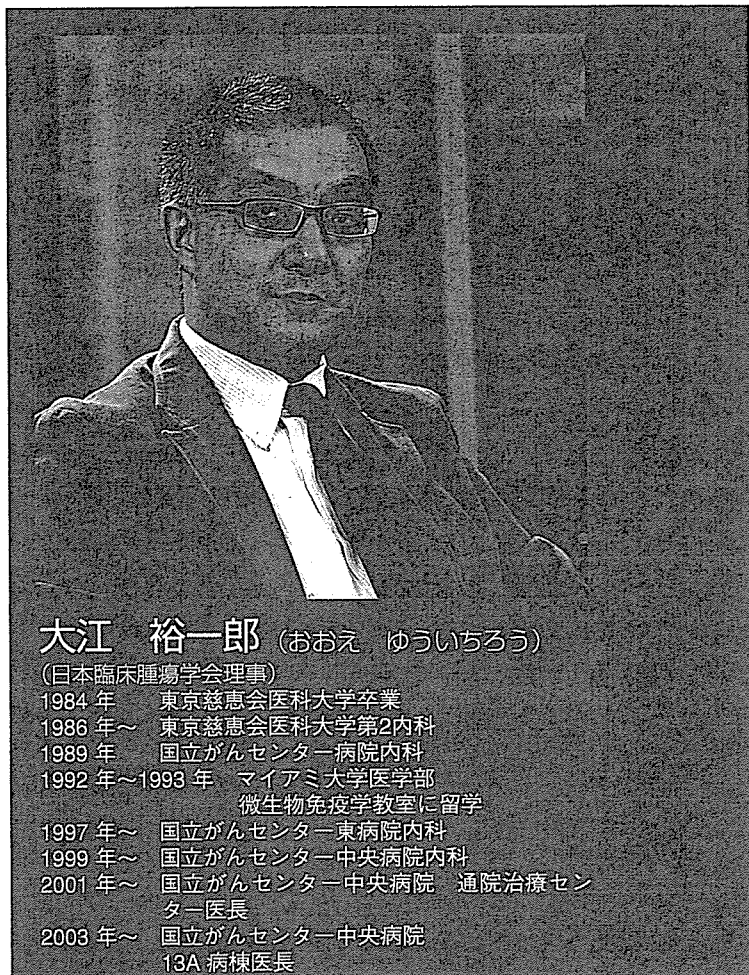
大江 病歴の査読者によって評価が個々に違うということはありませんでしたか。

南 査読は減点制で行いました。それぞれの審査項目ごとに配点を決めておいて、その配点の中で減点していくのですが、実際何点減点するかなどについては査読者の裁量に任されています。今後は一定の基準などを例示し、統一化するように図るべきだと思います。今年は1人の受験者に対し2名が独立に査読を行い、2名の査読者とも点数が悪かった方のみ、残念ながら落第とさせていただきました。

#### 試験問題

大江 筆記試験に関してはどのような範囲の問題が出たかを概説して下さい。

南 筆記試験の範囲は基礎の領域から臨床腫瘍学



大江 裕一郎 (おおえ ゆういちろう)

(日本臨床腫瘍学会理事)

1984年 東京慈恵会医科大学卒業

1986年~ 東京慈恵会医科大学第2内科

1989年 国立がんセンター病院内科

1992年~1993年 マイアミ大学医学部

微生物免疫学教室に留学

1997年~ 国立がんセンター東病院内科

1999年~ 国立がんセンター中央病院内科

2001年~ 国立がんセンター中央病院 通院治療セン

ター医長

2003年~ 国立がんセンター中央病院

13A 病棟医長

の総論、臓器別の各論、支持療法の内容まで幅広くカバーされています。

試験問題を作成するにあたっては、日本臨床腫瘍学会が年来行ってきました教育セミナーの内容、および日本臨床腫瘍学会が出版している『臨床腫瘍学』という教科書の内容に基づいて出題されており、全135問中約75%が臨床で、残りが基礎系あるいは臨床腫瘍総論でした(表4)。

大江 今回の筆記試験に関する感想などがあれば出していただきたいのですが。

安井 問題数は若干少ないかなとは思いましたが、バランスよく出題されていたので、時間配分としてはちょうどよかったと思います。ただ、広範囲の知識を求めるのであれば、各臓器別にもう少し問題数を割いたほうがより知識を問えるのではないかと感じました。

