

認定医制度を考える

各種学会の認定医及び専門医の制度は今年(平成18年)に大きな動きがあることが予想されます。このことは我々のキャリアに関係する重要な問題で、これからの進路を考える若手医師の方にも、またすでに資格取得後のベテランの先生方にも大きな関心事と考えます。会員の皆様も、すでに色々な形でお話は聞いていらっしゃるでしょうが、我々の所属する各種学会ごとに、そのスタンスは異なっていて、一貫した理解をしている先生はあまり多くいらっしゃらないのではないのでしょうか？そこで、今号の特集はこの問題に対する理解を深めるために、我々に関連の深い学会および専門医会で、認定医制度に中心となっていたらっしゃる先生方に御願ひして、学会としてのスタンス、および認定医・専門医制度の今後の動きについて御寄稿いただきました。臨床の問題と違ってやや難しいテーマですが、熟読されると今後の流れが見えてきます。大変お忙しい中御無理なお願ひを聞き入れてくださいました笹井先生、平岡先生、中島先生、そして西山先生に深く感謝申し上げますとともに、この企画によって会員の皆様の問題意識が向上し、JASTROがよい形で今後さらなる発展をしていくことを祈っております。最後になりますが、この特集をみられてご意見のある方は、是非JASTROまでお送り下さい。

JASTRO広報副委員長
東京都立駒込病院放射線診療科治療部 唐澤克之

認定制度の改革に向けて

認定制度委員会委員長
新潟大学医学部放射線科 笹井啓資

はじめに

ニュースレター前号(2005年4号)、JASTRO誌、本特集と、認定制度に関心が高まっていることを実感しています。ニュースレター前号では「認定医制度に思うこと」と題して、巻頭言を書かせていただきました。主旨は「私たちJASTRO認定制度を取り巻く環境は大きく変化しており、認定制度委員会では理事会の密接な指導を受けながら、学会内部に責任を持つとともに、社会的責任を果たすことを目的として、1)広告できる専門医をめざすか、2)日本医学放射線学会専門医との関連をどうするか、3)医学会がん治療認定医制度などの関連学会専門医、認定医制度との関係をどうするか、について検討しながら認定制度の改革を図っていきたい」というものでした。

認定制度の現状

JASTRO認定制度は「放射線治療に携わる医師および技師の専門知識と技能の向上ならびに治療施設の充実を図り、もって国民の福祉に貢献すること」を目的として制定され、現在、認定医は500名、認定施設、準認定施設および認定協力施設は223施設が認定されています。また認定技師は、平成16年に初めて認定を開始しました。平成16年は独自に講習会、試験を実施

しましたが、放射線治療に関連の深い他の2団体もほぼ同時に同様の認定制度を設けたことから、平成17年からは3団体共同で講習会、試験を行い、認定はそれぞれの団体が独自に行うこととし、現在まで98人の認定技師が誕生しました。

The American Board of Radiology Certificate さて、JASTRO認定医制度の現状を客観的に見るために、米国の認定制度について見てみたいと思います。米国の認定制度はASTROではなくThe American Board of Radiology(ABR)により運営されています。詳細はABRのホームページ(<http://www.theabr.org/index.htm>)に詳しく記載されていますが、要約を以下に示します。認定を受けるためには、認定された施設で5年間のトレーニングとコンピュータベース試験および口頭試験に合格しなければなりません。初年度は認定された施設で内科、小児科、外科系、産婦人科、家庭医学、および放射線腫瘍学からいくつかを組み合わせたトレーニングを受け、2年目から4年間は放射線腫瘍学のトレーニングを受ける必要があります。試験は臨床腫瘍学、放射線治療計画法や放射線治療方法、放射線物理、癌生物学および放射線生物学、放射線腫瘍学に関連したものについて行われているようです。ホームページには学ばなければならな

