

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福井 次矢

平成27（2015）年 3月

目 次

I. 総括研究報告

医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

福井 次矢

II. 分担研究報告

1. 診療能力を踏まえた到達目標設定の在り方に関する研究

大滝 純司

2. 医師のプロフェッショナリズムを踏まえた到達目標の在り方に関する研究

野村 英樹

3. 医師養成全体の動向を踏まえた到達目標のあり方に関する研究

奈良 信雄

4. 初期臨床研修における到達目標の評価に関する実態調査

前野 哲博

5. 人口動態や疾病構造、医療提供体制の変化等を踏まえた到達目標の在り方に関する研究

高橋 理

III. 研究班員名簿

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

研究課題：医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究

研究代表者 福井 次矢 聖路加国際大学 聖路加国際病院 院長

研究要旨：医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方については、平成16年度の必修化以降、見直しはされてこなかったが、平成25年12月にまとめられた医道審議会医師臨床研修部会報告書において、次回の改定（平成32年度研修より適用予定）時には、臨床研修の到達目標と評価について見直すことが提言されている。本研究は、到達目標と評価を見直す過程で必要になると考えられる情報を収集すること、そして見直しの議論を建設的かつ効率的に進めるうえで有用と考えられる具体的な提案を行うことを目的とする。

情報収集については、（１）到達目標とその評価に関して、プログラム責任者や指導医、研修医の意見を定性的方法と定量的方法の双方を用いて収集した。到達目標については「項目数が多すぎる」「研修理念と乖離している」「到達レベルが不明瞭」など、評価については「評価方法や評価のタイミングにばらつきがある」「十分できる、できるなどの段階評価と能力のマイルストーン法での評価との不一致」「経験ありの判断のばらつき」などの意見が挙げられた。（２）2年間の研修修了直前のアンケート調査では、平成22年の見直し以降、到達目標と臨床能力や経験症例との乖離が大きくなってきている。（３）医師養成過程の全体像の中で卒後臨床研修における到達目標の在り方を考えるため、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成した。（４）研修理念に謳われている「人格の涵養」とも関わる医師のプロフェッショナリズムについては、日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会などにおける論点を整理した。（５）過去10年間の疾病構造の変化については、悪性腫瘍や心疾患、肺炎、アルツハイマー病、うつ病など増加が顕著である。

研究者間の意見交換では、到達目標とその評価を能力（コンピテンシー）、ルーブリック、マイルストーンなどの枠組みで新たに作成してはどうか、経験目標の在り方の再考、外来診療での能力の追加などの案が出ている。見直しに係る具体的な提案を行うための議論をさらに深める必要がある。

研究分担者

大滝 純司 北海道大学 大学院医学研究科 教授
野村 英樹 杏林大学 医学部 教授
奈良 信雄 東京医科歯科大学 医歯学教育システム研究センター 教授
前野 哲博 筑波大学附属病院総合臨床教育センター 部長
高橋 理 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター センター長

A. 研究目的

医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方については、平成 16 年度の必修化以降、見直しはされてこなかったが、平成 25 年 12 月にまとめられた医道審議会医師臨床研修部会報告書において、次回の改定（平成 32 年度研修より適用予定）時には、臨床研修の到達目標と評価について見直すことが提言されている。

本研究は、到達目標と評価を見直す過程で必要になると考えられる情報を収集すること（Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集）、そして見直しの議論を建設的かつ効率的に進めるうえで有用と考えられる具体的な提案を行うこと（Ⅱ 見直しの提案策定に向けた議論）を目的とする。

B. 研究方法

Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集

（１）到達目標とその評価の現状については、大学病院を含む臨床研修病院の研修プログラム責任者や指導医、研修医などを対象として、定性的方法（フォーカスグループインタビュー）と定量的方法（調査票を郵送ないし電子メールで配信）の双方を用いて情報収集を行った。

（２）到達目標と２年間の研修修了時の臨床能力や経験症例との乖離の有無は、平成 14 年度以降断続的に行われている臨床研修医アンケート調査の結果に基づいて判断した。

（３）医師養成過程の全体像の中で卒後臨床研修における到達目標を考える目的で、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成した。

（４）医師のプロフェッショナリズムについては、プロフェッショナリズムの教育について検討している国内外の学術・職能団体の活動内容について

情報の収集を行った。

（５）疾病構造の変化に関する推定は、わが国の人口動態（厚生労働省大臣官房統計情報部）のデータに基づいた。

Ⅱ 見直しの提案策定に向けた議論

本研究の研究代表者、研究分担者、研究協力者が参集して班会議が５回開催され、各時点までに収集された情報に基づいて、将来の見直しの議論に有用と考えられる提案の策定に向けて意見を交わした。

（倫理面への配慮）

研修プログラム責任者や指導医、研修医を対象とするフォーカスグループインタビューや調査票を用いた情報収集については、各研究分担者の所属施設において、研究倫理審査委員会の承認を得た。

その他の情報収集は、既存の公開データあるいは他の研究で行われたデータを用いるもので、倫理的問題はない。

C. 研究結果

Ⅰ 到達目標・評価の見直しのための情報収集

（１）到達目標とその評価に関する意見

到達目標については、「項目数が多すぎる」「行動目標は評価しにくく形骸化」「経験ができないまま終わる目標がある」「研修理念と目標が乖離している」「研修医が目指す姿とのズレ」「社会的役割に関する具体的目標の欠如」「現実との乖離」「研修する診療科の基準（必修／選択）との不整合」「AB設定の意味や根拠が不明」「経験困難な項目の存在」などが指摘された。

評価については、「経験目標のチェックに終始している」「レポート提出で妥当な評価が可能か疑問」「行動目標の評価が困難」「外部施設での研修の評価が困難」「頻繁かつ継続的に評価することが困難」「研修を運営するインセンティブが理

念と異なる」、さらには「評価方法や評価のタイミングにばらつきがある」「十分できる、できるなどの段階評価と能力のマイルストーン法での評価との不一致」「到達したと判断する基準が不明」「経験ありの判断のばらつき」などの意見が挙げられた。

(2) 2年間の研修修了直前のアンケート調査では、平成22年の見直し以降、妊娠分娩の経験、小児喘息の経験などの達成率が低下した。基本的臨床知識・技術・態度の修得状況は、平成22年度以降も7分野のローテーションを必須としている継続プログラムの方が、弾力化されたプログラムよりも、評価された98項目中18項目で自信をもってできる割合が高かった。弾力プログラムで自信をもってできる割合が高い項目はなかった。経験症例数については、85項目中51項目で、継続プログラムの方が弾力プログラムよりも経験症例数が多かった。弾力プログラムで多い項目はなかった。

(3) 卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出題基準、卒後臨床研修到達目標の各項目に係る対応表を作成したところ、到達目標のほとんどが卒前教育でのモデル・コア・カリキュラムに規定されており、また医師国家試験出題基準にも掲げられていた。

(4) 日本医学教育学会倫理・プロフェッショナルリズム委員会による『「医師の能力としてのプロフェッショナルリズム」の最終到達像と各節目における中間目標』では、プロフェッショナルリズムに、下記の7つの下位概念が設定されている。

- ①患者や生活者との関係における医師
- ②社会的使命への貢献
- ③医師に求められる道徳性
- ④多様な価値観の受容と公正性への配慮
- ⑤組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
- ⑥卓越性の追求と生涯学習
- ⑦自己管理とキャリア形成

そして、各下位概念について、医学部入学時、臨床実習開始時、医学部卒業時、臨床研修修了時という4つの節目における到達目標が記載されている。

(5) わが国における死因統計では、上位死因の死亡者数は（括弧内は平成14年に比較した平成24年の変化率）、悪性腫瘍(18.5%)、心疾患(30.4%)、肺炎(41.8%)、老衰(167.7%)が増加した。患者調査ではうつ病、アルツハイマー病、敗血症、老衰などの増加が著しい。

II 見直しの提案策定に向けた議論

研究班の会議では、下記のようなさまざまな意見が表明された。

①アウトカム評価を重視する

- ・研修終了時に到達すべき能力（コンピテンシー）として整理してはどうか
- ・目標と評価方法の整合性を高めることが望ましい

②医道審議会医師分科会報告書の方針を継承する。

- ・外来診療で必要な能力を組み込む
- ・卒前教育、専門研修との一貫性を保つ

③到達目標としての能力（コンピテンシー）を構造化する。

- ・上位目標を数～十数項目に整理してはどうか
- ・経験目標を下位目標として設定してはどうか
- ・項目ごとに達成度を判断する基準（ルーブリック）を定める

④経験目標を構造化する。

- ・経験のレベル（深さ）を具体的に設定する
- ・「経験した」とみなすのに最低限必要なレベルと望ましいレベルの2段階にしてはどうか

D. 考察

到達目標のほとんどが卒前教育でのモデル・コア・カリキュラムに規定されており、また医師国

家試験出題基準にも掲げられていることは、卒後臨床研修では、目標の高さが異なる（多くの場合、知識よりも実践が要求されている）ことを意味しており、マイルストーンと達成度を判断する基準（ルーブリック）を明示することにより、評価の方法と手順を標準化できるであろう。

到達目標を、現状の行動目標、経験目標という枠組みから、能力（コンピテンシー）という新たな枠組みで再構成するかどうかは、コンピテンシーという概念自体についての理解が研究者間でも微妙に一致していないため、さらなる議論が必要である。

現行の到達目標では項目数が多すぎることに、経験目標を行動目標と同列に扱うことには違和感があることの2点については大方の意見が一致していると考えられる。

疾病構造の変化を踏まえて、経験すべき疾病や症状などを再考し、外来診療に必要な能力を追加するためには、さらなる調査、意見聴取が必要となろう。

見直しに係る具体的な提案を行うための議論をさらに深める必要がある。

E. 結論

到達目標と評価について、新たな調査の結果や既存データの分析などにより、問題点と見直しに向けた課題・方向性が明確になってきた。

到達目標の項目数を減らすこと、行動目標と経験目標の関係性を再考することは必要であろう。

評価の標準化のためには、マイルストーンやルーブリックの導入が望ましい。しかしながら、到達目標の記載フォーマットを現行の行動目標から能力（コンピテンシー）の表現型に変えるかどうかについては、さらなる議論が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：診療能力を踏まえた到達目標設定の在り方に関する研究

研究分担者 大滝 純司 北海道大学 大学院医学研究科 教授
研究協力者 川畑 秀伸 北海道大学 大学院医学研究科 准教授
武富 貴久子 北海道大学 大学院医学研究科 学術研究員

研究要旨：医師の卒後初期臨床研修制度における、診療能力を踏まえた到達目標の具体的な在り方と適用の妥当性について検討するために、研修医の診療能力の実態、現在の目標の過不足など、到達目標の構成に関する問題点を把握することを目的として調査研究を行った。調査は、現行の新医師臨床研修制度を研修医あるいは指導医として経験した医師20名を対象とし、質的研究方法であるフォーカスグループインタビューを用いて行った。臨床研修に関する多様な意見や現状に関する情報を収集することができた。インタビューで得られた内容をテキスト化し、内容分析法及び記述分析法により分類した。インタビューの内容は、「到達目標」、「評価」、「制度評価」の3つの大項目に分類できた。各大項目に分類された内容は「ポジティブ」、「ネガティブ」、「その他」の中項目に整理した。この分析結果を基に論点整理を試みた。今後の制度見直しの基礎資料として活用が期待される。

A. 研究目的

医師の卒後初期臨床研修制度（以下、臨床研修）の到達目標と評価の在り方については、平成 16 年度に臨床研修の必修化が開始されて以降、特に変更されていないが、平成 25 年 12 月にとりまとめられた「医師臨床研修部会報告書」（資料 1）にあるように、次回の改定（平成 32 年度研修より適用予定）での見直しが予定されている。

臨床研修に関するこれまでの調査や研究の報告によれば、診療能力の状況についてはある程度の知見が得られている。しかし、現行制度の到達目標の各項目や評価手法の体系的な分析、見直しに向けての具体的な分析等については、十分に行われているとは言い難い。

医師臨床研修部会報告書における『「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべきである』等の指摘を踏まえ、本研究では、研修医が基本的な診療能力

の修得するための制度であるという観点に立ち、研修方略、評価との関係や社会背景等の状況等を鑑みつつ、現行の臨床研修の到達目標の在り方について見直す際の基礎的資料となるデータの収集および分析を行った。

B. 研究方法

研究デザイン：従来から実施されてきたアンケート調査では把握することが比較的困難な、多様な論点についてグループダイナミクスを活用して広く深く意見を収集し整理するために、代表的な質的研究方法のひとつであるフォーカスグループインタビュー（Focus Group Interview：以下、FGI）^{1,2)}による観察研究を実施した。

FGI の計画：各 FGI の司会者（以下、インタビューアー）1 名は、インタビュー対象者と雇用関係や指導関係等の利害関係のない研究者が担当することにした。インタビュー対象者の構成は、1 グループあたり、6-8 名、全体で 3-4 グループ、

合計 20 名程度を想定した。同一の研修施設から複数がインタビュー対象者になる場合は、互いに別のグループに分けることにした。インタビューの長さはおよそ 1 時間とした。

インタビュー対象者のリクルート：平成 16 年度以降の新医師臨床研修制度のもとで研修し修了した卒後 3 年～10 年目医師（以下、若手医師）、および新医師臨床研修制度と旧制度の双方で研修医を指導した経験がある卒後 15 年前後の医師（以下、ベテラン医師）を各グループにそれぞれ 3-4 名ずつ振り分けることにした。

対象者の抽出は理論的サンプリングを基本としたコンビニエントサンプリングを行った。具体的には、この FGI で建設的な意見が得られることが期待できると推測されるインタビュー対象者候補を研究班内で検討し、約 40 名の名簿を作成した。その中から、性別、臨床の専門領域、所属している研修施設の種類と規模、その所在地を参考に、参加者の背景が多様になるよう配慮しつつ、順次、個別に調査への協力の依頼と日程調整を行った。

通信媒体及び記録方法：参加者間の日程調整を容易にするために、この FGI では原則としてインターネット電話（Skype）を利用した。このため、インターネット回線に接続された Web カメラ付パーソナルコンピュータとマイクあるいはヘッドセットが利用できる環境を準備するよう各参加者に依頼し、必要に応じてそれらの準備に関する助言などの支援を行った。

この環境を整えることが困難な場合は、例外的に電話による個人インタビューを、FGI と同様の内容で実施することにした。

これらのインタビューの内容は、複数の音声記録装置を利用し電子データとして保存した。

インタビューの進め方：おおよその話題を指定し、それらを起点として比較的自由に会話することを促す、いわゆる半構造化面接法による進行とし

た。事前にインタビューガイドを作成し、主な質問は、1) 臨床研修の到達目標について、2) 臨床研修の評価について、3) 現在の臨床研修制度のよい点と改善すべき点について、とした。

分析方法：収録した音声データをテキストに起こし、内容分析法及び記述分析法¹⁾に従い、コーディング、カテゴリ化を行い、現状の課題の特定を試みた。

一次分析では、3 名の研究者が分担して、逐語記録の中から重要な内容を抽出し、抽象化などの言い換えによりコード化（以下、小項目）した。

二次分析では、一次分析で得られた小項目をその背景要因などを参考にしながら検討し、上位カテゴリ（大項目）を構築した。また、研究者間の議論により、小項目と大項目の間隔的な区分（中項目）として、現行制度を含む臨床研修に対して肯定的な「ポジティブ」、否定的な「ネガティブ」、これらのどちらにも区分できない「その他」の項目群に整理した。これらのコード化と区分について、3 人の研究者で協議し、改変を繰り返した。

（倫理面への配慮）

北海道大学大学院医学研究科倫理審査の承認を得た（承認番号：医 14-048）。対象者からは書面による同意書を得た。

調査の個票データについては、法的に必要な手続きに基づき適正に処理を行った。参加者の個人識別はナンバーにより行い、個人の氏名や勤務先が特定できないように配慮した。回収したデータは研究者がデータを保管し、分析はネット回線に接続していないパソコンを用いて行った。インタビューは、前述したように、参加者への不利益が及ばない第三者を設定した。

C. 研究結果

インタビュー対象者のリクルート結果：インタビュー対象者候補の中から順次、個別に調査への協

力の依頼と日程調整を行った結果、22 名に依頼した時点で 20 名のインタビュー対象者をリクルートできた。2 名には業務や個人的事情で都合がつかないことが理由で、依頼できなかった。

インタビュー対象者の属性：若手医師 8 名、ベテラン医師 12 名をリクルートできた。その属性は、性別は女性 3 名、男性 17 名。卒後年数は、平均 18.3 年（範囲 4-32 年）。所属している研修施設の種類の、大学病院 4 名、大規模（500 床以上）研修指定病院 6 名、中規模（200～499 床）研修指定病院 5 名、小規模（199 床未満）研修指定病院 4 名。その研修施設の所在地は、北海道、北陸各 2 名、東北、近畿各 3 名、九州 4 名、関東 6 名だった。

FGI の参加人数と回数：インターネット電話（Skype）を用いた FGI を計 5 回実施し、1 回の参加人数は 2 名～5 名だった。1 名を対象とした電話インタビューを 1 回行った。

分析過程と結果：大項目としては「到達目標」、「評価」、「制度評価」の 3 つが構築された。それぞれの項目を構成する項目を「ポジティブ」、「ネガティブ」、「その他」の中項目に区分した（表 1）。

この表ではコード化したため、意見の内容はある程度抽象化されている。特徴的な意見のより具体的な内容の一部を以下に例示（『』内は実際の発言内容を示す）する。

新医師研修医制度導入から 10 年目となる現在、『慣れ』という要因も関与して、ある程度円滑な制度運営が定着している一方、『掲げられた目標に疑問が生じない』など、問題意識を持ちにくくなっていることを示唆する意見もみられた。

医療サービスの進歩に伴う『入院患者の変化』や『医療・検査技術の変化』を背景として、既存の目標が現実と乖離していることが指摘された。その一方で、今後の見直しに関しては、『先の制度変更のアウトカムや評価に基づくべき』という

意見も見られた。

「人格の涵養」、「医学医療の果たすべき社会的役割の認識」、「日常頻繁に遭遇する症候や疾病への対応」という三大理念をきちんと網羅することを前提として、『プライマリの導入』とともに『基本的臨床能力』『医師としての基本姿勢、態度』の涵養が初期研修のポイントとして挙げられた。

新医師研修医制度導入後の変化として、『目標設定や評価に対する新たな視点の獲得』『プログラム作成者としての経験』に基づく医学教育的視点の普及と効果が指導医の立場から語られた。その他、『卒前教育、初期研修、後期研修、専門医制度間の差別化や連続性をふまえた制度設計が望ましい』との意見が述べられた。

D. 考察

到達目標、評価、制度評価の項目別に論点整理を試みた。

1. 到達目標

1) 到達目標の内容の範囲と項目数

現状に対して「網羅的で妥当」「必要十分である」「到達可能である」という意見がある一方で、「項目数が多すぎる」という意見も多かった。

2) 目標を設定する効果

「リマインダー」「標準化」「コア」「プログラム作成」等の効果を指摘する意見がある一方で、「行動目標は評価しにくく形骸化」「経験ができないまま終わる目標あり」という意見もあった。

3) 研修理念と目標の関係

「プライマリケア能力の涵養は重要」と評価する意見が多い一方で、「研修理念と目標の乖離」「研修医が目指す姿とのズレ」「社会的役割に関する具体的目標の欠如」等の問題点が指摘された。

4) 目標項目の選定

「現実との乖離」「研修する診療科の基準（必修/選択）との不整合」「A B設定の意味や根拠が不明」「経験困難な項目の存在」等の問題点が指摘された。

5) 目標の到達レベル

「到達したと判断する基準が不明」との意見が多かった。

6) 目標の認知度が低い

研修医、指導医、医学生に対する目標の周知について広報の必要性が指摘された。

2. 評価

1) 評価方法の偏り

「経験目標のチェックに終始」「レポート提出で妥当な評価が可能か疑問」「行動目標の評価が困難」「外部施設での研修の評価が困難」「頻繁かつ継続的に評価することが困難」等の問題点が指摘された。

2) 評価方法の工夫

「研修手帳」「EPOC」「レポート」「ポートフォリオ」「評価者の拡大（同僚、患者、他職者）」「振り返りとフィードバック」「Mini-CEX」の利用の他「ACGME の評価システム導入」等の工夫が行われていた。

3. 制度評価について

「全国共通の方針、コアとなる目標が明示」「研修支援体制が整備」と評価する意見がある一方で、「研修を運営するインセンティブが理念と異なる」等の問題点が指摘されていた。また、「制度やプログラムに対する評価」と「制度変更後の評価」の必要性も指摘された。

E. 結論

FGI により、臨床研修に関する多様な意見や現状に関する情報を収集し、論点整理を行った。今後の制度改定を検討する際の基礎資料として役立つものと思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

引用文献

- 1) 安梅勅江, ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版, 2001.
- 2) S. ヴォーン, J. シナグブ, J. S. シューム (著), 井下理 (訳) 他, グループ・インタビューの技法, 慶應義塾大学出版会, 1999.

**医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
報告書**

－医師臨床研修制度の見直しについて－

平成 25 年 12 月 19 日

目次

はじめに	1
1. 基本理念と到達目標について	
1) 基本理念	1
2) 到達目標とその評価	2
3) 臨床研修全体の研修期間	3
2. 臨床研修病院の在り方について	
1) 基幹型臨床研修病院の在り方	4
2) 臨床研修病院群の在り方	5
3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）	6
4) 必要な症例	7
5) 指導・管理体制	9
6) 第三者評価	10
7) 中断及び再開、修了	11
8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援	12
9) 制度運用上の問題	13
3. 地域医療の安定的確保について	
1) 臨床研修制度と地域医療との関係	14
2) 募集定員の設定	15
3) 地域枠への対応	17
4) 都道府県の役割	19
4. その他	
1) 研究医養成との関係	20
2) 医師養成全体との関係	21
おわりに	23
別添1：委員名簿	24
別添2：審議経過	25

はじめに

- 現在の医師臨床研修制度は、平成 12 年の医師法の一部改正により平成 16 年度から導入され、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない（厚生労働省令）」との基本理念の下、従来の努力義務から必修化する形で研修が開始された。
- 平成 21 年には、制度の必修化後の状況に関する関係者の意見を踏まえ、研修プログラムの弾力化、基幹型臨床研修病院（以下、「基幹型病院」という。）の指定基準の強化、研修医の募集定員の見直し等が行われ、平成 22 年度研修から適用されており、まもなく必修化後 10 年になろうとしている。
- 今回の制度の見直し（平成 27 年度研修から適用見込み）については、前回の制度見直しにおいて、その施行後 5 年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、臨床研修の実施状況や地域医療への影響等に関する実態を把握し、論点を整理することを目的として設置された「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」において論点整理（平成 25 年 2 月とりまとめ）を行った上で、その論点整理を踏まえ、平成 25 年 2 月より、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査等を参考に議論を重ね、今般、以下の報告書を取りまとめたところである。

1. 基本理念と到達目標について

1) 基本理念

<現状>

- 医師臨床研修制度の基本理念については、「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」（平成 15 年 12 月 11 日）において、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とされている。

- 省令を受けて、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成 15 年 6 月 12 日厚生労働省医政局長通知（以下、「施行通知」という。））において、臨床研修については、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと」とさらに詳しく定義されている。

<課題>

- 基本理念は、制度の根幹となるものであり、引き続き社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、適切なものである必要がある。

<見直しの方向>

- 社会情勢やあるべき医師像等を踏まえ、医師が将来専門とする分野にかかわらず共通となる基本部分を身に付けるという意味で、「医師としての人格をかん養」「基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、堅持するべきである。
- なお、施行通知における「プライマリ・ケア」については、確立した定義はなく、医療提供体制や他の社会的要因、用いられる状況等に応じその解釈が異なり得るが、各臨床研修病院（以下、「研修病院」という。）において、医師が将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身に付けるという観点を十分に踏まえつつ、研修を適切に実施することが求められる。

2) 到達目標とその評価

<現状>

（到達目標）

- 施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」を参考にして、研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。
- 「臨床研修の到達目標」は、Ⅰ行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、Ⅱ経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患、C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

（評価方法）

- 大学病院及び研修病院において、採用している研修医の評価方法は様々であり、「指導医による評価」「症例レポート」「コメディカルによる評価」の順に多く、「口頭試験」「実技試験（OSCE）」「患者による評価」等は少ない。

- 米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット（e-ポートフォリオ等）の活用が進んでいる。

<課題>

- 到達目標は、臨床研修制度必修化以降、基本的にその内容は変更されていないが、
 - ・ 急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである
 - ・ 症例レポートは入院患者について提出することとなっているが、化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべきである
 - ・ 「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべきである
 - ・ 項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要である等の指摘がある。
- 評価手法が各研修病院によって異なっていることにより、臨床研修修了者の到達度に差異が生じる可能性がある。

<見直しの方向>

- 到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要がある。
- 臨床研修の評価の在り方についても、各研修病院において採用している研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要である。
- なお、到達目標や評価手法については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、新たな専門医の仕組みにおける各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ、今次見直しではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直すこととする。

3) 臨床研修全体の研修期間

<現状>

- 現在、医師法において、臨床研修の研修期間は「2年以上」と規定されている。
 - 医師法 第16条の2 第1項-
 - 診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

<課題>

- 卒前教育と臨床研修制度の関係について、卒前教育において診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るという指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なること等から慎重な検討が必要であるという指摘もある。
- 研修の修了については、必ずしも特定の研修期間にこだわる必要はなく、十分な評価体制のもと到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

- 臨床研修の基本理念や卒前教育等の状況、必修診療科の弾力化により個々の状況に応じた柔軟性あるプログラムも提供可能となっていること等を踏まえれば、現行の2年以上で差し支えないと考えられる。
- ただし、将来的には、卒前教育の充実や大学間の取組内容の標準化、到達目標や評価手法の見直し等の状況を踏まえ、現在の期間の見直しについて検討が望まれる。

2. 臨床研修病院の在り方について

1) 基幹型臨床研修病院の在り方

<現状>

- 現在、基幹型病院のみの基準としては、「基幹型病院において8月以上の研修の実施」「年間入院患者数3,000人以上」等の基準が設けられているが、その他の患者数等の基準については、基幹型病院のほか協力型臨床研修病院（以下、「協力型病院」という。）等を含めた臨床研修病院群（以下、「病院群」という。）における評価となっている。

<課題>

- 病院群における望ましい基幹型病院の在り方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 基幹型病院については、「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付ける」という基本理念に相応しく、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院であるべきである。
- この観点から、基幹型病院における研修は、
 - ・ 基幹型病院での研修期間については、地域医療との関係等に配慮しつつ、現在の「8月以上」から、全体の研修期間の半分以上に該当する「1年以上」を目指すこと

- ・ 必修診療科である内科、救急について、到達目標を適切に達成するため十分な症例数があり、疾患等に過度の偏りが無い等、大部分を研修可能な環境を有していること

等により実施されることが望ましい。

- また、特定の分野の専門的医療を専ら行う研修病院については、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得という基本理念を踏まえると、基幹型病院として適切とはいえないと考えられる。

2) 臨床研修病院群の在り方

<現状>

- 現在、研修病院の指定基準として、基幹型病院は、協力型病院、研修協力施設又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。
- また、病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域において病院群における緊密な連携を保つため、病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。
- 研修病院において病院群を構成する医療施設としては、自院の関連する大学の関連医療施設、設置母体が同一等のグループ医療施設、院内の医師の知り合いの医療施設、都道府県や地域の臨床研修を通じた団体の紹介による医療施設、同一医療圏内等近隣の医療施設の順に多かった。

<課題>

- 病院群によっては、全国に協力型病院及び研修協力施設が広がっており、また、長期間、研修医の受け入れ実績が見られない協力型病院等も含まれている。
- 制度の基本理念やあるべき医師養成の姿を踏まえつつ、望ましい病院群のあり方について、明確化が必要であるとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 病院群においては、基本的な診療能力の修得という臨床研修制度の基本理念について、病院群に属する各研修病院等において十分に共有し、地域で連携し医師を育成する視点が求められる。
- また、病期や疾病領域等をはじめとした医療機能の観点から、同様の機能を有する研修病院等ではなく、頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能となるような病院群の構成が求められる。
- あわせて、到達目標を適切に達成する観点から、基幹型病院を中心としつつ、協力型病院等が補完的に連携することが基本となるものと考えられる。

- さらに、病院群全体で、研修の質が確保できるようなプログラムや指導体制が備わっていることが重要であり、例えば第三者評価等で、病院群全体の研修内容を適切に評価する等の工夫が求められる。
- また、病院群は、地理的範囲の観点から現実的な内容とすべきであることから、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本とし、それらの地域を越える場合は、
 - ・ へき地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること
 - ・ 生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型病院及び研修協力施設との連携であること
 - ・ その他、基幹型病院と地域医療の上で連携が強く、十分な指導体制のもとで様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能であり、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるような基本的な診療能力を身に付けることのできる良質な研修が見込まれる場合であること
 等の正当な理由がある場合に限り認めることが望ましい。
- なお、研修病院数の観点からも、協力型病院については、例えば過去3年間程度の研修実績を考慮し病院群を構成する等、現実的な内容とすることが必要である。
- また、研修管理委員会における自己評価や、第三者評価等により、病院群としての状況が適切に評価されることが望ましい。

3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間）

<現状>

- 平成16年度の臨床研修制度の必修化以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる等の指摘があったことから、平成22年度開始プログラムより、研修プログラムが弾力化され、従来、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7診療科が必修であったところ、内科（6月以上）、救急部門（3月以上）、地域医療（1月以上）の3診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び5つの選択必修科目のうち2つの診療科については、必ず臨床研修を行うこととなった。
- 平成22年度以降も、研修プログラムにおいて、各研修病院の判断のもと、7科目必修を維持することは可能であり、いずれの研修プログラムにおいても、到達目標を適切に達成することが必要である。
- EPOC データによると、平成22年度研修開始（研修プログラムの弾力化後）の研修医は、平成20年度研修開始（研修プログラムの弾力化前）の研修医と比べ、経験目標の履修率について、外科、精神科、麻酔科領域を含め多くの項目で維持・上昇傾向がみら

れた一方、小児科、産婦人科関連の一部項目で低下傾向がみられた。また、大学病院、病床数 601 床以上の研修病院で満足度が向上した。

- 平成 22 年度研修開始の研修医に対するアンケート調査によると、「継続プログラム」（7 科目必修）と「弾力プログラム」（7 科目必修以外）における研修状況を比較したところ、基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、98 項目中 12 項目で継続プログラムが有意に高かった。また、経験症例数は、85 項目中 11 項目で継続プログラムが有意に高かった。弾力プログラムでは、妊娠・分娩、小児科領域等において症例の経験率が低下した。

<課題>

- 研修診療科については、短期間で複数の診療科をローテートするのではなく早めに専門的な研修を開始すべきという指摘がある一方、基本的な診療能力の修得の観点からは 7 科目必修に戻すべきという指摘もある。
- 平成 22 年度の必修診療科の弾力化後、産科、小児科領域等の一部における履修率や自己評価が低下したとのデータがある。
- また、必ずしも診療科目を前提に考えるのではなく、到達目標を達成することを目的に、基本的な診療能力の修得が可能となる症例等を経験し、それらが適切に評価されることが望ましいとの指摘もある。
- 各診療科の研修期間については、必ずしも特定の期間にこだわる必要はなく、到達目標を適切に達成することが重要であるとの指摘もある。

<見直しの方向>

- 望ましい研修診療科については、弾力化に伴う研修医の基本的な診療能力について、卒前教育、新たな専門医の仕組み等の動向も踏まえながら、次回以降の見直しに向け、領域毎の履修率を含め引き続きデータを蓄積し検証を進めつつ、さらに、研修診療科は到達目標と連動することから、到達目標と一体的に見直すことが望ましい。
- ただし、一部領域等における履修率等が低下したとの指摘を踏まえ、到達目標が適切に達成されるよう注意を促すべきである。
- 各診療科の研修期間についても、到達目標の達成が可能となるような期間の設定が必要であることから、到達目標と一体的に見直すことが望ましい。

4) 必要な症例

<現状>

- 臨床研修を行うために必要な症例を確保するため、基幹型病院の指定基準として、平成 22 年度研修より年間入院患者数を 3,000 人以上とする基準が設けられた。

- 平成 22 年度の見直し以前からの指定病院については、平成 23 年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000 人未満であっても指定が継続されていた。平成 24 年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数 3,000 人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると思われる場合には、指定が継続されることとなった。
- 各診療科での研修に必要な症例については、基幹型病院と協力型病院及び研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間 5,000 件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数 100 人（外科にあっては研修医 1 人あたり 50 人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間 350 件又は研修医 1 人あたり 10 件以上が望ましいこととされている。

（年間入院患者数）

- 基幹型病院の年間入院患者数別にみると、入院患者 3,000 人未満は、平成 25 年度開始プログラムにおいて、1,019 施設のうち 40 施設（3.9%）であり、募集定員は 104 人（1.0%）であった。
- 基幹型病院の種別に平成 22 年度開始プログラムの研修医の状況を分析したところ、休暇・休養、手技経験の多様さについての満足度は、研修病院、病床数 600 床以下で有意に高かった。一方、必修症候・疾患の経験率は、病床数・入院患者数の多い病院や大学病院で有意に高かった。
- 小規模研修病院（平成 21、22 年度の 2 年間に研修医の受け入れ実績があり、新規入院患者が年間 3,000 人未満の 6 病院）の訪問調査によると、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得できていると評価された。

<課題>

- 到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、症例数について何らかの基準は必要であると考えられるが、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいえないとの指摘がある。
- 現在、研修医を受け入れている研修病院に対する訪問調査の結果をみると、年間入院患者数 3,000 人未満の病院であっても適切な研修が行われている場合があること等から、入院患者数のみで評価するのではなく、訪問調査による評価等も必要であるとの指摘もある。
- 年間入院患者数が 3,000 人以上の研修病院であっても、研修の質の確保の観点から、指導・管理体制等については、適切に評価されるべきであるとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、症例数について何らかの基準は必要であると考えられるが、症例数を確保するという観点から、「年間入院患者数 3,000 人以上」の要件が絶対的な基準であるとはいえないため、当面、「年間入院患者数 3,000

人以上」の要件は維持しつつ、当該基準に満たない研修病院についても、良質な研修が見込める場合には、訪問調査により評価する等の対応が考えられる。なお、当該基準に満たない病院の新規指定の申請については、到達目標の大部分は研修が可能であり、年間入院患者 3,000 人をあまりに下回らない等、良質な研修が見込める場合に、訪問調査により評価することが望ましい。

- また、年間入院患者数が 3,000 人以上の研修病院であっても、研修の質の確保の観点から、研修内容は適切に評価されるべきであり、何らかの第三者評価は必要であると考えられることから、病院の規模等にかかわらず病院の努力目標として位置づけを強化すべきである。
- 各診療科別患者数や研修医 1 人あたり症例数を中心に、必要な症例のあり方については、「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付ける」という基本理念を踏まえつつ、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。

5) 指導・管理体制

<現状>

- 現在、基幹型病院の指定基準として、研修管理委員会を設置していること、プログラム責任者を適切に配置していること、適切な指導体制を有していること（研修医 5 人に対して指導医が 1 人以上）が定められている。

(指導医)

- 指導医は、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有する必要がある、7 年以上の臨床経験を有すること、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針に則った指導医講習会、プログラム責任者養成講習会等を指す。以下、「指導医講習会等」という。）を受講すること等が要件になっている。
- 指導医講習会（医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針に則った指導医講習会を指す。）は、平成 24 年度までに延べ 1,645 回開催され、講習会修了者数は延べ 54,342 人となっている。
- 指導医講習会については、「指導の参考になる」が 49.6%、「ならない」が 19.7%であった。参考になるテーマとしては、「研修医指導方法の実際」「指導医のあり方」「研修プログラム立案」が多かった。
- 指導医講習会の修了者に対するアンケート調査（平成 24 年度）によると、「指導医の在り方」「研修プログラムの立案」「研修医、指導医及び研修プログラムの評価」「研修医指導方法」「問題を抱えた研修医への対応」等が役に立つと回答した者が多かった。

- 原則として、病院群において、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の診療科は、指導医の配置が求められている。

(プログラム責任者)

- プログラム責任者は、指導医及び研修医に対する指導を行うために、必要な経験及び能力を有している必要があり、研修プログラム毎に1人配置されることとなっている。
- プログラム責任者の要件としては、指導医と同じく、7年以上の臨床経験を有すること、指導医講習会等を受講していること等となっている。
- 現在、臨床研修協議会においてプログラム責任者養成講習会が開催され、各研修病院のプログラム責任者において任意の受講となっており、現在までに延べ60回開催され、講習会修了者は延べ2,968人となっている。

<課題>

- 指導医の適切な育成の観点から、指導医講習会の中には、その内容が必ずしも十分ではないものがある等の指摘がある。
- 各プログラムにおける必修科目の診療科等には、指導医が必要であるとの指摘がある。
- プログラム責任者については、指導医であることが前提となっているが、プログラム責任者養成講習会の受講の促進を含め、その役割を強化すべきとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 指導医の育成の強化に向け、指導医講習会について、プログラム立案や研修医の指導方法等の内容の充実が望ましい。
- また、どの研修先においても、適切な指導体制を有していることが求められるため、研修を行う各診療科等において指導医が配置されていることが望ましく、少なくとも必修科目の各診療科には、研修病院独自に必修としているものを含めて、指導医を必置とすべきである。
- プログラム責任者については、各研修病院における研修体制の中核となっており、研修プログラムの企画立案や実施、都道府県や大学等との連携に基づく研修医のキャリア形成支援、研修の休止や中断等への対応、困難を抱える研修医への対応等の充実に向け、プログラム責任者の役割を強化しつつ、プログラム責任者養成講習会の受講を促進し、将来的に受講を必須の方向とする等、プログラム責任者の育成を強化すべきである。

6) 第三者評価

<現状>

- 研修病院の指定基準として、将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこととされている。

- 現在、NPO 法人卒後臨床研修評価機構をはじめとする第三者機関が、一定の基準のもと訪問調査等を通し、研修病院の評価を行っている。

<課題>

- 研修病院における第三者による評価について、必ずしも十分に進んでいないとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 第三者評価については、研修病院の規模等にかかわらず、研修の透明性や質の向上の観点から、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標として位置づけを強化すべきである。
- さらに、評価基準の明確化、研修病院側の調査負担等についても配慮しつつ、将来的には研修病院に対して、臨床研修について一定の基準を有する第三者機関による第三者評価を義務付ける方向とすることが望ましい。

7) 中断及び再開、修了

<現状>

(中断及び再開)

- 臨床研修の中断とは、当該研修病院の指定の取消し等により臨床研修の実施が不可能である、研修医が臨床医としての適性を欠く、妊娠・出産・育児・傷病等の理由により長期にわたり休止し、臨床研修を再開するときに同様の研修プログラムに復帰することが不可能である等のやむを得ない事情により、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としている。
- 中断について、平成 18 年度から平成 21 年度の平均では、研修医の 1.3%が研修の中断を経験しており、中断の 48%が病気療養を理由とするものとなっている。また、中断した研修は、62%の割合で再開しており、理由別で見ると病気療養を理由に中断した研修が再開する割合が低い。

(未修了)

- 臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としている。
- 未修了について、平成 18 年度から平成 21 年度の平均では、研修医の 1.0%が研修期間終了の際、未修了と評価されており、その理由は、研修の実施期間が休止期間（90 日）の上限を超えたことによるものが 83%を占めている。

<課題>

- 出産育児、研究、留学等のキャリアパスが多様化している中、現在の中断等の仕組みは、原則として研修病院を変更して研修を再開することを前提としている等、柔軟性に欠けるとの指摘がある。
- メンタルヘルス上の事情を有する研修医に対しても、研修の継続や再開に際して十分な配慮が求められる。

<見直しの方向>

- 現在の中断のほか、出産育児、研究、留学等の多様なキャリアパスへの対応がしやすくなるよう、必要に応じ、研修を一旦休み、一定期間後に再び同一の研修病院において研修の再開を可能とする柔軟な制度設計も新たに必要である。
- なお、上記の仕組みは、メンタルヘルス上の事情を含めた傷病等についても、必要に応じて活用できることとすることが望ましい。
- また、出産等によりやむなく研修が中断された場合においても、研修に円滑に復帰できるよう、基幹型病院を中心に病院群全体において、キャリア形成上の配慮が必要である。

8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援

<現状>

- 現在、基幹型病院の指定基準として、研修医に対する適切な処遇を確保していることが定められている。
- 臨床研修医の推計年収（研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与（賞与含む））については、平均が 450 万円前後であり、基幹型病院毎の分布をみると概ね 320～720 万円の範囲内にある。
- 研修医に対して年間 720 万円以上を支払っている研修病院に対しては、補助金を一定割合削減している。
- 近年、医学部入学者に占める女性の割合は約 3 分の 1 となっているなど、若年層における女性医師が増加しており、特に皮膚科、眼科、小児科、産婦人科等の診療科については、女性医師の占める割合が多くなっている。
- 研修医へのアンケート調査によると、子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件は、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外の勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多い。

<課題>

- 制度の必修化後、研修医の処遇は向上し、研修を受ける環境が整いつつあるが、極端に高額又は少額の給与を支払っている一部研修病院もある。

- 社会情勢や女性医師の増加等を踏まえ、臨床研修においても、出産や育児といったライフステージに応じた研修の実施や、キャリア形成の支援がさらに求められる。

<見直しの方向>

- 極端に高額又は少額の給与を支払っている研修病院に対しては、第三者評価等を通じ適切に対応されていくことや、高額な給与を支払っている病院に対しては補助金をさらに削減することが考えられる。
- 社会情勢や女性医師の増加等を踏まえ、男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有することが重要であり、各研修病院において、研修医が自らのキャリアパスを主体的に考えるような機会を促す必要があるとともに、出産育児等の支援体制の強化に向け、配偶者を含めた休暇取得等に対する職場の理解の向上が必要である。
- また、卒前、臨床研修、専門研修を通じた研修医のキャリア形成支援に向け、研修病院、都道府県、大学（当該都道府県に属する大学及び研修医の出身大学等）、医師会等の更なる連携が求められる。

9) 制度運用上の問題

<現状>

- 現行では、研修医の受入実績が2年なかったことにより指定を取り消された研修病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっている。
- 指導医講習会等の受講は、指定基準上、指導医に関して必須の条件となっているが、受講予定の段階で申請されている場合がある。

<課題>

- 指定を取り消された研修病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっていることは、指定の取り消しの意味を減衰し、問題であるとの指摘がある。
- 指導医講習会等の受講は、受講予定の段階ではなく、受講後の段階で申請されるべきであるとの指摘がある。

<見直しの方向>

（基幹型病院の指定に係る再申請）

- 研修医の受入実績が2年間ないことにより指定を取り消された研修病院について、基幹型病院への再申請は、改めて協力型病院として一定期間の実績を積んだ上で再申請するという運用が必要である。

（指導医講習会等）

- 指導医講習会等の受講は研修の質を確保する上で重要な基準であるため、指定申請に際しては講習会を受講済みであることが前提となるべきである。

3. 地域医療の安定的確保について

1) 臨床研修制度と地域医療との関係

<現状>

(臨床研修制度必修化後の若手医師の分布)

- 臨床研修制度が必修化された平成 16 年以降の若手医師の分布については、関係のデータ等から以下の傾向が見受けられる。

[都道府県別]

- 臨床研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、都市部の 6 都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）では減少傾向にあり（平成 15 年 51.3%、平成 25 年 45.5%）、その他の道県では増加傾向にある（平成 15 年 48.7%、平成 25 年 54.5%）。
- 各都道府県の卒業医学部の人数を 100 (%) とし、その医学部入学前から臨床研修中（卒後 1、2 年目）、臨床研修修了後（3 年目）の分布をみると、多くの都道府県で、
 - ・ 当該都道府県出身者数に比べ、卒後 1～3 年目で当該都道府県の医師数が増加する（卒業生は、当該都道府県の出身者数以上に当該都道府県に定着している）
 - ・ 卒後 3 年目で、当該都道府県出身の医師数が減少する一方、東京都に移動する医師数が増加する

傾向がある。

[市区町村別]

- 制度の必修化後、都市部（県庁所在地等の一部市町村）で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。
- また、医師 3 年目において、制度の必修化前は、都市部から周辺地域に医師が移動するのに対し、制度の必修化後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向が見られる。

[勤務先別（医育機関、病院）]

- 研修医の採用実績の割合について、制度の必修化後、大学病院では減少しているが（平成 15 年 72.5%、平成 25 年 42.9%）、3 年目に医育機関に勤務している者が増加傾向にある。

(臨床研修制度における地域医療への対応)

- 地域医療の安定的確保に向け、平成 22 年度研修から、
 - ・ 都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数等の地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
 - ・ 地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
 - ・ 研修病院の募集定員について、医籍登録後 7 年から 15 年の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算する

等の制度の見直しを図っている。

また、地域の中核病院を中心とし、協力型病院と連携し、病院群の形成の促進を図ることとしており、病院群における緊密な連携を保つため、病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。

＜課題＞

- 医師臨床研修制度は、医師の基本的診療能力の修得を目的とするものであるが、地域の医師確保は、近年の医療をめぐる重要な課題であり、前回の見直しにおいても募集定員の上限設定等の対応を行い、研修医数は都市部で減少し地方で増加する傾向等がみられているが、さらなる地域医療への配慮が必要であるとの指摘がある。

＜見直しの方向＞

- 臨床研修制度においては、地域の医師確保の状況等を踏まえつつ、制度の必修化以降、地域医療研修の必修化、募集定員の設定等を行ってきたところであるが、引き続き、データ等を踏まえつつ、病院群の形成や定員設定等において、地域医療への影響に留意することが必要である。

2) 募集定員の設定

＜現状＞

（各都道府県の募集定員の上限）

- 都道府県別募集定員の上限の設定方法については、全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えることとしている。
- また、都道府県は、各研修病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して、都道府県別の募集定員の上限の範囲内で、病院の同意に基づき、各研修病院の募集定員を調整することが可能となっている。
- 現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県の募集定員の上限が、各研修病院の募集定員の積み上げより大きいため、その差分は県が調整可能である。
- ただし、平成 26 年 3 月末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の 90%を下回らないようにしている。

（各研修病院の募集定員）

- 各研修病院の募集定員については、過去 3 年間の研修医の受入実績の最大値を基本としつつ、医師派遣（※）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行うことにより設定している。

（※）医籍登録後 7 年から 15 年の医師を派遣している場合等に、その実績を踏まえて募集定員を加算

- ただし、平成 26 年 3 月末までの激変緩和措置として、それぞれの研修病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。

(小児科・産科特例プログラム)

- 募集定員が 20 人以上の研修病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

<課題>

- 研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合について、平成 25 年度募集定員では約 1.237 倍であり、まだ、都市部に研修医が集まりやすい状況があるとの指摘がある一方で、希望者と定員との差をあまりに縮めてしまうと、研修病院間の競争が少なくなり研修の質の低下が危惧される、さらにマッチングの結果アンマッチの数が多くなる恐れがある等の指摘がある。
- 都道府県の募集定員の上限については、新たに、高齢者人口や人口当たり医師数等も考慮する必要があるとの指摘がある。
- 小児科・産科特例プログラムは、募集定員に対してマッチ者数が半分程度であり、研修修了後に小児科・産科を希望する者も 7 割程度であり、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性があるとの指摘がある一方、小児科・産科医師確保に一定の効果があつたとの指摘もある。

<見直しの方向>

(研修希望者に対する全体の募集定員数)

- 研修希望者に対する全体の募集定員数について、研修医の地域的な適正配置を一層誘導する観点から、現在の約 1.237 倍から、当初は約 1.2 倍とし、次回見直しに向け徐々に約 1.1 倍とすることを基本としつつ、アンマッチ等の状況を慎重に勘案しながら適宜修正していくことが考えられる。

(各都道府県の募集定員の上限・各研修病院の募集定員)

- 激変緩和措置については、都道府県上限及び各研修病院のいずれも、予定どおり平成 26 年 3 月末をもって廃止すべきである。
- ただし、臨床研修制度の必修化後、研修医数は都市部で減少し、地方で増加する傾向がある中、都市部の募集定員を更に削減することについては、都市部から地方への医師派遣の役割等も踏まえ、慎重な対応が必要である。
- これらを踏まえ、都道府県の募集定員の上限についての基本的な設定方法は維持し、全国の研修医総数を「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方の数値の割合で按分し、「③地理的条件等を勘案した数」を加えたものを基礎数とすることが考えられる。なお、「③地理的条件等を勘案した数」については、新たに高齢者人口や人口当たり医師数も勘案して設定することが考えられる。

- さらに、各都道府県の基礎数の合計と研修希望者の約 1.2 倍（当初）との差について、直近の各都道府県の採用実績を考慮して算出した数を、各基礎数に、都道府県が調整できる枠として追加することが考えられる。（新しい都道府県の募集定員の上限は、基礎数に、都道府県が調整できる枠を加えたものとする。）
- これにより、都道府県が、いわゆる地域枠や、医師派遣、産科・小児科等の状況等も踏まえつつ、地域協議会等を活用しながら、都道府県上限の範囲内で各研修病院の募集定員を適切に調整していくことが期待される。
- なお、この都道府県が調整できる枠の規模については、研修希望者に対する全体の募集定員数を次回見直しに向け徐々に約 1.1 倍とする中で、地理的条件等の加算の規模等との関係も踏まえつつ、適切に対応していくことが考えられる。
- また、新たな設定方法により算出された都道府県上限の値が、直近の採用実績数を下回るような都道府県については、当該都道府県における地域医療への急激な影響も鑑み、平成 27 年度に限り、直近（平成 25 年度）の採用実績数を上限値とする。
- 都市部を中心に、大学病院は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、医師派遣の実績をより考慮した募集定員の設定が求められる。
（小児科・産科特例プログラム）
- 小児科・産科特例プログラムは、募集定員に対してマッチ者数が半分程度等の状況はあるものの、小児科・産科医師確保に一定の効果は期待され、廃止は時期尚早であると考えられる。
- 小児科・産科特例プログラムは、小児科・産婦人科は選択必修科目である中で、今後到達目標の見直しとあわせ、必修診療科目をどうするかを含めて検討すべきである。

3) 地域枠への対応

<現状>

- いわゆる地域枠（以下、「地域枠」という。）には、以下（※）のように多様なバリエーションがあり、地域における重要な医師確保対策として、全体的に増加傾向にある。
（（※）地域枠のバリエーション（例））
 - ・ 入学時選抜枠との関係の有無
 - ・ 奨学金の有無、奨学金貸与者の差異（都道府県・市町村・大学等）
 - ・ 医学部定員増との関係の有無
 - ・ 卒業後の勤務要件の有無、勤務要件の差異（対象病院の範囲、臨床研修期間の勤務要件の有無等）
- 68 大学において計 1,425 名分（平成 25 年度）の、地域を指定した入学者選抜等を導入している。（地元出身者のための枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事

する意志を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。）

- 医学部定員増との関係については、平成 22 年度より、定員増にあたって特定の地域や診療科での勤務を条件とする枠を設けている。

（参考）平成 22 年度 313 名、平成 23 年度 372 名、平成 24 年度 437 名、平成 25 年度 476 名

- 地域枠の卒業後の勤務要件として、臨床研修中に、都道府県等から指定された特定の医療機関において勤務するもの、一定の地域内の医療機関の中から選択して勤務するもの等、様々な形態がある。
- 現在、募集定員の設定においては、地域枠の学生に対する特別な配慮は行っていない。
- 地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う研修病院を決定している。（現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。）

<課題>

- 地域枠の学生が今後増加する中、募集定員やマッチングにおいて、地域枠の学生について配慮し対応すべきであるとの指摘がある一方で、制度の基本理念を踏まえると過度の差別化は望ましくないとの指摘もある。
- 地域枠の多様性等の地域の実情を踏まえ、都道府県が調整できる仕組みも必要であるとの指摘がある。
- 平成 22 年度より設定されている、医学部入学定員増にあたって特定の地域等での勤務を条件とする枠に該当する学生は平成 28 年度以降に卒業見込みであるが、他都道府県の大学で養成している学生については、養成している都道府県の募集定員に反映する仕組みとなっているとの指摘がある。

<見直しの方向>

- 地域医療の安定的確保の観点から、都道府県奨学金貸与等により地域医療への従事が要件となっている地域枠の学生についても、一定の配慮が必要である。そのために、都道府県の調整をしやすくする等の対応が必要である。

（地域枠と各都道府県の募集定員の上限・各研修病院の募集定員）

- 地域枠の状況等も踏まえつつ、都道府県上限の範囲内で各研修病院の募集定員を調整しやすくする等、都道府県が一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組みも必要である。
- また、平成 22 年度より設定されている医学部入学定員増にあたって特定の地域等での勤務を条件とする枠に該当する学生のうち、他都道府県の大学で養成されている学生については、都道府県別募集定員上限の算定の際に何らかの考慮を行うこととした上で、具体的方法は、平成 26 年度に行うマッチングの結果等も踏まえ改めて検討することとする。

(地域枠の学生とマッチング)

- 地域枠とマッチングとの関係については、
 - ・ 医師養成過程における基本的診療能力の修得という医師臨床研修の本来の理念に鑑みると地域枠か一般枠かに関わらず、公平な競争を重視すべきこと
 - ・ 地域枠の学生の研修病院について、地方を中心に殆どの地域では、実際には各研修病院の募集定員に空席があることから、地域枠の学生が当該地域の全病院でアンマッチになることは想定されにくいため、地域枠の学生もマッチングに参加し研修先を決定することについて、地域医療の従事との関係で基本的には問題はないものと考えられること
 - ・ 地域枠は多岐に渡る種類が存在することから、画一的に地域枠の範囲を指定し具体の人数を把握することは難しいことが想定されること
- 等の理由から、原則、地域枠の学生も一般枠の学生と同様、マッチングに参加し、公平な競争のもとで病院を選択することが望ましい。その際、地域枠の学生は、それぞれの地域枠の勤務要件等に留意してマッチングに参加する必要がある。

4) 都道府県の役割

<現状>

- 現在、基幹型病院の指定基準として、地域医療の確保のための協議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。
- 地域における病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各研修病院の募集定員について、各研修病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。
- 現在でも、都市部以外の多くの県では、都道府県上限が、各研修病院の募集定員の積み上げより大きく、その差分は県が調整可能である。
- 都道府県、あるいは研修病院、大学病院、特定非営利活動法人（NPO）等において、臨床研修に関して関係者が協議する場（地域協議会）を設け、臨床研修の質の向上、研修医の確保、研修医の募集定員の調整、指導医の確保・養成、病院群の形成について協議、検討することが望ましいこととされている。

<課題>

- 地域の実情を踏まえた地域医療の安定的確保に向け、募集定員の調整等において都道府県の調整能力を強化すべきであるとの指摘がある。

＜見直しの方向＞

- 地域枠、医師派遣、産科・小児科等の状況を踏まえ、都道府県が都道府県上限の範囲内で各研修病院の募集定員を調整しやすくする等、臨床研修制度における都道府県の調整能力を強化する必要がある。
- 研修の質や、卒前、臨床研修、専門研修を通したキャリア形成支援、地域医療の確保等の一層の充実に向け、都道府県と、研修病院、大学（当該都道府県に所在する大学及び研修医の出身大学等）、医師会、住民代表等の関係者の更なる連携が望まれる。

4. その他

1) 研究医養成との関係

＜現状＞

- この数十年にわたり基礎系の大学院博士課程入学者に占める医師免許取得者の割合が低下していること、専門医取得に比べ博士号取得の志向は低調であること等から、研究に従事する医師（以下、「研究医」という。）の減少による基礎系の教員確保や医学研究の質の低下について危惧する声がある。
- 研究医を目指す学生が、学部から大学院へ途切れなく進むことができるよう、各大学において、奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究医の養成に取り組んでいる。
- また、大学の医学部定員についても、平成 22 年度から平成 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。
- 臨床研修との関係については、現在でも、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、各大学において、研究医の養成を促進するための様々な取組が行われており、例えば、研究志向のある研修医に対して、自助努力により臨床研修とともに時間外等を利用した大学院における研究を並行して行う特別なコースの設置等に取り組んでいる大学もある。
- また、研究医にかかる多様なキャリアパスを促進する観点から、現在は臨床研修修了後に大学院へ進学することが一般的であるが、医師免許取得後、まず大学院へ進学し医学博士を取得後に臨床研修を開始するというキャリアパスも可能であり、臨床研修制度の Q&A にも掲載されているところである。

＜課題＞

- 研究医の養成は喫緊の課題であり、臨床研修中に研究志向が薄れないよう、希望に応じて早期に研究に従事できるような柔軟な対応が必要であるとの指摘がある一方、
 - ・ 臨床研修の目的は基本的診療能力の修得である

- ・ 基礎系の研究医数の推移を踏まえると臨床研修必修化によって急激に減少したとは必ずしもいえない
- ・ 処遇の改善、キャリアパスの確立、臨床でキャリアを積む中で研究の希望を有した際の研究場所の確保等、臨床研修以外の環境整備が必要である等の指摘がある。

<見直しの方向>

- 現在でも、
 - ・ 一部の大学で既に行われているように、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、自助努力により臨床研修と時間外等を利用した大学院における研究を並行して行うこと
 - ・ 医学部を卒業後、まず大学院に進学し、大学院修了後に臨床研修を開始すること等も可能であるが、さらに、研修を一旦休み、一定期間は基礎研究を行い再び臨床研修を行う等、臨床研修と研究をより円滑な形で行き来できる仕組みを構築することが必要であり、そのことを周知することも望まれる。
- なお、研究医の養成に向けては、臨床研修制度における対応以外にも、処遇の改善、キャリアパスの確立、臨床でキャリアを積む中で研究の希望を有した際の研究場所の確保等の一層の環境整備も望まれる。

2) 医師養成全体との関係

<現状>

(卒前教育)

- 卒前教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び平成 22 年度の改訂を経て、全ての大学において利用されている。
- 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入され、全大学において実施されている。大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題である。
- 現状では、大部分の大学において、臨床実習は 5 年次から 6 年次の夏頃まで実施されているものの、その実施期間は大学により幅があり、学生が診療に参加する診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）、学外の病院での実習等、臨床実習の内容の充実についても課題であるが、量・質ともに改善していく動きがある。

- 全ての大学で診療参加型臨床実習が行われているが、国際的な質保証の動きも踏まえつつ、質的により充実した実習を実施していくことが課題となっている。
- 各大学で、地域医療に関する講座等を活用し、地域医療に関する教育が行われている。
- 卒業前 OSCE を実施する大学も増加する傾向であり、現在、半数以上の大学が卒業前に実施しており、全体の 4 分の 1 程度が卒業認定に用いている。

(医師国家試験)

- 医師国家試験については、医師国家試験改善検討部会報告書（平成 23 年 6 月）を踏まえ、卒前教育・臨床研修を含めた一連の医師養成課程に配慮しつつ、出題の検討が行われているところである。

(新たな専門医に関する仕組み)

- 臨床研修修了後の医師の専門研修については、平成 25 年 4 月に、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」が報告書を取りまとめたところであり、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的に、新たな専門医の仕組みが構築され、学会から独立した中立的な第三者機関により専門医の認定・更新や養成プログラムの評価・認定を統一的に行い、平成 29 年度を目途に、新たな養成プログラムに基づき専門医の養成が開始される予定である。

<課題>

- 臨床研修制度のあり方については、卒前教育や、新たな専門医の仕組みの動向を踏まえ、検討していく必要がある。
- 卒前教育において、診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）が充実され、大学間の取組内容の標準化等がさらに進めば、臨床研修に関する期間も含めて所要の見直しもあり得るといふ指摘がある一方、医師免許の取得前後では医療現場における責任が異なるため、卒前教育の充実と臨床研修の見直しについては慎重な対応が必要であるという指摘もある。

<見直しの方向>

- 臨床研修制度のあり方については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育における診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の充実や大学間の取組内容の標準化等の状況や、新たな専門医の仕組みの検討状況を踏まえつつ、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。
- 特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修制度の見直しについては、今後も卒前教育の動向等を注視し、十分な検討が望まれる。
- また、国家試験についても、上記の動向を踏まえつつ、今後の検討がなされることが望まれる。

おわりに

- 今後、本報告書をもとに、制度の一層の向上が図られることを期待したい。
- あわせて、引き続き、臨床研修制度の在り方については、基本理念に照らし、関係の状況を十分に踏まえつつ、必要な検討を行っていく必要があり、今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行うことが求められる。
- 検討に際しては、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点を十分に考慮すべきである。
- なお、次回の制度見直しに向けての検討事項とした到達目標及び評価の在り方等については、本報告書をもとに速やかな検討が望まれる。

(別添1)

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会委員名簿

氏 名		所属・役職
お が わ 小川	あ き ら 彰	岩手医科大学理事長・学長
お し ぶ ち 押淵	と お る 徹	国民健康保険平戸市民病院長
か ん の 神野	ま さ ひ ろ 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
○ き り の 桐野	た か あ き 高明	独立行政法人国立病院機構理事長
こ う の 河野	よ う い ち 陽一	独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院長
こ も り 小森	た か し 貴	日本医師会常任理事
し み ず 清水	た か こ 貴子	社会福祉法人聖隷浜松病院副院長
な か し ま 中島	と よ じ 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
や ま し た 山下	ひ で と し 英俊	山形大学医学部長
よ し お か 吉岡	あ き ら 章	奈良県立医科大学長

○印は部会長

(五十音順)

医師臨床研修部会 審議経過

平成 25 年 2 月 21 日

○医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ「論点整理」について

- ・(参考人) ワーキンググループ座長 堀田 知光 氏

平成 25 年 3 月 22 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・日本外科学会 理事長 國土 典宏 氏
- ・日本麻酔科学会 理事長 森田 潔 氏
副理事長 澄川 耕二 氏
- ・全国医学部長病院長会議 相談役 嘉山 孝正 氏

○基本理念と到達目標等について

平成 25 年 4 月 25 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・日本小児科学会 生涯教育・専門医育成委員会委員長 水谷 修紀 氏
- ・日本産科婦人科学会 理事長 小西 郁生 氏
- ・精神科七者懇談会 精神科卒後研修問題委員会委員長 小島 卓也 氏
精神科卒後研修問題委員会委員 関 健 氏
- ・日本医師会 副会長 中川 俊男 氏

○必要な症例と指導管理体制について

平成 25 年 5 月 23 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・日本病院会 常任理事 福井 次矢 氏
- ・全日本病院協会 医療制度・税制委員会委員 星 北斗 氏
(医師臨床研修指導医講習会担当)

○募集定員の設定等について

平成 25 年 6 月 27 日

○関係団体等からのヒアリング

- ・都道府県(京都府、青森県)
京都府健康福祉部保健医療対策監 横田 昇平 氏

- 京都大学医学研究科医学教育推進センター長 兼 教授 小西 靖彦 氏
京都府立医科大学長特別補佐 大学院医学研究科総合医療・医学教育学教授 山脇 正永 氏
青森県健康福祉部次長 藤本 幸男 氏
青森県良医育成支援特別顧問 小川 克弘 氏
・全国自治体病院協議会 常務理事（公立陶生病院院長） 酒井 和好 氏
・大学附属病院 東京医科歯科大学医学部附属病院長 田中 雄二郎 氏
○中断及び再開、修了等について
○地域医療の安定的確保について

平成 25 年 7 月 18 日

- 研究医養成との関係等について

平成 25 年 8 月 8 日

- 臨床研修制度の見直しの方向性について

平成 25 年 9 月 12 日

- 医師臨床研修部会報告書（たたき台）について

平成 25 年 10 月 10 日

- 医師臨床研修部会報告書（素案）について

平成 25 年 10 月 24 日

- 医師臨床研修部会報告書（案）について

平成 25 年 11 月 28 日

- 医師臨床研修部会報告書（案）について

表1. インタビュー分析結果

大項目	中項目	小項目
目標設定	ポジティブ	・ 目標リストは網羅的で妥当 必要十分である、積極的に取り組みば到達可能である、A Bのメリハリあり チェック項目としても機能 ・ 行動目標、経験目標は有効 リストによるリマインダー効果あり ・ 標準化のために重要 共通の目標、コアの目標として ・ 詳細な目標の有用性 プログラム作成時に参照する
	ネガティブ	・ 目標数多すぎる 必要な経験ができない、形式的な経験に終わる場合もある ・ 行動目標は形骸化 評価する機会少ない ・ 研修理念と目標の乖離 研修医が目指す姿とのズレを感じる ・ 目標項目への疑問 現実との乖離あり（現在のコモンを反映しているか、使われていない検査や手技） 研修する診療科の基準（必修/選択）との不整合あり A B設定の意味や根拠が不明 経験困難な項目がある（特定の科でしか経験できない症例） 社会的役割に関する具体的目標が欠如している 解釈に個人差がある ・ 到達レベルが不明瞭 個々の目標に到達したと判断する基準が不明 卒前・卒後で目標の違いが不明確 ・ 目標の認知が不十分 研修医、指導医、医学生 広報の重要性
	その他	・ 10年経過したことによる慣れ 制度が導入された当初に比べて使い慣れた ・ プライマリケアの導入 プライマリケア能力の研修の重要性 初期研修でのプライマリケア能力の涵養は重要 将来は専門医になったとしても役立つ 「プライマリケア」の定義が不明確 プライマリケア能力のしぼりこみ（目標が増加） ・ 目標経験に関する研修病院別の特性 研修医の数によるメリットの違い 少数なら指導が充実/多数なら相互に刺激 大学病院では目標のすべてを経験可能 大病院研修を補完する地域医療研修の重要性 ・ 病院別に経験できる量と質のばらつきは問題 病院別の違いの検討が不十分 特に外部評価を受けていない病院が問題 外来や救急診療機能の差が研修に影響する

評価	ポジティブ	・各施設やプログラムによる評価の工夫 ポートフォリオは生涯学習として有効 成長過程を評価することを重視している 形成評価やフィードバックの教育的活用
	ネガティブ	・評価方法の偏り（評価の信頼性と妥当性に対する疑問） 経験目標のチェックに終始する傾向あり ・評価基準の不明確さ 目標達成の習得度（到達レベル・評価基準）を明示する必要性あり レポート提出数で目標に到達したと評価可能か疑問 主観的になりがち（特に行動目標、「守秘義務を果たす」の達成レベルの曖昧さ） ・評価が困難な領域 地域医療研修の評価が困難（現場依存） 行動目標、医師の社会的使命に関する評価 ・評価する時期の問題 学習場面での形成評価が困難（節目や終了時に集中しがち） 研修期間中の2年間継続的に評価する方法の模索 ・評価者によるバラつき、自己評価(自信と連動する)と他者評価の達成度の評価の差異 ・指導医の負担（複数人の研修医評価）
	その他	・評価方法の工夫（定期的な形成評価が繰り返し実施されている） 研修手帳、EPOC、レポート（内科学会サマリー形式）、ポートフォリオ等 評価者の拡大（自己評価、患者、同僚、他職者）、振り返りとフィードバック、Mini-CEX、ACGMEの評価システム導入（6項目コンピテンシー評価） 行動観察（項目到達の裏付けとなる行動確認）
研修制度	ポジティブ	・制度導入自体は良かった 全国共通の方針、“コアとなる目標の明示”と“目標—評価がセット”であること ・協力体制がある（研修部の存在） ・指導医の学び（教えることで学ぶ）
	ネガティブ	・研修目標と研修運営のかい離（2年で習得可能か、 ・運営のインセンティブが理念と異なる 研修医獲得が目的、育てた研修医を残したい ・見直しが必要 社会背景の変化に応じた見直し（地域医療へのシフト） 専門医制度導入を想定した初期研修のあり方 必修科設定（プライマリを前提に、合わない場合ドロップアウトにつながる） 研修期間（基礎力習得に十分か） ・研修医療機関の負担 へき地の施設、地域医療研修先の指導体制、制度変更に伴う体制整備は大変 ・他研修との連動が不十分 卒前→卒後（前期・後期）→専門医（差別化と継続性） 特に行動目標は連動が必要（倫理は卒前からの教育が必要） ・修了判定の基準がない
	その他	・制度やプログラムに対する評価の必要性（短期的・長期的アウトカムに基づいて） 制度見直し後の評価の必要性（研修修了者のキャリア追跡、全国データの分析） 各研修施設のプログラム評価必要（モラルハザードの抑止力として） 第三者による制度評価の必要性 ・研修病院のプログラム評価の必要性 ・基本理念の重要性（三大理念は残す） ・医学生への広報

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：医師のプロフェッショナリズムを踏まえた到達目標の在り方に関する研究

研究分担者 野村英樹 杏林大学 医学部 教授

研究協力者 後藤英司 JCHO 横浜保土ケ谷中央病院 院長

木下牧子 医療法人愛の会光風園病院 副理事長

大生定義 立教大学社会学部 教授

朝比奈真由美 千葉大学医学部 講師

宮田靖志 国立病院機構名古屋医療センター 卒後教育研修センター長

井上千鹿子 日本医科大学医学教育センター 助教

研究要旨： 医師の能力（コンピテンシー）としてのプロフェッショナリズム、および、キャリア継続能力にどのような具体的な能力が含まれるのか、国内外の学術団体の検討に関する情報を収集した。その結果我が国においては、医学教育学会の倫理・プロフェッショナリズム委員会と女性医師キャリア教育検討委員会が、それぞれのサブコンピテンシー、その最終到達像、および、そこから逆算して設定された臨床研修修了時等の中間目標の検討と記述を行っていた。

ここで、倫理・プロフェッショナリズム委員会での検討結果には、女性医師キャリア教育検討委員会によるキャリア継続のための能力も、プロフェッショナリズムのサブコンピテンシーの中に含まれている。ただし、医師に求められる全ての能力の切り分け方によって、プロフェッショナリズムに含まれる内容の増減があり得るので留意が必要である。

A. 研究目的

臨床研修の基本理念に謳われる「医師としての人格の涵養」を具体化させるとの観点から、「プロフェッショナリズム」を医師のコンピテンシー（能力）の一つととらえ、その目標の設定にかかる検討の参考とするため、学会や民間、海外における医師のプロフェッショナリズムの能力（コンピテンシー）策定に関係する取り組みについて情報収集を行う。また、女性医師の増加に伴い、医師においても男女共同参画の推進が喫緊の課題となっていることから、キャリア継続に必要な能力（コンピテンシー）策定に関係する取り組みについても情報収集を行う。

B. 研究方法

1) プロフェッショナリズムないしその教育について検討している国内外の学術・職能団体（学会など）を、当該分野の研究者を通じて同定し、挙げた同団体の活動内容について情報収集を行った。

2) 医師のキャリア形成・継続能力ないしその教育について検討している国内外の学術・職能団体（学会など）を、当該分野の研究者を通じて同定し、挙げた団体の活動内容について情報収集を行った。

（倫理面への配慮）

収集した情報に個人情報などは含まれず、特段の配慮は必要ないものと判断した。

C. 研究結果

1) プロフェッショナリズムないしその教育について検討している国内外の団体として、

- I. 日本医学教育学会 倫理・プロフェッショナルリズム委員会
- II. 医療の質・安全学会 医療の質保証とプロフェッションの役割ワーキンググループ
- III. 日本内科学会 専門医部会（旧認定内科専門医会）プロフェッショナルリズム委員会
- IV. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Outcome Project
- V. American Board of Internal Medicine (ABIM) Project Professionalism
- VI. American Board of Medical Specialties (ABMS) Standing Committee on Ethics and Professionalism
- VII. General Medical Council（英国）

が同定された。ここで、I～IIIの活動においてはIV～VIの活動が参考にされているので、ここではI～IIIについて記述する。

I. 日本医学教育学会 倫理・プロフェッショナルリズム委員会における検討

同委員会は、学会第16期（2009年1月～）・第17期（2012年6月～）・第18期（2014年6月～）とおおよそ5年にわたり、独立開催のシンポジウムを5回、医学教育共同利用拠点岐阜大学医学教育開発研究センター（MEDC）のワークショップを2回、学術集会でのシンポジウムを1回開催し、提言（1）を発表するなど、医のプロフェッショナリズムに関して積極的な活動を重ねている。2014年後半より同委員会は、これまでの検討の結果に基づき、広く学会員・非学会員に呼びかけて、「医師の能力（コンピテンシー）としてのプロフェッショナルリズムの最終到達像」を具体

的に検討している。

研究の進め方は、同年11月22日に約50名の参加者を得て「プロフェッショナルリズム教育のコンセンサスを形成しよう」と題するワークショップを開催し、その中で「医師のコンピテンシーとしてのプロフェッショナルリズム」の最終到達像を小グループ討議により作成、その際の各グループのプロダクトと、委員会で従来検討してきたプロフェッショナルリズムのあり方に関する知見を統合して、プロフェッショナルリズムの最終到達像の案を作成。この際、医師のキャリア形成能力もプロフェッショナルリズムのコンピテンシーに含まれるとの仮説に基づいて、後述する女性医師キャリア教育検討委員会によるキャリア形成能力の最終到達像も統合している。

続いて、この原案をインターネット上で公開し、11月22日のワークショップ参加者や学会関係者からのコメントを募集し、その結果を2015年2月22日のコンセンサス会議で再度検討して、委員会としての案を策定している（別添資料1を参照のこと）。

委員会案では、医師のプロフェッショナルリズムを以下の8つのサブドメインに分類している。

1. 患者や生活者との関係における医師
2. 社会的使命への貢献
3. 医師に求められる道徳性
4. 多様な価値観の受容と公正性への配慮
5. 組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
6. 卓越性の追求と生涯学習
7. 自己管理とキャリア形成

また、この最終到達像に向けて逆算する形で、医師育成過程の各節目における中間目標も検討している。ここで、医師育成過程の各節目とは

- a. 医学部入学時
- b. 臨床実習開始時

c. 医学部卒業時

d. 臨床研修修了時

である。今後、この委員会案に基づいて、学会でのブラッシュアップを行う予定である。

II. 医療の質・安全学会 医療の質とプロフェッションの役割ワーキンググループにおける検討

同ワーキンググループは、2006 年度から 2008 年度にかけて同学会副理事長（当時）の上原鳴夫氏を主任研究者として行われた厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)「医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究」において活動し、先進各国におけるプロフェッションのあり方について詳細に検討して報告している (2)。また、医師のプロフェッションによる自律団体の設立などについて提言 (3) を行っており、2013 年に日本学術会議医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会がその報告書 (4) で自律団体の設置を提言したことを受け、その実現に向けた活動を予定している。なお、医師の能力（コンピテンシー）としてプロフェッショナリズムについては検討を行っていない。

III. 日本内科学会 専門医部会（旧認定内科専門医会）における検討

日本内科学会認定内科専門医会は、プロフェッショナリズム委員会を設置して、医のプロフェッショナリズムについて我が国で最初に検討を行った学術団体と考えられる。同委員会では、American Board of Internal Medicine (ABIM)が American College of Physicians (ACP)および European Federation of Internal Medicine (EFIM)と合同で発表したいわゆるミレニアム医師憲章の日本語訳 (5) を作成するなどの活動を行った他、その後も専門医部会ではワーキンググ

ループとしての活動を継続し、さらに日本内科学会誌の専門医部会の頁などにプロフェッショナリズムに関する論文をシリーズで掲載 (6-8) するなどしている。特に、利他主義と社会契約というプロフェッショナリズムの基本的概念 (7)、脳科学に基づいた人間の道徳性に関する検討 (8) は、I で紹介した医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会における、医師の能力としてのプロフェッショナリズムを検討する上での出発点となっている。

2) キャリア形成能力ないしその教育について検討している国内外の団体として、

- I. 日本医学教育学会女性医師キャリア教育検討委員会
- II. 全国医学部長病院長会議 女性医師の労働・環境問題に関する検討ワーキンググループ
- III. 日本外科学会 女性外科医支援委員会
- IV. Association of American Medical Colleges: Careers in Medicine
- V. National Health Service (英国): NHS Careers

が同定された。ここでは、I～IIIについて記述する。

I. 日本医学教育学会女性医師キャリア教育検討委員会における検討

同委員会は、学会第 18 期 (2014 年 6 月～) に設置された委員会である。設置の本来の目的は、女性医師の継続的社会参加支援における「医学教育が果たすべき役割」を明らかにすることであり、そのため：(女性) 医師が生涯を通じて、医師としての職務を過剰なエネルギーを必要とせずに継続することが可能となるため、すべての医師が修得すべき能力を明らかにし、その修得方法を提

示することを目標に活動している。

そこで同委員会ではまず、女性医師の継続的社会参加を阻害する要因について検討し、そこから女性医師の継続的社会参加を促すための方策を検討した。その結果、システムとしての男女共同参画や社会意識の改革、労働環境の改善の他に、医学教育に関わるべきものとして

医師としての社会的使命感の醸成

医学部・卒後教育におけるキャリア教育の充実
多様なロールモデルの存在

柔軟な思考・人生設計能力の獲得

を抽出している。ここで重要なことは、これらの能力は女性医師だけでなく、男性医師にも必要であることが強調されていることである。

この検討の結果から同委員会では、医師に必要とされるキャリア継続のための能力のサブドメインとして、

- 1) プロフェッショナリズム
- 2) キャリアデザイン立案能力
- 3) 職業上の多様な価値観を受容する能力
- 4) 支援に対する姿勢
- 5) 社会的性差の認識とその対応能力

を設定している（詳細は別添資料2を参照）。

ここに紹介したキャリア継続のための能力は、2014年の医学教育学会学術集会のパネルディスカッションで案が発表されたが、その内容はプロフェッショナリズムとの関連が非常に深いものであったため、前述のように同学会の倫理・プロフェッショナリズム委員会におけるプロフェッショナリズムの能力（コンピテンシー）の検討に際して、ここで挙げた項目を統合して検討されている。

II. 全国医学部長病院長会議における検討

全国医学部長病院長会議の女性医師の労働・環境問題に関する検討ワーキンググループは 2011

年 11 月、女性医師の就労環境に関する実態調査と題する報告書を公表している（10）。これは、会員である 80 大学を対象とした調査である。

その中では、女性医師の割合や保育設備の有無や利用可能時間などの調査結果に加え、医学部教育におけるキャリアプランニング教育の充実の必要性の認識についても調査している。「賛成」が 81%（65/80 大学）と多く、「反対」は 1%で 1 病院（1/80 大学）のみであったとのことであるが、実際にどのような教育を行うべきか、各大学が悩んでいる状況がうかがわれている。

翌 2012 年 10 月には、同委員会が「医師のキャリア形成に関連する医学部教育の実態調査」と題する報告書を公表した。これは、医学部におけるキャリア教育への賛否、実施状況などを調査した結果であるが、医学部におけるキャリア教育実施への賛成の理由として、「キャリア教育は医師のプロフェッショナリズム教育と同等であり当然である」や、「一貫した卒前・卒後・生涯教育上必要である」などが紹介されている。

さらに、調査結果に基づく記述ではないものの、報告書冒頭の津田喬子委員長による「発刊にあたって」では、キャリア継続に必要な能力とプロフェッショナリズムの関係について、以下のように述べている。

（転載はじめ）

医師には、知識や技能を修め、それを生涯にわたって中断することなく発展させ、社会に還元することが求められています。それは医師のプロフェッショナリズムと言えます。「キャリア教育」とは、今日の医学・医療のグローバル化の中で、医学生・若い研修医に対して、医師のプロフェッショナリズムをいかに継続していくかの確固たる動機づけと考えます。具体的には、1. 医師として生涯就労を継続する、2. 医学知識と技能の研鑽に励む、3. 自己啓発力を形成する、4. 社

会へ還元する意識を持つ、5. 男女平等な社会の実現に努力する、6. ワークライフバランスを正しく理解する、などが考えられます。

(転載おわり)

III. 日本外科学会女性外科医支援委員会における検討

日本外科学会女性外科医支援委員会は 2012 年 5 月、「日本医学会分科会における女性医師支援の現況に関する調査報告書」を公表している (9)。

これは、日本医学会分科会として承認されている 110 の学会に調査票を送り、105 の学会から回答を得た結果をまとめたもので、2008 年にも一度同様の調査を行い、2011 年の調査は二回目である。専門医の認定を行っている学会は 70 あったとのことであるが、専門医の中で女性が占める割合に加え、専門医の更新の際に妊娠・出産、育児休暇、介護などを留保条件として認めているかも調査している。そのような留保条件を認める学会は前回調査と比較して増加しているとのことであり、少しずつではあるが、専門医の維持に女性のライフイベントが不利にならないような体制が作られつつあるようである。

その他、学会ごとに女性医師のキャリア継続支援のためにどのような活動を行っているかを自由記載で回答を求めている。中には、キャリア継続のための能力が取り上げられた可能性のある学術集会での企画を回答した学会が多数存在したが、具体的な能力 (コンピテンシー) についての検討があったかどうかは不明である。

D. 考察

本分担研究の主題は、医師臨床研修におけるプロフェッショナルリズムの学習目標の検討にある。しかしながら、我が国で発展してきた医学教育の理論では、医師の育成過程における各段階の目標

はお互いに独立して存在するものではなく、医師としてのあるべき姿を最終到達像として、いわゆる lay person (一般人) がその最終到達像に至るまでの中間過程に、節目ごとの (例えば臨床研修修了時の) 目標があると考えて設定することが求められている。

日本医学教育学会は、卒前医学教育から卒後医学教育、生涯学習までの全課程を視野に医学教育全般について研究・実践する唯一の学術的団体であるため、その各種委員会が上記の理論に基づき、プロフェッショナルリズムやキャリア継続の能力

(コンピテンシー) の最終到達像や中間目標を検討している。他の学術的な団体もプロフェッショナルリズムやキャリア開発についての検討を行っていたものの、その最終到達像や各段階における中間目標の設定を明示的に行っている団体は存在しなかった。

さて、医学教育学会倫理・プロフェッショナルリズム委員会における検討で一点問題となったのは、プロフェッショナルリズムの能力 (コンピテンシー) とキャリア継続のための能力 (コンピテンシー) を統合して考えるべきか、切り分けて考えるべきかという点である。キャリアを継続することは、医師としての自分への社会からの信託に応える意志を持つことであるという意味で、確かにプロフェッショナルリズムと重なる部分があることに疑いはないものの、では具体的に生物学的性差や社会的性差を認識したり、その克服を目指すことまでをプロフェッショナルリズムの能力に含めるべきかどうかは賛否両論が存在した。

しかし、広く社会や職場における差別を克服し協働する能力と捉えることにより、プロフェッショナルリズムに含めて考えるべきとのコンセンサスが得られたため、同委員会案では最終的に性差の認識や克服もプロフェッショナルリズムの能力に含める結果となっている。

E. 結論

日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会が呼びかけた医師の能力（コンピテンシー）の一つとしてのプロフェッショナリズムの検討において、以下の8つのドメインが挙げられた。

1. 患者や生活者との関係における医師
2. 社会的使命への貢献
3. 医師に求められる道徳性
4. 多様な価値観の受容と公正性への配慮
5. 組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
6. 卓越性の追求と生涯学習
7. 自己管理とキャリア形成

各ドメインについて、臨床研修修了時の到達目標が呈示されている。この中には、キャリア継続に必要な能力についても統合されている。今後、同学会内でブラッシュアップされる予定であり、平成32年度の目標の見直しの議論に際し有用な資料である。

参考文献

1. 第16期日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会. 提言 医師養成課程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化について. 医学教育 2011; 42(2): 123-126
2. 医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究：平成20年度総括・分担研究報告書：平成18年度厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)
3. 野村英樹. 医療の質の保証に資する「プロフェッションの自律」の制度化に関する研究. 医療の質・安全学会誌 2008; 3(1): 29-32
4. 日本学術会議 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会. 全員加盟制医師組織によ

る専門職自律の確立ー国民に信頼される医療の実現のために. 2013年8月30日

5. 米欧合同医師憲章と医のプロフェッショナリズム - 日本版内科専門医憲章策定をめざすプロジェクトの成果 -. 内科専門医会誌 2006; 18(1): 45-57
6. 野村英樹. プロフェッションによる教育と自律のあり方. 日本内科学会雑誌 2010; 99(5): 1116-1121
7. 野村英樹. プロフェッショナリズムの本質ー利他主義と社会契約を理解する. 日本内科学会雑誌 2011; 100(4): 1110-1120
8. 野村英樹. プロフェッショナリズムの基盤としてのヒトの道徳本能. 日本内科学会雑誌 2012; 101(11): 3277-3286
9. 日本外科学会女性外科医支援委員会. 日本医学分科会における女性医師支援の現況に関する調査報告書. 2012年5月
10. 全国医学部長病院長会議 女性医師の労働・環境問題に関する検討ワーキンググループ. 女性医師の就労環境に関する実態調査. 2011年11月

F. 研究発表

1. 論文発表

日本医学教育学会第18期倫理・プロフェッショナリズム委員会. 「プロフェッショナリズム教育のコンセンサスを形成しよう」ワークショップ報告書. 2014年12月10日

2. 学会発表

なし

「医師の能力としてのプロフェッショナリズム」の最終到達像と各節目における中間目標

第 18 期倫理・プロフェッショナリズム委員会案

2015.02.23

ここに記載した「医師の能力としてのプロフェッショナリズム」の最終到達像は、医師が持つべき全ての能力の中の一つである。医師として他にどのような能力が求められるかは別途検討が必要があるが、その中でプロフェッショナリズムは、単純に他の能力と並列関係にあるわけではない。すなわちプロフェッショナリズムは、例えばコミュニケーション能力、例えば生涯学習能力、例えば医療安全に必要な能力などを身につける上での動機や原動力として働くものである。プロフェッショナリズムがなく、それ以外の動機や原動力、例えば高収入を得たいという欲求や、高い地位を得たいという欲求に突き動かされた時、身につけるべき他の能力は大きく変化してしまうだろう。

この文書が想定している「医師」は、臨床医に限らず、医師の資格をもつ全ての職業人が対象である。プロフェッショナリズムは、専門職個人のあり方、ならびに専門職集団（プロフェッション）のあり方という二つの意味を持つ言葉であるが、この文書は、前者に焦点を絞って記載している。このことは後者を軽視するものではないが、本邦では後者については今後広く社会的な議論が必要な現状にあるとの認識に基づいている。

この文書では、プロフェッショナリズムの中に以下の7つの下位概念を設定している。

1. 患者や生活者との関係における医師
2. 社会的使命への貢献
3. 医師に求められる道徳性
4. 多様な価値観の受容と公正性への配慮
5. 組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
6. 卓越性の追求と生涯学習
7. 自己管理とキャリア形成

1では保健医療の対象者である患者や生活者との関係のあり方、2と3では患者や生活者の有機的集合体としての社会との関係のあり方、4と5では属する組織やチームとの関係のあり方、そして6と7では自分自身との向き合い方について記載されている。各下位概念では、最初に医師が生涯目標とすべき最終到達像について概念的に説明している。

その後、医師養成課程における節目（医学部入学時、臨床実習開始時、医学部卒業時、臨床研修修了時）ごとの中間目標を記載している。ここで、時間的により後ろに位置する到達目標では、それ以前の時点における到達目標が達成されていることを前提として記載していることに留意されたい。また、中間目標は観察可能な行動として記述しているが、語尾が「～できる」となっている場合と「～している」となっている場合がある。前者は、指示されればやって見せることができるレベルが期待されていることを示し、後者は、生活や実務の中で実際にその行動を取っているレベルが期待されていることを示す。

最後に、ここに掲げられた医師としての最終到達像や中間到達像は、一度達成すれば安住できる静的な目標ではなく、常に自らを振り返り、より高いレベルを目指して努力し続ける真摯な姿勢が求められていることに留意されたい。

1. 患者や生活者との関係における医師

- 医師は、患者を単に傷病を有する個人としてのみならず、様々な人間関係やそれに伴う感情を持ち、経済的・文化的な活動も行う生活者として理解した上で共感し、思い遣り、患者の自律性を尊重した良好な患者-医師関係を構築して、医療のみならず社会的支援や介護・福祉の必要性も含めて配慮する。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 傷病を持つ人の生活や感情に関心を持っている

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. ボランティア活動(医療に限らない)やコミュニティ活動などに参加し(カリキュラムの一環でも可)、支援を必要とする人々や疾病を持つ人々、あるいは生活者と人間的なコミュニケーションを取っている

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 患者やその家族と、医学医療以外の話題でもコミュニケーションを取り、チーム内での意思決定においてその情報を役立てている

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 患者の自律性を尊重した病状・選択肢の説明を行っている
- b. 病を持つ患者の生活を支援するため、介護・福祉制度の利用や、社会的支援の獲得に向けた調整を行っている

2. 社会的使命への貢献

- 医師という職業は、人々の健康をできる限り維持するという重要な役割を社会から託されている。その役割に生涯を通じて貢献することを前提として、医師には業務および名称独占権、加えて経済的報酬や社会的評価が与えられている。医師は常に、社会が医師に何を期待しているのかを感じ取り、個人として、そして専門職集団として、その期待に応えることができているかどうかを振り返り、期待に応えるためのあらゆる方策を実行する能力の修得に努め続ける。そのことを人生の目標の一つとする価値観を

医師たちが共有することを通じて、医師はこの責務を全うする。

- また医師は、多くの社会資源を投じて公的に育成されており、医師自身が公的な性格を持った社会資源である。加えて、多くの先達や同僚、医師以外の多くの他職種、そして何よりも患者・生活者やその家族、市民からも、無償の支援を受けて成長する。医師は、それらの支援に対し感謝の心を持つとともに、それらの支援が社会的使命に貢献する医師を育てるために行われるものであると受け止め、自らも惜しまず他者を支援する。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 多様な保健医療に関連する情報を得たり、自ら体験したりして、それらについて考察している
- b. 医師の養成は社会的要請によって行われていることを認識している

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. 医師が社会的使命を負う存在であることを理解している
- b. 医学生に対して多くの社会資源が投じられていることを認識し、その期待に応えるべく学習に取り組んでいる

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 医師という資格が負う社会的使命を、自らの生涯の使命として進んで受け容れている
- b. 医師は専門職集団（プロフェッション）の一員であることを理解し、進んで受け容れている
- c. 医師免許という国家資格を授かる者として、患者やその家族を含め多くの人々が、将来社会的使命を負う存在として援助してくれたことを認識し、感謝の心を持って、社会的使命への貢献を宣言している

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 医師に対する社会の真のニーズを、常に深く掘り下げて理解するよう努めている
- b. 保健医療システムの中で社会のニーズに応えられる個人として成長するために、今後の臨床・学習の場や内容を計画している
- c. 共に社会のニーズに応じて行くべき専門職集団の一員として、他者からの評価を積極的に受けている

3. 医師に求められる道徳性

- 医療は、医療者と患者およびその周辺との信頼関係の上に成り立っている。医師は個人として、さらには専門職集団として、患者や社会からの信頼に値する道徳性を身に着けるべく、常に高みを目指して行動する。道徳性には、社会人としてのマナーや法令遵守も含まれるが、その上に、職業によって相応し

い道徳性がある。医師は、医師という職業に最も必要な、保健・医療・福祉・介護などを必要とする患者や生活者への思い遣りを常に発揮し、次いで公正性や、患者や生活者の自律性の尊重を発揮する。

- 医師にとって思い遣りの道徳性とは、保健・医療の実践そのものであるが、疾病予防の重視や、意思表示ができない生命を尊ぶ倫理観も含まれる。
- 公正性には、誠実さ、平等な医療の提供、利益相反の適切な管理、限りある資源の公正な分配、説明責任、守秘義務の遵守などが含まれる。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 医師という職業は、患者や社会からの信頼の上に成り立つことを認識し、受け容れている
- b. 学業上の不正、日常生活においても法に触れる行為は行わない

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. 患者やその家族のプライバシーに配慮し、守秘義務を厳守している
- b. 医師の利益相反の問題に関心を持ち、疑わしい行為への誘いを断ることができる
- c. 生命倫理に関心を持っている
- d. 社会人として相応しい良識ある行動を取っている

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 患者やその家族に対する説明責任を果たし、嘘をつくことがない
- b. 置かれている環境の中で、可能な限り予防医療の実践に努めている

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 研究や著述などにおいて、不正行為を働いたり、虚偽を含めることがない
- b. 限りある医療資源を公正に活用している

4. 多様な価値観の受容と公正性への配慮

- 医師は、社会的使命への貢献を価値観として共有するが、その他の点（例えば政治や宗教、結婚や家庭や育児や介護など）では医師の間でも異なる価値観がある。また、医師の周辺には異なる価値観を持つ職能があり、さらに、患者やその家族や一般市民はさまざまな価値観を持っている。医師は、このような異なる価値観を持つ人々の存在を受容し、耳を傾ける柔軟な姿勢を持つ。また医師は、組織や社会における差別を克服し、協働するために努力する。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 異なる価値観を持つ他者とも交流できる

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. 患者や家族にはさまざまな価値観があることを認識し、受け容れる
- b. 他の医療職を目指す学生と交流し、それぞれの視点があることを認識し、受け容れる

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 傷病や妊娠、家庭の事情などで変則的な勤務を行っている医師や他の職員の存在を受け容れ、積極的に支援する
- b. 職業上異なる価値観を持つ人々と協働する

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 生物学的性差と社会的性差を正しく認識し、組織や社会における社会的性差を克服するよう努める
- b. 医師の間でも、職業以外の点では異なる価値観があることを受け容れ、価値観の相違をお互いの理解の機会と捉える

5. 組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割

- 医師は、組織やチームのメンバーとして、時にはリーダーとして、様々な医師や他職種、患者やその家族も含めて連携し、個人ではなし得ない成果を挙げる能力を発揮する。これには、礼儀や礼節を含めた適切なコミュニケーションにより人間関係を構築し、目的や目標を共有して協働する能力が含まれる。また、組織を維持するために社会的使命の遂行に支障をきたしたり、医師としての道徳性を損なったりしないよう留意する。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 他者に関心を持ち、基本的な礼儀や礼節を弁え、他者の意見に耳を傾け、質問をし、自らの考えを述べている

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. チームの一員として、進んで自らの役割を見出し、リーダーや他のメンバーに協力し、必要な時にはリーダーや他のメンバーに相談している
- b. 医師以外の職種の役割を理解する

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 医療チームの中で役割を持ち、適切に相談・報告・連絡を行っている

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 他の医師や他職種との協働において、必要な際には調整役を果たしている
- b. 組織の一員として、システムの改善のための活動（質の改善、患者安全など）に参加している

6. 卓越性の追求と生涯学習

- 医師は情報を批判的に吟味した上で学習を続け、自己の能力を高く保つことを通じて、社会の信頼を得る努力を生涯続ける。また、社会の期待の変化やそれに伴う制度の変更などに適切に対応する。そのために医師は、自己のパフォーマンスを自ら振り返り、自己の限界を知り、360°からのフィードバックを受け容れ、教育を受けて行動を変える。
- また医師は、研究や学術集会での発表などを通じて、医学の進歩に貢献する努力を続ける。さらに、自らが所属する組織などにおいて提供される医療の質の向上に努力する。
- 加えて、医師は後進の教育のみならず、同僚や先達、患者やその家族、あるいは社会とも積極的に知を共有（共育）する姿勢を持つ。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 学校の課題や受験のための勉強以外に、興味を持ったことについて図書館やインターネットなどで調べて学習している
- b. 辞書を使いながら、英語で書かれた科学記事を読むことができる

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. 自分の知らないことをそのままにせず、質問をしたり、テキストを調べたりして疑問を解決する
- b. EBM のステップ 1～4 を、時間をかけても実践する

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 日々の臨床経験の中で疑問点を挙げ、複数の情報源にあたって自ら学習を進める
- b. カンファレンスで積極的に発表し、また他者の発表に質問や意見を述べる
- c. 後輩や同僚との間で、定期的に知を共有する仕組みを作っている、あるいは参加している

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 自ら進んで指導者の評価を受け、助言を受けて自己のパフォーマンスを改善する
- b. 学会発表（地方会、症例報告を含む）の準備を行い、指導者や同僚の助言を繰り返し受けて、より良

いものに仕上げる努力を行った上で発表する

- c. 医学雑誌のコンテンツを定期的にチェックし、新たなエビデンスを吟味し、自分の診療を改善する
- d. 後輩医師に対する教育や支援を自らの役割の一つとして受け容れ、積極的に関与している
- e. 同僚医師やメディカルスタッフ、事務職・介護職・福祉職、患者やその家族、一般市民に対して、積極的に自らの知を共有し、業務や学習を支援している

7. 自己管理とキャリア形成

- 医師は、時間という限られた資源を有効に活用する必要があり、時間管理の能力は重要である。また、他者にとっても時間資源は限られたものであることを認識し、診療や会合の時間を守る。
- また医師は、社会的使命を全うするために、さらには健康という価値を提供することを役割とする立場としてロールモデルとなるためにも、自らの健康に留意する。
- 医師のキャリアにおいては、いくつかの予測可能な、そして予測不可能なライフイベントが発生する。そのため、複数の多様な将来像の中から、予測されるライフイベントも考慮し、また先輩などからのアドバイスを求めて、当面の学習計画を立案する。また予想外のライフイベントやその他の状況の変化に応じて、柔軟に計画を修正する能力を持つ。

(1) 医学部入学時の選抜基準：

- a. 時間を守り、不測の事態で時間が守れない時には関係者に連絡する

(2) 臨床実習開始時の到達目標：

- a. 成人後も喫煙や過度の飲酒を避け、運動の習慣を持つ
- b. 家族やアルバイトなどの社会関係を良好に保ち、自らの役割を果たす

(3) 医学部卒業時の到達目標：

- a. 複数のキャリアに興味を持ち、様々なキャリアの医師と交流する
- b. 結婚や出産、育児、親の介護などについて経験者などの話を聞き、自らのキャリアを考える

(4) 臨床研修修了時の到達目標：

- a. 5～10年程度先までの自分なりのキャリアプランを持っている

キャリア継続のための学習目標

1) プロフェッショナリズム（医師の使命）

1-1 医師という専門職は、自己実現がすなわち社会貢献につながる非常に意義のある職業であることを知る。

1-2 医師になるためには、個人の努力だけではなく、多くの社会資源が投入されていることを認識する。

1-3 医師という職業は、生涯にわたり継続的な社会貢献が求められていることを自覚する。

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価の対象
入学前	1-1	医師の使命について学ぶ	講義ののち 病院見学	レポート作成（願書に添える）
入学後 早期	1-1	医師の使命について学ぶ	医師の使命の基本的 概念の講義後 SGD	レポートをポートフォ リオ（PF）に入れる： 以下レポート・PFと記載
	1-2	投入される社会資源について具 体的な情報を収集する	自己学習後 SGD	レポート・PF
	1-3	継続的な社会貢献の必要性につ いて学ぶ	医師の使命の基本的 概念の講義の後自己 目標の設定	レポート・PF
病棟 実習前	1-1	医師の使命について学ぶ	実習中の先輩と医師 という職業について SGD（*1）	レポート・PF
	1-2	投入される社会資源を具体的に 学ぶ（他の職業との違いを含め）	先輩からの講義 （*2）、IPE	レポート・PF
	1-3	様々な形の継続的社会貢献につ いて学ぶ	ロールモデルの提示 （講演）・体験実習 （*3）後 SGD	レポート・PF
病棟 実習中	1-1	実習期間中の意義ある経験を共 有する	後輩、同僚、初期臨 床研修医と SGD （*1, 4）	レポート・PF
	1-2	社会資源の投入の重要性を後輩 に説明できる	後輩への講義（*2） レポート	アンケート（後輩から の feed back）
	1-3	卒業前に継続的な社会貢献を行 う決意表明をする		決意表明を PF に入れ 完成する
初期臨 床研修 医	1-1	研修中の経験を同僚と共有し、病 棟実習中の後輩に伝える	実習中の後輩、同僚 と SGD（*4）	レポート提出・PF
	1-2	社会資源の投入の重要性を後輩 に説明できる	後輩への講義（*2） SEA	アンケート（後輩から の feed back）・PF
	1-3	意表明に従って実践する		SEA・PF
後期研 修医	1-3	決意表明に従って実践する		専門医制度の中に取り 込む
生涯教 育・管 理者教 育	1-3	決意表明に従って実践する	ロールモデル(*3)	生涯教育プログラムに 取り込む
	1-1～ 3	管理者は職場文化の醸成に努め る	管理者WS	病院機能評価

2) キャリアデザイン（職業人としての将来設計）立案能力

2-1 医師としての将来設計に必要な知識をえる。（専門医取得や海外留学などの具体的なプロセス）

2-2 医師としての将来設計図を複数描くことができる。（臨床、研究、行政、教育などの多様なコース）

2-3 個人のライフイベントを予測し、自分の将来設計図を描く。

2-4 柔軟な計画修正能力を身につける。

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価の対象
入学前	2-2	自分なりの医師像を描く	キャリア授業 オープンキャンパス 自己学習	1-1 のレポートとともに 願書に添える 面接（口頭試問）
入学後 早期	2-1	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する	先輩の講義*、レポート、早期体験	レポートをポートフォリオ（PF）にいれる
臨床 実習前	2-1 2-2 2-3	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する 複数の将来設計図を描く 女性のライフイベントを学ぶ 自分の将来設計図を描く	SGD 先輩の講義* 自己学習 講義（講師は男女） 先輩の講義*自己学習	レポート・PF レポート・ケーススタディ（CS） レポート・PF
臨床 実習中	2-1 2-2 2-3 2-4	実習を通じて多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する。（研修施設、海外教育施設など） 先輩・同僚と情報交換する 現実を認識し、自分の将来設計図を再度描く 卒業までに必要に応じて計画を修正する	自己学習 SGD 自己学習、チューター 自己学習、チューター	レポート・PF レポート・PF レポート・PF レポート・PF
臨床 研修医	2-1 2-2 2-3 2-4	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する。（専門医取得、海外留学など） 先輩・同僚と情報交換する 自分のキャリアプランを作成する 必要に応じて計画を修正する	自己学習、レポート 先輩の講義 SGD 自己学習、レポート 自己学習、レポート	レポート・PF レポート・PF レポート・PF
後期 研修医	2-3 2-4	自分のキャリアプランを再検討する 必要に応じて計画を修正する メンタリングを受ける 後輩へのアドバイスを行う	プラン作成 2-1 の講義者になる*	自己評価 自己評価 後輩のフィードバック
生涯教育・管理者教育	2-3 2-4	自分のキャリアプランを再検討する 必要に応じて計画を修正する 後輩へのアドバイスを行う メンターとなる	 2-1 の講義者になる	自己評価 自己評価 メンターからのフィードバック

将来設計図＝仕事と個人的背景を加味した職業人としての将来設計図；キャリアプラン＝仕事と個人的背景を加味した職業人としての設計図。将来を加味してもいいが、現在の立ち位置を重視したもの

3) 職業に対する多様な価値観を受容する能力

3-1 多様な価値観の存在を認める。

3-2 異なる価値観をもつ人々と共存できる。

3-3 異なる価値観のなかで協働できる。

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価の対象
入学前	3-1 3-2	異なる価値観の存在を知る	1-3 と同時にプロフェッショナルリズムの講義(説明会などで)	レポート 願書に添える
入学後 早期	3-1 3-2	多様な価値観の存在を知る 周囲の人々と円滑なコミュニケーションをはかることができる	ケーススタディ SGD	レポート・PF レポート・PF
病棟 実習前	3-1 3-2	多様な価値観の存在を知る 異なる価値観を持つ人とのコミュニケーションの重要性を理解する	SGD ロールプレイ(?) IPE	レポート・PF レポート・PF
病棟 実習中	3-2 3-3	実習期間中に会った異なる価値観の存在を認める 異なる価値観を持つ人とのコミュニケーション能力を修得する	先輩・同僚とSGD、SEA 実習 SEA	レポート・PF SEA・PF SEA・PF
臨床 研修医	3-2 3-3	異なる価値観を持つ人々とのコミュニケーションを通じて、自分の価値観を理解してもらうと同時に、相手の価値観を理解する 異なる価値観をもつ人々と協働する	研修 SEA IPW によるWS 研修、IPW	SEA・PF レポート・PF
後期 研修医	3-2 3-3	異なる価値観を持つ人々とのコミュニケーションを通じて、自分の価値観を理解してもらうと同時に、相手の価値観を理解する 異なる価値観をもつ人々と協働する	イベントがあったときにSEA 実務	SEA・PF FB、自己評価・PF
生涯教育・管理者教育	3-2 3-3	異なる価値観を持つ人々とのコミュニケーションを通じて、自分の価値観を理解してもらうと同時に、相手の価値観を理解・尊重する 異なる価値観をもつ人々と協働する 異なる価値観を持つ人々の協働を支援する	自己SEA SGD やWS のファシリテーター ロールモデル	SEA・PF 参加者からのFB 職場でのアンケート結果

4) 支援に対する姿勢

4-1 他者への支援を惜しまずかつ支援に対し感謝する心を養う。

4-2 支援を受けたものは、自分個人への支援ではなく医師としてのキャリア形成への支援であると認識する。

4-3 職場における支援は、個人への支援のみならず良質な医師を育てるという医師集団の責務であることを理解する。

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価の対象
入学前	4-1	ボランティアの経験をする		レポートを書く。 願書に添える
入学後 早期	4-1	これまでの支援に対する感謝 の気持ちを文書にする。 ボランティアの経験をする		レポート・PF
臨床 実習前	4-1	他者への支援の意義を理解する	SGD	レポート・PF
	4-2	職場での「支援」を行う意義を理解する	ケーススタディ	レポート・PF
	4-3	職場での「支援」を受ける意義を理解する	ケーススタディ	レポート・PF
臨床 実習中	4-1	支援を体験する(する、受ける) 実習期間中、行った「支援」について振り返る。	SEA	SEA・PF
	4-2	実習期間中、受けた「支援」について振り返る	SEA	SEA・PF
	4-3		SEA	SEA・PF
臨床 研修医	4-1	研修での実践	5-4 と同時に	レポート&SEA・PF
	4-2	職場で行った「支援」を通じて、 医師を育てる責務を理解する	SGD	
	4-3	職場で受けた「支援」を通じて、 医師を育てる責務を認識する	SEA	
後期 研修医	4-1	実践する	ロールモデル	参加者からのF B・PF
	4-2	実践のなかで理解を深める	ケーススタディ	
	4-3	実践のなかで理解を深める	のチューター	
生涯教育・管理 者教育	4-1	実践する	ロールモデル	職場でのアンケート
	4-2	集団としての責務であることの理解を深め、実践する。 支援を行った人へ適切な配慮をする	ケーススタディ のチューター	
	4-3	他者へ還元し、さらに社会へ啓発する	メンターとなる 教育活動	

5) 社会的性差の認識とその対応

5-1 生物学的性差を正しく理解する。

5-2 社会的性差の存在と問題点を認識する。

5-3 自らに対する社会的性差による問題を前向きに克服できる。

5-4 自らの属する組織における社会的性差の克服に向けて努力する。

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価の対象
入学前	5-1	生物学的性差を理解する。	授業	
入学後早期	5-1	生物学的性差について説明できる。 生物学的性差によるライフイベントの違いを説明できる。	自己学習 自己学習	レポート・PF レポート・PF
	5-2	社会的性差の存在を認識する。	ケーススタディ	レポート・PF
臨床実習前	5-1	生物学的性差（と個人特性）に由来する職業上の相違点を理解する。	SGD	レポート・PF
	5-2	社会的性差に由来する職業上の制約の存在を理解する。	ケーススタディ	レポート・PF
	5-3	自らが関わる可能性がある社会的性差による問題を認識する。	SGD	レポート・PF
臨床実習中	5-2、3	自らや同僚が病棟実習で関わる可能性がある社会的性差による問題を認識し、その対処方法を学ぶ。	SGD	レポート・PF
初期研修医	5-2、3	自らや同僚が就職や初期研修で関わる可能性がある社会的性差による問題を認識し、その対処方法を学ぶ	SGD	レポート・PF
後期研修医	5-2、3	自らが就職や後期研修で可能性が関わるある社会的性差による問題を認識し、その対処方法を学ぶ。	SGD	レポート・PF
	5-4	同僚や後輩が直面する社会的性差による問題に対し、その解決を支援する。 組織の社会的性差を抽出し、その解決法を検討する。	メンターとなる SGD	レポート・PF
生涯教育・管理者教育	5-3	自らが職場で関わる可能性がある社会的性差による問題を認識し、その対処方法を学ぶ。	自己学習	レポート・PF
	5-4	同僚や後輩が直面する社会的性差による問題に対し、その解決を支援する。 組織の社会的性差を抽出し、その解決をはかる。 社会的性差がもたらす組織の損失を理解し、その解決をはかる。	上司への報告 メンターとなる 職場でのWS 職場でのWS	機能評価 第三者評価

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：医師養成全体の動向を踏まえた到達目標のあり方に関する研究

研究分担者 奈良 信雄 東京医科歯科大学 医歯学教育システム研究センター 教授

研究要旨： 臨床研修到達目標、医師国家試験出題基準、医学教育モデル・コア・カリキュラムを比較研究した。臨床研修の到達目標の各事項は、全国医学部に導入されている医学教育モデル・コア・カリキュラムに基づいて教育され、医師国家試験でも出題されることが確認できた。卒前から卒後の臨床研修には連続性があり、各課程でのレベルに応じた教育を段階的に繰り返すことで医師養成の目的が達成されている。

A. 研究目的

医師臨床研修部会報告書における『到達目標や評価手法については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、医師養成全体の動向の中で卒前教育のモデル・コアカリキュラム、医師国家試験、新たな専門医の仕組みにおける各領域目標等と連続性も考慮しつつ見直す。』等の指摘を踏まえ、今後、卒前教育についての大学間標準化や新たな専門医仕組み開始等など医師養成全体の状況に変化が見込まれることから、卒前教育、医師国家試験、各専門領域到達目標等との比較・連続性の観点から、臨床研修到達目標在り方について検討を 較・連続性の観点から、臨床研修到達目標在り方について検討を行う。

B. 研究方法

臨床研修到達目標、医師国家試験出題基準、医学教育モデル・コア・カリキュラムを比較検討し、卒前から卒後の医師養成について連続性を解析する。

（倫理面への配慮）

医師養成課程の検討を行う研究で、倫理に抵触することはない。

C. 研究結果

臨床研修到達目標の各項目別に医師国家試験出題基準、医学教育モデル・コア・カリキュラムの対応表を作成し、比較研究した。（資料：臨床研修、コアカリ、国家試験対比表）その結果、臨床研修到達目標のほとんどが全国に医学部に導入されている医学教育モデル・コア・コアカリキュラムに規定されており、卒前教育で学習されていることが確認された。医師国家試験出題基準にも掲げられ、医師として具有すべき要件であることも確認された。

D. 考察

臨床研修で研修医が修得すべき事項のほとんどは卒前の医学部教育で学習しており、医師国家試験でも出題されることが確認された。しかし、卒前教育では医学生が知識として理解しておけば良いものがほとんどで、実践能力としてまでは要求されていない。臨床研修医では指導医の下で研修医が教育を受けるが、臨床研修終了時には、医師として単独で実践できることが目標である。この意味で、卒前教育で理解し、医師国家試験で評価を受けた後で、臨床研修を行うという医師養成の連続性が実証された。

E. 結論

医学部教育、医師国家試験による評価、臨床研修到達目標には連続性があり、それぞれの段階で要求されるレベルの深さに差がある。連続した教育により、医師養成が達成できる。

F. 研究発表

1. 論文発表

研究途中につき、成果をまだ発表していない。

2. 学会発表

研究途中につき、成果をまだ発表していない。

(別添 1)

「臨床研究到達目標、医学教育モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出願基準対比表」

○臨床研修到達目標の内容に沿って、医学教育モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験出願基準において該当する内容を対比した表を作成した。

○それぞれの項目について、a～e の段階を示した。

a : 知っている

b : シミュレーターでできる

c : 学生同士、標準模擬患者でできる

d : 指導監督下でできる

e : 単独でできる

臨床研修到達目標・医学教育モデル・コア・カリキュラム・医師国家試験出願基準対比表

臨床研修の到達目標		H22年版医学教育モデル・コア・カリキュラム
		タキソノミー（奈良私案）a:知っている b:シミュレーターでできる
基本理念	臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。	今回の改訂は、「医学教育カリキュラム検討会」(荒川正昭座長)において提言された改訂の方向性（平成21年5月「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」）や、近年整備されつつある欧米諸国の医学教育カリキュラムの現状を踏まえて行われた。 具体的には、①基本的診療能力の確実な習得、②地域の医療を担う意欲・使命感の向上、③現場と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養の3つの観点から検討し、さらに近年の医学教育に対して社会から求められる事項および全体の利便性向上に留意しつつ、改訂を行った。
医療人として必要な基本的姿勢・態度	〔1〕患者－医師関係 〻 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、1)患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。 2)医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。3)守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。 〔2〕チーム医療 〻 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協働するために、 1)指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。 2)上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。3)同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。 4)患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。5)関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。 〔3〕問題対応能力 〻 患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、 1)臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBM =Evidence Based Medicineの実践ができる。）。2)自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。 3)臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学食活動に関心を持つ。 4)自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。 〔4〕安全管理 〻 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、1)医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。 2)医療事故防止及び事故後の対応について、マニュアルなどに沿って行動できる。3)院内感染対策（Standard Precautionsを含む。）を理解し、実施できる。 〔5〕症例提示 〻 チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例提示と意見交換を行うために、1)症例提示と討論ができる。 2)臨床症例に関するカンファレンスや学術集會に参加する。 〔6〕医療の社会性 〻 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、 1)保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。 2)医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。 3)医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。 4)医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。	〔医師としての職業〕a 〻 - 豊かな人間性と生命の尊厳についての深い認識を有し、人の命と健康を守る医師としての職責を自覚する。 〔患者中心の視点〕a 〻c - 患者およびその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守するとともに、患者の安全を最優先し、常に患者中心の立場に立つ。 〔コミュニケーション能力〕a 〻c - 医療内容を分かりやすく説明する等、患者やその家族との対話を通じて、良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。 〔チーム医療〕a 〻c - 医療チームの構成員として、相互の尊重のもとに適切な行動をとるとともに、後輩等に対する指導を行う。 〔総合的診療能力〕b 〻d - 統合された知識、技能、態度に基づき、全身を総合的に診療するための実践的能力を有する。 〔地域医療〕a 〻c - 医療を巡る社会経済的動向を把握し、地域医療の向上に貢献するとともに、地域の保健・医療・福祉・介護および行政等と連携協力する。 〔医学研究への志向〕a - 医学・医療の進歩と改善に資するために研究を遂行する意欲と基礎的素養を有する。 〔自己研鑽〕a - 男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。
診察法・検査・手技	〔1〕医療面接 〻 患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、 1)医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。 2)患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。 3)患者・家族への適切な指示、指導ができる。	G-3 p65 【基本事項】 d 到達目標 1)患者の立場を尊重し、信頼を得ることができる。 2)患者の安全を重視し、有害事象が生じた場合は適切に対応ができる。 3)患者のプライバシー、羞恥心、苦痛に配慮し、個人情報等を守秘できる。 4)感染を予防するため、診察前後の手洗いや器具等の消毒ができる。 5)挨拶、身だしなみ、言葉遣い等に気を配ることができる。 6)患者の状態から診察が可能かどうかを判断し、状態に応じた診察ができる。 【医療面接】 d 到達目標 1)適切な身だしなみ、言葉遣い、礼儀正しい態度で患者に接することができる。 2)医療面接における基本的コミュニケーション技法を用いることができる。 3)病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、社会歴、システムレビュー）を聞き取り、情報を取捨選択し整理できる。 4)診察で得た所見、診断、必要な検査を説明、報告できる。
	〔2〕基本的な身体診察法 〻 病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、 1)全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。）ができ、記載できる。 2)頭頸部の診察（頭部・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。）ができ、記載できる。 3)胸部の診察（乳房の診察を含む。）ができ、記載できる。 4)腹部の診察（直腸診を含む。）ができ、記載できる。 5)泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む。）ができ、記載できる。 6)骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。 7)神経学的診察ができ、記載できる。 8)小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む。）ができ、記載できる。 9)精神面の診察ができ、記載できる。	G-3 p64-65 【全身状態とバイタルサイン】 d 1)身長・体重を測定し、BMIの算出、栄養状態を評価できる。2)上腕で触診、聴診法により血圧を測定できる。 3)両側の桡骨動脈で脈拍を診察できる。4)呼吸数を測定し、呼吸の異常の有無を確認できる。 5)腋窩で体温の測定ができる。6)下腕の動脈の触診等、下腿の血圧測定（触診法）、大腿の血圧測定（聴診法）を実施できる。 【頭頸部】 d 1)頭部（顔貌、頭髮、頭皮、頭蓋）の診察ができる。2)眼（視力、瞳孔、対光反射、眼球運動・突出、結膜）の診察ができる。 3)耳（耳介、聴力）の診察ができる。4)耳鏡で外耳道、鼓膜を観察できる。5)舌叉を用いて嚥力試験を実施できる。6)口腔、口腔、咽頭の診察ができる。 7)鼻腔、副鼻腔の診察ができる。8)鼻鏡を用いて前鼻腔を観察できる。9)甲状腺、頸部血管、気管を診察できる。10)唾液腺、頭頸部リンパ節の診察ができる。 【胸部】 d 1)胸部の視診、触診、打診ができる。2)呼吸音の聴診ができる。3)心音と心雑音の聴診ができる。 4)背部の叩打痛を確認できる。5)乳房の診察を実施できる（シミュレーターでも可とする）。 【腹部】 d 1)腹部の視診、聴診ができる。2)区分に応じて腹部の打診、触診ができる。3)腹膜刺激徴候の有無を判断できる。4)腹水の有無を判断できる。 5)直腸（前立腺を含む）指診を実施できる（シミュレーターでも可とする）。 b 【神経】 d 1)意識状態を判定できる。2)脳神経系の診察ができる（眼底検査を含む。）。3)腱反射の診察ができる。 4)小脳機能・運動系の診察ができる。5)感覚系の診察ができる。6)髄膜刺激所見を確認できる。 【四肢と脊柱】 d 1)四肢と脊柱を診察できる。2)関節（関節可動域を含む）を診察できる。3)筋骨格系の診察ができる。 【高齢者の診察】 d 1)高齢者特有の身体・精神の変化をふまえて高齢者を診察できる。 2)高齢者の総合機能評価（CGA）および老年症候群の診察ができる。

	(3)基本的な臨床検査 b～e 病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、A……自ら実施し、結果を解釈できる。その他・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。 1) 一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む。) 2) 便検査(潜血、虫卵) 3) 血算・白血球分類 A4) 血液型判定・交差適合試験 ● A5) 心電図(12誘導)・負荷心電図 ● A6) 動脈血ガス分析 7) 血液生化学的検査 ・簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など) 8) 血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。) 9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査 ・検体の採取(尿、尿、血液など) ・簡単な細菌学的検査(グラム染色など) 10) 呼吸機能検査 ・スパイロメトリー 11) 髄液検査 12) 細胞診・病理組織検査 13) 内視鏡検査 A14) 超音波検査 ● 15) 単純X線検査 16) 造影X線検査 17) X線CT検査 18) MRI検査 19) 核医学検査 20) 神経生理学的検査(脳波・筋電図など)	G-3 p65 a～c 【検査手技】 1)尿検査(尿沈渣を含む)を実施できる。 2)末梢血塗抹標本を作成し、観察できる。 3)微生物学検査(Gram(グラム)染色を含む)を実施できる。 4)妊娠反応検査を実施できる。 5)血液型判定を実施できる。 6)視力・視野・聴力・平衡検査を実施できる。 7)12誘導心電図を記録できる。 8)脳波検査を介助できる。 9)心臓、腹部の超音波検査を介助できる。 10)エックス線撮影、CT、MRI、核医学検査、内視鏡検査を見学・介助できる。
	(4)基本的手技 ● 基本的手技の適応を決定し、実施するために、 1)気道確保を実施できる。 2)人工呼吸を実施できる。(バグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む。) 3)胸骨圧迫を実施できる。 4)圧迫止血法を実施できる。 5)包帯法を実施できる。 6)注射法(皮下、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)を実施できる。 7)採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。 8)穿刺法(股骨)を実施できる。 9)穿刺法(胸腔、腹腔)を実施できる。 10)導尿法を実施できる。 11)ドレーン・チューブ類の管理ができる。 12)胃管の挿入と管理ができる。 13)腸胃洗浄法を実施できる。 14)創部消毒とガーゼ交換を実施できる。 15)簡単な切開・排膿を実施できる。 16)皮膚縫合法を実施できる。 17)経皮の外傷・創傷の処置を実施できる。 18)気管挿管を実施できる。 19)除細動を実施できる。	【一般手技】b～d 1)体位交換、おむつ交換、移送ができる。 2)皮膚消毒、包帯交換ができる 3)外用薬の貼付・塗布ができる 4)気道内吸引、ネブライザーを実施できる。 5)ギプス巻きができる。 6)静脈採血を実施できる(シミュレータでも可とする)。 7)末梢静脈の血管確保を実施できる(シミュレータでも可とする)。 8)中心静脈カテーテル挿入を見学・介助してシミュレータで実施できる。 9)動脈血採血・動脈ラインの確保を見学・介助してシミュレータで実施できる。 10)腰椎穿刺を見学・介助してシミュレータで実施できる。 11)胃管の挿入と抜去ができる。 12)尿道カテーテルの挿入と抜去を実施できる(シミュレータでも可とする)。 13)ドレーンの挿入と抜去を見学し、介助ができる。 14)注射(皮下、皮下、筋肉、静脈内)を実施できる(シミュレータでも可とする)。 【外科手技】d 1)消毒操作を実施できる。 2)手術や手技のための手洗いができる。 3)手術室におけるガウンテクニックができる。 4)基本的な縫合ができる。 5)創の消毒やガーゼ交換ができる。 6)手術に参加し、介助ができる。

(5) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

- 1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。）ができる。
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗感染薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。）ができる。
- 3) 基本的な輸液ができる。
- 4) 輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

F2-（1）薬物治療の基本原則

診療に必要な薬物治療の基本（薬理作用、副作用）を学ぶ。：

- 1) 薬物（オピオイドを含む）の蓄積、耐性、タキフィラキシー、依存、習慣性や嗜癖を説明できる。
- 2) 主な薬物アレルギーを列挙し、予防薬と対処法を説明できる。
- 3) 中枢神経作用薬（向精神薬、抗うつ薬、パーキンソン治療薬、抗けいれん薬、全身麻酔薬）の薬理作用を説明できる。
- 4) 自律神経作用薬（アドレナリン<エピネフリン>作用薬、抗アドレナリン<エピネフリン>作用薬、コリン作用薬、抗コリン作用薬）の薬理作用を説明できる。
- 5) 循環器作用薬（強心薬、抗不整脈薬、降圧薬）の薬理作用を説明できる。
- 6) 呼吸器作用薬（気管支拡張薬）の薬理作用を説明できる。
- 7) 消化器作用薬（潰瘍治療薬、消化管運動作用薬）の薬理作用を説明できる。
- 8) 利尿薬の薬理作用を説明できる。
- 9) ステロイド薬および非ステロイド性抗炎症薬の薬理作用を説明できる。
- 10) 抗菌薬の薬理作用を説明できる。
- 11) 抗腫瘍薬の薬理作用を説明できる。
- * 12) 主な薬物の副作用を概説できる。
- * 13) 年齢（小児、高齢者等）による薬剤投与の注意点（薬物動態の特徴を含む）を説明できる。
- * 14) 薬物動態的相互作用について例を挙げて説明できる。
- * 15) 処方箋の書き方、服薬の基本・コンプライアンスを説明できる。
- * 16) 生物製剤の薬理作用と副作用を説明できる。
- * 17) 和漢薬（漢方薬）の特徴や使用の現状について概説できる。

F2-（5）食事と輸液療法

食事と輸液療法の基本を学ぶ。：

- 1) 主な疾患の食事療法を概説できる。
- 2) 補液・経静脈栄養と経腸栄養の適応、方法と合併症を説明できる。
- * 3) 輸液療法の原則と輸液剤の組成上の特徴を説明できる。
- * 4) 乳幼児と小児の輸液療法を説明できる。
- * 5) 微量元素の生理作用を説明できる。

F2-（10）輸血と移植

輸血と移植の基本を学ぶ。：

- 1) 輸血の適応と合併症を説明できる。
- 2) 血液交叉試験を説明できる。
- 3) 血液製剤の種類と適応を説明できる。
- 4) 同種輸血、自己輸血、成分輸血と交換輸血を説明できる。
- 5) 臓器移植の種類と適応を説明できる。
- * 6) 脳死の判定基準を列挙できる。
- * 7) 臓器移植と組織適合性の関係を説明できる。
- * 8) 臓器移植後の拒絶反応の病態生理と発症時の対応を説明できる。
- * 9) 免疫抑制薬の種類、適応と副作用を説明できる。

F2-（11）リハビリテーション

リハビリテーションの基本を学ぶ。：

- 1) リハビリテーションの概念と適応を説明できる。
- 2) リハビリテーションチームの構成を理解し、医師の役割を説明できる。
- 3) 福祉・介護との連携におけるリハビリテーションの役割を説明できる。
- * 4) 障害を機能障害、能力低下、社会的不利に分けて説明できる。
- * 5) 日常生活動作（ADL）の詳細ができる。
- * 6) 理学療法、作業療法と言語療法を概説できる。
- * 7) 主な歩行補助具、車いす、義肢（義手、義足）と装具を概説できる。

F2-（12）介護と在宅医療

介護と在宅医療の基本を学ぶ。：

- 1) 介護の定義と種類を説明できる。
- 2) 日常生活動作（ADL）（排泄、摂食、入浴）の介護と環境整備の要点を概説できる。
- 3) 在宅医療（療養療法、栄養療法、遠隔療法を含む）を概説できる。

F2-（13）緩和医療・慢性疼痛

緩和医療および慢性疼痛の基本を学ぶ。：

- 1) 緩和医療を概説できる。
- 2) 慢性疼痛コントロールの適応と問題点を説明できる。
- * 3) 緩和医療における患者・家族の心理を説明できる。
- * 4) 慢性疼痛における治療の問題点等を概説できる。

	(6)医療記録 ● チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、 1)診療録(退院時サマリーを含む。)をPOS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。 2)処方箋、指示箋を作成し、管理できる。 3)診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。 4)CPC(臨床病理検討会)レポートを作成し、症例表示できる。 5)紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。	G1 診療の基本 d 患者情報の収集、記録、診断、治療計画について学ぶ。 【問題志向型システムと臨床診断推論】 1)基本的診療知識に基づき、症例に関する情報を収集・分析できる。 2)得られた情報をもとに、その症例の問題点を抽出できる。 3)病歴と身体所見等の情報を統合して、鑑別診断ができる。 4)主要疾患の症例に關し、診断・治療計画を立案できる。 【科学的根拠に基づいた医療】 1)感度・特異度等を考慮して、必要十分な検査を挙げることができる 2)科学的根拠に基づいた治療法を述べることができる。 【診療記録とプレゼンテーション】 1)適切に患者の情報を収集し、POMR<問題志向型診療記録>を作成できる。 2)診療経過をSOAP(主観的所見・客観的所見・評価・計画)で記載できる。 3)症例を適切に要約する習慣を身につけ、状況に応じて提示できる。
	(7)診療計画 ● 保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、 1)診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む。)を作成できる。 2)診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。 3)入退院の適応を判断できる(デイサージャリー症例を含む。)。 4)QOL(Quality of Life)を考慮にいれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。)へ参画する。 ※ 課題：医療薬料への対応など、右の面試出題基準にある医療の質と安全な確保が不十分と思われる(奈良)	

