

新家庭医療専門医ポートフォリオ：領域と学習目標（2025年度受験者用）2025.2改定

領域	学習目標	優	ボーダーライン	不可
1 未分化な健康問題	初診患者、新たな問題が生じた患者において、考え得る最善の臨床推論が行われているにもかかわらず、診断が付かない、方針が決まらないなどの不確実さを受け容れつつ、継続的に診療できる。	問題の本質が明確でない患者に対し、診断がつかない、方針が決まらない不確実性を受け容れつつ、継続的に診療することで、患者がある程度満足出来るケアにつなげている。	問題の本質が明確でない患者に対し、診断がつかない、方針が決まらない不確実性を受け容れつつ、継続的に診療することでケアにつなげている。	問題の本質が明確でない患者に対し、不確実性を受け容れられていない、または一方的なケアになっているなどの問題が見られる。
2 予防医学と健康増進	ある患者において予防医学（1～3次）や健康増進（ウェルネスやウェルビーイングも含めて）を考慮し、長期的視点で診療やケアを計画、実施、再評価することができる。	ある患者において、健康増進や予防医学を考慮してアセスメントし、包括的、長期的な視点で診療やケアの計画を立てると共に、一定期間の後に再評価も行っている。	ある患者において、健康増進や予防医学を考慮してアセスメントしているが、診療やケアが一面的あるいは短期的なものに終わっている。	健康増進や予防医学のアセスメントが弱い、または診療やケアに大きな問題がある。
3 慢性疾患のケア	慢性疾患患者に対し、コミュニティや保健システムも考慮し、患者の自己管理能力や意思決定を支援しつつ診療ができる。	慢性疾患患者に対し、コミュニティや保健システムも考慮し、患者の自己管理能力や意思決定を支援しつつケアしている。	慢性疾患患者に対し、コミュニティや保健システムを考慮できていない、または患者の自己管理能力や意思決定への支援が不足している。	慢性疾患患者に対し、生物医学的な観点のケアに留まっている。
4 長期的な全人的関係に基づくケア	継続的な関係性（外来で数ヶ月診療している、あるいは外来で診ていた患者が入院しても継続して診ているなど、longitudinalityのある関係）の中に生じた何らかの変化、それを活かしてケアの最適化ができる。	長期間、継続的にある患者に関わる中で、患者の新たな変化に気づき、その点をケアの改善につなげることができている。	長期間、継続的にある患者に関わる中で、患者の新たな変化に気づき、その点をケアの改善につなげようとしているが、まだ評価はできていない。	長期間あるいは継続的に患者に関わってはいるが、診療やケアの改善との関連付けには乏しい。
5 患者中心の医療	患者との関係性を構築・強化しつつ、疾患と病の両方の経験を探り、地域や家族などを含めて全人的視点から評価し、最善の方針につなげていく診療ができる。	患者中心の医療の方法や BPS モデル等を用いて、生物医学的だけでなく、心理社会的にも複雑かつ困難な事例において、包括的な情報収集、統合的な評価、方針決定を行っている。	生物心理社会的な情報収集がなされ、これらの情報を統合的に評価した上で、方針が決定されている。	生物心理社会的な情報が不十分、統合的な評価が不適切、といった問題がみられる。
6 家族志向のケア	家族の関係性、ライフイベントなどが重要な役割を果たす事例において、患者本人の問題だけでなく、家族全体を含めて評価し、家族システム全体に視点を向けた診療ができる。	家族も巻き込む必要のある複雑かつ困難な事例において、患者や家族の関係性、ライフイベントに関する情報収集をし、それらを分析につなげているだけでなく、家族や関係者全員が満足できるように意見調整を主導している。	患者や家族の関係性、ライフイベントに関する情報収集をし、それらを分析した上で、家族全体の状況を踏まえて診療方針を決定している。	患者や家族の関係性、ライフイベントなどが十分に把握できていない、患者本人の問題だけでなく、家族全体の状況が診療方針に関係していない、といった問題がみられる。
7 地域志向のプライマリ・ケア	対象となるコミュニティの集団を定義し、その集団が持つ特性と保健上の問題を明らかにした上で、その問題を改善するための活動やその評価が実施できる。	対象となるコミュニティの集団に関してデータに基づいた分析をし、明らかになった健康上の問題に関わる目標設定をしている。目標に沿って事前に計画された予防医療・健康増進の活動が実施され、評価もなされている。	対象となるコミュニティの集団の特徴をある程度踏まえて健康上、必要な目標設定がなされ、目標に関連する予防医療・健康増進の活動が実施、評価されている。	対象となるコミュニティの集団や目標設定の背景や根拠が不明瞭、予防医療・健康増進の活動実施やその評価が不十分といった問題がみられる。
8 障害とリハビリテーション	国際生活機能分類（International Classification of Functioning: ICF）に基づいて患者像を評価し、リハビリテーションの目標や処方を行うと共に、介入の成否から評価や目標・処方の適切さを論じることができる。	国際生活機能分類に基づいて患者像を評価し、リハビリテーションの目標設定や処方を行うと共に、介入の成否から評価を行い、振り返ることができる。	国際生活機能分類に基づいて患者像を評価し、リハビリテーションの目標設定や処方を行っている。	リハビリテーションの目標、処方が不明瞭、また、介入に対する評価が不十分といった問題がある。

