

## 資料6：総合診療方式における研修目標

厚生省

「総合診療方式」とは、従来のローテイト方式、ストリート方式に加えて、国民の医療需要に対応するプライマリ・ケアの能力に優れた医師の養成確保が重要であるという観点から、昭和60年度に導入した研修方式である。その研修目標は、昭和53年の厚生省医療関係者審議会の意見書に示されたものを本年同審議会からの意見を基に若干修正したものである。

1. 各科にわたる基本的な診療についての知識と応用力と技能及び態度を身につける。これには以下の諸項目が含まれる。

1) 問診を含む、患者、家族との正しいコミュニケーションと適切なコンサルテーションの能力。

2) 全身の診察法（内科的診察法の他に、検眼鏡・耳鏡・鼻鏡検査、直腸診・外傷の診察、小児の診察、妊婦の診察などを含む）の実施と主要な所見の把握。

3) 必要に応じて臨床検査（検尿、検便、血算、出血時間測定、血液型検査、血中尿素窒素・血糖の簡便検査、心電図等を含む）を実施し、解釈できる能力。

4) 基本的な臨床検査法（1-3）に列挙したものの他、血清生化学、血清免疫学、細菌学的検査、薬剤感受性検査、髄液検査、肝・腎・肺機能検査、脳波検査、各部位の単純X線・主要造影法X線検査、頭部CT・全身CT検査、超音波検査、核医学検査などを含む）の適切な指示と解釈の能力。

5) 臨床検査または治療のための各種の採血法（静脈血、動脈血）、採尿法（導尿法を含む）、注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴、静脈確保法を含む）、穿刺法（腰椎・胸腔・腹腔穿刺を含む）の適応決定と実施。

6) 基本的な内科的治療法（輸血・輸液法、一般的な薬剤の処方・投与方法、一般的な食餌療法などを含む）の適応決定と実施。

7) 簡単な外科的治療法（簡単な切開・摘出・止血・縫合法、包帯・副木・ギプス法、滅菌・消毒法を含む）の適応決定と実施。

8) 基本的麻酔法の実施と副作用に対する処置。

9) 手術前・手術後の患者管理能力。

10) 正常分娩介助の知識（と技能）。

11) 末期患者の適切な管理能力（人間的・心理学的理解のうえに立った治療、家族への配慮、死後の法的処置並びに剖検の積極的な参加を含む）。

12) 通常よくみられる病気や外傷をもつ患者に対して、以上の各能力を総合的に適用し、単独で処置できる問題解決力。

2. 広い領域の緊急な病気または外傷をもつ患者の初期診療に関する臨床的能力を身につける。これには以下の諸項目が含まれる。

1) まずバイタルサインを正しく把握し、生命維持に必要な処置を的確に行う能力（1次救急蘇生法としては、人工呼吸・体外心マッサージ・気管内挿管・気管切開・除細動および対ショック療法が含まれる）。

2) 問診・全身の診察を迅速かつ効率的に行う能力。

3) 問診・全身の診察及び検査所見等によって得られた情報をもとにして、迅速に判断を下し、初期診療計画をたて、それを実施できる能力。

4) その後の状況の変化に応じて、計画をよりよいものに改善できる能力。

5) 患者のケアのうえで必要な注意を、看護婦に適切に指示する能力。

6) 患者の診療を、専門的医師または2次・3次医療機関の手に委ねるべき状況を的確に判断する能力。

7) 患者を転送する必要がある場合、転送上の注意を指示する能力。

8) 情報や診療内容を正確に記録でき、他の医師・医療機関の手に委ねるときには、これらの情報を適切に申し送る能力。

（注）上記の初期診療能力が求められる救急の範囲としては、次のものがあげられる。

1) 意識障害 2) 脳血管障害 3) 心筋梗塞・急性心不全 4) 急性呼吸不全 5) 急性腎不全・尿閉 6) 急性感染症 7) 急性中毒症 8) 急性腹症 9) 急性出血性疾患 10) 創傷 11) 四肢の外傷 12) 頭部外傷 13) 脊椎・脊髄外傷 14) 胸部外傷 15) 腹部外傷 16) 熱傷 17) 産科救急 18) 婦人科救急 19) 急性眼疾患と外傷 20) 耳鼻咽喉領域の救急 21) 小児救急（発熱・発疹・下痢・嘔吐・腹痛・咳・呼吸困難・痙攣・異物事故・薬物誤飲および新生児救急を含む）

