

Common Achievement Tests
for Medical and Dental Students

共用試験ガイドブック

第19版（令和3年）

優れた医師・歯科医師の育成を目指して
医学・歯学系大学教職員と学生のために



令和3年6月

公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構
(CATO)

共用試験の実施・運用にあたっての注意事項

- 共用試験は、2つの部分からなっています。

ひとつは、未だ医師や歯科医師の資格を有していない医学生や歯学生が、診療参加型臨床実習で医行為を行うにあたり、それを許容できる能力や適性を有していることを、診療参加型臨床実習でご協力いただく患者さんやご家族や地域社会に示す試験です。そのためこの試験は厳正に実施されなければなりません。この試験に合格できない学生は、診療参加型臨床実習に参加することは許されません。なお、この試験については、令和3年5月に医師法及び歯科医師法が改正され、医学系では令和5年4月から、歯学系では令和6年4月から、それぞれ施行され、この試験に不合格と判定された学生は、診療参加型臨床実習を開始することができなくなります。

もうひとつは、医学生や歯学生が、診療参加型臨床実習により、医学部・歯学部の卒業を許容できるレベルの臨床能力を修得していることを、社会・国民に示す試験です。そのためこの試験は、厳正かつ公正に実施されなければ、医師・歯科医師養成機関である大学が、国民から厳しい評価を受けることとなります。当然、この試験に合格できない学生は、卒業不可となるでしょう。

- 共用試験は、全国の医学部・医科大学、歯学部・歯科大学により構成されている公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が、試験準備から各大学における試験実施支援、試験結果解析等を行っています。そして、上述の2種類の試験の厳正な運営のために詳細な遵守事項を定めています。不正行為、問題（課題）の漏洩、重要資料等の紛失、秘匿事項の外部への情報提供等、遵守事項違反事案が生じた場合は、当該大学にあっては共用試験への参加取り消しと大学名の公表、学生にあっては受験資格取り消し等が検討されることとなります。
- 会員大学の教職員におかれては、医師・歯科医師養成機関に在籍する人材として、国民・社会からの負託に応えるよう、また、学生諸君におかれては、将来の医療人としてのプロフェッショナリズムに恥じぬよう、行動することを期待いたします。

目 次

はじめに

I. 共用試験の概要

- 1 臨床実習前共用試験の概要 4
- 2 臨床実習前共用試験成績の概要 18
- 3 臨床実習後共用試験の概要 19

II. 医学系共用試験

1 臨床実習前の共用試験

- (1) Computer Based Testing (CBT) 20
 - ① 出題基準と試験形式
 - ② 成績返却について
 - ③ これまでの成績推移
 - ④ 第16回（2020年度）全国成績
 - ⑤ 公開問題

- (2) 診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験 Pre-Clinical Clerkship
Objective Structured Clinical Examination (Pre-CC OSCE) 40

- ① 概要
- ② 全国成績の推移（概要）
- ③ 第16回（2020年度）全国成績
- ④ 全体成績
- ⑤ ステーション別全国成績
- ⑥ 課題別成績
- ⑦ 実施課題セット間の難易度差
 - ・2021年度医学系臨床実習前OSCE学習・受験ガイド、医学系臨床実習前OSCE
サンプル課題、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と
態度に関する学修・評価項目」 46

2 臨床実習の評価としての共用試験

- 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 Post-Clinical Clerkship
Objective Structured Clinical Examination (Post-CC OSCE) 156

- (1) 概要
- (2) 成績返却について
- (3) 第1回（2020年度）全国成績
 - ・2021年度医学系臨床実習後OSCE受験ガイド、医学系臨床実習後OSCE
サンプル課題、「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する
学修・評価項目」 163

Ⅲ. 歯学系共用試験	
1 臨床実習前の共用試験	
(1) Computer Based Testing (CBT)	243
① 出題基準と試験形式	
② 成績返却について	
③ これまでの成績推移	
④ 第15回（2020年度）全国成績	
⑤ 公開問題	
(2) 診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験 Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination (Pre-CC OSCE)	259
① 概要	
② 全国成績の推移（概要）	
③ 第15回（2020年度）全国成績	
④ 全体成績	
⑤ 系統別全国成績	
⑥ 課題別成績	
⑦ 実施課題セット間の難易度差	
・2022年度共用試験歯学系OSCE学生配布資料，共用試験歯学系OSCE 課題と 学習目標，「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態 度に関する学修・評価項目」	265
2 臨床実習の評価としての共用試験	
診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 Post-Clinical Clerkship Performance Examination (Post-CC PX)	336
(1) 概要	
(2) トライアルの全国成績（概要）	
・2021年度歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験受験ガイド， 一斉技能試験サンプル課題	343
Ⅳ. 遵守事項	346
Ⅴ. 共用試験の今後	347
Ⅵ. 機構役員・委員等名簿	349
参考：臨床実習開始前の共用試験導入の経緯等	

はじめに

“共用試験ガイドブック”をお届けします。

これまで、本機構では、毎年、“臨床実習開始前の「共用試験」”と題して冊子を発行してまいりました。しかし、昨年度から、臨床実習開始前の試験だけでなく、臨床実習後の臨床能力評価を測定する試験も開始されましたので、誌名を“共用試験ガイドブック”と改め、発行しています。

医学部・歯学部の教育において到達しておくべき学修目標は「医学教育モデル・コア・カリキュラム」及び「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」として提示されています。共用試験は、このガイドラインに準拠して行われる試験です。

臨床実習前には、1)コンピューターを用いた知識に関する客観試験(Computer Based Testing, CBT)と、2)客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination, OSCE)によって基本的臨床技能と態度を、それぞれ評価し、これにより医・歯学生の知識と技能・態度が、臨床実習開始可能と判断できる水準に到達していることを確認します。

次に、臨床実習により修得された能力を測定するために、医学系では臨床実習後客観的臨床能力試験(Post Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination; Post-CC OSCE)を、歯学系では臨床実地試験(Clinical Practice Examination; CPX)と一斉技能試験(Clinical Skill Examination; CSX)を、それぞれ実施し、全国の医・歯学生が、大学卒業を許容できるレベルに達していることを確認します。

この試験には、わが国の、医学系82大学、歯学系29大学のすべてが参加しているため、これらの試験に合格することで、全医・歯学生が、一定以上の臨床能力を修得していることを国民・社会に示すことができます。

これまで、各大学の教職員の自主的かつ献身的な努力によって、臨床実習前のCBTとOSCEが全国的に導入され、さらに臨床実習による臨床能力修得度の評価が行われつつあります。これらの医学系・歯学系における教育改革は、社会的にも支持され、令和3年5月には、医師法及び歯科医師法が改正され、共用試験を公的な試験とすることが決まりました。これにより、医学系では令和5年4月から、歯学系では令和6年4月から、臨床実習前のCBTとOSCEに合格できない学生は診療参加型臨床実習を開始することができなくなります。この医師・歯科医師養成に関する制度改革によって、わが国の医学生・歯学生の能力がより一層向上することが期待できます。

本誌には、試験の問題、成績、評価などに関する情報が掲載されていますので、医学部・歯学部の教職員や学生のみならず、臨床研修病院、地域医療機関、医師会・歯科医師会等の医療関係者、各関係行政機関をはじめ、わが国の医師養成にかかわるすべての皆様に活用していただけることを願っております。

共用試験の意義をご理解いただき、その円滑な運用に対するご協力と改善に向けてのご指導をお願い申し上げます。

令和3年6月

公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構
理事長 栗原 敏

I. 共用試験の概要

共用試験とは、わが国のすべての医師及び歯科医師育成に携わる医学部・歯学部が、試験課題を作成、かつ共有して実施することで、国民・社会に対し医学部・歯学部の卒業生の質を保証するための試験です。

かつて共用試験とは、臨床実習開始前の医・歯学生を対象に、臨床実習で医行為を許容できる能力を修得できているかを評価する試験でした。これは開始後十数年を経て、国民・社会から一定の評価を得ることができました。そこでさらに進めて、学生が、臨床実習により医学部・歯学部の卒業を許容できるレベルの臨床能力を修得できているかを評価する試験を企画し、実施され始めています。これは、学生に、卒業後、医師・歯科医師として社会に貢献できる能力を修得させることができたかどうか、医師及び歯科医師育成機関としての大学も評価されることとなります。

現在、共用試験は、下記の2つの要素を備えた試験として構築されています。

1. 臨床実習を開始してよいと判断できる能力を修得しているか
 医学系、歯学系共通：臨床実習開始前のCBT・OSCE
2. 臨床実習で医・歯学部を卒業させてよいと判断できる臨床能力を修得しているか
 医学系「診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験」
 歯学系「診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験」
 - 1) 臨床実地試験
 - 2) 一斉技能試験

客観的臨床能力試験の正式名称

		正式名称	略称
医学系	和名	診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験	臨床実習前OSCE
	英語名	Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination	Pre-CC OSCE
	和名	診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験	臨床実習後OSCE
	英語名	Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination	Post-CC OSCE
歯学系	和名	診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験	臨床実習前OSCE
	英語名	Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination	Pre-CC OSCE
	和名	診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験	臨床実習後臨床能力試験
	英語名	Post-Clinical Clerkship Performance Examination	Post-CC PX
	和名	臨床実地試験	
	英語名	Clinical Practice Examination	CPX
	和名	一斉技能試験	
英語名	Clinical Skill Examination	CSX	

I - 1 臨床実習前共用試験の概要

(1) 従来の我が国の医師・歯科医師の育成の問題点

- ① 記憶主体の学修，見学型の臨床実習，基本的臨床能力の不足
- ② 科目担当教員まかせの教育内容と学生評価
- ③ 医療倫理・安全管理・態度及び臨床技能教育の欠如
- ④ 国家試験合格後，専門医育成が優先
- ⑤ 大学における教育プログラムと内容についての基準が明確に設定されておらず，その評価も行われてこなかった状況



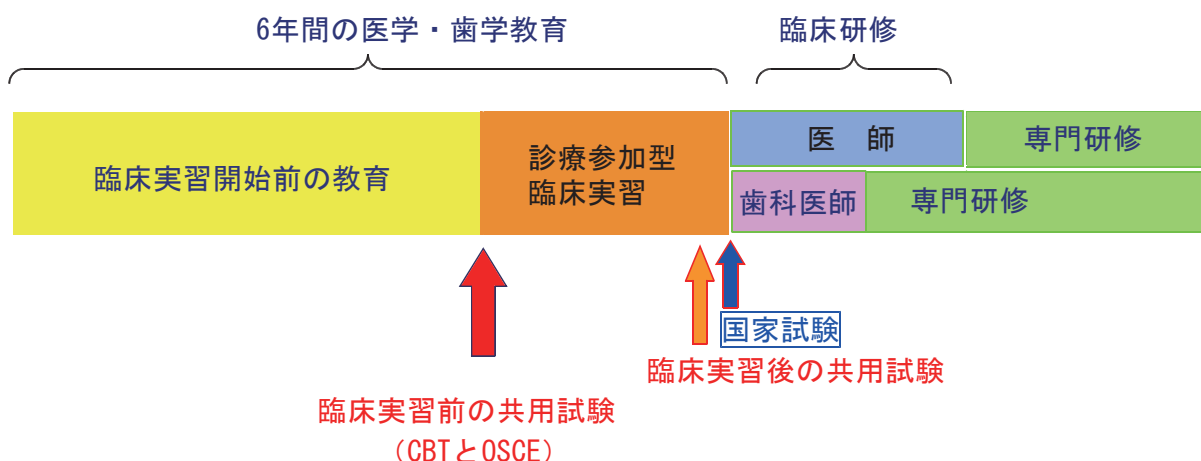
(2) 医学・歯学教育改革の方向

- ① 基本となる必要不可欠な医学・歯学教育内容の設定
 - ・ モデル・コア・カリキュラムとして提示
 - ・ 臨床実習開始前に到達すべきレベルの設定
 - ・ 臨床実習の改善
(見学型から診療参加型へ)
- ② 医療倫理・安全管理・基本的臨床能力の育成を充実
- ③ 選択カリキュラム設定で各大学の特色
- ④ 学修到達度の全国的な標準評価法の検討
 - ・ 医師・歯科医師としての資格のない学生が診療チームの一員として患者さんに接して医行為を行う際の不可欠な要件として，事前に学生の能力と適性を評価し，質を保証する必要
 - ・ 臨床実習開始前の共通の標準評価試験としての臨床実習前の**共用試験**の導入
 - ・ 知識の総合的理解力については，コンピュータを用いた客観試験 (Computer Based Testing **CBT**) で評価し，診療に参加する学生に必要な基本的診療技能・態度については，客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination **OSCE**) で評価
 - ・ 臨床実習前のCBTとOSCEを公的な試験とする
- ⑤ 卒業を許容できる臨床能力を修得できていることの評価
- ⑥ 国際的にも遜色のない医学・歯学教育内容の質を確保する必要

医師法・歯科医師法の違法性の阻却要件



⇒ 臨床実習前の共用試験により診療参加型実習の充実を図り，臨床実習後の共用試験により社会が求める優れた医師・歯科医師が育成できていることを国民に示す。



共用試験＝医学生・歯学生の能力と適正について全国的に一定水準を確保するための全国共通の標準試験

(3) 臨床実習前共用試験の位置付けについて

- ① 社会・国民の要請に応えた優れた医師・歯科医師の育成に向けて、大学自らが臨床実習開始前の適切な評価システムを構築し、これを各大学が共通で利用することが要請されてきました。また、医師・歯科医師の資格のない学生が臨床実習に参加するために、事前に学生の評価を行うことが求められてきました。これらの要請に応えるために、各大学が協力して共用試験システムを構築しています。
- ② 大学に在籍中の学生の評価ですから、各大学が責任をもって共用試験を実施し、成績を評価します。全国成績が公開されるため、学生も全国成績を参照して学修の到達程度を知ることができます。また、各大学も全国的な解析データを参考に学部教育の改善に努めることができます。
- ③ 臨床実習前共用試験は、現在は国家試験ではありませんが、令和2年5月に出された厚生労働省の医道審議会医師分科会報告書では、臨床実習前の共用試験を公的化することが示され、同歯科医師分科会においても、その方向の議論が進んでいます。公的化すれば、準国家試験的性格の試験になることが予想されます。

(4) モデル・コア・カリキュラムと共用試験の関係について

- ① 科学技術の進歩により医学・歯学教育の内容が膨大となったため、必要最低限の必須の教育内容を精選する作業が全国の医科大学・歯科大学関係者によって行われ、文部科学省「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」から、「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について～学部教育の再構築のために～」の報告に基づき、平成13年3月に、
 - ・ 医学教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドライン **#**
 - ・ 歯学教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドライン **#**
 - ・ 準備教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドラインが提示され、これらに準拠した各大学の教育改革が始まりました。
- ② 医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムには、卒業までに取得すべき到達目標が表示されています。臨床実習開始前の共用試験は、この到達目標のうち、臨床実習開始前までに到達すべきレベルを考えて作られています。
医学教育及び歯学教育のモデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドラインに提示された到達目標の中で、学生が臨床実習に参加するために必要な技能と態度については、**医学系では臨床実習前共用試験OSCEの「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」(P53～P155)**、**歯学系では「課題と学習目標」「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」(p268～p335)**としてまとめられています。

(5) モデル・コア・カリキュラムの改訂について

- ① 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議：第1次報告、第2次報告、最終報告（平成18年11月～平成19年3月）に基づき、モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する専門組織が設置され、緊急の社会的要請に対応した**医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドライン（平成19年度改訂版）**が文部科学省から公表されました（平成20年1月）。改訂の内容は、医師、歯科医師として求められる基本的資質、地域医療学習の充実、腫瘍教育の充実、医療安全教育の充実、研究マインドの育成、用語の修正等必要最小限の改訂です。
- ② 医学教育カリキュラム検討会（平成21年5月）、歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（平成21年1月）の提言を受け、モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する

I - 1 臨床実習前共用試験の概要

る専門組織として連絡調整委員会（平成22年6月）が設置されました。

大学の教育実態を踏まえた改訂が必要との認識の下、平成22年度先導的の大学改革推進委託事業として医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究を委託された調査研究チームによって検討された改訂素案をもとに、**医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドライン（平成22年度改訂版）**が文部科学省から公表されました（平成23年3月）。

改訂の概要は、医学・歯学共通事項として、卒業時までには修得すべき教育内容の整理、多様な社会的ニーズへの対応、モデル・コア・カリキュラムの利便性向上等への対応です。

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-1/からダウンロードできます。

- ③ 「多様なニーズに対応できる医師・歯科医師の養成」をキャッチフレーズに**医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）**が文部科学省から公表されました（平成29年3月）。

改訂の概要は、国家試験出題基準、臨床研修の到達目標との整合性、医学・歯学の両モデル・コア・カリキュラムの一部共有化等です。

(6) 共用試験の実施運用組織について

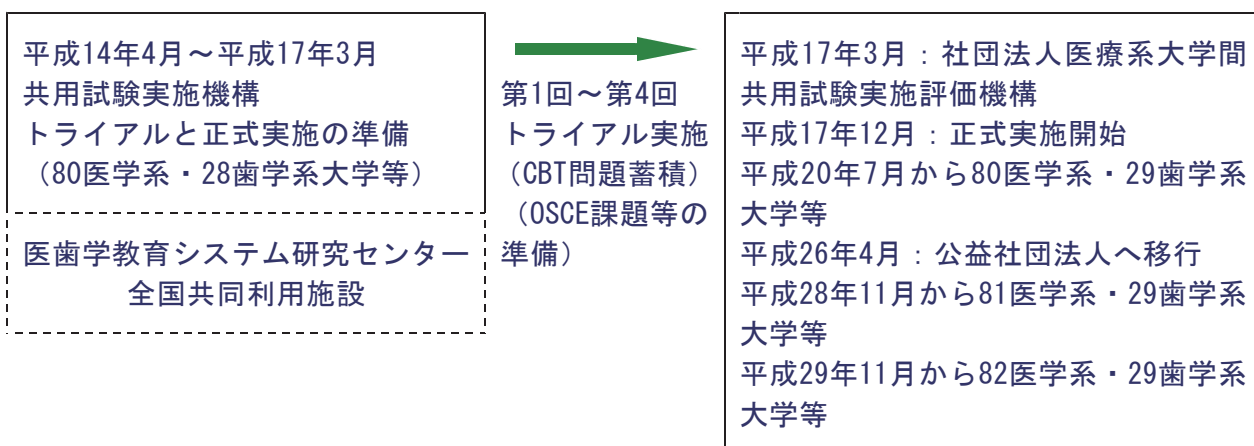
平成14年から平成17年までは、全80医学系大学、28歯学系大学が自主的に参加した任意団体「**共用試験実施機構**」が「**医歯学教育システム研究センター（全国共同利用施設）**」と協力して共用試験のトライアルを実施してきました。

この間、試験問題の作成準備、試験問題の分析とプール問題の蓄積、全国成績の解析、技能・態度についての学修・評価項目の設定、必要最低限のステーションの設定、標準評価法、評価マニュアル及び評価者の育成等が行われてきました。これらの膨大な作業の全ては、参加全大学の協力を得て、各大学の教員と事務職員等のボランティア的活動によって実施されてきました。

共用試験の正式実施を控え、試験問題の厳重な管理、課題、評価者育成、成績の厳正な管理及び共用試験の円滑な運用と改善のための組織として、共用試験実施機構を母体とした、**社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構**（全80医学系大学、28歯学系大学参加）の設置を文部科学省に申請し、認可されました。

平成17年12月からの第1回正式実施（2006年度共用試験）以降は、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（以下「機構」という。）参加各大学の協力を得て実施しています。なお、機構は平成26年4月に公益社団法人へ移行しました。また、平成29年11月から、医学系82大学、歯学系29大学の医学系・歯学系大学等が参加して実施しています。

その後、機構により、診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験についてのトライアルが開始され、正式実施に向けて準備並びに一部は実施段階に入りました。



I - 1 臨床実習前共用試験の概要

(7) 臨床実習前共用試験の実施時期について

臨床実習前共用試験は、学生が臨床実習を開始する前までに各大学で実施することになっています。

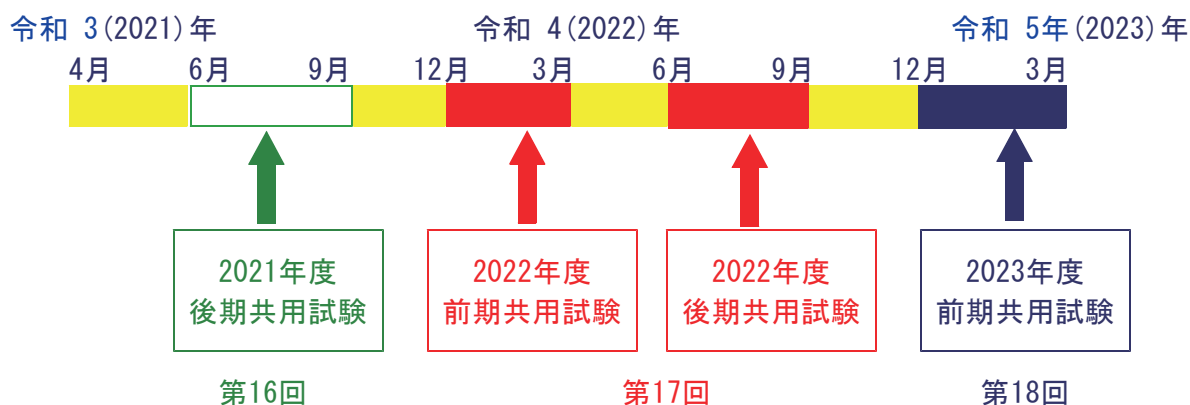
実施時期は、

- ① 医学系では、8月の第3月曜日から翌年の3月31日までの1期制。

令和 3年8月16日～令和 4年3月31日

共用試験2021医学系

- ② 歯学系では、前期から臨床実習が始まる場合には、その前年度の12月～3月の期間内に設定し（**前期共用試験**）、後期から臨床実習が始まる場合には、当該年度の6月～9月の期間内に設定します（**後期共用試験**）。また、CBTとOSCEの受験者管理と成績解析等を円滑に行うために、CBTとOSCEは原則として、前期又は後期の同一期間内に設定することになっています。



(8) 臨床実習前共用試験の成績利用について

臨床実習前共用試験の成績は、進級判定における実質的評価の一つとして用いることになっています*。すなわち、学生個人のCBT及びOSCEの成績結果と、各大学で実施する個別の評価結果とを組み合わせることによって、臨床実習開始前の総合的な評価が行われます。CBTとOSCEの成績の合格基準は、各大学における臨床実習での学生指導の在り方を考慮して、各大学が責任をもって設定することになっています。

* 医師・歯科医師としての資格のない学生が臨床実習に参加できるための要件を満たしているかどうかの評価の一つとするという趣旨です。

なお、前期及び後期のCBT実施後に全国的な統計解析と分析を行って平均値等を公開しますが、個人成績は機構において厳重に管理しています。統計解析とCBTの質的向上に向けた分析以外に成績を利用することはありません。

OSCEの成績は、各大学が所有するものです。機構では、OSCEの成績の全国的な解析を行いますが、各大学から提出されたOSCEの成績は匿名化され、機構において厳重に管理し、統計解析及びその分析以外に用いることはありません。

I - 1 臨床実習前共用試験の概要

(9) 共用試験の公平性と中立性について

- ① 機構の理事会には、患者さんの代表者や弁護士も理事として参画しており、共用試験の実施のみならず、社会的観点からも公平性と中立性が確保されるよう配慮されています。
- ② 臨床実習前共用試験のCBTのプール問題、OSCEの課題及び学生の成績については、機構において厳重に管理されています。
- ③ CBTについては、ランダム出題であっても、出題問題セットについて学生間の難易度差は無視できるほど小さいことが明らかになっています。また、CBT実施にあたっては、機構から他大学の教員が機構派遣監督者として派遣され、公平な試験が実施されているかどうかを厳重に監視しています。さらに、機構派遣監督者は、CBT実施後に報告書を機構に提出し、問題点及び改善点の指摘を行っています。
- ④ 臨床実習前OSCEについては、共通課題を用いており、評価者は当該大学の教員（内部評価者）と他大学の教員（外部評価者）から構成されています。外部評価者は、原則として機構が開催する評価者認定講習会を受講した認定評価者（医学系）、或いは評価者養成ワークショップⅡ修了者（歯学系）です。OSCEの実施体制についても、機構から他大学の教員が機構派遣監督者として派遣されており、OSCEの公正な実施状況を監視しています。機構派遣監督者及び外部評価者は、OSCE実施後に報告書を機構に提出し、問題点及び改善点の指摘を行っています。
- ⑤ 機構では、これらの問題点等を適切に処理し、必要に応じて各大学にフィードバックしています。

(10) 臨床実習前共用試験の経費及び受験料について

- ① 会員大学・学部の年会費及び受験料については、平成26年3月26日開催の第18回総会において承認され、会費規程に定められています。
- ② 年会費は、会員大学・学部が負担します。
- ③ 受験料については、会費規程で学生1名当たり25,000円と定めています。
- ④ 共用試験の事業に係わる経費には、医学系・歯学系のCBT及びOSCEの実施準備（問題作成、課題作成、評価者講習会等）、実施経費、機構派遣監督者派遣、外部評価者派遣、委員への旅費・謝金等全ての経費が含まれます。
- ⑤ 年会費及び受験料の取扱いについては、会費規程に基づき、会員（大学・学部）は年会費を納入し、受験時期ごとに受験料をまとめて納入することになっています。
- ⑥ 機構は、共用試験の実施日程及び受験者数が確定した段階で、受験者数に受験料を乗じた金額の請求書を発行し、各大学に送付します。受験料は、各大学でとりまとめて機構に納入することになっています（一旦納付した受験料は、原則として返納しません）。
- ⑦ CBTの追試験については、追加の受験料は必要ありません。ただし、再試験の場合は、学生1人当たり再試験受験料25,000円を納入してください。
なお、CBTの再試験受験料については、再試験受験者数の変化、再試験実施大学数、再試験の実施に係わる総経費を勘案して再検討することになっています。

I - 1 臨床実習前共用試験の概要

(11) 共用試験に関する公表資料について（ホームページ <http://www.cato.umin.jp/>）

- ① 臨床実習開始前の共用試験：第1版（平成15年9月）から第17版（平成31年6月）まで
- ② 共用試験ガイドブック第18版（令和2年8月）
- ③ 臨床実習開始前の共用試験（学生，教職員，一般向けQ & A）：第1版（平成18年11月），第2版（平成19年9月）
- ④ 共用試験CBT・OSCEトライアル総括報告書（平成18年3月）：医歯学教育システム研究センター（全国共同利用施設，東京医科歯科大学）発行



CBT問題のブラッシュアップ作業（医学系・歯学系）



医学系臨床実習前OSCE評価者認定講習会



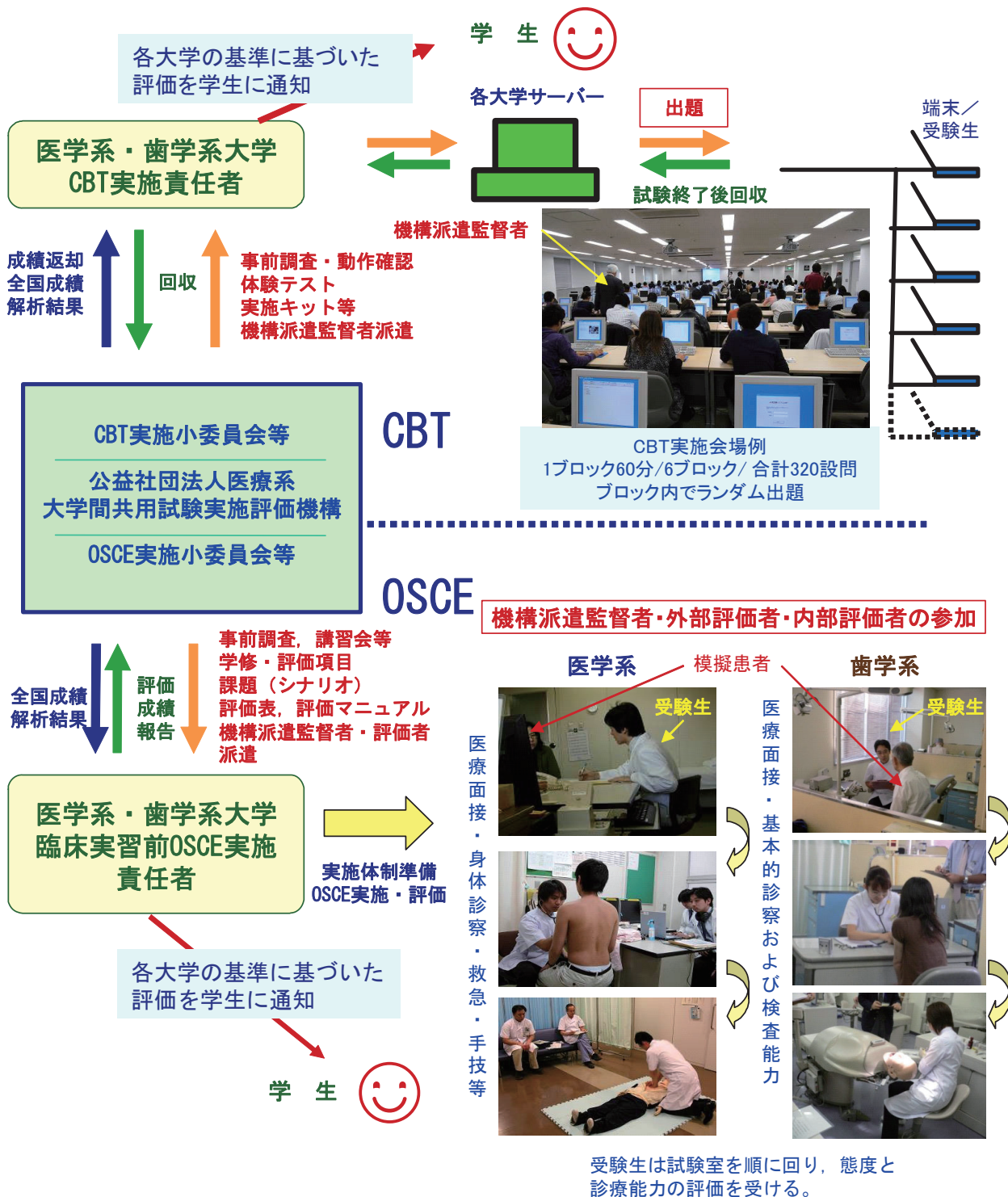
歯学系臨床実習前OSCE評価者養成WS



試験信頼性向上検討委員会講演会

I - 1 臨床実習前共用試験の概要

(12) 概要図



I - 1 臨床実習前共用試験の概要 (CBT)

(1) CBTの実施の流れ

- ① CBTとは、臨床実習に必要な知識の総合的な理解の程度をコンピュータを用いて客観的に評価する試験です。
- ② 事前準備：学生がCBTの操作に慣れるとともに、受験を体験するためのソフト(CBT操作説明と共用試験CBT体験テスト)が各大学に配布されていますので体験してください。
- ③ 試験当日：CBTは、7つのブロックで構成されています。ブロック1~6で、**合計320設問**が出題されます。ブロック7は、受験した学生からのアンケートブロックです。
- ④ 試験終了後：各大学は、各受験生の試験結果を回収(CDに出力)し、試験実施キットとともに機構に郵送します。
- ⑤ 試験成績の返却：機構から各大学に個人成績表と学生の成績の一覧表となっている総表が返却されます。学生個人の成績表(医学系p22, 歯学系p224参照)は大学から渡されます。

(2) 各ブロックの問題形式

各ブロックの試験内容の詳細や、モデル・コア・カリキュラム大項目別の出題割合等は、医学系と歯学系で異なりますので、医学系CBT又は歯学系CBTの項を参照してください。

(3) CBTの出題と問題セット間の難易度

- ① 採点対象問題：320設問中約240設問が、これまでの試験によって問題の特性(困難度と識別力)の判明しているプール問題から出題されている採点対象問題です。この採点対象問題を採点して返却します。
- ② 試行問題：残りの約80設問は、新規に作成された問題で、全大学の試験終了後、問題の特性を評価し、良質かつ適正な問題のみを次回以降に出題するためのプール問題として蓄積します。
- ③ 問題セットの難易度の公平性：受験生ごとに出される問題セットが異なります。そのため出題前に各問題セットの難易度の差ができるだけ小さくなるように調整してあります。調整結果については、「難易度指標」というものを用いて評価しています。この難易度指標は全大学の試験終了後、問題別正答率を用いて各受験生に出題した問題セットの平均値を求め、その分布を計算するものです。この値が小さいほど、受験生に出題される問題セット間の差が小さいこととなります。

‘CBT実施の流れ’

- **事前準備**
CBT操作説明
CBT体験テスト
- 試験実施キット配布
.....
- **試験当日**
実施責任者から説明
 - ・ ブロック 1 (1時間)
↓ 休憩
 - ・ ブロック 2 (1時間)
↓ 休憩
 - ・ ブロック 3 (1時間)
↓ 休憩
 - ・ ブロック 4 (1時間)
↓ 休憩
 - ・ ブロック 5 (1時間)
↓ 休憩
 - ・ ブロック 6 (1時間)
↓
 - ・ ブロック 7 (アンケート)
試験終了
.....
- 試験実施キット返却
- **成績を大学に返却**

I - 1 臨床実習前共用試験の概要 (CBT)

(4) CBT実施上の留意事項

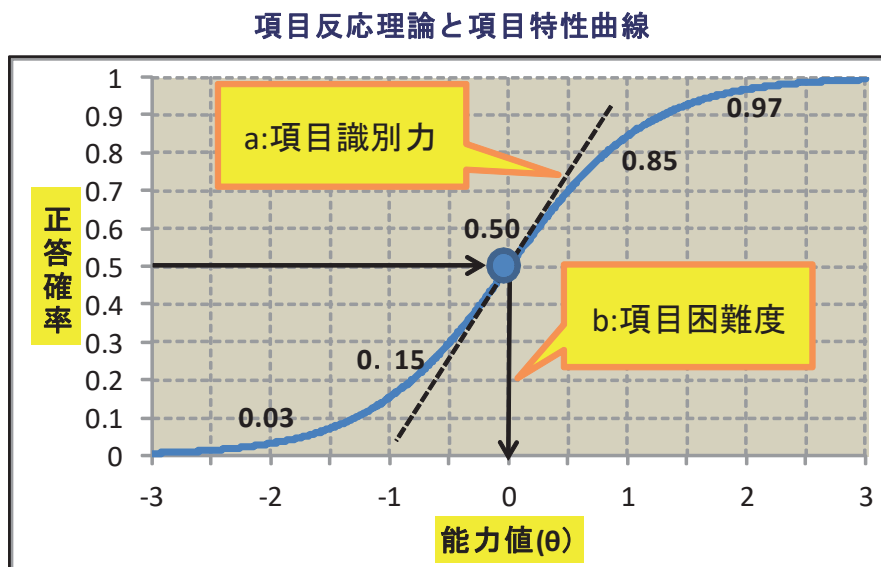
- ① 各大学においては、一斉に試験を開始します。各ブロックの制限時間（1時間）終了後、コンピュータ画面（visual display terminal VDT）での作業による眼の疲れを防ぐため一定の休憩時間を経て、次のブロックが開始されます。
- ② 試験当日、各大学のCBT実施会場には機構から機構派遣監督者が派遣され、CBTが厳正かつ公正に実施されているかどうかを確認します。
- ③ 試験終了後、各大学から試験実施キット等が機構に全て返却された後、10日以内に各大学に学生個人の成績と各大学の成績が発送されます。