い詳細な項目が記載されています。この認定医制度は、日本と同様に患者さんに対して担当医が一定のレベル以上の放射線腫瘍医であることを証明するとともに、各州でのライセンスの取得に必要なことと見なされます。初回認定期間は10年であり、更新には試験に合格する必要があります。

認定制度に関する会員からの意見

JASTRO認定制度が発足してから7年が経過し、発足当時ではわからなかったいくつかの問題が明らかになってきたように思います。また、国や国民の皆さんの専門医制度に対する期待の高まり、日本医学放射線学会の専門医制度の改革、日本医学会のがん治療認定医制度の発足、医師以外の認定制度を持つ学会の増加など環境の変化も著しいものがあります。認定制度委員会では、認定制度の改革を行うために意見募集を行いましたところ、多くの会員からご意見が寄せられました。有意義な意見が多く、以下に紹介させていただきます。

認定医認定に必要な会員期間の見直しと、認定試験導入についてですが、ホームページ上にあげてある通りで良いと考えます。理由についても極めて妥当であり、認定医の質を確保する目的としては必要かつ十分な措置と考えます。

放射線診断を専門とする私は放射線腫瘍学会の認定制度に関して、極めて閉鎖的であるとの印象を持ち続けてきました。この度、認定制度の見直しの検討が行われていることに関しては大いに評価して良いと思っています。ただ、学会は異なるといっても日本医学放射線学会の専門医制度との、整合性を取っていただきたいと思っています。現在、日本医学放射線学会で専門医の見直しの検討が行われていますので、整合性が取れるような方向で調整すべきであると思います。その調整ができるまでは、申請までの期間が学会員となって7年という期間は余りにも長過ぎることから、3~5年に短縮し、日本医学放射線学会の専門医を治療で受けようが、診断で受けようが確認できないわけですから、全員に試験を義務づける方が良いと考えます。

日本専門医認定機構では専門医制度、認定医制度を統合する方向にあります。すでに基本領域の学会として日本医学放射線学会が日本専門医認定機構で認定されています。したがって、将来、放射線腫瘍学会がこの機構に入るとすればサブスペシャルの領域に含まれる可能性があります。この場合、基本領域の学会の専門医であることが必要であり、独自に放射線腫瘍学会で試験を行う必要はないと考えます。むしろ、放射線学会の専門医であることが、腫瘍学会の認定医をとる条件とすべきかと考えます。

会員期間、これは「形」であったはずで、短縮には異議はありません。どれだけの修練とどれだけの必要な(これには必修項目のリストが必要)タスクをこなしてきたか、自身で証明(そして姿勢を表明)することをもって、「十分に長い会員期間」に換えることがで

きると思います。願書にあるような詳細なタスクや自己評価要件の記述を、さらに徹底することが良い方向につながると思います。認定医の数が足りないからといって粗製濫造にならないように配慮するという方針の一環として、厳正な認定試験を導入することについてはとても賛成です。しかし、日本医学放射線学会認定の放射線科専門医に限り認定試験を免除するためには、以下の問題をクリアする必要があると考えます。日本放射線腫瘍学会の出題による試験あるいは、日本放射線腫瘍学会が要求する基準と同じか、より厳しいレベルの基準の試験を合格したものにのみ免除するようにすべきです。

もう少し認定施設や認定医の要件を、認定試験や認定資格更新の際に必要なこととして具体的かつ詳細に追加できませんか？標準的な計算の2重チェックができていないこと、計算方法がわかっていることや、関与するスタッフが参照点や基本的物理単位の意味がわかっていること、正しい参照点が指示され、施設でそれらが正しく実施されている、それらの管理ができていないこと、所定のQAの記録簿があることなど。

での事故の誤りを際限なく繰り返している施設もあるかもしれません。はずかしながら、われわれの施設では怪しげなアイソセンター設定で、対向2門照射の片側でのみ強い皮膚潰瘍ができたりするようなこともあります。

