

2025 年度日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医試験

講評：筆記

【講評】 ※括弧内は 2024 年度試験値

筆記試験の平均点は、200 点満点中平均点 141.5 点 [100 点満点換算で 70.8 点]でした。全体を通して正答率は高く、知識面における達成度は比較的高かったと考えています。

領域別の正答率については、日常病(慢性疾患) 66.8%(74.4%)、日常病(皮膚・眼・耳鼻・泌尿) 48.7%(60.8%)、急性疾患・救急 78.8%(73.4%)、小児・思春期 74.8% (75.7%)、高齢者 56.4%(72.0%)、女性・男性・周産期 60.6% (69.5%)、メンタル 74.4%(73.2%)、整形 67.2%(64.9%)、緩和 65.2%(73.3%)、公衆衛生 63.6%(75.1%)、コミュニケーション 91.7%(87.9%)、EBM 52.0%(59.4%)、日本の医療制度 59.7%(74.2%)、家庭医療の原則 77.4% (78.7%) でした。

正答率が極端に低かった設問や、識別指数がマイナス値であった設問等に関しては再評価を行い、そのうちの一部を不適切問題と判断し、全員加点といたしました。

本年度の筆記試験は、前年に引き続いて 200 問とし、マークシート方式を採用して集合形式での試験を実施いたしました。

2025 年度 日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医試験

講評：CSA

ST1<救急のステーション>

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する頻度が高く比較的緊急性が高い症候・疾患に対して、まずバイタルサイン・病歴・身体所見などから緊急性を判断した後、問診を行いながら同時に適切な検査・治療の介入を行うことができるかを評価する。
 - ✓ 適切な検査・治療の介入とは、診療のセッティングや患者の心理社会背景も考慮しつつ、診断に至る検査の組み立てや症状への対応を行い、予想される転帰を考慮しながら治療方針を提案することを指す

【全体講評】

今回は心不全のために後方病院で入院治療を行われた後の退院後初回外来において、患者さんの病状理解やセルフケア等が不十分なために再増悪しかかっている状況を取り上げました。今年改訂された心不全診療ガイドライン 2025 ではこの時期は特に注意深い管理・支援が必要な「脆弱期」と呼ばれており、かかりつけ医(家庭医)との連携の重要性も指摘されていますので、具体的な対応についてこうした機会にガイドライン等を再確認して頂ければと思います。

呼吸不全の評価・対応、心筋虚血・不整脈・服薬アドヒアランス等の増悪因子の評価、うっ血・低心拍出の評価と対応する薬剤(利尿薬など)の投与等といった急性期対応はガイドラインに記載されている基本的なものですが、中には SpO2 低値のまま酸素を開始せずに診療を続けた方や、酸素の必要性には気づきながらも看護師役である評価者に具体的指示をしないままの方などもありました。普段の診療でもバイタルサインの評価・安定化を常に意識することを心掛けて頂ければと思います。

その後は、入院の医学的必要性と入院を嫌がる患者本人の意向との板挟みで悩まれた方が多かったと思います。医学的必要性をきちんと評価できることはもちろん重要ですが、それだけではなく、「入院したくない」という訴えの裏に患者さんのどのような思い・事情があるのか。その心理的・社会的背景にもまずは耳を傾け、思いを受け止め、そしてできれば医学的必要性と両立した形での解決をどう目指していくのか。この対応力には受験生の間で差がついたようです。こうした姿勢は家庭医としては特に不可欠だと思いますので、後期研修中、あるいは専門医となった後にも意識しつつ、診療にあたって頂ければ幸いです。

さらに今回の試験では多くの方が時間が足りず詳細には触れられませんでした。普段の服薬指導や塩分制限などの食事指導、GDMT と呼ばれる標準的薬物治療、ADL の評価やリハビリテーション、ACP を踏まえた将来的な治療ゴールの検討など、家庭医に期待される役割は多くあります。限られた時間内での試験の出来に関わらず、多くの皆様にとって今回がこうした心不全診療を学びなおす機会になって頂ければ望外の喜びです。