(5) 項目反応理論 (Item Response Theory, IRT) の応用

- ① 項目反応理論について：「項目 (Item)」とは、試験を構成する1つ1つの問題のことで（以下、個々の試験問題を項目と表記する）、「反応 (Response)」とは、その項目に正答するか誤答するかの状況を表現するものです。項目反応理論とは、項目の特性（困難度と識別力）が判明している場合、その項目に対する反応（解答状況）を用いて、当該試験の結果から測定できる能力を推測するものです。大規模試験の項目作成・実施・評価・運用のための優れた実践モデルとして世界的に定着しています。
- ② 共用試験の特殊性：「同一問題を用いて、同一時期に一斉に試験をすること」が公平であるとの考えがありますが、各大学のカリキュラム（臨床実習開始時期）が異なることから、共用試験の全国一斉実施は困難です。そのため、異なった時期に試験を実施しても公平な評価が得られる試験方式が求められ、項目反応理論を用いた試験方式が適切な方法として採用されました。
- ③ 項目反応理論による成績評価：基本となるのは能力値です。能力値は、項目反応理論で測定しようとする能力を表す尺度であり、 θ （シータ）と表記します。受験生個人の推測される能力を表すもので、全受験生では平均値0、標準偏差1の標準正規分布を仮定します。また、項目の特性を示す曲線の横軸として、能力の尺度を表しています。この能力値という物差しを意味のある数値とするために、基準となる集団を決めて[医学系(2012～2014年度共用試験)正式実施結果、歯学系(2013年度共用試験)正式実施結果]、その集団のデータが標準正規分布（平均値500、標準偏差100）するように計算を行っています。この基準を固定することにより、現在のデータとの相対的位置が分かり、経年変化を見ることが可能となります。基準集団の見直しは定期的に行う必要があります。医学系は基準集団の見直しを行い、第11回（2016年度）共用試験から（2012～2014年度共用試験）正式実施結果を用いています。
- ④ 共用試験における成績評価：IRT標準スコアを用いています（これは機構独自の名称で、2012年度から名称を変更しました）。
このスコアは「能力値 (θ) \times 100 + 500」の式で求めています。偏差値と同様に基準集団での相対的な位置を示すもので、その年度の受験集団内の位置ではありません。
このスコアを標準偏差単位に6段階に分類したのがIRT標準スコア6段階評価です。段階1は、IRT標準スコアが300未満、段階2は300以上400未満、段階3は400以上500未満、段階4は500以上600未満、段階5は600以上700未満、段階6は700以上となります。いずれも個人成績表に掲載されています。

I - 1 臨床実習前共用試験の概要 (CBT)

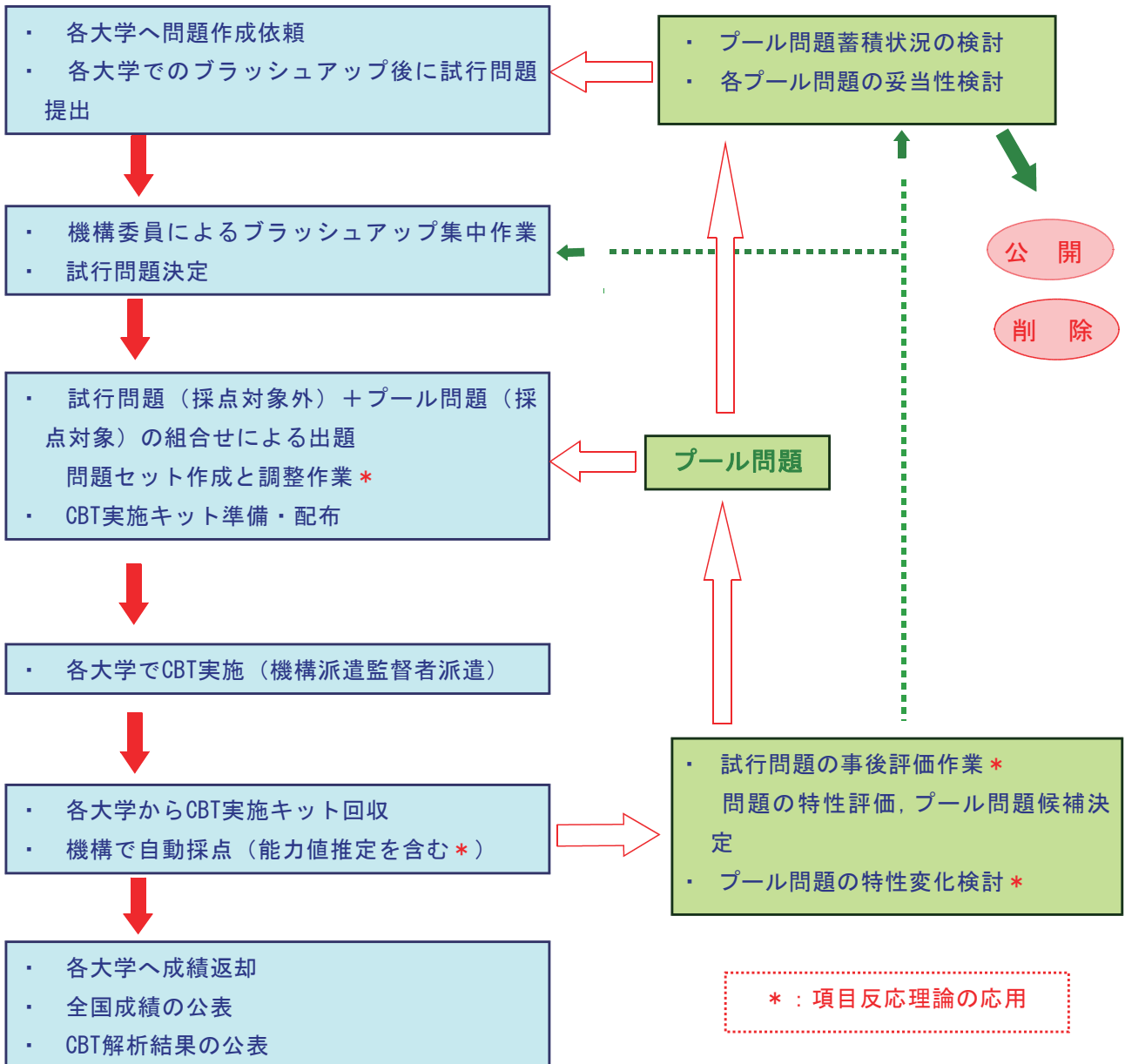
- ⑤ 項目特性曲線，項目特性値：項目反応理論における重要な要素の項目特性曲線は，項目の特性を曲線で表すものです（下図）。横軸は，前述した能力値(θ)です。縦軸は，各能力値(θ)の当該項目に正答する確率となります。この曲線は，始めは緩やかに増加し，徐々に傾きが大きくなり，ある点から後は，増加率が鈍化し，やがて正答する確率が1に近づきます。その曲線の変わり目（変曲点）の位置を決めるのが b （項目困難度）であり，そこで増加率は最大となります。また，そこでの傾きを示すのが a （項目識別力）となります。この曲線の位置と傾きにより，当該項目の特性が視覚的に分かります。
- ⑥ 項目困難度：項目特性曲線から求められる項目特性値は，いくつかの種類がありますが，この特性値は項目特性曲線の位置を表します。共用試験が利用している項目特性曲線では，正答する確率が 0.5 の時の項目特性曲線と交わる位置の能力値(θ)で表します。一般的には b と表記しています。 b が大きいということは能力値(θ)が高くないと正答できないということであり，項目の難しさを表現しています。
- ⑦ 項目識別力：この項目特性値は，項目特性曲線の能力値(θ)が $= b$ における傾きに比例し，一般的には a と表記しています。 a が大きいということは， b を挟む能力値(θ)の前後で正誤が比較的是っきり見分けやすくなります。



(高橋正視著「項目反応理論入門」2002から引用)

I - 1 臨床実習前共用試験の概要 (CBT)

(6) CBT問題作成からプール問題蓄積の流れ



(7) CBT出題における試行問題とプール問題の取扱い

毎年度、新規に出題された試行問題については、全試験終了後に各問題の正答率、識別指数・点双列相関係数、項目特性曲線や問題内容を解析し、適切な問題を選んでプール問題として蓄積します。既にプールされた問題についても、各設問の特性の年次変化の推移、貼付されている図表の良否、内容・形式の良否等を解析し、必要に応じて、修正、削除及び入替え作業を行っています。

(8) CBT試験問題の良否判定のための識別指数と点双列相関係数について

試験問題の良否を判定する場合、正答率ばかりでなく、能力の高い受験者の正答率が高く、能力の低い受験者の正答率が低ければ、能力についての識別が優れた試験問題といえます。試験問題の良否の指標として、成績上位者と成績下位者のみのデータを用いた**識別指数**とコンピュータ時代に相応しい全てのデータを用いた**点双列相関係数**があります。CBTのプール問題蓄積にあたっては、一問ごとに識別指数と点双列相関係数を検討しています。

I - 1 臨床実習前共用試験の概要 (OSCE)

(1) 概要

医学教育及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムに提示された技能・態度に関する項目については、医学系では「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」(p53～p155参照)、歯学系では「課題と学習目標」及び「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」(p268～p335参照)としてまとめられています。

- ① OSCE (Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験) では、上記の「学修・評価項目」又は「課題と学習目標」に準拠して技能と態度を評価する複数(6以上)の試験室(模擬患者、実技試験実施に必要な用具、機器等を配置)が用意されています。
- ② 医学系大学では、必要最低限の6課題に加えて、さらに多くの課題を設けて実施する大学もあります。
- ③ 試験室ごとに実施する課題が設定されています。
- ④ 技能と態度の評価を受ける学生は、順番に試験室に入り、一定時間内に要求される課題についての技能を実施し、その技能の適切さ及び態度についての評価を受けます。
- ⑤ 評価者は、当該大学の教員(内部評価者)と、他大学から派遣された教員(外部評価者)で構成されています。外部評価者は、原則として機構が開催する評価者講習会等を受講した認定評価者(医学系)或いは、評価者養成ワークショップⅡ修了者(歯学系)です。
令和3年度までに、認定評価者は延べ約13,200名、ワークショップⅡ修了者は約1,200名に達しています。
- ⑥ 評価者は、標準的な一定基準に基づいて学生の技能と態度を評価し、評価表に記入します。これらを複数の課題について実施します。
- ⑦ OSCEを適正に実施し、公平性・客観性・透明性を確保するために、他大学の教員が機構から機構派遣監督者として派遣されます。



医学系臨床実習前OSCE (医療面接) 例



歯学系臨床実習前OSCE (基本的臨床技能) 例

(2) 各試験室の課題について

- ① 医学系は「学修・評価項目」、歯学系は「課題と学習目標」に基づいて、試験室ごとに複数の課題（シナリオ）が準備されており、医学系、歯学系とも課題数を順次増加させています。また、課題ごとに評価項目と評価基準等の評価内容が定められています。現時点では、十分な課題数が整っていないため、実施する課題とその評価内容は公開していません。
- ② 医学系59課題、歯学系29課題が準備されていますが、「学修・評価項目」又は「課題と学習目標」全般について、十分な学習が行われていれば難しい課題ではありません。

(3) 学生の評価について

- ① OSCEの評価は、標準的な共通評価方法と基準に基づき、内部評価者と外部評価者が評価します。
- ② 評価者は、試験室ごとに、学生が実施する課題における技能・態度等について、患者さんへの配慮と診察技能（診療テクニック）に分けて評価した得点と、両者を加算合計した項目別加算得点（総得点）を出します。
更に、診察の流れ等を全体的に見た、「概略評価」（医学系）、「概略評定」（歯学系）も行われます。概略評価及び概略評定は、1～6の6段階で評価され、6が最も優れています。6段階評価の内容については、医学系及び歯学系の項を参照してください。
- ③ 各課題の評価結果を総合し、各大学の基準に基づいて最終的な評価が行われます。
- ④ 必要に応じて、実施場面のビデオ撮影が行われる場合があります。
- ⑤ OSCE実施前には、各大学における診察技能や態度についての学習が必要です。実技能力に差があることは当然ですが、単に型を真似するだけではなく、一定時間内に適切に実施する訓練が行われていれば難しくはありません。

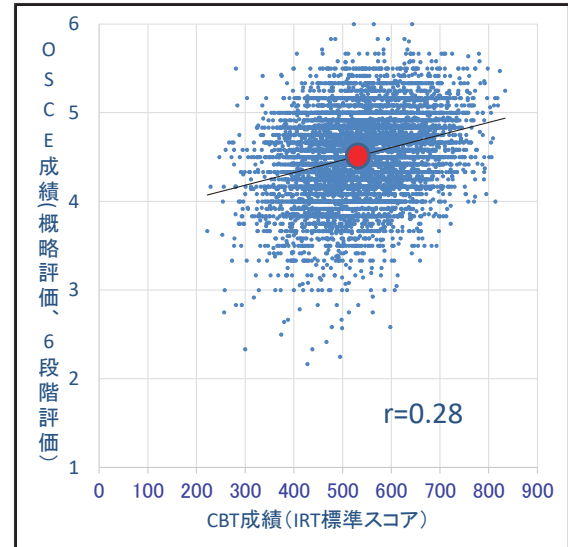
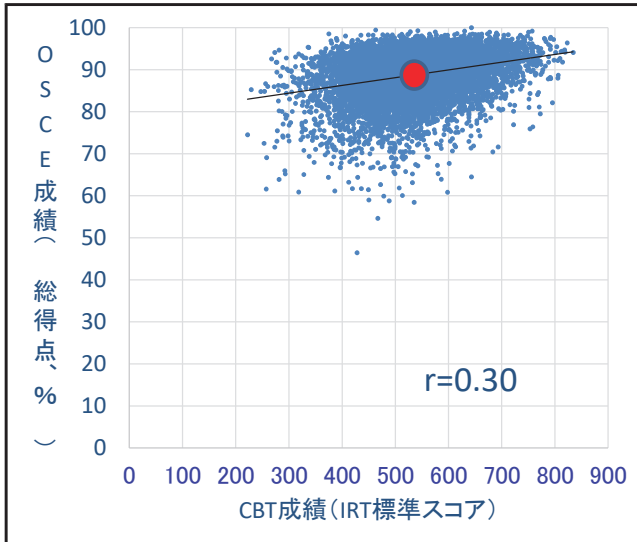
(4) 評価成績の全国的集計と解析

- ① 各大学から提出された評価結果（匿名化されています。）が機構に送付され、全国的な集計と解析が行われて公表されています。
- ② 成績の詳細及び成績の推移については、医学系及び歯学系OSCEの項を参照してください。

I - 2 臨床実習前共用試験成績の概要

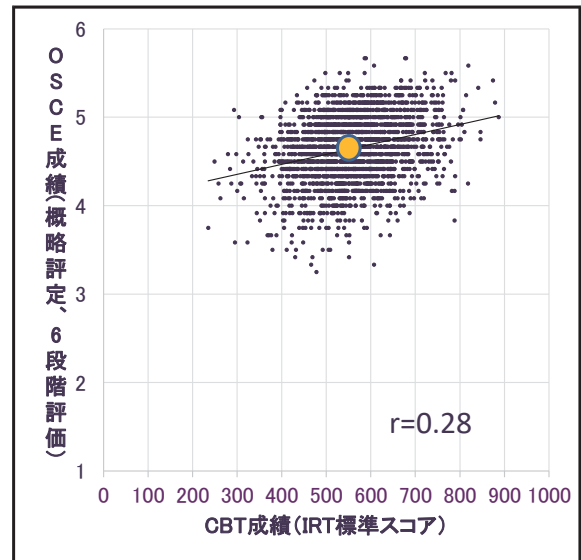
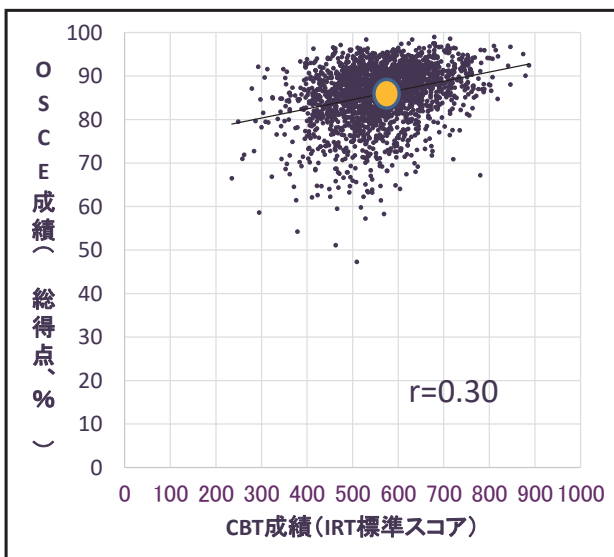
(1) 医学系：CBTとOSCEの成績分布及び相関（2020年度）

2020年度共用試験のCBT（本試験）とOSCEの両方を受験した9,575人について、CBT（本試験）とOSCEの成績分布及び相関を示します。横軸がCBT成績、縦軸がOSCE成績です。CBT成績とOSCE成績の相関は弱く、それぞれ異なった能力を評価していると考えられます。詳細はCBT及びOSCEの項を参照してください。



(2) 歯学系：CBTとOSCEの成績分布及び相関（2020年度）

2020年度共用試験のCBT（本試験）とOSCEの両方を受験した2,271人について、CBT（本試験）とOSCEの成績分布及び相関を示します。横軸がCBT成績、縦軸がOSCE成績です。CBT成績とOSCE成績の相関は弱く、それぞれ異なった能力を評価していると考えられます。詳細はCBT及びOSCEの項を参照してください。



注：本誌の中で得点の表記について下記のように統一しています。

CBT

※過去に出題された特性（難しさ、識別力）が分かっている問題から計算を行っています。

○テスト得点（素点：100点換算）：通常のテストによる得点です。

○IRT標準スコア：項目反応理論を用いた得点（詳細は13ページに記載）です。

OSCE

○項目加算得点：CBTのテスト得点と同様に通常のテストによる得点で、表記は、得点率（%）としています。

○概略評価、概略評定：項目加算得点では評価できない部分（全体の流れなど）を含めた総合的な得点です。

I - 3 臨床実習後共用試験の概要

医学系、歯学系ともに、臨床実習後共用試験の詳細は後述するので、ここでは概要のみを示します。

医学系、歯学系に共通するこの試験の目的は、学生は自分が卒業レベルの臨床能力を修得しているかを知ることであり、医師及び歯科医師育成機関である大学としては、自大学の学生に卒業を許容できる臨床能力を修得させることができたかを評価することであり、臨床研修指導医としては、卒業後に臨床研修を開始できるだけの能力を有する医師や歯科医師が育成されているかを評価することであり、社会・国民の視点からは、安全・安心な医療を提供できる医師及び歯科医師となっているかを評価することです。

本来、これらの評価は、臨床実習の現場における workplace-based assessment で実施することが望まれますが、全国の医学生や歯学生の臨床能力を同じ基準で評価するために OSCE を主体とした方法が選択されています。

医学系における OSCE は、ある症候を有する模擬患者に医療面接と身体診察とを行い、そこで得られた情報から病態を解釈し、鑑別診断や検査計画や治療計画を立案して指導医に報告するという、いわば日常の診療業務の一端をシミュレートした課題を3課題行います。もちろん、3課題では不十分ですから、各大学で考えた大学独自課題も3課題程度併用することが推奨されています。この OSCE のもう一つの特徴は、評価者です。大学で実施する試験の評価者として、自大学に所属する教員に加え、他大学の教員や臨床研修病院の指導医も実施大学に赴いて学生の評価を行い、公平性と客観性を確保しています。これは、実施大学にとっては、自大学の教育も評価されることとなりますから、臨床実習のさらなる改善が期待できるでしょう。

歯学系における評価方法は、2つの部分からなっています。一つは臨床実習の現場での workplace-based assessment で、その能力の評価は評価者により「十分」、「許容範囲」、「不十分」の3段階評価がなされますが、「不十分」の評価であった学生については形成的評価として、臨床実習期間内に改善することが可能です。もう一つの評価は、全国共通の、模型を使用した一斉技能試験です。これは、とくに歯学系においては学生に優れた技能を習得させることはきわめて重要な課題で、かつそれが全国の歯学部卒業生が、みな一定レベル以上にあることを、この一斉技能試験によって国民・社会に具体的に示すことができます。歯学系におけるこれら二つの評価方法は、全国の歯学部の卒前教育にフィードバックされ、臨床実習の充実に資するはずで

II. 医学系共用試験

II - 1 臨床実習前の共用試験

(1) Computer Based Testing (CBT)

① 出題基準と試験形式

試験ブロックの構成

ブロック	問題形式	設問数, 制限時間	コア・カリキュラム項目等
ブロック1	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A~F) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック2	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A~F) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック3	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A~F) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック4	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A~F) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック5	= 多選択肢択一	(40設問, 1時間)	(ブロック内で見直しが可能)
ブロック6	= 順次解答4連問 五選択肢択一	(40設問, 1時間)	(一旦解答して次の問題に進むと元の問題に戻れません)
合 計		320設問	
ブロック7	= アンケート		

問題の形式

・ 五選択肢択一形式の設問

単に、記憶しているかどうかを問うことよりも、解釈・思考力を問うことを重視しています。また、基礎・臨床の知識を統合した問題や病態にかかわる重要な内容や基本原理及び病態生理を問う問題を重視しています。

・ 多選択肢択一形式の設問

基礎と臨床を統合したもの及び症候から病態を選ぶもので、設問文を読んで最もあてはまると考えられるものを多選択肢の中から1つの正解肢を選びます。

・ 順次解答4連問五選択肢択一形式の設問

同一の症例について、関連する4つの設問が連続します。各設問の解答は5肢択一です。原則として医療面接から始まり、患者さんに聞くべき事項、症候に基づいた身体診察・検査、診断する思考過程とその背景にある病態の理解を問うように作問されています。

医学教育モデル・コア・カリキュラム大項目ごとの出題割合

第16回（2020年度）試験から、平成28年度改訂版のモデル・コア・カリキュラムに準拠しています。採点対象問題について、各出題ブロック及び全体での難易度に変更はありません。

Ⅱ－１ 臨床実習前の共用試験

コア・カリキュラム大項目（平成22年度改訂版）	出題割合
A 基本事項	約 4 %
B 医学・医療と社会	約 8 %
C 医学一般	約 20 %
D 人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療	約 35 %
E 全身におよぶ生理的变化，病態，診断，治療	約 28 %
F 診療の基本	約 5 %



コア・カリキュラム大項目（平成28年度改訂版）	出題割合
A 医師として求められる基本的な資質・能力	約 10 %
B 社会と医学・医療	
C 医学一般	約 15 %
D 人体各器官の正常構造と機能，病態，診断，治療	約 35 %
E 全身に及ぶ生理的变化，病態，診断，治療	約 20 %
F 診療の基本	約 20 %

注)

- 1) 上記は、320問の出題割合の概数を目安として示したものです。
- 2) 今後、モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版に対応して作られた良問の集積状況により、出題割合を調整する場合があります。
- 3) それぞれの学生に出題される問題セットによって出題割合はわずかに異なりますが、セットごとの難易度の差はほとんどなく、項目反応理論を応用することにより受験生の学力を正確に測定できることが過去のデータから明らかになっています。

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

② 成績返却について

「個人成績表」の返却フォーマット

各大学のCBT実施キット等が機構に全て返却された後、10日以内に各大学宛に発送します。
2013年度から正確な表現とするために正規分布の数値に近い値に表記を変更しました。



C-03
取扱注意

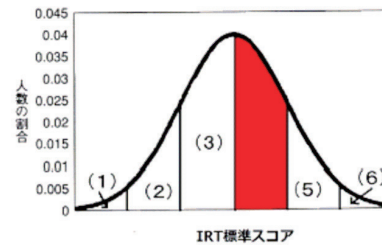
共用試験2021医学系CBT個人成績表

試験実施ID: M21-0000-00000FA01 (採点日:2021/08/22 発行日:2021/08/22)
 実施日: 2021/08/20 学校名: ○○○○大学医学部
 受験番号: MA001 試験会場: ○○○○大学医学部
 試験種別: 本試 ○○教室
 本試総受験者数: 125 (受験予定数:125 欠席者数:0)
 学籍番号: 19000001 備考:
 氏名: 受験者○○○ 受験者固有番号: G0600000F0000

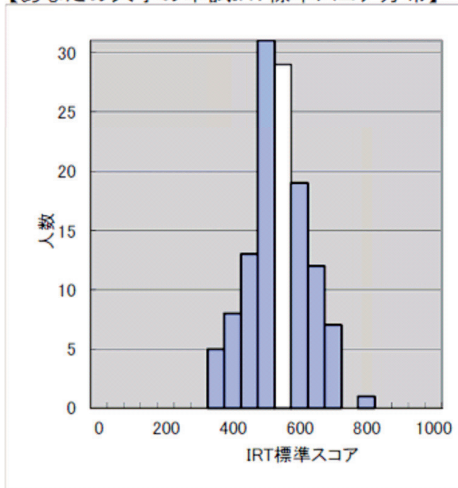
IRT標準スコア: 571 あなたのIRT標準スコアの順位は125人中57位です。
 6段階評価: 4
 テスト得点: 83.87

(あなたの成績は難易度を調整した
基準集団の以下の分布範囲に位置する)

- 1 基準集団の 2.3%未満
- 2 基準集団の 2.3%以上～15.9%未満の範囲内
- 3 基準集団の15.9%以上～50.0%未満の範囲内
- 4 基準集団の50.0%以上～84.1%未満の範囲内
- 5 基準集団の84.1%以上～97.7%未満の範囲内
- 6 基準集団の97.7%以上

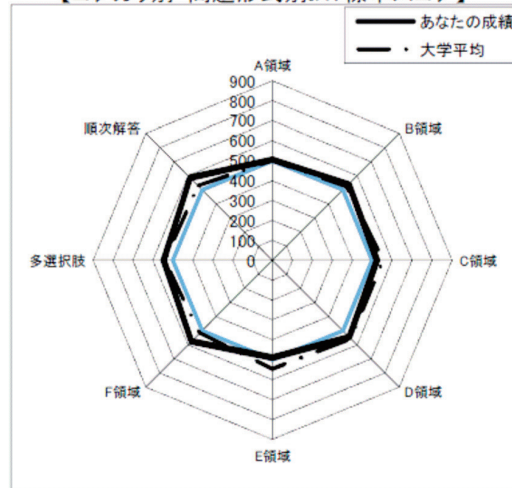


【あなたの大学の本試IRT標準スコア分布】

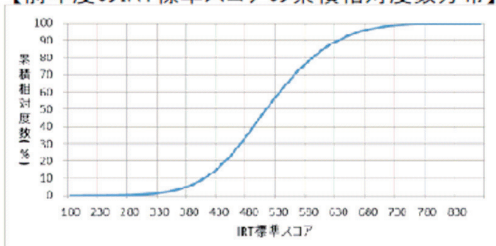


※白い部分はあなたの成績を示しています。

【コアカリ別・問題形式別IRT標準スコア】



【前年度のIRT標準スコアの累積相対度数分布】



Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験



C-03
取扱注意

各数値の説明

1. 項目反応理論について

- 1) 試験問題の難しさに左右されないその試験で測定したい知識力を推定することが可能とされているテスト理論です。欧米では有用性が確認され、大規模な試験に使用されています。共用試験のような各学生に対して試験問題をランダムに出題している試験の評価方法としては適切なものと考えられます。

2. IRT標準スコアと6段階評価について

- 1) 項目反応理論を用いて各試験問題項目の特性(難しい問題であるかどうかなど)を事前に推定します。基準集団を設定し、その基準集団の分布を用いて、能力評価を行います。今回の基準集団は2012年度～2014年度正式実施の全国結果より推定した分布です。
- 2) IRT標準スコアは、この事前に評価されている問題に対して、皆さんがどの難しさの問題には正答して、どの難しさの問題には誤答するかにより、最も可能性の高いものとして推定されたものです。
- 3) IRT標準スコアが500である場合、基準集団(2012年度～2014年度正式実施の全国結果より推定された集団)の平均値と考えます。平均値(500)±100以内に68%の学生が入ると想定しています。6段階評価はIRT標準スコアにより分類されたもので、6が最も良好な能力レベルとしてあります。
- 4) テスト得点は正答した問題の数を足し合わせて採点する通常の得点を表しています(素点)。受験した問題総数に対する正答した割合である正答率もこれに属するものです(今回示してあるテスト得点)。テスト得点とIRT標準スコアの相関係数は0.97と非常に強い関連を示しますが、上記のように求め方が異なることから、順位など多少異なる可能性があります。
- 5) あなたのIRT標準スコア6段階評価を用いて、基準集団の分布における位置を図に示しています。赤い色の部分があなたの段階を示しています。

3. コアカリ・問題形式別IRT標準スコア

- 1) 各コアカリ・問題形式別の大学平均とあなたの成績の比較をレーダーチャートで示しています。実線がコアカリ別・問題形式別のあなたの成績で、点線がそれに対応する大学平均です。
- 2) レーダーチャートの中の各領域の表記の説明を示します。
 - A領域: 医師として求められる基本的な資質・能力
 - B領域: 社会と医学・医療
 - C領域: 医学一般
 - D領域: 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療
 - E領域: 全身に及ぶ生理的変化、病態、診断、治療
 - F領域: 診療の基本多選択肢: 多選択肢択一問題
順次解答: 順次解答4連問五選択肢択一問題

4. 前年度のIRT標準スコアの累積相対度数分布

- 1) 前年度の全国の累積相対度数分布を示します。
これにより、あなたのIRT標準スコアが全国のどの位置(前年)にあるかが分かります。

Ⅱ - 1 臨床実習前の共用試験

③ これまでの成績推移

㊦ 問題セット間平均難易度の標準偏差

難易度指標（詳細はp12に記載しています）の標準偏差は、第1回（2006年度）0.62点～第16回（2020年度）0.50点と小さい値となっています。

㊧ IRT標準スコア

項目反応理論を用いたIRT標準スコアは、基準集団である第7回～第9回（2012～2014年度）の平均を500としています。次第に上昇し、第4回（2009年度）以降、第15回（2019年度）まで安定した数値を示しています。第16回（2020年度）はやや高値を示しました。

注：第10回以前は換算表を用いて変換しています。

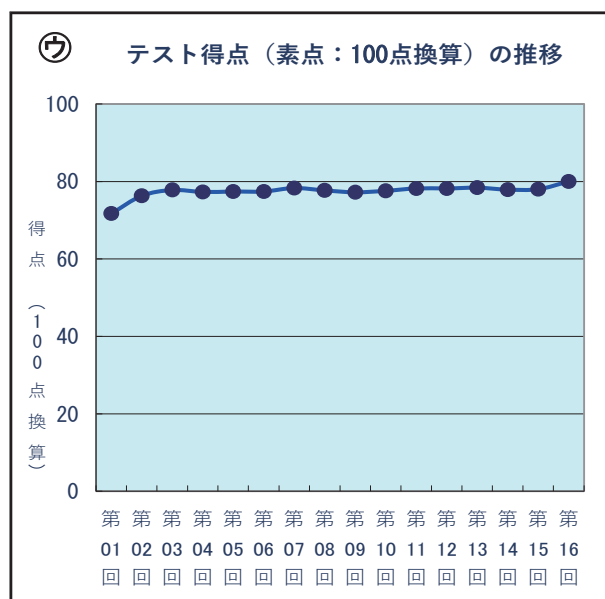
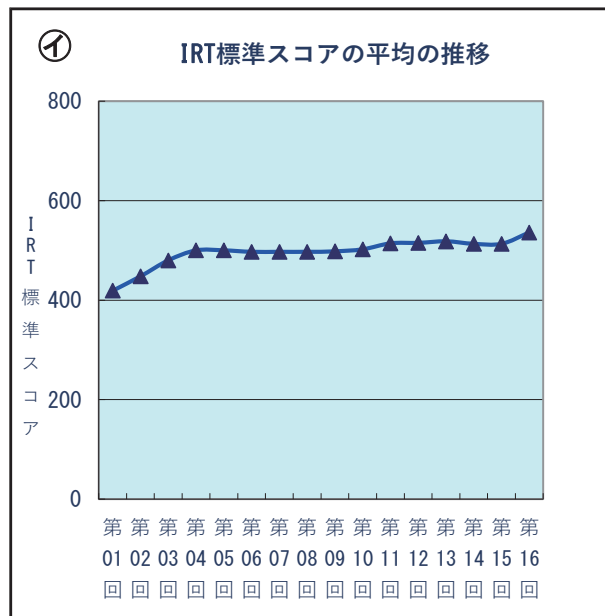
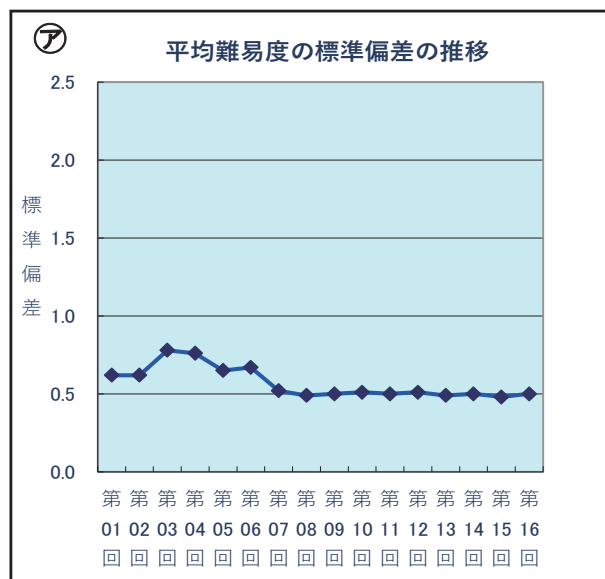
㊨ テスト得点（素点：100点換算）

テスト得点は、第1回（2006年度）では71.7点でしたが、次第に上昇し、第3回（2008年度）では77.8点となりました。第4回（2009年度）以降は、77.2点～78.4点の範囲を示していましたが、第16回（2020年度）は80.0点と高値を示しています。

㊩ プール問題数

正式実施開始にあたり、必要な最少設問数の8,000題を超えた設問が採点対象プール問題として蓄積されました。

正式実施開始後は、新たなプール問題を確保するとともに、これまでのプール問題の総見直し作業を毎年継続的に行っています。類似問題等の重複調整、個々の問題の特性（正答率、識別指数及び項目特性値の変化、設問文の表現・図表の適切さ等）を検討し、必要に応じて修正、削除及び入替えを行っています。

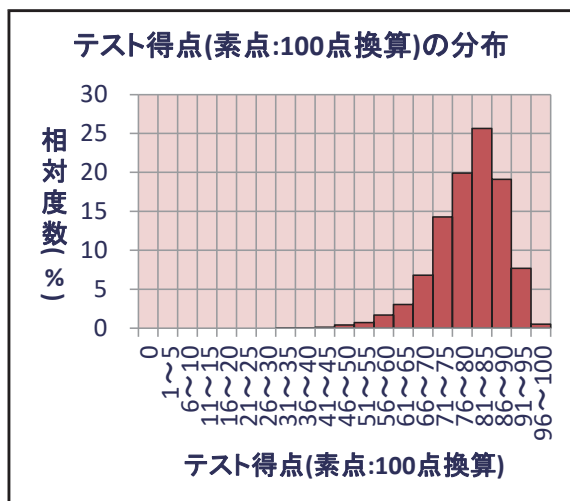


Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

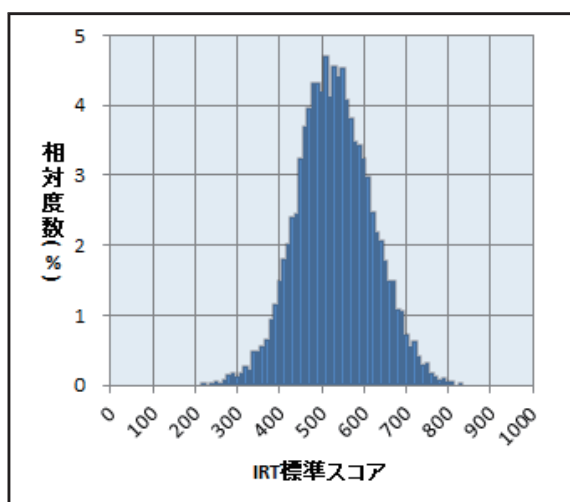
④ 第16回（2020年度）全国成績

全体成績

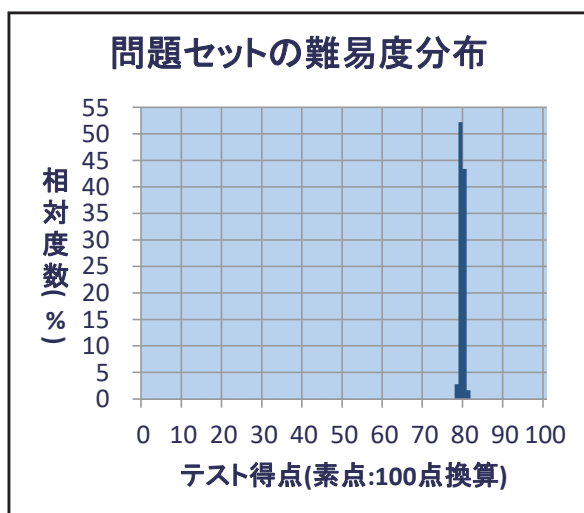
82大学で実施され、9,642人が本試験を受験しました。2012～2014年度を基準集団（平均500、標準偏差100）としたIRT標準スコアの分布を図中央に示しています。平均点は536点、最高点は834点、最低点は222点でした。テスト得点（素点）の平均点は80.0点でした。問題セットの平均難易度分布の標準偏差は0.50点であり、難易度差は極めて小さな値となっています。



