

<特集「小児がん医療の現状と今後」>

## 小児がん医療と新専門医制度

米 田 光 宏\*

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪立総合医療センター  
小児医療センター小児外科

### Relationship Between Medical Service for Pediatric Oncology and the New System for Medical Specialist in Japan

Akihiro Yoneda

*Department of Pediatric Surgery, Children's Medical Center,  
Osaka City General Hospital, Osaka City Hospital Organization*

#### 抄 録

本稿では理想的な小児がん医療体制を構築するために、小児血液・がん専門医制度が新専門医制度に  
対しどのように対応していくべきかを考察した。小児血液・がん専門医制度の現況を振り返り、今後必  
要とされる専門医数（指導医を含む）375~600名、15の拠点病院を含む研修施設数90~165施設とい  
う試算を行った。また、新専門医制度で提唱されている「病院群」という考え方を小児血液・がん専門  
医制度に適切に導入することで、それぞれが稀少疾患で疾患の種類も多く、専門医療者のマンパワーも  
限られている小児がん診療を円滑に進めることが出来る可能性があると思われた。さらに小児がん医  
療に関わる他の専門医制度についても考察を加え、小児科専門医、血液専門医、小児外科専門医をはじ  
め様々な専門医が有機的に連携することが重要であることを述べた。専門医療に大きく影響する専門  
医制度を改革する過程において、小児がんに苦しむ患児家族を中心に考え、医療レベルの向上と専門医  
療者の育成、診療施設の充実を実現していくことが望まれる。

キーワード：小児がん医療、小児血液・がん専門医制度、新専門医制度。

#### Abstract

Relationship between medical service for pediatric oncology and the new system for medical  
specialist in Japan was discussed. According to the current status and registered number of pediatric  
oncology patients collected by the Japanese Society of Pediatric Oncology, optimal number of board-  
certified pediatric oncologists and certified institutions were estimated. Upcoming revolution of the  
system for medical specialist in Japan may hopefully bring in better medical service for pediatric oncology  
patients, their families and young doctors who is aiming to be pediatric oncology specialists.

**Key Words:** Medical service for pediatric oncology, The new system for medical specialist in Japan.

---

平成28年9月9日受付

\*連絡先 米田光宏 〒534-0021 大阪市都島区都島本通2-13-22  
akihiroyo@gmail.com

## はじめに

小児がんの年間新規発症数は約 2500 と言われている。年間発症数が 80 万人を超える成人がんと比較するとその頻度は極めて低い。しかしながら小児がんに含まれる疾患は、上皮性がんが多くを占める成人がんと大きく異なっており、成人にはみられない疾患、とくに発生途上の未熟な細胞が腫瘍性増殖を来す疾患が多い。したがってその診療内容も成人のそれとは大きな相違があり、小児医療の特殊性と合わせてその専門性は極めて高く、代替診療を担える専門領域は存在しない。したがって対象症例数が少なくても質の高い安定した専門診療システムが求められる。

専門医制度はその専門領域の医療のあり方に大きく影響する。したがって、患者とその家族および社会全体のニーズを踏まえた上で、専門診療にあたる医療者が中心となって構築されるべきである。専門医療の内容と対象患者数から必要とされる専門医数および指導医数、専門研修施設数を算定し認定すること、専門医療の継続に必要な安定した専門医育成システムを構築することが、専門医制度の使命である。

新専門医制度は 2014 年に設立された一般社団法人日本専門医機構が提唱する制度である。これまで学会主導で整備されてきた専門医制度を見直し、9つの基本領域と 29 のサブスペシャリティ領域に分けてプログラムの質や専攻医数などを一定の基準を設けて評価・認定し、国民にわかりやすい専門医制度を構築しようとする目的で進められてきた。基本領域は 2017 年度からの施行開始を目指して整備されてきたが、大都市部への医師偏在を助長する懸念があることから、施行開始が 1 年先送りとなった。この決定に先だって日本専門医機構の理事の多くが交代するという組織の刷新も行われており、いささか混乱を来している。

29 のサブスペシャリティ領域のひとつである小児血液・がん専門医制度も新専門医制度混乱の影響を受けている。現時点ではサブスペシャリティ領域についての明確なアナウンスは