“がん認定医”や他の学会との整合性について：ふりまわされたり、従属することなく、放射線治療認定医の構造を構築すべきです。がん放射線治療専門医に関するアドホック委員会に関する申し入れに応じることも重要ですが、むしろその文書は、がん治療に関する日本放射線腫瘍学会の役割を十分に明確にして強くアピールする必要があると感じさせるものでした。

放射線腫瘍学会認定の技師には、学会で勉強できるなどは別にして、具体的にどんなメリットを考えているのですか？品質管理士と認定技師の関係がわからなくなってきました。

今後、放射線技師の会員が増えず、場合によっては減少し、学会の技師会員の首をしめている気がする制度です。

認定医、認定技師ともその資格を得るのに「しばり」がきついことも増えない要因かもしれません。実際年数が足りない、学会、講習会などのポイントが少し足りないなど資格を短くする代わりに試験を行う、あるいは試験を難しくするなどの方が、実際の数の増加につながる。

おわりに

このように会員の皆さんから真剣で建設的な意見が寄せられています。認定制度委員会では、これらの意見を参考にしながら、制度の見直しを行っていきたいと考えています。米国の制度と比較してもJASTRO認定制度は改革の余地があるように思えます。今後、理事会、評議会、会員の皆さんと認定制度の改革につい

て議論し、日本医学放射線学会の専門医制度やがん治療認定医制度などを見据えながら、より充実した認定

制度にしていきたいと考えていますので、ご協力、ご助言をよろしくお願ひします。

日本医学放射線学会としての立場

日本医学放射線学会 理事
京都大学医学研究科 放射線腫瘍学・画像応用治療学 平岡真寛

日本医学放射線学会における放射線科専門医制度は、平成18年度から大きく変わる予定である。すなわち、放射線科専門医という1つの専門医を認定することになっていたのを、放射線診断専門医(仮称)と、放射線治療専門医(仮称)の2種類に分離認定するものである。以前より、一次試験は放射線の基礎(生物、物理、防護)、画像診断・核医学・IVR・放射線治療と放射線医学を包括する共通試験に対して、二次試験は診断(核医学、IVRを含む)と治療を申請段階から分けて異なる試験を行っており、放射線科専門医には放射線診断専門医と放射線治療専門医の2種類の専門医が存在していたのであるが、学会として2つの専門医として分離認定し、それを外部に向かって明示する方針に転換したのである。その背景には、1学会から複数の名称の専門医を出せることが日本専門医認定機構により了解されたことが大きい。画像診断と放射線治療の専門医いずれも高い専門性が要求されることになり、放射線科専門医という名称が時代に合わなくなりつつあることが挙げられる。この方針転換のもたらす影響は少なくないと思われる。

内科には循環器内科、消化器内科、呼吸器内科など、外科には、消化器外科、心臓外科、乳腺外科などがあるように、放射線科にも放射線診断科と放射線治療科と大きく専門性の異なる専門科が少なくとも2つはあることを示すことにより、大学、病院における放射線治療学講座、あるいは放射線治療科の必要性を強くアピールできると考えられる。今後、内科、外科がそれぞれの専門性を高める方向にさらに分化して行ったように、放射線診断、放射線治療いずれもより専門性を高めるべく、教育、研修とbrush upさせる必要がある。その一方で、診断医、治療医いずれであっても放射線医学を広く修めるべきとの意識が日本医学放射線学会の根底にあり、同学会の一次試験レベルの合格は、放射線治療医にとっても必要であるとの認識が一般的と思われる。

もう1つ大きな影響は、放射線治療専門医の認定に関するものである。

放射線治療、放射線腫瘍学に関する名称を冠した認定医、専門医としては、今まで日本放射線腫瘍学会の認定医しか存在しなかった。そのことが、歴史が浅く、基本領域の学会の認定医でなく、しかも試験を実施しないで授与される本認定医ががん拠点病院の施設基準に含まれるなど、社会的に認知されたことに繋がっているものと考えられる。このことを日本医学放射

