



日本がん治療認定医機構
2024 年度教育委員会ガイドライン

	目次	ページ
1.	がん治療認定医の対象となる医師	p. 1
2.	本ガイドラインの目的	p. 1
3.	依頼内容、締切、提出方法について	p. 2-3
4.	協力員登録制度について	p. 4
5.	各分野における必須内容について	p. 5-9
6.	共通ルール	
	6-1. 表記における共通ルール	p. 10
	6-2. テキストにおける共通ルール	p. 11
	6-3. 認定医試験問題作成における共通ルール	p. 12-17
	6-4. 教育セミナースライド作成における共通ルール	p. 18
7.	更新用ミニテスト作成	p. 19
8.	Q&A	p. 20-23
見本	① 試験問題作成フォーマット	p. 24
	② 試験問題提出チェックリスト	p. 25
	③ 更新用ミニテスト作成フォーマット	p. 26
付録	薬剤名一覧表	—

一般社団法人日本がん治療認定医機構 教育委員会

<お問い合わせ先> 日本がん治療認定医機構 事務局
〒160-0016 東京都新宿区信濃町 35 信濃町煉瓦館 5F
一般財団法人 国際医学情報センター内
Tel: 03- 5361- 7105 Fax: 03- 5361- 7091
Email: jbctkyouiku@imic.or.jp

(ver20231212)

1. がん治療認定医の対象となる医師

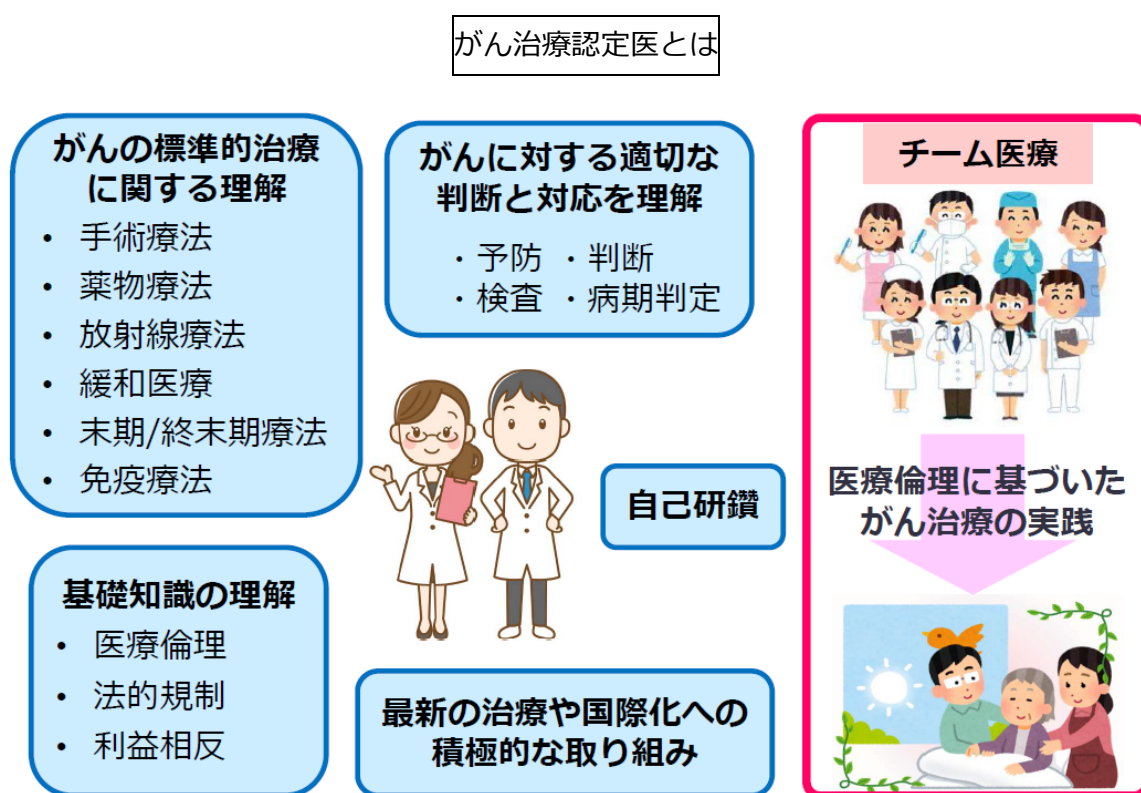
医師・歯科医師免許取得後、基盤学会の基礎的な修練を修了し、その専門性 (subspecialty) をがん治療に求めようとする卒後 4～6 年の医師(・歯科医師)を想定しています。

具体的には、

①本邦のがん医療のボトムアップ ⇒ がん治療の均てん化

②各科専門医を目指す医師のひとつ前のステップ(専門医制度の二段階制のサブスペシャリティ)として、オンコロジストとしての常識(がんについてのひと通りの知識)を修得する。

⇒ がん治療認定医取得後、5年毎に知識の更新



2. 本ガイドラインの目的

- ① 共通のルールを策定することで、表記の統一を図る。
- ② 記載内容について、分野間での重複や漏れあるいは前年度までの内容に大きな隔たりが生じることを防ぐ。

より良質で均質な内容となるよう、ご協力をお願いいたします。

依頼内容 ① テキスト改訂内容確認・ 執筆（ブラッシュアップ）・校正



1. 必須内容(分野ごと) ⇒ p.5～9
2. 表記統一 ⇒ p.10
3. 作業内容 ⇒ p.11
4. 提出方法 ⇒ ワードファイルをメールで事務局宛にご提出ください。
5. 校正 ⇒ 2回実施
 - 1回目(4月中旬以降順次)：メールにてワードファイルを送付します。
 - 2回目(6月下旬頃)：メールにて印刷会社からのゲラ刷りを送付します。

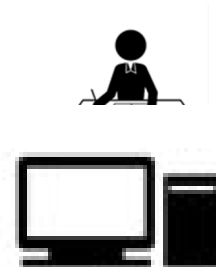
締切日：
2024年4月1日(月)

協力員をご登録
いただけます

依頼内容 ② 認定医試験問題作成

1. 表記統一 ⇒ p.10
2. 作業内容 ⇒ p.12
3. 試験問題作成ルール ⇒ p.13-17 厳守願います
4. 提出方法 (以下2点を事務局までメールでお送りください。)
 - ①「作成フォーマット」(見本①) ⇒ p.24 要:パスワードによる文書の保護
 - ②「提出チェックリスト」(見本②) ⇒ p.25 必ず最終確認をしてください。
上記①および②のフォーマットのワードファイルは、事務局よりお送りします。
5. 校正 ⇒ 問題選定・校正などは教育委員会専門部会で行います。

締切日：
2024年4月1日(月)



協力員をご登録
いただけます

依頼内容 ③ 更新用ミニテスト作成

1. 表記統一 ⇒ p.10
2. 作業内容 ⇒ p.19 事務局より「更新用ミニテスト作成
フォーマット」をメールにてお送りします。
3. 試験問題作成ルール ⇒ p.13-17 厳守願います
4. 提出方法 ⇒ 「更新用ミニテスト作成フォーマット」(見本③) p.26 を
事務局宛にご返送ください。
要:パスワードによる文書の保護

締切日：
2024年4月1日(月)



協力員をご登録
いただけます

次ページに続きます

依頼内容 ④ 教育セミナースライド改訂内容確認・作成（ブラッシュアップ）・校正

1. 表記統一 ⇒ p.10
2. 作業内容 ⇒ p.18
3. 提出方法 ⇒ メール・USB・CD-R にて事務局宛に送付ください。

締切日：

2024年4月1日（月）

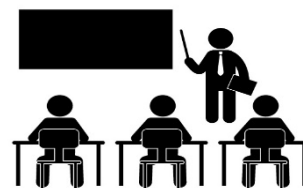
作成時に使用したアプリケーション名も併せてお知らせください。

よく見えるよう、フォント・色の変更をお願いする場合がありますことをご了承ください。

依頼内容 ⑤ 教育セミナー講演収録

撮影日：2024年7月（仮）

撮影会場：東京、大阪を予定



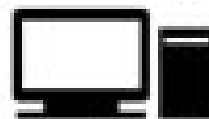
※撮影時間は実質1時間程度です。

※撮影会場および撮影日のアンケートを行ったうえで調整いたします（自撮りも可）。

1. 当日のご案内 ⇒ 概要は p. 18 後日別途詳細をご案内します。
2. 撮影場所までの交通費 ⇒ 本機構負担

依頼内容 ⑥ 教育セミナー収録内容最終確認

2024年9月下旬予定



スライド（依頼内容④）および収録済み教育セミナー（依頼内容⑤）を事務局にてシステムに登録後、教材内容に問題がないかなどを教育セミナー開講前にご確認いただきます。

4.協力員登録制度について

以下の①～③の依頼内容につきまして、協力員を**2名まで**ご登録いただくことができます。

ただし、③は該当する13分野のみに発生する作業です。

協力員のご登録は申請制です。申請書にご記入の上、事務局までメールでご送付ください。

なお、協力員を登録せず、講師お一人で全ての作業を行っていただいても問題ございません。

	依頼内容	参照ページ	協力員 A への依頼	協力員 B への依頼
①	テキスト内容確認・執筆(ブラッシュアップ)・校正	p.5-11	○	—
②	認定医試験問題作成	p.12-17	○	—
③	更新用ミニテスト作成 ※13 分野のみ	p.19	—	○
④	教育セミナー用講義用スライド内容確認・作成(ブラッシュアップ)・校正	p.18	—	—
⑤	教育セミナー[新規申請者用] (e-learning[更新者用]) 講演収録	—	—	—
⑥	教育セミナー[新規申請者用] (e-learning[更新者用]) 収録内容最終 確認	—	—	—