	(2)神経系疾患 A①脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血） ②認知症疾患 ③脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫） ④変性疾患（パーキンソン病） ⑤脳炎・髄膜炎	1)随意運動の発現機構を躯体路を中心として概説できる。 2)小脳の構造と機能を概説できる。 3)大脳基底核（線条体、淡蒼球、黒質）の線維結合と機能を概説できる。 ⑥感覚系 1)痛覚、温度覚、触覚と深部感覚の受容機序と伝導路を説明できる。 2)視覚、聴覚・平衡覚、嗅覚、味覚の受容機序と伝導路を概説できる。 ⑦自律機能と本能行動 1)交感神経系と副交感神経系の中核内局在、末梢分布、機能と伝達物質を概説できる。 2)視床下部の構造と機能を内分泌および自律機能と関連づけて概説できる。 3)ストレス反応と本能・情動行動の発現機序を概説できる。 (4)疾患 ①脳・脊髄血管障害 1)脳血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）の病態、症候と診断を説明できる。 ＊2)脳血管障害の治療とリハビリテーションを概説できる。 ＊3)脊髄血管障害を概説できる。 ②認知症と変性疾患 1)認知症の病因を列挙できる。 2)認知症をきたす主な病態（Alzheimer（アルツハイマー）型認知症、脳血管性認知症）の症候と診断を説明できる。 3)Parkinson（パーキンソン）病の病態、症候と診断を説明できる。 ＊4)筋萎縮性側索硬化症を概説できる。 ＊5)脊髄小脳変性症を概説できる。 ③感染性・炎症性・脳腫瘍疾患 1)脳炎・髄膜炎の病因、症候と診断を説明できる。 2)多発性硬化症の病態、症候と診断を説明できる。 ＊3)脳腫瘍を概説できる。 ④脳・脊髄腫瘍 1)主な脳・脊髄腫瘍の分類と好発部位を説明し、病態を概説できる。 ⑤頭部外傷 1)頭部外傷の分類を説明できる。 2)急性硬膜外・硬膜下血腫の症候と診断を説明できる。 3)慢性硬膜下血腫の症候と診断を説明できる。 ＊4)頭部外傷の治療とリハビリテーションを概説できる。 ⑥末梢神経疾患 1)ニューロパシーの病因（栄養障害、中毒、遺伝性）と病態を分類できる。 2)Guillain – Barre（ギラン・バレー）症候群の症候、診断を説明できる。 ＊3)Bell（ベル）麻痺の症候、診断と治療を説明できる。 ＊4)主な神経痛（三叉・肋間・坐骨神経痛）を概説できる。 ⑦筋疾患 1)重症筋無力症の病態、症候と診断を説明できる。 2)進行性筋ジストロフィーの病因、分類、症候と診断を説明できる。 3)周期性四肢麻痺を概説できる。 ＊4)ミトコンドリア脳筋症を概説できる。 ⑧変性性疾患 1)てんかん（小児を含む）の分類、診断と治療を説明できる。 ＊2)ナルコレプシーを概説できる。 ⑨先天性と周産期脳障害 1)脳性麻痺の病因、病態、症候とリハビリテーションを説明できる。 2)水頭症の種類、症候と診断を説明できる。 ＊3)脊髄空洞症を概説できる。 ＊4)二分脊椎を概説できる。
	(3)皮膚系疾患 B①湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎） B②尋麻疹 ③薬疹 B④皮膚感染症	3 皮膚系 皮膚の構造と機能を理解し、主な皮膚疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1)皮膚の組織構造を図示して説明できる。 2)皮膚の細胞動態と角化、メラニン形成の機構を説明できる。 3)皮膚の免疫防御機能を説明できる。 4)皮脂分泌・発汗・経皮吸収を説明できる。 (4)疾患 ①湿疹・皮膚炎 1)湿疹反応を説明できる。 2)湿疹・皮膚炎の疾患（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎、貨幣状湿疹、皮脂欠乏性湿疹、自家感受性皮膚炎）を列挙し、概説できる。 ②尋麻疹、紅斑症、紅皮症と皮膚掻痒症 1)尋麻疹の病態、診断と治療を説明できる。 2)多形渗出性紅斑、環状紅斑と紅皮症の病因と病態を説明できる。 3)皮膚掻痒症の病因と病態を説明できる。 ③紫斑・血流障害と血管炎 1)皮膚血流障害と血管炎の病因、症候と病態を説明できる。 ④薬疹・薬物障害 1)薬疹や薬物障害の発生機序、症候と治療を説明できる。 ＊2)薬疹を起こしやすい主な薬物を列挙できる。 ⑤水疱症と腫瘍 1)自己免疫性水疱症の病因、病態と分類を説明できる。 2)腫瘍の種類と病態を説明できる。 ＊3)水疱症鑑別のための検査法を説明できる。 ＊4)先天性表皮水疱症の種類と病態を説明できる。 ⑥乾燥と角化症 1)尋常性乾癬、扁平苔癬とGibert（ジベル）蕁麻疹乾癬の病態、症候と治療を説明できる。 ⑦母斑、腫瘍と色素異常 1)母斑・母斑症の種類を列挙できる。 2)悪性黒色腫の症候と対応の仕方を説明できる。 ⑧白斑の種類と病態を説明できる。 ＊4)皮膚良性腫瘍、前癌状態と悪性腫瘍の種類と見分け方を説明できる。 ＊5)皮膚悪性リンパ腫、血管肉腫と組織球症を説明できる。 ⑨皮膚感染症 1)皮膚細菌感染症（伝染性膿疱疹、癰、毛囊炎、丹毒、ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群）を列挙し、概説できる。 2)皮膚真菌症（表在性、深在性）の症候と病態を説明できる。 ＊3)皮膚結核、Hansen（ハンセン）病の症候、病型と病因菌を説明できる。 ＊4)梅毒の症候、病期と合併症を説明できる。 ⑩全身疾患 ＊1)全身性疾患（代謝異常、悪性腫瘍）の皮膚症状を列挙できる。

	(4)運動器(筋骨格)系疾患 ● B①骨折 B②関節・靭帯の損傷及び障害 B③骨粗鬆症 B④脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)	4 運動器(筋骨格)系 ● 運動器系の正常構造と機能を理解し、主な運動器疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1)骨・軟骨・関節・靭帯の構造と機能を説明できる。 2)頭部・顔面の骨の構成を説明できる。 3)四肢の骨・関節を列挙し、主な骨の配置を図示できる。 4)椎骨の構造と脊柱の構成を説明できる。 5)四肢の主要筋群の運動と神経支配を説明できる。 6)骨盤の構成と性差を説明できる。 7)骨の成長と骨形成・吸収の機序を説明できる。 ＊8)姿勢と体幹の運動にかかわる筋群を概説できる。 ＊9)抗重力筋を説明できる。 (4)疾患 1)骨折の種類(単純と複雑)、症候、診断、治療と合併症を説明できる。 2)骨粗鬆症の病因と病態を説明し、骨折の好発部位を列挙できる。 3)関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靭帯損傷の定義、重症度分類、診断と治療を説明できる。 4)変形性関節症を列挙し、症候と治療を説明できる。 5)関節炎の病因と治療を説明できる。 6)骨肉腫とEwing(ユウイング)肉腫の診断と治療を説明できる。 7)腰椎椎間板ヘルニアの診断と治療を説明できる。 8)腎臓損傷の診断、治療とリハビリテーションを説明できる。 9)絞扼性末梢神経障害を列挙し、その症候を説明できる。 ＊10)頸椎症性脊髄症(脊柱軟骨骨化症を含む)の神経症候を説明できる。 ＊11)腰部脊柱管狭窄症の症候と治療を説明できる。 ＊12)膝痛分類・すべり症の症候と治療を説明できる。 ＊13)転移性脊髄腫瘍の好発部位と診断を説明できる。 ＊14)四肢の基本的な骨測定法を説明できる。 ＊15)骨形成不全症と骨軟骨異形成症を概説できる。 ＊16)コンパートメント症候群を概説できる。 ＊17)骨・関節疾患のリハビリテーションを概説できる。
	(5)循環器系疾患 ● A①心不全 B②狭心症、心筋梗塞 ③心筋症 B④不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈) ⑤弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症) B⑥動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤) ⑦静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫) A⑧高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	5 循環器系 ● 循環器系の構造と機能を理解し、主な循環器疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1)心臓の構造と分布する血管・神経を説明できる。 2)心筋細胞の微細構造と機能を説明できる。 3)心筋細胞の電気現象と心臓の興奮・刺激・伝導系を説明できる。 4)興奮収縮連関を概説できる。 5)体循環、肺循環と胎児・胎盤循環を説明できる。 6)大動脈の枝を図示し、分布域を概説できる。 7)頭頸部と四肢の主な動脈を図示し、分布域を概説できる。 8)主な静脈を図示し、門脈系と大静脈系の吻合部を説明できる。 9)毛細血管における物質・水分交換を説明できる。 10)胸管を経由するリンパの流れを概説できる。 11)心周期にともなう血行動態を説明できる。 12)心機能曲線と心拍出量の調節機序を説明できる。 13)主な臓器(脳、心臓、肝)の循環調節を概説できる。 14)血圧調節の機序を説明できる。 ＊15)血流の局所調節の機序を概説できる。 ＊16)運動時の循環反応とその機序を説明できる。 (4)疾患 ①心不全 1)心不全の定義と重症度分類を説明できる。 2)心不全の原因疾患と病態生理を説明できる。 3)若心不全と右心不全の診断を説明し、治療を概説できる。 4)急性心不全と慢性心不全の診断を説明し、治療を概説できる。 ②虚血性心疾患 1)安定狭心症(労作性、冠攣縮性)の病態生理、症候と診断を説明し、治療を概説できる。 2)急性冠症候群(急性心筋梗塞、不安定狭心症)の病態生理、症候と診断を説明し、治療を概説できる。 ③不整脈 1)主な頻脈性不整脈(期外収縮・上室性、心室性)、Wolff - Parkinson - White (ウォルフ・パーキンソン・ホワイト)症候群、発作性上室性頻拍症)の心電図上の特徴を説明できる。 2)主な徐脈性不整脈(洞不全症候群[sick sinus症候群]、房室ブロック)の心電図上の特徴を説明できる。 3)致死的不整脈の心電図上の特徴を説明できる。 4)不整脈の治療(抗不整脈薬、電氣的除細動、ペースメーカー療法)を概説できる。 ④弁膜症 1)主な弁膜症(僧帽弁疾患、大動脈弁疾患)の病因、病態生理、症候と診断を説明し、治療を概説できる。 2)感染性心内膜炎の病因、症候と診断を説明し、治療を概説できる。 ⑤心筋・心臓疾患 1)特発性心筋症と二次性心筋疾患の定義・概念と病態生理を説明できる。 ＊2)心筋炎の病因と症候を説明できる。 ＊3)急性心臓炎の症候を説明できる。 ＊4)心タンポナーデの病因と診断を説明し、治療を概説できる。 ⑥先天性心疾患 1)主な先天性心疾患(心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、動脈管開存、Fallot(ファロー)四徴症)の病態生理、症候と診断を説明し、治療を概説できる。 ⑦動脈疾患 1)動脈硬化症の危険因子、病態生理と合併症を説明できる。 2)大動脈解離と大動脈瘤を概説できる。 3)閉塞性動脈硬化症とBuerger(バージャー)病を概説できる。 ＊4)大動脈炎症候群<高動脈炎>を概説できる。 ⑧静脈・リンパ管疾患 1)深部静脈血栓症[DVT(deep vein thrombosis)]の病因と症候を説明し、治療を概説できる。 ＊2)上大静脈症候群の病因と症候を説明できる。 ＊3)下肢静脈瘤を概説できる。 ＊4)リンパ浮腫の病因を列挙できる。 ⑨高血圧症 1)本態性高血圧症の疫学、診断、合併症と予後を説明し、治療を概説できる。 2)二次性高血圧症の病因を列挙し、診断を説明し、治療を概説できる。

	(6)呼吸器系疾患 ● B①呼吸不全 A②呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎) B③閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症) ④肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞) ⑤異常呼吸(過換気症候群) ⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎) ⑦肺癌	6 呼吸器系 ● 呼吸器系の構造と機能を理解し、主な呼吸器疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1)気道の構造、肺葉・肺区域と肺門の構造を説明できる。 2)肺循環の特徴を説明できる。 3)縦隔と胸腔腔の構造を説明できる。 4)呼吸筋と呼吸運動の機序を説明できる。 5)肺気量と肺・胸郭系の圧・容量関係(コンプライアンス)を説明できる。 6)肺胞におけるガス交換と血流の関係を説明できる。 7)肺の換気と血流(換気血流比)が動脈血ガスにおよぼす影響を説明できる。 8)呼吸中枢を介する呼吸調節の機序を説明できる。 9)血液による酸素<O2>と二酸化炭素<CO2>の運輸の仕組みを説明できる。 10)気道と肺の防御機構(免疫学的・非免疫学的)と代謝機能を説明できる。 (4)疾患 ①呼吸不全、低酸素<O2>血症と高二酸化炭素<CO2>血症 1)呼吸不全の定義、分類、病態生理と主な病因を説明できる。 2)低酸素<O2>血症と高二酸化炭素<CO2>血症の病因、分類と診断を説明し、治療を概説できる。 ②呼吸器感染症 1)急性上気道感染症(かぜ症候群)の病因、診断と治療を説明できる。 2)気管支炎・肺炎の主な病原体を列挙し、症候、診断と治療を説明できる。 3)肺結核症の症候、診断、治療と鑑出手続きを説明できる。 4)非結核性・(非定型)抗酸菌症を概説できる。 ● 5)嚥下性肺炎の発生機序とその予防法を説明できる。 ● 6)クループの病因、診断と治療を説明できる。 ● 7)肺化膿症と膿胸を概説できる。 ③閉塞性・拘束性障害をきたす肺疾患 1)慢性閉塞性呼吸機能障害の病因を列挙できる。 2)慢性気管支炎の定義、診断と治療を説明できる。 3)肺気腫の病因、診断と治療を説明できる。 4)気管支喘息の病態生理、診断と治療を説明できる。 5)小児期の気管支喘息の特徴を説明できる。 6)間質性肺炎の病態、診断と治療を説明できる。 ● 7)びまん性汎細気管支炎を概説できる。 ● 8)放射線肺炎を概説できる。 ● 9)じん肺と石棉肺を概説できる。 ④肺循環障害 1)肺性心の病因、診断と治療を説明できる。 2)急性呼吸促(窮)迫症候群<ARDS>の病因、症候と治療を説明できる。 3)肺血栓塞栓症の病因、診断と治療を説明できる。 ● 4)肺高血圧症を概説できる。 ⑤免疫学的機序による肺疾患 1)過敏性肺(臓)炎の病因、症候と診断を説明できる。 2)サルコイドーシスの症候、診断と治療を説明できる。 ● 3)好酸球性肺疾患を概説できる。 ⑥肺癌 1)原発性肺癌の分類、症候、診断と治療を説明できる。 2)転移性肺腫瘍の診断と治療を説明できる。 ⑦異常呼吸 1)過換気症候群を概説できる。 ● 2)睡眠時無呼吸症候群を概説できる。 ⑧気管支拡張症とその他の肺疾患 1)気管支拡張症の症候、診断と治療を説明できる。 2)無気肺の病因と診断を説明できる。 3)新生児呼吸促進症候群の症候、病態、診断と治療を説明できる。 ⑨胸膜・縦隔疾患 1)胸膜炎の病因、症候、診断と治療を説明できる。 2)気胸の病因、症候、診断と治療を説明できる。 3)縦隔腫瘍の種類を列挙し、診断と治療を説明できる。 ● 4)縦隔気腫の病因、症候と診断を説明できる。 ● 5)胸膜生検の適応を説明できる。 ● 6)胸膜中皮腫を概説できる。
		7 消化器系 ● 消化器系の正常構造と機能を理解し、主な消化器系疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1)各消化器官の位置、形態と血管を図示できる。 2)腹膜と臓器の関係を説明できる。 3)食道・胃・小腸・大腸の基本構造と部位による違いを説明できる。 4)消化管運動の仕組みを説明できる。 5)消化器官に対する自律神経の作用を説明できる。 6)肝の構造と機能を説明できる。 7)胃液の作用と分泌機序を説明できる。 8)胆汁の作用と胆嚢収縮の調節機序を説明できる。 9)腸外分泌系の構造と胆汁の作用を説明できる。 10)小腸における消化・吸収を説明できる。 11)大腸における糞便形成と排便の仕組みを説明できる。 12)主な消化管ホルモンの作用を説明できる。 13)膵、膵、唾液腺の構造と機能を説明できる。 ● 14)咽しやくと嚥下の機構を説明できる。 ● 15)消化管の正常細菌叢の役割を説明できる。 (4)疾患 ①食道疾患 1)食道癌の病理、肉腫分類と進行度分類を説明できる。 2)食道癌の症候、診断、治療と予後を説明できる。 3)食道静脈瘤の病態生理、内視鏡分類と治療を説明できる。 ● 4)咽下性嚥下困難(嚥下障害)の病因、病態生理、診断と治療を説明できる。

	(7)消化器系疾患 a A①食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎) B②小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻) ③胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎) B④肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害) ⑤膵臓疾患(急性・慢性膵炎) B⑥横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)	4) 胃腸道定常能(定常性腸蠕動)と消化・吸収の生理、能候と診断を説明できる。 ※5) Mallory - Weiss (マロリー・ワイズ) 症候群を概説できる。 ②胃・十二指腸疾患 1) 胃癌の疫学、病理、症状、肉眼分類と進行度分類を説明できる。 2) 胃癌の診断法を列挙し、所見とその意義を説明できる。 3) 胃癌の進行度に応じた治療を概説できる。 4) 消化性潰瘍の病因、症状、ステージ分類、診断と治療を説明できる。 5) Helicobacter pylori(ヘリコバクター・ピロリ)感染症の診断と治療を説明できる。 6) 胃ポリープの病理と肉眼分類を説明できる。 ※7) 急性胃粘膜病変の概念、診断と治療を説明できる。 ※8) 慢性胃炎を概説できる。 ※9) 胃切除後症候群の病態生理を説明できる。 ※10) 肥厚性幽門狭窄症を概説できる。 ③小腸・大腸疾患 1) 大腸癌の病理と分類(肉眼、進行度、病期)を説明できる。 2) 大腸癌の症状、診断と治療を説明できる。 3) 大腸ポリープの分類、症状、診断と治療を説明できる。 4) 急性虫垂炎の症状、診断と治療を説明できる。 5) 腸閉塞(イレウス)の病因、症状、診断と治療を説明できる。 6) 炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎・Crohn(クローン)病)の病態、症状、診断と治療を説明できる。 7) 痔核と痔瘻の病態、症状と診断を説明できる。 8) 過敏性腸症候群を概説できる。 ※9) 腸管憩室を概説できる。 ※10) 薬剤性大腸炎を概説できる。 ※11) 消化管ポリポーシスを概説できる。 ※12) 大腸の主な先天性疾患(鎖肛、Hirschsprung(ヒルシュシュプリング)病)を概説できる。 ※13) 腸重積症を概説できる。 ※14) 消化管カルチノイドを概説できる。 ④胆道疾患 1) 胆石症の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) 胆嚢炎と胆管炎の病因、病態、症状、診断、合併症と治療を説明できる。 3) 胆嚢・胆管癌の病理、症状、診断と治療を説明できる。 ※4) 胆嚢ポリープを概説できる。 ※5) 先天性胆道拡張症と膵・胆管合流異常症を概説できる。 ⑤肝疾患 1) A型・B型・C型肝炎の疫学、症状、診断、治療、経過と予後を説明できる。 2) 急性肝炎、慢性肝炎と慢性肝炎の定義を説明できる。 3) 肝硬変の病因、病理、症状、診断と治療を説明できる。 4) 肝硬変の合併症(門脈圧亢進症と肝性脳症)を概説できる。 5) 原発性肝癌の病因、病理、症状、診断と治療を説明できる。 6) アルコール性肝障害を概説できる。 ※7) 薬物性肝障害を概説できる。 ※8) 肝腫瘍の症状、診断と治療を説明できる。 ⑥膵臓疾患 1) 急性膵炎(アルコール性、胆石性、特発性)の病態生理、症状、診断と治療を説明できる。 2) 慢性膵炎(アルコール性、特発性)の病態生理、症状、診断、合併症と治療を説明できる。 3) 膵癌の病理、症状と診断を説明できる。 ※4) 重症急性膵炎の病態生理、診断基準と治療を説明できる。 ※5) 虚血性膵炎の分類と病理を説明できる。 ⑦腹膜・腹壁・横隔膜疾患 1) 腹膜炎の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) ヘルニアの概念(滑脱、嵌頓、絞扼性)と好発部位を説明できる。 3) 鼠径ヘルニアの病因、診断と治療を説明できる。
	(8)腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む。)疾患 a A①腎不全(急性・慢性腎不全、透析) ②原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群) ③全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症) B④泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)	8 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む) a 腎・尿路系の構造と機能を理解し、主な腎・尿路系疾患の病因、病態生理、症状、診断と治療を学ぶ。 (1)構造と機能 1) 体液の量と組成・浸透圧を小児と成人を区別して説明できる。 2) 腎・尿路系の位置・形態と血管分布・神経支配を説明できる。 3) 腎の機能の全体像やネフロン各部の構造と機能を概説できる。 4) 腎糸球体における濾過の機序を説明できる。 5) 尿細管各部における再吸収・分泌機構と尿の濃縮機序を説明できる。 6) 水電解質、酸・塩基平衡の調節機構を概説できる。 7) 腎に作用するホルモン・血管作動性物質の作用を説明できる。 8) 蓄排尿の機序を説明できる。 (4)疾患 ①腎不全 1) 急性腎不全の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) 慢性腎不全の病因、症状、診断と治療を概説できる。 ※3) 慢性腎不全の治療(透析・腎移植)を説明できる。 ②原発性糸球体疾患 1) 急性糸球体腎炎の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) 慢性糸球体腎炎(IgA腎症を含む)の症状、診断と治療を説明できる。 3) ネフローゼ症候群の分類、症状、診断と治療を説明できる。 ※4) 急速進行性糸球体腎炎を概説できる。 ③腎血管障害 1) 腎血管性高血圧症を概説できる。 ④尿管機能異常 1) 尿管狭窄・アンダーソン症候群、病態生理、診断と治療を説明できる。 ※2) Fanconi(ファンコニー)症候群(腎性糖尿を含む)の概念、症状と診断を説明できる。 ⑤間質性腎疾患 1) 急性・慢性腎盂腎炎の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) 急性・慢性間質性腎炎の病因、症状、診断と治療を説明できる。 ⑥全身性疾患による腎障害 1) 糖尿病(性)腎症の症状、診断と治療を説明できる。 ※2) ループス腎炎の症状、診断と治療を説明できる。 ※3) アミロイド腎症の症状、診断と治療を説明できる。 ※4) 膠原病類縁疾患(血管炎症候群、Goodpasture(グッドパスチャー)症候群)の腎病変を説明できる。 ※5) 高尿酸性腎炎を概説できる。 ⑦先天異常、腫瘍と外傷 1) 腎尿路の主な先天異常(多発性嚢胞腎、膀胱尿管逆流)を概説できる。 2) 腎癌・膀胱癌の症状、診断と治療を説明できる。 ※3) 腎外傷の症状、診断と治療を説明できる。 ⑧尿路疾患 1) 尿路結石の病因、症状、診断と治療を説明できる。 2) 尿路の炎症(膀胱炎・前立腺炎・尿道炎)の病因、診断と治療を説明できる。 ※3) 神経因性膀胱を概説できる。

	(9) 妊娠分娩と生殖系疾患 B① 妊娠分娩 (正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥) B② 女性生殖系及びその関連疾患 (月経異常 (無月経を含む)、不妊、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍) B③ 男性生殖系疾患 (前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	9 生殖機能 生殖系の構造と機能を理解し、生殖器に問題を有する患者の診断と治療に関する知識を学ぶ。 (1) 構造と機能 1) 生殖腺の発生と性分化の過程を説明できる。 2) 男性生殖系の発育の過程を説明できる。 3) 男性生殖系の形態と機能を説明できる。 4) 精巣の組織構造と精子形成の過程を説明できる。 5) 陰茎の組織構造と勃起・射精の機序を説明できる。 6) 女性生殖系の発育の過程を説明できる。 7) 女性生殖系の形態と機能を説明できる。 8) 性周期発現と排卵の機序を説明できる。 (4) 疾患 ① 男性生殖系疾患 1) 男性不妊症を概説できる。 2) 前立腺肥大症の診断と治療を説明できる。 3) 前立腺癌の診断と治療を説明できる。 4) 精巣腫瘍を概説できる。 ＊ 5) 陰茎内腫瘍の診断を説明できる。 ＊ 6) 睪嚢腫瘍を概説できる。 ② 女性生殖系疾患 1) 内外生殖器の先天異常を説明できる。 2) 卵巣機能障害を概説できる。 3) 不妊症の系統診断と治療を説明できる。 4) 子宮頸癌・子宮体癌の症候、診断と治療を概説できる。 5) 子宮内臓症の症候、診断と治療を説明できる。 6) 子宮頸癌、子宮体癌 (子宮内臓癌) の症候、診断と治療を概説できる。 7) 卵巣腫瘍の分類と症候、診断と治療を概説できる。 8) 外陰、陰と骨盤内感染症の症候、診断と治療を説明できる。 ＊ 9) 絨毛性疾患 (胎状奇胎、絨毛癌) の診断、治療と管理を説明できる。 10 妊娠と分娩 妊娠、分娩と産褥期の管理に必要な基礎知識とともに、母子保健、生殖医療のあり方を学ぶ。 (4) 疾患 1) 主な異常妊娠 (流産、切迫流産、子宮外妊娠・異所性妊娠)、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、骨盤位) の病態を説明できる。 2) 主な異常分娩 (早産、微弱陣痛、遅延分娩、回旋異常、前置胎盤、癒着胎盤、常位胎盤早期剥離、弛緩出血、分娩外傷) の病態を説明できる。 3) 主な異常産褥 (子宮炎、産褥熱、乳頭炎) の病態を説明できる。 4) 産科緊急 (産科出血、播種性血管内凝固・DIC) の病態と治療を説明できる。 ＊ 5) 主な妊娠合併症 (耐糖能異常、血小板減少症、甲状腺疾患) の病態を説明できる。 (5) 産科手術 1) 人工妊娠中絶の適応を説明できる。 2) 常位切開術の適応を説明できる。 ＊ 3) 鉗子・吸引分娩術の適応を説明できる。 ＊ 4) 骨盤位牽出術の方法と合併症を説明できる。 ＊ 5) 産科麻酔の特徴を概説できる。
	(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患 ① 視床下部・下垂体疾患 (下垂体機能障害) ② 甲状腺疾患 (甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症) ③ 副腎不全 A④ 糖代謝異常 (糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖) B⑤ 高脂血症 ⑥ 蛋白及び核酸代謝異常 (高尿酸血症)	12 内分泌・栄養・代謝系 内分泌・代謝系の構成と機能を理解し、主な内分泌・代謝疾患の病因、病態生理、症候、診断と治療を学ぶ。 (1) 構造と機能 1) ホルモンを構造から分類し作用機序を説明できる。 2) ホルモン分泌の調節機構を概説できる。 3) 各内分泌腺の位置を明示し、そこから分泌されるホルモンを列挙できる。 4) 視床下部ホルモン・下垂体ホルモンの名称、作用と相互関係を説明できる。 5) 甲状腺と副甲状腺 (上皮小体) から分泌されるホルモンの作用と分泌調節機構を説明できる。 6) 副腎の構造と分泌されるホルモンの作用と分泌調節機構を説明できる。 7) 臓腑から分泌されるホルモンの作用を説明できる。 8) 男性ホルモン・女性ホルモンの合成・代謝経路と作用を説明できる。 ＊ 9) 糖質・蛋白質・脂質の代謝経路と相互作用を説明できる。 (4) 疾患 ① 視床下部・下垂体疾患 1) Cushing (クッシング) 病の病態と診断を説明できる。 2) 先端巨大症を概説できる。 3) 次下垂体機能低下症を概説できる。 4) 原病を概説できる。 ＊ 5) 成長ホルモン分泌不全性低身長症を概説できる。 ＊ 6) 視床下部・下垂体の画像検査の意義と適応を説明できる。 ＊ 7) 高プロラクチン血症を概説できる。 ＊ 8) ADH不適合分泌症候群 (SIADH) を概説できる。 ＊ 9) 下垂体腫瘍の外科的治療を説明できる。 ② 甲状腺疾患 1) Basedow (バセドウ) 病の病態、症候、診断と治療を説明できる。 2) 甲状腺炎 (慢性・亜急性) を概説できる。 3) 甲状腺機能低下症の症候、診断と治療を説明できる。 ＊ 4) 甲状腺腫瘍を分類し、その特徴を説明できる。 ＊ 5) 甲状腺疾患の外科的治療の適応と合併症を説明できる。 ③ 副甲状腺 (上皮小体) 疾患とカルシウム代謝異常 1) カルシウム代謝の異常を疾患と関連づけて説明できる。 2) 副甲状腺 (上皮小体) 機能亢進症と副甲状腺 (上皮小体) 機能低下症の病因、病態、症候と診断を説明できる。 ＊ 3) 悪性腫瘍に伴う高Ca血症を概説できる。 ＊ 4) 急性副甲状腺機能低下症を概説できる。 ④ 副腎疾患・糖質疾患 1) Cushing (クッシング) 症候群の病態、症候と診断を説明できる。 2) アルドステロン過剰症を概説できる。 3) 褐色細胞腫を概説できる。 ＊ 4) 副腎不全 (急性・慢性) の病因、病態生理、症候、診断と治療を説明できる。 ＊ 5) 先天性副腎 (皮質) 過形成を概説できる。 ＊ 6) 神経芽腫を概説し、小児腹部固形腫瘍 (腎芽腫、胚芽腫、奇形腫) との鑑別点を説明できる。 ⑤ 糖代謝異常 1) 糖尿病の病因、病態生理、分類、症候と診断を説明できる。 A① 糖尿病の診断と治療のあり方

	② 糖尿病の合併症合併症を列挙し、概説できる。 ③ 糖尿病の治療（食事療法、運動療法、薬物療法）を概説できる。 ④ 低血糖症を概説できる。 ⑤ 脂質代謝異常 1) 脂質異常症（高脂血症）の分類、病因と病態を説明できる。 ② 脂質異常症（高脂血症）の予防と治療を説明できる。 の蛋白質および脂質代謝異常 1) 血清蛋白質の異常を概説できる。 2) 高尿酸血症・痛風の病因と病態を説明できる。 ③ アミロイドーシスを概説できる。 ④ ビタミンの欠乏と過剰 1) ビタミン欠乏症と過剰症を概説できる。 ⑤ 先天性代謝異常 ① 1) 主な先天性代謝異常（フェニルケトン尿症、ガラクトース血症、ホモシスチン尿症、メーブルシロップ尿症）を概説できる。 ② 2) ヘモクロマトーシスを概説できる。 ③ 3) ホルフィリアを概説できる。 ④ 4) Wilson（ウィルソン）病を概説できる。
(11) 眼・視覚系疾患 ● B① 屈折異常（近視、遠視、乱視） B② 角結膜炎 B③ 白内障 B④ 緑内障 ⑤ 糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化	13 眼・視覚系 ● 眼・視覚系疾患の構造と機能を理解し、眼・視覚系疾患の症状、病態、診断と治療を理解する。 (1) 構造と機能 1) 眼球と付属器の構造と機能を説明できる。 2) 視覚情報の受容のしくみと伝導路を説明できる。 3) 眼球運動のしくみを説明できる。 4) 対光反射、瞳孔反射、角膜反射の機能について説明できる。 (4) 疾患 1) 屈折異常（近視、遠視、乱視）と調節障害の病態生理を説明できる。 2) 伝導性視覚障害の症状、診断と治療を説明できる。 3) 白内障の病因、症状、診断と治療を説明できる。 4) 緑内障の病因を列挙し、それらの発症機序、症状と治療を説明できる。 5) 裂孔源性網膜剥離の症状、診断と治療を説明できる。 6) 糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化を説明できる。 ⑦ 7) ぶどう膜炎の病因、症状、診断と治療を説明できる。 ⑧ 8) うっ血性網膜炎の病因、症状と診断を説明できる。 ⑨ 9) 視神経炎・症の病因、症状と診断を説明できる。 ⑩ 10) 化学性眼炎（アルカリ、酸）の症状と救急処置を説明できる。 ⑪ 11) 色覚多様性（色覚異常）を概説できる。 ⑫ 12) 網膜静脈閉塞症と動脈閉塞症の症状、診断と治療を説明できる。 ⑬ 13) 網膜芽細胞腫の症状、診断と治療を説明できる。 ⑭ 14) 網膜中心動脈閉塞症の症状、診断と治療を説明できる。
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患 ● B① 中耳炎 B② 急性・慢性副鼻腔炎 B③ アレルギー性鼻炎 ④ 扁桃の急性・慢性炎症性疾患 ⑤ 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	14 耳鼻・咽喉・口腔系 ● 耳鼻・咽喉・口腔の構造と機能を理解し、耳鼻・咽喉・口腔系疾患の症状、病態、診断と治療を理解する。 (1) 構造と機能 1) 外耳・中耳・内耳の構造を説明できる。 2) 聴覚・平衡覚の受容のしくみと伝導路を説明できる。 3) 口腔・鼻腔・咽頭・喉頭の構造を説明できる。 4) 喉頭の機能と神経支配を説明できる。 ⑤ 5) 平衡感覚機構を眼球運動、姿勢制御と関連させて説明できる。 ⑥ 6) 味覚と嗅覚の受容のしくみと伝導路を説明できる。 (4) 疾患 1) 分泌性中耳炎、急性中耳炎と慢性中耳炎の病因、診断と治療を説明できる。 2) 伝音性難聴と感音性難聴、迷路性と中枢性難聴を病態から鑑別し、治療を説明できる。 3) 末梢性めまいと中枢性めまいを鑑別し、治療を説明できる。 4) 鼻出血の好発部位と止血法を説明できる。 ⑤ 5) 副鼻腔炎の病態と治療を説明できる。 ⑥ 6) 鼻アレルギー（アレルギー性鼻炎）の発症機構を説明できる。 ⑦ 7) 扁桃の炎症性疾患の病態と治療を説明できる。 ⑧ 8) 喉頭症の症状、診断と治療を説明できる。 ⑨ 9) う蝕・歯周病とその全身への影響を概説できる。 ⑩ 10) 気管切開の適応を説明できる。 ⑪ 11) 鼻腔・副鼻腔、口腔、咽頭の悪性腫瘍を概説できる。 ⑫ 12) 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物を説明し、除去法を説明できる。 ⑬ 13) 顔面・頭部外傷の症状と診断を説明できる。 ⑭ 14) 嚥下障害を列挙できる。
(13) 精神・神経系疾患 ● ① 症状精神病 A② 認知症（血管性認知症を含む。） ③ アルコール依存症 A④ 統合失調症（うつ病、躁うつ病を含む。）	15 精神系 ● 精神と行動の障害に對して、全人的な立場から、病態生理、診断、治療を理解し、良好な患者と医師の信頼関係に基づいた全人的医療を学ぶ。 (1) 診断と検査の基本 1) 患者・医師の良好な信頼関係に基づく精神科面接の基本を説明できる。 2) 精神科診断分類法（多軸診断システムを含む）を説明できる。 3) 精神科医療の法と倫理に関する必須項目（精神障害者福祉に関する法律、心神喪失者等医療観察法、インフォームドコンセント）を説明できる。 4) コンサルテーション・リエゾン精神医学を説明できる。 ⑤ 5) 心理学的検査法の種類と概要を説明できる。 (3) 疾患・障害 1) 症状精神病の概念と診断を概説できる。 2) 認知症の診断と治療を説明できる。 3) 薬物の乱用、依存、離脱の病態と症状を説明できる。 4) アルコール依存症の病態、診断と合併症を説明できる。

	ア⑤統合失調症(精神分裂病) ⑥不安障害(パニック症候群) B⑦身体表現性障害、ストレス関連障害	5)統合失調症の急性期の診断と救急治療を説明できる。 6)統合失調症の慢性期の症状と診断を説明できる。 7)うつ病の症状と診断を説明できる。 8)躁うつ病の症状と診断を説明できる。 9)不安障害(パニック障害、恐怖症性あるいは全般性不安障害)の症状と診断を説明できる。 10)ストレス関連疾病(外傷後ストレス障害<PTSD>を含む)の症状と診断を説明できる。 11)心身症(摂食障害を含む)の症状と診断を説明できる。 * 12)主な精神疾患・障害の治療を概説できる。 * 13)解離性(転換性)障害の症状、診断と治療を説明できる。 * 14)身体表現性障害の症状、診断と治療を説明できる。 * 15)人格(パーソナリティ)障害を概説できる。 * 16)精神遅滞(知的障害)と広汎性発達障害(自閉症)を概説できる。 * 17)多動性障害と行為障害を概説できる。
	⑭④感染症 B①ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎) B②細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア) B③結核 ④真菌感染症(カンジダ症) ⑤性感染症 ⑥寄生虫疾患 * 敗血症、食中毒がない(奈良)	①感染症 主な感染症の病因、病態生理、症状、診断と治療を学ぶ。 ①①病態 1)病原体に対する生体の反応を説明できる。 2)敗血症の症状、診断と治療の基本を説明できる。 3)菌交代現象・菌交代症を概説できる。 4)日和見感染症(opportunistic infection)を説明できる。 5)下痢症、食中毒を起こす病原体を列举し、診断と治療の基本を説明できる。 6)新興感染症・再興感染症を列举できる。 * 7)全身性炎症(性)反応症候群(SIRS)を概説できる。 ①④菌と疾患 ①①ウイルス感染症・プリオン病 1)インフルエンザの症状、診断と治療を説明できる。 2)麻疹の症状と診断を説明できる。 3)風疹の症状、診断と合併症を説明できる。 4)流行性耳下腺炎(ムンプス)の症状、診断と合併症を説明できる。 5)水痘・帯状疱疹の症状、診断と治療を説明できる。 6)ウイルス性皮膚疾患(単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性紅斑、手足口病、ウイルス性ゆうぜい)を概説できる。 7)ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染症の感染経路、自然経過、症状、診断、治療と感染対策を説明できる。 * 8)突発性発疹の症状と診断を説明できる。 * 9)咽頭結膜熱の症状と診断を説明できる。 * 10)サイトメガロウイルス(CMV)感染症の症状、診断と治療を説明できる。 * 11)伝染性単核(球)症の症状と診断を説明できる。 * 12)プリオン病(Creutzfeldt-Jakob/クロイツフェルト・ヤコブ)病、牛海綿状脳症(BSE)、狂牛病)を概説できる。 * 13)ヒトT細胞白血病ウイルス(HTLV-I)感染症の症状、診断と治療を説明できる。 ②細菌感染症 1)ブドウ球菌感染症の症状、診断と治療を説明できる。 2)A群レンサ球菌感染症の症状、診断、治療とリウマチ熱との関連を説明できる。 3)結核の病因、症状、診断、治療と予防を説明できる。 4)病原性大腸菌感染症を概説できる。 * 5)シジリア、破傷風と百日咳の症状、診断と予防を説明できる。 * 6)劇症型A群β溶連菌感染症を概説できる。 * 7)インフルエンザ(桿)菌症と肺炎球菌感染症を概説できる。 * 8)新生児B群レンサ球菌感染症を概説できる。 ③クラミジア・リケッチア感染症 1)クラミジア感染症を概説できる。 * 2)リケッチア感染症を概説できる。 ④真菌感染症と寄生虫 1)カンジダ症の症状、診断と治療を説明できる。 2)ニューモシス肺炎の症状、診断と治療を説明できる。 3)主な寄生虫症(回虫症、アニサキス症、吸虫症)を説明できる。 4)主な原虫疾患(マラリア、トキソプラズマ症、アメーバ(赤痢)を説明できる。 * 5)クリプトスポリジウム症、ランブル鞭毛虫症、エキノコックス症を概説できる。 * 6)クリプトコックス症とアスペルギルス症の症状、診断と治療を説明できる。 ⑤性行為感染症 1)性行為感染症を概説できる。 ⑥院内感染 1)院内感染の病因となる病原体を列举し、対策を説明できる。 2)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)の特徴、病院内での対応の方法を説明できる。
	⑮④免疫・アレルギー疾患 ①全身性エリテマトーデスとその合併症	③免疫・アレルギー疾患 免疫・アレルギー疾患の病態生理を理解し、症状、診断と治療を学ぶ。 1)自己抗体の種類と臨床的意義を説明できる。 ③③病態と疾患 ①自己免疫疾患一般 1)膠原病と自己免疫疾患を概説し、その種類を列举できる。 2)関節炎をきたす疾患を列举できる。 3)Raynaud(レイノー)症状を説明し、原因疾患を列举できる。 ②全身性エリテマトーデス(SLE) 1)全身性エリテマトーデス(SLE)の病態生理、症状、診断と治療を説明できる。 * 2)全身性エリテマトーデス(SLE)の合併症(中枢神経ループス、ループス腎炎)を説明できる。 * 3)抗リン脂質抗体症候群の病態生理、症状、診断と治療を説明できる。 ③全身性硬皮症(強皮症)、皮膚筋炎・多発(性)筋炎 1)全身性硬皮症(強皮症)の病態生理、症状、診断と治療を説明できる。 2)全身性硬皮症(強皮症)の臓器病変(特に肺・腎)を説明できる。 3)皮膚筋炎・多発(性)筋炎の症状、診断と治療を説明できる。 ④関節リウマチ

	B②慢性関節リウマチ（関節リウマチに訂正すべき：奈良） B③アレルギー疾患	1) 関節リウマチの病態生理、症候、診断、治療とリハビリテーションを説明できる。 * 2) 関節リウマチの関節外症状を説明できる。 * 3) 慢性関節リウマチの症候、診断と治療を説明できる。 * 4) 若年性関節リウマチの特徴を説明できる。 * 5) 成人Still（スチル）病を概説できる。 ⑤血管炎症候群、 Sjogren（シェーグレン）症候群、 Behcet（ベーチェット）病とその他 1) 混合性結合組織病（MCTD）の病態生理、症候、診断と治療を説明できる。 2) 血管炎症候群を列挙し、その病態生理、症候、診断と治療を説明できる。 3) Sjogren（シェーグレン）症候群を概説できる。 4) Behcet（ベーチェット）病を概説できる。 * 5) Kawasaki（川崎）病（小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群）の病態生理、症候、診断と治療を説明できる。 ⑥アレルギー 1) アレルギー疾患の特徴とその発症を概説できる。 2) アナフィラキシーの症候、診断と治療を説明できる。 3) 薬物アレルギーを概説できる。 ⑦先天性免疫不全症 1) 先天性免疫不全症の病態、診断と治療を説明できる。
	(16) 物理・化学的因子による疾患 ● ①中毒（アルコール、薬物） ②アナフィラキシー ③環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害） B④熱傷	4 物理・化学的因子による疾患 ● 中毒と環境要因によって生じる疾患の病態生理を理解し、症候、診断と治療を学ぶ。 (5) 疾患 ①中毒 1) 細菌性食中毒の病因、症候と治療を説明できる。 2) 急性アルコール中毒の症候、診断と治療を説明できる。 3) 一酸化炭素中毒の発生機序、症候、診断と治療法を説明できる。 * 4) 有機リン剤、有機塩素剤と有機溶剤による中毒の機序、診断と治療を説明できる。 * 5) 睡眠薬、向精神薬と解熱・鎮痛薬による中毒の診断と治療を説明できる。 * 6) 麻薬・覚醒剤中毒の症候、依存、離脱症状と治療を説明できる。 * 7) 重金属中毒を概説できる。 * 8) フグとキノコ中毒を概説できる。 ②環境要因等による疾患 1) 高温による障害を説明できる。 * 2) 寒冷による障害を説明できる。 * 3) 動脈病、振動障害と騒音障害を説明できる。 * 4) 放射線による障害の原因や対処等を概説できる。 ③熱傷 1) 熱傷面積（9の法則）と深（達）度から熱傷の重症度を説明できる。 * 2) 熱傷時の体液変化を説明できる。 * 3) 熱傷の治療方針を概説できる。
	(17) 小児疾患 ● B①小児けいれん性疾患 B②小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ） ③小児細菌感染症 B④小児喘息 ⑤先天性心疾患	5 成長と発達 ● 胎児・新生児・乳幼児・小児期から思春期にかけての生理的成長・発達とその異常の特徴および精神・社会的な問題を理解する。 (1) 胎児・新生児 1) 胎児の循環・呼吸の生理的特徴と出生時の変化を説明できる。 2) 胎内発育の程度を在胎期間と出生体重を加味して評価できる。 3) 主な先天性疾患を列挙できる。 4) 新生児の生理的特徴を説明できる。 5) 胎児機能不全（non-reassuring fetal status（NRFS））を説明できる。 6) 新生児仮死の分類を説明できる。 7) 新生児マススクリーニングを説明できる。 8) 新生児黄疽の鑑別と治療を説明できる。 9) 新生児期の呼吸障害の病因を列挙できる。 * 10) 正常児・低出生体重児・病児の管理の基本を説明できる。 * 11) 低出生体重児固有の疾患を概説できる。 * 12) 救急を要する新生児疾患（新生児けいれんを含む）を概説できる。 (2) 乳幼児 1) 乳幼児の生理機能の発達を説明できる。 2) 乳幼児の正常な精神運動発達を説明できる。 3) 乳幼児の保育法・栄養法の基本を概説できる。 * 4) 乳幼児突然死症候群（SIDS）を説明できる。 (3) 小児期全般 1) 小児の精神運動発達および心身相関を説明できる。 2) 小児の栄養上の問題点を列挙できる。 3) 小児の免疫発達と感染症の関係を概説できる。 4) 小児集団における予防接種の意義と内容を説明できる。 5) 成長に關わる主な異常（小児心身症を含む）を列挙できる。 * 6) 児童虐待を概説できる。 * 7) 小児の診断法と治療法における特徴を概説できる。 * 8) 小児行動異常（注意欠陥多動障害＜ADHD＞、自閉症、学習障害、チック障害）を列挙できる。 (4) 思春期 1) 思春期発現の機序と性徴を説明できる。 * 2) 思春期と関連した精神保健上の問題を列挙できる。
	(18) 加齢と老化 ● B①高齢者の栄養摂取障害 B②老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	6 加齢と老化 ● 急速な高齢化に対応して、老化に伴う生理的変化、高齢者に特有な疾患の概念、リハビリテーションと介護に関わる問題を学ぶ。 1) 高齢者の心理・精神の変化を理解し、対応できる。 2) 加齢に伴う臓器の構造と機能の変化を説明できる。 3) 高齢者における病態・症候・治療・リハビリテーションの特異性を説明できる。 4) 高齢者における総合機能評価（CGA）を説明できる。 5) 老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）の病態、治療と予防を説明できる。 * 6) 高齢者の栄養摂取の特異性を説明できる。 * 7) 高齢者の生活支援の要点を概説できる。

	○ 特定の医療現場の経験 ● 必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。 (1)救急医療 生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、 1)バイタルサインの把握ができる。 2)重症度及び緊急度の把握ができる。 3)ショックの診断と治療ができる。 4)二次救命処置 (ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理 を含む。)ができ、一次救命処置 (BLS = Basic Life Support)を指導できる。 ※ ACLSは、バグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLSには、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。 5)頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。 6)専門医への適切なコンサルテーションができる。 7)大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。 必修項目 救急医療の現場を経験すること	(3) 救急医療臨床実習 a～b 診療チームの一員として救急医療に参加する。 1)救急病態の救命治療に参加できる。 2)初期救急病態を鑑別し、初期治療に参加できる。 3)外傷の処置に参加できる。 4)一次救命処置 (心肺蘇生を含む)を説明し、シミュレータを用いて実施できる。
	(2)予防医療 ● 予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、 1)食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。 2)性感染症予防、家族計画を指導できる。 3)地域・産業・学校保健事業に参画できる。 4)予防接種を実施できる。 必修項目 予防医療の現場を経験すること	B 医学・医療と社会 a (1)社会・環境と健康 社会と健康・疾病との関係について理解し、個体および集団をとりまく環境諸要因の変化による個人の健康と社会生活への影響について学ぶ。 1)健康、障害と疾病の概念を説明できる。 2)社会構造(家族、コミュニティ、地域社会、国際化)と健康・疾病との関係を概説できる。 3)環境と健康・疾病との関係(環境と適応、生体環境系、病因と保健行動、環境基準と環境影響評価、公害と環境保全)を概説できる。 4)生態系の変化が健康と生活に影響(有害物質、環境発がん物質、内分泌攪乱物質)を概説できる。 ● 5)病診連携と病病連携を説明できる。 ● 6)地球環境の変化、生態循環、生物濃縮と健康との関係を説明できる。 ● 7)各ライフステージの健康問題について説明できる。 ● 8)シンクハウス症候群を概説できる。 (2)地域医療 地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身につける。 1)地域社会(へき地・離島を含む)における医療の状況、機能および体制等を含めた地域医療について概説できる。 2)医師の偏在(地域および診療科)の現状について説明できる。 3)地域における、保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間および多職種間(行政を含む)の連携の必要性について説明できる。 4)地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける。 5)地域における、救急医療、在宅医療の体制を説明できる。 6)災害時における医療体制確立の必要性と、現場におけるトリアージを説明できる。 7)地域医療に積極的に参加・貢献する。 (3)疫学と予防医学 保健統計の意義と現状、疫学とその応用、疾病の予防について学ぶ。 1)人口動態統計と人口動態統計を説明できる。 2)疾病の定義、分類と国際疾病分類(ICD)を説明できる。 3)疾病・有病・罹患率統計、年齢調整率と標準化死亡率(SMR)を説明できる。 4)疫学の概念と疫学の諸指標について説明できる。 5)予防医学(一次、二次、三次予防)を概説できる。 ● 6)生命期待数(平均余命と平均寿命)を説明できる。 ● 7)健康管理、健康診断とその事後指導を説明できる。 (4)生活習慣と疾病 生活習慣(食生活を含む)に関連した疾病の種類、病態と予防治療について学ぶ。 1)生活習慣に関連した疾病を列挙できる。 2)生活習慣と肥満・脂質異常症・高脂血症・動脈硬化の関係を説明できる。 3)生活習慣と糖尿病の関係を説明できる。 4)生活習慣と高血圧の関係を説明できる。 5)生活習慣とがんの関係を説明できる。 6)喫煙と疾病の関係と禁煙指導を説明できる。 (5)保健、医療、福祉と介護の制度 保健、医療、福祉と介護の制度の内容を学ぶ。 1)日本における社会保障制度を説明できる。 2)医療保険と公費医療や介護保険を説明できる。 3)高齢者福祉と高齢者医療の特徴を説明できる。 4)産業保健(労働関係法規を含む)を概説できる。 5)医療の質の評価(質の定義、クリニカルパス)を説明できる。 7)国民医療費の収支と将来予測を概説できる。 7)医師法と医療法を概説できる。 8)医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できる。 ● 9)医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる。 ● 10)医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる。 ● 11)感染症法・食品衛生法の概要と届出義務を説明できる。 ● 12)予防接種の意義と現状を説明できる。 ● 13)医師法と医療法以外の医療関連法規を概説できる。
	(3)地域医療 ● 地域医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、 1)患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践する。 2)診療所の役割(病診連携への理解を含む。)について理解し、実践する。 3)へき地・離島医療について理解し、実践する。 必修項目 へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること	G 臨床実習 5 地域医療臨床実習 a～d 地域社会(へき地・離島を含む)で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して、各々の実態や連携の必要性を学ぶ。 1)地域のプライマリ・ケアを体験する。 2)病診連携・病病連携を体験する。 3)地域の救急医療、在宅医療を体験する。 4)多職種連携のチーム医療を体験する。 5)地域における疾病予防・健康維持等、連携の活動を体験する。 学外の地域病院(臨床研修病院を含む)、保健所、社会福祉施設等の協力を得て、入学後早期からの「早期体験学習」。 「衛生学・公衆衛生学実習」等も含めて、段階的・体系的に各種役割を推進する。なお、必要に応じて、臨床教授制度等を利用することも望まれる。

	(4)周産・小児・成育医療 ● 周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、 1)周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。 2)周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。 3)虐待について説明できる。 4)学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。 5)母子健康手帳を理解し活用できる。 必修項目 周産・小児・成育医療の現場を経験すること	【小児科】 ▲ 基本的小児科疾患を受け持ち、症状・病態、診断、治療と予後を学ぶ。 1)小児の診断・治療に必要な情報を保護者から聴き取ることができる。 2)正常新生児と主な小児疾患の全身診察ができ、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。 3)乳幼児健診を見学し、小児の成長・発達と異常の評価に参加できる。 4)専門医へのコンサルテーションの必要性について説明できる。
	(5)精神保健・医療 ● 精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、 1)精神症状の捉え方の基本を身につける。 2)精神疾患に対する初期的対応と治療の実践を学ぶ。 3)デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。 必修項目 精神保健福祉センター、精神科病院等の精神保健・医療の現場を経験すること	【精神科】 ▲ 基本的な精神症状の評価の仕方、面接法、治療を学ぶ。 1)精神科疾患の診察を見学し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。 2)精神症状をもつ患者の診療を行う上での、法と倫理の必須項目を列挙できる。 3)精神症状・精神障害の初期症状と、どのような場合に専門医へのコンサルテーションが必要か説明できる。
	(6)緩和ケア、終末期医療 ● 緩和ケアや終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、 1)心理社会的側面への配慮ができる。 2)治療の初期段階から基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。 3)告知をめぐる諸問題への配慮ができる。 4)死生観・宗教観などへの配慮ができる。 必修項目 臨終の立ち会いを経験すること	(12)介護と在宅医療 ▲～C 介護と在宅医療の基本を学ぶ。 1)介護の定義と種類を説明できる。 2)日常生活動作（ADL）（排泄、摂食、入浴）の介護と環境整備の要点を概説できる。 3)在宅医療（酸素療法、栄養療法、造新療法を含む）を概説できる。 (13)緩和医療・慢性疼痛 ▲～C 緩和医療および慢性疼痛の基本を学ぶ。 1)緩和医療を概説できる。 2)癌性疼痛コントロールの適応と問題点を説明できる。 * 3)緩和医療における患者・家族の心理を説明できる。 * 4)慢性疼痛における治療の問題点等を概説できる。
	(7)地域保健 ● 地域保健を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健の現場において、 1)保健所の役割（地域保健・健康増進を含む。）について理解し、実践する。 2)社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。	5 地域医療臨床実習 ▲～d 地域社会（へき地・離島を含む）で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して、各々の実態や連携の必要性を学ぶ。 1)地域のプライマリ・ケアを体験する。 2)病診連携・病連携を体験する。 3)地域の救急医療、在宅医療を体験する。 4)多職種連携のチーム医療を体験する。 5)地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する。

H25年版医師国家試験出題基準:必修	H25年版医師国家試験出題基準:総論、各論
c:学生同士、標準模擬患者でできる d:指導監督下でできる e:単独でできる	
1 医師のプロフェッショナリズム(約4%) a A 医師の倫理: 1 医師の職業倫理指針、2 医師憲章 B 患者の権利と義務: 1 患者の権利と義務、2 自己決定権、3 インフォームド・コンセント、4 セカンドオピニオン、5 情報開示、6 個人情報の保護 C 患者医師関係: 1 リスボン宣言、2 患者の意向の尊重(患者中心型医療)、3 患者・家族の医療への参加(相互参加型医療)、4 社会生活機能を重視した医療 2 社会と医療(約6%) a A 医療制度、医療経済: 1 医師法、2 医療法、3 医療保険制度、4 介護保険制度、5 国民医療費 B 患者・障害者のもつ心理・社会的問題: 1 疾病・障害の概念と構造、2 QOL(生活の質、quality of life)、3 リハビリテーションの理念、4 ノーマライゼーション、5 患者・障害者の心理と態度、6 心理教育(psychoeducation)、7 患者・障害者の社会活動・社会参加、8 家族機能、9 行動変容、要因分析 C 保健・医療・福祉・介護・教育の制度と連携: 1 福祉と社会資源、2 職種連携 D 医学研究と倫理: 1 トリプルム・遺伝子解析研究に関する倫理指針、2 臨床研究に関する倫理指針、3 疫学研究に関する倫理指針、4 遺伝子治療臨床研究に関する指針 E 臨床試験・治験と倫理性: 1 ヘルシンキ宣言、2 第Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ相試験、3 GCP(医薬品の臨床試験実施の基準)、4 治験審査委員会・倫理審査委員会(IRB) 10 臨床判断の基本(4%) a A 根拠に基づいた医療(EBM): 1 患者の問題の定式化、2 情報収集法、3 批判的吟味、4 患者への適用、5 研究デザイン、6 メタ分析(メタアナリシス)、7 珍効薬(イライチン、8 エビデンスレベル) B 臨床医学的指標: 1 内因の妥当性、外因の妥当性、2 バイアス、交絡因子、3アウトカム、4 信頼区間、5 相対危険度(relative risk)(リスク比)、寄与危険度(attributable risk)(リスク差)、オッズ比(odds ratio)、6 検査前確率(事前確率)、7 感度、特異度、8 検査後確率(事後確率)、9 尤度比、10 ROC曲線 C 誤差と精度: 1 正確度、2 精密度、再現性 D 基準値: 1 基準範囲の概念、2 生理的変動、3 性差、年齢差、4 異常値と原因 E 有効性と効率性: 1 費用対効果 F 医療情報: 1 一次情報、二次情報、2 検索方法 16 チーム医療(約2%) a A 医療機関でのチームワーク: 1 医師間の連携、2 医師以外の医療専門職の役割、3 医師を含む医療専門職の連携 B 地域医療でのチームワーク: 1 病診連携、病病連携、2 保健・医療・福祉・介護・教育の連携、3 家族との連携、4 クリニカルパス C コンサルテーション: 1 自己責任と自分の限界 D 社会生活: 1 社会復帰、2 社会保障制度(所得、介護、障害)、3 人的支援、4 物的支援(福祉用具)、5 自立	
6 医療面接(約6%) d A 医療面接の意義: 1 患者医師関係の構築、2 医療情報の収集、3 病状説明、4 教育、調整、動機付け B マナー・オーブニング: 1 身だしなみ、2 椅子の配置、座り方、3 礼儀、整髪、4 挨拶、自己紹介、5 患者本人であることの確認、6 プライバシー・体調・環境への配慮 C 良好なコミュニケーション: 1 言語的コミュニケーション、2 非言語的コミュニケーション、3 非言語的コミュニケーション、4 傾聴の仕方、5 質問法、6 面接者の態度(共感的態度、理解的態度、支持的態度、問題解決への援助的態度、評価的態度、解釈的態度、調査的態度、逃避的態度)、7 感情面への対応(共感、支持、反映、肯定、尊重、支援、探索) D 病歴情報: 1 主訴、2 現病歴、3 常用薬、アレルギー歴、4 既往歴、5 家族歴、家系図、6 嗜好、7 生活習慣、8 社会歴、9 生活環境、家庭環境、10 海外渡航歴、11 システムレビュー(review of systems)、12 フロアリスト E 心理・社会的情報: 1 解釈モデル、2 心理・社会的状況、3 検査や治療に対する希望・好み、4 受療行動、対処行動、他医受診、処方内容 F 話の伝え方: 1 理解の確認、質問の有無の確認、2 悪い知らせの伝え方(SPIKESモデル) G 治療への動機付け: 1 患者の満足度、2 コンプライアンス、アドヒアランス、3 意識啓発とその継続	
8 一般的な身体診察(約13%) d A 診察のあり方: 1 診察前での標準予防策(standard precautions)、2 安全への配慮、3 患者への配慮(プライバシー・羞恥心・苦痛への配慮)、4 患者への声かけと例示 B 診察の基本手法: 1 視診、2 聴診、3 触診、4 打診 C 診察時の患者の体位: 1 立位、2 坐位、半坐位、3 臥位(仰臥位、腹臥位、側臥位)、4 碇石位 D 全身の診察: 1 意識状態、精神状態の評価、2 体格の評価(身長、体重)、3 バイタルサイン(体温、呼吸、脈拍、血圧)、4 全身の外観(体型、栄養、姿勢、歩行、顔貌、皮膚、発声)、5 リンパ節の触診 E 頭頸部の診察: 1 頭部、2 咽、咽頭鏡検査、3 耳、耳鏡検査、鼻、4 口唇、口腔、咽頭、扁桃、5 甲状腺、頭部血管、気管、唾液腺、6 聴覚検査 F 胸部の診察: 1 胸部、2 呼吸音(気管)、副肺音、3 心音、心雑音、4 背部の叩打音、5 乳房 G 腹部の診察: 1 形、2 肝、脾、腎、3 筋性防御、圧痛、反跳痛(Blumberg徴候)、4 腹水、5 腸雑音、血管雑音 H 紅門と直腸の診察 I 生殖系の診察: 1 男性、2 女性、3 妊婦 J 筋骨格系の診察: 1 四肢、脊柱(彎曲、[C]頸)、2 関節(可動域、腫脹、[C]頸、変形)、3 徒手筋力テスト K 神経系の診察: 1 脳神経系、2 視神経刺激試験(項部硬直、Kernig徴候)、3 運動系、4 腱反射、筋の反射、5 感覚(痛覚、温度覚、触覚、深部感覚)、6 小脳機能 L 四肢の診察: 1 浮腫、2 動脈、静脈	1 2次・3次救急患者の診察(約27%) a~b A 初診時の評価 1 バイタルサイン、2 意識レベル、3 来院時(院外)心肺機能停止(CPPA)、4 臓器障害の状態把握、5 運動機能障害の判定、6 緊急治療の要否・部位別優先順位の判断、7 重症度と緊急度 B 病態に応じた診察 1 血液ガス分析、2 ショック、3 意識障害、4 脳血管障害、5 急性呼吸不全、6 急性心不全、7 急性冠症候群、8 急性腹症、9 急性消化管出血、10 肝不全、11 急性腎不全、尿毒症、12 内分泌・代謝疾患、13 精神科救急、14 重症感染症、15 外傷、16 急性中毒、17 熱傷、18 パイオセラ、19 急性放射線障害 2 高齢者の診察と評価(約27%) c~d A 高齢者の診察: 1 診察時の注意、2 既往歴・合併症の評価 B 高齢者総合機能評価(CGA): 1 日常生活動作(ADL)、2 認知機能、3 気分・意欲、4 運動機能、5 嚥下障害、6 排泄機能、7 生活環境、8 介護の必要度 3 小児の診察(約20%) c~d A 小児の診察: 1 一般診察、2 成長・発達の評価、3 育児環境の評価、4 乳幼児の救急時の状態把握 B 学童期の児の診察: 1 一般診察、2 成長・発達の評価、3 生活環境の評価、4 心理的評価 C 思春期の児の診察: 1 一般診察、2 二次性徴の評価、3 心理的評価 4 胎児・新生児の診察と評価(約13%) a~d A 胎児の診察: 1 胎児の位置の診断、2 胎動、3 胎児心拍数の測定、4 発育・成熟の診断、5 出生前診断 a B 胎児付属物の診察: 1 胎盤・臍帯・羊水の診断 a C 新生児の診察: 1 一般診察、Apgarスコア、2 神経学的診察、3 診察時の注意、4 外表面形 5 妊・産・褥瘡と胎児の診察(約13%) a~d A 妊婦の診察: 1 妊婦の診断、2 妊婦時期の診断、3 妊婦健康診査、4 胎位・胎向の診断、5 頭管成熟度 B 産婦の診察: 1 分娩時期の診断、2 胎児下降度の診断・表現法、3 児頭回旋の診断・表現法、4 頭管開大度、5 陣痛の観察、6 バルトグラム、7 胎盤[離脱徴 C 褥瘡の診察: 1 性器の復旧、2 全身の復旧、3 乳汁分泌
	1 検体検査(約25%) a~d A 検体の採取と保存: 1 採血(種類、部位)、2 採尿、3 排便、4 喀痰、5 穿刺、6 生検、細胞診、7 新生児・乳幼児の採血と穿刺法、8 法医学的試料の採取、9 抗凝固剤、血清・血漿分離法、検体保存法、10 保存期間 B 一般臨床検査: 1 尿、2 尿沈、3 尿糖、4 尿蛋白、5 尿潜血、6 尿胆原、7 尿胆素、8 尿潜血、9 尿潜血、10 尿潜血、11 尿潜血、12 尿潜血、13 尿潜血、14 尿潜血、15 尿潜血、16 尿潜血、17 尿潜血、18 尿潜血、19 尿潜血、20 尿潜血、21 尿潜血、22 尿潜血、23 尿潜血、24 尿潜血、25 尿潜血、26 尿潜血、27 尿潜血、28 尿潜血、29 尿潜血、30 尿潜血、31 尿潜血、32 尿潜血、33 尿潜血、34 尿潜血、35 尿潜血、36 尿潜血、37 尿潜血、38 尿潜血、39 尿潜血、40 尿潜血、41 尿潜血、42 尿潜血、43 尿潜血、44 尿潜血、45 尿潜血、46 尿潜血、47 尿潜血、48 尿潜血、49 尿潜血、50 尿潜血、51 尿潜血、52 尿潜血、53 尿潜血、54 尿潜血、55 尿潜血、56 尿潜血、57 尿潜血、58 尿潜血、59 尿潜血、60 尿潜血、61 尿潜血、62 尿潜血、63 尿潜血、64 尿潜血、65 尿潜血、66 尿潜血、67 尿潜血、68 尿潜血、69 尿潜血、70 尿潜血、71 尿潜血、72 尿潜血、73 尿潜血、74 尿潜血、75 尿潜血、76 尿潜血、77 尿潜血、78 尿潜血、79 尿潜血、80 尿潜血、81 尿潜血、82 尿潜血、83 尿潜血、84 尿潜血、85 尿潜血、86 尿潜血、87 尿潜血、88 尿潜血、89 尿潜血、90 尿潜血、91 尿潜血、92 尿潜血、93 尿潜血、94 尿潜血、95 尿潜血、96 尿潜血、97 尿潜血、98 尿潜血、99 尿潜血、100 尿潜血、101 尿潜血、102 尿潜血、103 尿潜血、104 尿潜血、105 尿潜血、106 尿潜血、107 尿潜血、108 尿潜血、109 尿潜血、110 尿潜血、111 尿潜血、112 尿潜血、113 尿潜血、114 尿潜血、115 尿潜血、116 尿潜血、117 尿潜血、118 尿潜血、119 尿潜血、120 尿潜血、121 尿潜血、122 尿潜血、123 尿潜血、124 尿潜血、125 尿潜血、126 尿潜血、127 尿潜血、128 尿潜血、129 尿潜血、130 尿潜血、131 尿潜血、132 尿潜血、133 尿潜血、134 尿潜血、135 尿潜血、136 尿潜血、137 尿潜血、138 尿潜血、139 尿潜血、140 尿潜血、141 尿潜血、142 尿潜血、143 尿潜血、144 尿潜血、145 尿潜血、146 尿潜血、147 尿潜血、148 尿潜血、149 尿潜血、150 尿潜血、151 尿潜血、152 尿潜血、153 尿潜血、154 尿潜血、155 尿潜血、156 尿潜血、157 尿潜血、158 尿潜血、159 尿潜血、160 尿潜血、161 尿潜血、162 尿潜血、163 尿潜血、164 尿潜血、165 尿潜血、166 尿潜血、167 尿潜血、168 尿潜血、169 尿潜血、170 尿潜血、171 尿潜血、172 尿潜血、173 尿潜血、174 尿潜血、175 尿潜血、176 尿潜血、177 尿潜血、178 尿潜血、179 尿潜血、180 尿潜血、181 尿潜血、182 尿潜血、183 尿潜血、184 尿潜血、185 尿潜血、186 尿潜血、187 尿潜血、188 尿潜血、189 尿潜血、190 尿潜血、191 尿潜血、192 尿潜血、193 尿潜血、194 尿潜血、195 尿潜血、196 尿潜血、197 尿潜血、198 尿潜血、199 尿潜血、200 尿潜血、201 尿潜血、202 尿潜血、203 尿潜血、204 尿潜血、205 尿潜血、206 尿潜血、207 尿潜血、208 尿潜血、209 尿潜血、210 尿潜血、211 尿潜血、212 尿潜血、213 尿潜血、214 尿潜血、215 尿潜血、216 尿潜血、217 尿潜血、218 尿潜血、219 尿潜血、220 尿潜血、221 尿潜血、222 尿潜血、223 尿潜血、224 尿潜血、225 尿潜血、226 尿潜血、227 尿潜血、228 尿潜血、229 尿潜血、230 尿潜血、231 尿潜血、232 尿潜血、233 尿潜血、234 尿潜血、235 尿潜血、236 尿潜血、237 尿潜血、238 尿潜血、239 尿潜血、240 尿潜血、241 尿潜血、242 尿潜血、243 尿潜血、244 尿潜血、245 尿潜血、246 尿潜血、247 尿潜血、248 尿潜血、249 尿潜血、250 尿潜血、251 尿潜血、252 尿潜血、253 尿潜血、254 尿潜血、255 尿潜血、256 尿潜血、257 尿潜血、258 尿潜血、259 尿潜血、260 尿潜血、261 尿潜血、262 尿潜血、263 尿潜血、264 尿潜血、265 尿潜血、266 尿潜血、267 尿潜血、268 尿潜血、269 尿潜血、270 尿潜血、271 尿潜血、272 尿潜血、273 尿潜血、274 尿潜血、275 尿潜血、276 尿潜血、277 尿潜血、278 尿潜血、279 尿潜血、280 尿潜血、281 尿潜血、282 尿潜血、283 尿潜血、284 尿潜血、285 尿潜血、286 尿潜血、287 尿潜血、288 尿潜血、289 尿潜血、290 尿潜血、291 尿潜血、292 尿潜血、293 尿潜血、294 尿潜血、295 尿潜血、296 尿潜血、297 尿潜血、298 尿潜血、299 尿潜血、300 尿潜血、301 尿潜血、302 尿潜血、303 尿潜血、304 尿潜血、305 尿潜血、306 尿潜血、307 尿潜血、308 尿潜血、309 尿潜血、310 尿潜血、311 尿潜血、312 尿潜血、313 尿潜血、314 尿潜血、315 尿潜血、316 尿潜血、317 尿潜血、318 尿潜血、319 尿潜血、320 尿潜血、321 尿潜血、322 尿潜血、323 尿潜血、324 尿潜血、325 尿潜血、326 尿潜血、327 尿潜血、328 尿潜血、329 尿潜血、330 尿潜血、331 尿潜血、332 尿潜血、333 尿潜血、334 尿潜血、335 尿潜血、336 尿潜血、337 尿潜血、338 尿潜血、339 尿潜血、340 尿潜血、341 尿潜血、342 尿潜血、343 尿潜血、344 尿潜血、345 尿潜血、346 尿潜血、347 尿潜血、348 尿潜血、349 尿潜血、350 尿潜血、351 尿潜血、352 尿潜血、353 尿潜血、354 尿潜血、355 尿潜血、356 尿潜血、357 尿潜血、358 尿潜血、359 尿潜血、360 尿潜血、361 尿潜血、362 尿潜血、363 尿潜血、364 尿潜血、365 尿潜血、366 尿潜血、367 尿潜血、368 尿潜血、369 尿潜血、370 尿潜血、371 尿潜血、372 尿潜血、373 尿潜血、374 尿潜血、375 尿潜血、376 尿潜血、377 尿潜血、378 尿潜血、379 尿潜血、380 尿潜血、381 尿潜血、382 尿潜血、383 尿潜血、384 尿潜血、385 尿潜血、386 尿潜血、387 尿潜血、388 尿潜血、389 尿潜血、390 尿潜血、391 尿潜血、392 尿潜血、393 尿潜血、394 尿潜血、395 尿潜血、396 尿潜血、397 尿潜血、398 尿潜血、399 尿潜血、400 尿潜血、401 尿潜血、402 尿潜血、403 尿潜血、404 尿潜血、405 尿潜血、406 尿潜血、407 尿潜血、408 尿潜血、409 尿潜血、410 尿潜血、411 尿潜血、412 尿潜血、413 尿潜血、414 尿潜血、415 尿潜血、416 尿潜血、417 尿潜血、418 尿潜血、419 尿潜血、420 尿潜血、421 尿潜血、422 尿潜血、423 尿潜血、424 尿潜血、425 尿潜血、426 尿潜血、427 尿潜血、428 尿潜血、429 尿潜血、430 尿潜血、431 尿潜血、432 尿潜血、433 尿潜血、434 尿潜血、435 尿潜血、436 尿潜血、437 尿潜血、438 尿潜血、439 尿潜血、440 尿潜血、441 尿潜血、442 尿潜血、443 尿潜血、444 尿潜血、445 尿潜血、446 尿潜血、447 尿潜血、448 尿潜血、449 尿潜血、450 尿潜血、451 尿潜血、452 尿潜血、453 尿潜血、454 尿潜血、455 尿潜血、456 尿潜血、457 尿潜血、458 尿潜血、459 尿潜血、460 尿潜血、461 尿潜血、462 尿潜血、463 尿潜血、464 尿潜血、465 尿潜血、466 尿潜血、467 尿潜血、468 尿潜血、469 尿潜血、470 尿潜血、471 尿潜血、472 尿潜血、473 尿潜血、474 尿潜血、475 尿潜血、476 尿潜血、477 尿潜血、478 尿潜血、479 尿潜血、480 尿潜血、481 尿潜血、482 尿潜血、483 尿潜血、484 尿潜血、485 尿潜血、486 尿潜血、487 尿潜血、488 尿潜血、489 尿潜血、490 尿潜血、491 尿潜血、492 尿潜血、493 尿潜血、494 尿潜血、495 尿潜血、496 尿潜血、497 尿潜血、498 尿潜血、499 尿潜血、500 尿潜血、501 尿潜血、502 尿潜血、503 尿潜血、504 尿潜血、505 尿潜血、506 尿潜血、507 尿潜血、508 尿潜血、509 尿潜血、510 尿潜血、511 尿潜血、512 尿潜血、513 尿潜血、514 尿潜血、515 尿潜血、516 尿潜血、517 尿潜血、518 尿潜血、519 尿潜血、520 尿潜血、521 尿潜血、522 尿潜血、523 尿潜血、524 尿潜血、525 尿潜血、526 尿潜血、527 尿潜血、528 尿潜血、529 尿潜血、530 尿潜血、531 尿潜血、532 尿潜血、533 尿潜血、534 尿潜血、535 尿潜血、536 尿潜血、537 尿潜血、538 尿潜血、539 尿潜血、540 尿潜血、541 尿潜血、542 尿潜血、543 尿潜血、544 尿潜血、545 尿潜血、546 尿潜血、547 尿潜血、548 尿潜血、549 尿潜血、550 尿潜血、551 尿潜血、552 尿潜血、553 尿潜血、554 尿潜血、555 尿潜血、556 尿潜血、557 尿潜血、558 尿潜血、559 尿潜血、560 尿潜血、561 尿潜血、562 尿潜血、563 尿潜血、564 尿潜血、565 尿潜血、566 尿潜血、567 尿潜血、568 尿潜血、569 尿潜血、570 尿潜血、571 尿潜血、572 尿潜血、573 尿潜血、574 尿潜血、575 尿潜血、576 尿潜血、577 尿潜血、578 尿潜血、579 尿潜血、580 尿潜血、581 尿潜血、582 尿潜血、583 尿潜血、584 尿潜血、585 尿潜血、586 尿潜血、587 尿潜血、588 尿潜血、589 尿潜血、590 尿潜血、591 尿潜血、592 尿潜血、593 尿潜血、594 尿潜血、595 尿潜血、596 尿潜血、597 尿潜血、598 尿潜血、599 尿潜血、600 尿潜血、601 尿潜血、602 尿潜血、603 尿潜血、604 尿潜血、605 尿潜血、606 尿潜血、607 尿潜血、608 尿潜血、609 尿潜血、610 尿潜血、611 尿潜血、612 尿潜血、613 尿潜血、614 尿潜血、615 尿潜血、616 尿潜血、617 尿潜血、618 尿潜血、619 尿潜血、620 尿潜血、621 尿潜血、622 尿潜血、623 尿潜血、624 尿潜血、625 尿潜血、626 尿潜血、627 尿潜血、628 尿潜血、629 尿潜血、630 尿潜血、631 尿潜血、632 尿潜血、633 尿潜血、634 尿潜血、635 尿潜血、636 尿潜血、637 尿潜血、638 尿潜血、639 尿潜血、640 尿潜血、641 尿潜血、642 尿潜血、643 尿潜血、644 尿潜血、645 尿潜血、646 尿潜血、647 尿潜血、648 尿潜血、649 尿潜血、650 尿潜血、651 尿潜血、652 尿潜血、653 尿潜血、654 尿潜血、655 尿潜血、656 尿潜血、657 尿潜血、658 尿潜血、659 尿潜血、660 尿潜血、661 尿潜血、662 尿潜血、663 尿潜血、664 尿潜血、665 尿潜血、666 尿潜血、667 尿潜血、668 尿潜血、669 尿潜血、670 尿潜血、671 尿潜血、672 尿潜血、673 尿潜血、674 尿潜血、675 尿潜血、676 尿潜血、677 尿潜血、678 尿潜血、679 尿潜血、680 尿潜血、681 尿潜血、682 尿潜血、683 尿潜血、684 尿潜血、685 尿潜血、686 尿潜血、687 尿潜血、688 尿潜血、689 尿潜血、690 尿潜血、691 尿潜血、692 尿潜血、693 尿潜血、694 尿潜血、695 尿潜血、696 尿潜血、697 尿潜血、698 尿潜血、699 尿潜血、700 尿潜血、701 尿潜血、702 尿潜血、703 尿潜血、704 尿潜血、705 尿潜血、706 尿潜血、707 尿潜血、708 尿潜血、709 尿潜血、710 尿潜血、711 尿潜血、712 尿潜血、713 尿潜血、714 尿潜血、715 尿潜血、716 尿潜血、717 尿潜血、718 尿潜血、719 尿潜血、720 尿潜血、721 尿潜血、722 尿潜血、723 尿潜血、724 尿潜血、725 尿潜血、726 尿潜血、727 尿潜血、728 尿潜血、729 尿潜血、730 尿潜血、731 尿潜血、732 尿潜血、733 尿潜血、734 尿潜血、735 尿潜血、736 尿潜血、737 尿潜血、738 尿潜血、739 尿潜血、740 尿潜血、741 尿潜血、742 尿潜血、743 尿潜血、744 尿潜血、745 尿潜血、746 尿潜血、747 尿潜血、748 尿潜血、749 尿潜血、750 尿潜血、751 尿潜血、752 尿潜血、753 尿潜血、754 尿潜血、755 尿潜血、756 尿潜血、757 尿潜血、758 尿潜血、759 尿潜血、760 尿潜血、761 尿潜血、762 尿潜血、763 尿潜血、764 尿潜血、765 尿潜血、766 尿潜血、767 尿潜血、768 尿潜血、769 尿潜血、770 尿潜血、771 尿潜血、772 尿潜血、773 尿潜血、774 尿潜血、775 尿潜血、776 尿潜血、777 尿潜血、778 尿潜血、779 尿潜血、780 尿潜血、781 尿潜血、782 尿潜血、783 尿潜血、784 尿潜血、785 尿潜血、786 尿潜血、787 尿潜血、788 尿潜血、789 尿潜血、790 尿潜血、791 尿潜血、792 尿潜血、793 尿潜血、794 尿潜血、795 尿潜血、796 尿潜血、797 尿潜血、798 尿潜血、799 尿潜血、800 尿潜血、801 尿潜血、802 尿潜血、803 尿潜血、804 尿潜血、805 尿潜血、806 尿潜血、807 尿潜血、808 尿潜血、809 尿潜血、810 尿潜血、811 尿潜血、812 尿潜血、813 尿潜血、814 尿潜血、815 尿潜血、816 尿潜血、817 尿潜血、818 尿潜血、819 尿潜血、820 尿潜血、821 尿潜血、822 尿潜血、823 尿潜血、824 尿潜血、825 尿潜血、826 尿潜血、827 尿潜血、828 尿潜血、829 尿潜血、830 尿潜血、831 尿潜血、832 尿潜血、833 尿潜血、834 尿潜血、835 尿潜血、836 尿潜血、837 尿潜血、838 尿潜血、839 尿潜血、840 尿潜血、841 尿潜血、842 尿潜血、843 尿潜血、844 尿潜血、845 尿潜血、846 尿潜血、847 尿潜血、848 尿潜血、849 尿潜血、850 尿潜血、851 尿潜血、852 尿潜血、853 尿潜血、854 尿潜血、855 尿潜血、856 尿潜血、857 尿潜血、858 尿潜血、859 尿潜血、860 尿潜血、861 尿潜血、862 尿潜血、863 尿潜血、864 尿潜血、865 尿潜血、866 尿潜血、867 尿潜血、868 尿潜血、869 尿潜血、870 尿潜血、871 尿潜血、872 尿潜血、873 尿潜血、874 尿潜血、875 尿潜血、876 尿潜血、877 尿潜血、878 尿潜血、879 尿潜血、880 尿潜血、881 尿潜血、882 尿潜血、883 尿潜血、884 尿潜血、885 尿潜血、886 尿潜血、887 尿潜血、888 尿潜血、889 尿潜血、890 尿潜血、891 尿潜血、892 尿潜血、893 尿潜血、894 尿潜血、895 尿潜血、896 尿潜血、897 尿潜血、898 尿潜血、899 尿潜血、900 尿潜血、901 尿潜血、902 尿潜血、903 尿潜血、904 尿潜血、905 尿潜血、906 尿潜血、907 尿潜血、908 尿潜血、909 尿潜血、910 尿潜血、911 尿潜血、912 尿潜血、913 尿潜血、914 尿潜血、915 尿潜血、916 尿潜血、917 尿潜血、918 尿潜血、919 尿潜血、920 尿潜血、921 尿潜血、922 尿潜血、923 尿潜血、924 尿潜血、925 尿潜血、926 尿潜血、927 尿潜血、928 尿潜血、929 尿潜血、930 尿潜血、931 尿潜血、932 尿潜血、933 尿潜血、934 尿潜血、935 尿潜血、936 尿潜血、937 尿潜血、938 尿潜血、939 尿潜血、940 尿潜血、941 尿潜血、942 尿潜血、943 尿潜血、944 尿潜血、945 尿潜血、946 尿潜血、947 尿潜血、948 尿潜血、949 尿潜血、950 尿潜血、951 尿潜血、952 尿潜血、953 尿潜血、954 尿潜血、955 尿潜血、956 尿潜血、957 尿潜血、958 尿潜血、959 尿潜血、960 尿潜血、961 尿潜血、962 尿潜血、963 尿潜血、964 尿潜血、965 尿潜血、966 尿潜血、967 尿潜血、968 尿潜血、969 尿潜血、970 尿潜血、971 尿潜血、972 尿潜血、973 尿潜血、974 尿潜血、975 尿潜血、976 尿潜血、977 尿潜血、978 尿潜血、979 尿潜血、980 尿潜血、981 尿潜血、982 尿潜血、983 尿潜血、984 尿潜血、985 尿潜血、986 尿潜血、987 尿潜血、988 尿潜血、989 尿潜血、990 尿潜血、991 尿潜血、992 尿潜血、993 尿潜血、994 尿潜血、995 尿潜血、996 尿潜血、997 尿潜血、998 尿潜血、999 尿潜血、1000 尿潜血、1001 尿潜血、1002 尿潜血、1003 尿潜血、1004 尿潜血、1005 尿潜血、1006 尿潜血、1007 尿潜血、1008 尿潜血、1009 尿潜血、1010 尿潜血、1011 尿潜血、1012 尿潜血、1013 尿潜血、1014 尿潜血、1015 尿潜血、1016 尿潜血、1017 尿潜血、1018 尿潜血、1019 尿潜血、1020 尿潜血、1021 尿潜血、1022 尿潜血、1023 尿潜血、1024 尿潜血、1025 尿潜血、1026 尿潜血、1027 尿潜血、1028 尿潜血、1029 尿潜血、1030 尿潜血、1031 尿潜血、1032 尿潜血、1033 尿潜血、1034 尿潜血、1035 尿潜血、1036 尿潜血、1037 尿潜血、1038 尿潜血、1039 尿潜血、1040 尿潜血、1041 尿潜血、1042 尿潜血、1043 尿潜血、1044 尿潜血、1045 尿潜血、1046 尿潜血、1047 尿潜血、1048 尿潜血、1049 尿潜血、1050 尿潜血、1051 尿潜血、1052 尿潜血、1053 尿潜血、1054 尿潜血、1055 尿潜血、1056 尿潜血、1057 尿潜血、1058 尿潜血、1059 尿潜血、1060 尿潜血、1061 尿潜血、1062 尿潜血、1063 尿潜血、1064 尿潜血、1065 尿潜血、1066 尿潜血、1067 尿潜血、1068 尿潜血、1069 尿潜血、1070 尿潜血、1071 尿潜血、1072 尿潜血、1073 尿潜血、1074 尿潜血、1075 尿潜血、1076 尿潜血、1077 尿潜血、1078 尿潜血、1079 尿潜血、1080 尿潜血、1081 尿潜血、1082 尿潜血、1083 尿潜血、1084 尿潜血、1085 尿潜血、1086 尿潜血、1087 尿潜血、1088 尿潜血、1089 尿潜血、1090 尿潜血、1091 尿潜血、1092 尿潜血、1093 尿潜血、1094 尿潜血、1095 尿潜血、1096 尿潜血、1097 尿潜血、1098 尿潜血、1099 尿潜血、1100 尿潜血、1101 尿潜血、1102 尿潜血、1103 尿潜血、1104 尿潜血、1105 尿潜血、1106 尿潜血、1107 尿潜血、1108 尿潜血、1109 尿潜血、1110 尿潜血、1111 尿潜血、1112 尿潜血、1113 尿潜血、1114 尿潜血、1115 尿潜血、1116 尿潜血、1117 尿潜血、1118 尿潜血、1119 尿潜血、1120 尿潜血、1121 尿潜血、1122 尿潜血、1123 尿潜血、1124 尿潜血、1125 尿潜血、1126 尿潜血、1127 尿潜血、1128 尿潜血、1129 尿潜血、1130 尿潜血、1131 尿潜血、1132 尿潜血、1133 尿潜血、1134 尿潜血、1135 尿潜血、1136 尿潜血、1137 尿潜血、1138 尿潜血、1139 尿潜血、1140 尿潜血、1141 尿潜血、1142 尿潜血、1143 尿潜血、1144 尿潜血、1145 尿潜血、1146 尿潜血、1147 尿潜血、1148 尿潜血、1149 尿潜血、1150 尿潜血、1151 尿潜血、11

13 治療の基本(約4%)

- A リハビリテーション:1 日常生活動作(ADL)の評価、2 種類と適応、リハビリテーション処方
B 在宅医療と介護:1 環境整備、2 患者・家族の心理、3 医療・福祉と介護の連携、4 在宅酸素療法、在宅栄養療法、5 在宅での看取り
C 医療機器と人工臓器:1 種類と適応、2 管理
D 輸血:1 種類、2 適応と合併症
E 放射線治療:1 種類、2 適応と合併症
F 輸液療法:1 種類、2 適応と合併症
G 栄養療法:1 経口栄養、2 経静脈栄養、3 経管栄養(経腸栄養、胃瘻(PEG))
H 栄養療法:1 経口栄養、2 経静脈栄養、3 経管栄養(経腸栄養、胃瘻(PEG))
I 薬物療法:1 処方箋の書き方、2 服薬アドヒアランス、3 副作用と薬物相互作用、4 薬物アレルギー、5 基本的な治療薬
J 褥瘡の処置・治療:1 チーム医療、2 予防、評価、治療、

1 食事・栄養療法(約10%)

- A 食事・栄養療法の基本:1 栄養アセスメント、2 栄養サポートチーム(NST)、3 食事摂取基準、4 栄養療法、食事療法、5 妊・産婦の栄養マネジメント(栄養管理)、
6 乳幼児の栄養マネジメント(栄養管理)、7 高齢者の栄養マネジメント(栄養管理)
B 栄養摂取の方法:1 経口・経鼻、2 経管・経腸栄養、3 経静脈栄養(末梢静脈栄養、中心静脈栄養)
C 適応:1 過栄養、2 栄養不良、3 ビタミンの欠乏症、4 微量元素欠乏
D 合併症:1 機械的合併症、2 代謝性合併症、
D 薬物療法(約10%)
A 薬物の選択:1 病態、2 薬物動態、3 身体的要因
B 薬物動態:1 吸収・分布・代謝・排泄、2 一回投与、反復投与、3 治療薬モニタリング(TDM)、4 遺伝子多型、5 民族的要因
C 薬効:1 薬効を左右する因子、2 薬物の相互作用(相乗、拮抗、酵素誘導、酵素阻害)、併用禁忌、3 食物・嗜好品との相互作用、4 薬効の評価、プラセボ効果、
5 適応と禁忌
D 用法・用量:1 投与経路と種類の特徴(経口、舌下、皮膚、粘膜、直腸、注射、吸入、点眼、点鼻)、2 剤型、3 服薬計画、併用薬、4 服薬指導、
5 コンプライアンス、アドヒアランス、6 新生児・小児、妊婦、高齢者、7 肝障害、腎機能障害
E 副作用:1 種類、2 機序、3 対策
F 疾患に応じた薬物療法:1 中枢神経作用薬、2 自律神経作用薬、3 循環器作用薬、4 呼吸器作用薬、5 消化器作用薬、6 利尿薬、
7 副腎皮質ステロイド及び非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、8 抗菌薬(感受性テスト、抗菌スペクトル)、9 抗腫瘍薬、10 麻薬性鎮痛薬・鎮静薬
3 輸液・輸血・血液浄化(約10%)
A 輸液:1 適応と一般的注意、2 輸液の種類と用法
B 輸血:1 適応と一般的注意、2 適正使用、3 血液型・交差適合試験(クロスマッチ)、4 同種輸血と自己輸血
C 成分輸血(赤血球濃厚液、洗浄赤血球、濃厚血小板、新鮮凍結血漿、血漿分画製剤)アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤、血液凝固因子製剤、
5 交換輸血、7 輸血時の副作用(アナフィラキシー)、8 輸血後GVHD、9 輸血関連急性肺障害、10 輸血による感染症
C 血液浄化:1 血液透析、2 腹膜透析、3 血漿交換、4 血液濾過、5 血液吸着

4 手術・周術期の管理・麻酔(約10%)

- A 手術:1 手術適応、2 手術時期、3 消毒と滅菌、4 出血、5 止血、6 凝固・線溶異常、7 外科的侵襲に対する反応
B 基本的な手術手技:1 切開法、2 止血法、3 結紮・縫合法、4 縫皮術、5 ドレナージ、6 減圧法、7 包帯法
C 術後合併症:1 腎不全、2 肝機能障害、3 急性肺損傷(ALD)、4 急性呼吸促・窮迫症候群<ARDS>、5 心不全、6 ショック、7 呼吸器合併症、8 多臓器不全(MOF)、
9 多臓器機能障害症候群(MODS)
D 術前麻酔管理:1 術前評価、2 術前処置、3 麻酔前投薬
E 全身麻酔:1 吸入麻酔、2 静脈麻酔、3 筋弛緩薬とその拮抗薬、4 覚醒
F 麻酔導入:1 気道確保、2 気管挿管、3 ラリッジアルマックス、4 急速導入・徐導入
G 術中麻酔管理:1 麻酔の維持、2 輸液細胞外液補充液、膠液、3 輸血、4 酸塩基平衡、5 気管終末二酸化炭素濃度(ETCO2)
6 P/FiO2<P/FiO2>比、7 人工呼吸、8 悪性高熱症、9 体温、10 モニタリング、11 麻酔事故、12 麻酔合併症、13 年齢に応じた麻酔法(小児・高齢者麻酔)、14 産科麻酔
H 特殊疾患の麻酔(脳疾患・内分泌代謝疾患・肺疾患・頭頸内疾患の麻酔)、16 緊急手術、17 低体温法
I 術後管理と集中治療:1 体位、2 術後鎮痛、3 呼吸器管理、4 尿管管理、5 輸液管理、6 栄養管理、7 感染予防、8 手術創の処置、9 離床
J 局所麻酔:1 腎臓・腎下麻酔、2 硬膜外麻酔、3 伝達麻酔法、4 浸潤麻酔・表面麻酔、5 適応・禁忌、6 局所麻酔薬中毒
J 疼痛の管理:1 ベンチリニウム、2 神経障害性疼痛、3 アロピニア、4 術後創部痛、5 神経ブロック(末梢神経、神経叢、星状神経節)
5 臓器・組織移植、人工臓器、再生医療(約7%)
A 移植の種類と適応
B 提供者(ドナー)と被移植者(レシピエント):1 自家・同種・異種移植、2 ドナーの種類(脳死体、脳死以外の死体、生体)、
3 移植ネットワーク(日本臓器移植ネットワーク、アイバンク、組織バンク、骨髄バンク)、4 同意の条件(意思表示カード)、5 倫理的・文化的配慮
C 移植と免疫
D 人工臓器の種類と適応:1 人工腎臓、2 人工血管、人工弁(機械弁、生体弁、同種生体弁)、3 人工心臓、体外循環(脳分離開体外循環、心筋保護液)、4 機械的補助循環
(JABP、LVAS、PCPS)
E ベースメカ、植込み型除細動器、6 人工関節・骨・腱・韧带、7 眼内レンズ、8 人工内耳
6 放射線治療(約7%)
A 放射線感受性:1 正常組織の放射線感受性、2 腫瘍の放射線感受性、3 放射線治療可能比(正常組織耐量線量/腫瘍致死線量)
B 放射線効果の修飾:1 腫瘍効果、2 化学療法との併用、3 温熱効果、4 細胞周期、5 線エネルギー付与(LET)、6 線量率効果
C 空間的線量分布:1 深部線量百分率、2 線量分布図、3 治療計画、4 標的体積、リスク臓器
D 時間的線量配分:1 過剰分割照射、2 多分割照射、3 少分割照射、4 回復・再増殖・再酸素化・再分布<4R>
E 外照射:1 多門照射(直線加速器)、2 定位放射線照射、3 定位表面放射線治療(MRT)、4 画像誘導放射線治療(IGRT)、5 粒子線治療ブラッグピーク
F 小線源治療:1 密着小線源治療、腔内照射、組織内照射、2 放射線同位元素(RI)内用療法(内照射療法)
G 放射線治療の適応:1 根治的照射、2 予防的照射、3 緩和的照射
H 集学的治療:1 術前・術中・術後(周術期)照射、2 化学放射線療法
I 照射の合併症:1 急性反応(障害)、2 晩期反応(障害)
7 インターベンショナルラジオロジー(約7%)
A 血管系治療:1 適応、2 動脈塞栓術(TAE)、3 動脈化学塞栓療法(TACE)、3 バルーン閉塞下経静脈的静脈瘤閉塞(BRTO)
胃静脈瘤、4 経皮血管形成術(PTA)、ステント留置術(冠動脈、頸動脈、腎動脈、末梢動脈)、5 ステントグラフト内挿術、6 血栓溶解療法、7 カテーテルアブレーション、
8 異物除去術、9 動注化学療法、動注リザーポート、10 下大静脈フィルター留置術、11 硬化療法(静脈瘤、血管奇形)、12 経皮的中心静脈(CV)ポート留置術
B 非血管系治療:1 適応、2 方法(シリンクを経過して、超音波下治療、CTガイド下治療)、3 経皮的ドレナージ
経道、尿路、腫瘍、4
C 経皮的局所療法(ラジオ波焼灼、エタノール注入、マイクロ波凝固、硬化剤注入)、肝腫瘍、肺腫瘍、10 経皮的生検CTガイド下生検
8 内視鏡治療(約7%)
A 種類と適応:1 止血、凝固、結紮、クリッピング、2 硬化療法、3 切開、切除、4 拡張、ステント留置、5 照射、レーザー、6 異物除去術、7 内視鏡下手術
9 リハビリテーション(約10%)
A リハビリテーションの概念:1 理念、2 急性期リハビリテーション、3 回復期リハビリテーション、4 維持期リハビリテーション、5 地域リハビリテーション、
6 小児リハビリテーション、7 リハビリテーションチーム、8 自立生活支援、9 社会参加
B リハビリテーションの技術:1 理学療法(筋力増強訓練、関節可動域訓練、基本動作訓練、歩行訓練、促進訓練)、2 作業療法、
3 言語聴覚療法(失語症訓練、構音障害訓練、摂食・嚥下訓練)、4 日常生活動作(ADL)訓練、5 認知リハビリテーション、6 物理療法、7 リハビリテーション工学、
8 職業リハビリテーション、9 福祉用具(義肢・装具、移動機器(杖、歩行者、車椅子、リフト)、自助具)、10 住宅改修
C 身体障害のリハビリテーション:1 脳血管障害、2 頭部外傷、3 脊髄損傷、4 脳性麻痺、5 神経・筋疾患、6 骨・関節疾患、7 切断、8 視覚障害<ロービジョン>、
9 音声・言語・嚥下・機能障害、10 内部障害(心臓、呼吸器、腎臓、膀胱・直腸、小腸)、11 廃用症候群
D 精神・知的・発達障害のリハビリテーション:1 生活指導・療育、2 作業療法、3 レクリエーション療法、4 生活技能訓練[social skills training(SST)]、
5 デイケア・ナイトケア、ナイトホスピタル、6 作業所、授産所、7 地域生活支援センター、グループホーム、福祉ホーム、福祉工場、援護寮、8 患者会、患者クラブ、
10 2次・3次救急患者の治療(約13%)
A 心臓蘇生:1 気道確保(気管挿管、輪状甲状切開・輪状甲状軟骨間隙切開)、気管切開)、2 人工呼吸、3 胸骨圧迫、4 除細動、5 自動体外式除細動器(AED)、
6 致死的不整脈の治療、緊急ペーシング、7 静脈路確保、8 血液浄化、9 機械的循環補助(JABP、PCPS)
B 2次・3次救急に必要処置:1 心
C インターベンショナルラジオロジー(interventional radiology(IVR)):カテーテル塞栓術、8 消化管内圧減圧治療(イレウス管)
C ショックの治療:1 循環血流量減少性ショック(出血、体液喪失)、2 心原性ショック(心筋梗塞、不整脈)、3 血流分布異常性ショック(アナフィラキシー、感染性敗血症性)、
神経性)、
D 閉塞性ショック(心タンポナーデ、肺塞栓症、緊張性気胸)
D 重症救急病態:1 急性呼吸不全、急性肺損傷(ALD)、急性呼吸促・窮迫症候群<ARDS>、2 急性心不全、3 急性腎不全、4 急性肝不全、5 播種性血管内凝固(DIC)、
6 多臓器不全(MOF)
E 外傷の治療・処置:1 創傷の治療・処置(洗浄、デブリドマン、止血、縫合、創閉鎖、皮膚欠損の処置、破傷風とガス壊疽の予防)、2 骨折・捻挫・脱臼の治療・処置、
3 頭部外傷、4 顔面・頭部外傷、眼外傷、5 胸部外傷、6 腹部外傷、7 骨盤・四肢外傷、8 脊椎・脊髄外傷、9 泌尿器・生殖器外傷、10 挫傷・圧傷・症候群<crush
syndrome>、
11 高エネルギー外傷、12 多発外傷、爆傷
部位別治療優先順位の判定
F 急性中毒の治療・処置:1 胃洗浄、2 強制利尿、3 血液浄化法、4 解毒・拮抗薬、5 高濃度酸素療法
G 熱傷の治療・処置:1 全身療法、輸液の公式、感染防止、2 重症度判定、3 局所療法(減圧切開、デブリドマン、局所療法剤、早期焼痂切除、植皮)、4 気道熱傷の治療、
5 合併症(急性腎不全、Curling潰瘍、敗血症、栄養障害)
H 環境異常の治療:1 熱中症、2 低体温性低体温症、3 凍傷、4 減圧症、酸素欠乏症、高山病、5 急性放射線障害
I 異物・溺水・刺傷の治療・処置:1 異物、2 窒息、3 刺傷
J 産科的救急治療・処置:1 母体・新生児搬送、2 急速分娩帝王切開、鉗子、吸引分娩、3 産科ショック、4 胎児機能不全(non-reassuring fetal status(NRFS))
K 新生児の救急治療・処置:1 新生児蘇生法、2 新生児集中治療室
L 乳児の救急治療・処置
11 緩和医療(約6%)
A 全人的苦痛の緩和:1 苦痛(トータルペイン)の種類と原因、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン、2 精神的苦痛の緩和、サイコオンコロジー、
3 緩和とチームアプローチ、4 療環境の整備
B 身体的苦痛の緩和:1 がん性[癌]の種類と原因、2 疼痛[癌]のアセスメント、3 [痛緩和の薬物療法、
4 がんに薬治療法(WHO方式)WHO方式によるがん[痛治療の目標、鎮痛薬使用法の5原則、5 悪液質の概念と徴状把握、6 全身[癌]感・食欲不振・呼吸困難の治療とケア、
7 胸水・腹水・全身浮腫の治療とケア、8 緩和的外科治療、9 緩和的放射線治療、10 インターベンショナルラジオロジー(interventional radiology(IVR))、11 鎮静・セデーション
C オピオイド(医療用麻薬):1 オピオイドの種類と効果(弱オピオイド、強オピオイド)、2 タイドレーション、3 レスキュードーズ、4 オピオイドローテーション、5 鎮痛補助薬、

	6 オピオイドの副作用と対策 D ホスピス・緩和ケア: 1 ホスピスケアの基準、2 QOL<生活の質、quality of life>の改善・維持、3 緩和ケア病棟<PCU>、4 緩和ケアチーム、5 在宅ホスピス・緩和ケア、6 レスバイトケア、7 悲嘆のケア<グリーフケア>、8 遺族ケア 12 その他の治療法 (約4%) ^a A 酸素療法<急性期、慢性期>: 1 適応、2 合併症 (CO2ナルコーシス)、3 在宅酸素療法 B 高圧酸素療法: 1 適応、2 合併症 C 人工換気: 1 適応、2 補助呼吸、3 持続的気道陽圧法<CPAP>、4 間欠的陽圧換気<IPPV>、5 持続的陽圧換気<CPPV>、6 間欠的強制換気<IMV>、7 高頻度換気<HFV>、 9 非侵襲的人工換気<NIPPV> D 呼吸理学療法: 1 排痰法、2 呼吸訓練 E 物理療法: 1 凍結療法、2 温熱療法、3 電気治療 F 光線療法: 1 新生児黄疸に対する治療、2 PUVA療法 G レーザー療法 H 体外衝撃波結石破砕術<ESWL> I 電気けいれん療法 J 免疫療法: 1 減感作療法、2 抗体療法、生物学的製剤 K 生殖補助技術<ART>: 1 体外受精・胚移植<IVF-ET>、顕微授精<ICSI> L 精神療法: 1 精神分析療法、2 自律訓練法、3 森田療法、4 行動療法、5 認知行動療法、6 心理教育<psychoeducation>、7 芸術療法、8 遊戯療法、9 家族療法、10 集団療法、11 カウンセリング M リエゾン精神医学<精神科コンサルテーション> □
3 診療情報と諸証明書 (約2%) ^a A 診療録、医療記録: 1 診療録・医療記録の管理と保存<電子カルテを含む>、2 診療録の内容、3 診療情報の開示、4 プライバシー保護、セキュリティ、5 問題志向型医療記録<POMR>、6 SOAP<主観的所見、客観的所見、評価、計画> B 診療に関する諸記録: 1 処方箋、2 手術記録、3 検査所見記録、4 入院診療計画書、5 画像記録、6 退院時要約 C 診断書、検案書、証明書: 1 診断書、2 出生証明書、3 死産証書、4 死胎検案書、5 死亡診断書、6 死体検案書	
4 医療の質と安全の確保 (約4%) ^a A 医療の質の確保: 1 病院機能評価、国際標準化機構<ISO>、2 臨床機能評価指標<クリニカルインディケーター>、3 患者満足度、4 説明同意書、患者説明文書、5 クリニカルパス B 医療事故の防止: 1 医療過誤と医療事故、2 医療事故の発生要因、3 医療安全管理<誤薬、誤認、出血、外傷、感染、電撃、転倒、被曝、褥瘡、自殺企図、無断離院>、4 インシデント<ヒヤリハット>、アクシデント、インシデントレポート、医療事故報告書、6 医薬品管理マニュアル<麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理>、7 医療廃棄物処理、8 医療安全支援センター C 院内感染対策: 1 院内感染対策委員会、2 院内感染サーベイランス、3 院内感染対策チーム<ICT>、4 標準予防策<standard precautions>、5 感染経路別予防策、6 抗薬薬の適正使用、7 薬剤耐性菌、8 針刺し事故 D 医療裁判: 1 医事紛争、賠償、2 医療訴訟<刑事裁判、民事裁判> E 医薬品・医療機器の副作用・不具合: 1 有害事象と副作用、2 副作用への対応<報告義務、治療、補償> F 血液・血液製剤の安全性: 1 使用記録保管義務	
	1 全身症候 (約16%) ^a A 発熱、B 全身口咽感、C 体重減少・増加、D ショック、E 意識障害、F けいれん、G めまい、H 脱水、I 浮腫、J 顔貌の異常 2 皮膚・外観 (約8%) ^a A 皮膚: 1 紅斑、2 紫斑、出血斑、3 色素異常、4 丘疹、5 結節、6 腫瘍、7 水疱、8 膿疱、9 嚢腫、10 瘡瘍、尋麻疹、11 びらん、12 潰瘍、13 毛細血管拡張<telangiectasia>、 14 硬化、萎縮、15 鱗屑、痂皮、落屑、16 壊疽 B 粘膜病 C 爪・毛髪異常 D 瘡癤 E 皮膚分泌異常: 1 発汗、2 皮脂 F デルマドローム G 黄疸 H 手掌紅斑 I 脈管異常: 1 血管・リンパ管奇形と腫瘍 J 母斑 K 小奇形 L リンパ節腫脹 M 褥瘡

7 主要症候 (約15%)

A 全身症候: 1 発熱、2 全身〇感感、3 食欲<欲>不振、4 体重減少・増加、5 ショック、6 意識障害、7 けいれん、8 めまい、9 脱水、10 浮腫
B 皮膚、粘膜: 1 皮疹、粘膜炎、2 痔瘻
C 頭頸部、感覚器: 1 視力障害、2 視野異常、3 複視、4 眼球運動障害、5 結膜の発赤(出血、充血)、6 聴力障害(難聴)、7 耳鳴、8 鼻出血、9 咽喉痛、10 嘔声
D 呼吸器、心臓、血管: 1 咳嗽、2 喀痰、3 血痰、咯血、4 喘鳴、5 呼吸困難、息切れ、6 チアノーゼ、7 胸痛、胸部圧迫感、8 失神、9 動悸、10 頻脈、徐脈、
11 不整脈、12 高血圧
E 消化器: 1 嚥下障害、咽嚥、2 腹痛、3 胸やけ、4 悪心、嘔吐、5 吐血、下血、6 便秘、7 下痢、(粘)血便、8 黄疸、9 腹部膨隆・膨満
F 血液、造血器、免疫: 1 貧血、2 リンパ節腫脹、3 出血傾向
G 腎、泌尿器、生殖器: 1 乏尿、無尿、2 多尿、3 排尿障害、4 血尿、蛋白尿、5 月経異常、無月経、6 性器出血
H 心理、精神機能: 1 記憶障害、2 思考障害(妄想、強迫)、3 幻覚、4 抑うつ、躁状態、5 不安、恐怖、6 睡眠障害
I 神経、運動器: 1 構音障害、2 頭痛、頭重感、3 運動麻痺、筋力低下、4 運動失調、5 不随意運動、6 歩行障害、7 感覚障害、8 腰背部痛、9 筋肉痛、10 関節痛、
11 関節腫脹、関節変形
J 内分泌、代謝、栄養、乳腺疾患: 1 肥満、やせ、2 乳房のしこり・左右差、皮膚の陥凹
K 周産期の異常を示す症状: 1 妊娠の異常、2 分娩の異常、3 産褥の異常、4 胎児・新生児の異常
L 小児特有の全身症状: 1 哺乳力低下、2 体重増加不良、3 活動性低下、4 嚥立異常、5 発達の遅れ、6 性発達の異常

N 角化異常
O 光線過敏
P 痛み
3 頭頸部、感覚器 (約12%)
A 頭部の異常: 1 頭部腫痛、2 甲状腺腫、3 頭部腫脹
B 視機能障害: 1 視力障害、2 視野異常、3 色覚異常、4 夜盲、5 眩暈、6 眼位異常(斜視)、7 異常眼球運動、眼振
C 眼症状: 1 眼精疲労、2 眼痛、3 眼の充血、4 眼脂、5 流涙、6 眼の乾燥感、7 羞明、8 飛蚊症、9 変視症、10 複視
D 眼組織の異常: 1 角膜混濁、2 房水セル、房水フレア、3 虹彩ルベオーシス、4 水晶体混濁、5 白色瞳孔、6 眼底出血
E 外眼部の異常: 1 眼瞼下垂、2 眼瞼裂狭小
F 眼球の異常: 1 眼球突出、2 眼球陥凹
G 耳の異常: 1 難聴、2 耳鳴、3 耳閉感、4 耳漏、5 耳痛
H 鼻の異常: 1 鼻閉、2 鼻淵、3 鼻出血、4 嗅覚障害
I 味覚障害
4 呼吸器、心臓、血管 (約12%)
A 咽喉・喉頭の異常: 1 いびき、2 咽喉痛、3 嚥声、4 咽喉喉頭異常感
B 気管・気管支の異常: 1 咳嗽、2 喀痰、3 血痰、咯血、4 喘鳴
C 呼吸の異常: 1 呼吸困難、息切れ、2 チアノーゼ、3 ばち指
D 呼吸リズムの異常: 1 Kussmaul呼吸、2 Cheyne-Stokes呼吸、3 Biot呼吸、4 呼吸延長
E 呼吸音の変化: 1 呼吸音の増強、2 呼吸音の減弱、呼吸音の消失、3 気管支呼吸音、4 気管支肺泡呼吸音
F 副雑音: 1 coarse crackles、2 fine crackles、3 rhonchi、4 wheezes、5 胸摩擦音、6 声音振盪
G 胸痛
H 失神
I 胸水
J 異常心音: 1 Ⅲ音、2 Ⅳ音、3 opening snap、4 収縮中期クリック、5 奔馬調律、6 心臓ノック音
K 心雑音: 1 無善性雑音、2 収縮期離出性<収縮中期性>雑音、3 汎<全>収縮期雑音、4 拡張期輪転様雑音<拡張期フンブル>、5 拡張期流水様<拡張期性>雑音、6 連続性雑音、7 心収縮雑音
L 不整脈: 1 脈拍の欠損、絶対的不整脈
M 脈拍異常: 1 遅脈、遅脈、2 大脈、小脈、3 奇脈
N 血管雑音
O 血圧異常: 1 高血圧、2 低血圧
P 間欠性跛行
5 消化器 (約8%)
A 食飲異常: 1 食飲不振、2 過食
B 口および口腔内の異常: 1 舌の異常、2 口腔粘膜の異常、3 唾液分泌異常、4 口腔内感染、5 歯、歯肉の異常、6 口臭、7 開口障害、咀嚼<嚥下>障害
C 嚥下障害: 1 嚥下困難、2 嚥下痛
D 上部消化管逆流症状: 1 胸やけ、呑酸、2 悪心、嘔吐
E 腹痛: 1 内臓痛、2 体性痛、3 関連痛
F 腹膜刺激症状: 1 筋性防御、2 反跳痛
G 消化管出血: 1 吐血、2 下血
H 便通異常: 1 下痢、2 便秘
I 皮膚の異常: 1 黄疸、2 腹壁血管怒張
J 腹部膨隆、腹部腫脹: 1 鼓腸、2 腹水、3 腹部腫瘍
K 臓器腫大: 1 肝腫大、2 脾腫
6 血液、造血器、免疫 (約12%)
A 貧血
B リンパ節腫脹: 1 反応性、2 腫瘍性
C 腫脹: 1 反応性、2 腫瘍性
D 出血傾向: 1 紫斑、2 点状出血、3 関節内出血、筋肉内出血
E 血栓傾向: 1 動脈血栓、2 静脈血栓
7 腎、泌尿器、生殖器 (約8%)
A 尿の量と回数: 1 無尿、2 乏尿、3 多尿、4 夜間頻尿
B 排尿の異常: 1 排尿痛、2 排尿感、3 排尿困難、4 尿閉、5 尿意切迫感、6 尿失禁、7 遺尿<夜尿>、8 尿俣
C 尿の性状の異常: 1 蛋白尿、2 糖尿、3 ビリルビン尿、4 血尿、5 膿尿、6 血色素<ヘモグロビン>尿、7 ミオグロビン尿、8 色素尿、9 乳白尿
D 精液の性状: 1 精液凝液
E 男性性機能の異常: 1 勃起障害、2 射精障害
F 女性生殖器の異常: 1 外生殖器<外陰部>の異常、2 女性性器・膀胱の下重・脱出、3 帯下、4 月経異常(月経痛、中間痛<排卵痛>、月経周期と量の異常)、
5 性器出血、6 不妊、不育
G 妊娠時の異常: 1 妊娠悪阻、2 性器出血、3 下腹痛、4 破水
8 心理、精神機能 (約8%)
A 知覚障害: 1 認知症、2 偽認知症
B 記憶障害: 1 Korsakoff症候群、2 健忘
C 精神発達障害: 1 知覚障害<精神遅滞>、2 言語発達遅滞
D 失見当識
E 知覚障害: 1 錯覚、2 幻覚
F 思考障害: 1 思慮障害、2 妄想、3 強迫観念
G 感情障害: 1 不安、パニック発作、2 恐怖、3 うつ状態、4 躁状態、5 両極性
H 自我障害: 1 離人症、転換、解離、2 させられ<作為>体験
I 意欲と行動の障害: 1 食欲異常、2 性欲異常、3 精神運動興奮、4 緊張病症状群、5 注意欠陥・多動、6 無為、自閉
J 睡眠障害: 1 不眠、2 過眠
K 不定愁訴: 1 心気症
L 病識欠如
M 躁うつ障害
N 高次脳機能障害: 1 失語、2 失行、3 失認、4 注意障害、5 遂行機能障害
O 脳局所症状、神経心理学的症状
P 広範な脳機能障害: 1 植物状態、2 失外套症候群、3 無動無言症、4 閉じ込め症候群(locked-in syndrome)、5 脳器質精神症状群
Q 意識障害: 1 意識混濁、2 もうろう状態、3 せん妄
9 神経、運動器 (約8%)
A 頭痛、頭重感: 1 一急性頭痛、2 慢性頭痛
B 嚥乳異常: 1 Horner症候群
C 脳神経障害
D 言語障害: 1 構音障害、2 言語発達障害、3 失語
E 頸腹刺激症状
F 頭面の異常: 1 大頰、2 小頰、3 狭頰
G 筋の障害: 1 筋萎縮、2 筋緊張異常、3 筋力低下、4 筋肉痛
H 反射異常
I 運動系の異常: 1 運動麻痺、2 不随意運動、3 運動失調、4 錐体路症候、5 錐体外路症候、6 起立・歩行障害
J 平衡・感覚・自律神経系の障害: 1 感覚鈍麻、2 異常感覚、3 平衡障害、4 自律神経障害
K 頭蓋内圧亢進
L 脊髄・神経根障害: 1 脊髄障害、2 神経根障害、3 末梢神経障害
M 脊柱の異常: 1 脊柱の異常、2 脊柱変形、3 脊柱運動制限
N 関節の障害: 1 関節拘縮、2 関節強直、3 関節弛緩、4 関節動揺性、5 関節不安定性、6 関節痛、7 関節腫脹
O その他: 1 肩凝り、2 腰背節痛、3 腰部痛
10 内分泌、代謝、栄養 (約8%)
A 肥満、やせ
B 身長: 1 高身長、低身長
C 体毛の異常: 1 多毛、脱毛、男性化徴候
D 乳腺の異常: 1 女性化乳房、乳汁漏出
E 腫瘍

12. 主要疾患・症候 G 血液・造血器疾患 a 1 鉄欠乏性貧血、二次性貧血 2 急性白血病、慢性白血病 3 播種性血管内凝固<DIC> 4 悪性リンパ腫	6 血液・造血器（約10%） a A 血液・造血器の構造・機能: 1 骨髓、リンパ組織、脾、2 血球の産生・循環とその調節、3 赤血球の形態・機能、4 白血球の形態・機能、5 髄外造血、6 鉄・造血ビタミンの代謝、7 止血機能と血管壁、血小板、凝固・線溶系、8 血漿とその成分、9 造血因子、サイトカイン 1 赤血球系疾患 A 鉄代謝障害: 鉄欠乏性貧血、鉄過剰症 B 巨赤芽球性貧血、ビタミンB12欠乏性貧血、葉酸欠乏性貧血 C 溶血性貧血: 温式自己免疫性溶血性貧血、冷式抗体による溶血性貧血、遺伝性球状赤血球症、赤血球破砕症候群、薬剤性溶血性貧血 D 造血不全症: 発作性夜間ヘモグロビン尿症、再生不良性貧血、赤芽球癆、骨髓異形成症候群<MDS> E 二次性貧血: 慢性疾患に伴う貧血<ACD>、腎性貧血、内分泌異常による貧血 F 出血性貧血 G メトヘモグロビン血症 H 二次性赤血球増加症 2 白血球系疾患とその他の骨髓性疾患 A 無顆粒球症: 薬剤性無顆粒球症 B 好中球機能異常症: 慢性肉芽腫症、Chédiak-Higashi症候群 C 骨髓系腫瘍: 急性骨髓性白血病、慢性骨髓性白血病、原発性骨髓線維症、本態性血小板血症、真性赤血球増加症、慢性好酸球性白血病 D 類白血病反応 3 リンパ系疾患 A 急性リンパ性白血病 B Hodgkinリンパ腫 C 成熟B細胞性腫瘍: 慢性リンパ性白血病、濾胞性リンパ腫、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、Burkittリンパ腫、粘膜関連リンパ組織<MALT>リンパ腫、hairy cell leukemia、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、monoclonal gammopathy of undetermined significance<MGUS> D 成熟T細胞・NK細胞腫瘍: 成人T細胞白血病、末梢T細胞性リンパ腫、蕁状肉肉症、Sézary症候群 E Langerhans細胞性組織球症 F 血球貪食症候群<hemophagocytic syndrome> G 伝染性単核球症 4 出血性疾患と血栓傾向 A 血小板の異常: 特発性血小板減少性紫斑病<ITP>、二次性血小板減少症、血栓性血小板減少性紫斑病<TTP>、溶血性尿毒症候群<HUS>、後天性血小板機能異常症 B 凝固因子の異常: 血友病、von Willebrand病、循環抗凝固因子による出血傾向<後天性血友病、後天性von Willebrand病>、播種性血管内凝固<DIC>、ビタミンK欠乏症 C 血管の異常による出血傾向: Schönlein-Henoch紫斑病<アナフィラクトイド紫斑病>、単純性紫斑、老人性紫斑、遺伝性出血性末梢血管拡張症<Osler病> D 血栓性疾患: 先天性血栓傾向、後天性血栓傾向 5 その他の重要な小児病候の疾患 A 小児血液疾患: 異常ヘモグロビン症、サラセミア、遺伝性球状赤血球症、赤血球酵素異常症、先天性血小板機能異常症、ビタミンK欠乏症、新生児出血性疾患 B 小児造血器腫瘍: 白血病、悪性リンパ腫
	9 神経、運動器（約8%） a A 頭痛、頭重感: 1 一次性頭痛、二次性頭痛 B 瞳孔異常: 1 Horner症候群 C 脳神経障害 D 言語障害: 1 構音障害、2 言語発達障害、3 失語 E 髄膜刺激症候 F 頭面の異常: 1 大頭、2 小頭、3 猿頭 G 筋の障害: 1 筋萎縮、2 筋緊張異常、3 筋力低下、4 筋肉痛 H 反射異常 I 運動系の異常: 1 運動麻痺、2 不随意運動、3 運動失調、4 體路症候、5 體体外路症候、6 起立・歩行障害 J 平衡・感覚・自律神経系の障害: 1 感覚鈍麻、2 異常感覚、3 平衡障害、4 自律神経障害 K 頭蓋内圧亢進 L 脊髄・神経根障害: 1 脊髄障害、2 神経根障害、3 末梢神経障害 M 脊柱の異常: 1 姿勢の異常、2 脊柱変形、3 脊椎運動制限 N 関節の障害: 1 関節拘縮、2 関節強直、3 関節弛緩、4 関節動揺性、5 関節不安定性、6 関節痛、7 関節腫脹 O その他: 1 肩凝り、2 腰背部痛、3 膝部痛 1 脳血管障害 A 脳出血: 高血圧性脳出血 アミロイドアンギオパチー

1 神経・運動器疾患 a 11 変形性脊椎症、脊柱管狭窄症 12 椎間板ヘルニア 13 肩関節周囲炎 14 変形性関節症 15 骨折	9 神経・運動器(約8%) a 7 脊椎・脊髄疾患、骨・関節系統疾患 A 脊椎・脊髄疾患:斜頸、Klippel-Feil症候群、側弯症、後弯症<円背>、平背、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、脊髄症、神経根症、脊柱C嚕骨化症、脊柱管狭窄症、脊椎分離症、脊椎すべり症、腰痛症、強直性脊椎炎、脊椎腫瘍、脊髄腫瘍、脊髄血管障害 B 骨系統疾患:軟骨無形成症、骨形成不全症、脊椎骨端異形成症、大理石骨病、先天性多発性関節拘縮症 C 代謝性骨疾患:骨粗鬆症、くる病、骨軟化症、骨Paget病 S 上肢・下肢の運動器疾患、非炎症性骨・関節・四肢幹部疾患 A 肩関節の疾患:先天性肩甲骨高位症<Sprenge病>、胸郭出口症候群、肩関節周囲炎、腱板断裂 B 肘関節の疾患:肘内障、上腕骨外側上顆炎、外反肘、内反肘 C 手の疾患:強剛母指、多指症、合指症、Heberden結節、Dupuytren拘縮 D 股関節の疾患:先天性股関節形成不全<先天性股関節脱臼>、大腿骨頭すべり症、Perthes病、特発性大腿骨頭壊死症、変形性股関節症 E 膝関節の疾患:Osgood-Schlatter病、半月板障害、膝蓋軟骨軟化症、変形性膝関節症、外反膝、内反膝、反張膝 F 下腿・足の疾患:先天性下腿偽関節、内反足、外反母趾 G 骨壊死 H 滑膜炎、関節炎、関節リウマチ、痛風、偽痛風、滑液包炎、腱C炎 I 関節症:神経病性関節症、血友病性関節症、変形性関節症 J 四肢幹部病変:腱付着部炎、異所性骨化、ガングリオン A 骨・軟部腫瘍と類似疾患 A 原発性良性骨腫瘍:骨軟骨腫、内軟骨腫、類骨骨腫、骨巨細胞腫 B 原発性悪性骨腫瘍:骨肉腫、軟骨肉腫、Ewing肉腫、骨悪性線維性組織球腫、脊索腫 C 転移性骨腫瘍 D 骨腫瘍類似疾患:単発性骨囊腫、動脈瘤様骨囊腫、線維性骨異形成、骨組織球症 E 良性軟部腫瘍:脂肪腫、血管腫、グロムス腫瘍、神経鞘腫、神経鞘嚢、類腱腫 F 悪性軟部腫瘍:脂肪肉腫、悪性線維性組織球腫、滑膜肉腫、悪性末C神経C腫、平滑筋肉腫 10 神経・運動器の外傷、脳・脊髄の奇形、神経・皮膚症候群、その他 A 頭部外傷:脳挫傷、脳振盪、びまん性軸索損傷、急性硬膜外血腫、急性硬膜下血腫、慢性硬膜下血腫、脳内血腫、頭蓋骨骨折、髄液漏 B 脊髄損傷:頸髄損傷、胸髄損傷、腰髄損傷 C 骨折:脊椎骨折、骨盤骨折、四肢骨折、腕橈骨折 D 関節の外傷:関節捻挫、韧带損傷、脱臼、亜脱臼 E 四肢幹部損傷:末梢経損傷、四肢血管損傷、筋断裂、腱断裂、区画Cコンパートメント>症候群、挫滅C圧挫>症候群<crush syndrome> F 四肢切断 G スポーツ外傷:肩関節脱臼、離断性骨軟骨炎、突き指、肉離れ、膝C嚕損傷、半月板損傷、足関節捻挫、アキレス腱断裂 H 外傷の合併症:偽関節、変形治癒、関節拘縮、骨壊死、脂肪塞栓症、複合性局所C麻痺候群<CRPS> I 水頭症:閉塞性水頭症、交通性水頭症、特発性正常圧水頭症 J 先天奇形:頭蓋骨早期癒合症、頭蓋破裂C脳瘤>、二分脊椎、髄膜瘤、Chiari奇形、脊髄空洞症 K 神経皮膚症候群、母斑症:神経線維腫症、鞘節性硬化症、Sturge-Weber症候群、von Hippel-Lindau病 L その他:急性脳症、脳性麻痺
E 心臓・血管疾患 a 1 不整脈 2 先天性心疾患 3 弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症) 4 急性心筋C塞>、急性冠症候群、狭心症 5 心筋症 6 高血圧症 7 動脈硬化症 8 急性大動脈解離、大動脈瘤破裂 9 末C腔動脈疾患 10 深部静脈血栓症、下肢静脈瘤 11 肺水腫、うっ血性心不全	5 心臓・血管疾患(約10%) a 1 不整脈 A 上室性C頻脈性不整脈>:上室期外収縮、発作性上室頻拍、WPW症候群、心房粗動、心房細動 B 心室性C頻脈性不整脈>:心室期外収縮、心室頻拍、心室細動 C 徐脈性不整脈:迷走不全症候群、房室ブロック D 心臓性C突然死をきたす症候群>:QT延長症候群、Brugada症候群 2 心不全 A 左心不全 B 右心不全 C 急性心不全 D 慢性心不全 E 心原性ショック F 肺高血圧 3 先天性心疾患 A 左右短絡疾患:心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、心内臓床欠損症<房室中隔欠損>、動脈管開存症 B 右左短絡疾患:肺動脈閉鎖症、Fallot四徴症、三尖弁閉鎖症 C その他の複雑心奇形:Ebstein奇形、完全大血管転位症、修正大血管転位症、両大血管右室起始症、大動脈縮窄症、大動脈閉鎖症、総肺動脈血流異常症、部分肺静脈血流異常症、単心房、単心室、総動脈幹症 4 弁膜症 A 僧帽弁疾患:僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、僧帽弁脱逸症候群 B 大動脈弁疾患:大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症 C その他:三尖弁閉鎖不全症、連合弁膜症、感染性心内膜炎、リウマチ性心炎 5 虚血性心疾患 A 狭心症:労作性狭心症、冠攣縮性狭心症 B 急性冠症候群:急性心筋C塞>、不安定狭心症、心臓性突然死 C 陳旧性心筋梗塞 D 難癒性虚血性心疾患 E 川崎病 6 心筋・心臓疾患、心臓腫瘍、外傷 A 心筋炎:ウイルス性心筋炎 B 特発性心筋症:肥大型心筋症、拡張型心筋症、拘束型心筋症 C 二次性心筋疾患:心アミロイドーシス、心サルコイドーシス、アルコール性心筋症、虚血性心筋症、筋ジストロフィー D 心臓疾患:急性心膜炎、Dressler症候群、心嚢液貯留、収縮性心膜炎 E 心タンポナーデ F 心臓腫瘍:粘液腫、転移性腫瘍 G 外傷:心臓外傷、血管外傷 7 血圧異常 A 本態性高血圧 B 二次性高血圧:腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症、内分泌性高血圧症、睡眠時無呼吸症候群 C 高血圧緊急症 D 起立性低血圧 8 脈管疾患 A 大動脈疾患:胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤、胸腹部大動脈瘤、大動脈解離、高安静脈炎<大動脈炎症候群>、Marfan症候群 B 末C動脈疾患:閉塞性動脈硬化症、Buerger病、Raynaud症候群、急性動脈閉塞症 C 静脈疾患:深部静脈血栓症[DVT(deep vein thrombosis)], Budd-Chiari症候群 D リンパ管疾患:リンパ浮腫

D 呼吸器・胸壁・縦隔疾患 a 1 上気道炎、口膜炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 2 気管支喘息(小児喘息を含む) 3 肺炎、胸膜炎 4 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 5 肺結核 6 肺癌 7 自然気胸、緊張性気胸 8 気温障害 9 急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS> 10 睡眠時無呼吸症候群 11 肺血栓塞栓症	4 呼吸器・胸壁・縦隔疾患(約7%) a 1 感染性呼吸器疾患 A 気道感染症:感冒<くぜ>症候群>、急性気管支炎、急性細気管支炎 B 肺炎実質感染症:細菌性肺炎、非定型肺炎、ウイルス肺炎、嗜下性肺炎、肺化膿症 C 肺真菌症:アスペルギルス症、クリプトкокクス症、カンジダ症、ニューモシスチス肺炎 D 抗酸菌症:肺結核症、非結核性<非定型>抗酸菌症 E 寄生虫感染症:肺吸虫症 F 胸膜・縦隔の感染症:胸膜炎、膿胸、急性縦隔炎 2 気管・気管支・肺の形態・機能異常、外傷 A 気管・気管支の異常:気管拡張症、びまん性汎細気管支炎、閉塞性細気管支炎、気管・気管支の狭窄・閉塞、気道異物 B 肺の異常:気腫性囊胞<ぶろ、ブレイブ>、無気肺、肺形成不全、肺分画症 C 気管支・肺の異常:慢性閉塞性肺疾患<COPD> D 外傷:気管・気管支損傷、肺損傷 3 免疫学的機序が考えられる肺疾患 A アレルギー性疾患:気管支喘息、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症、好酸球性肺疾患、過敏性肺炎 B 血管炎関連疾患:アレルギー性肉芽腫性血管炎<Churg-Strauss症候群>、Wegener肉芽腫症 C その他:サルコイドーシス、肺臓蛋白症 4 実質性・間質性肺障害 A 特発性間質性肺炎<IP>、特発性肺繊維症<IPF>、非特異性間質性肺炎<NSIP>、急性間質性肺炎<AIP>、特発性器質化肺炎<COP>、口難性間質性肺炎<DIP>、呼吸細気管支炎に伴う間質性肺疾患<RB-ILD>、リンパ臓性間質性肺炎<LIP> B IP<sub>F</sub>以外の原因不明疾患:肺リンパ管拡張症<LAM> C 膠原病に伴う間質性肺炎 D 医原性肺疾患:薬剤性肺炎、放射線肺炎 E 急性呼吸不全:急性肺腫瘍<ALD>、急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS> F じん肺症:無炭粉じんによるじん肺<硅肺症、石棉症>、有機塵肺 5 肺循環異常 A 肺水腫:心原性肺水腫、透過性亢進型肺水腫、神経原性肺水腫、再膨張性肺水腫、高地肺水腫 B 肺血栓塞栓症:肺血栓塞栓症、慢性肺血栓塞栓症 C 肺高血圧症:肺動脈性高血圧症、左心系疾患に伴う肺高血圧症、肺疾患あるいは低酸素血症に続発する肺高血圧症 D 肺性心 E 肺動静脈瘤 6 気管支・肺・胸膜・縦隔の腫瘍 A 肺悪性腫瘍:肺癌、転移性肺腫瘍 B 他の気管支・肺腫瘍:良性肺腫瘍、気管・気管支腫瘍 C 縦隔腫瘍:胸腺腫瘍、神経原性腫瘍、胚細胞腫瘍、悪性リンパ腫、囊胞性腫瘍 D 胸膜腫瘍:胸膜中皮腫 E 癌性胸膜炎 F 癌性リンパ管症 7 胸膜・縦隔・横隔膜・胸郭の形態・機能異常、外傷 A 胸膜:気胸、緊張性気胸、血胸、乳び胸 B 縦隔:縦隔気腫、皮下気腫、気管食道瘻、食道気管瘻、上大静脈症候群、反回神経麻痺 C 胸壁・横隔膜:肋骨骨折、胸郭変形、横隔神経麻痺、横隔膜ヘルニア、横隔膜弛緩症 8 呼吸調節異常 A 異常呼吸:睡眠時無呼吸症候群、過換気症候群、肺泡低換気症候群
	6 消化器・腹壁・腹膜疾患(約13%) a 1 食道疾患 A 機能異常:食道アカラシア B 炎症・感染症:胃食道逆流症<GERD>、食道炎、食道潰瘍 C 腫瘍:食道癌 D 血管病変:食道静脈瘤 E 損傷:外傷:Mallory-Weiss症候群、食道穿孔・破裂 2 胃・十二指腸疾患 A 形態異常:胃巨大嚢袋症、胃・十二指腸憩室、上腸間膜動脈性十二指腸閉塞症<上腸間膜動脈症候群> B 機能異常:機能性ディスペシアFD>、胃切除後症候群 C 炎症・感染症:急性胃炎、急性胃粘膜病変、慢性胃炎、消化性潰瘍<胃潰瘍、十二指腸潰瘍>、ヘリコバクター・ピロリ感染症、胃アニサキス症 D 腫瘍:胃ポリープ、胃腺腫、胃癌、十二指腸乳頭部腫瘍 3 小腸・結腸疾患 A 形態異常:小腸憩室炎、小腸腸管狭窄症、小腸腸管拡張症

