

# サブスペシャルティ領域専門研修制度整備基準

項目番号 専門領域 がん薬物療法

## 1 理念と使命

### ① 領域専門制度の理念と専門医像

がんの分子生物学や臨床腫瘍学の進歩によって、治療効果の高いがん薬物療法が臨床導入されるに伴い、質の高いがん薬物療法を実践するためには臓器横断的な知識をもってその適応を判断し、適切に実施することが求められるようになった。このため、臓器横断がん薬物療法に関する深い学識と高い臨床技能を備えた「がん薬物療法専門医」(以下、専門医という)の役割が期待される。

がん薬物療法専門医とは、臨床腫瘍学の進歩に即する適切な知識を修得し、臓器横断的にがん薬物療法を修得した上で、患者の病態や社会背景にも配慮した質の高いがん医療を実践し、とりわけがん薬物療法に優れ、患者・国民から信頼され、がん医療の向上を図り、国民の福祉に貢献する医師である。

本制度における専門研修の基本理念は、指導医の適切な指導の下で、専門研修カリキュラムに定めたがん薬物療法全般にわたる研修を通じて、専攻医が標準的かつ全人のがん診療の実践に必要な知識と技能とを修得することである。

がん薬物療法専門研修では、各種がんに対するがん薬物療法を幅広く経験することによって、基本領域で修得した基礎的診療を土台とした、がん薬物療法に関する深い学識と高い臨床技能を修得することを目的とする。

### ② 領域専門医の使命

がん薬物療法専門医は、臓器横断的にがん薬物療法を修得した上で、患者の病態や社会背景にも配慮した質の高いがん医療を実践する。がん治療におけるチーム医療の中でリーダーシップを発揮し、コンサルテーションやセカンドオピニオンにも適切に対応する。また、積極的に臨床研究を立案、推進、実践し、がんに対する治療成績の向上を図る。以上の活動を通じて、専門医制度における社会的責任を果たすとともに、公共の福祉に貢献する。

## 2 基本領域や他のサブスペシャルティ領域との関係

内科(グループA)および外科を基本領域とする。

① 基本領域(内科)が開催するサブスペシャルティ連絡協議会、サブスペシャルティ領域専門医検討委員会へ参加する。

カテゴリー1、Type II-c (悪性腫瘍の医療に関する領域)に該当する。

通常研修方式(連動研修を行わないサブスペシャルティ領域)に該当する。

② 主な理由は、専門医機構によるサブスペシャルティ領域専門研修細則第二版(2023.12.15)に記載されている「通常研修方式」の条件を満たすこと。

③

6 基本領域との研修実績の共有は認められない(サブスペシャルティ領域専門研修細則第二版(2023.12.15))。

④

## 3 専門研修の目標 (研修カリキュラム)

### ① 専門研修後の成果(Outcome)

専門研修を修了した医師は、当領域学会が別に定める書類審査、筆記試験、および面接試験による資格審査のうちに日本専門医機構によって専門医として認定され、その成果として以下の専門医像が期待される。

1. 臨床腫瘍学を中心に、がんの基礎医学、臨床薬理学、緩和医療学を修得している。

2. 臓器横断的にがん薬物療法を修得した上で、患者の病態や社会背景にも配慮した質の高いがん医療を実践できる。

3. 診療科・職種横断的チームのなかでリーダーシップを発揮できる。

4. がん治療に関するコンサルテーションやセカンドオピニオンに適切に対応できる。

5. 科学的な研究手法と論理的な思考を学んだうえで積極的に臨床研究を立案、推進、実践できる。

6. 人材育成と教育環境の整備に取り組むことにより、臨床腫瘍学の発展に貢献できる。

### ② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

#### i 専門知識

専攻医は、当領域学会が定める専門研修施設における、専門研修カリキュラムに従って研修する。

1. がんの基礎医学

1) がん生物学

基本的な発がん過程、遺伝子の構造・構成・発現・制御、腫瘍形成による細胞周期の制御・細胞周期と治療との相互作用、腫瘍細胞の動態・増殖およびプログラム細胞死、細胞死と細胞増殖とのバランス、転移のメカニズムなど。

2) 疫学・病因、スクリーニング、予防

発がんに関連する遺伝因子・環境因子などの疫学的因素、スクリーニングの果たす役割、遺伝カウンセリングの原則および適応、がんの発症と進行を予防する方法など。

3) 腫瘍免疫学

細胞性および体液性免疫機構、サイトカインの役割、腫瘍の抗原性、免疫調節性の抗腫瘍作用、腫瘍と宿主免疫機構の相互関係など。

2. がん診断学と病期診断

病理診断、遺伝子診断、染色体解析、その他の細胞・分子生物学的な手法、画像診断とそれらを利用した病期診断など。

3. がんの治療学

がん薬物療法の基本概念、標準治療とその適応、有用性、効果判定方法(RECISTなど)、副作用評価、副作用対策、各種がんの薬物療法の他、外科治療、放射線治療、緩和医療、終末期医療など。