線学会から見れば、歴史があり、基本領域の学会の認定医であり、しかもしっかりした試験を実施している日本医学放射線学会の専門医(二次試験で放射線治療を選択した医師)が、正當に評価されていないという不満に繋がっている。

がん死が死亡原因の30%強を占める中で、国民からの要請、厚労省のがん均てん化政策の推進がなされ、がん治療専門医に対する関心がこの数年、急速に高まっている。

日本がん治療学会、日本臨床腫瘍学会との確執により、がん治療専門医制度の発足が足踏みしていたが、日本医学会の仲介で方向性が固まり、実現に向け大きく進展した。

平成17年6月30日付けで日本医学会から出された提言の骨子は、

- 1)がんに関する基盤的な幅広い事項、すなわち、がんの細胞生物学、病理・病態、診断、治療(緩和医療)、予防に関する知識・技術を取得していることを認めるがん治療認定医制を設ける。
- 2)がん治療認定医制に関する共通カリキュラムの作成を(1)日本癌学会、(2)日本癌治療学会、(3)日本臨床腫瘍学会の3学会が中心となって作成(必要に応じて他学会も参加)し、その認定も3学会共通で行う。なお共通カリキュラムの内容、認定方法に関して3学会間で、今後合同の委員会などを設けて具体的な方策を協議する。これらの事項に関する庶務的業務を日本癌治療学会が取り扱う。
- 3)がん治療認定医の上に、がん薬物療法専門医(日本臨床腫瘍学会)、(がん)放射線治療専門医(日本医学放射線学会)、その他がん治療に関する専門医(その他のがん治療関連学会)をおき、がん治療に関して認定医と専門医の2段階制とする。

以上である。

新たにがん治療認定医制を設けること、そのコアカリキュラム(2年と言われている)の作成、認定医の上になん治療の専門医を設けることとの明確な方向性が示され、日本における腫瘍医がやっと系統立って育成される方向性が定まったと考えられる。

我々にとっては、がん薬物療法専門医と並んで放射線治療専門医ががん治療の専門医であることが明示されたことの意義は極めて大きいものがある。

その一方で、下記の2つの大きな課題が示されたと理解している。

第一は、本提言では日本医学放射線学会の放射線科専門医を基盤としているが、日本放射線腫瘍学会の認定医もこの枠組みの中に入れようとしている。1つの案として提示されたものは、その内容、仕組みが現実的でなく、両学会として整合性をとった案を提示する必要がある。

第二に、2年間のコアカリキュラム履修をがん治療認定医の基本と考えているが、放射線治療に関するカリキュラムに対しては放射線治療医が役割を担うべき

である。

以上の状況を鑑み、日本医学放射線学会と日本放射線腫瘍学会の間で、放射線治療専門医に関する合同委員会をアドホックに立ち上げることの合意が得られた。その中で、がん治療認定医、放射線治療(腫瘍)専門医への統一立った対応、がん治療コアカリキュラムへの関与が議論され、国民に信頼される放射線治療専門医が育成される制度が確立されることが期待される。

日本放射線科専門医会・医会(JCR)の立場から

日本放射線科専門医会・医会 会長
聖マリアンナ医科大学放射線医学 中島康雄

認定医制度とは、専門性の高い業務に対して医師に資格を与え、その業務をもっぱら遂行してもらうことによって医療の質を向上させるためにある。JCRの活動は、会員すなわち放射線科専門医の地位向上にある。専門医としての認定そのものは日本医学放射線学会が担うため、JCRとしてその認定そのものに対して意見を述べる立場にはない。したがって、ここでは放射線科専門医の社会における期待と、それに応えるために学会と協同して行っている認定のためのプログラム作り、そして個人的に考えている腫瘍放射線科に対する期待について述べる。

1. 放射線科専門医の社会的ニーズ

放射線科医のクライアントは究極的には患者さんであるが、依頼をいただく他科の医師が直接のクライアントとも考えられる。この点は他の多くの臨床科と異なり同じ中央部門として勤務している麻酔科医、病理医と近い。したがって、放射線科専門医は施設の他科の医師から放射線業務に関して指導的立場に立てる能力が要求される。