ST2＜性に関する問題のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する性に関連する健康問題に対して、性差を考慮した心身の特徴、疾患の頻度や特徴など、十分な知識をもった診察が行えるかを評価する。
 - ✓ この際、患者の性やライフステージに特徴的な価値観や健康感、心理社会的背景を踏まえ、患者の性自認や性の多様性にも配慮しながら、患者に不安を与えない医療面接、身体診察が行えているか、必要に応じて専門医への紹介や社会的資源などのリソースを活用できているかも評価の対象となる

【全体講評】

風邪で受診した女性が妊娠していたという事例でした。40代は更年期の初期の可能性とともに妊娠の可能性が否定できない年代であり、近年では妊娠数や中絶率が10代・20代と同じか多い世代となっています。試験では、問診から妊娠を想起できるかを問う設問でした。

風邪の診察がおろそかになったり、月経・性交渉に関する詳細な問診や患者の解釈・背景の確認をせず患者への説明が不十分なまま尿中hCG検査に進もうとしたり、結果説明時に患者への配慮がみられない受験生もいました。一方、普段から月経や性交渉に絡む話をしているだろう受験生は、最終的に妊娠と診断できたかどうかに関わらず、言語的・非言語的な配慮がみられ、患者が答えやすい形で質問をし、風邪の診察の流れを行う中で、妊娠・あるいは妊娠以外の月経の乱れにつながる可能性のある疾患のチェックが行えていました。

今回の症例のように、改めて聞かないと月経の遅れや妊娠に気づいていない女性は一定数います。月経異常は女性の健康に大きく関与し、妊娠はライフイベントとして大きな意味をなします。ヘルスプロモーションを行う家庭医として、閉経前の女性にはどんな診察の時も、妊娠可能性はもちろん、月経に問題がないかを確認するよう習慣づけ、患者とセクシュアルな話を不快でない形で行える経験を積んでください。

ST3＜緩和医療のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する可能性の高いがんや非がん疾患の終末期の状態の患者・家族に対して、患者・家族の思いや背景を聴取したうえで、痛みなどの症状をアセスメントし、症状緩和の具体的な提案や、個別性のあるケアや看取りを含めた今後の過ごし方を提案できるかどうかを評価する。

【全体講評】

今回は、緩和ケアにおいて重要なオピオイドについて、正しい薬剤選択や、副作用への対策ができるかを主眼とする出題としました。また、オピオイドに対する不安のある患者さんに説明することでその不安を取り除く面接が必要な内容でした。

短い試験時間の中で、上記すべての内容を取り扱うのは大変だったと思います。残念ながら、全部に触れていた受験生は少なかったです。コミュニケーションについて、傾聴的な態度で接している受験生

がほとんどでした。しかし、患者さんの痛みを評価したり、具体的な副作用について触れられている受験生は残念ながら多くはありませんでした。また、腎機能低下を認めていたため、それを意識した薬剤選択が必要でしたが、そこまで気づけた受験生はかなり少なかったです。

今回の設定では「緩和ケアチーム医師」として、他に主治医のいる設定としていました。そのため、普段の内服薬のコントロールではなく、あくまで症状緩和の内容について、患者さんと相談すれば良いようにしていました。そのため、緩和ケアへの習熟度や薬剤に対する知識が不足していた場合はコミュニケーションに終始してしまったのではないかと思います。また、その設定を読み飛ばしてしまったと思われる受験生も散見されました。

家庭医として緩和ケアの基本的な知識を身につけることが必要です。今回はあえて態度面よりも知識面で差のつくような出題とさせていただきました。オピオイドについて、開始用量やレスキューの設定、副作用対策、症状や腎機能に応じたオピオイドの選択など、基本的な知識について身につけていただければと思います。今回の受験生で、この点が不足していると感じられた方は、基本的な書籍などで知識の確認をしていただければと思います。

ST4<医学教育のステーション>

【評価の観点】

- 家庭医療専門医は学生、研修医、専攻医、他職種などに対する教育活動に日常的に携わることが求められる。CSA では、学習者への1対1指導や振り返りの部分を切り取り評価対象とする。

【全体講評】

総合診療科での外来プリセプティングにおいて、初回外来を経験した医学生に対し、頭痛・嘔吐症例の臨床推論を指導するという設定でした。診断確定よりも診断プロセスの教育に焦点を当て、構造化されたフィードバック技法の活用が求められる問題でした。