横山 あえて私の気がついた点をお話しすると、国家試験とか内科認定医とか専門医試験もそうですが、一般臨床に即した経過で問題を作って、それに対するトレーニングをするような形の問題形

式も多少あってもいいのではないかと思います。

大江 日本臨床腫瘍学会では、学会発足以来毎年2回教育セミナー(表5)を開催しています。セミナーに出ていけば基本的にはできる問題が出されていたという理解でよろしいですか。

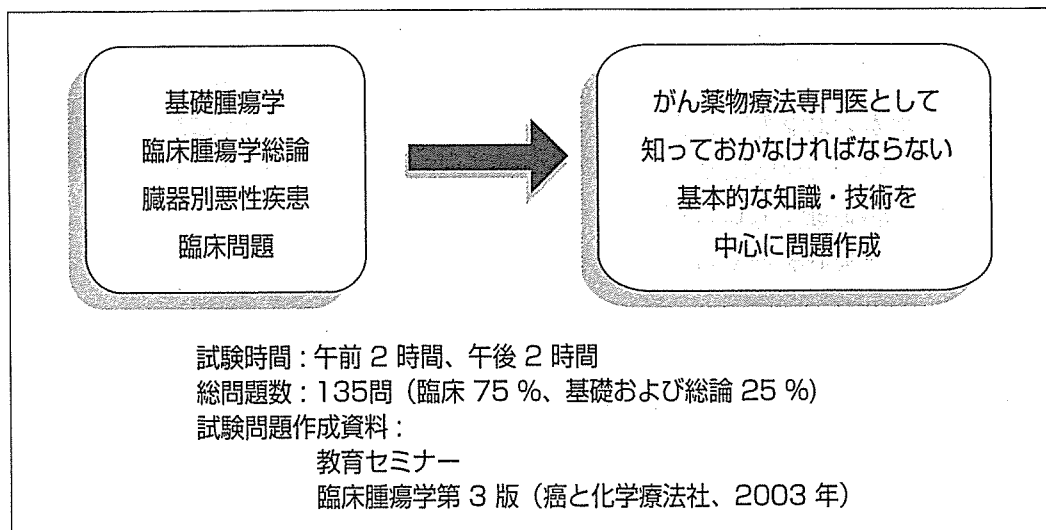
安井 教育セミナーの内容がウェブで公開(<http://jsmo.umin.jp/seminar.html>)されていますので、受験勉強に非常に助かりました。ただ、私は少し古いセミナーを受けましたが、多くの問題が直近のセミナーをベースに出たような印象がありました。試験勉強自体はそんなに難しくはなかったと思います。あとは、補足的に『臨床腫瘍学』の教科書に軽く目を通しておけば、ある程度は大丈夫じゃないかと思います。ただ、セミナーで演者の先生が話された内容がいわゆる教科書的な標準的な内容だったかは、若干意見が分かれる

と思います。今後、セミナーで行われる内容をたとえば標準化して、どの先生でもある一定の内容を話すような基準があってもいいのではないかと思います。もし内科認定医や専門医のように模擬問題集のようなものが今後作られるようでしたら、どういったレベルの知識を要求されるのかということがわかっていいのではないかと思います。

南 今後は日本臨床腫瘍学会の教育セミナー運営部会で教育セミナーを企画立案していくことになりましたので、教育セミナーの内容も少しずつ統一化され、改善していくものと思います。

ただ、教育セミナーの中から毎回出題するとなると、問題がかなり限定されてしまうと思います。ですから教育セミナーから出題する基本的姿勢は変わりませんが、一部分は、『臨床腫瘍学』の教科書に書いてある内容から出題されることになる

■表4 JSMO専門医資格認定試験 筆記試験



■表5 教育セミナーの内容

- 総論  
がんの疫学(記述疫学、発がん要因と予防)、分子腫瘍学、抗がん剤の耐性機構、抗がん剤の種類と臨床薬理、臨床治験とGCP、臨床試験(第I相、第II相、第III相)、生物統計、放射線腫瘍学、がん化学療法の基本原則、がん治療の毒性と支持療法、がん治療と倫理・インフォームドコンセント
- 各論  
造血器腫瘍(白血病、リンパ腫)、脳腫瘍、頭頸部腫瘍、肺がん、乳がん、食道がん、胃がん、大腸がん、肝・胆・膵がん、卵巣がん、子宮がん、精巣腫瘍、腎がん、膀胱・尿路腫瘍、前立腺がん、骨・軟部腫瘍、原発不明がんの頻度、原因、病理・病期診断、標準的治療法
- プロトコール作成  
JSMO/ASCO Training Course
- AセッションとBセッションに分けて年2回開催  
専門医の申請にはAセッションとBセッションともに受講(3年間に2回以上)要