- |    |   |
|----|---|
| 9  | <p>ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)<br/>     専攻医は、当領域学会が定める専門研修施設における、専門研修カリキュラムに従って研修する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者診察</li> <li>病歴聴取、理学所見の収集、患者特性の把握</li> <li>2. 臨床検査の適正な評価<br/>         血液(血液像、細胞化学、凝固系を含む)、生化学、腫瘍マーカー、フローサイトメトリー、細胞・分子遺伝学的検査</li> <li>3. CT、MRI、核医学検査などを利用した画像検査の適正な評価</li> <li>4. 基本的な手技の修得<br/>         胸腔・腹腔穿刺およびドレナージの造設と管理、腰椎穿刺と髄腔内薬物投与、骨髓穿刺・生検、各種血管内カテーテルの造設・管理(中心静脈カテーテル、埋め込み型カテーテルを含む)</li> <li>5. コミュニケーションスキル<br/>         チーム医療のリーダーに相応しい、患者や家族、および医療従事者とのコミュニケーション力</li> <li>6. プロフェッショナリズム<br/>         職業的責任を全うする倫理、地域医療への理解と実践</li> </ol>   |
| 10 | <p>iii 学問的姿勢<br/>     科学的根拠に基づいた質の高いがん薬物療法を、患者の病態や社会背景にも配慮しながら臓器横断的に実践する姿勢を基本とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 学術集会やセミナーへの参加、文献検索などにより、最新の知識、技能をアップデートする。</li> <li>2) がん薬物療法に関する学会が作成するDVDやオンデマンドの配信、当領域学会などが作成する教科書などを活用して自己学修する。</li> <li>3) 科学的研究手法と論理的思考を学んだうえで積極的に臨床研究を立案、推進、実践する。</li> </ol> <p>専門医としての臨床的・技術的能力を包括的に修得することに加えて、専門医としての資質を維持していくことが期待されている。ここでいう専門医としての資質は、自らの関心よりも患者のニーズを優先することや、社会のニーズに敏感であること、高い水準の関連研究に意欲的に取り組むことが含まれる。</p> <p>具体的には以下の項目が要求される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) プロフェッショナリズム</li> <li>2) 患者中心の医療の実践</li> <li>3) 医師、医療スタッフへの指導・教育・支援</li> <li>4) 医の倫理への配慮</li> <li>5) 医療安全への配慮</li> <li>6) 公益に資する医師としての責務に対する自覚と自律</li> <li>7) 地域医療への参画</li> </ol>  |
| 11 | <p>③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学修法および評価法等)</p> <p>i 経験すべき疾患・病態<br/>     専攻医は、当領域学会が定める専門研修施設における、専門研修カリキュラムに従って研修する。</p> <p>全領域を造血器、呼吸器、消化管、肝・胆・脾、乳房、婦人科、泌尿器、頭頸部、骨軟部、皮膚、中枢神経、胚細胞、小児、内分泌、原発不明の15領域に分類し、造血器、呼吸器、消化管、乳房の4領域は必ず研修するものとする。婦人科、泌尿器、頭頸部の3領域は研修に含めることが望ましい。経験症例については、基本的に主治医として自ら受持ち(入院・外来は問わない)、治療に主体的に関わった症例とする。一部の症例については必ずしも主治医ではなく、グループとして治療に関与した症例も可とする。その場合も、治療方針や有害事象の管理などの議論に主体的に参加したことを条件とする。コンサルテーションの対応のみは、経験症例に含まない。</p> <p>主な各種がんの管理および診断・治療(それぞれの症例において診断、告知、治療方針の決定、副作用評価とマネジメント、抗腫瘍効果の評価などを経験する):</p> <p>頭頸部がん、小細胞肺がん、非小細胞肺がん、中皮腫、胸腺腫、胸腺がん、食道がん、胃がん、結腸・直腸がん、肛門管がん、肝がん、胆道がん、膀胱がん、腎細胞がん、尿路上皮がん、陰茎がん、前立腺がん、胚細胞腫瘍、卵巣がん、子宮体がん、子宮頸がん、外陰がん、膣がん、乳がん、骨肉腫、軟部肉腫、消化管間質腫瘍(GIST)、悪性黒色腫、基底細胞がん、有棘細胞がん、甲状腺がん、神経内分泌がん、中枢神経系腫瘍、原発不明がん、急性白血病、骨髓異形成症候群、慢性白血病、ホジキンリンパ腫、非ホジキンリンパ腫、皮膚T細胞リンパ腫(CTCL)、形質細胞疾患、骨髓増殖性腫瘍、AIDS関連悪性腫瘍、遺伝性腫瘍、小児がん、青年期および若年成人(18歳~39歳)に発生するがん、がんと妊娠、高齢者の腫瘍学、支持療法(悪心・嘔吐・感染症・好中球減少症・貧血・血小板減少症・骨髄採取と末梢血幹細胞採取・臓器保護・粘膜炎・悪性体腔液・血管外漏出・オンコロジエマージェンシー・腫瘍隣伴症候群・栄養補給)、緩和ケア、終末期ケア、疼痛評価、リハビリテーションなど。</p> <p>ii 経験すべき診察・検査等<br/>     専攻医は、当領域学会が定める専門研修施設における、専門研修カリキュラムに従って研修する。</p> <p>がんによる症状および治療による副作用:難治性の疼痛症候群、呼吸困難、嘔気、嘔吐、便秘、下痢、がん関連疲労、せん妄、食思不振/悪液質と飢餓性衰弱、がんに伴う合併症、がん患者の精神症状や自己存在に関する症状の評価など</p> |
| 12 | <p>iii 経験すべき手術・処置等<br/>     専攻医は、当領域学会が定める専門研修施設における、専門研修カリキュラムに従って研修する。</p> <p>主な処置など:胸腔・腹腔穿刺およびドレナージの造設と管理、腰椎穿刺と髄腔内薬物投与、骨髓穿刺・生検、各種血管内カテーテルの造設・管理(中心静脈カテーテル、埋め込み型カテーテルを含む)</p>   |
| 13 | <p>iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)<br/>     一般的な病気であるがんを基幹施設のみで診療することは不可能であり、地域の診療所・病院と連携(病診・病病連携)し、必要によっては地域包括ケアも組み入れて、地域単位で患者に対応していくことが必要である。当領域のカリキュラムでは、このことを考慮し、基幹施設のみでなく、地域の連携施設などでの研修を認め、在宅診療を含めた包括的な終末期医療も研修することとしている。</p>  |
| 14 |   |
| 15 |   |