ないが、基本領域の新専門医制度施行開始が 1 年遅れたことによりサブスペシャリティ領域の新専門医施行開始も 1 年またはそれ以上の遅れが出るのが予想される。

本稿では理想的な小児がん医療体制を構築するために、新専門医制度への対応はどうあるべきかを考察してみたい。

## 小児血液・がん専門医制度の現況

まず小児がん医療体制と最も密接に関係がある小児血液・がん学会専門医制度の現況を確認する（小児血液・がん専門医制度の概要として、専門医、指導医、小児がん認定外科医、研修施設の主な要件を、参考資料として本論文の最後に掲載した）。

小児血液・がん専門医制度は旧小児血液学会、旧小児がん学会がそれぞれ専門医制度委員会を設け、連携して制度設計を行ってきた。両学会が合併して小児血液・がん学会が設立された 2011 年から暫定指導医・小児がん認定外科医・研修施設・研修集会の認定が開始された。2014 年に第 1 回小児血液・がん専門医の認定が行われ、これまで 2 回の専門医認定および指導医の認定が行われている。現時点でのそれぞれの人数、施設数を表 1 に示す。なおこのデータは 2016 年 8 月現在学会ホームページ上に掲載されている情報を元にしており、人事異動等による変更は up to date に反映されていない部分があることをお断りしておく。専門医は 180 名で不在県は 6 県存在する。指導医は 120 名で不在県は 7 県存在する。暫定指導医は 276 名で不在県は 2 県存在する。認定外科医は 80 名で不在県は 17 県存在する。研修施設は 107 施設で施設なしの県は 1 県のみである。

専門医試験は過去 2 回しか行われておらず、専門医数およびこれと連動して認定される指導医数（暫定指導医が専門医資格を取得すると自動的に指導医となる）は今後増加していくと予想される。指導医または暫定指導医が施設責任者になることができるが、多くの研修施設において 1 名しか勤務していない状態である。したがって、施設責任者が定年退職や異動により勤

表1 小児血液・がん学会専門医制度の現況

専門医：180名

不在県：6（秋田、山口、香川、高知、熊本、沖縄）

指導医：120名

不在県：7（秋田、奈良、山口、香川、高知、熊本、沖縄）

暫定指導医：276名

不在県：2（山口、佐賀）

認定外科医：80名

不在県：17（青森、秋田、福島、長野、岐阜、富山、石川、福井、  
滋賀、山口、鳥取、島根、愛媛、高知、長崎、宮崎、沖縄）

研修施設：107施設

施設なしの県：1（熊本）

（小児血液・がん学会 HP（2016年8月時点）より）

務しなくなる可能性のある施設が多く存在する。つまり現在研修施設はほぼすべての都道府県に存在しているが、今後バランスよく指導医が育成されないと施設なしの都道府県が増加してくると考えられる。また専門医制度規則では、「研修施設に小児がん認定外科医が常勤していること」が必須要件となっているが、2021年まで「小児外科専門医が常勤していればよい」が緩和要件として認められている。このことが影響して小児がん認定外科医数は伸び悩んでいるのが現状で、17の不在県が存在することの大きな要因となっている。

これらの状況から総括すると、小児血液・がん医療体制はほぼすべての都道府県に研修施設が存在することから、ある程度均てん化が進んでいると捉えることができるが、その実態は脆弱で専門医や指導医、認定外科医の定年や異動によりバランスが崩れるリスクを有している。

それでは実際に専門医数、研修施設数はどのくらい必要なのであろうか？表2に小児血液・がん学会の疾患登録データを示す。2012年から2014年の3年間の新規発症例の登録数を平均して年間登録数を算出した数字である。

小児がん拠点病院は本特集号の別稿でテーマとして取り上げられているが、2013年に全国

で15施設が選定された。今回、学会登録データを利用して、拠点病院とそれ以外の施設でどの程度の小児がん症例が診療されているかを検討した(表2)。平均年間登録数は、固形腫瘍が981例、血液腫瘍が1014例、小児がん全体で1995例となる。小児がん拠点病院では小児がん症例が年間平均679例新規登録され、拠点病院以外では1316例が新規登録されている。つまり全体の小児がん症例の約1/3（固形腫瘍37.1%、血液腫瘍31.1%、合計で34.0%）が拠点病院に集約されていることになる。研修施設以外で診療されている小児がん症例が若干存在することを考慮して、拠点病院以外の施設で診療される症例は1500例程度と仮定する。そうすると、各施設で年間10例診療する場合、拠点病院以外で全国150施設、1施設3名程度の専門医・指導医が必要とすると450名が必要となる。各施設で年間20例診療する場合、拠点病院以外で全国75施設、1施設3名程度の専門医・指導医が必要とすると225名が必要となる。現在の拠点病院における暫定指導医数、専門医数はそれぞれ51名、43名で合計94名である（学会ホームページより）。今後拠点病院における診療の充実のために指導医・専門医数がさらに増加すると予想して拠点病院合計150名と仮定すると、