F消化器・腹壁・腹膜疾患 ■ 1胃食道逆流症(GERD) 2胃静脈瘤、食道静脈瘤 3食道癌 4胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍> 5胃癌 6急性胃腸炎 7便秘症 8乳児下痢症 9急性虫垂炎 10炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎、Crohn病) 11機能性消化管障害(機能性ディスペプシア(FD)、過敏性腸症候群) 12大腸癌 13痔瘻、痔核 14急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝 15肝硬変、肝不全、肝性脳症 16肝癌 17胆石症、胆嚢炎、胆管炎 18急性膵炎、慢性膵炎 19膵癌 20鼠径ヘルニア 21腸閉塞 22腸重積症 23汎発性腹膜炎	A形態異常:人肉悪性化疾患、MRKH00悪変 B機能異常:吸収不良症候群、腸リンパ管拡張症、過敏性腸症候群 C炎症・感染症:感染性腸炎、血腫炎、薬物性腸炎、放射線性腸炎、Crohn病、潰瘍性大腸炎、腸結核 D腫瘍:小腸癌、大腸ポリープ、大腸腺癌、結腸癌 E血管病変:虚血性大腸炎、血管形成異常<angiodyplasia> 4直腸・肛門疾患 A形態異常:直腸粘膜脱症候群、直腸脱 B炎症・感染症:肛門周囲膿瘍、痔瘻 C腫瘍:直腸癌、肛門癌、肛門管癌 D血管病変:痔核 E損傷・外傷:裂肛 5消化管共通疾患 A炎症・感染症:非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)による粘膜障害、消化管アレルギー、好酸球性胃腸炎、消化管Behçet B腫瘍:消化管神経内分泌腫瘍、悪性リンパ腫、GIST<gastrointestinal stromal tumor>、消化管ポリポシス C代謝性疾患:消化管アミロイドーシス 6肝疾患 A形態異常:肝嚢胞 B炎症・感染症:急性肝炎、劇症肝炎、慢性肝炎、肝硬変、原発性胆汁性肝硬変、自己免疫性肝炎、薬物性肝障害、肝腫瘍、寄生虫性肝疾患 C腫瘍:肝血管腫、肝細胞癌、肝内胆管癌、転移性肝癌 D血管病変:門脈圧亢進症、Budd-Chiari症候群 E代謝性疾患:ビリルビン代謝異常、脂肪肝、アルコール性肝障害、ヘモクロマトーシス、Wilson病 7胆道疾患 A形態異常:先天性胆道拡張症、膵・胆管合流異常症 B炎症・感染症:胆嚢炎、胆管炎、原発性硬化性胆管炎 C腫瘍:胆嚢ポリープ、胆嚢静脈腫症、胆嚢癌、胆管癌 D代謝性疾患:胆石症 8膵疾患 A炎症・感染症:急性膵炎、慢性膵炎、膵石症、自己免疫性膵炎 B腫瘍:膵嚢胞性腫瘍、膵神経内分泌腫瘍、膵癌 9横隔膜・腹膜・腹壁疾患 A形態異常:食道裂孔ヘルニア、鼠径ヘルニア、大腿ヘルニア、閉鎖孔ヘルニア、腹壁癒痕ヘルニア B炎症・感染症:細菌性腹膜炎、横隔膜下・Douglas窩膿瘍 C腫瘍:癌性腹膜炎、腹膜中皮腫、腹膜偽粘液腫、腹膜癌、胆管癌 10急性炎症 A形態異常:単純性イレウス、腸管軸捻転症 B機能異常:麻痺性イレウス C炎症・感染症:急性腸膜炎 D血管病変:腸間膜動脈閉塞症、腸間膜静脈血栓症、嵌頓ヘルニア、絞扼性イレウス E損傷・外傷:消化管縫穿孔 11損傷、異物 A外傷:腹部外傷 B損傷:消化管損傷、肝損傷、胆道損傷、膵損傷、脾損傷、横隔膜損傷 C異物:消化管異物
H腎・泌尿器疾患 ■ 1急性糸球体腎炎症候群、慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群 2急性腎盂腎炎、尿路感染症 3糖尿病腎症 4急性腎不全、慢性腎不全 5腎癌、膀胱癌 6尿路結石	8腎・泌尿器・生殖器疾患(約12%) ■ 1糸球体病変 A糸球体腎炎:急性糸球体腎炎、急速進行性糸球体腎炎症候群、慢性糸球体腎炎 B原発性ネフローゼ症候群:微小変化群、巣状分節性糸球体硬化症、膜性腎症、膜性増殖性糸球体腎炎 C全身疾患に伴う腎疾患:糖尿病腎症、アミロイド腎症、二次性膜性腎症、紫斑病性腎炎 D膠原病に伴う腎病変:全身性エリテマトーデス(SLE)、全身性硬化症<強皮症>、関節リウマチ、結節性多発動脈炎、顕微鏡的多発血管炎、Wegener肉芽腫症 E無症候性血尿・蛋白尿症候群:無症候性血尿、無症候性蛋白尿 F遺伝性腎炎:Alport症候群、基底膜非薄化症候群<良性家族性血尿> 2血管・尿管管・間質病変 A血管管疾患:良性腎硬化症、腎血管性高血圧症、悪性腎硬化症、悪性高血圧症、腎CNS、腎静脈血栓症、腎皮質壊死、コレステロール塞栓症 B尿管管間質疾患:急性尿管管壊死、腎髄腫腎、尿管腎症<痛風腎>、急性間質性腎炎、慢性間質性腎炎、Sjögren症候群、中毒性腎障害 C尿管管機能異常:腎性尿管症、Fanconi症候群、尿管管性アジドーシス、シスチン尿症、家族性低リン血症性くる病、Bartter症候群、Gitelman症候群、Liddle症候群、特発性尿管管性蛋白尿(Dent病) 3腎機能の障害による異常 A急性腎不全:腎性腎不全、急性尿管管壊死、横紋筋融解症、溶血性尿毒症症候群<HUS> B慢性腎臓病<CKD> C慢性腎不全:腎性貧血、ミネラル骨代謝異常<CKD-MBD> D長期透析患者の合併症:透析アミロイドーシス E水・電解質の異常:脱水と浮腫、ナトリウム代謝異常、カリウム代謝異常、カルシウム代謝異常、リン代謝異常、マグネシウム代謝異常 F酸塩基平衡の異常:アシドーシス、アルカローシス 4腎・尿路結石と尿路閉塞性疾患 A結石症:上部尿路結石、下部尿路結石、その他の結石症 B尿路閉塞性疾患:上部尿路閉塞性疾患、下部尿路閉塞性疾患 Cその他の異常:神経因性膀胱、膀胱尿管逆流症 5腎・尿路の炎症 A腎・尿路の炎症:急性腎盂腎炎、慢性腎盂腎炎、腎臓癌、腎乳頭壊死、膀胱炎、尿道炎 B腎・尿路・男性生殖系の腫瘍 A腎・上部尿路腫瘍:腎細胞癌、Wilms腫瘍、腎盂・尿管癌 B下部尿路腫瘍:膀胱癌、尿管癌、尿道癌、尿道カルシウム

A 妊娠、産産期の異常 1 正常妊娠、妊娠悪阻 2 異所性妊娠<子宮外妊娠> H 生殖器疾患 7 前立腺肥大症、前立腺癌 8 更年期障害 9 子宮内膜症、月経困難症 10 子宮頸腫 11 子宮頸癌 12 子宮体癌 13 卵巣癌	1 妊娠の異常 A 妊娠初期の異常: 妊娠悪阻、異所性妊娠、流産、胎状奇胎、胎管無力症、不育症、習慣性流産 B 妊娠中・後期の異常: ハイリスク妊娠、妊婦高血圧症候群、子蝕、HELLP症候群、多胎妊娠、早産、切迫早産、前期破水、過期妊娠、血液型不適合妊娠、羊水過多症、羊水過少症、絨毛膜羊膜炎・胎膜炎、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、癒着胎盤、胎帯卵膜付着、前置血管、胎帯過捻転、胎盤機能不全 C 合併症妊娠: 妊婦貧血、鉄欠乏性貧血、耐糖能異常、妊娠糖尿病、糖尿病、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、特発性血小板減少性紫斑病<ITP>、その他の偶発合併症妊娠 D 母子感染: B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、HIV、HTLV-1、TORCH症候群、パルボウイルスB19(伝染性紅斑) 2 分娩・産褥の異常 A 前期破水: 前期破水、早期破水 B 陣痛の異常: 微弱陣痛、過強陣痛 C 産道の異常: 児頭骨盤不均等<CPD>、狭骨盤、頸部子宮筋腫 D 胎位の異常: 骨盤位、横位、斜位 E 回旋進入の異常: 後方後頭位、低在横定位、高在横定位、不正軸侵入 F 胎盤の異常: 癒着胎盤、胎盤嵌頓、胎盤形態異常 G 臍帯の異常: 臍帯巻絡、臍帯下血、臍帯脱出、臍帯結節 H その他の難産: 遅延分娩、分娩停止、多胎分娩、肩甲難産 I 分娩時受傷: 子宮破裂、胎管裂傷、膣・会陰裂傷 J 出血と産科ショック: 抱縮出血、子宮内反症、羊水塞栓症、血栓性塞栓症、仰臥位低血圧症候群、播種性血管内凝固<DIC> K 産褥の異常: 子宮復古不全、産褥熱、恥骨結合離開、乳腺炎、乳汁分泌不全、産褥血栓症・肺塞栓、産褥期精神障害 3 生殖器の炎症 B 男性生殖器の炎症: 前立腺炎、精巣上体炎、精巣炎、亀頭包皮炎 C 女性生殖器の炎症: 外陰炎、Bartholin腺囊腫、Bartholin腺炎、膣炎、骨盤内炎症性疾患<PID>、子宮頸管炎、子宮内膜炎・筋膜炎、卵管留膿症・腫、子宮留膿症・腫 D 性感染症<STD、STD>: 淋菌性尿道炎、非淋菌性尿道炎、性器ヘルペス、尖圭コンジローマ 4 男性生殖器の腫瘍 B 下部尿路腫瘍: 膀胱癌、尿管癌、尿道癌、尿道カルシウム C 男性生殖器腫瘍: 前立腺肥大症、前立腺癌、セミノーマ<精上皮腫>、非セミノーマ、陰茎癌 5 女性生殖器の腫瘍・腫瘍 A 外陰の腫瘍: Bowen病、外陰Paget病、外陰癌 B 子宮頸部の頸腫瘍・腫瘍: 子宮頸管ポリープ、異形成<子宮頸部上皮内腫瘍>、子宮頸癌 C 子宮体部の頸腫瘍・腫瘍: 子宮内膜ポリープ、子宮内膜増殖症、子宮内膜異型増殖症、子宮体癌<子宮内膜癌>、子宮筋腫、子宮肉腫 D 卵巣腫瘍: 機能性卵巣囊胞、表層上皮性・間質性腫瘍、性索間質性腫瘍、胚細胞腫瘍、二次性<転移性>腫瘍、茎乳癌 E 子宮内膜癌: 子宮内膜癌、子宮肉腫 F 絨毛性疾患: 胎状奇胎、存続絨毛症、絨毛癌 G その他の婦人科腫瘍: 陰癌、卵管癌、腹膜粘貼液腫 8 月経異常、不妊、不育 A 無月経: 視床下部性無月経、下垂体性無月経、卵巣性無月経、子宮性無月経 B 月経間期と量の異常: 希発月経、過多月経、過少月経 C 月経困難症: 機能性月経困難症、器質性月経困難症 D その他の月経異常: 無排卵、黄体機能不全、高プロラクチン血症、乳汁漏出症、多囊卵性卵巣症候群<PCOS>、月経前症候群、早発閉経、機能性子宮出血 E 不妊、不育: 不妊症、男性不妊症、不育症 F 避妊 9 更年期・閉経後障害 A 更年期障害 B 閉経後障害: 萎縮性陰炎、骨粗鬆症、脂質異常症、動脈硬化、冠動脈疾患
J 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患 1 甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症 2 糖尿病 3 脂質異常症、メタボリックシンドローム 4 高尿酸血症、痛風 5 骨粗鬆症 6 乳癌	10 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患 (約8%) 1 間接・下垂体疾患 A 視床下部機能障害: 中枢性早熟症、低ゴナドトロピン性性腺機能低下症、中枢性摂食異常症、視床下部腫瘍 B 下垂体機能障害: 先端巨大症、Cushing病、高プロラクチン血症、下垂体前葉機能低下症、自己免疫性視床下部下垂体炎<リンパ球性下垂体炎>、中枢性尿崩症、ADH不適合分泌症候群<SIADH>、下垂体腫瘍 2 甲状腺疾患 A 甲状腺機能障害: 甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症 B 甲状腺の炎症: 慢性甲状腺炎<橋本病>、無痛性甲状腺炎、亜急性甲状腺炎 C 甲状腺の腫瘍: 単純性甲状腺腫、腺腫様甲状腺腫、甲状腺良性腫瘍、甲状腺悪性腫瘍 3 副甲状腺<上皮小体>疾患とカルシウム代謝異常 A 副甲状腺<上皮小体>機能障害: 副甲状腺<上皮小体>機能亢進症、副甲状腺<上皮小体>機能低下症 B カルシウム代謝異常: 骨粗鬆症、くる病、骨軟化症、悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症 4 副腎皮質・髄質疾患 A 副腎皮質機能障害: Cushing症候群、アルドステロン過剰症、原発性アルドステロン症、慢性副腎不全<Addison病>、急性副腎不全、副腎偶発腫、副腎(皮質)癌 B 副腎髄質機能障害: 褐色細胞腫、神経芽腫 5 その他の内分泌疾患 A 性腺機能障害: 原発性性腺機能低下症、多囊卵性卵巣症候群<PCOS> B 内分泌腫瘍: 多発性内分泌腫瘍症、消化管ホルモン産生腫瘍(消化管神経内分泌腫瘍)、脳神経内分泌腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍 C その他の機能障害: ホルモン受容体異常症 6 脂質代謝異常 A 糖尿病: 1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病、妊娠糖尿病 B 糖尿病の高血糖緊急症(急性合併症): 糖尿病ケトアシドーシス<DKA>、高血糖高浸透圧症候群、乳酸アシドーシス C 糖尿病の慢性合併症: 糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、糖尿病足病変、大血管障害 D 低血糖症: インスリン療法、薬剤による低血糖、内分泌異常による低血糖、脳外腫瘍、反応性低血糖 E 糖代謝異常: 乳糖分解酵素障害症<乳糖不耐症> 7 脂質代謝異常 A 脂質異常症: 原発性高脂血症、二次性高脂血症 B 肥満症: 単純性肥満、症候性肥満、メタボリックシンドローム 8 蛋白・アミノ酸代謝異常 A 血清蛋白の異常: 低蛋白血症 B アミノ酸代謝異常: 全身性アミノイドーシス 9 その他の代謝異常 A ビタミン類の代謝異常: ビタミンの欠乏症、ビタミンの過剰症 B プリン(尿酸)代謝の異常: 痛風、高尿酸血症

	C ホルフィン代謝の異常:ホルフィン症 D ビリルビン代謝の異常:体質性黄疸 E 金属代謝の異常:ヘモクロマトーシス、Wilson病、Menkes病、亜鉛欠乏症候群<腸性肢端皮膚炎> F コラーゲン代謝の異常:Marfan症候群、Ehlers-Danlos症候群 G エラスチン代謝の異常:弾性繊維性黄色性腫 10 その他の重要な小児領域の疾患 A 間脳・下垂体、甲状腺、副腎その他の疾患:成長ホルモン分泌不全性低身長、クレチン症、先天性副腎皮質過形成、性早熟症<思春期早発症> B 糖[質]代謝異常:アセトン血性嘔吐症<間期性嘔吐症>、新生児低血糖症、ケトン性低血糖症 C 先天代謝異常:糖尿病、ガラクトース血症、リビドーシス、ムコ多糖症、先天性アミノ酸代謝異常症、尿素サイクル異常症、有機酸代謝異常症
12. 主要疾患・症候群 C皮膚・頭頸部疾患 6 結膜炎、角膜炎 7 白内障 8 緑内障 9 糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化	4 視機能異常・視神経疾患 A 視機能異常:弱視、色覚異常、屈折異常、調節異常 B 視神経疾患:視神経炎・症、視神経萎縮、うつ血乳頭 C 眼位・眼球運動障害:斜視、眼筋麻痺、動眼神経麻痺、滑車神経麻痺、外転神経麻痺 5 眼窩・外眼筋・前眼部・眼球の疾患 A 眼窩の異常:眼窩腫瘍、眼球突出 B 眼瞼の異常:眼瞼内反、眼瞼外反、兎眼、麦粒腫、霰粒腫、眼瞼炎、眼瞼腫瘍 C 眼表面・涙器の異常:涙道狭窄・閉塞、涙囊炎、涙液分泌障害、翼状片、結膜炎、春季カタル、結膜下出血、角膜感染症、角膜ジストロフィー・変性症、角膜炎、角膜潰瘍、角膜の色素沈着、強膜炎 D 眼組織の異常:白内障、水晶体偏位・脱臼、線内障 6 ぶどう膜炎・網膜・硝子体疾患 A ぶどう膜炎:前部ぶどう膜炎<虹彩炎、虹彩毛様体炎>、後部ぶどう膜炎<脈絡膜炎、網脈絡膜炎>、Vogt-小柳-原田病、Behcet病、サルコイドーシス B 汎ぶどう膜炎:眼内炎、全眼球炎 C 網膜の異常:網膜静脈閉塞症、網膜動脈閉塞症、糖尿病網膜症、網膜色素変性、中心性漿液性脈絡網膜症、加齢黄斑変性、網膜[腫]、未熟[児]網膜症、黄斑円孔、網膜上膜<網膜前膜> D 硝子体の異常:硝子体混濁、硝子体出血 E 眼内腫瘍:脈絡膜腫瘍、網膜芽細胞腫
12. 主要疾患・症候群 C皮膚・頭頸部疾患 10 急性中耳炎 11 良性発作性頭位眩暈症 12 アレルギー性鼻炎 13 急性副鼻腔炎、慢性副鼻腔炎	7 外耳・中耳疾患 A 外耳道の異常:急性化膿性限局性外耳炎<耳瘻>、外耳道異物、外耳道炎、外耳道瘡、耳性帯状疱疹<Ramsay Hunt症候群>、外耳腫瘍、悪性外耳道炎 B 鼓膜の異常:鼓膜炎 C 中耳の異常:急性中耳炎、滲出性中耳炎、慢性[慢性]化膿性中耳炎、癒着性中耳炎、真珠腫性中耳炎、耳硬化症、先天性真珠腫 8 内耳・神経疾患 A 内耳の異常:内耳炎、音響外傷、騒音性難聴、中毒性難聴、老人性難聴、乳幼児の難聴、ウイルス性難聴、突発性難聴、遺伝性難聴、外リンパ腫、機能性難聴 B 前庭の異常:Menière病、良性発作性頭位眩暈症、前庭神経炎、中毒性平衡障害、動揺病 C その他の神経の異常:顔面神経麻痺、軟口蓋麻痺、舌下神経麻痺、三[叉]神経痛、小脳橋角部腫瘍、舌咽神経麻痺、舌咽神経痛、反回神経麻痺、頸静脈孔症候群、顔面[けいれん]、根拠[けいれん]、Horner症候群 9 鼻腔・副鼻腔・喉頭疾患 A 鼻・副鼻腔の異常:鼻癌、鼻炎、副鼻腔炎、菌性上顎洞炎、副鼻腔真菌症、術後性上顎囊胞、上顎洞癌、副鼻腔癌 B 喉頭の異常:感冒[かぜ]症候群、クループ症候群、急性喉頭炎、急性喉頭炎、急性声門下喉頭炎、慢性喉頭炎、声帯ポリープ、声帯結節、喉頭癌、喉頭乳頭腫 10 咽頭・口腔・唾液腺疾患 A 口腔の異常:口角炎、舌炎、アフタ性口内炎、急性ヘルペス性口内炎、ヘルパンギーナ、黒口瘡、白斑[板]症、口腔・口唇の癌、舌癌 B 咽舌の異常:咽舌腫瘍、顎関節症 C 咽頭の異常:咽頭炎、咽後腫瘍、口蓋[軟]肥大症、咽頭[扁桃]増殖症、急性[扁桃]炎、[扁桃]周囲炎・膿瘍、慢性[扁桃]炎、若年性血管線維腫、悪性リンパ腫、上咽頭癌、中咽頭癌、下咽頭癌 D 唾液腺の異常:唾液腺炎、唾石症、唾液腺良性腫瘍、唾液腺癌 E 頭部の異常:頭部リンパ節炎、頭部腫瘍、先天性頭蓋胎・瘻、リンパ管腫、リンパ節転移
B 精神・心身医学的疾患 1 うつ病、双極性障害<躁うつ病> 2 統合失調症 3 不安障害[パニック障害 社会不安障害]	1 器質性精神障害、精神作用物質関連障害 A 認知症:Alzheimer型認知症、脳血管性認知症、Lewy小体型認知症、前頭側頭型認知症、Pick病 B 器質性精神病 C 症状性精神病 D せん妄 E 精神作用物質使用による精神および行動の障害:アルコール依存症、中毒精神病(アルコール精神病、覚醒剤精神病、大麻精神病) 2 気分障害、統合失調症と増殖疾患 A 気分<感情>障害:うつ病、双極性障害<躁うつ病> B 統合失調症:妄想型統合失調症、解体型統合失調症、緊張型統合失調症 C 妄想性障害 D 急性一過性精神病性障害<非定型精神病> E 統合失調感情障害 3 神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害 A 不安障害:パニック障害、全般性不安障害、社交不安障害 B 強迫性障害 C 重篤ストレス反応および適応障害:急性ストレス障害、外傷後ストレス障害<PTSD>、適応障害 D 解離性<転換性>障害 E 身体表現性障害:身体化障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性[痛]障害 4 生理的障害:身体的要因に関連した障害 A 摂食障害:神経性食思<欲>不調症<拒食症>、神経性大食症<過食症>

身体表現性障害<躁性障害、心気症>、心身症、ストレス関連障害<外傷後ストレス障害<PTSD>、急性ストレス障害>	B 睡眠障害：不眠症、過眠症<ナルコレプシー、睡眠時無呼吸症候群>、睡眠覚醒スケジュール障害、夢中遊行症、むずむず脚症候群 周期性四肢麻痺、レム<REM>睡眠行動障害 C 性機能不全 D 心身症 5 小児・青年期の精神・心身医学的疾患、成人の人格・行動障害 a A 知覚障害<精神遅滞> B 特異的発達障害：学習障害 C 広汎性発達障害：自閉症、Asperger症候群 D 多動性障害：注意欠陥多動性障害<ADHD> E 素行障害： F 選択嫉妬 G 不登校 H 非行 I チック障害：Tourette症候群 J 吃音症 K 複発作児童候群 L パーソナリティ障害：境界性パーソナリティ障害 M 習慣および衝動の障害：病的賭博、病的放火、病的窃盗、抜毛症 N 性同一性障害 O 性嗜好障害
L 感染性疾患 a 1 敗血症 2 食中毒	12 感染性疾患（約8%） a 1 ウイルス A ウイルスによる感染症：インフルエンザ、アデノウイルス感染症、RSウイルス感染症、流行性耳下腺炎<ムンプス>、麻疹、風疹、突発性発疹、急性灰白髄炎<ポリオ>、コクサッキーウイルス感染症、エコー<ECHO>ウイルス感染症、流行性角結膜炎、咽頭結膜熱、ウイルス性下痢症、単純ヘルペスウイルス感染症、水痘、帯状疱疹、EB<Epstein-Barr>ウイルス感染症、伝染性紅斑、サイトメガロウイルス感染症、デング熱、ヒトパピローマウイルス<HPV>感染症、伝染性軟属腫、ヒト免疫不全ウイルス<HIV>感染症、後天性免疫不全症候群<AIDS>、ヒトT細胞白血病ウイルス<HTLV-1>感染症、ウイルス性肝炎、ウイルス性髄膜炎、日本脳炎、ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症 2 クラミジア、マイコプラズマ、リケッチア A クラミジア、マイコプラズマ、リケッチアによる感染症：オウム病、クラミジア肺炎、トラコーマ、性器クラミジア感染症、マイコプラズマ肺炎、つづが虫病、Q熱、猫ひっかき病 3 細菌<抗酸菌<マイコバクテリア>を除く> A 細菌<抗酸菌<マイコバクテリア>を除く>による感染症：連鎖球菌感染症、腸球菌感染症、肺炎球菌感染症、黄色ブドウ球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌<MRSA>感染症、淋菌感染症、髄膜炎菌感染症、リステリア感染症、ジフテリア、ヘモフィルス感染症、モラクセラ・カタラリス感染症、細菌性赤痢、サルモネラ感染症、百日咳、大腸菌感染症、クレブシエラ感染症、セラチア感染症、肺炎ヒソリオ感染症、コレラ、レジオネラ症、緑膿菌感染症、破傷風、ガス壊疽、ボツリヌス症、クロストリジウム・ディフィシル肺炎、パステロイデス感染症、梅毒 4 抗酸菌<マイコバクテリア> A 抗酸菌<マイコバクテリア>による感染症：結核、非結核性<非定型>抗酸菌症、Hansen病 5 真菌・寄生虫・その他の病原体 A 真菌・寄生虫・その他の病原体による感染症：カンジダ症、クリプトкокクス症、アスペルギルス症、白癬、癬風、スポロトリコーシス、ニューモシステス肺炎、アメーバ赤痢、マラリア、回虫症、アニサキス症、吸虫症、トキソプラズマ症、クリプトスポリジウム症、トリコモナス症、ランブル鞭毛虫症、ブドウ菌
K アレルギー性疾患、膠原病、免疫病 a 1 アナフィラキシー	11. アレルギー性疾患、膠原病、免疫病（約5%） a 1 アレルギー性疾患 A 全身性：アナフィラキシー、薬物アレルギー、食物アレルギー、血清病、昆虫アレルギー、職業性アレルギー B 皮膚・粘膜：アレルギー性結膜炎、鼻アレルギー<アレルギー性鼻炎>、花粉症、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎、血管性浮腫 C 呼吸器：気管支喘息、好酸球性肺疾患、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症、過敏性肺炎 2 膠原病と類縁疾患 A 膠原病：全身性エリテマトーデス<SLE>、全身性硬化症<強皮症>、皮膚筋炎、多発性筋炎、結節性多発動脈炎、関節リウマチ B 血管炎を主とする類縁疾患：巨細胞性動脈炎<側頭動脈炎>、高安動脈炎<大動脈炎症候群>、顕微鏡的多発血管炎、アレルギー性肉芽腫性血管炎<Churg-Strauss症候群>、Wegener肉芽腫症、過敏性血管炎、Schönlein-Henoch紫斑病<アナフィラクトイド紫斑病>、クリオグロブリン血症、Goodpasture症候群 C 関節炎を主とする類縁疾患：リウマチ熱、悪性関節リウマチ、成人Still病、強直性脊椎炎、反応性関節炎、Fekty症候群、乾癬性関節炎、掌趾膿疱症性関節炎、痛風、偽痛風 D その他の類縁疾患：混合性結合組織病<MCTD>、Sjögren症候群、抗リン脂質抗体症候群、リウマチ性多発筋痛症、サルコイドーシス、Behçet病、Weber-Christian病、再発性多発軟骨炎、アミロイドーシス、IgG4関連疾患、線維筋痛症、慢性疲労症候群

11 初期救急（約9%）b～d Ⅱ 基本的な救急処置：1 一次救命処置<BLS>、2 二次救命処置<ALS>、3 気道確保、4 人工呼吸、5 除細動、6 静脈路確保、7 酸素療法、8 基本的救急医薬品、9 止血法、10 輸液療法、11 輸血、12 骨折の固定法 11 初期救急	Ⅶ 1 2次・3次救急患者の診察a～d A 1 2次・3次救急患者の診察〔約27%〕a～d A 初診時の評価：1 バイタルサイン、2 意識レベル、3 来院時<院外>心肺機能停止<CPA>、4 臓器障害の状態把握、5 運動機能障害の判定、6 緊急治療の要否・部位別優先順位の評価、7 重症度と緊急度 B 病態に応じた診察：1 血液ガス分析、2 ショック、3 意識障害、4 脳血管障害、5 急性呼吸不全、6 急性心不全、7 急性冠症候群、8 急性腹症、9 急性消化管出血、10 肝不全、11 急性腎不全、尿毒症、12 内分泌・代謝疾患、13 精神科救急、14 重症感染症、15 外傷、16 急性中毒、17 熱傷、18 バイオテロ、19 急性放射線障害 IX 治療 10 2次・3次救急患者の治療〔約15%〕a～d A 心肺蘇生：1 気道確保、2 人工呼吸、3 胸骨圧迫、4 除細動、5 自動体外式除細動器<AED>、6 致死的不整脈の治療、7 静脈路確保、8 血液浄化法、9 機械的循環補助（IABP、ECMO） B 2次・3次救急に必要処置：1 心 C 内視鏡的止血術、7 インターベンショナルラジオロジー〔interventional radiology（IVR）〕、8 消化管内圧減圧治療 C ショックの治療：1 循環血流量減少性ショック、2 心原性ショック、3 血流分布異常性ショック、4 閉塞性ショック D 重症疾患病態：1 急性呼吸不全、急性肺損傷<ALD>、急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS>、2 急性心不全、3 急性腎不全、4 急性肝不全、5 播種性血管内凝固（DIC）、6 多臓器不全（MOP） E 外傷の治療・処置：1 創傷の治療・処置、2 骨折・捻挫・脱臼の治療・処置、3 頭部外傷、4 顔面・頭部外傷、5 胸部外傷、6 腹部外傷、7 骨盤・四肢外傷、8 脊椎・骨髄外傷、9 泌尿器・生殖器外傷、10 挫傷（圧挫）症候群（crush syndrome）、11 高エネルギー外傷、12 多発外傷、爆傷 F 急性中毒の治療・処置：1 胃洗浄、2 強制利尿、3 血液浄化法、4 解毒・拮抗薬、5 高濃度酸素療法 G 熱傷の治療・処置：1 全身療法、2 重症度判定、3 局所療法、4 気道確保の治療、5 合併症 H 環境異常の治療：1 熱中症、2 偶発性低体温症、3 凍傷、4 減圧症、酸素欠乏症、高山病、5 急性放射線障害 I 異物・溺水・刺〔刺〕の治療・処置：1 異物、2 窒息、溺水、3 刺〔刺〕 J 産科的救急治療・処置：1 母体・新生児搬送、2 急速分娩、3 産科ショック、4 胎児機能不全〔non-reassuring fetal status（NRFS）〕 K 新生児の救急治療・処置：1 新生児蘇生法、2 新生児集中治療室 L 乳児の救急治療・処置
17 生活習慣とリスク〔約5%〕a A 基本概念：1 国民健康づくり運動、2 生活習慣病のリスクファクター、3 健康寿命の延伸とQOL<生活の質、quality of life>の向上、4 行動変容、5 健康づくり支援のための環境整備 B 栄養・食生活：1 食事摂取基準、2 栄養マネジメント<栄養管理>、3 食行動 C 身体活動・運動：1 身体活動とエネルギー消費、2 運動の効用 D 休養・心の健康：1睡眠の質、不眠、2 ストレス対策、3 過労予防対策、4 自殺の予防 E 喫煙：1 喫煙状況、2 喫煙の有害性、3 受動喫煙、4 禁煙支援 F 飲酒：1 飲酒状況、2 飲酒の有害性、3 アルコール依存への支援 G 生涯設計：1 環境レベル、2 知識レベル、3 行動レベルと行動変容	総論 Ⅱ 予防医学と健康管理・増進a 1 予防医学と健康保持増進〔約12%〕a A 地域社会と公衆衛生：1 コミュニティヘルス、2 公衆衛生の概念と機能 B 予防医学：1 予防医学の概念、2 一次予防、二次予防、三次予防 C 健康保持・増進：1 健康教育・学習、保健指導、健康相談、2 健康保持・増進の概念 D 健康診断・診査と健康管理：1 健康管理の概念・方法、2 健康診断・診査と事後指導 5 成人保健〔約4%〕a A 現状と動向：1 生活習慣病の罹患と死亡 B 生活習慣病と保健対策：1 生活習慣病のリスクファクター、2 予防対策とその評価、3 特定健康診査、特定保健指導 6 高齢者保健〔約4%〕a A 現状と動向：1 高齢者の人口・死因・受療率・有訴率、2 要介護の原因 B 高齢者の健康保持・増進：1 加齢と健康状態、2 日常生活動作（ADL）、3 QOL<生活の質、quality of life>、4 閉じこもり、廃用症候群、5 介護予防 8 感染症対策〔約16%〕a A 感染症の疫学：1 主な感染症の疫学と流行状況、2 感染症発生動向調査（サーベイランス）、3 母子感染、4 院内感染 B 医師と自治体の対応：1 健康診断、入院、届出、2 就業制限 C 予防接種と検疫：1 集団予防と個人予防、2 予防接種、3 生ワクチンと不活化ワクチン、4 検疫、5 人獣共通感染症対策、6 バイオテロ対策 9 国民栄養と食品保健〔約4%〕a A 国民栄養の現状と対策：1 食事調査、2 国民健康・栄養調査、3 食事摂取基準、4 食生活指針、5 栄養教育・指導 B 食品の安全性と機能性：1 食品添加物、2 食品中の汚染物質、3 遺伝子組換え食品、4 保健機能食品、特別用途食品、健康食品 10 学校保健〔約4%〕a A 学校保健の現状と動向：1 学齢期好発疾患と予防、2 体格、体力 B 学校医と保健管理：1 学校医の職務、2 養護教諭、3 健康診断、4 児童の慢性疾患と保健管理、5 学校における感染症の予防、6 学校精神保健、7 児童の事故と対策（学校安全教育・安全管理） 11 産業保健〔約8%〕a A 産業保健の仕組み：1 労働者の医療保険、2 労働者の健康増進、3 労働災害の補償 B 現状と動向：1 業務上疾病の発生状況、2 労働力の動向 C 産業医と労働安全衛生管理：1 労働衛生管理体制、2 産業医の資格と職務、3 健康管理、作業環境管理、作業管理、4 許容濃度、管理濃度、5 生物学的モニタリング、6 労働災害、7 健康保持増進対策、8 労働安全衛生マネジメントシステム、9 過重労働対策、10 メンタルヘルス対策、11 都道府県労働局、労働基準監督署、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、12 健康診断・診査と事後指導
	総論Ⅰ 保健医療論〔約10%〕a 3 保健・医療・福祉・介護の仕組み〔約15%〕a A 保健・医療・福祉・介護の組織と連携：1 国と地方公共団体、2 保健所、3 地方衛生研究所、4 市町村保健センター、5 社会福祉関係施設、6 児童相談所、福祉施設 B 少子化社会・障害児（者）への対応：1 健やか親子21、2 次世代育成支援対策推進法、3 障害者基本計画 C 在宅ケア：1 在宅医療、2 訪問看護、3 在宅介護、4 在宅リハビリテーション、5 地域保健福祉活動 4 保健・医療・福祉・介護の資源〔約15%〕a A 保健・医療・福祉・介護の施設と機能：1 病院、2 診療所、3 地域医療支援病院、4 特定機能病院、5 療養病床、6 保険薬局、7 介護保険施設（介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）、8 居宅サービス、9 訪問看護ステーション、10 居宅介護支援事業所、 11 要介護認定、12 地域包括支援センター、13 医療安全支援センター B 保健・医療・福祉・介護従事者：1 保健・医療・福祉介護従事者の現状と役割、2 連携とチーム医療、3 医療行為と診療補助行為 6 地域保健・地域医療〔約15%〕a A 地域保健・地域医療と医師の役割：1 医師会、2 医療連携、3 自治体との連携 B 医療計画：1 医療圏、2 基準病床数、3 地域医療支援病院の整備、4 病院・診療所・薬局の連携、5 へき地医療・救急医療の確保、6 医療従事者の確保、7 地域連携クリニックバス C プライマリヘルスケア：1 概念と活動内容、2 アルマ・アタ（Alma Ata）宣言 D 健康増進とヘルスプロモーション：1 健康増進の概念、オタワ憲章、パニコ憲章 E 救急医療：1 救急医療体制、2 初期・2次・3次救急医療、3 救急医療機関、4 救急医療情報、5 救急搬送方法、6 応急処置（病院前救護）、7 応急手当 F 災害医療：1 災害時保健医療、2 医療救護班、3 災害拠点病院、4 トリアージ、5 広域災害医療 G 離島・へき地医療：1 へき地医療拠点病院、2 へき地診療所、3 無医地区、4 へき地保健医療計画、5 へき地医療支援機構

	総論Ⅰ 保健医療論 a 3 保健・医療・福祉・介護の仕組み [約15%] A 保健・医療・福祉・介護の組織と連携: 1 国と地方公共団体、2 保健所、3 地方衛生研究所、4 市町村保健センター、5 社会福祉関係施設、6 児童相談所、福祉施設 B 少子化社会・障害児〈者〉への対応: 1 健やか親子21、2 次世代育成支援対策推進法、3 障害者基本計画 C 在宅ケア: 1 在宅医療、2 訪問看護、3 在宅介護、4 在宅リハビリテーション、5 地域保健福祉活動 総論Ⅱ 予防と健康管理・増進 a 4 母子保健 [約12%] A 現状と動向: 1 出生、2 妊産婦死亡、3 死産、4 周産期死亡、5 新生児・乳児死亡、6 人工妊娠中絶 B 母性保健、周産期の保護: 1 家族計画、不妊、2 母子健康手帳、3 妊産婦健康診査、4 産休制度、育児休業制度、5環境因子と胎児障害 C 小児の保健・福祉: 1 乳児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査、2 育児指導、3 養育医療、4 自立支援医療、5 新生児マススクリーニング、6 児童虐待の予防 総論Ⅲ 生殖、発生、成長・発達、加齢 a 4 胎児 [約10%] A 胎児の発育: 1 妊婦〈妊〉、胎芽、胎児、2 器官形成期、3 成長の評価、4 妊娠期間、胎児の形態 B 器官形成と臓器の成熟: 1 皮膚、2 感覚器、3 呼吸器、4 循環器、5 消化器、6 血液、造血器、7 腎、泌尿器、生殖器、8 神経、運動器、9 内分泌、代謝、10 免疫 5 新生児 [約15%] A 成熟徴候: 1 在胎週数、2 出生時の身長・体重、3 身体的特徴、4 頭囲、胸囲、5 大泉門 B 新生児の生理: 1 呼吸、2 循環、3 体温、4 腎臓、体液、5 肝臓、ビリルビン代謝、6 消化、7 血液、免疫 6 小児期 [約15%] A 小児の成長: 1 発育区分、2 身体発育、3 生虫、4 骨年齢、5 成長の評価 B 小児の発達: 1 反射(原始反射と姿勢反射)、2 運動、3 精神、4 言語発達、5 生活習慣、6 社会性、7 視力、聴力、8 評価 C 小児栄養: 1 栄養所要量、2 母乳栄養、3 人工栄養、4 離乳、5 幼児・学童の栄養、6 栄養状態の評価、7 過剰と欠乏 7 思春期、青年期 [約10%] A 身体の成長・発達: 1 成長スパート(growth spurt)、2 二次性徴、3 思春期の発来機序 B 精神発達: 1 発達区分、2 発達理論、3 思春期機能、4 自我〈自己〉同一性形成、5 学習と社会経験
	総論Ⅱ 予防と健康管理・増進 a 7精神保健福祉 [約8%] A 現状と動向: 1 精神障害者、2 こころの健康づくり、3 精神保健福祉センター、4 精神障害者社会復帰施設 B 精神的健康の保持・増進: 1 精神保健福祉相談、2 地域精神保健福祉活動
15 死と終末期ケア [約2%] a A 死の判定と診断: 1 心臓死、脳死、脳死判定基準、2 異状死、3 死亡診断、死体検案 B 緩和ケア: 1 緩和ケアの概念、2 全人的苦痛〈トータルペイン〉、3 身体的苦痛の緩和、4 精神的苦痛の緩和、5 WHO方式3段階除痛ラダー、6 ホスピス、緩和ケア病棟〈PCU〉、7 緩和ケアチーム、8 家族ケアとチームアプローチ C 終末期ケア: 1 死に至る心の過程、2 終末期患者とのコミュニケーション、3 終末期における意思決定の支援、4 尊厳死、リビングウィル、5 DNAR(does not attempt resuscitation)」、6 終末期における水分・栄養管理、7 延命治療の中止の決定、8 安楽死、9 家族のケア、グリーフケア、10 小児の特殊性	総論Ⅸ 治療 11 緩和医療 [約6%] a A 全人的苦痛の緩和: 1 全人的苦痛〈トータルペイン〉の種類と原因、2 精神的苦痛の緩和、3 傾聴とチームアプローチ、4 癒し環境の整備 B 身体的苦痛の緩和: 1 がん性[癌]の種類と原因、2 [癌]のアセスメント、3 [癌]緩和の薬物療法、4 がん[癌]治療法:WHO方式)、5 悪液質の概念と病状把握、6 全身[悪]・食欲不振・呼吸困難の治療とケア、7 熱水・腹水・全身浮腫の治療とケア、8 緩和的外科治療、9 緩和的放射線治療、10 インターベンショナルラジオロジー〔interventional radiology(IVR)〕、11 鎮静〔セデーション〕 C オピオイド(医療用麻薬): 1 オピオイドの種類と効果、2 タイトレーション、3 レスキュードーズ、4 オピオイドローテーション、5 鎮痛補助薬、6 オピオイドの副作用と対策 D ホスピス・緩和ケア: 1 ホスピスケアの基準、2 QOL(生活の質、quality of life)の改善・維持、3 緩和ケア病棟(PCU)、4 緩和ケアチーム、5 在宅ホスピス・緩和ケア、6 レスバリエータ、7 患者のケア/グリーフケア)、8 遺族ケア
	総論Ⅰ 保健医療論 [約10%] a 3 保健・医療・福祉・介護の仕組み [約15%] A 保健・医療・福祉・介護の組織と連携: 1 国と地方公共団体、2 保健所、3 地方衛生研究所、4 市町村保健センター、5 社会福祉関係施設、6 児童相談所、福祉施設 B 少子化社会・障害児〈者〉への対応: 1 健やか親子21、2 次世代育成支援対策推進法、3 障害者基本計画 C 在宅ケア: 1 在宅医療、2 訪問看護、3 在宅介護、4 在宅リハビリテーション、5 地域保健福祉活動 4 保健・医療・福祉・介護の資源 [約15%] A 保健・医療・福祉・介護の施設と機能: 1 病院、2 診療所、3 地域医療支援病院、4 特定機能病院、5 療養病床、6 保険薬局、7 介護保険施設(介護老人福祉施設〈特別養護老人ホーム〉、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)、8 居宅サービス、9 訪問看護ステーション、10 居宅介護支援事業所、11 要介護認定、12 地域包括支援センター、13 医療安全支援センター B 保健・医療・福祉・介護従事者: 1 保健・医療・福祉介護従事者の現状と役割、2 連携とチーム医療、3 医行為と診療補助行為、3 保健・医療・福祉・介護の仕組み 総論Ⅱ 予防医学と健康管理・増進 a 1 予防医学と健康管理増進 [約12%] A 地域社会と公衆衛生: 1 コミュニティヘルス、2 公衆衛生の概念と機能 B 予防医学: 1 予防医学の概念、2 一次予防、二次予防、三次予防 C 健康保持・増進: 1 健康教育・学習、保健指導、健康相談、2 健康保持・増進の概念 D 健康診断・診査と健康管理: 1 健康管理の概念・方法、2 健康診断・診査と事後指導

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題： 到達目標の評価手法の標準化に関する研究

研究分担者 前野 哲博 筑波大学附属病院 総合臨床教育センター 部長
研究協力者 瀬尾 恵美子 筑波大学附属病院 総合臨床教育センター 副部長

研究要旨： 到達目標の評価方法の改善と標準化を図るには、正確な現状把握と現場の意見の反映が必要不可欠である。そのため本研究では、研修評価に関する全国実態調査を実施した。その結果、現在、研修評価のツールとして EPOC が幅広く使用されているが、同じ「十分できる」「経験した」との評価であっても、実際にはその程度には大きなばらつきがあることが明らかとなった。今後の研修評価の見直しにおいて、研修の質の担保のための妥当性の高い評価方法の導入と、到達目標の項目数および内容の見直しが必要と考えられた。

A. 研究目的

本研究は、プログラム責任者、指導医、研修医調査から構成される。各調査の目的は以下の通りである。

➤ プログラム責任者調査：

評価方法、形成的評価としての活用の有無、修了判定のプロセス、レポートのフォーマット・評価方法などを尋ね、評価の実態を明らかにする。

➤ 指導医・研修医調査：

①評価の実施方法、実施状況、負担などの実態を明らかにする。

②今受け持っている研修医（指導医調査）、自身（研修医調査）について、EPOC で評価した後、より詳細なマイルストーン法による評価を行って、EPOC 評価の精度を明らかにする。

B. 研究方法

1. 調査方法

プログラム責任者対象調査

- REIS (Residency Electronic Information system)、マッチング協議会の発表資料から、過去 2 年間に内定者のいるプログラムのプ

ログラム責任者を抽出し、郵送および電子メールで調査を依頼した。回答は FAX または web 入力とした。

- 調査は無記名で実施し、調査用紙の返送または回答の入力を持って同意とした。

2. 指導医・研修医対象調査

- プログラム責任者調査時に、プログラム責任者に調査への協力を依頼し、同意を得られる施設は病院名および連絡先を返信していただいた。

- 返信のあった施設のプログラム責任者宛に、指導医、研修医それぞれに対する回答フォームの URL を電子メールで送付した。URL は、連結可能匿名化した病院番号の情報を含むものとした。

- プログラム責任者には、自施設の指導医・研修医にメールを転送して調査を依頼していただいた。

- 指導医には、現在指導している研修医（複数の場合は誰か 1 名。今指導していない場合は直近の研修医）について、研修医には現在の自分について回答を求めた。

- 調査は無記名で実施し、回答の入力を持って同意とした。

(倫理面への配慮)

参加者は、何ら不利益を受けることなく自由意思で、研究への参加・不参加を選択できることとした。

無記名調査であり、個人情報の取り扱いはない。本調査は筑波大学医の倫理委員会にて、承認（承認番号 894 号）を得て実施した。

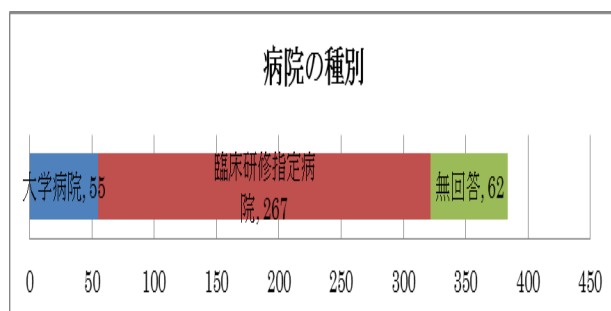
C. 研究結果

(プログラム責任者調査)

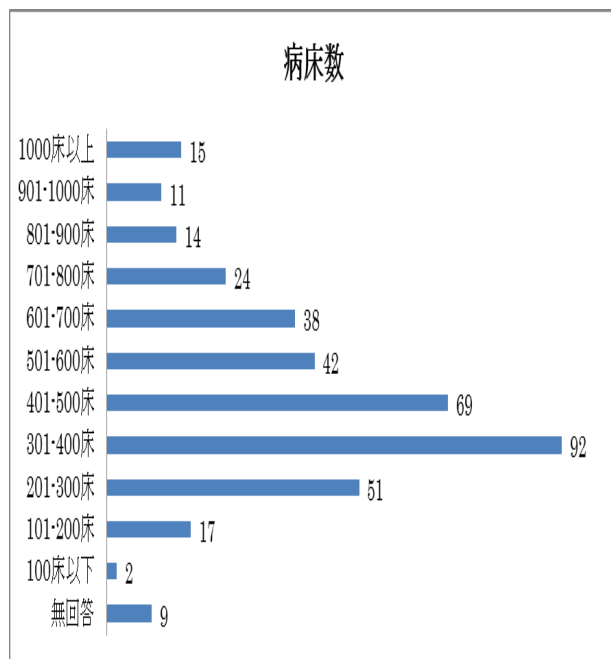
依頼数 855 施設、回答数 384 施設（回答率 44.9%）

Q1、病院の情報について

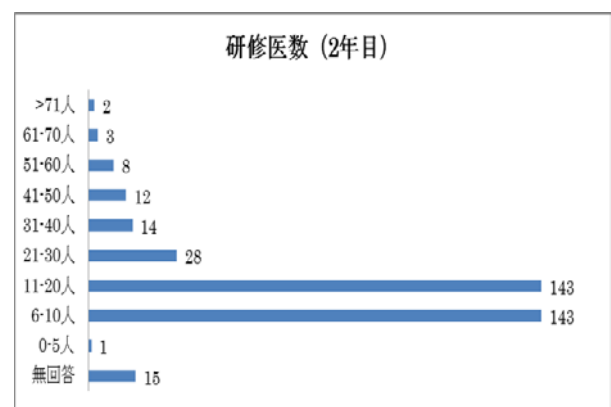
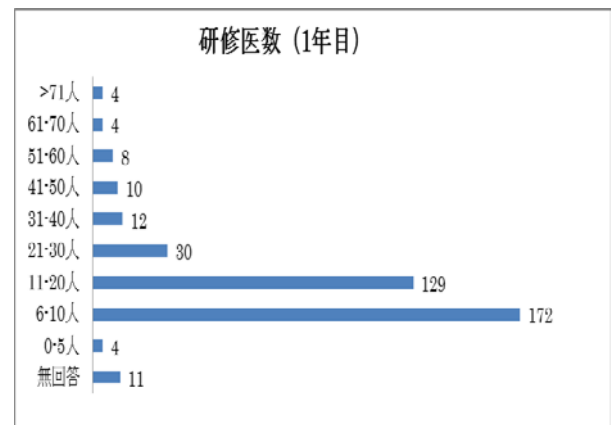
①病院の種別



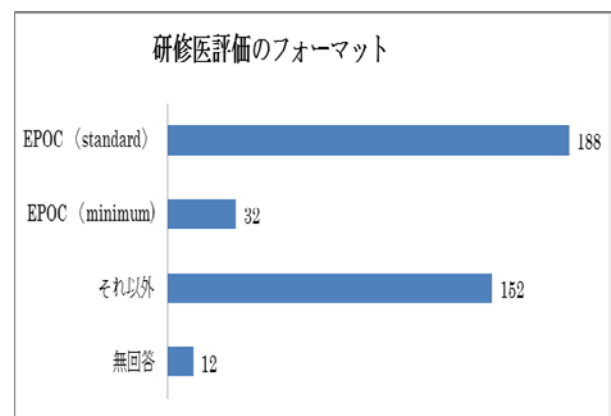
②病床数



③研修医数

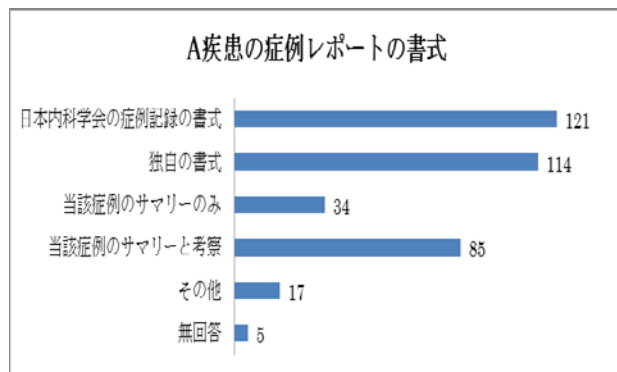


Q2、研修医評価のフォーマットは何を使っているか。



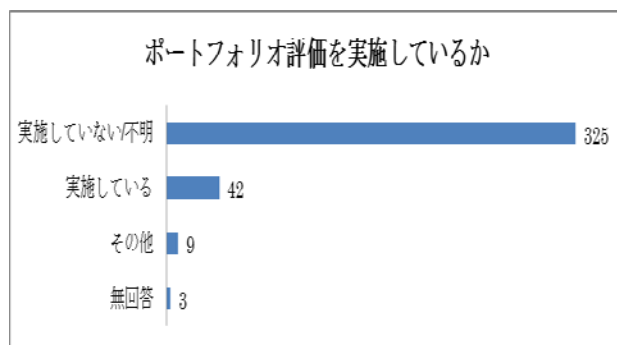
・研修評価のフォーマットは EPOC を使用しているものが 49.0 %（188 施設）、EPOC(minimum)が 8.3 %（32 施設）、それ以外が 39.6 %（152 施設）であった。

Q3、「経験が求められる疾患・病態」の A 疾患で提出が求められる症例レポートの書式は何を使っているか。



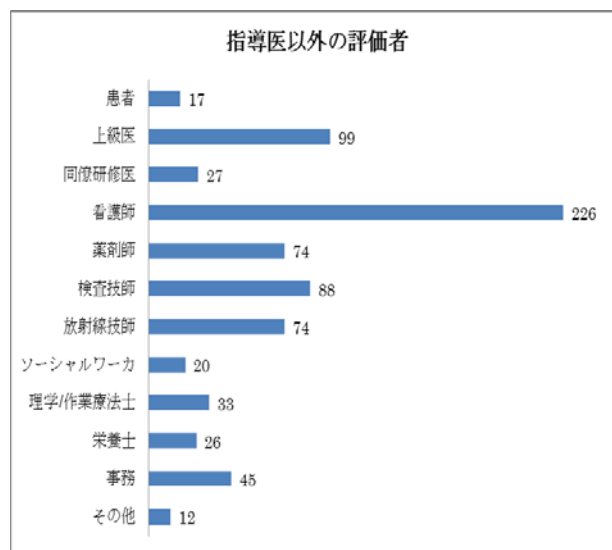
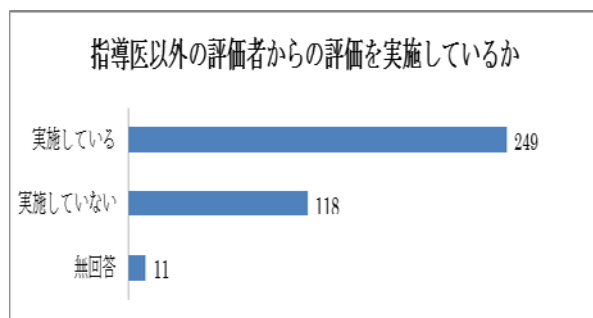
- ・ A 疾患レポートの書式は日本内科学会の様式が 31.5% (121 施設) と最も多かったが、症例サマリーのための施設も 8.9% (34 施設) あった。

Q4、ポートフォリオ評価を実施しているか。



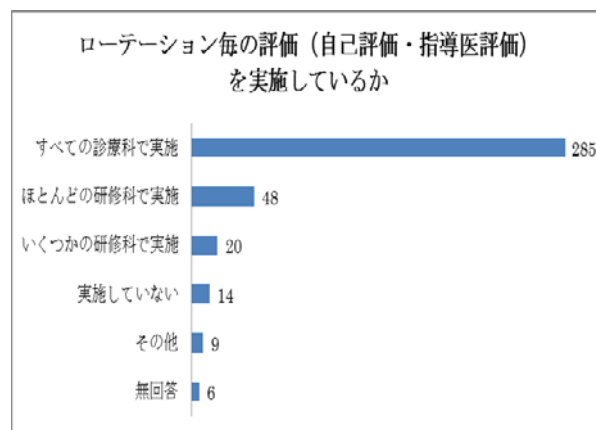
- ・ ポートフォリオを導入している施設は、10.9% (42 施設) のみであった。

Q5、指導医以外の評価者からの評価を実施しているか。



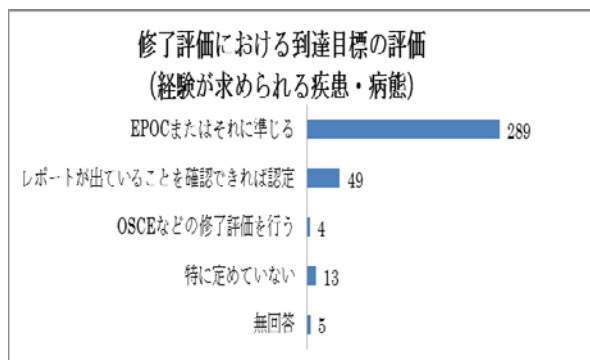
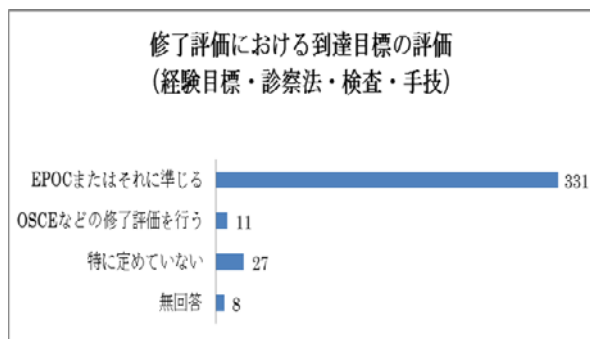
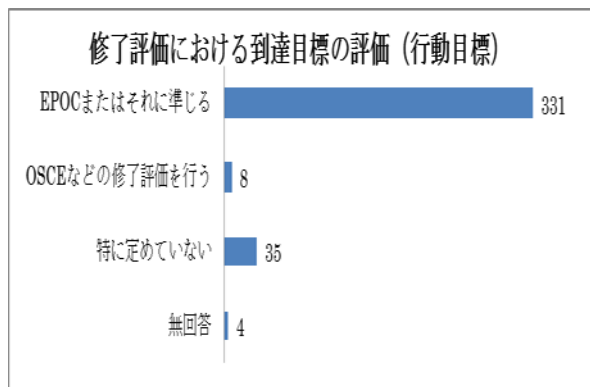
- ・ 指導医以外の評価を取り入れている施設は 64.8% (249 施設) で、その職種では看護師 58.9% (226 施設)、上級医 25.8% (99 施設)、検査技師 22.9% (88 施設)、放射線科技師 19.3% (74 施設)、薬剤師 19.3% (74 施設) などの医療職が多かった。

Q6、ローテーション毎の評価（自己評価・指導医評価）は実施しているか。



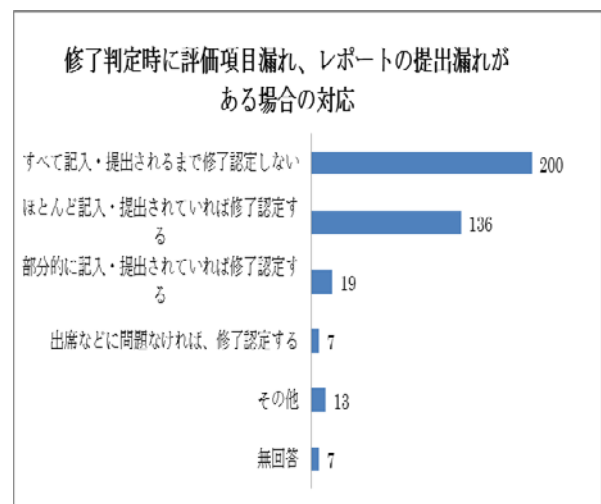
- ・ ローテーション毎の評価は、「ほぼすべての科で実施する」と「ほとんどの科で実施する」が併せて 87.1% (333 施設) と多かったが、そうでない施設も 8.9% (34 施設) に認められた。

Q7、修了評価において、到達目標の評価をどのように行っているか。



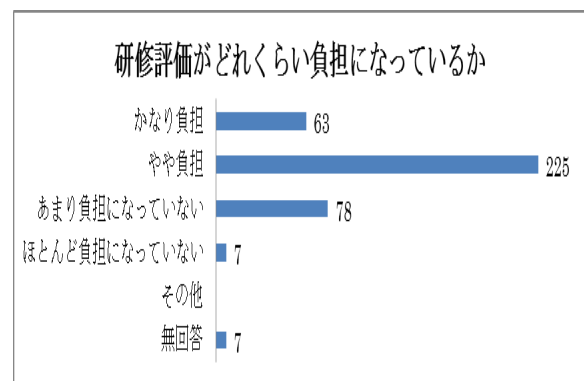
行動目標、経験目標ともに 86.2%（331 施設）とほとんどの施設が EPOC に準じると答えたが、特に定めていない施設がそれぞれ 0.9%、0.7%（35 施設、27 施設）あった。

Q8、修了判定時に評価項目の記入漏れ、レポート提出漏れがあった場合の対応はどうしているか。



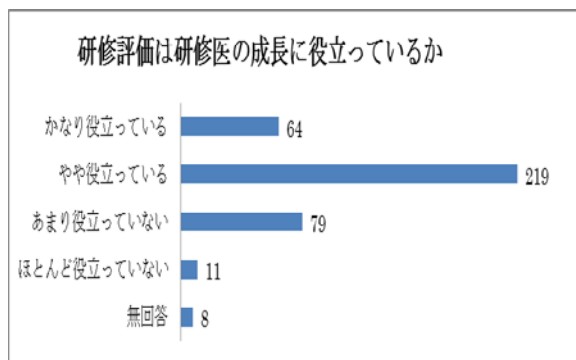
・修了判定時に評価項目の漏れやレポートの漏れがあった場合の対応については、52.1%（200 施設）が出席日数に問題がなくても、すべて記入、提出されるまで修了判定はしないと答えたが、出席日数が足りていれば記入、提出状況に関わらず修了認定すると答えた施設も 1.8%（7 施設）あった。

Q9、現在の研修評価はどれくらい負担になっているか。



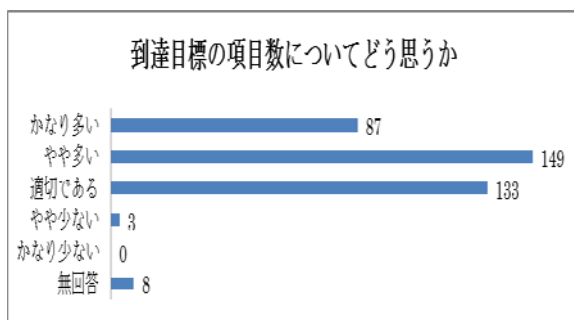
・現在の研修評価がかなり負担になっていると答えたものは 16.4%（63 名）、やや負担になっていると答えたものは 58.6%（225 名）で、併せて 75.0% のプログラム責任者が負担であると答えた。

Q10、研修評価は研修医の成長にどのくらい役立っているか。

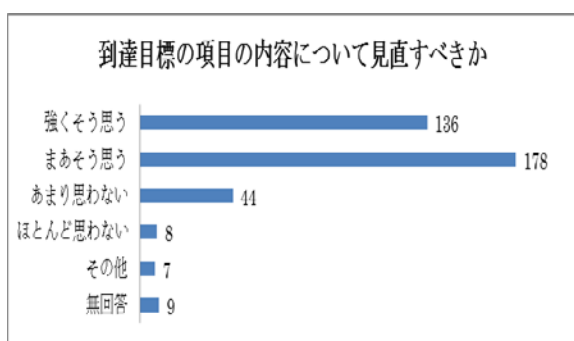


・研修評価が研修医の成長にかなり役立っている、やや役立っていると考える施設が 73.4% (64+219 施設) と多かった。

Q11、到達目標の項目数についてどう思うか。



Q12、到達目標の項目を見直すべきか。



・到達目標の項目については、かなり多いが 22.7% (87 施設)、やや多いが 38.8% (149 施設) であり、見直しの必要性については、強くそう思う 35.4% (136 施設)、まあそう思うが 46.4% (178 施設) であった。

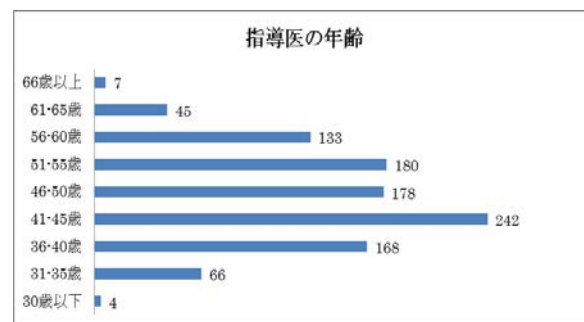
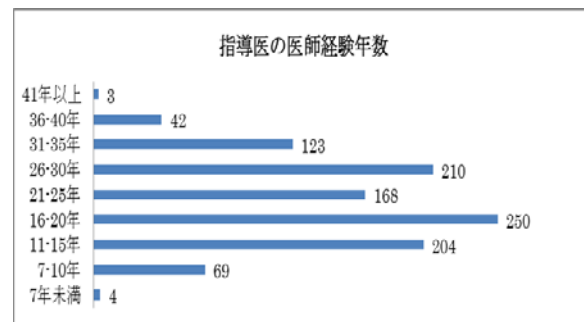
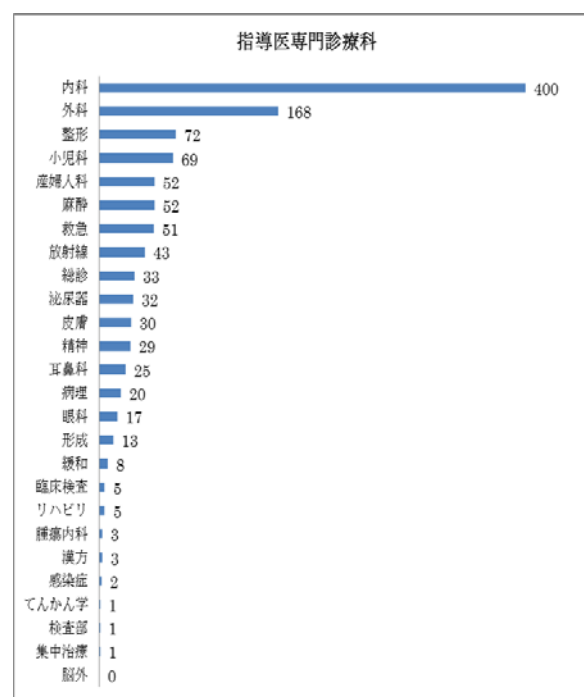
(指導医調査)

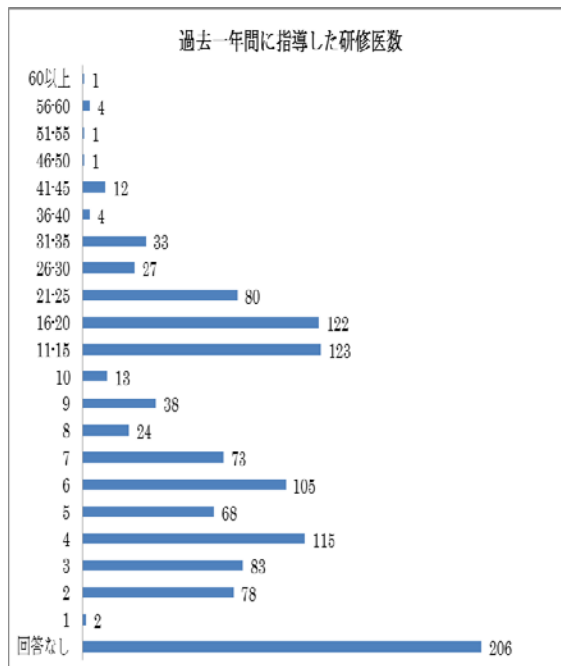
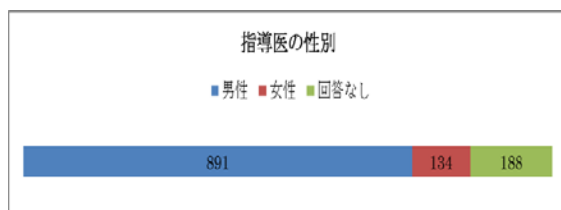
配布施設数 280、回答施設数 174

配布数 5130 名、最終回答数 1,213 名 (回答率 23.6%)

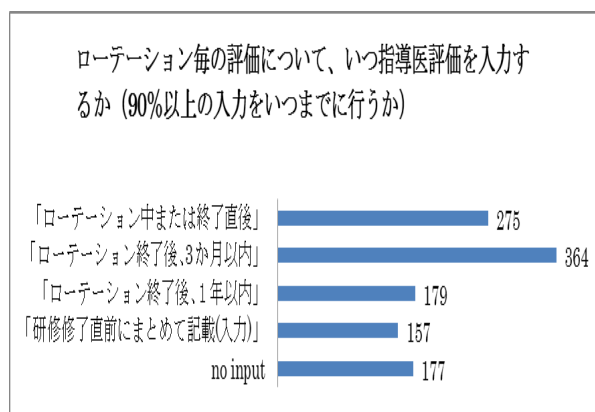
Q1 指導医の属性

①専門診療科、②医師経験年数、③年齢、性別、④研修医の指導人数 (過去 1 年間)



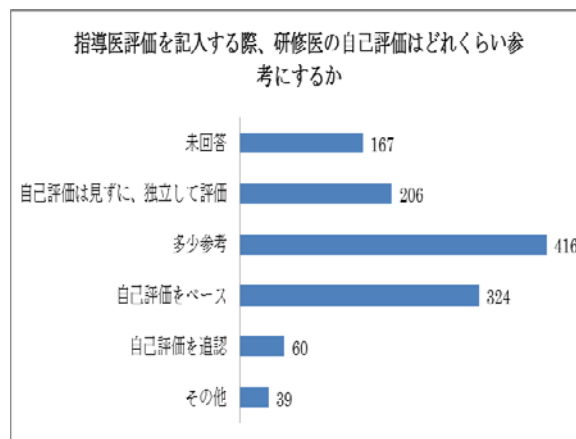


Q2,ローテーション毎の評価について、いつ指導医評価を入力するか。(90%以上の入力をいつまでに行うか。)



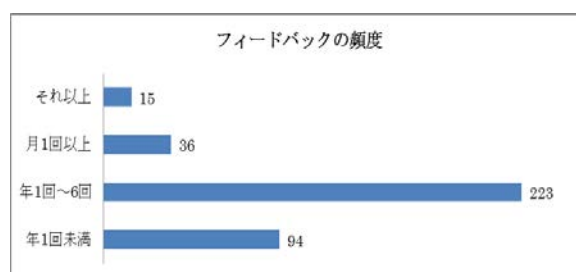
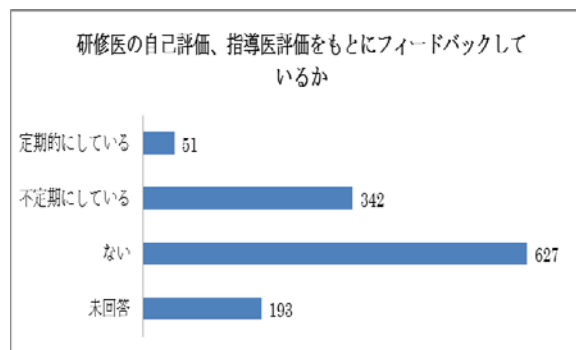
- ・ローテーション修了3か月以内に入力する指導医が55.5%(639名)であった。一方、1年以上たってから入力する指導医も13.6%(157名)存在していた。

Q3,指導医評価を記入(入力)する際、研修医の自己評価はどれくらい参考にするか。



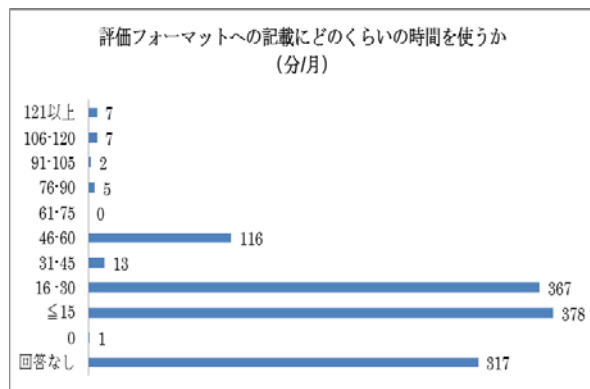
- ・「自己評価は見ずに、独立して評価」「多少参考」は併せて51.5%(622名)、「自己評価をベース」「自己評価を追認」は併せて31.7%(384名)であり、研修医の自己評価を参考にしない指導医が多かった。

Q4,研修医の自己評価、指導医評価をもとにフィードバックをしているか。



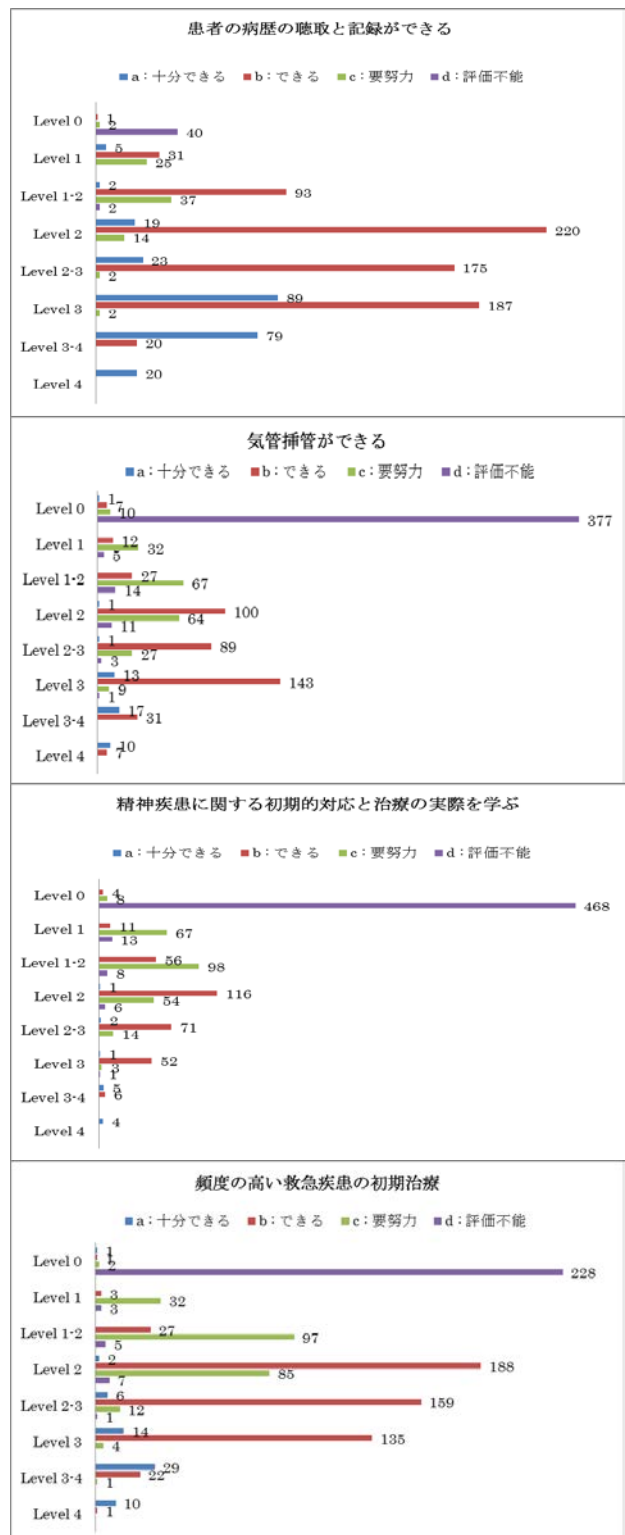
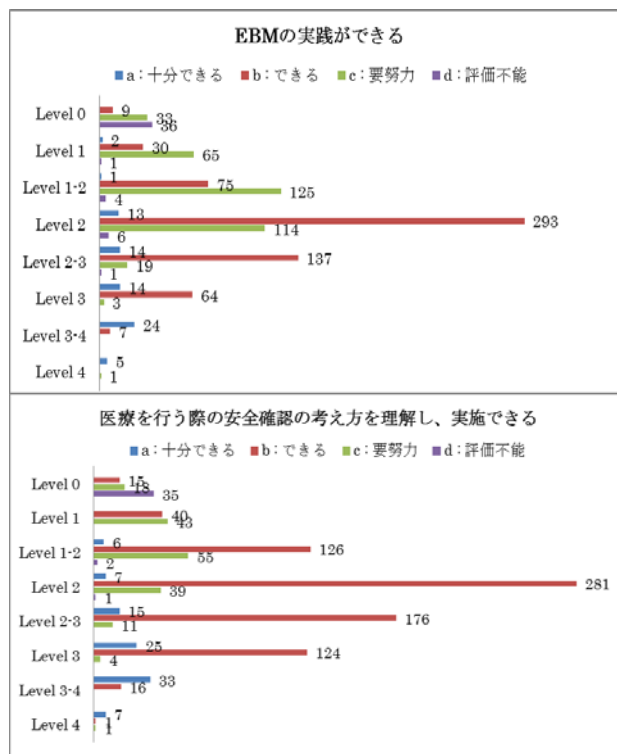
- ・研修医の自己評価、指導医評価について、フィードバックをしていると回答した指導医は32.4%(393名)であった。

Q5, 評価フォーマット（EPOC など）への記載（入力）にどれくらい時間を使っているか。



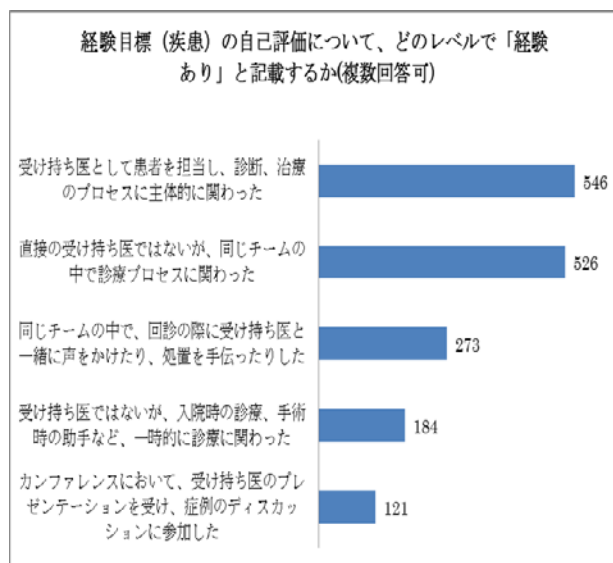
- ・評価フォーマット（EPOC など）への記載にかかる時間について、「30 分未満」と回答した指導医は 61.5%（746 名）、「30 分以上」は 12.4%（150 名）であった。

Q6、研修評価の実際について、現在指導している研修医について同じ項目を 2 通りの選択肢（EPOC、マイルストーン法）でそれぞれ回答を求めた。



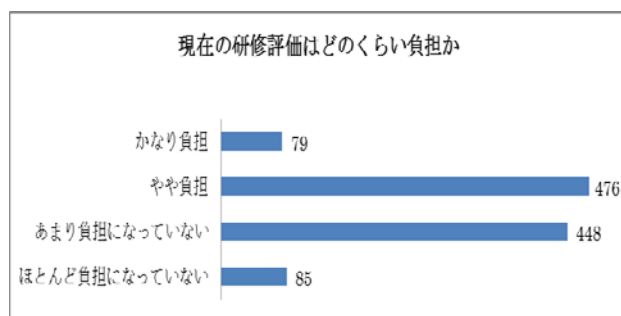
- ・両者の評価には大きなばらつきを認めた。例えば EPOC で「十分できる」答えた場合でも、マイルストーン法では Level1-2～Level14 まではばらついており、EPOC 上では同じ評価でも、実際には差があることが分かった。

Q7、経験目標（疾患）について、どのレベルで「経験あり」と評価しているか。（複数回答可）



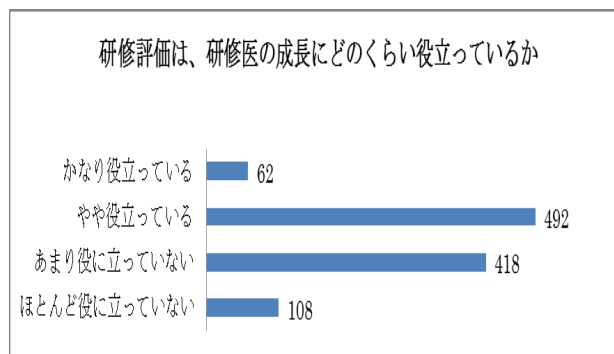
・経験目標（疾患）を「経験あり」と評価している程度について、「受け持ち医として患者を担当し、診断、治療のプロセスに主体的に関わった」と回答した指導医は 45.0% (546 名)、「直接の受け持ち医ではないが、同じチームの中で診療プロセスに関わった」は 43.4% (526 名) であった。その一方で「同じチームの中で、回診の際に受け持ち医と一緒に声をかけたり、処置を手伝ったりした」でも経験ありと判断するのは 22.5% (273 名)、「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」でも 10.0% (121 名) が経験ありと判断していた。

Q8、現在の研修評価は、どれくらい負担か。



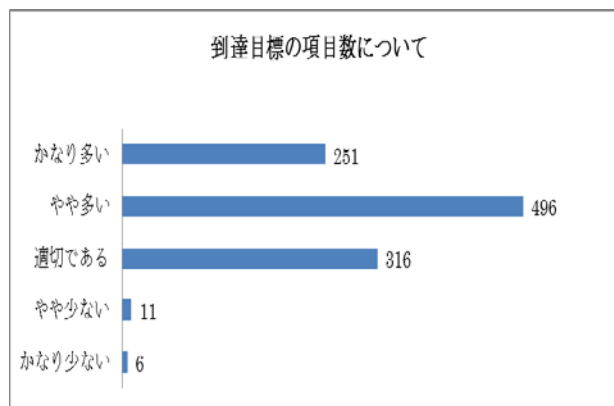
・研修評価が負担かどうかの質問では、「かなり負担」と「やや負担」が 45.8% (555 名)、「あまり負担でない」、「ほとんど負担でない」が 43.9% (533 名) であった。

Q9、研修評価は、研修医の成長にどのくらい役立っているか。



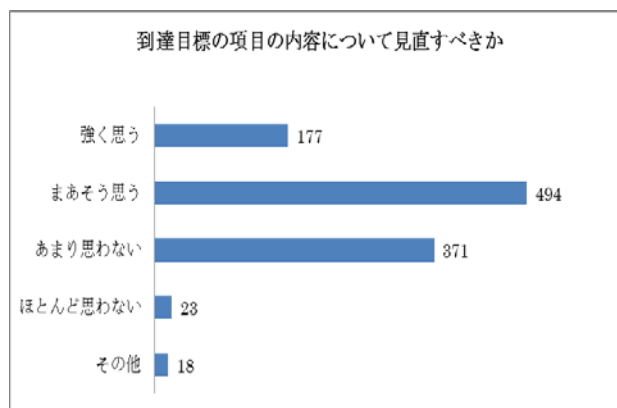
・研修評価が研修医の成長に役立っている程度について、「かなり役立っている」「やや役立っている」と回答した指導医は 45.7% (554 名)、「あまり役に立っていない」「ほとんど役に立っていない」は 43.4% (526 名) であった。

Q10、到達目標の項目数についてどう思うか。



・到達目標の項目数について、「かなり多い」「やや多い」と回答した指導医は 61.6% (747 名)、「適切である」は 26.1% (316 名)、「やや少ない」「かなり少ない」は 1.4% (17 名) であった。

Q11, 到達目標の項目の内容について見直すべきだと思うか。



・到達目標の見直しについては、強く思うとまあそう思うが 62.1% (671 名) であった。

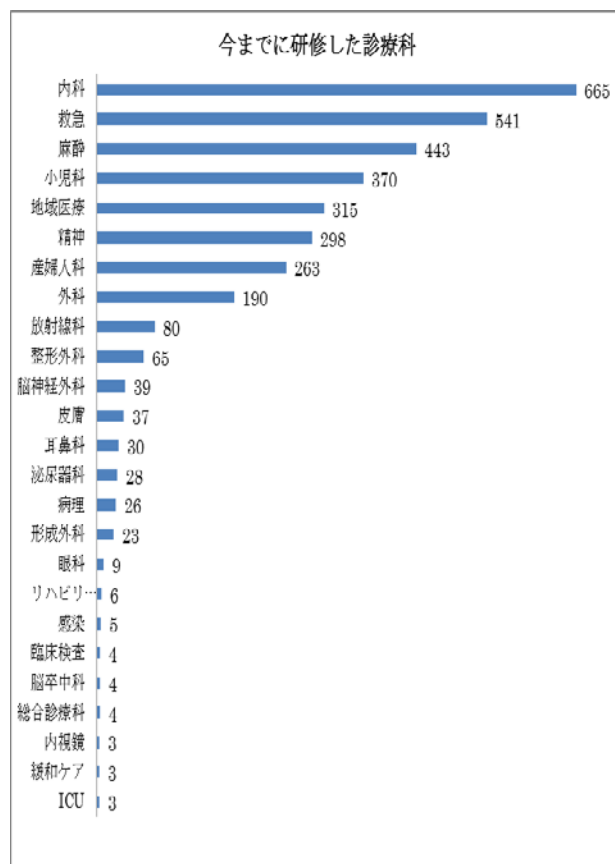
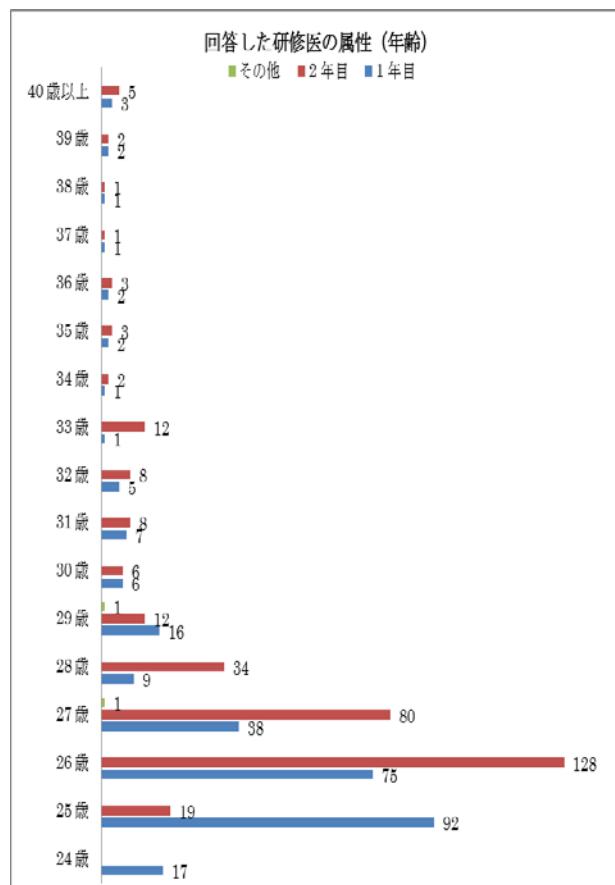
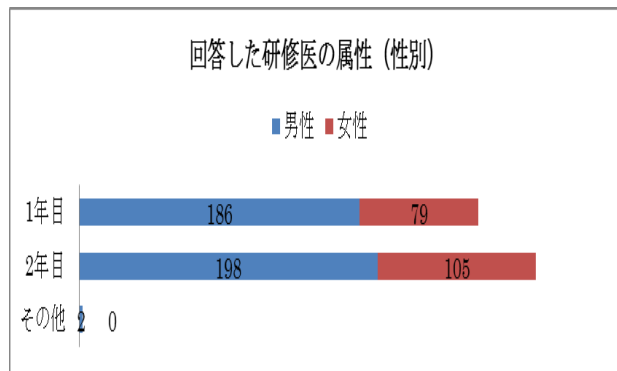
(研修医調査)

配布施設数 280、回答施設数 156

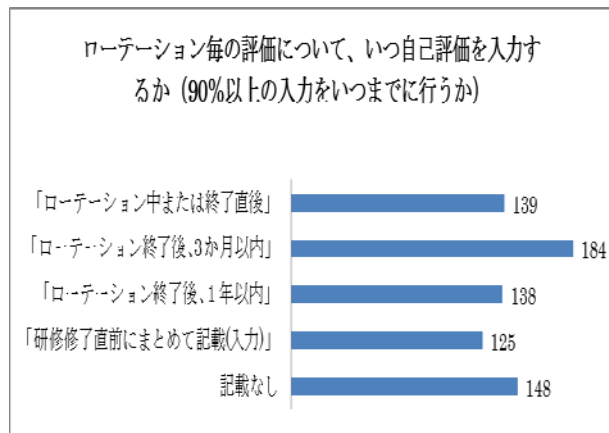
配布数 3315 名、最終回答数 757 名 (回答率 22.8%)

Q1 研修医の属性。

①研修何年目、性別 ②年齢、③これまで研修した科

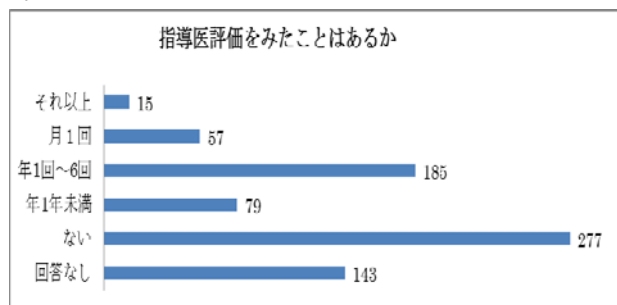


Q2,ローテーション毎の評価について、いつ自己評価を入力するか（90%以上の入力をいつまでに行うか）



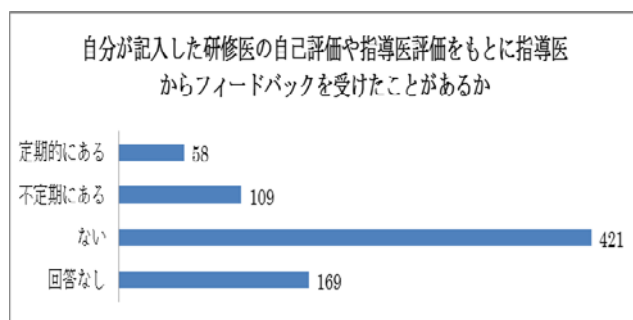
ローテーション終了後3カ月以上たってからの入力が35.8%（263名）あり、1年以上たってから入力するものも、17.0%（125名）いた。

Q3. 指導医評価からの評価を見たことはあるか。

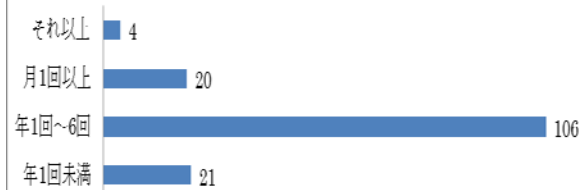


・36.6%（277名）もの研修医が、指導医からの評価を全く見たことがなかった。

Q4. 自己評価や指導医評価をもとに、指導医からフィードバックを受けたことはあるか。

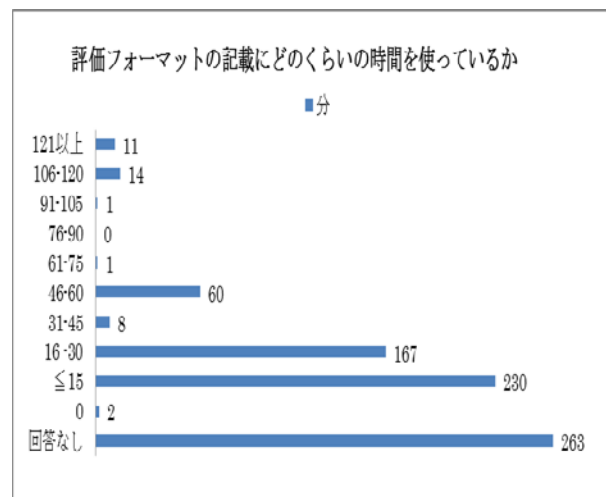


指導医からのフィードバックの頻度



・自分が記入（入力）した研修医の自己評価や指導医評価をもとに、指導医からフィードバックを受けたことがあると回答した研修医は47.1%（167名）と、半数以下にとどまっていた。

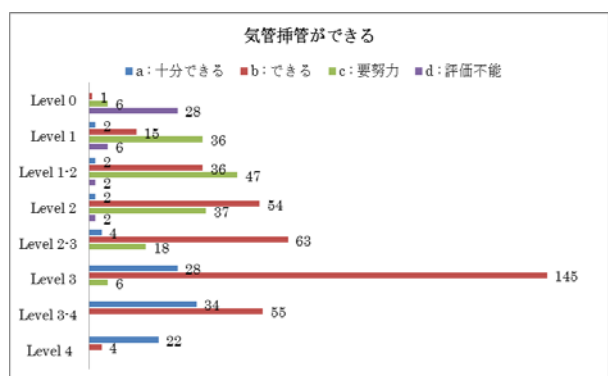
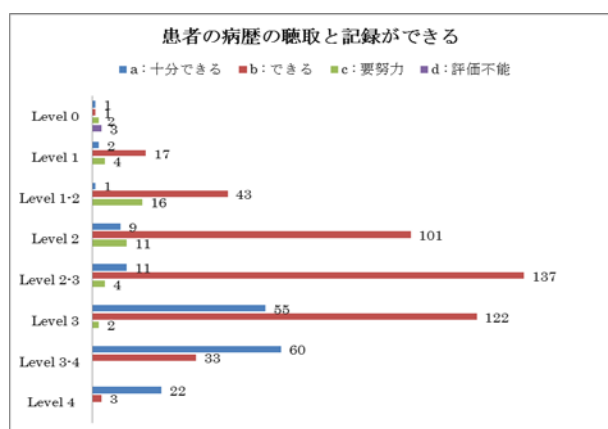
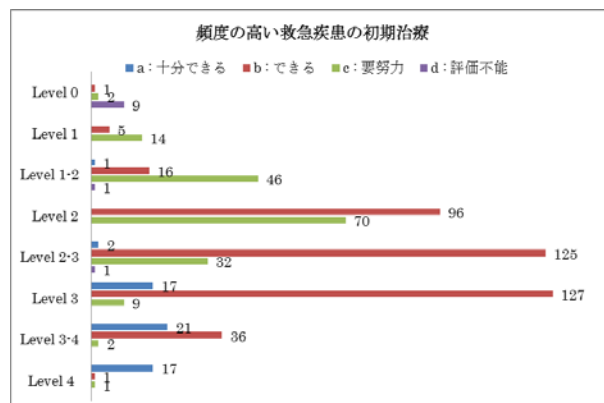
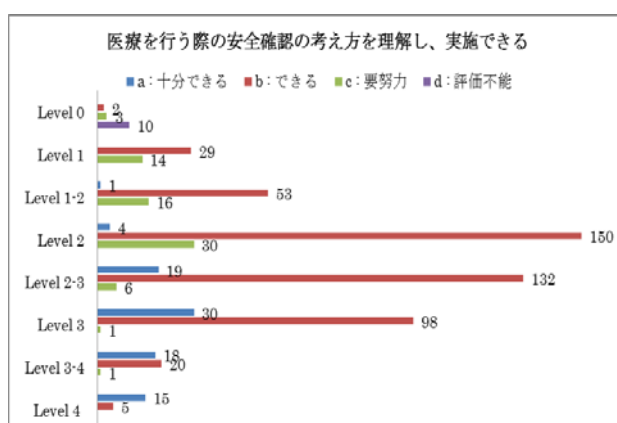
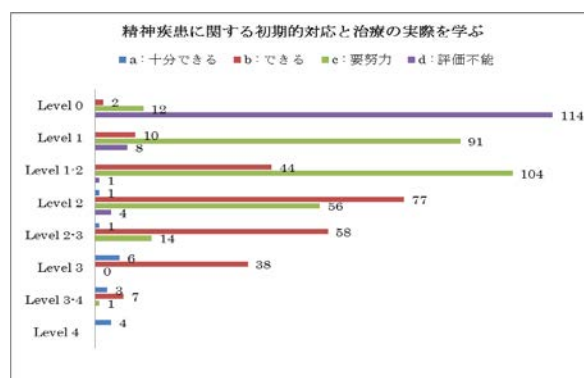
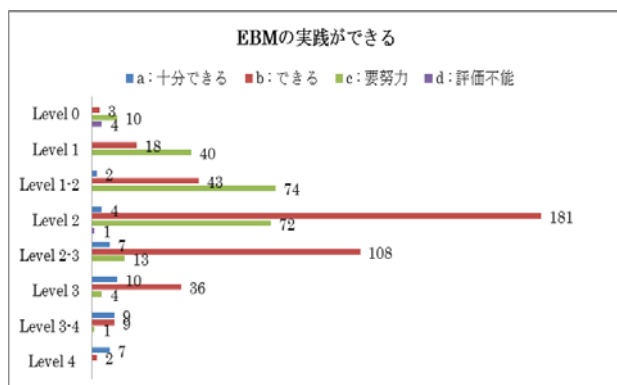
Q5. 評価フォーマット（EPOC など）への記載（入力）にどれくらいの時間を使うか。1か月あたりの平均的な時間(分単位)。



・評価フォーマット（EPOC など）への記載にかかる時間について、「30分未満」と回答した研修医は52.4%（397名）、「30分以上」は12.5%（95名）であった。

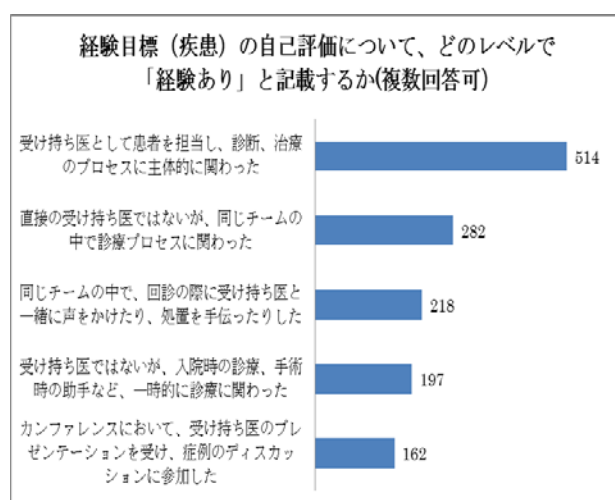
Q6. 研修評価の実際について。

現在の自分について、同じ項目を2通りの選択肢（EPOC、マイルストーン法）でそれぞれ回答を求めた。



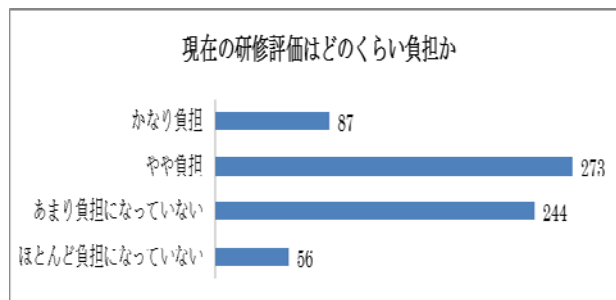
・指導医と同様、両者の評価には大きなばらつきを認めた。例えば EPOC で「十分できる」答えた場合でも、マイルストーンに準じた評価表では Level1-2～Level4 までばらついており、EPOC 上では同じ評価でも、実際には差があることが分かった。

Q7、経験目標（疾患）の自己評価について、どのレベルで「経験あり」と記載するか。



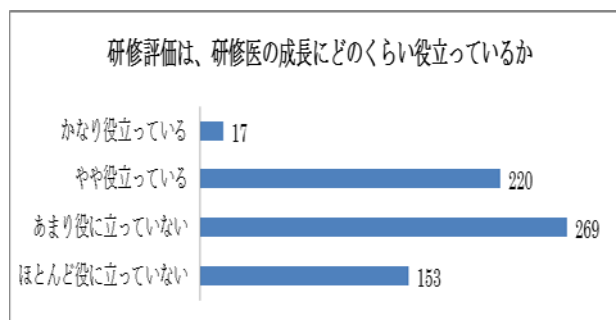
・経験目標（疾患）を「経験あり」と評価している程度について、「受け持ち医として患者を担当し、診断、治療のプロセスに主体的に関わった」と回答した研修医は 67.9%（514 名）、「直接の受け持ち医ではないが、同じチームの中で診療プロセスに関わった」は 37.3%（282 名）であった。一方「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」も、21.4%（162 名）が経験ありと判断していた。

Q8, 現在の研修評価は、あなたにとってどれくらい負担になっているか。



・研修評価が負担かどうかの質問では、「かなり負担」と「やや負担」が 47.6%（360 名）、「あまり負担でない」、「ほとんど負担でない」が 39.6%（300 名）であった。

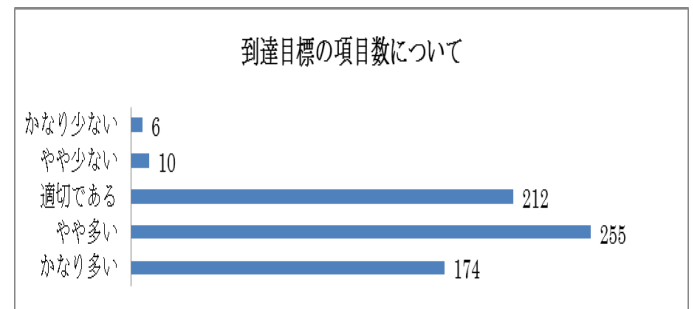
Q9, 研修評価は、研修医の成長にどのくらい役立っていると思うか。



・研修評価が研修医の成長に役立っている程度について、「かなり役立っている」「やや

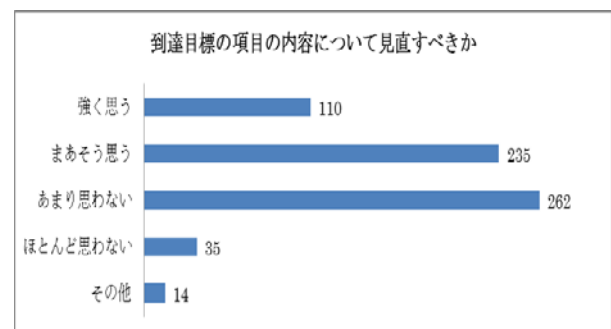
役立っている」と回答した研修医は 31.3%（237 名）、「あまり役に立っていない」「ほとんど役に立っていない」は 55.7%（422 名）であった。

Q10, 到達目標の項目数についてどう思うか。



・到達目標の項目数について、「かなり多い」「やや多い」と回答した指導医は 58.0%（439 名）、「適切である」は 28.0%（212 名）、「やや少ない」「かなり少ない」は 2.1%（16 名）であった。

Q11, 到達目標の項目の内容について見直すべきだと思うか。



・強く思う、まあそう思うと答えた割合は、併せて 52.6%（345 名）であった。

D. 考察

今回のアンケート調査にて、我が国では初期臨床研修の到達目標の評価方法として、広く EPOC が使用されていることが分かった。また、医師以外の多くの医療関係者が研修評価者として加わるようになっており、医師の育成に病院全体でチ

ームとして取り組んでいる様子が伺えた。

EPOC は簡便な評価ツールであるが、経験目標にて同じ「十分できる」と評価した場合でも、マイルストーン法で評価すると Level1~2 から Level 4 までとかなりのばらつきが出たことより、研修の評価ツールとして、十分に妥当性を担保できていないと考えられる。ただし多くのプログラム責任者、指導医、研修医が、現在の研修評価について負担になっていると答えていることから、妥当性のみではなく、実施可能性も考慮した評価方法を検討していく必要があると考えられた。

今回の調査では、経験が求められる疾患・病態の「経験あり」とする判断にも、大きくばらつきがあることも示唆された。厚生労働省の指針では、経験が求められる疾患病態のうち、A 疾患は「入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること」、B 疾患は「外来診療または受け持ち入院患者で自ら経験すること」とされているが、実際の評価ではこの条件に達していないものが少なからず存在する。本調査において、「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」という程度であっても「経験あり」と判断する割合は、指導医で約 1 割、研修医で約 2 割であった。今後、経験目標に関する認識の統一とそれを担保する仕組みが必要になるう。

また、数は少ないものの、研修の修了判定時に評価項目漏れ、レポートの提出漏れがあっても修了認定すると回答した施設が存在した。回収率を考慮すると、今回のアンケートに回答した施設は、一般より研修に熱心な施設が多いと考えられることより、実際には全体で少なくない施設で同様の判断を行っていることが想像される。この原因として、プログラム責任者のみに判断が任せられていることが考えられ、改善するためには外部評価やサイトビジットな

どの導入の検討が必要であろう。

到達目標の項目数については、プログラム責任者、指導医、研修医の全てで、多い、やや多いという意見が過半数を占めており、項目内容および数についても見直しが必要と思われる。

E. 結論

初期臨床研修における到達目標の評価に関する実態調査を行い、現在の日本の医師臨床研修における研修評価の問題点が抽出された。今後の研修評価の見直しにおいて、研修の質の担保のために、より妥当性・実施可能性に優れた評価方法の導入と、到達目標の項目を絞る検討が必要ではないかと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：人口動態や疾病構造、医療提供体制の変化等を踏まえた到達目標の在り方に関する研究

研究分担者 高橋 理 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター センター長
研究協力者 大出 幸子 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター 上級研究員

研究要旨： 平成16年に新医師臨床研修制度が導入されてから10年が経過し、人口動態や疾病構造の変化により到達目標を見直すべきと考えられている。そこで、既存の資料（人口動態調査や患者調査など）や研修医を対象としたアンケートを参考に数年間の推移を検討した。死因、総患者数は、10年前と比べ上位の変化はなかったが、増加率には違いが認められ、既存の資料が今後の検討に参考になると思われた。しかし、症状の推移においては更なる調査が必要と考える。また、研修医を対象とした到達度アンケートでは継続プログラムのほうが弾力性プログラムより習得項目がさらに上回る結果となり、今後検討する場合の参考になると思われた。

A. 研究目的

新医師臨床研修制度が導入されてから10年がたち、医師臨床研修部会報告書において『急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化等に配慮すべきである』等の指摘を踏まえ、すでに調査されている受療状況や入院・外来等についての疫学・保健統計等や基本的な診療能力の修得の観点から、入院・外来・在宅等において、押さえるべき頻度の高い疾患等や、頻度は高くはないが見逃してはならない疾患等について見直すとされた。また、全国の研修医を対象にした研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について質問票を用いた平成17～19年度厚生労働科学研究と同様の調査を行い、同研究結果との比較により、大学と臨床研修病院の比較や、平成21年度に見直された弾力化プログラムと従来の継続プログラムの研修医の基本的診療能力を比較検討した。

B. 研究方法

1. 人口動態や疾病構造の変化と習得すべき疾患と症状について

平成16年に新医師臨床研修制度が導入された時期から現在までに疾病構造の変化を調査する

ために、平成26年我が国の人口動態（厚生労働省大臣官房統計情報部）を参考に、死因別にみた死亡数の年次推移参考に、頻度の高い順に上位10の疾患を平成14年と平成24年を比較検討した。また、患者数の年次推移を評価するために、平成14年と平成23年患者調査を基に上位20位の疾患を検討した。経験すべき症状をここ10年の年次推移を評価するために、平成15年と平成25年10月に1か月間健康日記を用いて1か月間の自覚した症状数を調査し比較検討した。

2. 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

前回調査と同様に2年次研修医を対象に質問票を用いて自記式アンケート調査を行った。調査内容として、基本的臨床能力（知識、技術、態度に関する項目）習得度と症例経験数（症状、病態、医療記録など）について評価を行った。

【対象】平成26年3月末に臨床研修を修了した全研修医

【調査期間】平成26年3月～4月

【調査手法・対象】研修医に対し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自記質問票を送付、回収した。基本的臨床能力の習得状況につ

いては、「確実にできる、自信がある」、「だいたいできる、たぶんできる」、「あまり自信がない、一人では不安である」、「できない」の4段階評価で、経験症例数と医療記録については、0例、1-5例、6-10例、11例—または、0例、1・2例、3・4例、5例—のいずれも4段階評価とした。大学病院と臨床研修病院、継続プログラム^{*1}と弾力プログラム^{*2}、それぞれの比較を記述統計・ χ^2 乗検定で比較検討した。

^{*1}：継続プログラム：内科6か月以上、外科3か月以上、麻酔、救急、産婦、小児、精神、地域医療はそれぞれ1か月以上のローテーション

^{*2}：弾力プログラム：上記以外のローテーション

（倫理面への配慮）

本研究は、分類としては疫学調査研究であり、疫学研究に関する倫理指針に則り実施する。調査の個票データについては、法的に必要な手続きに基づき適正に処理を行う。

C. 研究結果

1. 人口動態や疾病構造の変化と習得すべき疾患と症状について

死因別にみた死亡数の年次推移¹⁾によると（表1）、10年前と比べ上位死因の変化はないが、増加率が異なっていた。例えば、悪性腫瘍（増加率18.5%）、心臓疾患（増加率30.4%）が一貫して上昇、肺炎が大幅に増加し（増加率41.8%）、脳卒中（増加数：-6.6%）の死亡数を上回った。自殺数は減少を示した（-11.7%）。

患者調査（表2_1）によると2)、総患者数の上位は、悪性腫瘍、生活習慣病（高血圧、糖尿病、高脂血症）、心疾患、脳血管障害が占め変化はないが、精神疾患（気分障害、うつ病、神経症性疾患）が上位20位内に上昇し、特にうつ病は10年前に比べ総患者数が約60%増加した。患者数は上位ではないが、比較的患者数が多く、増加率の高い疾患は、アルツハイマー病（増加率311%）、急

性副鼻腔炎（増加率100%）などであった（表2_2）。

症状では、平成15年と平成25年の頻度の順位はほとんど変わらなかった（表3_1）が、到達目標の症状が頻度の高い疾患とすべて一致しているわけではなかった。たとえば、到達目標の症状の一つであるリンパ節腫脹は平成25年の症状順位は198位であった。一方、到達目標の症状にはないが、平成25年症状頻度の高かったものは、くしゃみ（順位2位）、かゆみ（順位11位）などであった（表3_2）

2. 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について（図1）

回答者：5905名（大学病院：2299名、臨床研修病院：2948名）、全プログラムにおける継続プログラムの割合：20.2%（大学病院：11.9%、研修病院：26.7%）

1) 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況

98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合

① 大学病院と研修病院の比較

23項目が研修病院のほうが大学病院よりも自信をもってできる割合が多かった。13項目が大学病院のほうが研修病院より自信をもってできると回答した割合が多かった。

② 継続プログラムと弾力プログラムの比較

18項目が継続プログラムのほうが弾力プログラムより自信をもってできる割合が多く、弾力プログラムが自信をもってできる項目はなかった。（表4_1）

2) 経験症例数

85項目について、研修医が回答した経験症例数6例以上と答えた研修医の割合

① 大学病院と研修病院の比較

73項目で臨床研修病院が大学病院より経験症例数が多かった。1項目で大学病院が研修病院より多かった、

② 継続プログラムと弾力プログラムの比較（表2）

51 項目で継続プログラムのほうが弾力プログラムより経験症例数が多かった。弾力プログラムが継続プログラムより多く症例数を経験した項目はなかった。(表 4_2)

3) 経時的推移：平成 14 年から平成 26 年 (図 1)

1) と 2) と同様に、全体と大学病院、一般病院別、また、弾力プログラムと継続プログラム別の平成 16 年度の新医師研修制度必修化前(平成 14 年)から平成 26 年度までの研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数の推移を示した。前年度とはおおむね変わらなかった。

D. 考察

平成 16 年に新医師臨床研修制度が導入されてから 10 年が経過し、人口動態や疾病構造の変化により到達目標を見直すべきと考えられている 3)。本研究で利用した資料から、我が国の人口動態よる死因別にみた死亡数と患者調査による総患者数の年次推移によると、10 年前と比べ上位の疾患の変化はないが、増加率、減少率は異なっていた。このことより、経験すべき疾病内容については変化ないと思われるが、より増加している疾病などを重視することにより、因子分析などの手法と合わせて項目内容の簡素化 3) に利用できる可能性がある。死亡数は悪性腫瘍、心臓疾患が一貫して上昇、肺炎が大幅に増加し、患者数では精神疾患(気分障害、うつ病、神経症性疾患)の特にうつ病が約 60%増加し、アルツハイマー病(増加率 311%)などが上昇した。

また、全国調査による症状の頻度では、10 年前比べほとんど変化が見られず、到達目標の各症は上位を占めており内容は妥当と考えられるが一部の症状は頻度が高いが到達目標のなかに含まれないものもあり、臨床研修の基本理念より、一般的診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう 3) とあり、頻出する症状の鑑別診断を学ぶ診断推論を学ぶ上で重要

な資料になると考えられる。

平成 25 年度の基本的臨床知識・技術・態度、経験症例数は、大学病院と研修指定病院との比較では差は減少しているが、なおも研修病院のほうが多く、プログラム別では、継続プログラムのほうが弾力性プログラムより習得項目がさらに上回る結果となり、今後検討する場合の参考になると思われる。

E. 結論

疾病構造は死因、総患者数からは、10 年前と比べ大きく変化はないが、増加率には違いが認められ、到達目標を検討するうえで有用な資料となる。しかし、症状においては更なる調査が必要である。また、基本的臨床知識・技術・態度、経験症例数については今後も経時的にフォローすべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

参考資料/URL

1) 厚生労働省 統計・白書 人口動態調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>

2) 厚生労働省 統計・白書 患者調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>

3) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書 平成 25 年 12 月 19 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf>

表 1 死因順位別死亡数の推移

	平成 14 年 順位	平成 14 年 死亡数	平成 24 年 順位	平成 24 年 死亡数	増加率 (%)
悪性新生物	1	304568	1	360963	18.5
心疾患	2	152518	2	198836	30.4
肺炎	4	87421	3	123925	41.8
脳血管疾患	3	130257	4	121602	-6.6
老衰	7	22682	5	60719	167.7
不慮の事故	5	38643	6	41031	6.2
自殺	6	29949	7	26433	-11.7
腎不全	8	18185	8	25107	38.1
慢性閉塞性肺疾患	10	13021	9	16402	26
肝疾患	9	15490	10	15980	3.2

表 2_1 疾病の総患者数の推移（単位：千人）

疾病	平成 14 年順位	平成 14 年患者数	平成 23 年順位	平成 23 年患者数	増加率 (%)
高血圧性疾患	1	6985	1	9067	29.
糖尿病	2	2284	2	2700	18.2
歯の補てつ	5	1420	3	2024	42.5
う蝕（虫歯）	4	1480	4	1945	31.4
高脂血症	6	1391	5	1886	35.6
心疾患（高血圧性のものを除く）	3	1667	6	1612	-3.3
悪性新生物（がん）	9	1280	7	1526	19.2
関節症	13	864	8	1310	51.6
脳血管疾患（脳卒中）	7	1374	9	1235	-10.1
喘息	10	1069	10	1045	-2.2
白内障	8	1292	11	962	-25.5
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）	16	711	12	958	34.7
脳梗塞	11	1064	13	924	-13.2
急性上気道感染症	14	812	14	842	3.7
虚血性心疾患	12	911	15	756	-17.0
緑内障	20	558	16	723	29.6
うつ病	ランク外	441	17	704	59.6
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	ランク外	500	18	571	14.2
胃炎及び十二指腸炎	17	704	19	571	-18.9
狭心症	18	691	20	558	-19.2

表 2_2 増加率の高い疾病と低い疾病

増加率の高い疾病	平成 14 年患者数	平成 23 年患者数	増加率
敗血症	1	5	400.0%
アルツハイマー病	89	366	311.2%
結節性多発（性）動脈炎	2	7	250.0%
離断性骨軟骨炎	2	6	200.0%
老衰	1	3	200.0%
中枢神経系の悪性新生物（脳悪性新生物） （悪性脳腫瘍）	3	7	133.3%
胆管炎	3	7	133.3%
低身長，他に分類されないもの	7	16	128.6%
発疹を伴うエンテロウイルス性小水疱性 口内炎（手足口病）	2	4	100.0%
急性副鼻腔炎	73	146	100.0%
増加率の低い疾病			
十二指腸潰瘍	110	42	-61.8%
部位不明の消化性潰瘍	24	9	-62.5%
遺伝性第Ⅷ因子欠乏症	3	1	-66.7%
老人性難聴	3	1	-66.7%
扁桃周囲膿瘍	3	1	-66.7%
卵管炎及び卵巣炎	7	1	-85.7%

表 3_1 到達目標にある頻度の高い症状と調査による症状頻度の比較

	到達目標 頻度の高い症状	健康日記の症状分類	平成 15 年 症状頻度ラ ンキング	平成 25 年 症状頻度ラ ンキング
1	全身の倦怠感	全身脱力	8	7
2	不眠	睡眠障害	64	43
3	食欲不振	食欲不振	78	81
4	体重減少、体重増加	-	-	-
5	浮腫	-	-	-
6	リンパ節腫脹	リンパ節腫脹	124	198
7	発疹	発疹（全体）	75	71
8	黄疸	-	-	-
9	発熱	発熱	11	13
10	頭痛	頭が痛い	5	3
11	めまい	めまい	36	26
12	失神	-	-	-
13	痙攣発作	痙攣	81	86
14	視力障害、視野狭窄	-	-	-
15	結膜の充血	眼の充血	69	60
16	聴覚障害	耳の聞こえが悪い	151	110
17	鼻出血	鼻血	73	98
18	嗄声	発声障害	52	94
19	胸痛	胸部の痛み	66	69
20	動悸	動悸	80	105
21	呼吸困難	呼吸困難	82	67
22	咳・痰	咳	2	4
23	嘔気・嘔吐	嘔気	33	47
24	胸やけ	胸やけ	91	55
25	嚥下困難	嚥下異常	ランク外	165
26	腹痛	腹部全体の疼痛/激痛	13	12
27	便通異常（下痢、便秘）	下痢	23	24
28	腰痛	腰が痛い	3	1
29	関節痛	関節が痛い	46	25
30	歩行障害	足が痛い/足の指が痛い	9	10
31	四肢しびれ	しびれる／異常感覚／無 感覚	19	15
32	血尿	血尿	ランク外	204
33	排尿障害	排尿障害	90	59
34	尿量異常	頻尿	114	76
35	不安・抑うつ	抑うつ感	62	95

表 3_2 到達目標にない平成 25 年症状頻度

到達目標にない平成 25 年症状頻度トップ 20	ランキング
くしゃみ	2
首が痛い/肩こり	5
膝が痛い	6
喉が痛い	8
肩が痛い	9
かゆみ	11
手が痛い/手指が痛い	14
筋肉が痛い／筋肉痛	16
その他の目の症状	17
ふくらはぎが痛い/ふとももが痛い	18
背中が痛い	19
腕が痛い	20

表 4-1 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況 (プログラム別)

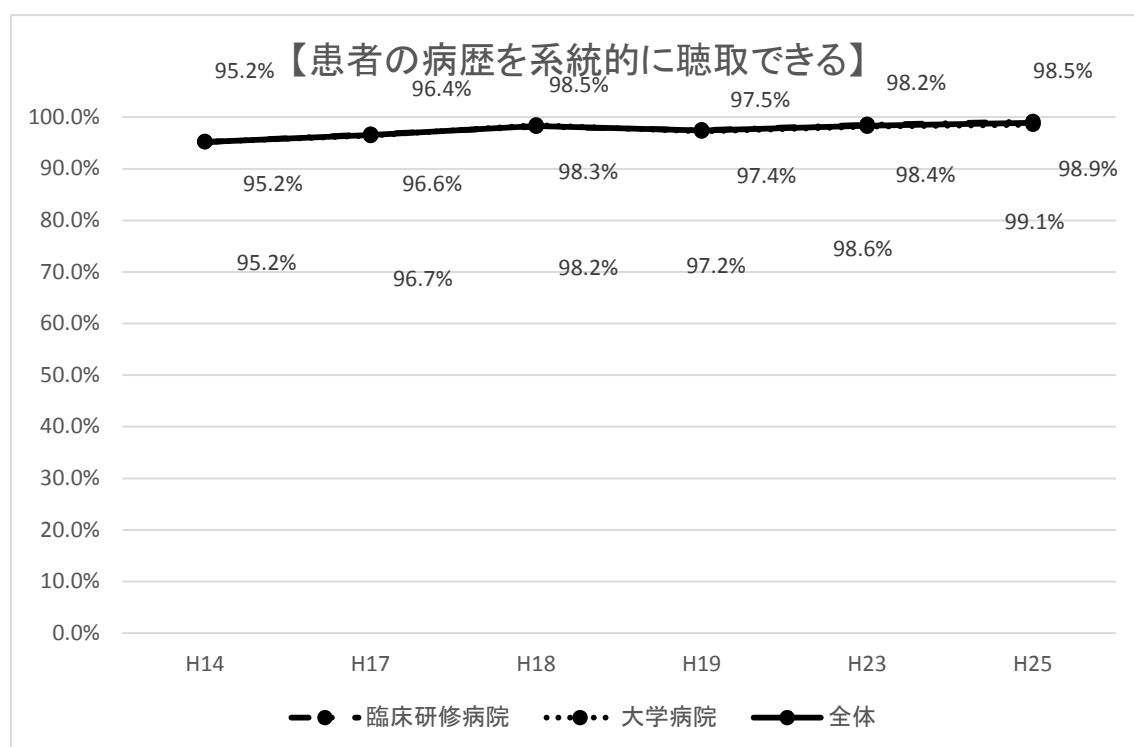
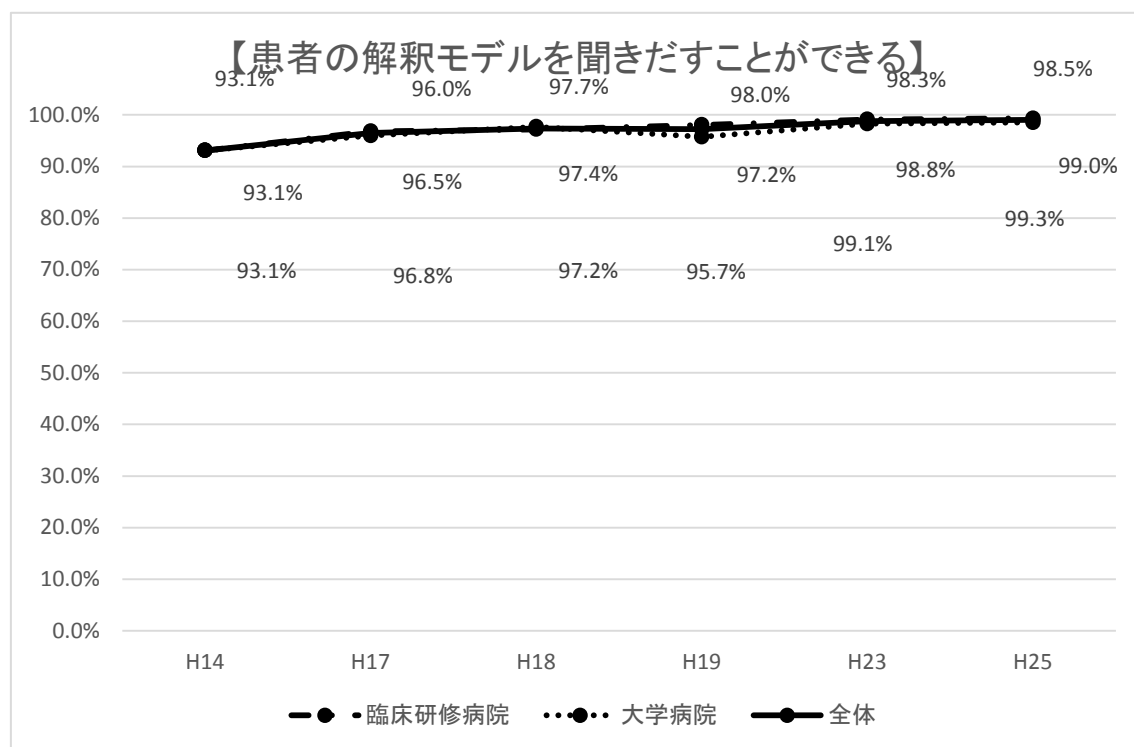
	継続プログラム (%)	弾力プログラム (%)	差 (%)
鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	69.4	63.3	6.1
ラ音を聴取し、記載できる	96.3	93.7	2.6
直腸診で前立腺の異常を判断できる	72.3	66.8	5.5
妊娠の初期兆候を把握できる	63.9	57.5	6.4
骨折・脱臼・捻挫の鑑別診断ができる	69.3	62.2	7.1
血液凝固機構に関する検査を指示し結果を判定できる	95.4	93.7	1.7
髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	88	83.6	4.4
腹部単純X線でイレウスを判定できる	96.2	94.1	2.1
腰椎穿刺を実施できる	91.1	87.1	4
局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える	92.1	89.4	2.7
気管挿管ができる	97.2	91.6	5.6
レスピレータを装着し調整できる	82.4	77.9	4.5
救急患者の重症度および緊急度を判断できる	92.9	88.9	4
ショックの診断と治療ができる	90.1	86.8	3.3
小児の採血、点滴ができる	80.9	71.1	9.8
患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	88.6	84.8	3.8
精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	70.9	66.3	4.6
基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる	89.8	84.9	4.9

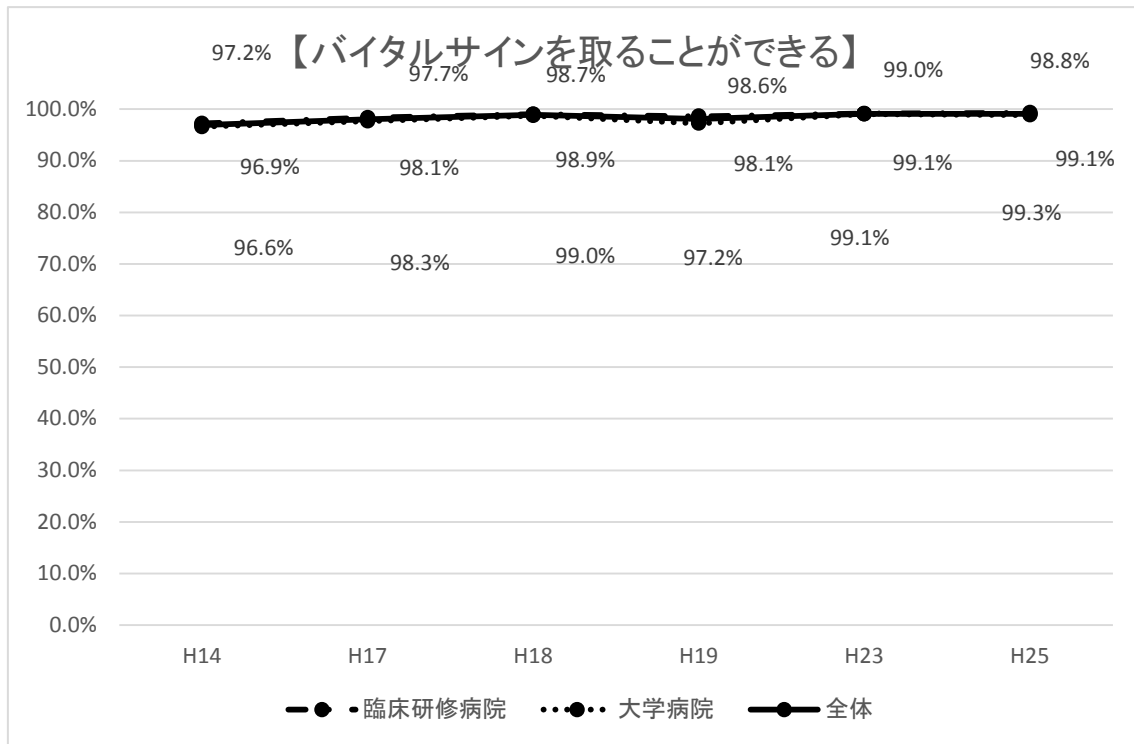
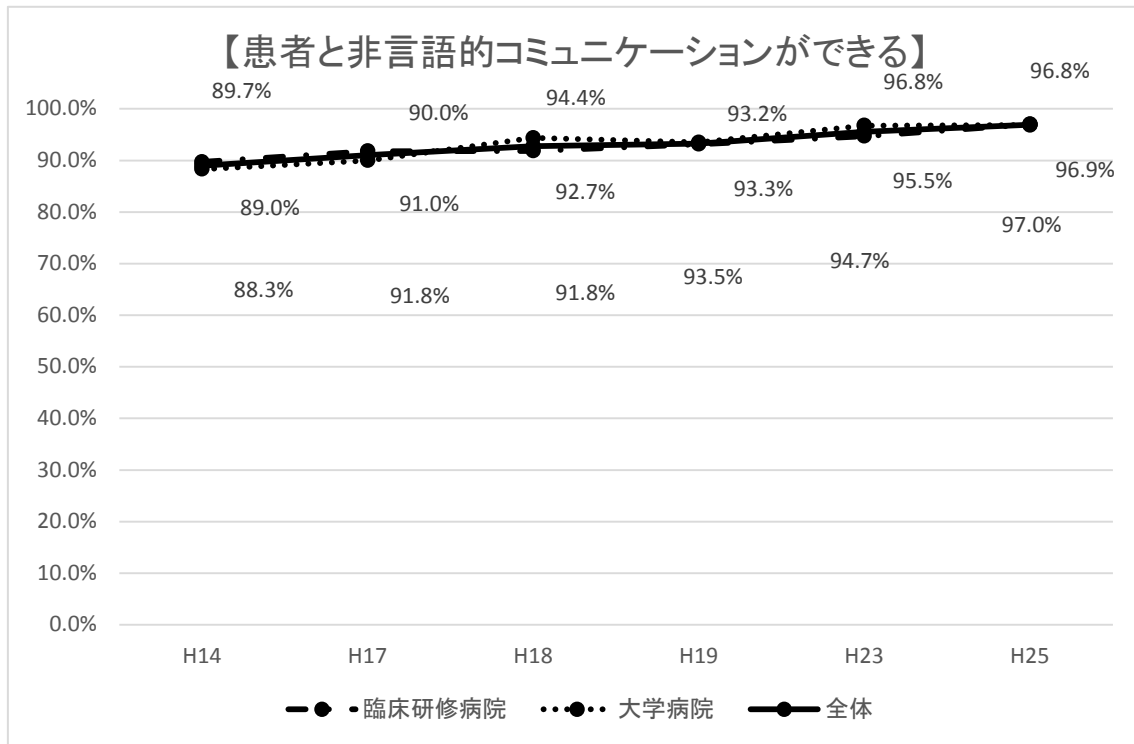
表 4 2 経験症例数 (プログラム別)