※ 上記「A」と「B」の協力員は、同一人物でも異なる人物でも可とします。

注：同一人物の場合でも、必ず、それぞれにご申請ください。

※ 規定に基づき謝金をお支払いします。

5. 各分野における必須内容について

POINT



- ・ この必須内容は、がん治療認定医を取得する対象者に必ず知っておいて欲しい内容で、「がん治療認定医研修カリキュラム」(テキスト巻末)をコンパクトにまとめたものです。これらを習得することががん治療認定医の到達点となります。テキスト・試験問題・スライドにて、必ず取り上げてください。
- ・ 外科治療、内科治療、放射線療法をバランスよく、テキストに記載・講義ください。

第 I 部 総論 がん治療に求められる基盤的知識

	分野名・講義時間	必須内容
1	がんの生物学・ 分子生物学 (20分)	①発がんの基本的プロセス ②遺伝子の構造と制御の異常 ③細胞周期、プログラム細胞死、不死化、血管新生、転移浸潤のメカニズム ④がん細胞、がん微小環境の多様性(heterogeneity) ⑤分子標的となる細胞内シグナル伝達 ⑥ クリニカルシーケンス→2023年度からは「病理学」で扱い、本分野からは削除 ⑥治療選択のためのゲノム・遺伝子解析の医療 ※UGT1A1 多型については、「化学療法概論」にて扱うため本分野では触れない。
2	遺伝性腫瘍 (15分)	①遺伝性腫瘍の概論・成り立ち・カウンセリング ②遺伝子スクリーニングおよびカウンセリングの原理と適応 ※「リ・フラウメニ症候群」については、本分野で扱う。 ※他の分野では、「遺伝性腫瘍」については触れないで良い。
3	腫瘍免疫学 (20分)	①腫瘍を取り巻く免疫抑制機構 ②免疫療法の種類と作用機序 ③開発研究、臨床研究におけるエビデンス、使用方法 ④ワクチン療法 ※「11 免疫療法概論」との重複に留意する。 ※先進医療については、割愛する。
4	がんの疫学・ がん検診 (25分)	①がんの統計(死亡・罹患・生存率などの動向) ②がんの発生要因(遺伝学的因子・環境因子を含む)と予防 ③がん検診の有効性とリスクベネフィット ④がん対策基本法(概要と目的の紹介)
5	臨床研究と統計学 (25分)	①Phase I, II, III相試験の研究デザイン ②基盤的統計手法 ③臨床研究の科学的意義の評価(エビデンスレベル)
6	病理学 (分子病理学を含む) (25分)	①がんの確定診断が細胞診または生検によることの認識 ②生検材料と手術検体についての一通りの検索法 ③がん確定診断、疾患重症度と進展の決定における病理医の重要性 ④分子病理学的診断技術と病期決定や管理におけるその貢献 ⑤診断と検査に用いられる基盤的な分子・細胞生物学的手法 ⑥癌取扱い規約に記載されている病理学的事項にある予後規定因子についての詳細な解説 ⑦免疫組織化学を補助的に使って確定診断される場合は増えているため、頻用される分子マーカーの解説。 ⑧ コンパニオン診断とクリニカルシーケンス(クリニカルシーケンスは 2023年度～「がんの生物学・分子生物学」より移管)

7	画像診断学 (20分)	<p>①画像診断法の種類と特徴</p> <p>②がんの診断・病期決定における画像診断の役割</p> <p>③治療効果の評価(RECISTを含む)</p> <p>※RECISTの意義、日常診療と臨床試験の違いについて取り上げる。</p> <p>④治療後の経過観察における適切な画像診断</p> <p>※治療後の画像によるフォローアップのエビデンスについて(エビデンスがハッキリしないことに言及する)</p>
8	外科治療学概論 (15分)	<p>①がん患者の病期決定、治癒のための治療、緩和のための治療等における手術の役割</p> <p>②臓器(機能)温存のための適応、手術と他の治療法との併用療法</p> <p>③標準的治療、放射線療法・抗がん剤療法または両者併用による手術のリスクと利点</p> <p>④術後合併症</p> <p>⑤固形がんに対する病期分類</p> <p>⑥高齢がん</p>
9	化学療法概論 (30分)	<p>①抗がん薬治療の目標 (特にリンパ腫、胚細胞腫瘍などは遠隔転移があっても化学療法のみで治癒可能であることなどの注意喚起。詳細については、各論にて触れる。)</p> <p>②抗がん薬の術前投与方法、同時併用(放射線増感剤としての適応)、術後補助治療の適応と有用性</p> <p>③毒性評価(NCI-CTCAE ver.5の概念)</p> <p>④代表的な抗がん薬の種類と作用機序、体内動態および薬理ゲノム学・薬理学的な基盤的知識</p> <p>⑤抗がん薬治療の危険性と利点を比較するためのPS、合併症や臓器機能異常についての評価</p> <p>⑥長期障害を含む代表的な抗がん薬の毒性プロファイル</p> <p>⑦悪心・嘔吐、血管外漏出などの合併症と対処法</p> <p>⑧高齢がん</p> <p>⑨口腔ケアとその重要性(顎骨壊死、AYA世代のがんに関わってくる歯原性の悪性腫瘍、摂食・嚥下、咬合咀嚼再建などについても)※歯科医師との連携の重要性(地域連携で加算が取れる点)。※歯科医師との連携の重要性について言及する(地域連携で加算が取れる点)。</p> <p>⑩生殖温存機能</p>
10	分子標的薬概論 (25分)	<p>①分子標的治療と生物学的治療の基本的概念</p> <p>②代表的な分子標的治療薬の作用機序、適応、効果</p> <p>③分子標的薬の代表的な副作用と対処方法</p> <p>④毎年追加される、新薬についての情報</p>
11	免疫療法概論 (20分)	<p>①免疫チェックポイント阻害薬の副作用とその機序・対策について臨床の両側面から。</p> <p>②認可された免疫療法とその使用法(抗EGFR抗体、抗VEGF/VEGFR抗体などは除く)</p> <p>③MSI-High腫瘍に対する治療法</p> <p>※「3.腫瘍免疫学」との重複に留意する。</p> <p>※MSI-Highは各論では扱わない。</p>
12	放射線療法概論 (30分)	<p>①放射線生物学の原理</p> <p>②放射線治療の根治的および緩和的医療としての適応</p> <p>③治療計画とQA・QCの原理</p> <p>④小線源治療、高精度放射線治療 (定位放射線治療、強度変調放射線治療、粒子線治療)</p>

		⑤放射線療法と手術・抗がん剤治療 あるいはその両者との併用療法 ⑥放射線療法による急性、遅発性の有害反応 ⑦放射線インターベンション ※放射線療法の基礎を簡潔にまとめた上で、臨床的適応と合併症についての基本的なところについて触れる。(テキストでは基礎～臨床をカバーしてもらい、スライドでは臨床部分にウェイトを置く。) ※臨床的な適応については、各論で扱いづらい部位(骨、脳など)も取り上げる。
13	緩和医療特論 (15分)	緩和ケア研修会で扱う内容のうち、特に知っておいて欲しい内容 + α の内容を講義で扱う。 ※テキストおよびスライドは緩和ケア研修会を踏まえた内容となっていることをテキストおよびスライドの冒頭にて触れる。
14	精神腫瘍学 (サイコオンコロジー) (15分)	①精神症状(適応障害・うつ病・せん妄)とその対応 ②コミュニケーションスキル(悪い知らせ、困難な質問への対応を含む) ③終末期ケア・死別のプロセス ④がんサバイバーの諸問題 ⑤患者会、患者支援団体の役割 ⑥サバイバーシップ(がんサバイバーの諸問題)
15	がん救急 (25分)	①即時の処置が必要な(例えば脊髄圧迫、心タンポナーデ)病態 ②それらががんによるものかの鑑別 ③組織診断を行うための適切なアプローチ ④急性期と慢性期の治療法 ⑤腫瘍随伴症候群とそれらの適切な管理(処置) ⑥感染症と好中球減少
16	がんの診療と倫理 (20分)	①インフォームド・コンセントを得るための必要事項 ②医学研究(臨床試験を含む)を実施する際にかかわる倫理的事項(利益相反など) ③がん治療、生命維持の開始および生命維持装置の脱着にかかる法的規制 ④施設内委員会と倫理委員会の役割と機能 ⑤倫理指針とガイドラインに沿った臨床研究 ⑥チーム医療

* 補足 「がんの生物学・分子生物学」・「病理学」・「分子標的薬概論」と「各論」の関連
(内容の重複を避け、段階的かつスムーズな理解を助ける)

分子標的治療法

「がんの生物学・分子生物学」

原理の解説

細胞内シグナル伝達

リガンド、レセプター、仲介分子など
分子修飾(リン酸化など)
増殖や細胞死などの分子基盤

「病理学」

「分子標的薬概論」

「各論」

具体的な解説

「がんの生物・分子生物学」分野が、「病理学」「分子標的薬概論」「各論」へとリレーするイメージ。

検査法

「がんの生物学・分子生物学」

原理の解説

遺伝子の構造と変異

遺伝子の発現機構

細胞内シグナル伝達

「病理学」

「分子標的薬概論」

「各論」

具体的な解説

がん診療を理解するうえで、「分子標的となる細胞内シグナル伝達」は重要。

第Ⅱ部 各論 各種悪性疾患の診断と治療の基本原則

〈各論の共通概念〉

- 他科の専門であっても「知っておくべき基本的事項」を取り上げる。
- 各がん腫の病期分類の要点を解説し、それに基づいた標準的治療の重要性を述べる。
- 病期分類については、全ての情報を詳細まで網羅する必要はない(がん治療認定医のレベルでは要求しない)。手術・照射・化学療法・緩和ケアなどの適応、有効性、限界についてポイントを押さえるにとどめる。
- 一つの領域の中で、規約が多様に存在する場合、最も多く用いられている規約のみを取り上げる。(特に問題とならなければ日本の資格なので取扱い規約を用いる)
- 『高齢がん』について、エビデンスのあるものについてのみ言及する。