表2 疾患登録データから比較した拠点病院と拠点病院以外の症例数

症例数	固形腫瘍	血液腫瘍	腫瘍性疾患合計
拠点病院	364	315	679
拠点以外	617	699	1316
総症例数	981	1014	1995
拠点病院症例が占める比率(%)	37.1	31.1	34.0
総登録施設数	119	145	
拠点病院以外登録施設数	104	130	
拠点病院1施設あたり	24.3	21.0	45.3
拠点以外1施設あたり	5.9	5.4	11.3

(小児血液・がん学会HP (2016年8月時点) より)

必要な専門医・指導医数は拠点病院、拠点病院以外を合計して375名～600名程度、研修施設数は計算上90～165施設となる。

さて小児血液・がん研修施設が各県に必要かどうか議論の多いところである。患児が自宅から遠く離れた施設で治療を受けることはできるだけ避けたいが、小児がん医療の特殊性を考慮した場合、すべての高リスク、難治例を全国各地で治療することは非現実的である。標準治療が行える施設はある程度均てん化して配置される必要があるが、高リスク例や難治例を各県単位で治療することは難しい。このような症例は拠点病院等の治療強度の高い集学的治療が行える施設に集約化するべきである。また、脳腫瘍、網膜芽細胞腫、軟部肉腫など専門特化した人材、施設を必要とする疾患は、治療実績のある施設に集約するのが効率的である。稀少疾患でかつ多彩な疾患を含んでいる小児がんの特性に配慮した施設配置が理想的である。

さらに、研修施設配置は専門医育成という観点からも考える必要がある。小児がんの稀少性から、専攻医はどうしても大学病院や小児病院といった都市部の病院に集中してしまう傾向に

ある。地域偏在に慎重に対処することが求められている新専門医制度の方向性とは相容れない。

これに対する解決方法としては、新専門医制度で提唱されている病院群を活用することを提案したい。前述のように患者数が少なく、医療者側のマンパワーも限られている小児がん領域においては、都道府県を越えた広域の病院群を形成することが必要と思われる。人事異動や雇用形態の問題を解決しなければいけないが、適切に形成された病院群で、求められる研修領域を全て網羅することができれば、各施設を順次異動して理想的な研修を行うことが期待できる。事実、特殊性のある稀少疾患を多く診療する小児血液・がん診療においてはすべての領域を一施設でカバーすることは難しい。したがって、それぞれの施設の特性を生かし相互補完する様に病院群を形成することができれば理想的ではないだろうか？ 集学的治療が必要な小児がん領域では、一般的な化学療法以外に造血細胞移植が行えることや積極的に臨床試験や治験に参加する施設など様々な要件が求められる。外科療法においても小児外科以外に脳神経外科、整形外科、泌尿器科、眼科、頭頸部外科、

婦人科など各専門領域の外科療法が必要となる場合もある。これらの領域では小児がん外科療法を適切に施行できる人材に限られていることから、稀少な人材を有する施設での診療を受けるために遠方への移動を強いられることも多い。さらに放射線治療においては、小児の特性を理解した放射線治療専門医が中心となるべきであるし、昨年保険診療として認められた陽子線治療や神経芽腫における MIBG 療法に代表される様な内照射にも対応できる施設はごく少数である。こうした特徴は専門医機構が提唱する病院群のコンセプトに適していると思われる。ただしこれを実現するためには、広域の患者移動や研修する専攻医の人事異動など解決しなければならない問題は多い。

### 小児がん医療に関わる専門医制度

それでは小児がん医療に関連する他の専門医制度について考えてみる。

まず小児血液・がん専門医の基本領域は小児科専門医である。したがって小児がん医療に2番目に関連があるのは小児科専門医制度であると言える。ちなみに日本小児科学会は新専門医制度として策定され認定された専門研修プログラムを2017年度より開始する予定である。シームレスな専門医育成を行うためには基本領域の専門医制度との整合性を保つ必要がある。こうした意味で両学会の専門医制度委員会の連携が重要と思われる。

次に小児がん医療と関連性が強い領域は血液専門医である。小児血液・がん専門医のうち血液専門医資格を併せもつ専門医が多い。また、専門医試験において血液専門医有資格者は血液領域の試験を免除されるという規程が存在する。ただし新専門医制度において複数の専門医資格を取得・更新する場合には研修期間や研修実績をどう認定するかが問題になると思われる。これらの点は小児血液・がん学会と血液学会の間で慎重に検討されるべき課題である。