テスト得点	
人数	9,642
最高点	97.6
最低点	35.1
平均点	80.0
標準偏差	8.6
中央値	81.0
2019年度平均点	78.0



IRT標準スコア	
人数	9,642
最高点	834
最低点	222
平均点	536
標準偏差	89
中央値	534
2019年度平均点	513



平均難易度	
人数	9,642
最高点	82.0
最低点	78.1
標準偏差	0.50
2019年度標準偏差	0.48

Ⅱ－１ 臨床実習前の共用試験

2020年度試験は、2020年8月～2021年3月までに実施されました。月別IRT標準スコアの平均点の差は25です。

2020年度の月別実施大学数、受験者数と月別平均得点等

	実施 大学数	受験者 数	平均点	標準偏差	2019年度 平均点	テスト 得点
2020年8月	16	1,946	534	85	505	80.0
2020年9月	13	1,506	540	88	511	80.4
2020年10月	14	1,639	527	85	515	79.2
2020年11月	23	2,730	543	91	520	80.6
2020年12月	4	463	518	86	510	78.2
2021年1月	7	803	535	94	514	79.7
2021年2月	5	555	542	94	515	80.4

テスト得点とIRT標準スコアの全国的な成績評価の指標

正式実施開始後、テスト得点の平均値が次第に上昇するとともに、80点以上の学生の割合も次第に増加し、50%を超えています。60点未満の学生の割合は、3%を下回っています。

IRT標準スコアは、平均点－2SDが362点、平均点－1.5SDが403点であり、359点未満が2.2%でした。

(注：2SDは $1.96 \times SD$ （標準偏差）を示しています。)

IRT標準スコアの分布状況

テスト得点の分布状況における受験者の占める得点と割合

	2020年度	2019年度
平均－2SD	63.1点	60.2点
平均－1.5SD	67.1点	64.4点
60点未満	2.6%	3.8%
80点以上	55.2%	45.0%

	2020年度	2019年度
段階1	0.5%	0.7%
段階2	5.0%	8.3%
段階3	29.4%	36.8%
段階4	41.3%	37.8%
段階5	20.1%	14.0%
段階6	3.6%	2.4%

IRT標準スコアの分布状況における受験者の占める得点と割合

	2020年度	2019年度
平均－2SD	362点	341点
平均－1.5SD	403点	381点
359点未満	2.2%	3.2%

IRT標準スコアをさらに6段階に分けて評価しています。段階1から良好な成績である段階6までの割合(%)を示しています。

各段階は正規分布した基準集団(2012～2014年度：平均値500、標準偏差100)の分布から標準偏差を用いて区分したものです。各段階のレベルは段階1＝300未満、段階2＝300以上400未満、段階3＝400以上500未満、段階4＝500以上600未満、段階5＝600以上700未満、段階6＝700以上です。

モデル・コア・カリキュラム大項目別・問題形式別成績

試験ブロック1～4に出題された五選択肢択一問題のIRT標準スコアは537、多選択肢択一では522、順次解答4連問では520で、五選択肢択一が最も高値を示しました。コア・カリキュラム大項目ごとのIRT標準スコアでは、Cの医学一般が最も高くなっています。

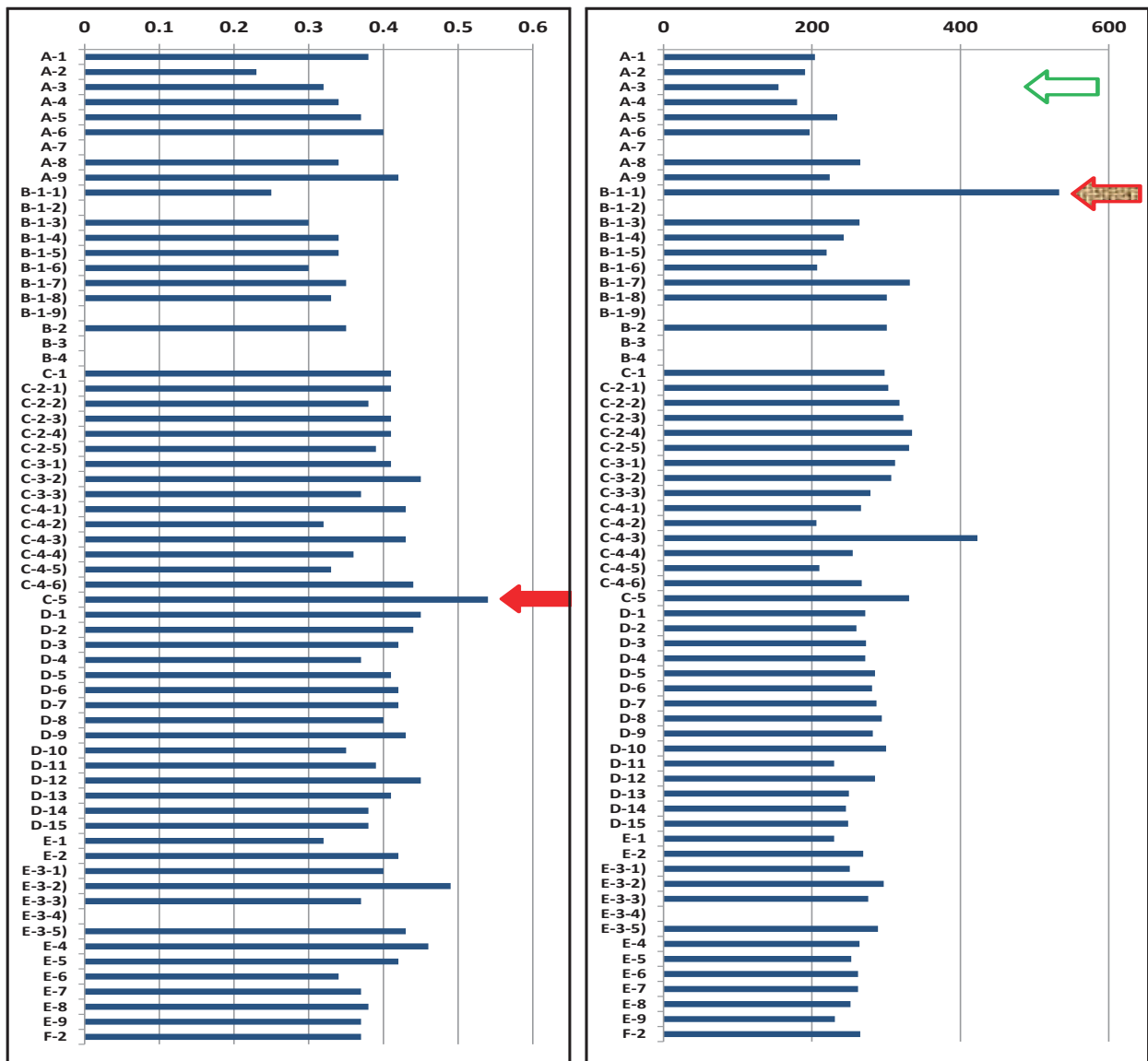
モデル・コア・カリキュラム大項目別・問題形式別得点

	A	B	C	D	E	F	五選択肢 択一	多選択肢 択一	順次解答 4連問
IRT標準スコア	502	518	532	529	525	509	537	522	520
標準偏差	47	62	81	86	78	64	90	72	76
テスト得点	84.9	78.8	78.4	80.5	81.6	79.4	80.2	84.2	74.3
2019年IRT標準スコア	497	506	516	511	509	500	516	504	501

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

<項目識別力>

<項目困難度>



モデル・コア・カリキュラム項目別項目識別力と項目困難度

コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)に準拠した項目ごとの項目識別力(左図), 項目困難度(右図)を示します。

項目識別力が最も良好であったのは, C-5 :医学一般一人の行動と心理()。項目困難度が最も難しいのは, B-1-1 :社会と医学・医療一集団に対する医療一統計の基礎()。項目困難度が最も易しいのは, A-3:医師として求められる基本的な資質・能力一診療技能と患者ケア()

再試験について

再試験受験者数は, 第1回240人から第16回471人と増加傾向を示しています。再試験受験者率は4.9%, 再試験実施大学率は91.5%でした。

第16回(2020年度)再試験受験者の本試験と再試験のIRT標準スコアの成績は, 以下のとおりです。

	平均点	標準偏差	最高点	最低点	中央値	2019年度平均点	テスト得点
本試験	370	45	463	222	376	369	60.4
再試験	425	56	592	226	431	428	68.0
差(再一本)	55	43	240	-59	51	59	7.6

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

⑤ 公開問題

医学系CBTの公開問題を提示します。これらの公開問題は、機構ホームページにも掲載しています。

- 五選択肢択一問題（ブロック1～4に出題，コア・カリキュラム項目A～E）
 - ・ 例題1～10（合計10設問）

- 多選択肢択一問題（ブロック5に出題）
 - ・ 例題11～14（合計4設問）

 - ・ 病態の背景となる医学的基盤を問う，基礎・臨床統合問題を出題します。多くの解答選択肢を用意しています。

 - ・ 症候から診断を問う設問を出題します。多くの解答選択肢を用意しています。

- 順次解答4連問五選択肢択一問題（ブロック6に出題）
 - ・ 例題15, 16（合計 2例題×4設問＝8設問）

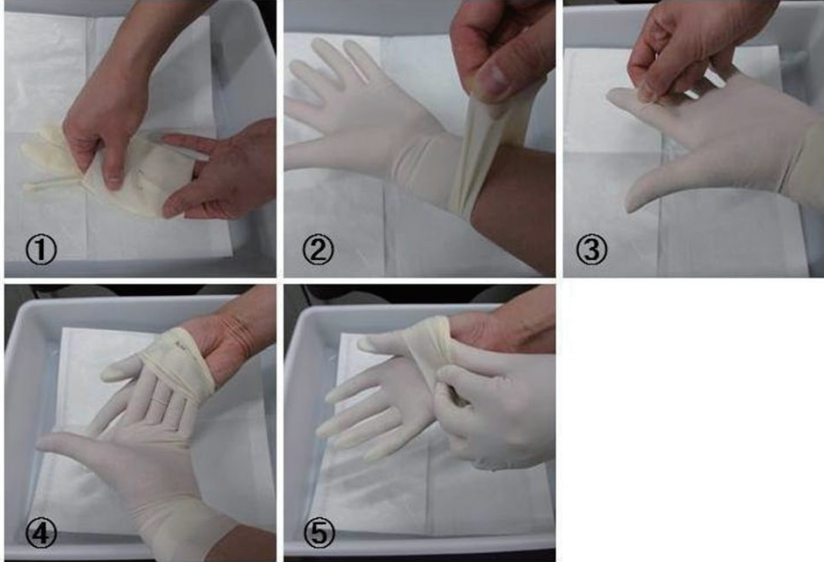
 - ・ 臨床実習の基礎となる知識が身につけており，臨床実習で実践できるようになっているかをチェックすることを目的として，同一の症例について，関連する4つの設問（連問1/4～4/4）を連続して出題します。順次解答形式は，解答済みの問題に戻ることができません。各設問の解答選択肢（5個）の内容が異なります。

 - ・ 各例題における4個の設問の基本的配列パターンは，次のような流れになっています。
設問1/4 医療面接の場面等での的確な情報収集
設問2/4 身体診察等
設問3/4 必要な検査等
設問4/4 背景となる病態生理等

例題1 A-6-2)-④基本的予防策(ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセーフ・フルプールの考え方等)を概説し、指導医の指導の下に実践できる。

清潔手技をする際の手袋のつけ方を写真(カラー表示)に示す。
正しいのはどれか。

- A. ①
- B. ②
- C. ③
- D. ④
- E. ⑤



例題2 B-1-4)-④疫学とその応用(疫学の概念、疫学指標(リスク比、リスク差、オッズ比)とその比較(年齢調整率、標準化死亡率(standardized mortality ratio <SMR>)), バイアス、交絡)を説明できる。

あるコホート研究の結果を表(白黒表示)に示す。「喫煙者は非喫煙者に比べ肺癌死亡のリスクは約12倍高い」ことを示す疫学指標が得られた。
この疫学指標はどれか。

- A. 寄与危険
- B. 相対危険
- C. 対千人年死亡率
- D. 絶対危険度減少率
- E. 治療に要する人数

喫煙と肺癌のコホート研究結果

	非喫煙者	喫煙者	合計
曝露人年	30,214	196,180	226,394
肺癌死亡	2	166	168

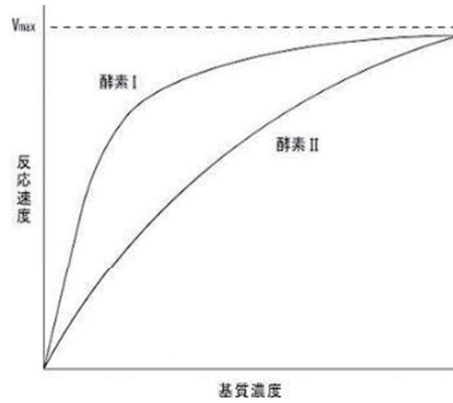
正答 例題1:D 例題2:B

例題3 C-2-5)-①酵素の機能と調節を説明できる。

酵素Iと酵素IIは同じ反応を触媒する。酵素量と反応条件を一定にして基質の濃度を変化させたところ、図(白黒表示)のような曲線が得られた。なお、酵素IとIIは同じ最大速度(V_{max})を示す。

Michaelis定数(K_m)について正しいのはどれか。

- A. 酵素Iと酵素IIの K_m は同じである。
- B. 酵素Iの K_m は酵素IIの K_m より大きい。
- C. 酵素Iの K_m は酵素IIの K_m より小さい。
- D. 酵素Iと酵素IIの K_m の大小は不明である。
- E. 酵素Iと酵素IIの K_m の大小は基質濃度によって異なる。

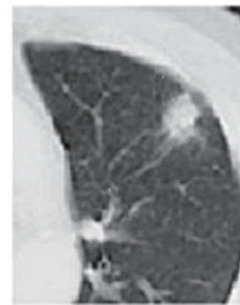


例題4 D-6-4)-(9)-①肺癌の組織型、病期分類、病理所見、診断、治療を説明できる。

65歳の男性。健診で胸部異常陰影を指摘されて来院した。健診時の胸部エックス線写真(白黒表示)と、精検時の胸部単純CT(白黒表示)を示す。

考えられるのはどれか。

- A. じん肺
- B. 肺癌
- C. 肺結核
- D. 肺膿瘍
- E. 無気肺



正答 例題3:C 例題4:B

例題5 D-7-4)-(2)-①胃潰瘍、十二指腸潰瘍（消化性潰瘍）の病因、症候、進行度分類、診断と治療を説明できる。

51歳の男性。突然の上腹部痛を主訴に搬入された。意識は清明。体温 37.0℃。脈拍 80/分、整。血圧 146/86mmHg。心窩部と右上腹部に圧痛、反跳痛および筋性防御を認める。血液学所見：赤血球 464万、白血球 16,000。血液生化学所見：アミラーゼ 148U/L(基準37~125)。心電図は正常である。胸部エックス線写真(白黒表示)を示す。

診断はどれか。

- A. 胃潰瘍
- B. 急性肺炎
- C. 胃食道逆流症
- D. 十二指腸潰瘍穿孔
- E. Mallory-Weiss症候群

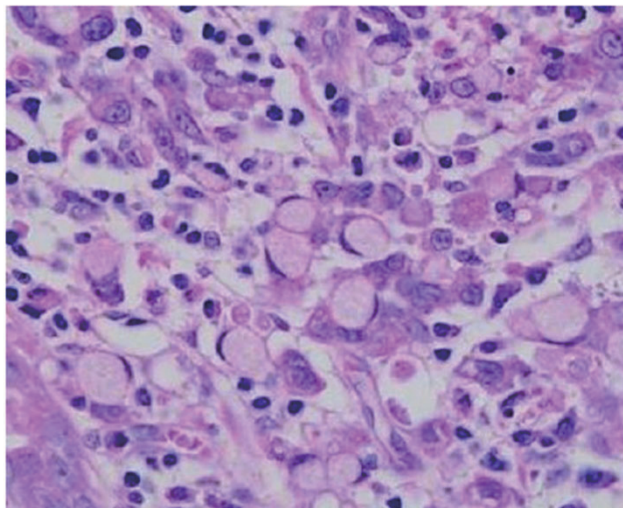


例題6 D-7-4)-(8)-③胃癌の疫学、病理所見、症候、肉眼分類と進行度分類を説明できる。

35歳の女性。食欲不振と体重減少を主訴に来院した。胃壁の内視鏡的生検の組織のhematoxylin eosin(HE)染色標本(カラー表示)を示す。

組織学的診断はどれか。

- A. 印環細胞癌
- B. 扁平上皮癌
- C. 平滑筋肉腫
- D. 悪性リンパ腫
- E. カルチノイド



正答 例題5:D 例題6:A

例題7 D-10-3)-④正常分娩の経過を説明できる。

30歳の女性。初産婦である。妊娠39週6日に陣痛が発来して入院した。陣痛室で経過をみていたが、自然破水した。内診所見では子宮口全開大であり、先進部は児頭で骨盤出口部にある。大泉門が先進し、右前方に触れる。

破水時の所見はどれか。

- A. 後頭位である。
- B. 適時破水である。
- C. 後頭部に産瘤を認める。
- D. 分娩第3期に入っている。
- E. 先進部は固定していない。

例題8 D-15-3)-③薬物使用に関連する精神障害やアルコール、ギャンブル等への依存症の病態と症候を説明できる。

47歳の男性。長年の飲酒歴がある。ここ3か月で酒量が増え、朝から飲酒するようになった。2日前から悪心と嘔吐が続き、吐血したため緊急入院した。入院後3日目から手指に振戦がみられ、不眠、不安および焦燥感が出現した。

この患者に予想されるのはどれか。

- A. 誇大妄想
- B. 罪業妄想
- C. 病的酩酊
- D. 小動物幻視
- E. 対話性幻聴

正答 例題7:B 例題8:D

例題9 E-4-3)-(4)-②皮膚筋炎・多発性筋炎の症候、診断、治療及び合併症(間質性肺炎、悪性腫瘍)を説明できる。

49歳の女性。発熱と下肢の脱力を主訴に来院した。手背と肘に皮疹を認める。手背の写真(カラー表示)を示す。考えられるのはどれか。

- A. Behçet病
- B. Sjögren症候群
- C. 関節リウマチ
- D. 全身性エリテマトーデス
- E. 皮膚筋炎



例題10 E-8-1)-③老年症候群(歩行障害・転倒、認知機能障害、排泄障害、栄養障害、摂食・嚥下障害等)の概念を説明できる。

高齢者の寝たきりの原因で多いのはどれか。

- A. 骨折
- B. 肺炎
- C. 心疾患
- D. 認知症
- E. 脳血管障害

正答 例題9:E 例題10:D

例題11 多選択肢択一形式(病態)

57歳の男性。半年前に左上腕骨の遠位部を骨折した。左手で握りこぶしを作るように指示した際の様子を図(白黒表示)に示す。

小指の指節間関節を屈曲しているのはどれか。

- A. 尺側手根屈筋
- B. 小指外転筋
- C. 掌側骨間筋
- D. 深指屈筋
- E. 短小指屈筋
- F. 短母指屈筋
- G. 長母指屈筋
- H. 橈側手根屈筋
- I. 母指内転筋
- J. 方形回内筋



原典情報 題号名: R 5 0-1
 本: 解剖学 第2版 第2版
 出版社名: 医学書院 株式会社
 出版年: 1992

例題12 多選択肢択一形式(病態)

64歳の男性。脳梗塞を発症したため来院した。体温 36.4℃。脈拍 80/分、整。血圧 188/80mmHg。胸部聴診、来院時の心電図、胸部エックス線撮影、心エコー検査および頸動脈超音波検査で異常はない。頭部単純CTでは発症翌日に出血性脳梗塞の所見が出現し、脳塞栓が疑われた。入院中に記録された心電図波形(カラー表示)を示す。

塞栓源を形成した病態はどれか。



- A. 冠動脈血管内皮の傷害
- B. 血液凝固能の亢進
- C. 血小板機能の亢進
- D. 血栓線溶系の抑制
- E. 静脈血流のうっ滞
- F. 心室内血流の停滞
- G. 心房内血流の停滞
- H. 動脈硬化プラークの破綻

正答 例題11:D 例題12:G

例題13 多選択肢択一形式(症候)

66歳の男性。労作時息切れのため来院した。半年前から階段の上りで息苦しさを感ずるようになり、1か月前からは平地歩行も15分ほどで休まなければならなくなった。20歳から1日30本の喫煙歴がある。身長 175cm、体重 58kg。体温 36.5℃。脈拍 88/分、整。血圧 124/84mmHg。呼吸数 18/分。経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂) 96%(基準97~100)。心雑音は聴取しない。両肺で呼吸音の減弱を認める。下肢に浮腫はない。血液学所見：赤血球 560万、Hb 16g/dL、Ht 56%、白血球 7,500、血小板 25万。CRP 0.3mg/dL。スパイロメトリ：%肺活量(%VC) 85%(基準80以上)、1秒率(FEV_{1.0}) 40%(基準70以上)。胸部エックス線写真(白黒表示)を示す。

考えられるのはどれか。

- A. うっ血性心不全
- B. 過換気症候群
- C. 気管支喘息
- D. 急性喉頭蓋炎
- E. 急性呼吸促迫症候群
- F. 胸膜炎
- G. 自然気胸
- H. 肺血栓塞栓症
- I. マイコプラズマ肺炎
- J. 慢性閉塞性肺疾患



例題14 多選択肢択一形式(症候)

56歳の男性。2か月前の健康診断で検尿異常を指摘されて来院した。10年前の健康診断で肥満を指摘されて食事と運動療法の指導を受けた。自覚症状はない。身長 165cm、体重 72kg。体温 36.7℃。脈拍 72/分、整。血圧 132/84mmHg。呼吸数 12/分。皮疹はない。眼底所見では出血と軟性白斑を認める。心音と呼吸音に異常はない。両側アキレス腱反射が減弱している。尿所見：タンパク(1+)、糖(1+)、潜血(-)。血液学所見：赤血球 520万、Hb 15.0g/dL、Ht 50%、白血球 5,300、血小板 24万。血液生化学所見：総タンパク 7.2g/dL(分画に異常なし)、クレアチニン 0.7mg/dL、尿酸 5.2mg/dL、空腹時血糖 181mg/dL、HbA1c 8.4%(基準4.6~6.2)。免疫血清学所見：CRP 0.1mg/dL、抗核抗体陰性、抗好中球細胞質抗体(ANCA)陰性。

考えられるのはどれか。

- A. Goodpasture症候群<抗GBM病>
- B. 急性糸球体腎炎
- C. 急速進行性糸球体腎炎症候群
- D. 生理的タンパク尿
- E. 多発血管炎性肉芽腫<Wegener肉芽腫症>
- F. 多発性骨髄腫
- G. 糖尿病腎症
- H. 良性腎硬化症
- I. ループス腎炎

正答 例題13:J 例題14:G

例題15-1 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (1/4)

40歳の男性。左耳の周囲の痛みのため来院した。2日前に疼痛が出現し、今朝、耳から首にかけての発疹に気付いた。発熱や頭痛はないが、左耳が聴こえにくい。頸部の写真(カラー表示)を示す。

この疾患の発症に関連する合併症または既往歴はどれか。

- A. 喫煙(10本/日、20年)
- B. 1年前にインフルエンザA罹患
- C. 高血圧症(降圧薬内服中 132/82mmHg)
- D. 糖尿病(HbA1c 8.5%(基準4.6~6.2))
- E. 脂質異常症(LDLコレステロール 168mg/dL)



例題15-2 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (2/4)

40歳の男性。左耳の周囲の痛みのため来院した。2日前に疼痛が出現し、今朝、耳から首にかけての発疹に気付いた。糖尿病を治療中だが、コントロールは不良である。発熱や頭痛はないが、左耳が少し聴こえにくい。頸部の写真(カラー表示)を示す。

身体診察で重要なのはどれか。

- A. 発疹の色調
- B. 視力障害の有無
- C. 顔面神経麻痺の有無
- D. 頸部リンパ節腫脹の有無
- E. 発疹部の感覚障害の有無



正答 例題15-1:D 例題15-2:C

例題15-3 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (3/4)

40歳の男性。左耳の周囲の痛みのため来院した。2日前に疼痛が出現し、今朝、耳から首にかけての発疹に気付いた。糖尿病を治療中だが、コントロールは不良である。発熱や頭痛はないが、左耳が少し聴こえにくい。左顔面神経麻痺を認める。

この患者で認められないのはどれか。

- A. 嗅覚障害
- B. 味覚障害
- C. 左口角下垂
- D. 左目の閉眼障害
- E. 左顔面の感覚障害

例題15-4 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (4/4)

40歳の男性。左耳の周囲の痛みのため来院した。2日前に疼痛が出現し、今朝、耳から首にかけての発疹に気付いた。糖尿病を治療中だが、コントロールは不良である。左耳の聴力低下、左顔面のしびれ及び味覚障害を訴えている。左口角下垂と左閉眼障害を認める。

この患者の治療で正しいのはどれか。

- A. ウイルスのDNA複製阻害薬を投与する。
- B. 皮疹がすべて痂皮化するまで隔離する。
- C. 副腎皮質ステロイド外用薬を併用する。
- D. 神経障害に対して脳循環改善薬を投与する。
- E. 非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)は禁忌である。

正答 例題15-3:A 例題15-4:A

例題16-1 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (1/4)

51歳の男性。左腰部痛を主訴に救急車で搬入された。今朝、トイレで排尿し立ち上がった後、左腰部痛が出現した。冷や汗をかいて動けない状態であったため家族が救急車を要請した。

この患者に聞くべきことを4つ選んだときに残るのはどれか。

- A. 「高血圧がありますか」
- B. 「足のしびれはありますか」
- C. 「今朝の尿の色はどうでしたか」
- D. 「昨日の夕食は何を食べましたか」
- E. 「これまでも同じ場所の痛みがありましたか」

例題16-2 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (2/4)

51歳の男性。左腰部痛を主訴に救急車で搬入された。今朝、トイレで排尿し立ち上がった後、左腰部痛が出現した。冷や汗をかいて動けない状態であったため家族が救急車を要請した。今朝の尿は赤褐色であった。足のしびれはない。健康診断で高血圧を指摘されたが、治療はしていない。1年前からこれまでに2回、2～3時間続く左腰部痛があったが、医療機関は受診していない。救急外来で、意識は清明、表情は苦悶様である。体温 36.5℃。脈拍 88/分、整。血圧 144/80mmHg。心音と呼吸音に異常はない。腹部に血管雑音を聴取しない。

この患者で認められる可能性が高い診察所見はどれか。

- A. 筋性防御
- B. Murphy徴候
- C. 拍動を伴う腹部腫瘍
- D. 左肋骨脊柱角叩打痛
- E. 左下肢伸展挙上テスト陽性

正答 例題16-1:D 例題16-2:D

例題16-3 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (3/4)

51歳の男性。左腰部痛を主訴に救急車で搬入された。今朝、トイレで排尿後、左腰部痛が出現し、動けなくなった。今朝の尿は赤褐色であった。1年前からこれまでに2回、2~3時間続く左腰部痛があったが、医療機関は受診していない。救急外来で、意識は清明、表情は苦悶様である。体温 36.5℃。脈拍 88/分、整。血圧 144/80mmHg。心音と呼吸音に異常はない。腹部に血管雑音を聴取しない。左肋骨脊柱角叩打痛を認める。尿所見：蛋白(-)、糖(-)、潜血(3+)、沈査に赤血球 50~99/視野、白血球 5~9/視野。血液学所見：赤血球 550万、Hb 16.0g/dL、Ht 46.2%、白血球 9,400、血小板 24.1万。血液生化学所見：総ビリルビン 0.7mg/dL、AST 18U/L、ALT 24U/L、LD 227U/L(基準120~245)、尿素窒素 16mg/dL、クレアチニン 1.0mg/dL、尿酸 6.8mg/dL、Na 138mEq/L、K 4.3mEq/L、Cl 98mEq/L。CRP 0.3mg/dL。腹部超音波像で左水腎症を認める。

この患者の確定診断に必要な検査はどれか。

- A. 腹部単純CT
- B. 脊椎単純MRI
- C. 腎シンチグラフィ
- D. 腹部血管造影検査
- E. 静脈性尿路造影検査

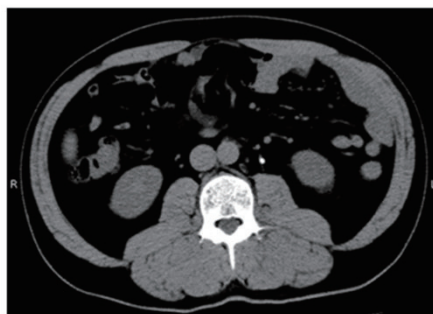
例題16-4 順次解答4連問五選択肢択一形式

連問 (4/4)

51歳の男性。左腰部痛を主訴に救急車で搬入された。今朝、トイレで排尿後、左腰部痛が出現し、動けなくなった。今朝の尿は赤褐色であった。1年前からこれまでに2回、2~3時間続く左腰部痛があったが、医療機関は受診していない。救急外来で、意識は清明、表情は苦悶様である。体温 36.5℃。脈拍 88/分、整。血圧 144/80mmHg。心音と呼吸音に異常はない。腹部に血管雑音を聴取しない。左肋骨脊柱角叩打痛を認める。尿所見：蛋白(-)、糖(-)、潜血(3+)、沈査に赤血球 50~99/視野、白血球 5~9/視野。血液学所見：赤血球 550万、Hb 16.0g/dL、Ht 46.2%、白血球 9,400、血小板 24.1万。血液生化学所見：総ビリルビン 0.7mg/dL、AST 18U/L、ALT 24U/L、LD 227U/L(基準120~245)、尿素窒素 16mg/dL、クレアチニン 1.0mg/dL、尿酸 6.8mg/dL、Na 138mEq/L、K 4.3mEq/L、Cl 98mEq/L。CRP 0.3mg/dL。腹部超音波像で左水腎症を認める。腹部単純CT(白黒表示)を示す。

この疾患の予防のために摂取を制限する必要性が低いのはどれか。

- A. シュウ酸
- B. プリン体
- C. ビタミンC
- D. カルシウム
- E. 動物性タンパク質



正答 例題16-3:A 例題16-4:D

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

(2) 診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験（臨床実習前OSCE, Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination(Pre-CC OSCE)）

① 概要

- ・ 医学系臨床実習前OSCEは、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して行われます。学生が臨床実習を開始するにあたって具備すべき必須の臨床能力を「学修・評価項目」としてまとめてあります（P53）。参加大学には「学修・評価項目」に対応した教育・学習用DVDが配布されていますので、学習の参考にしてください。
- ・ 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂（平成28年度）に伴い、「学修・評価項目」とし、臨床実習を充実させるために「医療安全」や「インフォームド・コンセント」が強調されていることに対応したことと、新しい章「診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標」を新設し、臨床実習後OSCEとの連携を図りました。
令和3年度版（第4.1版）での変更の詳細については、「学修・評価項目」の主な変更点とその理由（P57）を参照してください。

標準課題（＝必要最低限の共通標準課題）

1. 医療面接 **（必須）**
2. 頭頸部 **（必須）**
3. 胸部，全身状態とバイタルサイン
（必須 大学の判断によって，別々の課題として両方共選択するか，または一つの課題として実施するかを選択する）
4. 腹部 **（必須）**
5. 神経 **（必須）**
6. 基本的臨床手技，救急
（大学の判断によって，どちらか一つまたは両方を選択する）

- ・ 大学の判断によって，7課題以上の課題を実施する場合があります。その場合，第11回（2016年度）からは，胸部・全身状態とバイタルサイン，基本的臨床手技・救急または四肢と脊柱の中から追加され，最大9課題となっています。

医学系臨床実習前OSCE概略評価の区分

6	優れている（臨床研修の開始時点で期待されているレベル以上）
5	良い（臨床実習の中間時点で期待されるレベル）
4	合格（臨床実習の開始時点で期待できるレベル）
3	合否境界領域
2	不合格だが改善可能
1	明らかに不合格

医学系臨床実習前OSCEの課題構成例

医療面接（10分）

→頭頸部（5分）

→胸部（5分）

→腹部（5分）

→神経（5分）

→救急（5分）

課題の配列によっては上記の順序と異なることがあります。

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

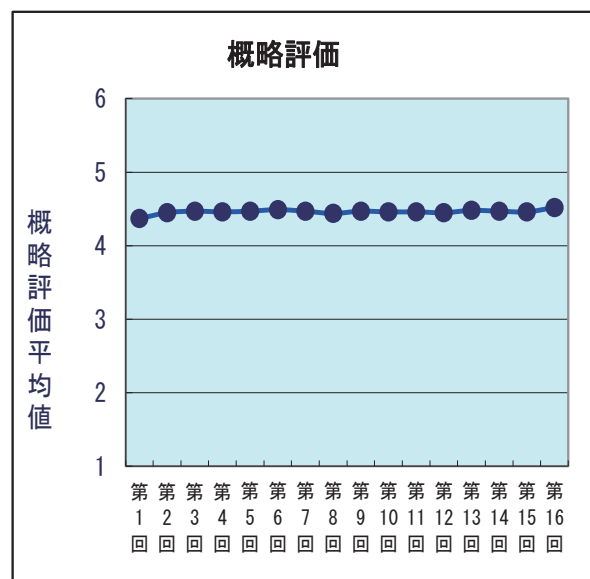
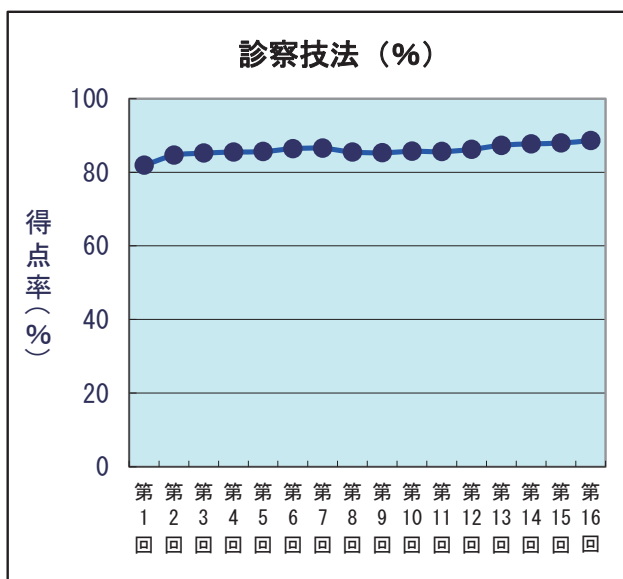
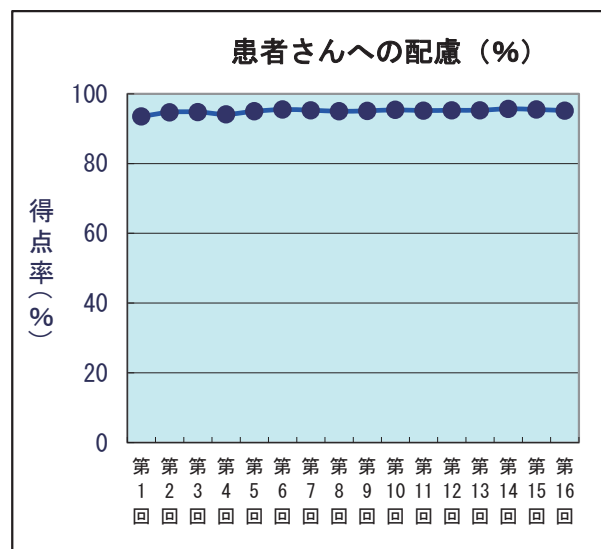
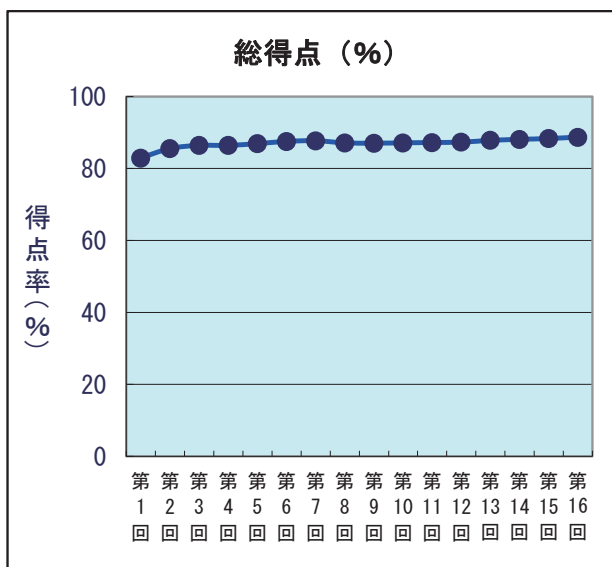
②全国成績の推移（概要）