	分野名・講義時間	特に取り上げていただきたい内容
1	脳腫瘍 (15分)	①脳腫瘍の概略、頻度 ②診断法と検査 ③主な脳腫瘍の治療と予後 <ul style="list-style-type: none"> ・ 神経膠腫 ・ 髄芽腫 ・ 胚細胞腫瘍(脳内の特徴のみ) ・ 悪性リンパ腫(中枢神経原発のみ) ④転移性脳腫瘍の概略と対応 <div style="float: right; margin-left: 20px;"> 「小児脳腫瘍の中でも頻度が高い」点も含めてきちんと述べる。 </div>
2	頭頸部がん (15分)	・放射線治療、放射線化学療法、化学療法についてバランス良く触れる。(項目立てとして、「治療モダリティ」ごとを推奨する)。 ・原発不明頭頸部転移がんについては、一般知識として必要である。
3	食道がん (15分)	上記〈各論の共通概念〉を参照
4	胃がん (15分)	上記〈各論の共通概念〉を参照
5	大腸がん (15分)	「検診」と「遺伝性大腸がん」は別項目で扱うので削除する。
6	肝がん (15分)	上記〈各論の共通概念〉を参照
7	胆道がん・膵がん(15分)	肝内胆管がんは、この分野で取り上げる(しかし専門的になりすぎるので、「切除が第一」という内容にとどめて良い)。
8	肺がん (15分)	手術適用、放射線療法についても偏りなく触れる。
9	乳がん (15分)	上記〈各論の共通概念〉を参照
10	婦人科がん (15分)	卵巣がんの胚細胞腫瘍について触れる(ただし治療法の解説までは不要)
11	骨・軟部腫瘍 (15分)	① 骨腫瘍、軟部組織腫瘍の分類 ② 診断法、治療法の概略 ③ 骨肉腫 ④ Ewing 肉腫(PNET) ⑤ 成人の軟部腫瘍(サルコーマ) ⑥ 転移を有する骨腫瘍 ⑦ 横紋筋肉腫[キメラ遺伝子とセットで扱う] ※内容ががん治療認定医には専門的になりすぎる傾向がある分野である。骨肉腫・ユーイング・軟部腫瘍それぞれの化学療法と、手術のメリット・デメリットの

		<p>みにとどめる。骨肉腫補助化学療法の第Ⅲ相試験は不要。 ※「アンブランドサージャリー」を避けることの必要性について強調する。</p>
12	泌尿器科腫瘍 (20分)	<p>・胚細胞腫瘍については精巣原発だけでなく、性腺外胚細胞腫(脳原発)についての言及は不要)、小児の胚細胞腫についても解説する。 ・「高齢者の精巣腫瘍は、悪性リンパ腫である」という内容 ※前立腺がんの治療について、active surveillance、放射線治療、手術とのメリット・デメリットがわかるようにする。 ※講義にて扱う疫学は少な目にし、限局型の前立腺がんの治療毎の違い、メリットとデメリットを扱ってもらう。 ※精巣がんの治療成績について、転移があっても化学療法で治癒する点の追加をお願いする(治療成績が良いことがわかるようなスライドを作成する)。 ※TNM 分類について細かく解説しなくて良い。</p>
13	皮膚がん (15分)	<p>上記各論の共通概念を参照</p>
14	白血病 (15分)	<p>①白血病の概略 ②急性白血病(AML, ALL) ③慢性白血病(CML, CLL) ④造血幹細胞移植の概略と適応</p>
15	悪性リンパ腫・多発性骨髄腫 (15分)	<p>①悪性リンパ腫の概要、病型、診断、病期 ②代表的な悪性リンパ腫の治療(ホジキンリンパ腫、濾胞性リンパ腫、瀰漫性大細胞型 B 細胞リンパ腫、バーキットリンパ腫[急速に進行するリンパ腫があるという例として紹介する]、成人 T 細胞白血病リンパ腫[1)妊婦健診で HTLV-1 検査が行われている。→キャリアや家族から ATLL がどのような病気か質問される可能性。2)難治性皮疹の生検から診断、高 Ca 血症で発症し急速に進行→鑑別診断として挙げる点に触れる] ③胃原発悪性リンパ腫 他 ④多発性骨髄腫の概要(診断、治療法など) ※「悪性リンパ腫」は、他科にて発見されることが多々ある。例えば、「高齢者の精巣腫瘍のほとんどは悪性リンパ腫である」という事実について、今までテキストで取り上げられていなかった。このようなケースは、「泌尿器科腫瘍」で言及してもらいたい。悪性リンパ腫も胚細胞腫瘍同様、<u>早期発見と適切な治療</u>が行われれば患者さんが助かる場合がある。「がん治療認定医」はその判断ができる医師でなければならない。他にも同様の例がある可能性があるが、「悪性リンパ腫」では拾いきれないため、<u>各科でもしあれば、是非言及してもらいたい。</u></p>
16	小児がん (15分)	<p>①小児血液疾患 [急性リンパ性白血病(小児)、急性骨髄性白血病、悪性リンパ腫(小児の特徴のみ)] ③小児固形腫瘍の概略 [神経芽腫、腎芽腫、肝芽腫、網膜芽腫] ※脳の胚細胞腫瘍は『脳腫瘍』にて、頭蓋外性腺外胚細胞腫瘍は『泌尿器科腫瘍』にて扱うため、小児がんの分野にて扱う必要はない。</p>

6. 共通ルール

6-1. 表記における共通ルール

<p>1) TNM 分類 (取扱い規約)</p>	<p>T_a T_b は小文字で統一する。</p>
<p>2) 薬剤名・略号</p>	<p>「主要薬剤名およびテキストで使用する略号一覧」(⇒ ガイドライン末尾:付録)に基づき、表記すること。テキスト・試験問題・スライドで薬剤名を用いる場合は、すべて上記一覧の表記のとおり統一する。</p> <p>ただし、テキストでは一般名を英語でスペルアウト、括弧内に略号を表記し、さらに「商品名®」を記載する。各分野で最初に登場する薬剤名に対してこの基本フォーマットを使用し、以降文中では、略号で表記する。</p> <p>例: cisplatin (CDDP) [ブリプラチン®]</p> <p>試験問題では一般名を英語でスペルアウトする。 (略号や商品名は不要)</p>
<p>3) 遺伝子名(DNA, RNA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・<i>RB1</i> (イタリック) RB1 遺伝子 (通常) イタリック表示した場合は、それだけで遺伝子という意味を含む。 <i>RB1</i>=RB1 遺伝子であり、<i>RB1</i> 遺伝子という表記は誤り。「<i>RB1</i> の点突然変異」、あるいは「RB1 遺伝子の点突然変異」はともに正しい表記法である。 他の例としては <i>KRAS</i> =KRAS 遺伝子で、<i>KRAS</i> 遺伝子という表記は誤り。 ・t(11;22)(q23;q11)の簡便表記について、「t(11;22)」と統一。
<p>4) タンパク質名</p>	<p>原則 ローマン(普通の文字) ヒトもマウスもすべて大文字(KRAS)</p>
<p>5) 疫学データ</p>	<p>罹患データは罹患全国報告値 2019年を、死亡データは 2022年を使用する。 【参照】 国立がん研究センター がん情報サービス https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html</p>
<p>6) 「転移性」のがんの表現について</p>	<p>JBCT のテキスト・試験問題・スライドにおいては、以下いずれかの表現を共通で使用する。ただし、例外として「転移性脳腫瘍」は使用可とする。</p> <p>「転移を有する●●がん」 / 「●●がんの○○転移」</p>
<p>7) その他表記など</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「がん」はひらがな表記とする。 ・「●か月」で統一する。 ・「頸」を使用する。 ×「頸」 ・「有害事象」と「有害反応」は区別して使用する。 ・「薬」と「剤」は区別して使用する。 ・「保険収載」は、保険にポイントがついた場合に用いる。「保険適応」と「保険適用は、厚労省のホームページに定義されている(以下のとおり)。 <p>【適用】(規制に)あてはめる / 【適応】あてはまる薬の「適応外使用」は、「効能にあてはまらない使用」なのでここは「適応」と書くべきで、保険収載されれば規制にあてはまるので「保険適用」となる。</p>

6-2. テキストにおける共通ルール

POINT



- ・ 薬剤名・略号の表記は、「主要薬剤名およびテキストで使用する略号一覧」(⇒付録)を守ること。
- ・ テキストでの記述の順序と講義スライドの順序を一致させる。

- 1) 必須内容
 - ・ 「必須内容」(p.5~9)を必ず盛り込み、「必須内容」に基づいた重要箇所、試験の出題箇所に、アンダーラインを引くこと。(原稿全体の1~2割程度)
 - ・ 冒頭に、必須内容、重要ポイントを箇条書きにする(5項目)。
 - 2) 文字数
 - 第I部総論ご担当: **7,000字**、第II部各論ご担当 **6,000字**
 - ※ タイトル・参考文献・図表を含む(図表は1枚を400文字として換算)
 - 3) フォント **MS明朝 10.5pt** (英字はCentury 半角)
 - 4) 図表 **図表には、タイトルおよび出典を必ず明記する。**
 - 5) 参考文献 **必要最低限**の参考文献を記載してください。
 - ・ 引用文献ではなく、参考文献(教育的な側面で、単元全体を通じたもの)を記載する。
 - ・ エポック・メイキングのものは、特別重要なものであれば入れても良い。
 - ・ 各論については、ガイドラインまたは規約は必ず入れる。
- 記載例**
- ① **雑誌の場合**
著者名は筆頭著者その他とし、標題、雑誌名、巻、頁―頁、発行年(西暦)の順に記載する。
[例] Evans WE, et al.: Pharmacogenomics: Translating Functional Genomics into Rational Therapeutics. Science 286: 487-491, 1999
 - ② **単行本の場合**
著者名は筆頭著者その他とし、標題、単行本の標題(編集・監修者名)、発行所、発行地、発行年(西暦)、頁―頁、の順に記載する。
[例] 中村祐輔: SNPの医学的意義. SNP 遺伝子多型の戦略, (松原謙一, 榎 佳之監修, 中村祐輔編), 中山書店, 東京, 2000; pp. 2-17.
- 6) 著作権について
 - ① 可能な限りオリジナルの素材による教材を作成するようご協力をお願いしますが、他人の著作物などの引用については、**必ず出典を明記**してください。(出版社からの引用については、引用元からの許諾を得ていません。)
 - ※ テキストの著作権に関する扱いは、教室などの限定した場所、限定した対象に対して使う教材の範囲にとどまる(非営利目的であり、その対象がきわめて限定的である)と考えます。
 - ② 前年度までの内容と大きな隔たりのないことを依頼している都合上、前年度の講師の方々には、ご自身の作成したものについて図表等の出典を明らかにすることを原則に、次年度の講師が引用されることをお認めいただくようお願いしています。
 - 7) 注意点 **必ず、「表記における共通ルール」**(p.10)を厳守してください。
 - 8) 正誤表について
講義時、スライドにて受講生に内容を周知してください。
当機構ホームページより正誤表をダウンロードができるようにします。