従来よりJCRの活動は、会員の能力開発のための卒業教育、社会的認知度アップと経済的インセンティブ獲得(放射線関連診療報酬の適正化)を中心に行ってきた。JCRの対外活動の原動力は、放射線科専門医が放射線業務を遂行することによって、放射線科以外の医師が行うよりも高いパフォーマンスを達成できることが前提となる。そのためには当然であるが、他科の医師と区別できる専門性を明確にする必要性があり、卒業教育プログラムには従来より取り組んできた。

一方、日医放で放射線科専門医が、放射線治療(腫瘍放射線科医)と画像診断医に分離認定される方向が決定している。専門医認定の過程に、従来の一試験合格者を放射線科認定医として規定することになる。放射線科認定医はあくまで放射線科医であるため治療、診断両者に進む前段階として他の専門分野との違いを明らかにした共通の達成目標の設定が必要となる。

2. 研修カリキュラム(試験のガイドライン)

京都大学の平岡教授を委員長に、専門医認定委員会の小委員会が立ち上がりカリキュラム作成に乗り出した。その内容は、4月にホームページに公開され、研修はその目標に向かって行われることになる。認定医のカリキュラムは、治療診断両者に必要な内容で、かつ他科の医師との差別性を明確に出来るものが必要である。その基本コンセプトは基礎分野を重視することとなった。生物学、物理学、医療被ばく、安全管理などの分野がそれに当たる。従来認定試験(従来一次試験)は、全体の総合点で評価していたため、基礎分野が出来なくても臨床領域の点数でカバー可能であったが、今後は基礎だけで評価しそれをクリアすることを義務づけることにした。実際には専門医試験受験までに基礎分野をクリアすることが義務づけられ専門医受験資格として位置づけられる予定である。また、放射線治療が画像ガイド下治療であるという点から、画像診断の基本も治療専門医を目指す医師の基礎科目であることも、特に腫瘍放射線科医の先生方にはご理解いただきたい。

3. 研修カリキュラム(研修手帳)

この小委員会のタスクは、カリキュラム作成だけにとどまらない。個々の認定医がその資格を得るまでにどのような研修を行ったかを明らかにして、受験資格として位置づけることとなった。従来、受験者は認定された研修施設で何年過ごしたかだけを問われ、個人の研修の中身についての評価はなされていなかった。今後は画像診断であればレポートの実数、IVR、放射線治療は、実際に治療した患者数を証拠とともに提出する義務を課す予定である。このことは研修施設や指導医の評価にもつながり、各施設の卒業教育の充実とともに、受験者は認定医受験資格獲得実数を稼ぐ必要性から、施設間を移動して研修をする必要性が生まれ人の移動の柔軟性が増すという利点もあると考えている。施設間格差の著しい画像診断、IVR部門において臨床に役立つ放射線科医育成は、1施設、1大学医局

だけでは養成困難と考え、大学の壁を越えた卒業教育の必要性を唱えていたJCRとして、望ましい方向性が打ち出される予定である。

4. 分離認定について、特にIVRの位置づけ

診療実績、採算性などが各科毎に評価されるこれからの医療現場で、画像診断、IVR部門は今後さらに新たな技術評価が行われていくと、臨床各科との間で収益の取り合い合戦が繰り広げられる可能性がある。現在、診断部門の放射線科医はCT、MRIの需要の増加により、画像診断レポート作成に汲々としIVR部門の診療から撤退せざるを得ない状況も出現し始めている。従来より多くの施設では、IVR部門は診断の1パートとして人員は画像診断医の中に含まれている。しかし実際の業務においてIVR医は画像診断医とかなり異なり、むしろ治療医に近いマインドと思われる。特にわが国のIVRは腫瘍関連の領域が大きな比重を占め、放射線治療医との接点は大きい。腫瘍放射線科の充実によって腫瘍のIVRが治療部門として位置づけられ患者との接点を増やしていくことが、この領域のIVRの充実につながると個