受験者のうち約8割が合格レベルに到達していました。模擬患者評価では半数以上が高評価を獲得し、多くの受験者が学習者にとって魅力的な指導医として振る舞えていたと考えられます。

一方、課題として、クローズドクエスションが多い、構造化されたフィードバック技法の活用不足、威圧的な雰囲気やアイコンタクト不足などのコミュニケーション技術の問題が散見されました。

高スコア者では5 micro skills や SNAPPS などの既存手法を意識的に活用し、臨床推論の体系的指導と学習者が安心して発言できる環境づくりを両立していました。低得点者では一方的な説明に終始し、双方向的な対話や学習者への配慮が不足する傾向が見られました。また臨床推論では3C (Common, Critical, Curable) のフレームワークでの鑑別を行う受験者が多く見られました。医学生レベルであればもう少し基礎となる思考プロセス (system1 や system2 などの二重過程理論、病態生理学的鑑別など) を用いて指導するのが、作問者の意図するところでした。

外来プリセプティングは実際の臨床現場で頻繁に行われる重要な教育技術です。今後、専攻医研修において構造化されたフィードバック技法の習得、臨床推論教育の技術向上、心理的安全性を確保するコミュニケーション技術を学ぶことで、より質の高い指導医の育成が期待されます。

ST5＜在宅のステーション＞

【評価の観点】

- 在宅診療で遭遇する頻度の高い疾患・症候を有する患者とその家族に対して、患者・家族の思いや背景を聴取した上で、適切な診断や評価を行い、個別性のあるケアや今後の過ごし方を提案できるかを評価する。

【全体講評】

今回の問題は、80代女性の患者が、脳梗塞を発症後、誤嚥性肺炎を繰り返しており、体重減少を心配した家族が相談するという設定でした。患者・家族の思いや価値観を聞き取り、共感的な態度で、誤嚥の予防や胃ろう造設について説明できるかどうかを評価しました。

誤嚥を完全に予防することは難しいと説明する受験生が多かった一方、予防の方法として、家族への食事介助の方法の指導（摂食時の姿勢や食事形態など）や、介護サービスの提案、具体的には、訪問看護（口腔ケアや食事介助の指導など）、訪問リハビリ（嚥下リハビリや理学療法など）、訪問歯科（義歯の調整や口腔ケアなど）、訪問栄養（食事形態や栄養補助食品の指導など）といった提案を、細かく丁寧にできた受験生もいました。また、胃瘻造設について、メリット・デメリットの説明ができるかも評価対象の一部としましたが、時間が足らず、胃ろうの説明に至らない受験生がみられました。なかには逆に時間の余った受験生がみられ、総じて、共感的な態度や指導・提案が足りないと評価されました。

老衰とも言える経過の患者に胃ろう造設をすることに対して、否定的な姿勢の受験生が目立ちました。胃ろうをつくることの倫理的困難さを感じた受験生がいたかもしれません。第一に本人の意思を確認し、丁寧に共同意思決定の支援を行った受験生が多かったのは、家庭医の姿勢としてすばらしいことだと思います。療養方針の決定にあたり、“正解のない問題”であり、家族の思いが変化することはよく経験すると思いますし、家族として自然な反応だと思います。不確実性に耐えながら、家族に寄り添うことは、家庭医に求められる態度の一つだと思います。

ST6＜高齢者のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で頻度の高い症候や多数の健康問題を有する高齢者に対して、ライフサイクルと虚弱化を踏まえた適切な対応が出来るかを評価する。
 - ✓ 適切な対応とは、多疾患併存（multimorbidity）患者に対するアセスメントや、複雑・困難事例に対する包括的なアセスメント、さらに本人の思いや QOL、心理・社会的問題、患者背景及び家族の思い、介護問題に関する情報収集を行い、本人と共に家族や介護者、介護・福祉と連携し、地域の資源を活用し、患者個別の目標を目指したケア方針の決定、その際の適切なコミュニケーション能力、継続的な「包括的統合アプローチ」を含んだ対応を指す。

【全体講評】

高血圧、頭痛という主訴に対してきちんと医学的アセスメントができるか。初診の高齢者に対して高齢者のヘルスマネジメントを聴取できるか。高血圧の背景にある介護負担に対して介入できるか。大きく