6-3. 認定医試験問題作成における共通ルール

POINT



テキストの図表から試験問題を出題する際は、その内容が専門的すぎないか(他科でも解答できる内容か、知っておいてほしい内容か)、吟味する。

1) 作成問題数 第Ⅰ部総論ご担当:**8問**、第Ⅱ部各論ご担当:**5問**

2) 形式 **Aタイプ** あるいは **X2タイプ** のいずれか。
ただし、X2タイプは難易度が上がるため、**原則 Aタイプで作成ください。**

Aタイプ: 5つの選択肢の中から1つ選ぶ。

XXX はどれか。一つ選べ。

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

X2タイプ: 5つの選択肢の中から2つ選ぶ。

XXX はどれか。二つ選べ。

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

3) レベル・出題範囲 『必須内容』(p.5~9)からの出題とする。**テキストの下線部分からの出題とする。**
※ **合格率 85%前後、正答率 70%**が期待できる問題の作成をお願いしたい。

4) 図表・画像 総論のみ、使用可とする。

5) 守秘義務 試験問題の取扱には厳重な注意を払い、**守秘義務の厳守**をお願いします。

6) 注意点 **必ず、試験問題作成ルール**(p.13-17)を厳守してください。
なお、作問いただいた原文そのままを出題するわけではなく、全体的なバランスや文言統一を専門部会にて行ったうえで出題することをご留意ください。

7) **重要** **ご提出いただくもの(以下2点)** ※事務局よりメールで電子ファイルをお送りします。

① **作成フォーマット** (見本① p.24) ⇒ 専門部会で検討する際に、大変重要な情報となります。

② **提出チェックリスト** (見本② p.25) ⇒ 作成された試験問題について、最終確認をしてください。

必ずお読みください

試験問題作成ルール

- 1) Aタイプ（5 選択肢から 1 つのみを選ばせるもの）と X2 タイプ（5 選択肢から 2 つを選ばせるもの）の 2 タイプ。**原則 A タイプで作成すること。**（X2 は難易度が高まるため。）

A タイプの場合、5 つの中から one best を選ぶので、残りの 4 つの選択肢の可能性が必ずしも 0% である必要はないが、X2 タイプの場合、正解の 2 選択肢の可能性は 100%、不正解の 3 選択肢の可能性は 0% である必要がある。

○例 1) 全身状態の良好な進行肺がんの標準的化学療法として、最も適切なのはどれか。一つ選べ。

- a. Gemcitabin + nab paclitaxel
- b. Gemcitabin
- c. S-1
- d. FOLFOX
- e. Gefitinib

解答:a

（a～c ともガイドラインに記載されているが、b と c は比較的全身状態の悪い患者に選択される治療であり、best の a に比べれば劣っていることは明らかであるため、この問題は成立する。）

×例 2) 全身状態の良好な進行肺がんの標準的化学療法として適切なのはどれか。二つ選べ。

- a. Gemcitabin + nab paclitaxel
- b. Gemcitabin
- c. S-1
- d. FOLFOX
- e. FOLFIRINOX

解答:a, e

（2 つ選ぶことから「最も適切な」という表現ができなくなった。その結果、a と e の適切さと b と c の適切さが相対的な違いになっており、このような問題は不適切。A タイプとして例 1 のように変更する。）

- 2) **選択肢はできるだけ短くし、可能な限り 1 行におさめる。複文にならないようにする。**

→ 1 つの選択肢に複数の内容を含ませない。

×例 3) 小細胞肺がんでは *KRAS* 変異の頻度が高いが、非小細胞肺がんでは低い。

（2 つの独立したことを聞かれているのか、比較として聞かれているのか分からない）

×例 4) 前立腺がんの内分泌療法開始時に一過性増悪が認められた場合、ホルモン感受性腫瘍であることを示しており、治療を中止する必要はない。

- 3) **二重否定にならないようにする。** 設問で「正しくないもの」「不適切なもの」を選べとした場合、選択肢は否定形にしない。

4) ロジックで真偽が分かってしまう選択肢の配分を行わない。

×例 5) 胚細胞腫瘍の治療について、誤っているのはどれか。一つ選べ。

- 導入化学療法として、BEP (bleomycin, etoposide, cisplatin) 療法が標準的治療である。
- 救済化学療法として、VeIP (vinblastine, ifosphamide, cisplatin) 療法、VIP (etoposide, ifosphamide, cisplatin) 療法や TIP (paclitaxel, ifosphamide, cisplatin) 療法が行なわれる。
- 化学療法後に腫瘍が残存する場合、腫瘍マーカーが正常であれば手術適応はない。
- 治療方針決定のため、IGCCC (International Germ Cell Consensus Classification) は有用である。
- IGCCC の risk 分類は、おもに腫瘍マーカーを中心に分類されている。

(d と e を合わせ読むと、少なくとも d は真と分かってしまう。)

×例 6) 未治療の下咽頭扁平上皮がんで頸部リンパ節転移が疑われる場合の診断法について、誤っているのはどれか。一つ選べ。

- まず切開生検を行う
- 超音波検査
- 超音波下穿刺吸引細胞診
- CT
- MRI

(a が真であると仮定すると、b, c, d, e は全て偽でなければならず、誤りがひとつという条件に矛盾する。よって何の知識がなくても a が偽であると分かる。)

×例 7) 頭頸部切除不能がんの治療について、誤っているのはどれか。一つ選べ。

- 全身状態が良好であれば、化学放射線療法を行う。
- 化学療法の薬剤としては、platinum 系抗がん剤を中心に単剤、ないしは多剤併用療法が行われる。
- 放射線治療を行う。
- 治療はインフォームドコンセントのもとに選択される。
- 切除不能がんは対症療法のみを行う。

(これも上と同様で、e を真と仮定すると、a, b, c は偽ということになり、誤りがひとつという条件に矛盾する。またこの設問の場合、d を偽とする受験者がいるとは考えにくく、無駄な選択肢。ちなみに、設問に「頭頸部切除不能がんの治療について」とあるので e の「切除不能がんは」は不要である。)

5) 質問に答えるために必要な全ての情報を試験問題に含める (省略しない)。

しかし、正答を導くヒントは与えないこと。

6) 技術的に正しいことを確認する。

- ① 性差、年齢差など頻度の差を問題にする場合は、大きく離れたもののみを設問にすることが可能。
逆に差がないことを正解にしたい場合は、理論的には設問になりにくいことに注意。

×例 8) 本邦の膀胱がんによる死亡数には性差は認められない。

(膀胱がんは性差のある疾患と認識されていないことを知っているか確認する出題と思われるが、2017 年統計では男性 17,401 人、女性 16,823 人。○でも×でも不正解とはいえない。)

② 研究者により見解の異なる可能性のある事項は問わない。

×例 9) 進行がんの臨床試験の主要評価項目としては全生存期間よりも無増悪生存期間のほうが重視されるようになってきている。

③ 時期的に微妙な問題を設問にしない。

×例 10) 本邦では卵巣がんに対して免疫チェックポイント阻害薬は未承認である。
(問題作成時には未承認でも、試験当日には承認されているかもしれない)

×例 11) 2021年2月現在、本邦では卵巣がんに対して免疫チェックポイント阻害薬は未承認である。
(ロジックは通りますが、ここまで限定しないと問題にならないこと自体、あまり重要な問題ではないことを示しています。)

④ あいまいな選択肢を避ける。

×例 12) 以下のうち「がん対策推進基本計画」で取り上げられていないものはどれか。一つ選べ。

- a. 未成年者の喫煙率を0%にする。
- b. 各都道府県に最低5か所以上のがん診療連携拠点病院を設置する。
- c. すべての2次医療圏に相談支援センターを設置する。
- d. がんによる死亡者数の20%減少を目指す。
- e. すべてのがん診療に携わる医師に緩和ケアの基本的な研修を実施する。

(明らかな偽はbであり、これが正解枝と思われるが、「基本計画」を正確に読むと、cは正しくは「原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、…」であり、これに対しcの選択肢は断定しすぎているかも知れない。dは正しくは「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」である。eも正しくは「がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。」であって、微妙に不正確である。)

×例 13) 緩和医療について、正しいものを一つ選べ。

- a. 悪性新生物による年間死亡者数は、心疾患と脳血管疾患による死亡数を加えた数より少ない。
- b. がん患者の二人にひとりは何らかの精神科的治療が必要とされている。
- c. スピリチュアルペインを訴える患者への対応で大切なことは、心をこめて励ますことである。
- d. 予期悲嘆を経験することは、患者と死別後の遺族の立ち直りを妨げる。
- e. わが国では、患者が緩和ケア医に紹介されるタイミングが遅いとされている。