[illegible]

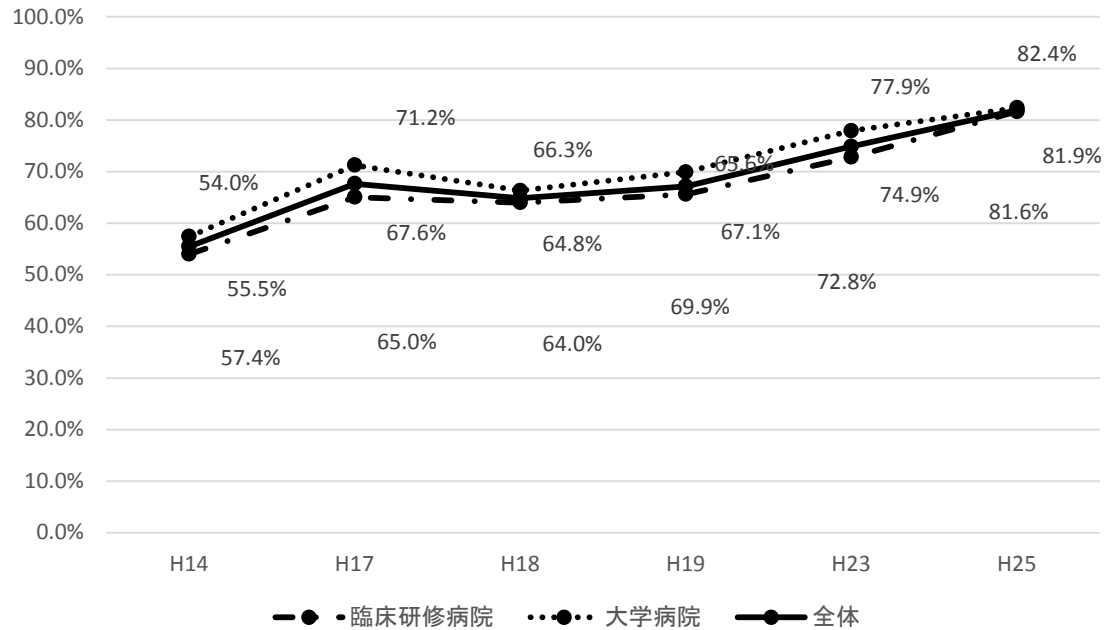
図1 目標到達率の推移

基本的臨床知識・技術・態度：「自信を持ってできる」「できる」の割合

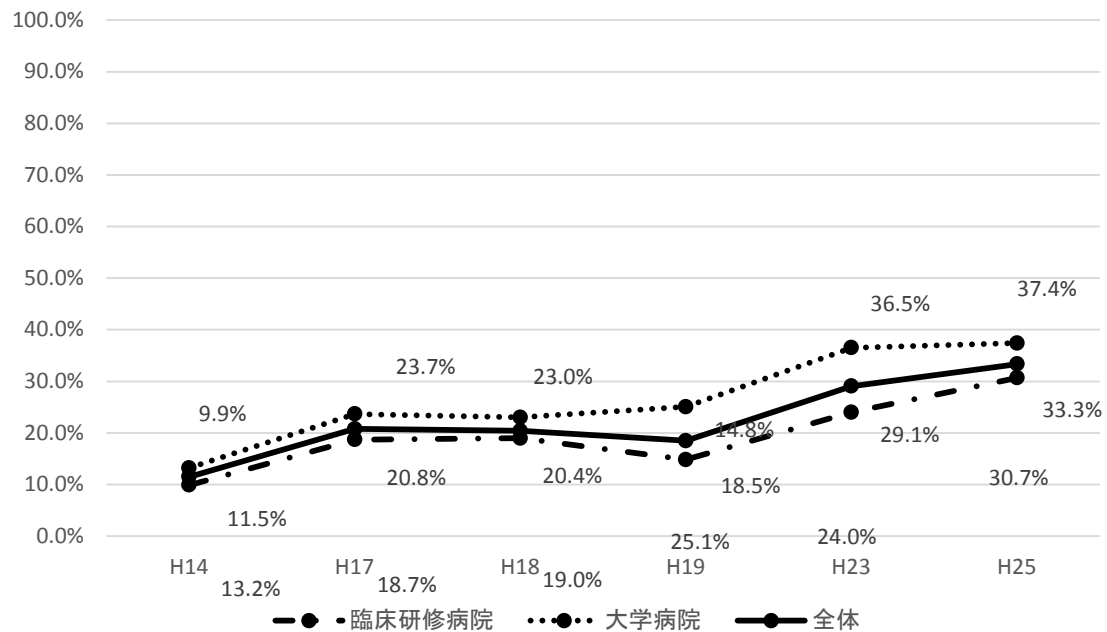




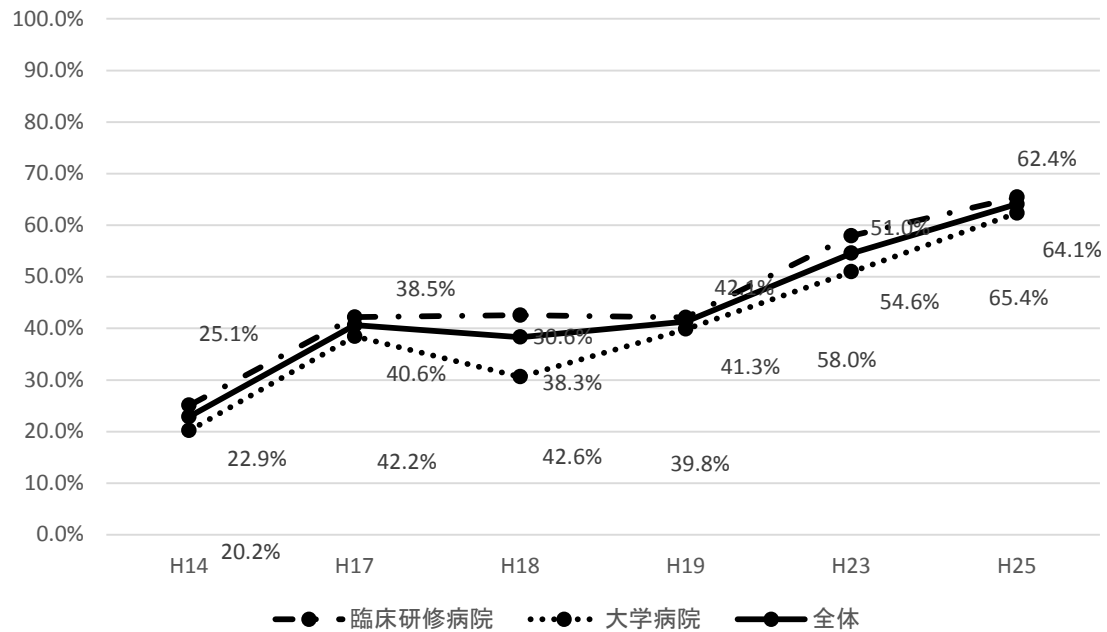
【皮膚の所見を記述できる】



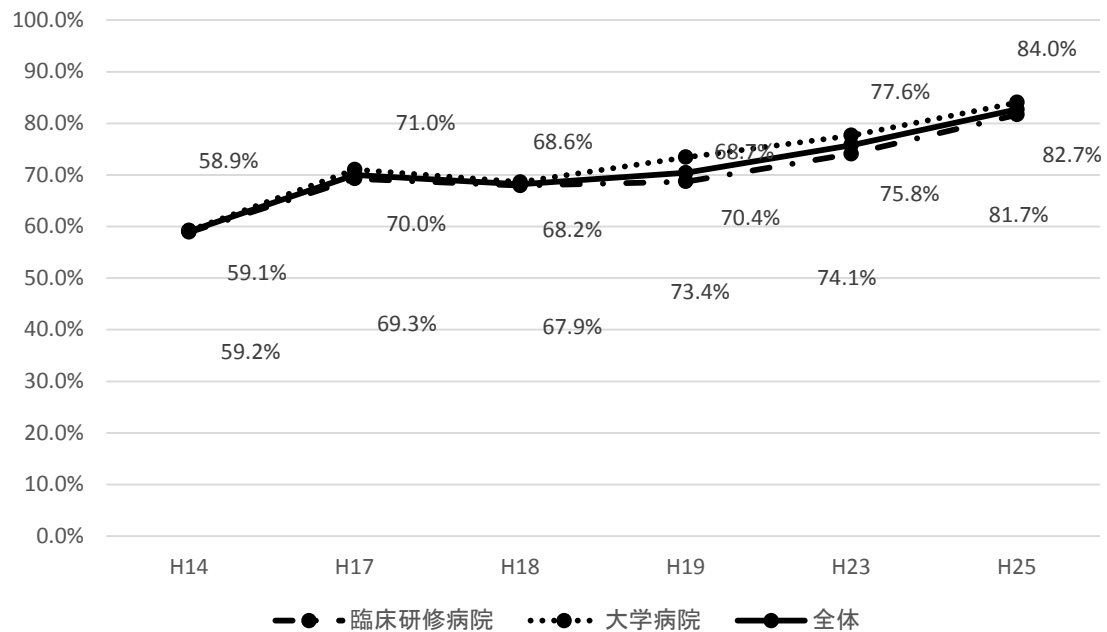
【眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる】



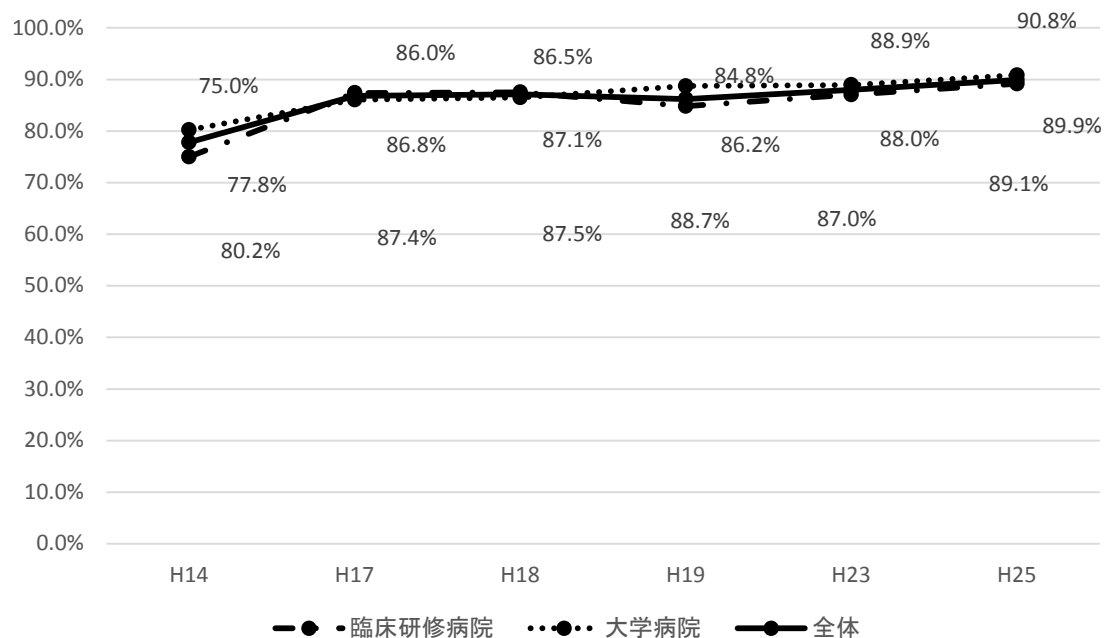
【鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる】



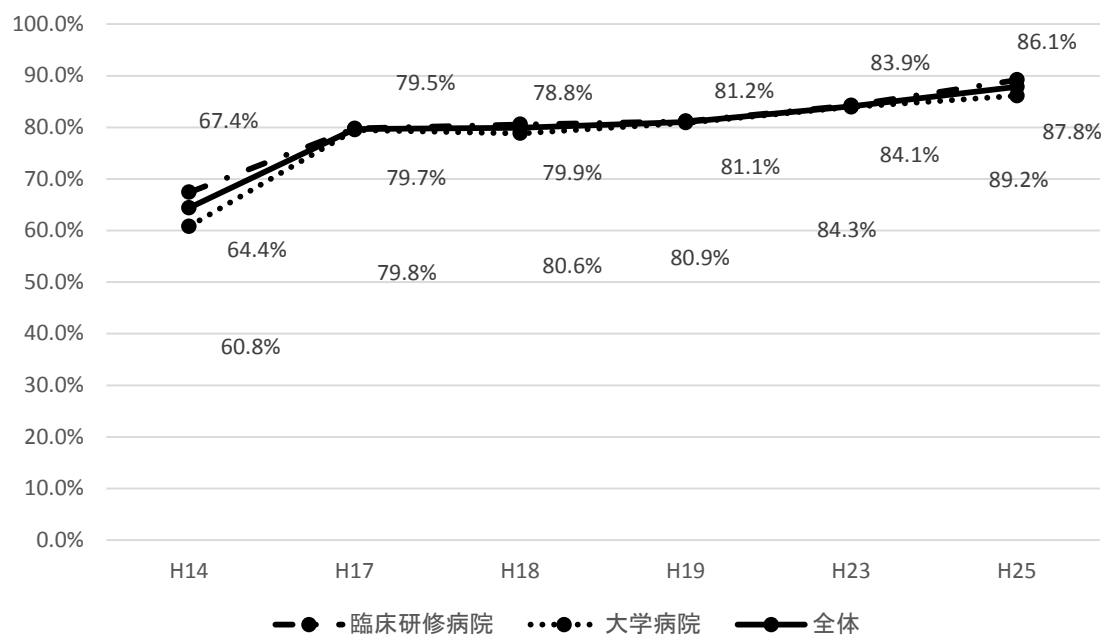
【甲状腺の触診ができる】

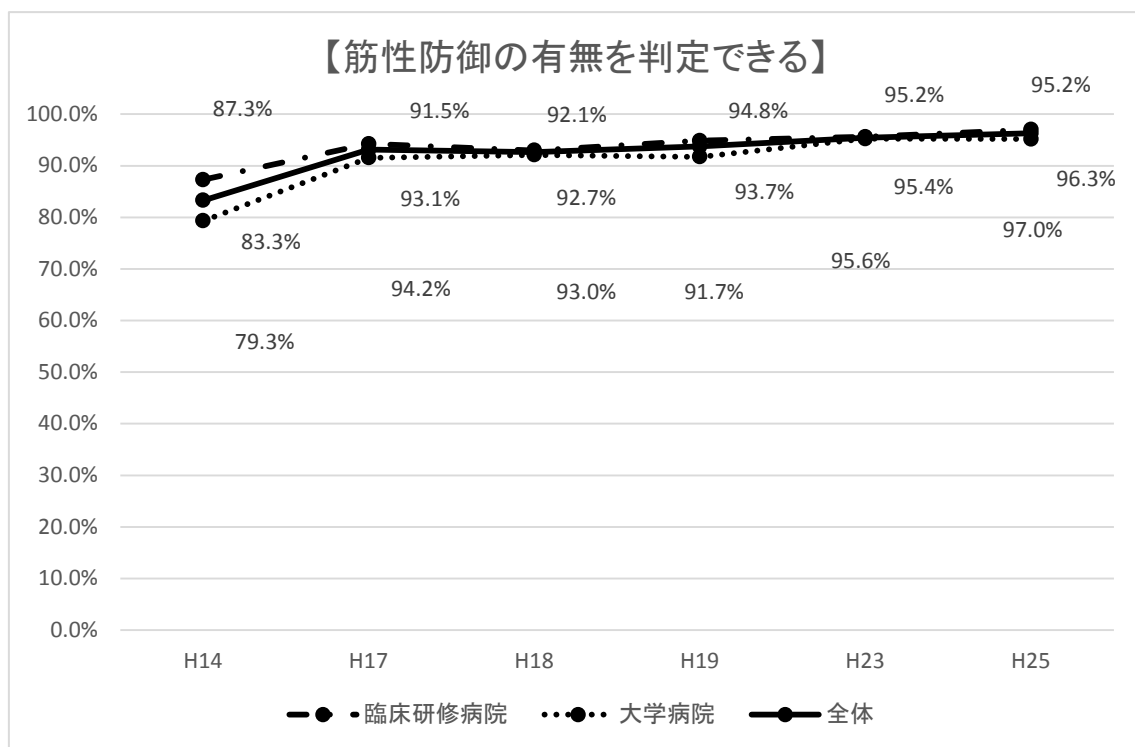
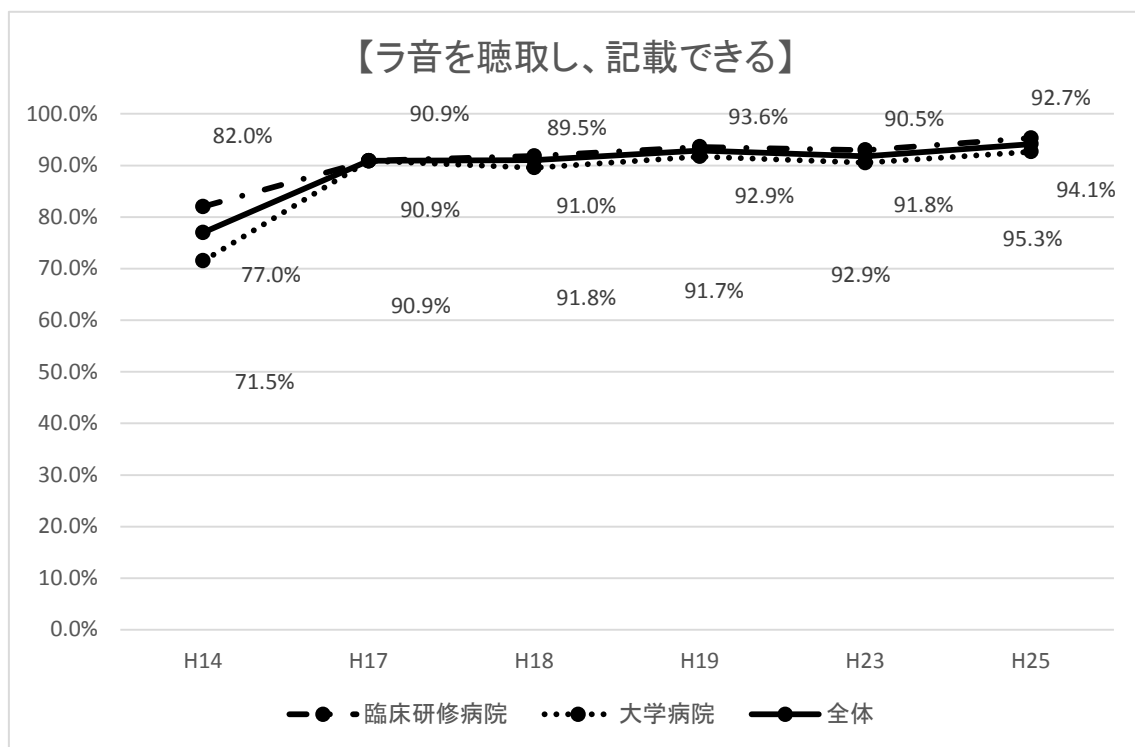


【心尖拍動を触知できる】

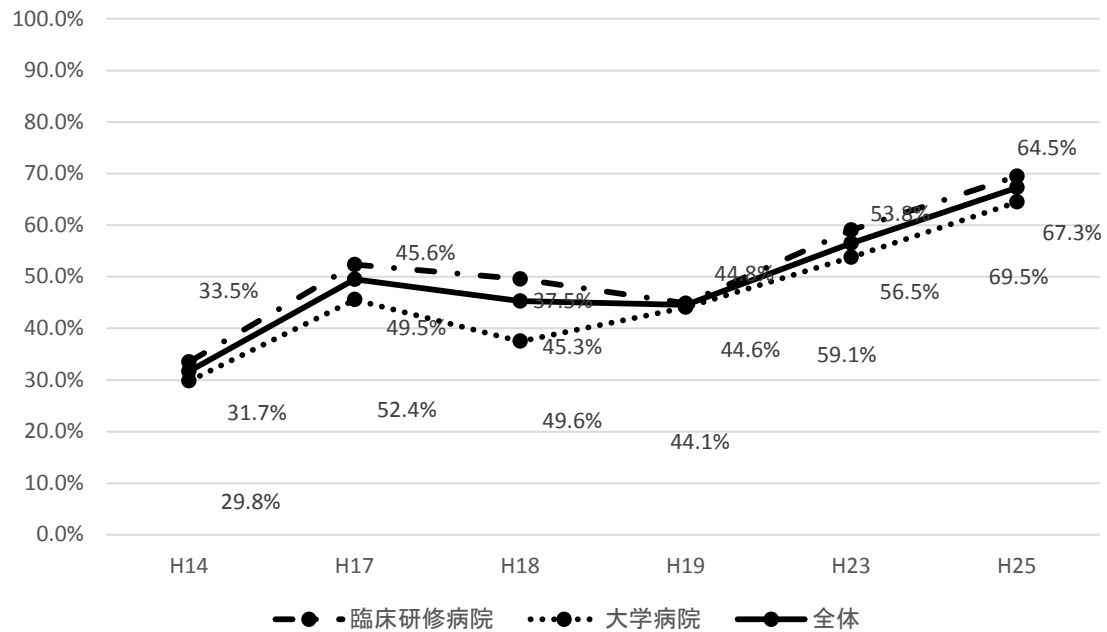


【心雑音を聴取し、記載できる】

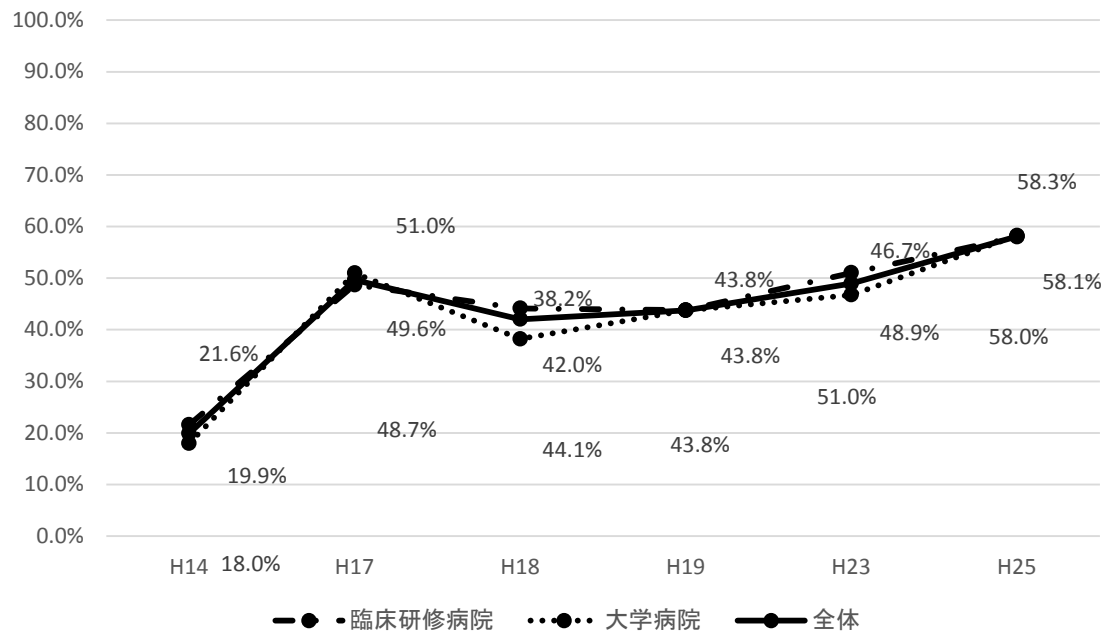




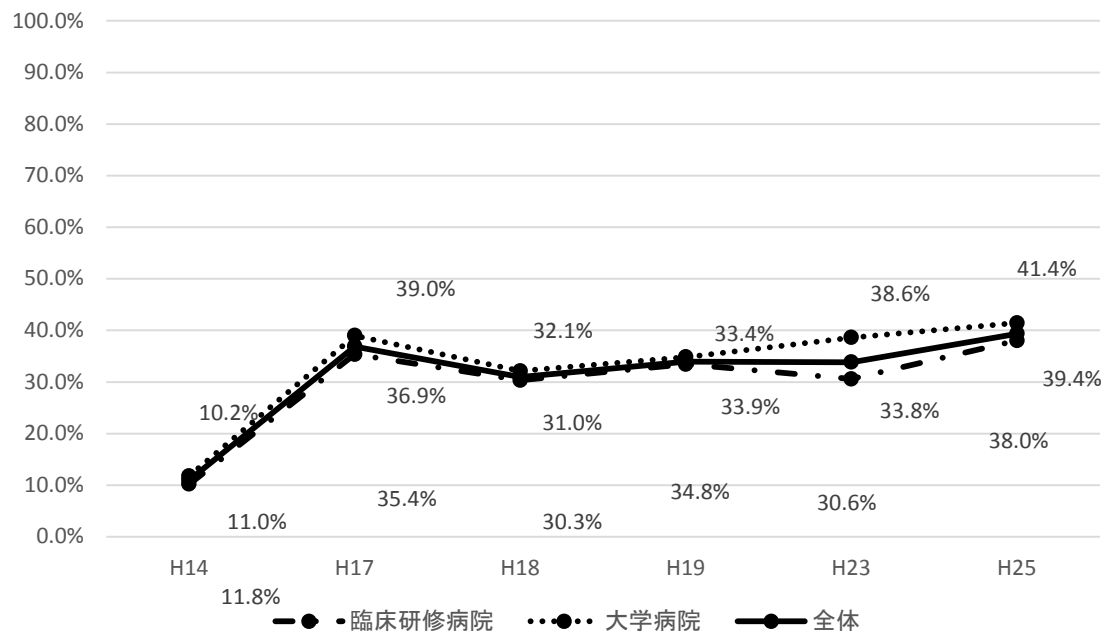
【直腸診で前立腺の異常を判断できる】



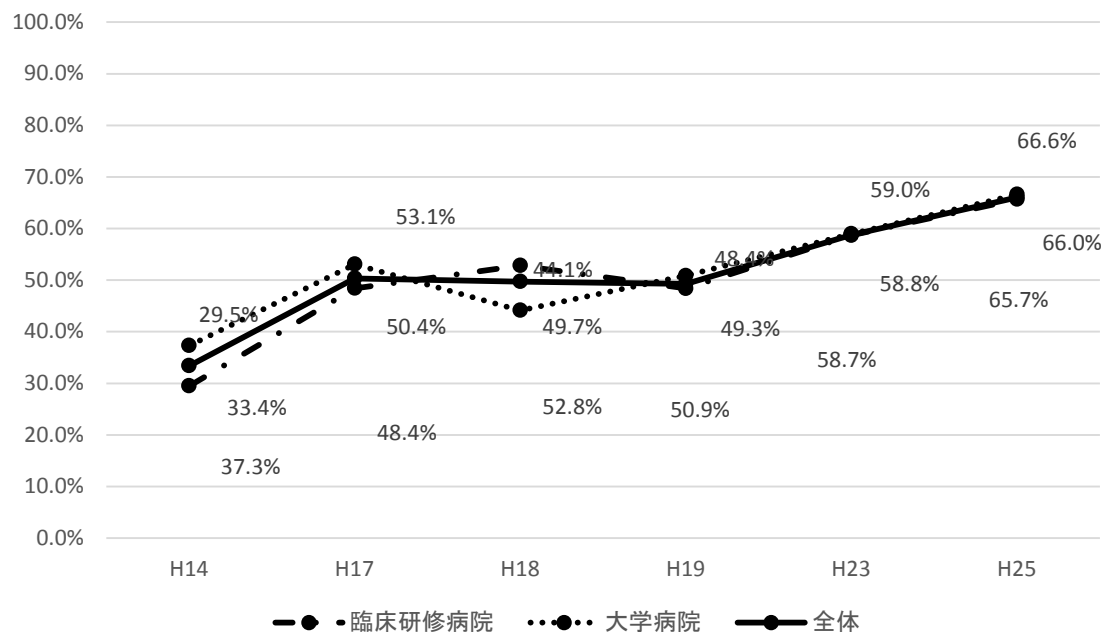
【妊娠の初期兆候を把握できる】



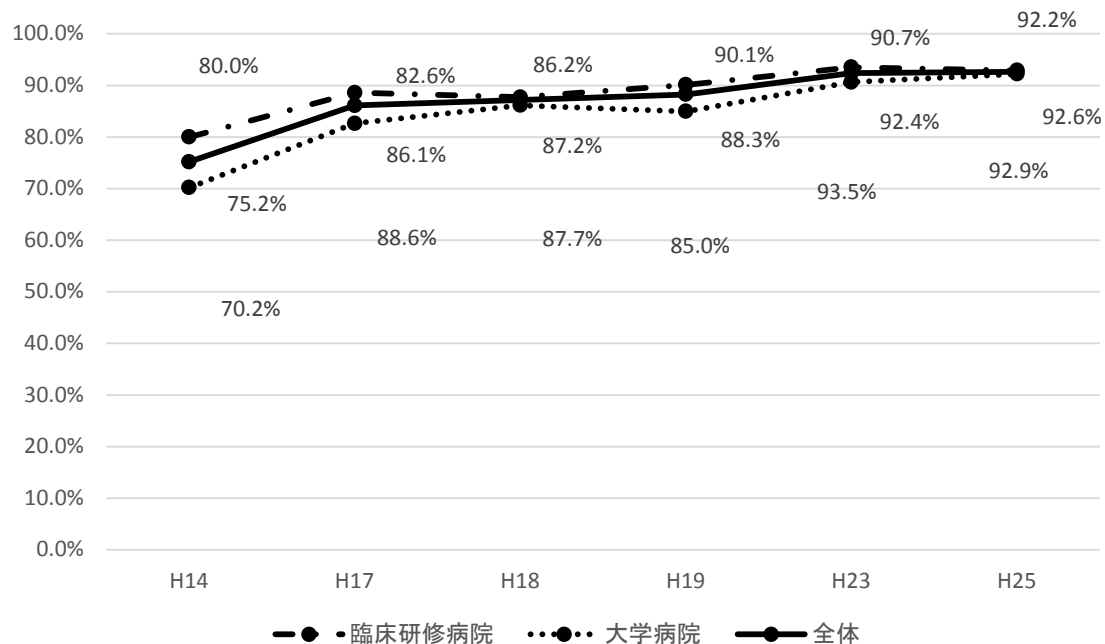
【双手診により女性附属器の腫脹を触知できる】



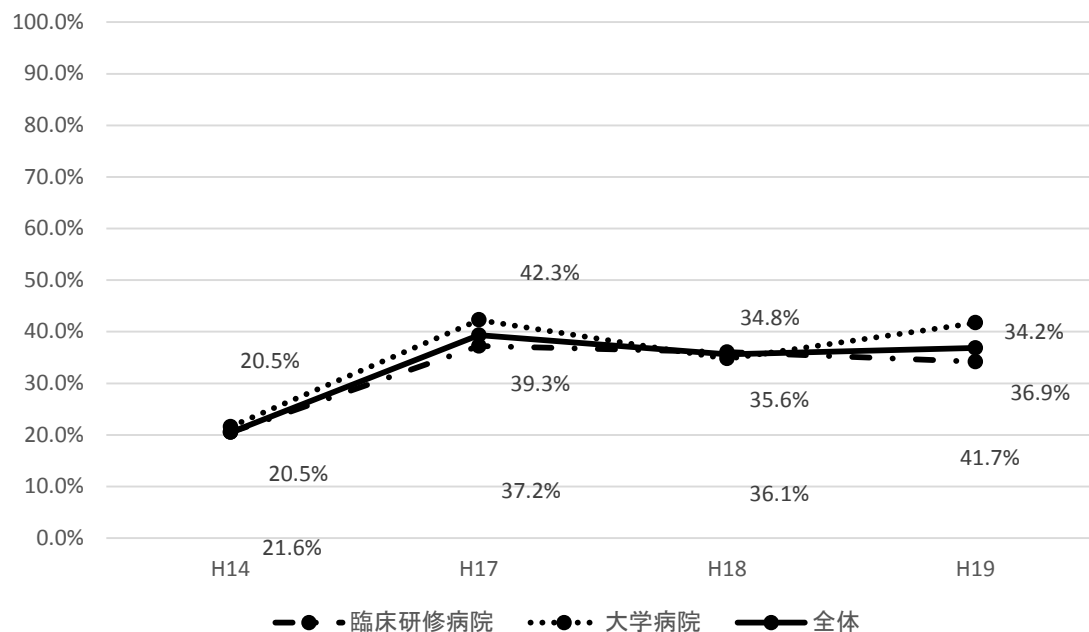
【関節可動域を検査できる】



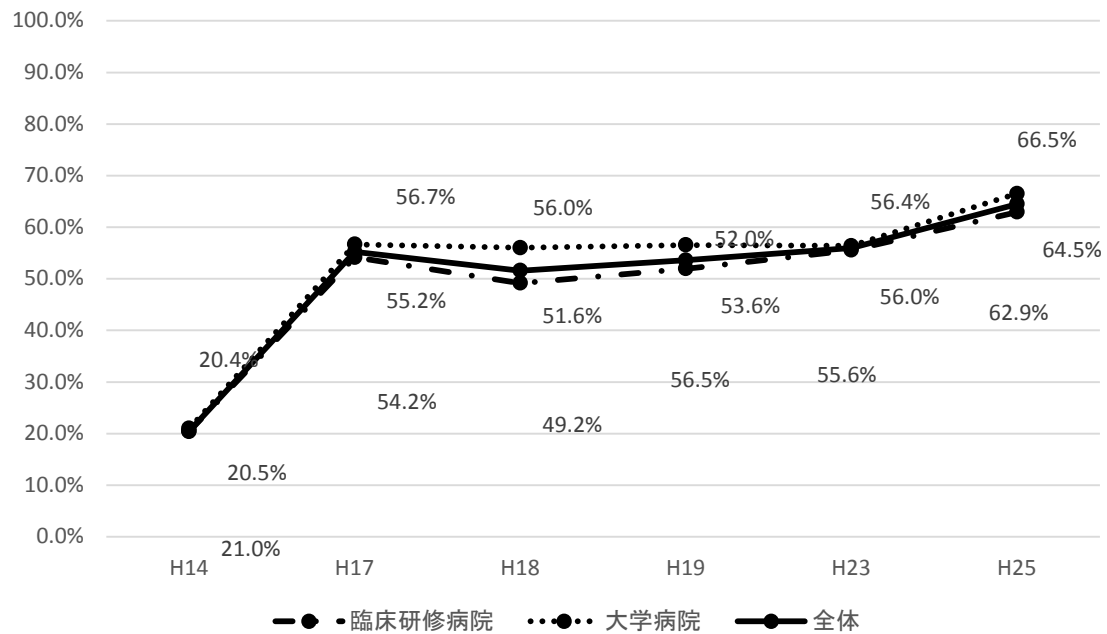
【髄膜刺激所見をとることができる】



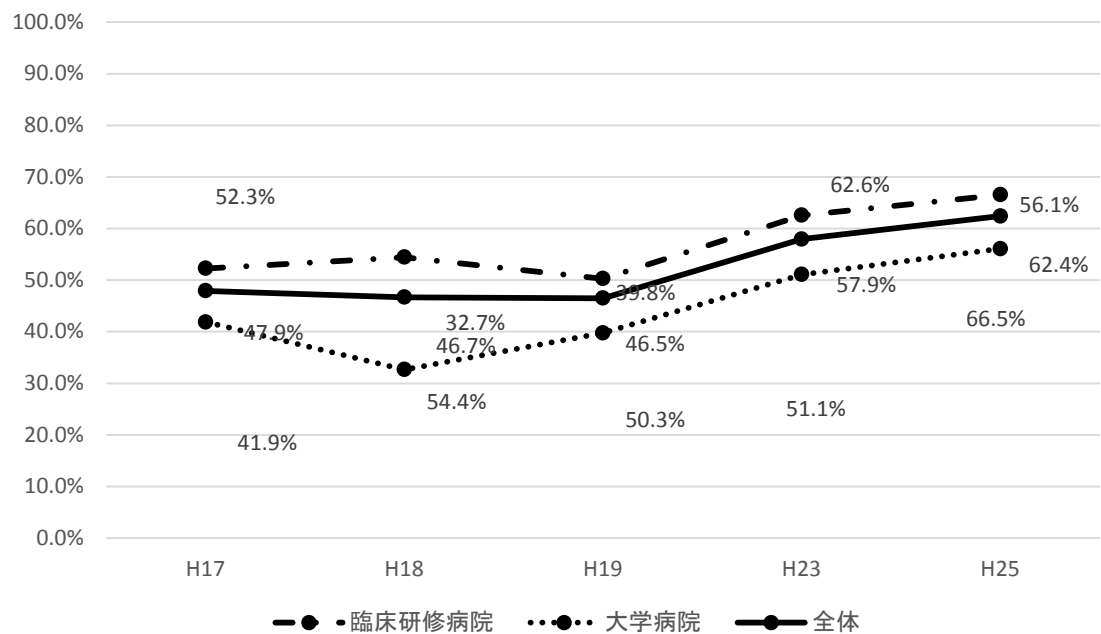
【小児の精神運動発達の異常を判断できる】



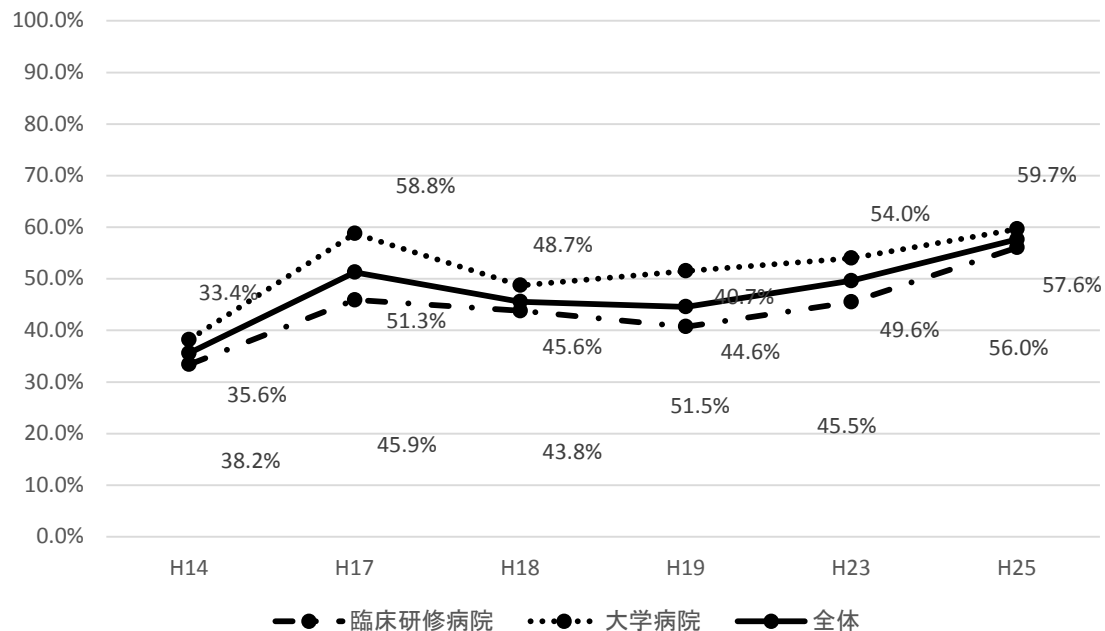
【うつ病の診断基準を述べることができる】



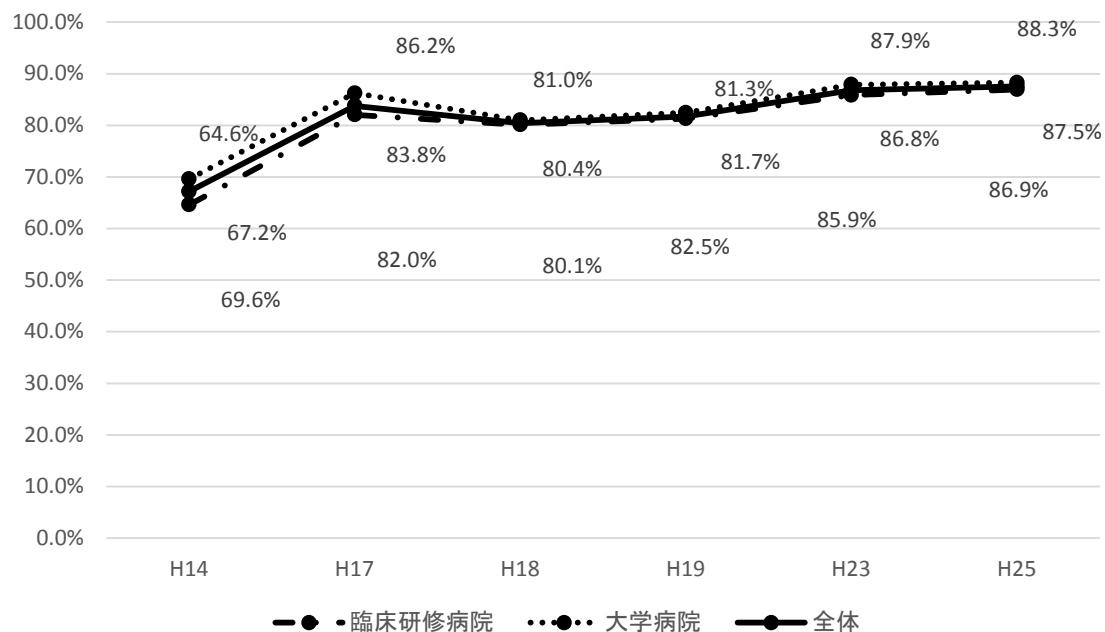
【骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる】

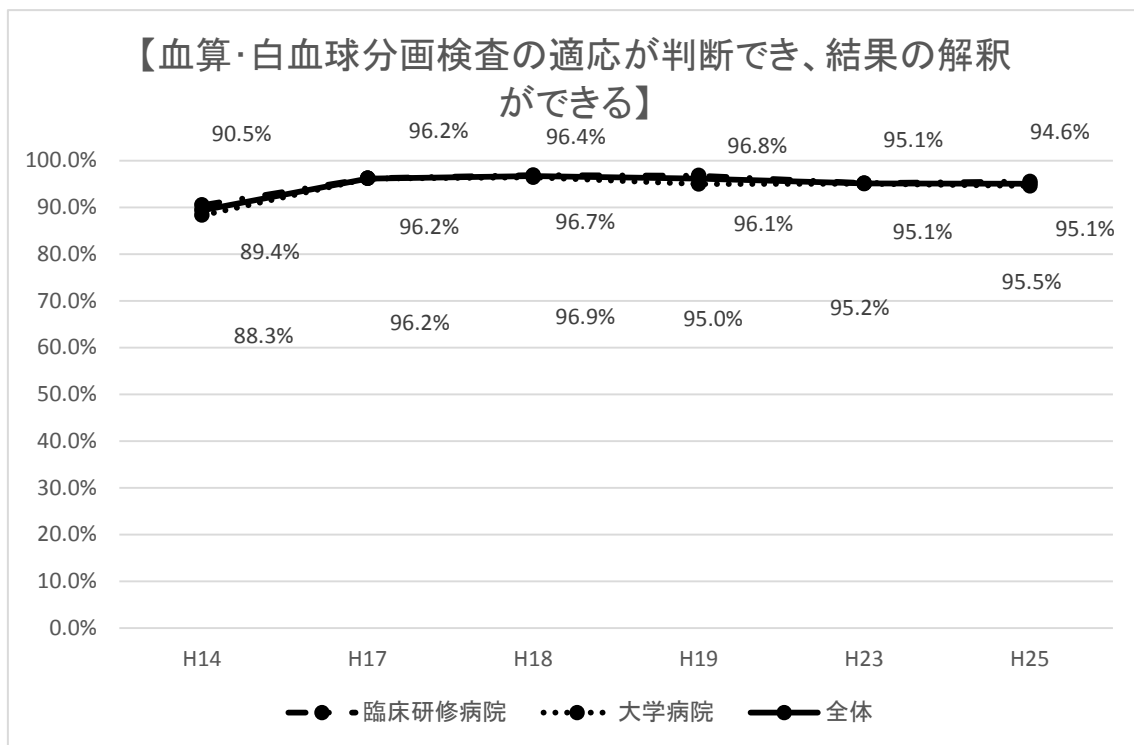
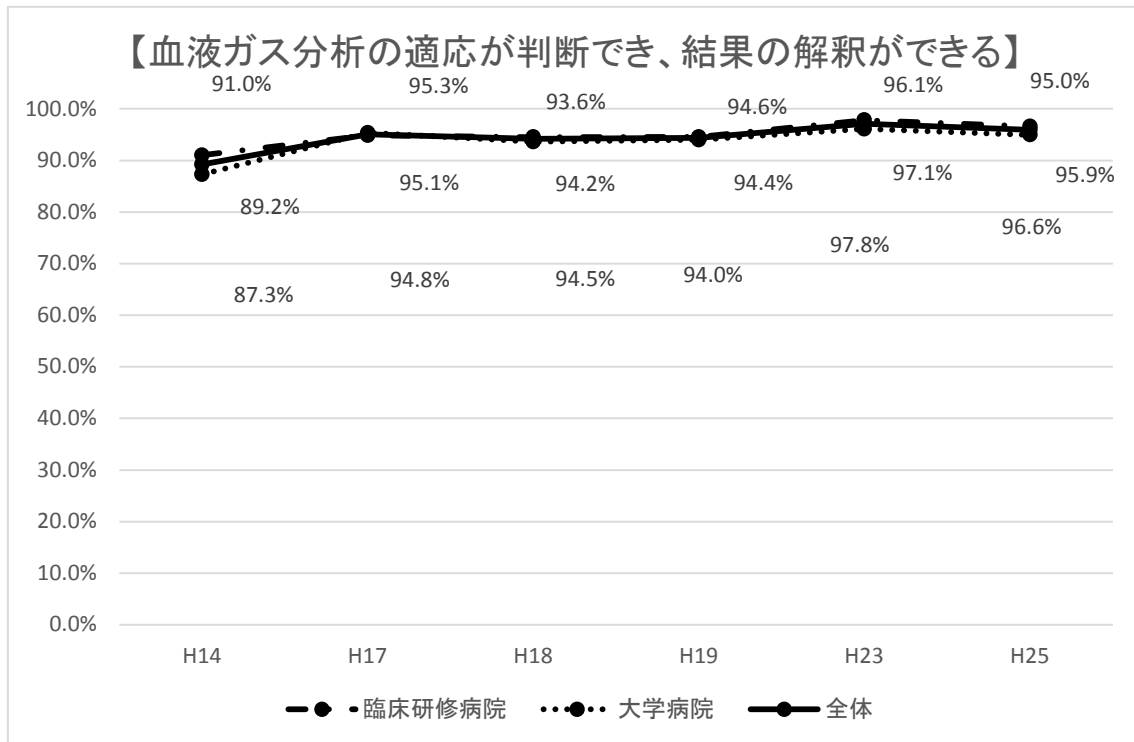


【尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる】

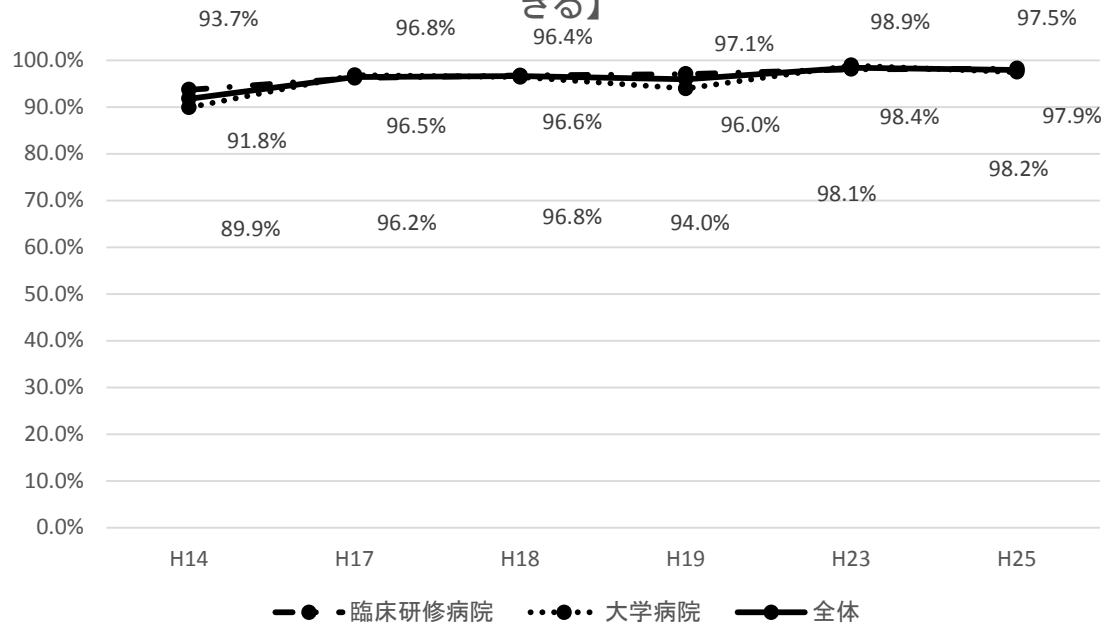


【便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる】

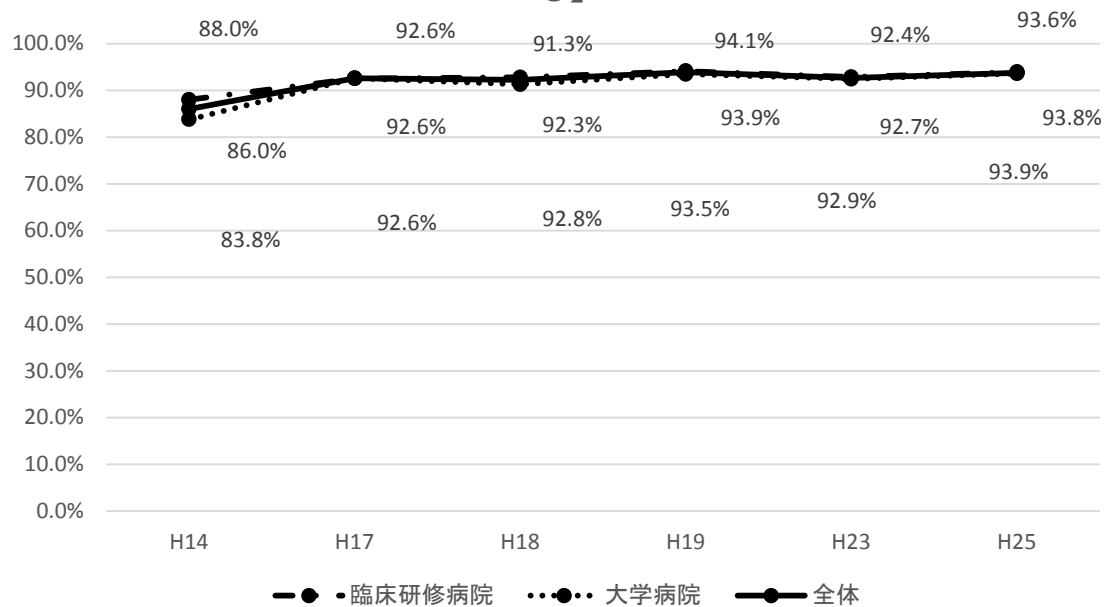




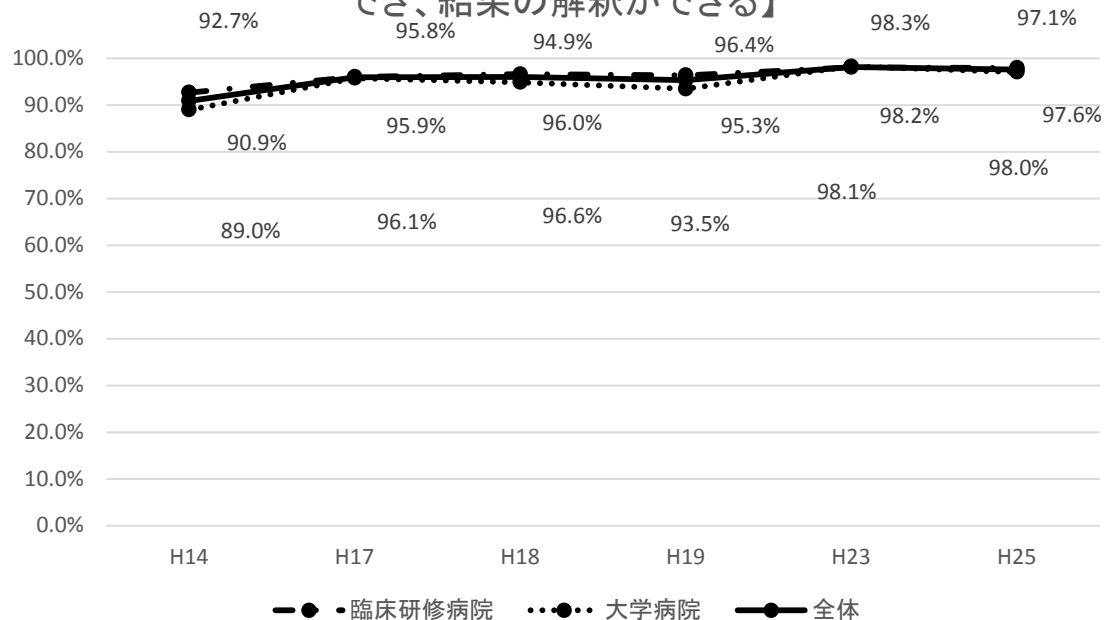
【血液生化学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



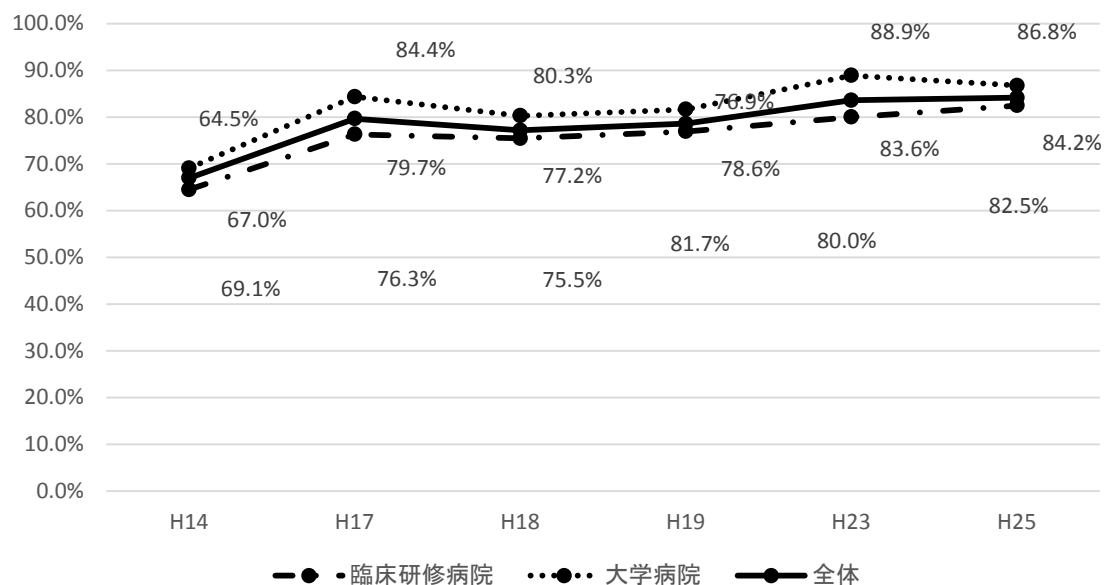
【血液凝固機構に関する検査を指示し、結果を判定できる】



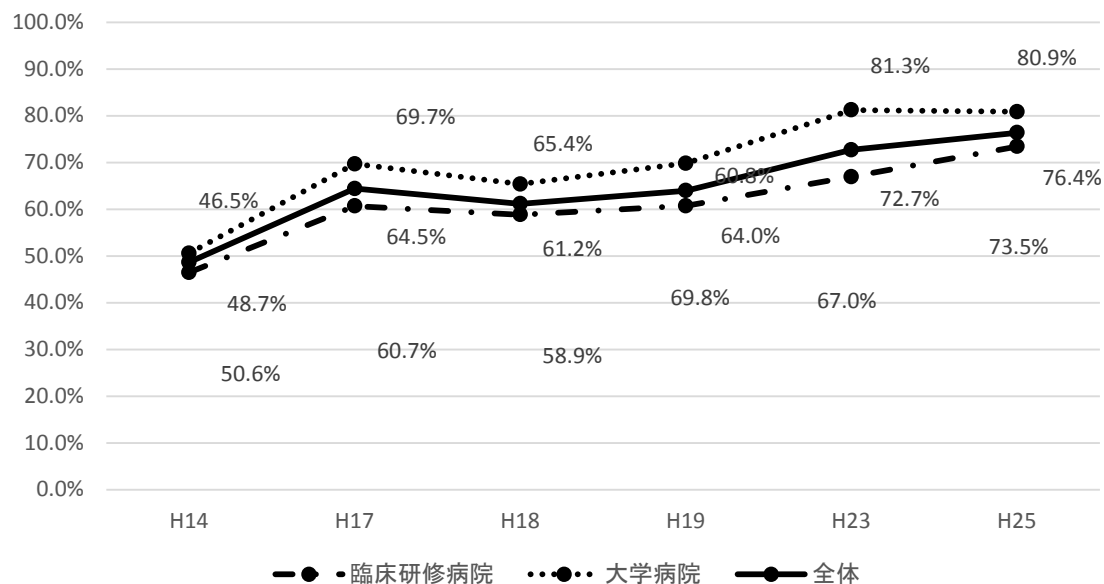
【簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など)の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



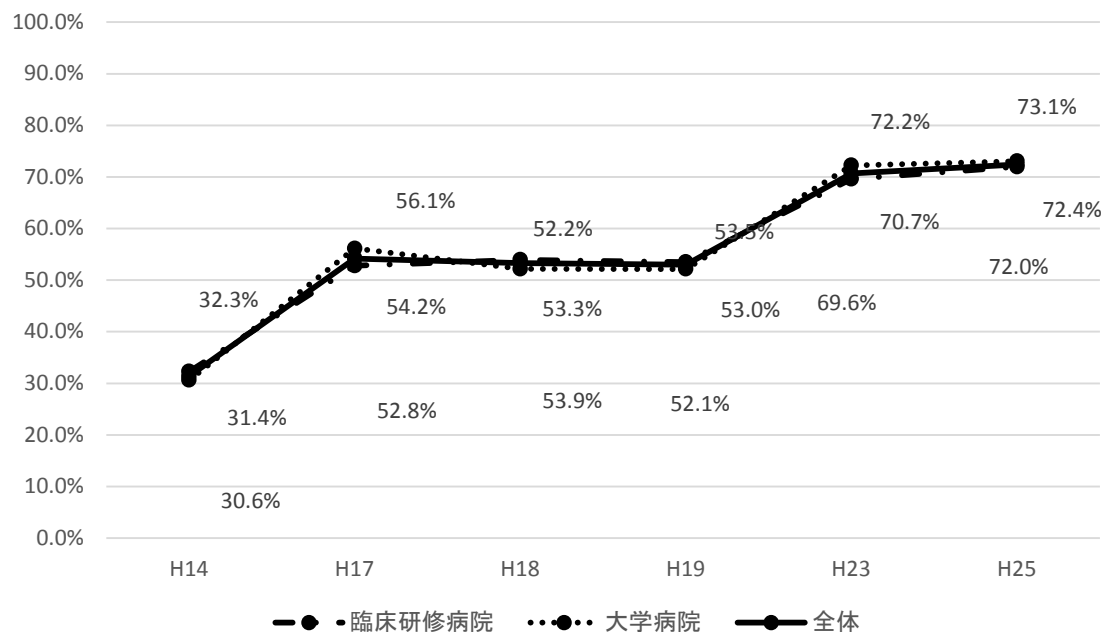
【血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



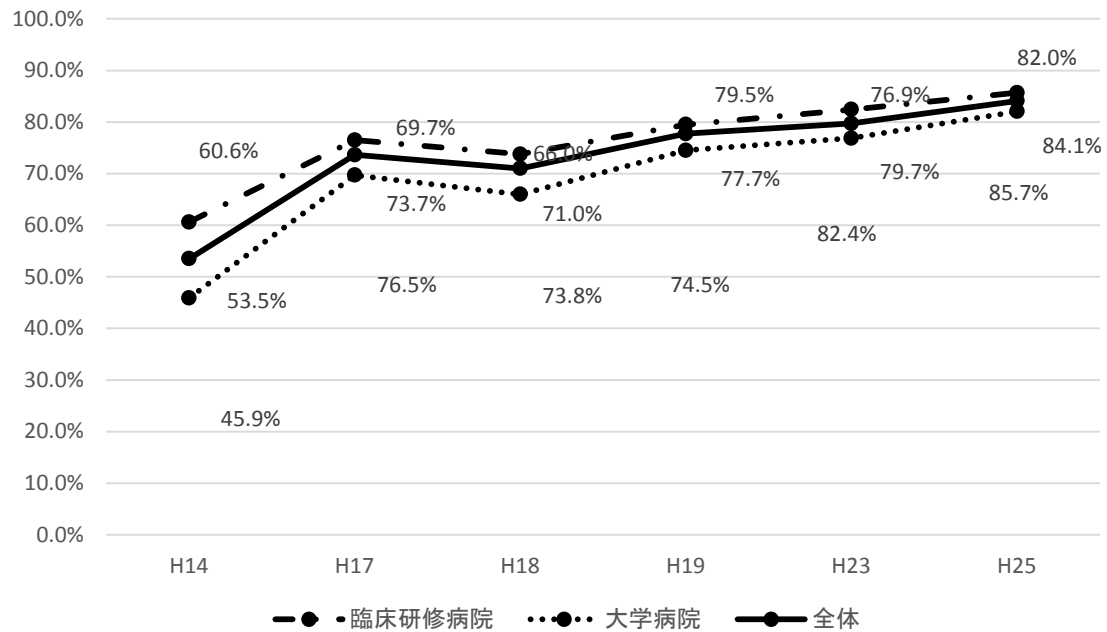
【内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



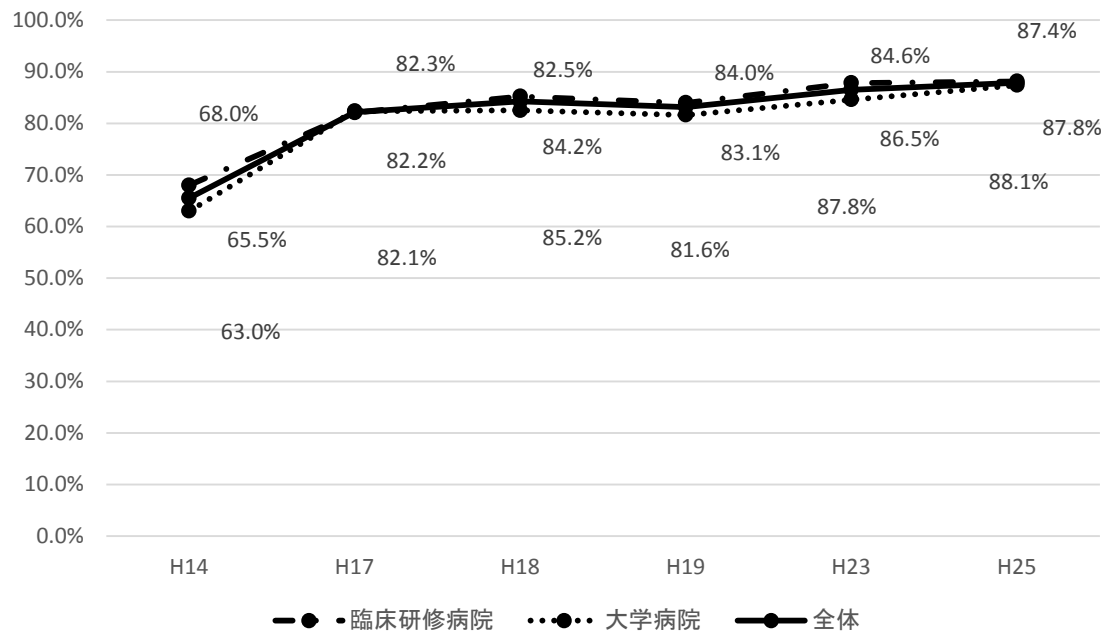
【グラム染色を行い、結果の解釈ができる】



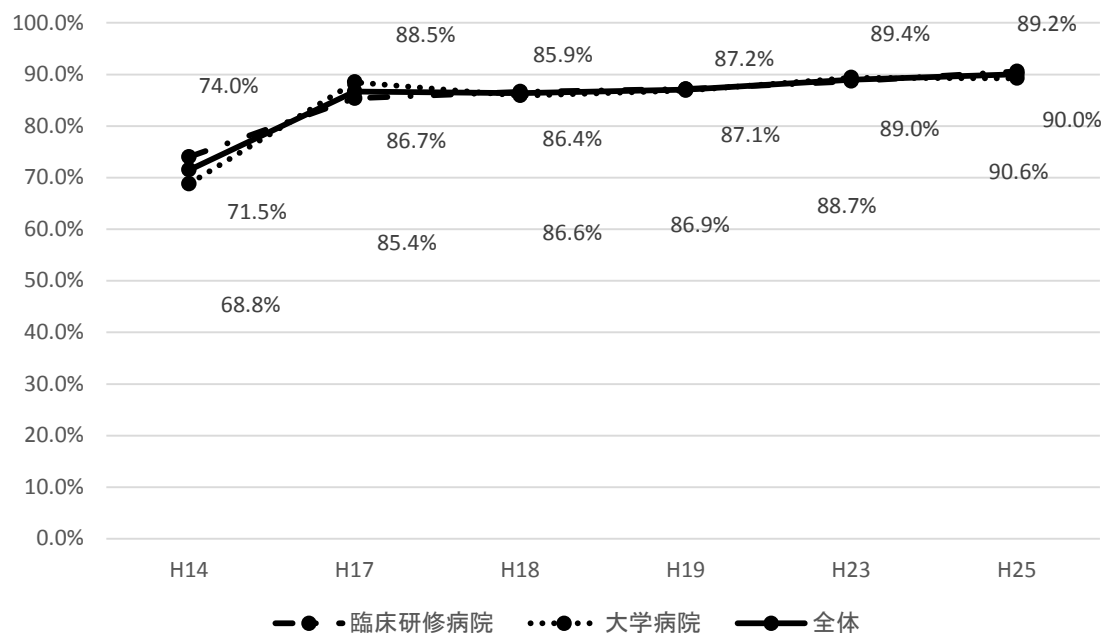
【髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



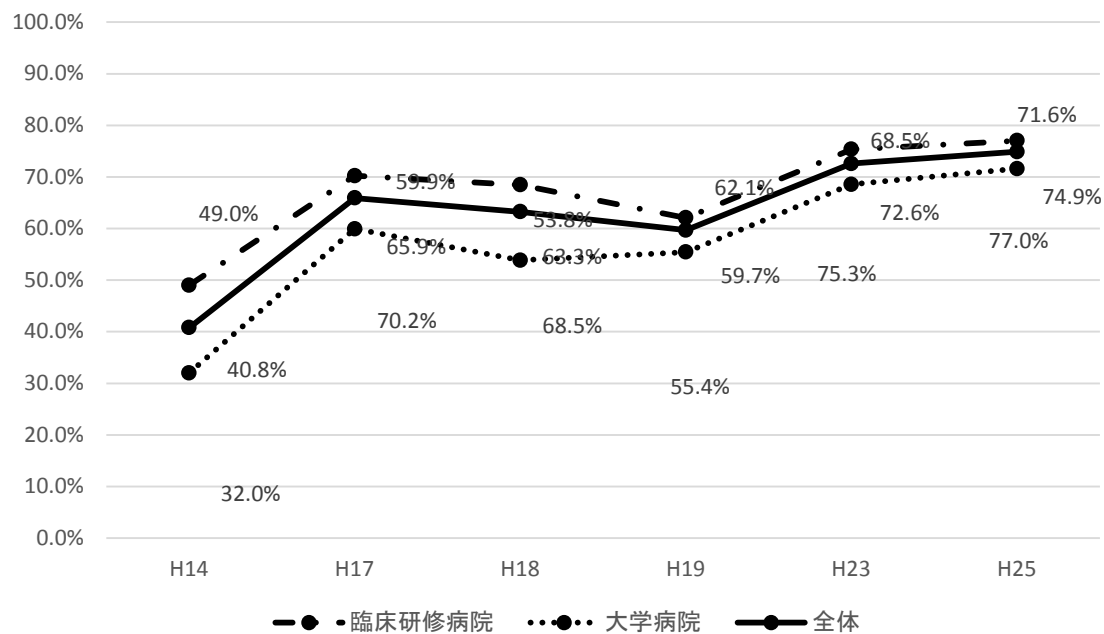
【心電図検査を自ら実施し、不整脈の鑑別診断ができる】



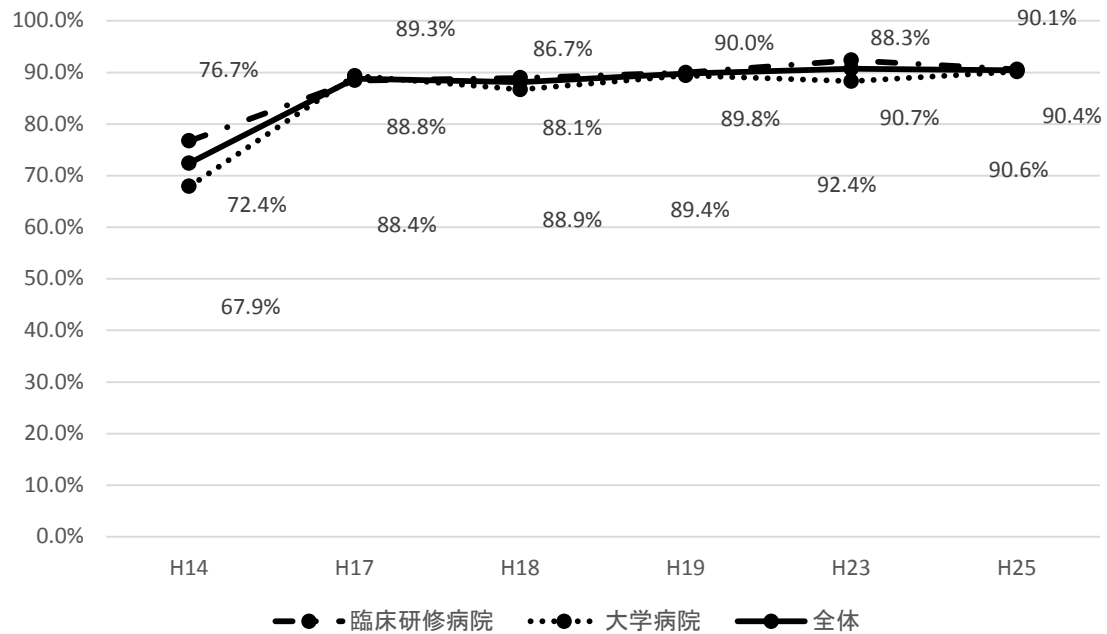
【肺機能検査で閉塞性換気障害の判定ができる】



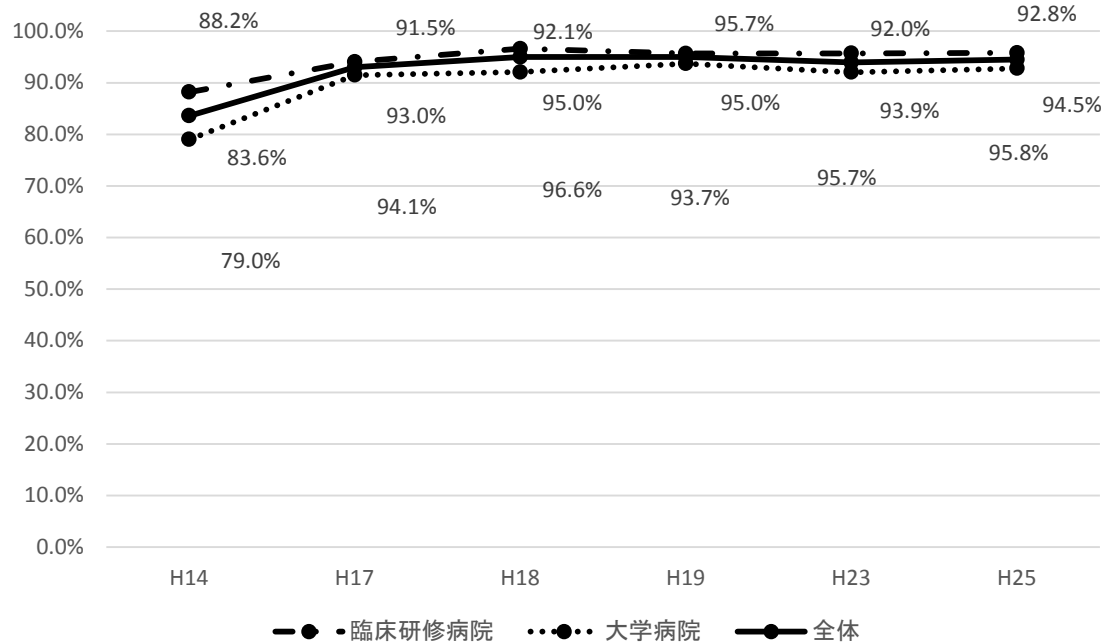
【超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる】



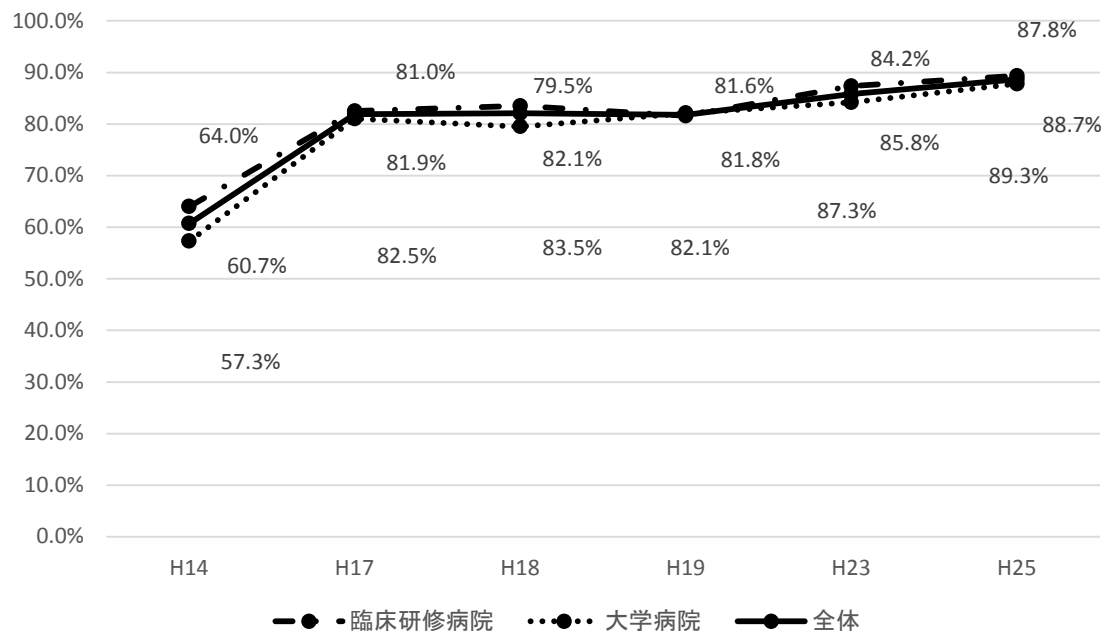
【胸部単純X線でシルエットサインを判定できる】



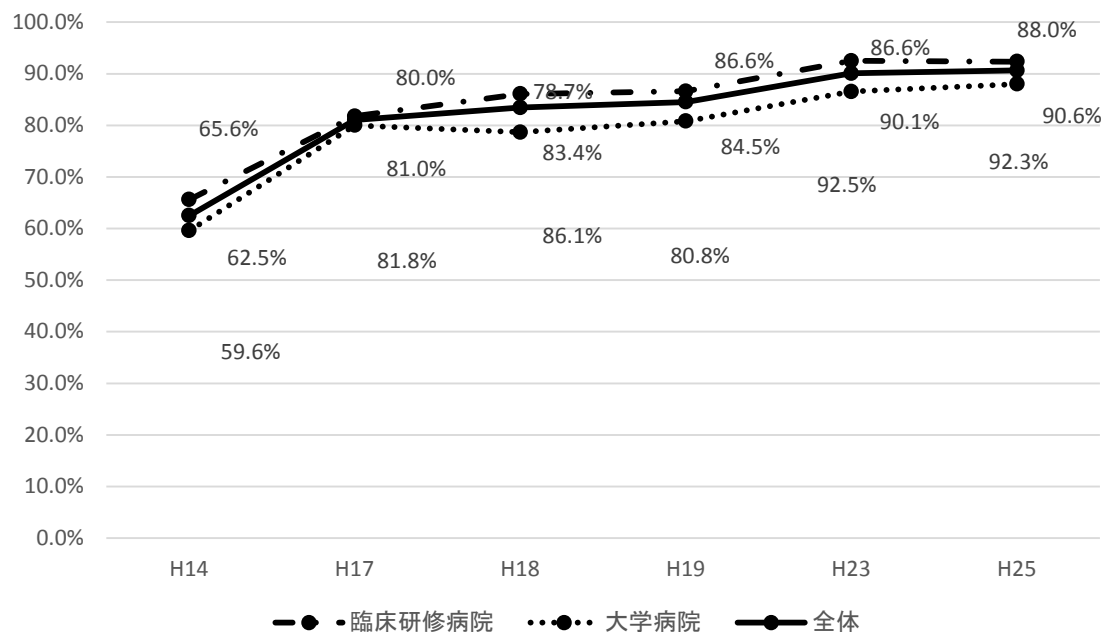
【腹部単純X線でイレウスを判定できる】

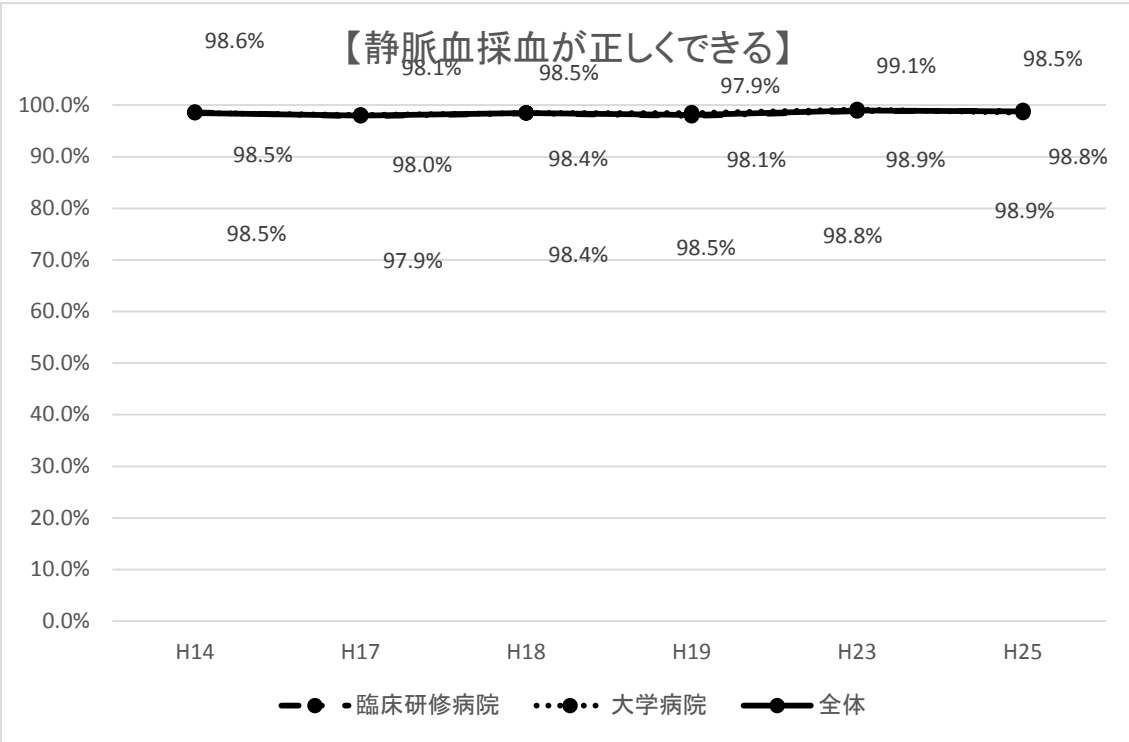
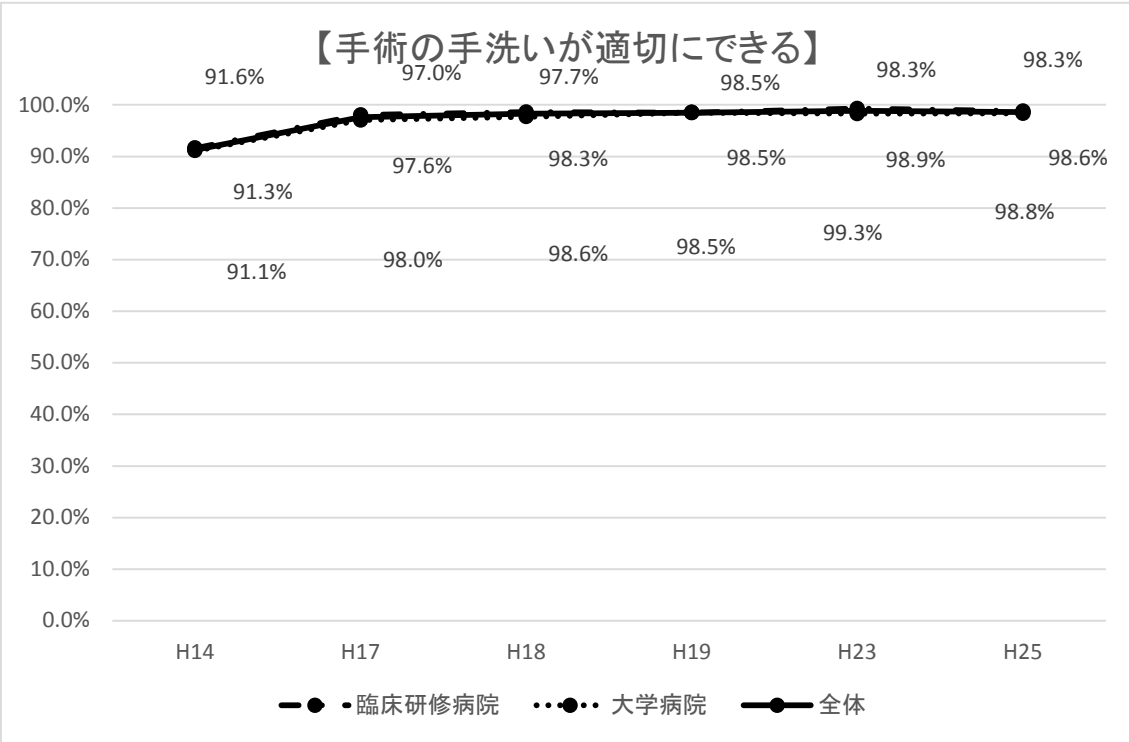


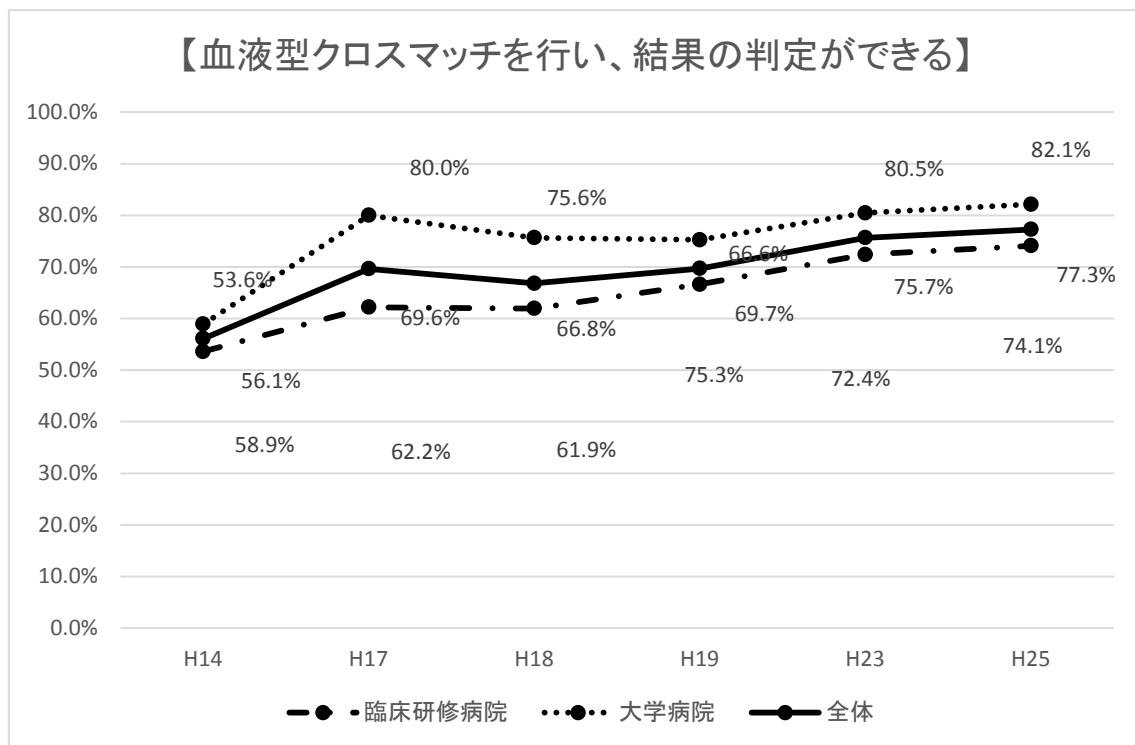
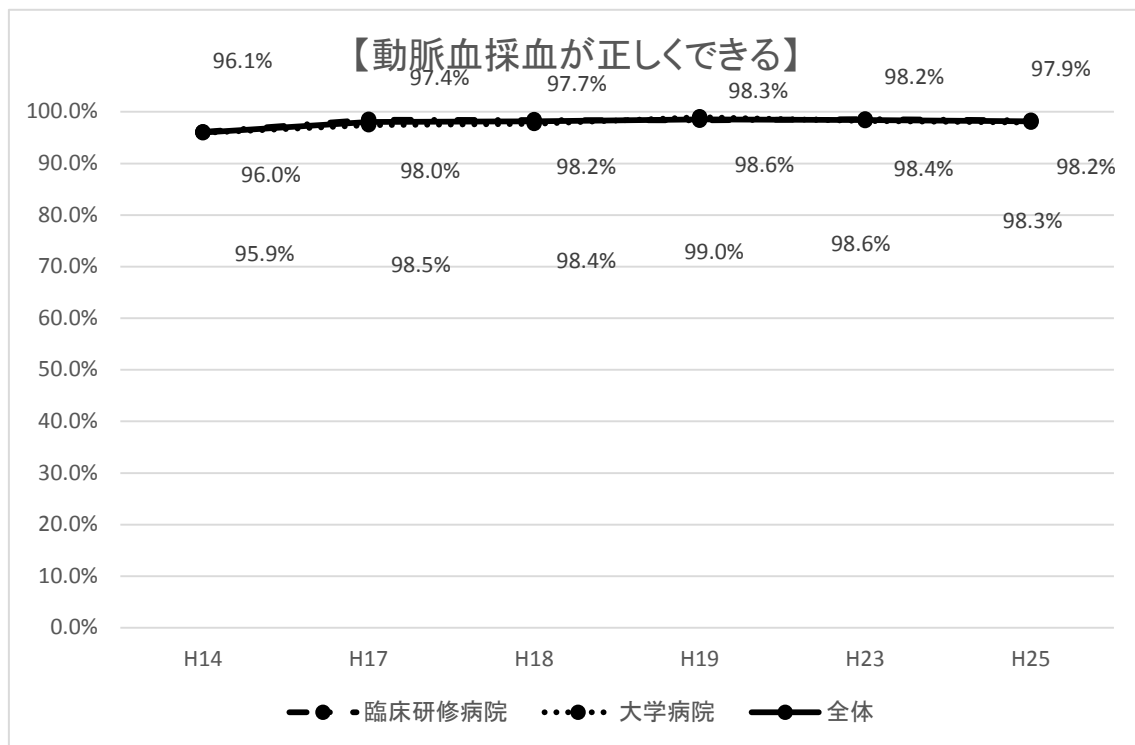
【胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる】



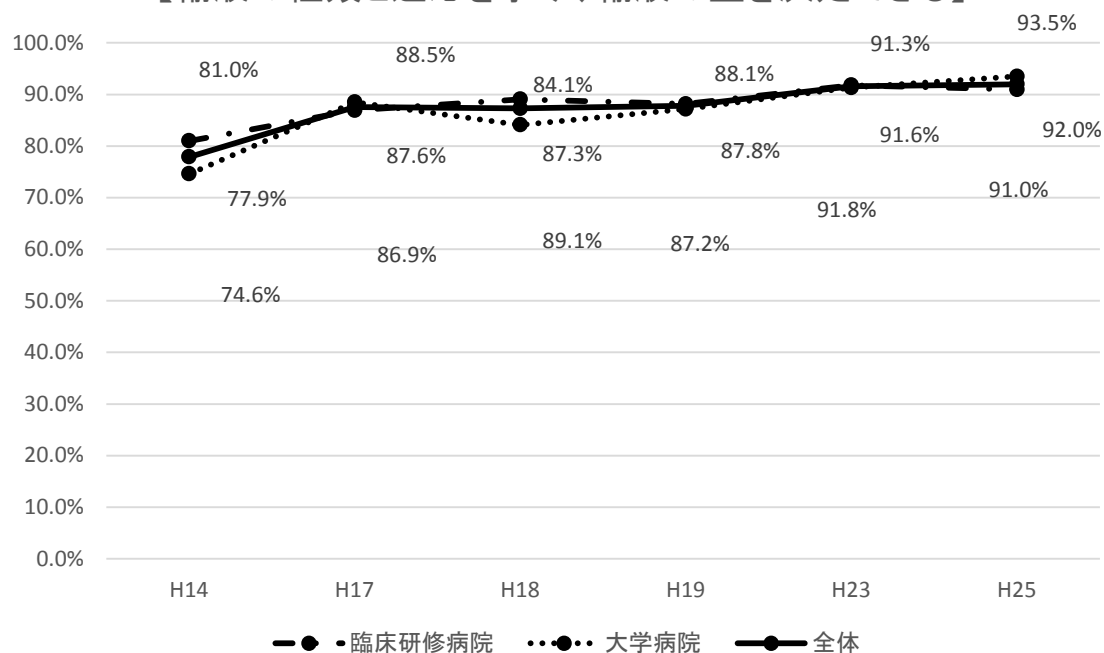
【頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる】



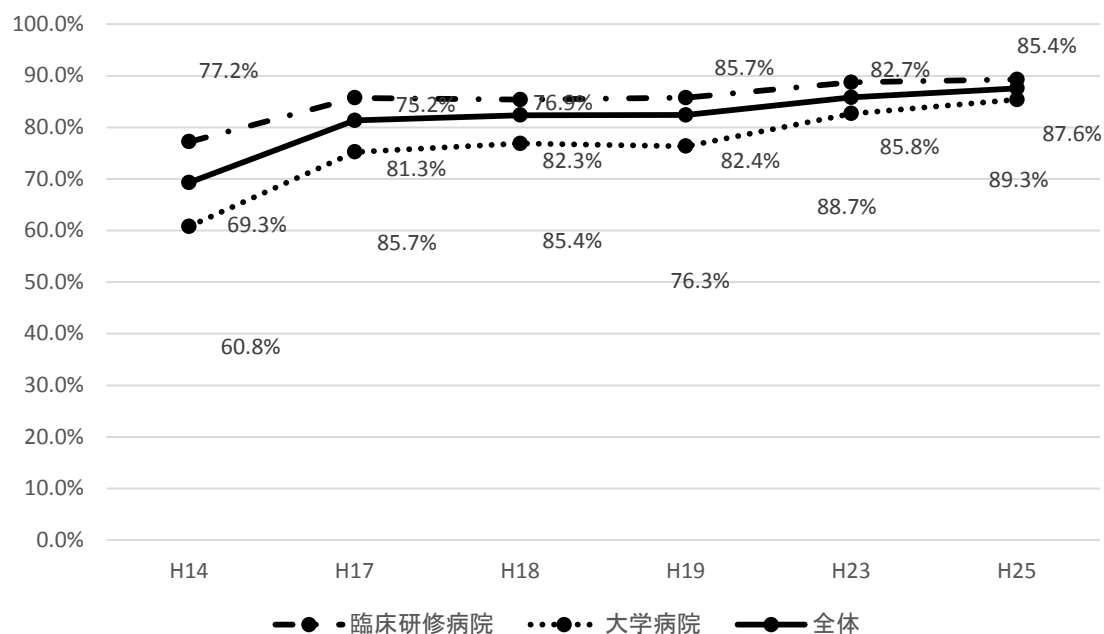


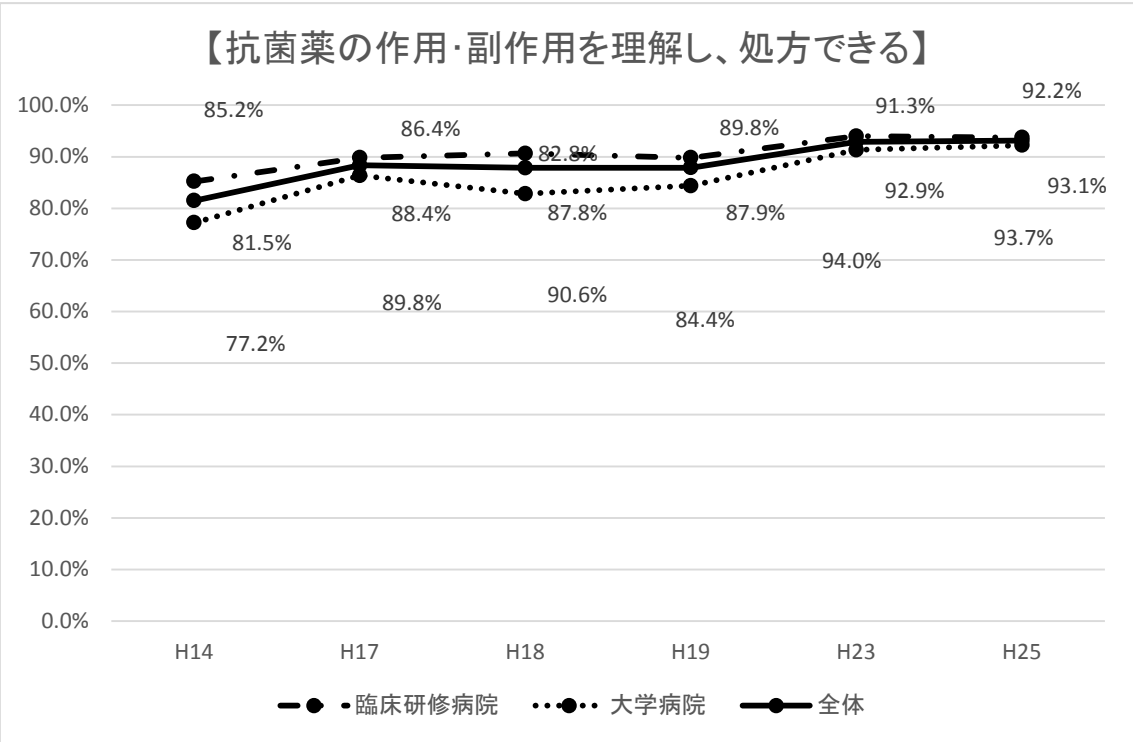
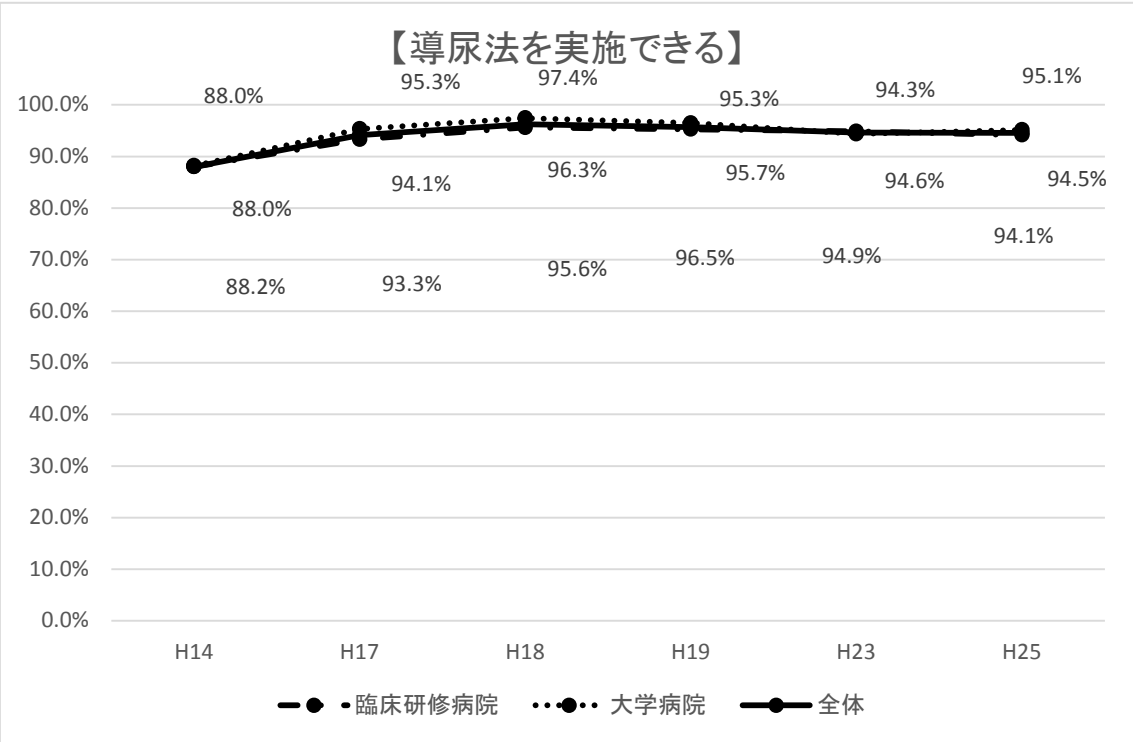


【輸液の種類と適応を挙げ、輸液の量を決定できる】

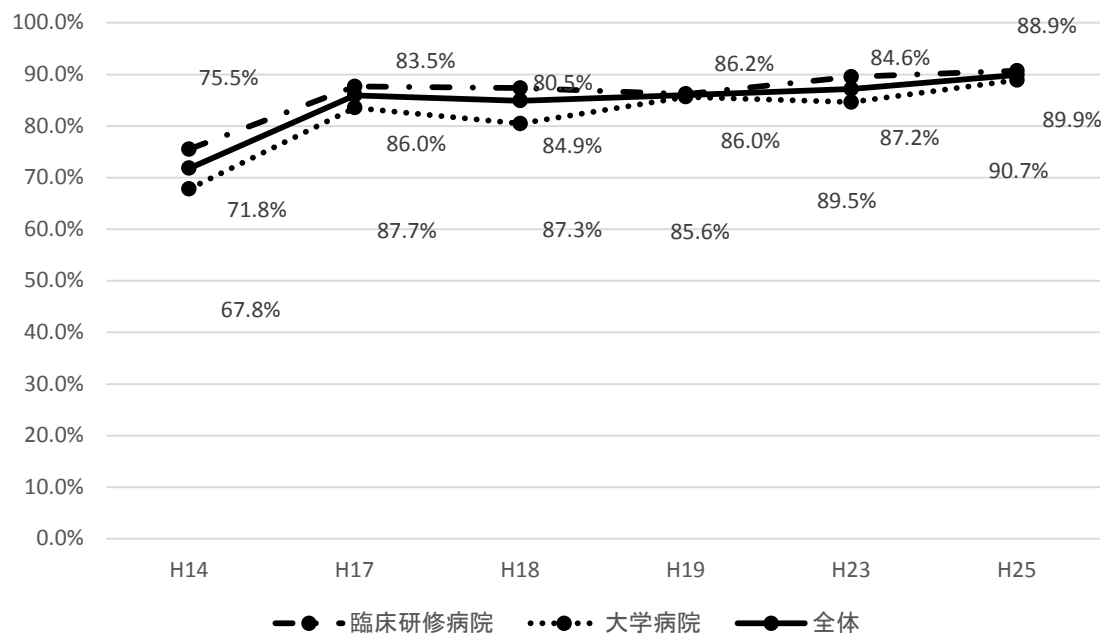


【腰椎穿刺を実施できる】

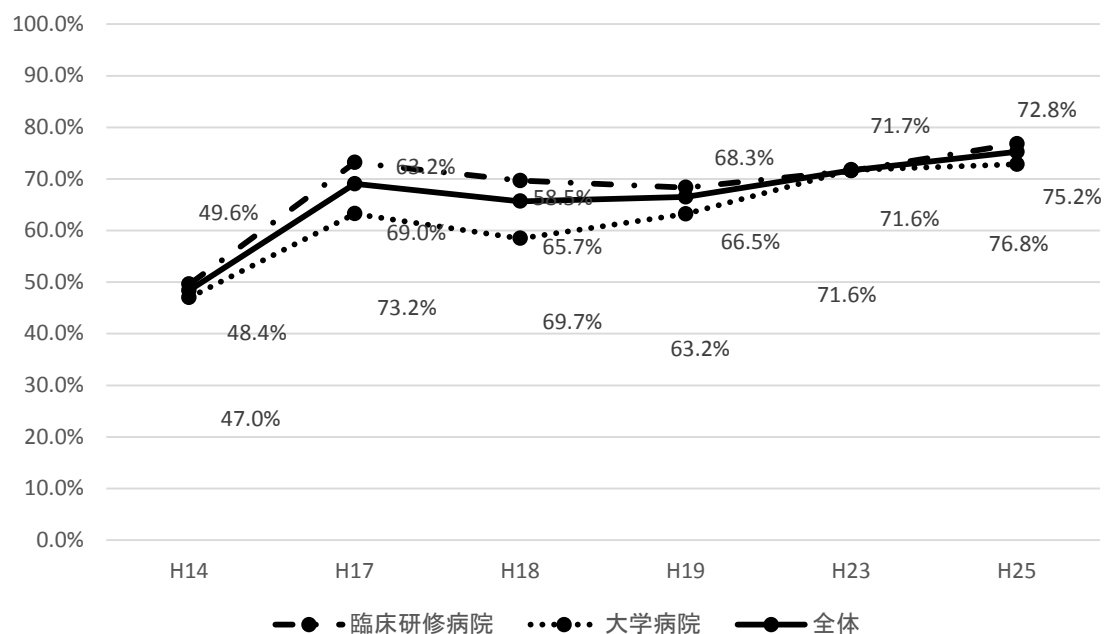




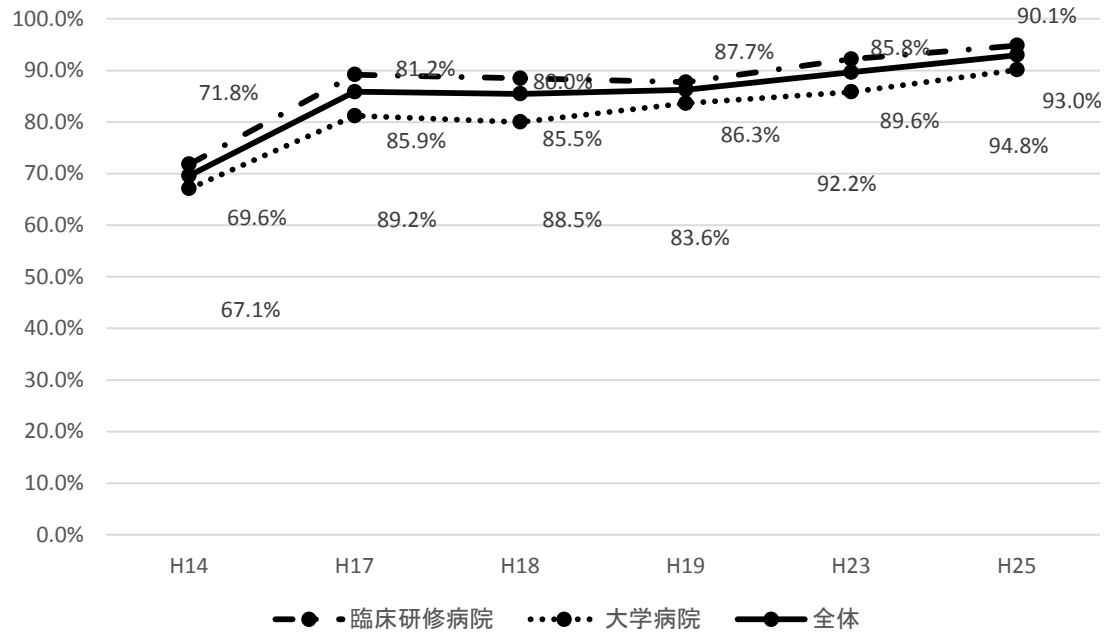
【局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える】



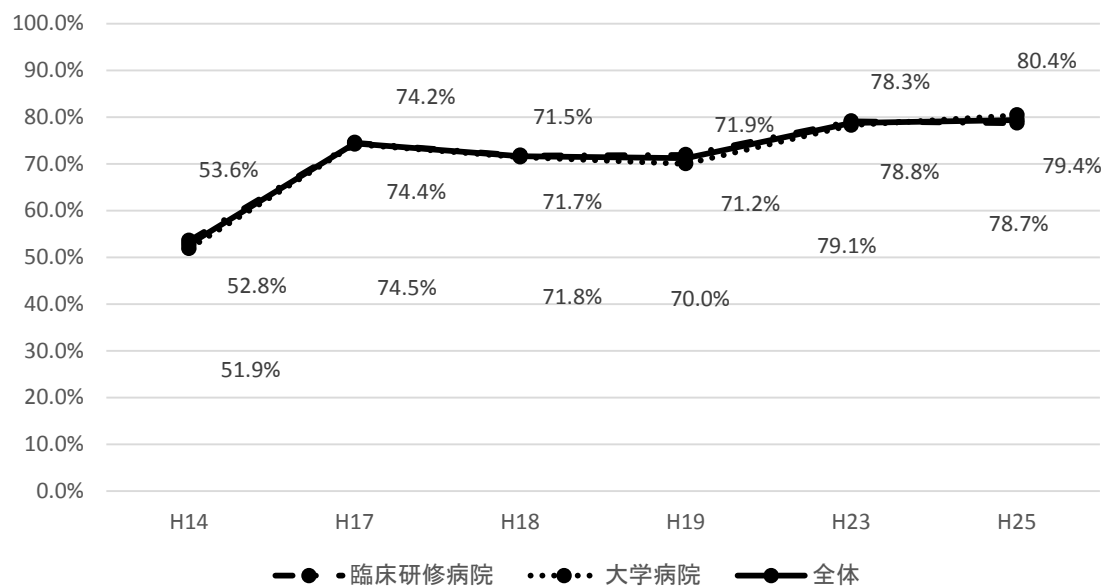
【傷病の基本的処置として、デブリードマンができる】



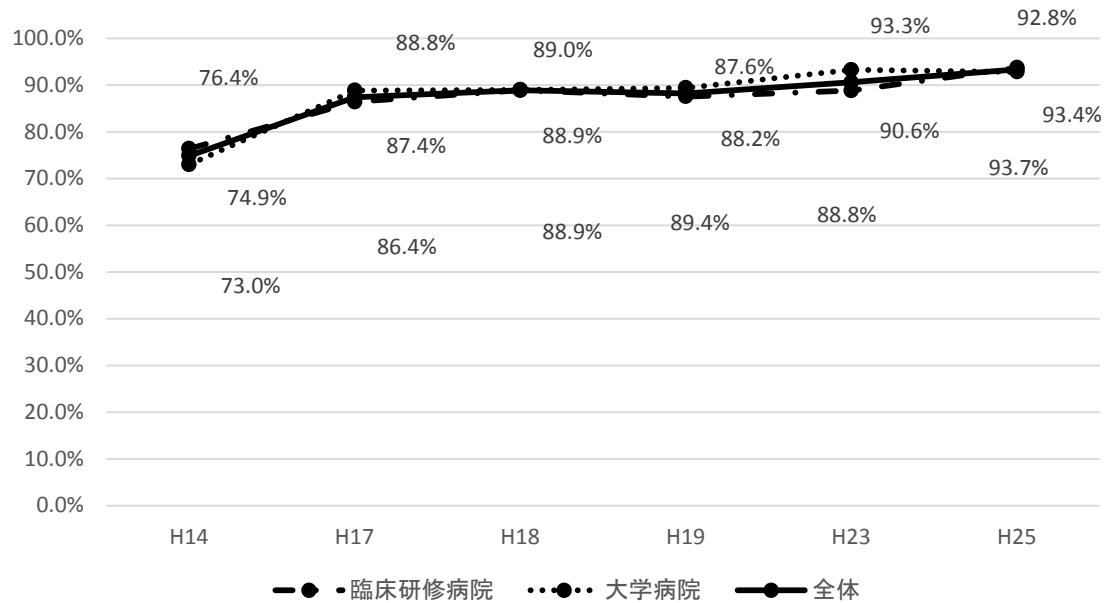
【皮膚縫合法を実施できる】



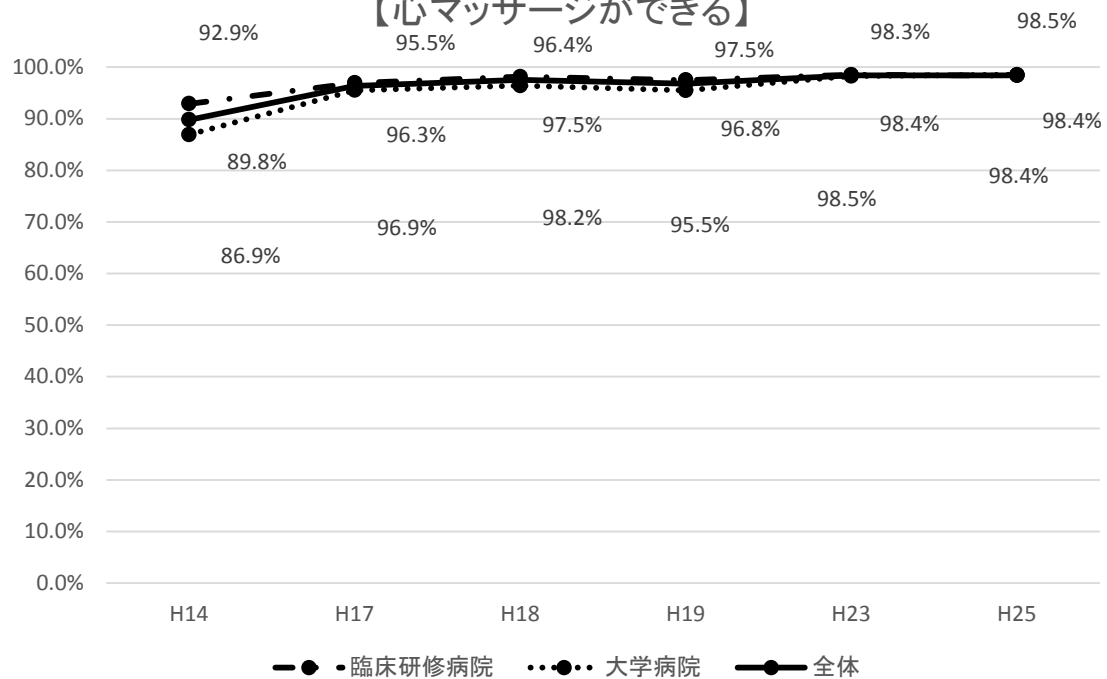
【術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる】

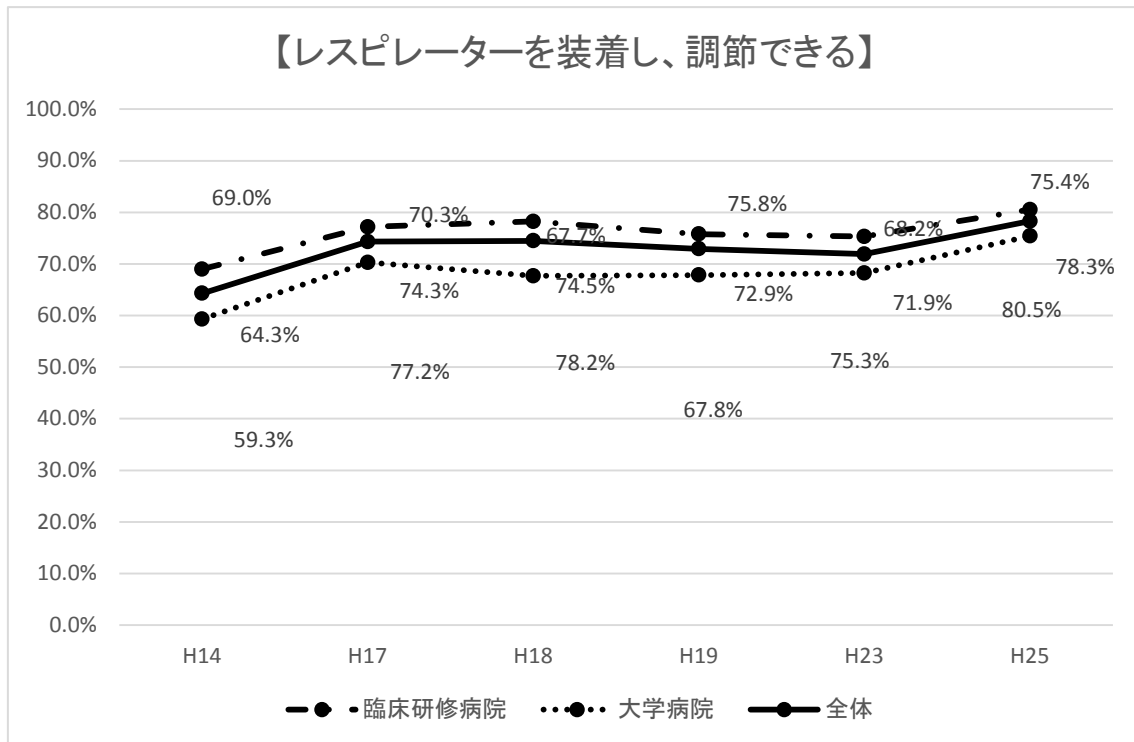
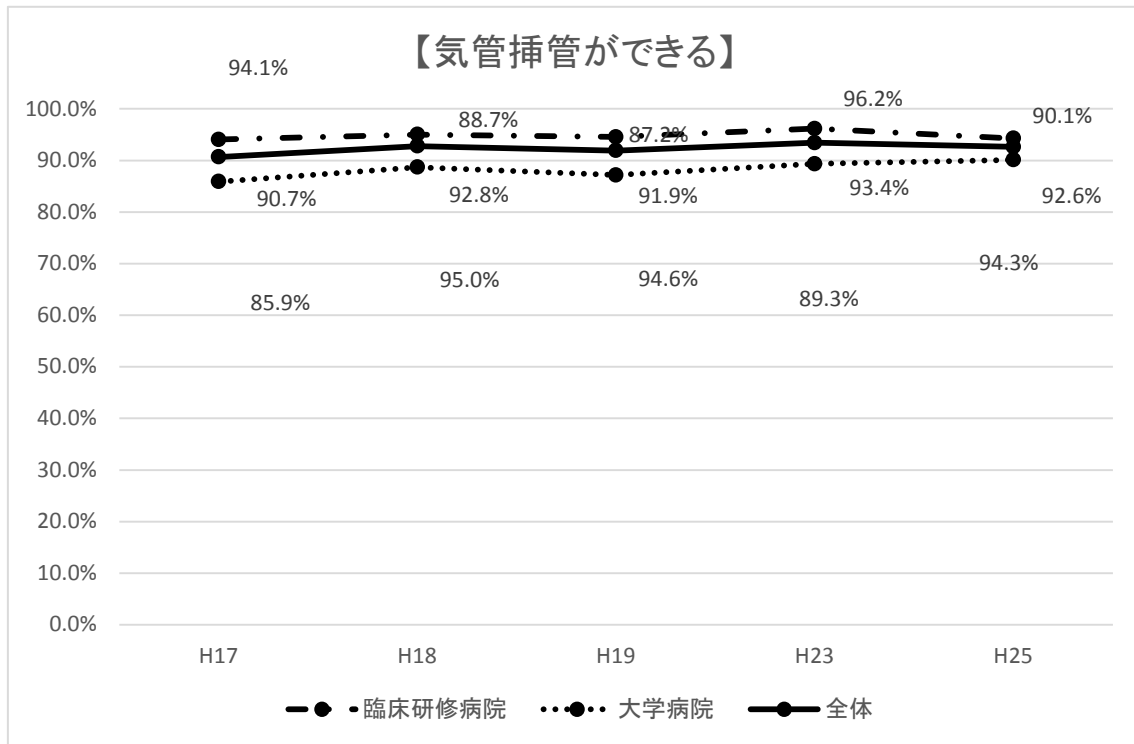


【術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる】

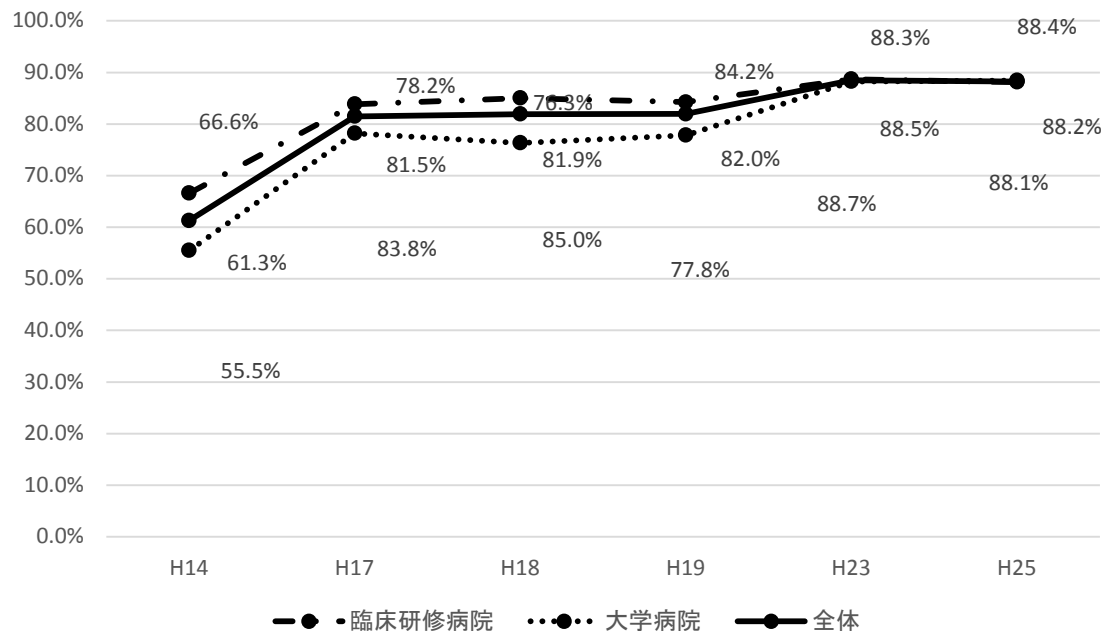


【心マッサージができる】

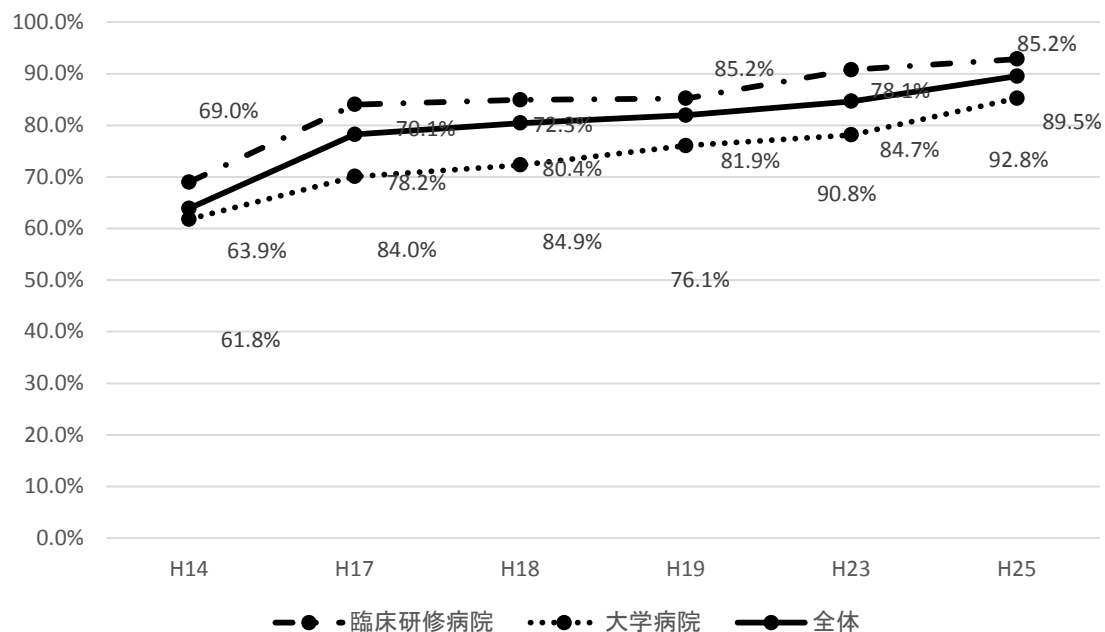




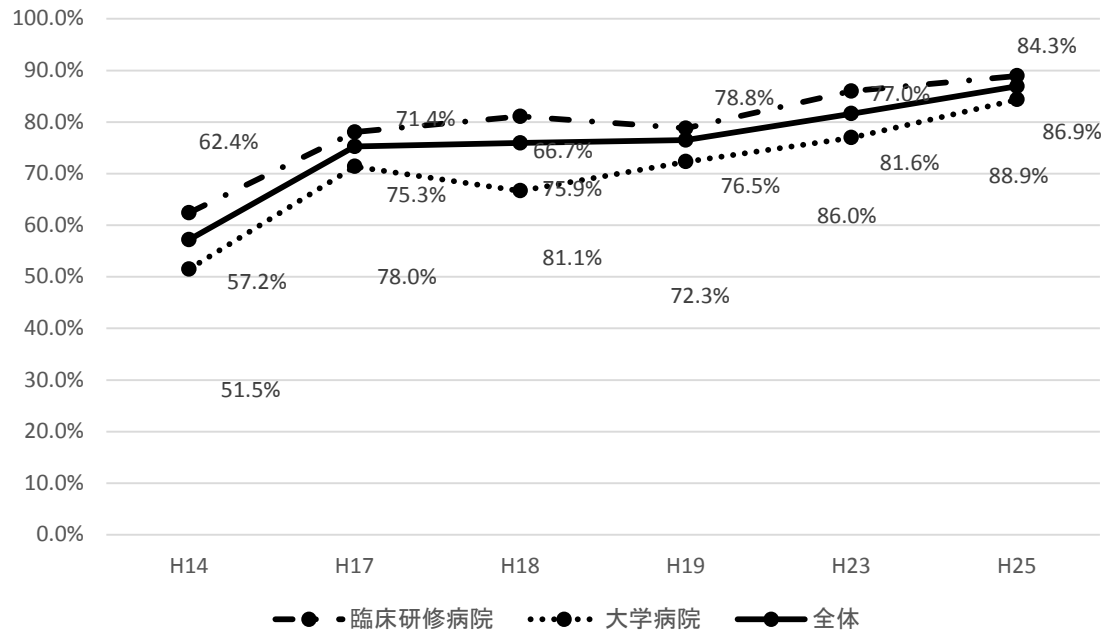
【電氣的除細動の適応を挙げ、実施できる】



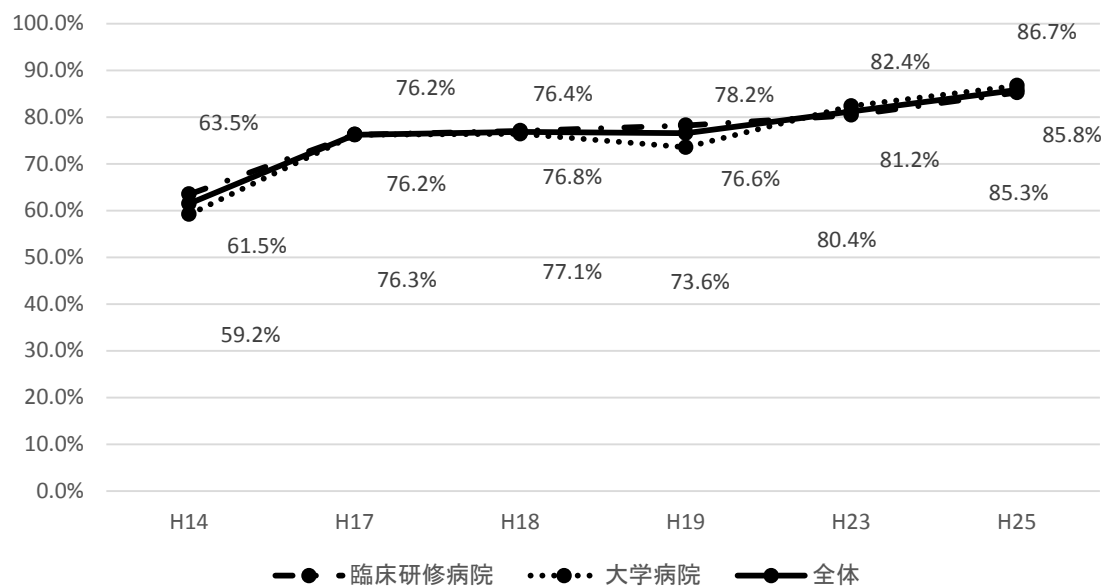
【救急患者の重症度および緊急度を判断できる】



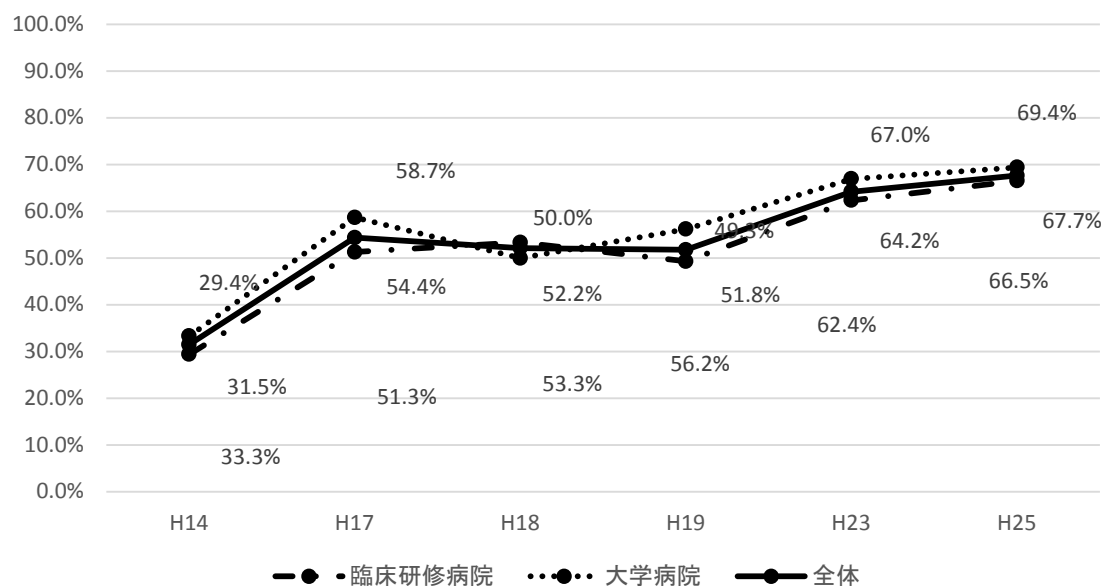
【ショックの診断と治療ができる】



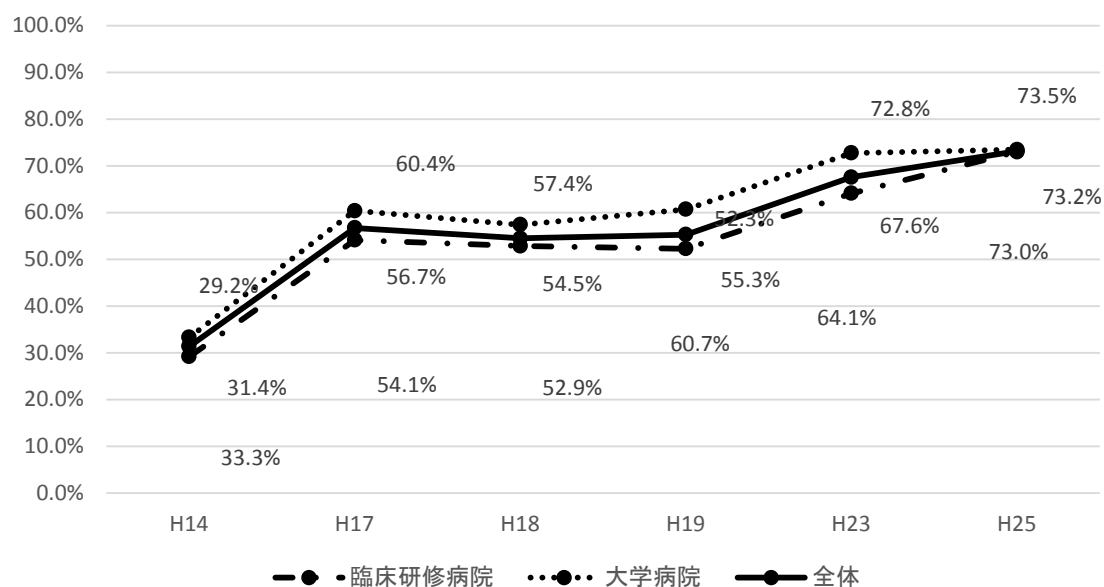
【末期患者の家族に病気を説明し、家族の心理的不安を受け止めることができる】



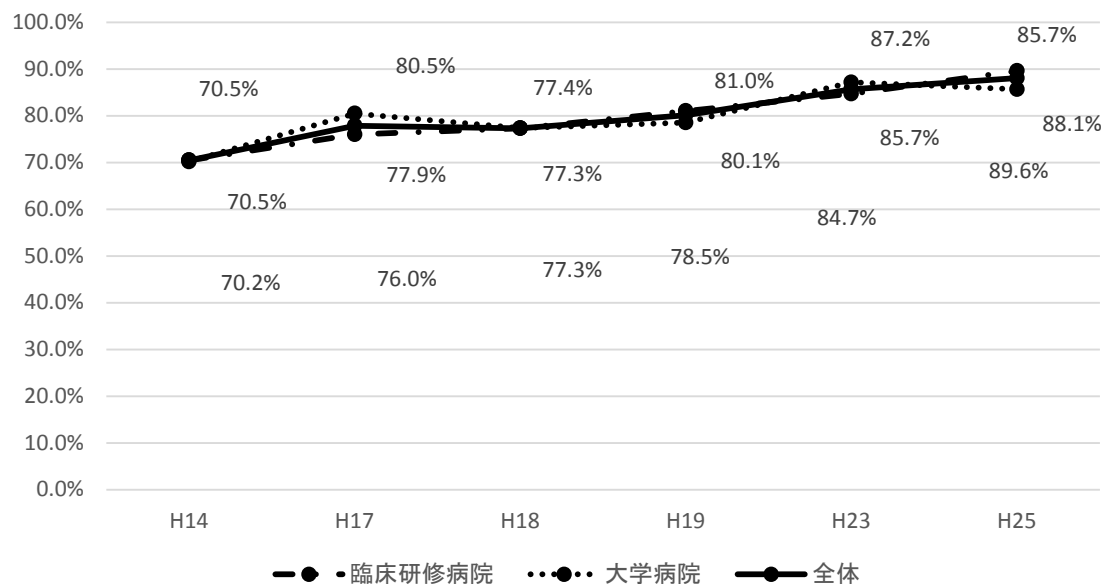
【在宅医療を希望する末期患者のために、環境整備を指導できる】



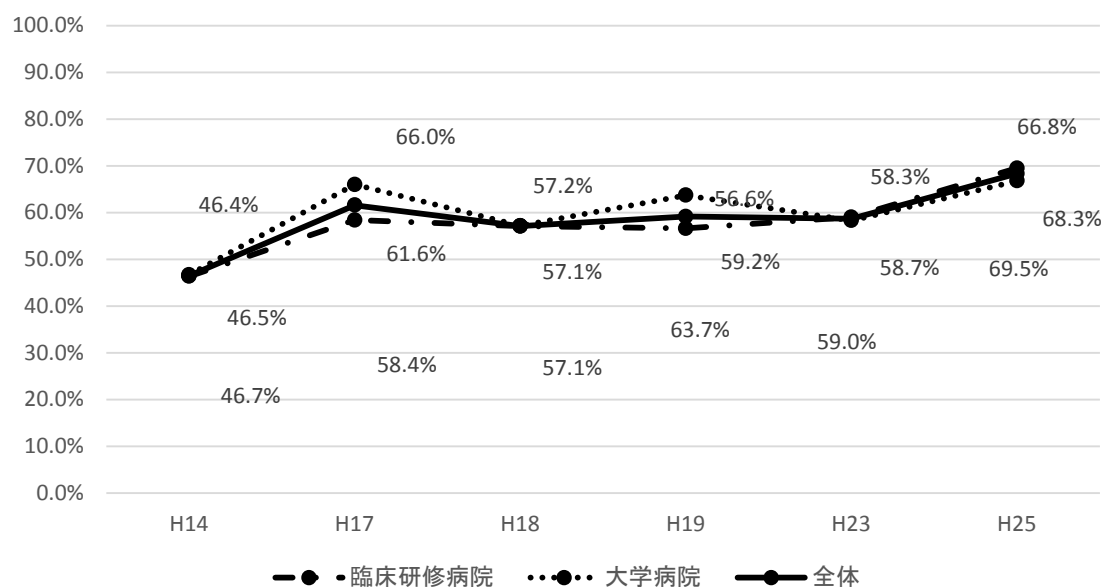
【緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む)のチーム医療に参加できる】