この3点についてが、評価のポイントでした。

介護問題に対して聴取でき、患者さんの介護疲れへの共感やサービスの提案ができる受験生が多かったです。ただ、高血圧・頭痛の鑑別や、初診患者への病歴聴取が不十分な人が多かったです。時間切れで最後まで辿り着かない受験生も多くいました。丁寧な問診をして時間が足りなくなってしまう受験生も一定数いますが、限られた時間内でマネジメントできるようになるのも、臨床上も大事なポイントだと思います。

また、高齢者のステーションだからか、文脈に関係なく、認知症のテストを行う受験生が散見されました。

ST7<心理社会のステーション>

【評価の観点】

- 日常診療で頻度の高い心理的問題や健康の社会的決定因子に関わるような社会的問題を抽出し、患者・家族とともに対応について相談しながら、必要に応じて薬物療法や、適切なケア、社会的処方や必要時専門医紹介の提案ができるかを評価する。

【全体講評】

今年はペットロス症候群から悲嘆反応がみられるケースでした。

全体として、多くの受験生が、患者さんに対して温かく、共感的な態度で接することができており、模擬患者からも「安心して話せた」「親身になってくれた」といった肯定的な評価が多かったです。これは家庭医としての基本的な関係構築能力があったと評価できます。

一方で、築き上げた良好な関係性を土台として、悲嘆反応という診断的評価を深め、患者さんの真の懸念に応え、具体的なケアプランに結びつけるという一連のプロセスにおいては、共通した課題が見られました。特に、正常な心理的反応（例：悲嘆）と治療を要する病態（例：うつ病）との鑑別、そして患者中心のマネジメントプランの立案において、さらなるスキルアップを期待します。

- 課題1：鑑別診断の精度
 - ✓ ペットロス後の不眠や気分の落ち込みといった訴えに対し、正常な悲嘆反応と捉える一方で、うつ病や不安障害を除外するための体系的な質問が不足している受験生が散見されました。
- 課題2：真の懸念の引き出し
 - ✓ 患者は「自分はうつ病ではないか」という懸念を抱えていましたが、診察の終盤までにその懸念を医師側から引き出せなかったり、患者が言い出せないまま診察が終わってしまうことが多く見られました。「この症状について、ご自身では何か心配な病気など思い当たるものはありますか？」といった問いかけや、診察の最後での確認が重要です。
- 課題3：アセスメントとマネジメントプランと説明
 - ✓ 診断的評価が不十分なまま、「うつ病ではない」と断定的に説明したり、不眠に対して睡眠衛生指導といった一般的な対処法に終始してしまい、患者の状況（悲嘆反応）とプランが十分に結びついておらず、今後の見通しや具体的なフォローアップ計画の提示が不足していました。

日々の診療において、一人ひとりの患者さんの物語に耳を傾ける姿勢を大切にしつつ、今回明らかになった課題を意識して取り組むことで、一人前の家庭医へと成長されることを期待します。

ST8＜予防医療のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療でよくある場面において、患者の臨床状況を適切に把握し、患者の価値観や生活背景を聴取した上で、エビデンスに基づいた予防医療を患者の個別性に応じて提案し、合議の上で妥当な意思決定ができるかを評価する。

【全体講評】

本シナリオは、職場健診の結果説明を聞きにきた患者に対して、年齢・性別に合ったがん検診を提案できるか、また、大腸がん検診の一般的な説明を行うことができるかを評価する目的で作成しました。

がん検診に関する説明や提案については、多くの受験生が問題なく対応できており、基礎的な知識と説明の姿勢が定着していることがうかがえました。一方で、一部の受験生においては、大腸がん検診の実際の流れやリスクに関する説明が不正確であり、患者に誤解を与えかねない内容となっていました。

シナリオの患者はがん検診について医師に尋ねたいという設定でしたが、患者の希望を探る前に医師から带状疱疹ワクチンを勧める場面がややみられ、結果として患者の希望を扱う時間が十分にとれなかった受験生が散見されました。患者の関心をまず受け止め、その上で他の予防医療について情報提供する流れを意識することが重要です。