- 項目加算得点：得点率（％）

各受験生が実施した6～9の課題ごとの得点率を平均したものです。総得点のうち、患者さんへの配慮と診察技法を分けて表示しています。総得点は、正式実施開始当初から次第に上昇し、第3回（2008年度）86.4%～第16回（2020年度）88.7%とほぼ一定の値を示しています。患者さんへの配慮は、第1回（2006年度）93.5%～第16回（2020年度）95.2%と高得点で、近年は、94～95%と一定の値を示しています。診察技法は、第1回（2006年度）81.9%～第16回（2020年度）88.6%であり、近年は、85～88%と一定の値を示しています。

- 概略評価

項目加算得点では評価できない部分（患者さんへの対応、診察の流れ等）を含めている評価得点です。6段階で行われ、得点率と同様に全実施課題の平均値で示します。第1回（2006年度）を除くと4.44～4.52とほぼ一定の値を示しています。



Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

③ 第16回（2020年度）全国成績

第16回（2020年度）試験は、82大学で実施されました。実施時期は、9月～12月に集中しています。受験者数は、9,591人です。

各受験生の実施課題数は、6課題実施が67大学、7課題実施13大学、8課題実施2大学、9課題実施0大学です。今年度はCOVID-19の影響で、実施する課題数が少なくなっている傾向がみられます。

月別実施状況

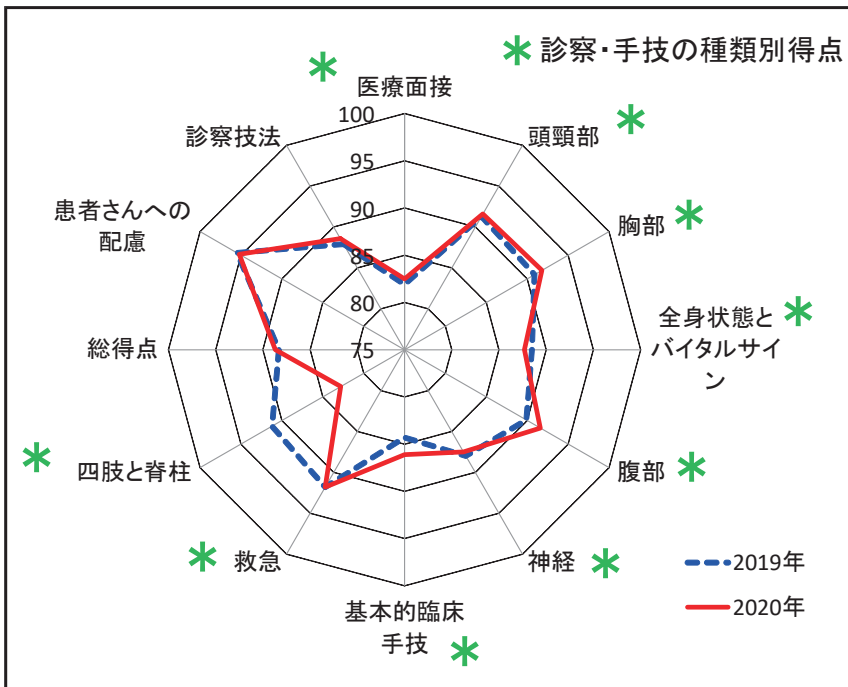
		実施大学数	受験者数
2020年	8月	9	1,038
	9月	15	1,756
	10月	13	1,547
	11月	13	1,508
	12月	17	2,041
2021年	1月	7	769
	2月	7	829
	3月	1	103
計		82	9,591

実施課題数

課題数	2020年 大学数	2019年 大学数	2020年 %	2019年 %
6	67	42	81.7	51.2
7	13	32	15.9	39.0
8	2	6	2.4	7.3
9	0	2	0.0	2.4

④ 全体成績

診察・手技の種類別の得点率（%），総得点の内での患者さんへの配慮の得点率（%）と診察技法の得点率（%）をレーダーチャートに示します。



合計成績

* 総得点の内、患者さんへの配慮の得点が高い。

診察・手技の種類別成績

* 頭頸部、胸部、腹部、救急、の得点が高い。

* 医療面接、基本的臨床手技の得点が相対的に低い。

* 全身状態とバイタルサイン、神経の得点は同程度。

* 四肢と脊柱を除き、前年とほぼ同様の傾向を示している。

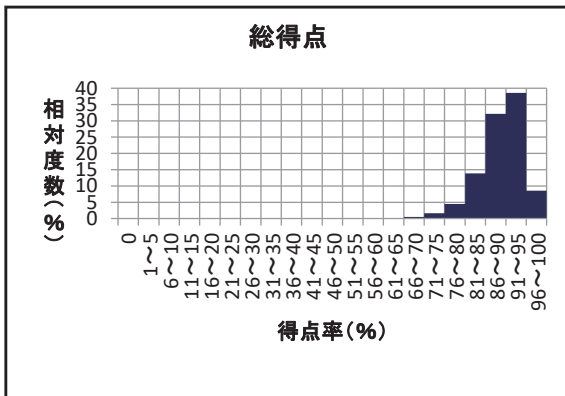
※ 総得点（%），患者さんへの配慮と診察技法別得点率（%），概略評価の得点分布，基本統計量，得点，成績の評価指標については次ページに示しています。

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

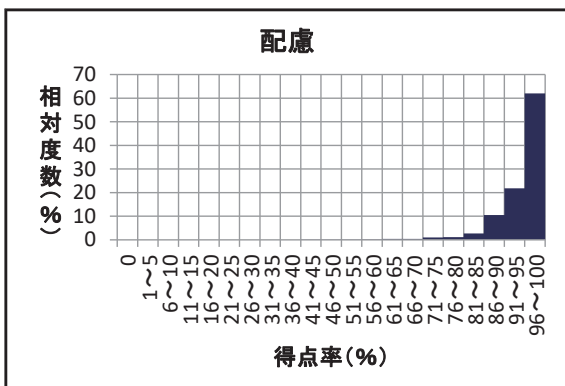
得点・成績の分布

得点・成績の基本データ

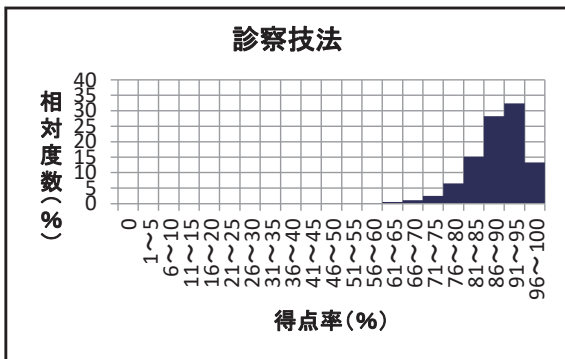
得点・成績の評価指標



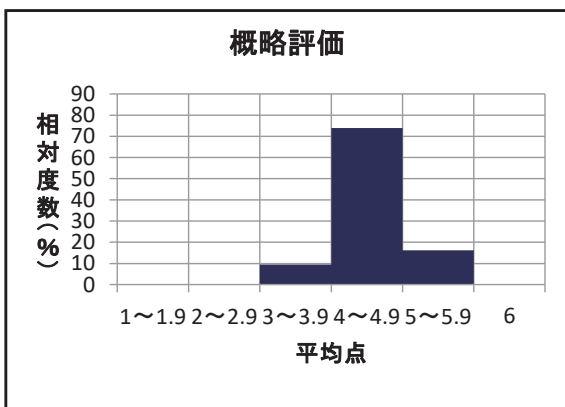
	2020年度	2019年度	得点、%	
対象数	9,591	9,576	平均-2SD	77.9点
最高点	100.0	99.3	平均-1.5SD	80.4点
最低点	46.4	19.3	60点未満	0.1%
平均点	88.7	88.3	65点未満	0.2%
標準偏差	5.52	5.52	70点未満	0.8%
中央値	89.7	89.3	80点以上	93.1%



	2020年度	2019年度	得点、%	
対象数	9,591	9,576	平均-2SD	83.9点
最高点	100.0	100.0	平均-1.5SD	86.6点
最低点	37.5	6.0	60点未満	0.2%
平均点	95.2	95.5	65点未満	0.4%
標準偏差	5.75	5.19	70点未満	0.8%
中央値	96.4	96.4		



	2020年度	2019年度	得点、%	
対象数	9,591	9,576	平均-2SD	75.4点
最高点	100.0	100.0	平均-1.5SD	78.5点
最低点	45.5	14.8	60点未満	0.3%
平均点	88.6	87.9	65点未満	0.6%
標準偏差	6.71	6.89	70点未満	1.7%
中央値	89.7	89.2		



	2020年度	2019年度	得点、%	
対象数	9,591	9,576	平均-2SD	3.64
最高点	6.00	5.78	平均-1.5SD	3.85
最低点	2.17	1.31	3点未満	0.2%
平均点	4.52	4.46	4点未満	9.8%
標準偏差	0.45	0.42		
中央値	4.50	4.50		

※ 総得点（患者さんへの配慮得点，診察技能得点），概略評価の成績は，2019年度より患者さんへの配慮を除き，多少高値を示していますが，ほぼ同様の分布を示しています。

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

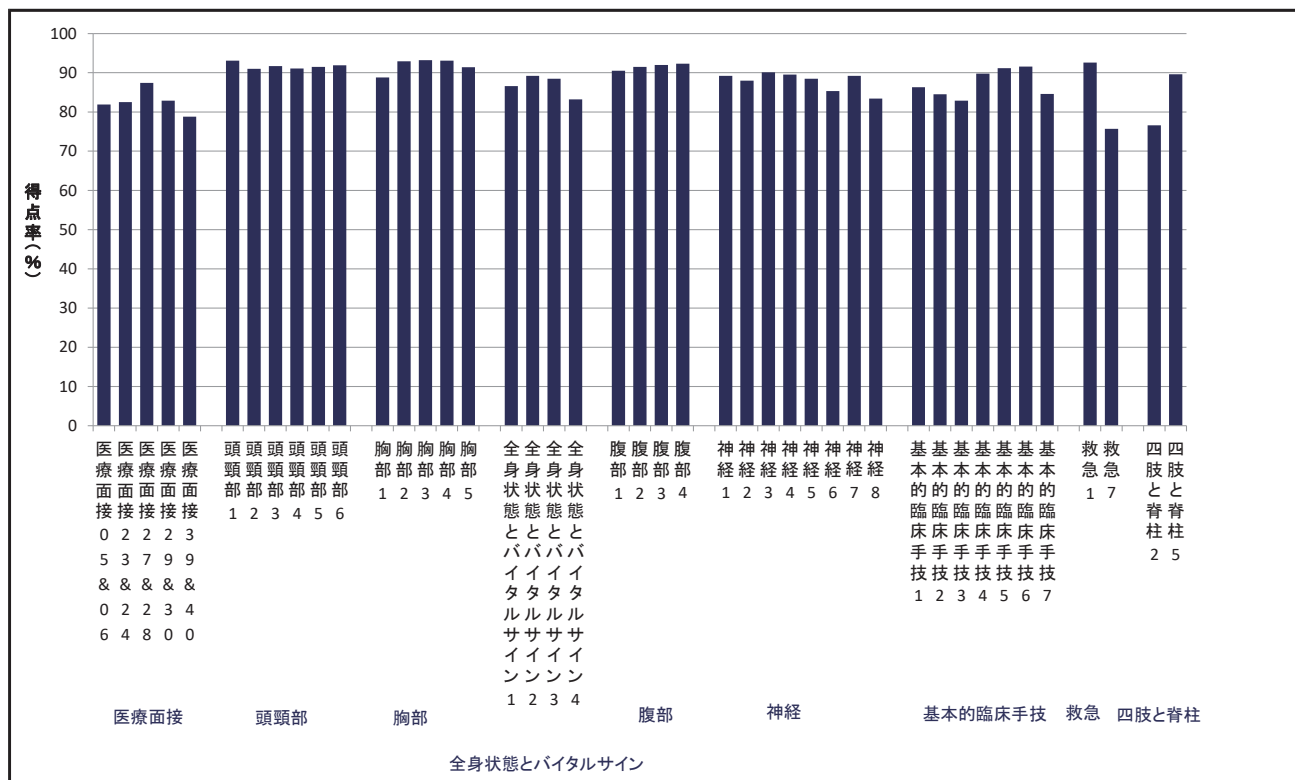
⑤ 診察・手技の種類別全国成績

診察・手技の種類別得点率の基本データを示しています。大学によって「基本的臨床手技／救急／四肢と脊柱」については、一つか二つ、又は全てを選択して実施しています。「胸部／全身状態とバイタルサイン」は、どちらか1つの課題が機構から指定されます。また、両方を選択することも可能となっています。このため、受験者数が異なります。得点率は、救急、胸部が最も高く91.8%、次いで頭頸部、腹部が90%を超えており、医療面接が最も低く82.5%でした。全身状態とバイタルサイン、神経は87%台でほとんど差がありません。

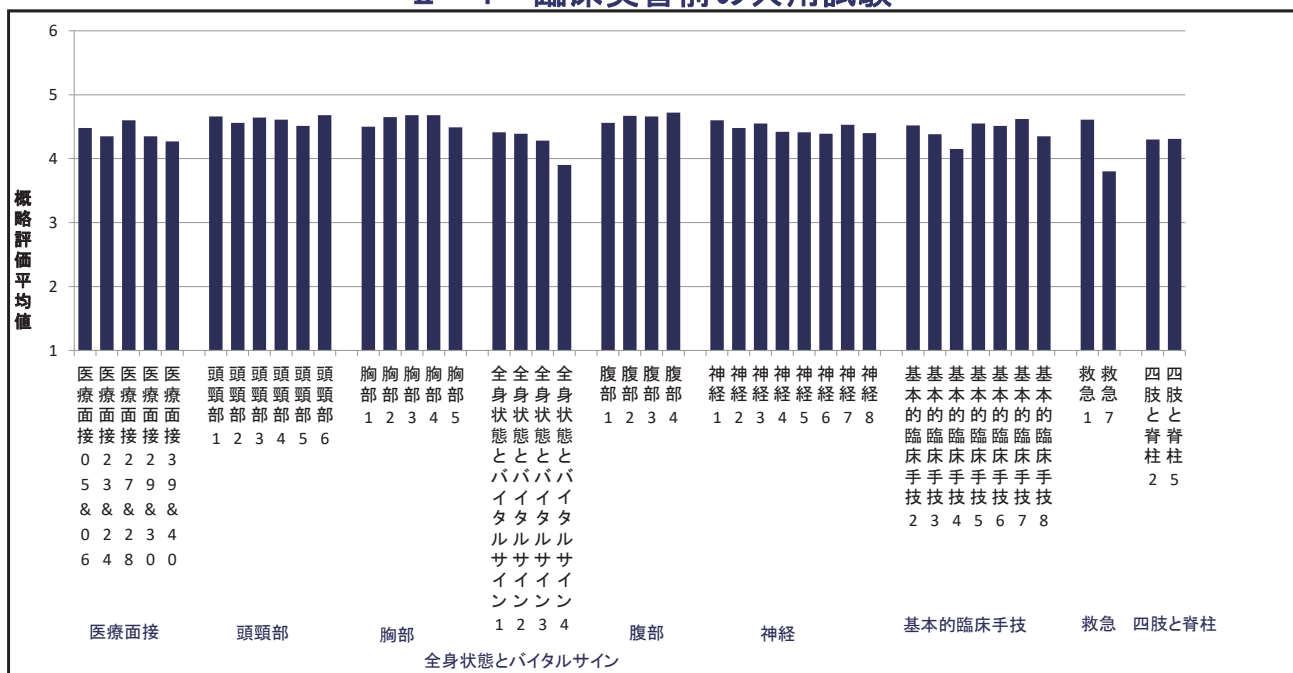
	医療面接	頭頸部	胸部	全身状態とバイタルサイン	腹部	神経	基本的臨床手技	救急	四肢と脊柱
対象数	9,591	9,591	7,045	2,782	9,591	9,591	5,190	5,380	644
最高点	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
最低点	29.0	25.9	34.5	34.0	39.6	10.0	10.6	27.8	28.0
平均点	82.5	91.6	91.8	87.7	91.6	87.5	86.1	91.8	82.8
標準偏差	9.48	8.34	7.40	10.56	7.66	9.63	12.86	8.73	15.00
中央値	83.3	93.3	93.3	89.7	93.1	89.7	88.2	94.4	87.0
<2019年>									
平均点	81.9	91.3	90.9	88.5	89.9	88.0	84.3	91.8	91.2
標準偏差	9.23	7.56	8.13	10.66	7.84	9.07	13.07	7.77	8.87

⑥ 課題別成績

課題別の得点率は、下の図のとおり同一ではありません。しかし、診察・手技の種類別課題間の差は、選択課題を除くと、ほとんどが5%以内であり、極端に大きな課題間の得点差ではありません。

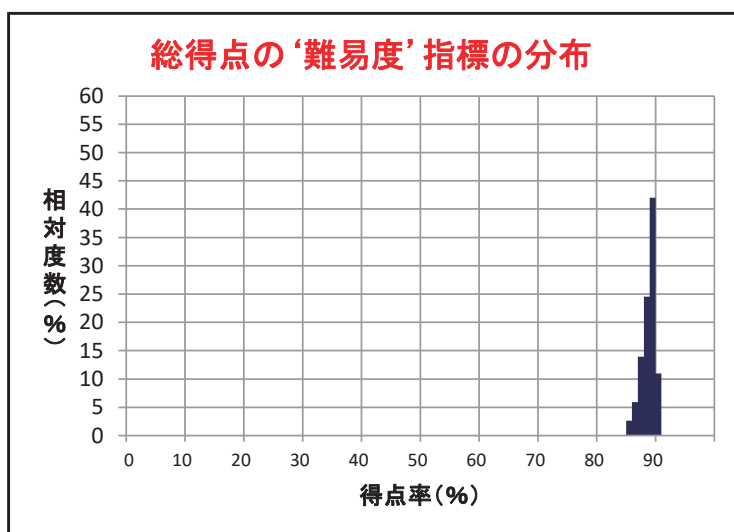


Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験



⑦ 実施課題セット間の難易度差

各学生が受験する課題セットは、大学間で異なります。そのため、課題セット間の難易度が異なる可能性があります。そこで、公平性の目安の指標として、当該年度の課題別の全国平均値を課題の難易度を表すものと考え、各受験生が実施した課題について、この課題別全国平均値の平均を求め、各受験生が受けた課題セットの難易度を計算したものです。平均的能力の受験生が、各課題セットを受験したときの予測得点を推定したのと考えられます。すなわち、この得点が低い場合は、難しい課題セット、逆に高い場合は、易しい課題セットを受験したことになります。この指標の標準偏差は2010年度から1%台を示し、2020年度も1.09%と小さい値でした。約7割の受験生が2%（標準偏差±1SD）程度の小さな差の難しさの課題セットを受験していると考えられます（CBTの平均難易度と同じ考え）。



	2020年	2019年
対象数	9,591	9,576
最大値	90.6	90.3
最小値	85.8	85.5
標準偏差	1.09	1.07

2021 年度医学系臨床実習前 OSCE 学習・受験ガイド

このガイドは、受験生のために、学習方法のアドバイスと、受験時の注意事項をまとめたものです。

受験前の準備

- ・課題は、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要なとされる技能と態度に関する学修・評価項目（以下、学修・評価項目）」をもとに作られている。
- ・「共用試験 OSCE 教育・学習用 DVD」（以下、DVD）を必ず視聴する。
- ・「学修・評価項目」の内容は、DVD に含まれていなくても出題される。
- ・学修・評価項目で「*」がついている項目は DVD に含まれていても出題されない。

受験当日 事前の説明や資料で OSCE 会場、待機室、試験の流れ、注意事項をよく理解しておく。

待機室（受験生の一部が受験中・終了後の時間帯に、未受験生が待機する場所）

- ・移動は誘導係に従う。不正行為と誤解されるような、私語や振る舞いを慎む。
- ・待機室から試験室前待機場所・試験室・順路にかけて持ち込みが禁止される物品があるので注意する。

待機室	順路・試験室 前待機場所	試験室	持込禁止物品
持込×	持込×	持込×	腕時計、通信や記録・再生機能のある電子機器類 （携帯電話、スマートフォン、携帯情報端末、カメラ等）
持込○	持込×（※）	持込×	教科書・参考書類（学修・評価項目も含まれる）や事前に用意したメモ

※待機室間の移動のために、管理された場所に一時的に保管することや、透明なバッグ等に入れて持ち運ぶことは差し支えないが、順路や試験室前待機場所で読むことはできない。

試験室前の待機場所

- ・静粛にする。不正行為と誤解されるような、私語や振る舞いを慎む。
- ・速乾性消毒薬が試験室外に設置されている場合は、入室前に手指を消毒しよく乾かす。

【入室してください】などの合図

試験室への入室

- ・受験番号、氏名を評価者に名乗る。
- ・速乾性消毒薬が試験室内に設置されている場合は、手指を消毒しよく乾かす。（身体診察前に乾いていること。課題により消毒薬がない場合もある）
- ・すべての課題シートの位置を確認し、課題を読む（音読、黙読共に可）。
- ・医療面接では、話を始める前にメモ用紙や自分の手に聞かすべきポイントをメモ書きするのは不正行為とみなされる。
- ・診察器具が設置されている場合は、そのすべてを使用するとは限らない。

【開始してください】などの合図

実技開始

- ・**実技時間：医療面接 10 分、その他 5 分（試験室内に時計等は配備している）**
- ・医療面接では、模擬患者は試験室内か外の待合室を模した場所に待機している。緊急処置・対応が不要であることを前提として面接を行う。医療面接以外では、模擬患者は試験室内の模擬患者用の椅子かベッドに待機している。
- ・課題シートに“所見を述べよ”と指示がある場合は、評価者に向けて所見を述べる。指示があるにもかかわらず述べずにいると、評価者から質問される場合がある。課題シートに指示がない場合は、述べても減点にはならないが、時間不足に注意する。
- ・特別な指示がない限り、標準予防策は完了しているものとして実技を開始する。
- ・実技時間の配分を考え、患者さんへの手技の説明は簡潔に行う。
- ・医療面接以外の試験室でも、挨拶や声かけなど、患者さんや介助者に配慮したコミュニケーションを心掛ける。この点も評価の対象となる。
- ・課題の設定に応じて、評価者から状況を説明されたり、手技時間を短縮して先に進むように指示されたりすることがある。
- ・受験生が左利きの場合は、「学修・評価項目」あるいは課題シートに特に指示がなければ、左右を逆にした手技でも、右利きと同じ手技でも、どちらを行ってもよい。

【終了してください】などの合図

実技終了

- ・時間内に実技を終了できなかった場合も、患者さんへの挨拶を行う。

【移動してください】などの合図

試験室を退出

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

医学系臨床実習前OSCEサンプル課題

医療面接
全身状態とバイタルサイン
頭頸部
胸部
腹部
神経
四肢と脊柱
基本的臨床手技
救急

※ 試験当日とは内容が異なることがある。

共用試験OSCE課題 ー医療面接ー

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 50歳 女性

佐藤さんは初めて外来を受診されました。

下記の項目（●）の医療面接を行ってください。

制限時間は10分間です。

- 導入：オープニング
- 良好なコミュニケーション
- 医学的情報を聞く
- 心理・社会的情報を聞く
- 締めくくり

* 順序立った、流れに沿った円滑な医療面接を心がけてください。

* 必要があればメモを取ってください。メモ用紙は、面接終了後回収します。持ち出さないでください。

試験開始前のメモ用紙の使用は禁止します。

* 必要な場合は試験開始前に患者さんと自分の椅子を適切な位置と向きに調整しても構いません。

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

共用試験OSCE課題 ー医療面接ー

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 50歳 女性

佐藤さんは初めて外来を受診されました。

下記の項目（●）の医療面接を行ってください。

制限時間は10分間です。

- 導入：オープニング
- 良好なコミュニケーション
- 医学的情報を聞く
- 心理・社会的情報を聞く
- 締めくくり

* 順序立った、流れに沿った円滑な医療面接を心がけてください。

* 必要があればメモを取ってください。メモ用紙は、面接終了後回収します。持ち出さないでください。

試験開始前のメモ用紙の使用は禁止します。

共用試験OSCE課題 ー全身状態とバイタルサインー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 56歳 男性

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 56歳 女性

座位で下記の項目（●）の診察を行ってください。

制限時間は5分間です。

- ・ ・ ・ の測定
- 呼吸（所見を述べてください）
 - 呼吸の観察
 - 呼吸数の測定
- ・ ・ ・ 動脈（所見を述べてください）
- 上肢の血圧測定（血圧値を述べてください）

聴診法で片側1回のみ

* 触診法の収縮期血圧は_____mmHgです。

* 触診法での測定は不要です。

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

共用試験OSCE課題 ー頭頸部ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 22歳 男性

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 22歳 女性

下記の項目（●）の診察を行ってください。

制限時間は5分間です。

- 眼（・・・,・・・）
- 口腔・咽頭（ペンライト, 舌圧子を使用）
- ・・・

* 所見を評価者に述べる必要はありません。

共用試験OSCE課題 ー胸部ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 56歳 男性

座位で下記の項目（●）の診察を行ってください。

制限時間は5分間です。

- 肺（前胸部）
 - 打診
 - 聴診
- 心臓
 - 視診（所見を述べてください）
 - 聴診（心尖部は左側臥位でも行ってください）

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

共用試験OSCE課題 ー腹部ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 50歳 男性

主訴は〇〇〇〇です。

下記の項目（●）の診察を仰臥位で始めてください。

制限時間は5分間です。

- 腹部の視診
- の聴診
- の打診
- の触診
- の視診
- の確認

- * 視診は所見を評価者に述べながら行ってください。
- * 視診以外は所見を評価者に述べる必要はありません。

共用試験OSCE課題 ー神経ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 46歳 男性

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 46歳 女性

佐藤さんは、〇〇〇〇を訴えて来院しました。

下記の項目（●）の神経診察を行ってください。

制限時間は5分間です。

- 筋
- 歩行
- 反射
- 徴候

- * 所見を評価者に述べる必要はありません。

Ⅱ-1 臨床実習前の共用試験

共用試験OSCE課題 ー四肢と脊柱ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 50歳 男性

主訴は〇〇〇〇です。

下記の項目（●）の診察を行ってください。

制限時間は5分間です。

- ・ ・ ・ ・ の視診と触診（所見を評価者に述べる）
 - ・ 〇〇関節
- ・ ・ ・ ・ の可動性（所見を述べなくてよい）
 - ・ 〇〇関節の外転・外旋

共用試験OSCE課題 ー基本的臨床手技ー

さとう たろう

患者：佐藤 太郎 さん 22歳 男性

さとう はなこ

患者：佐藤 花子 さん 22歳 女性

ここは外来採血室です。
これから採血を行います。

下記の項目（●）を行ってください。

制限時間は5分間です。

- 手袋の着用
- 上肢の静脈から必要量を採血
- 使用済み物品の廃棄
- 処置後、速乾性消毒薬による手指消毒

* 事前に、あなたが採血を行う承諾を得ています。

Ⅱ－1 臨床実習前の共用試験

共用試験OSCE課題 ー救急ー

患者：氏名不詳 10歳ぐらい 女児

ここは病院の売店の前です。
目の前で10歳ぐらいの女児が倒れました。

人形(シミュレーター)をその女児とみなして、下記項目(●)の処置を行ってください。

制限時間は5分間です。

● 心肺蘇生法

- * 評価者から伝えられる状況設定や指示に従って処置を進めてください。
- * 患者さんの所見は評価者が告げます。
- * 評価者が病院職員役、医師役をします。
- * あなたは手袋のみを持っています。
(感染防護具は持っていません)

**診療参加型臨床実習に参加する学生に必要と
される技能と態度に関する学修・評価項目
(第4.1版)**

**公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
医学系臨床実習前OSCE
実施小委員会・事後評価解析小委員会
(令和3年1月19日)**

はじめに

わが国の臨床医学教育における臨床実習を見学型から診療参加型へ転換すべしといわれて久しいが、国際的評価に耐えうる医学教育を目的に、その機運がさらに高まってきている。医学生が実際の診療に参加するには、その学生が基本的医学知識と臨床技能を修得していることを社会に説明する必要がある。共用試験OSCEは数回の試行を経て、2005年12月から正式実施となり、2021年度で17回目の実施となる。この試験の目的は、臨床実習前の医学生の能力を、知識、技能、態度の面で適正に評価すると同時に、社会的にも法律的にも医師でない医学生が臨床現場に参画し、診療参加型実習を行う妥当性を担保しようとするものである。

臨床実習を行う前の医学生の能力測定と同時に、学部教育から研修医、そして専門医へのシームレスな医師養成も求められるようになってきており、それを反映する形で、2020年より、臨床実習終了時（臨床研修1日目）に身につけておくべき臨床技能と態度を評価する診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験（Post-CC OSCE）も正式実施の運びとなった。それにより、長年共用試験OSCEと称されてきた本OSCEは、正式には医学系臨床実習前OSCE（Pre-CC OSCE）と呼称されることとなった。

共用試験は、知識を評価する試験（Computer Based Testing: CBT）と、臨床技能と態度を評価する客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination: OSCE）の2つからなり、いずれもそれまでの学習の総括的試験である。医学系臨床実習前OSCE（Pre-CC OSCE）ではこの冊子に示す『診療参加型臨床実習に参加する学生に必要なとされる技能と態度に関する学修・評価項目』が学習目標であり、その教育の実践は各大学に任されている。

言うまでもなく、学習のカリキュラムは、まず学習目標があり、それを達成するために学習内容と方略が計画され、それに基づく教育活動があり、最後にそれらを実践し改善に結びつけるために試験が行われることが望ましい姿である。共用試験に出題されるから綻びを繕うように教育をするというのではなく、それぞれの学校の理念に基づいて技能と態度が十分に教育され、その中でも必要最低限の部分を共用試験OSCEで評価するのがこの試験のあるべき姿であろう。受験生の皆さんには共用試験OSCEに合格することだけを目的にし「格好だけの診察」を学ぶのではなく、なぜこの診察が必要なのかを自分で考え、生涯にわたって必要となる真の臨床能力を身に付けるよう努めていただきたい。そして、臨床実習前OSCEに合格し、有意義な参加型臨床実習を行い、臨床実習後OSCE、さらには臨床研修へとつなげていってほしいと考えている。

この冊子が皆様のお手元に届くころ、いわゆるコロナ禍はどうなっているだろうか？2020年度の共用試験OSCEの実施において当機構は、通常の実施要項に加えてコロナ禍における共用試験OSCEの対応策を発出した。各大学には本当に御苦労してOSCEを実施し、学生の皆様にも大変な状況で実習を行い受験していただいたことに心より敬意を表したい。これもこれまでつみあげてきた16年間があったからこそと感じている。2021年度も接触を必要とする診断学実習や臨床実習の実施は困難が予測されるが、臨床実習なくして医学教育は完結せず、診察なくして医療は成立しない。是非2021年度受験の学生の皆様も本編を頼りに、医学の実践に向け学修していただきたいと思う。

共用試験OSCEは、受験生の皆様を含む多くの医学教育関係者のご協力により成り立っている。今後もご意見や、ご要望をお寄せいただくと共に、引き続きご理解とご協力をお願い申し上げます。最後に、コロナ禍であっても本書の作成にご尽力いただいた多くの関係者に深甚の感謝を申し上げます。

2021年1月19日

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
医学系臨床実習前OSCE
実施小委員会 委員長 内田 啓子

改訂について

2001年3月に全ての医学生が履修すべき必須の学習内容として、医学教育モデル・コア・カリキュラム - 教育内容ガイドライン - (モデル・コア・カリキュラム) が公表された。このガイドラインには、臨床実習前医学教育における症候・病態からのアプローチとして、基本的診療技能の到達目標が明示された。「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」(学習・評価項目)は、その到達目標に向けて学生が診療参加型臨床実習をする際に必要な臨床能力を示したものである。この学習・評価項目の修得が診療参加型臨床実習に参加する医学生に求められ、それを評価する方法として共用試験医学系OSCE (OSCE) が導入された。計4回のトライアルの後、最初の臨床実習前OSCEが2005年12月(2006年度共用試験)から開始された。

2011年3月にモデル・コア・カリキュラムは改訂され(平成22年度改訂版)、その到達目標の位置づけは、学生が卒業までに身に付けておくべき実践的能力(コンピテンス)に変更された。学習・評価項目と臨床実習前OSCEの課題等も、この観点から再定義され、2015年(2016年度共用試験)に第3.0版として学習・評価項目を改訂し、その後も経年的に改訂が加えられた。

2020年度共用試験では2016年3月に改訂されたモデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)に準拠した内容に改訂し、第4.0版とした。新しいモデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)では診療参加型臨床実習の充実がさらに求められ、臨床実習後OSCEの方向性が明確になった。「目標」が整理され、到達目標が学修目標に変更され、学習・評価項目も「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」(学修・評価項目)と変更された。

第4.0版では、新しいモデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)で「医療安全」や「インフォームド・コンセント」が強調されていることに対応し、また、臨床実習後OSCEとの連携を図った。なお、臨床実習後OSCEに使用される学修・評価項目とは、足並みを揃えて改訂しており、将来的には合冊化される見通しである。

学修・評価項目の改訂作業は、例年6月から10月にかけて課題改訂専門部会及び学修・評価項目等改訂専門部会の委員が主に週末に集まって実施しているが、2020年はCOVID-19の感染拡大により、改訂作業がほぼ中止となり、一部の委員による最小限の改訂作業とした。従って、第4.1版での変更点は少なくなっているが、詳細については、この資料の「学修・評価項目」の主な変更点とその理由」及び各章を参照されたい。

改訂された第4.1版の学修・評価項目及び共通課題セットは、11月から12月にかけて実施小委員会及び事後評価解析小委員会の委員長・副委員長が全てを点検し、最終的に完成させた。改訂作業に関わった委員(巻末に委員名を掲載)や共用試験実施評価機構の職員の方々も含め、ご協力いただいた皆様に深謝する次第である。

2021年1月19日

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
医学系臨床実習前OSCE
事後評価解析小委員会 委員長 森本 剛

目次

「学修・評価項目」の主な変更点とその理由	4/102
I. 診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標	6/102
II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目	10/102
III. 医療面接	20/102
IV. 全身状態とバイタルサイン	23/102
V. 頭頸部	28/102
VI. 胸部	32/102
VII. 腹部	36/102
VIII. 神経	42/102
IX. 四肢と脊柱	57/102
X. 基本的臨床手技	63/102
XI. 救急	75/102
XII. * 成人の包括的身体診察	82/102
XIII. * 小児の診察	86/102
XIV. * 成人女性の診察	88/102
XV. * 臨床推論	89/102
XVI. * 報告	90/102
XVII. 診療録	91/102

「学修・評価項目」の主な変更点とその理由**全般的事項**

主に「臨床研修開始時に必要とされる技術と態度に関する学修・評価項目第1.2版」と整合性をとるよう改訂した。

II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

(2) 個人情報保護、プライバシー保護および診療録に関するセキュリティー管理

2) 診療録（特に電子カルテ）に関するセキュリティー管理

「受持ち患者以外のカルテを閲覧しない。」を「受け持ち患者および診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。」へ変更した。

理由：Ⅷ. 診療録 での変更にした。

VIII. 神経

(13) 意識レベルの診察（救急を除く）

* 痛み刺激についての記載のうち、3) 「ハンマーの柄などを用いて、」としていたところを、「検者の指で」へ変更した。

理由：皮膚の損傷や感染予防の観点から記載を変更した。

IX. 四肢と脊柱 (4) 上肢の診察

2) 診察部位の露出

「肘関節以遠」を「上腕以遠」へ変更した。

4) 可動域

「手のひら」と記載していたところを「手掌」に統一した。

理由：いずれもより適切な表現にした。

XI. *成人の包括的身体診察

(5) 皮膚

「病変を認めた場合は、病変部位の広がり、配列、型、色を観察する。」を「病変を認めた場合は、病変の広がり、配列、形状、色調などを観察する。」に変更した。

(6) 頭部・眼・耳・鼻・咽頭

「眼瞼・強膜・結膜・角膜、虹彩、水晶体を視診する。」を「眼瞼、眼瞼結膜・眼球結膜・角膜、虹彩、水晶体を視診する。」に変更した。

(8) 前胸部

「心血管系の診察では患者さんの頭を診察台から約30° 挙上することが望ましい。」を「心臓の診察は基本的に仰臥位・左側臥位で行うことが推奨されているが、状況に応じ座位で行う。」へ変更した。

理由：より適切な表現とした。

XIII. *小児の診察

「子どもの人格・人権を尊重し、患児・保護者と基本的なコミュニケーションをとり、小児の診察ができる。」を「子どもの人格・人権を尊重し、患児・保護者と基本的なコミュニケーションをとり、医療安全に配慮して小児の診察ができる。」へ変更した。（医療安全に配慮して」という文言を追加した。）