思います。

いま出版社を変えて『臨床腫瘍学』を全面改訂しています。専門医試験の受験の教科書として使うことを念頭に置いて改訂していますので、今度の『新臨床腫瘍学』の教科書に期待したいと思います。

## がん薬物療法専門医に求められるものとは

大江 実際にがん薬物療法専門医にどういうことが求められているかについては、主に以下のようなことであると思います。

1. 薬物療法に関する十分な基礎知識がある。
2. 標準的治療が正しく実施できる。
3. がん化学療法に伴う副作用に適正に対処できる。
4. EBM 創生のための臨床試験が実施できる。
5. 緩和医療ができる。

このすべてを身につけるため、先生方は実際どのような努力をされてるのでしょうか。

### 薬物療法に関する十分な基礎知識がある

安井 すべての分野のジャーナルを全部読むのは不可能で、自分の専門分野に偏ってしまうのは仕方ないと思うのですが、いいレビューを探して時々目を通すとか、JCO のようなキーとなるジャーナルはひとつと見るとかには努めています。

それから海外の研究者が日本に来る機会には積極的に参加して、海外ではどういうことが行われているかという現場の声を聞いてみるとか、いろんな手を使って自から積極的に探していかないと、なかなか知識をアップデートするのは難しいと思います。

大江 去年、日本臨床腫瘍学会と ASCO で「Best of ASCO in Japan」という企画があって、ASCO の最先端のデータがわかりやすくプレゼンテーションされています。

南 それから何よりも標準的な治療を実践することから考えると、NCCN とか ASCO のガイドラインは、複数の専門家がすべてのデータをレビューし、見解をまとめていますので、すべての領域のそういったガイドラインには最低限目を通



南 博信 (みなみ ひろのぶ)  
(日本臨床腫瘍学会事務局長)

1986年 名古屋大学医学部卒業  
1986年 名古屋第一赤十字病院臨床研修  
1988年～ 名古屋第一赤十字病院内科勤務  
1994年～ シカゴ大学メディカルセンター  
1996年～ 国立がんセンター東病院化学療法科  
2002年～ 国立がんセンター東病院化学療法科医長  
2003年～ 国立がんセンター東病院治験管理室室長併任

しておく必要があるだろうと思います。

### 標準的治療が正しく実施できる

大江 いま実際にわが国で行われている治療と世界的な標準的な治療を比べると、消化器の領域では、どうでしょうか。

安井 がん専門病院であれば、当然 FOLFOX<sup>1)</sup>、FOLFIRI<sup>2)</sup> 療法が導入されていますが、まだ市中病院では 1 世代前のレジメンがかなり多いようです。学会の発表などでも、まだまだ市中病院のレジメンは古いものが多いという印象があります。

実際に薬が承認されたから、すぐ全国で使えるようになるかという決断はしてそうではありません。特に FOLFOX、FOLFIRI 療法を外来で行う場合、ポートを埋め込んで在宅で持続静注を行わなければいけないので、薬剤部での調剤、看護師の患者教育など、医者側だけでは解決できない病院のインフラ整備の問題がありますので、すぐに広がっていかないというのが現状のようです。

大江 血液腫瘍に関してはどうでしょうか。

横山 血液の領域に関しては、標準療法といえる



## 横山 雅大 (よこやま まさひろ)

(癌研有明病院化学療法科・血液腫瘍科)

1994年 自治医科大学医学部卒業  
 1994年～ 福井県立病院 初期研修  
 1999年～ 福井県立病院 血液内科  
 2000年～ 公立丹南病院 内科  
 2003年～ 癌研究会附属病院 化学療法科 シニアル  
 シデント  
 2005年～ 癌研究会有明病院 化学療法科・血液腫瘍  
 科 医員



## 安井 久晃 (やすい ひさあき)

(国立がんセンター中央病院 消化器内科)