✓ 学術活動

専攻医には単に症例を経験することにとどまらず、その経験を自ら深めてゆく姿勢が求められる。この姿勢は生涯にわたって自己研鑽を継続していくために不可欠である。このため、症例の経験を深めるための学術活動を目標として設定する。

1) がん薬物療法に関係する学術集会や企画に年2回以上参加する。

※推奨される講演会として、当領域学会が主宰する学術集会、教育セミナー、Best of ASCOなどアドバンストコース、海外学術集会のうち以下のもの: ASCO、AACR、ESMO、ASHなど

2) 臨床腫瘍学に関する論文発表を1件以上(共著可)

3) 当領域学会での発表1編以上(共著可)

16

#### 4 専門研修の方略

① 研修方略の形式

17

カリキュラム制を用いる。

② 臨床現場での学修

研修段階の定義: がん薬物療法研修専攻医は、医師国家試験合格後2年の初期研修、その後3年の基本領域の研修を行う。基本領域の研修終了後、2年以上の本サブスペシャルティ領域の専門研修を行う。本専門研修カリキュラムは5年以内に修了することを基本とする。

1) 専門研修カリキュラムに定める15領域群の中で合計90症例以上のがん薬物療法を、基本的に主治医として自ら受持ち(入院・外来は問わない)、治療に主体的に関わり、指導医による指導を受ける。一部の症例については必ずしも主治医ではなく、グループとして治療に関与した症例も可する。その場合も、治療方針や有害事象の管理などの議論に主体的に参加したことを条件とする。コンサルテーションの対応のみは経験症例に含まれない。

2) 必修となっている2年以上のサブスペシャルティ領域専門研修のうち最低10%以上外来診療に従事する。これは週に半日以上外来を担当することを意味するが、診療は常に指導医の監督を受けられる体制下に行う。

3) 以下のカンファレンスに定期的に参加する。

1. 症例検討会: 各診療科における症例検討会を頻回に設ける。

2. キャンサーボード: 外科医、放射線治療医、病理医、緩和ケア医など、複数の診療科の医師、多職種の医療スタッフなどが参加する形態の症例検討会を設ける。

3. リサーチカンファレンス: 臨床研究や治験に関する定期的なカンファレンスを実施することが望ましい。

4. 抄読会: 最新の情報が記載された論文について議論する機会を設ける。

18

③ 臨床現場を離れた学修(各専門医制度において学ぶべき事項)

当領域学会の主催する教育セミナー(Aセッション、Bセッション双方を含む)に2回以上出席し、がん薬物療法に関する知識を修得する。また、①当領域学会学術集会、②Best of ASCOを聴講して学修する。受講歴は登録され、充足状況が把握される。

ASCO、AACR、ESMOなど国際学会に参加して学修する。がんの生物学、病理学、免疫学、疫学をはじめとした基礎知識、ならびに治療の原則、トランスレーショナル研究や臨床研究の適切な実施法とその解釈について理解するために、研究経験を積むことが強く推奨される。研修期間中に経験した症例のまとめや研究の成果など臨床腫瘍学に関連した論文1編(共著可)、および当領域学会での発表1編以上(共著可)を行う。

また、医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習は、日本専門医機構が定める専門医共通講習と同などの内容の受講を年に2回以上受講する。

19

④ 自己学修(学修すべき内容を明確にし、学修方法を提示)

・専門研修カリキュラムにある疾患について、当領域学会が作成する新臨床腫瘍学や入門腫瘍内科学、および教育セミナーのオンデマンドの配信を用いて自己学修する。

・当領域学会学術集会やBest of ASCOに参加して、がん薬物療法に関するアップデートされた知識を修得する。

・自己学修した内容に関して指導医とディスカッションを行い、自己学修の効果を高める。

20

##### ⑤ 専門研修中の知識・技能・態度の修練プロセス

専門研修カリキュラムにもとづいて知識・技能の修得目標を設定し、基本科目修了時に達成度を評価する。

なお、研修期間は2年以上とするが、各年度内の経験症例数、J-OSLER-Oncol.登録例は、全症例の2/3を超えない範囲（経験症例数 60症例/年度以下、病歴要約を20症例/年度以下とする）。

以下に標準的な3年のカリキュラムの例を示す。

○専門研修1年次（目安）

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群を主病名とするがん薬物療法を担当し、診断と治療・管理に必要な病歴聴取、身体診察、検査オーダーと解釈、および診療を指導医とともにを行うことができる。主担当医として、可能な限り疾患・病態群の偏りはなく、30症例以上の症例経験を通じて、専門知識をより詳細に理解する。

専攻医は、症例経験内容をJ-OSLER-Oncol.に登録する。指導医は登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得が出来た場合に承認をする。不十分な場合にはフィードバックと再指導を行う。

専攻医は、専門研修修了に必要な病歴要約を10編以上記載してJ-OSLER-Oncol.に登録し、指導医の評価と承認を受ける。

・診療技術：患者診察、臨床検査の適正な評価、画像検査の適正な評価、基本的な手技を修得し、外科治療および放射線治療を理解することを目指す。

・臨床実践：がん薬物療法の適応・目標・有用性・副作用を理解し、エビデンスに基づいた治療適応を判断できることを目指す。治療効果判定と有害事象の評価法を修得する。

・態度：がん薬物療法専門医に相応しい態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行い担当指導医がフィードバックする。

○専門研修2年次（目安）

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群を主病名とするがん薬物療法を担当し、診断と治療・管理に必要な病歴聴取、身体診察、検査オーダーと解釈、および診療を指導医とともにを行うことができる。主担当医として、可能な限り疾患・病態群の偏りはなく、累積60症例以上の症例経験を通じて、専門知識をより詳細に理解する。

専攻医は、症例経験内容をJ-OSLER-Oncol.に登録する。指導医は登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得が出来た場合に承認をする。不十分な場合にはフィードバックと再指導を行う。