外科領域で小児がん医療と関係があると考えられる専門医制度は、小児外科専門医制度である。小児外科医は小児血液・がん学会会員のう

ち小児科に次ぐ多数を占めており、全評議員中の10~20%を占めている。実際小児がん治療における種々の治療層において小児外科的治療が必要となる。小児血液・がん専門医制度においては、小児がん認定外科医という資格を設け、研修施設に常勤していることを規定している。前述の様に現在は緩和要件とされているため、小児がん認定外科医数は伸び悩んでいるのが実状である。しかしながら、小児がん認定外科医は「小児がんの集学的治療の中で重要な位置を占める外科治療について、質の高い専門医療を提供することができる優れた小児外科臨床医」と規定されているとあり、すべての小児がん研修施設において勤務していることが望まれる。この資格を認定医ではなく専門医にするという構想も当初は存在したが、外科専門医、小児外科専門医に続くいわゆる3階建ての専門医については当時の専門医評価認定機構から認められないと思われたことや、専門医試験に合格するというモチベーションを多くの小児外科医は持たないであろうという理由から認定医資格に留めたという経緯がある。これらについても小児外科学会と小児血液・がん学会の間でしっかりとディスカッションされるべきと考える。

また集学的治療に必須の領域である放射線診断専門医、放射線治療専門医、病理専門医、さらに他の外科系の専門医である脳神経外科専門医、整形外科専門医、泌尿器科専門医、頭頸部外科専門医、眼科専門医、産婦人科専門医、麻酔科専門医など様々な領域の専門医制度とスムーズな連携をとる必要がある。小児血液・がん学会専門医規則においては、「領域指導医」という資格を設けている。その定義は、「小児科、小児外科以外の領域で小児血液・がん治療において主要な疾患について質の高い専門医療を提供することができる優れた臨床医」とされている。現時点では領域指導医の認定は行われていないが、今後検討されていくべき課題である。

### ま と め

小児がん医療と新専門医制度について、小児

血液・がん専門医制度の現況を振り返り、疾患登録データに基づく専門医数、研修施設数について私見を述べた。またこの中で全国15の小児がん拠点病院と拠点病院以外の施設の実績と役割についても考察した。さらに小児がん医療に関わる他の専門医制度との関連についても検討した。

新専門医制度が今後どのように軌道修正されていくか不透明な部分も多いが、現在提唱されている「病院群」という考え方が、稀少疾患が多く専門医療者のマンパワーも限られている小児がん医療を改善していく上でひとつの解決策になる可能性がある。それだけに今後小児血液・がん専門医制度が新専門医制度に合わせた制度改革を適切に行い、他の専門医制度と有機的に連携していくことが肝要と思われる。専門医療に大きく影響する専門医制度を改革する過程において、小児がんに苦しむ患児家族を中心に考え、医療レベルの向上と専門医療者の育成、診療施設の充実を実現していくことが望まれる。

### 参考資料：小児血液・がん専門医制度規則より抜粋

#### 1. 専門医要件（専門医制度規則第13条）

- 1) 小児科専門医
- 2) がん治療認定医、または血液専門医
- 3) 申請時に3年間以上本学会会員で会費を完納
- 4) 卒後初期臨床研修終了後5年以上小児血液および小児がんを含む小児科臨床に携わっている
- 5) 24か月以上本学会の専門医研修施設に所属し、定められた研修カリキュラムを完了している
- 6) 研修カリキュラムに定める疾患群と症例数の臨床経験を有する
- 7) 学会の定める学会・教育セミナーに出席し必要な研修単位を満たす
- 8) 専門領域の学会発表および論文がある
- 9) 専門医試験に合格する（第15条）
- 10) 更新要件：5年ごとに資格更新を行う

（専門医制度規則第19条）。

- a. 直近5年間の研修実績
- b. 学会、セミナーへの出席：合計研修単位は100単位以上
- c. 直近5年間の学術業績
  - ①学会発表3件（筆頭演者としての発表は必ずしも必要としない。）
  - ②論文3件（筆頭著者の原著論文は必ずしも必要としない。）
- d. 直近5年間の経験症例：20例以上。疾患領域は問わない。