1997年 京都大学医学部卒業  
 1997年～ 麻生飯塚病院研修医  
 1999年～ 麻生飯塚病院専修医  
 2001年～ 国立がんセンター中央病院消化器内科レジ  
 デント  
 2003年～ 国立がんセンター中央病院消化器内科がん  
 専門修練医

ものは悪性リンパ腫に限っていえば、diffuse large B-cell lymphoma (びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫) に対する R-CHOP 療法<sup>3)</sup> ですが、これに関してはある程度全国的に普及しているような印象です。今までは CHOP 療法が標準療法でしたが、リツキシマブという抗体薬が保険適応となり、今日 R-CHOP 療法として全国的な浸透はある程度されているような印象はあります。

南 標準的治療といっても、実際にはかなり投与量が減量されていたり、毎週投与の予定で開始したが白血球が下がったからと言ってすぐ治療を止めてしまった、あるいはスキップした、とかいうようなこともあります。ので、G-CSF や制吐剤などの支持療法を適正に用い、しっかり治療をマネジメントできるかどうかということが重要です。

それからメディカルオネコジストの本来の価値は、必ずしも臓器機能が完璧ではない方、たとえば FOLFOX がスタンダードになったとはいえ、腎障害がある場合はどうするか、高齢者をきちんと治療できるかどうか、そこに実力が求められてくると思います。

こういう場合の decision making には臨床薬理学的知識が必須になってきますし、治療の目的、すなわち対象としている疾患が治さなければいけない病態なのか、緩和医療が目的なのか、ということもきっちり把握した上で、患者さんの個々の病態に合わせた個別化ができるかどうかということも重要なポイントです。

### がん化学療法に伴う副作用に適正に対処できる

大江 最近、G-CSF を発熱性好中球減少発症時に投与すると死亡率も減らすというデータ<sup>4)</sup>が出てきていますが、標準治療を完遂するためにも、支持療法をしっかりと行うことが非常に大事ではないかと思っています。

南 他の病院から紹介されてきた患者さんの話を聞いてみると、吐き気がつらく治療を断念せざるを得なかったというような方も多いのです。話をよく聞いてみると、たとえば催吐作用の高い抗がん剤が使われているにもかかわらず、2日目、3日目の制吐剤が全く入っていなかったりするわけです。もう少しきっちり制吐剤を使ってコントロールしてあげたら、その抗がん剤の良さを引き

出せたのではないか、と思えるような患者さんもたくさんいらっしゃると思います。やはり支持療法のトレーニングというのにも必要だと思います。

G-CSFの使い方や制吐剤の使い方はガイドラインとしても書かれていることですから、今後専門医試験を受ける方もきっちり把握をしてほしいと思います。

### EBM 創生のための臨床試験が実施できる

大江 実際にがん薬物療法の専門医に求められているレベルの臨床試験というのはどういうことでしょうか。

南 まず実地医療をこなせる実力を確保した上で、次のステップとして臨床試験ができるということが必要になると思います。実地医療において、新しい治療を取り入れていくためには、臨床試験の結果を適切に解釈するかが必要です。トレーニングの段階から少なくとも臨床試験のデータを解釈できるだけの能力を身につける必要があります。

その次のステップとして、臨床試験を企画・立案・遂行できる能力が求められています。すべてのひとに臨床試験を企画・立案・遂行できる能力を求める必要はないかもしれませんが、少なくとも臨床試験の結果を解釈できる能力は必要ですし、臨床試験の重要性を理解し患者さんに協力をお願いする能力は早い段階から養う必要があります。

大江 解釈というのは非常に大事なところで、がん薬物療法専門医であれば「なんでこんな結論になるのか」というように、少なくとも専門領域のものに関しては批判的に読んで、自分なりに解釈ができるようなレベルは当然必要ではないかと思えます。

### 緩和医療ができる

大江 緩和医療について自分のことを考えてみると、あまり系統立った教育を受けた記憶がないのですが、緩和ケアに関してはどういう教育を受けられましたか。

安井 大学には当然緩和ケアという科はなかったので、そういう教育を受けたことは全くないです。がんセンターに来てから初めて緩和ケアの概念と具体的な治療に関して勉強したというのが正直