専攻医は、専門研修修了に必要な病歴要約を累積20編以上記載してJ-OSLER-Oncol.登録し、指導医の評価と承認を受ける。

・診療技術：コミュニケーションスキル、プロフェショナリズムの修得を目指す。

・臨床実践：抗がん薬の毒性プロファイル、患者状態（臓器障害など）に応じた治療計画、がん薬物療法の支持療法、緩和ケアが実践できることを目指す。

・態度：がん薬物療法専門医に相応しい態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行う。

専門研修1年次に行った評価についての省察と改善が図られたか否かを指導医がフィードバックする。

○専門研修3年次（目安）

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群を主病名とするがん薬物療法を担当し、診断と治療・管理に必要な病歴聴取、身体診察、検査オーダーと解釈、および診療を指導医とともにを行うことができる。主担当医として、可能な限り疾患・病態群の偏りはなく、累積90症例以上の症例経験を通じて、専門知識をより詳細に理解する。

専攻医は、症例経験内容をJ-OSLER-Oncol.に登録する。指導医は登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得が出来た場合に承認をする。不十分な場合にはフィードバックと再指導を行う。

専攻医は、専門研修修了に必要な病歴要約を累積30編記載してJ-OSLER-Oncol.に登録し、指導医の評価と承認を受ける。

・診療技術：がん生物学、疫学・病因、スクリーニング、予防、腫瘍免疫学、がん診断学と病期診断、がんの治療学など系統的な医療知識を学修する。

・臨床実践：在宅診療・地域連携を実践できるようことを目指す。臨床研究に従事し、学会発表や論文の作成など学術活動へ参加する。

・態度：がん薬物療法専門医に相応しい態度を身につけ、コミュニケーションスキルおよびプロフェショナリズムを修得したうえで、チーム医療のリーダーとしての態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行う。

## 5 専門研修の評価

### ① 形成的評価

i フィードバックの方法とシステム

17 形成的評価

フィードバックの方法とシステム

専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行う。

1)評価回数は1か月に1回程度行う。

2)評価は、書面評価票による、専攻医による自己評価、研修指導医による評価の二段階評価を行う。

3)研修終了時に、研修指導医とがん専攻医と同席した面談による相互フィードバックを行う。

4)評価内容は下記を含む。

・臨床指導内容（担当症例数を含む）、学術指導（学会発表、論文数）、教育研修プログラムの有用性（目標達成にどの程度効果があったのか）

専門研修では専門研修施設（基幹施設、連携施設および特別連携施設）と内科、外科など基本領域専門研修施設とを異動することが想定されるので、3年間を通じて研修状況の継続的な記録と把握が必要になる。このため、J-OSLER-Oncol.を構築する。

専攻医はJ-OSLER-Oncol.にその研修内容を登録し、指導医はその履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をする。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行う。

専門研修3年次までに30症例の病歴要約を順次作成し、指導医の評価と承認を受け、J-OSLER-Oncol.に登録する。

基幹施設における専門研修管理委員会は年に1回以上、J-OSLER-Oncol.を用いて、履修状況を確認して適切な助言を行う。必要に応じて専攻医の研修過程の調整を行う。

ii （指導医層の）フィードバック法の学修(FD)

指導医は、日本臨床腫瘍学会主催の指導医講習会を修了する必要がある。また、複数回の受講が望ましい。

21

22

23

② 総括的評価

i 評価項目・基準と時期

指導医がJ-OSLER-Oncolを用いて、症例経験と病歴要約の指導と評価および承認を行う。

以下に標準的な3年のカリキュラムの例を示す。

○専門研修1年

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群の中で30症例以上のがん薬物療法を担当し、受持患者一覧に登録する。その中の10症例以上の病歴要約を作成する。登録を終えた受持患者一覧および病歴要約は指導医の査読を受ける。

・診療技術：患者診察、臨床検査の適正な評価、画像検査の適正な評価、基本的な手技を修得し、外科治療および放射線治療を理解することを目指す。

・臨床実践：がん薬物療法の適応・目標・有用性・副作用を理解し、エビデンスに基づいた治療適応を判断できることを目指す。治療効果判定と有害事象の評価法を修得する。

・態度：専門医に相応しい態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行い、担当指導医がフィードバックを行う。

○専門研修2年

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群の中で累積60症例以上のがん薬物療法を担当し、受持患者一覧に登録する。その中の累積20症例以上の病歴要約を作成する。登録を終えた受持患者一覧および病歴要約は指導医の査読を受ける。

・診療技術：コミュニケーションスキル、プロフェショナリズムの修得を目指す。

・臨床実践：抗がん薬の毒性プロファイル、患者状態（臓器障害など）に合わせた治療の計画、がん薬物療法の支持療法、緩和ケアが実践できることを目指す。

・態度：専門医に相応しい態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行う。専門研修1年次に行なった評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする。

○専門研修3年

・症例経験：専門研修カリキュラムに定める15領域群の中で累積90症例以上のがん薬物療法を担当し、受持患者一覧に登録する。その中で累積30症例の病歴要約を作成する。登録を終えた受持患者一覧および病歴要約は指導医の査読を受ける。

・診療技術：がん生物学、疫学・病因、疫学、スクリーニング、予防、腫瘍免疫学、がん診断学と病期診断、がんの治療学など系統的な医療知識を学修する。

・臨床実践：在宅診療・地域連携を実践できるようことを目指す。臨床研究に従事し、学会発表や論文の作成など学術活動へ参加する。

・態度：専門医に相応しい態度を身につけ、コミュニケーションスキルおよびプロフェショナリズムを修得したうえで、チーム医療のリーダーとしての態度を身につける。専攻医自身の自己評価、指導医と多職種による態度の評価を行う。専門研修2年次に行なった評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする。また、専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学修能力を修得しているか否かを指導医が専攻医と面談し、さらなる改善を図る。

ii 評価の責任者

各専攻医の担当指導医が評価を行い、基幹施設における専門研修管理委員会で検討し判定する。

24

iii 研修修了判定のプロセス

カリキュラムに定める15領域群の中で累積90症例以上のがん薬物療法を担当し、J-OSLER-Oncolを用いて受持患者一覧（仮称）に登録する。その中で合計30症例の病歴要約を作成する。登録を終えた受持患者一覧および病歴要約は指導医の査読を受ける。