その他、「臨床研修開始時に必要とされる技術と態度に関する学修・評価項目第

1.2版」に準拠して記載を改めた。

理由：内容検討の結果、追記修正した。

XVII. 診療録

タイトルを「診療記録」から「診療録」へ変更した。

(4) 診療記録(特に電子カルテ)に関するセキュリティーに配慮する。

「受持ち患者以外のカルテを閲覧しない。」を「受け持ち患者および診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。」へ変更した。

理由：内容検討の結果、修正した。

I. 診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標

診療参加型臨床実習修了時には、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」に示されている項目を身につけていることが学生に求められる。資質・能力には知識、技能、態度、価値観等が含まれるが、本章では「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」から技能と態度を中心に学生に求められる項目を抜粋して掲載した。

また医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「G-1-1)-(3)学生を信頼し任せられる役割」では、臨床実習修了時に学生を信頼して任せることができる業務 (entrustable professional activities <EPAs>)が記載されている。これらは、先ほど述べた「A 医師として求められる基本的な資質・能力」中のいくつかの項目が組み合わさることにより達成されるものである。医療系大学間共用試験実施評価機構で「臨床研修初日にできなければならないことは何か」を考慮しつつ学生が行う行為について改めて検討し、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)から改変して掲載した。

これらの掲載項目は客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination <OSCE>)にて評価することができる項目もあるが、実際の診療参加型臨床実習中に「観察記録」の観察項目として評価する方が好ましいものも多い。各大学においてはここにあげた項目を minimum essentials として、各大学独自の観察項目をつけ加えた形で診療参加型臨床実習中の観察記録に利用することが望まれる。

なお、医療系大学間共用試験実施評価機構で検討した学生が行う行為と医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)に掲載されている医師として求められる基本的な資質・能力についての関係を巻末の「Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為」に示した。

(1) 医師として求められる基本的な資質・能力

1) プロフェッショナリズム

医学生には、医師として求められる基本的な資質・能力の1つとして「人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を究めていく。」ことが求められている。

- 選択肢が多様な場合でも適切に説明を行い、患者の価値観を理解して、患者の自己決定を支援できる。
- 診療参加型臨床実習において、患者やその家族と信頼関係を築くことができる。
- 患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であり得ることを認識し、そのいずれにも柔軟に対応できる。

2) 医学知識と問題対応能力

発展し続ける医学の中で必要な知識を身に付け、根拠に基づいた医療 (evidence-based medicine <EBM>)を基盤に、経験も踏まえながら、幅広い症候・病態・疾患に対応する。

- 患者のプロブレムについて、自ら発見できる。
- 患者のプロブレムについて、重要性・必要性に照らして順位付けできる。
- 患者のプロブレムを解決する具体的な方法を発見し、課題を解決できる。
- 患者のプロブレムの解決に当たり、他の学修者や教員と協力してよりよい解決方法を見出すことができる。
- 適切な自己評価ができ、改善のための具体的方策を立てることができる。
- 患者のプロブレムに関する国内外の教科書・論文、検索情報等の内容について、重要事項や問題点を抽出できる。
- 得られた情報を統合し、客観的・批判的に整理して自分の考えを分かりやすく表現できる。
- 実習の内容を決められた様式に従って文書と口頭で発表できる。
- 後輩等への適切な指導が実践できる。

3) 診察技能と患者ケア

臨床技能を磨くとともにそれらを用い、また患者の苦痛や不安感に配慮しながら、診療を実践する。

- 病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等)を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行える。
- 網羅的に系統立てて適切な順序で効率的な身体診察を行える。異常所見を認識・記録し、適切な鑑別診断が行える。
- 基本的な臨床技能(適応、実施方法、合併症、注意点)を理解し、適切な態度で診断や治療を行える。
- 診療録(カルテ)についての基本的な知識を修得し、問題志向型医療記録 (problem-oriented medical record <POMR>)形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。
- 患者の病状(症状、身体所見、検査所見等)、プロブレムリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換ができる。
- 緊急を要する病態や疾患・外傷の基本的知識を説明できる。診療チームの一員として救急医療に参画できる。
- 慢性疾患や慢性疼痛の病態、経過、治療を説明できる。医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画できる。
- 患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。

4) コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定を支援する。

- コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。
- 患者・家族の話を傾聴し、共感することができる。
- 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。
- 患者に分かりやすい言葉で説明できる。
- 患者の心理的及び社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。

- 患者のプライバシーに配慮できる。
- 患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いができる。

5) チーム医療の実践

保健・医療・福祉・介護並びに患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。

- 医療チームの構成や各構成員(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職)の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加できる。
- 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求めることができる。

6) 医療の質と安全の管理

患者及び医療者にとって、良質で安全な医療を提供する。

- 医療上の事故等(インシデントを含む)や医療関連感染症(院内感染を含む)等に臨床実習中に遭遇したときに、真摯に疑義に応じることができる。
- 医療上の事故等(インシデントを含む)が発生したときの緊急処置や記録、報告を説明し、実践できる。
- 基本的予防策(ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセーフ・フルプルーフの考え方等)を概説し、指導医の指導の下に実践できる。
- 標準予防策(standard precautions)の必要性を説明し、実行できる。

7) 社会における医療の実践

医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する。

- かかりつけ医等の役割や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獲得する。
- 地域医療に積極的に参加・貢献する。
- 患者の文化的背景を尊重し、英語をはじめとした異なる言語に対応することができる。
- 地域医療の中での国際化を把握し、価値観の多様性を尊重した医療の実践に配慮することができる。

8) 科学的探究

医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する。

- 生命科学の講義・実習で得た知識を基に、診療で経験した病態の解析ができる。
- 患者やその疾患の分析を基に、教科書・論文等から最新の情報を検索・整理統合し、疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。
- 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学研究(臨床研究、疫学研究、生命科学研究等)に参加することができる。

9) 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために絶えず省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- 生涯にわたる継続的学習に必要な情報を収集できる。

- キャリア開発能力を獲得する。
- キャリアステージにより求められる能力に異なるニーズがあることを理解する。
- 臨床実習で経験したことを省察し、自己の課題を明確にする。

(2) 診療参加型臨床実習で学生が行う行為

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構で「臨床研修初日にできなければならないことは何か」について検討し、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)から改変した。

- 適切な医療面接を行う。(学生が行う行為1)
- 適切な身体診察を行う。(学生が行う行為2)
 - 包括的身体診察を行う。
 - 診断仮説に基づいた集約的身体診察を行う。
- 得られた所見から適切な臨床推論を行う。(学生が行う行為3)
- 適切な症例プレゼンテーションを行う。(学生が行う行為4)
- 問題点に則した適切な検査計画を立てる。(学生が行う行為5)
- 得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる。(学生が行う行為6)
- 臨床上の問題に対してエビデンスを収集する。(学生が行う行為7)
- 正しい診療記録(カルテ)を記載する。(学生が行う行為8)
- 患者の申し送りを行う。(学生が行う行為9)
- 医療安全上の問題を報告・連絡・相談する。(学生が行う行為10)
- 多職種チームで協働する。(学生が行う行為11)
- インフォームド・コンセントを得る。(学生が行う行為12)
- 基本的臨床手技を実施する。(学生が行う行為13)
- 緊急性を評価し、適切な初期対応を行う。(学生が行う行為14)

(注) 「Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為」に、各行為とそれらを達成するために必要な基本的な資質・能力の関係を示した。なお、本表では医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」に示されている知識を含むすべての項目を対象とした。

II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

【一般的事項】

(注) 臨床実習において共通して求められる学修・評価項目を総括的に記載した。
必要に応じて各論での具体例も記した。

(1) 医療安全

1) 患者さんおよび患者さん周囲の安全確認

- 医療面接や診察および手技は患者さんの安全に配慮した環境で行い、必要に応じてエアコンや照明を調整する。
- つぎ足歩行、Romberg試験では危険がないように、患者さんの近くにおいて見守る。(Ⅷ. 神経)
- 周囲を見渡し安全であること(車、鋭利なもの、体液などの危険や汚染がないこと)を口に出して確認する。(Ⅺ. 救急)
- AEDによる解析の際や放電の際には、全員に患者さんから離れるように指示し、周囲を見て確認し安全を確保する。(Ⅺ. 救急)

2) 小児、高齢者等に対するより一層の安全管理に対する配慮

- 小児、高齢者等、介助・陪席が望ましいと思われる患者さんでは、看護師(または他の医療職)や患者さんのご家族に介助・陪席等を依頼する。
- 高齢者や日常生活動作(ADL)に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。(Ⅲ. 医療面接) (Ⅳ. 全身状態とバイタルサイン) (Ⅴ. 頭頸部) (Ⅵ. 胸部) (Ⅶ. 腹部) (Ⅷ. 神経) (Ⅸ. 四肢と脊柱) (Ⅹ. 基本的臨床手技)

3) 確実な患者確認

- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者さんの姓名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。(Ⅲ. 医療面接)
- 臨床手技実施時には本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。(Ⅹ. 基本的臨床手技 【一般手技】)
- 採血時には患者さんの姓名と採血管ラベルの姓名を声を出して照合する。患者さんがリストバンドを装着している場合は、その照合も行う。(Ⅹ. 基本的臨床手技 【一般手技】)
- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。(Ⅹ. 基本的臨床手技 【検査手技】)

4) 診察や手技に伴う患者さんの痛み・不快感・羞恥心への配慮および安全管理

- 苦痛を伴う可能性がある場合は事前に伝える。
- 医療面接や診察時、患者さんに不快感を与えないよう適切な距離を保つ。
- * (症状の強い場合) 面接を行うことが可能かどうかを患者さんに確認する。
- * (症状の強い場合) 患者さんが楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- 必要に応じて手や聴診器等の診察・検査器具を温める。
- 血圧測定時、マンシェットの加圧で患者さんに苦痛、傷害を与えないように

する。(IV. 全身状態とバイタルサイン)

- 耳鏡、鼻鏡、舌圧子、ペンライト、音叉などは患者さんに外傷や苦痛を与えないよう正しく使用する。(V. 頭頸部)
- 頸動脈の診察では、聴診であらかじめ血管雑音のないことを確認した上で触診を行う。(VI. 胸部)
- 痛みのある領域の打診や叩打診は苦痛を与えないように実施する。(VI. 胸部)
- 患者さんの羞恥心に配慮してバスタオルや診察用ガウンを適宜使用する。(VI. 胸部)
- 痛みのある領域の打診や叩打診及び触診は過度に苦痛を与えないように実施する。(VII. 腹部)
- 意識レベルの診察で疼痛刺激を与える時は、痕が残らない程度の強さにとどめる。(VIII. 神経)
- 自動運動による姿勢や可動性の診察は、事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。(IX. 四肢と脊柱)
- 触診、他動運動による可動性の診察や疼痛誘発試験などで他動的に力を加えるときには、ゆっくり軽く行い、痛みが過度に誘発されないように留意する。(IX. 四肢と脊柱)
- アルコール過敏症を尋ねる。過敏性があれば、他の消毒薬に変更する。(X. 基本的臨床手技)
- 以前に採血等で気分が悪くなった事がないかなど迷走神経反射の既往を尋ねる。(X. 基本的臨床手技 【一般手技】)
- (静脈を) 穿刺する角度が大きいと深部の神経を損傷する危険性が増すため、浅い角度での刺入を心がける。また、穿刺が深くなり過ぎないように注意する。(X. 基本的臨床手技【一般手技】)
- 採血中、患者さんに気分が悪くないか、手指の痛みやしびれがないかを声をかけて確認する。(X. 基本的臨床手技【一般手技】)
- 静脈穿刺により患者さんが強い痛みを訴えた場合は、すぐに針を抜く。(X. 基本的臨床手技【一般手技】)
- 患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。(X. 基本的臨床手技)

5) 診察や手技に用いる器具に関する安全および感染管理

- 表在感覚の検査具としては、従来、筆やルーレットが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から触覚検査にはティッシュペーパー、痛覚検査には楊枝の頭部など、ディスポーザブルなものを使用する。(VIII. 神経)
- Babinski徴候の検査具には、従来、ハンマーの柄などが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から楊枝の頭部など、ディスポーザブルなものを使用する。(VIII. 神経)
- 舌圧子、ペンライト、音叉、楊枝は患者さんに外傷や苦痛を与えないよう、正しく使用する。(VIII. 神経)
- 採血針のリキャップをしない。(針刺し事故防止のため) (X. 基本的臨床

手技【一般手技】)

- 使用する器具を確認する。縫合針の数の事前、事後の確認は特に重要である。
(X. 基本的臨床手技【外科手技】)
- 縫合針を紛失しないように安全な場所(滅菌シャーレ等)に置く。(X. 基本的臨床手技【外科手技】)
- シャーレ内の縫合針を把持するときは必ず持針器を用いる。(X. 基本的臨床手技【外科手技】)
- 縫合針を安全な場所に置き、数が合っていることを確認する。(X. 基本的臨床手技【外科手技】)
- 縫合針を廃棄するときは、持針器で把持してシャープス・コンテナに廃棄する。(X. 基本的臨床手技【外科手技】)

6) 医療安全に関するダブルチェック法の活用

- *患者さんへの与薬を準備する際、ダブルチェックするペアが相互に依存することなく、それぞれ独立して2重の照合・確認作業を責任を持って声出ししながら行う。

7) 医療安全に関するチェックリストの活用

- *院内各部署に設置されている救急カートの整備状況を確認する院内巡視の際、チェックリストを利用する。
- *感染制御チームの院内巡視の際、チェックリストを利用する。

8) 医療従事者自身の安全確保に関する事項

- 不慮の落下物による足の負傷や感染から身を守るために、足全体を覆う靴を着用する。
- 医療関連感染症(院内感染を含む)の罹患予防のため、適切なウイルス抗体検査やワクチン接種などを受ける。

9) 有害事象発生時の対応

- 有害事象発生時は直ちに指導医に報告する。
- *必要に応じてインシデントレポートの作成に協力する。

(2) 個人情報保護、プライバシー保護および診療録に関するセキュリティー管理

1) 患者さんの個人情報の守秘やプライバシーへの配慮

- 患者さんの話を聞くにあたり大部屋ではプライバシーに配慮し窓やベッド周囲のカーテンを閉めるなどする。場合によっては場所を変える必要がないかを確認する。
- 患者さんに関する不要な個人情報は保有しない。
- 患者さんに関する個人情報は、不要になった段階ですぐ廃棄する。
- 患者さんに関する個人情報を関係のない第三者が知ることがないように取り扱う。
- 患者に関する個人情報は、許可を得ない限りいかなる形でも病院外に持ち出さない。

2) 診療録(特に電子カルテ)に関するセキュリティー管理

- 受け持ち患者および診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。
- 電子カルテを使用する場合、ログイン後はログオフするまでその場を離れない。

い。

- 電子カルテを使用する場合、ユーザーアカウント（ID）およびパスワードの管理を厳重にする。
- 電子カルテの使用後、離席の際は必ずログオフする。

(3) インフォームド・コンセント

病歴聴取を主な目的とした医療面接、身体診察、採血など軽度の侵襲を伴う程度までの臨床検査について、施行する前に患者さんに説明し同意を得る。

- 面接を行うことので了承を患者さんから得る。（Ⅲ．医療面接）
- 全身状態を確認すること、体温、呼吸、脈拍、血圧を測定することを事前に説明し同意を得る。（Ⅳ．全身状態とバイタルサイン）
- 頭頸部の診察を行うことを事前に説明し同意を得る。（Ⅴ．頭頸部）
- 胸部を露出してもらうことを事前に説明し同意を得る。（Ⅵ．胸部）
- 腹部を露出してもらうことを事前に説明し同意を得る。（Ⅶ．腹部）
- 神経学的診察を行うことを説明して同意を得る。（Ⅷ．神経）
- 四肢と脊柱の診察を行い、診察部位を露出してもらうことを事前に説明し同意を得る。（Ⅸ．四肢と脊柱）
- 採血に関して説明して同意を得る。（Ⅹ．基本的臨床手技【一般手技】）
- ＊持続的導尿に関して説明して同意を得る。（Ⅹ．基本的臨床手技【一般手技】）
- 心電図測定に関して説明して同意を得る。（Ⅹ．基本的臨床手技【検査手技】）

(4) 標準予防策

米国CDC隔離予防策のガイドライン2007より抜粋翻訳した。なお、勧告されている標準予防策にはここに掲載した以外の事項もあることを留意すること。

1) 手指衛生

- 患者さんにごく近接した環境表面には不用意に触らない。
- 手指が眼に見えて汚れていたり、タンパク性物質で汚染されていたり、眼に見えて血液や体液で汚れている場合には、石鹸と流水で手を洗う。
- 眼に見える汚れが手指にない場合、あるいは目に見えた汚れを石鹸と流水で洗い落とした後は、以下の場面において手指を除菌する。アルコールをベースとした手指消毒薬を用いるのが望ましい。
 - （例）患者さんと直接的な接触をする前。
 - （例）血液、体液、分泌物、浸出物、粘膜、非正常な皮膚あるいは傷を被覆したものに接触したあと。
 - （例）患者さんの正常皮膚に触れたあと（脈拍測定、血圧測定、あるいは患者さんを持ち上げる、など）。
 - （例）患者ケアの間に、身体の汚染した部分から身体のきれいな部分に手を移動させるとき。
 - （例）患者さんのすぐそばにあるリネン・物品（医療器具などを含む）に触れたあと。
 - （例）手袋を外したあと。

- クロストリディオイデス・ディフィシル (*Clostridioides difficile*) や炭疽菌に接した可能性がある場合は、非抗菌性石鹼と流水、あるいは抗菌性石鹼と流水で手を洗う。
- 装飾用マニキュアやつけ爪は、ICUや手術室などの感染に対してハイリスクの部署ではつけてはならない。それ以外の部署では、それぞれの施設の方針に従う。

2) 個人防護具 (Personal Protective Equipment : PPE) 使用の原則

手袋・ガウン・マスクなどのPPEの使用にあたっては、以下の原則を遵守する。

- これから行う医療行為で、血液や体液との接触の可能性がある場合は、PPEを使用する。
- PPEを外す過程で衣服や皮膚を汚染しない。
- 患者さんの病室から退出するときには、患者の病室内でPPEを外し廃棄し、PPEを持ち出さない。

3) 手袋

- これから行う医療行為で、血液やその他の感染性物質、粘膜、正常でない皮膚、正常でも汚染されている可能性のある皮膚（例えば便秘禁や尿失禁のある患者さんの皮膚）との接触が予測できる場合は手袋を使用する。
- 患者さんあるいは患者さん周囲の環境（医療機器も含む）に接触したあとは、適切な方法で手指を汚さないように手袋を外す。なお、複数の患者さんに同じ手袋を用いてはならない。また、手袋を再利用してはならない。
- 汚染された身体の部分（例えば会陰部）から身体のきれいな部分（例えば顔面）に手指が移動するならば、患者ケアの途中でも手袋をかえる。

4) ガウン

- これから行う医療行為で、血液・体液・分泌物・浸出物・排泄物との接触が考えられるときには、皮膚や衣服が汚れることを防ぐために、その業務に適切なガウンを着用する。
(例) 対象となる患者さんに被覆されていない分泌物や排泄物があり、直接患者さんに接触しなければならない場合。
- その患者さんの周囲から離れるときは、ガウンを外し、手指衛生を行う。なお、たとえ同じ患者さんにくりかえし接触をすることがあってもガウンは再利用しない。

5) 口・鼻・眼の防御

- これから行う医療行為で、血液・体液・分泌物・浸出物あるいは排泄物がしぶきやスプレー状となる可能性がある場合は、口・鼻・眼の粘膜を守るためにPPEを使用する。マスク・フェイスシールド・ゴーグルを選び、またその業務にあわせてそれらを組み合わせる。
(例) 咳をしている患者さんに1 m以内で医療行為を行う場合はマスクを使用する。

(5) その他の医療関連感染 (院内感染を含む) 対策

1) 感染症 (麻疹、インフルエンザ等) に罹患またはそれが疑われる場合の対応

- 指導医に連絡し、その指示に従う。

2) 診察、手技の内容に応じた服装の対応

- 必要に応じてユニフォーム（白衣）の袖をまくり、腕時計や装飾品などを外す。
- 装飾品や腕時計を外す。（X. 基本的臨床手技【外科手技】）
- 袖が邪魔にならないように配慮する。（X. 基本的臨床手技【外科手技】）

3) 激しく咳をしている患者さんを診察する場合の対応

- 互いにマスクを着用し感染防御に注意する。（VI. 胸部）

4) 患者さんに直接触れる非滅菌器具の取扱い

- 体温計の使用前または使用後にアルコール綿で清潔にし、体温測定時、体温計が体液等により汚染されないように留意する。（IV. 全身状態とバイタルサイン）
- 聴診器など患者さんに直接触れる非滅菌の診察器具はアルコール綿などで診察前に消毒する。

5) 滅菌済み器具の取扱い

- 滅菌済みの器具は、適切に取り扱う。（X. 基本的臨床手技【一般手技】）

6) 医療廃棄物の適切な処理

- 耳鏡のスペキュラ、鼻鏡、舌圧子など患者さんに使用した器具は適切に処理をする。（V. 頭頸部）
- 縫合針はシャープス・コンテナに廃棄する。（X. 基本的臨床手技【一般手技】）
- 使用した消毒綿球や手袋などを感染性廃棄物として処理をする。（X. 基本的臨床手技【一般手技】*持続的導尿）
- 縫合針はシャープス・コンテナへ、感染性廃棄物は専用のゴミ箱へ、分別して廃棄する。（X. 基本的臨床手技【外科手技】）

(6) マナー、身だしなみ （実習施設、診療科の決まりに従う。）

1) マナー

礼儀正しく振舞い、親切に人に接する。

- 適切な呼びいれをする。失礼でない声かけを行い、明確に発音する。「次の方どうぞ」などではなく名前呼び入れる。（Ⅲ. 医療面接）
- 患者さんが入室し易いように配慮する。例えば、ドアをあける、導く、荷物置場を示すなどがある。（Ⅲ. 医療面接）
- 患者さんに椅子をすすめる。必要があれば介助する。（Ⅲ. 医療面接）
- 同じ目の高さで患者さんに対して挨拶をする。（Ⅲ. 医療面接）
- 患者さんに対して自己紹介をする。姓名ないしは姓のみを名乗る。明確に発音する。難しい漢字の場合は名札を示す。（Ⅲ. 医療面接）
- 患者さんにわかり易い言葉で会話する。（Ⅲ. 医療面接）
- 患者さんに対して適切な姿勢・態度で接する。（Ⅲ. 医療面接）
- 話を聴いている時に、患者さんにとって気になる動作をしない。例えば、時計を見る、ペンを回す、頬杖をつくなどの動作に注意する。（Ⅲ. 医療面接）
- 診察や手技の都合で患者さんの私物に触れるときには必ず許可を得る。
- グループ行動や廊下の歩行およびエレベータの中で、患者さんやご家族に不

快感を与えない。

2) 身だしなみ

患者さんやご家族、実習施設の職員に不快感を与えず、清潔な印象を与える身だしなみを心がける。

- 髪型、毛髪の色が不快感を与えず、清潔な印象である。
- 髭、爪の手入れがしてあり、不快感を与えず、清潔な印象である。
- 装飾品、化粧品は不快感を与えず、清潔な印象である。
- 口臭、体臭に留意し、不快感を与えず、清潔な印象である。

3) ユニフォーム（白衣）

- ボタンをきちんと留め、名札をつける。
- 胸元、袖口、裾から、あるいは生地を通して見える衣服の色、模様などに注意する。
- 診察中に飛び出さないよう、ポケットの内容を必要最小限にする。
- しわがついたり汚れたりしたら速やかに取り替える。

4) 履物

- 履物は動きやすく清潔感があり、足にフィットしているものを着用する。サンダルは不可である。感染予防の観点から、穴などがなく足全体を覆うものを用いる。

【共通の事前準備、実施手順および配慮】

(注) 医療面接や診察および手技を行う際の共通した項目を手順に従いできるだけ簡潔にまとめた。
 なお、【一般的事項】のすべての項目を網羅したものではない。

<p>医療面接や診察および手技を行う環境の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医療面接や診察および手技は患者さんの安全に配慮した環境で行い、必要に応じてエアコンや照明を調整する。 <input type="checkbox"/> 小児や高齢者などより一層安全管理に配慮する必要がある患者さんでは、看護師（または他の医療職）や患者さんのご家族に介助・陪席等を依頼する。 <input type="checkbox"/> 患者さんの話を聞くにあたり大部屋ではプライバシーに配慮し、窓やベッド周囲のカーテンを閉めるなどする。場合によっては場所を変える必要がないかを確認する。
<p>診察や手技の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医療面接や診察および手技にふさわしい身だしなみを整える。 <input type="checkbox"/> 診察や手技の内容や自分の服装に応じてユニフォーム（白衣）の袖をまくり、腕時計や装飾品などを外す。 <input type="checkbox"/> 標準予防策に従い医療面接や診察および手技の前には適切に手指衛生を行い、必要に応じてPPEを装着する。 (例) 咳をしている患者さんに対応する場合はマスクを着用する。
<p>診察や手技に用いる器具の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 聴診器などの患者さんに直接触れる非滅菌の診察器具はアルコール綿などで診察前に消毒する。 <input type="checkbox"/> 滅菌済みの器具を用いる場合は、適切に取り扱う。
<p>患者さんへの挨拶、自己紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> できるだけ患者さんと同じ目の高さで、「おはようございます」、「お待たせしました」など明確に挨拶する。 <input type="checkbox"/> 患者さんに対して自分の姓名または姓を聞こえるように明確に告げる。難しい漢字は名札を示す。
<p>患者確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者さんの姓名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。
<p>インフォームド・コンセント</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 患者さんに医療面接または身体診察、手技の目的と内容を伝えた了承を得る。
<p>患者さんの診察や手技に対する準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 診察、手技の内容に応じて、患者さんに装着物（眼鏡、義歯、腕時計、装飾品等）を外してもらったり、衣服をまくりたり脱いだりしてもらう <input type="checkbox"/> 患者さんに診察や手技の内容に適した体位や肢位をとってもらう。必要に応じて患者さんの移動や体位変換を適切に介助する。 <input type="checkbox"/> 咳をしている場合はマスクを着用してもらう。

患者さんの羞恥心への配慮
<input type="checkbox"/> 患者さんの羞恥心に配慮してバスタオルや診察用ガウンを適宜使用する。
マナーを守った診察や手技の内容に応じた適切なコミュニケーション
<input type="checkbox"/> 患者さんが戸惑わないように予告や指示などの声かけをする。 <input type="checkbox"/> 診察や手技、会話の内容に応じて適切なアイコンタクトを保つ。 <input type="checkbox"/> 患者さんにわかりやすく、丁寧な言葉遣いで会話する。 <input type="checkbox"/> 患者さんの状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。 <input type="checkbox"/> 患者さんが過度に緊張しないように自分の表情や仕草、声の音調などに配慮する。 <input type="checkbox"/> 患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。 <input type="checkbox"/> * 診察の区切りで指導医のもとで患者さんに所見を説明する。
疾病や診察手技に伴う苦痛への配慮
<input type="checkbox"/> 苦痛を伴う可能性がある場合は事前に伝える。 <input type="checkbox"/> 医療面接や診察時、患者に不快感を与えないよう適切な距離を保つ。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて手や聴診器等の診察・検査器具を温める。 <input type="checkbox"/> 痛みがあるとわかっている部位の打診や触診は最後にする。 <input type="checkbox"/> 患者さんに質問したり、患者さんから合図してもらうなどして診察や手技に苦痛を伴っているかどうか確認する。 <input type="checkbox"/> 患者さんの表情や体動からも、診察や手技に苦痛をともなっているかどうかを確認する。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて患者さんの移動や体位変換を適切に介助する。 <input type="checkbox"/> * (症状の強い場合) 医療面接、診察、手技を行うことが可能かどうかを患者さんに確認する。 <input type="checkbox"/> * (症状の強い場合) 患者さんが楽な姿勢でいられるように配慮する。
医療面接や診察および手技の安全な実施
【一般的事項】 (1) 医療安全 1)、 2)、 4)、 5) に述べた事項を遵守する。
医療面接や診察および手技の終了後
<input type="checkbox"/> 挨拶または「協力に対するお礼」を述べる。 <input type="checkbox"/> 患者さんが着衣などを整えるのを手伝う。必要に応じて患者さんの移動や体位変換を適切に介助する。 <input type="checkbox"/> 次のステップ (どこで待っていただくかなど) の説明をする。 <input type="checkbox"/> 装着していたPPEを適切に外し廃棄するなど医療廃棄物は適切に処理し、手指衛生を行う。 <input type="checkbox"/> 【一般的事項】 (2) 個人情報保護、プライバシー保護および診療録に関するセキュリティ管理 に述べた事項を遵守し診療録を記載する。

患者さんの視点に立った安全性の高い医療の提供が社会的責務である。医療上の事故の予防に加え、発生後の対応に関する学修も必要である。また、医療従事者自身の安全確保に関する学修内容も盛り込むことが適当である。このような学修は医学生が臨床実習開始前までに行う必要があり、また実習施設の実情に合わせた内容で行うことが重要である。

実習施設における急変患者さんへの対応は、原則として医療従事者が行うべきであるが、医療従事者が到着するまでの間、医学生が対応せざるを得ない状況も考えられる。従って、急変患者さんへの対応については、臨床実習開始前から臨床実習を通して十分に学修する必要がある。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

Ⅲ. 医療面接

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 導入部分：オープニング

- 適切な呼びいれをする。失礼でない声かけを行い、明瞭に発音する。「次の方どうぞ」などではなく名前呼び入れる。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 患者さんが入室しやすいように配慮する。例えば、ドアをあける、導く、荷物置場を示すなどがある。
- 患者さんに椅子をすすめる。必要があれば介助する。
- 同じ目の高さで患者さんに対して挨拶をする。
- 患者さんに対して自己紹介をする。姓名ないしは姓のみを名乗る。明確に発音する。難しい漢字の場合は名札を示す。
- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者さんの姓名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。
- 面接を行うことのできる了承を患者さんから得る。
- *（症状の強い場合）面接を行うことが可能かどうかを患者さんに確認する。
- *（症状の強い場合）患者さんが楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- 適切な座り方をする。患者さんとの距離、体の向き、姿勢、メモの位置などに注意する。
- 面接の冒頭で患者さんの訴えを十分に聴く。

(3) 患者さんとの良好な（共感的）コミュニケーション

- 患者さんと適切なアイコンタクトを保つ。質問する時だけでなく、患者さんの話を聴く時にも適切なアイコンタクトを保つ。
- 患者さんに分かりやすい言葉で会話する。
- 患者さんに対して適切な姿勢・態度で接する。
- 話を聴いている時に、患者さんにとって気になる動作をしない。例えば、時計を見る、ペンを回す、頬杖をつくなどの動作に注意する。
- 患者さんの状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。
- 積極的な傾聴を心がける。冒頭以外でもできるだけ開放型質問を用いて患者さんが言いたいことを自由に話せるように配慮する。
- コミュニケーションを促すような言葉がけ・うなずき・あいづち・間の取り方を適切に使う。
- 患者さんが話しやすい聴き方をする。例えば、患者さんの話を遮らない、過剰なあいづちをしないなどに注意する。
- 患者さんの言葉を繰り返したり、適切に言い換えたりする。

- 聴きながら、必要があれば適宜メモをとる。
- 患者さんの気持ちや患者さんのおかれた状況に共感していることを、言葉と態度で患者さんに伝える。言葉がけの内容に態度が伴わない場合は不適切である。
- 患者さんの訴えや経過を患者さんの言葉を使って適切に要約する。
- 患者さんの訴えや経過の要約に間違いがないかを確認する。

(4) 患者さんに聞く（話を聴く）：医学的情報

(注) 医学的情報に関することと心理・社会的情報は重なる部分もある。

- 症状のある部位を聞く。
- 症状の性状を聞く。症状の性質、頻度、持続時間などで表現される。
- 症状の程度を聞く。症状の強度、頻度、持続時間などで表現される。
- 症状の経過を聞く。症状の発症時期、持続期間、頻度や程度の変化など。
- 症状の起きる状況を聞く。
- 症状を増悪、寛解させる因子を聞く。
- 症状に随伴する他の症状（重要な陰性所見も含む）を聞く。
- 症状が患者さんの日常生活に及ぼす程度を聞く。
- 症状に対する患者さんの対応を聞く。
 - 対処行動を聞く。安静、市販薬の使用、冷却/加温など。
 - 受療行動を聞く。他医受診（代替医療も含む）の有無と処方内容やその効果。
- 睡眠の状況を聞く。
- 排便の状況を聞く。必要に応じて排尿の状況についても聞く。
- 食欲（食思）の状況を聞く。
- 体重変化を聞く。
- （女性の場合）月経歴を聞く。
- 健診・検診歴も含む既往歴を聞く。
- 常用薬等を聞く。
- 家族歴を聞く。血縁家族と同居家族の違いを意識して聞く。
- アレルギー歴を聞く。薬品、食物など外因性のもの。
- 嗜好を聞く。飲酒（量を含む）、喫煙（本数・期間を含む）など。
- 生活習慣を聞く。一日の過ごし方。
- 社会歴を聞く。職歴、職場環境など。
- 生活環境および家庭環境について聞く。衛生環境やペットなど。
- 海外渡航歴を聞く。
- ＊システムレビュー（review of systems）を行う。
- ＊得た情報から診断を推論し、診断仮説に基づいてさらに必要な情報を得る。

(5) 患者さんに聞く（話を聴く）：心理・社会的情報

(注) 医学的情報に関することと心理・社会的情報は重なる部分もある。

- 患者さんの（今回の）病気や医療に関する考えや理解（「解釈モデル」）を聞く。
- 患者さんの生活や仕事などの社会的状況を聞く。

➤家族、仕事の状況、人間関係など

- 患者さんの特に気になっていることや、心配していることなどの心理的状況を詳しく聞く。
- 患者さんの検査や治療に関する希望や期待、好みなどを聞く。
- 患者さんのこれまでの病気に対する対処行動・受療行動を聞く。

(6) 患者さんに話を伝える

- 患者さんに分かりやすい言葉で話をする。
- 患者さんが話を理解できているかどうか確認する。
- 話の途中でも患者さんに質問がないかを確認する。
- 患者さんが質問や意見を話せるように配慮する。
- *治療やマネジメントに関して意思決定を支援するために、患者さんと情報を共有する。

(7) 締めくくり部分：診察への移行/クロージング

- 患者さんの言葉を使って要約し、間違いがないか確認する。
- 聞き漏らしや質問がないか尋ねる。例えば、「他に付け足すことや、ご質問はありますか？」など。
- 面接終了後、患者さんが次にどうしたら良いかを適切に伝える。
 - （身体診察へ移行する場合）
身体診察を始めることを伝える。
 - （クロージングする場合）
患者さんが退室する際に配慮する。必要があれば介助する。
挨拶をする。例えば、「おだいに」「お気をつけて」など。
*何かあればいつでも連絡できることを患者さんに伝える。

(8) 全体をととして

- 順序立った面接：主訴の聞き取り、現病歴、その他の医学的情報、心理・社会的情報の聴取などを系統的に、あまり前後せずに順序立てて進める。
- 流れに沿った円滑な面接：患者さんの話の流れに沿って面接を進め、話題を変えるときには（特に家族歴・既往歴・心理社会的情報などの聴取に移るとき）、唐突でなく適切な言葉がけをする。例えば「症状と関連することもあるので、ご家族のことについて伺わせてください」など。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

IV. 全身状態とバイタルサイン

(注) 全身状態の把握は診療の全過程を通して行われる。

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 全身状態を確認すること、体温、呼吸、脈拍、血圧を測定することを事前に説明し同意を得る。
- 高齢者や日常生活動作〈ADL〉に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 診察を患者さんの安全に配慮した環境で行う。
- 血圧測定時、マンシェットの加圧で患者さんに苦痛、傷害を与えないようにする。
- 体温計の使用前または使用後にアルコール綿で清潔にし、体温測定時、体温計が体液等により汚染されていないように留意する。

(3) 第一印象

- 短時間で全身状態を推測する。
- *緊急度・重症度、精神状態により異なる対応をする。
(救急の対応を要する場合は「XI. 救急」を参照。)

(4) 視診

- 体型・体格・発達を観察する。肥満、やせ、低身長、筋肉質など。
*小児の場合は成長・発達の状況も把握する。
- 栄養状態を観察する。
- 身なりを観察する。清潔さ、化粧の状態や着衣の乱れなど。
- 体位・姿勢・動作を観察する。体位では、臥位・座位・立位など。姿勢・動作では、起立、歩行、着・脱衣の様子、麻痺や振戦、不随意運動など。
(「Ⅷ. 神経」および「Ⅸ. 四肢と脊柱」を参照。)
- 呼吸状態を観察する。過呼吸、努力性呼吸、起座呼吸 など。
(「(9)バイタルサイン 2)呼吸」を参照。)
- 顔貌を観察する。苦悶様顔貌、仮面様顔貌、満月様顔貌など。
- 皮膚を観察する。蒼白、黄染(眼球結膜を含む)、紅潮、チアノーゼ(口唇を含む)、刺青など。
- 浮腫を観察する。全身性浮腫、局所性浮腫。
(「(11)下肢の観察」を参照。触診も併せて行うこともある。)
- 軀幹・四肢を観察する。変形、欠損など。
(「Ⅷ. 神経」および「Ⅸ. 四肢と脊柱」を参照。)
- 眼鏡・補聴器・義歯・装具の有無を観察する。