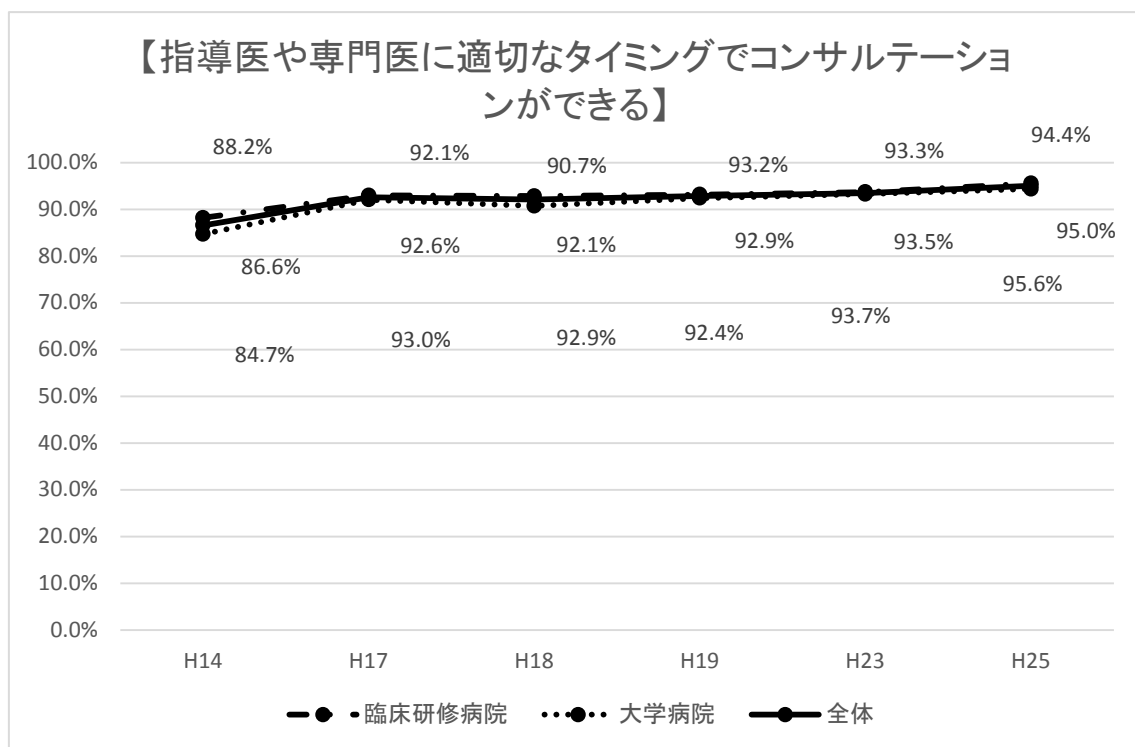
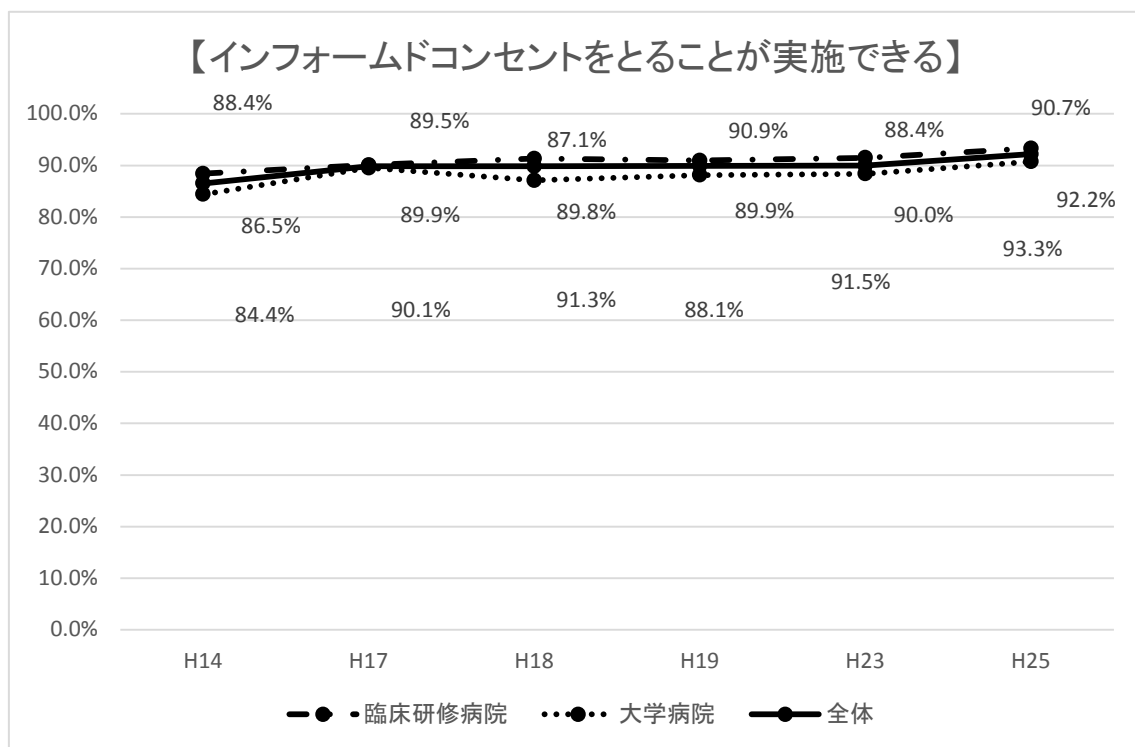


【患者の身体的側面だけでなく、心理社会的側面に配慮した治療ができる】

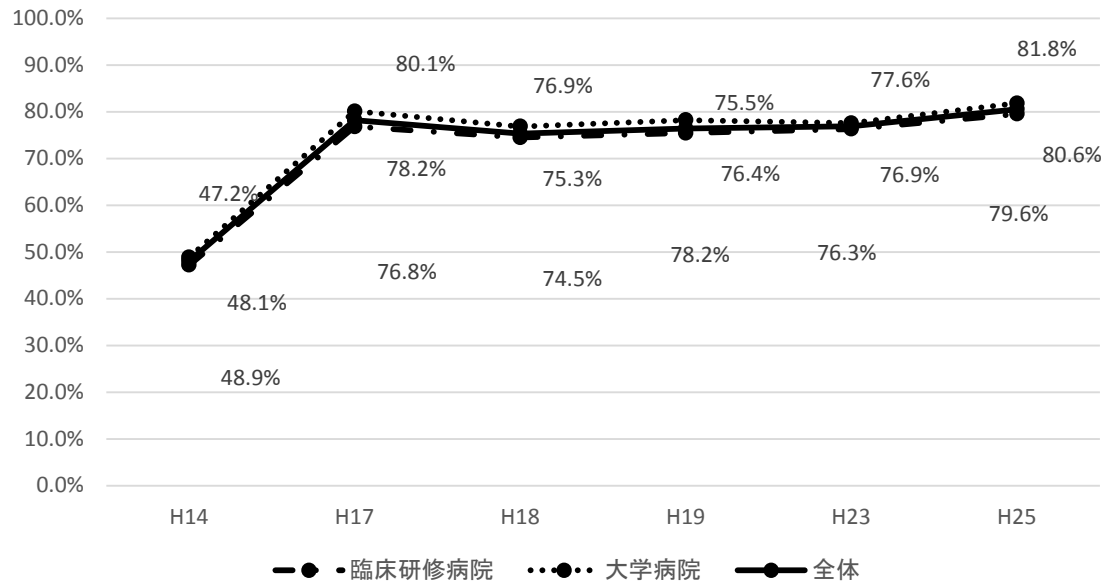


【医療費や社会福祉サービスに関する患者、家族の相談に応じ、解決法を指導できる】

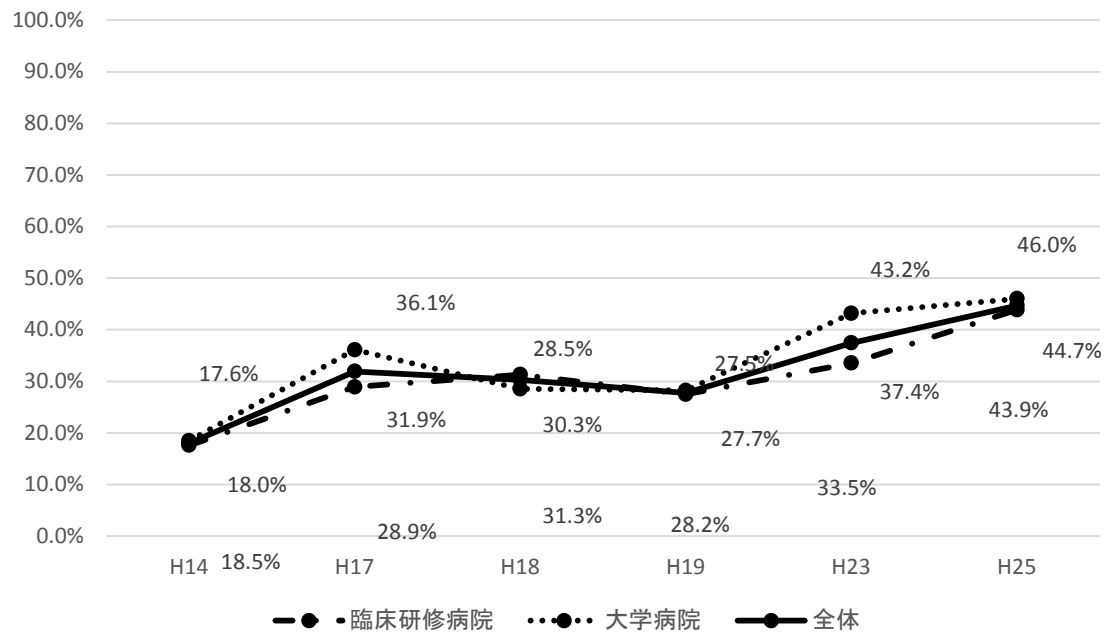




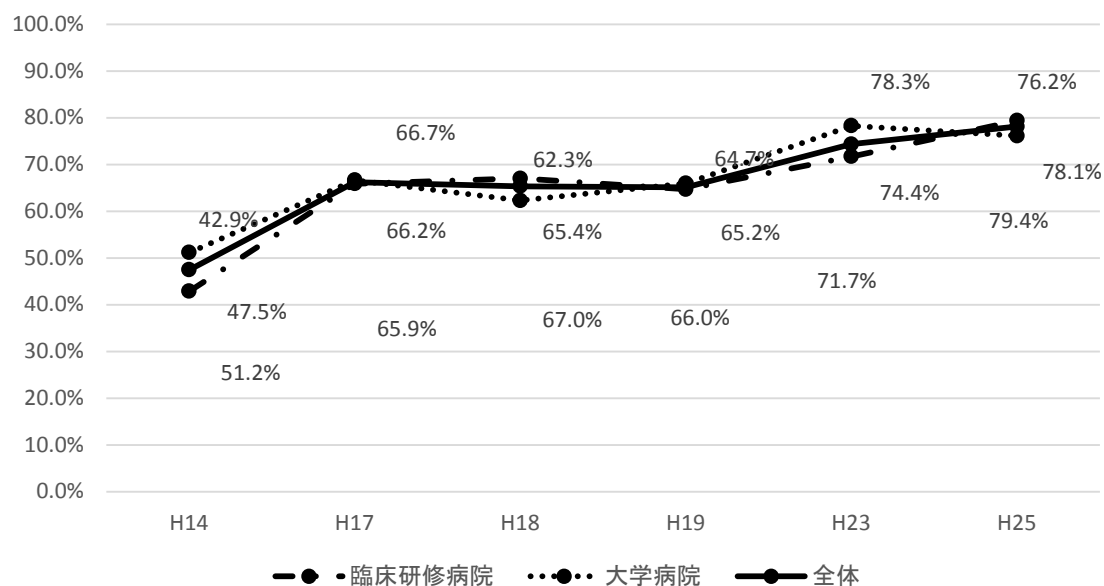
【糖尿病患者への健康教育(健康相談および指導)ができる】



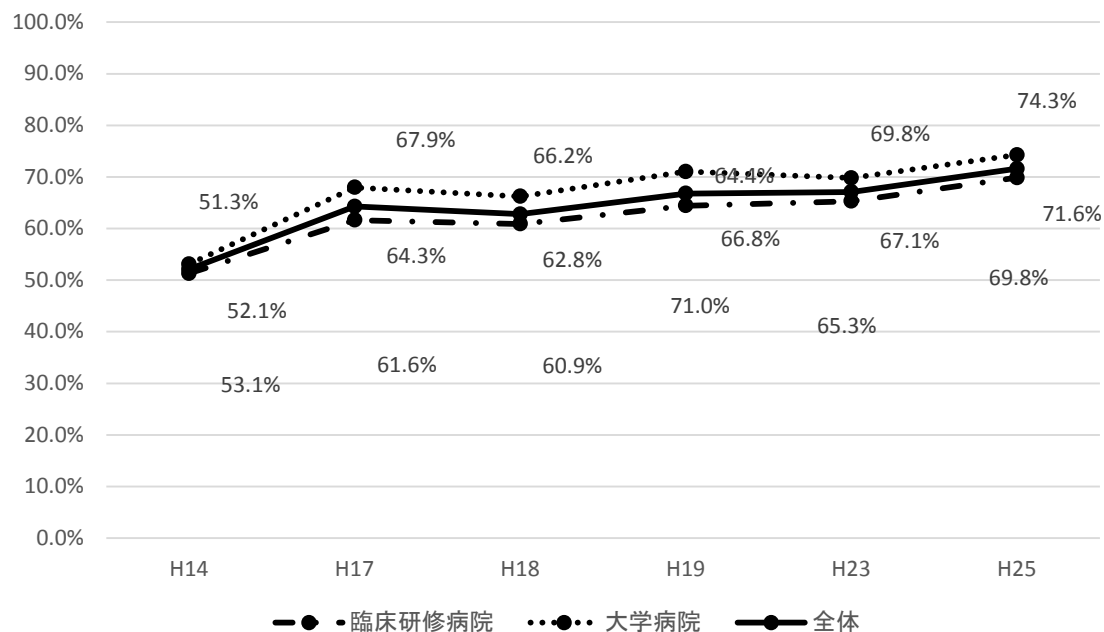
【日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている】



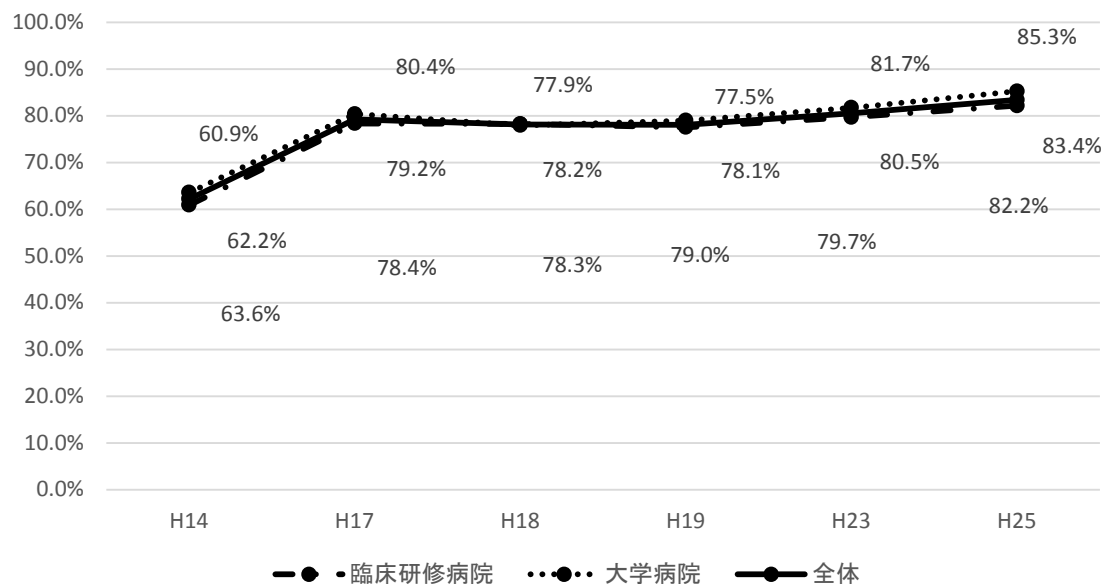
【ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える】



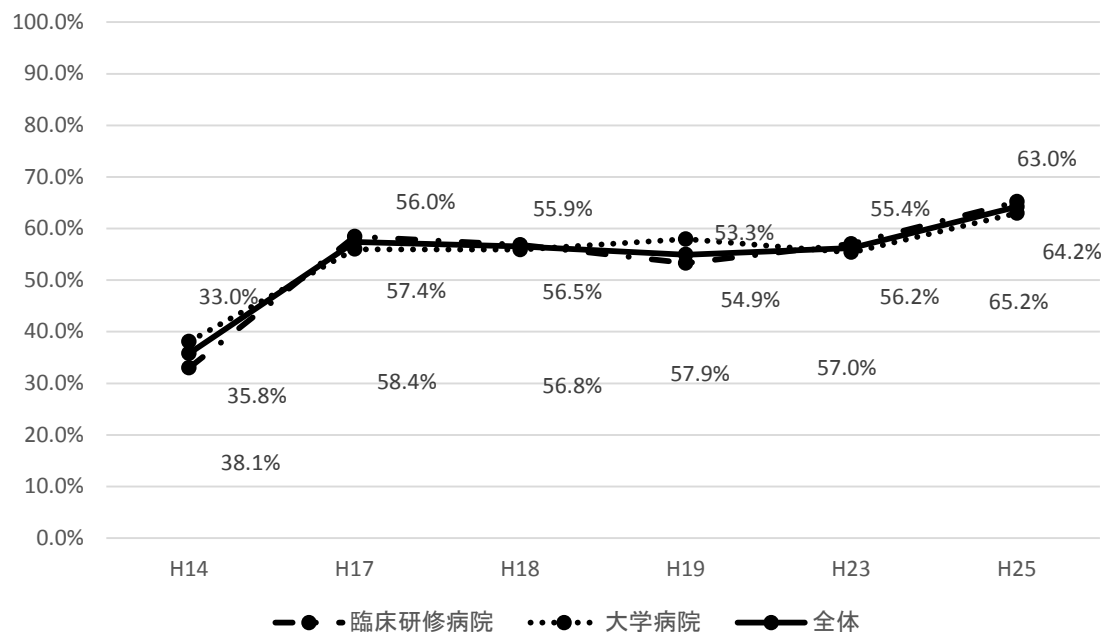
【禁煙指導ができる】



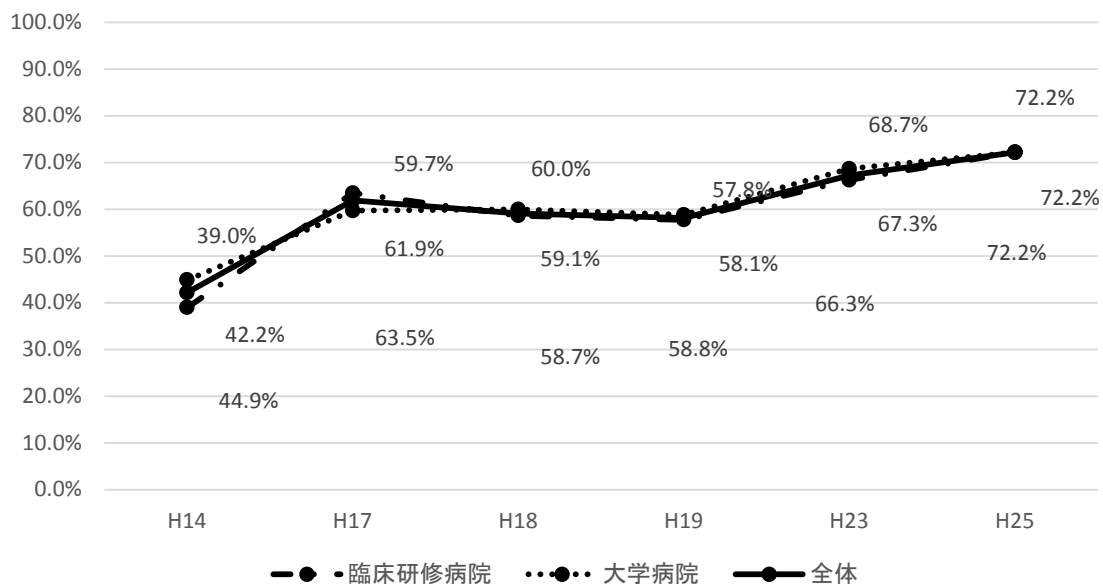
【患者の知識や関心のレベルに応じた健康教育ができる】



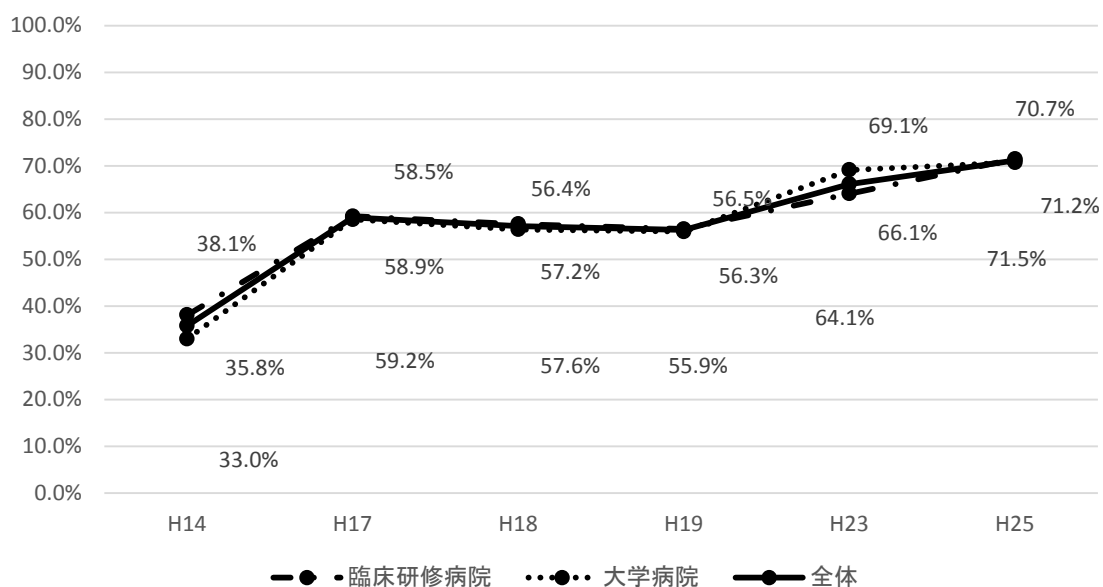
【在宅医療の適応の判断ができる】



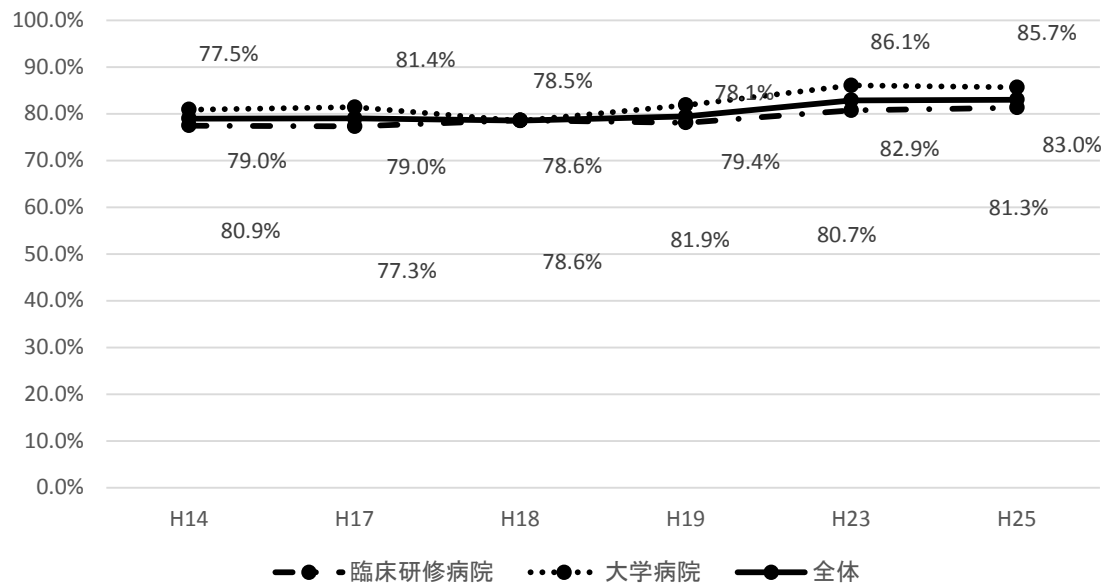
【地域の医療資源を活用し、入院患者の退院後も継続性のある医療を提供できるよう調整することができる】



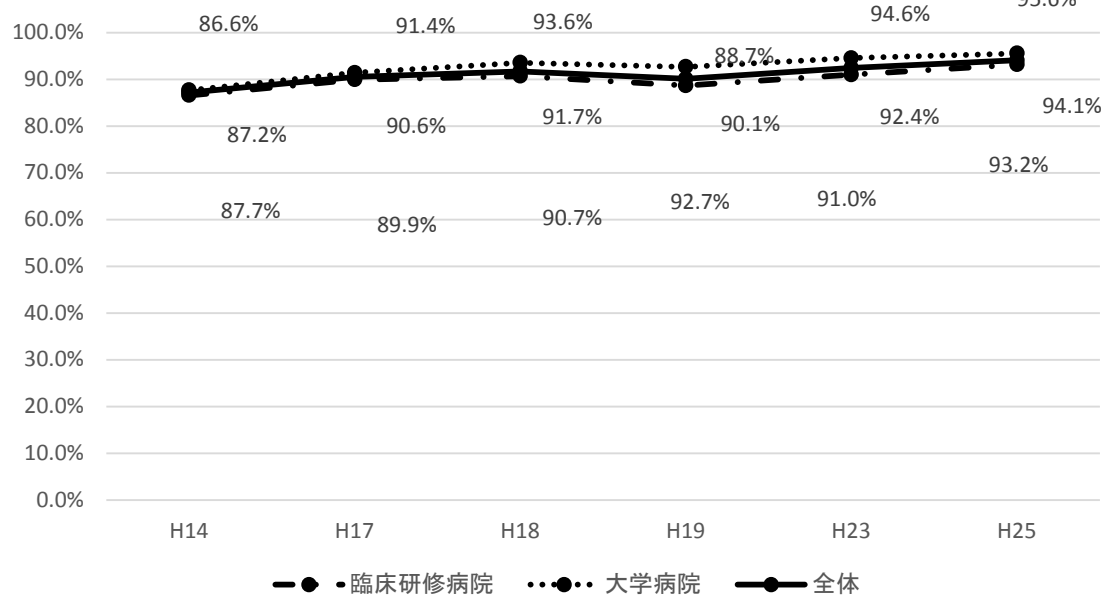
【社会福祉施設等の役割について理解し、連携をとることができる】

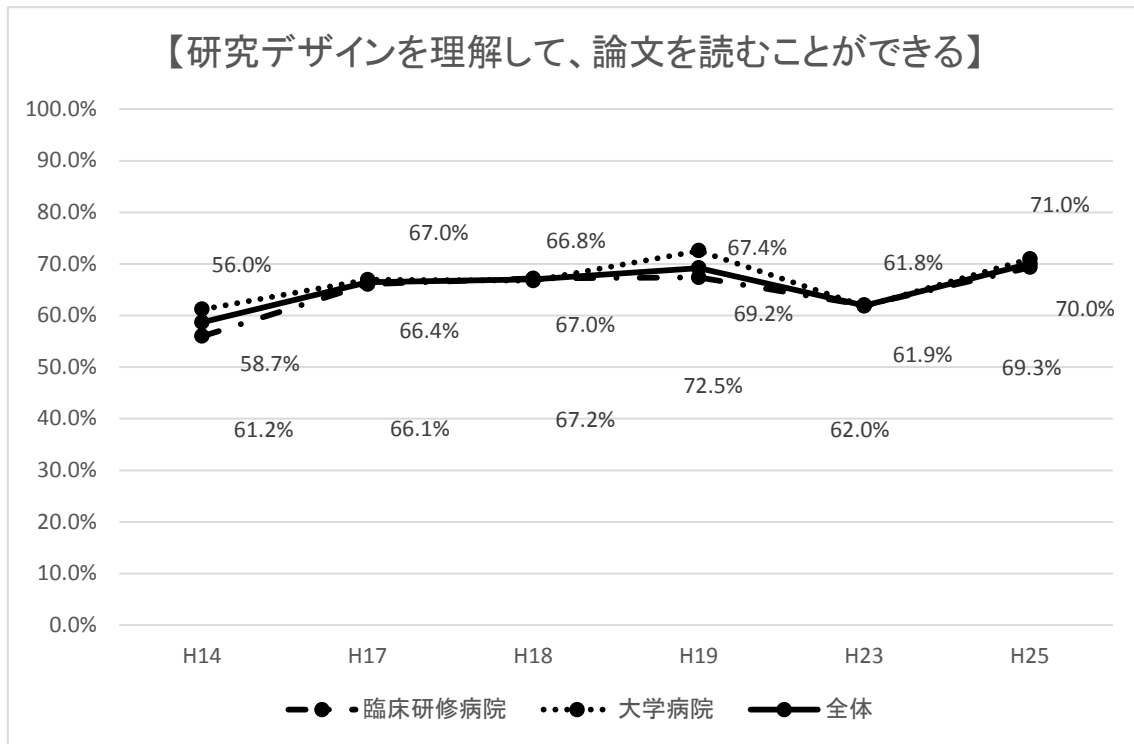
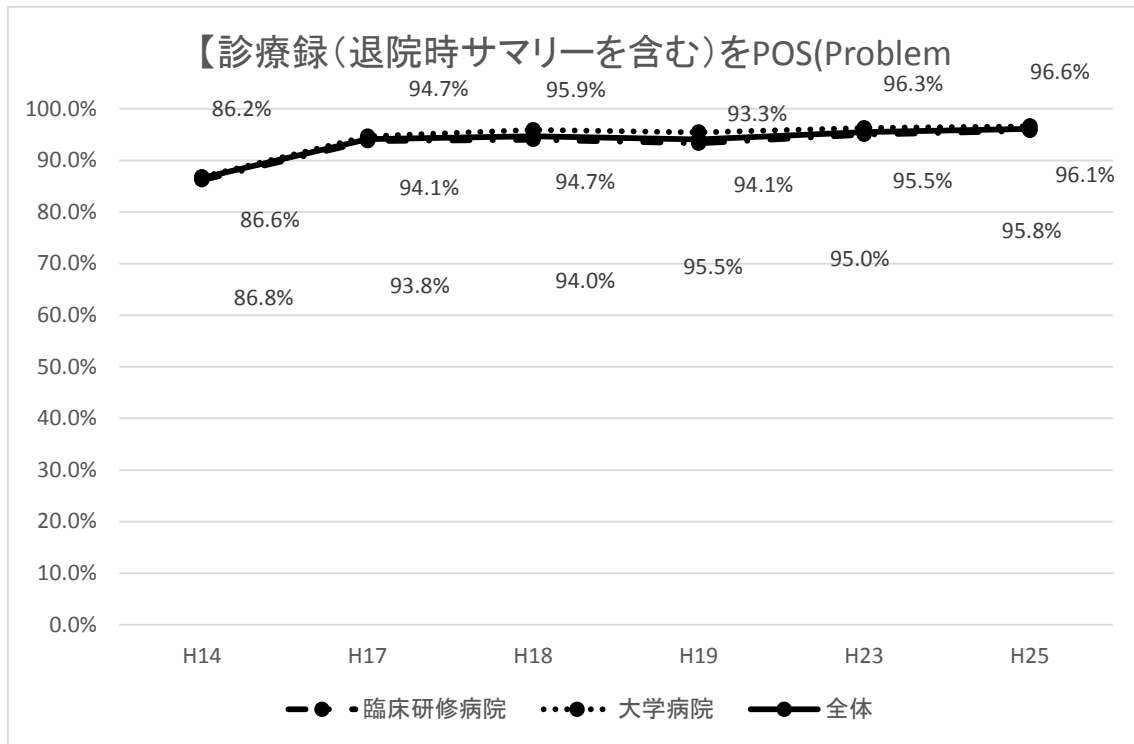


【診療上湧き上がってきた疑問点について、Medlineで文献検索ができる】

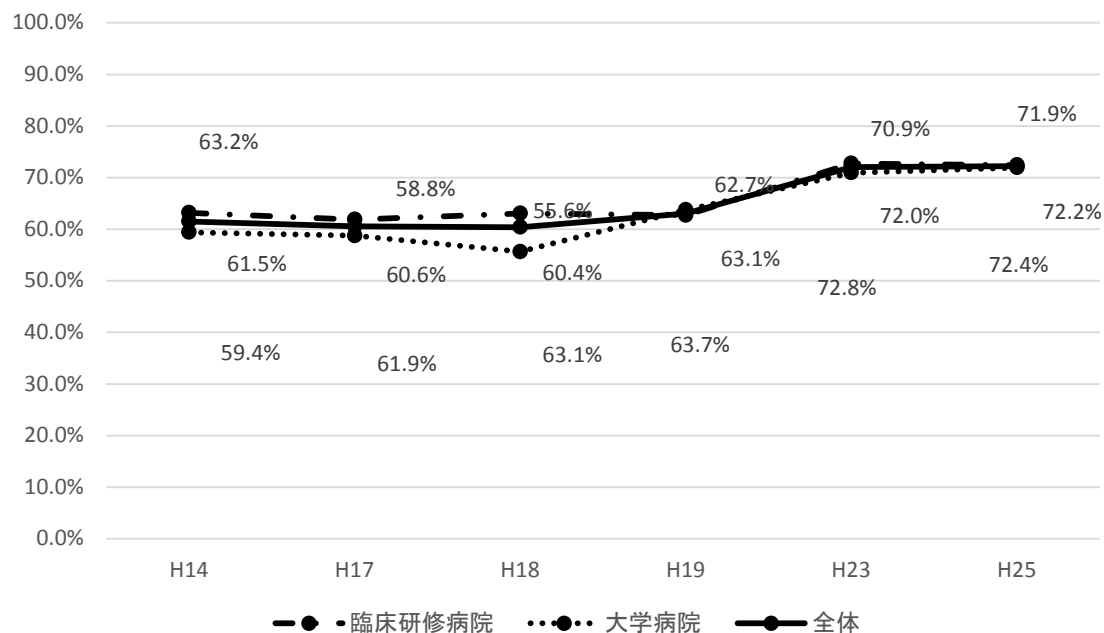


【カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる】

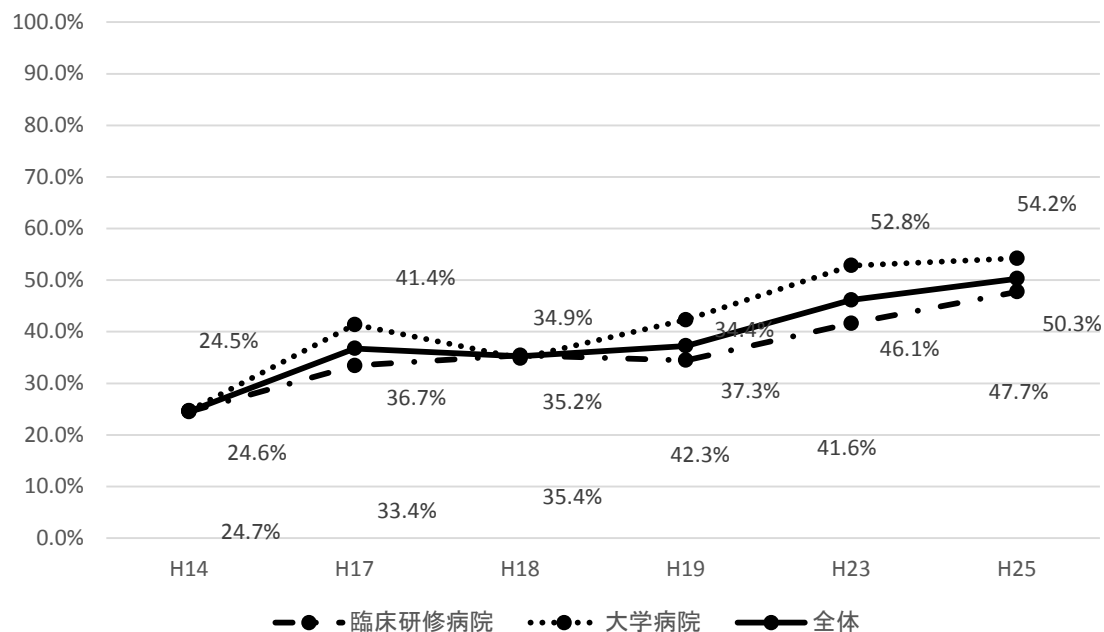




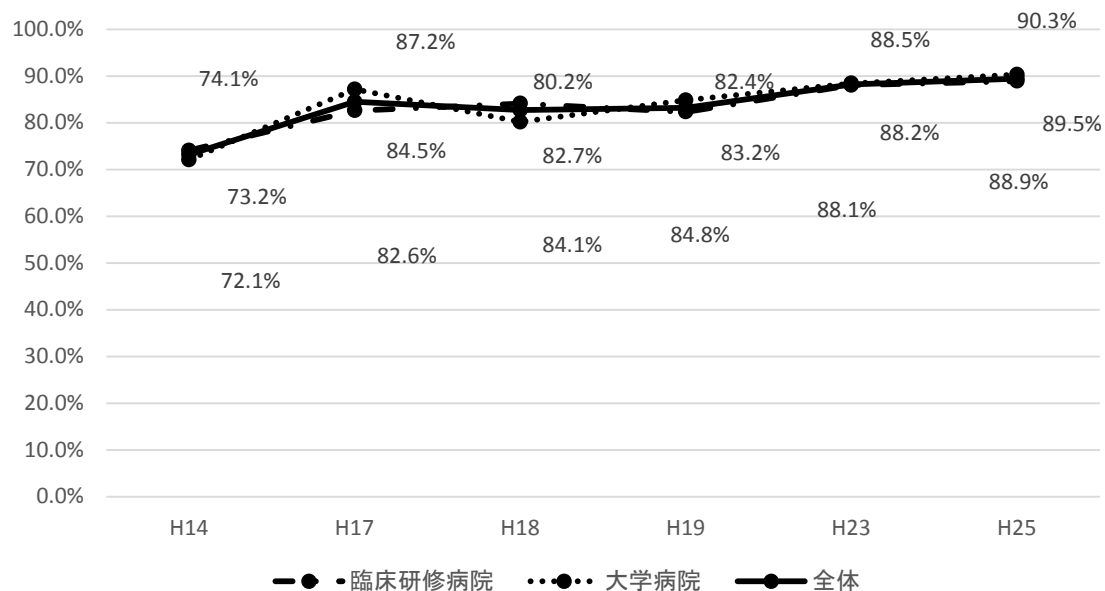
【学会で症例報告ができる】



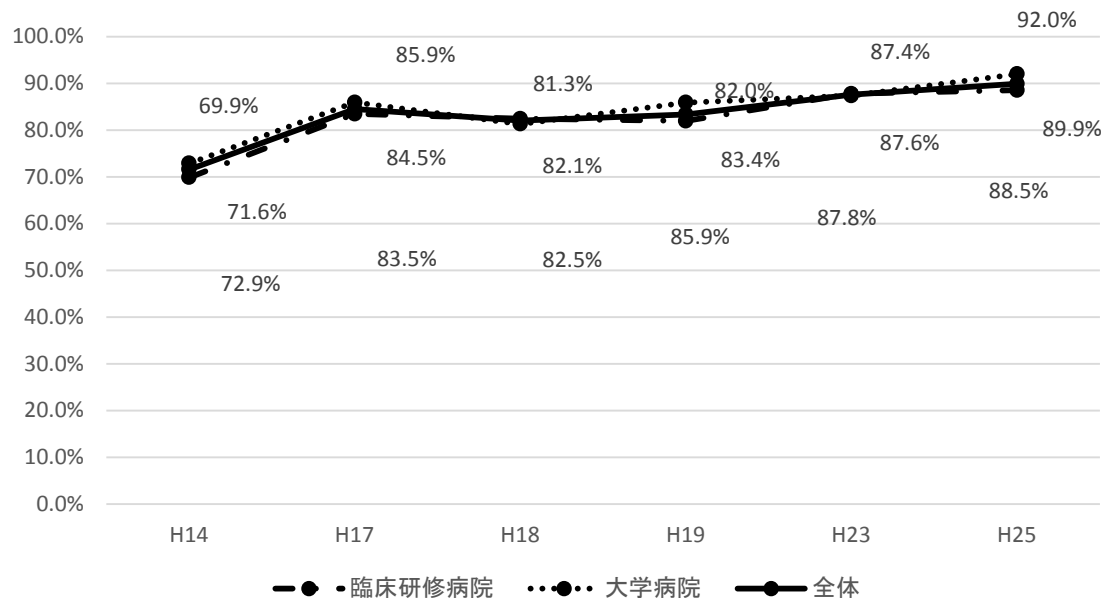
【データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる】



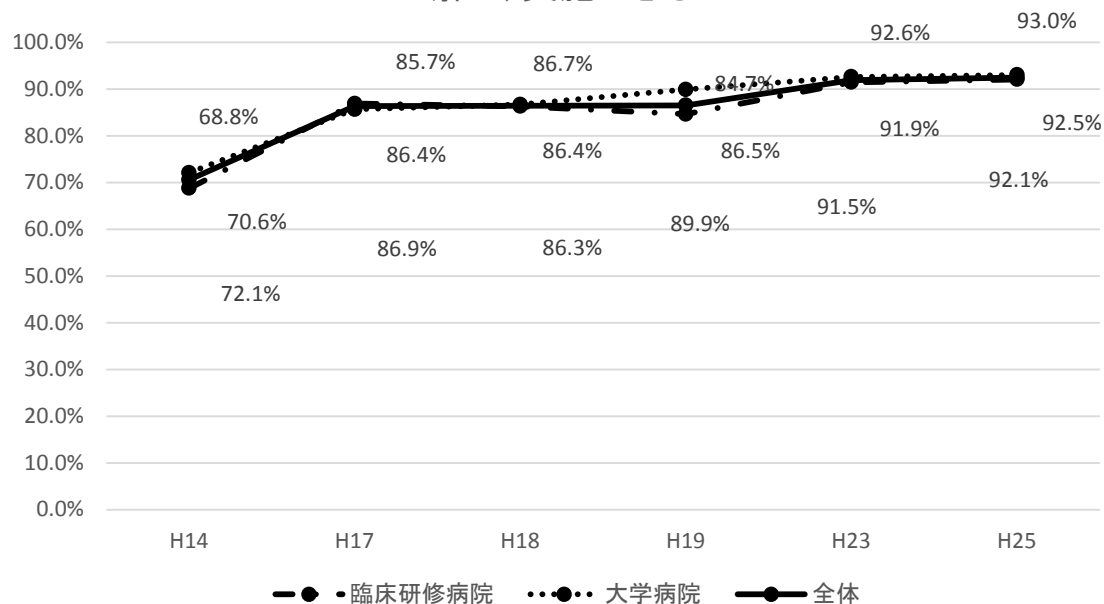
【医療上の安全確認の基本的な考え方を理解し、実施できる】



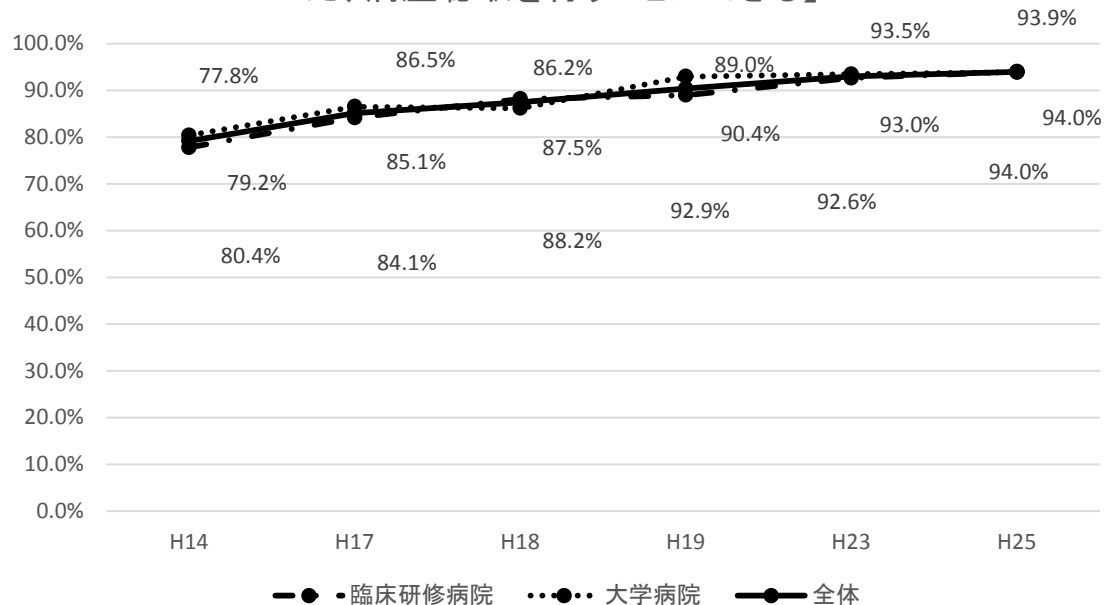
【医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる】



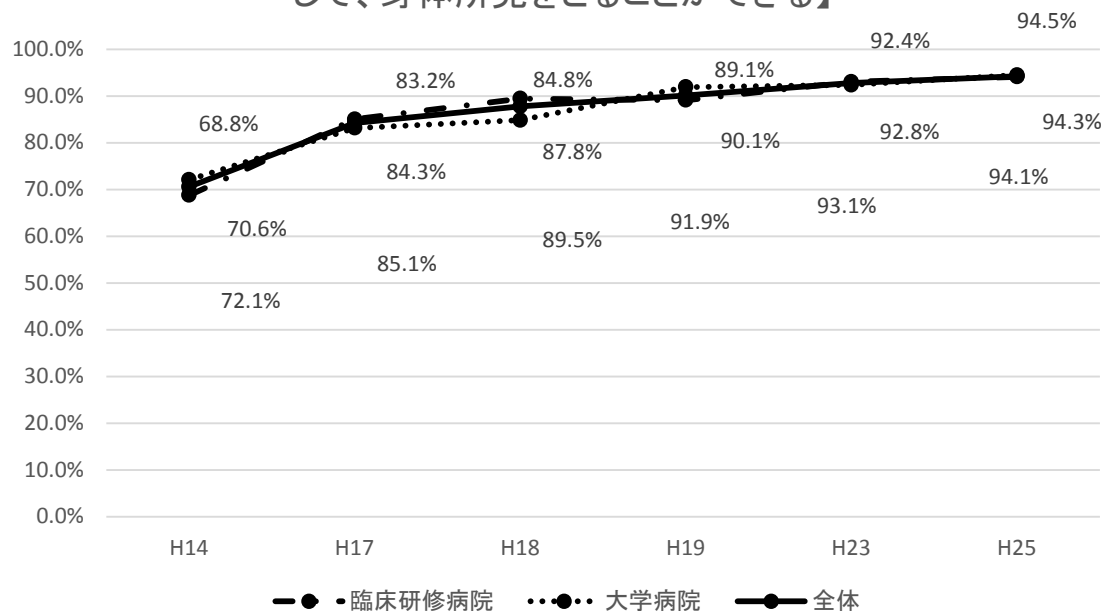
【院内感染対策(Standard Precautionsを含む)の基本を理解し、実施できる】



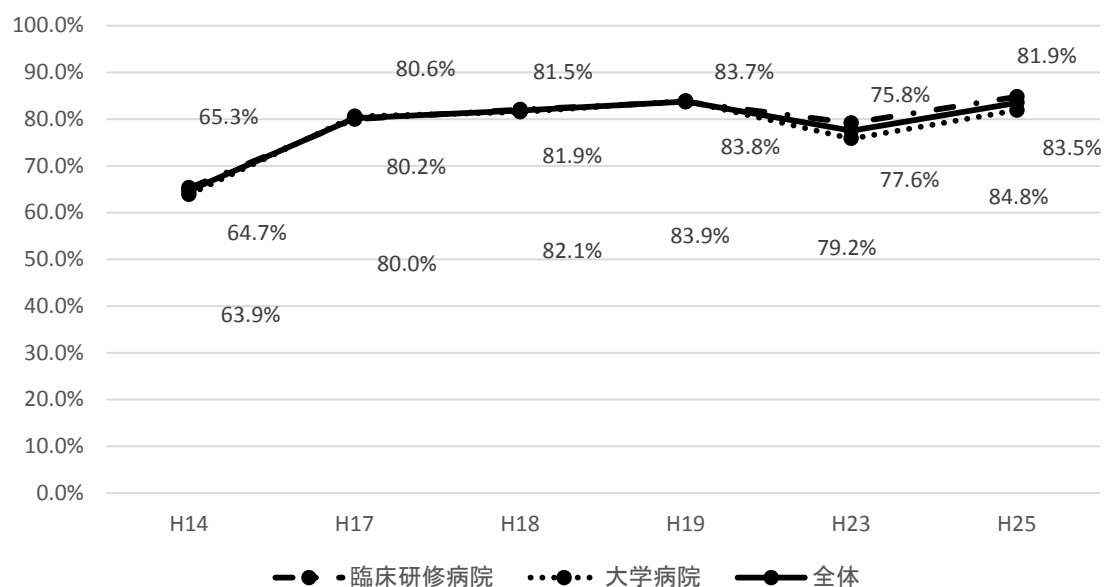
【高齢者の聴力・視力・認知面での障害の有無に配慮した、病歴聴取を行うことができる】



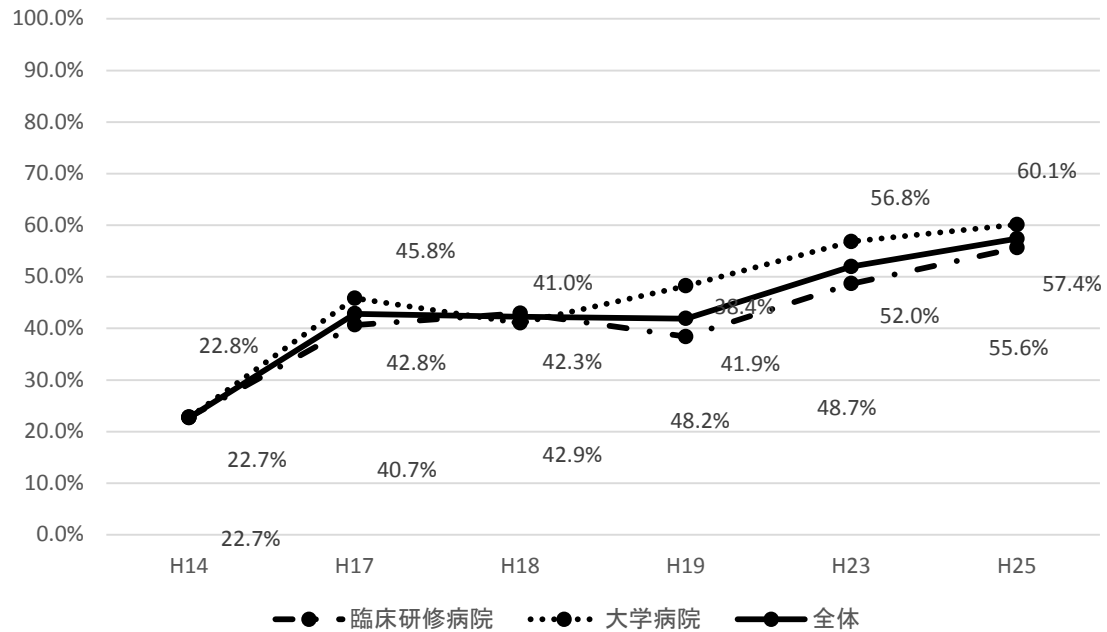
【高齢者の症状が非特異的、非典型的であることを理解して、身体所見をとることができる】



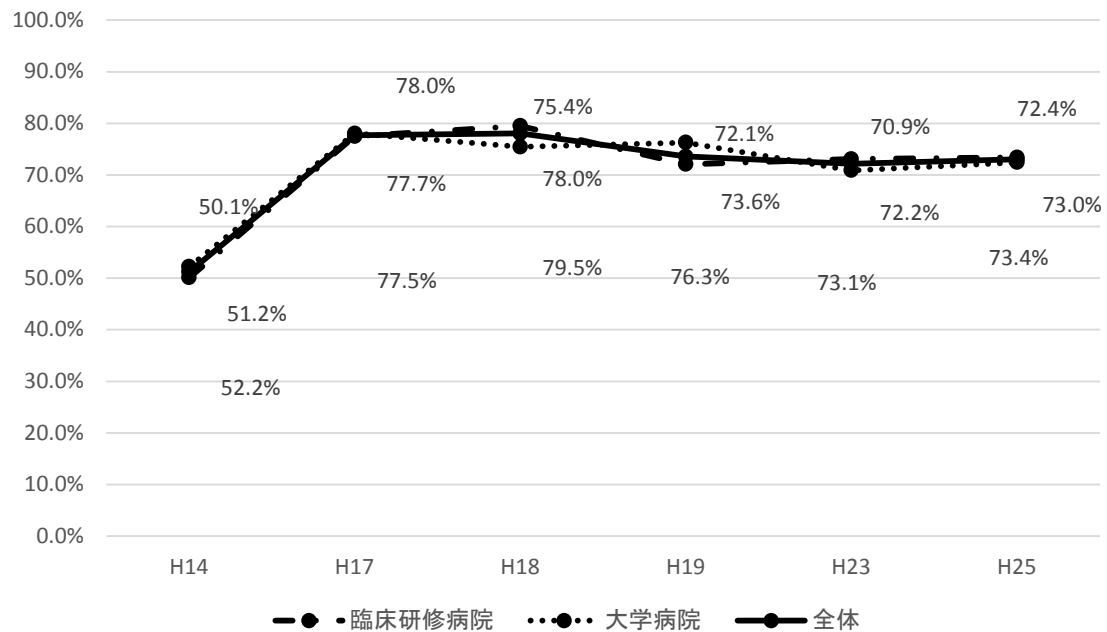
【高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治療法を提示することができる】



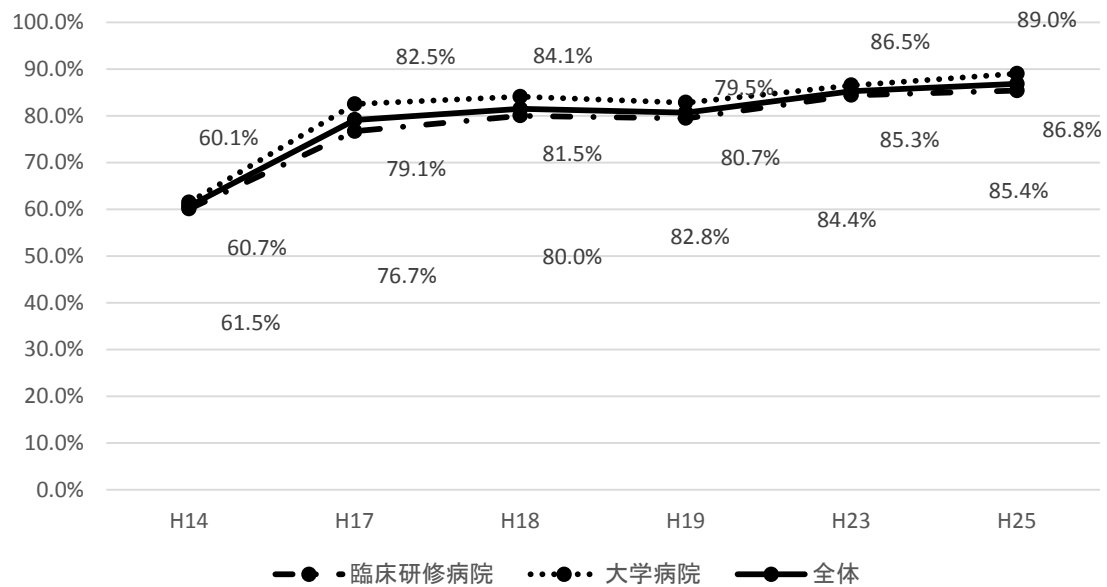
【小児の精神運動発達の異常を判断できる】



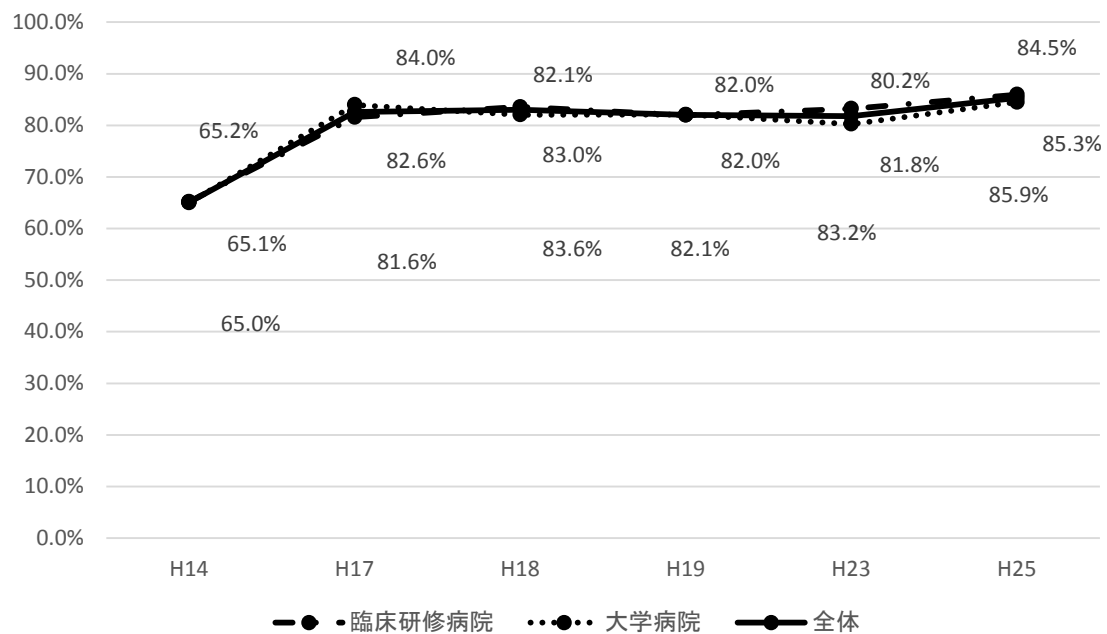
【小児の採血、点滴ができる】



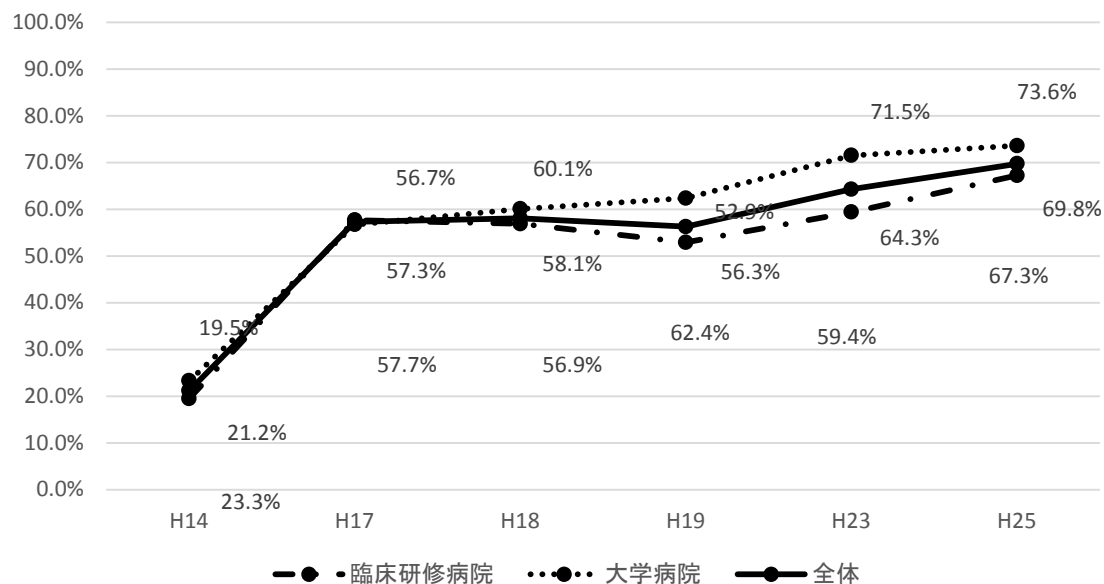
【患児の身体的苦痛のみならず、精神的ケアにも配慮できる】



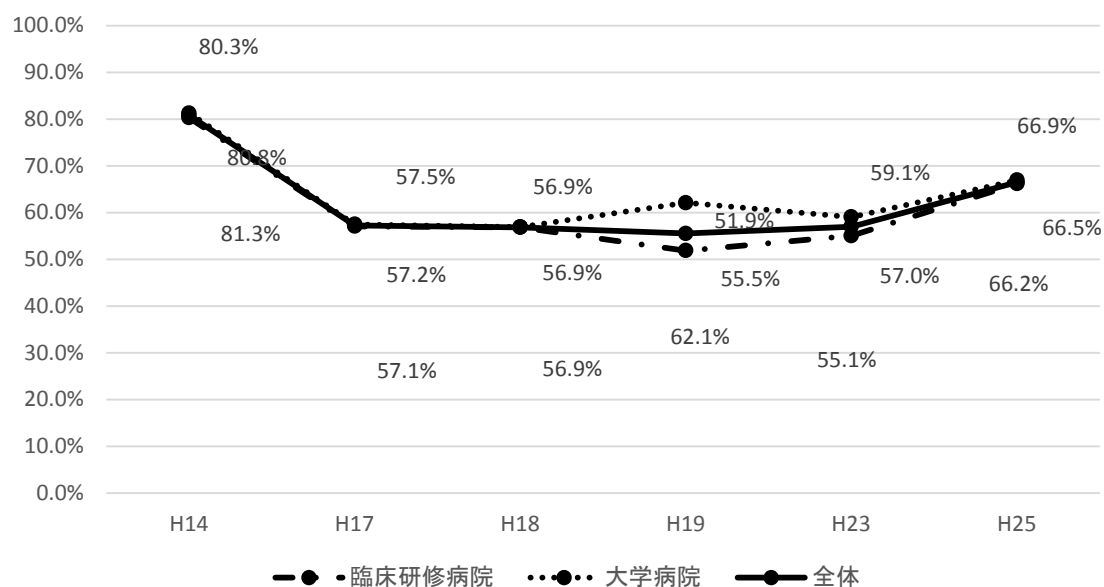
【患児の年齢や理解度に応じた説明ができる】



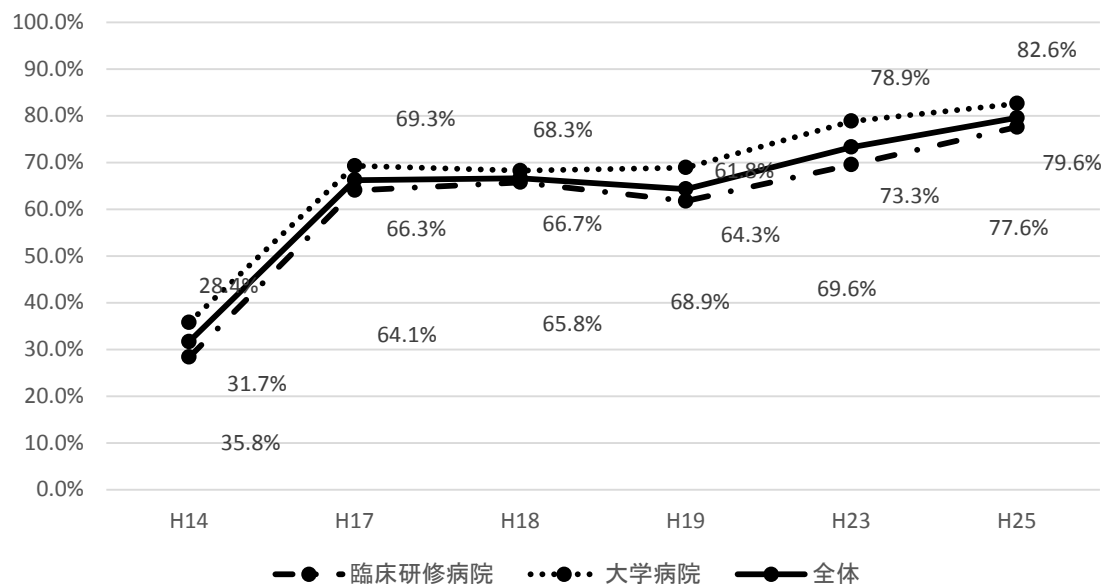
【代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる】



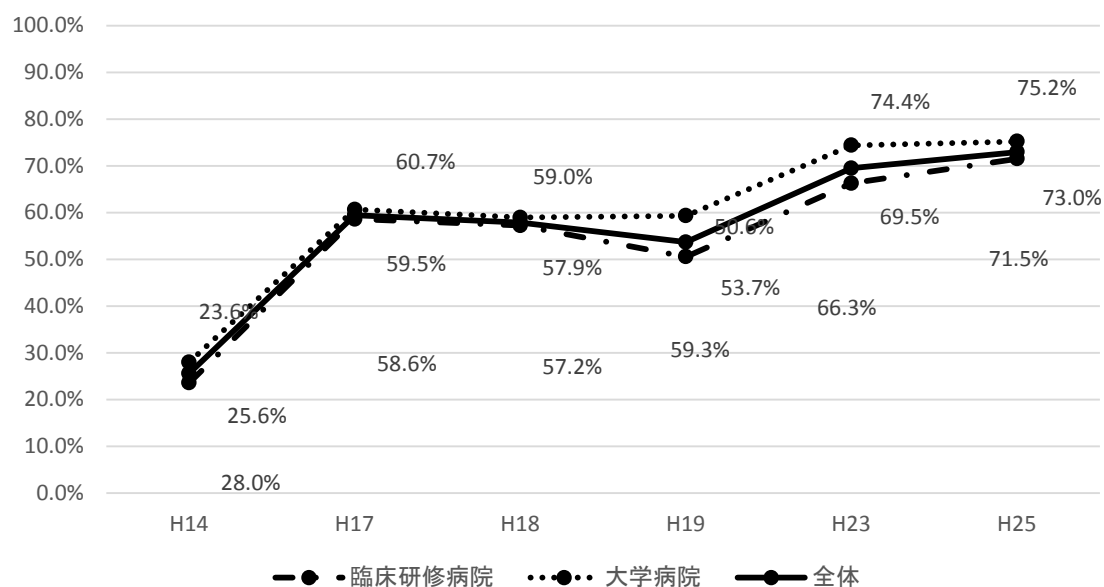
【精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる】

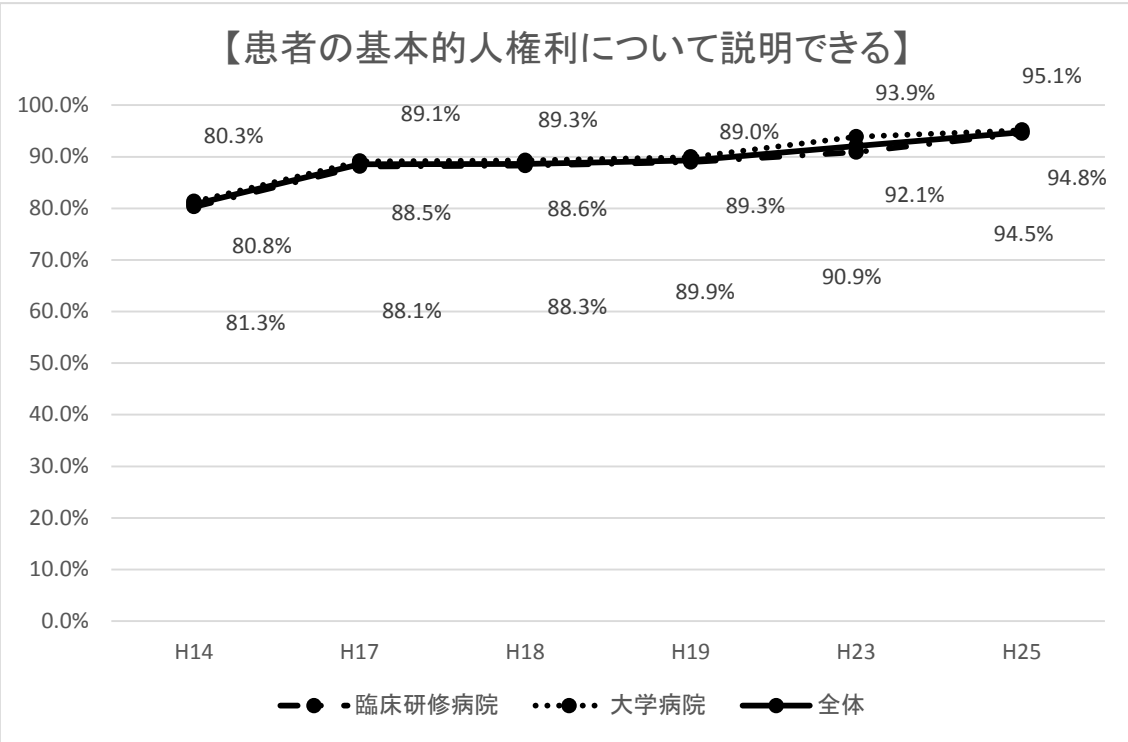
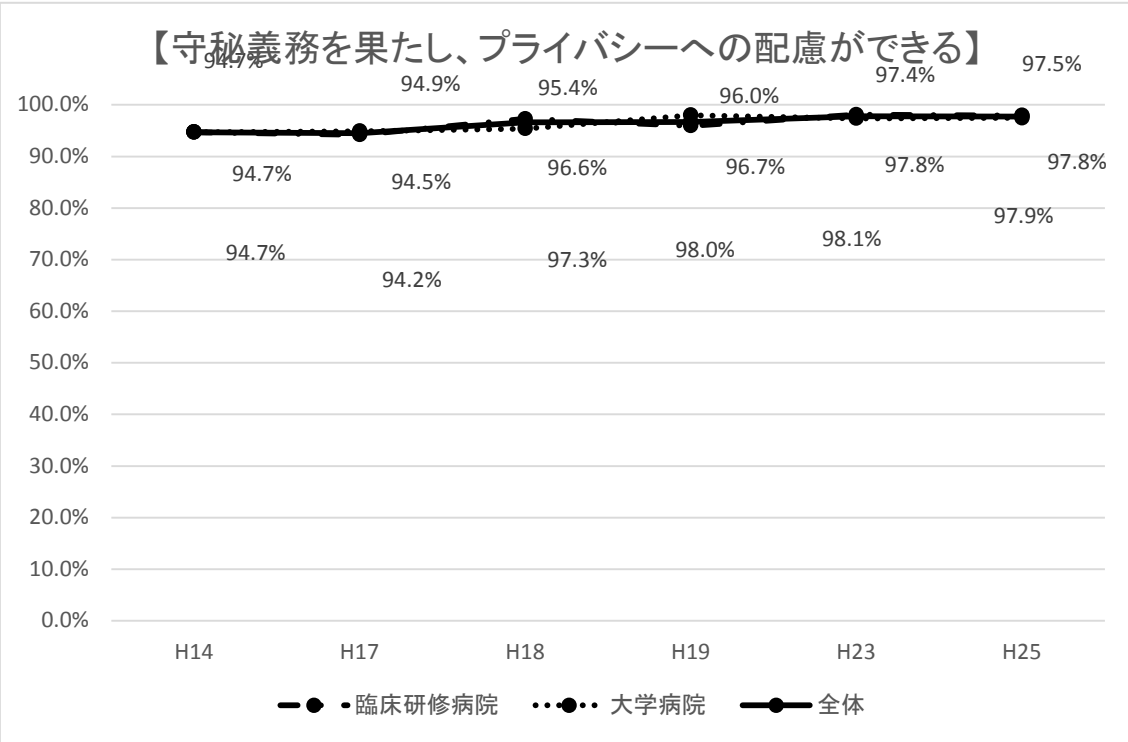


【精神科コ・メディカルスタッフ(PSW等)の業務を理解し、
連携してケアを行うことができる】

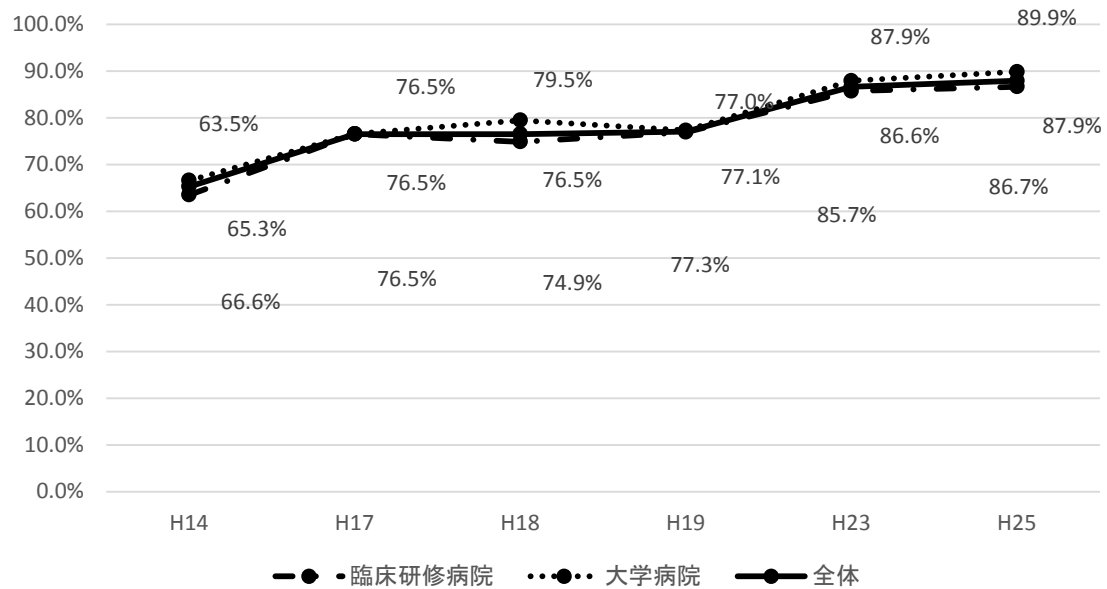


【地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する
知識を持ち、適切な連携をとることができる】

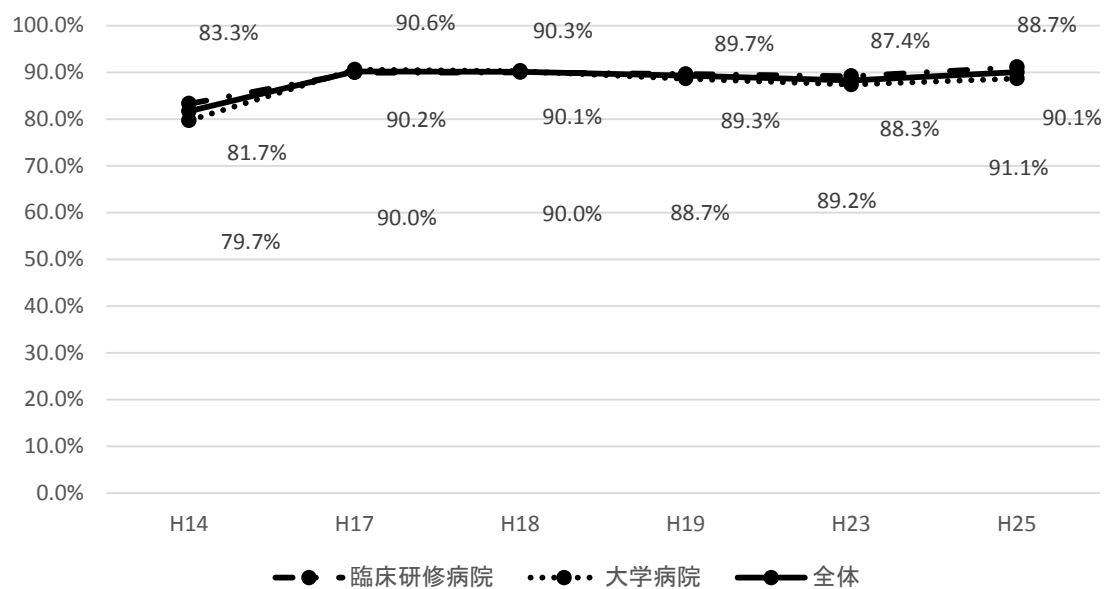




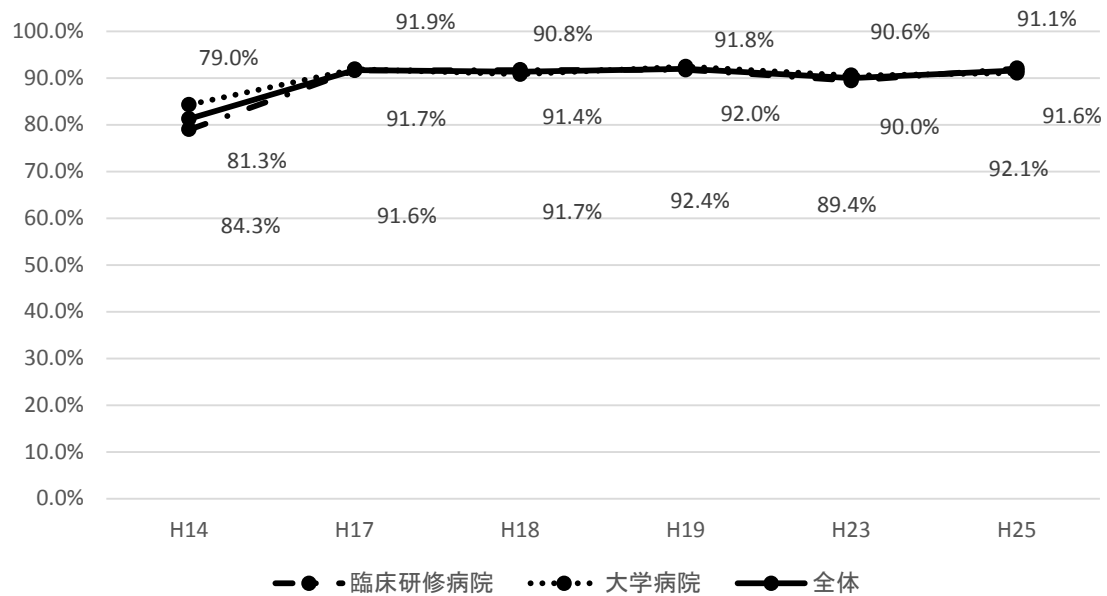
【自己決定できない患者での代理決定について判断できる】



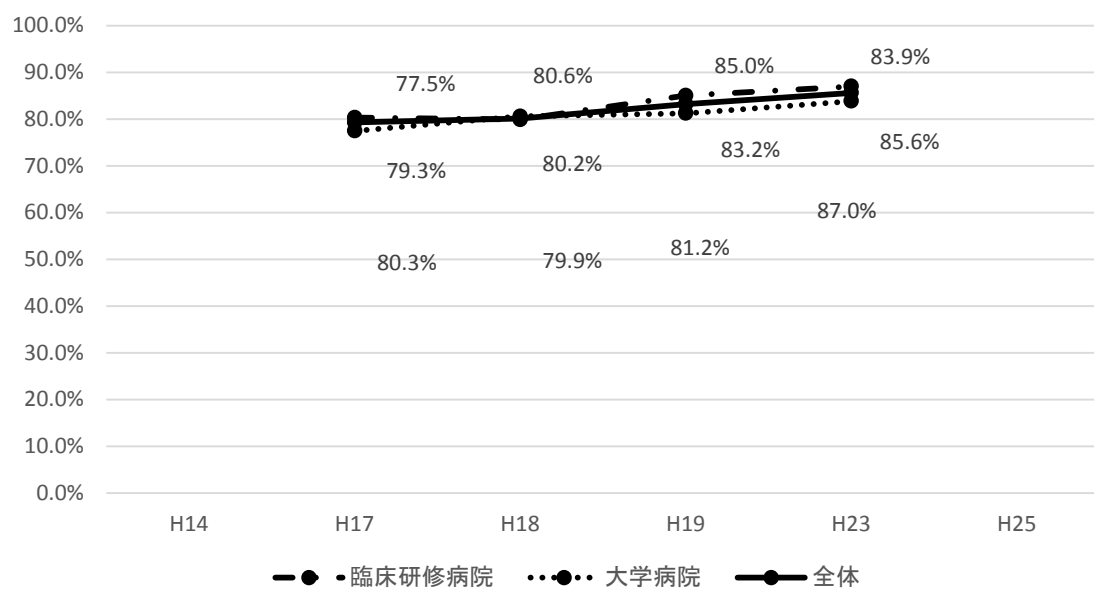
【診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む)を作成できる】



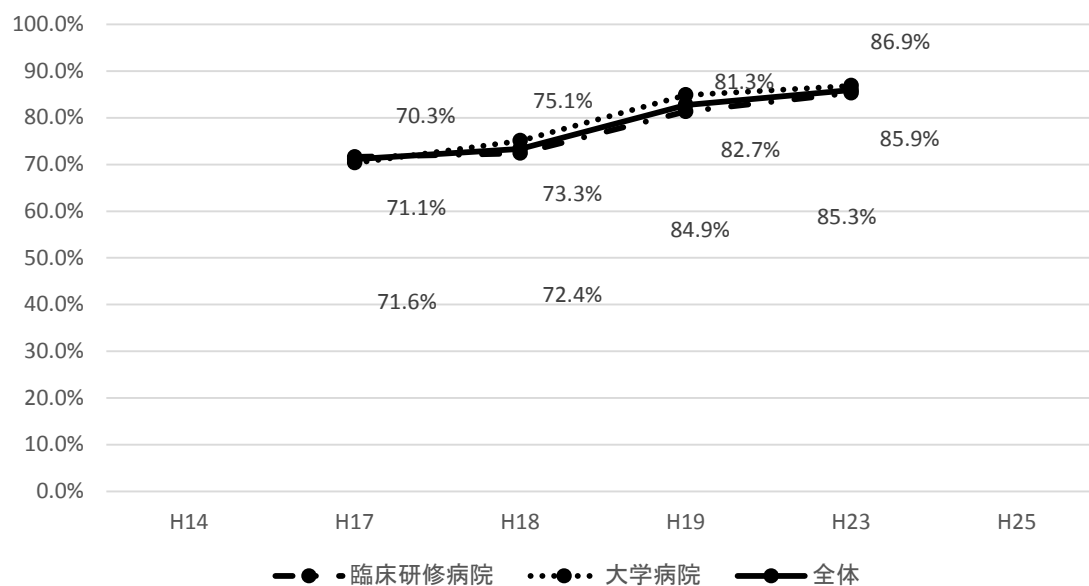
【診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる】



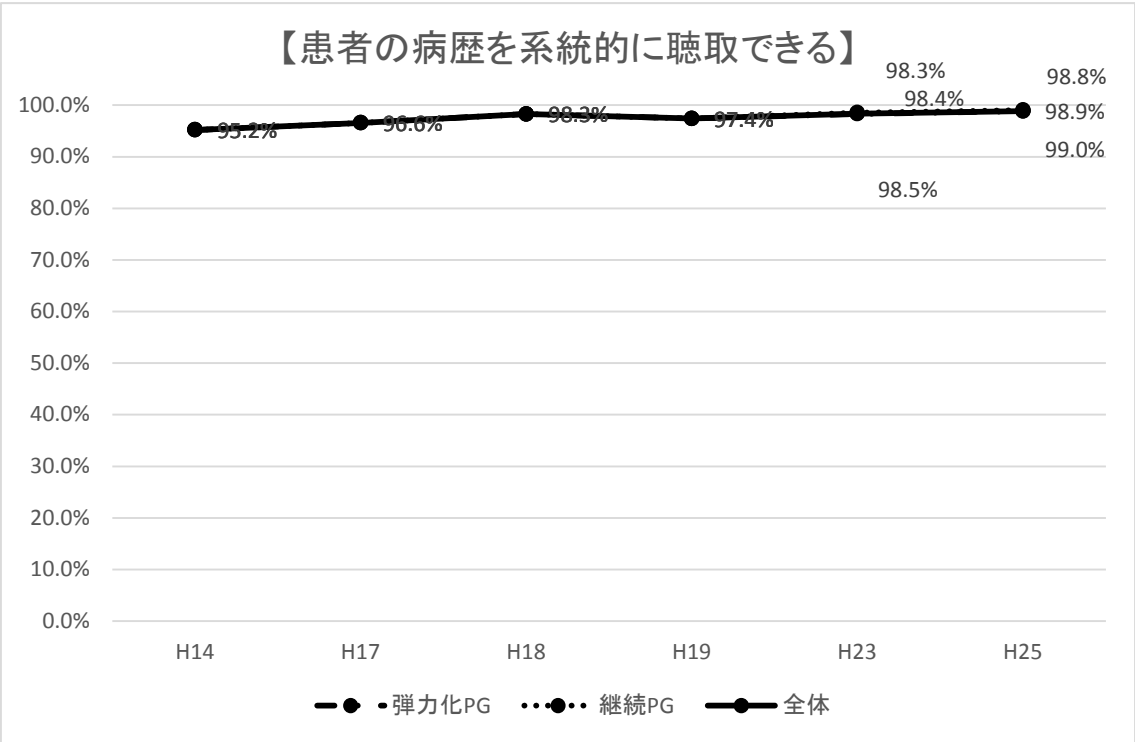
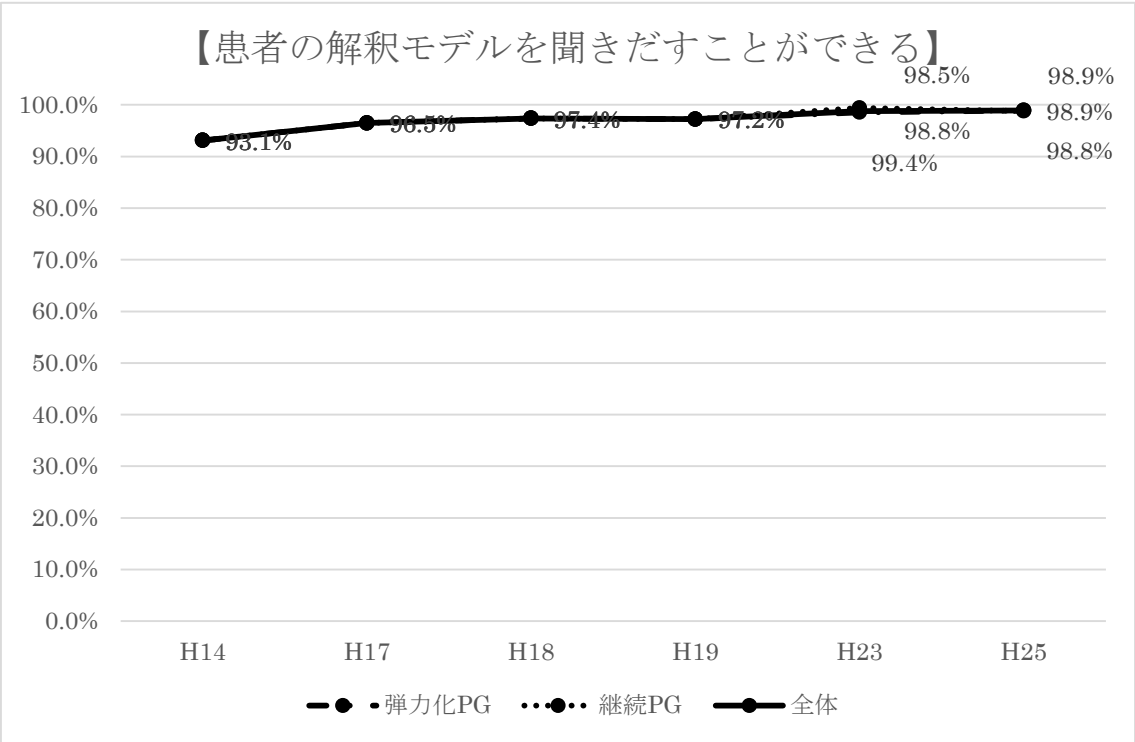
【基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる】



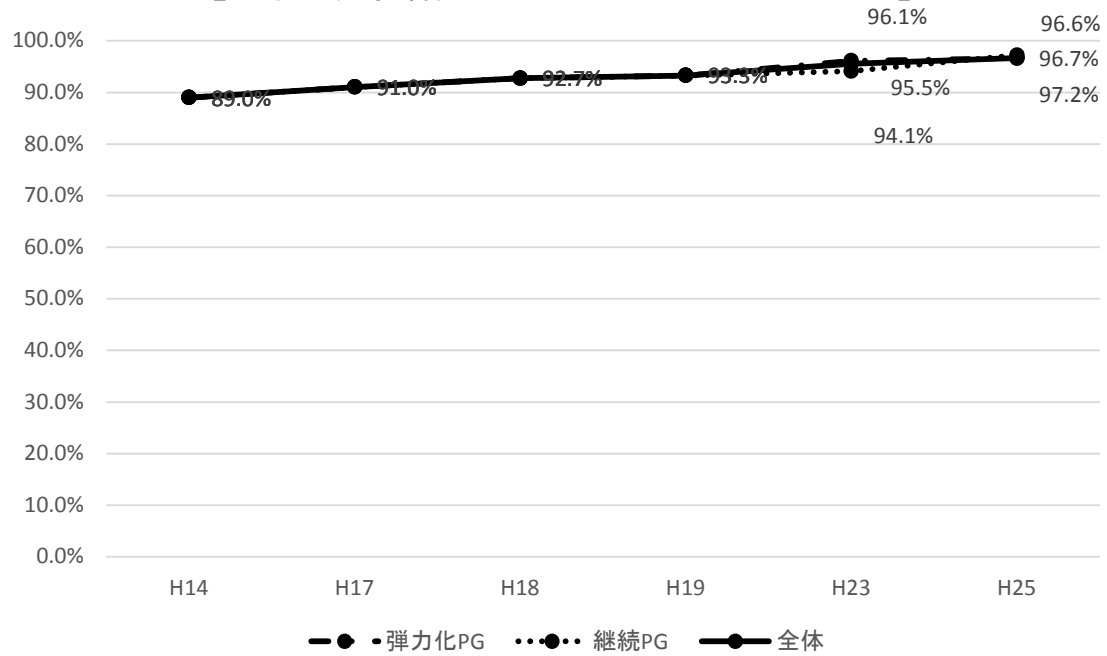
【医療人として必要な姿勢・態度について後輩のロールモデルになることができる】



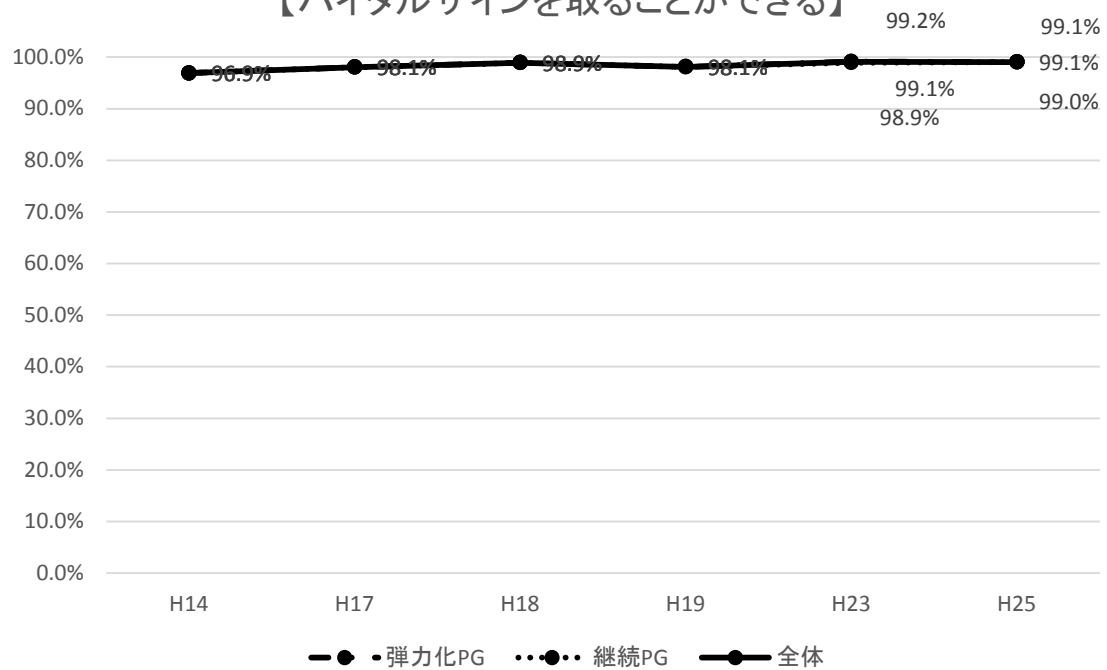
基本的臨床知識・技術・態度：「自信を持ってできる」「できる」の割合



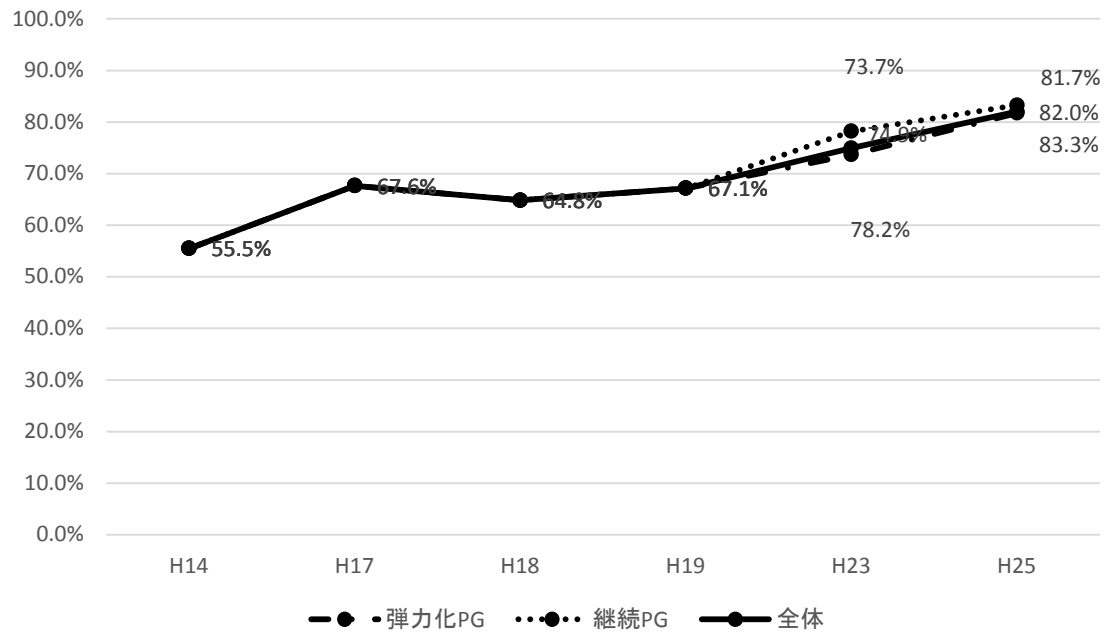
【患者と非言語的コミュニケーションができる】



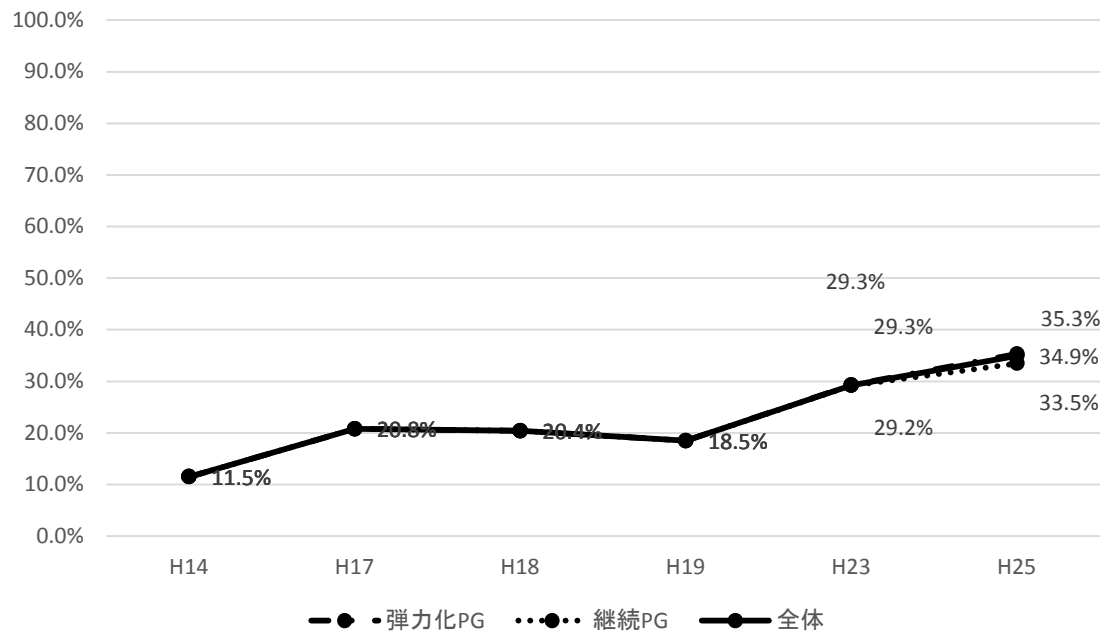
【バイタルサインを取ることができる】



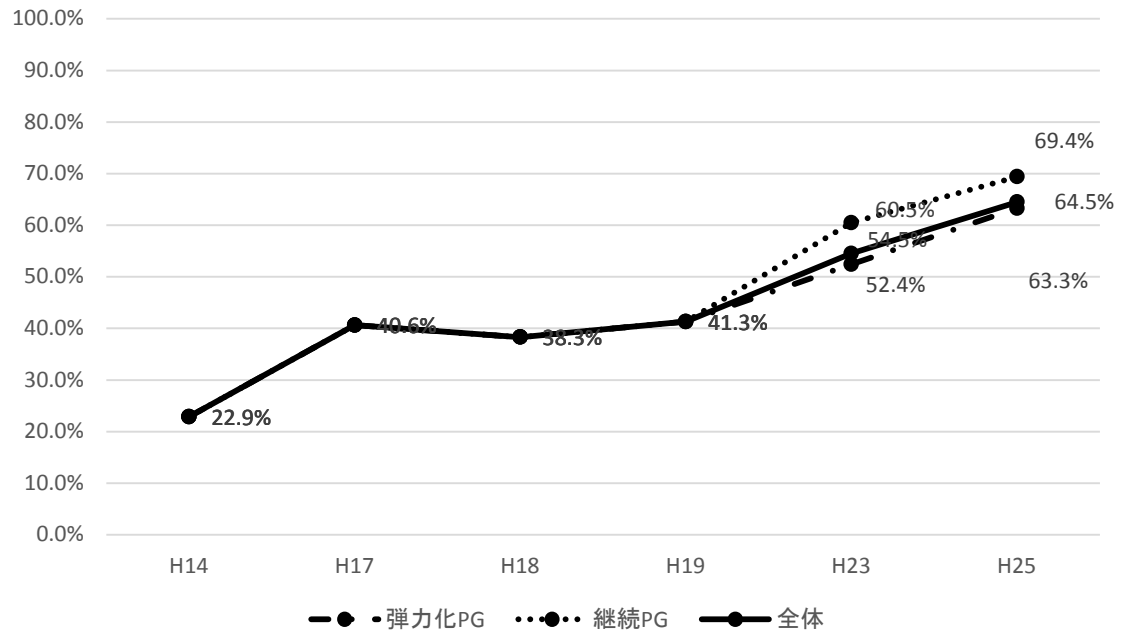
【皮膚の所見を記述できる】



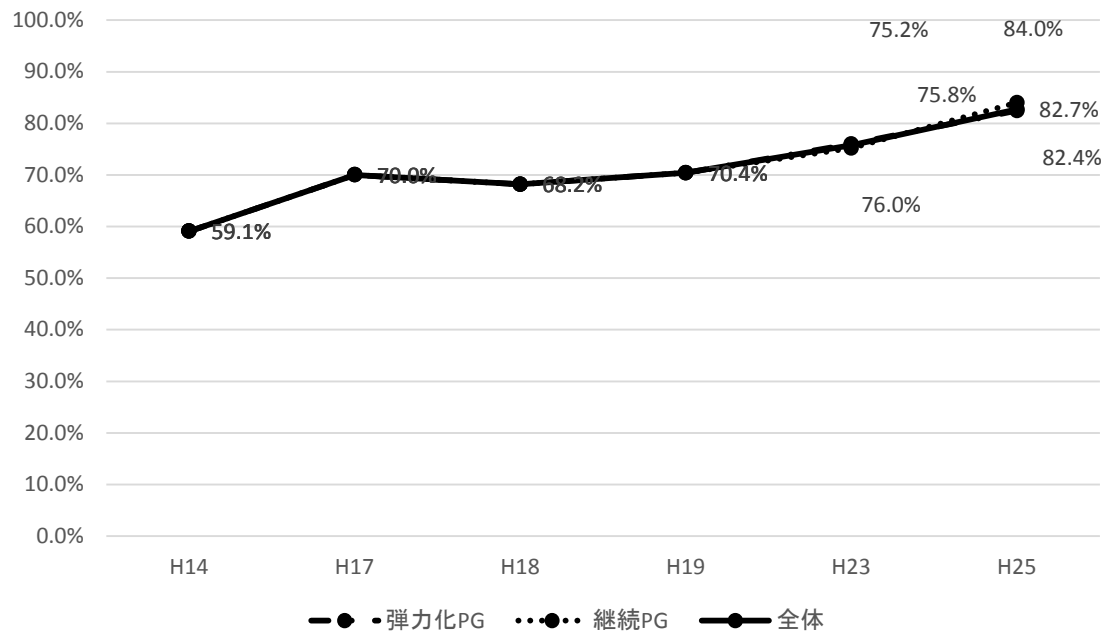
【眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる】

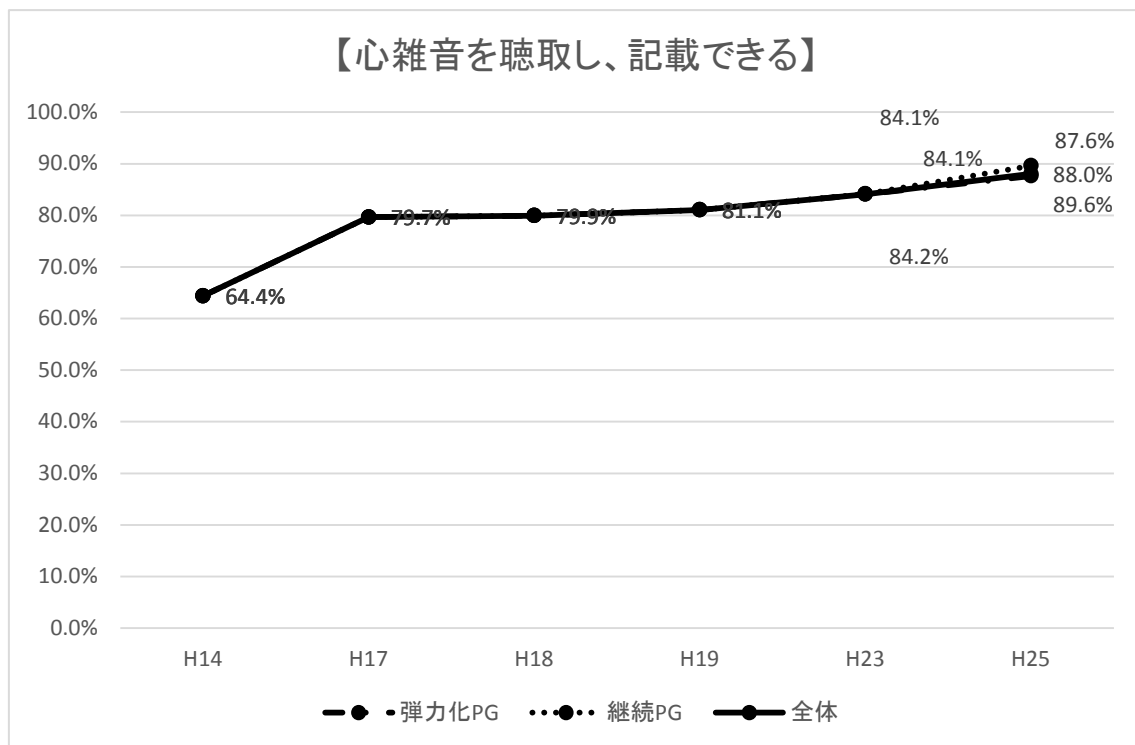
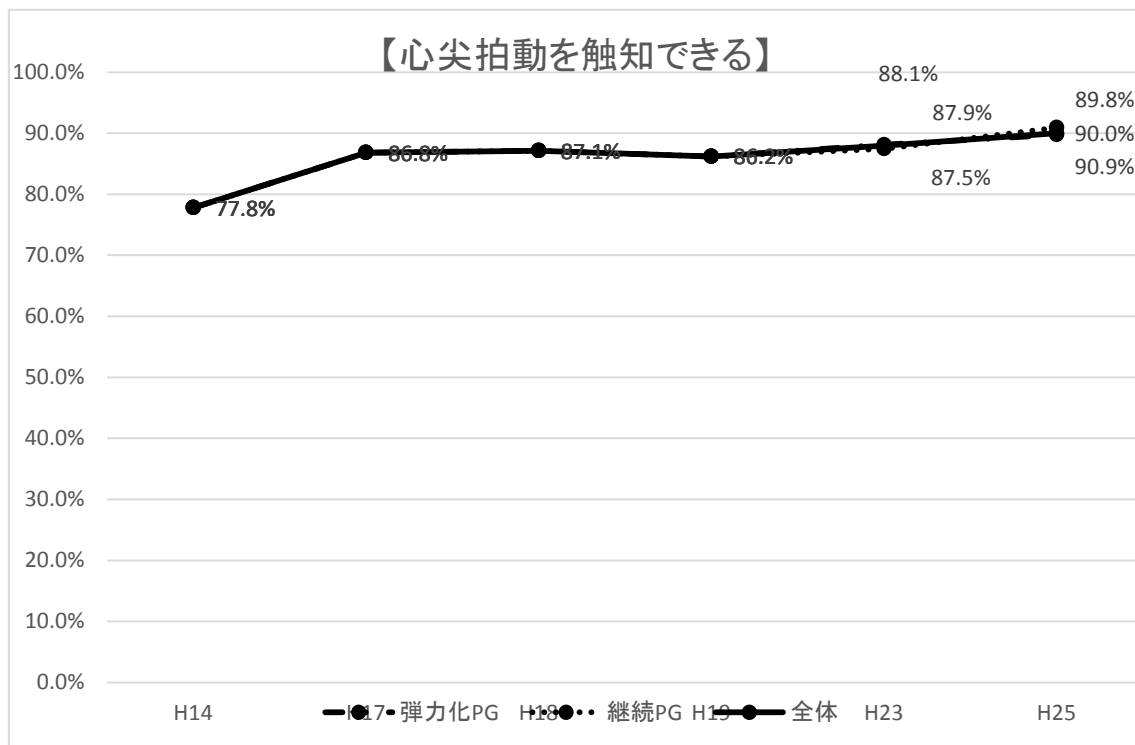


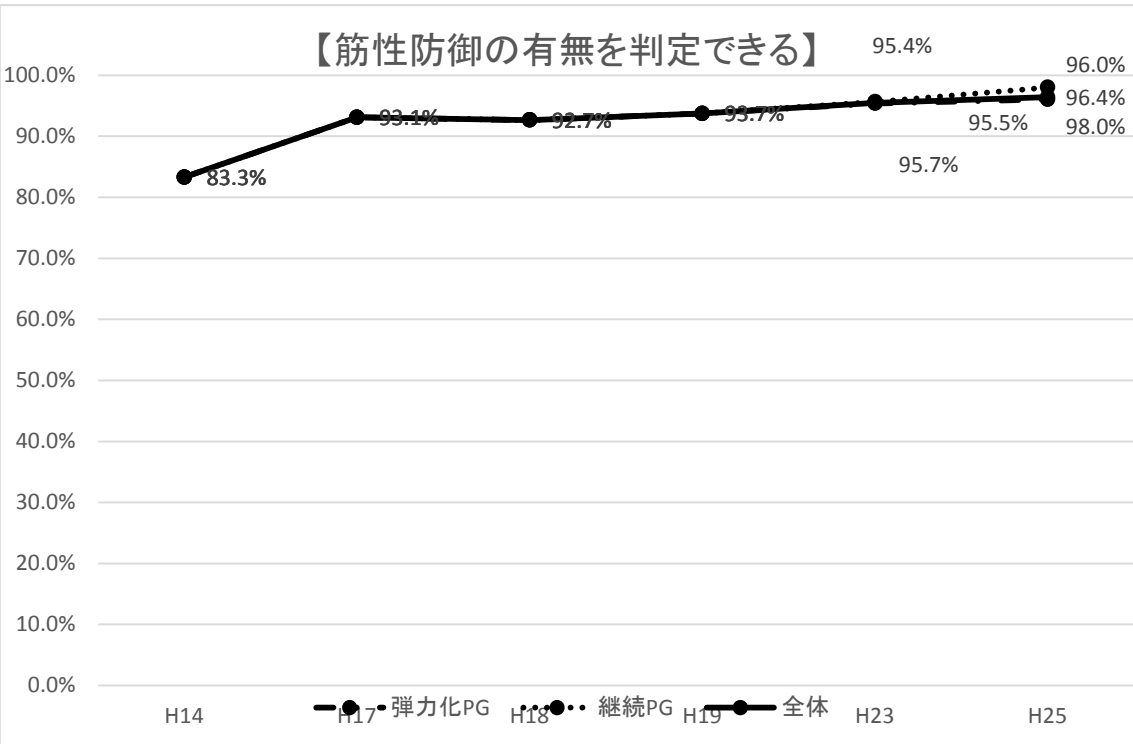
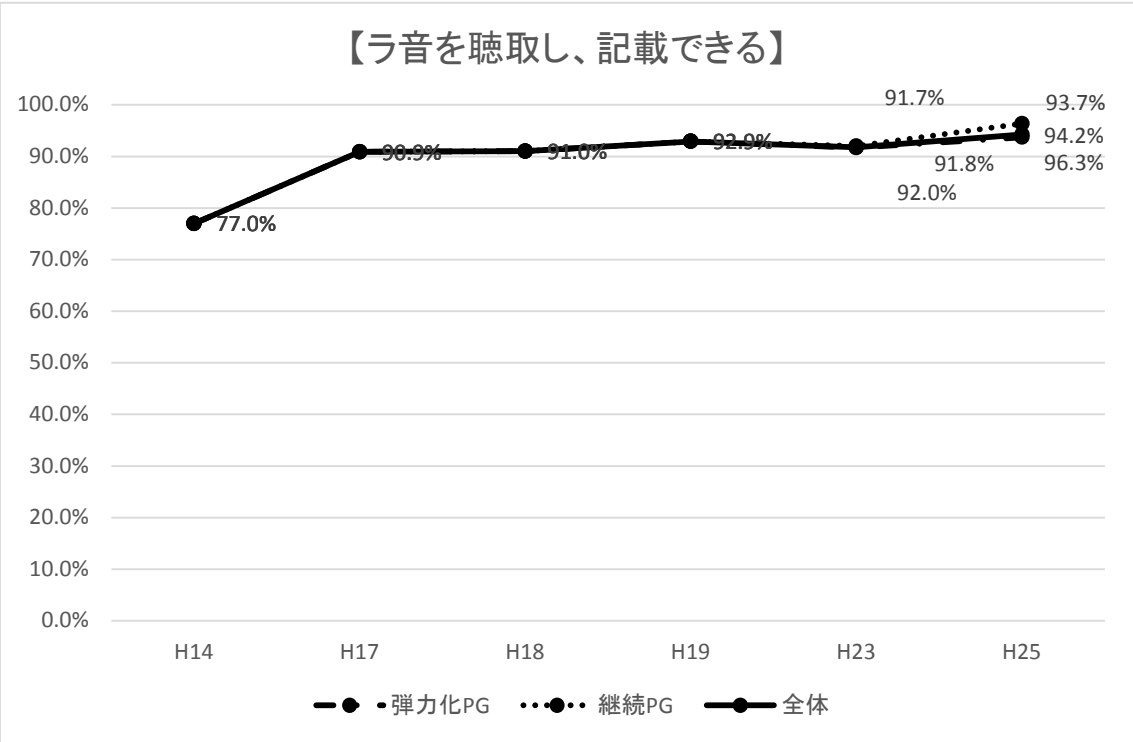
【鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる】



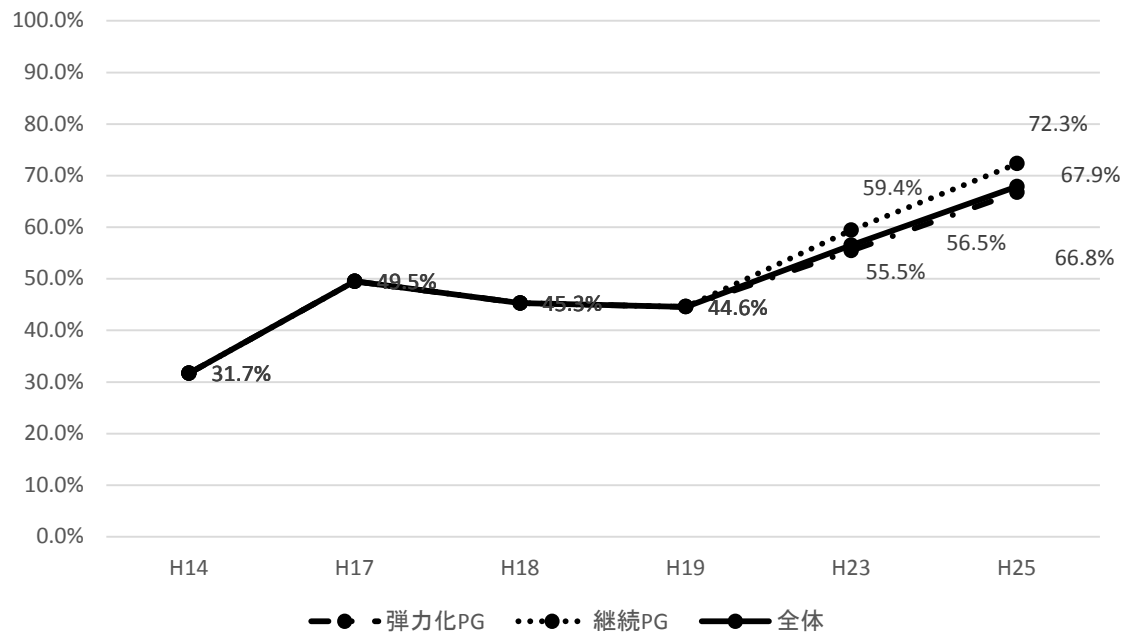
【甲状腺の触診ができる】



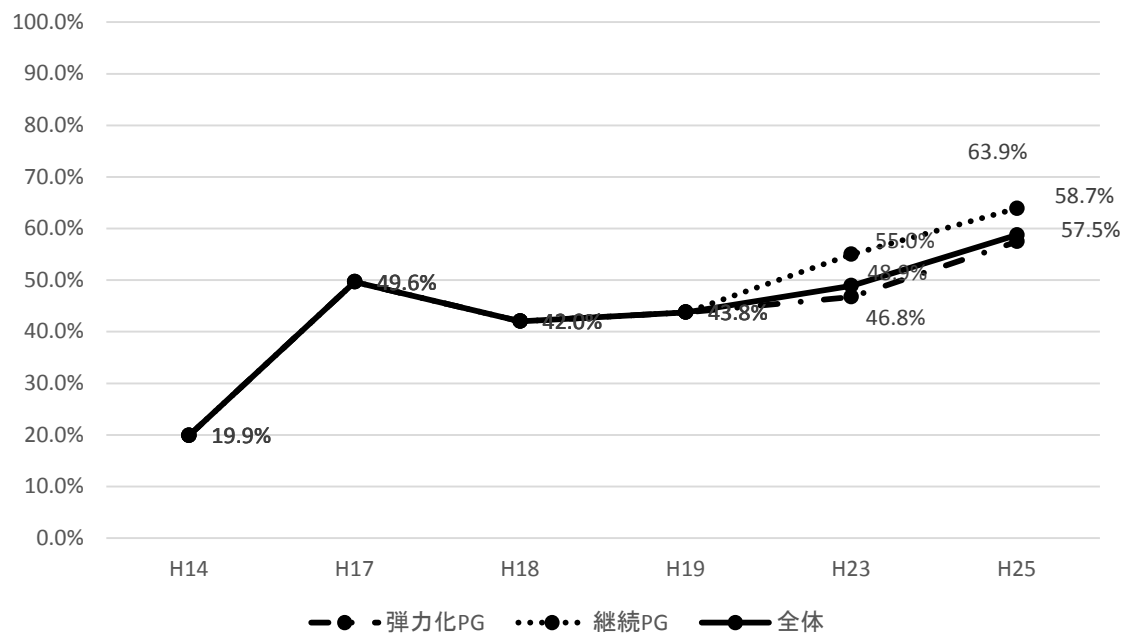




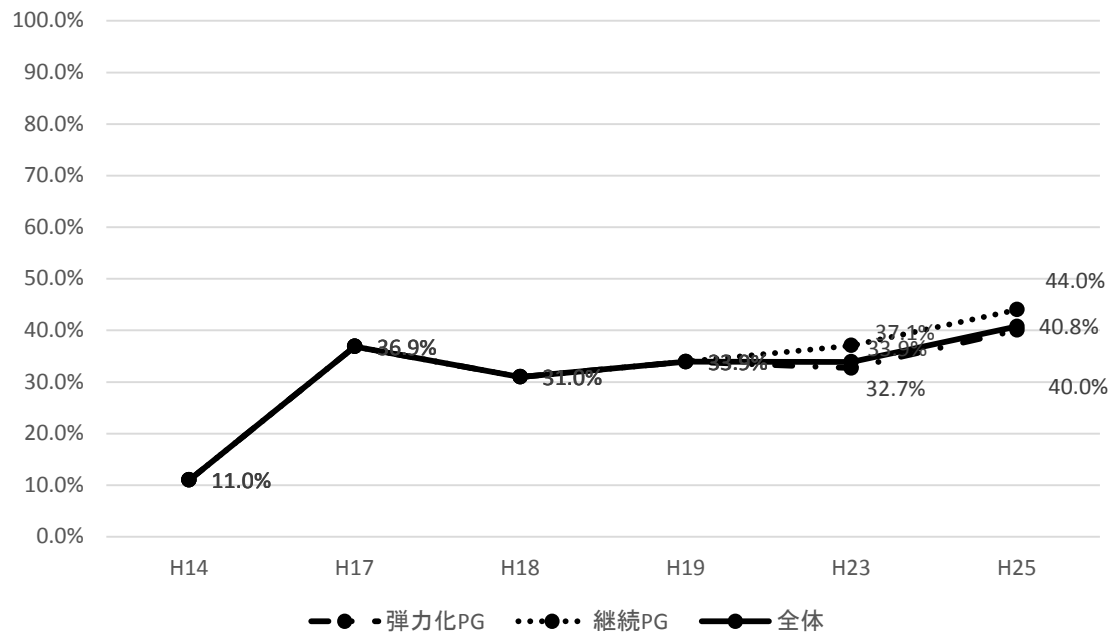
【直腸診で前立腺の異常を判断できる】



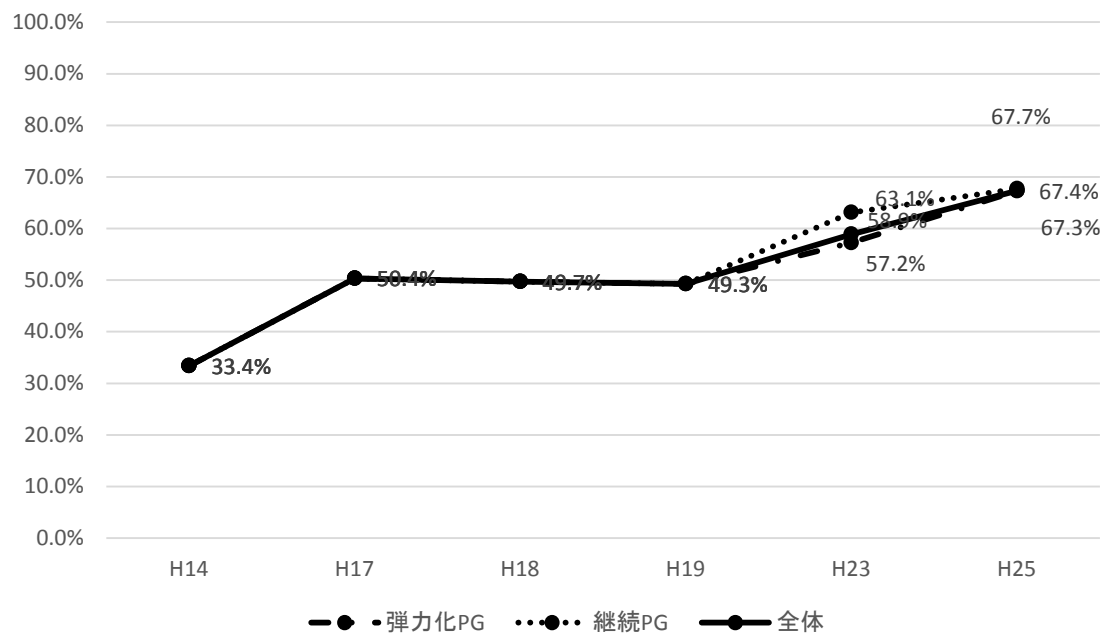
【妊娠の初期兆候を把握できる】



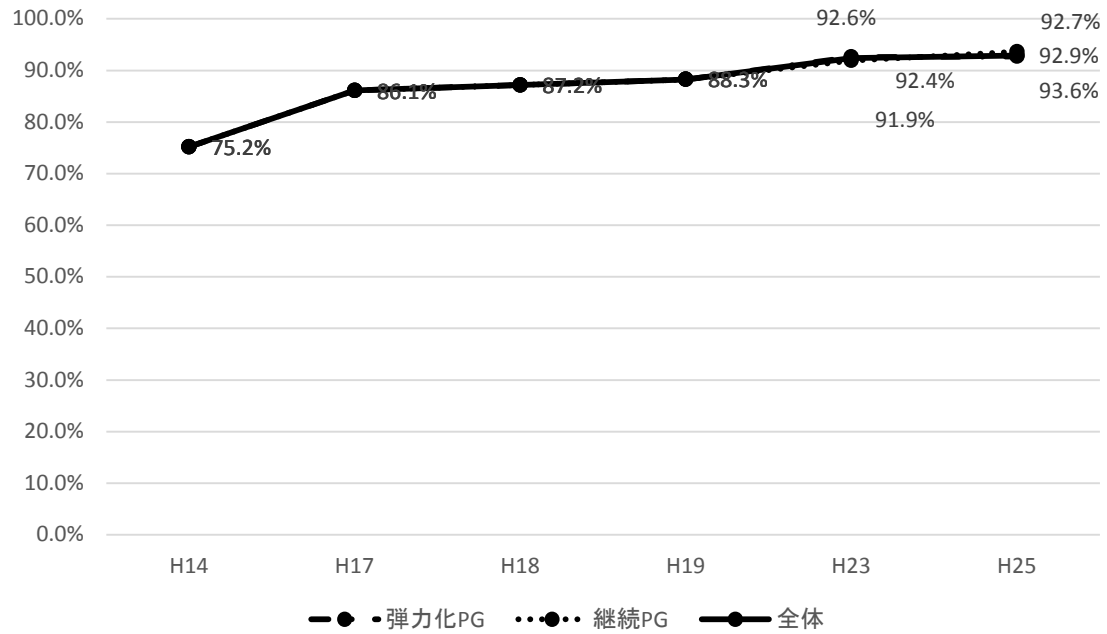
【双手診により女性附属器の腫脹を触知できる】



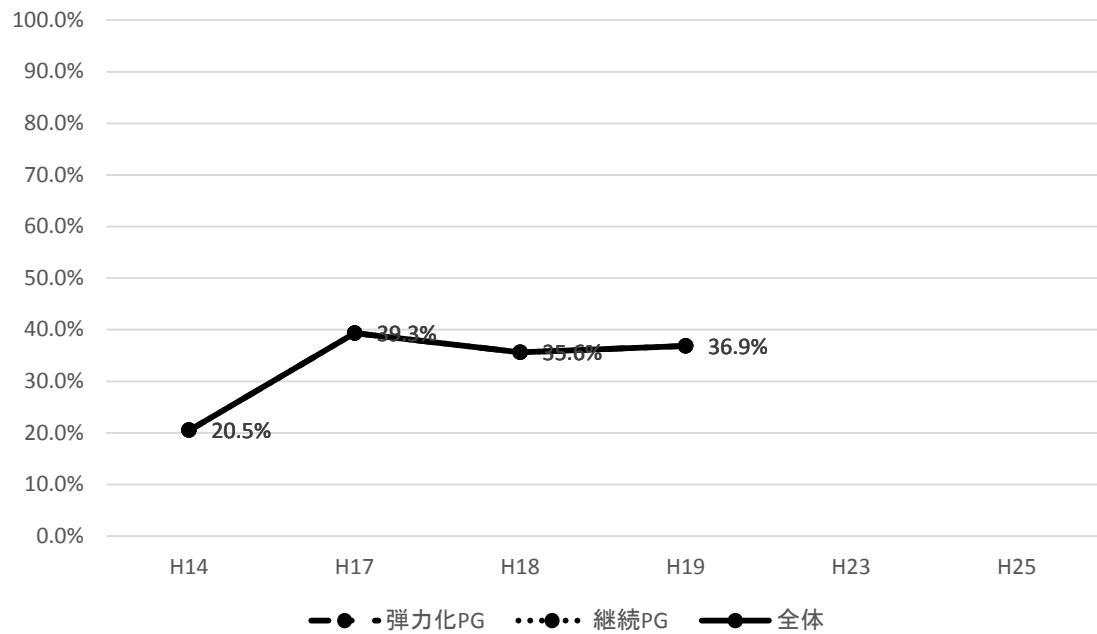
【関節可動域を検査できる】



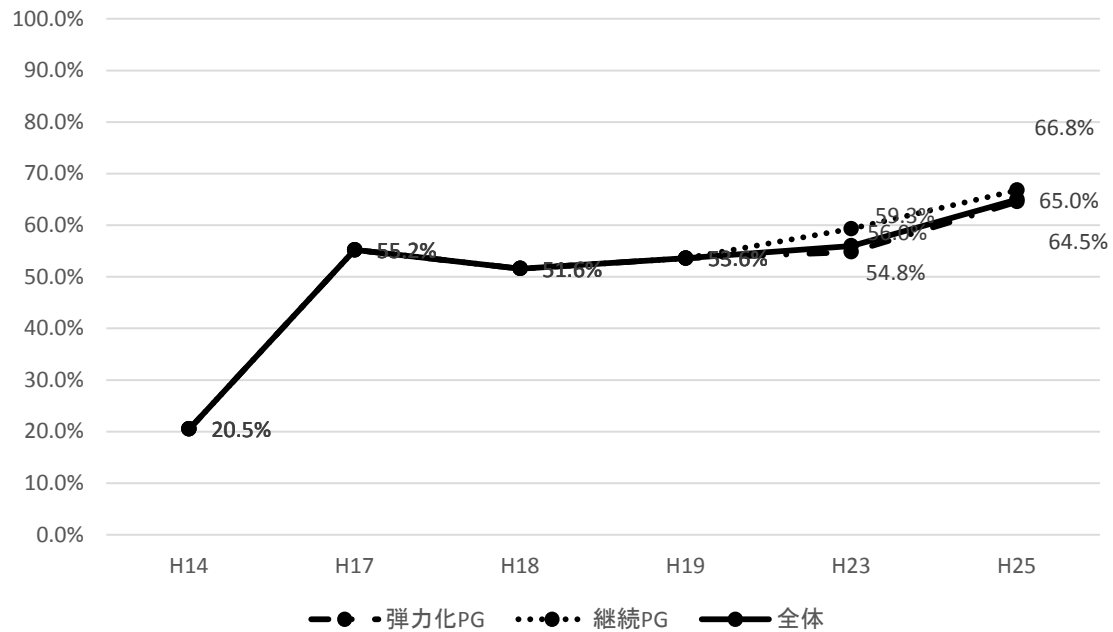
【髄膜刺激所見をとることができる】



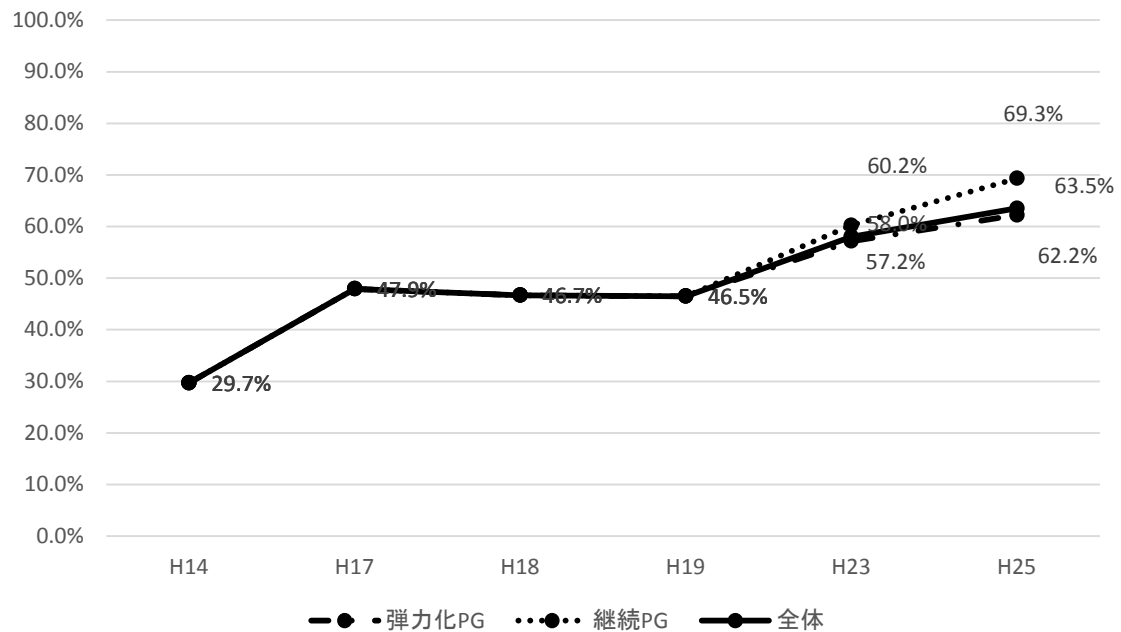
【小児の精神運動発達の異常を判断できる】



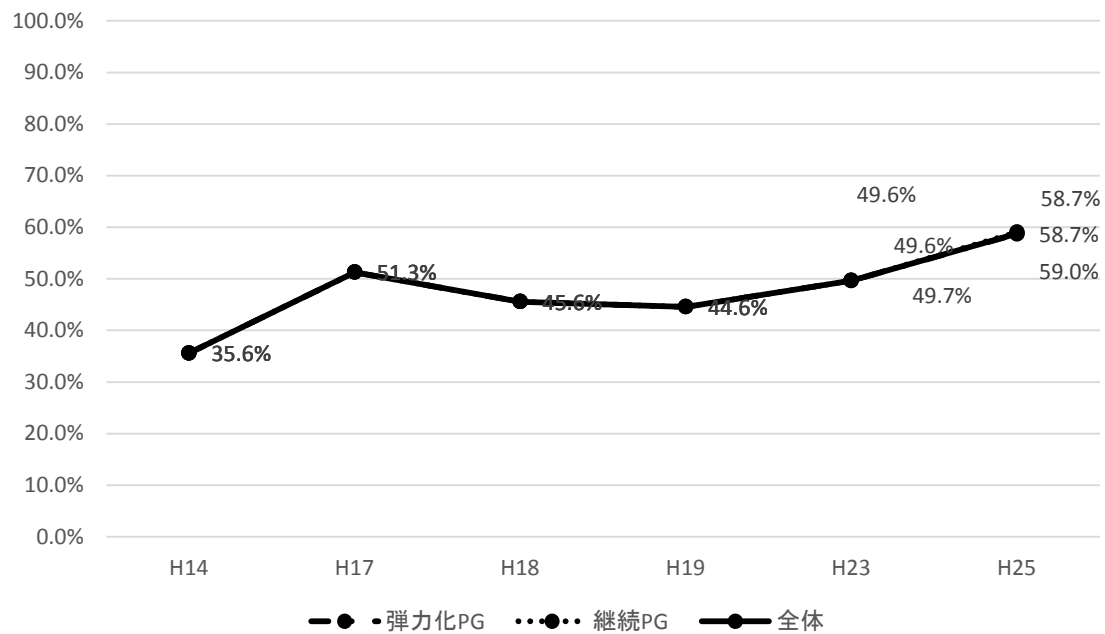
【うつ病の診断基準を述べることができる】



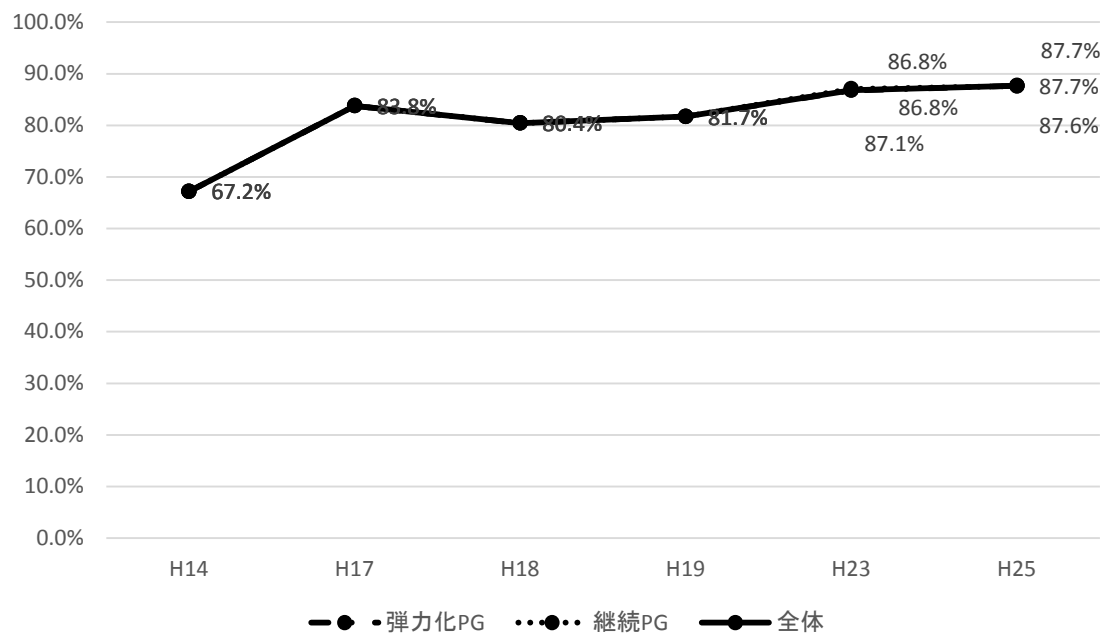
【骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる】