25

そのうえで、専門研修管理委員会は、知識・技能・態度を総合的に評価し、カリキュラムの修了判定をする。その後、当領域学会の専門医審査部会の認定、その後の専門医機構の認定をもってがん薬物療法専門医の資格を得る。なお、本専門研修は、基本領域の専門医資格を取得しない限り修了することはできない。

26

iv 多職種評価

多職種による評価を形成的評価に含めて専門研修管理委員会に報告し、修了判定の審査に使用する。

27

✓ 客観的能力評価（試験）

当領域の専門医試験の受験資格は下記のように定められている。

1. 内科または外科領域専門研修プログラムを修了し、内科または外科専門医資格を取得・維持していること
2. 当領域学会認定研修施設において当領域学会所定の研修カリキュラムに従い、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の臨床研修を行い、これを修了していること
3. 専門研修カリキュラムを修了して5年以内に資格認定試験に合格しなければならない。やむを得ない事情のため5年以内の資格認定試験受験が困難な場合は、当領域学会専門医審査部会がその理由を精査し、日本専門医機構が承認した場合に限り、有効期限を延長することができる。
4. 申請時において臨床腫瘍学に関連した論文1編（共著可）、および当領域学会での発表1編以上（共著可）を行っていること
5. 申請時から遡って過去3年間に、当領域学会の主催する教育セミナーAセッション・Bセッションをそれぞれ1回以上出席していること

受験者は下記の書類を学会事務局に提出する。

- 1.履歴書
- 2.臨床腫瘍医としてのプロフィル
- 3.がん治療に関する研究活動歴
- 4.研究業績目録

5.研修カリキュラム修了証明書

また、受験者は下記の書類の添付も求められる。

- a.研究業績目録に記載した業績を証明する別刷または雑誌・抄録（写）
- b.基本領域の専門医認定書（写）

※申請時点で「認定中」であることを証明できるもの

※認定期間が過ぎたものは無効

c.受持患者病歴要約（30症例分）

一次審査として、書類審査が行われ、合否は専門医審査部会にて審議される。

一次試験合格者には二次審査として筆記試験（MCQ）と口頭試験が実施される。筆記試験は、年1回実施する。出題数は、総論100問、各論100問の計200問とする。

各試験問題の妥当性はPB相関係数を用いて評価され、問題の難易度はなど化問題を用いることでなど化処理されており、常に一定レベルでの合否判定が行われている。合格率は概ね70～80%とするが、各年度の難易度に差がないように、客観的な指標をもって適切に調整する。

受験者の合否は、理事会の承認を経て専門医機構によって認定される。

③ 専門医資格更新条件

当領域の専門医試験の更新条件は下記のように定められている。

- 1.当領域学会がん薬物療法専門医認定日または更新日から4年もしくは3年（事前受験）を経過した認定者で、更新申請延期が認められ、延期理由が解消（回復）した者
- 2.研究業績の必要単位（計50単位）を取得していること
- 3.基本領域の専門医資格を有していること
- 4.当会会員は、申請書登録までに当該年度までの会費を納めていること

受験者は下記の書類を学会事務局に提出する。

- 1.履歴書
- 2.臨床腫瘍医としてのプロフィル
- 3.がん治療に関する研究活動歴
- 4.研究業績目録

5.診療実績

また、受験者は下記の書類の添付も求められる。

- a.研究業績目録に記載した業績（単位取得）を証明する別刷または雑誌・抄録（写）および学会などへの出席を証明する書類（写）
- b.基本領域の専門医資格の認定書（写）

書類審査に合格した者は、筆記試験（MCQ）を受験する。

各試験問題の妥当性はPB相関係数を用いて評価され、問題の難易度はなど等化問題を用いることでなど等化処理されており、常に一定レベルでの合否判定が行われている。

受験者の合否は、理事会の承認を経て、専門医機構によって最終判断される。

ただし、今後、専門医機構から統一的な更新基準が示されれば、それにのっとって更新条件を変更する。

## 6 専門研修施設の要件

① 専門研修基幹施設の認定基準

基幹施設は、がん診療連携拠点病院（都道府県もしくは地域）または国立がん研究センターであること、指導医が1名以上いることに加え、以下の条件のいずれかを満たす場合、当領域学会の認定施設審査部会の審査を受けて認定される。なお、都道府県の人口、などを考慮して、各都道府県の専門研修基幹施設数には上限を設けることとする。

- ①指導医と専門医を加えた数が4名以上であること
- ②医学部を有する大学病院（分院、支部、大学附属がんセンターを除く）
- ③がんセンター（国立病院機構、県立、又はそれに準じる法人）

なお、専攻医の研修環境として、研修に必要な図書やインターネット環境の整備、ハラスメント委員会が設置、メンタルストレスや女性専攻医への配慮など適切な労務環境が保障されていること。