3. 患者の問題を心理的・社会的にもとらえて正しく解決する能力とともに患者および家族とのよりよい人間関係を確立しようとする能力を身につける。これには以下の諸項目が含まれる。

1) 保健・医療・福祉の問題を幅広く把握し、社会的

かつ心理的に適切に解釈する能力。

2) 地域保健医療を理解し、保健医療に従事できる能力。

4. チーム医療における医師および他の医療メンバーと協調する習慣を身につける。

5. その他

1) すべての研修について、自己評価をなし、また評価を受ける習慣を身につけ、かつ評価をフィードバックし、研修を改善する態度を身につける。

2) 適切でかつ医療評価ができる診療録の作成と記録する能力を身につける。

## 資料7：全国医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議には、6つの委員が置かれている。すなわち、(1) 医学教育カリキュラム調査委員会、(2) 医学部（医科大学）あり方委員会、(3) 広報委員会、(4) 学生定員に関する委員会、(5) 国家試験に関する委員会、および(6) 保険制度に関する委員会である。

ここでは、(5) 国家試験に関する委員会報告のみを掲げる。

### 1. 国家試験に関する委員会の見解

昭和60年5月

昭和58年5月、医師国家試験制度改善委員会の意見が厚生大臣に答申され、その意見に則って、昭和60年度の医師国家試験（以下単に国試と略す）が実施されることになった。昭和60年度より、国試は年1回となり、問題のプール制が採用され、出題基準の改訂が行なわれるなど、今や国試はひとつの転換期を迎えたと言ってよい。既に昭和60年4月6日および7日の2日間にわたって第79回の国試が実施されたが、今回の国試は、まさに国試の歴史的変革とでも言うべきものである。今後、この第79回国試の問題を中心に充分討議し、さらにより良き国試を実施するよう関係者の努力を要請したい。

本委員会は、厚生省が国試の改善に向けて努力されていることを充分に評価しながらも、主として昭和59年度の春（第77回）および秋（第78回）の国試問題を中心に論議をすすめてきた。その結果、次のような見解に到達したので、ここに答申する次第である。

#### 1. 国試の目的

国試は、医科大学における卒前教育と、卒後の継続教育との間に位置づけられる性質のものであり、医師の生涯教育の一環としてとらえるべきものである。

この国試は、医療に対する社会一般の要請に応え得る医師育成のための資格認定試験であり、絶対に選抜試験であってはならない。いやしくも医師数抑制のための手段として国試を利用するようなことがあってはなら

ない。医師数の抑制については、既に厚生省において検討がすすめられているように、国家的レベルにおいて、全く別の見地から行なわれるべきであることを強調しておきたい。

本来、文部省の認定した医科大学の卒業生に対して再度医師資格試験としての国試を行なうことは不要な筈である。しかし、試験問題の適否は別として、不合格者が決して少なくないという現状からみて、国試の存在を肯定することは止むを得ないと思う。

国試は、医師国家試験制度改善委員会の提言にあるとおり、現在における医科大学の卒前教育の目標と内容を十分に配慮しながら、卒業直後に指導医の下で医療の第一歩を踏み出すに足る基本的知識および医師としての基本的技能を評価するのが目的である。いたずらに専門的すぎることにならないよう、充分な配慮が望まれる。この点については国試問題の作成に当り、今後とも是非堅持して頂きたい基本事項である。

#### 2. 昭和59年度の国試問題について

昭和59年度に実施された第77回および第78回国試問題について討議した結果、次の見解を得た。

1) 全般的には適当な問題といえる。

2) 以前に比較して、難問・奇問がなくなったといえてよい。

3) 正解の選択肢が必ずしも一つでなく、二つである可能性のある問題が散見される。

4) 現在、なお評価が決まっていない内容を含む問題は適当でない。

5) 日頃よく勉強している者にとっては、かえって難問であり、勉強していない者の方が、むしろ解き易い問題があった。

6) 正解を見出しにくい問題があった。

7) 出題基準に掲載されていないで、一部の教科書にのみ解説が掲載されている問題が認められた。

8) 想起問題が多く、問題解決能力をみる問題が少ない。