領域	学習目標	優	ボーダーライン	不可
9 EBMの実践	臨床症例に対し、標準的な手順により臨床疫学的なエビデンスを検索、吟味、適用し、臨床上的意思決定の最適化に利用できる。	エビデンスを調べる必要性が高い症例に対し、妥当な形での疑問の定式化、エビデンスの系統的収集とその比較検討を含めた批判的吟味、患者への適用、全ステップの評価を行っている。	エビデンスを調べる必要性がある症例に対し、疑問の定式化、エビデンスの収集、批判的吟味、患者への適用が一通り行われている。	症例選択、疑問の定式化、エビデンスの収集、批判的吟味、患者への適用のいずれかが不十分といった問題がみられる。
10 メンタルヘルス	最終的な精神障害の診断は問わないが、それらが鑑別、除外すべき対象となり得る事例において、診断基準を考慮した診断、心理社会的な背景を踏まえた治療やマネジメント、症状や生活上の変化の評価やそれに応じた対応、を適切に行うことができる。	診断基準を考慮した診断、心理社会的な背景を踏まえた治療やマネジメント、一定期間後の症状や生活上の変化を適切に評価し、診療やケアにつなげることができている。	診断基準を考慮した診断、その診断に基づいた治療やマネジメントを行っているが、心理社会面への踏み込みが弱い、長期的な視点を踏まえていないといった問題がみられる。	診断プロセス、治療やマネジメントの選択や対応、治療やマネジメント後の評価のいずれかに大きな問題がある。
11 健康の社会的決定要因とアドボカシーおよびアクセス	SDH (social determinants of health、健康の社会的決定要因)により健康を脅かされている患者や特定の集団、地域において、健康格差の原因となっているSDHを見出し、多職種の協力を得ながら、格差解消に向けたアドボカシーやプライマリ・ケアへのアクセス改善等の働きかけを行っている。	SDHにより健康を脅かされている患者、特定の集団、地域において、SDHを見出し、健康への影響を分析している。多職種や地域コミュニティと連携しながら格差解消に向けたアドボカシーやアクセス改善等の働きかけをマイクロ、メゾ、マクロレベルで考えた上で、自らが実践したレベルで得られた知見や遭遇した困難について省察している。	SDHにより健康を脅かされている患者、特定の集団、地域において、SDHを見出し、健康への影響を分析している。格差解消に向けたアドボカシーやアクセス改善等のための何らかの働きかけを実践している。	対象とした患者、特定の集団、地域において、SDH、健康格差やアクセスに関する課題を十分に見出せていない。可能な働きかけについて、実践を踏まえず、推測のみに留まっている。

以下は a、b でいずれかの領域を選ぶ形です。

12	a 複雑困難事例のケア	問題の複雑度がかなり高い患者において、複数の専門職が関わり、ケアを最適化することができる。	問題の複雑度がかなり高い（問題を切り分けてそれそれに対応するというアプローチが難しい）患者において、複数の専門職を巻き込んで議論し、最適なケアを長期的視点で行い、評価できている。	問題の複雑度が高い患者において、複数の専門職を巻き込んで議論し、適切なケアが行えているが、評価は不十分である。	問題の複雑度が低い、複数の専門職での議論不十分といった問題がある。
	b 多疾患併存	複数の疾患が絡み合った症例において、主治医として複数の医療施設や専門医・専門科の間で連携をとり、適切にマネジメントできる。	複数かつ難しい疾患や問題が絡み合った事例において、主治医として専門医や医師以外の医療専門職との協働を適切にマネジメントしている。治療負担と患者の能力のバランスにも配慮できている。	複数の疾患や問題が絡み合った事例に関し、専門医や医師以外の医療専門職との協働を通じ、マネジメントしている。	疾患や問題が複数でない、専門医や医師以外の医療専門職との協働が不十分、マネジメントが不適切といった問題がみられる。
13	a 統合されたケア	一人の患者のケアに対し複数の診療/介護/福祉施設、複数の医療/介護/福祉専門職種を跨いだ形でシステム全体に視点を向けた診療/ケアにつなげている。	一人の患者のケアに対し複数の診療/介護/福祉施設、複数の医療/介護/福祉専門職種を跨いだ形でシステム全体に視点を向け、長期的な診療/ケアを行い、評価できている。	複数の診療/介護/福祉施設、複数の医療/介護/福祉専門職種を跨いだ形でシステム全体に配慮した診療ができているが、評価が不十分である。	複数の診療/介護/福祉施設、複数の医療/介護/福祉専門職種を跨いだ形での診療ができていない、または診療ができていないがシステム全体への配慮が不十分である。
	b チーム医療・ケアの調整や移行	様々な医療/福祉/介護専門職の協働が必要である患者に対し、ケアやその移行の問題を取り上げ、多職種連携や地域医療連携のチームに関する今後の改善点について議論できる。	様々な医療/福祉/介護専門職の協働が必要である患者の事例を通じ、ケアやその移行における課題・目標を明確にし、多職種連携や地域医療連携のチームに関する今後の改善につなげることができている。	様々な医療/福祉/介護専門職の協働が必要である患者の事例を通じ、ケアやその移行における課題・目標を明確にし、多職種連携や地域医療連携のチームに関する今後の改善を試みているが、まだ評価はできていない。	様々な医療/福祉/介護専門職の協働が必要である患者に対し、ケアやその移行における課題・目標が明確にされていない。