#### 2. 指導医要件（専門医制度規則23条）

- 1) 申請時点において5年以上小児血液・がん専門医であること。
- 2) 通算8年以上の本学会会員歴があり、10年以上の小児血液および小児がん臨床および研究の経験を有すること。
- 3) 専門領域の学会発表および論文があること。
  - ①直近の5年間に学会での共同演者を含む発表5回以上があること。誌上発表は含まない。
  - ②小児血液、小児がんの臨床または橋渡し研究に関連した筆頭論文5件以上の論文があること（総説も可とする。学会抄録は含まない）。
- 4) 更新要件：5年ごとに資格更新を行う（専門医制度規則第28条）
  - ①更新申請時点において小児血液・がん専門医であること。
  - ②直近の5年間に学会での共同演者を含む発表5回以上があること。誌上発表は含まない。
  - ③小児血液、小児がんの臨床または橋渡し研究に関連した筆頭論文5件以上の論文があること（総説も可とする。学会抄録は含まない）。

#### 3. 小児がん認定外科医要件（専門医制度規則第32条）

- 1) 外科専門医。
- 2) 小児外科専門医。
- 3) がん治療認定医。（暫定教育医を含む）

- 4) 継続して3年間以上本学会会員であり、会費を完納していること。
  - 5) 小児がん症例に関する全身麻酔下手術を20例以上経験していること。
  - 6) 臨床経験記録として、経験症例20例の一覧とそのうち腫瘍摘出術3例を含む5例の個別症例票を提出する。
    - a. 20例中、執刀医または指導助手として腫瘍摘出術10例(うち5例は部分切除、生検を可とする)を必須条件とする。
    - b. 悪性腫瘍摘出術に準ずる良性腫瘍摘出術を合計5例まで算入することができる。
  - 7) 学会、セミナーへの出席：合計研修単位100単位以上
  - 8) 学術業績
    - a. 小児がんに関する学会発表3件(筆頭演者としての発表1件以上を含む)
    - b. 論文3件(筆頭著者としての論文1編以上を含む)
  - 9) 更新条件：5年ごとに資格更新を行う(専門医制度規則第36条)。
    - a. 直近の5年間に、小児がん症例に関する全身麻酔下手術を10例以上経験していること。
      - ①経験症例10例中、執刀医または助手として5例以上の悪性腫瘍摘出術または生検を必須条件とする。
      - ②悪性腫瘍摘出術に準ずる良性腫瘍摘出術を合計3例まで算入することができる。
    - b. 直近の5年間に合計研修単位50単位以上の研修業績があること。
    - c. 直近の5年間に小児がんに関する学会発表3件(共同演者可)があること。
    - d. 論文リスト1件(共著者可)があること。
- 4. 研修施設要件(専門医制度規則第40条)**
- 1) 小児血液・がん指導医(暫定指導医を含む)1名以上が常勤で勤務していること。
  - 2) 小児がん認定外科医が常勤で勤務していること。
  - 3) 日本医学放射線学会放射線診断専門医または放射線治療専門医が常勤で勤務していること。放射線治療が自施設、または、診療協力施設でできること。
  - 4) 日本病理学会病理専門医が常勤で勤務していること。
  - 5) 自施設、または、診療協力施設が骨髄移植推進財団認定施設またはさい帯血バンクネットワーク登録施設であること。
  - 6) 直近の3年間に細則第22条に示す診療実績があること。
  - 7) 診療実績に示す初発症例は本学会の小児がん全数把握登録事業または小児血液疾患登録事業に登録されていること。移植症例については造血細胞移植登録一元管理プログラム(TRUMP)に登録されていること。
  - 8) 本学会が定める研修カリキュラム作成要項に基づいて研修カリキュラムが作成され公表されていること。自施設で完結しない項目については、他の専門医研修認定施設と連携して補完し、全ての研修カリキュラムを満たすこと。
  - 9) 院内倫理審査委員会が開催され、同委員会により承認された臨床試験に参加していること。
  - 10) 院内の関連部門が参加する小児がんカンファランスまたはこれに準じるものが定期的に開催され、会議録が保存されていること。
  - 11) 緩和ケアチームが活動していること。
  - 12) 保育士またはチャイルドライフスペシャリスト等による子ども療養支援体制、および、院内学級または訪問教師による教育支援体制があること。家族の長期滞在施設またはこれに準じる設備が利用できることが望ましい。
- 開示すべき潜在的利益相反状態はない。

## 文 献

- 1) 米田光宏. 日本小児血液・がん学会認定：専門医制度について. 日本小児血液・がん学会編. 小児血液・腫瘍学. 東京：診断と治療社 2015; 571-574.