(aは設問タイトルの「緩和医療」とは無関係であり不適切。eが真で正解枝と思われるが、可能な限り定量化比較可能なものが望ましい。この場合、どの国と比べて中央値で何日遅いのか、またそのp値はいくつなのかデータを出してくれと受験者から質問された時に、そのデータを提出可能かどうかご検討の上、出題下さい。)

×例 14) 早期からの緩和ケアを行うことにより、患者のQOLは改善する。

(QOLは患者のものに決まっているので「患者の」は不要。この選択肢はTemelの研究結果を問うていると思われるが、この研究では緩和ケアを早期から行うもので行わないものを比較したのではなく、緩和ケアは早期から行うが、主治医が行ない必要に応じて緩和ケアチームに紹介したか、初めから緩和ケアチームが関与したかを比較した試験で

ある。)

7) 適切な難易度の試験問題を作成する。

専門的になりすぎる傾向があるので、他科の専門であっても「知っておくべき基本的事項」を取り上げる。

※ 合格率 85%前後、正答率 70%が期待できる問題のレベルとする。

そのために、

- ・TNM の詳細を知らないと解けない問題は避ける。
- ・新規薬剤名の詳細な適応条件を問題にしない。
- ・手術術式の詳細を問題にしない。
- ・XX がんの stage X に対する標準治療は..という作題をする場合、特に難易度に留意する(専門領域の医師でも必要か、慎重に)。
- ・試験名(例:JCOGxxx 試験、EXTREME レジメンなど)を出して、「XXX 試験では XXX が証明された」などの真偽を聞く問題を作らない。
- ・明らかすぎてナンセンスな選択肢(医学知識がなくても常識で真偽が明らかなもの)を避ける。
- ・実際に薬物療法を行っている医師しか覚えていないような、細かい薬剤名、レジメン名を選ばせる問題を作らない。

×例 15) 臨床研究法の対象となる特定臨床研究はどれか。二つ選べ。

- 未承認の医療機器を用いて行う臨床研究
- 患者の診療録から診療情報のみを抽出して行う臨床研究
- 適応外の医薬品を用いて承認申請を目的として行う臨床研究
- 患者の診療によって既に採取されている生体試料を利用して行う臨床研究
- 製薬企業から資金提供を受けて、その製薬会社の医薬品を用いて行う臨床研究
(経験値の有無によって解答を導き出しやすい出題は避ける。)

8) 独立した選択肢にする。

「e 以上のすべて」、「e 以上のいずれでもない」を選択肢として使わない。

9) 一つの問題の中では、一つの考え、課題、アイディアにフォーカスする。

選択肢は基本的に同一範疇とする(疫学、病因、診断、治療、予後などを混在させない)
希少疾患においてやむを得ない場合は例外として、完全にバラバラなら可とする。

×例 16)

進行非小細胞肺癌について、正しいのはどれか。一つ選べ。

- platinum 併用療法が標準的治療である。
- trastuzumab 併用療法が標準的治療である。
- rituximab 併用療法が標準的治療である。
- cetuximab 併用療法が標準的治療である。
- 生存期間中央値はおおよそ 6 か月である。(これだけ予後を知っている)

△例 17) 混在しているが完全にバラバラなら許容範囲

非小細胞肺癌について、誤っているのはどれか。一つ選べ。

- a. 発症因子として喫煙が重要である。(病因、疫学)
- b. 日本人では腺がんがもっとも多い。(疫学、病理)
- c. PET 検診の有用性は証明されていない。(検診、診断)
- d. 切除の対象となるのは全症例の約 3 分の 1 である。(治療)
- e. 進行症例の生存期間中央値はおよそ 6 か月である。(予後)

(希少疾患であれば許容範囲内であるが、非小細胞肺がんなら一つのテーマにフォーカスした作問ができるはずである。)

×例 18)

舌がんについて、誤っているのはどれか。一つ選べ。

- a. 発症因子として喫煙が重要である。
- b. 発症因子として歯などによる機械的刺激が重要である。
- c. 頭頸部がんの中でもっとも頻度が高い。
- d. 合併するがんとしてもっとも頻度が高いのは肺がんである。
- e. 中咽頭がんの発症にはヒトパピローマウイルスの関与が認められる。
(舌がんの設問に咽頭がんの選択肢！ しかし、しばしば見受けられる。)

10) 複数の意味を持つ用語を避ける。

11) あいまい・絶対的な表現を避ける。

- ① 「必ず」、「常に」、「すべて」、「ことはない」、「認められない」等の限定的表現は使わない。自動的に偽である。
- ② 「～ことがある」、「～こともある」という表現は使わない。自動的に真である。

12) 解答選択肢を分かりやすく明瞭に作成する。

選択肢の順番にも気を配る。(ABC 順、あいうえお順、長さの順番など)

△例 19) 進行非小細胞肺がんの標準的~~化学療法~~に含まれない薬剤を一つ選べ。

- a. cisplatin
- b. irinotecan
- c. trastuzumab
- d. gefitinib
- e. pemetrexed

○例 20) 進行非小細胞肺がんの標準的~~化学療法~~に含まれない薬剤を一つ選べ。

- a. cisplatin
- b. gefitinib
- c. irinotecan
- d. pemetrexed
- e. trastuzumab (A, B, C 順に並べた。長さも大体順番に近くなった)

6-4. 教育セミナースライド作成における共通ルール

POINT



- ・ 講義に使用するスライドを作成する。専門領域外の受講者もいるので、見やすいスライドで(白地に黒文字)、わかりやすく、簡潔に話す(講義時間厳守)。
- ・ テキスト・試験問題・講義内容が全てリンクしていることを意識する。(統一性を持たせてください。テキストとスライドが異なる説明・図表であった場合、受講生が混乱します。)
- ・ 他領域の先生にとって「最低限知っておかなければならないこと」に焦点を絞り、わかりやすい解説を心がける。例えば、細かい病期分類の表などは不要であり、最低限の病期の分類とそれについての治療方針がわかれば十分である。
- ・ スライドの中に、出題問題となるキーが含まれているかということを受講者はよく見えています。重要ポイントが伝わるように、また、受講生がメモできる量・レベルのスライドをお願いしたい。
- ・ 使用したスライドは、本年度の教育セミナーに加え、すべて翌年度の資格更新者用の e-learning のコンテンツに配信されることを配慮の上、作成ください。
表紙に年度の記載はしないでください。

- 1) スライド枚数 **1 分間 1 枚**を目安とする。
講義時間が **15 分**の場合、スライド枚数は、**20 枚**まで。
20 分の場合、スライド枚数は、**30 枚**まで。
25 分の場合、スライド枚数は、**35 枚**まで。
30 分の場合、スライド枚数は、**40 枚**まで。
- 2) ソフトウェア Microsoft PowerPoint 2019(Windows、Mac のいずれでも可)
- 3) フォント MS(P) ゴシック ・ Arial
- 4) フォントサイズ **22pt 以上**を使用。
- 5) 背景 白地 文字は黒文字を基調とする。
- 6) 図表 文字が小さい場合、重要な部分は大きめの文字サイズで上書きする。
テキストに掲載されていない図表はなるべく使用しない。テキストに掲載されている図表を用いる場合は、テキストページ番号を入れておくと受講生は参照しやすい。
- 7) 動画・アニメーション **使用禁止**
- 8) スライドサイズ 縦横比率 4:3(縦横比 16:9[Mac の場合、ワイド版])は、ウェブ上で作成通りに反映されないことがあります。16:9 にて使用されたい場合は事務局までご連絡ください)
- 9) 講義時間 厳守してください(分野により異なります)。
- 10) COI の開示 開示すべき COI の有無に関わらず、講義スライドの 1 枚目にてご提示ください。サンプルスライドは、当機構ホームページに掲載されておりますので、ダウンロードしてください。
URL: http://www.jbct.jp/about_coi.html
- 11) 教育セミナー撮影 撮影は専門の業者に依頼します。撮影会場(東京・大阪・他を予定)に直接お越しください。その際、ご自身の講義スライドが入った PC をご持参ください。
※詳細は追って調整・ご案内します。
※デモ用画面にてサンプルをご覧いただけます。事務局までお問合せください。

7. 更新用ミニテスト作成

POINT



- ・ がん治療認定医の資格取得後 5 年または 10 年経過した医師の資格更新の際に受ける試験であるため、取得時よりさらに経験を積んでいることを念頭に作成する。
- ・ 2024 年度の講義をウェブで視聴後、問題解答となることを念頭に作成する。
- ・ 受験者は、全問正解するまで何度でも解答することが可能。

1) 形式 : 「○○は△△である。」という形式の○×(正誤) 問題を新規に作成する。

2) 作問数 : **5 問+予備 2 問** ただし、受講必須分野(7 分野)と受講選択分野(6 分野より 3 分野を選択)のみ作成する(必須分野と選択分野については下記表を参照)。

		講義名	
必須	1	遺伝性腫瘍	全問正解するまで 何度でも解答可能
必須	2	画像診断学	
必須	3	外科治療学概論	
必須	4	化学療法概論	
必須	5	分子標的薬概論	
必須	6	免疫療法概論	
必須	7	放射線療法概論	
選択	1	がんの生物学・分子生物学	全問正解しなくて もよい
選択	2	病理学(分子病理学を含む)	
選択	3	緩和医療特論	
選択	4	精神腫瘍学(サイコオンコロジー)	
選択	5	がん救急	
選択	6	がんの診療と倫理	

3) **重要** **ご提出いただくもの** ※事務局よりメールで電子ファイルをお送りします。

作成フォーマット (見本③ p.26) ⇒ 専門部会で検討する際に、大変重要な情報となります。

4) 注意点:

① 必ずテキストまたはスライドに明記されている内容、または講義中に触れているものの中から出題する。

※使用する用語は、テキスト・スライド・講義内容で統一させてください。

② 問題は予備を含め 7 問作成してください。解答の割合は ○が3問×が2問 か ○が2問×が3問 としてください。予備問題の解答割合の規定はありません。(解答○が多いとすべて○で合格する可能性があるため)

③ 1 問題 30 文字以内(スペルアウトは追加可)としてください。

④ 年度の入った問題は作成しないでください。

⑤ 保険適応外使用に関する問題は作成しないでください。

⑥ 2025 年 4 月から 7 月末(予定)までが更新試験期間のため その間に解答が変更となる可能性のある問題は作成しないでください。

その他については、必ず「試験問題作成ルール」(p.13-17)を厳守してください。

8. Q&A

【全体】

Q1)受講生は、教育セミナー受講前にテキストを入手し読めるのか。

A1)YES.