なところでした。

横山 私も正直申しまして緩和医療を系統立てて勉強したことはありません。癌研も有明に移転して、去年の3月から初めて緩和ケア科ができたというのが現状です。それまでは独学で緩和医療を学んできたというのが正直なところでした。がんの治療は、薬物療法と緩和医療というのは切っても切り離せないところだと思いますので、この領域の系統立てた研修は避けては通れないところだと思います。

## がん薬物療法専門医になるということ

大江 安井先生と横山先生はどういう動機で、今回、がん薬物療法専門医を目指されたかということについて一言ずつお願いします。

安井 がん薬物療法の専門医資格というのは、それを取ったからどうなるのかという具体的なイメージはわからなかったのですが、今後多分役に立つだろうという思いで受験したというのが正直なところでした。

それと、消化器内科の分野では特に肺がんなどに比べて、メディカルオンコロジストはまだ極端に少ないのが現状なので、ぜひそういった現状を変えたいという思いがありました。

横山 私も癌研に来て初めて固形がんに関わることになったわけですが、ここに来てがん薬物療法専門医ができるということで、教育セミナーを受けて受験したわけです。

このがん薬物療法専門医というのはゴールではなくて、がん薬物療法のスタートみたいなところですから、系統だてて多種類の領域を勉強することによって知識の整理ができて、それが試験という形になったと思うのです。これをスタートとして、さらに専門性を高めていく、あるいは指導医として裾野を広げていくような教育的努力ができればいいのではないかと考えています。

大江 安井先生は今年で国立がんセンターのがん専門修練医を卒業ですが、就職でもがん薬物療法専門医というのはかなり有利にはなるのではないかと思います。

安井 確かにそうですね。私は京都の総合病院で腫瘍内科を立ち上げる仕事に携わるようになって



■表 6 血液・腫瘍内科医の日米比較

| 日本                      |                    | 米国   |         | 比(%) |
|-------------------------|--------------------|--|---------|------|
| 人口                      | 1.281億             | 人口   | 2.982億  | 43   |
| 医師 (2004)               | 249,574            | 医師 (2004)  | 632,818 | 39   |
| 日本内科学会員<br>(2005/12/28) | 91,463             | ABIM(American Board of Internal Medicine)<br>(2005/2/18) |         |      |
| 日本内科学会認定医<br>(専門医)      | 55,278<br>(10,573) | Gen Intern Med   | 182,253 | 30   |
| 日本臨床腫瘍学会<br>専門医         | 47                 | Med Oncology   | 9,706   | 0.5  |
| 日本血液学会<br>認定血液専門医       | 2,119              | Hematology   | 5,794   | 37   |

います。いろいろな科と連携をとったりコメディカルを育てていくにあたって、肩書が大事なわけではありませんが、やはりそういう道具というか武器となるようなものは持っていて損はないと思っています。博士号なんかよりはるかに役に立つ資格ではないかと思えます (笑)。

## ■ 今後のがん薬物療法専門医展望

大江 このがん薬物療法専門医制度がどういうふうになっていくか、展望について何かありましたらお願いいたします。

南 今年、認定試験を開始したところです。これを軸にして、多くの方に専門医の認定を取りたいと思ってもらえるような制度にしなければいけないと思えます。専門医を取ったメリットも重要で、できれば実際に診療報酬に反映できるようなところまでいければいいと思えますが、その前にまず広告ができる状態にする必要があります。学会としてもその方向で準備をしているところです。

それから米国の人口は日本の大体 2.5 倍、医者数もちょうど 2.5 倍になっていますので対人口比の医師数は日米で同じということになります (表 6)。日本の内科認定医 (General internal medicine)・血液専門医も大体米国の 30~40% となっているのに対して、日本のメディカルオンコロジストは極端に少ないのが現状です。

もちろんいいかげんなメディカルオンコロジストでは駄目ですが、この比率に基づけば、日本臨床腫瘍学会の専門医が最終的には 3,000~4,000 人ぐらいまで増えてくれればいいと思えます。

## 血液専門医の役割

南 専門医を増やす早期解決策の 1 つとして、2000 人以上の血液腫瘍の専門医 (表 6) の先生に固形がんの化学療法にも参加していただくことだと思います。今の現状は、大学の医局が臓器別になっていますので、がん以外の病気を含む特定の臓器の勉強をしてから他のがん腫を勉強します。そのような医師が年をとってから血液腫瘍の領域に入っていくのは大変です。それに対して血液内科医としてトレーニングされた方が固形がんの治療の領域に入ってくるのはそれ程大変ではないかと思われるかもしれません。ですからぜひ血液内科の方には固形がんの領域に入ってきていただいて、文字通りヘマトロジー・オンコロジーの専門医としてぜひ活躍していただきたいと思えます。そのように働きかけていく必要もあると思えます。