参考ホームページ

- 日本小児血液・がん学会. <http://www.jspho.jp/>  
日本専門医機構. <http://www.japan-senmon-i.jp/>



## 著者プロフィール



## 米田 光宏 Akihiro Yoneda

所属：地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター  
小児医療センター小児外科

略歴：1986年3月 岐阜大学医学部 卒業  
1990年3月 大阪大学医学部大学院博士課程修了  
1990年7月 大阪警察病院外科  
1992年7月 大阪府立母子保健総合医療センター小児外科  
1995年9月 大阪厚生年金病院外科  
1997年4月 大阪府立母子保健総合医療センター小児外科  
1999年4月 Children's Research Centre, Our Lady's Hospital for Sick Children  
上級研究員（アイルランド共和国）  
2001年4月 大阪大学小児成育外科（小児外科）  
2008年7月 大阪府立母子保健総合医療センター小児外科  
2014年7月～現職

専門分野：小児外科、小児がん（神経芽腫）

- 主な業績：1. Yoneda A: Sacrococcygeal Teratoma, in Taguchi T, Tadashi I and Okamatsu T (eds): Operative General Surgery in Neonates and Infants. Germany, Springer 2016; 381-385.
2. Yoneda A, Nishikawa M, Uehara S, et al: Can neoadjuvant chemotherapy reduce the surgical risks for localized neuroblastoma patients with image-defined risk factors at the time of diagnosis? *Pediatr Surg Int* 2016; 32: 209-214.
3. Yoneda A, Nishikawa M, Uehara S, et al: Can Image-Defined Risk Factors Predict Surgical Complications in Localized Neuroblastoma? *Eur J Pediatr Surg* 2016; 26: 117-122.
4. Yoneda A, Usui N, Taguchi T, Kitano Y, Sago H, Kanamori Y, Nakamura T, Nosaka S, Oba MS Impact of the histological type on the prognosis of patients with prenatally diagnosed sacrococcygeal teratomas: the results of a nationwide Japanese survey, *Pediatr Surg Int* 2013; 29: 1119-1125.
5. E. Hiyama, T. Iehara, T. Sugimoto, M. Fukuzawa, Y. Hayashi, F. Sasaki, M. Sugiyama, S. Kondo, A. Yoneda, H. Yamaoka, T. Tajiri, K. Akazawa, M. Ohtaki, Effectiveness of screening for neuroblastoma at 6 months of age: a retrospective population-based cohort study. *Lancet* 2008; 371: 1173-1180.
6. Yoneda A, Cascio S, Oue T, Chertin B, Puri P Risk factors for the development of renal parenchymal damage in familial vesicoureteral reflux, *J Urol* 2002; 168: 1704-1707.
7. Yoneda A, Cascio S, Green A, Barton D, Puri P Angiotensin II type 2 receptor gene is not responsible for familial vesicoureteral reflux, *J Urol* 2002; 168: 1138-1141.
8. A. Yoneda, T. Oue, K. Imura, M. Inoue, K. Yagi, K. Kawa, M. Nishikawa, S. Morimoto, M. Nakayama, Observation of untreated patients with neuroblastoma detected by mass screening: a "wait and see" pilot study. *Med Pediatr Oncol* 2001; 36: 160-162.
9. Yoneda A, Yoneda Y, Kaneda Y, Hayes H, Uchida T, Okada Y Monoclonal antibodies specific for human chromosome 5 obtained with a monochromosomal hybrid can be used to sort out cells containing the chromosome with a FACS, *Chromosoma* 1991; 100: 187-192.
10. 米田光宏. 肝腫瘍, 水口 雅, 市橋 光, 崎山 弘編: 今日の小児治療指針. 東京都文京区, 医学書院 2015; 577-579.
11. 米田光宏. 日本小児血液・がん学会認定: 専門医制度について, 日本小児血液・がん学会 編: 小児血液・腫瘍学. 東京都千代田区, 診断と治療社 2015; 571-574.
12. 米田光宏. 1 がん救急 a 心, 胸部, b 消化器, 日本小児血液・がん学会 編: 小児血液・腫瘍学. 東京都千代田区, 診断と治療社 2015; 209-213.
13. 米田光宏. その他の腫瘍: 福澤正洋, 中村哲郎, 窪田昭男編. 系統小児外科学. 第3版 大阪市: 永井書店 2013; 766-776.
14. 米田光宏. 放射線療法: 福澤正洋, 中村哲郎, 窪田昭男編. 系統小児外科学. 第3版 大阪市: 永井書店 2013; 315-320.