人的には考えている。現状の分離認定では、画像診断IVRと治療という2つに分離されているが、今後時代の流れを見ながら変えて行くことも考えられる。特に2階建てとしてのIVR指導医との関係を見ると、治療専門医にもIVR指導医への道を認めるのか、また画像診断・IVR専門医から、腫瘍放射線専門医への道は？など、これから検討すべき点は多い。

5. 最後に

先にも述べたように、放射線科専門医が治療と画像診断・IVRとの分離認定が進んでいくと、それぞれの問題点を共有しにくくなるリスクがある。少ないマンパワーで新しい技術を身につけ、他科に先駆けて臨床応用していく使命は放射線科医共通の課題である。診断以上に、マンパワー不足の治療医養成のため早期に治療の専門教育への移行が望まれている。しかし、放射線科医としての共通基盤として基礎的分野と画像診断の基本を大切にしていこうとする今回の制度改革の必要性に、ご理解をいただきご協力をお願いします。

がん治療認定医制度：日本癌治療学会としての立場から

がん治療認定医制度ワーキンググループ委員
日本癌治療学会理事・教育委員会委員長

広島大学原爆放射線医学科学研究所 遺伝子診断・治療開発研究分野

西山正彦

昨年6月に示された日本医学会の「がん治療に関して認定医と専門医の2段階制とすべきだ」との提言は、本邦のがん専門医制度に大きなインパクトを与えました。世界に類をみない独自のそのコンセプトは、単独学会で進められてきたがん専門医制度の再編を促し、いまだ検討段階ではありますが、その基盤ともいえる「がん治療認定医制度」の確立作業が急速に進んでいます。ここではその流動性に配慮し、あえて「現時点での」とおことわりさせていただき、その概要と日本癌治療学会の対応について述べさせていただきます。

1. がん治療認定医制度と日本癌治療学会

がん治療認定医制度は日本癌治療学会の制度ではありません。また、がん治療認定医の認定母体は日本医学会でもありません。一部に誤解がみられますので、まず、この点を明らかにしておきます。「がん治療認定医」の認定母体は、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、および全国がん(成人病)センター協議会、の3学会および1医療施設協議会の代表によって設立される「がん治療認定医機構(仮称)」となる予定です。

日本癌治療学会の立場から説明させていただきますと、その経緯は単独学会専門医制度 医学会主導の模索 独立機構による認定制度への参画、の3段階を経

たということになります。ご存知のように、当初、日本癌治療学会は単独の専門医制度を計画しておりました。1995年から10年にもわたる討議を経て、本邦のがん専門医制度は、1)エキスパート、2)がん治療に対して共通基盤を有する医師、の育成の並行なしに機能しない。前者は、各専門領域、診療科ごとに推し進めていただき、日本癌治療学会はこれを積極的に支援しつつ、後者に焦点を絞った専門医制度を確立すべきとの結論に至りました[2003年10月理事会「がん治療専門医」制度承認(2005年10月第1回の認定試験実施予定)]。しかしながら、標榜・公告という法規的側面から上記すべてを「専門医」の名称とせねばならず、誤解と混乱を招く結果となりました。その収拾案として2005年6月30日付で示されたのが、日本医学会の「がん治療専門医をめぐる提言」であります。その内容は、『がんに関する基盤的な幅広い事項、すなわちがんの細胞生物学、病理・病態、診断、治療(緩和医療)、予防に関する知識・技術を取得していることを認めるがん治療認定医制を設ける。がん治療認定医制に関する共通カリキュラムの作成を(1)日本癌学会、(2)日本癌治療学会、(3)日本臨床腫瘍学会の3学会が中心となって作成(必要に応じて他学会も参加)し、その認定も3学会共通で行う。なお、共通カリキュラムの内容、認定方法に関して3学会間で、今後合同の委員会などを設けて具体的な方策を協議する。こ