大江 そうですね、血液の先生というのは抗がん剤の扱いには慣れていらっしゃるし、それからひどい副作用が出たときのマネージメントなどにも精通されているので、将来は血液の先生に固形がんの化学療法も担っていただくというのも一つのいい方法ではないかと思えます。しかし現状では、血液の専門と固形がん専門との間で少しギャップがあるような感じがします。血液専門の先生は血液だけ診ているのですが、今回のがん薬物療法専門医を取るためには、固形がんを少し診なければいけないというようなご苦労がありますね。血液専門医の場合は、腫瘍以外を専門とする先生もけっこういらっしゃるのですか。

横山 血液疾患には赤血球疾患や血小板疾患、凝

固障害等悪性腫瘍以外の疾患が多数存在しますが、それらを専門とする医師よりは血液悪性腫瘍の薬物療法を専門とする医師が多いと考えてよいと思います。

大江 それでは、各地に血液腫瘍内科という講座は幾つかあると思うのですが、そういうところでは血液と一緒に固形がんも診ていると考えてよいでしょうか。

横山 血液と固形がんを一緒に診ている施設もあると思いますが、ほとんどは造血器腫瘍が中心で、固形がんに関しては呼吸器であれば呼吸器内科、消化器であれば消化器内科、もしくは外科系の先生が多く、メディカルオンコロジストがいない領域では色々な人が携わっている印象があります。

理想的にはメディカルオンコロジストとして広くすべての腫瘍を網羅した上で、専門領域として血液なら血液を専門としていくのがいいのではないかとは思いますが、現状の日本の大学を含めたシステムとしてそのような体制が整っていないので、血液は血液というふうに分かれているのではないかと思います。

大江 この先、ぜひ血液の先生にがん薬物療法専門医のような形で固形がんも含めて広く診療していただきたいと思います。

## おわりに

大江 さて、今年当然第2回目の専門医の試験があるはずですが、実際にどれくらい的人数が受験されるというふうに予想されますか。

南 がん治療の問題が社会的な話題にもなっていますし、臨床腫瘍医、腫瘍内科医という言葉も大分浸透してきましたので、かなり数は増えると思います。

大江 国立がんセンターとか癌研の若い先生で、先生方に次いでがん薬物専門医になろうという方はいらっしゃると思いますか。

安井 国立がんセンターのレジデントの多くは受験資格もあるし、専門医になりたいと考えていると思います。今回の自分の経験を話すと、皆興味を持っているのが分かります。ただ、各科ローテーションのない病院で研修を受けられた先生は、3領域というところがネックになる可能性があって、今年から急に受験者が増えるかどうかは分かりません。

南 今後は毎年100人以上の方を認定していく必要があります。また専門医になられた方が何年か後には指導医となられて、ご自分でも若い専門医を教育していただければと思います。

大江 47名の先生方が第1回目のがん薬物療法専門医に合格され、長年の懸案であった専門医が誕生しました。

もう一つ、認定医として日本癌治療学会、日本癌学会、日本臨床腫瘍学会と全国がんセンター協議会の4組織でがん治療認定医を作るということも合意されております。そちらのほうも、実際の認定がいつになるかわかりませんが、近々、走り出すということになっていますが、大事なものは本当のエキスパートである先生方のようながん薬物療法専門医がどんどん増えてくれることです。

そういう専門医がだんだん増えて、適切ながん医療がなされることによって、治療成績が上がり、QOLも上がってくるという形で、この制度自体ががんに苦しむ患者さんの助けになってくれることを期待したいと思います。

本日はどうもお忙しいところをありがとうございました。

1) FOLFOX: 5-FU/LV+Oxaliplatin 大腸がんに対する現時点での標準的レジメン

投与例 (FOLFOX4); 5-FU/LV療法 (LV 200 mg/m<sup>2</sup> 点滴静注後 5-FU 400 mg/m<sup>2</sup> ボーラス投与 +600 mg/m<sup>2</sup> 22時間持続静注 (day1 及び day2) 後、12日間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す (de Gramont レジメン)。これに Oxaliplatin 85 mg/m<sup>2</sup> 点滴静注 (day1) を加えたもの。