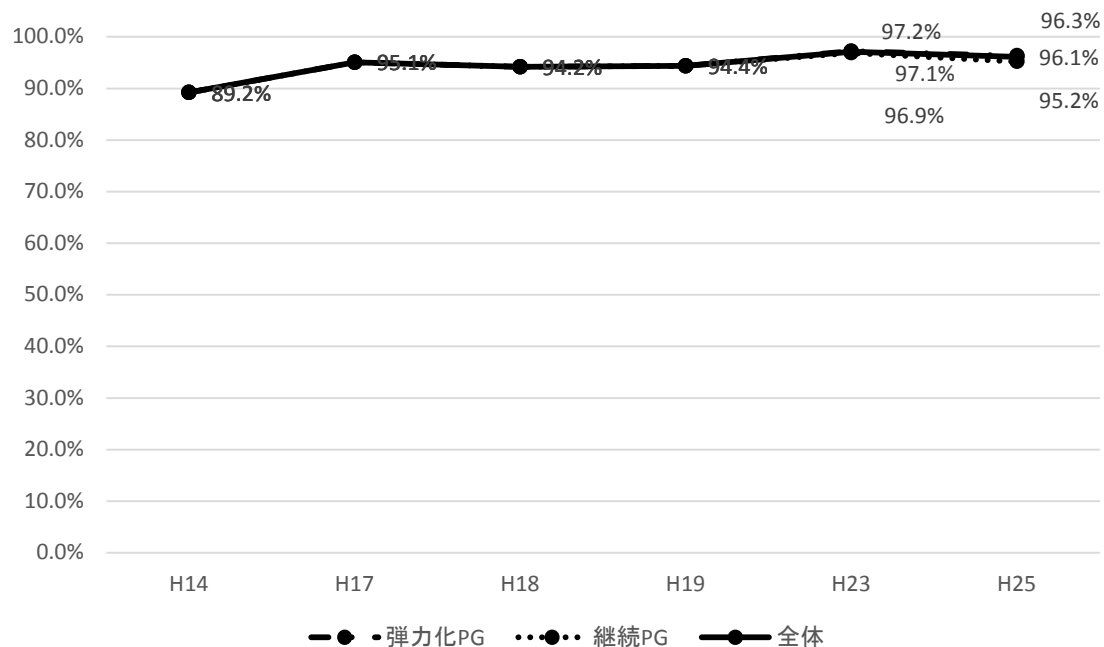
【尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる】



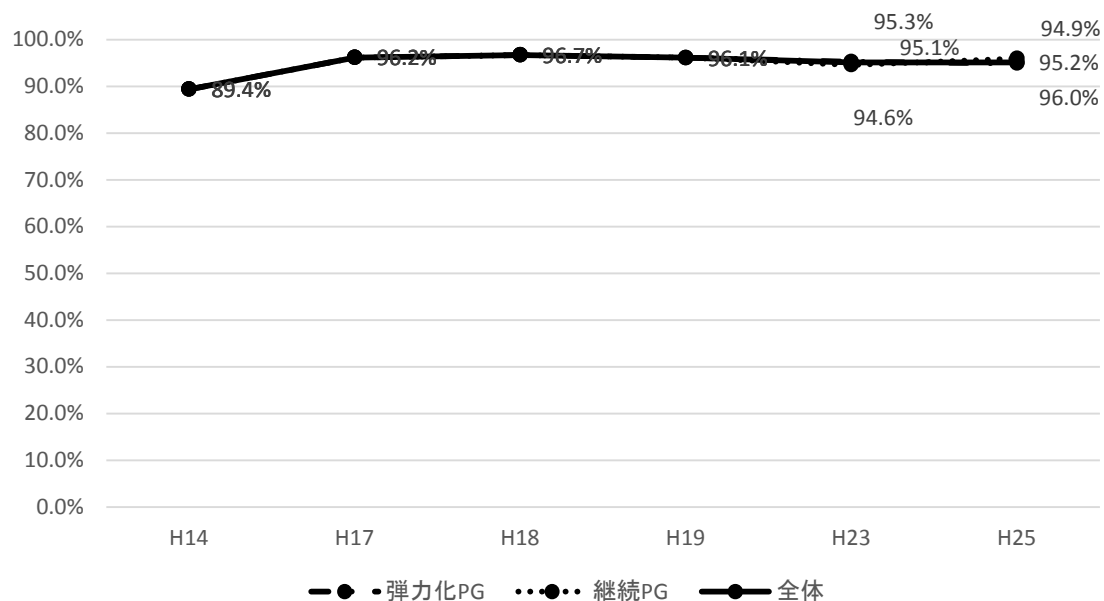
【便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる】



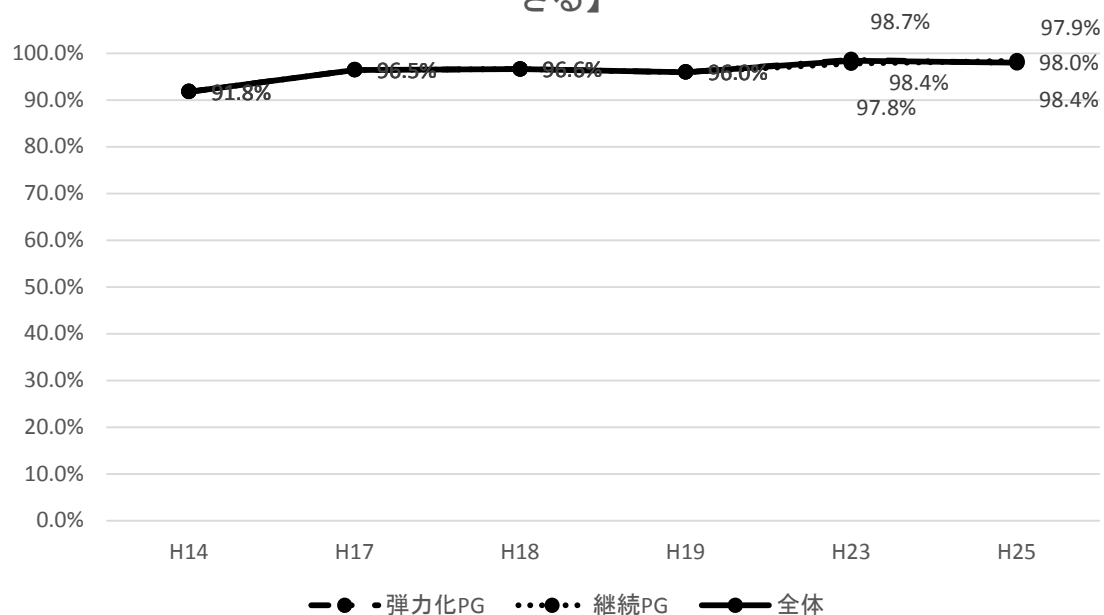
【血液ガス分析の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



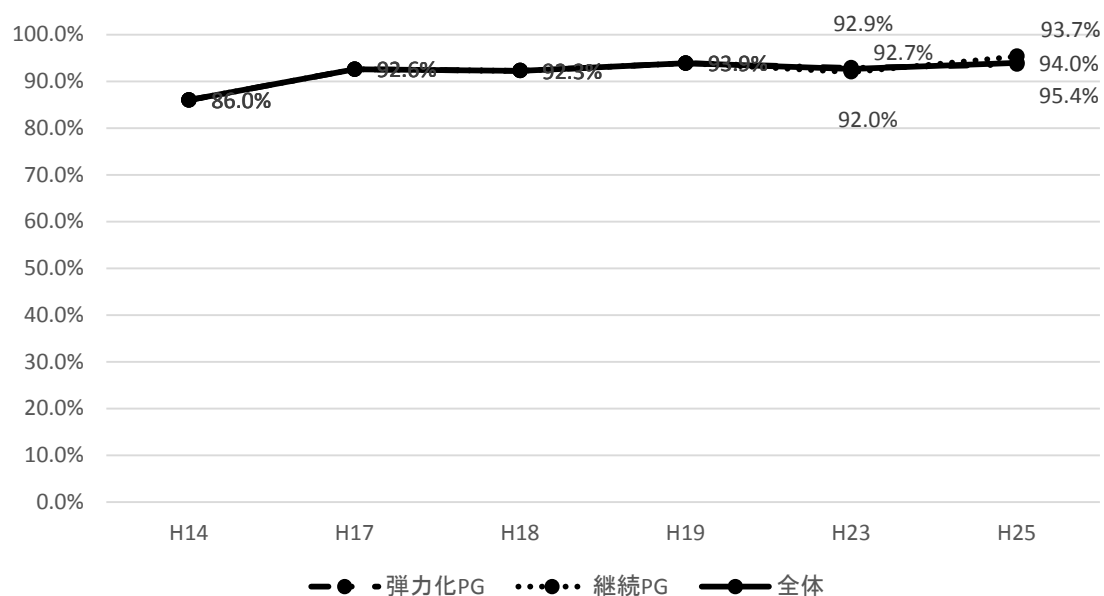
【血算・白血球分画検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



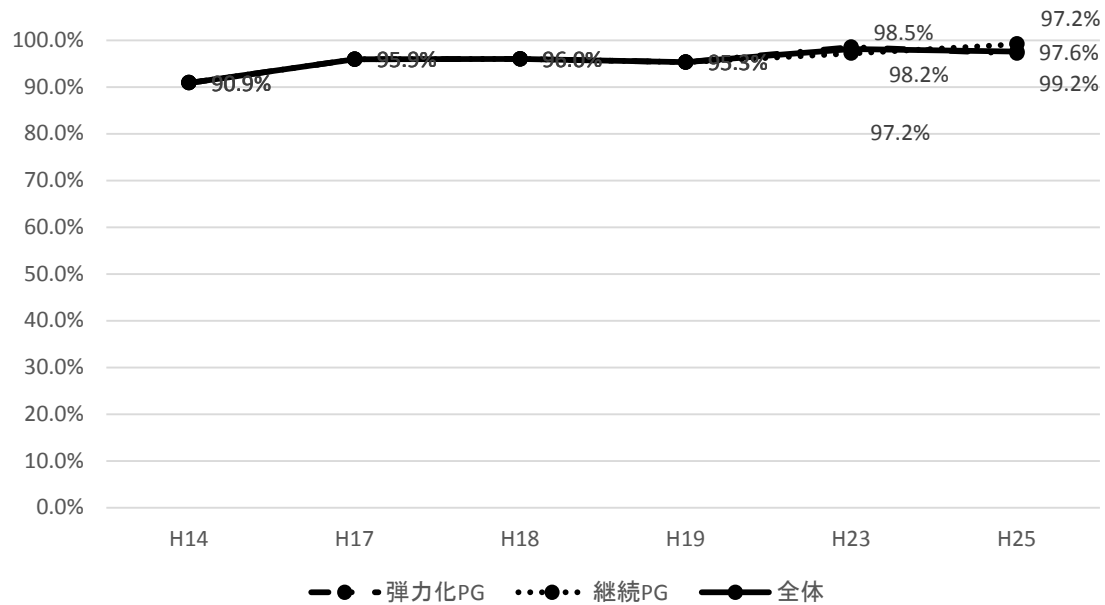
【血液生化学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



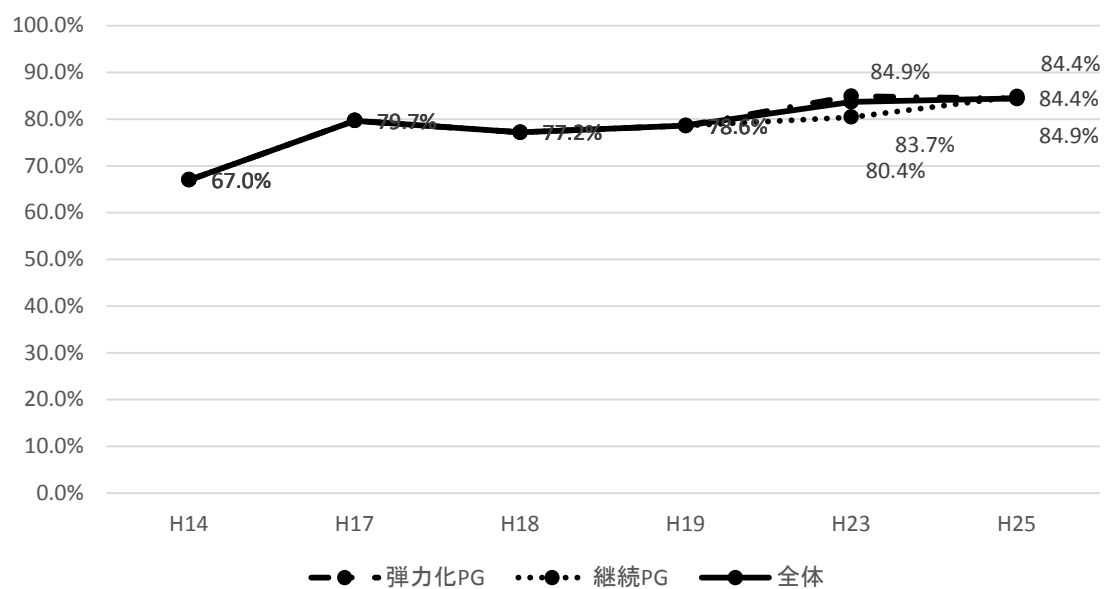
【血液凝固機構に関する検査を指示し、結果を判定できる】



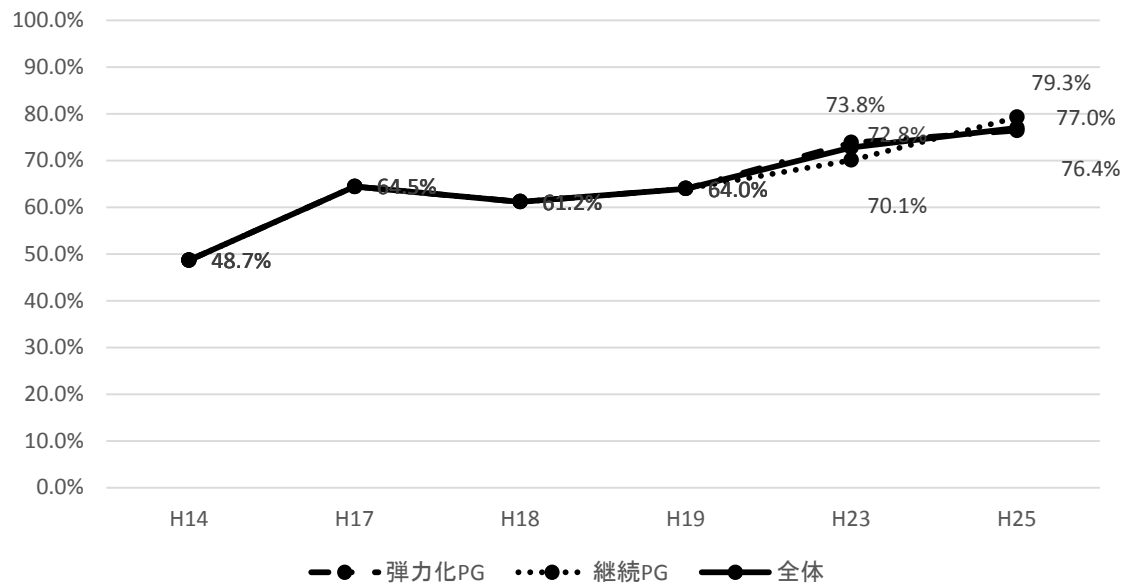
【簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など)の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



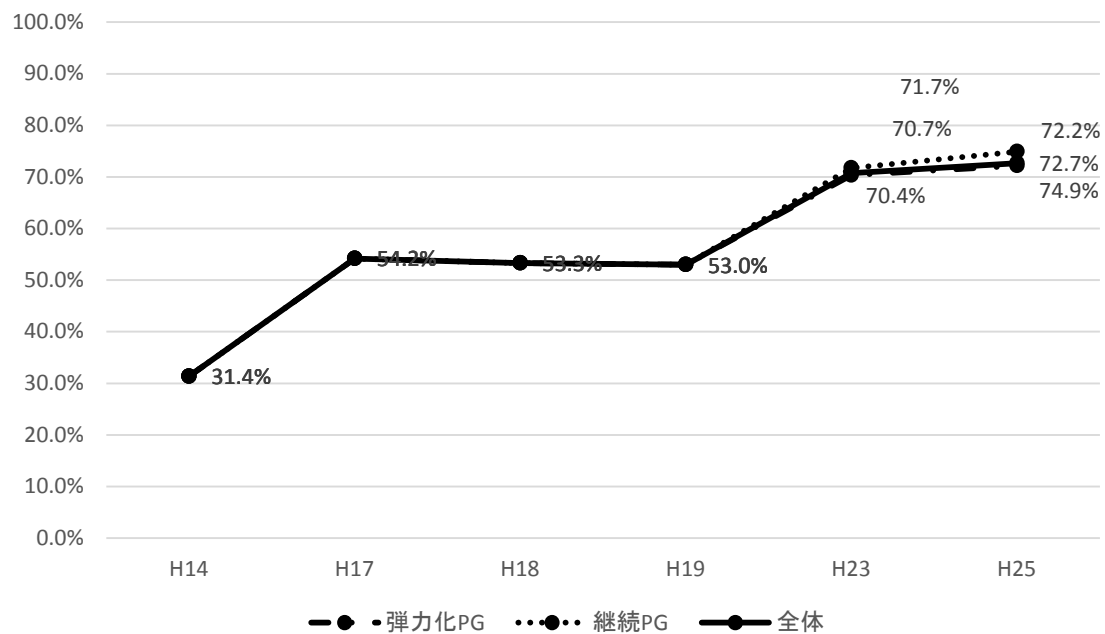
【血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



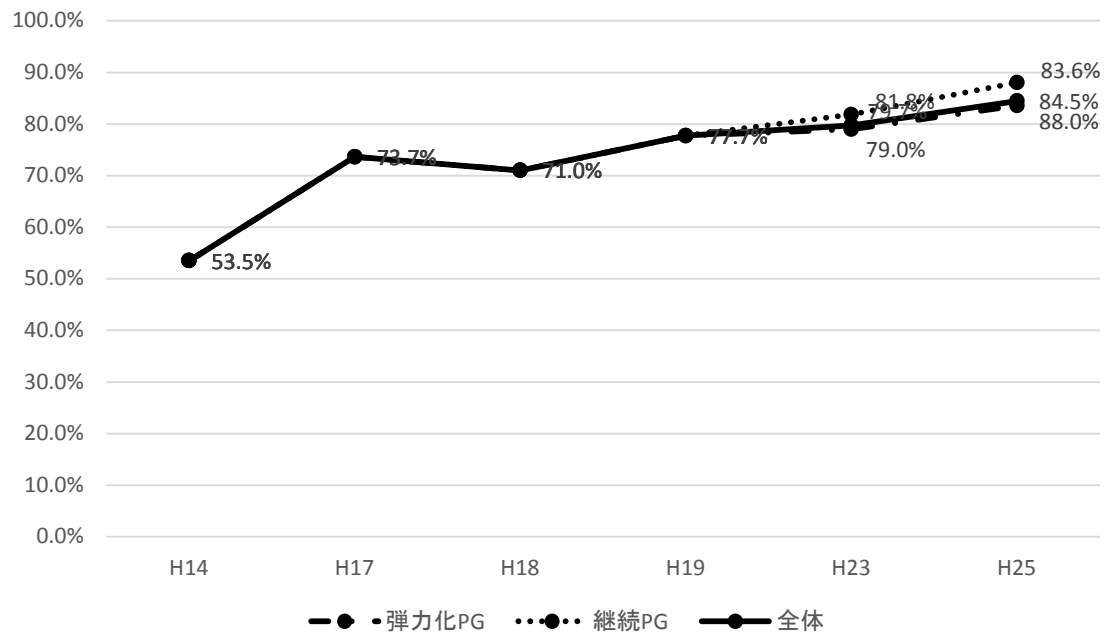
【内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



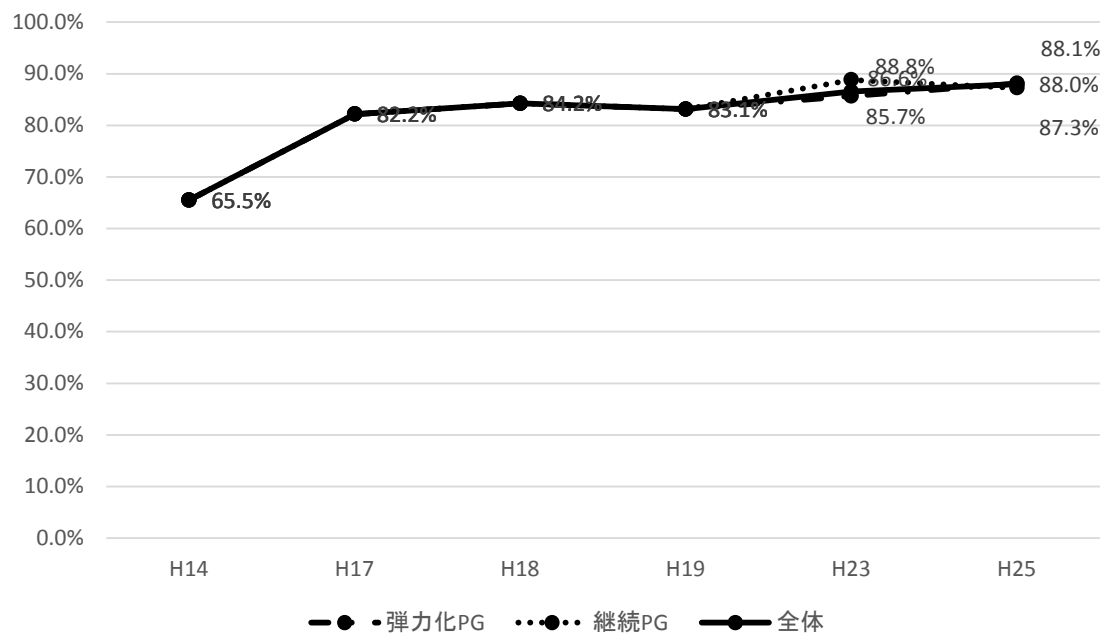
【グラム染色を行い、結果の解釈ができる】



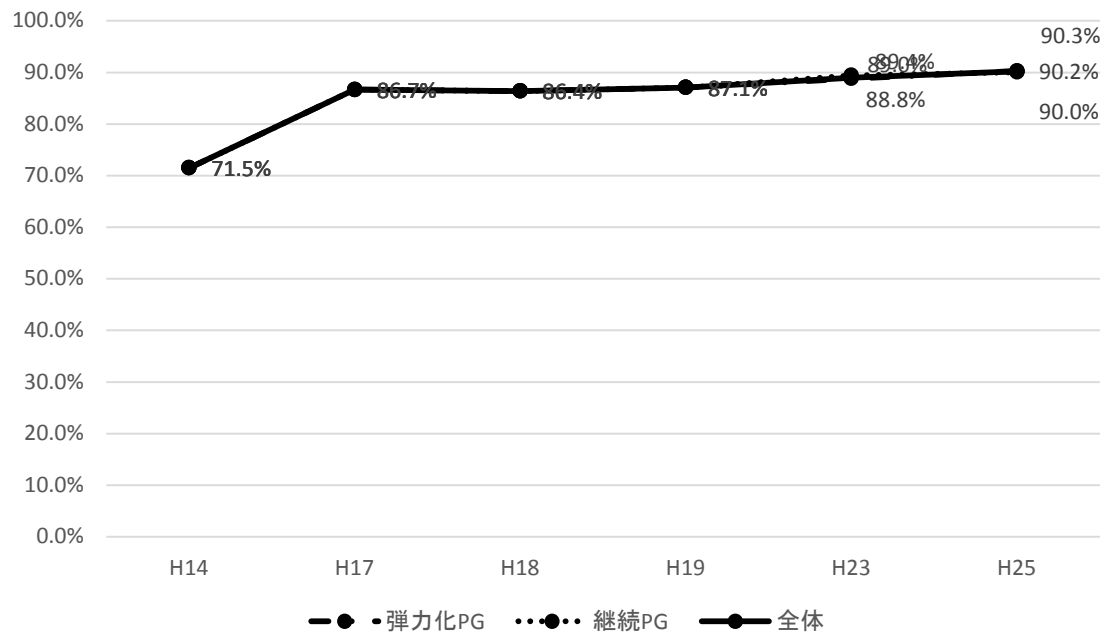
【髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる】



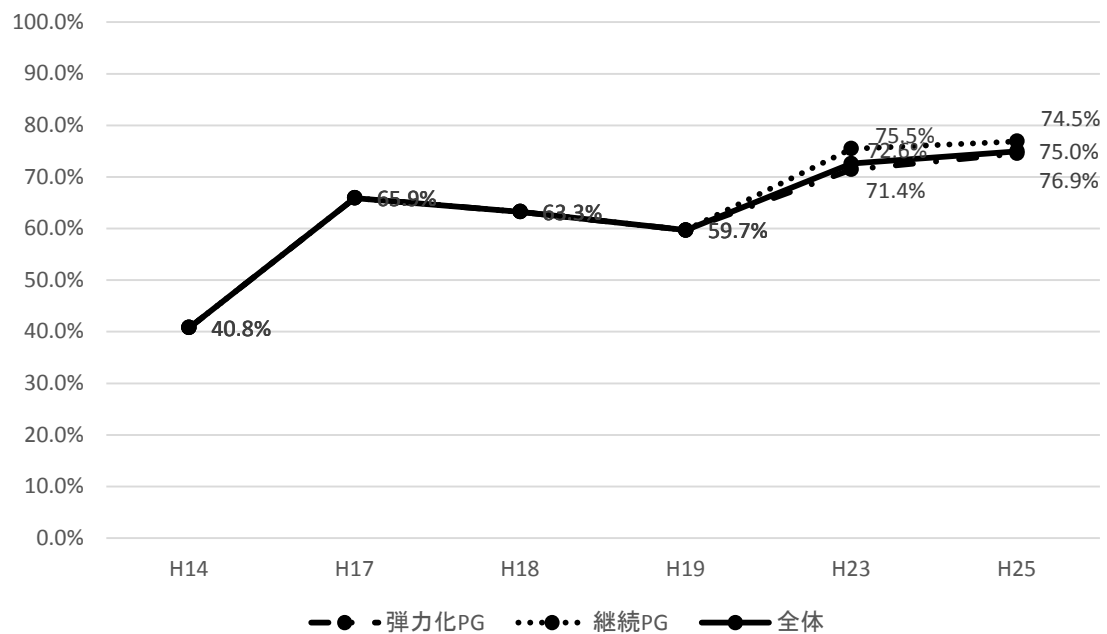
【心電図検査を自ら実施し、不整脈の鑑別診断ができる】



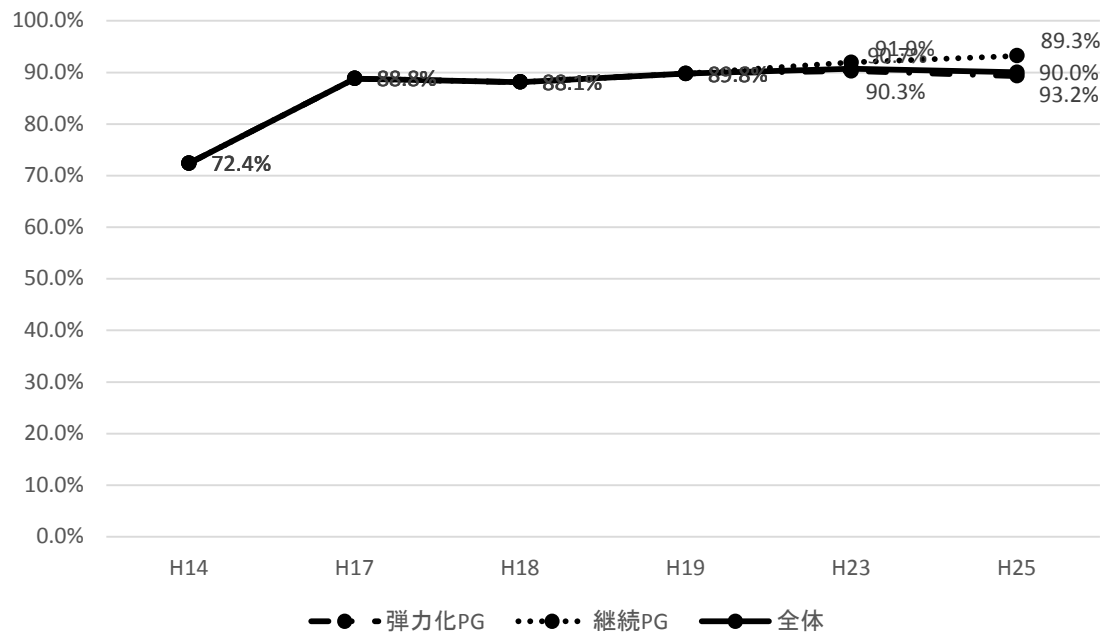
【肺機能検査で閉塞性換気障害の判定ができる】



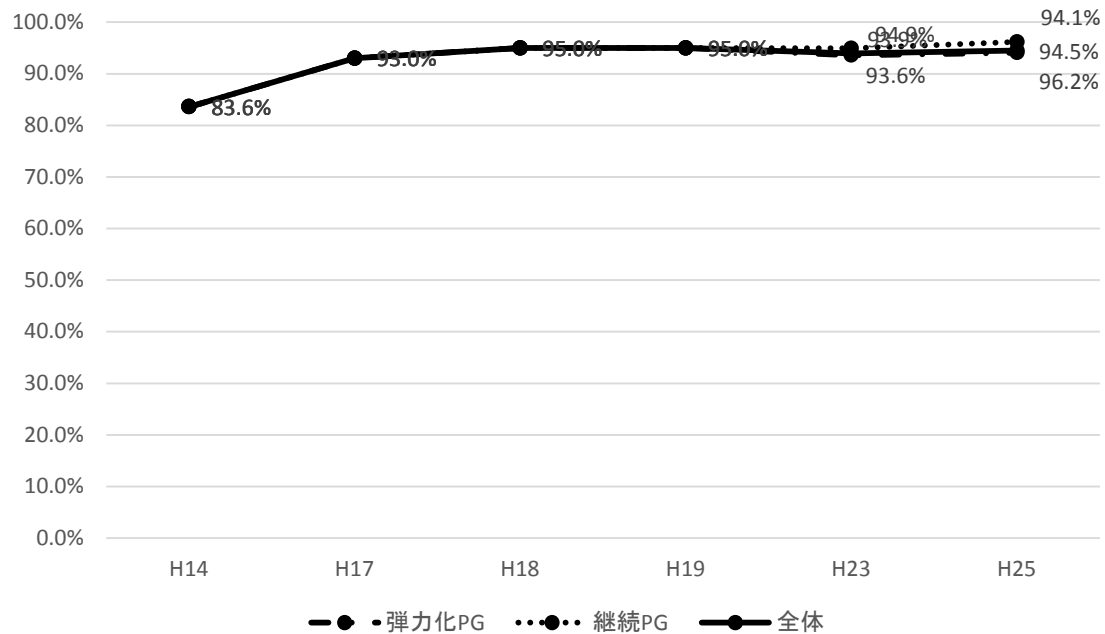
【超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる】



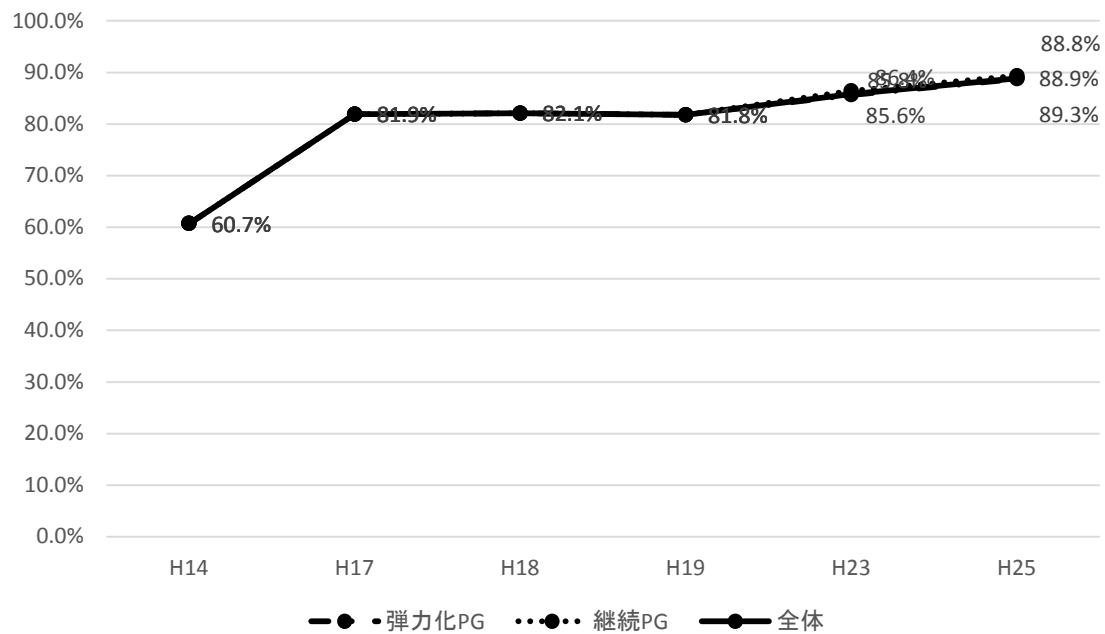
【胸部単純X線でシルエットサインを判定できる】



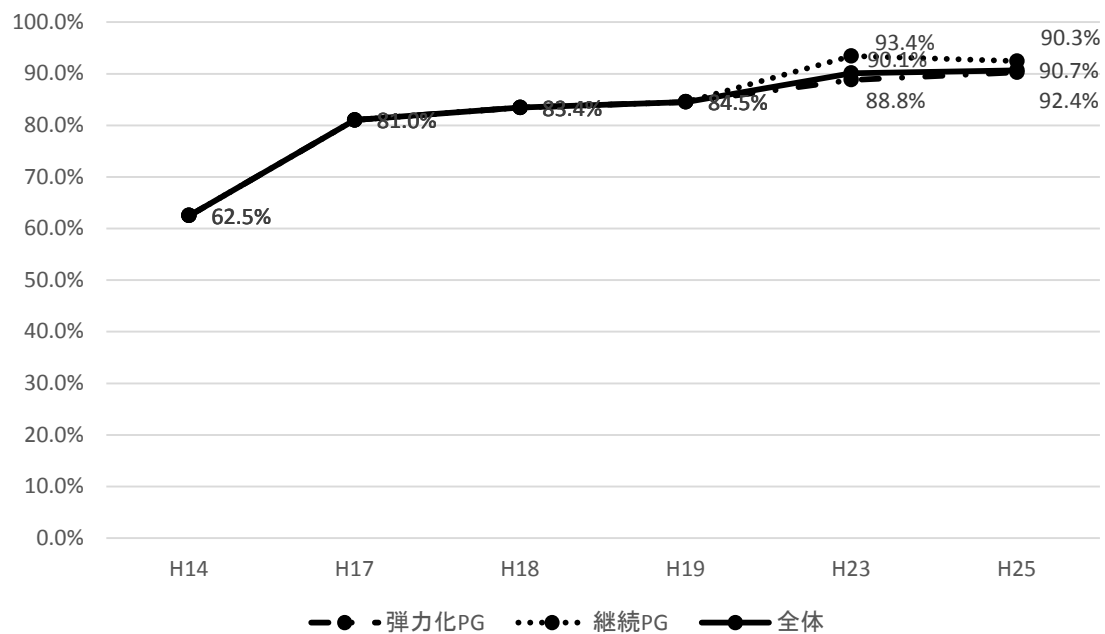
【腹部単純X線でイレウスを判定できる】

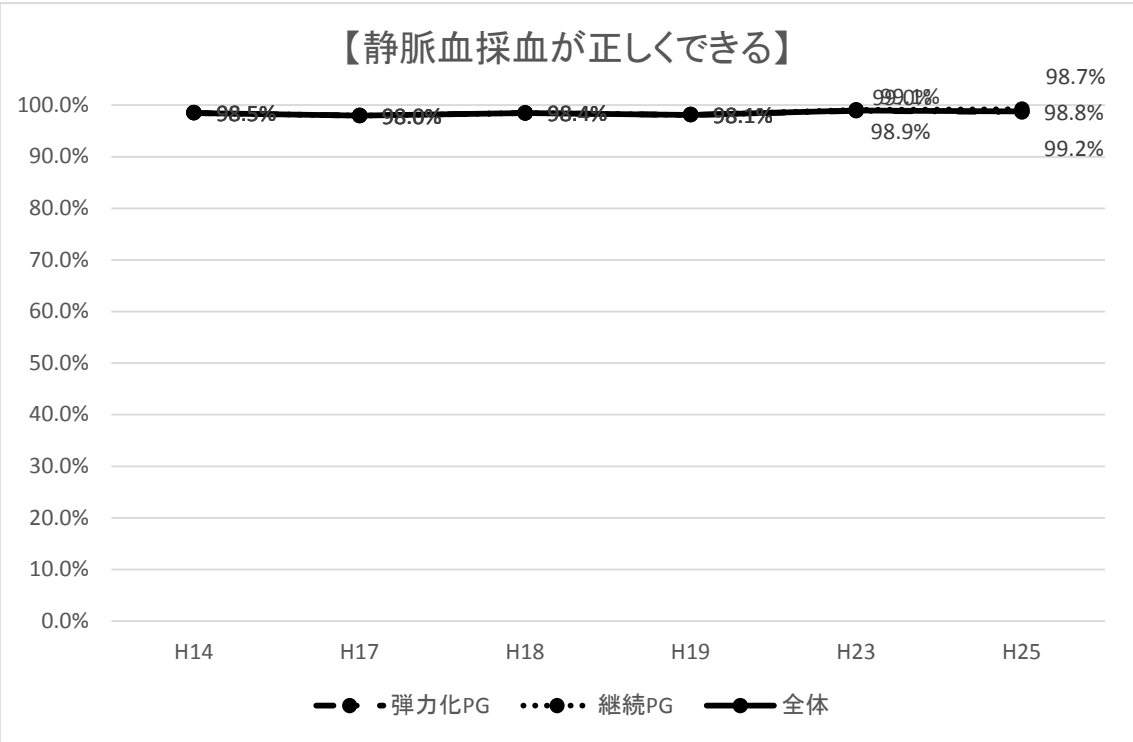
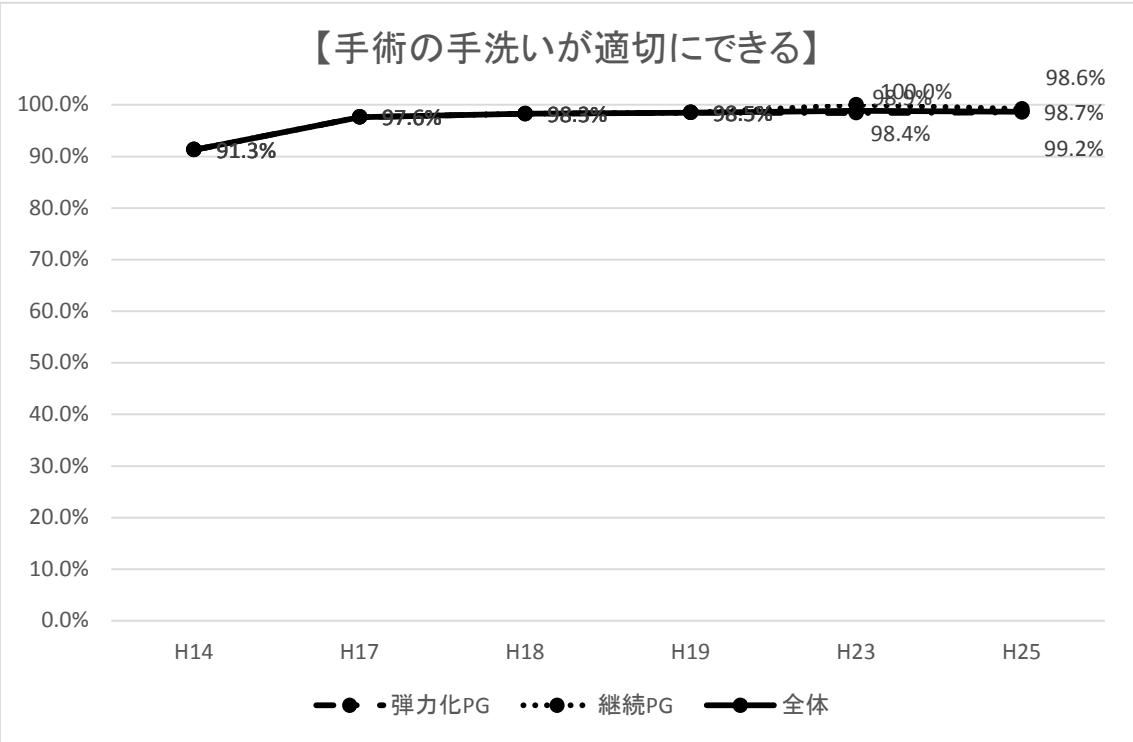


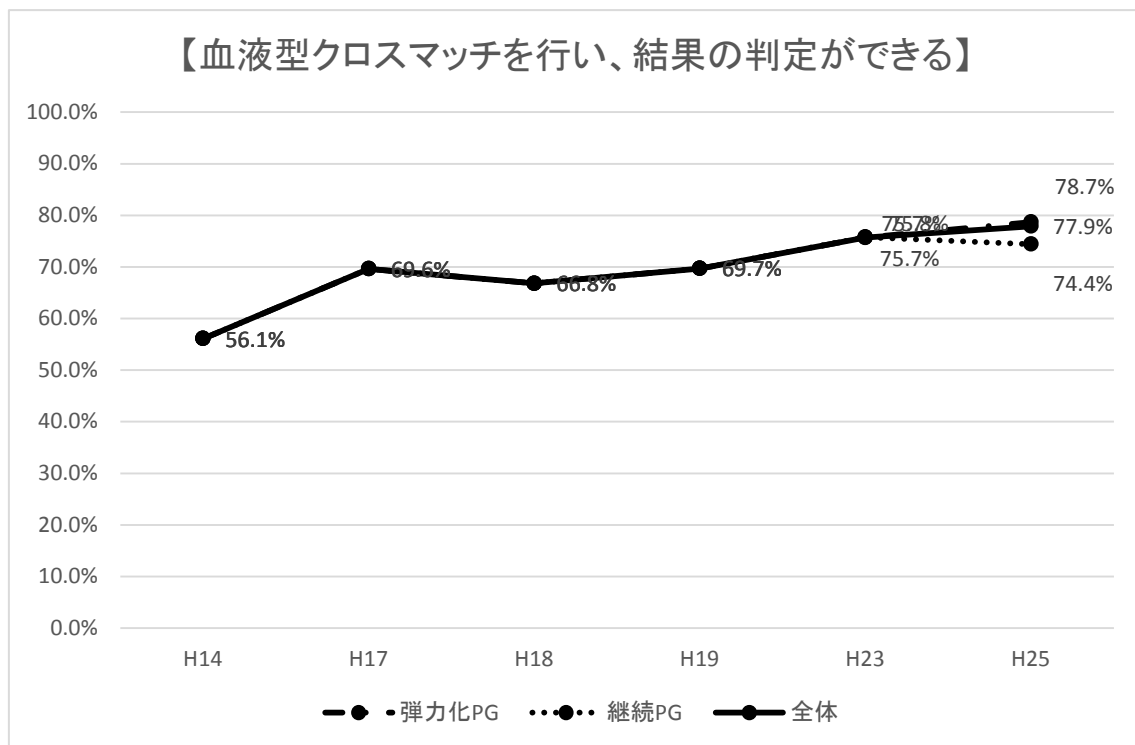
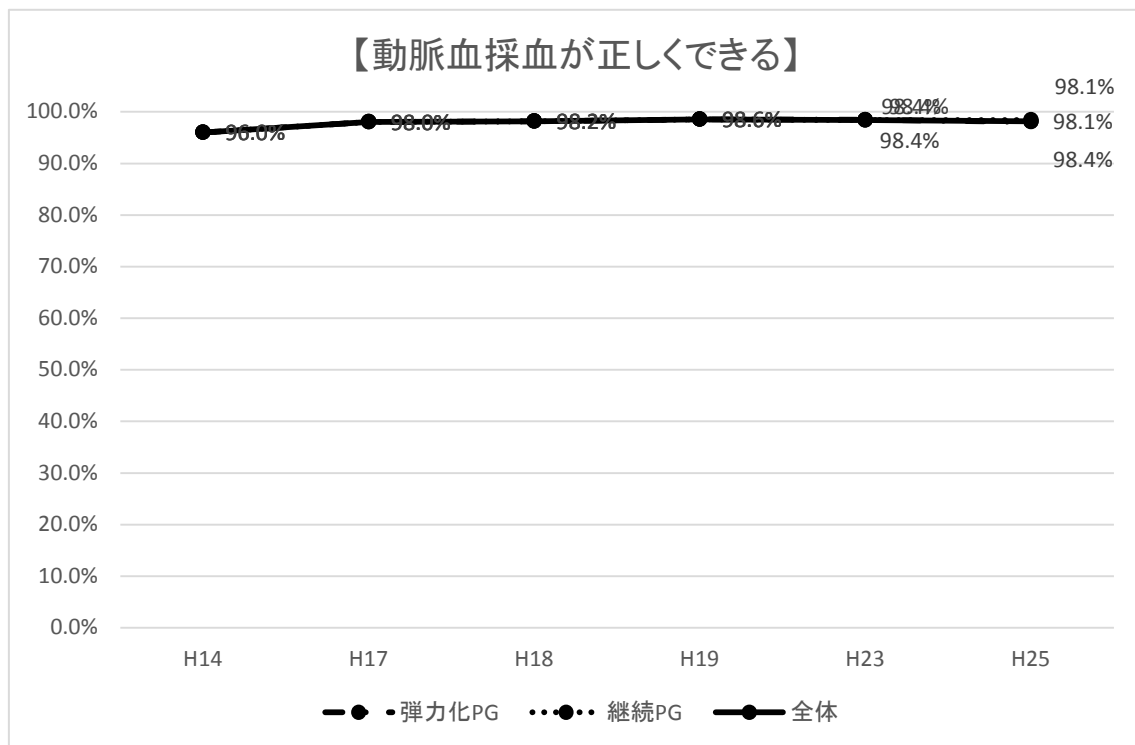
【胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる】



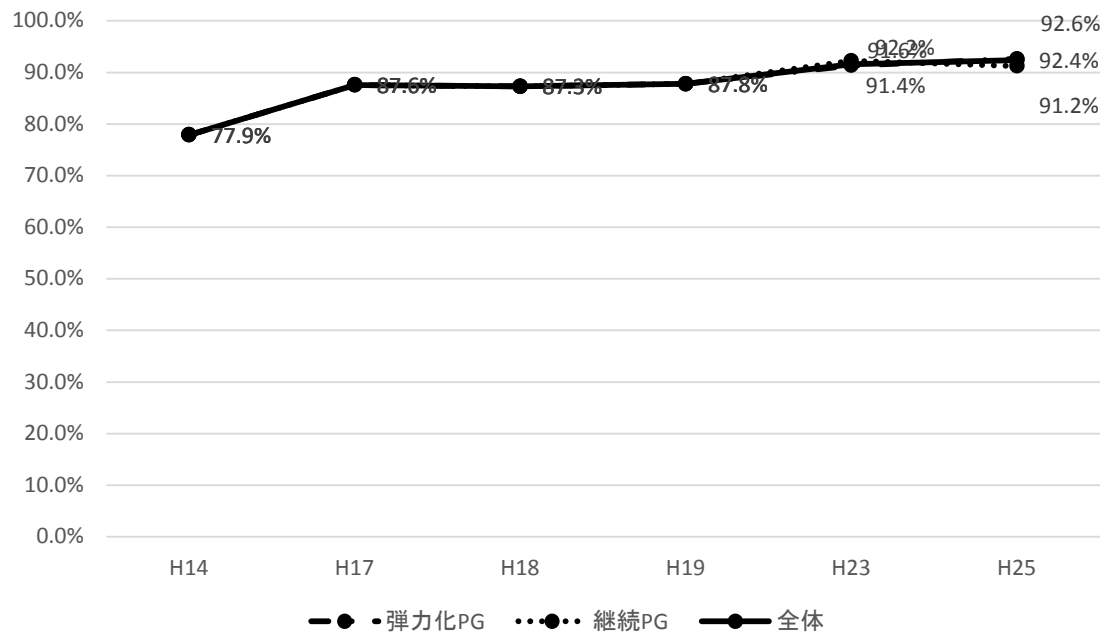
【頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる】



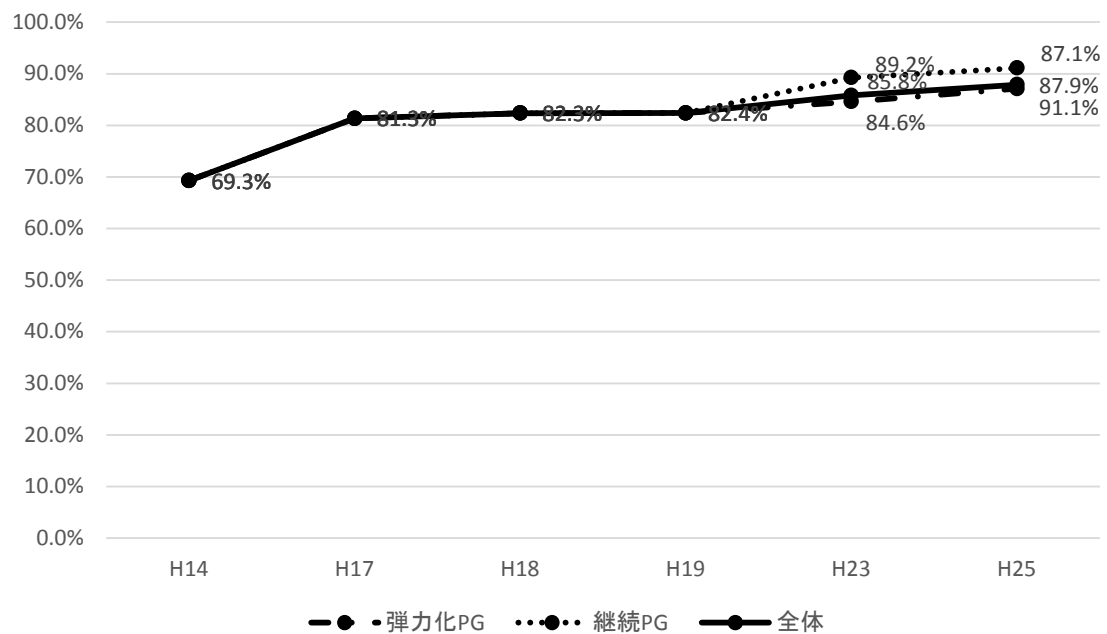


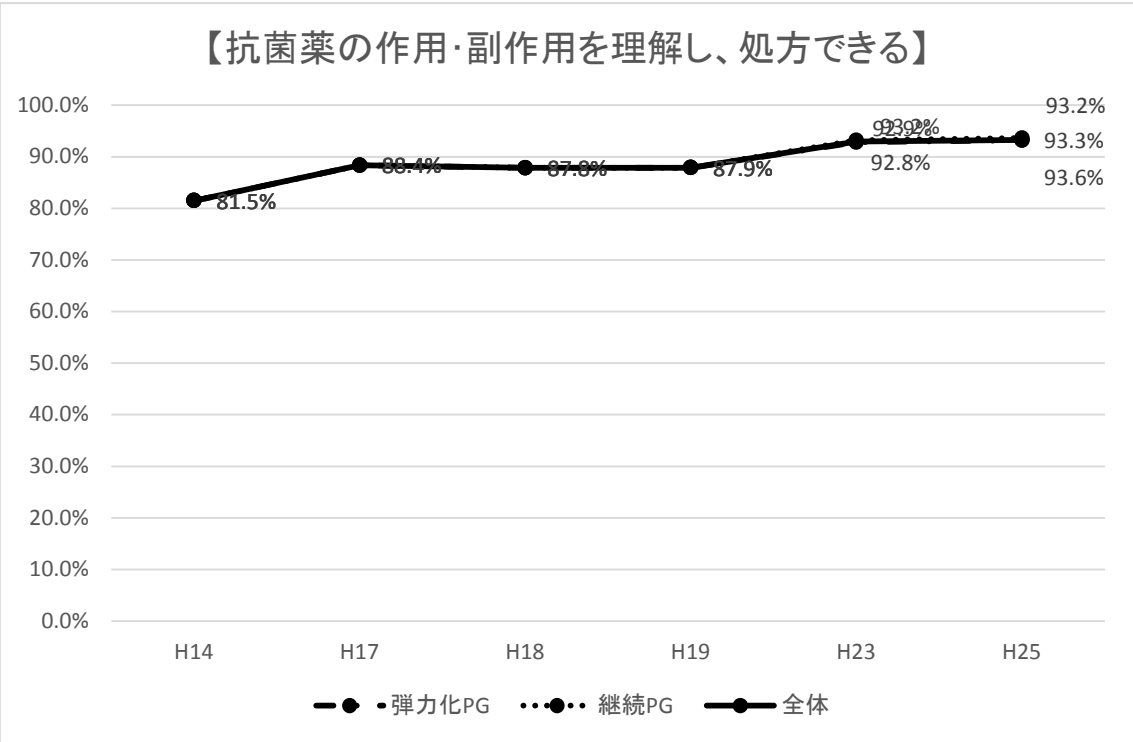
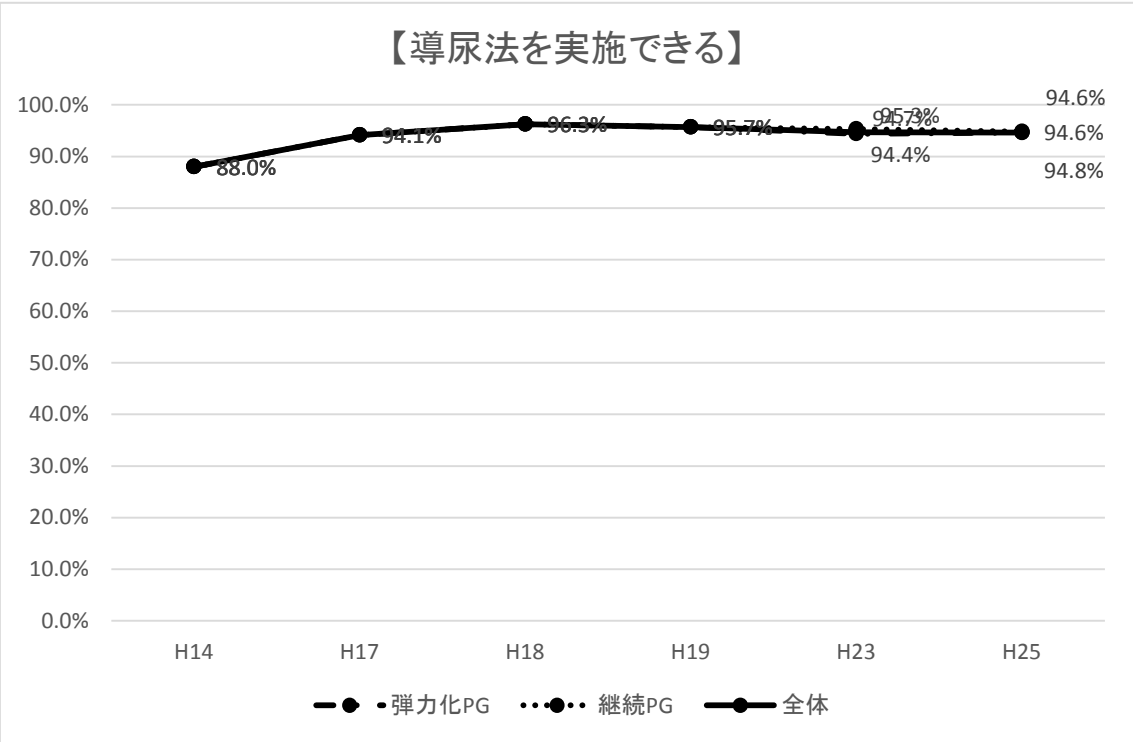


【輸液の種類と適応を挙げ、輸液の量を決定できる】

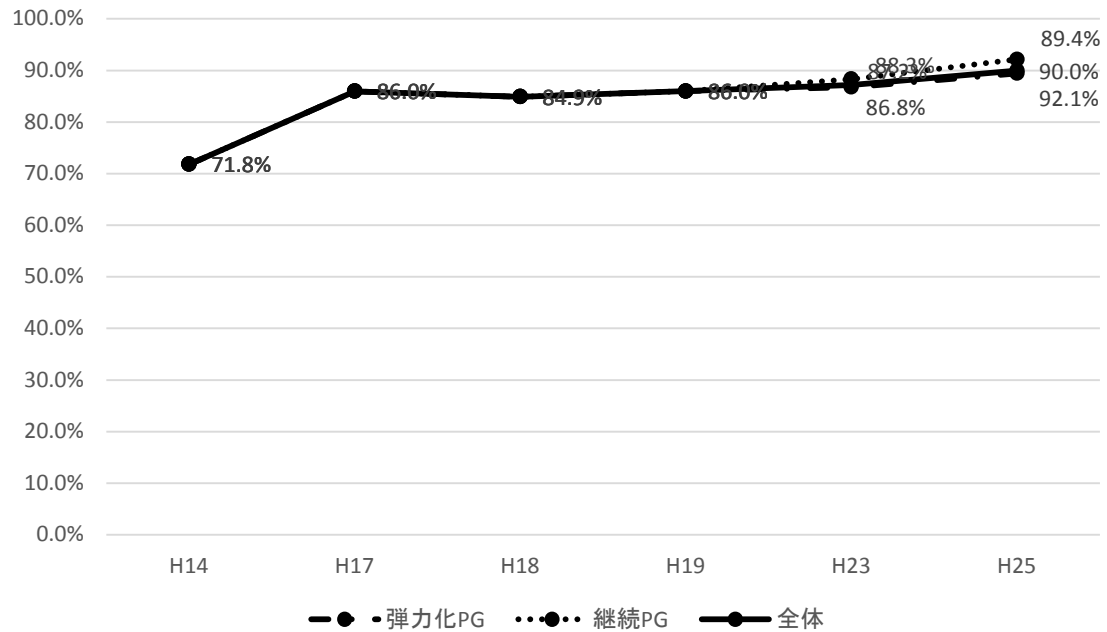


【腰椎穿刺を実施できる】

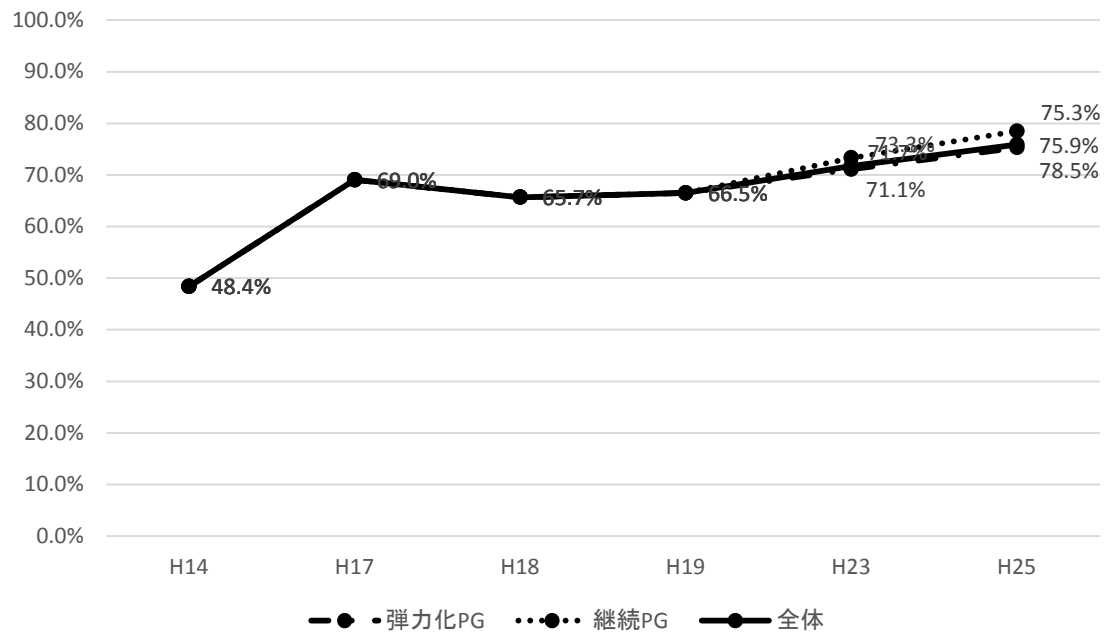




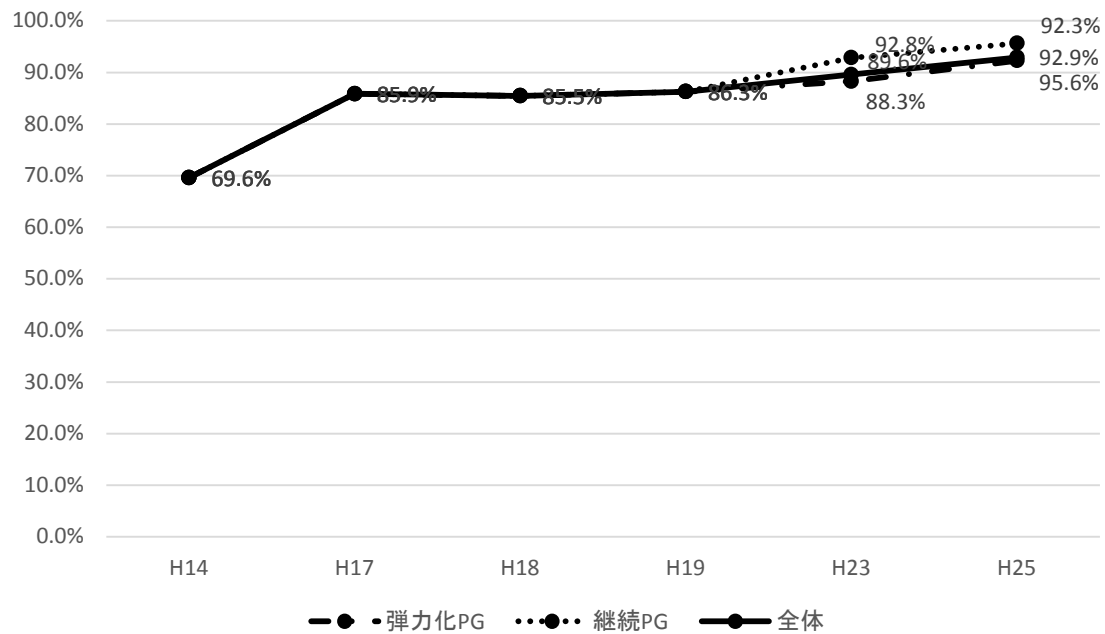
【局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える】



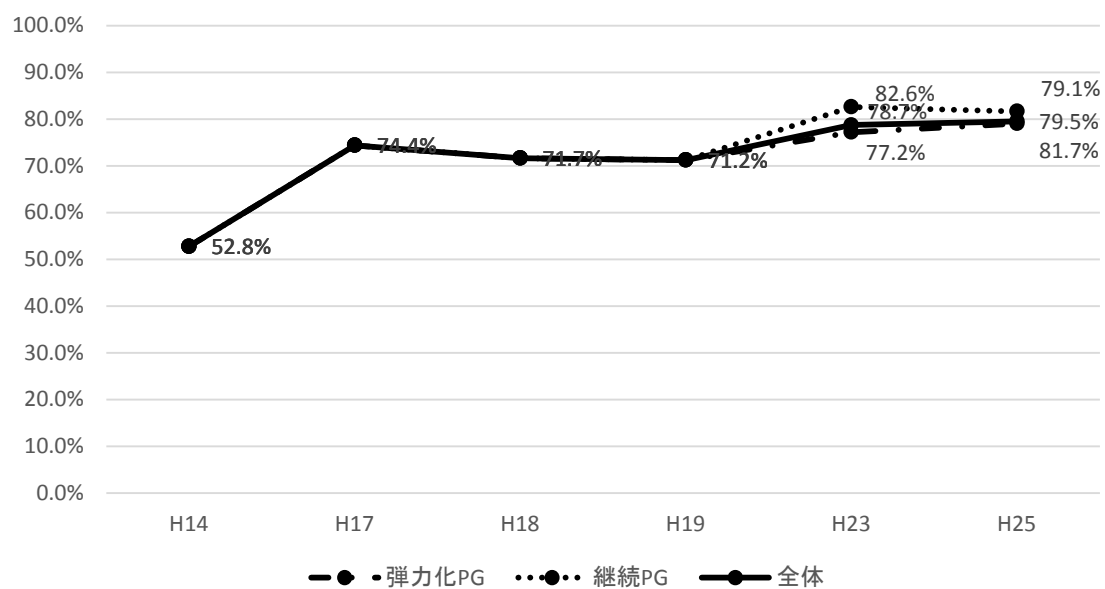
【傷病の基本的処置として、デブリードマンができる】



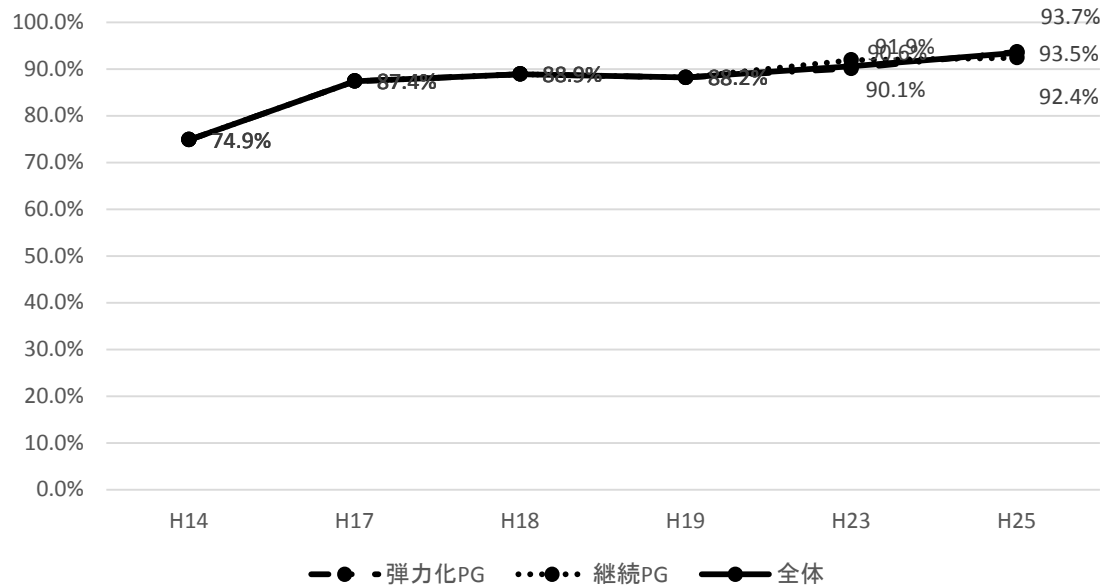
【皮膚縫合法を実施できる】



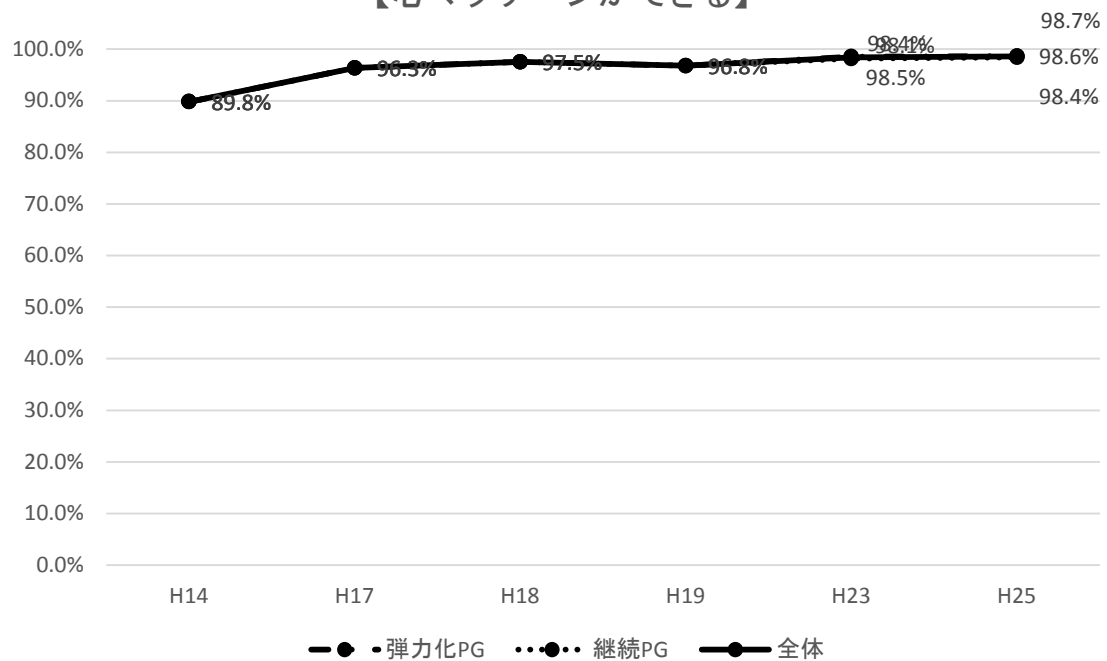
【術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる】

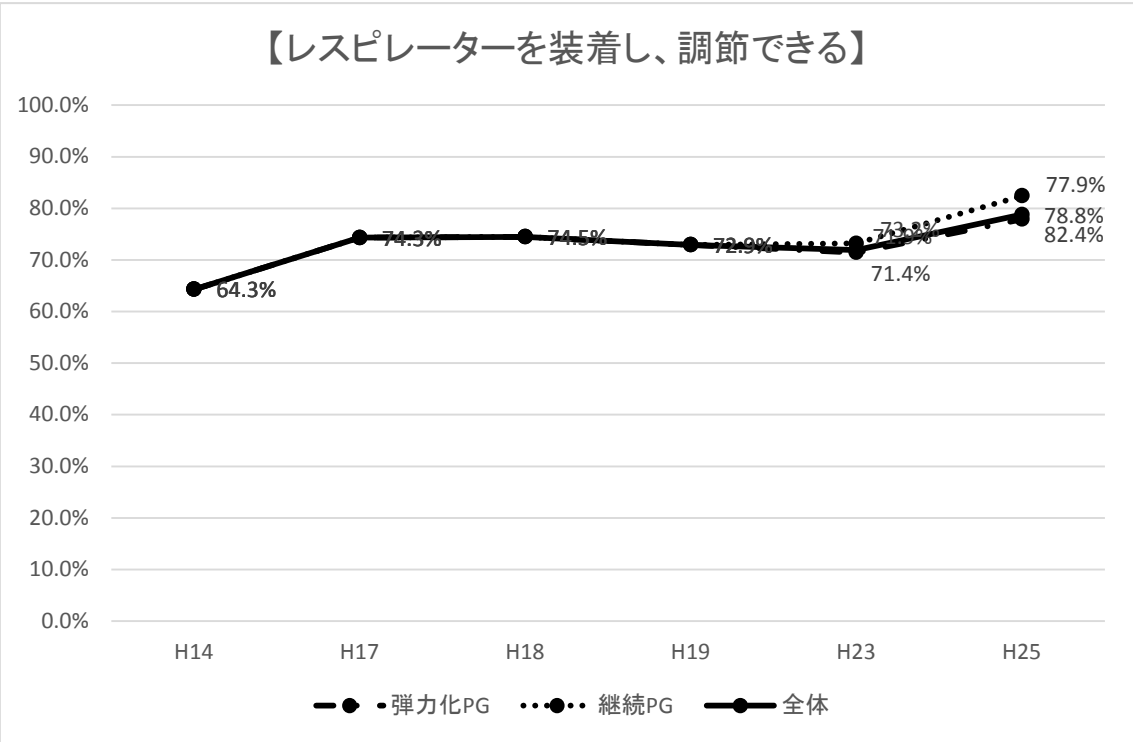
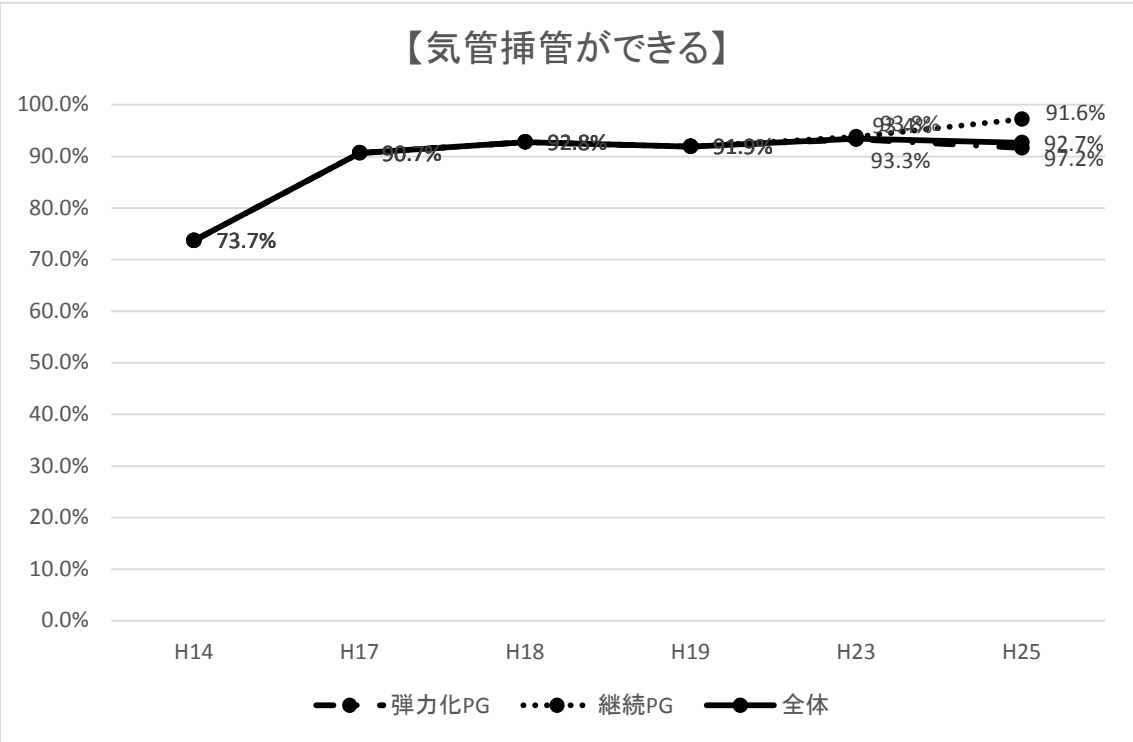


【術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる】

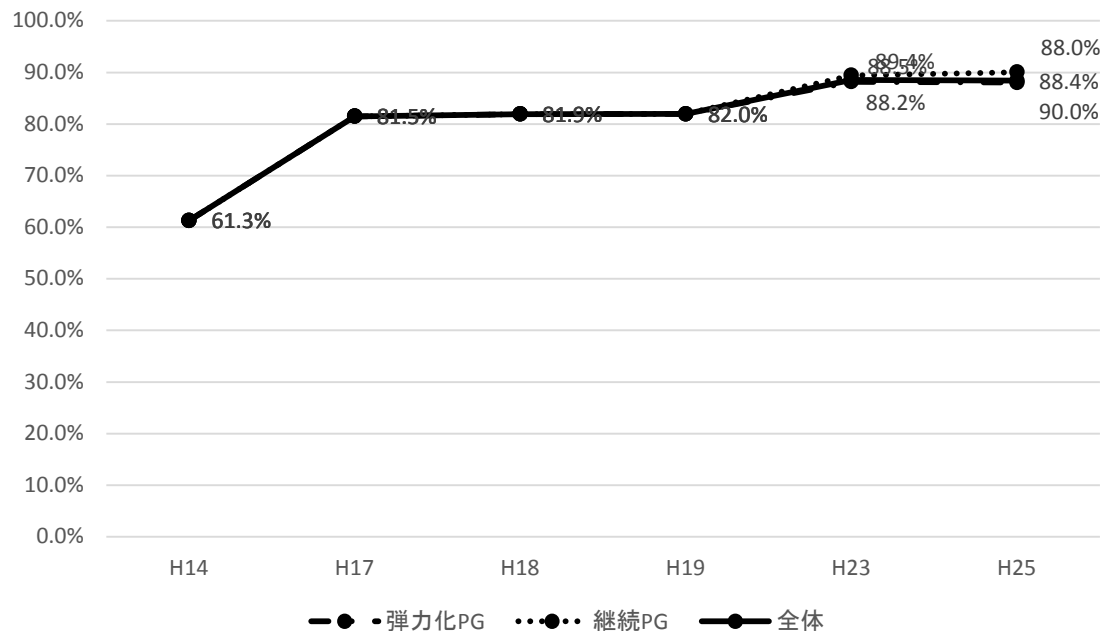


【心マッサージができる】

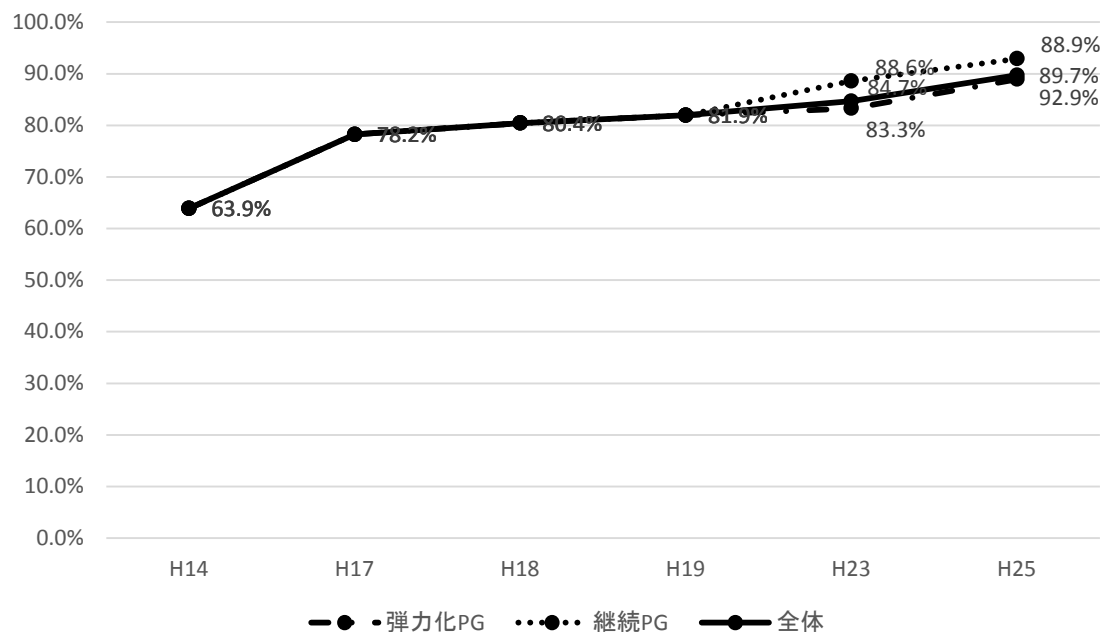




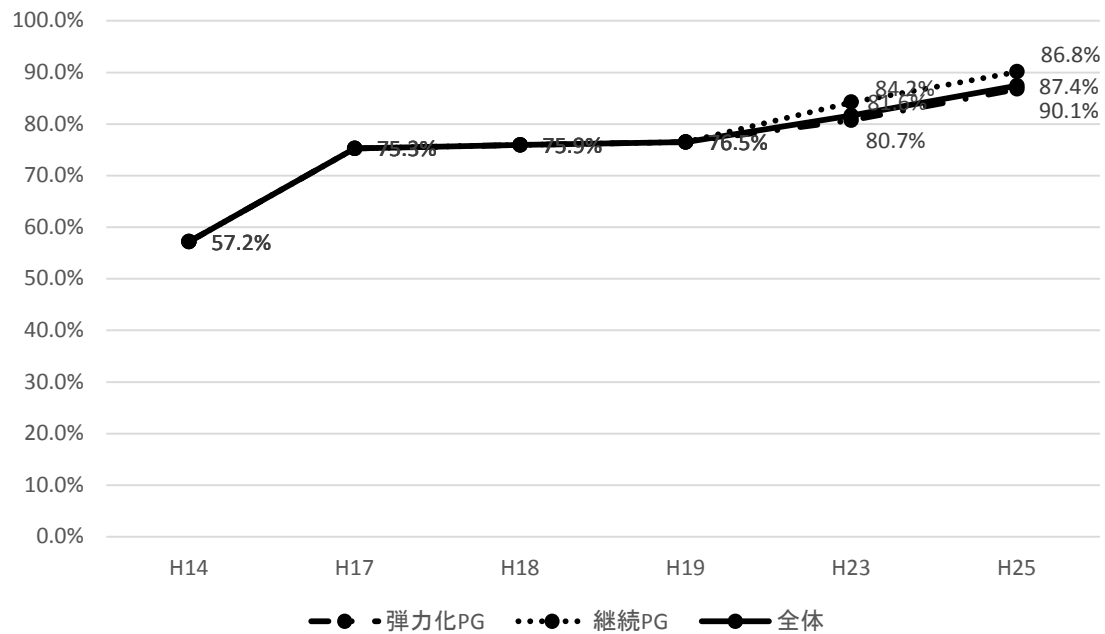
【電氣的除細動の適応を挙げ、実施できる】



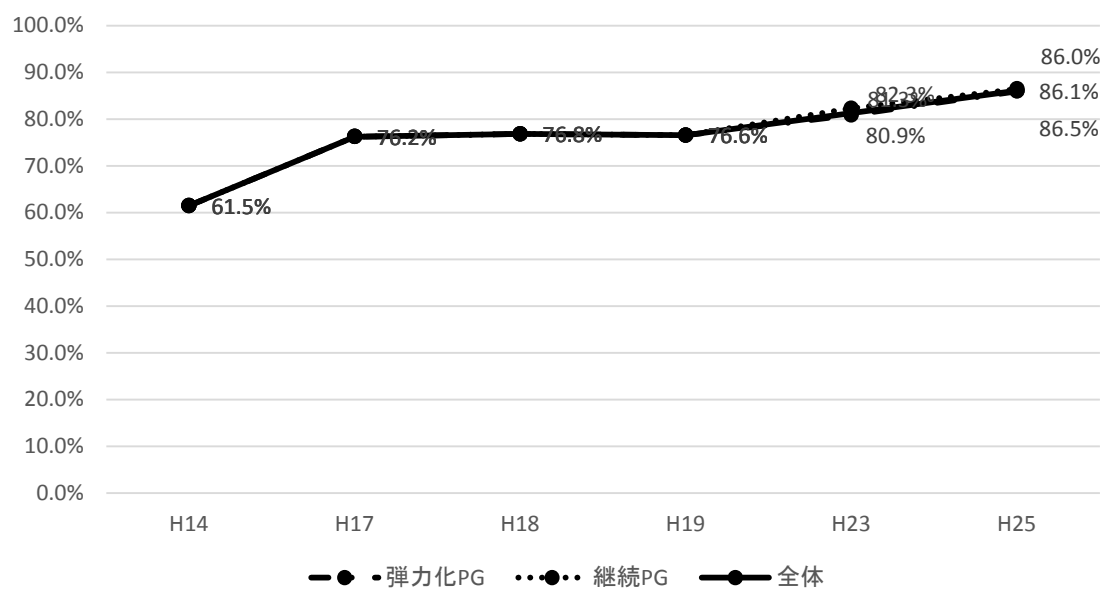
【救急患者の重症度および緊急度を判断できる】



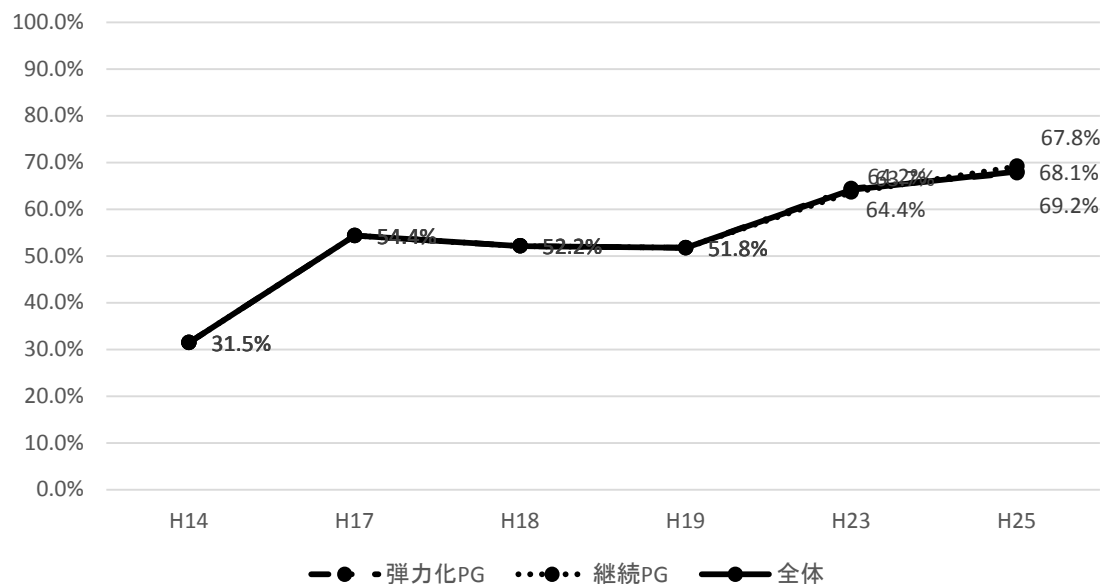
【ショックの診断と治療ができる】



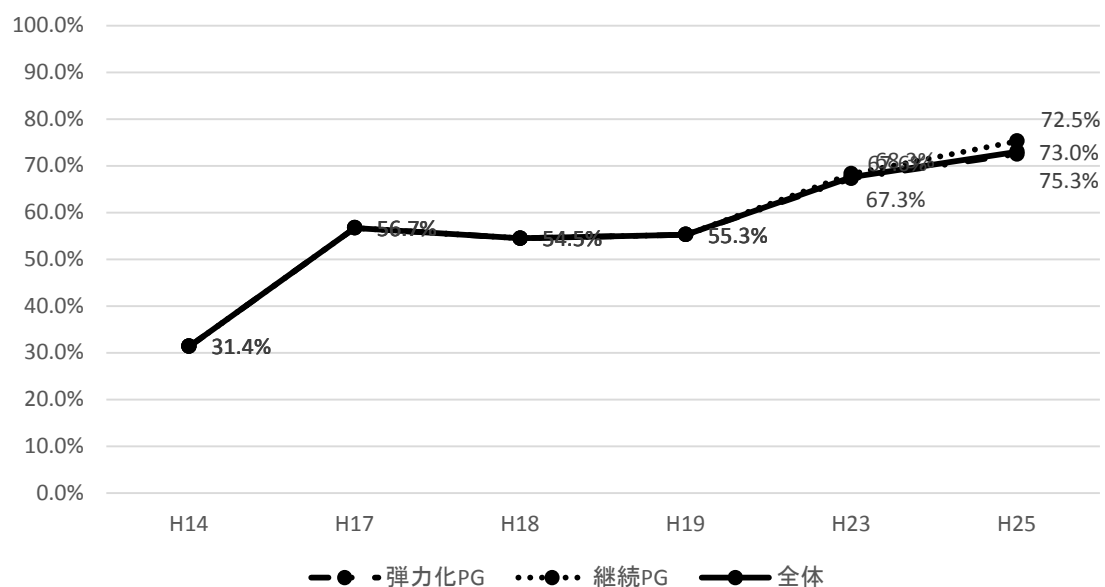
【末期患者の家族に病気を説明し、家族の心理的不安を受け止めることができる】



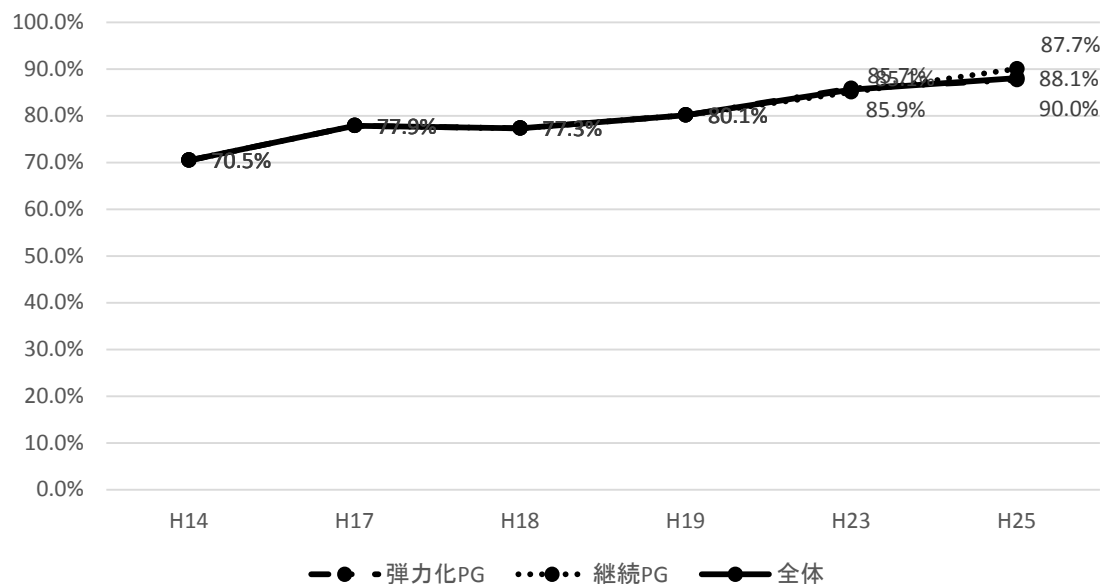
【在宅医療を希望する末期患者のために、環境整備を指導できる】



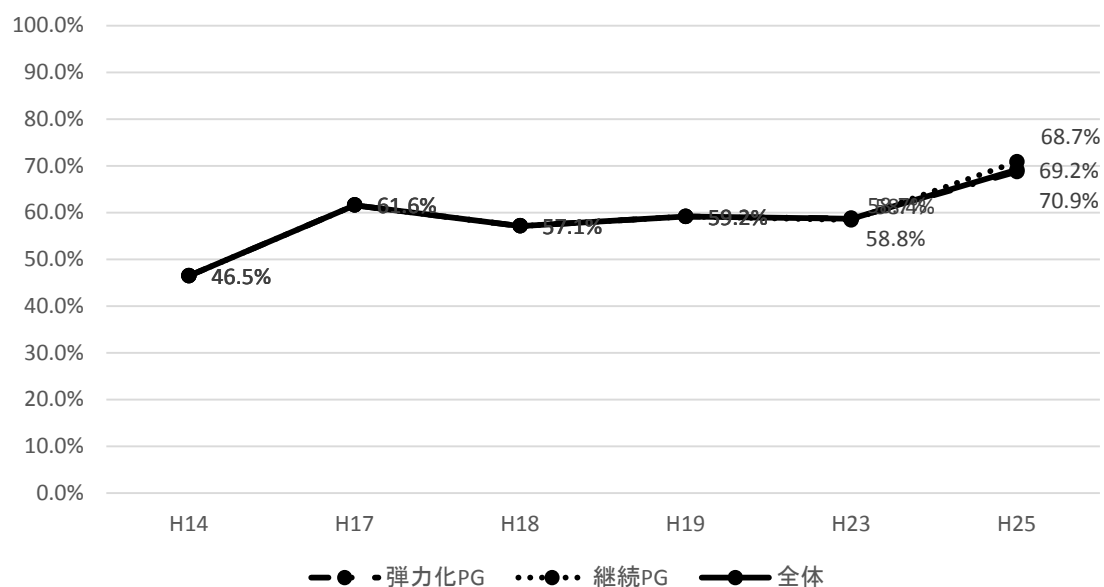
【緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む）のチーム医療に参加できる】



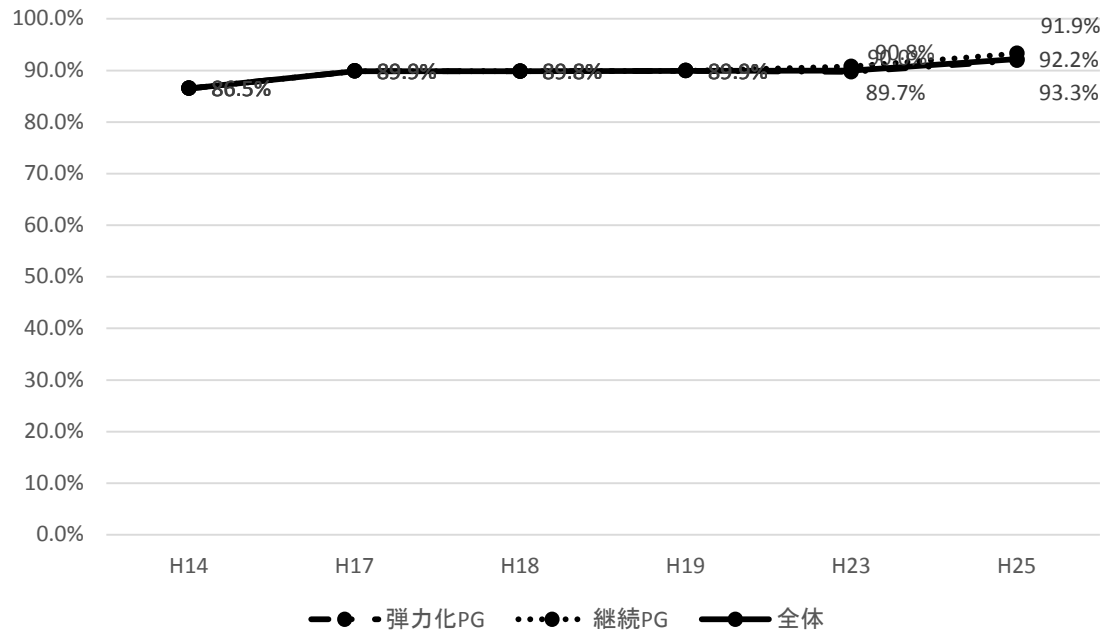
【患者の身体的側面だけでなく、心理社会的側面に配慮した治療ができる】



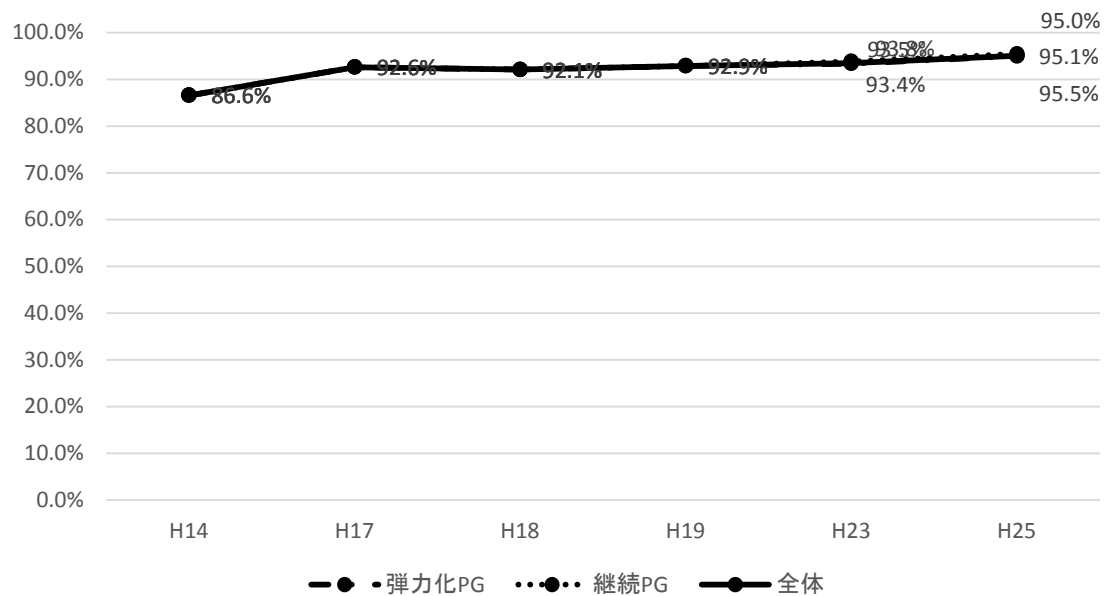
【医療費や社会福祉サービスに関する患者、家族の相談に応じ、解決法を指導できる】



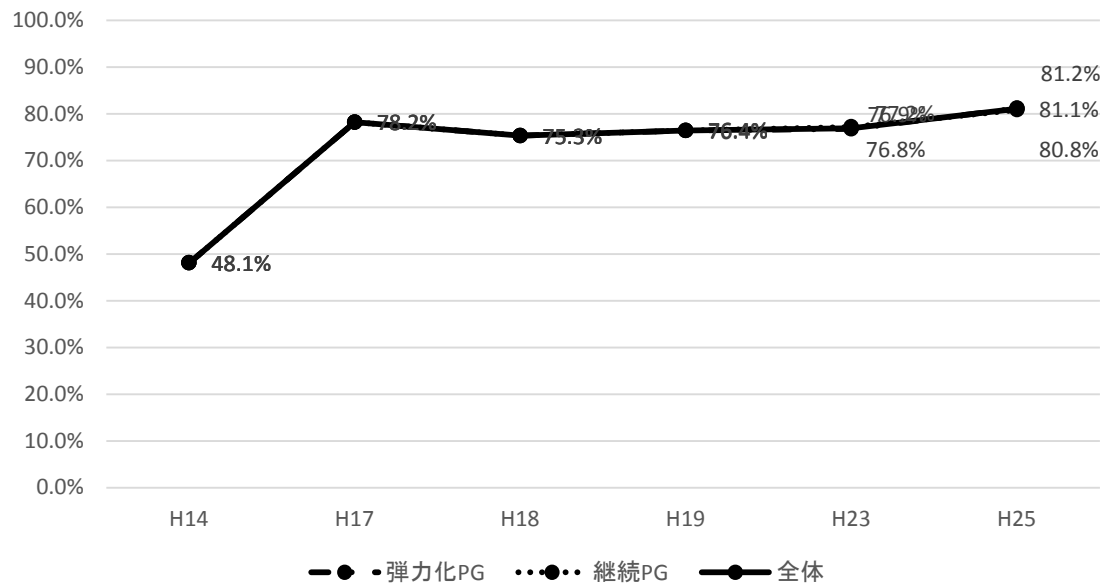
【インフォームドコンセントをとることが実施できる】



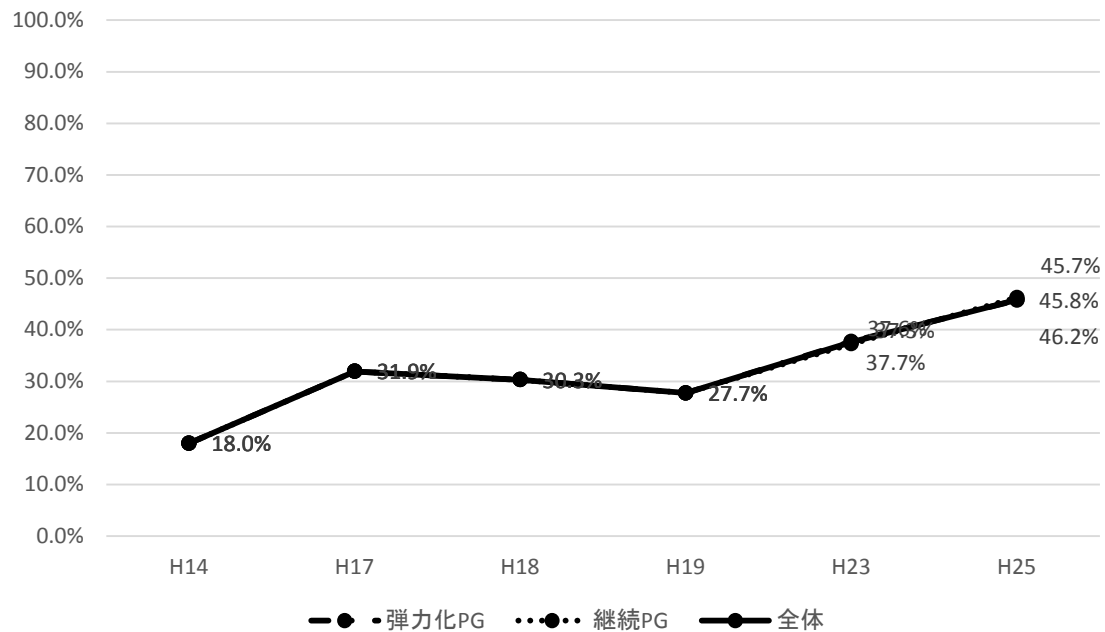
【指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる】



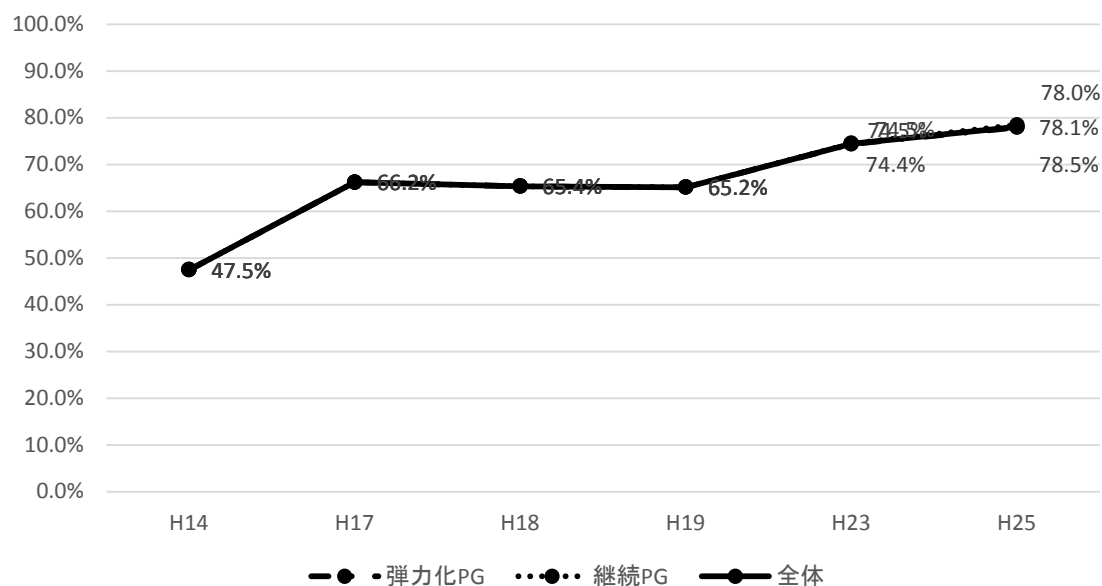
【糖尿病患者への健康教育(健康相談および指導)ができる】



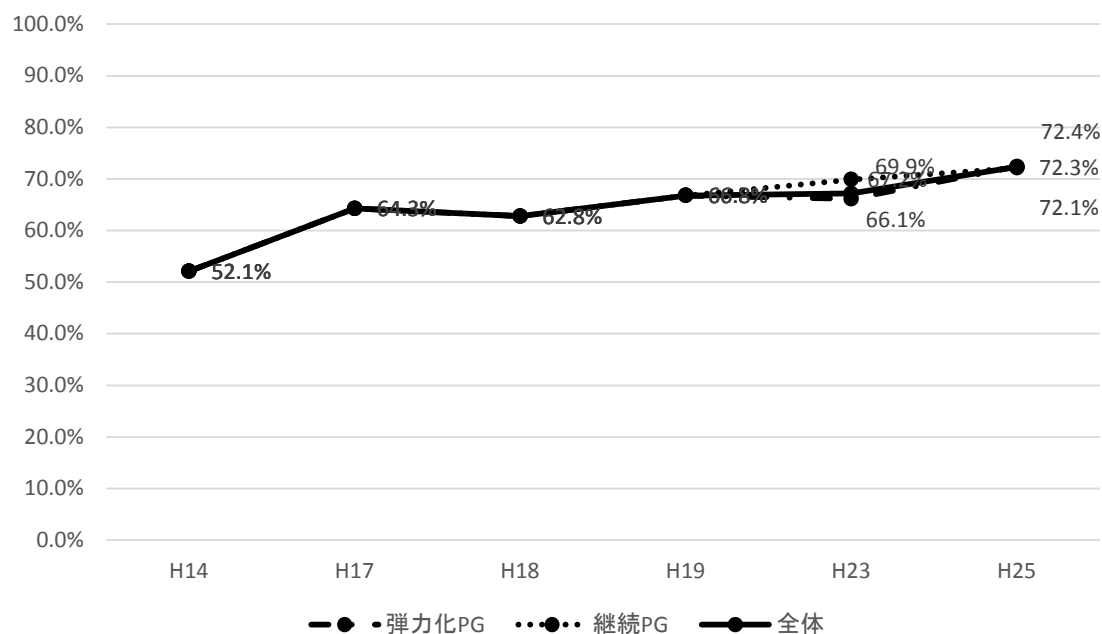
【日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている】



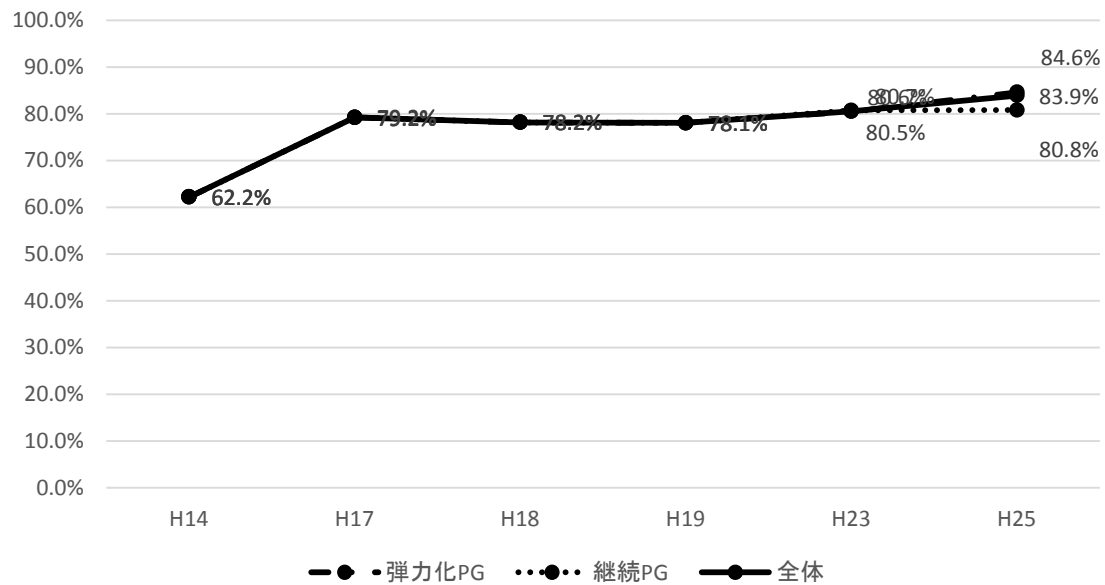
【ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える】



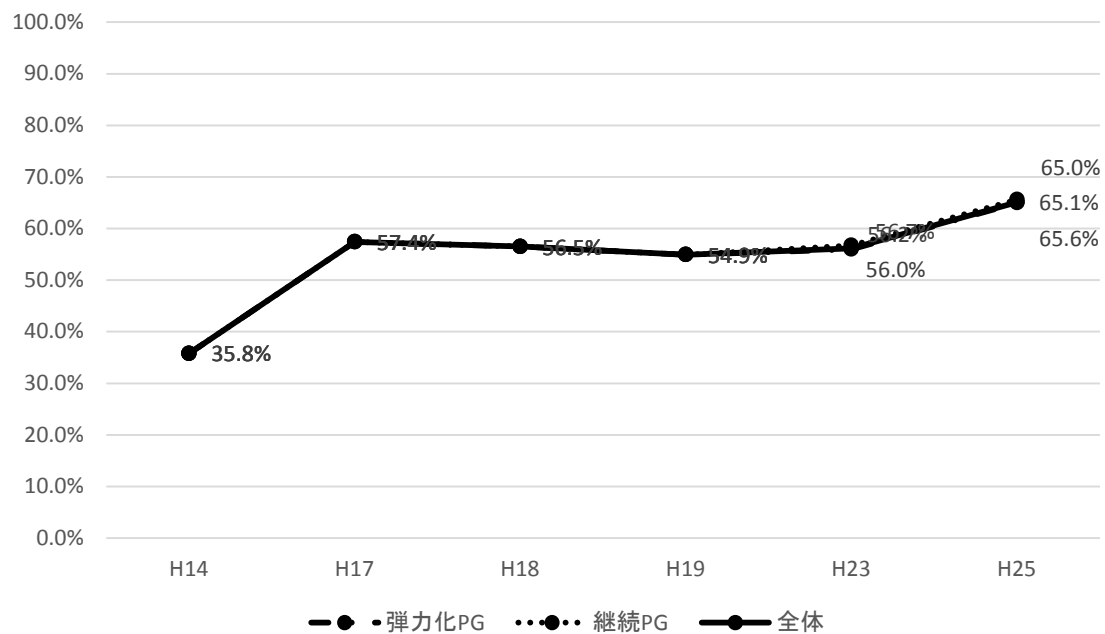
【禁煙指導ができる】



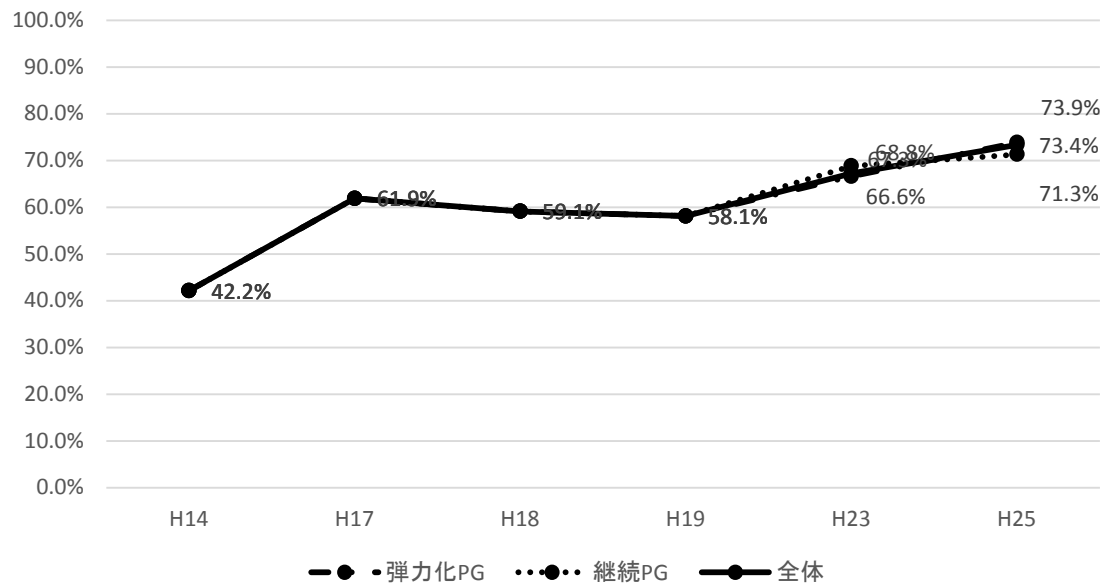
【患者の知識や関心のレベルに応じた健康教育ができる】



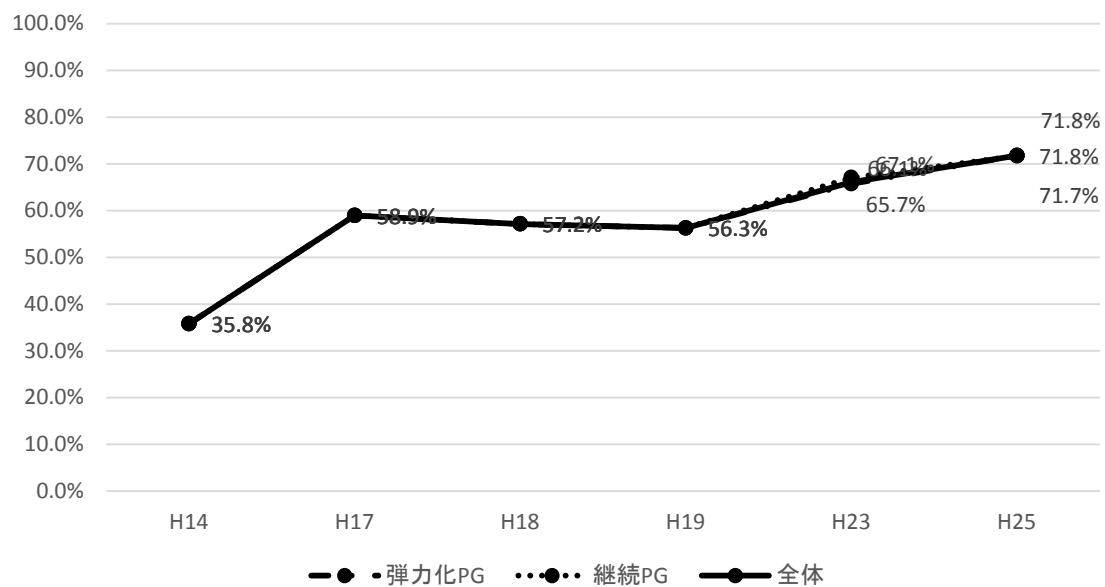
【在宅医療の適応の判断ができる】



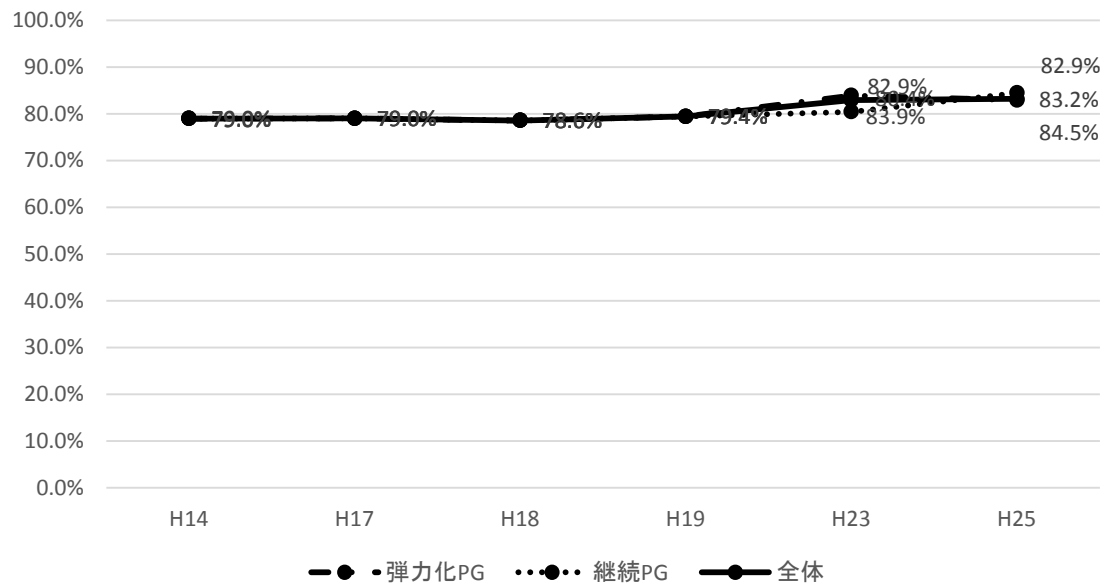
【地域の医療資源を活用し、入院患者の退院後も継続性のある医療を提供できるよう調整することができる】



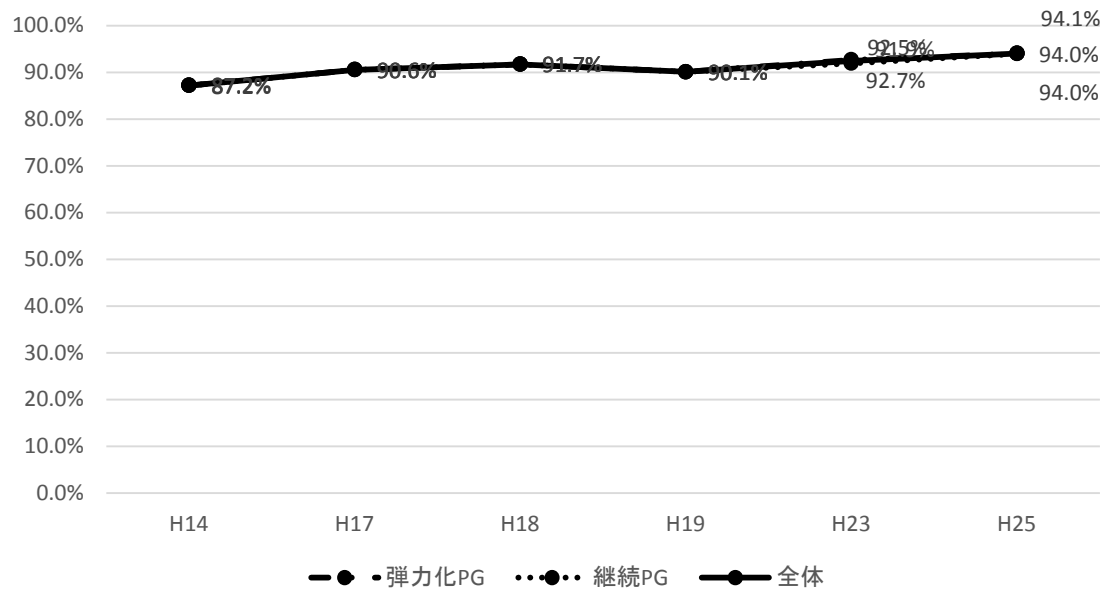
【社会福祉施設等の役割について理解し、連携をとることができる】

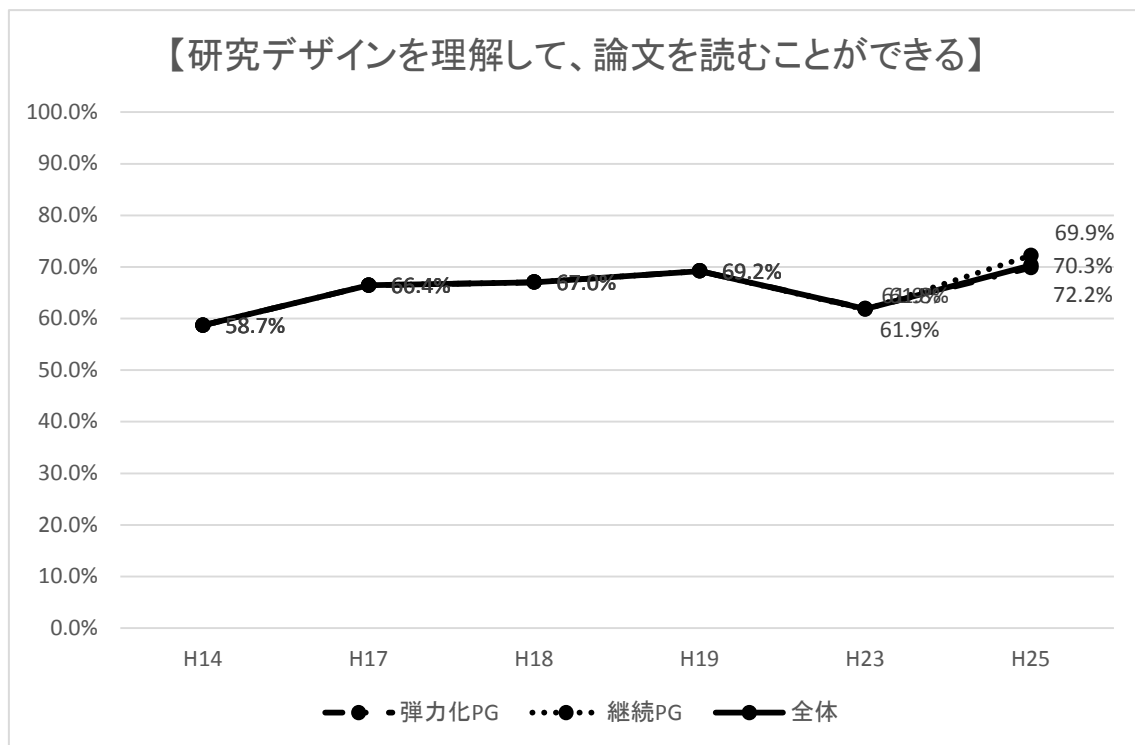
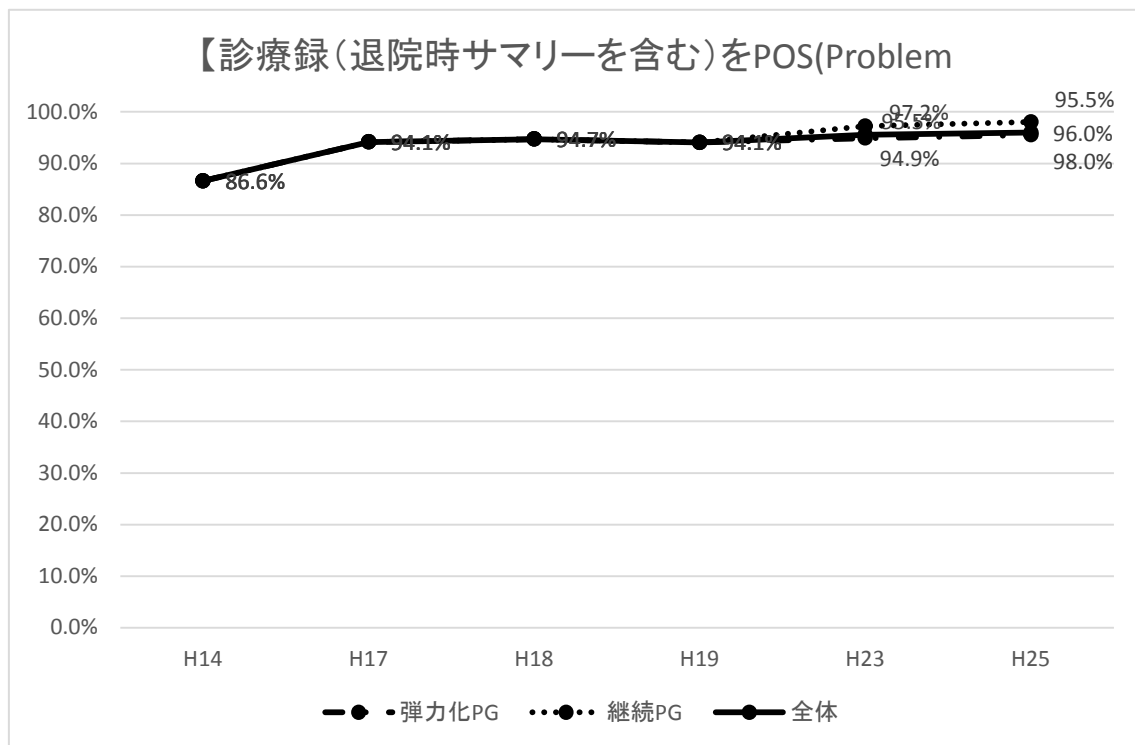