(5) 意識レベル

「Ⅷ. 神経」および「Ⅺ. 救急」を参照。

(6) 触診

- 脈を触診する。頻脈、徐脈、不整、緊張など。
(「(9)バイタルサイン 3) 橈骨動脈の触診」などを参照。)
- 発汗の状態を把握する。乾燥、湿潤。
- 体表温を把握する。冷感、熱感。
- 表在性リンパ節を触診する。頭頸部（Ⅴ. 頭頸部を参照）、*腋窩部（Ⅹ. 基本的臨床手技【一般手技】(9)*乳房の診察を参照）、*鼠径部（Ⅶ. 腹部を参照）。
- *ツルゴール（皮膚の緊張性）の低下を評価する

(7) 臭い

- 体臭・口臭。アルコール臭、ケトン臭、尿臭、便臭など。

(8) 身体計測

- 身長・体重を測定する。
- body mass index (BMI) を身長と体重から求める。

(9) バイタルサイン

1) 体温

- 測温部が腋窩の最深部に当たるように体温計を挿入する。
- 腋窩を閉じて、それぞれの体温計の必要とされる時間測定する。

2) 呼吸

- *体位を確認する。呼吸困難のときの起坐位、側臥位など特異な体位の有無など。
- 胸部全体を露出してもらい診察をする。
- 呼吸を観察する。型・リズム・速さ・深さ・喘鳴の有無。
- 呼吸数を測定する。呼吸リズムが規則的である場合、30秒数えて2倍し、毎分〇〇回と記録する。
- パルスオキシメータを装着し、経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO₂) を測定する。

3) 橈骨動脈の触診（座位・仰臥位）

- これから脈拍測定をする旨を告げ、リラックスするように声をかける。
- 両側の橈骨動脈に検者の3本の指（示指・中指・環指）を同時に当てる。
- 左右差の有無を確認する。
- 不整の有無を確認する。
- 3本の指を使って緊張度を診る。
- *脈の性質を診る。大脈、小脈、速脈、遅脈、奇脈など。
- 左右差がないのを確認してから片方の腕で脈拍数を数える。脈が整である場合、15秒数えて4倍し、毎分〇〇回と記録する。

4) 血圧測定の前準備（座位・仰臥位）

- これから血圧を測定する旨を告げ、リラックスするように声をかける。
- 血圧計を使用できる状態にセットする。
- マンシエットの大きさが患者さんの年齢や体格に対して適切であることを確認する。
- 座位の場合、枕や支持台を利用して上腕の位置が心臓の高さとなるように調節する。
- 十分に上腕を露出する。
- 肘が曲がらないようにする。
(注) 特に坐位の際に注意が必要である。
- 上腕動脈を触診して位置を同定する。
- マンシエットのゴム囊の中央が上腕動脈の真上にくるように巻く。ゴム管は頭側でも末梢側でもよい。
- マンシエットの下端と肘窩との間隔は約2cmあけて巻く。
- マンシエットは指が1-2本入る程度のきつさで巻く。

5) 触診法による上肢の血圧測定 (座位・仰臥位)

- 橈骨動脈を適切に触れる。肘窩上腕動脈でもよい。
- カフ圧を70mmHgまで速やかに上昇させその後10mmHgずつ上げてゆく。
- 橈骨動脈の脈が触れなくなった圧からさらにカフ圧を20~30mmHg上まで速やかに上昇させる。
- その後、1秒間に2mmHgずつカフ圧を下げる。
- 脈が触れ始める値を収縮期血圧とする。
- 収縮期血圧値が決定した後は急速にカフ圧を下げる。

6) 聴診法による上肢の血圧測定 (座位・仰臥位)

- 聴診器のイヤピースを外耳道の方向にあわせて装着し、チェストピースを適切に把持する。
- 聴診器のチェストピースを肘窩の上腕動脈の上に置く。膜型でもベル型でもよい。
- 触診法で決定した収縮期血圧から20~30mmHg上までカフ圧を速やかに上げる。
- その後、1秒間に2mmHgずつカフ圧を下げる。
- Korotkoff音が聞こえ始めた値を収縮期血圧とする。
- Korotkoff音が聞こえ始めても、同じスピードでカフ圧を下げる。
- Korotkoff音が聞こえなくなった値を拡張期血圧とする。ただし、Korotkoff音が聞こえなくなっても10mmHgはゆっくりカフ圧を下げ、再度聞こえることがないのを確認する。
(注) 聴診間隙を確認する目的である。
- それ以後は急速にカフ圧を下げる。
- 30秒おいてもう1回測定し、2回の平均値をとって血圧とする。
- 同様に反対側の血圧を測定する。
(注) 初診では必ず両側で測定する。
- 血圧値を正しく述べる。単位mmHgをつけて、収縮期血圧/拡張期血圧の順に記録する。

(10) 下肢の脈拍・血圧測定**1) 足背動脈の触診**

- 仰臥位になってもらう。
- 長母趾伸筋腱を確認する。母趾をやや背屈させるとわかりやすい。
- 長母趾伸筋腱のやや外側に示指と中指、または、中指と環指の指先を軽く当てて、足背動脈の拍動を触知する。
- 両側の足背動脈を同時に触診し、左右差を確認する。
(注) 健常者でも足背動脈は触れにくいことがある。

2) 後脛骨動脈の触診

- 仰臥位になってもらう。
- 内果の背側やや下方に沿うように示指と中指、または中指と環指の指先を強く当てて、拍動を触知する。
- 両側の後脛骨動脈を同時に触診し、左右差を確認する。

3) 膝窩動脈の触診

- 仰臥位になってもらう。
- 一方の膝関節を軽く曲げた状態にして両手で保持する。
- 両手で包み込むように、母指は膝蓋骨の前面に置き、示指～環指（または～小指）は指先を合わせる形で膝窩に深く入れる。通常は示指、中指の指先で拍動を触知する。
- 両側を触診し、左右差を確認する。

4) * 大腿動脈の触診

- 仰臥位になってもらう。
- 羞恥心に配慮しつつ、鼠径部を露出してもらう。
- 上前腸骨棘と恥骨結合の midpoint 付近の鼠径靭帯の下方にて、示指と中指、または、中指と環指の指先で拍動を触知する。
- 両側を触診し、左右差を確認する。

5) * 触診法による下肢の血圧測定

- 仰臥位になってもらう。
- 後脛骨動脈を触診する。足背動脈でも良い。
- マンシエットの下端が内果の直上にあるように巻く。
- マンシエットは指が1-2本入る程度のきつさで巻く。
- 触診法による上肢の血圧測定と同じ手順で、血圧を測定する。
- 上肢と下肢の血圧からAnkle-Brachial Index (ABI) を計算する。

6) * 聴診法による大腿の血圧測定

- 腹臥位になってもらう。
- 膝窩動脈の走行を確認する。
- 大腿用マンシエットをゴム嚢中央が大腿後面で大腿の下1/3が覆われるように巻く。
- 聴診法による上肢の血圧測定と同じ手順で、膝窩動脈に聴診器を当て、血圧を測定する。

(11) 下肢の観察

1) 下腿・足背の浮腫

- 両側の足背部ないしは脛骨前面で浮腫の有無を見る。
- 母指または示指～環指の指腹で5秒以上（約10秒）圧迫し、圧痕の有無を観察する。圧痕があれば浮腫（pitting edema）ありとする。
- *圧痕の深さにより1～4度に分類する。
- *リンパ浮腫など、固く、圧痕を示さない浮腫もある。

2) * 下肢静脈瘤

- 立位になってもらう。
- 両側の伏在静脈系に静脈瘤がないか視診する。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

V. 頭頸部

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 頭頸部の診察を行うことを事前に説明し同意を得る。
- 高齢者や日常生活動作〈ADL〉に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 耳鏡、鼻鏡、舌圧子、ペンライト、音叉などは患者さんに外傷や苦痛を与えないよう正しく使用する。
- 耳鏡のスペキュラ、鼻鏡、舌圧子など患者さんに使用した器具は適切に処理をする。

(3) 頭頸部の診察

1) 頭

- 顔・顔貌を観察する。顔色、表情および左右差、浮腫（特に眼瞼、眼瞼周囲）、皮疹など。
- 頭髪を観察する。脱毛、頭髪の色調など。
- 頭皮を観察する。頭髪を掻き分けて頭皮全体を観察する。皮疹、腫瘤など。
- 頭皮・頭蓋を触診する。変形、腫瘤、圧痛など。

2) 眼

- 眼瞼結膜を観察する。指で下眼瞼を押し下げて眼瞼結膜を露出させ観察する。充血、浮腫、貧血など。
- 眼球結膜を観察する。指で下眼瞼を押し下げ上方視してもらう、または上眼瞼を押し下げて下方視してもらうなどの方法で、角膜の上または下の眼球結膜を観察する。充血、黄染、出血など。
- 眼球突出を観察する。眼球突出が疑われる場合は、両側方または後上方から確認する。
- 瞳孔、虹彩を観察する。左右差および色・形、水晶体の混濁など。
- 視野を検査する。（「Ⅷ. 神経」を参照。）
- 眼球運動を検査する。（「Ⅷ. 神経」を参照。）
- 対光反射を検査する。（「Ⅷ. 神経」を参照。）
- 眼底を検査する。（「Ⅷ. 神経」を参照。）
- 必ず両側を診察する。

3) 耳

- 耳介およびその周囲を観察する。変形、結節、皮疹など。
- * 耳介およびその周囲を触診する。耳介の牽引による痛み、耳介前後部の圧痛を確認する。
- * 聴力を検査する。（「Ⅷ. 神経」を参照。）
聴力に異常がある場合、音叉を用いWeber試験、Rinne試験を行う。

- 耳介を後上方に引いて外耳道入口部を観察する。
- 耳鏡にスペキュラを装着して、横から覗きながら外耳道内へ耳鏡の先端を挿入する。
- 安全確保のため耳鏡を保持している手の一部を患者さんの頭部に当てて固定し、耳鏡を覗きながら痛みを生じないように注意深く先端を進める。
- 耳鏡で外耳道・鼓膜を観察する。発赤、腫脹など。
(注) 耳鏡の挿入による外耳道への傷害を起こさないように十分に配慮する。臨床実習前にはシミュレータを用いて学習し、臨床実習では指導医の指導のもとで行う。
- 必ず両側を診察する。

4) 鼻・副鼻腔

- 鼻の全体の形状、皮膚の所見を観察する。変形、皮疹など。
- 副鼻腔（上顎洞・前頭洞）の圧痛、叩打痛を確認する。
- ＊片方ずつ鼻翼を圧迫して鼻孔を塞ぎ、呼気または吸気で通気を確認する方法や、金属板の曇りを確認する方法などにより鼻閉塞の有無を確認する。
- ＊鼻鏡を用いて鼻腔を観察する。
- 必ず両側を診察する。

5) 口唇・口腔・咽頭

- 口唇を観察する。チアノーゼ、水疱、色素沈着など。
- 歯を観察する。欠損、う歯、色素沈着など。
- 歯肉を観察する。発赤、腫脹、出血など。
- 頬粘膜を観察する。潰瘍、出血、白苔など。
- 舌を観察する。舌を観察することを告げ、口を大きく開けてもらう、または舌を出してもらい舌背を観察する。適切な指示（例「舌を右に寄せてください。」など）、または舌圧子の使用により舌縁を観察する。腫瘍、潰瘍、舌乳頭萎縮など。
- 口腔底・舌下面を観察する。適切な指示により舌を挙上してもらい、口腔底・舌下面を観察する。腫瘍、舌小帯短縮など。
- 硬口蓋を観察する。口蓋を十分に観察できるように、患者さんに頸部を後屈してもらい、または観察者が下方から口蓋を覗き込む。腫瘍、潰瘍、出血斑など。
- 軟口蓋・咽頭後壁を観察する。発赤、腫脹、リンパ濾胞の腫大など。
- 口蓋扁桃を観察する。腫脹、左右差、発赤、白苔など。
- ペンライトを適切に使用する。観察部位に的確に光を当て、口腔内に入れたり口唇に触れたりしないようにする。
- 軟口蓋および咽頭後壁、口蓋扁桃を観察する際には、「アー」と発声してもらいなどの方法で十分な視野を確保する。
- 舌圧子を用いて診察する際、咽頭後壁観察時は舌圧子で舌の中央部を押し下げ、頬粘膜や歯・歯肉の観察時は舌圧子で頬粘膜を歯列から引き離す。
- 舌圧子は不潔にならないように操作し、使用後は感染性廃棄物として適切に処理する。
- 必ず両側を診察する。

6) 唾液腺

- 耳下腺を触診する。示指～環指の指腹を使って触診する。
- 顎下腺を触診する。患者さんに軽く頸部を前屈してもらい示指～環指の指腹を使って触診する。
- 片側ずつ、触診している唾液腺に意識を集中して丁寧に診察する。
- 必ず両側を診察する。

7) 頭頸部リンパ節

- 後頭リンパ節を触診する。示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように触診する。
- 耳介後リンパ節を触診する。示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように触診する。
- 耳介前リンパ節を触診する。示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように触診する。
- 顎下リンパ節を触診する。患者さんに軽く頸部を前屈してもらい下顎骨に向かって掘るように触診する。
- オトガイ下リンパ節を触診する。患者さんに軽く頸部を前屈してもらいオトガイ部に向かって掘るように触診する。
- 下顎角直下リンパ節を触診する。示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように触診する。
- 浅頸リンパ節（胸鎖乳突筋より表層のリンパ節）を触診する。示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように触診する。
- 深頸リンパ節（胸鎖乳突筋より深部のリンパ節）を触診する。患者さんの頸部を診察している側に傾けてもらうなどの方法で胸鎖乳突筋の緊張をとり、同筋をつかむようにしてその裏のリンパ節を触診する。
- 後頸三角リンパ節を触診する。僧帽筋前縁、胸鎖乳突筋後縁、鎖骨で囲まれた後頸三角を示指～環指（または示指と中指）の指腹を皮膚に密着させ、円を描くように限なく触診する。
- 鎖骨上窩リンパ節を触診する。鎖骨の裏側を探るように触診する。
- 片側ずつ、触診しているリンパ節に意識を集中して丁寧に診察する。
- *腫脹がある場合、数、部位、大きさ、形状・集簇性、表面の性状、硬さ、圧痛、可動性を診る。
- 必ず両側を診察する。



8) 甲状腺

- 甲状腺を観察する。嚥下してもらいながら正面から甲状腺を観察し、腫大が疑われる場合は側面からも観察する。
- 甲状腺峡部を触診する。輪状軟骨の位置を確認し、示指の指腹で甲状腺峡部を軽く触診する。または母指の指腹で触診する。
- 甲状腺葉部を触診する。片手の母指で気管を固定し、対側の母指の指腹で胸鎖乳突筋の裏側に向かって触診する。または背部から両側の示指～環指の指腹を使って甲状腺峡部および両葉を触診する。
- 嚥下してもらいながら正面から、もしくは背部から甲状腺葉部を触診する。
- *甲状腺腫が疑われるときは、甲状腺を聴診し血管雑音の有無を確認する。

9) * 気管

- 気管を観察する。短縮、偏位など。

10) 頸部血管

- 頸部血管を診察する。（「VI. 胸部」を参照。）

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

VI. 胸部

(注) 診察の順序は、患者さんの病態に応じて変える必要がある。

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 胸部を露出し胸部診察を行うことを事前に説明し同意を得る。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 激しく咳をしている患者さんを診察する場合は、互いにマスクを着用し感染防御に注意する。
- 頸動脈の診察では、聴診であらかじめ血管雑音のないことを確認した上で触診を行う。
- 痛みのある領域の打診や叩打診は苦痛を与えないように実施する。

(3) 聴診器の使用

- 聴診器のイヤピースを外耳道の方向にあわせて装着し、チェストピースを適切に把持する。
- 目的に応じて、膜型、ベル型を使い分ける。

(注) ベル型は低音域、Ⅲ音、Ⅳ音の聴診に使う。

ベル型では胸壁をかるうじて覆う程度に軽く圧着させ、膜型では胸壁にしっかり押しつけて聴診する。

肺尖部の聴診では、ベル型を胸壁に密着させて用いてもよい。

(4) 診察の準備

- 患者さんの羞恥心に配慮してバスタオルや診察用ガウンを適宜使用する。
- 頸部を含む胸部全体を診察できるように準備する。

(5) 頸部血管

1) 視診

- 外頸静脈を観察する。
(注) 正常では仰臥位で輪郭を認める。座位では認めないことが多いが、息こらえをすれば怒張し、確認できる。
- * 右内頸静脈の拍動を仰臥位で観察する。
(注) 正常では仰臥位で拍動が周囲の筋肉・皮膚に伝搬しているのを確認できる。頸静脈は陰性波の拍動がより明瞭だが、頸動脈は陽性波の拍動が中心に観察される。
- * 座位や半座位で内頸静脈拍動を観察する。
(注) 頸静脈の観察により右房圧の推定ができ、右心系疾患や呼吸器疾患などの診断の補助となる。正常では座位では拍動を認めない。

2) 聴診

- 下顎角直下約2cmの部位で頸動脈の聴診を両側で行う。

3) 触診

- 一側ずつ頸動脈を甲状軟骨の高さで示指、中指（または母指）の指腹を使って軽く触診をする。
- 触診は必ず聴診の後に行う。
（注）頸動脈硬化が疑われる場合には触診は行わない。

(6) 前胸部の視診

- 解剖学的部位を特定する。胸骨角、剣状突起。
- 皮膚所見を確認する。皮疹・着色斑・手術痕など。
- 胸郭の形状、輪郭を確認する。変形・左右差など。

(7) 心臓

（注）心臓の診察は基本的に仰臥位・左側臥位で行うことが推奨されているが、状況に応じ座位で行う。

1) 視診

- 心尖拍動を確認する。
- 胸壁拍動を確認する。右室隆起による胸骨下部および傍胸骨拍動、大動脈瘤による拍動など。

（注）心尖拍動は左側臥位で確認しやすい。

2) 触診

- 心尖拍動の位置と広がり第5肋間左鎖骨中線付近で指先と手掌で確認する。
- 前胸部（胸骨下部および傍胸骨）の胸壁拍動を手掌近位部で確認する。
- 振戦（スリル）の有無を手掌遠位部で心臓聴診の4領域に相当する範囲において確認する。

（注）心尖拍動は左側臥位で触れやすい。

3) 聴診

- 大動脈弁領域（第2肋間胸骨右縁）・肺動脈弁領域（第2肋間胸骨左縁）・三尖弁領域（第4, 5肋間胸骨左縁）・心尖部（第5肋間左鎖骨中線）の4領域を膜型で聴診する。

（注）4領域と表現しているが、各弁に相当するものではない。聴診は心基部から心尖部に向かっても、心尖部から心基部に向かっても聴診しても良い。なお、聴診部位として4領域の他に第3肋間胸骨左縁Erbの領域も重要である。

- 心尖部はベル型でも聴診する。

（注）臥位で診察するときは、仰臥位で4領域を聴取したあと、左側臥位で心尖部をベル型で聴取する。

4) 心音

- I音とII音を同定する。
- II音の分裂を確認する。
- ベル型でIII音、IV音を確認する。

（注）III音、IV音は左側臥位でよく聞こえる。

5) 心雑音

- 収縮期雑音か拡張期雑音か（時相）を区別する。
- ＊最強点と放散方向を確認する。
- ＊強度（Levine分類）と音調（高調性か低調性か）を確認する。

(8) 呼吸

「IV. 全身状態とバイタルサイン」を参照。

(9) 肺（前胸部）

1) 視診

- 鎖骨上窩・肋間の吸気時の陥凹の有無を確認する。
- 呼吸時の胸壁運動の左右差の有無を確認する。

2) 打診

- 左（右）手を広げ、その中指の中節骨部またはDIP関節部を、曲げた右（左）中指で手首のスナップを効かせて弾むように原則として2回ずつ叩き、打診する。
- 肺尖・側胸部・胸郭下端を含む胸部全体（8か所以上）を打診する。
- 左右交互に上から下へ打診して、左右差を確認する。

3) 聴診

- 深呼吸をしてもらう。
- 同一部位で吸気と呼気の両方を聴診する。
- 肺尖・側胸部・胸郭下端を含む胸部全体（8か所以上）を聴診する。
- 左右を交互に比較して聴診し、左右差を確認する。

4) 呼吸音

- 正常呼吸音（気管呼吸音、気管支呼吸音、肺泡呼吸音）を聴取できる。
- ＊呼吸音の異常（減弱・消失、増強）を聴取できる。

5) 副雑音

- 断続性ラ音（coarse crackles、fine crackles）を聴取できる。
- 連続性ラ音（wheezes、＊rhonchi、＊stridor）を聴取できる。
- ＊胸膜摩擦音を聴取できる。

(10) 背部診察の準備

- 患者さんに背部を露出してもらい、患者さんの背面に移動するか、または患者さんに背中を向けてもらう。

(11) 背部の視診

- 解剖学的部位を特定する。第7頸椎棘突起（隆椎）、肩甲骨下角。
- 皮膚所見を確認する。皮疹・着色斑・手術痕など。
- 胸郭の形状、輪郭を確認する。変形・左右差など。

(12) 肺（背部）

1) 視診

- 呼吸時の胸壁運動の左右差の有無を確認する。
- 肋間の吸気時の陥凹の有無を確認する。

2) * 触診

- 声音振盪を確認する。

3) 打診

- 背部全体（8か所以上）を打診する。前胸部と比べてより下部まで行う。
- 左右交互に上から下へ打診して、左右差を確認する。
- 両側の肺底部の清音と濁音の境界を確認する。片側ずつ肩甲線を頭側より打診し決定する。
- * 横隔膜の呼吸性移動を確認する。

4) 聴診

- 深呼吸をしてもらう。
- 同一部位で吸気と呼気の両方を聴診する。
- 前胸部と比べてより下部まで背部全体（8か所以上）を聴診する。
- 左右を交互に比較して聴診し、左右差を確認する。

5) 呼吸音

- 正常呼吸音（気管呼吸音、気管支呼吸音、肺泡呼吸音）を聴取できる。
- * 呼吸音の異常（減弱・消失、増強）を聴取できる。

6) 副雑音

- 断続性ラ音（coarse crackles、fine crackles）を聴取できる。
- 連続性ラ音（wheezes、*rhonchi、*stridor）を聴取できる。
- * 胸膜摩擦音を聴取できる。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていないかともよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

VII. 腹部

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

1) 腹部全般

- 腹部を露出してもらうことを事前に説明し同意を得る。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 痛みのある領域の打診や叩打診及び触診は過度に苦痛を与えないように実施する。

2) * 直腸診

- 直腸診の目的を患者さんに説明する。
- 直腸診の方法の概略を患者さんに説明する。
- 患者さんが直腸診の内容を理解したことを確認し、実施の承諾を得る。
- 看護師（または他の医療職）が陪席していることを確認する。
- 糞便、体液による汚染防止に留意し、使用後の用具は感染性廃棄物入れに廃棄する。

(3) 診察の順序と事前の注意事項

- ベッドに仰向けになってもらい、腹部を十分に露出してもらう。
（注）一般的には、患者さんの右側に立って右手で診察することが推奨されている。
可能な限り心窩部から恥丘、鼠径部までの範囲を診察できるようバスタオルなどを用いて、羞恥心に配慮する。
以下、特に記載がない場合の診察体位は仰臥位とする。
- 視診－聴診－打診－触診 の順序で診察を進める。
- 腹痛のある患者さんの場合は、まずその場所を聞いておく。
- 視診・聴診・打診では十分な診察範囲を確保するために両膝を伸ばした状態で診察を行う。
- 触診でも両膝を伸ばした状態で診察を行うが、腹壁の緊張がある場合は膝を軽く曲げる、膝の下へ枕を挿入する、上肢を挙上している場合は体の脇に下ろしてもらう、などの工夫をする。

(4) 視診

- 腹部の輪郭を観察する。左右非対称・腹水などによる横への張り出し。
- 腹部の形状を観察する。平坦・膨隆・陥凹。
- 腫瘤の有無を観察する。
- 皮疹・着色斑・手術瘢痕・静脈怒張・皮膚線条・拍動などの有無を観察する。
（注）腹部の視診においては、上方および側方からくまなく観察する。

形状は胸郭レベルまたは剣状突起と恥骨結合とを結ぶ仮想線を基準にする。

(5) 聴診

1) 聴診への導入

- 聴診器で腹部の音を聴くことを説明する。
- 聴診器が冷たくないか触って確認する。冷たいときは温める。
- 聴診器が冷たかったら、その旨を伝えるように促す。

2) 腸蠕動音の聴診

- 腹壁に膜型聴診器を軽く当てて腸蠕動音を聴診する。
- 腸蠕動音の聴診は十分時間をかけて聴取する（1, 2か所の聴診でよい。）。
- * 腸蠕動音の頻度（亢進・低下・消失）や性状（金属性などの異常音の有無）を判断する。

3) 腹部の血管音の聴診

- 膜型聴診器を押し当てて大動脈音を直上で聴診する。
- * 膜型聴診器を押し当てて左右の腎動脈音を直上で聴診する。
- * 膜型聴診器を押し当てて左右の総腸骨動脈音を直上で聴診する。

4) * 振水音を聴診する。

- イレウスが疑われる場合には、上腹部に膜型聴診器を押し当てて腹部全体を両手で強めに揺すって聴診する。

(6) 打診

1) 打診の導入と基本手技

- 腹部を叩いて（打診で）診察することを説明する。
- 手が冷たくないことを確認し、必要に応じて温める。
- 手が冷たかったら、その旨を伝えるように促す。
- 左（右）手を広げ、その中指の中節骨部またはDIP関節部を、曲げた右（左）中指で手首のスナップを効かせて弾むように原則として2回ずつ叩き、打診する。
- 痛みがあるとわかっている場合は、その部位の打診は最後にする。

2) 腹部全体の打診

- 腹部の9領域（左上・中・下、中央上・中・下、右上・中・下）を打診する。
- 打診しながら口頭あるいは顔の表情で痛みを確認する。
- 打診音の異常の有無を確認する。

3) 肝臓の打診

- 肝臓の上界（肺肝境界）を、右鎖骨中線で、頭側からの打診で判断する。
- 肝臓の下界を、右鎖骨中線で、尾側からの打診で判断する。

4) 脾臓の打診

- Traube三角（第6肋骨、肋骨下縁、前腋窩線で囲まれた範囲）に濁音界がない（鼓音である）かどうかを判断する。

(7) * 叩打診

1) 肝臓の叩打診

- 右肋骨弓頭側に平手を置き、反対側の手拳の尺側面で優しく叩き、肝臓の叩打痛の有無を診察する。

2) 脾臓の叩打診

- 左肋骨弓頭側に平手を置き、反対側の手拳の尺側面で優しく叩き、脾臓の叩打痛の有無を診察する。

3) 腎臓の叩打診

- 側臥位または座位で肋骨脊柱角（CVA）に平手を置いて、反対側の手拳の尺側面で優しく叩き、叩打痛の有無を診察する。平手を置かず直接叩打しないこと。両側で行い比較する。

(8) 触診

1) 触診の導入と基本手技

- 腹部を触って診察することを説明する。
- 手が冷たくないことを確認し、必要に応じて温める。
- 手が冷たかったら、その旨を伝えるように促す。
- 腹部の9領域（左上・中・下、中央上・中・下、右上・中・下）を触診する。
- 痛みがあるとわかっている場合は、その部位の触診は最後にする。
- 触診しながら口頭や顔の表情で痛みを確認する。

2) 浅い触診

- 片手で、示指から小指まで指をそろえて浅く圧迫しながら触診する。指は立てない。
- 腹壁を1cm以上圧迫しない程度に行う。
- 圧痛、筋抵抗、表層の臓器や腫瘍の有無を判断する。
- 腹壁筋の筋抵抗は、随意・不随意の緊張の有無から判定する（筋性防御・筋強直）。

3) 深い触診

- 片手、または両手で（片手を腹壁に置き、反対の手で力を加え）、示指から小指まで指をそろえて深く探るように触診する。
- 手を押し下げ、少し手前に引くように触診する。
- 腫瘍の有無を判断する。

4) 肝臓の触診

- 打診で推定した肝臓の下縁よりも十分に尾側の右鎖骨中線上に右（左）手を置く。
- 左（右）手を背部に置き、肝臓を持ち上げながら触診する。（肝臓を持ち上げないで片手で、あるいは両手を腹部に重ねるように添えて触診してもよい。）
- 患者さんに腹式呼吸をしてもらい、呼気時に右（左）手の指を深く入れる。
- 次の吸気時の腹壁の上がりよりも少し遅れて右（左）手が上がるようにして、肝臓の下縁を触れる。
- 示指、中指の指先（やや母指側）または肋骨弓に平行に置いた示指の母指側の側面で触れる。
- 手を置く部位を少しずつ頭側へ近づけながら触診を繰り返す。

5) 脾臓の触診

- 胸郭／肋骨籠 (rib cage) を後ろから支える様に左 (右) 手を背部に当てる。患者さんに右側臥位になってもらってもよい。
- 右 (左) 手を左肋骨弓の尾側に置く。
- 患者さんに腹式呼吸をしてもらい、呼気時に右 (左) 手の指を深く入れる。
- 次の吸気時に、腹壁の上がりよりも少し遅れて右 (左) 手が上がるようにして脾臓を触診する。

6) * 腎臓の触診

- 左 (右) 手を背部の右第12肋骨の尾側に平行に置き、指先が肋骨脊柱角 (CV A) に届くようにする。
- 右腎を腹側 (上方) に持ち上げるようにする。
- 右 (左) 手を上腹部、腹直筋の外側に平行になるように置く。
- 患者さんに腹式呼吸をもらう。
- 最吸気時に腹壁の上がりよりも少し遅れて右 (左) 手が上がるようにする。
- 次の呼気時に、腎臓を両手で捕獲する気持ちで腎下極を挟み込むように触診する (腎臓は上方に滑る)。
- 右腎と同様に左腎を触診する (可能であれば患者さんの左側に移動する)。

(9) 病態に応じた精密診察法

1) * 腹水の評価

- 看護師 (または他の医療職) または患者さん自身の手の側面を腹部正中線上に縦に立ててもらい、側腹部を手指で軽く叩いて衝撃を加え、対側の側腹部に置いた別の手に波動を感じとる。
- shifting dullnessによって腹水の有無を判断する。
 >仰臥位で、打診音が変化する部をマークする。続いて、側臥位に移行してもらい、打診音が変化する部 (濁音界) をマークし比較する。

2) 痛みがある部位の触診

- 痛みがあるとわかっている場合は、その部位の触診は最後にする。
- 触診しながら口頭あるいは顔の表情で痛みを確認する。
- 苦痛に配慮して静かに、ソフトに触診する。
- *1本の指の末節掌側を使って、限局した圧痛点を探り、確認する。(最強点以外にも数か所で確認)
- *虫垂炎が疑われる場合、McBurneyの圧痛点を同定し、Rovsing徴候 (左下腹部を押さえたときの右下腹部痛) の有無を確認する。
- *急性胆嚢炎が疑われる場合、Murphy徴候 (右肋骨弓下の圧痛による吸気の途絶) を確認する。

3) * 腹膜刺激徴候の評価

- 触診の前に患者さんに咳をもらい、痛みが誘発されるか確認する。(咳嗽試験)
- 咳嗽試験ではっきりしない場合、数本の指の末節掌側で圧痛の有無を確認し、痛みがある部位にゆっくり押し付けて (2~3秒くらいのイメージ)、急に手を離して圧を抜く (0.5秒くらいのイメージ)。押し付けた痛みと手を離れた瞬間の痛みを比較して質問し、痛みの増強の有無を確認する。

(反跳痛 ; rebound tenderness)

- 患者さんにベッドから降りてもらい、つま先立ちから急に踵をおろした際に腹部に響くかを確認する（踵落とし衝撃試験）。

参考資料：「マクギーの身体診断学—エビデンスにもとづくグローバル・スタンダード原著第2版」（診断と治療社、2009年）より引用

急性の腹痛、腹膜炎を検出する諸徴候

所見	感度 (%)	特異度 (%)	尤度比 (LR)	
			所見あり	所見なし
腹部の診察				
筋性防壁	13~76	56~ 97	2.6	0.6
筋強直	6~40	86~100	3.9	NS
反跳性圧痛	40~95	20~ 89	2.1	0.5
打診による圧痛	65	73	NS	0.5
異常な蠕動音	25~61	44~ 95	NS	0.8
直腸指診				
直腸の圧痛	20~61	44~ 95	NS	NS
その他のテスト				
腹壁圧痛テスト陽性	1~ 5	32~ 72	0.1	NS
咳嗽テスト陽性	73~84	44~ 79	1.8	0.4

NS = 有意差なし、所見ありの場合のLR = 陽性LR、所見なしの場合のLR = 陰性LR

4) * 腹部腫瘍の触診

- 浅い触診と深い触診とにより、腫瘍の有無を判断する。
- 腫瘍がある場合、L~Tを観察して表現する。

L : <u>L</u> ocation	位置
M : <u>M</u> obility	可動性
N : <u>N</u> odularity	表面の性状
O : relationship to <u>O</u> ther organs	他臓器との関係
P : <u>P</u> ulsatility	拍動の有無
Q : <u>Q</u> uality	硬さ
R : <u>R</u> espiratory mobility	呼吸性移動の有無
S : <u>S</u> ize & <u>S</u> hape	大きさと形
T : <u>T</u> enderness	圧痛の有無

5) * 鼠径部の診察

- 鼠径部では色調変化、腫瘍（ヘルニア、リンパ節腫脹など）の有無を視診、触診により確認する。
- 鼠径ヘルニアの診察は、立位でも行う。可能なら息を止めて下腹部に力を入れてもらう。仰臥位にして、腫瘍が腹腔内に自然に戻るかを確認する。
- リンパ節腫脹がある場合、数、部位、大きさ、形状・集簇性、表面の性状、硬さ、圧痛、可動性を両側で触診により観察する。
- 大腿動脈の触診を行う（「IV. 全身状態とバイタルサイン」を参照）。

6) * 直腸診

(注) 臨床実習前にはシミュレータを用いて学習し、臨床実習では指導医の指導

のもとで行う。

- 直腸診の目的を患者さんに説明する。
- 直腸診の方法の概略を患者さんに説明する。
- 患者さんが直腸診の内容を理解したことを確認し、実施の承諾を得る。
- 看護師（または他の医療職）が陪席していることを確認する。
- 患者さんに適切な診察体位（左側臥位または切石位）になってもらう。
- 直腸診に必要な部位以外はバスタオルで覆う。
- 両手もしくは右（左）手に処置用手袋をたるみなく着用する。
- 肛門部の自発痛の有無を尋ね、あれば部位および性状を聞く。
- 肛門周囲を視診する。発赤・ただれ・潰瘍・瘻孔・脱肛・結節・痔核など。
- 肛門周囲を触診することを患者さんに説明する。
- 肛門周囲を触診する。熱感・波動・硬結・圧痛など。
- 肛門内指診を行うことを患者さんに説明する。
- 適量の潤滑剤を手袋の示指に塗布する。
- 肛門内指診を適切に行う。
 - 優しく右（左）手の示指を挿入する。
 - 狭窄・弛緩・硬結・圧痛などの有無を判断する。
- 直腸内指診を適切に行う。
 - 十分深部に示指を進め、直腸粘膜の全周を触診する。
 - 狭窄・腫瘤・結節・圧痛、直腸周囲（前立腺や子宮頸部など）の病変の有無を判断する。
- 示指を静かに引き抜き、指先に付着した便の性状を観察する。
- 肛門周囲を清拭する。
- 糞便、体液による汚染防止に留意し、使用後の用具は感染性廃棄物入れに廃棄する。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

VIII. 神経

(注1) ここで提示する診察項目は、*の項目も含め神経学的診察を行う上で必須の手技を選択し、解説している。そして臨床実習開始前までに修得すべき項目とした手技については、他の身体診察との学習量のバランス、模擬患者への侵襲的手技の回避、臨床実習前OSCEが正常者への診察を原則としていることへの整合性確保の観点から選択したものである。従って、卒業時までにはすべての神経診察手技を必ず修得しなければならない。