これらの事項に関する庶務的業務を日本癌治療学会が取り扱う。がん治療認定医のうに、がん薬物療法専門医、(がん)放射線治療専門医、その他がん治療に関する専門医をおき、がん治療に関して認定医と専門医の2段階制とする。』というものであります。その内容はまさしく日本癌治療学会の主張してきたものでもあり、ここに前記3学会に全国がん(成人病)センター協議会を加えた「がん治療認定医ワーキンググループ」が組織されることになりました。そこでの討議も急速に進み、現在は、独立した機構を設置して認定作業を進めることとなっております。

2. がん治療認定医

以上の経緯から明らかなように、本認定制度は、がん専門医制度の2段階制を前提に、その第1段階となるがん治療認定医、すなわち「がん治療の共通基盤となる臨床腫瘍学の知識およびその実践を支える基本的技術を有し、規則に定める手続きに従い、「がん治療認定医機構」による認定登録を受けた医師」の養成を目的とするものです。したがって、基本領域の学会の認定医または専門医の資格取得後、各専門学会の専門医取得以前に全科共通のがん診療基盤の修得を求め、あるいは認定する制度とすることを前提に、現時点での認定資格は、1) 医師免許および所属する基本領域の学会(内科、外科、産婦人科など)の認定医または専門医の資格を有すること、2) 機構の定めるがん治療診療・研修経験、学会発表等の業績を有すること、3) 所定の教育セミナーに参加し、機構の行う教育セミナー受講後に行われる筆記試験により一定の基準に達

したもの、としております。また、教育プログラム・セミナー、研修施設の認定などはすべてRecommendations for a Global Core Curriculum in Medical Oncology: ESMO/ASCO Task Force on Global Curriculum in Medical Oncologyに示された全科共通部分を基準とし、チーム医療を実践するうえで、知らねばならない、また必須となる技術の修得を求めるものになる予定です。また、5年間限定ではありますが、日本癌治療学会臨床試験登録医や日本臨床腫瘍学会前提指導医あるいは、現在他の学会の専門医資格を有する医師などを暫定認定医として認定していくことになります。まずは可及的速やかな認定を目指し(平成18年度中に暫定認定医、認定医の初回認定予定)、具体的な体制作り、規約、教育プログラム、研修施設認定などの準備を進めております。他のがん専門医制度との詳細なすり合わせは、その後のこととしておりますが、本制度との連携は、各専門医制度における基盤的教育の負担軽減と標準化に貢献するものと考えられ、また、今後のがん拠点病院の再評価時には、本認定医が実効ある資格として取り扱われる可能性も強く示唆されております。

紙面の関係で概略のみお伝えいたしましたが、日本癌治療学会としては、関連学会連絡委員会を通じて各学会の皆様にご協力いただける限りホットな情報をお伝えし、緊密な連携を図り、より実効的で国民の信を得る制度となるよう努力して参りました。この方針は堅持して参りたいと存じます。今度ともよろしくご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

JROSGからのお知らせ - NPO化への進捗状況 -

2005年11月第18回 JASTRO 学術大会時の「NPO - JROSG」集会には多数のご参加をいただき、ありがとうございました。その後の進捗状況をお知らせいたします。

- 1) 2005年12月5日、申請書を東京都に提出、現在、NPO設立の認証待ちです。3月時点での見通しは、年度末頃であると思われま。
- 2) 都からの認証が到達し次第、東京法務局にて登記申請を行います。
- 3) 登記完了をもって、「特定非営利活動法人 日本放射線腫瘍学研究機構」の設立となります。

JROSGでは構成会員を個人会員に変更することにしており、NPO化と並行して進めています。会員登録手続きはホームページからも可能です。わが国での放射線治療に係る多施設共同臨床試験のますますの発展に向けて、皆様のご協力、ご支援をお願いいたします。

JROSG事務局