領域		学習目標	優	ボーダーライン	不可
14	a 高いプロフェッショナリズムに基づく行動	医師としてのプロフェッショナリズムに関し、患者中心性、利他主義、自己研鑽といった概念を理解し、それらに従った実践ができる。	プロフェッショナリズムに関して課題を感じた事例に対し、プロフェッショナリズムに関する文献的定義も含め、何らかの枠組みを用いて多面的に情報収集した上で、考察・省察し、改善案を出すことができている。	プロフェッショナリズムに関する問題の明確化がやや不十分ではあるが、課題を感じた事例に対し、一定の情報収集した上で、考察・省察し、改善案を出している。	プロフェッショナリズムに関する問題が明確にされていない、何らかの枠組みを用いた情報収集が行われていない、などの問題がある。
	b 倫理的に困難な意思決定を伴う事例のケア	生命倫理、臨床倫理に照らして問題のある症例に対し、代表的な枠組みを用いて網羅的に情報収集し、葛藤する問題点を明らかにした上で、妥当な意思決定につなげることができる。	生命倫理、臨床倫理の原則に関して問題のある事例に対し、何らかの枠組みを用いて多面的に情報収集し、葛藤する問題点を明らかにした上で、考察・省察し、妥当な意思決定につなげている。	生命倫理、臨床倫理の原則に関して問題のある事例に対し、何らかの枠組みを用いて一定の情報収集がされ、意思決定につなげている。	生命倫理、臨床倫理に関する問題が明確にされていない、情報収集が不十分である、などの問題がある。
15	a セクシャルヘルス/性を考慮したケア	患者の生物医学的性差、性自認や性的指向、性的行動を含め、ライフステージや心理、社会的役割を考慮した上で、特有の健康問題や健康リスクを適切に評価し、配慮したケアができる。	患者の生物医学的性差、性自認や性的指向を含め、ライフステージや心理、社会的役割について、多面的に情報収集したうえで、考察・省察し、適切に配慮したケアができている。	患者の生物医学的性差、性自認や性的指向を含め、ライフステージや心理、社会的役割について、情報収集はしているが、配慮は不十分である。	患者の生物医学的性差、性自認や性的指向、ライフステージや心理、社会的役割についての情報収集が不十分、あるいは配慮ができていない。
	b 思春期のケア	思春期の患者に対し、心身の発達、周囲の人との関係性、コミュニケーションの課題を踏まえて適切な診療、ケアにつなげることができる。	思春期の患者において、患者中心の視点を持って、思春期特有の心身の発達、周囲の人との関係性、コミュニケーションの課題などの情報を収集した上で、年齢・発達・社会背景を考慮しながら患者の将来を見据えたケアにつなげている。	思春期の患者において、必要な情報を収集した上で、年齢・発達・社会背景を考慮した診療、ケアにつなげているが、ケアはやや不十分である。	思春期の患者において情報収集が不十分である、あるいは患者の背景を考慮したケアが行われていない、などの問題がある。
16	a 緩和ケア	身体的・心理社会的・スピリチュアルな痛みや問題を早期発見し、評価・治療によって苦痛を予防・緩和することで、病いに関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を改善する。	本人の人生観や価値観などを把握した上で、身体的・心理社会的・スピリチュアルな痛みや問題に対し、評価・治療によって苦痛を予防・緩和することで、患者とその家族の QOL を改善することにつなげている。	身体的・心理社会的・スピリチュアルな痛みや問題に対し、評価・治療によって苦痛を緩和することで、患者とその家族の QOL を改善することにつなげているが、ケアはやや不十分である。	身体的・心理社会的・スピリチュアルな痛みや問題が適切に評価、治療されていない、患者とその家族の QOL を改善することにつなげられていない、などの問題がある。
	b 人生の最終段階におけるケア	本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを実現するために、本人、家族や医療従事者が話し合った上で、医療、ケアの方針を決定できる。	本人の人生観や価値観などを把握した上で、本人や家族などと繰り返し話し合い、医療・ケアチームとの合意形成を経て、本人にとって最善と考えられる医療、ケアの方針を決定している。	本人の人生観や価値観などを把握した上で、本人や家族などと話し合い、医療、ケアの方針を決定している。	本人の人生観や価値観などを把握できていない、本人、家族と十分に話し合えていない、などの問題がある。