(注2) 以下の文章は右利きの検者を想定して説明してあるので、左利きの場合には適宜読み替えて行う。

(1) 診察時の配慮

「II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 表在感覚の検査具としては、従来、筆やルーレットが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から触覚検査にはティッシュペーパー、痛覚検査には楊枝の先端など、ディスポーザブルなものを使用する。
- Babinski徴候の検査具には、従来、ハンマーの柄などが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から楊枝の頭部など、ディスポーザブルなものを使用する。
- 舌圧子、ペンライト、音叉、楊枝は患者さんに外傷や苦痛を与えないよう、正しく使用する。
- つぎ足歩行、Romberg試験では危険がないように、患者さんの近くにおいて見守る。
- 意識レベルの診察で疼痛刺激を与える時は、圧迫痕が残らない程度の強さにとどめる。

(3) 診察の順序

- 神経学的診察を行うことを説明して同意を得る。
- 脳神経（座位） - 上肢の運動系（座位） - 起立・歩行（立位） - 下肢の運動系（仰臥位） - 感覚系（仰臥位） - 反射（仰臥位）の順序で診察を進める。
（注）系統的であれば、診察の順序は上記以外でもよい。
- 意識障害、認知機能や言語（失語と構音障害の有無）、不随意運動については、医療面接の段階で大まかに判定しておく。
- 同様に、視覚や聴覚についても、医療面接の段階で詳細な検査が必要かどうかを判断しておく。

(4) 脳神経の診察（座位）

1) * 嗅覚

- 嗅覚低下の有無を確認する。
- 必要に応じて嗅覚検査を行う。
- 必ず両側を検査する。

2) 視野

- 検者が見本を見せながら、片側の眼を患者さんの手で覆ってもらう。
- 視線を動かさず、検者の眼を見ているように指示する。
- 見本を見せながら、検者の指が動くのが見えたら知らせるよう伝える。
- 検者の指は患者さんと検者のほぼ中間にあるようにする。
- 検者も患者さんに合わせて対応する側の目を閉じる（手で覆ってもよい）。
- 視野の右上、右下、左上、左下、計4か所を調べる。
- 必ず両眼を検査する。

（注）患者さんの視線を固定するために、検者の指を注視させる方法もある。

3) 眼球運動・眼振

- 指標（検者の右示指など）を患者さんの眼前に示し、顔を動かさずに眼で指標を追うよう伝える。
- 指標が患者さんの眼に近すぎないように注意する（眼前50cm程度）。
- 指標はゆっくりと円滑に動かす。
- 左右・上下4方向への動きを検査し、複視の有無を尋ねる。
- この時、4方向の最終地点で指標の動きを止め、眼振の有無を観察する。

（注）必要に応じて右上、右下、左上、左下を追加し、正面とで計9方向を検査する。

4) * 輻輳と近見反射

- 患者さんの眼前50cm のあたりに示指をかざし、指先を見ているよう指示する。
- 患者さんの眼前15cm 位まで指先をゆっくり近づけて、両側眼球の内転、瞳孔の収縮を観察する。

5) 瞼裂・瞳孔／対光反射

- 患者さんの前方を手で示しながら、遠くを見ているよう指示する。
- 瞼裂を観察する。眼瞼下垂、左右差の有無など。
- 瞳孔の形・大きさを観察する。正円かどうか、縮瞳・散瞳・瞳孔不同の有無。
- ペンライトを見せながら、光で眼を照らすことを患者さんに告げる。
- 患者さんの視線の外（そと）側からペンライトを移動させ、瞳孔に光を当てる。
- 光を当てた側の瞳孔（直接対光反射）と反対側の瞳孔（間接対光反射）の収縮を観察する。
- 必ず両側を検査する。

（注）瞳孔を観察しにくい場合は、部屋の照度を落とすなどの工夫をする。

6) 眼底

- 眼底鏡を見せながら、眼の奥を見る検査（眼底検査）を行うことを告げる。
- 眼を動かさず前方を見てほしいことを告げる。
- 患者さんの右眼は検者の右眼で、左眼は検者の左眼で検査する。
- 検者の空いた手で患者さんの頭部を支える。
- 眼底鏡が患者さんと離れすぎないようにする（5cm以内）。

- *乳頭を観察する。萎縮、浮腫など。
- *網膜を観察する。出血など。
- *動静脈を観察する。径、交叉など。
- 必ず両側を検査する。

(注) 仰臥位で患者の頭側から検査する場合には、患者と検者の顔が重ならないようにする。

(注) 眼底を観察しにくい場合は、部屋の照度を落とすなどの工夫をする。

7) 顔面の感覚

- 検査器具を見せながら、顔の触覚を検査することを告げる。
- 三叉神経の3枝の各領域を適切に区別して検査する。
- 領域毎に左右差の有無と領域間の差の有無を確認する。
- *痛覚についても同様に検査する。

8) * 角膜反射

- ティッシュペーパーか乾いた脱脂綿の先端を細くよじる。
- 検者の指を注視させて視線をややそらす。
- 角膜の虹彩部分（茶目の部分）をよじった細い先端で軽くふれ、瞬目を観察する。
- 必ず両側を検査する。

9) * 咬筋と側頭筋

- 咀嚼運動を繰り返してほしい旨を告げる。
- 左右の咬筋を手指の手掌面で触れて筋収縮を確認する。
- 左右の側頭筋を手指の手掌面で触れて筋収縮を確認する。

10) 顔面筋

- 上方への眼球運動などにより額にしわ寄せをしてもらい、しわの出現の程度、左右差を観察する。
- 両眼をギュッと固く閉じてもらい、まつげ微候の有無を観察する。
- 眼を開けてもらった後、見本を示しながら、歯を見せて「イー」と言ってもらい、口角の偏倚、鼻唇溝の左右差などを観察する。

(注) 前髪が観察の支障にならないように工夫する。

(注) 口を固く閉じてもらってもよい。

11) * 聴力

- 指こすり、音叉などの音源を耳元に近づけ、聴力を評価する。
- 検者の聴力を基準として、患者さんの聴力を確認する（指こすりの場合は、最初に検者の耳で指こすりの音を確認し、次にその音を患者さんが聞き取れるか確認する。音叉の場合は、患者さんが聞こえなくなった時点で素早く検者の聴力と比較する）。
- 聴力に異常がある場合、音叉を用いWeber試験、Rinne試験を行う。

(注) 指こすり、音叉などの音を、左右の耳から同じ距離で聞いてもらい、聞こえ方に左右差があるかを尋ねる方法も行われる。

12) 軟口蓋・咽頭後壁の動き

- 口を大きく開けてもらい、舌圧子とペンライトを使用し、軟口蓋・咽頭後壁を観察する。

- 「アー」と少し長く声を出してもらい、軟口蓋の動き、偏倚の有無、カーテン徴候の有無を観察する。
- 舌圧子は清潔に操作し、使用後は感染性廃棄物として適切に処理する。

13) 舌

- 舌を観察することを告げ、口を大きく開けてもらい、舌の萎縮と線維束性収縮の有無を観察する。
- 検者が見本を示した上で、舌をまっすぐに出してもらい、舌の偏倚の有無を観察する。

14) 胸鎖乳突筋

- 頸部の筋肉の検査を行うことを告げ、手で方向を示しながら、側方を向いてもらう。
- 顎に手を当てることを告げ、患者さんの顔を向けた側の顎に検者の手掌をあてがい、反対側の手を肩に置く。
- 検者の手で顎を引き戻すので、負けないように頑張る力を入れてほしいことを告げる。
- 胸鎖乳突筋の筋力を判定する。
- 反対側の手で収縮した胸鎖乳突筋を触診する。
- 必ず両側を検査する。

(5) 上肢の運動系の診察（座位）

1) 上半身の不随意運動

- 手を膝に置いてゆったりと座ってもらう。
 - 安静時の振戦、その他の不随意運動（頭部の振戦、舞踏運動など）の有無を観察する。
 - 両上肢を前方に伸ばし、手掌を下に向けて指を少し広げてもらい、手指の姿勢時振戦の有無を観察する。
 - 指を広げたままで手首を背屈してもらい、固定姿勢保持困難（asterixis）の有無を観察する。
 - 仰臥位で固定姿勢保持困難（asterixis）を観察する場合には、両上肢を水平から約45° 挙上し、指を広げたままで手首を背屈してもらう。
- （注）その他の上半身の不随意運動も仰臥位で評価できる。
- （注）固定姿勢保持困難（asterixis）は、羽ばたき振戦と言われることもあるが厳密には振戦ではない

2) Barré徴候（上肢）

- 良い肢位をガイドしながら、両上肢を前方に伸ばし、手掌を平らにして上に向け指をつけてもらう。
 - 両眼を閉じてもらい、そのまま水平を保つよう頑張ってもらう。
 - 上肢の降下、手掌の凹み、前腕回内、肘関節屈曲の有無を観察する。
- （注）本邦では慣例的に上肢のBarré徴候と呼称されているが、Mingazziniの上肢拳上試験とも呼称される。
- （注）母指をそろえる（つける）かどうかは問わない。

3) 筋トーンズ（肘関節）

- 検者が患者さんの手を動かすので、患者さんは力を抜いて、自分では手を動かさないようにしてほしい旨を伝える。
- 左手で患者さんの肘関節伸側を軽く持ち、右手で患者さんの手を持って、肘関節の屈曲伸展を適切なスピードで繰り返す。
- 筋トーンスの異常（筋強剛、痙縮など）の有無を判定する。
- 必ず両側を検査する。

（注）上肢の筋トーンスは前腕の回内・回外、手関節の屈伸でも評価できる。

4) 鼻指鼻試験

- 検者の右示指を出して見せ、患者さんにも同じように指を出してもらう。
- 左手で患者さんの指のつけねあたりを持ち、検者の右示指の指尖と患者さんの鼻のあたまでの間を行ったり来たりする動作を2、3回ガイドする。
- 患者さんが手を伸ばすとようやく指に届く程度の距離で検査を行う。
- 検者の指は少しずつ位置を変えるので、頑張って指を付けてほしい旨を伝える。
- 運動の円滑さ、振戦や測定異常の有無などを観察する。
- 必ず両側を検査する。

5) 手回内・回外試験

- 検者が見本を示しながら、両手を前に出し、軽く肘を屈曲して手の回内と回外をできるだけ速く反復してもらう。

（注）片手ずつ行ってもよい。肘は伸ばしてもよい。

- 反復拮抗運動不能（dysdiadochokinesis、adiadochokinesis）の有無を判定する。

6) * 上肢・体幹の視診

- 上半身を露出してもらい、上肢・体幹の筋萎縮、線維束性収縮の有無を観察する。

(6) 握力と上肢の徒手筋力テスト（座位）

1) 利き手の確認と徒手筋力テストの判定法

- 利き手を確認する。
- 重力の負荷がかかる肢位で、他動的な関節可動域の最終点で最大の力を出してもらい、これに対して検者が抵抗して評価する。
- 抵抗はゆっくり徐々に増すように加える。
- 重力に抗しての関節の動きが不完全な場合、重力の負荷がかからない肢位で関節可動域を観察する。
- *6段階評価の基準に従って判定する。
 - 5：強い抵抗に抗して肢位の保持が可能。
 - 4：弱い抵抗に抗して肢位の保持が可能。
 - 3：重力に抗して全関節可動域の運動が可能。
 - 2：重力を取り除けば全関節可動域の運動が可能。
 - 1：筋の収縮はみられるが関節の運動はみられない。
 - 0：筋の収縮もみられない。

2) * 握力

- 握力計を渡し、握る部位を指示して、片方の手で強く握ってもらう。
- 測定値を確認後、数値を0に戻し、他方の手も同様に検査する。

3) 三角筋

- 検者は見本を示し、両上肢を90°まで側方挙上してもらう。
- 左右の腕を上から押すので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 両側上腕の肘関節近位部を下方へ押して、抵抗する筋力を判定する。

4) 上腕二頭筋

- 検者が力こぶを作るように見本を見せて、片側の腕を曲げてもらう。
- 肘関節を伸展するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 患者さんの肩口を左手で押さえ、右手で患者さんの前腕遠位端を握り、肘関節を伸展して抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

5) * 上腕三頭筋

- 検者は患者さんの肘窩に左手を当てて、上腕が外転位で水平になるように支える。
- 患者さんに肘を伸展してもらう。
- 肘関節を屈曲するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 右手で前腕遠位端を持ち、肘関節を屈曲して抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

(注) 患者さんが肩関節の痛みを訴える場合には、無理をしない。その際には肘関節をそのまま伸展してもらい、検者が肘関節を屈曲する力に抵抗する筋力を判定する方法もある。

6) 手根伸筋群（手関節の背屈）

- 検者が手背を上に向けて手関節を背屈する見本を示し、そのようにまねてもらう。
- 手関節を掌屈するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 左手で患者さんの前腕を手関節の近くで握り、右手の掌側を患者さんの手背にあてがい、手関節を掌屈して抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

7) * 手根屈筋群（手関節の掌屈）

- 検者が手掌を上に向けて手関節を掌屈する見本を示し、そのようにまねてもらう。
- 手関節を背屈するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 左手で患者さんの前腕を手関節の近くで握り、右手掌を患者さんの手掌にあてがい、手関節を背屈して抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

8) * 母指、小指対立筋

- 検者が母指と小指を対立させる見本を示し、母指と小指を対立してもらう。
- 対立を開くので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 患者さんの母指と小指の基部に母指を当てて開き、抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

(7) 起立と歩行の診察（立位）**1) 通常歩行**

- 診察室内の空いた場所を示し、座位から立ち上がって普段どおりに歩いてもらう。
- 姿勢、上肢の振り、足の運び、方向転換時の動きなどに注目し、歩行の異常の有無を観察する。片麻痺歩行、Parkinson歩行、失調性歩行、動揺歩行、鶏歩（鶏状歩行）など。

2) つぎ足歩行

- 検者が、足の先と踵が交互につくようにしながら、一直線上を歩く動作を見本として示し、そのように歩いてもらう。
- 歩行の異常（ふらつき、よろめきなど）の有無を観察する。
- 危険のないよう、患者さんの近くにおいて見守る。
(注) 踵（かかと）歩行、つま先歩行、しゃがみ立ちは下肢筋力のスクリーニングに役立つ。

3) Romberg試験

- 検者が、踵とつま先をそろえて立つ姿勢を見本として示し、そのように立ってもらう。
- 開眼のままで、体が動揺しないか、しばらく観察する。
- そばにいて支えるので、体がふらついても心配がないことを説明した上で、患者さんに眼を閉じてもらう。
- 閉眼による体の大きな動揺がないかしばらく観察して、Romberg 徴候の有無を判定する。
- 危険のないよう、患者さんのそばにいて見守る（いつでも抱えられる体勢）。

(8) 下肢の運動系の診察（仰臥位）**1) 体位や衣服の準備**

- 仰臥位での診察を行うことを説明する。
- 靴下を脱いで、診察ベッドに寝てもらう。

2) * Barré徴候（下肢）

- 腹臥位で行う。
- 検者の手を添えて、良い肢位をガイドしながら、両膝関節を 90° に曲げてもらう。
- そのまま両足が接しないように膝を曲げた状態を維持してもらう。
- 下肢の下降の有無を判定する。
(注) 下腿を水平から45° 挙上し、保持してもらってもよい。

3) 踵膝試験

- 手で患者さんの下肢を持ち、次のようにガイドする。足関節を少し背屈した状態で、踵を適度な高さから反対側の膝に正確にのせて、すねに沿って足首までまっすぐ踵をすべらせる。
- 患者さんが理解したところで、実際にこの動作を2、3回行ってもらい、運動の円滑さ、足のゆれや測定異常の有無などを観察する。
- 必ず両側を検査する。

(注) 同様の検査が様々な名称、手技で行われているので、必ずしも上記の方法と同一である必要はない。

(注) 膝叩き試験を追加してもよい。

4) * 筋トーンス (膝関節)

- 検者が患者さんの下肢を動かすが、患者さんは力を抜いたままで、自分では下肢を動かさないようにしてほしい旨を伝える。
- 左手を患者さんの大腿遠位部に当て、右手で患者さんの足首を持って膝関節の屈曲伸展を適切なスピードで繰り返す。
- 筋トーンスの異常の有無 (筋強剛、痙縮) を判定する。
- 必ず両側を検査する。

(注) 筋トーンスは足関節の底屈・背屈でも評価できる。

5) * 下肢・体幹の視診

- 下肢等を露出してもらい、下肢・体幹の筋萎縮、線維束性収縮の有無を観察する。

(9) 下肢の徒手筋力テスト (仰臥位)

(注) 重力の負荷を考慮して筋力を評価するためには、腸腰筋、大腿四頭筋、前脛骨筋は坐位、下腿三頭筋は立位、大腿屈筋群は腹臥位でそれぞれ行う。

1) 腸腰筋

- 検者が股関節を屈曲するように見本を示し、患者さんの大腿部が腹部に付くような方向に股関節を屈曲してもらおう (膝は曲げたまま)。
- 股関節の屈曲を戻すので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 大腿前面に手を当て、股関節が伸展する方向に力を加えて、抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

2) * 大腿四頭筋

- 検者が膝関節をまっすぐ伸ばすように見本を示し、そのようにまねてもらおう。
- 膝関節を屈曲するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 大腿部を左手で下から支え、右手で足関節の近位部を上から握り、膝関節を屈曲して抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

3) * 大腿屈筋群

- 検者が見本を示し、膝関節を最大屈曲してもらおう。
- 患者さんの下腿遠位部を右手で握る。
- 膝関節を伸展するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 下肢を伸展するように引っ張り、抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

4) 前脛骨筋

- 検者が足関節を背屈して見本を示し、足関節を背屈してもらおう。
- 足関節を底屈するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 患者さんの足背に手を当てがい、足関節を底屈し抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

5) * 下腿三頭筋

- 検者が手関節を掌屈して見本を示し、足関節を底屈してもらう。
- 足関節を背屈するので、それに負けないよう頑張ってもらいたい旨を伝える。
- 患者さんの足底に手を当てがい、足関節を背屈し抵抗する筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

6) * 下腿三頭筋（立位での方法）

- 検者が片足立ちになって踵を最大に浮かせる見本を示す。手を壁について支えてもよい。
- 患者さんも踵を最大に浮かせる運動を繰り返してほしい旨を伝える。
- 踵が十分に上がっていることを確認し筋力を判定する。
- 必ず両側を検査する。

(10) 感覚系の診察（仰臥位）**1) 四肢の触覚と痛覚**

- 検査具を見せて四肢の触覚を検査することを告げる。
- 左右の前腕・下腿などに触覚刺激を加え、触覚を普通を感じるかどうか、左右差および上下肢での差がないかどうかを確認する。必要があれば同一肢の近位部と遠位部に差がないのかも確認する。
- * 痛覚についても同様に検査する。

（注）表在感覚の検査具としては、従来、筆やルーレットが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から触覚検査にはティッシュペーパー、痛覚検査には楊枝の先端など、ディスプレイブルなものを使用する。

（注）病歴から感覚障害などが疑われる場合には、必要に応じて、同一肢の近位部と遠位部での差、末梢神経支配や髄節支配を念頭においた検査を行う。

2) * 下肢の振動覚

- 音叉を見せて、これを振動させて検査することを伝える。
- 音叉に強い振動を与え、患者さんの胸骨や手背などで、振動の感じを体験してもらう。
- 振動を感じたことを確認した後、音叉を叩き、患者さんの内果などに押し当てる。
- 音叉の振動は徐々に弱まって消失することを説明して、振動を感じなくなったら「はい」と言うなど合図するように伝える。
- 合図があった時点で、検者の手に感じる振動の大小で、振動覚障害の有無を判定する。
- 必ず両側を検査する。

3) * 下肢の位置感覚（位置覚）

- 趾の位置の感覚の検査（足の趾が上か下かどちらに動いたかを当ててもらって検査）を行う旨を説明する。
- 患者さんに閉眼してもらう。
- 検者の左手で患者さんの母趾を第2趾と離れるように捻げ、右母指と示指で患者さんの母趾の側面をつまみ、水平位から上または下に動かし、どちらに動いたか答えてもらう（第2趾で行ってもよい）。

- 動かす時には、これから動かすことを患者さんに告げる。
- 位置感覚（位置覚）異常の有無を判定する。
- 必ず両側を検査する。

(11) 反射の診察（仰臥位）

（注）反射の診察法には様々な方法があり、ここでは代表的なものを示した。

1) 衣服の準備と検査法の原則

- ハンマーを見せながら、これで顎や手足を軽く叩く反射の検査を行うことを説明する。
- 上肢は肘の上まで、下肢は膝の上まで露出するよう説明する。
- 肩や手足の力を抜いて、リラックスするよう告げる。
- ハンマーを握りしめず、バランスのよい部分を持つ。
- 手首のスナップを効かせて、適切なスピードで滑らかにハンマーを振る。
- 正常、低下、消失、亢進などの評価と左右差の有無を判定する。

2) 下顎反射

- 口を半分くらい開けて、楽にしてもらう。
- 患者さんの下顎の真ん中に検者の左示指の指先掌側を水平にあてがう。
- 検者の指のDIP関節付近をハンマーで叩く。

3) 上腕二頭筋反射

- 検者がガイドしつつ、両上肢を軽く外転し、肘を曲げて両手がお腹の上に乗るような肢位などをとってもらう。
- 肘関節の屈側で上腕二頭筋の腱を検者の左母指または示指の掌側で押さえ、指をハンマーで叩く。
- 必ず両側を検査する。

4) 上腕三頭筋反射

- 検者がガイドしつつ、肘関節を約90° 屈曲し、前腕屈側が腹部に乗るような肢位などをとってもらう。
- 肘関節の約3cm近位部の伸側をハンマーで叩く。
- 必ず両側を検査する。

5) * 橈骨反射（腕橈骨筋反射）

- 検者がガイドしつつ、両上肢を軽く外転し、肘を曲げて手掌が腹部に乗るような肢位などをとってもらう。
- 手関節の2～3cm近位部で、腕橈骨筋が伸展する方向に橈骨遠位端をハンマーで叩く。
- 必ず両側を検査する。

（注）手関節近位部に検者の指をのせて、これをハンマーで叩いてもよい。

6) 膝蓋腱反射

- 膝関節が120～150° の角度となるように、両膝窩を左腕で下から軽く支える。
- 膝蓋腱を手指で確認し、その部位をハンマーで叩く。
- 必ず両側を検査する。

7) アキレス腱反射

- 下肢を軽く外転して膝関節を軽く曲げる肢位、下肢を膝関節で軽く曲げて対

側下肢の下腿前面に乗せる肢位、片膝を立てて膝を組む肢位などをとっても
らう。

- 足を左手で持ち、足関節を背屈した位置にして、アキレス腱をハンマーで叩く。
- この際、患者さんの足関節を2、3回屈伸し、力が抜けていることを確認する。
- 必ず両側を検査する。

8) * Hoffmann反射

- 検者の左母指と示指または中指で、患者さんの中指のつけねを手背側から包むように持ち、手関節をやや背屈させる。
- 検者の右示指と中指DIP関節付近で患者さんの中指をはさみ、検者の母指の掌側を患者さんの中指の爪に当て、下方に向かって弾くように刺激する。
- 母指が屈曲するかどうかを観察する。
- 必ず両側を検査する。

9) * Trömner反射

- 患者さんの手を軽く背屈させ、検者は左手で患者さんの中指のつけねを支える。
- 検者の右示指あるいは中指で、患者さんの中指の手掌側先端を強くはじく。
- 母指が屈曲するかどうかを観察する。
- 必ず両側を検査する。

10) Babinski徴候（反射）

- 検査具を見せ、足の裏をこすことを説明する。
- 患者さんの足を左手で固定して、足底の外側を踵から上にゆっくりと小趾のつけね付近までこす。さらに内側に向けて曲げてよいが、母趾のつけねまではこすらない。
- 母趾の背屈がみられるかどうかを観察する。
- 必ず両側を検査する。

（注）Babinski徴候の検査具には、従来、ハンマーの柄などが用いられてきたが、皮膚の損傷や感染予防の観点から楊枝の頭部など、ディスプレイブルなものを使用する。

11) * Chaddock反射

- 患者さんの足の外果の下を後ろから前へ検査具（Babinski徴候に用いたもの）でこす。
- 母趾の背屈がみられるかどうかを観察する。
- 必ず両側を検査する。

(12) 髄膜刺激徴候の診察（仰臥位）

1) 項部硬直

- 首の硬さを検査することを告げ、枕を外す。
- 頭部に触ることを告げ、患者さんの後頭部を両手でかかえる。
- 検者が患者さんの頭を動かすので、自分では首を曲げたり頭を動かしたりしないように説明する。
- はじめに左右に回してみても力が入っていないことを確認した後、ゆっくりと

頭部を前屈させ、項部硬直の有無を判定する。

(注) 患者さん自身に、顎が胸につくように頭部を前屈してもらい、髄膜刺激徴候の有無を検査する方法もある (Neck flexion test)。この方法は坐位でも仰臥位でも行える。

2) * Kernig徴候

- 足を曲げた位置から膝の裏側を伸ばす検査を行う旨を説明する。
- 検者の手でガイドしながら、患者さんの片側の股関節を90° 屈曲してもらい、さらに膝関節も90° 屈曲してもらう。
- 膝関節近位部の大腿伸側を左手でつかみ、右手で踵を下から押し上げて膝関節を135° までゆっくりと伸展させていき、伸展制限の有無を判定する。
- 両側とも検査する。

(13) 認知機能の診察

(注) 医療面接の段階で認知機能の異常が疑われたら、他の診察の前に下記の検査を行う。

1) 見当識

- 時 (年月日、曜日) を尋ねる。
- 場所を尋ねる。
- 人を尋ねる。

(注) 人については患者さん自身のこと (名前や生年月日) を尋ねてもよい。

2) 記憶

- 出身小学校、中学校などについて尋ねる (遠隔記憶)。
- 朝の食事内容、昨日の天気などについて尋ねる (近時記憶)。
- 数字の逆唱 (3桁と4桁) を行ってもらう (即時記憶)。

3) 計算

- 100から7を順に3~5回引き算してもらう。

4) * 常識

- 総理大臣の名前、テレビで話題の事件など常識的な事項について尋ねる。

5) * 失語

- 日常的3物品 (時計、めがね、財布、鍵など) を見せ呼称してもらう。
- 言語理解の検査として「右手で左の耳を触って下さい」などの命令をし、施行してもらう (ジェスチャーを加えないこと)。
- 何か文章を言って復唱できるかを検査する。

(14) 意識レベルの診察 (救急を除く)

(注) 救急患者の意識障害を診察する場合には、「XI. 救急(6) 意識障害への初期対応」を優先し、気道、呼吸および循環が安定していることを確認した後に意識レベルを診察する。

- 開眼しているかどうか観察する。
- 開眼している場合、時、場所、人を尋ね、発語の内容や話し方を観察して、見当識 (障害) の有無と、言葉による応答 (会話の混乱、不適切な言葉、理解不能の応答、発語の有無) を評価する。

- 離握手などの口頭指示に対する運動の応答を確認する。
- *見当識障害がある時、名前や生年月日を尋ねる。
- *普通に呼びかけて開眼した時、見当識を検査し、言葉による応答と運動の応答を観察する。
- *普通に呼びかけても開眼しない時、大きな声をかけたり体を揺さぶったりして開眼するかどうかを観察する（頸椎頸髄損傷が疑われる場合は肩を軽く叩く。「XI. 救急、(6)意識障害への初期対応」を参照）。
- *大声や体の揺さぶりでようやく開眼した時、言葉による応答と運動の応答を観察する。
- *大声や体の揺さぶりでも開眼しない時、痛み刺激を加えながら呼びかけを繰り返し、開眼するかどうかを観察する。患者さんへの配慮として、痛み刺激は声をかけてから加える。
- *痛み刺激は、胸骨、左右の眼窩上切痕（眼窩上孔）、左右の手指あるいは足趾の爪床などを圧迫する方法で行う。
（注）有効な痛み刺激の与え方（圧迫痕が残らない程度の強さにとどめる。）
1) 握り拳を作り、中指のPIP関節で胸骨の前面を強く圧迫する。
2) 母指先で、両側の眼窩上切痕（眼窩上孔）部を強く圧迫する。
3) 検者の指で左右の手指または足趾の爪床を鈍的に強く圧迫する。
- *痛み刺激と呼びかけの繰り返しで辛うじて開眼した時、言葉による応答と運動の応答を観察する。
- *痛み刺激を加えても開眼しない時、痛みに対する反応（払いのけるような動作、しかめ顔、屈曲逃避、異常屈曲反応、伸展反応[除脳姿勢]、無反応）を観察する。
- *意識レベルをJapan Coma Scale <JCS>（表1）、およびGlasgow Coma Scale <GCS>（表2）で評価する。

【表1】 Japan Coma Scale <JCS>による意識障害の評価

-
- I. 刺激しないでも覚醒している状態（1桁で表現）
- 1 だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない
 - 2 見当識障害がある
 - 3 自分の名前、生年月日が言えない
- II. 刺激すると覚醒する状態：刺激をやめると眠り込む（2桁で表現）
- 10 普通の呼びかけで容易に開眼する
 - 20 大きな声または体をゆさぶることにより開眼する
 - 30 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する
- III. 刺激しても覚醒しない状態（3桁で表現）
- 100 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
 - 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
 - 300 痛み刺激に反応しない
-

表現の例：JCS I-3、JCS II-20、JCS III-100など

【表2】 Glasgow Coma Scale <GCS> による意識障害の評価

観察項目	反応	スコア
開眼（E；Eyes Open）	自発的に開眼する	E4
	呼びかけにて開眼する	E3
	痛み刺激にて開眼する	E2
	全く開眼しない	E1
言語（V；Best Verbal Response）	見当識あり	V5
	混乱した会話	V4
	不適切な言葉	V3
	理解不能な音声	V2
	全くなし	V1
運動（M；Best Motor Response）	命令に従う	M6
	疼痛部位へ	M5
	逃避する	M4
	異常屈曲	M3
	異常伸展	M2
	全くなし	M1

表現の例：GCS 15（E4V5M6）、GCS 12（E3V3M6）、GCS 8（E2V2M4）など

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

Ⅸ. 四肢と脊柱

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 四肢と脊柱の診察を行い、診察部位を露出してもらうことを事前に説明し同意を得る。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。（いつでも抱えられる体勢）
- 自動運動による姿勢や可動域の診察は、事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。
- 触診、他動運動による可動域の診察や疼痛誘発試験などで他動的に力を加えるときには、ゆっくり軽く行い、痛みが過度に誘発されないように留意する。
（注）ここで疼痛誘発試験とは、Jackson徴候、Spurling徴候、下肢伸展挙上試験、Patrick試験を指す。

(3) 全般的事項

- 脊柱や上肢関節の可動域は自動運動の制限の有無を観察することを主体とするが、下肢関節では他動運動を主体とする。
- 上肢の自動運動による可動域の診察では、診察者が手本を示しながら患者さんにやってもらい、可動域制限の有無を確認する。
- 他動運動による可動域の診察では、誘発される疼痛の有無を確認する。
- 四肢は、関節毎に両側を診察し比較を行う。
- 四肢の関節の触診で熱感の有無を確認するときは、指腹や手掌など広い面積で軽く触れながら周囲との温度差を感じる。
- 診察時は、事前に、観察に必要な部位のみを露出してもらう。

(4) 上肢の診察

1) 診察部位の露出

- 座位で、上腕以遠を露出してもらう。

2) 上肢全般の視診と触診

- 欠損、異常肢位（拘縮など）の有無を観察する。
- 上腕の皮膚の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- 上腕を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。
- 前腕の皮膚の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- 前腕を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。
- 手および指の皮膚・爪の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- *手および指を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。

3) 上肢の関節の視診と触診

- 肘関節の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 肘関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- 肘関節の外側上顆、内側上顆および肘頭のやや近位部を軽く押し、痛みが出るかを尋ねる。
- 手関節の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 手関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- 手関節を上下左右から軽く押し、痛みが出るかを尋ねる。
- 指関節の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 指関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- 母指のMP、IP関節および示指から小指までのMP、PIP、DIP関節を診察者の指で上下左右に軽く挟み、痛みが出るかを尋ねる。示指から小指までのMP関節をまとめて診察者の母指とその他の指で挟んでもよい。
(注) MP (Metacarpophalangeal: 中手指節)、IP (Interphalangeal: 指節間)、PIP (Proximal Interphalangeal: 近位指節間)、DIP (Distal Interphalangeal: 遠位指節間)
- 関節毎に両側を診察し比較を行う。ただし、指関節は関節毎でなくてよい。

4) 可動域

- 事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。
- ゆっくり行い、痛みが出ないように留意する。
- 両側同時に診察し比較を行う。
- 腕を下にさげた位置から、肘を伸ばしたまま上肢全体を前方から挙上して、頭の上で手のひらを合わせてもらい、肩関節屈曲の可動域（自動運動）を観察する。
(注) 通常可動域は、180°である。
- そのままの位置から、頭の後ろで手を組んでもらい、肩関節外転および外旋の可動域（自動運動）を観察する。
(注) 手を組めなければ、あるいは左右差があれば可動域制限があると判断する。
- 手を下から背中に回してもらい、肩関節内旋の可動域（自動運動）を観察する。
(注) 手を背中に回せない、あるいは左右差があれば可動域制限があると判断する。
- ふたたび腕を下にさげてもらい、そこから肘を曲げて手指で同側の鎖骨に触れ、さらに腕と手を前にまっすぐ伸ばしてもらい、肘関節屈曲・伸展の可動域（自動運動）を観察する。
(注) 通常可動域は、屈曲130°、伸展0°である。
- 上腕を体側に付け、肘を直角に曲げて、手掌を垂直に保つ（「小さく前にならえ」の姿勢）。
手掌が下を向くように手首を回してもらい、続けて手掌が上に向くように手首を回してもらい、前腕の回内および回外の可動域（自動運動）を観察する。

(注) 通常の可動域は、回内、回外とも90°である。

- 手掌を下に向けた状態で、手関節を上と下に動かしてもらい、手関節背屈・掌屈の可動域（自動運動）を観察する。

(注) 通常の可動域は背屈70°、掌屈90°である。

- 手掌を下に向けた状態で、指をまっすぐに伸ばしてもらい、指関節伸展の可動域を観察する。そのまま、指を屈曲して握り拳を作ってもらい、指関節屈曲の可動域（自動運動）を観察する。

(注) 指の伸展や握り拳を作ることができなければ可動域制限があると判断する。

5) 徒手筋力テスト

「Ⅷ. 神経」を参照。

(5) 下肢の診察

- 診察台に仰臥位に寝てもらい、下肢の診察をすることを告げる。

1) 診察部位の露出

- 仰臥位で、大腿以遠を露出してもらおう。

2) 下肢全体の視診と触診

- 欠損、異常肢位（拘縮など）の有無を観察する。
- *大腿の皮膚の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- *大腿を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。
- 下腿の皮膚の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- 下腿を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。
- 足および趾の皮膚・爪の異常、腫脹、変形の有無を観察する。
- *足および趾を触診し、熱感、腫瘍、圧痛の有無を確認する。
- 診察者に背を向けて、まっすぐ立ってもらおう。後ろから見て骨盤の高さが水平であるかを観察し脚長差の有無を観察する。必要なら左右の腸骨稜を触って確認する。

3) 下肢の関節の視診と触診

- 両足を閉じるように立ってもらい、膝の内反変形（両膝関節の間が開いて、下腿が内側に入った状態）の有無を観察する。
- 仰臥位で、膝の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 膝関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- 膝を立ててもらい（90°屈曲位）、関節裂隙に沿って軽く押し、痛みが出るかを尋ねる。
- 膝関節を伸展し、片手で膝関節上方から膝蓋骨を遠位に押し下げる様に押し、他方の手で、膝蓋骨を真上から押し、膝蓋跳動（膝蓋骨の跳動感）の有無を確認する。
- 足関節の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 足関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- 足関節の前面および内外側を軽く押し、痛みが出るかを尋ねる。
- 第1趾のMTP関節の発赤、腫脹、変形の有無を観察する。
- 第1趾のMTP関節を触診し、熱感の有無を確認する。

- 第1趾のMTP関節を診察者の指で上下に軽く挟み、痛みが出るかを尋ねる。
- * 第1趾のIP関節、第2趾から第5趾の関節を触診し、熱感の有無を確認する。
- * 第1趾のIP関節、第2趾から第5趾の関節を診察者の片手で上下左右に軽く挟み、痛みが出るかを尋ねる。
(注) MTP (Metatarsophalangeal: 中足趾節)、IP (Interphalangeal: 趾節間)
- 関節毎に両側を診察し比較する。ただし、趾関節は関節毎でなくてよい。