28

29

30

- ② 専門研修連携施設の認定基準(連携施設を設ける場合は記載の必要あり)  
「連携施設」の認定基準  
連携施設は、基幹施設と協力して専門研修カリキュラムを実施する。原則として基幹施設でない施設が対象となる。当領域学会の認定施設審査部会の審査を受け認定される。  
基本的な基準  
1.悪性腫瘍患者が常時20名以上入院し、年間がんの薬物療法が50例以上実施されていること。  
2.指導医、またはがん薬物療法専門医が1名以上在籍していること。  
3.当領域学会の研修カリキュラムに基づく研修が実施されていること。  
4.施設IRB(倫理委員会)が機能していること。  
5.がん薬物療法に精通した薬剤師、看護師がいること。  
6.病理学会認定病理専門医、日本専門医機構認定病理専門医が勤務していること。(非常勤も可)  
7.緩和医療の体制が整っていること。  
8.がんに関連した緊急事態に対応できる体制が整備されていること。  
9.院内または放射線治療に関する研修協力施設内に放射線治療装置が整備されていること。  
10.院内がん登録が実施されていること。  
「特別連携施設」の認定基準  
特別連携施設は、基幹施設、連携施設の要件を満たしていないが、専門研修プログラムの実施上必要と考えられる施設について、その役割と、研修施設間での連携が十分に取れていることを条件に当領域学会の審査を受け認定される。指導医数、がん薬物療法専門医数が、連携施設の要件を満たしていないが、都道府県においてがん医療の中心的な施設であり、研修環境が十分に整備されていることを条件とする。又、緩和専門施設、特定の疾患を対象とする施設、過疎地の施設なども含まれる。

31

- ③ 就業義務のある専攻医のための配慮  
自治医大卒や、いわゆる地域枠採用あるいは奨学金などの関連で、専門研修施設(基幹施設、連携施設、特別連携施設)以外の施設に、専攻医が就労義務により勤務している場合は、指導医との緊密な連携がとれていることを条件に、例外的に当該施設での実績をカリキュラム研修として認める。この判断は、基幹施設の専門研修管理委員会が行う。  
又、この場合も、他の専攻医と同等の診療実績の経験が必要である。この間の経験症例も外部の指導医の承認があれば経験症例として登録することを許容する。その際、研修先が基幹施設、連携施設、特別連携施設と地理的に離れている場合には、その移動や連携に支障をきたす可能性があるので、都道府県内の施設連携が望ましい。

## 7 研修制度の運用要件

32

- ① 専攻医受入数についての基準 (診療実績、指導医数等による)  
指導医は原則として同時に3名までの専攻医を指導することができる。入院患者および外来患者数を合わせた診療実績において、1名の専攻医に対し、カリキュラムに定める15領域群の合計90症例の経験が可能である。

33

- ② 地域医療・地域連携への対応  
1. 地域のがん医療を担うため、地域の社会的資源・人的資源と連携して地域医療を支えることが重要である。そのために、医師偏在の回避を念頭に置いた研修プログラムを提供している。当領域学会の研修施設は全国のほとんどの地域に分布しており、当領域の専門医取得のために医師がそれまで勤務していた地域を離れ、医師の流出が起こることのないよう配慮している。  
2. 当領域は内科または外科領域を基本領域としており、当領域の専門医は内科または外科疾患全般についての幅広い知識を有する。医師少数地域に属する当領域学会の専攻医あるいは専門医は、基幹施設において、あるいは周辺の関連施設に出向いて、各種疾患の初期対応(外来診療、夜間当直、救急疾患)や予防医療にも貢献し、基本領域において標準的医療を提供する能力を保持しつつ、地域医療を支えることの重要性についても学ぶ。  
3. 個別の研修制度の審査にあたり、各都道府県地域医療対策協議会とも連携して、専攻医分布の偏在を是正するよう努める。

34

- ③ 研修の質を担保するための方法  
専門研修施設を含む複数施設が合同してカンファレンスを行うなど、適切な助言や指導を得られる教育環境の維持を図る。がん薬物療法に関する学会が行っているがん薬物療法に関するセミナーのDVDやオンデマンドの配信さらに、当領域学会などが作成する教科書などを活用して学修する。  
指導医が少ない、または症例数が少ない連携施設、又は特別連携施設では、基幹施設が定期的に専門研修の実態を把握し、必要な助言あるいは改善案を提示することで、質を担保するための方策を考える。研修基幹施設は指導医、専門医を非常勤として積極的に派遣して、地域での診療や症例検討の際の指導を行う。定期的な合同カンファレンスを行うなど、適切な助言や指導を得られる教育環境の維持を図る。

35

36

- ④ 研究に関する考え方  
指導には、以下の項目を含む  
1. 専門研修カリキュラムは、臨床経験を続けながら、専攻医にしかるべき時間を確保して研究経験を保証する。  
2. 研究成果は以下の方法で公表する機会を設ける。  
1)学術集会における症例報告、研究発表  
2)論文の作成と、学術雑誌への投稿  
3. 臨床研究を実施する上で必要な「研究倫理」および「臨床研究法」などの基準遵守義務の教育を必須とする。臨床研究・試験のデザインおよび実施に関する教育を受けることが望ましい。とくに多施設共同研究や施設内研究のプロトコールを通じて、臨床研究のデザインおよび実施に直接携わる機会を設ける努力をすることが望ましい。

37

- ⑤ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]  
専門研修施設は、専門研修カリキュラムを達成しうる症例数、疾患、検査/処置、治療を提供する必要がある。1)基幹施設、連携施設、特別連携施設は前述の認定基準を満たす必要がある。2)専攻医1人募集3年間で90例以上のがん薬物療法患者を確保しなければならない。

⑥ 基本領域との連続性について  
がん薬物療法専門医は、内科および外科を基本領域とする資格である。したがって、これらの基本領域において経験した症例や修得した知識などの多くは同時に、または連続してがん薬物療法専門医にも求められる知識・臨床技能となる。がん薬物療法専門医領域の到達基準を満たすことができる場合には、専攻医の希望や研修の環境に応じて、基本領域の標準的医療を提供できる能力を高めるために基本領域に重点を置いた専門研修を合わせて行うことがありうる。ただし、本サブスペシャルティ領域は、通常研修方式をとる。つまり、基本領域との連動研修を行わず、基本領域との研修経験の共有はできない。