【診療上湧き上がってきた疑問点について、Medlineで文献検索ができる】

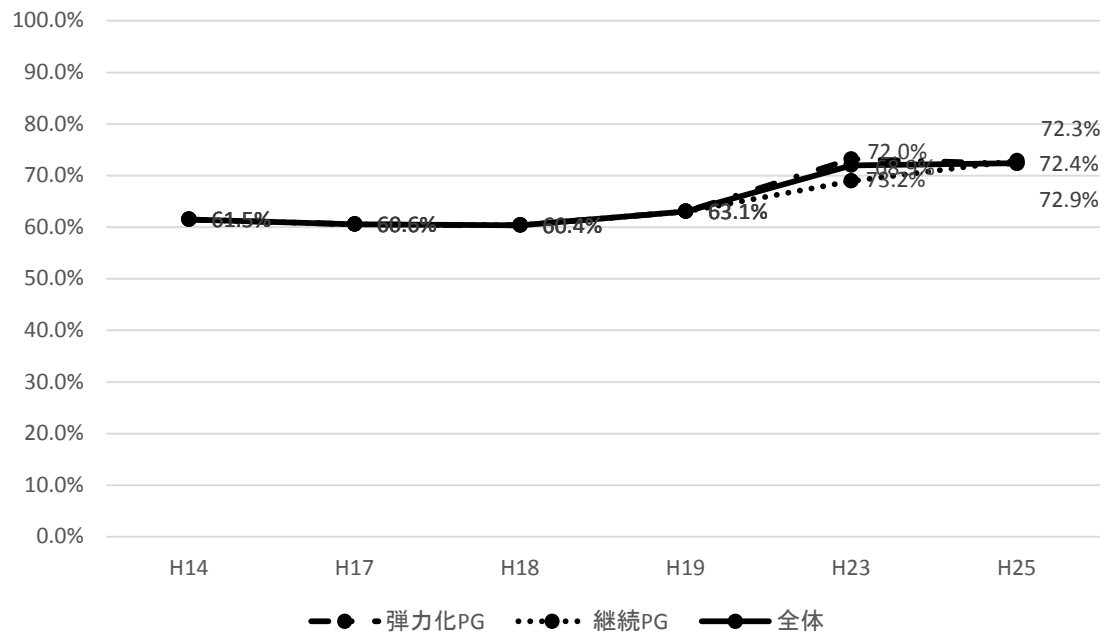


【カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる】

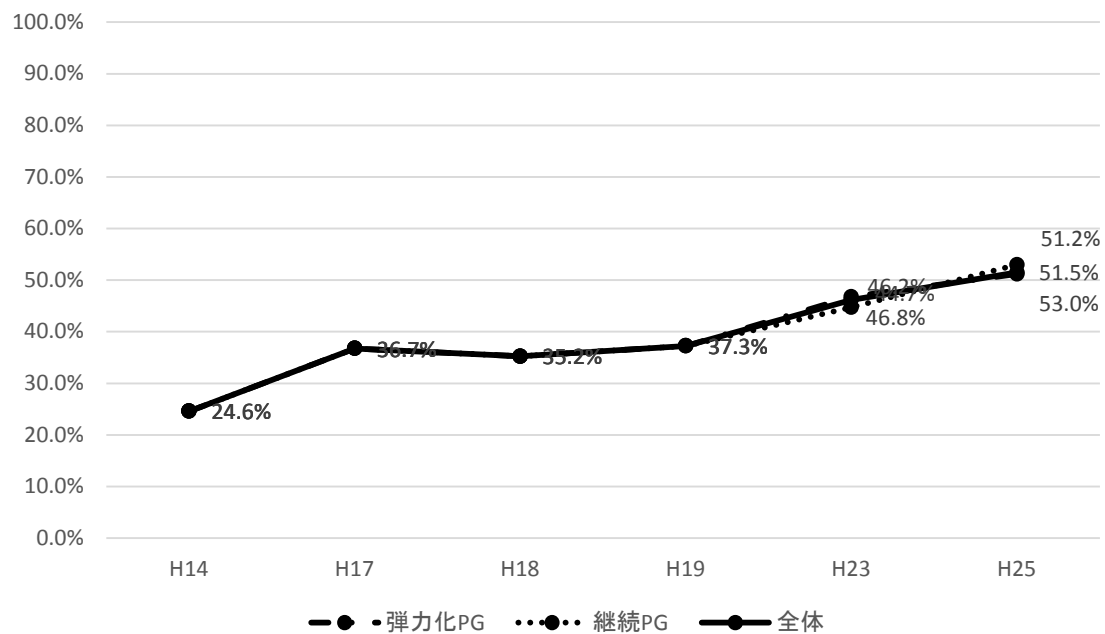




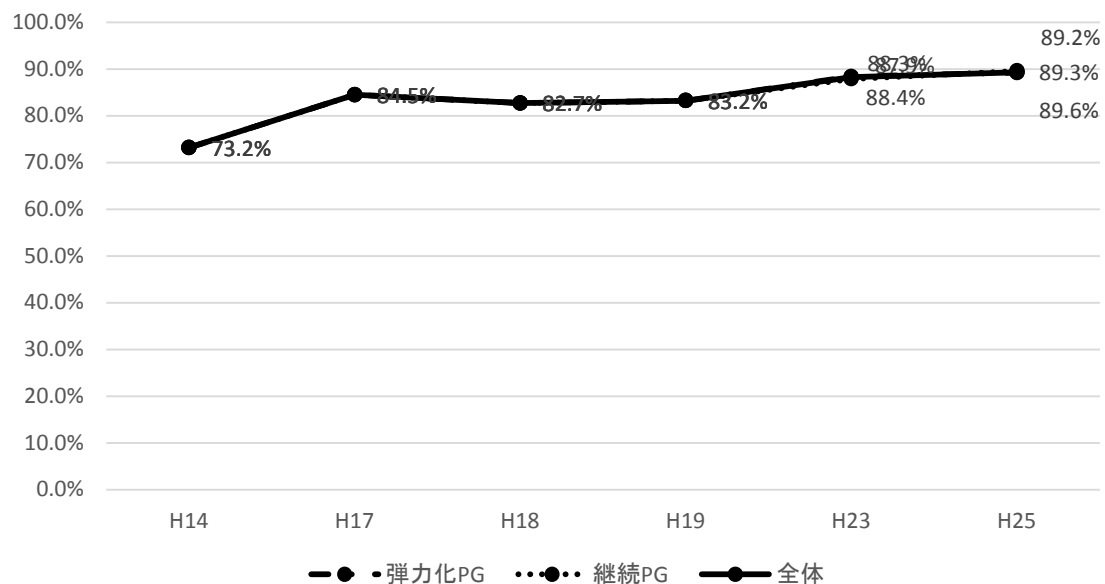
【学会で症例報告ができる】



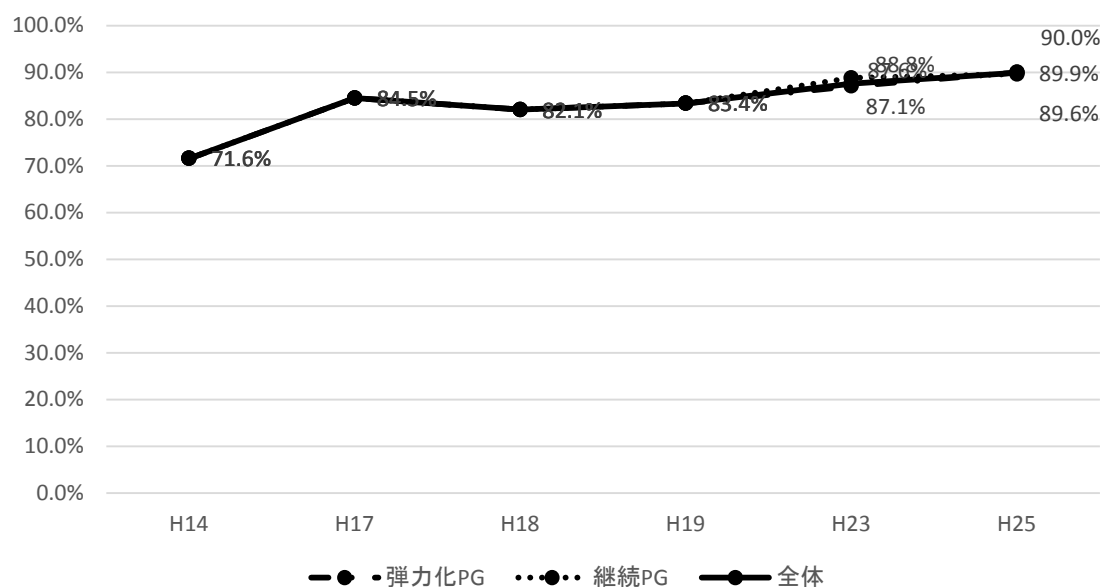
【データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる】



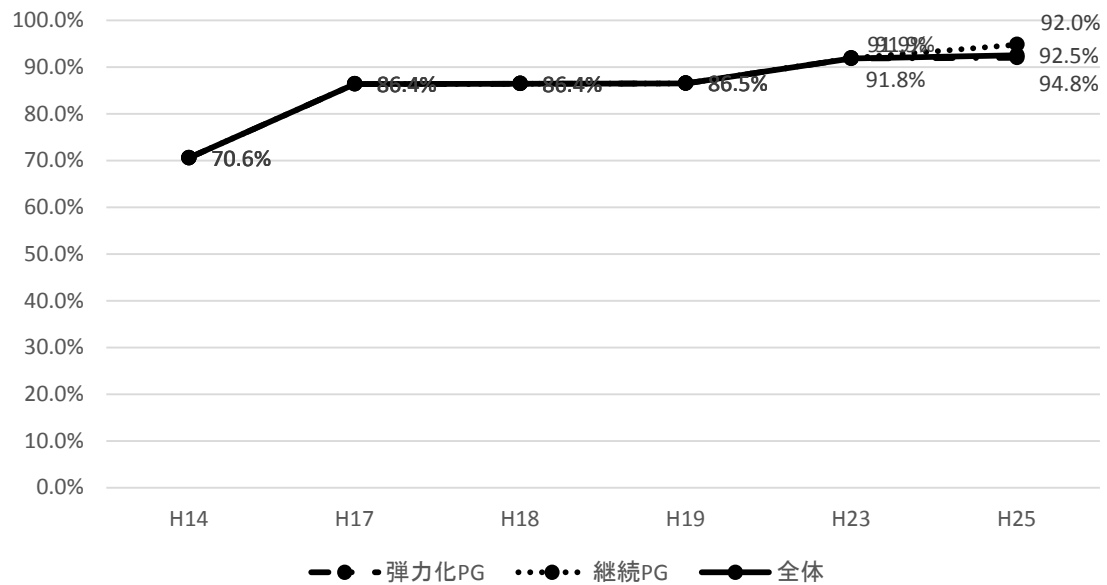
【医療上の安全確認の基本的な考え方を理解し、実施できる】



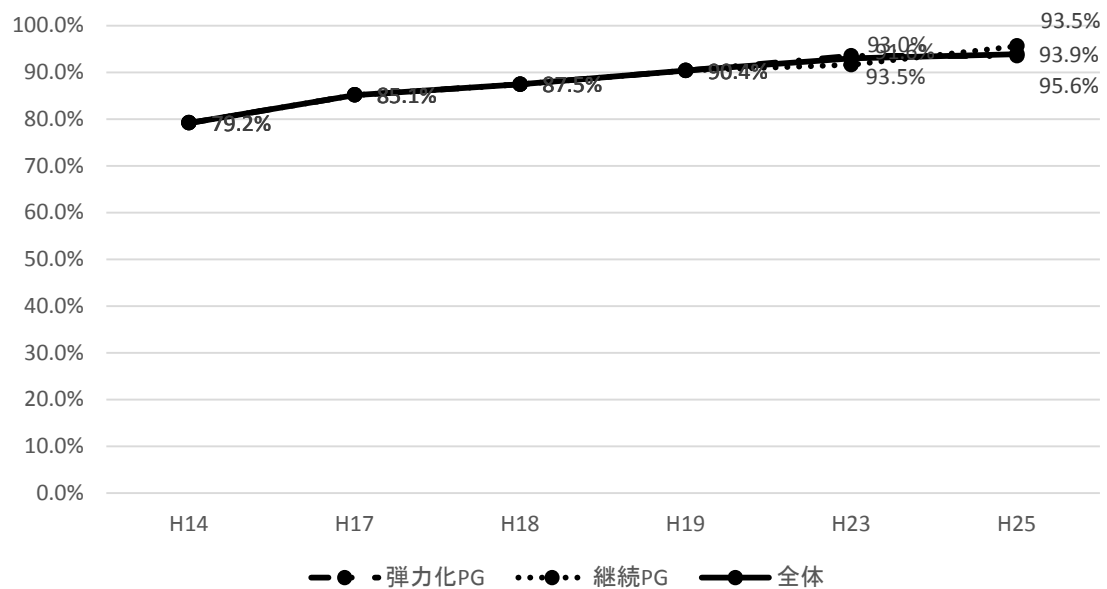
【医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる】



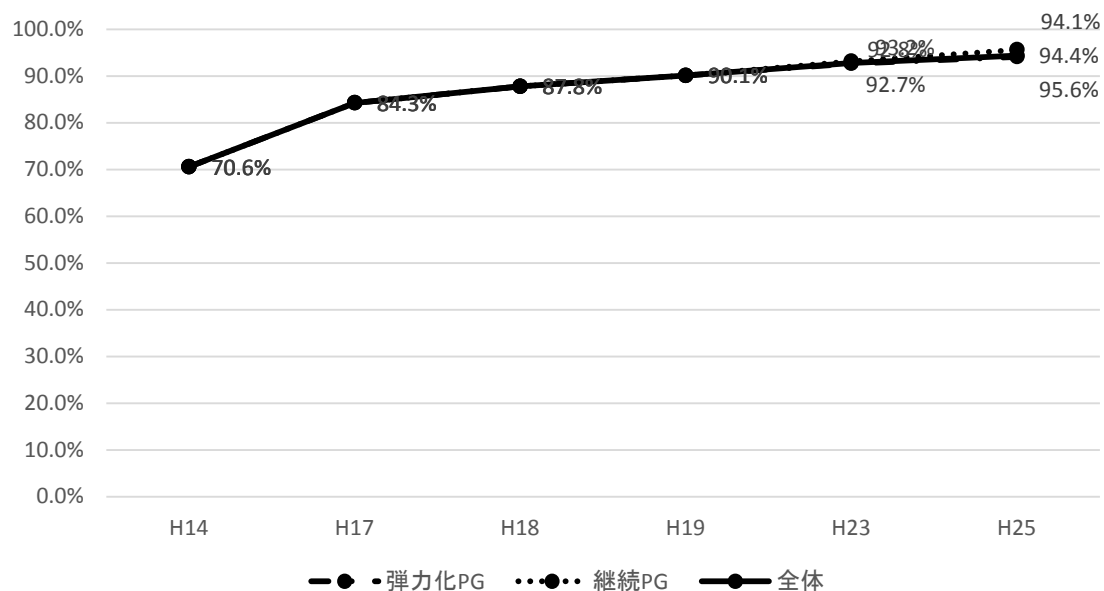
【院内感染対策(Standard Precautionsを含む)の基本を理解し、実施できる】



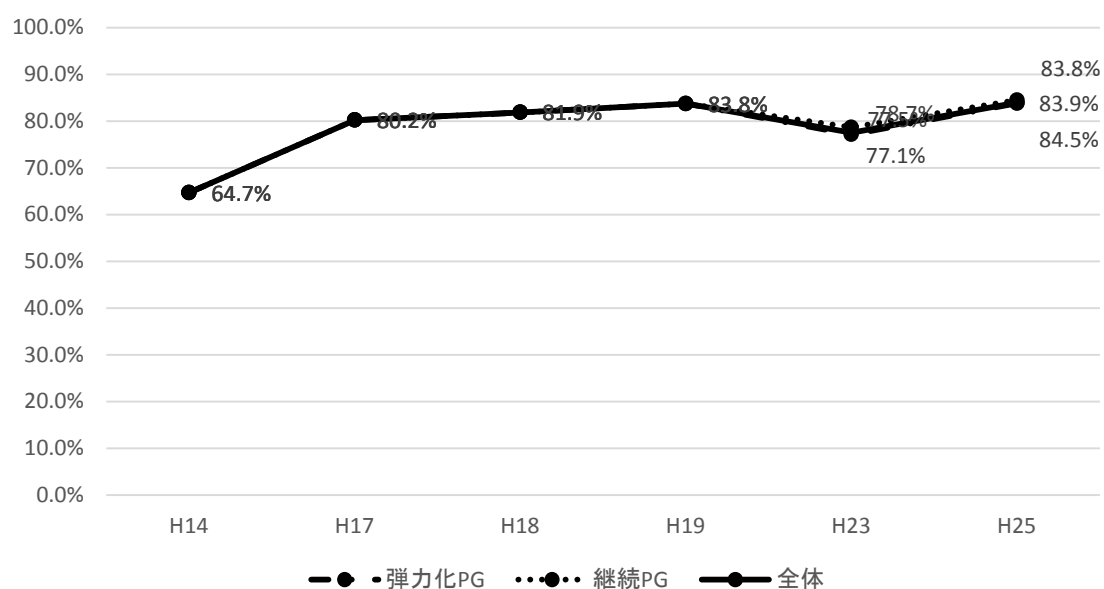
【高齢者の聴力・視力・認知面での障害の有無に配慮した、病歴聴取を行うことができる】



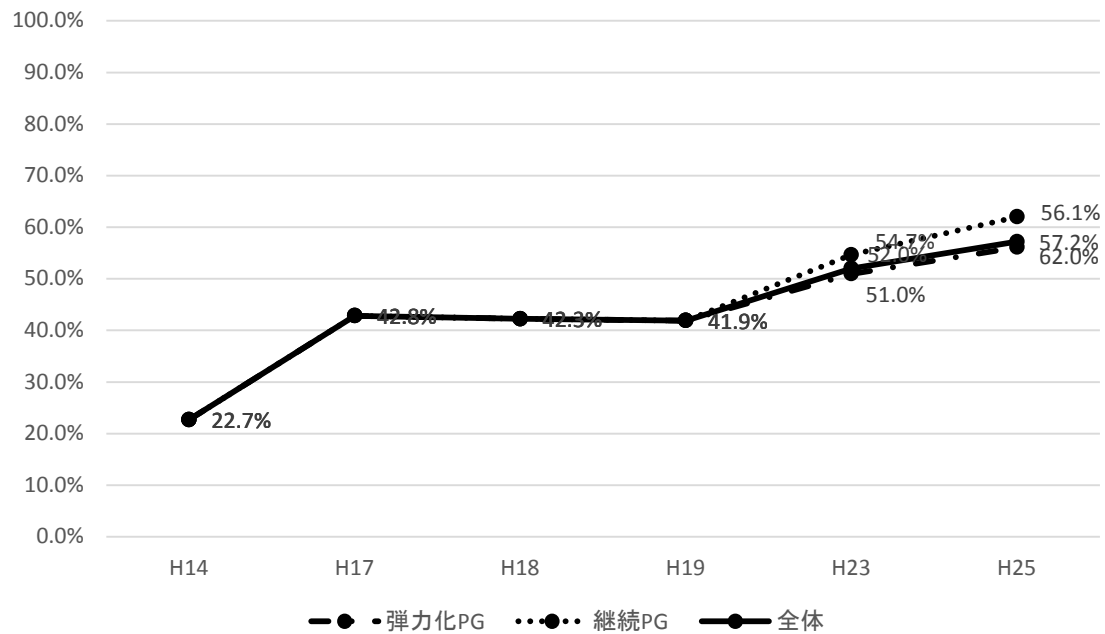
【高齢者の症状が非特異的、非典型的であることを理解して、身体所見をとることができる】



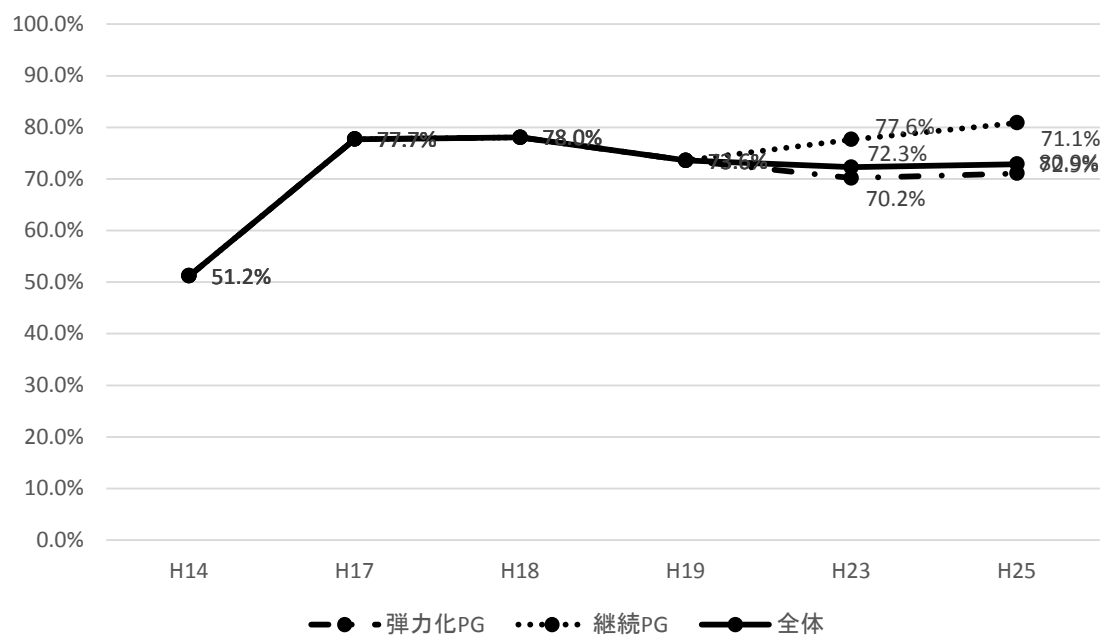
【高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治療法を提示することができる】



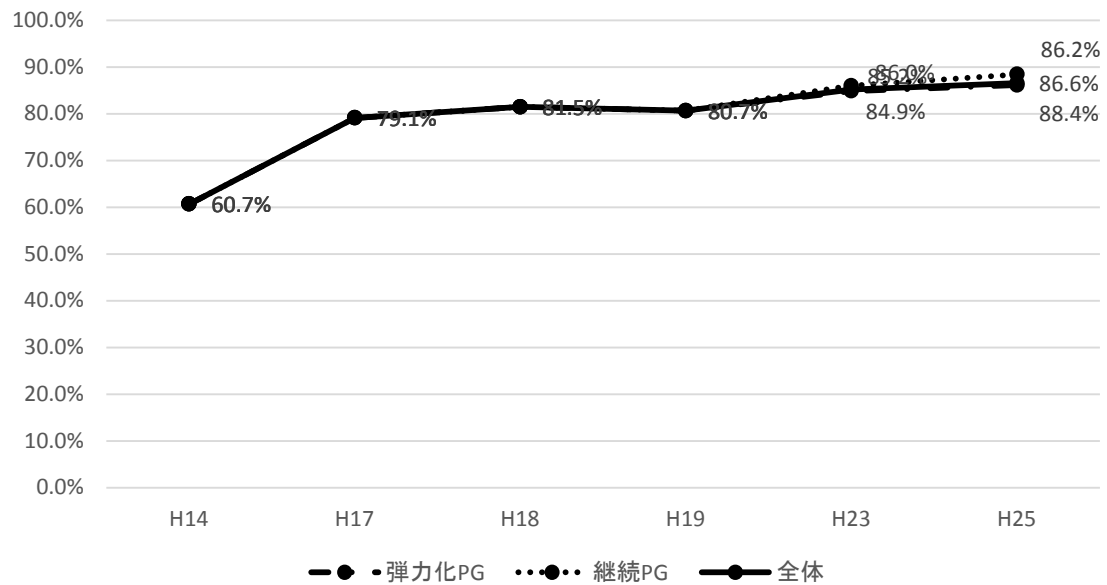
【小児の精神運動発達の異常を判断できる】



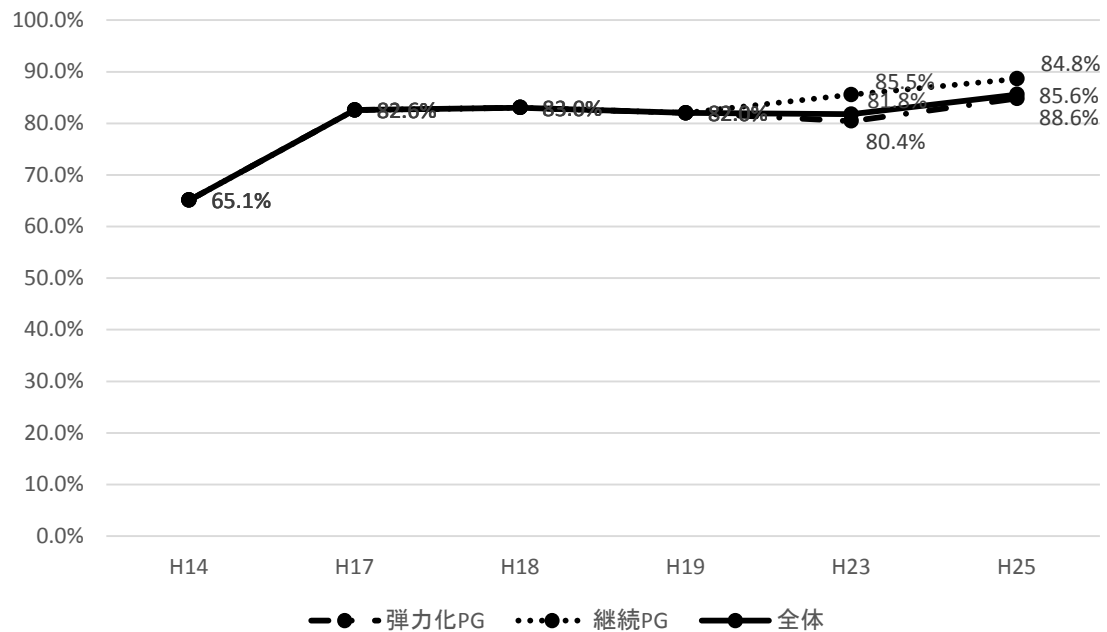
【小児の採血、点滴ができる】



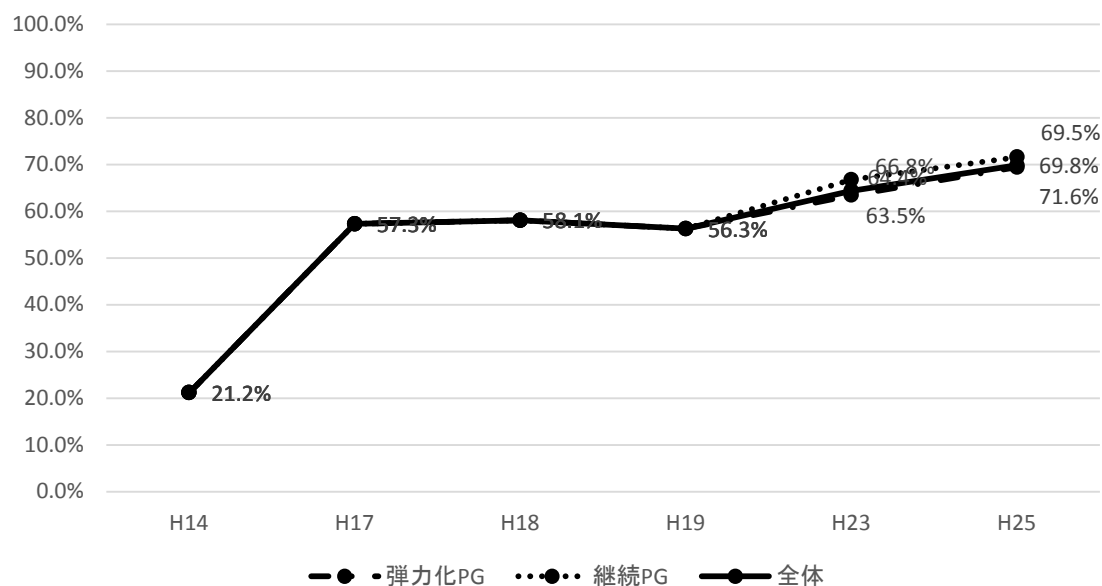
【患児の身体的苦痛のみならず、精神的ケアにも配慮できる】



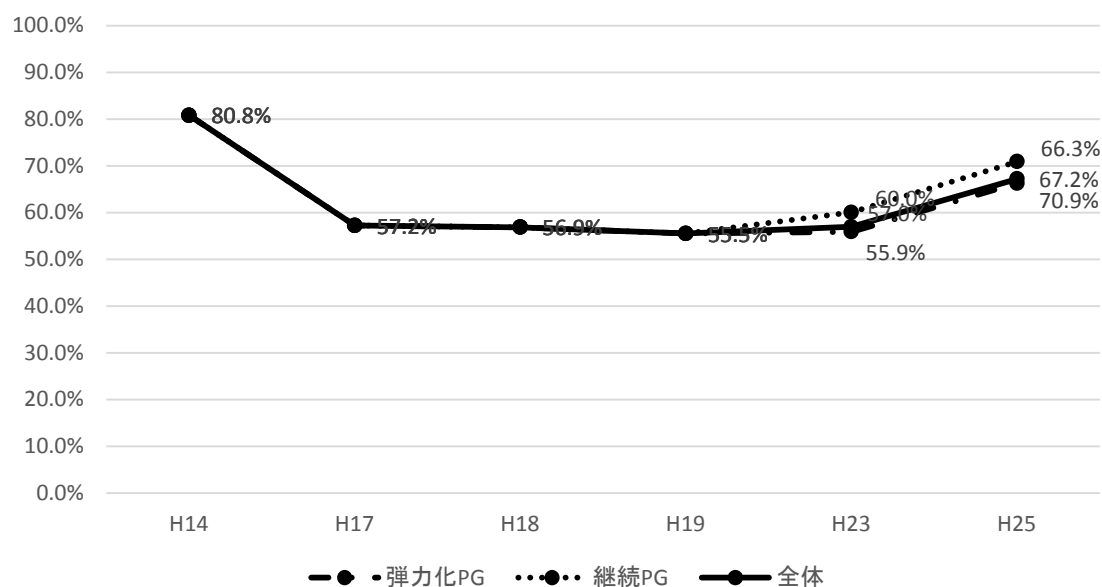
【患児の年齢や理解度に応じた説明ができる】



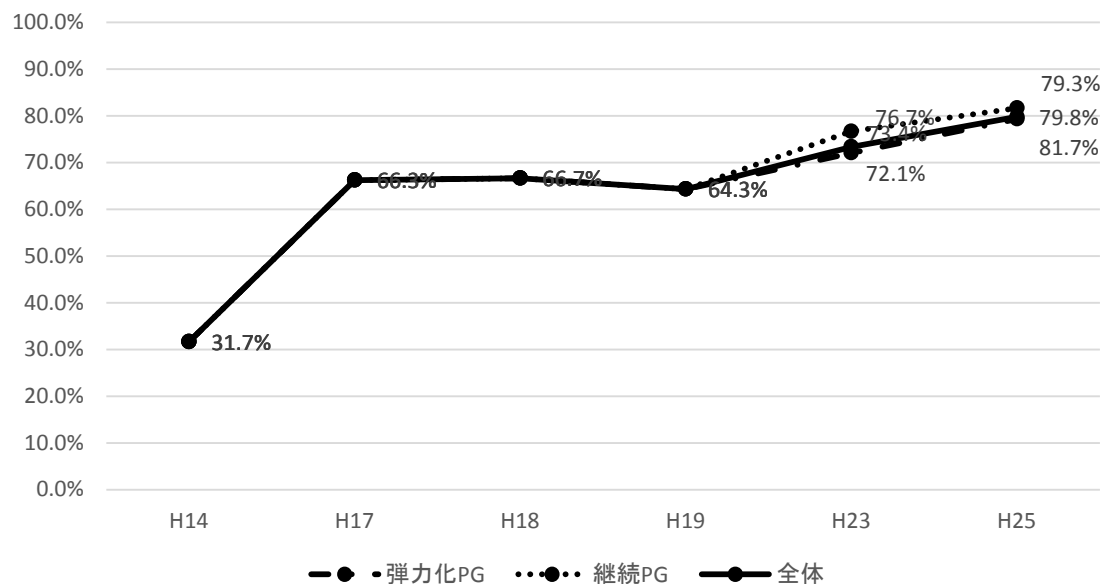
【代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる】



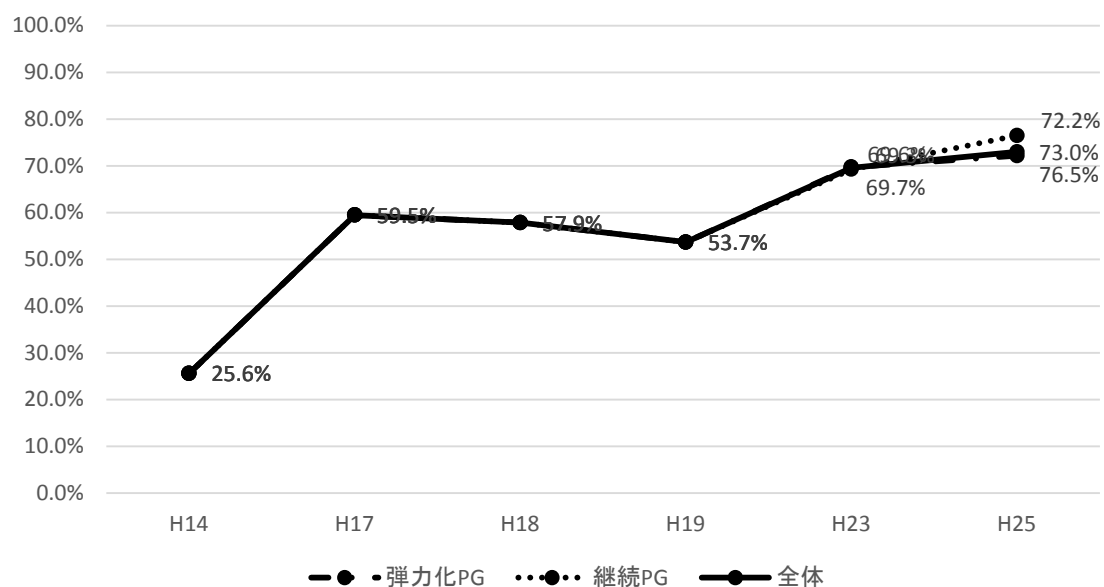
【精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる】



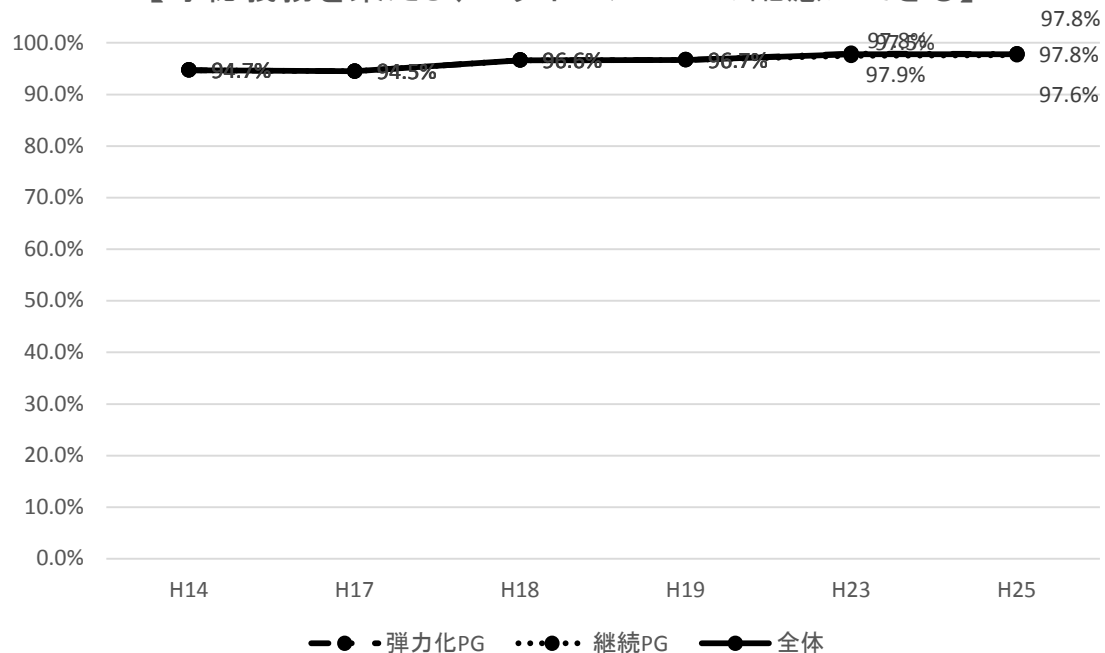
【精神科コ・メディカルスタッフ(PSW等)の業務を理解し、連携してケアを行うことができる】



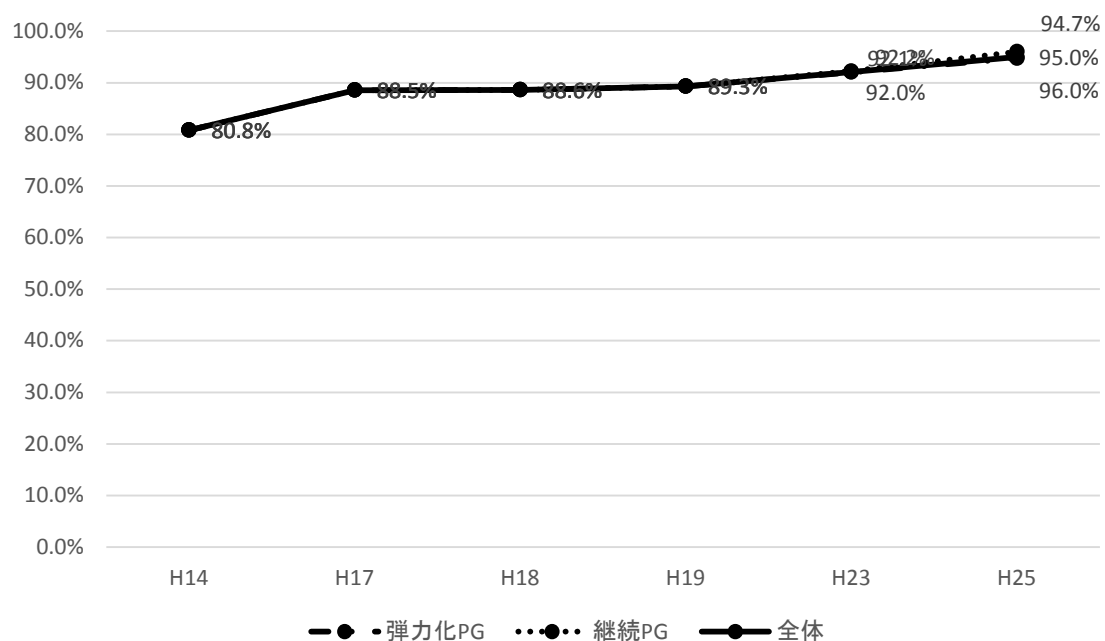
【地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する知識を持ち、適切な連携をとることができる】



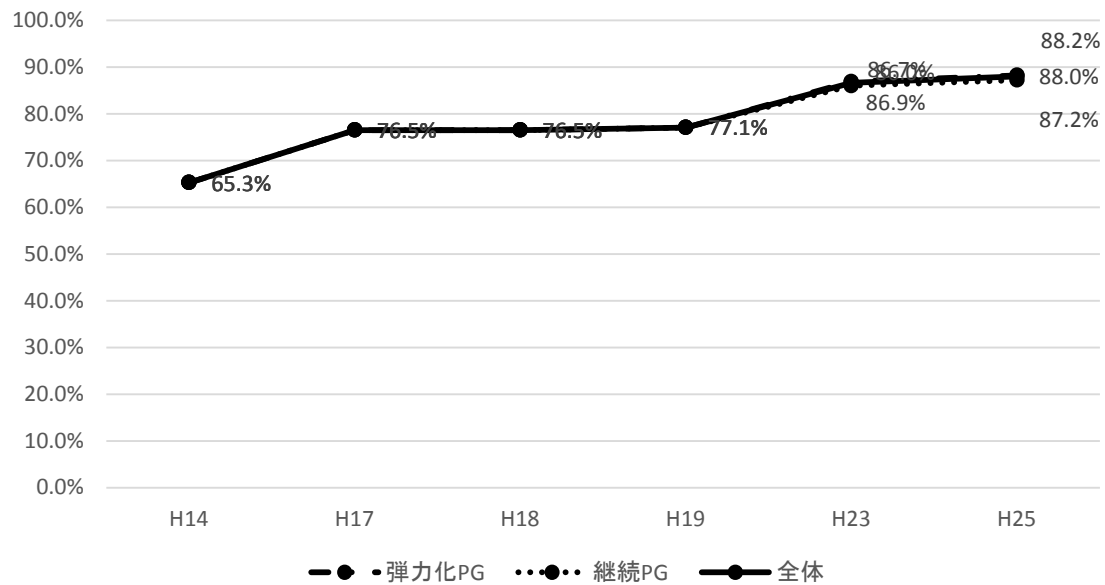
【守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる】



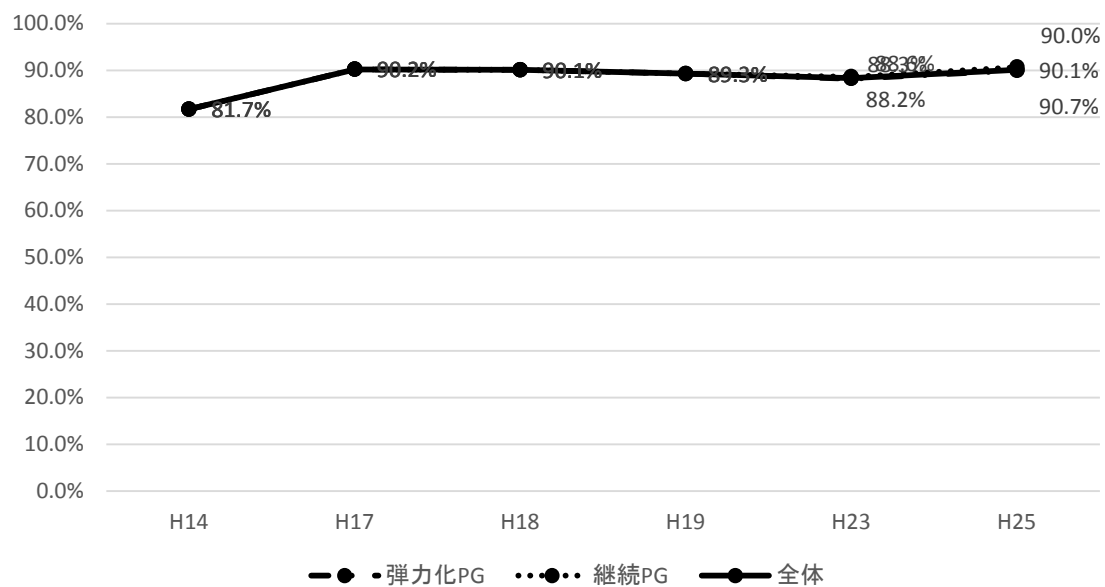
【患者の基本的人権について説明できる】



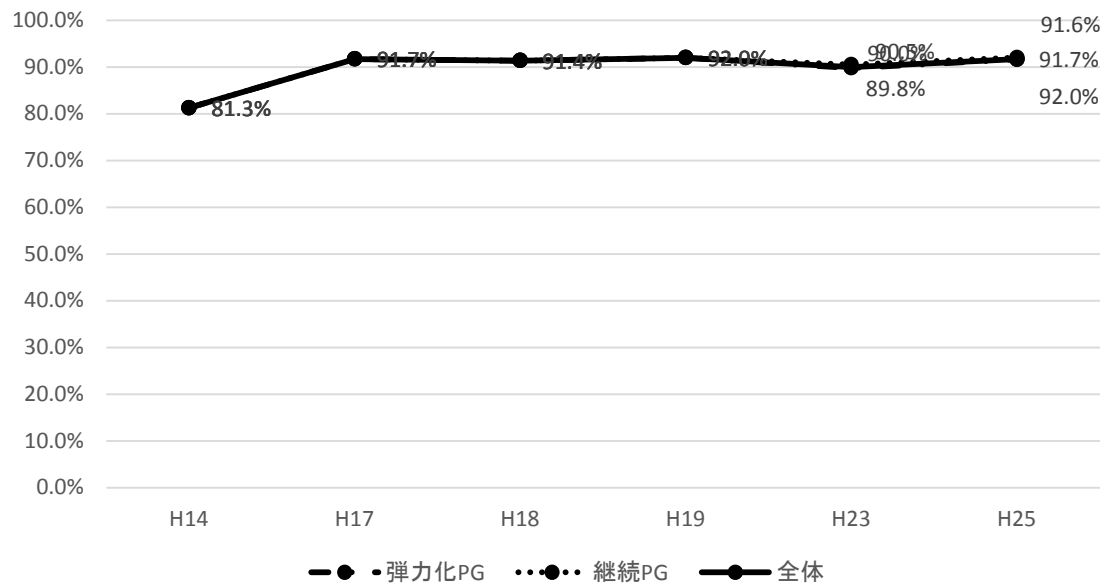
【自己決定できない患者での代理決定について判断できる】



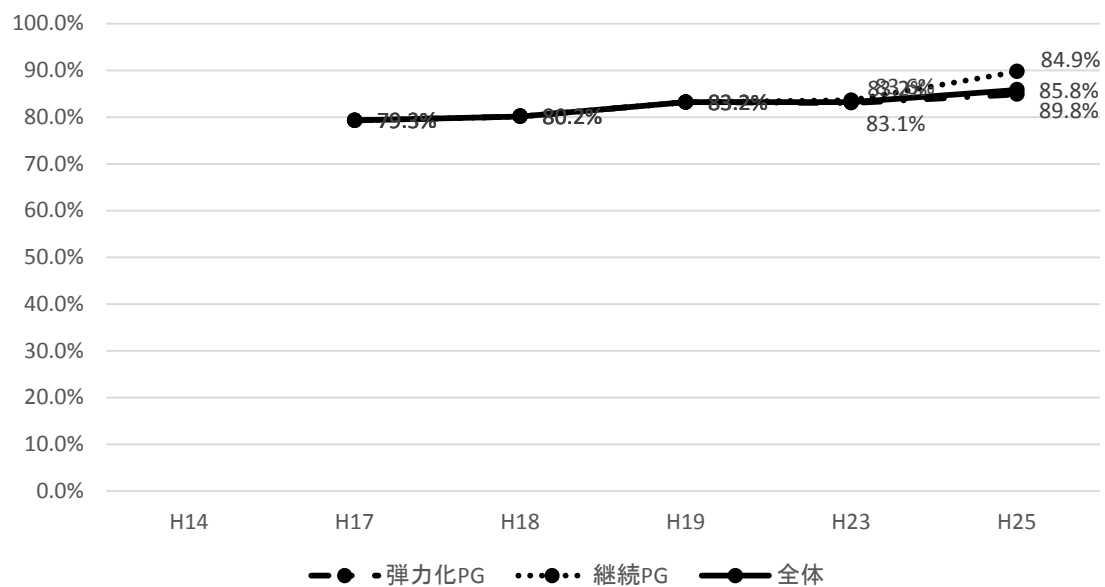
【診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む)を作成できる】



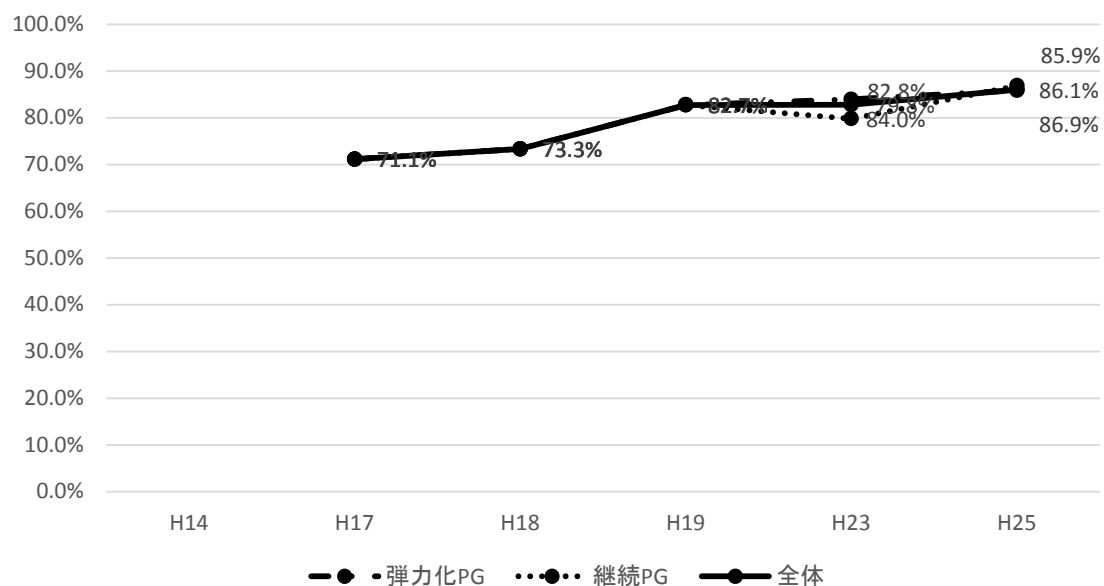
【診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる】



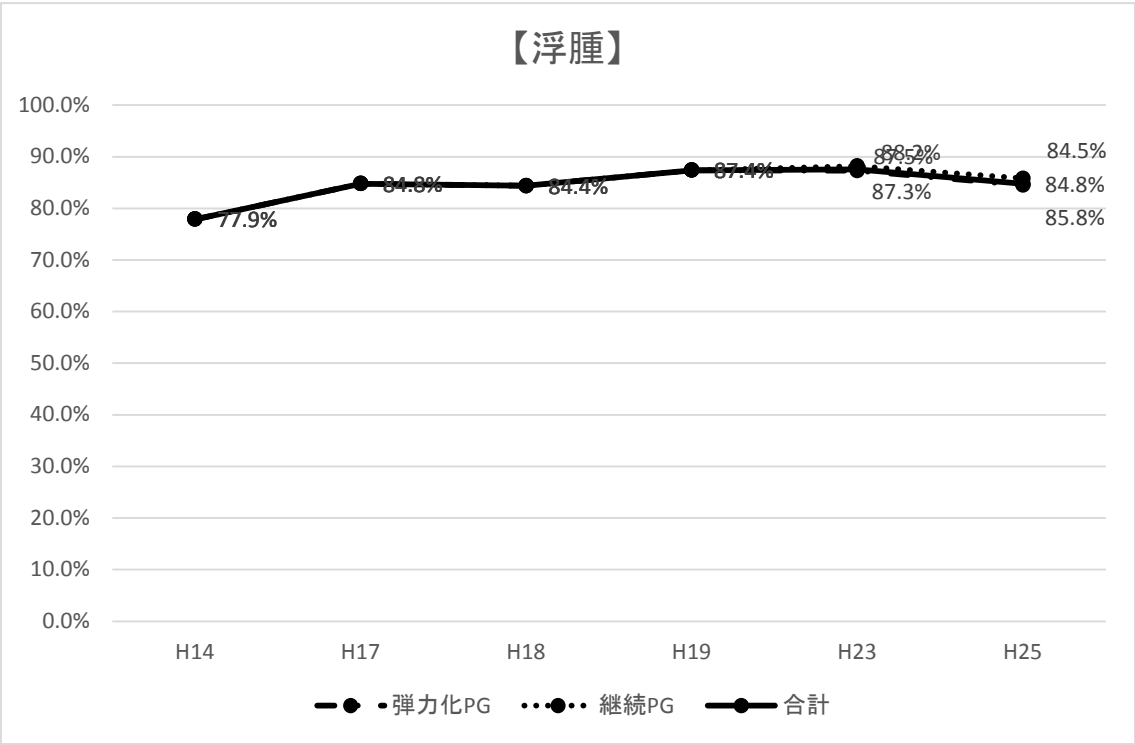
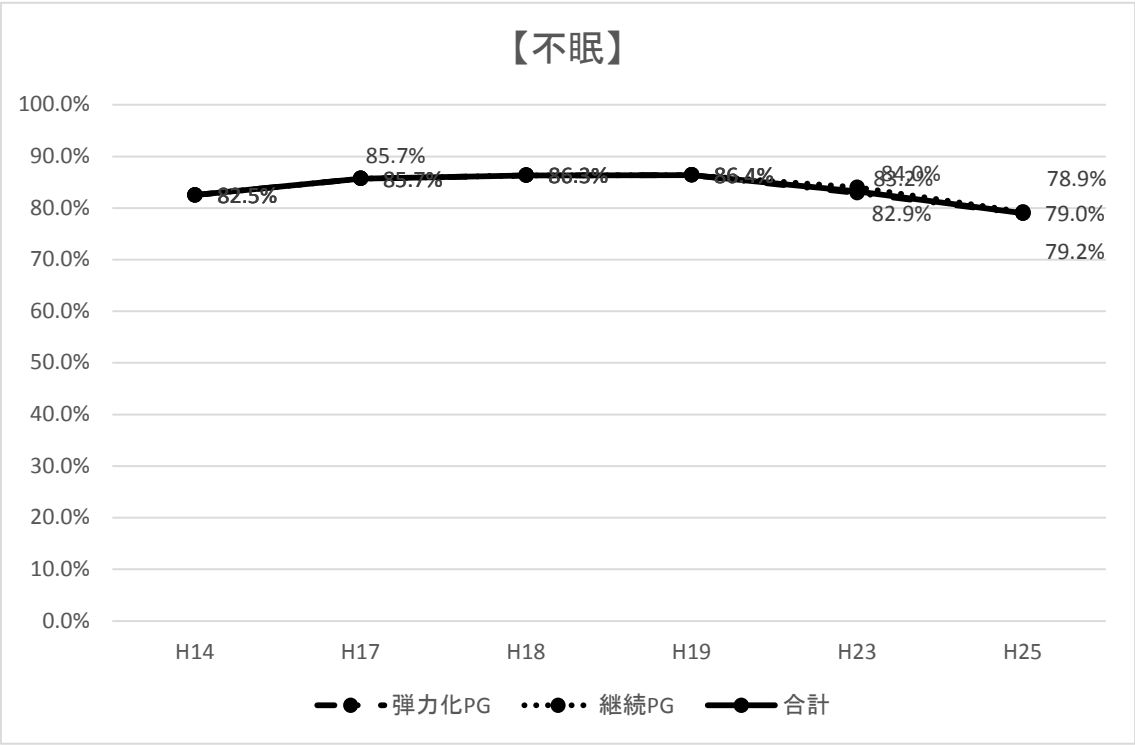
【基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる】



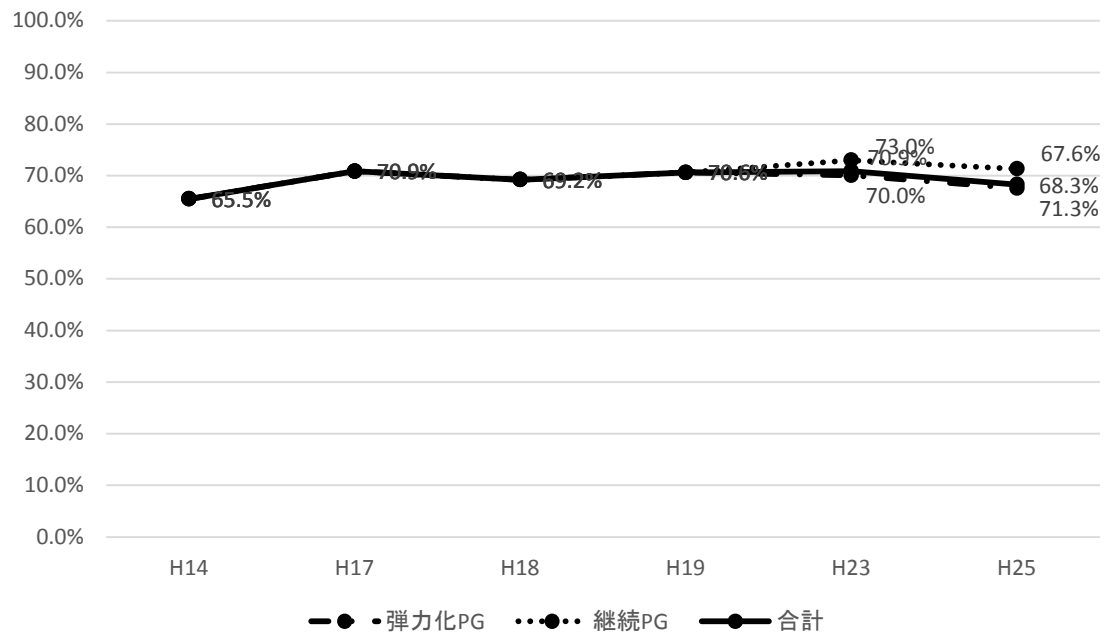
【医療人として必要な姿勢・態度について後輩のロールモデルになることができる】



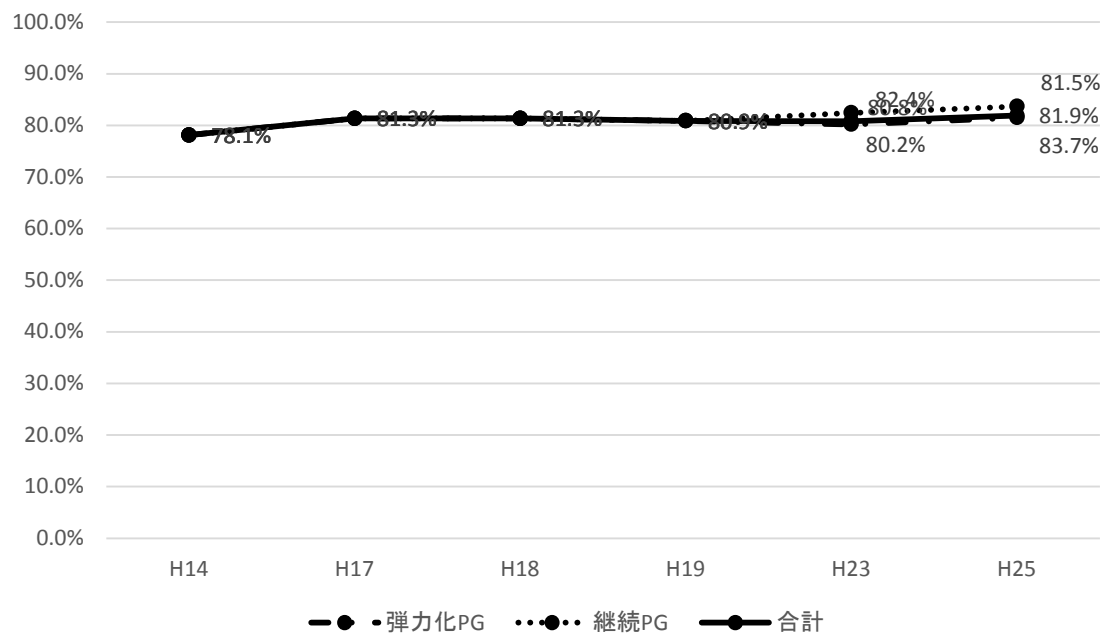
経験症例数：「6 例以上経験した」割合

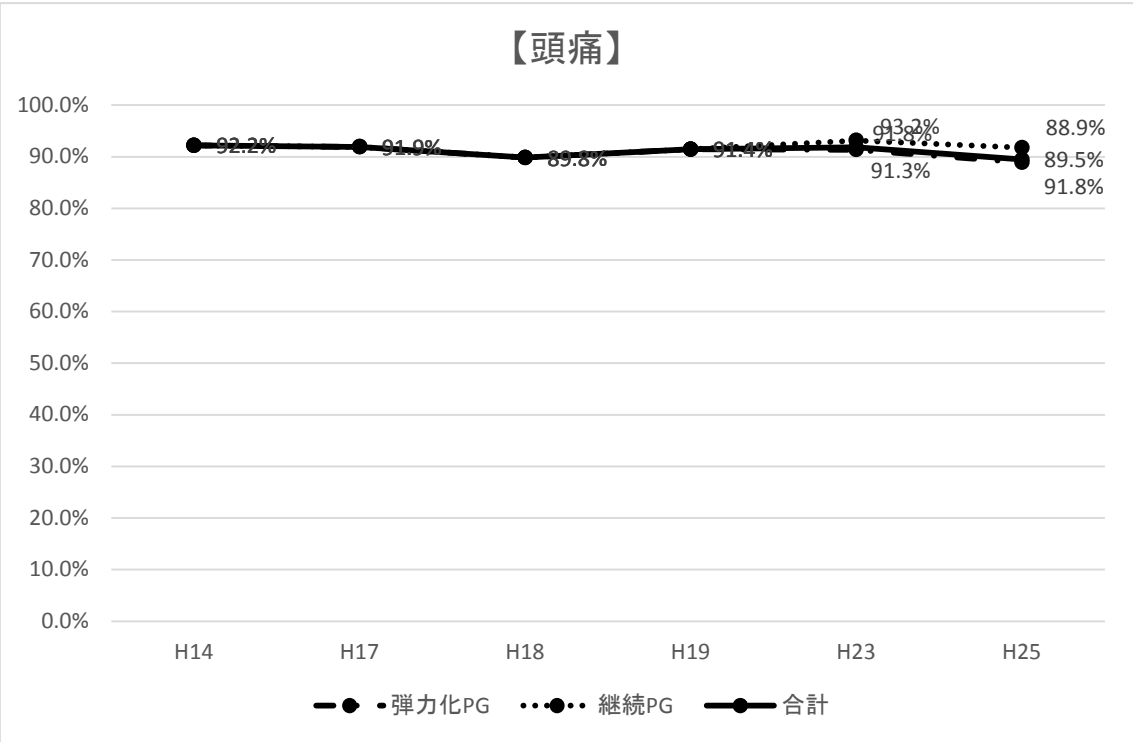
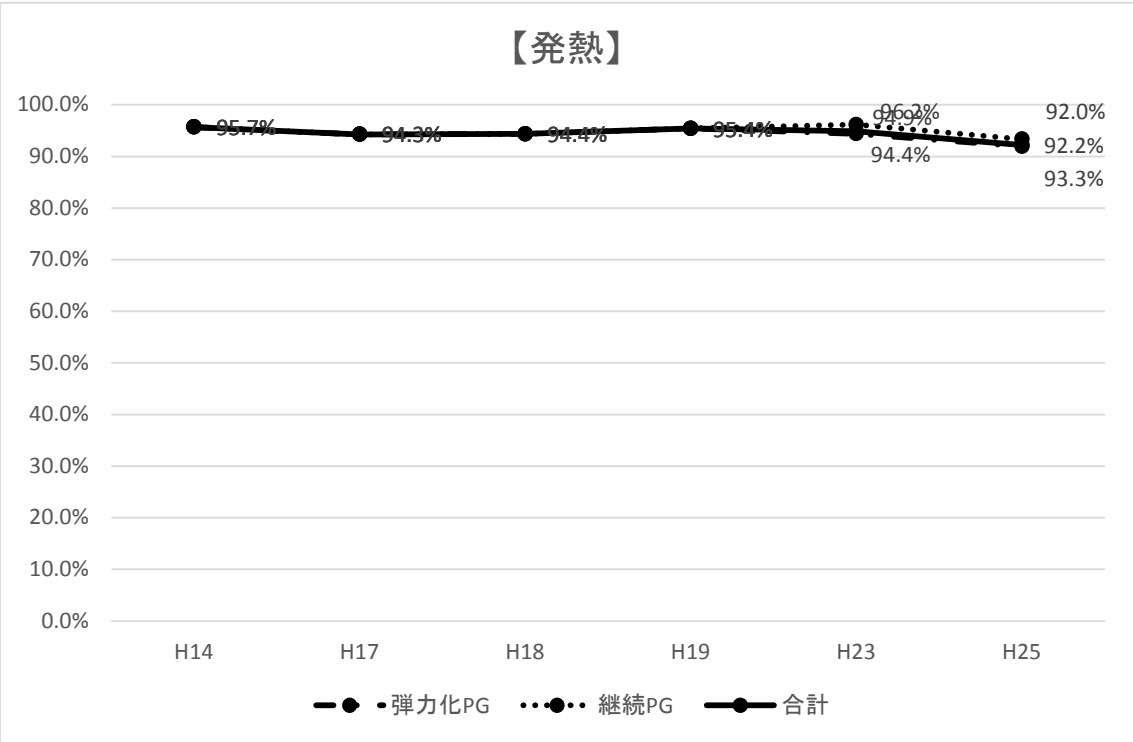


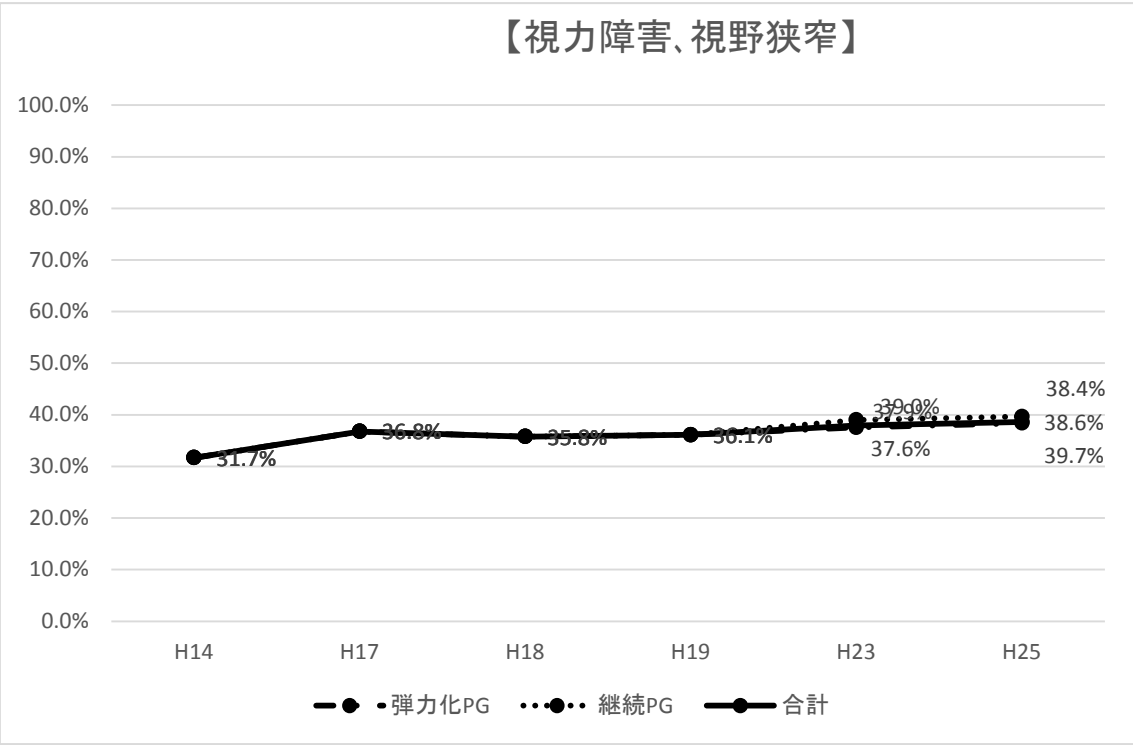
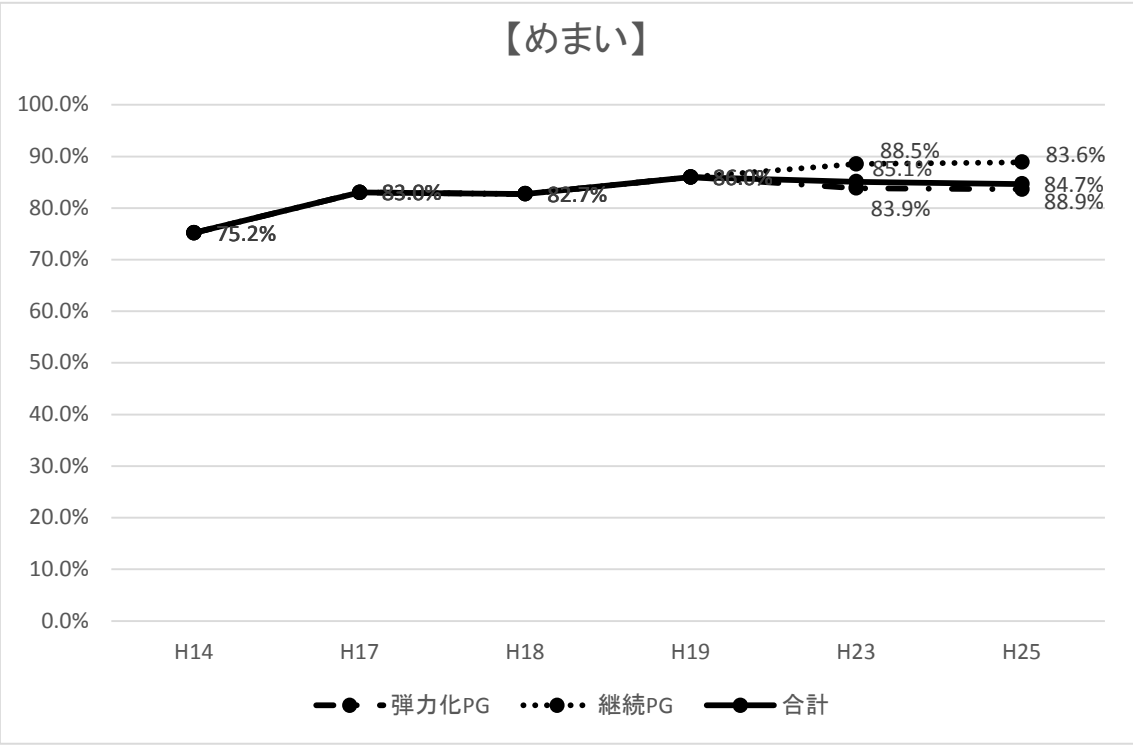
【リンパ節腫脹】

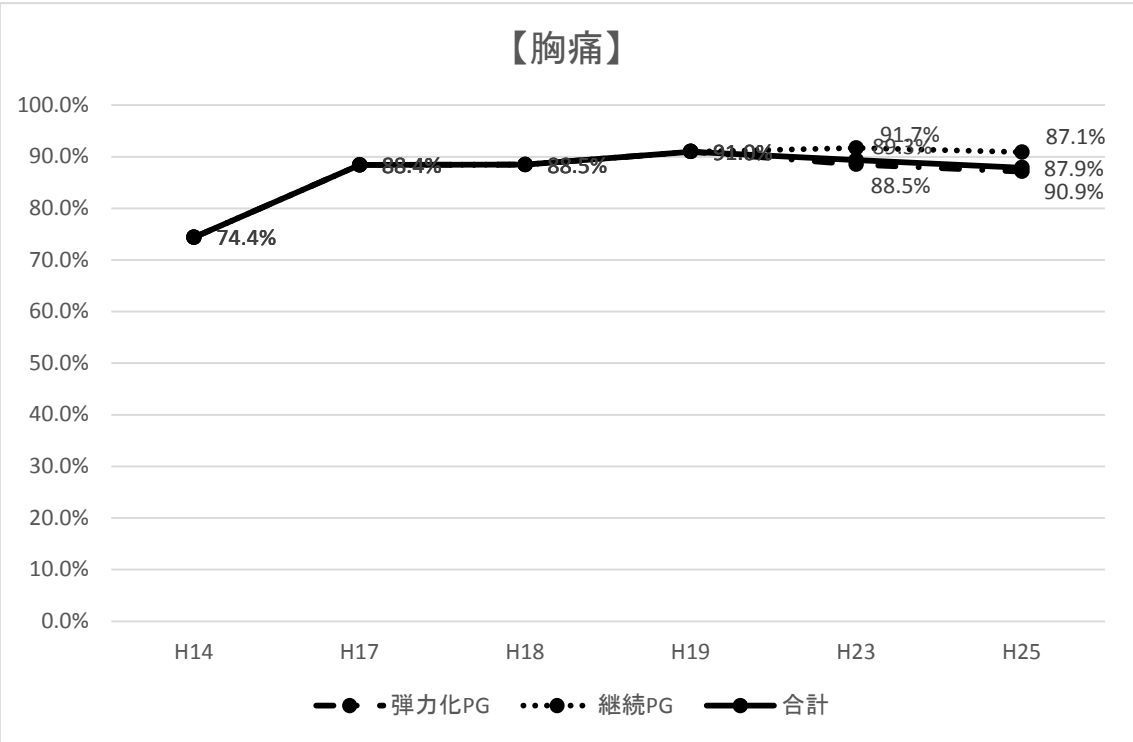
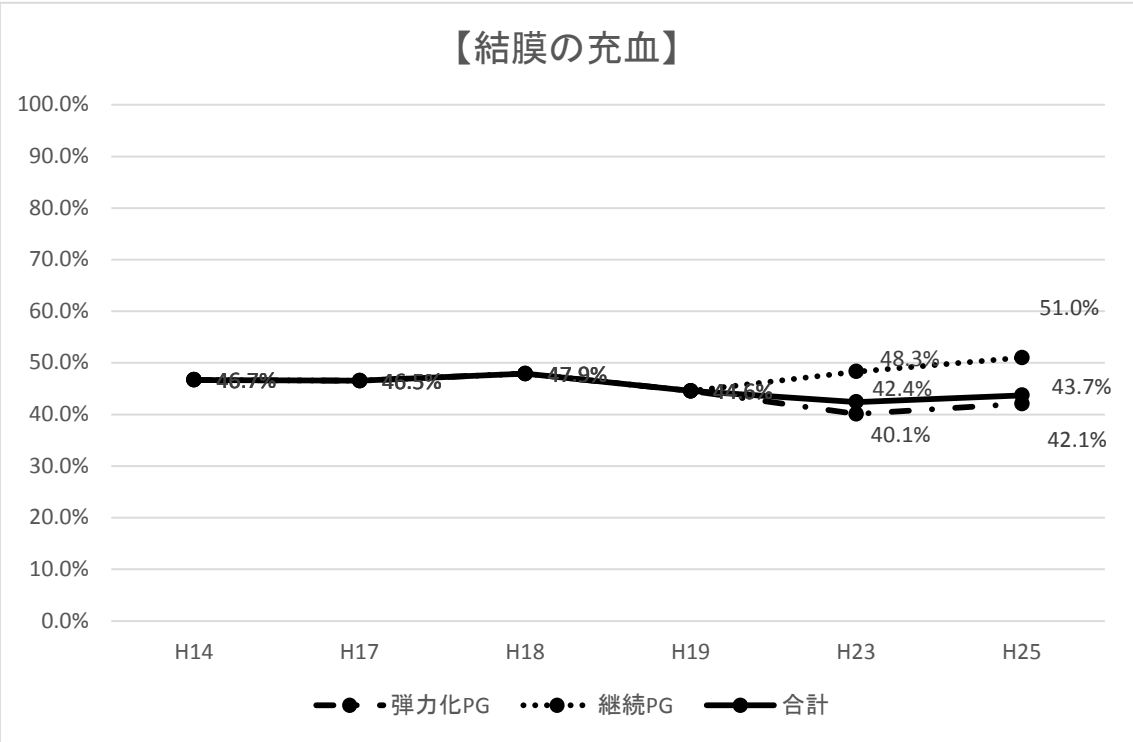


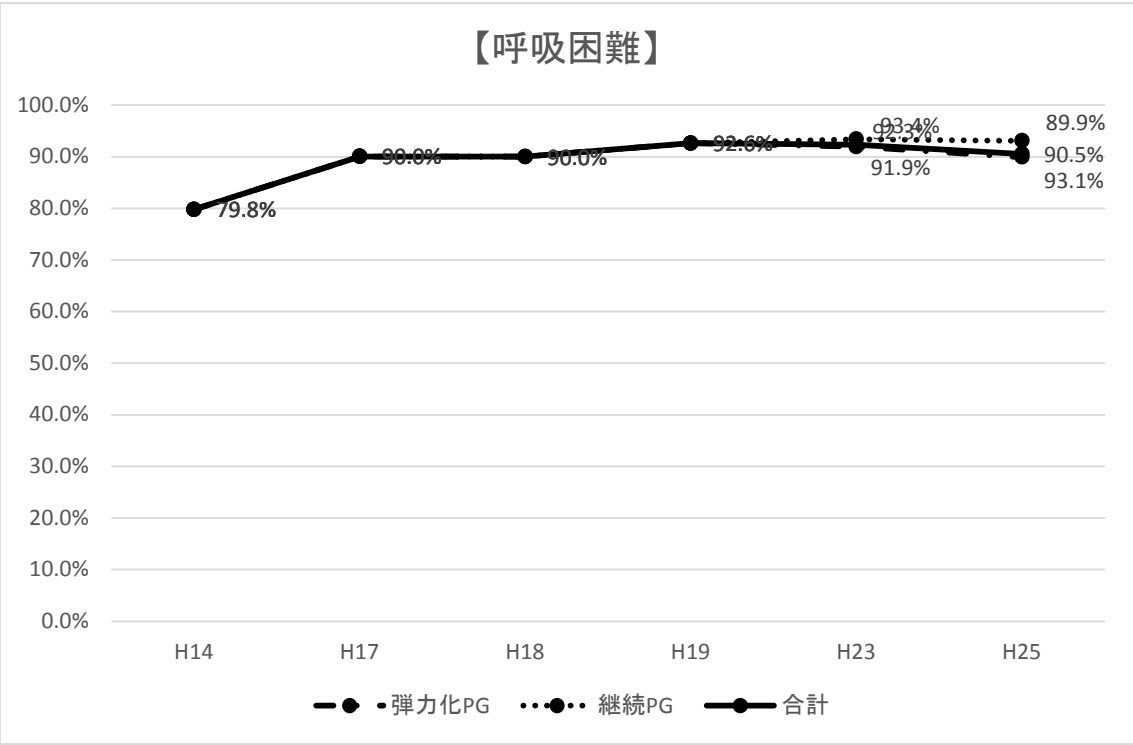
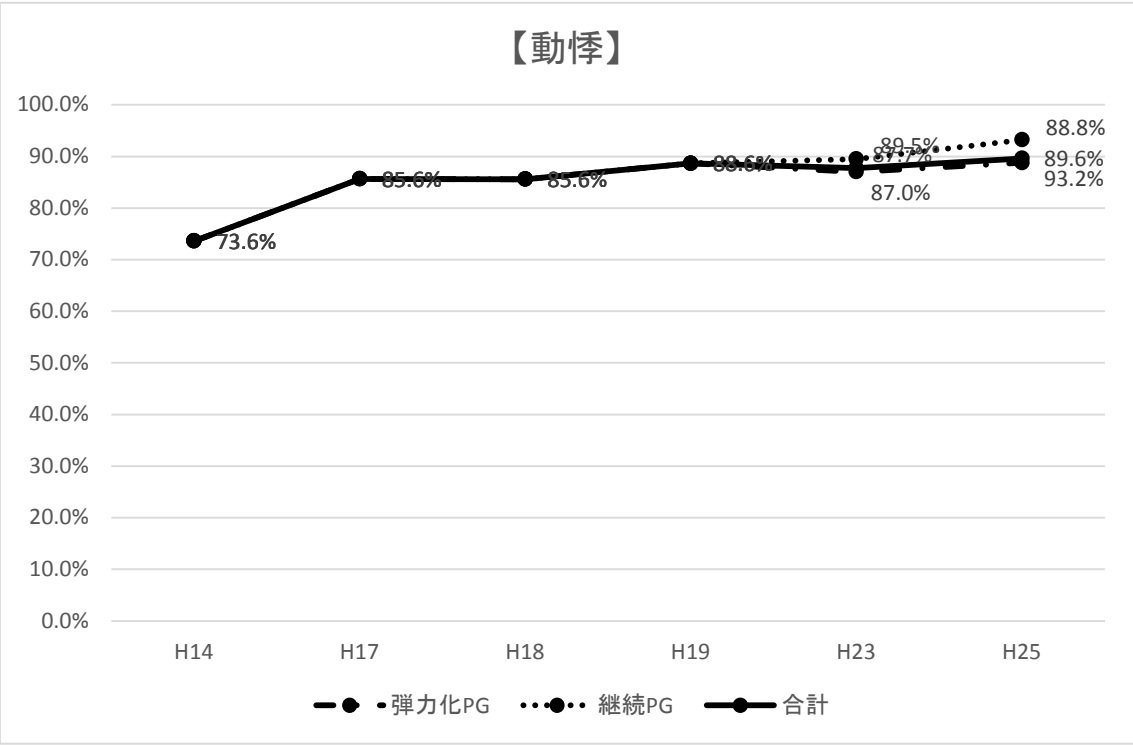
【発疹】

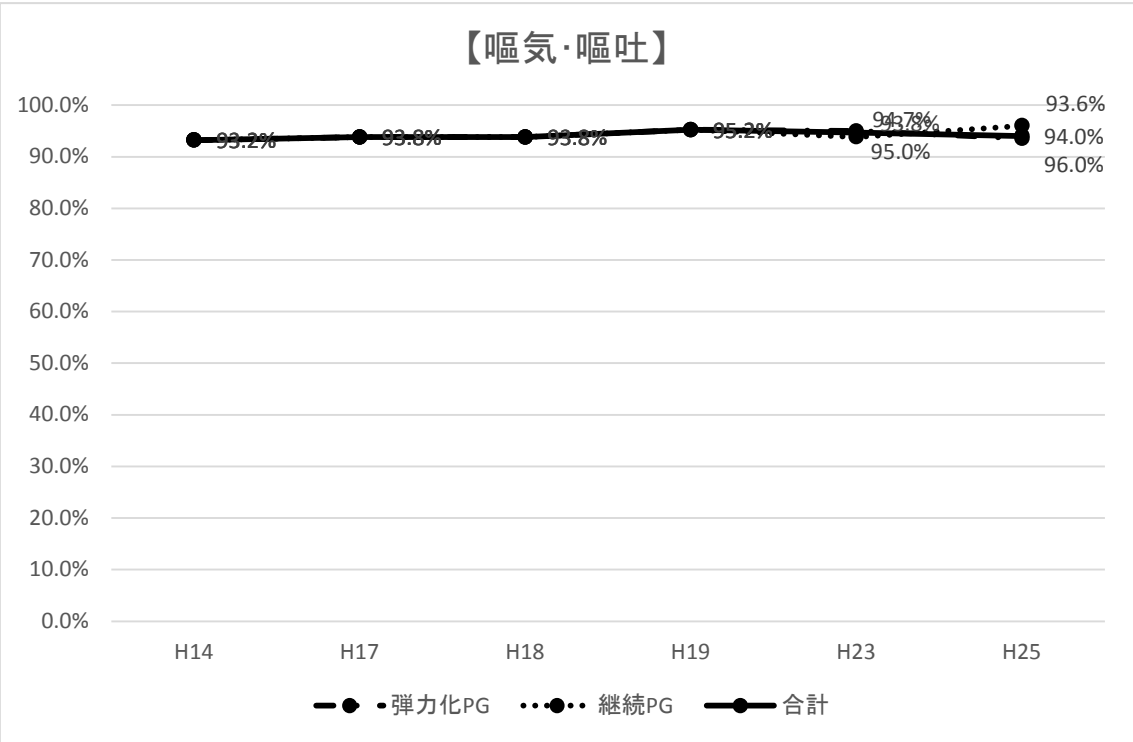
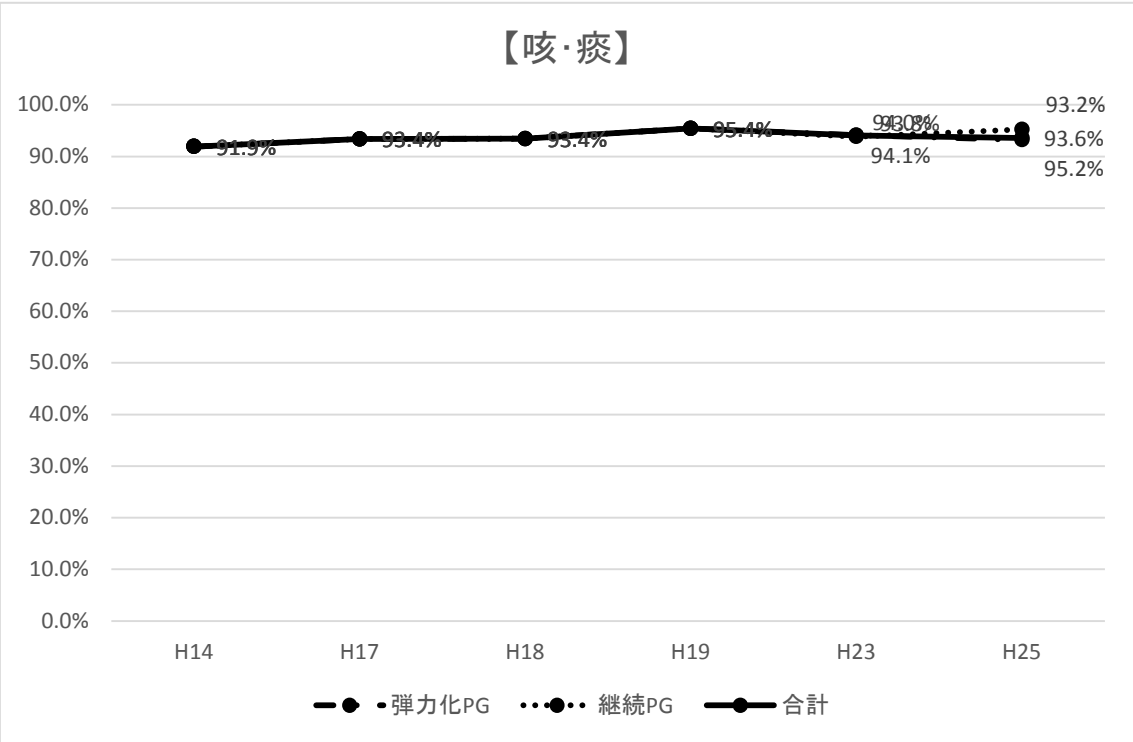


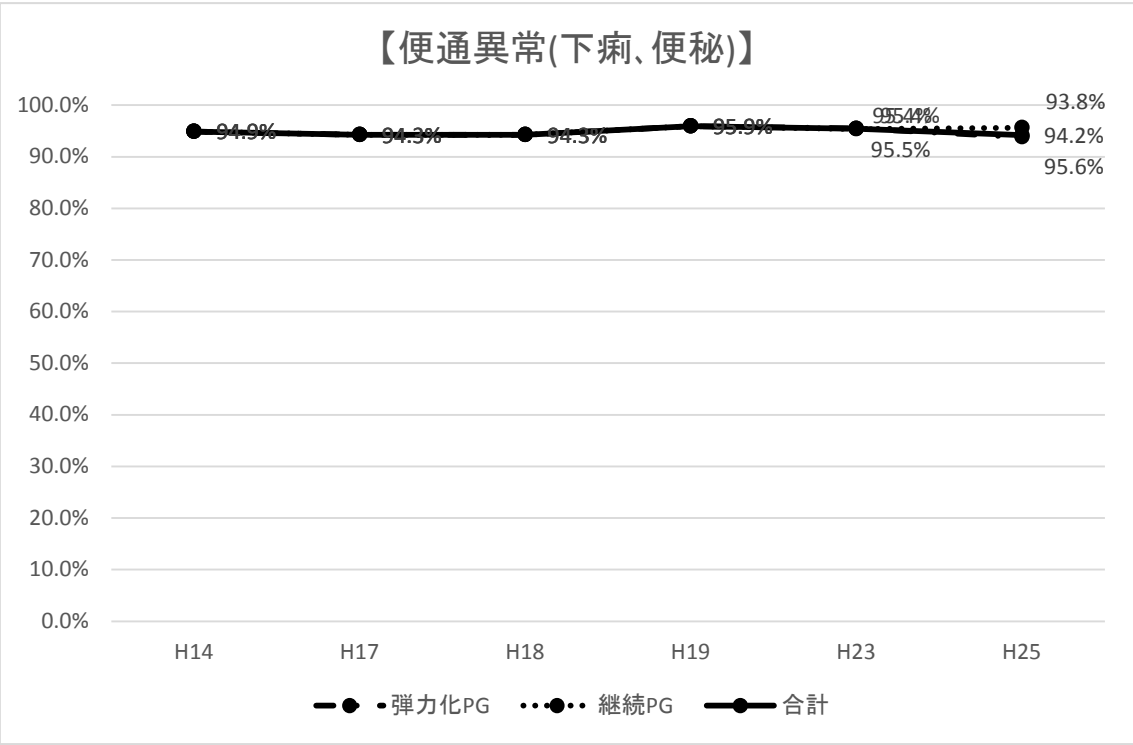
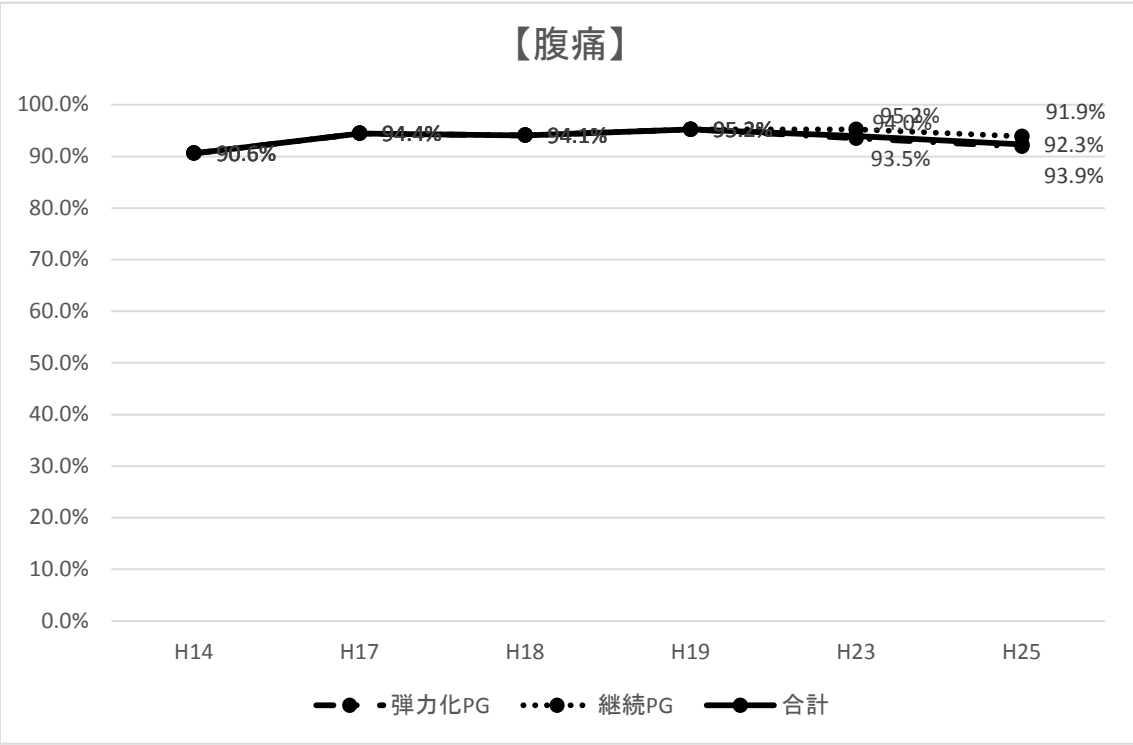


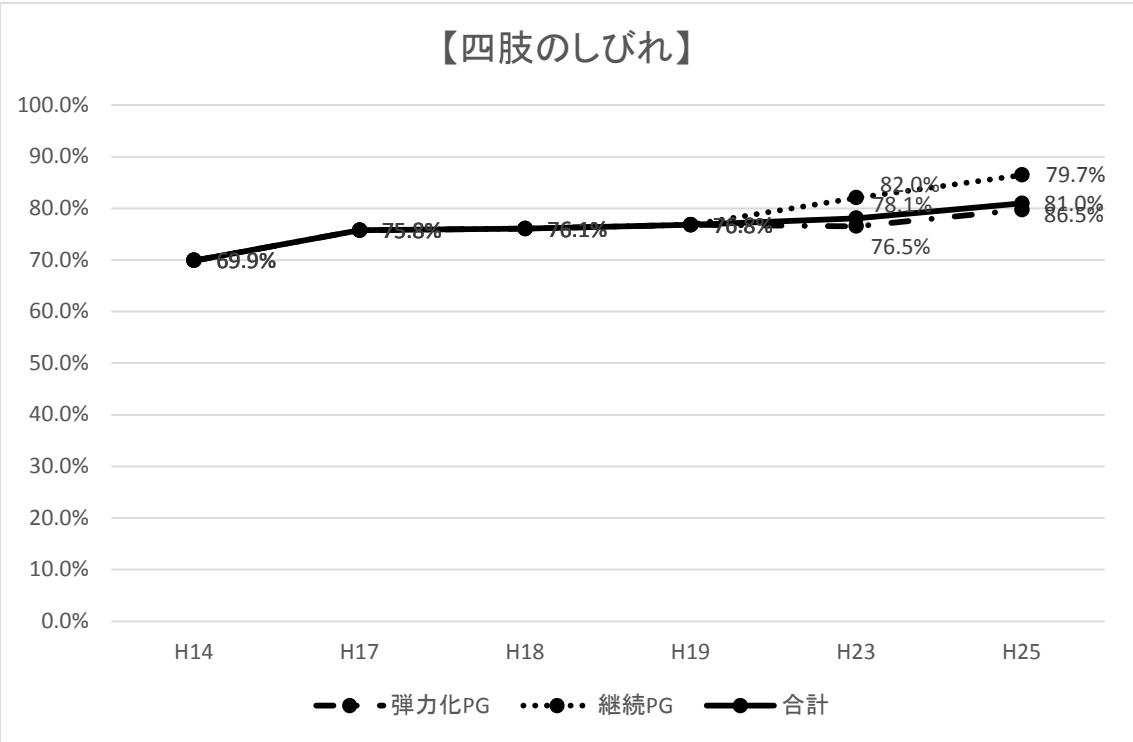
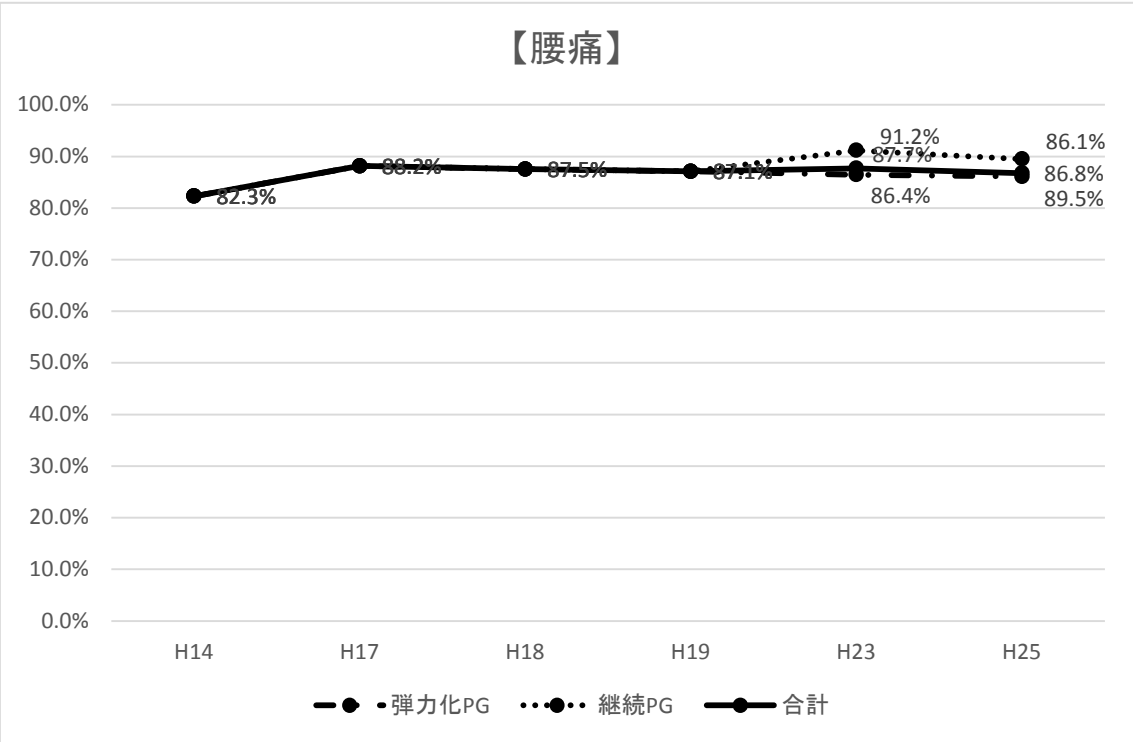




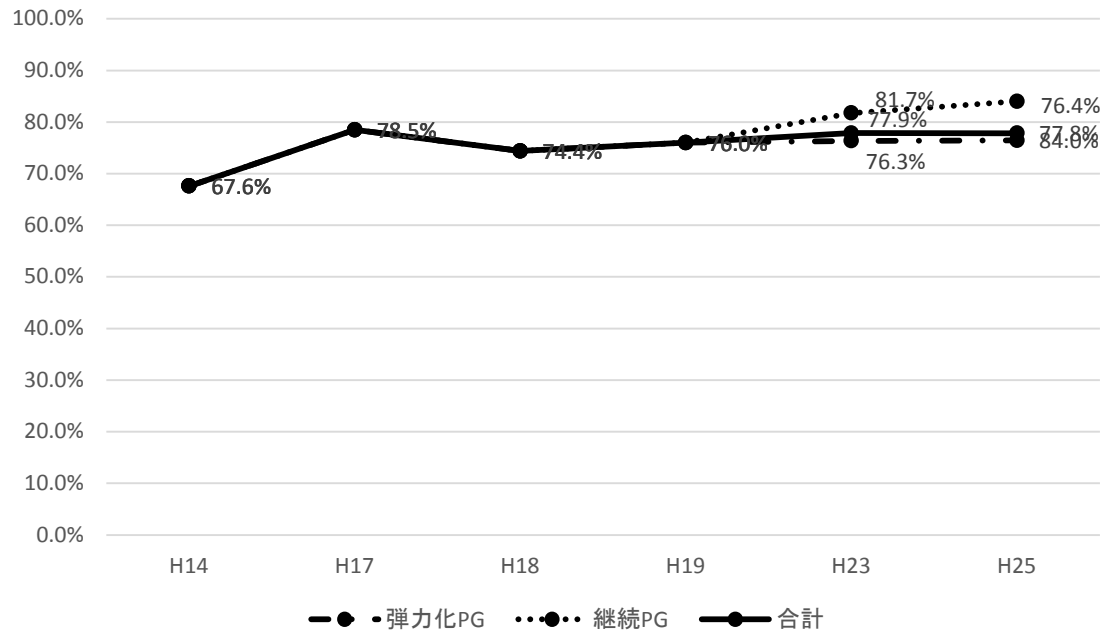




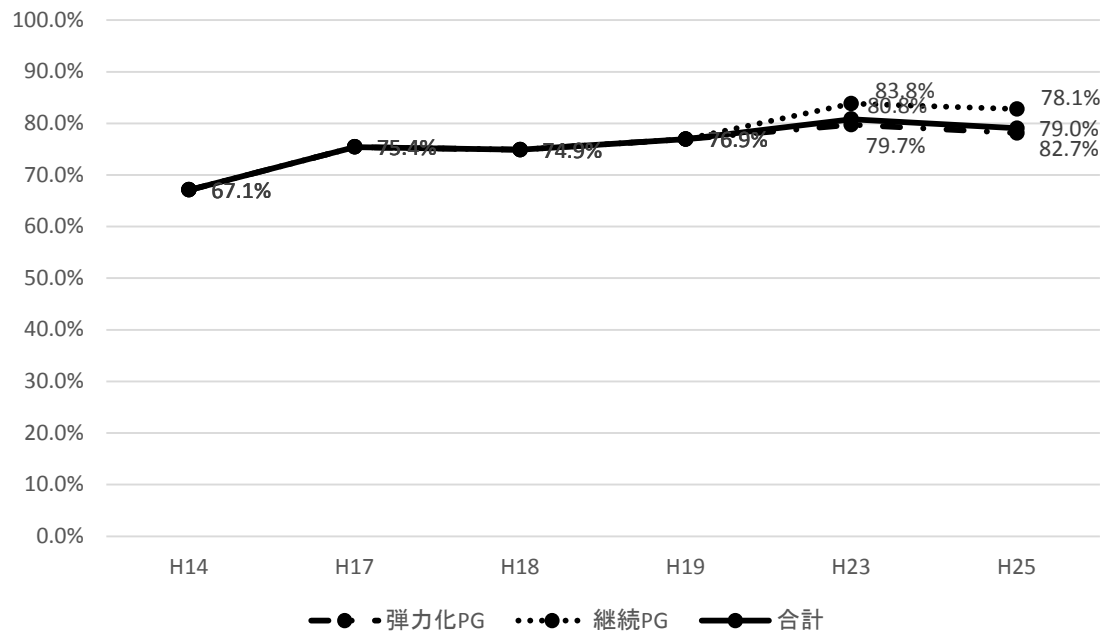




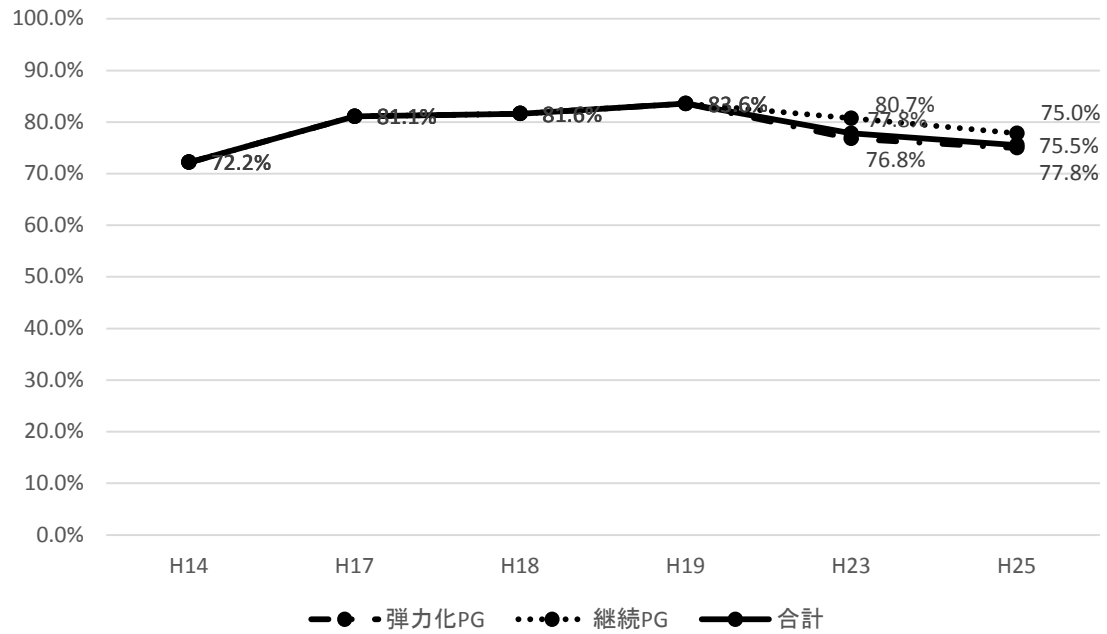
【血尿】



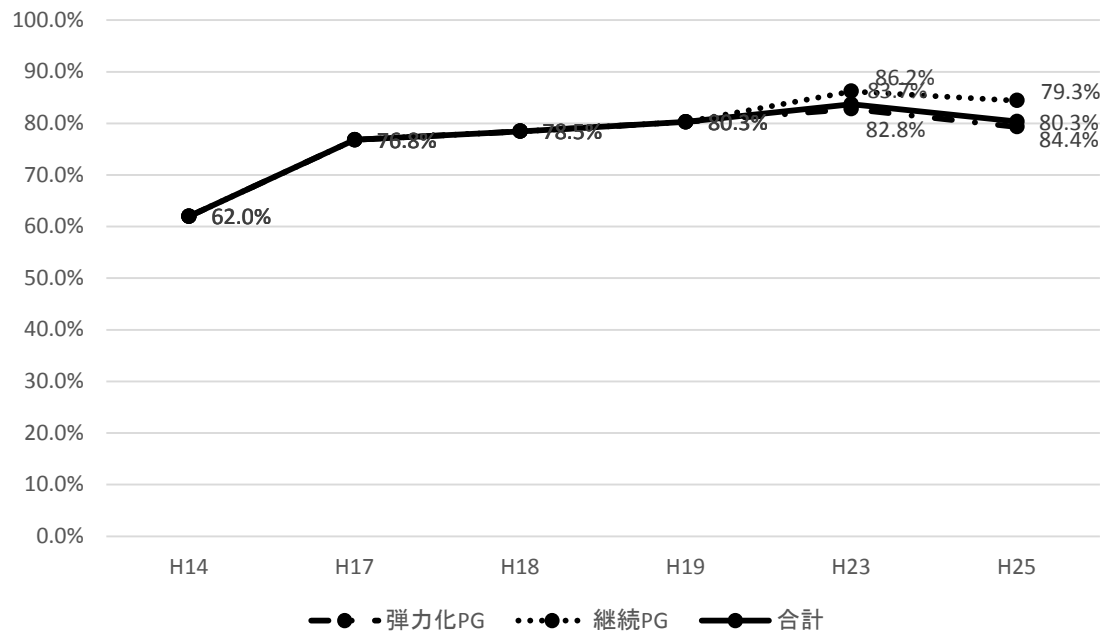
【排尿障害(尿失禁・排尿困難)】

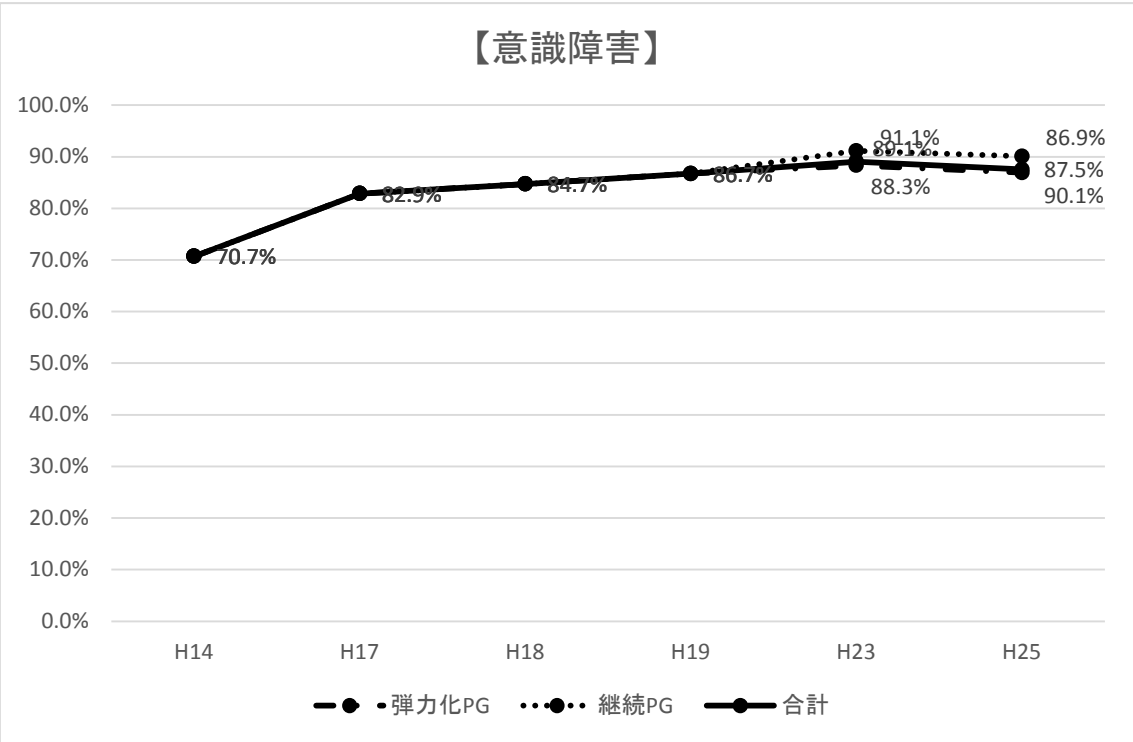
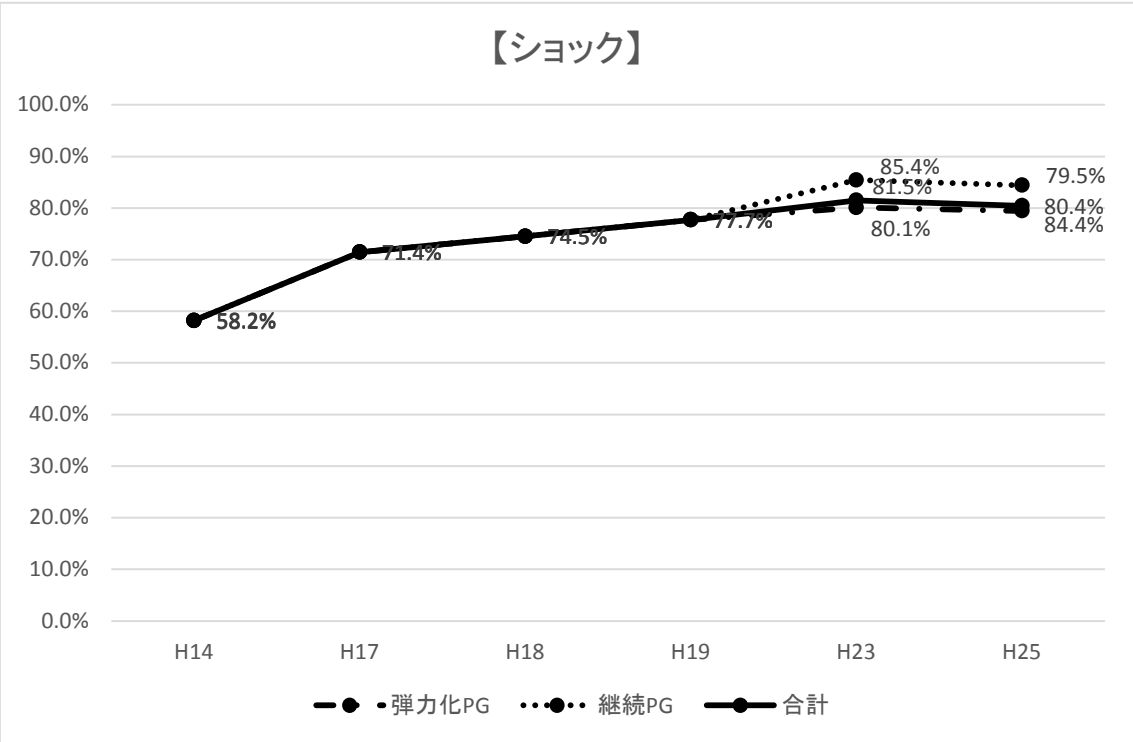


【不安・抑うつ】

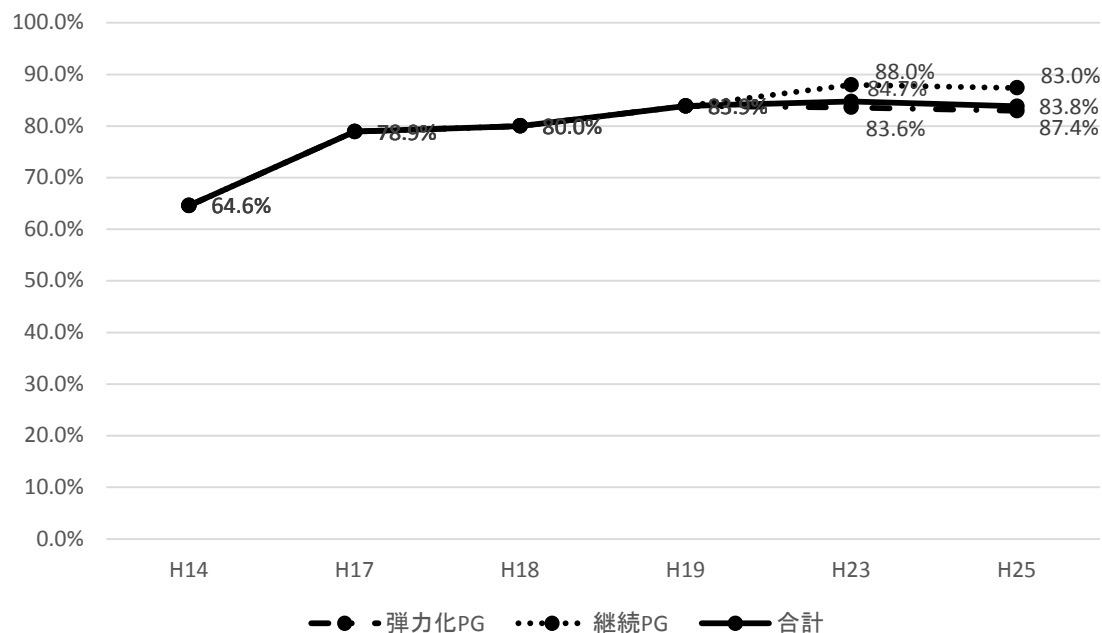


【心肺停止】

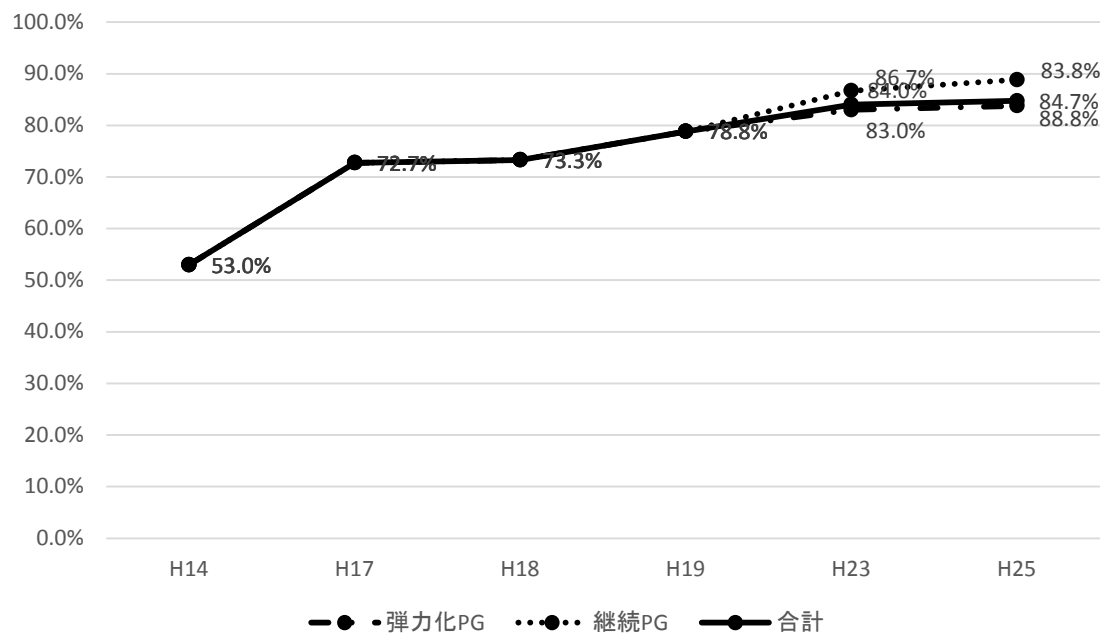


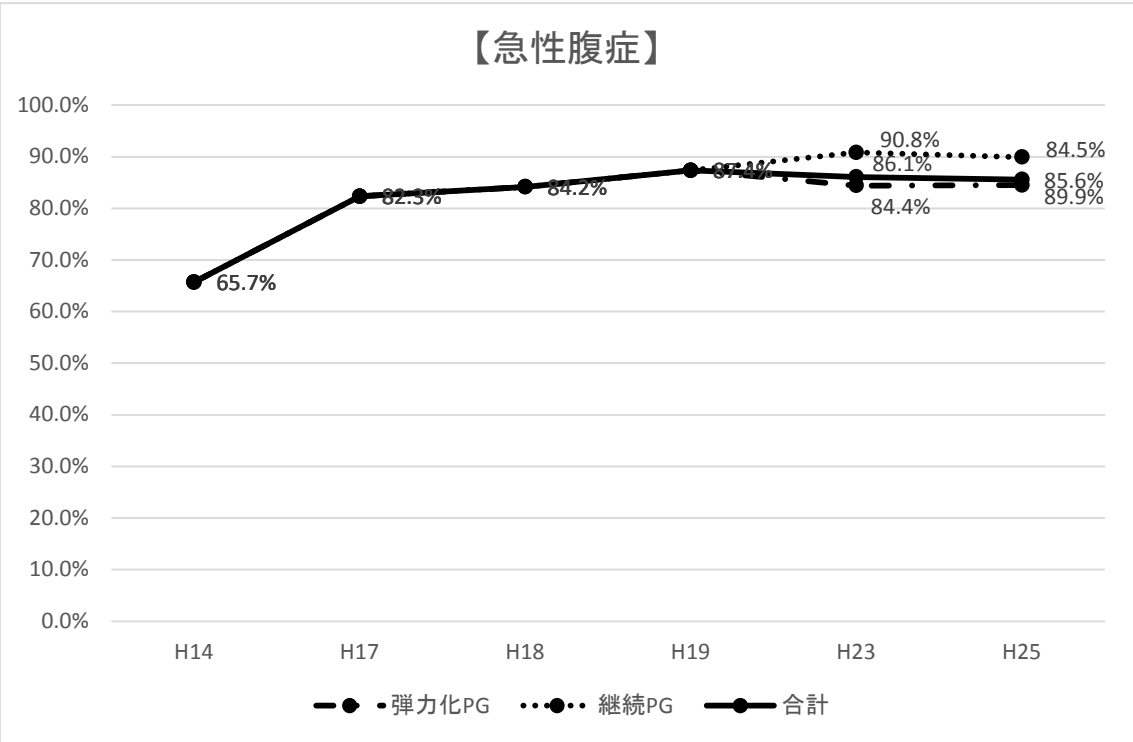
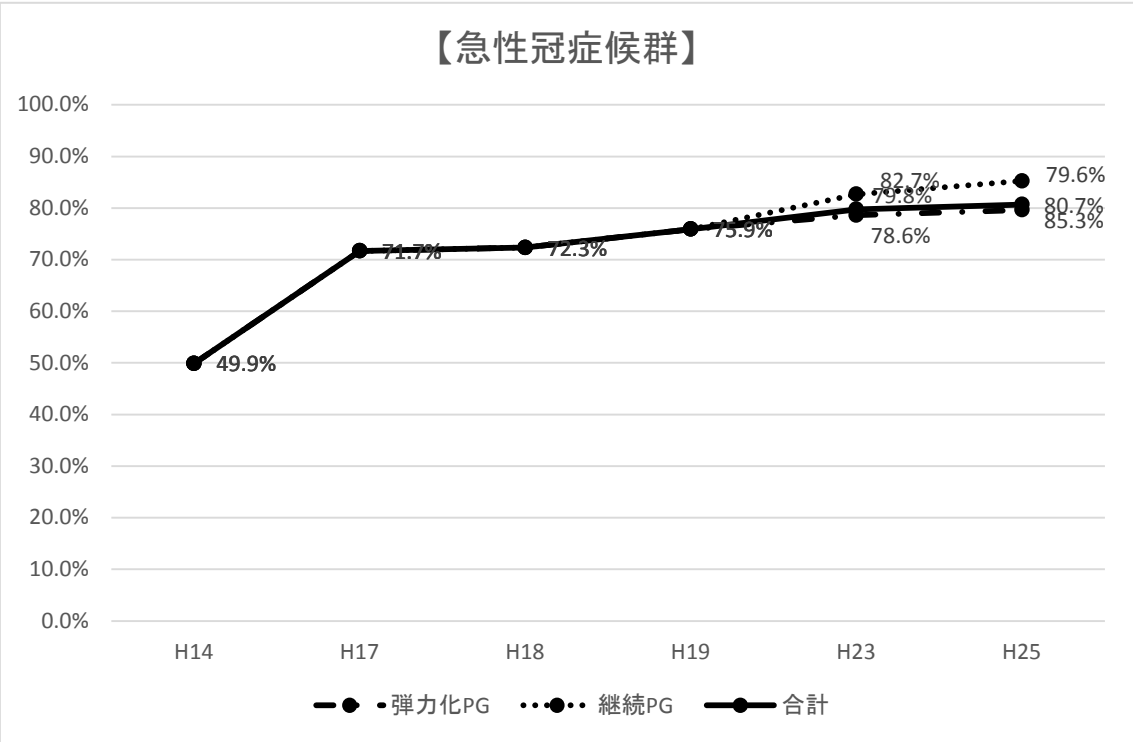


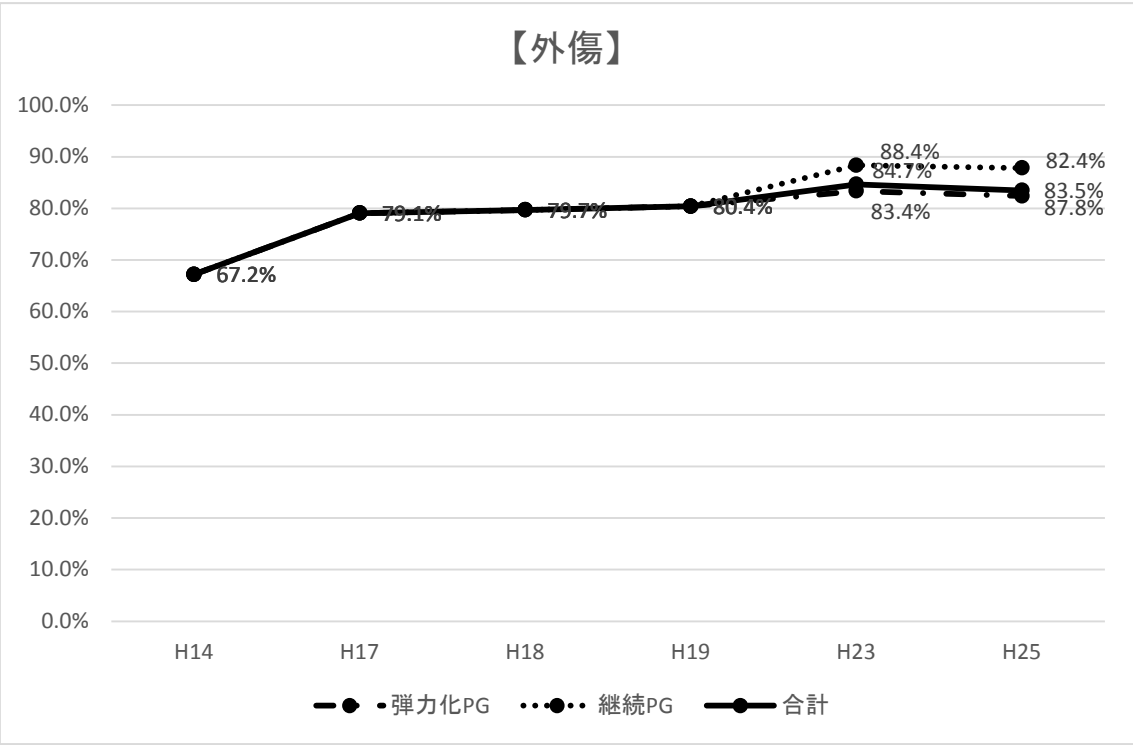
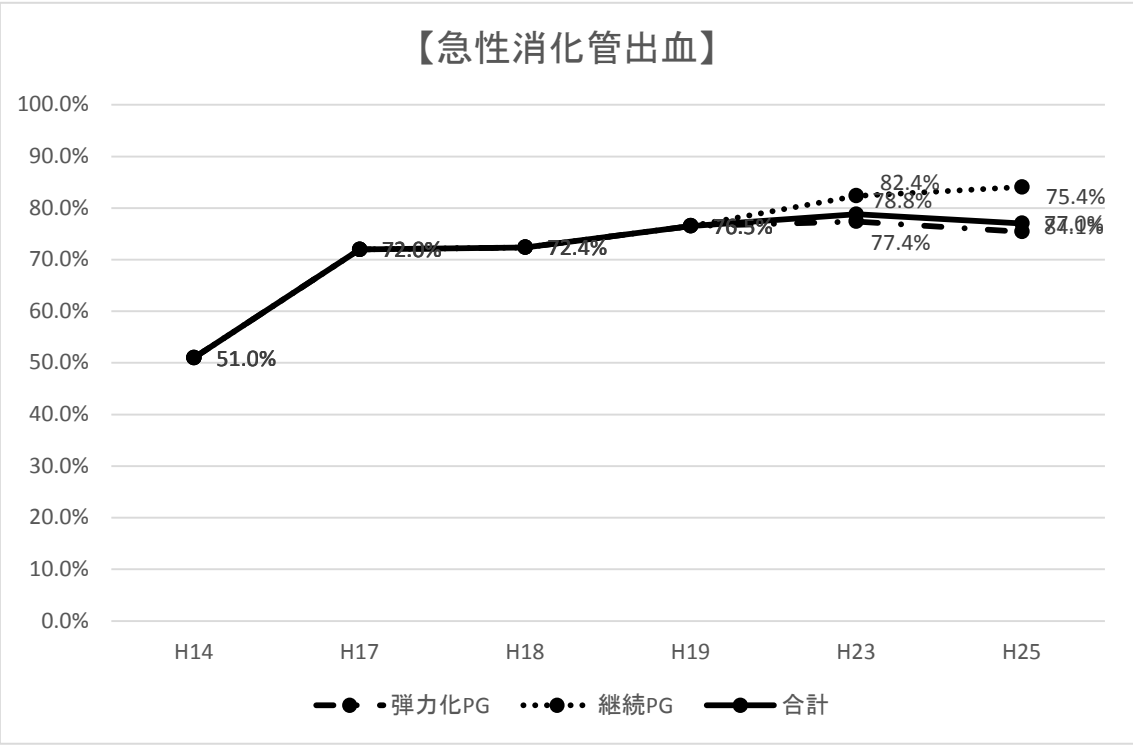
【脳血管障害】