Q2)講義時間が短すぎるのでは？

A2)「総論重視」という方針に基づきギリギリの調整をしているので、どうかご理解いただきたい。これ以上時間を増やすと全分野受講に2日以上かかってしまい、受講生がそれ以上の時間を臨床の現場を空けることは難しいだろうということから、この時間をお願いしたい。なお、演題によって講義時間が若干異なるので、必ず確認してほしい。

Q3)JBCTの教育セミナーの良い点は？

A3)総論については、最新の基盤的な知識を学び直すよい機会となっている。受講者にも好評である。

JBCTの教育セミナーが開催される前は、学びたくてもそのようなツールがなかった。

各論については、自分の専門領域以外の領域について学ぶことは一見ムダなことのようにも思えるが、受講した人の話を聞くと、他領域について何が標準治療で、またその標準治療が常にそれぞれ進化しているということを知ることにより、逆に自分の専門領域への知識が深まるという効果が起きているという。さらには、13領域すべての講義を聞き終わると思いの外共通部分が多いことに気づかされる。いわゆる「専門バカ」から脱却でき、他領域との連携もスムーズになったという事例も聞く。

Q4)「がん治療認定医」の対象となる医師とは？

A4)①各科専門医を目指す医師のひとつ前のステップ(専門医制度の二段階制のサブスペシャリティ)として、オンコロジストとしての常識(がんについてのひとつ通りの知識)を修得する。⇒5年毎に知識の更新

②今まで特にがんを専門としていなかった先生方(開業医など)のレベルアップ。(患者さんを専門病院に送るのが遅れる、紹介先を間違えるなどの判断ミスをなくす。)⇒がん治療の均てん化

Q5)著作権についてどのように扱っているか。

A5)テキストについて、著作権は発生しない。「限られた場所」において「限られた対象」に対して使用する教材という位置づけであるためである。したがって、昨年度の他の講師の文章に加筆・修正することについて、何ら問題はない。(「謝辞」は不要)

【テキスト編】

Q1)前年度までの「項目立て」をすべて踏襲すべきか。

A1)単一がんの場合は可能な限り踏襲していただきたいが、単一がんでない場合(脳腫瘍、骨・軟部腫瘍、小児がん、白血病、悪性リンパ腫・多発性骨髄腫)については、分野別すみ分けを行っているので、それに準じて項目立ての再検討をお願いしたい。

Q2)前任者のテキストは、どの程度引用してよいのか。

A2)全くそのままを使用するのは不都合だが、①データを最新版にする、②テキスト・試験問題・教育セミナー講義で、整合性の高いものにするを念頭においていただきたい。良い部分は活用していただきたい。希望者には、前年度の原稿(ワードファイル)をお送りする。

Q3) 前回の内容と今回の内容で、根幹の部分は変わらない場合は、全面改訂する必要はないのか。

A3) その必要はない。

Q4) (再任分野) 枝葉末節に変更があれば、テキストの内容を変える必要があるか。

A4) 枝葉末節に極力影響が見られないような、大原則部分にフォーカスしたテキスト・試験問題作成を目指していただきたい。枝葉な範囲は、認定医の試験としてはそぐわないかもしれない。大原則から、出題してもらえると、正答率が維持できると思われる。

Q5) 年月とともに情報が更新される分野で、古い情報だとエビデンスが確立されているが、新しいものだと確立されていない。できあがったテキスト全体で、他領域の先生と内容の矛盾や違いがあっても、委員会側で整合性を取ってもらえるのか。

A5) 専門部会でテキスト校正は行なうが、執筆者の意向は尊重している。画像診断については、実地医療がしっかり行なわれており、多くの場合エビデンスがない。エビデンスが確立していなくても、「〇〇といえる」というように、常識的なことは具体的に、積極的にテキストに書いていただいで問題ない。『(例)PET でがんの早期診断はできない。』

Q6) 病期分類は、臓器別の取扱い規約の病期を用いるべきか。TNM 分類を用いるべきか。あるいは両方を用いるのか。

A6) 両方を取り上げると、受講生・受験生の負担が大きくなるので、それぞれの臓器で最も一般的なものを用いてほしい。同等であれば、取扱い規約を用いてほしい。欧米のガイドラインで使われているのは TNM 分類で、国内では取扱い規約が遅れていることがある。試験問題で取り上げる際は、「〇期の〇分類」という表現にせず、「限局性で早期の」といったような表現を用い、なるべく『共通言語』を使用するようにしてほしい。

Q7) 日本と欧・米との標準的治療が異なる場合はどうするか。

A7) 基本的には、日本の標準的治療をメインとする。可能であれば、最後の1枚のスライドに「日本と欧・米の標準的治療の違い(どこが同じでどこが違うのか)」を付け加えていただければ大変有り難い。(ただし、詳細の説明は不要)
日本の標準的治療が果たして正しいのかどうか(欧・米では標準的である治療が日本では受けられないことが多々ある)という批判が患者さんからなされているからである。

Q8) ガイドラインや取扱い規約の改訂作業中である場合はどうすればいいか。

A8) どの程度作業が進んでいるかにもよるが、もし最終稿となっているようであれば盛り込んでもらいたい。また、校正段階での修正も可能なので、例えばいつ頃改訂案が確定するのかなど適宜ご相談いただければと思う。それ以外でアップデートの内容をどの程度盛り込むかの判断については、各講師の見識にお任せするが、他領域の先生方が聞いて納得いくような内容であることを望む。

Q9) 後発医薬品が出ている薬剤の商品名も記載する必要があるか。

A9) 後発医薬品の商品名は、記載しない。後発品が出ていない、正規薬剤については、わかりやすさを重視して、一般名と商品名を併記する。古い薬剤名に関しては、代表的な先発品が例として挙がっていればよいかと思う。

Q10) 「わが国」においてはまだあまり患者さんに語られていないエビデンスであっても、グローバルではスタンダードな知識であるというエビデンスについては記載してもよいか。

A10) 記載してもらいたい。JBCT の教育セミナーがそのような知識の発信の場となることを望む。ただし、試験問題として出題するのは避けたほうがよい。

Q11) 専門用語についてどの程度まで使用してよいか。

A11) 基本的には、他領域の人でも理解できる「共通言語」を使用し、「共通言語」でないと考えられる場合には必ず補足説明をする。

【試験問題編】

Q1) 試験問題は、昨年度も作成したが、全く新しい問題を作る必要があるか。

A1) 類似問題となるかもしれないが、全く新しいものをお願いしたい。

Q2) 試験問題について、最終的な 60 題は講師にフィードバックされるのか。

A2) 漏洩防止のため、お教えしていない。作成された試験問題の内容は、講義で全て触れていただきたい。

Q3) 作成した問題は、作成時点のものが出題されているのか。

A3) そのまま出題されないこともある。専門部会の方で、アレンジを加えることもある。

Q4) 試験問題の解説は誰に向けての解説なのか。

A4) 簡単な解説でよいので、教育委員会専門部会向けの解説をお願いしたい。

試験問題は全て回収し、受験者には一切開示していない。

Q5) 試験問題が他領域や過去問と重複した内容になってしまった場合、委員会側で整合性を取ってもらえるのか。

A5) 教育委員会専門部会の方で、重複内容をチェックする。

Q6) 難易度を上げずに、良問を作成するにはどうすればよいか。(泌尿器科を例に)

A6) 対象疾患が混在した設問(総合問題)だと、難易度が上がる。

2 問の中に、泌尿器科の全必須内容を入れるとなると、正答率が低くなるのは仕方がない、と考える。高い正答率を目指すのであれば、例えば、腎がんのみで、診断から治療までの内容を扱うようにしたら良いかもしれない。

Q7) 作成した問題が「不適切問題」と判断された場合、そのまま「お蔵入り」となるのか。

A7) 「不適切問題」となるには様々な理由があり、全てが「お蔵入り」となるわけではない。

ブラッシュアップして表記方法を変えたり、他の問題とミックスさせたりする場合がある。

「総論」と似た問題だった場合は、どちらかを採択したりミックスさせたりする場合がある。

Q8) どのような試験問題がプールされているのかを見ることは可能か。過去に作成された試験問題(出題されていないものも含めて)を revise するという方法で作成したほうが、ブラッシュアップされた良問が作れるのではないかと。

A8) プール問題の開示は、セキュリティ上問題となるので行っていない。ご担当分野の、過去に出題された問題は、メールにて希望者にお送りする。[過去問(プール問題)についての議論は、後述する]

Q9)各論は、どうしても一つの問いに「診断」と「治療」の混合問題になってしまうと思うが、よいか。

A9)作成の注意点は参考にしてもらいたい。受験者が作題意図をわかってしまうようなものでなければ良い。

Q10)試験問題に、症例の問題は適切か。

A10)試験の制限時間の割りに問題数が多いので、問題文を読むのに時間がかかるような問題は避けていただきたい。(1問1分半内で解答できるものを作成いただきたい)