38

⑦ 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件…  
他のサブスペシャルティ領域から専門研修カリキュラムに移行する場合、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を担当指導医に提示し、担当指導医が専門研修カリキュラムの経験としてふさわしいと認め、さらに当該の専門研修管理委員会が認めた場合に限り、本研修カリキュラムのJ-OSLER-Oncolへの登録を認める。

39

疾病あるいは妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止については、カリキュラム修了要件を満たしているか、休職期間が6ヶ月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとする。これを超える期間の休止の場合は、研修期間の延長が必要である。その場合、短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算(1日8時間、週5日を基本単位とする)を行なうことによって、研修実績に加算される。留学期間は、原則として研修期間として認めない。

## 8 専門研修を支える体制

① 専門研修の管理運営体制の基準

40

専門研修施設は、専門研修整備基準、及び専門研修モデルカリキュラムに則った、年次ごとの段階的な到達目標を設定した専門研修カリキュラムを作成する。専門研修整備基準、及び専門研修モデルカリキュラムは、日本専門医機構専門研修プログラム研修施設評価・認定部門(仮称)の評価・認定を受ける。当領域学会の専門医制度委員会が、機構による認定を受けた研修カリキュラムを管理し、定期的にカリキュラムの問題点の検討や再評価を行い、5年毎に更新を行う。

41

② 基幹施設の役割

基幹施設には地域ごとの専門研修施設を取りまとめる統括組織として専門研修管理委員会が置かれる。各施設の専門研修カリキュラムの整備について統括する。また、各施設の専攻医の診療実績や研修内容の検証から、必要となる事項を決定し、定期的に専門研修カリキュラムの問題点の検討や再評価を行う。

42

③ 専門研修指導医の基準

以下に定める要件を満たし、認められた指導医であること。

- 1) 当領域学会の専門医取得後3年以上経過し、専門医資格を1回以上更新していること
- 2) 申請時において、がん治療に関する臨床及び研究活動を行い、がん薬物治療に関する十分な業績があること
- 3) 専門医育成のための業務を実施することが可能な環境にあること
- 4) 当領域学会主催の指導医講習会を修了すること

43

④ 専門研修管理委員会の役割と権限 (連携施設での委員会組織も含む)

専門研修管理委員会の役割は以下のものがある。

- ・専攻医の採用
- ・専攻医の研修開始認定
- ・専攻医研修の進捗状況の把握
- ・専門研修カリキュラムの問題点の検討や再評価
- ・専門研修カリキュラム修了判定
- ・臨床腫瘍学に関する多職種を含む研修会の年1回以上の開催

44

⑤ 統括責任者の基準、および役割と権限

・基準・

- 1) 基幹施設の、がん診療に関わる領域の責任者あるいはそれに準ずるもの

- 2) 指導医であること。

・役割・権限:

- 1) 専門研修管理委員会を主宰して、専門研修カリキュラムの作成と改善に責任を持つ。
- 2) 専攻医の採用、修了判定を行う。
- 3) 指導医の管理と支援を行う
- 4) 専門研修施設における研修の環境(労働環境、労働安全、勤務条件)について評価、助言する。

45

⑥ 労働環境、労働安全、勤務条件

専門研修管理委員会は専攻医の健康維持と環境整備に努める。労働基準法や医療法を順守し、勤務時間、当直、給与、休日は各専門研修基幹施設および各専門研修連携施設の施設規定に準じる。以上の項目を専門研修カリキュラムに明示する。また、専攻医の心身の健康維持への環境整備、ハラスマント対策についても専門研修カリキュラムに明示する。

## 9 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

J-OSLER-Oncolを用いる。

- ・専攻医は専門研修カリキュラムに定める15領域の合計90症例以上を担当医として登録する。指導医はその内容を評価し、合格基準の達成度を判定する。

・指導医による専攻医の評価、多職種による評価、専攻医による逆評価を入力して記録する。

・全30症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し、指導医による査読を受ける。

・専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録する。

・専攻医は専門研修カリキュラムで出席を求められる講習会など(例:医療倫理・医療安全・感染対策講習会)の出席を記録する。

・専門研修管理委員会は各専攻医の進捗状況を把握して年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断する。

46

② 研修制度運用マニュアル・フォーマット等の整備

各専門研修カリキュラムでは、下記(47-51)のマニュアルとフォーマットを整備する。なお、専攻医の研修実績と到達度、評価と逆評価、病歴要約、学術活動の記録、および各種講習会出席の記録をJ-OSLER-Oncolで行う。

47

#### •専攻医研修マニュアル

- 専門研修カリキュラムは、専攻医に専門研修内容とその特徴を明示するため、専攻医研修マニュアルを作成して提示する。そのマニュアルに記載する項目は以下のとおりである。
- 専門研修後の医師像と修了後に想定される勤務形態や勤務先
  - 専門研修の期間
  - 専門研修施設名
  - 専門研修カリキュラムに関わる委員会と委員、および指導医名
  - 各専門研修施設での研修内容と期間
  - 経験すべき疾患・病態、診察・検査、処置など
  - 専門研修整備基準と専門研修カリキュラムに示す疾患群のうち主要な疾患の年間診療件数
  - 専門研修整備基準に示す年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安
  - 自己評価と指導医評価、ならびに多職種による評価を行う時期とフィードバックの時期
  - 専門研修カリキュラム修了の基準
  - 専門医申請にむけての手順
  - 専門研修カリキュラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
  - 専門研修カリキュラムの特色
  - 逆評価の方法と専門研修カリキュラム改良姿勢
  - その他

48

#### •指導者マニュアル

- 専門研修カリキュラムは、専攻医を指導する指導医に向けた指導マニュアルを作成して指導医に提示する。それに記載を要する項目は以下のとおりである。
- 専門研修カリキュラムにおいて期待される指導医の役割
  - 専門研修カリキュラムにおける年次到達目標と評価方法、フィードバックの方法と時期
  - 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準
  - J-OSLER-Oncol.の利用方法
  - 逆評価とJ-OSLER-Oncol.を用いた指導医の指導状況把握
  - 指導に難渋する専攻医の扱い
  - 専門研修カリキュラムならびに各施設における指導医の待遇
  - その他(指導者研修計画(FD)、指導医講習会など)