予防医療の設問は今年で 2 年目でした。昨年度と比較しやや点数のばらつきはみられましたが、全体としては良好な結果でした。

ST9＜思春期のステーション＞

【評価の観点】

- 日常診療で遭遇する思春期の健康問題に対して適切な対応ができるかどうかを評価する。
 - ✓ 適切な対応のポイント
 - ◇ 患者の感情や自尊心、保護者との関係性などに配慮した個別性の高い診療
 - ◇ プライバシー保護を含めた患者自身の権利の尊重
 - ◇ 領域別専門医、学校教員、行政や児童相談所など多職種での連携

【全体講評】

思春期ステーションですが、残念ながら、他のステーションと比べて評点が低い方が多かったようです。毎年お伝えしていますが、研修プログラムによる経験の差が大きい分野かと思われます。指導医の皆様はできるだけ専攻医に経験を積んでいただけるように采配をお願いします。

今回は、移行期医療をテーマとした設問でした。

当学会ウェブサイトにも記事がありますが、2022 年に日本小児科学会より「小児期発症慢性疾患を有する患者の成人移行支援を推進するための提言」が発表されています。私達家庭医の活躍が求められている領域です。各地域で小児科の先生方との協働を進めていただきたいと思います。

個々のケアにおいては、診療体制の移行、診療スタイルの移行、自律・自立支援の 3 要素を意識しましょう。

また診療のベースは患者中心の医療であるべきですが、思春期ならではの *illness* や *context* があります。疾患を診るだけでなく、広い視点で包括的に患者さんを診ていただきたいと思います。

ST10＜患者教育のステーション＞

【評価の観点】

- 頻度の高い健康問題について、医療面接で正確に把握するとともに、病い体験に配慮して共通の理解基盤を築き、そのプロセスを経て、患者の自己効力感を高め、行動変容を促す役割を担うことができるかを評価する。

【全体講評】

転居や就職活動で家族の生活に変化が生じたことで、自身のライフスタイルにも変化がもたらされ、結果として不眠を来した事例を今回の問題としました。

まず、不眠に対する鑑別疾患を想起して問診を行うことができている方は少なかったようです。次に、病い体験については概ね聴取している方が多かったのですが、一方で全く患者の思い（薬以外の方法で眠りたい）に触れていない方も散見されました。

睡眠衛生については、一般的なことを部分的に説明されていた方は多いのですが、網羅的に具体的にできている方は少なかったようです。採点には関係していませんが、特に今回はカフェインについて、不眠を来しやすい量について言及した上で、このくらいに減らすことを勧めますという具体的な説明をされた方はいませんでした。例えば、飲酒では具体的な量に言及して指導されると思いますので、カフェインなどについても、同様の説明を目指したいところです。

この設問で目指すべき像としては、①鑑別疾患と検査前確率を想起しながら、きちんと問診を行って心配している疾病の可能性は低そうですと伝える、②どんなことに困っているのかを把握する、③薬以外の方法での解決を希望していることを確認する、④睡眠衛生についての一般的な説明をする、⑤あなたの場合には、カフェインの量が多い（具体的な量については調べてください）、夜のスマホも関与している可能性があり、工夫はできそうか話す、⑥家族のために頑張っていることを労う、ではないかと考えます。

作問者としては、家族の力になることをとても大切にしているという、患者の「人となり」を対話によって掴んでいただきたいという思いがありました。そんな患者さんは、家族のために無意識下に行動を変化させた結果生じた自身への影響には、案外気付きにくい可能性があります。「家族のために、頑張っているのですね」などの労いや敬意を表していただけると、どなたにとってもハッピーな面談時間になるのではないかと、個人的には思います。

ST-O1＜多職種連携のステーション＞

【評価の観点】

- 病院や診療所だけでは対処困難な比較的遭遇する事例に対して、医療以外（介護や福祉）の資源を活用することを想起し、医療以外の情報も収集評価し、患者や家族が地域で暮らしていける方策を協議検討提案できる能力を評価する。

【全体講評】

今回の試験問題は、パーキンソン病患者が疾患の進行に伴って ADL が低下し、夫の介護負担が増えているという設定でした。介護支援専門員（ケアマネージャー）からの相談に応じて、受験生がどのように対応していくかを問いました。