【スライド編】

Q1)テキストに書いてあるものをどこまで教育セミナーで話せばよいか。

A1)他の分野の先生にも「これだけは知っておいてほしい」と思われるものは時間内ですべて話してほしい。

Q2)スライドは受講生への配布資料とするのか。

A2)配布しない。

Q3)スライド配布の要望は今まで出たことはないのか。PDF化してダウンロードできるようにする等、検討したことはあるか。

A3)すべての講義スライドについて著作権許諾を得るのが不可能なため、配布資料としていない。

Q4)受講者から教育セミナーの内容への質問を受け付けることはあるのか。

A4)質問はお断りしている。

以上

見本①

試験問題 作成フォーマット

- ・必ずテキストまたはスライドに明記されている、または講義中に触れている内容から、他科専門の医師も「知っておくべき基本的事項」を出題する。(受験者は、テキストおよび講義内容で学習する。)
- ・作問数は、総論ご担当の場合は8問、各論ご担当の場合は5問。原則、Aタイプで作成する。
- ・設問、選択肢ともに端的、かつ1行で収まるよう簡潔に作成する。(1行22文字程度)

分野名	
選択形式 (A：一つ選べ X2：二つ選べ)	
出題者名	
問題	
選択肢	a. b. c. d. e.
解答	
解説	
出題のねらい	

見本②

がん治療認定医 試験問題 提出チェックリスト

分野名： _____

氏 名： _____

No.	チェック項目	はい (✓)
1	「1つ選べ」または「2つ選べ」の5択問題になっていますか。	
2	総論（がんの生物学～がんの診療と倫理）は <u>8</u> 問、 各論（脳腫瘍～小児がん）は <u>5</u> 問、作成しましたか。	
3	解説はついていますか。	
4	正解選択肢は、本当に正解になっていますか。	
5	不正解選択肢は、本当に不正解になっていますか。	
6	他科（歯科も含む）の先生にもわかる内容となっていますか。	
7	メッセージ性の強い（専門性の高い）内容になっていませんか。	
8	「誤っているのはどれか」の否定形の問題は、本当に「誤ったものを選ぶ」 問題となっていますか。	
9	「必ず」「常に」「すべて」「ことはない」「認められない」という限 定的表現を使っていませんか。	
10	「ことがある」「こともある」という表現を使っていませんか。	
11	選択肢の一文が他と比べて長文になっていませんか。	
12	ひっかけ問題になっていませんか。	
13	用語は統一されていますか。	
14	薬剤名は、「一般名」でスペルアウトされていますか（略語は使用 していませんか）。	
15	スペルミス、誤字・脱字はありませんか。	
16	可能な限り「Aタイプ」（五指一択）になっていますか。	
17	テキストの下線部分からの出題になっていますか。 (出題内容は、テキストに下線が引かれていますか)	

*必ずパスワードをかけてご提出ください

見本③

更新用ミニテスト 作成フォーマット

分野名： _____

- ・問題は予備を含め7問作成
- ・必ずテキストまたはスライドに明記されている、または講義中に触れている内容から出題する。
(受講者は、テキストおよび講義内容で学習してから解答。)
- ・設問は「○○は▲△である」とする。(文字数上限：30字(スペルアウトは追加可))
- ・解答は「○」「×」とする。解答の割合は ○が3問×が2問 か ○が2問×が3問 とする(解答○が多いとすべて○で合格する可能性があるため)。予備問題の解答割合の規定はありません。
- ・年度の入った問題は作成しない
- ・保険適応外使用に関する問題は作成しない
- ・他科専門の医師にもわかるよう解説する。(文字数上限：30字)

作成者	問題名	正答	出題文	解説文
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6 (予備1)			
	7 (予備2)			

主要薬剤名およびテキストで使用する略号一覧

2023年7月20日現在 ☆:ジェネリック/バイオシミラーあり

略号	一般名	商品名の例
5'-DFUR	doxifluridine	フルツロン
5-FU	fluorouracil ☆	5-FU
6-MP	mercaptopurine	ロイケリン
ACNU	nimustine	ニドラン
—	abiraterone	ザイティガ
ACT-D	actinomycin D	コスメゲン
AMR	amrubicin	カルセド
ANA	anastrozole ☆	アリミデックス
—	apalutamide	アーリーダ
—	aprepitant ☆	イメンド プロイメンド
Ara-C	cytarabine ☆	キロサイド・キロサイドN
—	bendamustine	トレアキシン
BLM	bleomycin	ブレオ
—	borofalan	ステボロニン
—	cabazitaxel	ジェブタナ
CAP	capecitabine ☆	ゼローダ
CBDCA	carboplatin ☆	パラプラチン
—	carmustine wafer	ギリアデル
CDDP	cisplatin ☆	ブリプラチン, ランダ
CDGP	nedaplatin	アクプラ
—	crisantaspase	アーウィナーゼ
CPA	cyclophosphamide ☆	エンドキサン
CPT-11	irinotecan ☆	カンプト, トポテシン
—	(riposomal) irinotecan	オニバイト
—	darinaparsin	ダルビアス
—	darolutamide	ニューベクオ
DEX	dexamethasone ☆	デカドロン
DNR	daunorubicin	ダウノマイシン
DTIC	dacarbazine	ダカルバジン
—	degarelix	ゴナックス
DTX	docetaxel ☆	タキソテール ワンタキソテール
DXR	doxorubicin ☆	アドリアシン ドキシル
—	enzalutamide	イクスタンジ
EP	estramustine	エストラサイト
EPI	epirubicin	ファルモルビシン
—	eribulin	ハラヴェン
VP-16	etoposide ☆	ベブシド, ラステット
EXE	exemestane	アロマシン
—	febuxostat	フェブリク
FLU	fludarabine	フルダラ
—	forodesine	ムンデシン
—	fosnetupitant	アロカリス
—	fulvestrant	フェソロデックス

G-CSF (granulocyte colony stimulating factor)	filgrastim ☆ lenograstim nartograstim	グラン ノイアップ ノイトロジン
M-CSF (macrophage colony stimulating factor)	mirimostim	ロイコプロール
GEM	gemcitabine ☆	ジェムザール
—	glucarpidase	メグルダーゼ
—	goserelin	ゾラデックス
IDR	idarubicin	イダマイシン
IFM	ifosfamide	イホマイド
IFN-α	interferon alfa	スミフェロン, オーアイエフ
IFN-β	interferon beta	フエロン インターフェロンベータ
IFN-γ	interferon gamma	イムノマックス-γ
—	3-Iodine benzylguanidine(131I)	ライアットMIBG-I131
IL-2 (interleukin-2)	teceleukin celmoleukin	イムネース セロイク
LV	levofolinate ☆	アイソボリン
L-ASP	L-asparaginase	ロイナーゼ
LET	letrozole ☆	フェマーラ
—	Lutetium (177Lu) oxodotreotide	ルタテラ
L-OHP	oxaliplatin ☆	エルプラット
L-PAM	melphalan ☆	アルケラン
—	lanreotide	ソマチュリン
—	lenalidomide	レブラミド
LV	folinate ☆	ロイコボリン
—	granisetron ☆ ondansetron azasetron ramosetron palonosetron	カイトリル ゾフラン セロトーン ナゼア アロキシ
—	leuprorelin ☆	リュープリン
—	mesna	ウロミテキサン
MCNU	ranimustine	サイメリン
MIT	mitoxantrone	ノバントロン
MMC	mitomycin C	マイトマイシン
mPSL	methylprednisolone	デポ・メドロール
MTX	methotrexate	メソトレキセート
NGT	nogitecan	ハイカムチン
peg-GCSF	pegfilgrastim	ジーラスタ
—	plerixafor	モゾビル
—	pralatrexate	ジフォルタ
PCZ	procarbazine	プロカルバジン
PEM	pemetrexed	アリムタ
PEP	peplomycin	ペブレオ
PSL	prednisolone	プレドニゾン
PTX	paclitaxel ☆	タキソール
—	pomalidomide	ポマリスト, イムノビッド
—	pralatrexate	ジフォルタ
nab-PTX	nab-paclitaxel	アブラキサン
—	223Ra chloride	ゾーフィゴ
—	rasburicase	ラスリテック

—	romidepsin	イストダックス
S-1	S-1 ☆ (tegafur/gimeracil/oteracil)	ティーエスワン
STZ	streptozocin	ザノサー
TFTD	FTD/TPI (trifluridine/tipiracil)	ロンサーフ
—	tamibarotene	アムノレイク
TAM	tamoxifen ☆	ノルバデックス
—	trabectedin	ヨンデリス
ATRA	tretinoin	ベサノイド
TMZ	temozolomide ☆	テモダール
UFT	tegafur・uracil	ユーエフティ
—	teserpatrev	デリタクト
—	thalidomide	サレド
—	thiotepa	リサイオ
VCR	vincristine	オンコビン
VDS	vindesine	フィルデシン
VLB	vinblastine	エクザール
VNR	vinorelbine	ナベルビン
—	zoledronic acid	ゾメタ