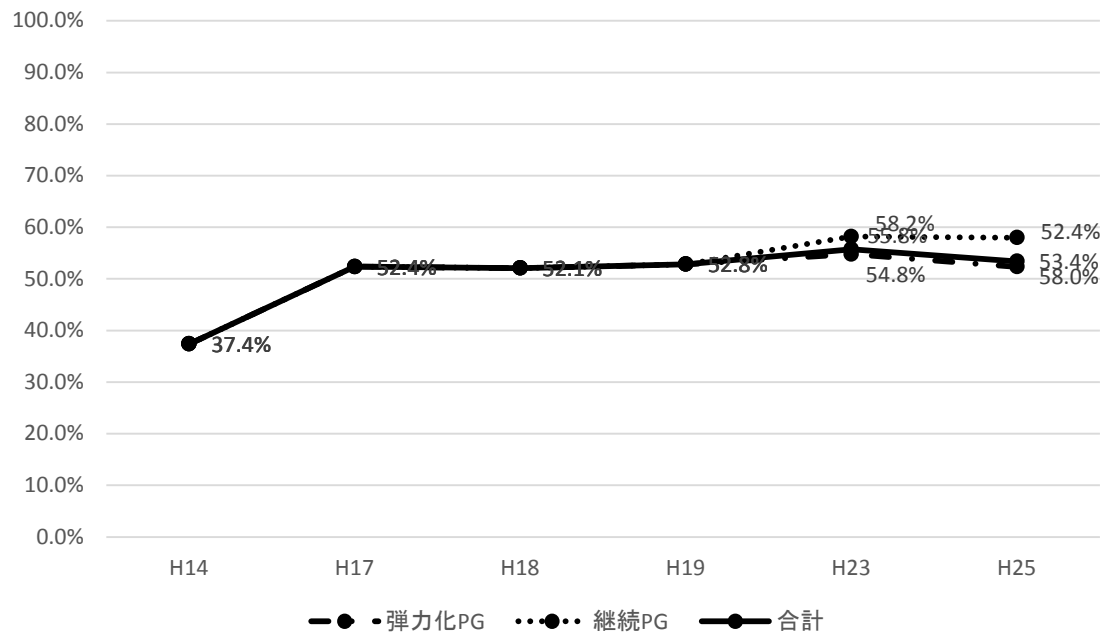
【急性心不全】



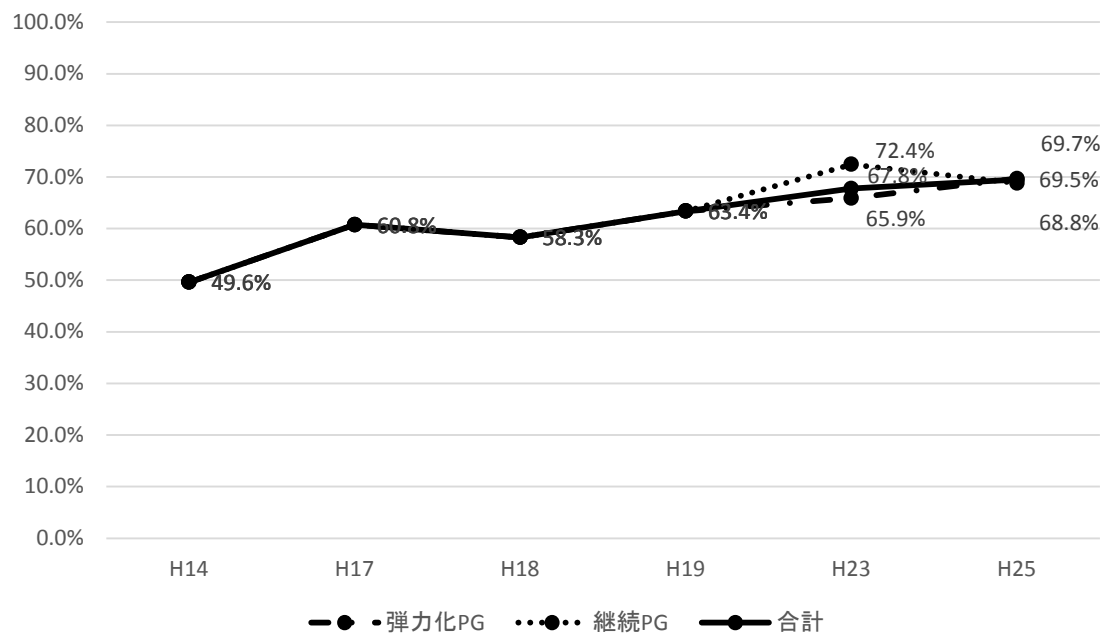


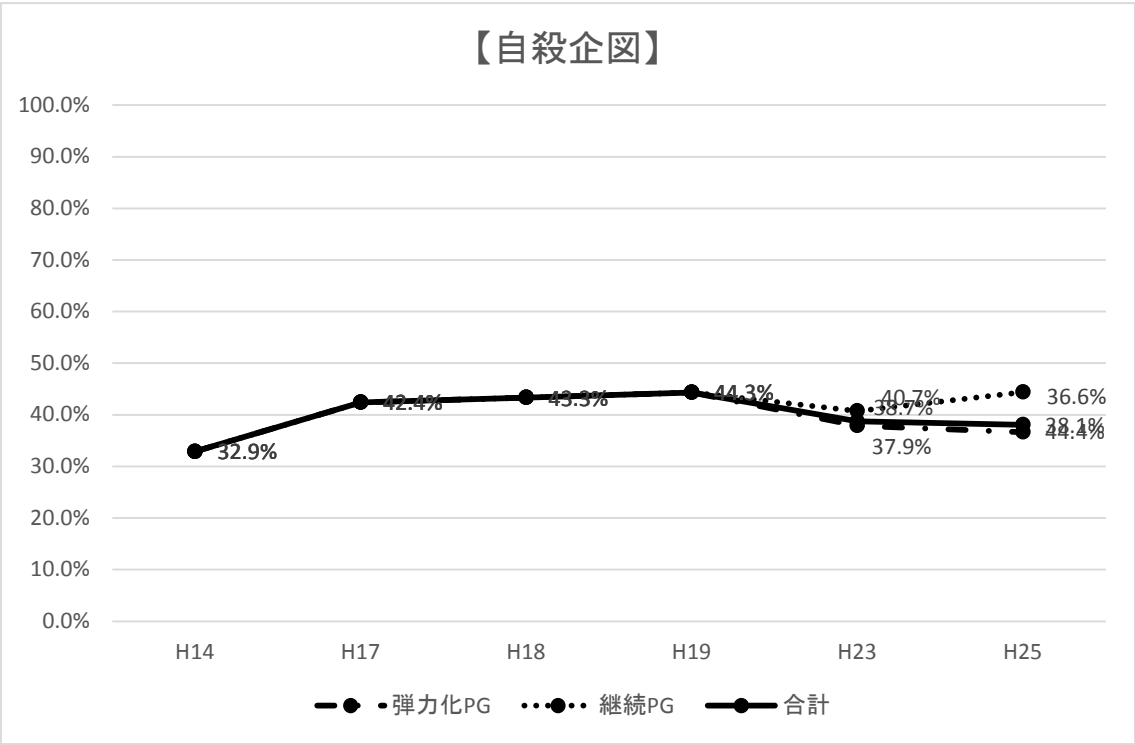
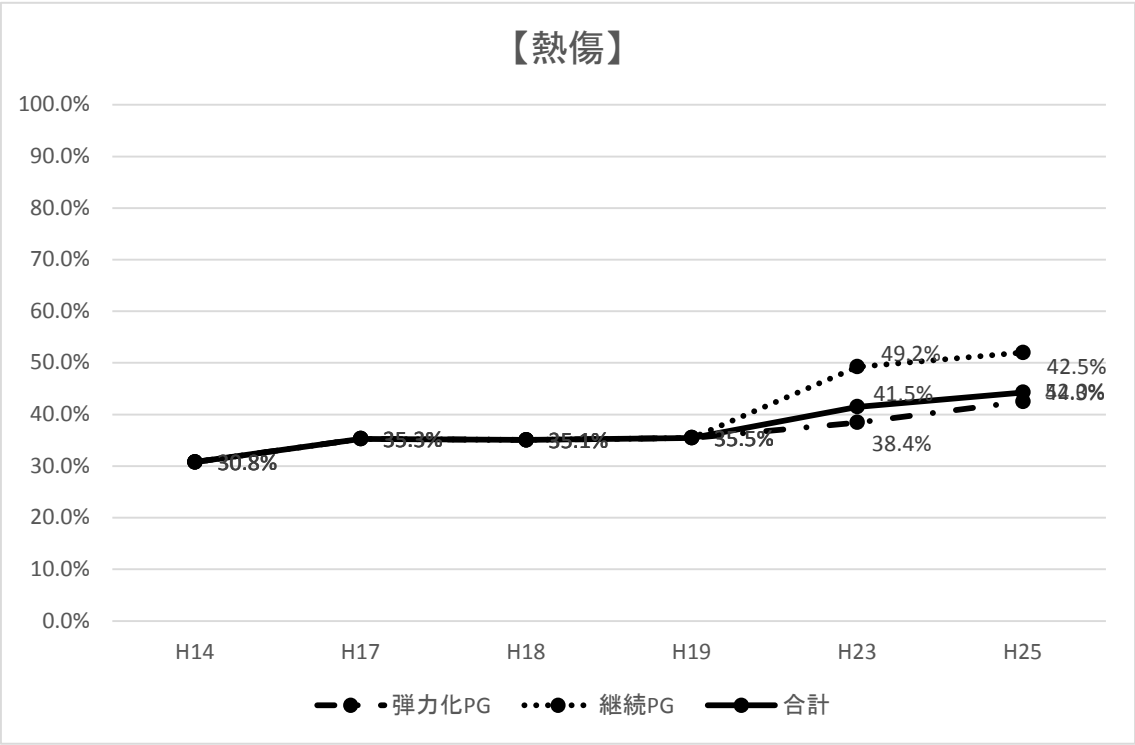


【急性中毒】

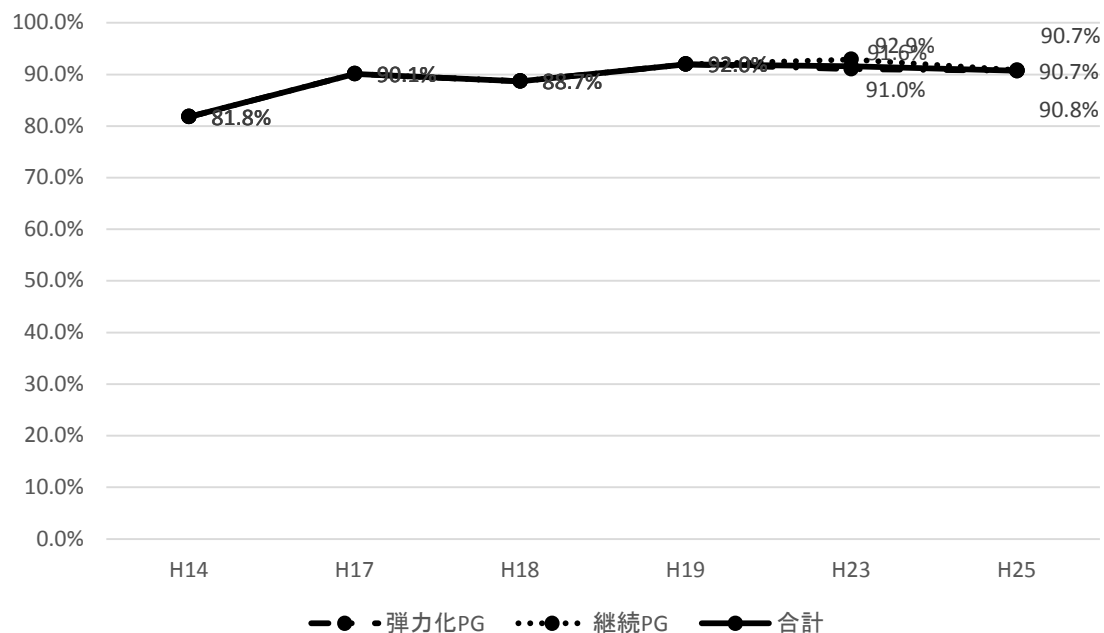


【誤飲、誤嚥】

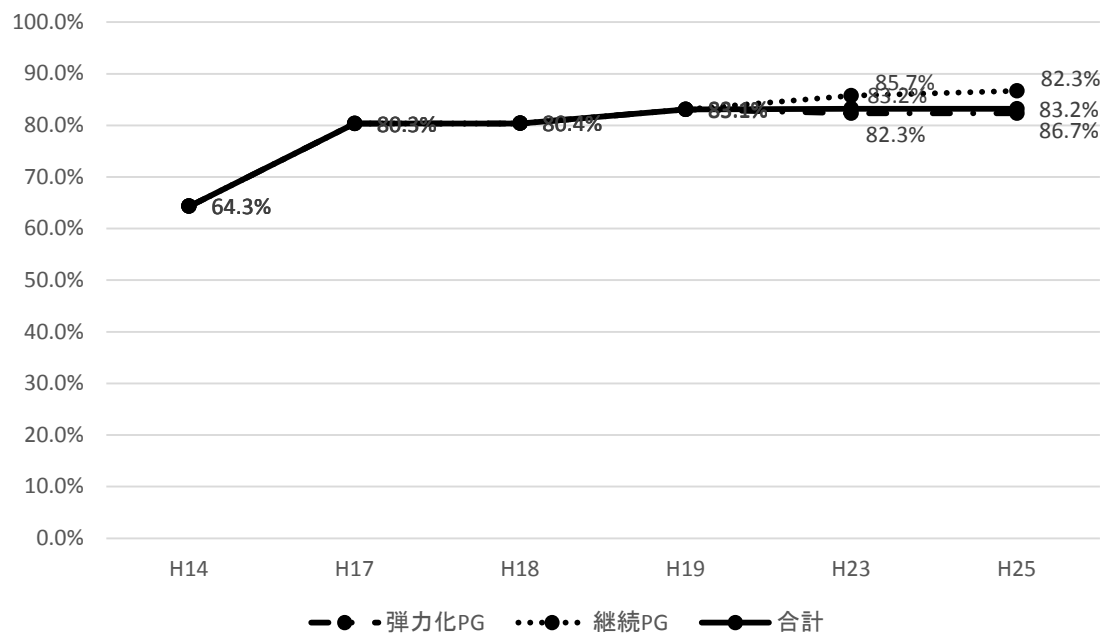




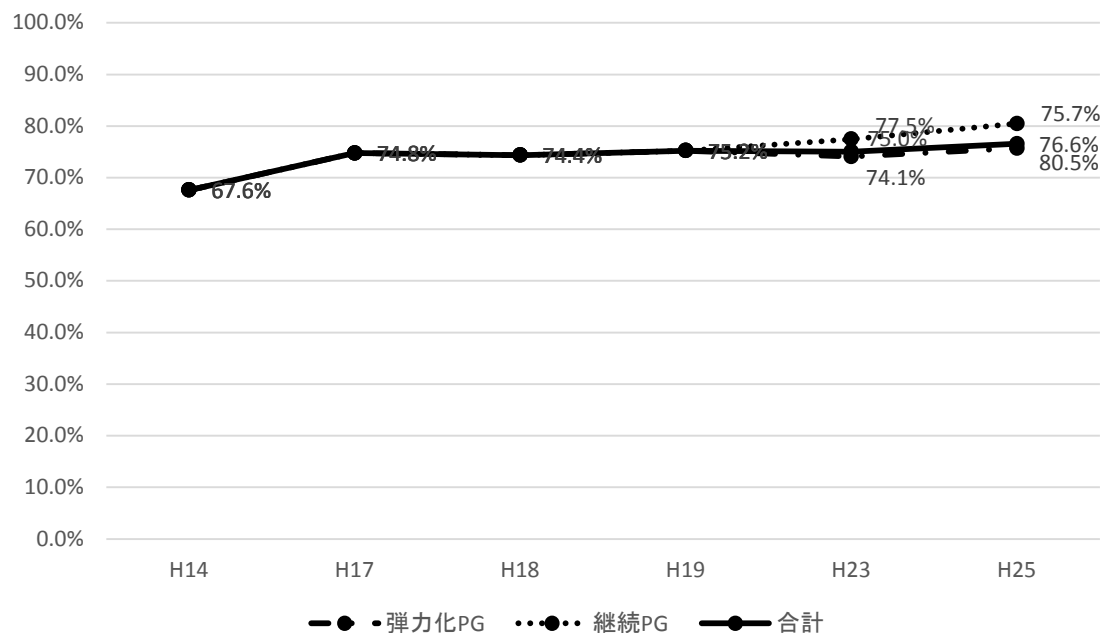
【貧血(鉄欠乏性貧血、二次性貧血)】



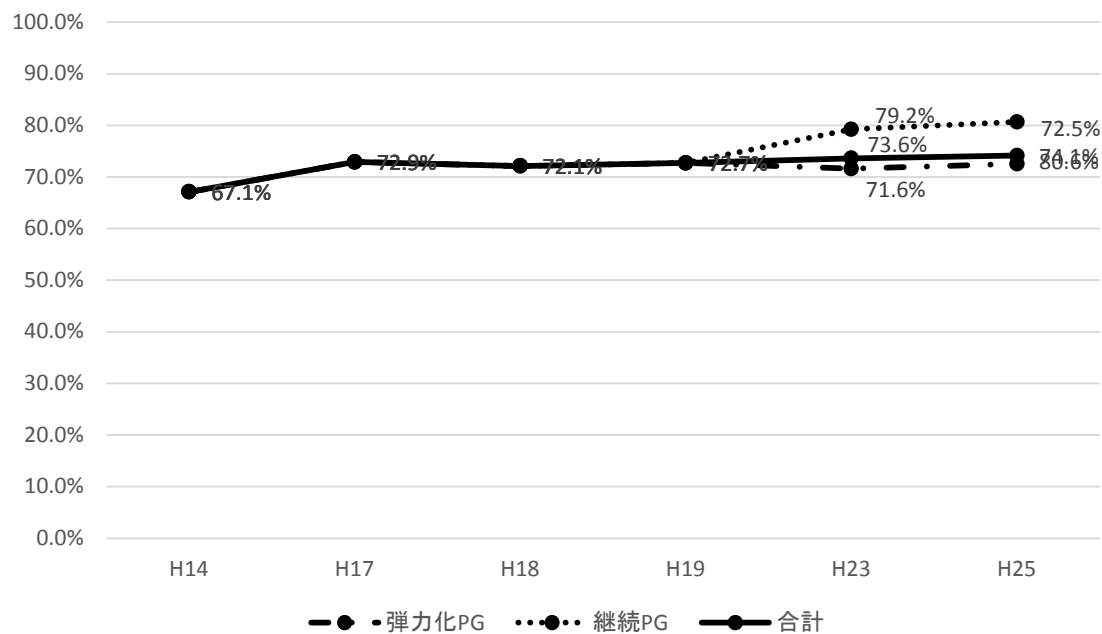
【脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)】



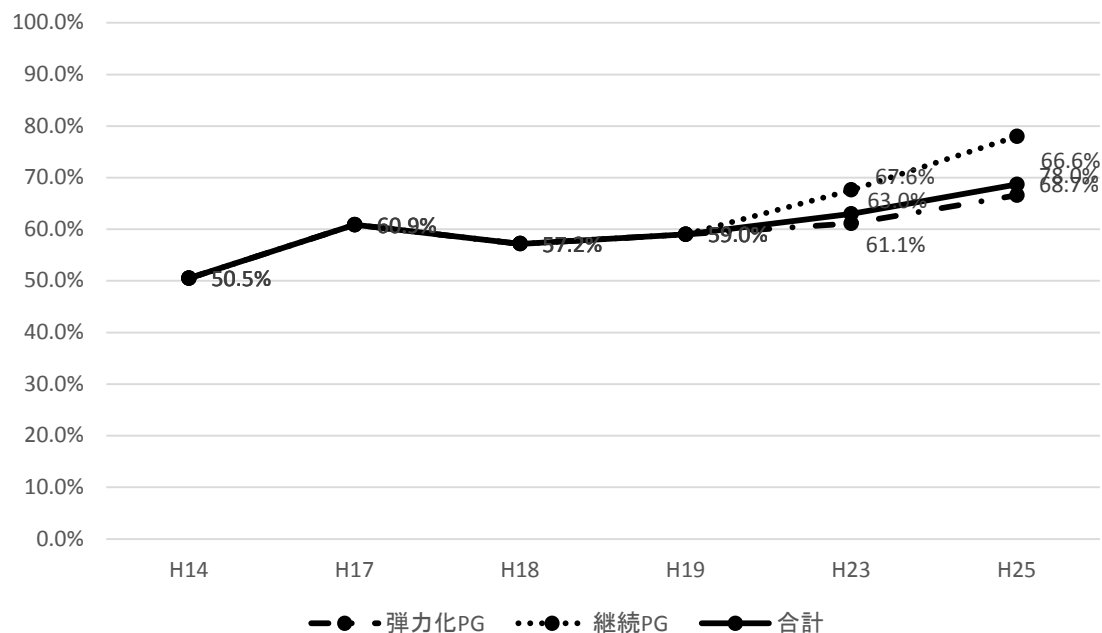
【湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎)】



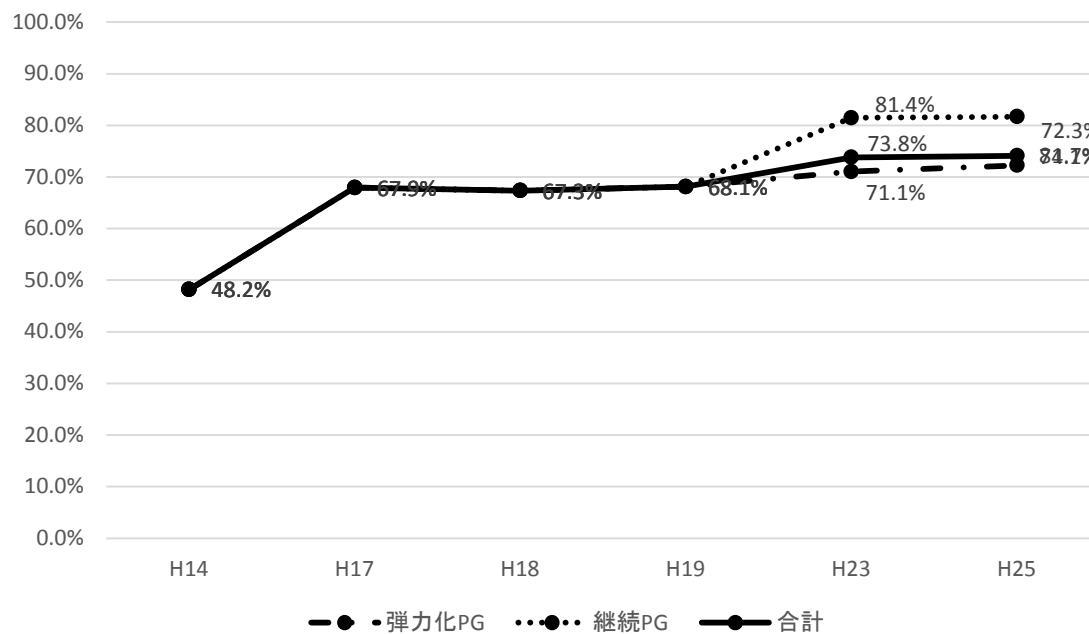
【蕁麻疹】



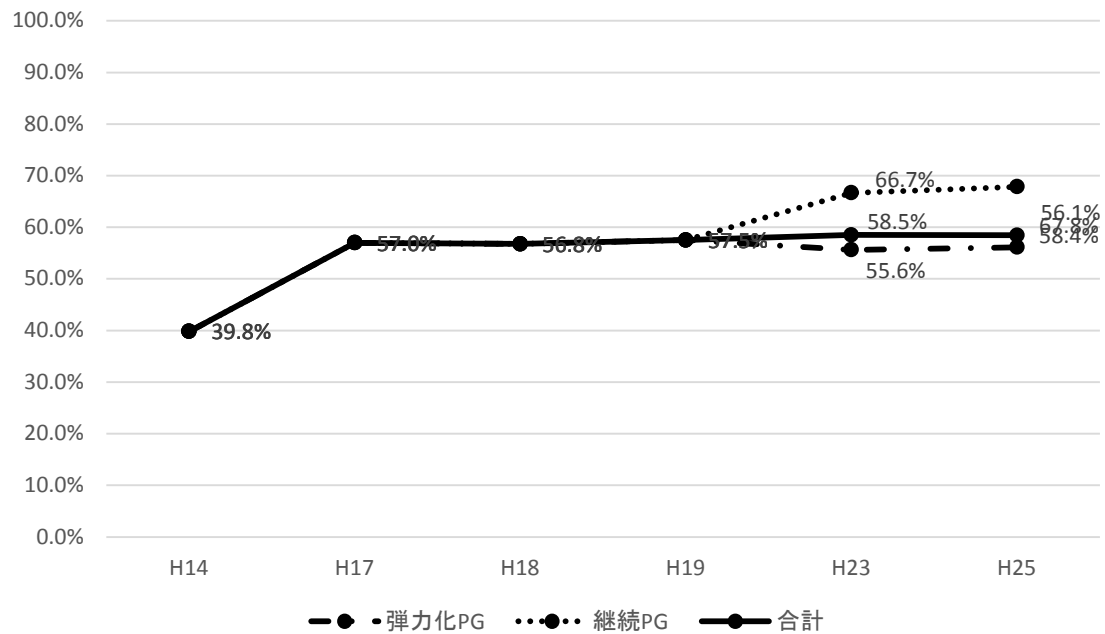
【皮膚感染症】



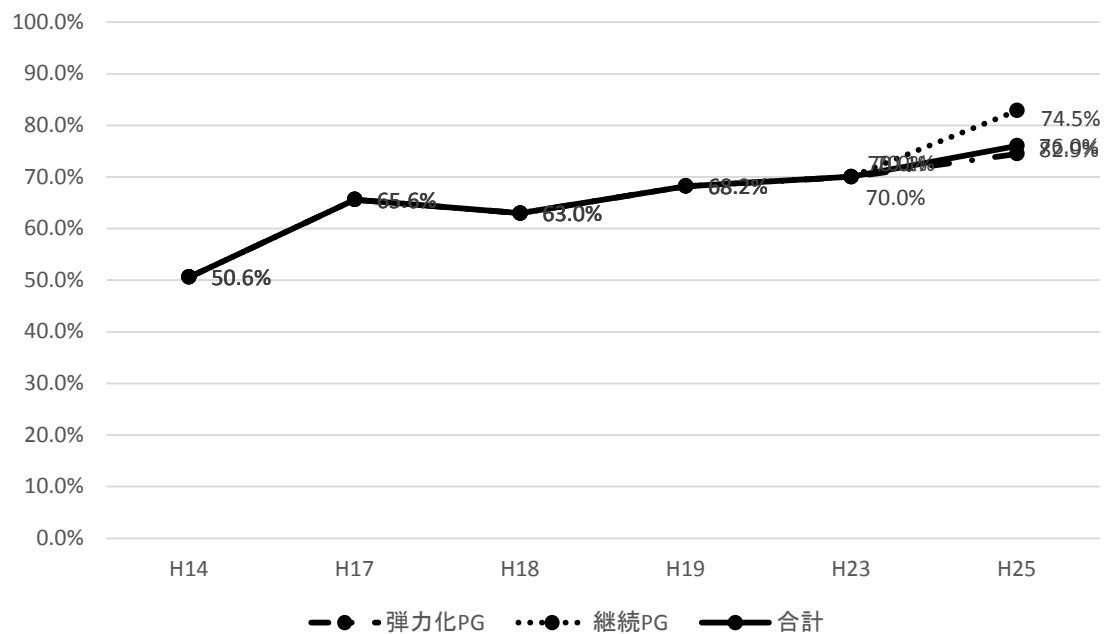
【骨折】



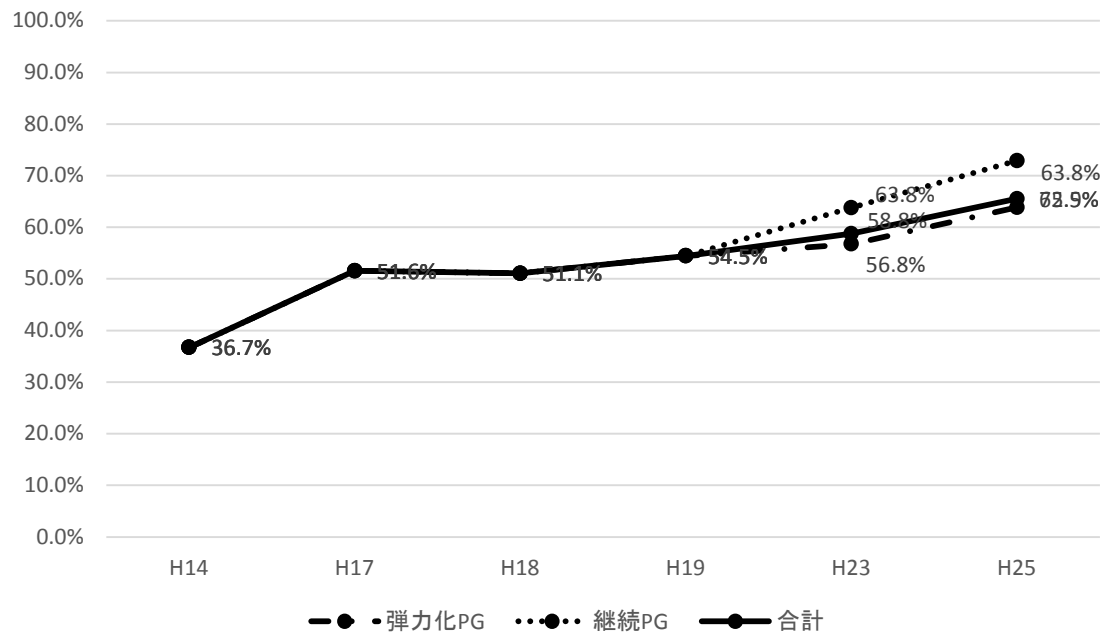
【関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靱帯損傷】



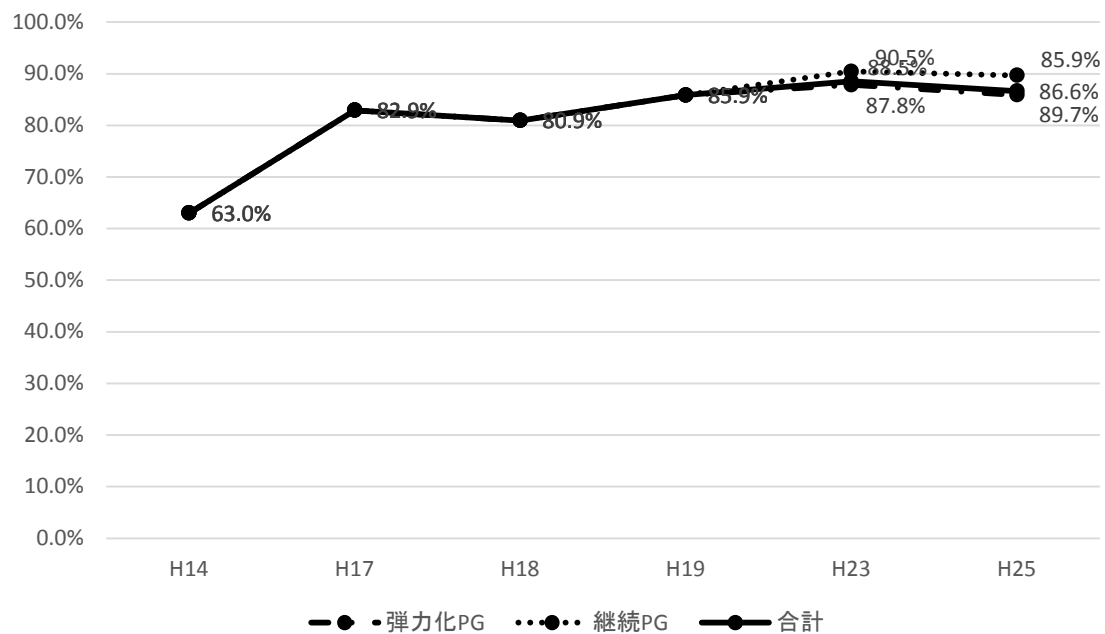
【骨粗鬆症】



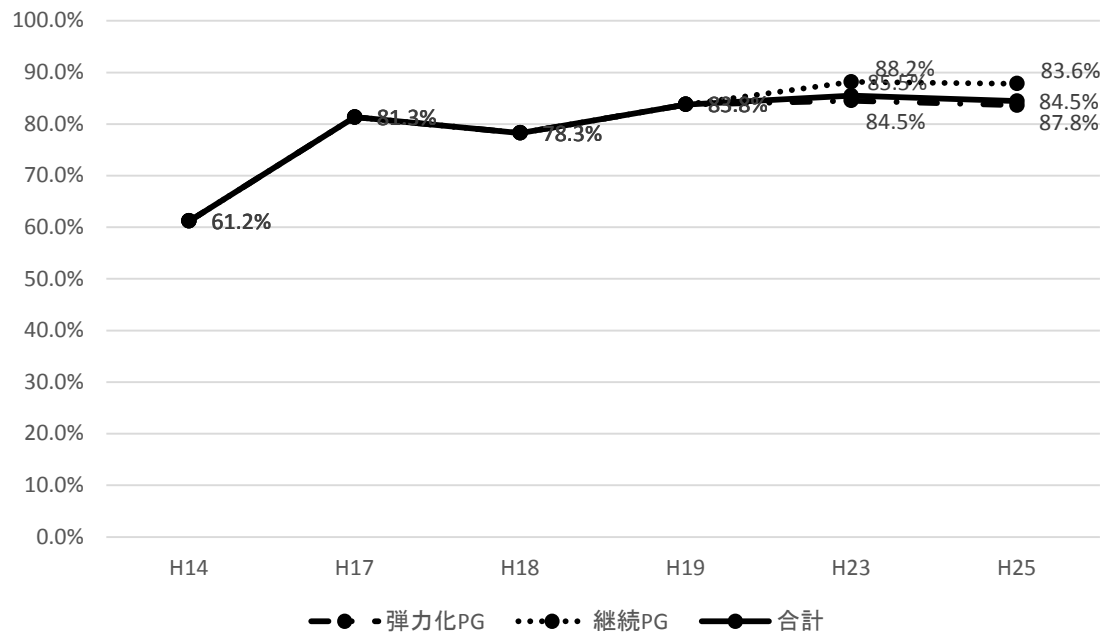
【脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)】



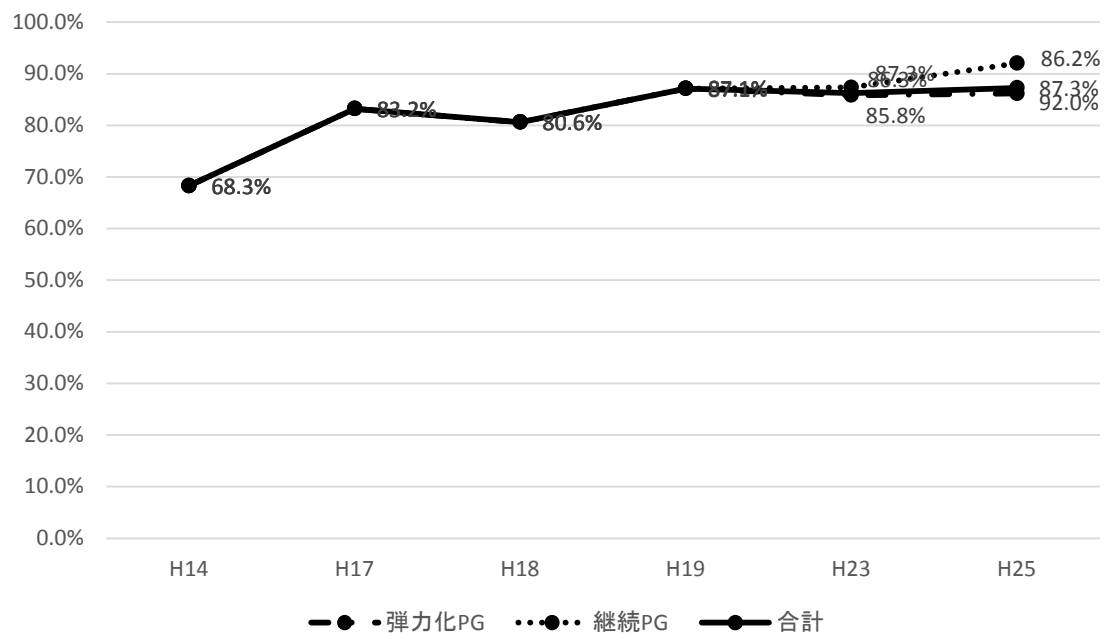
【心不全】



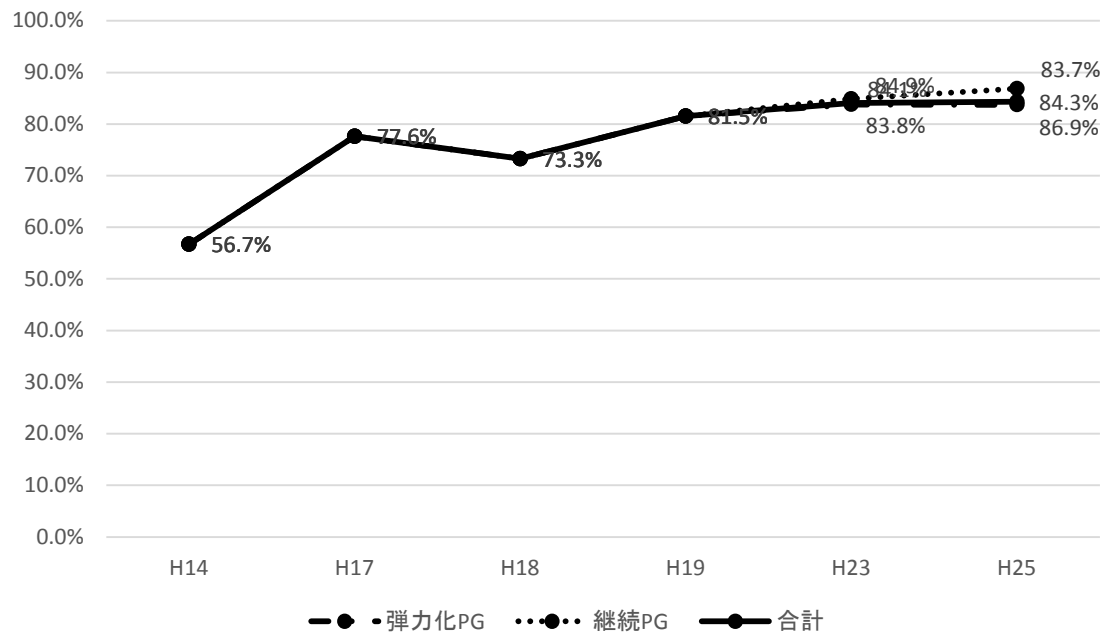
【狭心症、心筋梗塞】



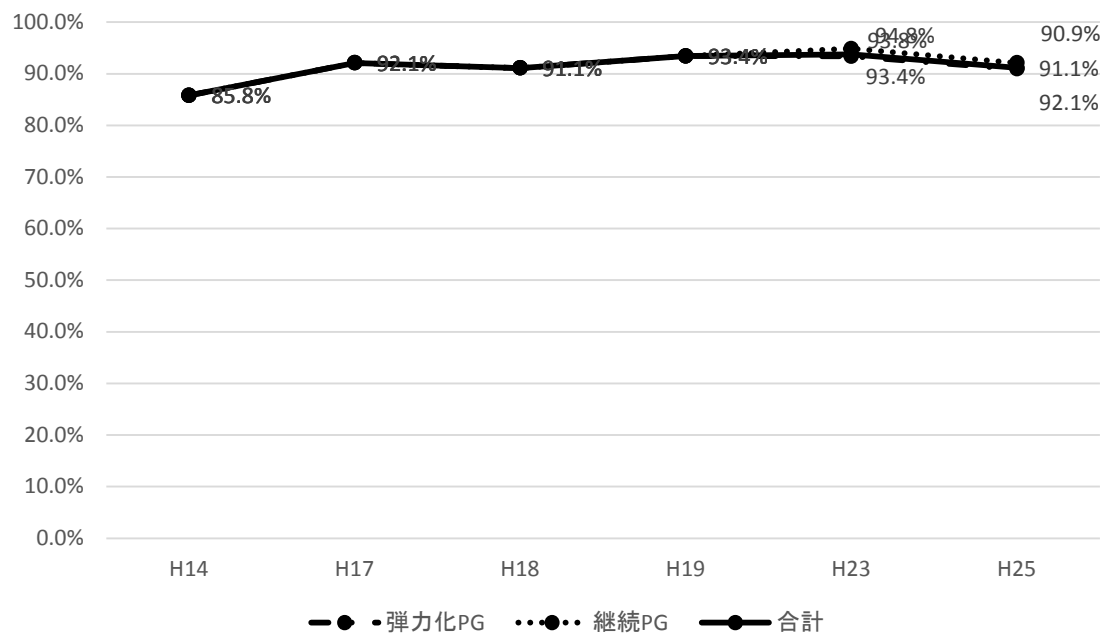
【不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)】

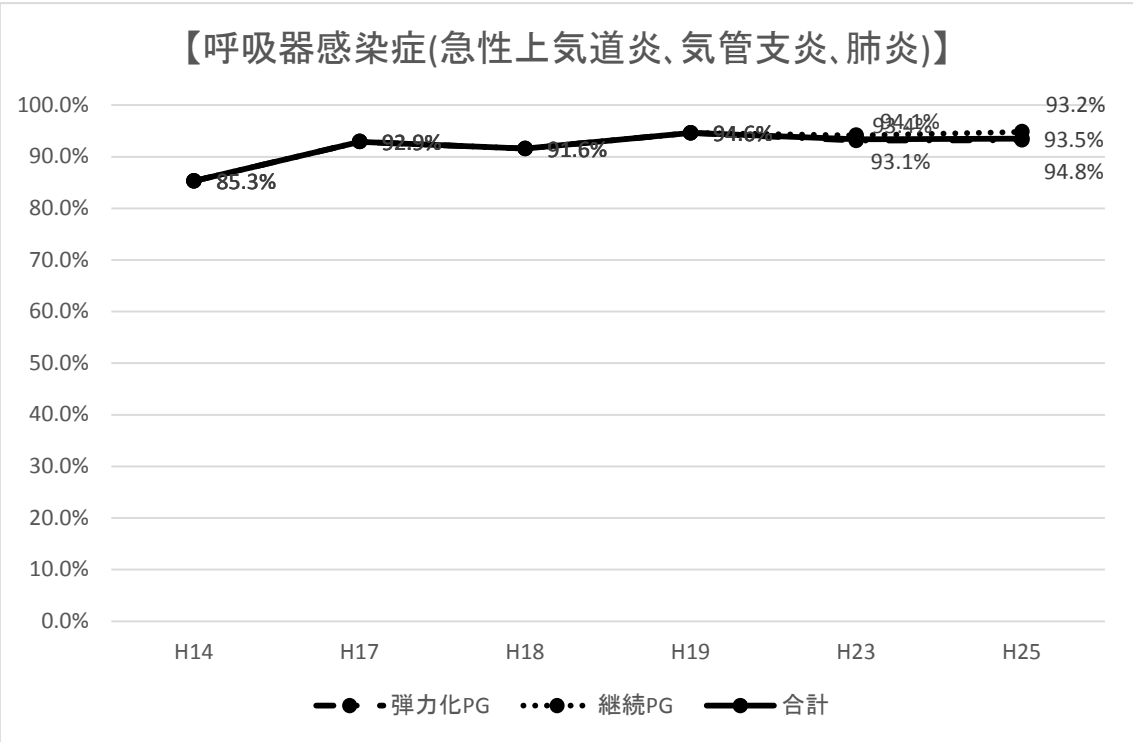
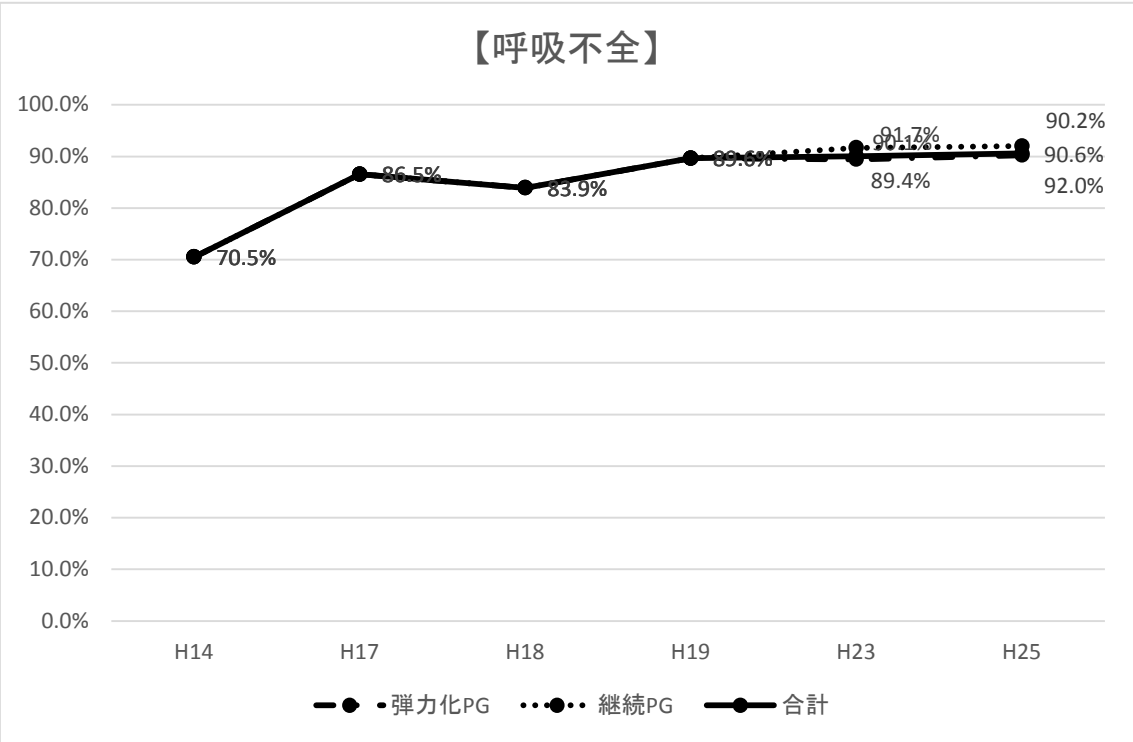


【動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)】

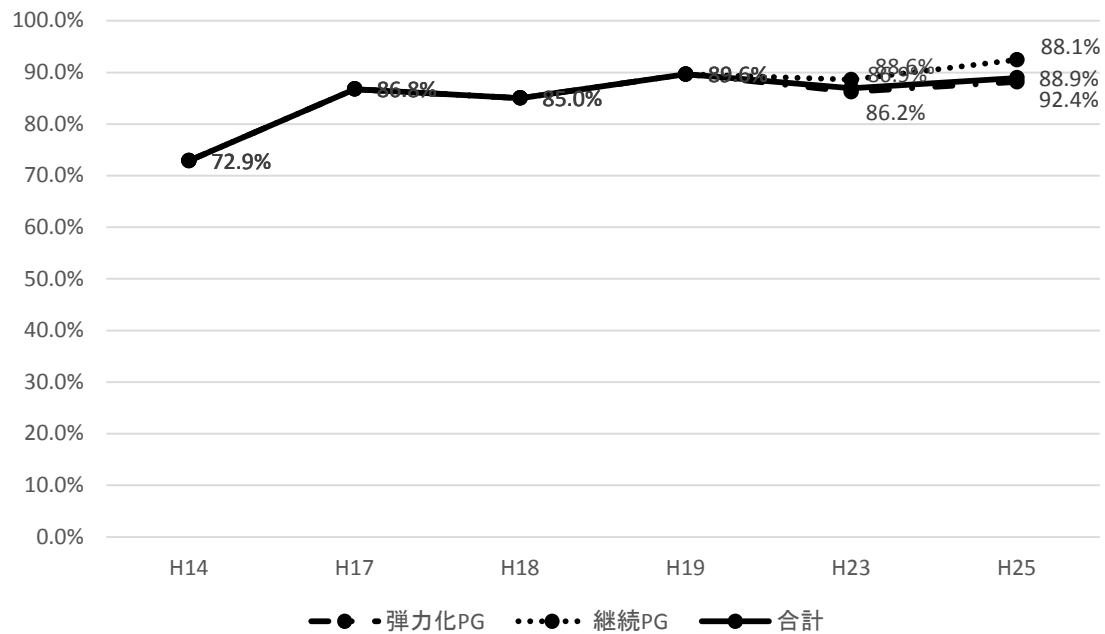


【高血圧症(本態性、二次性高血圧症)】

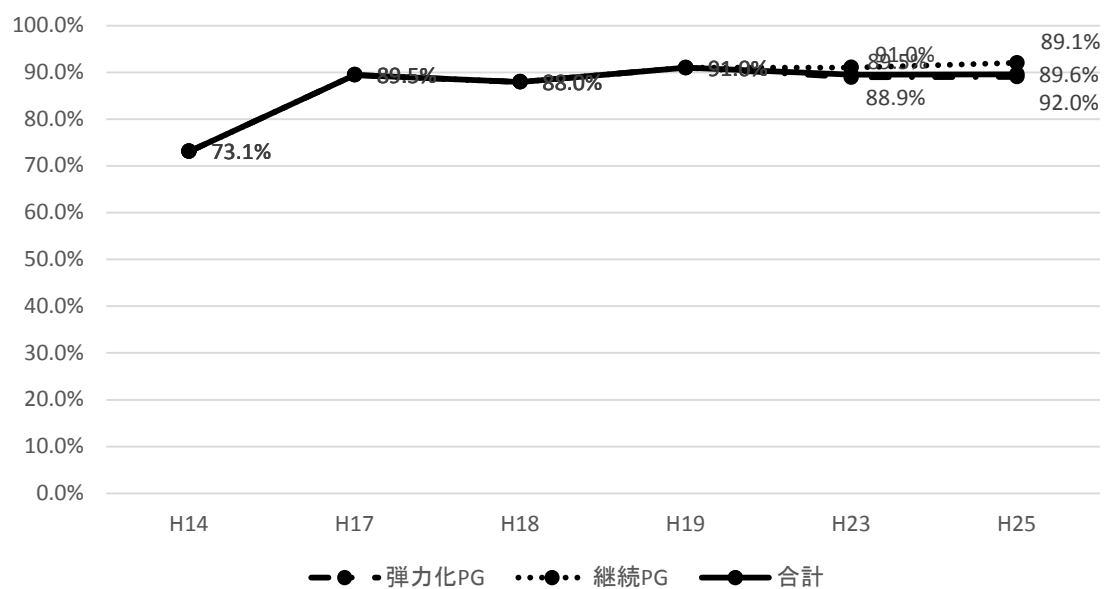




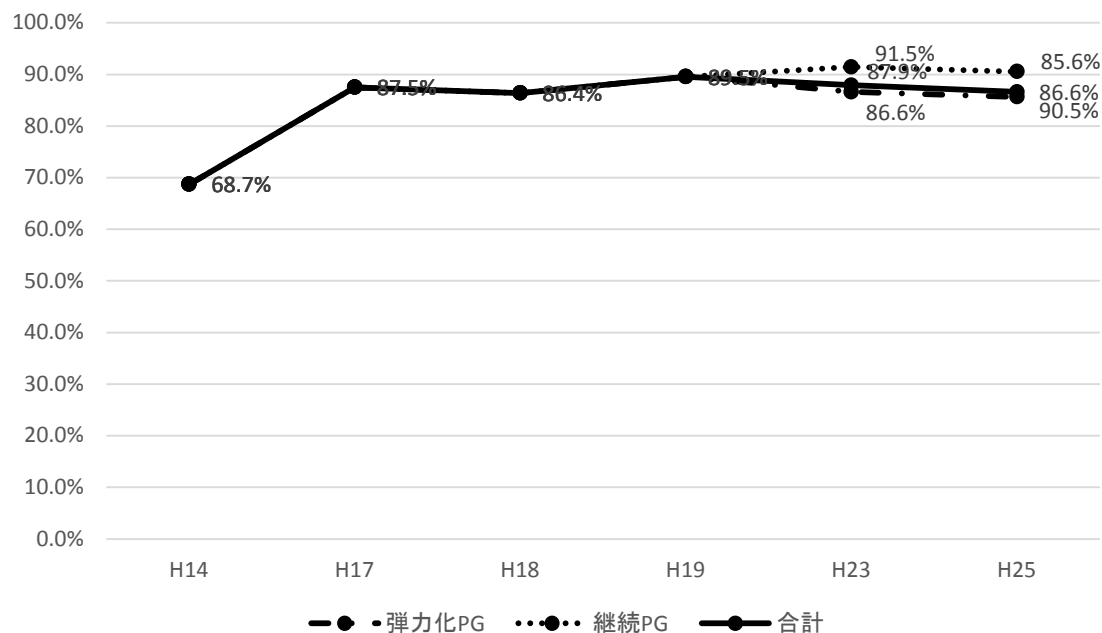
【閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)】



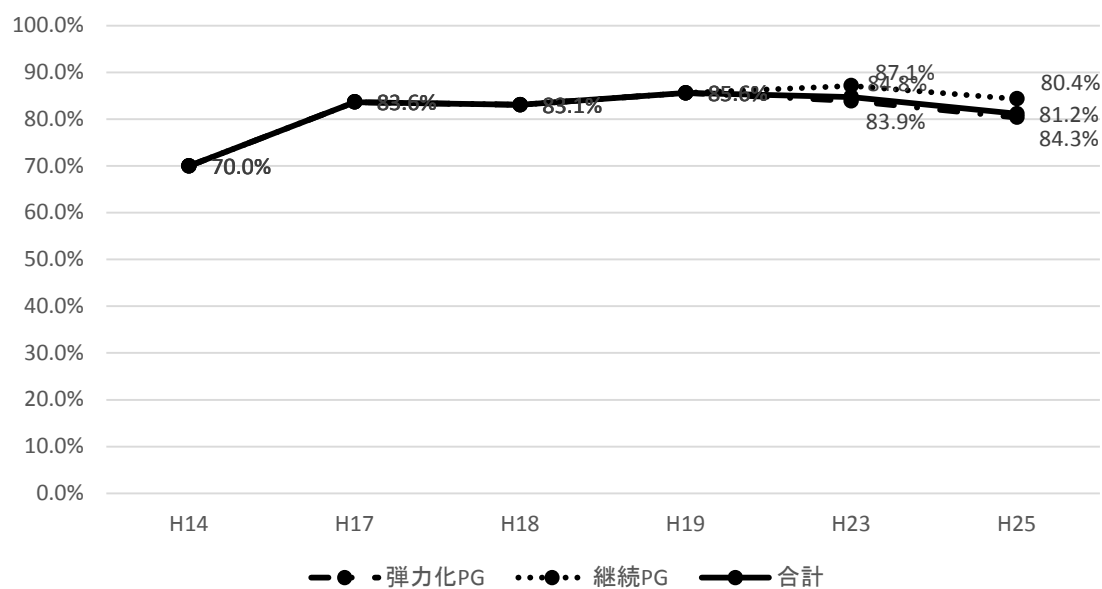
【食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)】



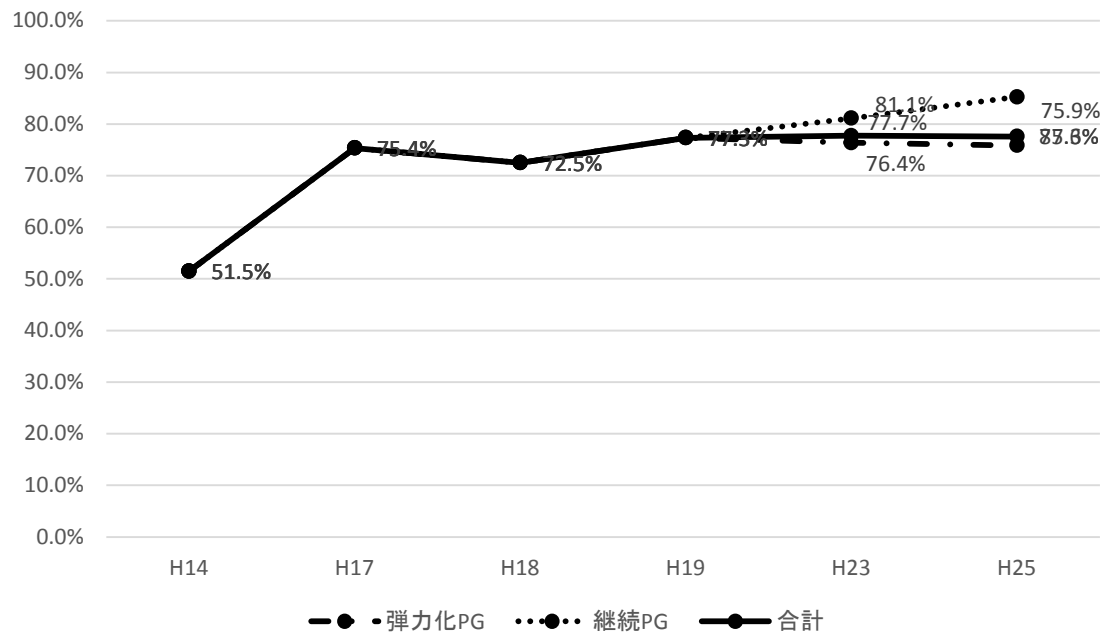
【小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)】



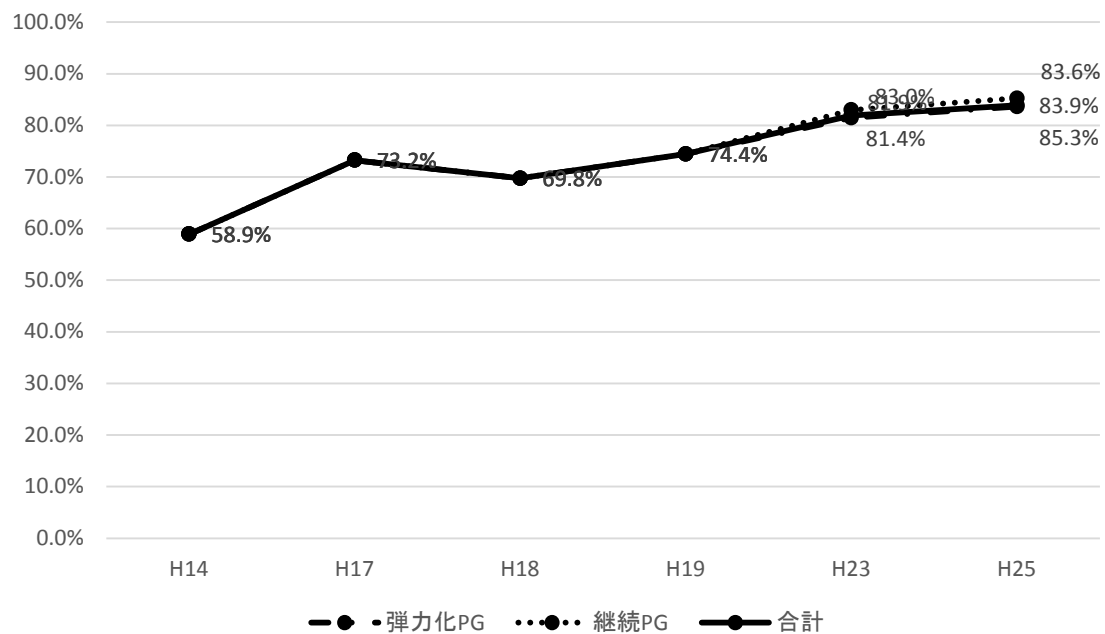
【肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝臓、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)】



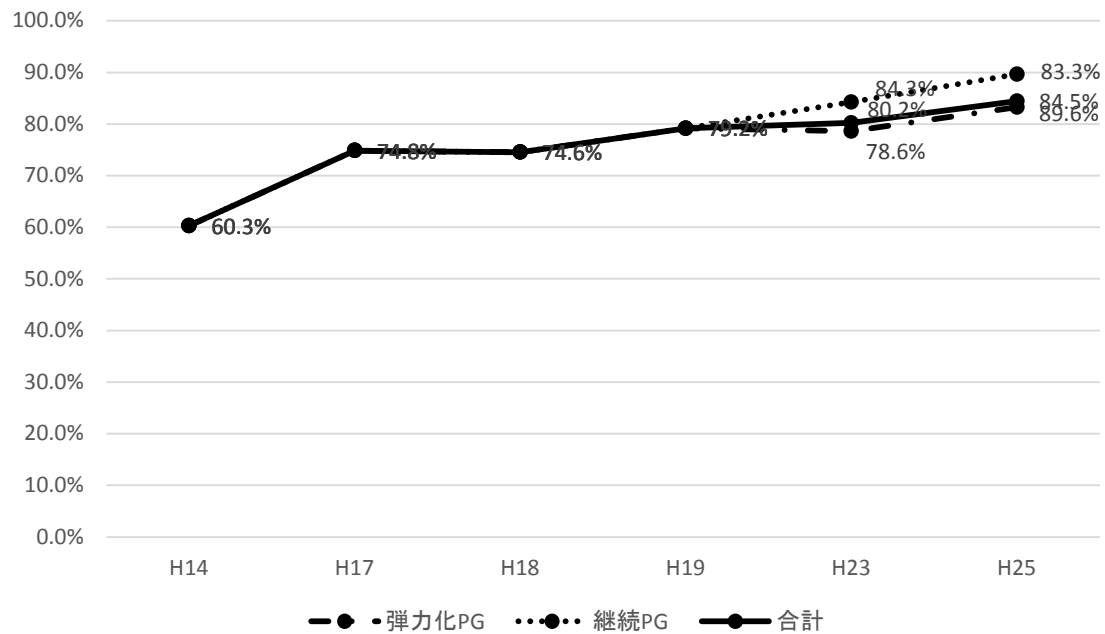
【横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)】



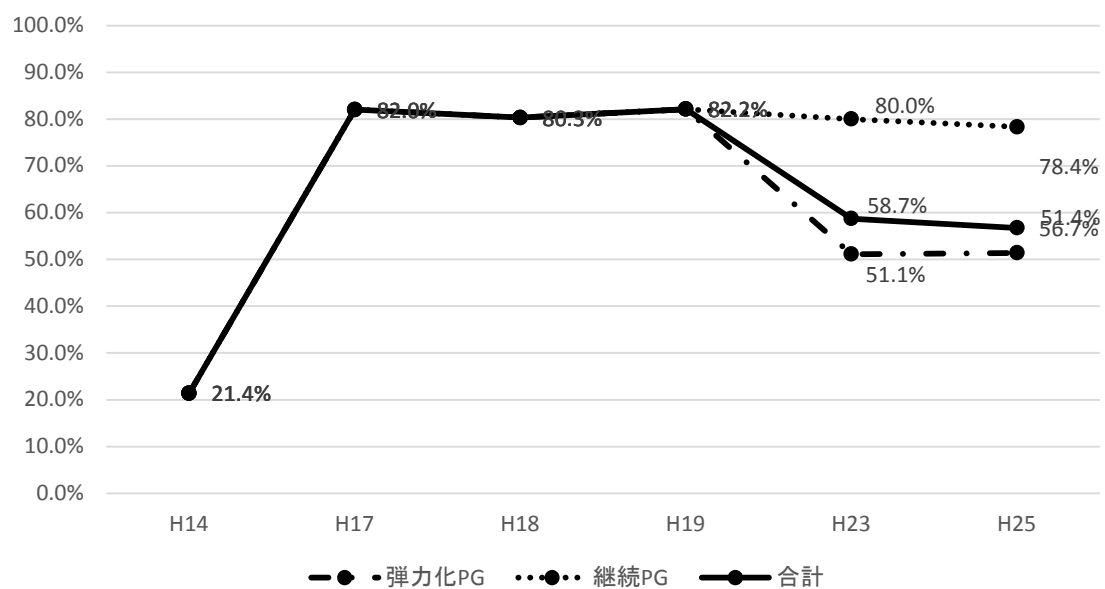
【腎不全(急性・慢性腎不全、透析)】



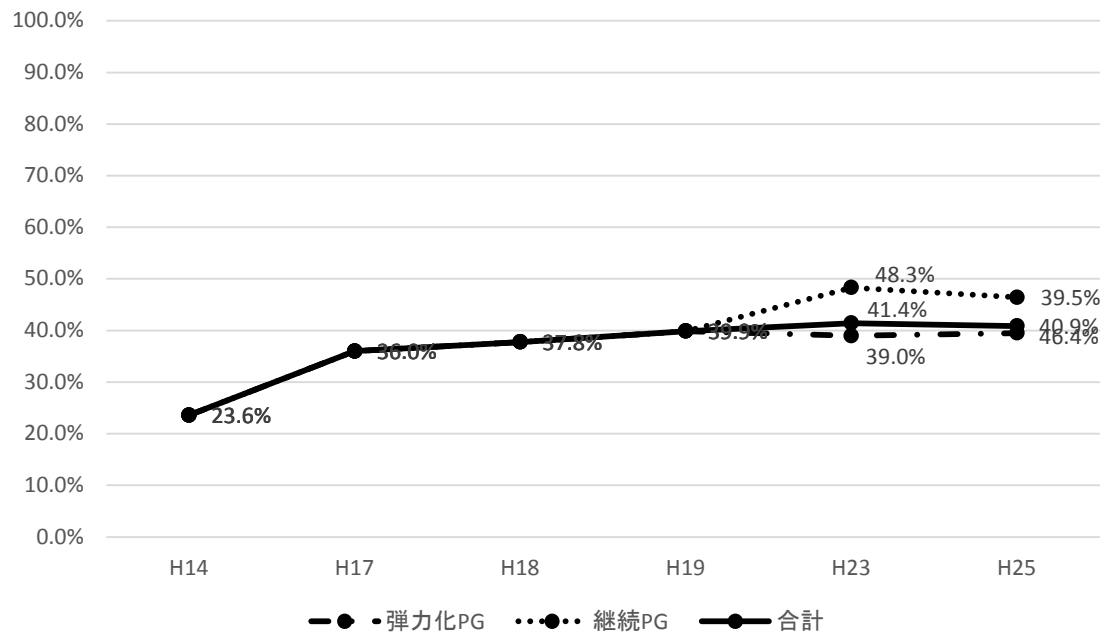
【泌尿器科の腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)】



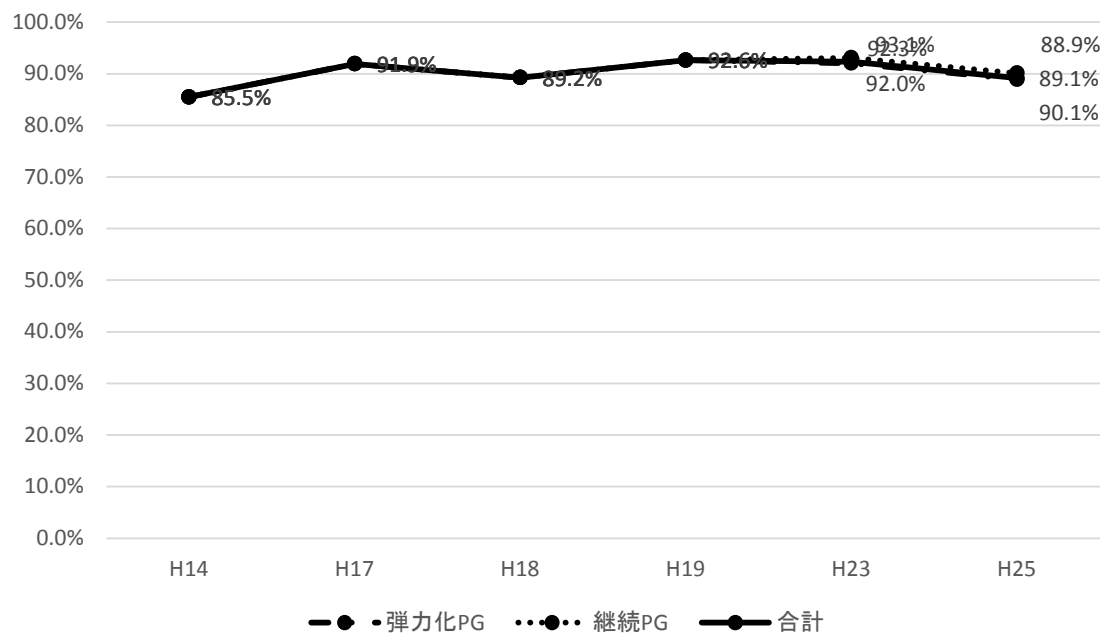
【妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)】

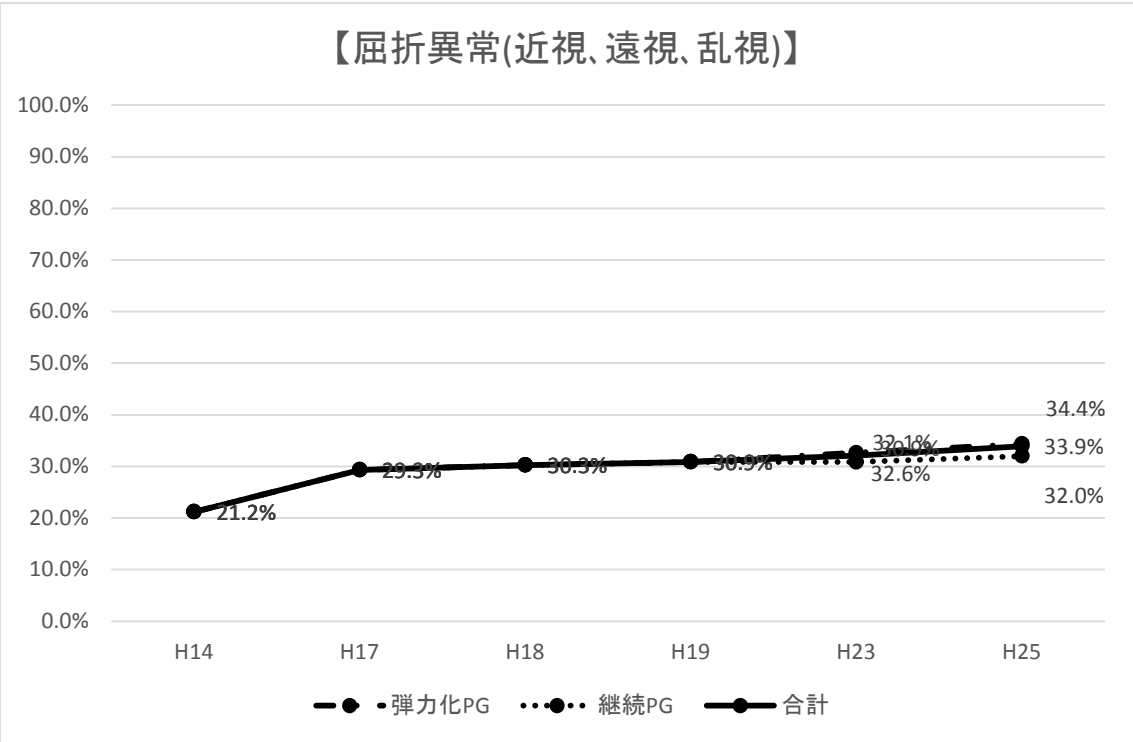
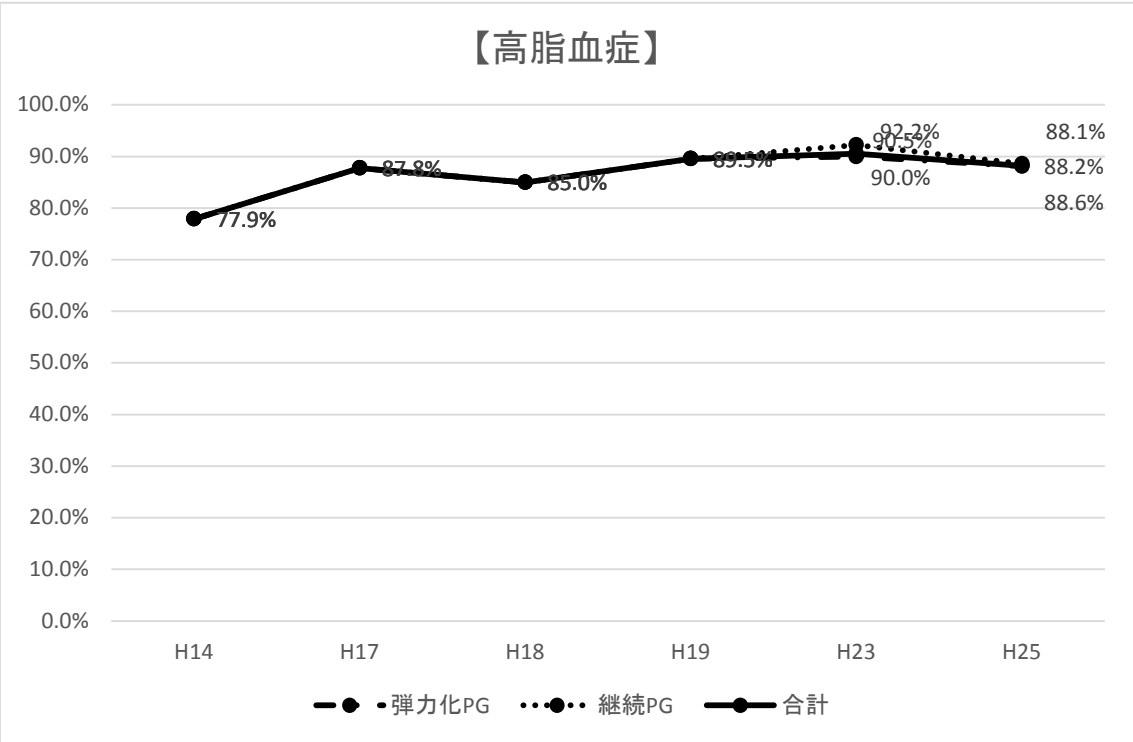


【男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)】

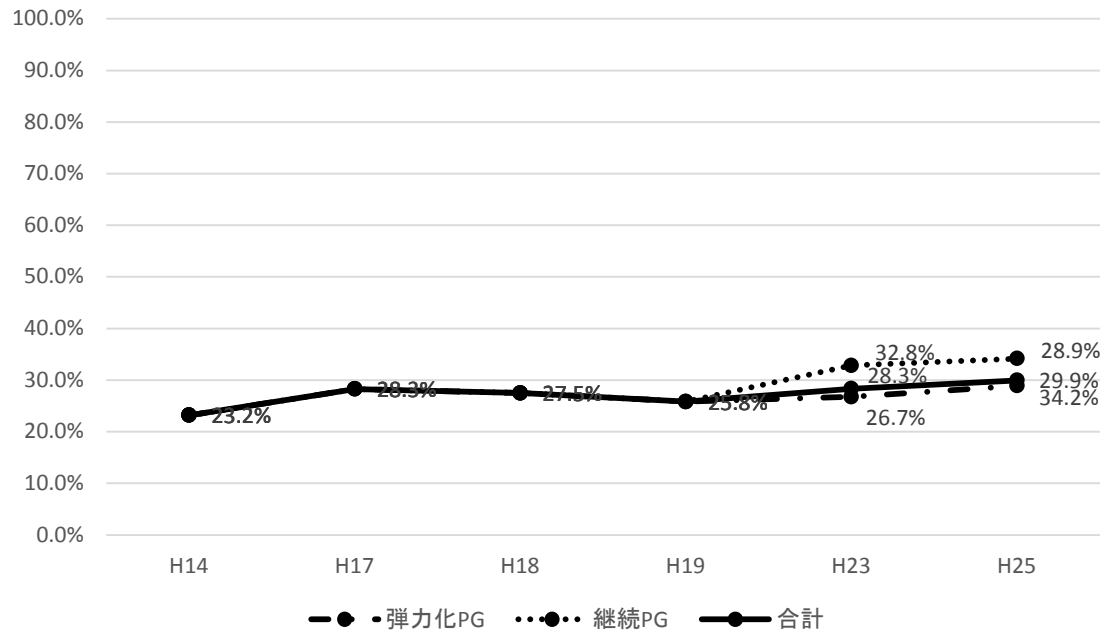


【糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)】

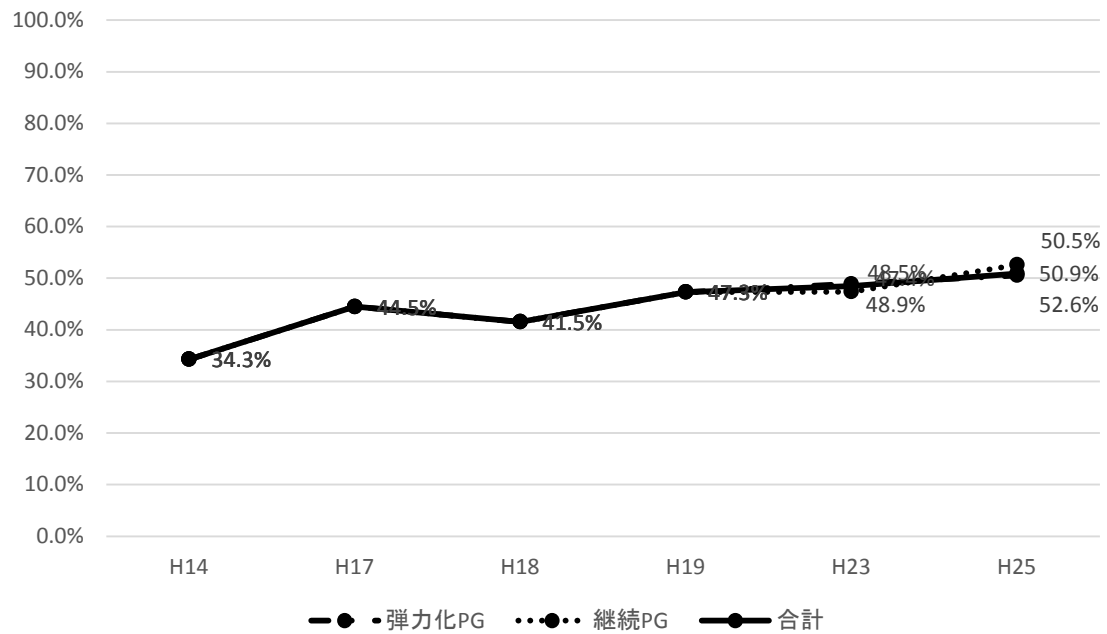




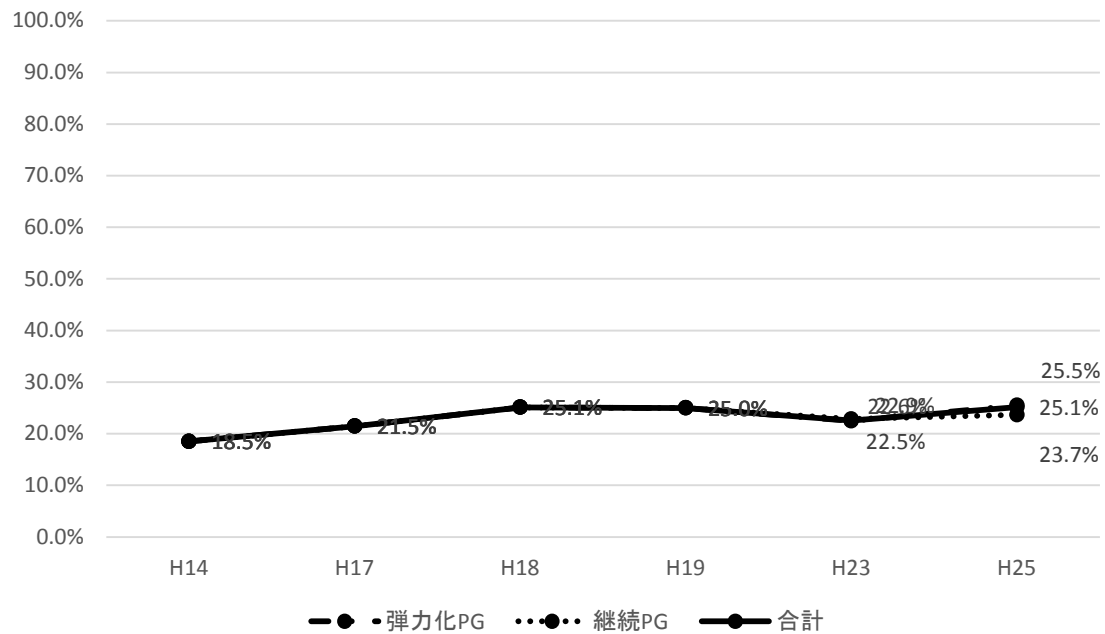
【角結膜炎】



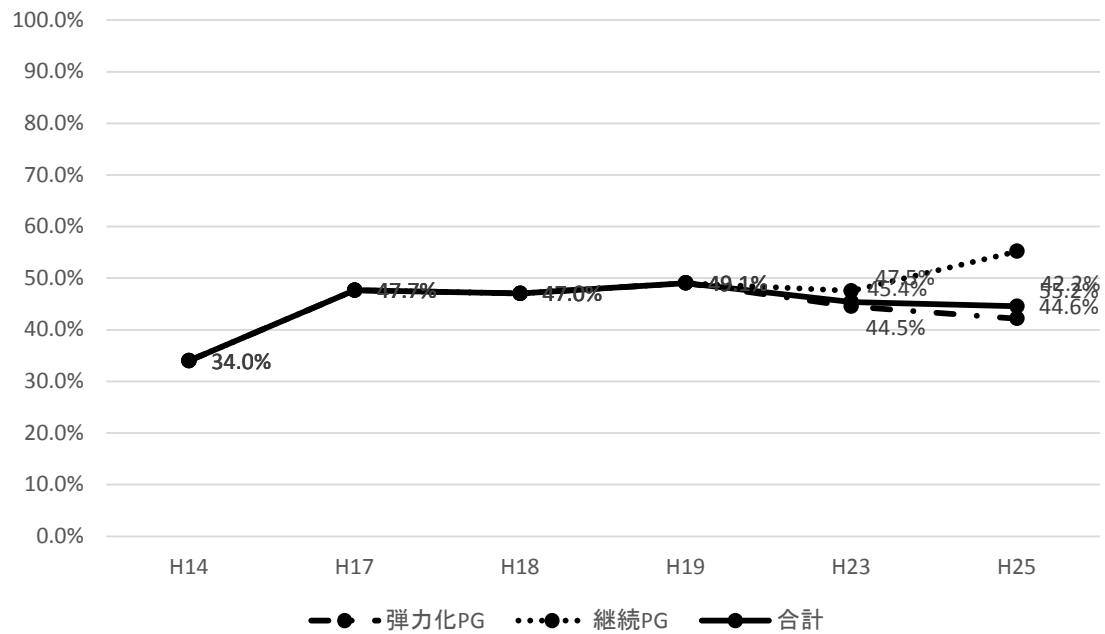
【白内障】



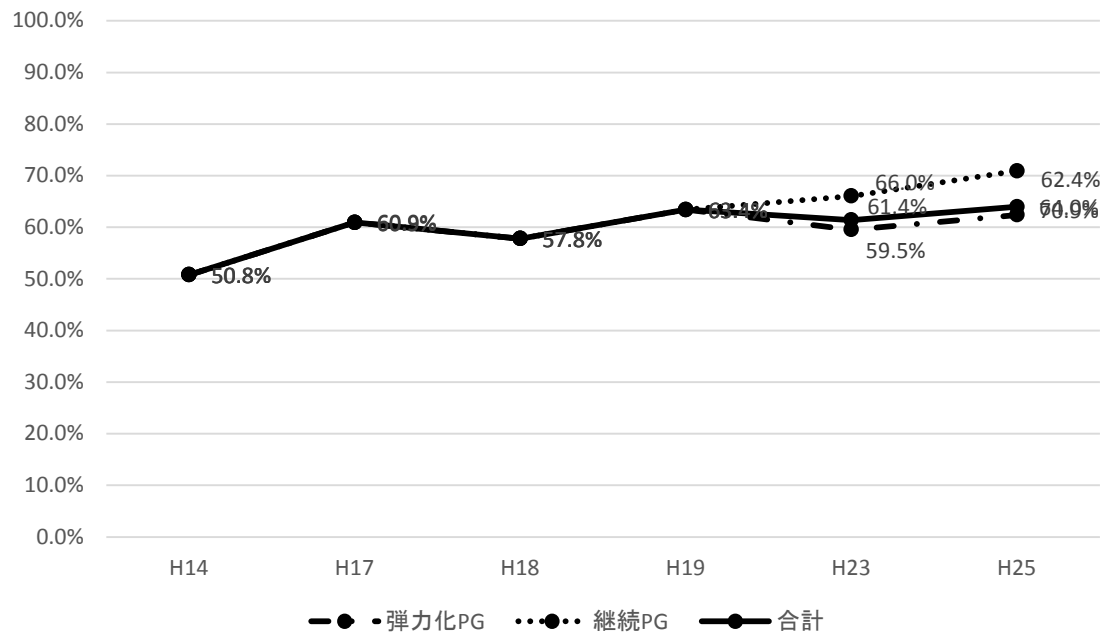
【緑内障】



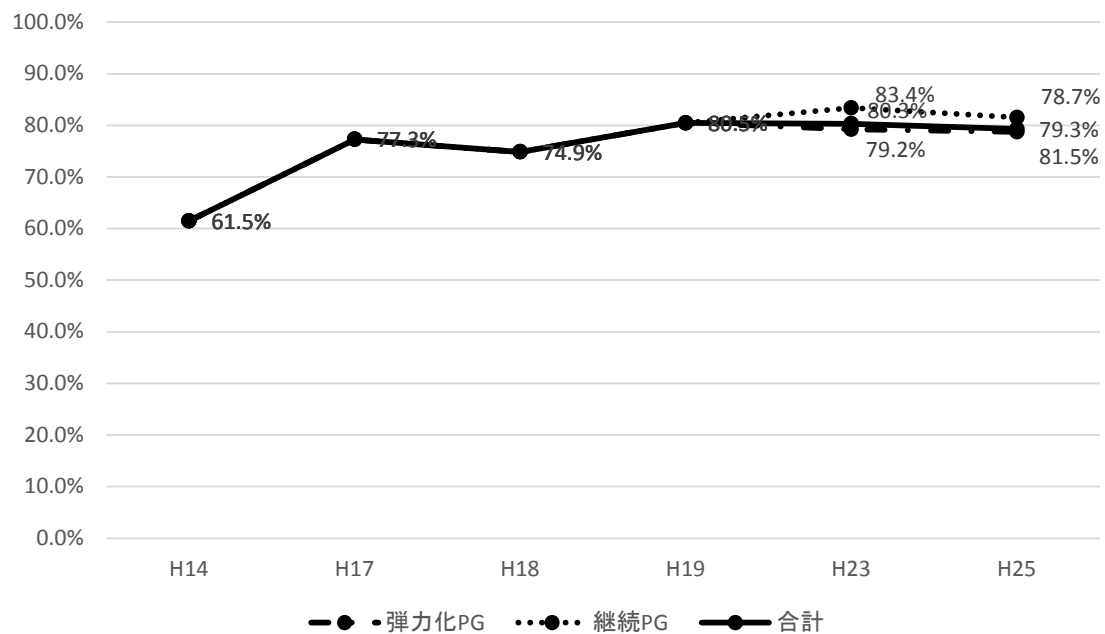
【中耳炎】

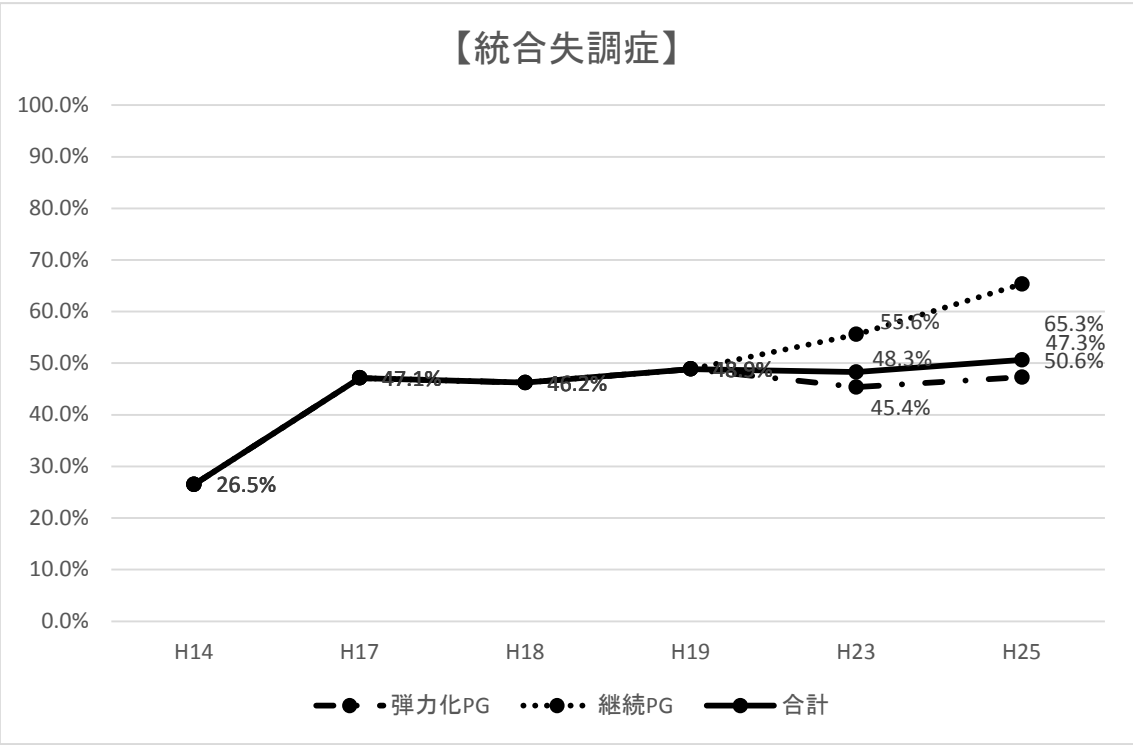
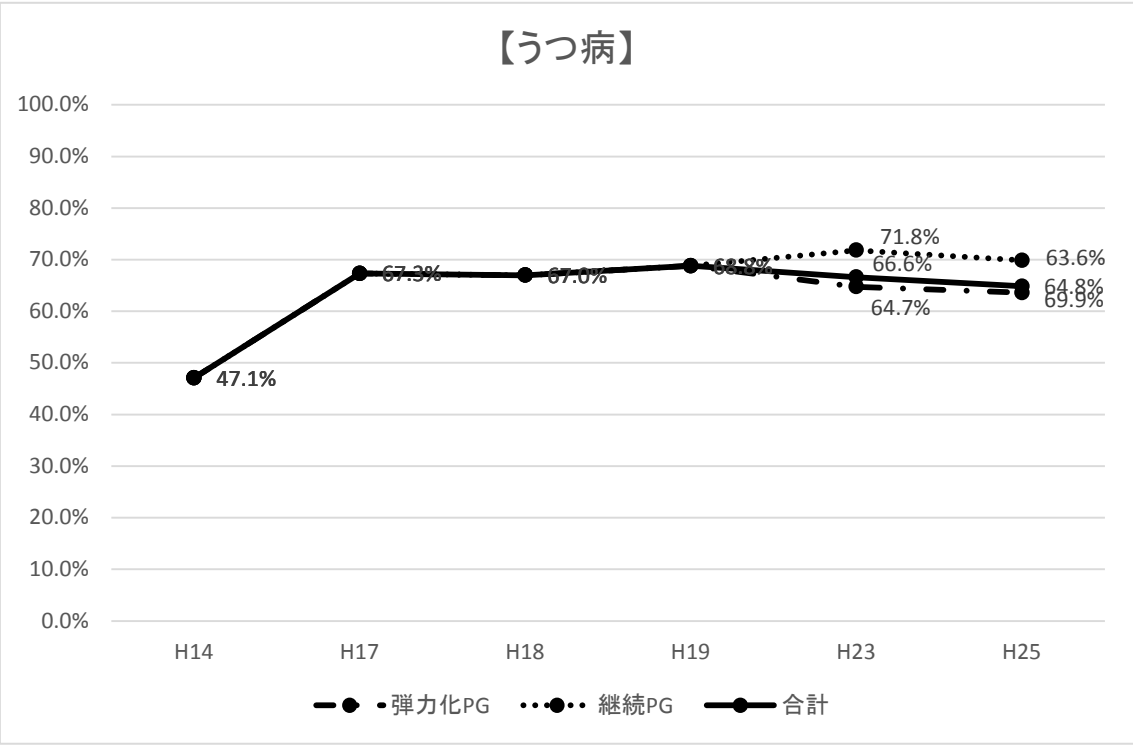


【アレルギー性鼻炎】

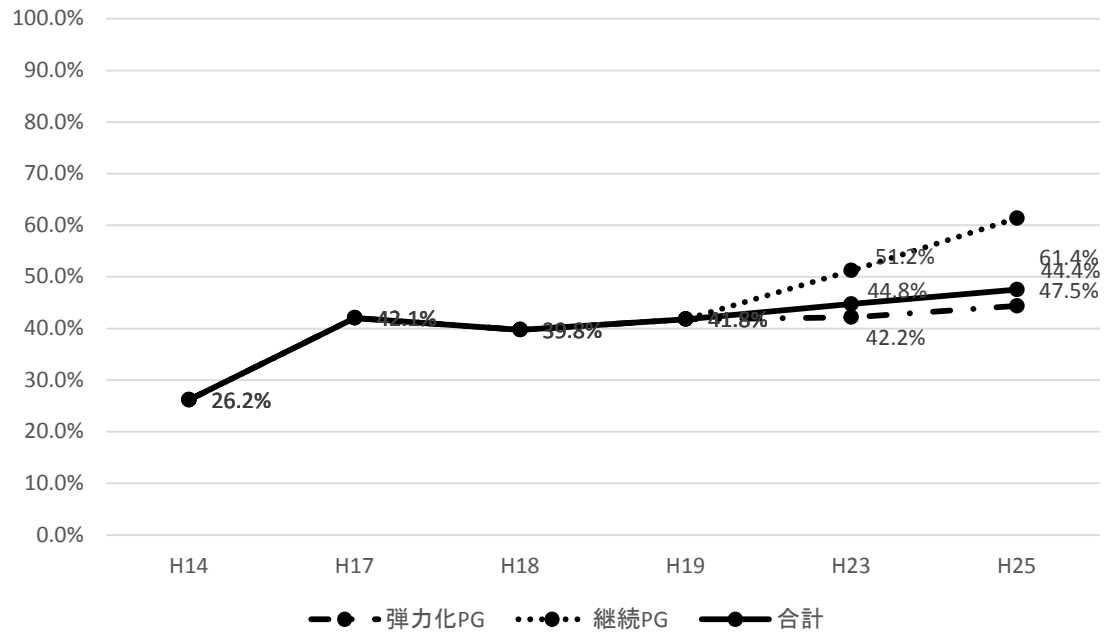


【認知障害(血管性認知障害を含む)】

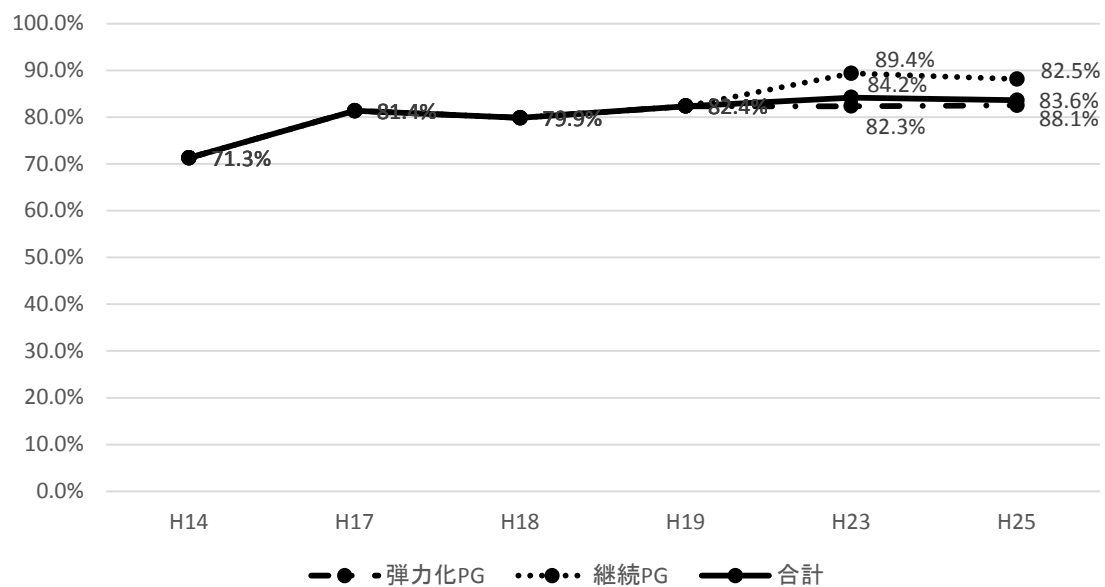




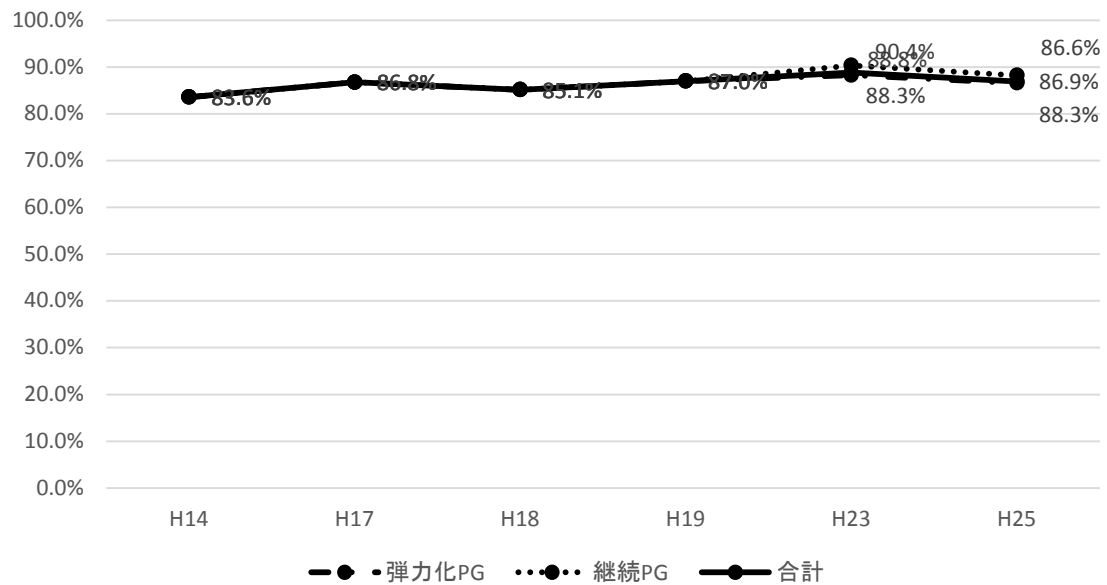
【身体表現性障害、ストレス関連障害】



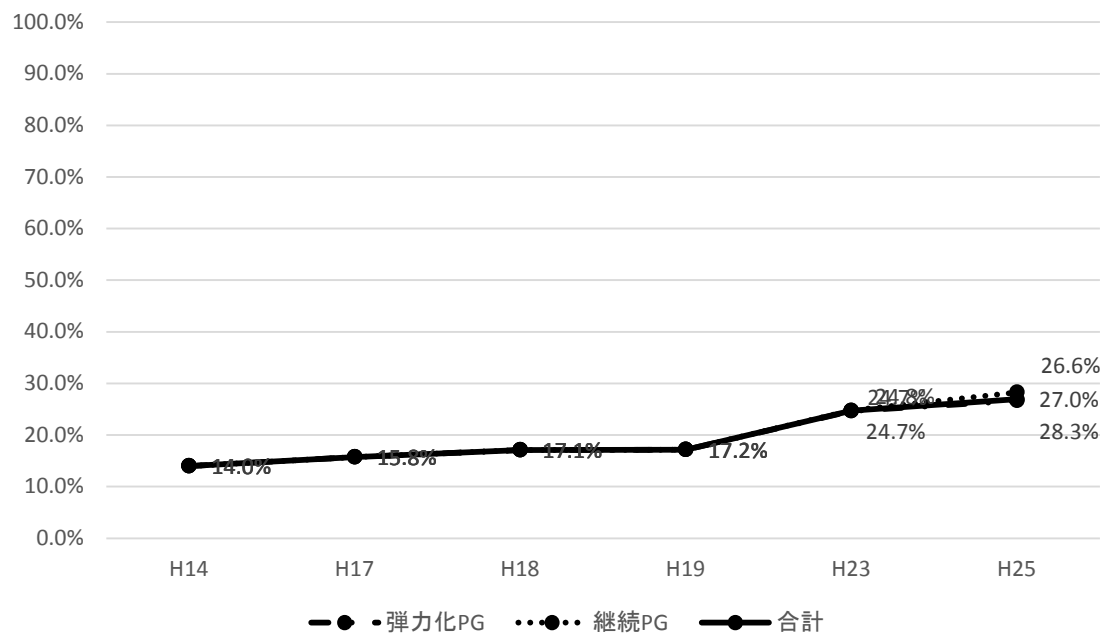
【ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)】



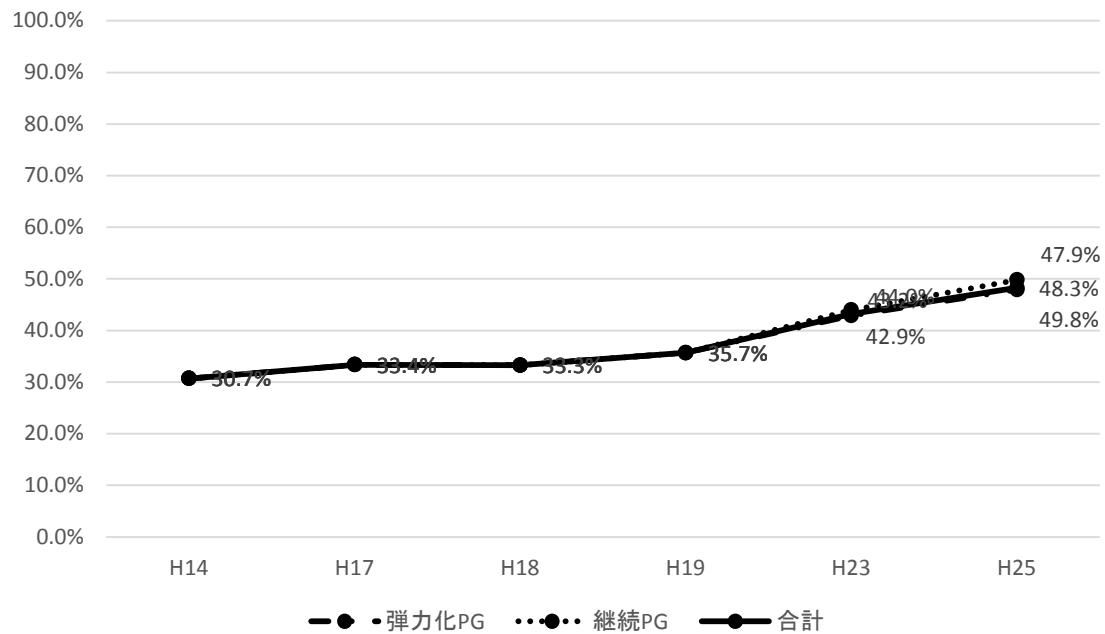
【細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群連鎖球菌、クラミジア)】



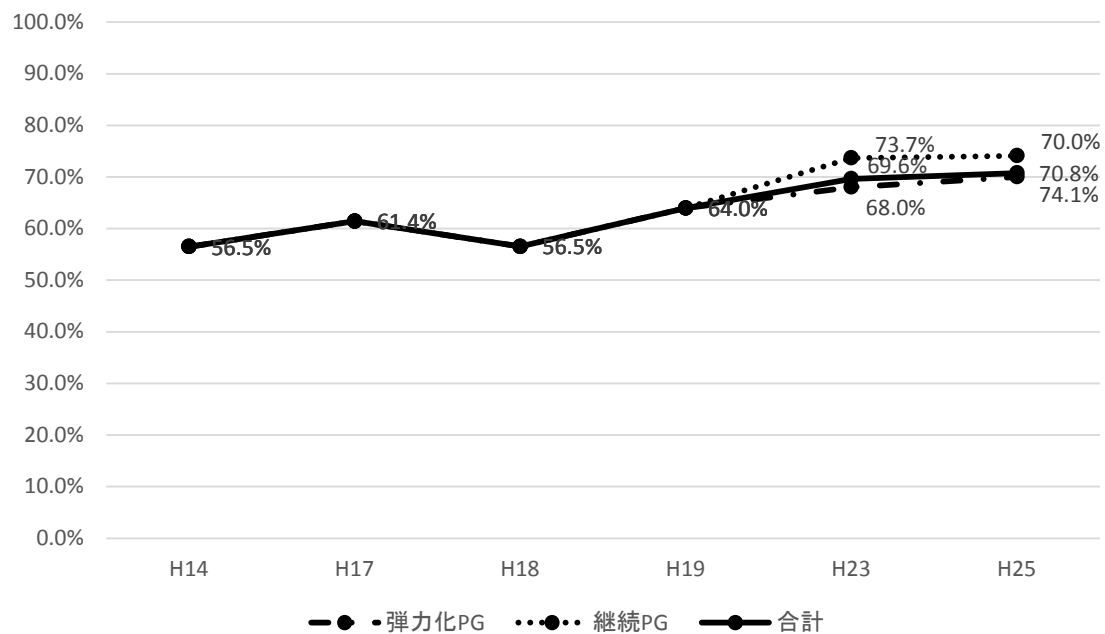
【結核】

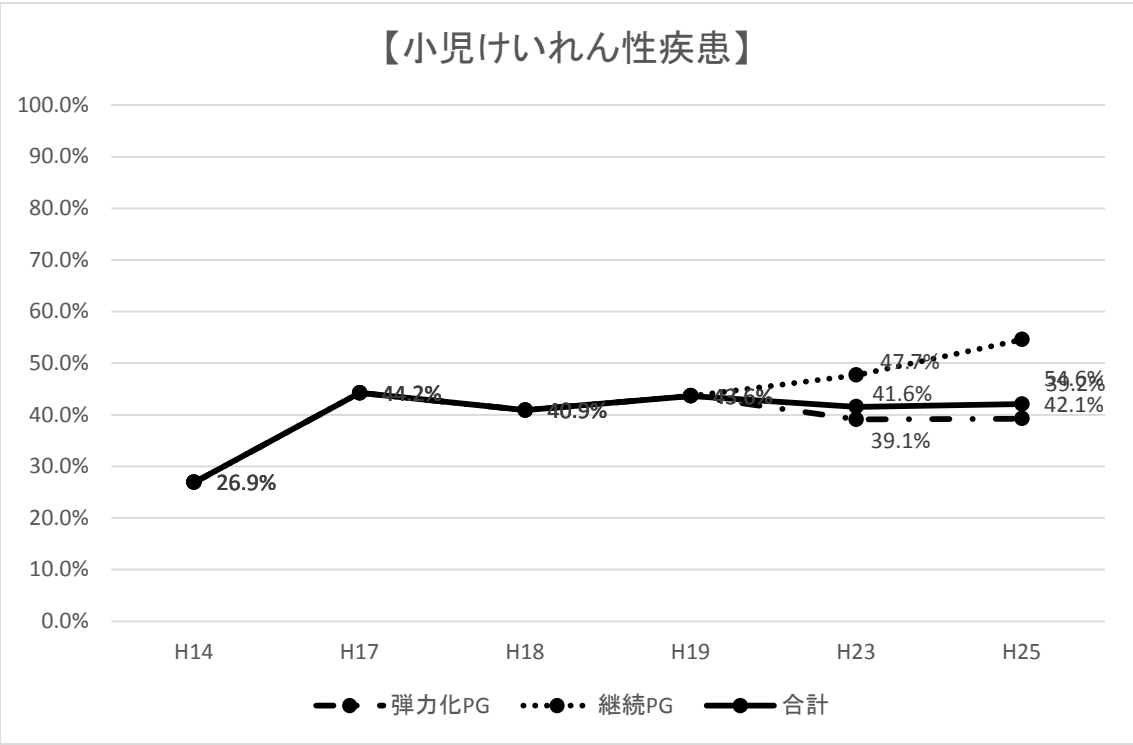
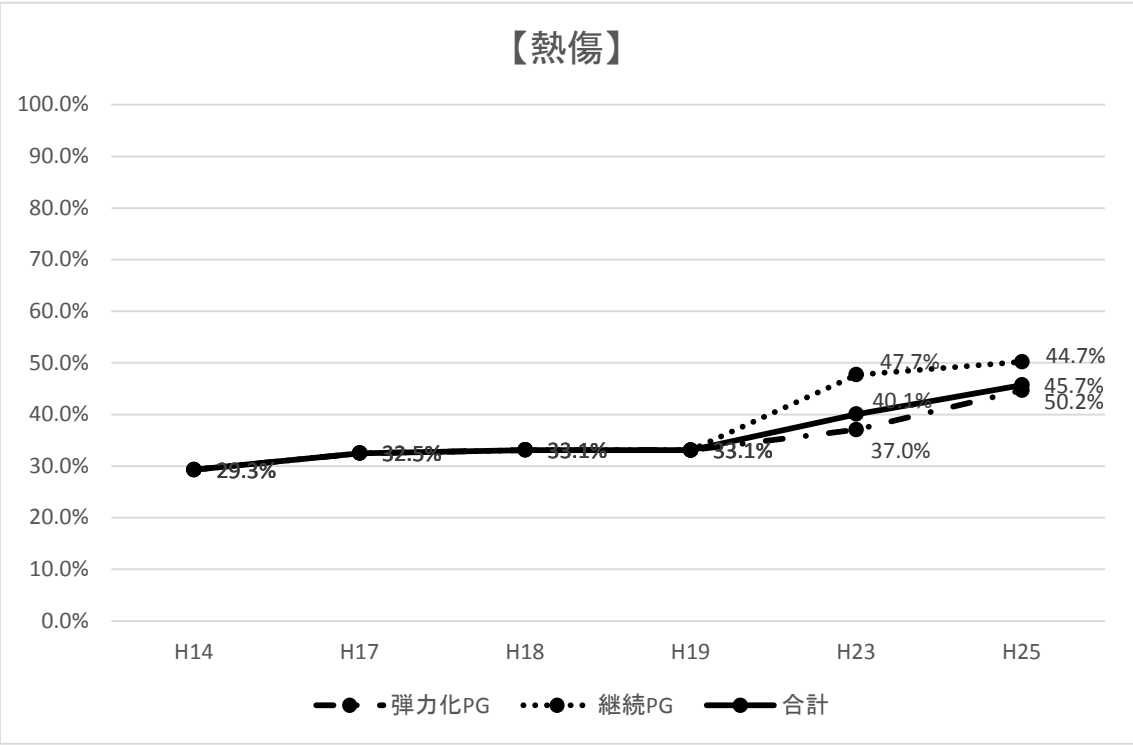


【慢性関節リウマチ】

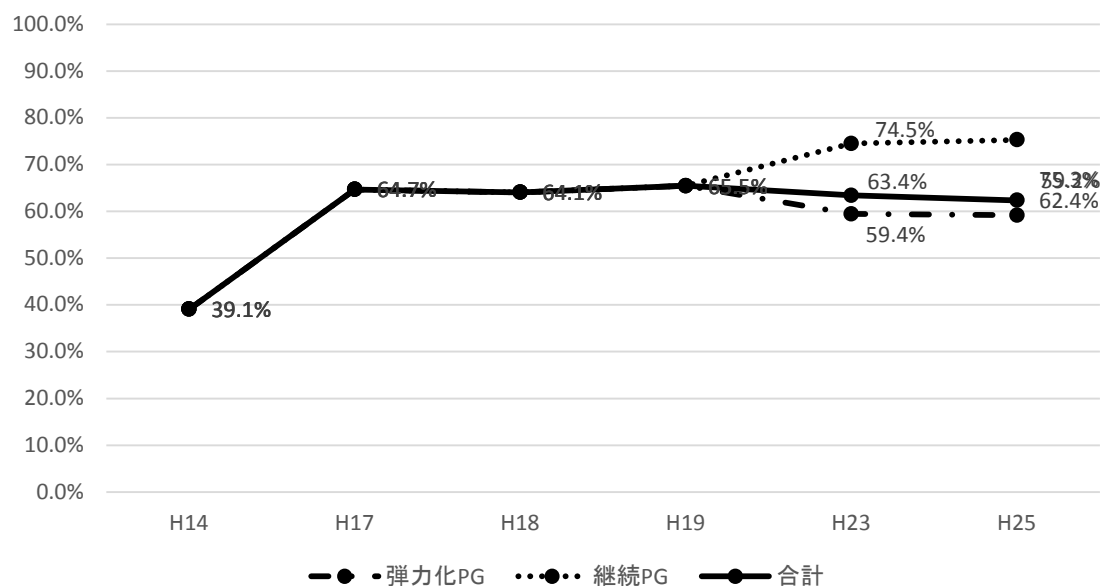


【アレルギー疾患】

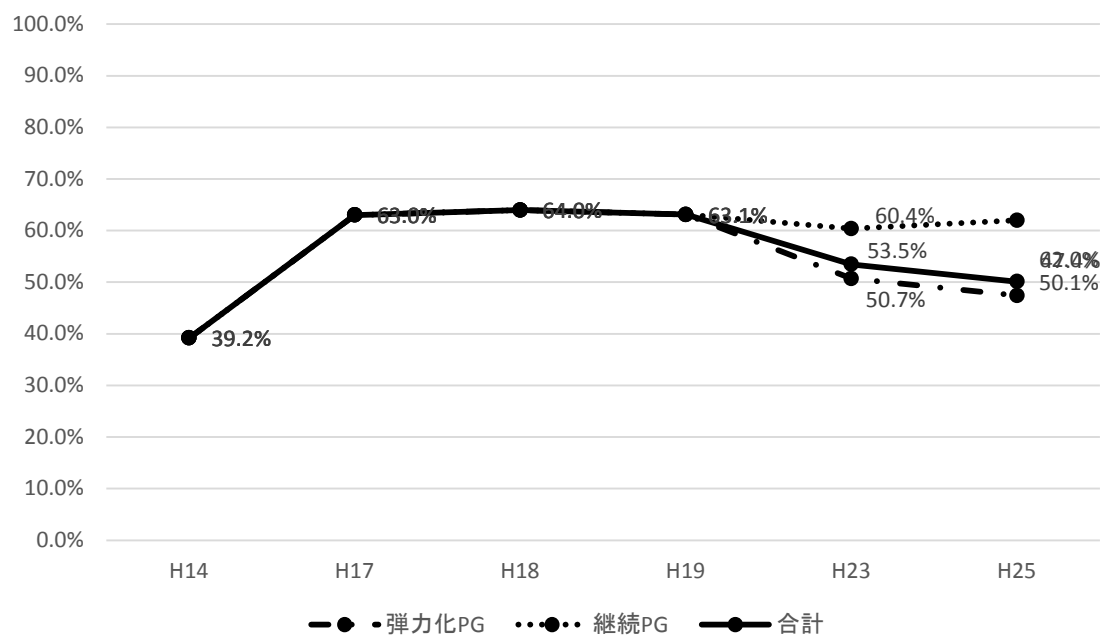




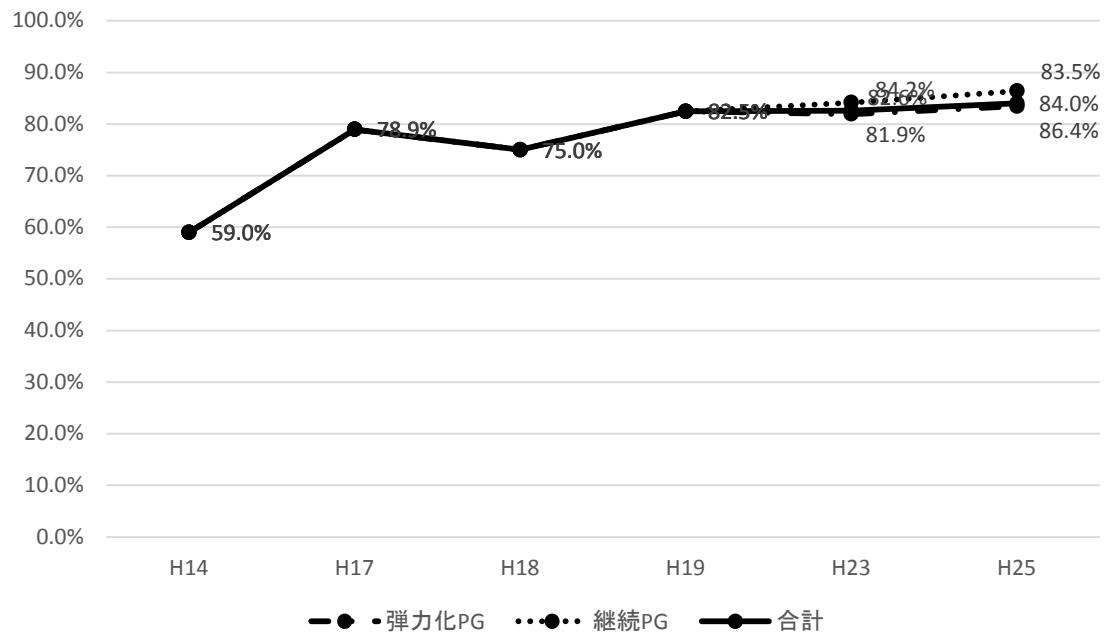
【小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)】



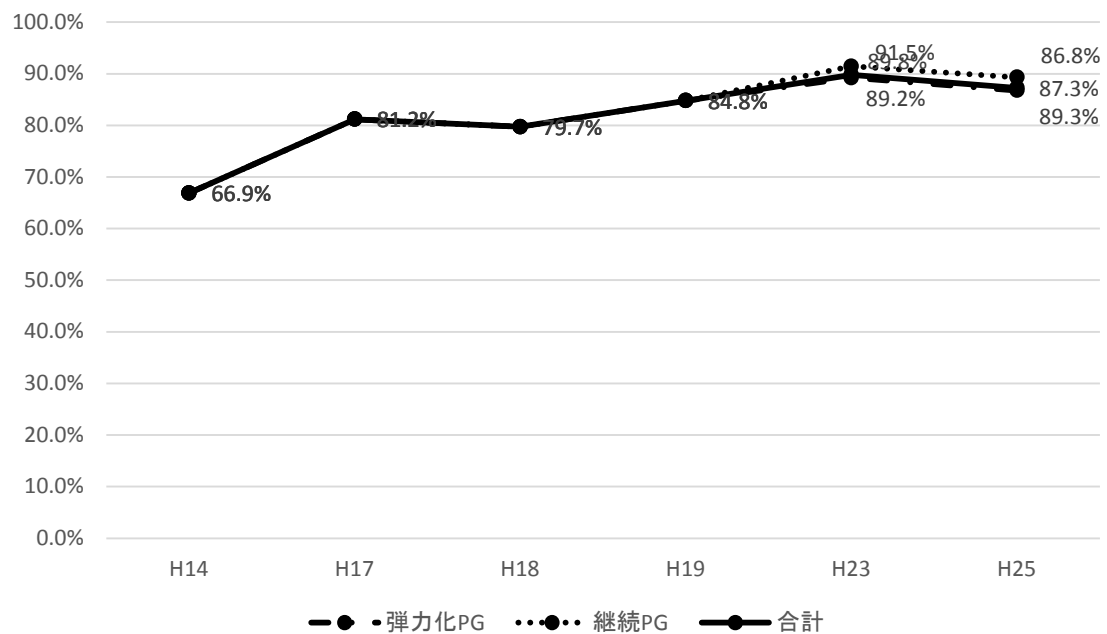
【小児喘息】



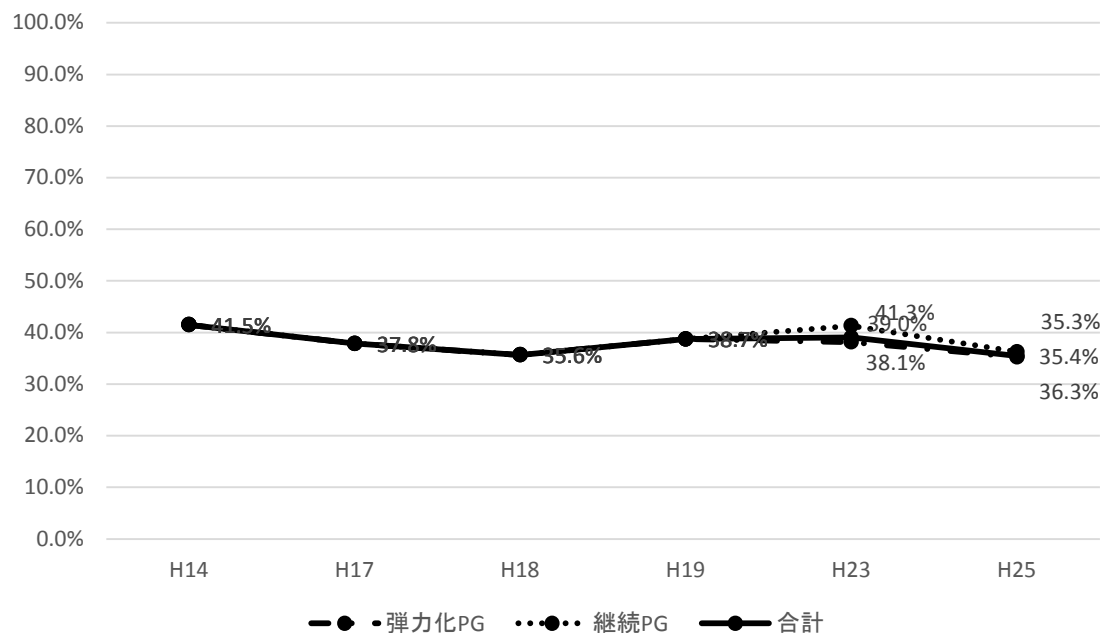
【高齢者の栄養摂取障害】



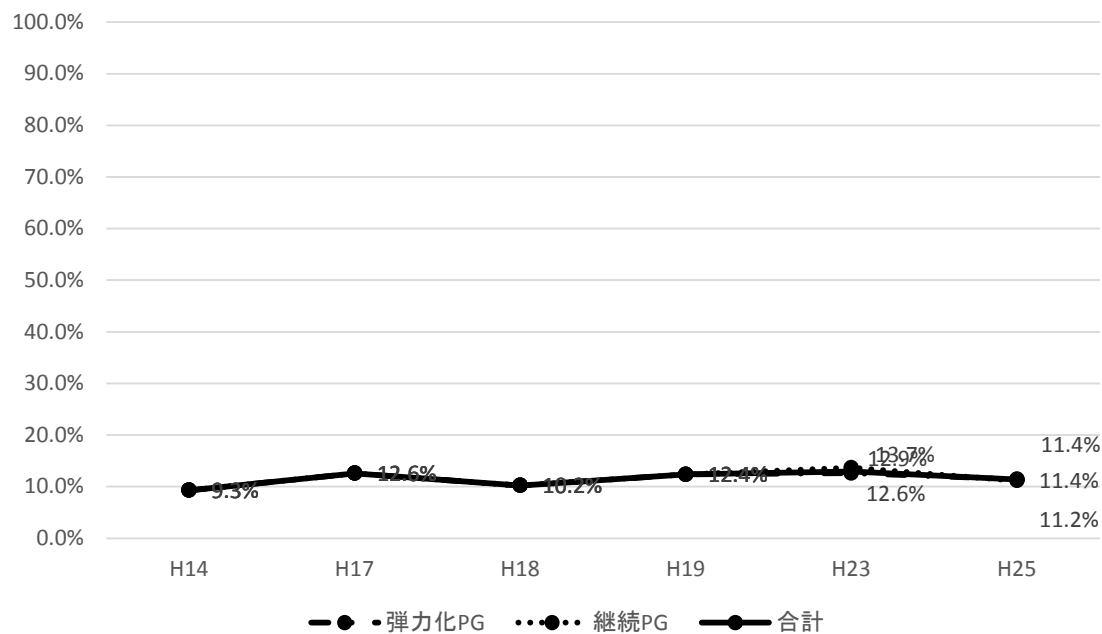
【老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)】



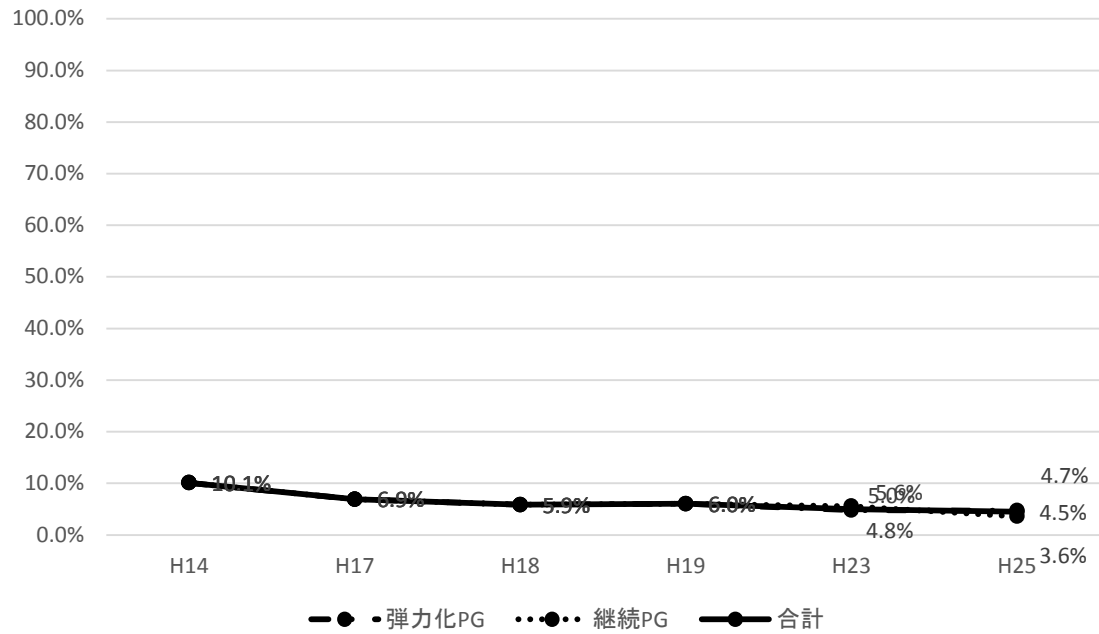
【死亡診断書】



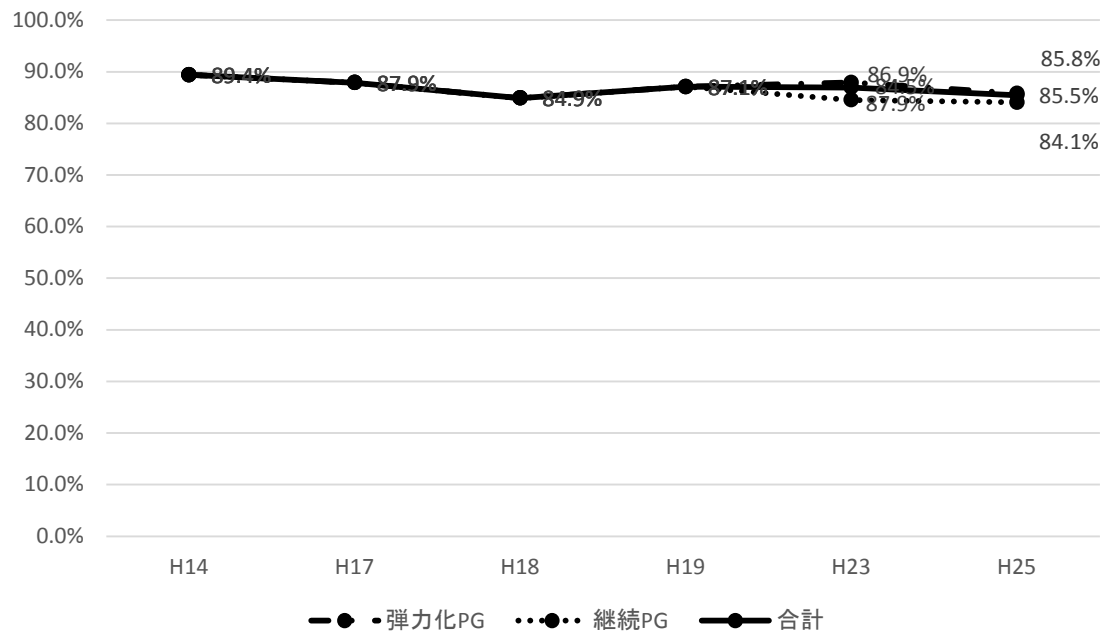
【死体検案書】



【CPCLレポート(剖検報告)】



【紹介状】



Ⅲ. 研究班員名簿

研究班員名簿

	氏名	所属研究機関・職名
研究代表者	福井 次矢	聖路加国際大学 聖路加国際病院 院長
研究分担者	大滝 純司	北海道大学 大学院医学研究科 教授
	野村 英樹	杏林大学 医学部 教授
	奈良 信雄	東京医科歯科大学 医歯学教育システム研究センター 教授
	前野 哲博	筑波大学附属病院総合臨床教育センター 部長
	高橋 理	聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター センター長
研究協力者	川畑 秀伸	北海道大学 大学院医学研究科 准教授
	武富 貴久子	北海道大学 大学院医学研究科 学術研究員
	後藤 英司	JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 院長
	木下 牧子	医療法人愛の会光風園病院 副理事長
	大生 定義	立教大学社会学部 教授
	朝比奈 真由美	千葉大学医学部 講師
	宮田 靖志	国立病院機構名古屋医療センター 卒後教育研修センター長
	井上 千鹿子	日本医科大学医学教育センター 助教
	瀬尾 恵美子	筑波大学附属病院総合臨床教育センター 副部長
	大出 幸子	聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター 上級研究員