看護・介護資源がほとんど利用されていない中、患者本人が望む自宅生活を継続するためには、多職種による担当者会議を開催し、支援体制を整えていくことが必要です。現場では担当者会議は、ケアマネージャーが主導して開かれますが、本問題では出席すべき職種とその役割を想起できるかを問いました。多職種連携を円滑に行うには、それぞれの職種の専門性や役割を理解していることが不可欠です。今回多くの受験生が必要な職種を複数種上げることができていました。

医師としてパーキンソン病の進行により生じる問題を分かりやすく説明できるかを評価しました。運動症状、非運動症状、嚥下障害などを想定していましたが、受験生によってバランスよく説明できている方、部分的な説明にとどまる方がいました。

患者の本音を代弁したケアマネージャーに対し、肯定的な姿勢で接することができるかどうかにも評価しました。多くの受験生が肯定的に対応していましたが、やや高圧的な態度が気になる受験生もいました。

今回の事例を通じて重要なのは、専門知識に基づいた判断だけでなく、患者の思いや家族の状況に寄り添い、他職種との協働を円滑に進める姿勢です。今後の学びにおいては、医療職以外の多職種の関与が必要な場合は、そのことを想起でき、積極的に担当者会議への参加を通じて多職種の存在とそれぞれの職種の持つ役割を普段から想起し活用していく姿勢が、実臨床でも大きな力となり、受験者が多職種から頼られる存在になると思われます。その姿勢はサービス担当者会議だけではなく、今回取り上げなかった様々な医療職以外の職種が集う会議やカンファレンスへの参加にもつながり、様々な職種の役割の理解に繋がると考えます。

ST-O2<EBM のステーション>

【評価の観点】

- 個別性の高い疾患および症候に関するマネジメントについて、受験生が適切に情報検索・批判的吟味し、得た情報を論理性、明瞭性、要約力、応用力などを発揮しながら説明することで、納得の行く選択ができるかを評価する。

【全体講評】

限られた時間の中で文献検索ができるかどうか、受験生の成績を大きく分けました。一般的には、EBM の実践は以下のステップに沿って行われます。

- 臨床疑問の明確化（Step1）：PICO などの手法で疑問を定式化する。
- 情報の収集（Step2）：PubMed や Cochrane Library などでの系統的レビューや臨床ガイドラインを検索する。
- 情報の評価（Step3）：収集した文献を批判的に吟味する。
- 情報の適用（Step4）：患者の状況に合わせて情報を運用する。

- 自己評価（Step5）：導入した医療の結果を振り返り、プロセスをさらに改善する。

今回の試験では、特に Step2「情報収集」のスピードに差が見られました。検索が速やかに行えた受験生は、患者の生活背景を聞き取りながら助言する余裕があった一方、検索に手間取った受験生は説明が不十分となっていました。

日常診療では文献検索に制限時間を設けることは少ないですが、検索に慣れている受験生は短時間で目的の情報に到達できていました。したがって、日頃から臨床で生じた疑問を調べる習慣を持つことが重要です。

なお、検索手段としては UpToDate などの二次資料や Open Evidence のような AI ツールの利用も認めましたが、疑問の定式化や批判的吟味について質問すると、情報に素早く到達できた受験生であっても、吟味や患者への適用が十分でない場合があります。

調べた情報を安易に患者へ適用するのではなく、短時間であっても情報源の質を吟味する姿勢が求められます。また、適用した後の結果を振り返り、自分のプロセスを評価・改善する姿勢（Step5）も臨床実践に不可欠です。今後も、診療で生じた疑問を積極的に調べ、批判的に活用し、実践を振り返る習慣を身につけてほしいです。

講評：ポートフォリオ

【講評】

2025年度より、ポートフォリオは16領域で記載いただくことになりましたが、口頭試問については引き続き2領域のみで実施しております。例年と同様、詳細事例報告をループリックに沿って全領域を評価すると共に、2事例に対してはオンラインでの口頭試問も行いました。ポートフォリオ評価は個性が高いため、受験者全体の中でどのレベルにおられるかという点と、点数の低かった領域に対してどのような改善点があったかをコメントしておりますので参考にいただければ幸いです。