49

#### •専攻医研修実績記録フォーマット

50

J-OSLER-Oncol.を用いて行う。年次ごとに実績を記録し、その達成度をフィードバックする。

51

#### •専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

J-OSLER-Oncol.を用いて行う。年次ごとに専攻医の目標の達成度を記録し、それをフィードバックする。

52

#### •指導者研修計画(FD)の実施記録

当領域学会が指導医講習会を実施し、記録する。

## 10 専門研修体制の評価と改善

### ① 専攻医による専門研修指導医および研修体制に対する評価

53

専門研修カリキュラム評価方法(J-OSLER-Oncol.)を用いて無記名式逆評価を行う。逆評価は年に複数回行う。また、年に複数の研修施設に在籍して研修を行う場合には、研修施設ごとに逆評価を行う。その集計結果は指導医、および専門研修統括委員会が閲覧できる。また集計結果に基づき、専門研修カリキュラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てる。

54

### ② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

指導医、ならびに専門研修管理委員会は専攻医などからの評価(フィードバック)を下記に分類して専門研修カリキュラムの改善に役立てる。

- 即時改善を要する事項
- 年度内に改善を要する事項
- 数年をかけて改善を要する事項
- がん薬物療法領域全体で改善を要する事項
- 特に改善を要しない事項

55

### ③ 研修に対する監査(サイトビギット等)・調査への対応

施設で作成された専門研修カリキュラムは、定期的な施設訪問により監査される。

56

## 11 専攻医の採用と修了

### ① 採用方法

- 当領域学会は、専門研修整備基準、専門研修モデルカリキュラムおよび採用方法をホームページにより毎年公表する。
- 応募者は、募集期間中に当領域学会宛に、所定様式の専門研修カリキュラム申請書や履歴書、初期研修修了証明などの必要書類を提出する。
- 当領域学会、及び、専門研修管理委員会は、書類審査により、採否を決定する。
- 当領域学会、及び、専門研修管理委員会にて承認された後に、日本専門医機構からの承認を受けて専攻医となる。

#### ＜専攻医の応募資格＞

- 医師法に定められた日本の医師免許を有する。
- 初期臨床研修を修了している。
- 内科または外科領域専門研修プログラムによる研修を修了している。

② 修了要件

- 各専門研修カリキュラムにおいて以下に示す修了要件を満たしているものについて、専門研修管理委員会および当領域学会の専門医審査部会による修了判定をもって研修終了とする。なお、本専門研修は、基本領域の専門医資格を取得しない限り修了することはできない。
- ・15領域の合計90症例以上を担当医として登録し、指導医の評価を受けている。
  - ・指導医による専攻医の評価、多職種による評価を受けている。
  - ・全30症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し、指導医による査読を受けている。
- なお、30症例のうち呼吸器、造血器、乳腺、消化管についてはそれぞれ3症例を含むことを必須とする。
- ・必要とされる学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録している。
  - ・専門研修カリキュラムで出席を求められる講習会など(例:医療倫理・医療安全・感染対策講習会)に出席し、登録している

57

なお、専門研修カリキュラム修了者は当領域学会が別に定める資格審査(書類審査、筆記試験および面接試験)のうちに日本専門医機構によって専門医として認定される。

・筆記試験は、年1回施行する。出題数は、総論100問、各論100問の計200問とする。合格率は概ね70~80%とするが、各

## 12 専門医制度の改訂

58

専門研修整備基準、及び専門研修モデルカリキュラムは、日本専門医機構専門研修プログラム研修施設評価・認定部門(仮称)の評価・認定を受ける。専門医制度委員会が、機構による認定を受けた研修カリキュラムを管理し、定期的にカリキュラムの問題点の検討や再評価を行い、5年毎に更新を行う。

## 13 その他

59

がん薬物療法領域専門研修実績は、新専門医制度下で採用された専攻医が、がん薬物療法領域専門研修カリキュラムに従い研修を行い、専攻医登録評価システム(J-OSLER-Oncol.)に登録したものとする。

一方、これまで、学会認定で既に専門医資格を有する者については、認定の際に求められた研修実績の質・量、又は、受験資格、筆記試験のレベルなどが、新専門医制度におけるものとほぼ同様であることから、5年に1回実施される更新試験において、新専門医制度と同一の更新基準を満たしたものについて、機構認定の専門医として更新認定する。

### ＜注釈＞学会認定専門医制度での研修実績の新制度での研修実績としての認定について

60

1. 整備基準について:  
「がん薬物療法領域専門研修整備基準」が日本専門医機構にて認定された後、基幹施設の専門研修管理委員会は、本整備基準に準拠した研修施設カリキュラムなど、研修制度に必要な規約を作成する。  
整備基準を実施する上で細かな解説が必要な事項については、研修施設カリキュラムに別途記載する。

2. 学会認定専門医制度での研修実績の新制度での研修実績としての認定について:  
新専門医制度下で基本領域プログラムを修了した専攻医は、基本的に機構認定の「がん薬物療法領域専門研修カリキュラム」にて研修を開始するものとする。  
学会認定サブ領域の研修実績を、機構認定の新制度に取り込むことは想定しない。  
ただし制度移行期の専攻医に不利益を与えないため、2021年4月～2023年3月の研修実績については、遡って、がん薬物療法領域専門医カリキュラムの研修実績に加えることを許容する。  
これまで学会認定で既に専門医資格を有する者については、5年に1回実施される更新試験時に、上記(59)の基準を満たす場合は機構認定の専門医として更新認定する。