2) FOLFIRI: 5-FU/LV+CPT-11 (Irinotecan) FOLFOXと同じく大腸がんに対する標準的レジメンのひとつ。de Gramont レジメンに CPT-11 180 mg/m<sup>2</sup> 点滴静注 (day1) を加えたもの。

3) R-CHOP: 古典的な悪性リンパ腫に対する併用療法 CHOP (Cyclophosphamide+doxorubicinHydrochloride+Vincristine (Oncovin)+Prednisolone) に Rituximab を加えたもの。

4) J Clin Oncol 23: 4198-4214、2005: 13 の臨床試験のメタアナリシスで抗生剤に G-CSF を加えた方が抗生剤単独よりも感染症に伴う死亡が 49%減少 (オッズ比) したというもの。

■ 特集 ■ 癌治療専門医制度を考える—国民により良いがん治療を提供するシステムについて—

## 日本泌尿器科学会の立場から

笈 善行

癌の臨床 第51巻 第6号 (2005)

*Jpn J Cancer Clin* Vol 51 No 6 2005

篠原出版新社

## 特集

## 癌治療専門医制度を考える

—国民により良いがん治療を提供するシステムについて—  
(第42回日本癌治療学会総会特別企画より)

## 日本泌尿器科学会の立場から

寛 善 行<sup>\*1,2</sup>

**A personal Opinion as a Urologic Oncologist Concerning Establishment of an Optimum System to Qualify Expertise of Cancer Therapy in Japan:** Kakehi Y (<sup>\*1</sup>Section Director of Urologic Oncology, Japan Urological Association, <sup>\*2</sup>Dept of Urology, Kagawa University School of Medicine)

Japan Society of Clinical Oncology is planning to establish a system to qualify expertise of cancer therapy in Japan. Most of urologists working in Japan are involved in treating patients with urologic malignancies regardless of their expertise in urology. In particular, most of Japanese urologists perform for themselves the systemic chemotherapy without help of medical oncologists. Considering these circumstances peculiar to Japan, to provide patients suffering urologic cancers with treatment of higher quality than ever, a sophisticated system to qualify urologists with adequate knowledge about fundamentals of cancer treatment including basic cancer science, cancer epidemiology and statistics, basic principles in the management of malignant diseases, and ethical issues is needed.

**Key words:** Core curriculum, Cancer therapy, Expertise, Urologist

*Jpn J Cancer Clin* 51(6): 441~445, 2005

## はじめに

泌尿器科では腎・後腹膜・尿路・男子生殖器に発生する腫瘍を診断から治療まで一貫して担当している。診断から治療までの一貫性という点では婦人科腫瘍領域と類似しているかと思われるが、日本泌尿器科学会には傘下に泌尿器腫瘍学会のような組織は現時点ではない。一方、化学療法に関しては、進行性精巣腫瘍や尿路上皮がんなどにおいて、日常的に全身的化学療法が泌尿器科医師の手で施行されている。特に、精巣腫瘍に対する化学療法は total cell killing を目指した徹底的集学的治療が必須であり、症例数そのものは少ないが、相応の経験を有する泌尿器科医師が相当数存在する。

一方、若手医師に対する教育の面では学術総会や地方総会時に開催する教育セミナーなどを通じて腫瘍領域の教育がなされてきたが、泌尿器科としてカバーする腫瘍以外の領域が多岐にわたるため、十分な単位数が確保できていないこと、各臓器別の教育に偏り、いわゆるがん治療医としての総論的な知識の教育がなされてこなかったことなどの問題点がある。

筆者は日本癌治療学会専門医制度委員会委員として、日本癌治療学会によるがん治療専門医制度の発足に関わっている。一方、日本泌尿器科学会の泌尿器腫瘍領域専門部会長として、泌尿器腫瘍部門の卒後教育の立案などに携わっている。このような立場から、日本癌治療学会のがん治療専門医制度にどのように日本泌尿器科学会が連動して、がん治療を専門領域とする泌尿器科医師の育成に役立てるかという問題について考察してみたい。

\*1 日本泌尿器科学会泌尿器腫瘍専門領域部会長

\*2 香川大学医学部泌尿器科