分子標的薬 一般名	代表的な商品名	代表的標的分子 (下線はコンパニオン診断が必要な分子/ 括弧内下線はコンパニオン診断が必要な非標的分子)
abemaciclib	ベージニオ	CDK4/6(<u>ER</u> , <u>HER2</u>)
acalabrutinib	カルケンス	Bruton type kinase
afatinib	ジオトリフ	<u>EGFR</u> , <u>HER2</u> , <u>HER4</u>
afibercept	ザルトラップ	VEGF
alectinib	アレセンサ	<u>ALK</u>
alemtuzumab	マブキャンパス	CD52
anamorelin	エドミルズ	GHS-R1a
atezolizumab	テセントリク	PD-L1
avelumab	バベンチオ	PD-L1
asciminib	セムブリックス	BCR-ABL
axitinib	インライタ	VEGFR
azacitidine	ビダーザ	DNA methylation
bevacizumab ☆	アバステン	VEGF
bexarotene	タルグレチン	RXR
binimetinib	メクトビ	MEK(<u>BRAF V600E</u>)
blinatumomab	ビーリンサイト	CD19, CD3
bosutinib	ボシュリフ	BCR-ABL
bortezomib	ベルケイド	proteasome
brentuximab vedotin	アドセトリス	<u>CD30</u>
brigatinib	アルンブリグ	<u>ALK</u>
cabozantinib	カボメティクス	c-MET, VEGFR, RET, KIT
carfilzomib	カイプロリス	proteasome
capmatinib	タブレクタ	<u>MET Exon14 skipping</u>
ceritinib	ジカディア	<u>ALK</u>
cetuximab	アービタックス	EGFR (<u>RAS</u>)
crizotinib	ザーコリ	<u>ALK</u> , <u>ROS1</u>
dabrafenib	タフィンラー	<u>BRAF</u>
dacomitinib	ビジンプロ	<u>EGFR</u>
daratumumab	ダラザレックス	CD38
dasatinib	スプリセル	BCR-ABL, PDGFR, KIT
denileukin diftitox	レミトロ	IL-2 R/ CD25
denosumab	ランマーク	RANKL
dinutuximab	ユニツキシ	GD2
durvalumab	イミフィンジ	PD-L1
elotuzumab	エムプリシティ	SLAMF7(CD319)
encorafenib	ビラフトビ	<u>BRAF V600E</u>
enfortumab vedotin	パドセブ	Nectin-4
entrectinib	ロズリートレク	<u>NTRK1/2/3</u>
erlotinib	タルセバ	<u>EGFR</u> , <u>EGFR</u>
everolimus	アフィニトール	mTOR
gefitinib ☆	イレッサ	<u>EGFR</u>
gemtuzumab ozogamicin	マイロターグ	<u>CD33</u>
gilteritinib	ゾスパタ	FLT3/ ATL
ibritumomab tiuxetan	ゼヴァリン	<u>CD20</u>
ibrutinib	イムブルピカ	Bruton type kinase
imatinib ☆	グリベック	BCR-ABL, PDGFR, KIT
inotuzumab ozogamicin	ベスポンサ	<u>CD22</u>
ipilimumab	ヤーボイ	CTLA4
isatuximab	サークリサ	CD38
ixazomib	ニンラーロ	proteasome
lapatinib	タイケルブ	<u>HER2</u> , <u>EGFR</u>
larotrectinib	ヴァイトラックビ	<u>NTRK1/2/3</u>
lenvatinib	レンビマ	VEGFR, EGFR
lorlatinib	ローブレナ	<u>ALK</u>

mogamulizumab	ポテリジオ	<u>CCR4</u>
necitumumab	ポートラーザ	<u>EGFR</u>
nilotinib	タシグナ	BCR-ABL, PDGFR, KIT
niraparib	ゼジューラ	BRCA1/2
nivolumab	オプジーボ	PD-1
obinutuzumab	ガザイバ	<u>CD20</u>
olaparib	リムパーザ	<u>BRCA1/2</u>
osimertinib	タグリッソ	<u>EGFR</u>
ofatumumab	アーゼラ	<u>CD20</u>
palbociclib	イブランス	CDK4/6(<u>ER</u> , <u>HER2</u>)
panitumumab	ペクティビックス	EGFR (<u>RAS</u>)
panobinostat	ファリーダック	HDAC
pazopanib	ヴोटリエント	VEGFR, PDGFR, KIT
pemigatinib	ペマジール	<u>FGFR2 (FGFR2)</u>
pertuzumab	パージェタ	<u>HER2</u>
pembrolizumab	キイトルーダ	PD-1(<u>PD-L1</u>)
pimipib	ジェセリ	Heat Shock Protein 90
polatuzumab vedotin	ポライビー	CD79b
ponatinib	アイクルシグ	BCR-ABL
quizartinib	ヴァンフリタ	<u>FLT3-ITD/AML</u>
ramucirumab	サイラムザ	VEGF2
regorafenib	スチバーガ	VEGFR, FGFR, PDGFR, TIE2
rituximab ☆	リツキサン	<u>CD20</u>
romidepsin	イストダックス	HDAC
ruxolitinib	ジャカビ	JAK1/2
selpercatinib	レットヴィモ	<u>RET</u>
selumetinib	コセルゴ	<u>MEK</u>
sorafenib	ネクサバル	VEGFR, PDGFR, FLT3, KIT, RAF
sotorasib	ルマケラス	<u>KRAS G12C</u>
sunitinib	スーテント	VEGFR, PDGFR, KIT, FLT3, RET
tazemetostat	タズベリク	EZH2 (<u>EZH2</u>)
tepotinib	テブミコト	<u>MET Exon14 skipping</u>
temsirolimus	トーリセル	mTOR
tirabrutinib	ベレキシブル	Bruton type kinase
tisagenlecleucel	キムリア	<u>CD19</u>
trametinib	メキニスト	MEK (BRAF V600E)
trastuzumab ☆	ハーセプチン	<u>HER2</u>
trastuzumab deruxtecan	エンハーツ	<u>HER2</u>
trastuzumab emtansine: T-DM1	カドサイラ	<u>HER2</u>
tremelimumab	イジユド	CTLA-4
vandetanib	カプレルサ	VEGFR, EGFR, RET
venetoclax	ベネクレクスタ	bcl-2
vemurafenib	ゼルボラフ	<u>BRAF</u>
vorinostat	ゾリンザ	HDAC

参考資料

薬物療法(レジメン)の略称一覧

テキストに掲載されているものを中心に解説した。
同一薬剤や同称レジメン名でも当該領域ごとに異なる意味をもつことあり。
逆に同じ略号でも当該領域が異なれば異なる薬剤を示すことあり。

テキストの分野	レジメン略称	構成薬剤	理解のための解説(詳細は本文参照)
脳腫瘍	PCV	procarbazine/ CCNU/ vincristine	grade2/ 3 神経膠腫に対する世界標準治療 CCNU日本未承認
	PAV	procarbazine/ ACNU/ vincristine	CCNU本邦未承認のためgrade2/ 3 神経膠腫に対する国内PCV代替治療
	HD-MTX	high dose methotrexate	中枢神経原発悪性リンパ腫(ほぼびまん性大細胞性B細胞リンパ腫)
	R-MPV	rituximab/ high dose methotrexate/ prednisolone/ vincristine	中枢神経原発悪性リンパ腫(ほぼびまん性大細胞性B細胞リンパ腫)
頭頸部がん	FP	5-FU/ CDDP	頭頸部がん P:白金製剤のplatinumに由来
	TPF	docetaxel/ CDDP/ 5-FU	頭頸部がん T:docetaxelがタキサン系であるため
食道がん	FP	5-FU/ CDDP	P:白金製剤のplatinumに由来
胃がん 大腸がん	CapeOX (XELOX)	capecitabine/ oxaliplatin	XEL: capecitabineの商品名のゼローダ(Xeloda)による
	SOX	S-1/ oxaliplatin	
	FOLFOX	5-FU/ levofolinate/ oxaliplatin	胃がんと大腸がんでは投与量が異なる場合がある
大腸がん	FOLFOX	5-FU/ levofolinate/ oxaliplatin	胃がんと大腸がんでは投与量が異なる場合がある
	FOLFIRI	5-FU/ levofolinate/ irinotecan	大腸がんに対してのみ保険適応あり 胃がんに対しては保険適応がない
	FOLFOXIRI	5-FU/ levofolinate/ oxaliplatin/ irinotecan	大腸がんに対してのtriplet療法の呼称
膵臓がん	FOLFIRINOX	5-FU/ levofolinate/ irinotecan/ oxaliplatin	膵臓がんに対してのtriplet療法の呼称
	GC	gemcitabine/ CDDP	胆道がん(尿路上皮がん)に用いるGC療法とは用法・用量の違いあり)
乳がん	AC	doxorubicin/ cyclophosphamide	乳がん領域のCはcyclophosphamideを意味する A: doxorubicinの商品名がアドリアシンであるため CPAとも呼称される
	EC	epirubicin/ cyclophosphamide	
	TC	docetaxel/ cyclophosphamide	Tがdocetaxelと略称されるのはTaxan系薬剤であるため 乳がん領域ではTは一般的にdocetaxelを示すことが多い
婦人科がん	TP	paclitaxel/ CDDP	子宮頸がん T:paclitaxelがTaxan系であるため 婦人科がん領域ではTは一般的にpaclitaxelを示すことが多い
	TC	paclitaxel/ carboplatin	子宮頸がん 子宮体がん 卵巣がん C:婦人科がん領域ではcarboplatinを示す
	AP	doxorubicin/ CDDP	子宮体がん A: doxorubicinの別称一般名がadriamycinまたは商品名がアドリアシンであるため
	DP	docetaxel/ CDDP	子宮体がん 婦人科領域ではDはdocetaxelの略称
	TAP	paclitaxel/ doxorubicin/ CDDP	子宮体がん P:婦人科がん領域ではCDDPを示す
	DC	docetaxel/ carboplatin	卵巣がん C:婦人科がん領域ではcarboplatinを示す
骨軟部腫瘍	VIDE	vincristine/ ifosfamide/ doxorubicin/ etoposide	ユーイング肉腫
	VDC-IE交代療法	vincristine/ doxorubicin/ cyclophosphamide/ ifosfamide/ etoposide	ユーイング肉腫
泌尿器科腫瘍	MVAC	methotrexate/ vinblastine/ doxorubicin/ CDDP	尿路上皮がん
	GC	gemcitabine/ CDDP	尿路上皮がん(胆道がん)に用いるGC療法とは用法・用量の違いあり)
悪性リンパ腫 多発性骨髄腫	ABVD	doxorubicin/ bleomycin/ vinblastine/ dacarbazine	ホジキンリンパ腫 A: doxorubicinの一般名別称がadriamycinまたは商品名がアドリアシンであるため
	CHOP	cyclophosphamide/ doxorubicin/ vincristine/ prednisolone	びまん性大細胞性B細胞リンパ腫 H: doxorubicinの一般名別称がhydroxydaunorubicinであるため O: 商品名のオンコピンに由来
	R-CHOP	rituximab-CHOP	びまん性大細胞性B細胞リンパ腫
	BR	bendamustine-rituximab	びまん性大細胞性B細胞リンパ腫