4) 可動域

- 事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。
- ゆっくり行い、痛みが出ないように留意する。
- 診察者が一側の足関節を持ち、体の長軸に沿って、まっすぐ他動的に股関節を屈曲させる。この時、膝関節も屈曲させ、できるだけ膝を胸に近づけるようにする。
(注) 通常股関節の屈曲での可動域は120°、膝関節屈曲130°である。
- * 足関節をもって下肢を伸ばしていき、膝関節が直角の状態で止めて、大腿が診察台に垂直、下腿が平行になるようにする。そこで、片方の手で大腿が倒れないように支え、反対の手で足関節をつかみそのまま内側に回して股関節の外旋を観察する。
(注) 通常股関節外旋の関節可動域は45°である。
- * 続けて足関節を外側に回し、股関節の内旋を観察する。
(注) 通常股関節内旋の関節可動域は40°である。
- 股関節と膝関節を伸展させ、膝蓋を下に軽く押し、膝関節の伸展の可動域を観察する。
(注) 通常膝関節の伸展可動域は0°である。
- 膝関節を屈曲させ、足関節を上と下に動かし、足関節背屈および底屈の可動域を観察する。
(注) 通常足関節の可動域は背屈が20°、底屈が45°である。
- 交互に両側を診察し比較する。

5) 徒手筋力テスト

「Ⅷ. 神経」を参照。

6) * Patrick試験

- 仰臥位で一側の足関節を持ち、踵を反対側の膝関節に乗せ、足関節を保持した側の膝関節の内側を軽く下に押し、同側の股関節に痛みが出るかを尋ねる。

(6) 脊柱の診察

1) 診察部位の露出

- 座位で、診察部位を露出してもらう。

2) 頸椎の姿勢

- 診察者に向かって、まっすぐ座ってもらう。
- 正面から見て斜頸の有無を観察する。
- 横から見て頸椎後弯の有無を観察する。

3) 頸椎の可動域

- 事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。
- ゆっくり行い、痛みが出ないように留意する。
- 体幹を傾けずに顎を胸につけるように首を曲げてもらい、頸椎屈曲の可動域を観察する。
- そのまま、体幹を傾けずに天井を見るように首をそらしてもらい、頸椎伸展の可動域を観察する。

4) * Jackson徴候

- 体幹を傾けずに天井を見るように首をそらしてもらい、頭頂部と前額の境に診察者の手を置いて、上から下に軽く押す。どちらかの（あるいは両側の）上肢に放散するしびれあるいは痛みが出るかを尋ねる。

5) * Spurling徴候

- 体幹を傾けずに首を斜め後ろにそらしてもらい、前頭部に診察者の手を置いて、上から下に軽く押す。同側で肩甲部あるいは上肢に放散するしびれあるいは痛みが出るかを尋ねる。両側で行う。

6) 胸腰椎の姿勢

- 脱衣を指示し、背部全面を露出してもらう。
- 診察者に背を向けて、まっすぐ立ってもらう。後ろから見て両肩の高さが水平であるかを観察し脊柱側弯の有無を評価する。
- そのまま、横から見て体幹が前方に曲がっていないかを観察し、脊柱の過度の後弯の有無を評価する。
- 両手が膝につく程度に前に曲げてもらう。後ろから見て肩甲骨や胸郭の膨らみの左右差がないかを観察し、胸郭変形の有無を評価する。

7) 胸腰椎の可動域

- 事前に、ゆっくり行うこと、痛みが生じた場合は診察者に伝えること、それ以上無理して続けないことを指示する。
- ゆっくり行い、痛みが出ないように留意する。
- 高齢者や動作に障害がある患者さんでは、姿勢や体位変換時の転倒に注意する。（いつでも抱えられる体勢）
- 腕を前に下ろし床に指先をつけるよう、できるだけ体を前に曲げてもらい、胸腰椎屈曲の可動域を観察する。
（注）通常の可動域は、中指の指尖が膝関節より下に位置する程度である。
- 直立位までもどり、体を後ろにそらしてもらい、胸腰椎伸展の可動域を観察する。
（注）全く伸展しない場合は可動域制限があると判断する。

8) 下肢伸展挙上試験

- 仰臥位で、片方の踵もしくはアキレス腱部の下に手を入れる。力を入れないようにしてもらい、下肢を伸ばしたまま上にゆっくり持ち上げる。同側の下肢に放散するしびれあるいは痛みが出るかを尋ねる。症状が出た角度で止め、その角度を観察する。
（注）挙上角度70°以上で疼痛が誘発されない場合が正常である。

9) * 脊椎の圧痛・叩打痛

- 座位で、体を軽く前屈してもらい、頸椎部から腰椎部までの棘突起および傍脊柱筋を軽く押して痛みが出るかを尋ねる。
- 座位で、体を軽く前屈してもらい、胸椎部から腰椎部までの棘突起を握った拳で軽く叩き、痛みが出るかを尋ねる。

10) * 腰部および骨盤部の視診

- 側臥位もしくは腹臥位で、腰臀部を露出し、皮膚所見を確認する。発赤・腫脹・褥瘡・皮疹・着色斑など。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

X. 基本的臨床手技

- (注1) 医療安全、感染性廃棄物（血液・体液などで汚染されたゴミ）の処理、医療器具・物品の使用法などに関しては、施設により取り決めが異なることがある。いずれも、各施設の規定（マニュアル・ガイドライン等）にしたがって実習を行う。
- (注2) 臨床実習前の学修および評価はシミュレータを用いて行う。
- (注3) 手技が確実に行われるなら、左右は問わない。

【一般手技】

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 臨床手技実施時には本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- 採血時には患者さんの姓名と採血管ラベルの姓名を声を出して照合する。患者さんがリストバンドを装着している場合は、その照合も行う。
- アルコール過敏性を尋ねる。過敏性があれば、他の消毒薬に変更する。
- 以前に採血等で気分が悪くなった事がないかなど迷走神経反射の既往を尋ねる。
- （静脈を）穿刺する角度が大きいと深部の神経を損傷する危険性が増すため、浅い角度での刺入を心がける。また、穿刺が深くなり過ぎないように注意する。
- 採血中、患者さんに気分が悪くないか、手指の痛みやしびれがないかを声をかけて確認する。
- 静脈穿刺により患者さんが強い痛みを訴えた場合は、すぐに針を抜く（神経損傷・動脈穿刺の可能性があるため）。
- 採血針のリキャップをしない（針刺し事故防止のため）。
- 針はシャープス・コンテナに廃棄する。
- 採血前に衛生的手洗いを行う。
- 男性の持続的導尿時には尿道損傷を生じる恐れがあるので、カテーテル挿入途中で抵抗が強い場合は無理に押し込まない。
- 使用した消毒綿球や手袋などを感染性廃棄物として処理する。
- 採血終了後に手指消毒を行う。
- 滅菌済みの器具は適切に取り扱う。
- 採血中、患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。

(3) 手指消毒・衛生的手洗い

- 1) 速乾性アルコール手指消毒薬（以下、速乾性消毒薬）による手指消毒

(20～30秒程度を費やして十分に擦り込む)

- 目に見える汚れがないことを確認する。
- 爪を適切に切っていることを確認する。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないように前腕を十分に露出する。
- 消毒薬の必要分量を手掌に取る。
- 以下の6か所を意識して両手に漏れなくよく擦り込む。
 1. 指先・爪部、2. 手掌、3. 手背、4. 指間、5. 母指周囲、6. 手関節周囲
- 母指と手関節部は対側の手で握り、ねじるように擦り込む。
- 擦り込む範囲は手関節の周囲までとする。

2) 流水による衛生的手洗い

(1分間程度を費やして十分に洗う)

- 爪を適切に切っていることを確認する。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないよう、前腕を十分に露出する。
- 水道水で手全体を洗う。
- 石鹸を手掌に必要量を取る。
- 手掌と手背と指間を丁寧に洗う。
- 左右の母指を対側の手指で握り丁寧に洗う。
- 手掌で指先・爪部を丁寧に洗う。
- 手関節の周囲まで洗い、洗い残しがないことを確認する。
- 石鹸による手洗いは、40秒以上を目安に洗う。
- 流水でしっかり石鹸を洗い落とす。
- 手指を強く振って水を払う動作はしない。
- ペーパータオルを使用して十分に水分を拭き取る。
- ペーパータオルを使うなどして、蛇口を直接手で触れないように水を止める。
- 使用後のペーパータオルを非感染用のゴミ箱に廃棄する。

(4) 滅菌手袋の装着と廃棄

1) 手袋装着前の配慮

- 爪を適切に切っていることを確認する。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないよう、両側の前腕を十分に露出する。

2) 手袋装着

- 滅菌手袋の入った包装紙を安定した処置台等に置き、手指が手袋に接触しないように広げる。
- 右手で左手袋の折り返し部分（内面）を持って取り上げる。
- 左手に清潔にかつスムーズに、手袋を装着する。この際、手袋外表面の無菌性を保たなければならない。手袋の外表面が手指、着衣などにわずかでも触れると無菌性が失われたものと判断する。

（注）無菌性が保たれていることを「清潔」、無菌性が失われたことを「不潔」と呼ぶ。滅菌された手袋・ガウン・器具等に着衣、非滅菌器具などが触

れた場合、無菌性が失われたものと判断して、新しい物品と交換する。手指は消毒後も滅菌状態ではないので、滅菌手袋の外表面に触れると手袋の無菌性が失われたと判断する。

- 左手の4本の指を右側手袋の折り返しの部分（表面に当たる部分）に入れて取り上げる。
- 右手に清潔かつスムーズに手袋を装着する。
- 手袋の折り返しを延ばし、手袋を手十分にフィットさせる。
- 滅菌手袋装着後は、両肘を屈曲し、滅菌手袋が手術着・白衣等に触れぬよう胸の前で保持して、清潔状態を保つ。
- 使用した手袋などは感染性廃棄物として廃棄する。
- 手袋の包装紙などの汚染のないものは非感染性廃棄物として廃棄する。手袋をしたまま触れた包装紙などは感染性廃棄物として廃棄する。
- 手袋をはずした後は手指消毒または衛生的手洗いをを行う。

(5) PPE (Personal Protective Equipment, 個人防護具) の着脱と廃棄

(エプロン・ガウン、マスク、ゴーグル・フェイスシールド、手袋について)

1) PPE装着前の配慮

- 爪を適切に切っていることを確認する。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないようにする。(例)袖をまくり両前腕を十分に露出するなど。

2) PPEの着用

- アルコール手指消毒または衛生的手洗いをを行う。
- ガウン・エプロンを広げ、首の部分を持ってかぶる。
- 体幹部分を覆う。
- 腰ひもを後ろで結ぶ。
- 患者に接する部分は触れないように裾を広げる。
- マスクを着用する。(【外科手技】(4)1)準備、帽子・マスクの着用を参照)
- ゴーグルを着用する際は、眼部を確実に覆い、ズレ・緩みがないように調整する。
- フェイスシールドを着用する際は、眼部と顔面を確実に覆い、ズレ・緩みがないように調整する。
- 手袋を左右の手に装着する。
- ガウン着用時は、手首が露出しないよう手袋で袖口まで覆う。

3) PPEの脱衣と廃棄

- 手袋の手首に近い外(そと)側をつかむ。
- 手袋の外(そと)側をつまんで、片側の手袋を中表にして外す。
- 手袋を着用している手で外した手袋を持っておく。
- 手袋を脱いだ手の指先を、もう一方の手首と手袋の間に滑り込ませ、そのまま引き上げるようにして脱ぐ。
- 2枚の手袋をひとかたまりとなった状態で感染性廃棄物として廃棄する。

- ゴーグルを外す際は両耳の部分を左右の手で掴んで外す。
- フェイスシールドを外す際はヘッドバンドの部分を掴んで外す。
- ゴーグル・フェイスシールドの外表面、特に前面は汚染しているため、触れないように注意する。
- エプロンの首の後ろを引いて首ひもをとる。ガウンの場合は片方ずつ腕を抜く。
- エプロンの上部を腰ひもの高さまで折り込む。
- エプロンの左右の裾を腰ひもの高さまで持ち上げ、患者に接する部分は触れないようにそと側を中にして折り込む。
- 後ろの腰ひもを切る。
- 患者に接する部分は触れないように小さくまとめる。
- 感染性廃棄物として廃棄する。
- アルコール手指消毒または衛生的手洗いをを行う。

(6) 静脈採血（真空管採血の場合を主に記載した）

1) 採血前の確認

- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。
- 採血に関して説明して同意を得る。
- アルコール過敏性を尋ねる。過敏性があれば、他の消毒薬に変更する。
- 以前に採血等で気分が悪くなった事がないかなど迷走神経反射の既往を尋ねる。
- 患者さんの姓名と採血管ラベルの姓名を声を出して照合する。患者さんがリストバンドを装着している場合は、その照合も行う。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。

2) 採血手技

- 手袋を左右の手に着用する。
- 真空採血管ホルダーと採血用の針を清潔に組み立てる。
シリンジ採血の場合：シリンジと採血針を清潔に組み立てる。
- 採血する腕の肘関節を伸展した状態で、採血予定部位から7～10cm程度の中
枢側に駆血帯を適切に巻く。
- 患者さんに採血する側の手を軽く握ってもらい、皮静脈を怒張させる。
- 静脈を指で触れて走行を確かめ、穿刺予定部位を決める。
- 適切に皮膚消毒する（消毒薬の乾燥を待つ）。
- 消毒が終了した後は穿刺予定部位に触らない。
- 穿刺直前に採血針のキャップを外す。
- 穿刺ポイントの手前の皮膚を母指で軽く引っ張る。
- 穿刺直前に、患者さんに針を刺す旨を告げる。
- 採血針を静脈の走行に沿い、皮膚面に15°～30°の角度で適切に静脈に穿刺する。この際、採血針の切り口は上に向ける。

（注）穿刺する角度が大きいと深部の神経を損傷する危険性が増すため、浅い角度での刺入を心がける。また、穿刺が深くなり過ぎないように注意する。

(注) 穿刺したが血液の流入が見られない場合、針を少しだけ進めてみる、または、引いてみる。この際、針の角度を大きくしたり、針先の方向を左右に変えて進めてはいけない(神経損傷・動脈穿刺の危険性があるため)。

(注) 静脈穿刺により患者さんが強い痛みを訴えた場合は、すぐに針を抜去する(神経損傷の可能性があるため)。

- 真空採血管ホルダーをしっかり保持する。
シリンジ採血の場合：シリンジをしっかり保持する。
- 採血管をもう一方の手でホルダーに押し込んで血液の流入を確認する。
シリンジ採血の場合：シリンジ内への血液の逆流を確かめる。
- 採血中は、採血針の針先が動かないよう、しっかり固定する。
- 採血中、患者さんに気分が悪くないか、手指の痛みやしびれがないかを声をかけて確認する。
(注) 静脈穿刺により患者さんが強い痛みを訴えた場合は、すぐに針を抜く(神経損傷の可能性があるため)。
- 血液の流入が止まったら針先を動かさずに採血管を抜く。
(注) 抗凝固剤等が入っている採血管では、直ちに採血管を5回ほど転倒混和する。この際、血液を泡立てないように穏やかに行う。
- 採血針を抜く前に駆血帯を外す。
- 抜針直前に、患者さんに針を抜く旨を告げる
- 採血針を抜き、刺入部をアルコール綿・滅菌ガーゼなどで押さえる。
シリンジ採血の場合：目的の採血量を引いたら、駆血帯を外して針を抜き、刺入部をアルコール綿・滅菌ガーゼなどで押さえる。
- 刺入部を揉まずに圧迫するように患者さんに説明する。
シリンジ採血の場合：採血管に血液を注入する際は採血管を試験管立てに置くなど配慮する(針刺し事故防止のため)。
- 採血針のリキャップをしない(針刺し事故防止のため)。
- 採血針はシャープス・コンテナに廃棄する。
(注) 真空採血管ホルダーは採血針と一緒に廃棄する。
- 抜針後5分程度経過したら、刺入部の止血を確認し、止血パッドを貼るか、または患者さんに渡して貼ってもらう。
(注) 抗凝固薬の服用などで出血傾向が予想される患者さんでは、長めに圧迫し、確実な止血を確認して止血パッドを貼る。
- 消毒に使用したアルコール綿や手袋などを感染性廃棄物として廃棄する。
- 以上の操作中、患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。
- 操作終了後に手指消毒を行う。

(7) * 持続的導尿 (男性) (2人で行う方法について記載する)

(臨床実習前にはシミュレータを用いて学修し、臨床実習では指導医の指導のもとで行う)

- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。
- 持続的導尿に関して説明して同意を得る。
- 患者さんの羞恥心およびプライバシーに配慮し環境を整える。

- 必要物品を準備または確認する。
- 操作前に衛生的手洗いを行う。
- 導尿カテーテル留置の施行者は、滅菌手袋を着用する。
- 患者さんを仰臥位とし、足を軽く広げた体位をとってもらう。
- 必要であれば、腰部から臀部にかけてシーツを敷く。
- 閉鎖式蓄尿バッグの排液チューブのクレンメを止めていることを確認する。
- 導尿カテーテルのバルーンに滅菌蒸留水を入れ、膨らみ方や漏れのないことを確認する。
- 導尿カテーテルに蓄尿バッグを接続する。
- 陰部を露出させる。
- 滅菌穴開きシーツが使用できる場合は、必要な範囲を消毒しシーツで処置部を覆い、可及的に無菌的操作を行う。
- 施行者は陰茎をガーゼで包みながら、左（右）手母指と示指とで亀頭部を露出させ、外尿道口を開き、左（右）手中指と環指の間でほぼ垂直方向に軽く引上げるように陰茎を把持する。
- 施行者は右（左）手で消毒綿球にて、外尿道口から周囲へ向かい、亀頭部を2回消毒する。
- カテーテルの先端から適切な範囲に滅菌潤滑油またはキシロカインゼリーをつける。
- 左（右）手で陰茎を適切な位置に保ちながら、カテーテルの先端が汚染されないように注意しつつ、右（左）手でカテーテルを把持して挿入する。
（注）尿道損傷を生じる恐れがあるので、カテーテル挿入途中で抵抗が強い場合は無理に押し込まない。
- 尿の流出を確認した位置から、尿道の途中でバルーンが膨らむことを防ぐためさらに十分挿入する。
（注）成人男性の尿道の長さは16～20cm程度である。
- 抵抗感がないことを確認しながら、指定量の滅菌蒸留水をバルーンに注入する。
- カテーテルを軽く引っ張り、抜けないことを確認し、この位置で適切な部位の皮膚に絆創膏で固定する。
- 蓄尿バッグは膀胱より低く床につかない高さに、ベッド柵に固定する。
- 使用した消毒綿球や手袋などを感染性廃棄物として処理する。
- 操作終了後に衛生的手洗いを行う。

(8) * 持続的導尿（女性）（以下の記載以外は男性の場合と同じ）

（臨床実習前にはシミュレータを用いて学修し、臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 施行者は左（右）手の母指と示指で小陰唇を開く。
- 施行者は右（左）手で消毒綿球にて、外尿道口から周囲へ向かい2回消毒する。
- カテーテルの先端が汚染されないように注意しつつ、右（左）手でカテーテルを把持して挿入する。
（注）カテーテル挿入の目安：成人女性の尿道の長さは4～6cm程度である。

(9) * 乳房の診察

(臨床実習前にはシミュレータを用いて学修し、臨床実習では指導医の指導のもとで行う)

1) 視診

- 座位で視診を行う。
- 左右差を確認する。
- 皮膚の所見を確認する。発赤・腫脹・陥凹・発疹・手術瘢痕など。
- 変形の有無を確認する。

2) 触診

- 患者さんに適切な体位（仰臥位）をとってもらおう。
- 指先と手掌で乳房全体を丁寧に触診する。
- 腋窩および鎖骨上窩リンパ節を触診する。

【外科手技】**(1) 診察時の配慮**

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

【一般手技】も参照。

- 臨床実習では(縫合・抜糸などの外科手技は)指導医の指導のもとで行う。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないように配慮する。
(例) 袖をまくり両前腕を十分に露出するなど。
- 使用する器具を確認する。縫合針の数の事前、事後の確認は特に重要である。
- 縫合針を紛失しないように安全な場所（滅菌シャーレ等）に置く。
(注) 縫合針の飛散を防止するためシャーレ内にゼリーを入れるなどの工夫もある。
- シャーレ内の縫合針を把持するときは必ず持針器を用いる。
(注) 縫合針を手指で直接つまむと、針刺し事故を起こす危険性がある。
- 縫合針を安全な場所に置き、数が合っていることを確認する。
- 縫合針を廃棄するときは、持針器で把持してシャープス・コンテナに廃棄する。
- 縫合針はシャープス・コンテナへ、感染性廃棄物は専用のゴミ箱へ、分別して廃棄する。
(例) 縫合に使用した手袋、抜糸した糸、消毒後の綿球、縫合針など。
- 滅菌済みの器具は適切に取り扱う。
- 手袋をはずした後に手指消毒を行う。

(3) 滅菌手袋の装着と廃棄

【一般手技】 「(4)滅菌手袋の装着と廃棄」を参照。**(4)手術時手洗い・ガウンテクニック（方法・手順は各施設の取り決めにしたがう）****1) 準備、帽子・マスクの着用**

- 爪を適切に切っていることを確認する。
- 装飾品や腕時計を外す。
- 手術着に着替える。
- 手術用帽子を頭髪が露出しないように着用する。
- 手術用マスクを口・鼻・顎を完全に覆うように着用する。
- マスクのノーズワイヤ部分が鼻筋に密着するよう軽く押す。
- 頭髪・口・鼻・顎が完全に覆われていることを鏡で確認する。

2) 術前の手洗い（手もみ洗いの場合を主に記載した）

- 手指、前腕を流水で洗う。
- 手洗い用消毒液（7.5%ポピドンヨード、4%クロルヘキシジンなど）により指間、指先に注意を払いながら手指から肘まで手もみ洗いをする。
- 流水で消毒液が中枢側へ流れるように手指から肘までを洗い流す。
- 同様の手もみ洗いをもう一度行う。
- 滅菌タオルで指先から中枢側へ肘部まで拭く。
- 速乾性消毒薬を手指・爪に擦り込むことが推奨される（Two Stage法）。
- 両肘を屈曲し、両手・前腕を手術着に触れぬよう胸前で保持して、手洗い後の清潔状態を保つ。

3) 滅菌ガウンの装着（従来タイプのガウンの場合を主に記載した）

- 介助者に学生であることを自己紹介して介助を依頼する。
- 滅菌ガウンを無菌的に取り出す。
- 滅菌ガウンを周囲に触れないように手を伸ばして広げる。
- 滅菌ガウンが周囲に触れないように注意しながら介助者へ右肩ひもの端を渡す。
- 介助者に右肩ひもを持ってもらい、左手で左肩ひもを持ってガウンを広げながら、介助者に触れないように注意して袖口へ向かって右手を挿入する。
- 介助者に左肩ひもを持ってもらい、介助者に触れないように注意しながら袖口へ向かって左手を挿入する。
- 滅菌手袋を装着し、ガウンの袖口を十分に覆う。
- 介助者が後で肩と腰のひもを結んでいる間に正面のひもの結び目をほどく。
- 左手が背部に触れないように注意してひもを左から右に回し、それを右手で受ける。
- 身体の前面でひもを結びガウンで全身を被う。
- 滅菌ガウン装着後の清潔状態を保つ。

4) *手術準備

- 滅菌したピンセットまたは鉗子により皮膚消毒薬（7.5%ポピドンヨードなど）を十分に含んだ綿球などを容器から取り出す。
- 手術野の中心より外（そと）側へ向かい同心円を描きながら手術野より広範囲に消毒薬を皮膚に塗り込む。

- 手袋の包装紙などの汚染のないものは非感染性廃棄物用ゴミ箱に廃棄する。
手袋をしたまま触れた包装紙などは感染性廃棄物として廃棄する。
- 消毒薬の乾燥後もう一度同様の消毒を行う。
- 消毒薬の乾燥後、滅菌シートで手術野の周囲を被う。

5) 手術後

- 縫合針はシャープス・コンテナへ、血液などで汚染されたゴミ（感染性廃棄物）は感染性廃棄物入れなどの専用のゴミ箱へ、分別して廃棄する。
（例）縫合に使用した手袋、抜糸した糸、消毒後の綿球、縫合針など。
- 使用した手袋・帽子・マスク・ガウンなどは感染性廃棄物用ゴミ箱に廃棄する。
- 手袋をはずした後に手指消毒を行う。

(5) 縫合

1) 準備（以下の項目は必要に応じて行う）

- 手術用帽子を頭髮が露出しないように着用する。
- 手術用マスクを口・鼻・顎を完全に覆うように着用する。
- マスクのノーズワイヤ部分が鼻筋に密着するよう軽く押す。
- 手指、前腕を流水で洗う。
- 速乾性消毒薬を手指に擦り込む。

2) 滅菌手袋の装着

【一般手技】「(4)滅菌手袋の装着と廃棄」を参照。

3) 皮膚消毒（臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 消毒することを患者さんへ告げる。
- 滅菌ピンセットで消毒薬のついた綿球などを介助者のピンセットから受け取る。または、患者さん個人用に用意した綿球を滅菌ピンセットで直接取る。
- 創周囲の皮膚を中心から外側に向かい同心円状に、滅菌シートの開窓部のサイズより広い範囲で2回以上消毒する。
- 消毒薬の乾燥後に滅菌シートで創部を覆い、清潔術野を作る。
- 術野の清潔状態を保つ。

4) *局所麻酔（内容は省略、臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

5) *創を観察する。汚染、異物、出血。

6) *縫合（縫合針に糸を装着する場合を主に記載した）（臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 使用する器具を確認する。縫合針の数の事前・事後の確認は特に重要である。
- 縫合針を紛失しないよう安全な場所（滅菌シャーレ等）に置く。
（注）縫合針の飛散を防止するためシャーレ内にゼリーを入れるなどの工夫もある。
- シャーレ内に置かれた縫合針を把持するときは必ず持針器を用いる。
（注）シャーレ内に置かれた縫合針を手指で直接つまむと、針刺し事故を起こす危険性がある。
- 持針器を選択し、縫合針の先端から3/4程度の部分を針先が運針方向に向かって位置するように持針器の先端近くで把持する。

- 縫合針に糸を折り返し適切な長さで装着する。
- ピンセットを選択し、右利きの場合は左手で鉛筆を持つように把持する。
- 持針器を器種にあわせて適切に把持する。
- 患者さんに声をかけながら手技をすすめる。
- 創縁から適切な位置に縫合針を皮膚及び創縁に対して直角に挿入する。
- 縫合針の湾曲にそって、針先を進める。
- 創縁を軽く持ち上げるなどピンセットを補助的に使用する。
- 刺入部と対称になるように反対側に針先を出す。
- 反対側に出た縫合針を、針先を損傷しないように持針器で把持する。
- 縫合針の湾曲にそって、縫合針を皮膚から抜く。
- 縫合針を安全な場所に置き、数が合っていることを確認する。
- 縫合針を廃棄するときは、持針器で把持してシャープス・コンテナに廃棄する。

7) *結紮（臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 結紮を適切に行う（外科結紮など）。
- 剪刀のリングに母指と環指を挿入し、示指を軽く曲げてその柄に添えて把持する。
- 結び目から5mm～1cm程度残して余分な糸を切る。

8) ドレッシング（臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 創部を消毒する。
- 清潔操作によりガーゼなどでドレッシングする。
- 患者さんに処置が終了したことを告げる。

9) *抜糸（臨床実習では指導医の指導のもとで行う）

- 抜糸することを患者さんに告げ、了承を得る。
- 創に張力が加わらないようにガーゼなどを除去する。
- 創部を消毒する。
- ピンセットと剪刀を正しく把持する。
- ピンセットで糸の断端を把持し皮下に埋没していた糸を露出させる。
- 糸を埋没していた部で切り、抜き取る。
- 創部を消毒しドレッシングする。
- 患者さんに処置が終了したことを告げる。

10) 処置後

- 針は持針器でシャープス・コンテナへ、血液などで汚染されたゴミ（感染性廃棄物）はピンセットで感染性廃棄物入れなどの専用のゴミ箱へ、分別して廃棄する
（例：縫合に使用した手袋、抜糸した糸、消毒後の綿球、針など）。
- 手袋をはずした後手指消毒を行う。

【検査手技】

(1) 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

(2) 医療安全

- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。
- 高齢者や日常生活動作（ADL）に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者さんに対し転倒予防など適切な対応をする。
- アルコール過敏性を尋ねる。過敏性があれば、他の薬剤に変更する。
- 操作中、患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。

(3) 12誘導心電図の記録

1) 心電図記録前の確認

- 本人確認のためという目的を告げ、患者さんに姓名を名乗ってもらう。
- 心電図測定に関して説明して同意を得る。

2) 心電図の記録

- 心電計のそばに他の電気器具がないことを確認する。
(注) 交流障害（ハム雑音）の混入を防ぐためである。
- 心電計が電源に接続されていることを確認する。
- 電源をオンにして、心電計の動作を確認する。
- 患者さんに上半身の衣服・靴下・ストッキングを脱いでもらい電極装着部位を露出する。腕時計・装身具は外してもらう。
- 患者さんにベッドに仰臥位で四肢を伸ばして寝てもらう。その際、患者さんの羞恥心に配慮して、胸部の露出時間を短くするよう、適宜、胸部をタオル等で覆う。
- リードチップの色とクリップの色を対応させて、電極と電極リード線をしっかり接続する。色の対応は以下の通り。

四肢誘導		胸部誘導		
記号（色）	部位	記号（色）	部位	誘導名
R（赤）	右手	C1（赤）	第4肋間胸骨右縁	V ₁
L（黄）	左手	C2（黄）	第4肋間胸骨左縁	V ₂
LF（緑）	左足	C3（緑）	C2とC4の中間点	V ₃
RF（黒）	右足	C4（茶）	第5肋間と左鎖骨中線の交点	V ₄
		C5（黒）	C4と同じ高さで左前腋窩線上	V ₅
		C6（紫）	C4と同じ高さで左中腋窩線上	V ₆

- 患者さんに電極を装着する旨を説明する。
- アルコール過敏性を尋ねる。過敏性があれば、他の薬剤に変更する。
- 電極装着部の皮膚をアルコール綿で拭いて皮脂を取る（電気抵抗を減らすため）。
- まず、四肢電極を装着する。上肢は手首の掌側、下肢は足首の内側に電極面を装着する。
- 次に、胸部電極をC1から順次、装着する。最初に胸骨角を触診して第2肋間を確認し、C1、C2の装着部位を決定する。C2のつぎにC4を装着し、C3はC2-C4の中間点に装着する。
(注) C5、C6はC4と同じ高さであり、第5肋間ではない。

- (注) 隣り合う電極が接触しないように注意する。
- 胸部用のゴム球電極や四肢用のはさみ式電極を使用する場合は、電極装着部位に電極用ペーストの擦り込みを行う。(電気抵抗を減らすため)
(注) この際、隣接する部位のペーストが接合しないよう注意する。
(注) 粘着ゲルタイプ等のディスプレイ電極を使う場合はペーストの塗布を行わなくて良い。
 - 患者さんに力を抜いて楽にするように声をかけ、緊張を取る。
(筋電図混入を防ぐため)
 - 誘導毎のチャンネルを選択して記録を開始する(3誘導または6誘導同時記録の機種が一般的である)。
(注) 全自動の機種ではチャンネル選択は自動的に行われる。
(注) 1つの誘導に10秒間の記録で十分である。
(注) 不整脈があるときは長めに記録することがある。
 - 適切に記録されていることを確認し、測定を終了する。
 - 患者さんに測定終了を説明し、適切に電極を外す。この際、まず、胸部誘導電極を順次外し、つぎに四肢誘導電極を外す。
(注) 電極を外す際は、患者さんに声をかけ、疼痛に配慮して丁寧に外す。
 - ペーストを使用した場合は、患者さんと電極のペーストを拭き取る。
(注) 患者さんのペーストは、患者さん自身で拭き取ってもらうよう配慮することがある。
 - 電極等を次の使用に備えて適切に片づける。ディスプレイ電極は適切に廃棄する。
 - 以上の操作中、患者さんに不安感を与えるような不適切な言動は慎む。
 - 操作終了後に手指消毒を行う。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XI. 救急

- (注1) 学修項目は院内で倒れた患者さんへの対応として設定されている。
- (注2) 学修および評価は、模擬患者、マネキン人形、訓練用AEDなどを用いて行う。
- (注3) 心肺蘇生法、痛み刺激、腹部突き上げ法などでは、模擬患者を傷付けないように注意すること。

(1) 医療安全

- 周囲を見渡し安全であること（車、鋭利なもの、体液などの危険や汚染がないこと）を口に出して確認する。
- 患者さんに反応がなければ、助けを求める。
- 標準予防策（standard precautions）に配慮する。手袋、マスクなど。
- ＊（気道の確保では）頸椎頸髄損傷が疑われる場合は下顎挙上法を行う。
- AEDによる解析の際や放電の際には、全員に患者さんから離れるように指示し、周囲を見て確認し安全を確保する。
- 明らかな外出血がないか全身を観察する。外出血があれば標準予防策（standard precautions）に配慮しつつ直接圧迫止血する。

(2) 成人への心肺蘇生法

(注) ここでは心停止で倒れたところを目撃された成人への対応を扱っている。

1) 安全を確認する

- 周囲を見渡し安全であること（車、鋭利なもの、体液などの危険や汚染がないこと）を口に出して確認する。
- 標準予防策（standard precautions）に配慮する。手袋、マスクなど。

2) 反応を確認する

- 患者さんに大きな声をかけながら、肩を軽く叩いて反応を確認する。

3) 応援や資器材を依頼する

- 患者さんに反応がなければ、助けを求める。
(注) 病室ではナースコールを使ってもよい。
- 助けの人に①応援の人（医師・看護師・院内救急コール）、②AEDまたは除細動器、③救急カートなどを依頼する。

4) 気道を確保し、呼吸と脈拍を確認する

- ＊頸椎頸髄損傷が疑われる場合は下顎挙上法を行う。
- 頭部後屈あご先挙上を行い、軟部組織を圧迫しないように気道を確保する。
- 気道確保された患者さんの、①呼吸の観察、②頸動脈拍動の有無の確認を行い、10秒以内に心停止状態かどうかを判断する。

(注) 死戦期呼吸は十分な呼吸ではないとみなす。

呼吸の観察は、気道を確保したままで、胸と腹部の動きを見て、呼吸の有無を評価する。

頸動脈拍動は、気道確保を行ったまま、あご先を挙上していた指2、3本を甲状軟骨の高さで手前にずらし、甲状軟骨と胸鎖乳突筋の間に軽く押し当

てて確認する。確実な頸動脈拍動を触れなければ心停止状態と判断する。
確認は10秒以内として次の手順に進む。

5) 胸骨圧迫を開始する

- 心停止状態と判断したら、直ちに胸骨圧迫を開始する。
- 胸骨を圧迫する手の位置は、胸骨の尾側1/2である。胸の真ん中に手掌基部を置く。決して肋骨や剣状突起を圧迫しないように注意する。
- 胸骨に置いた手に他方の手を合わせ、肘を伸ばし垂直に圧迫する。
- 圧迫の深さは約5cm（6cmを超えない）まで強く圧迫する。
- 胸壁が完全に元の位置に戻るよう圧迫を解除する。
- 圧迫の速さは1分間に100～120回とする。

6) 人工呼吸を行う

- マスクタイプの感染防護具またはバッグ・バルブ・マスクを使用する。
（注）マスクタイプの感染防護具もバッグ・バルブ・マスクもない場合は、それらが到着するまで胸骨圧迫のみを継続する。
（注）バッグ・バルブ・マスクの詳しい使用法は後述する。
- マスクタイプの感染防護具は、マスクを患者さんの口と鼻を覆うように密着させ、気道確保を維持する。院内においては、感染防御等の観点から、バッグ・バルブ・マスクの使用を推奨する。
- 胸部の動きを見ながら1回に1秒かけて、胸が上がる程度の量を2回吹き込む。
- 胸部の動きがない場合は、気道を確保し直し人工呼吸する。
- 呼吸がなく頸動脈の拍動を触知する場合は、人工呼吸を続ける。人工呼吸のみ続ける場合は、1分間に10回程度の回数で行う。

7) 胸骨圧迫と人工呼吸を繰り返す

- 胸骨圧迫30回と人工呼吸2回の組み合わせで繰り返す。
（注）回数が多少異なっても30:2を意識していればよい。
- 胸骨圧迫中断の時間は10秒以内とし、最小限となるように努力する。
- AED装着、医師・看護師に引き継ぐまで、あるいは患者さんが動き出すまで、30:2の組み合わせを繰り返す。

8) AED（自動体外式除細動器）を使用する

- 最初に、電源を入れ音声指示に従う。
（注）パッドを取り出したり蓋を開けたりすると電源が入る機種もある。
- 電極パッドを患者さんの右上前胸部（鎖骨下）と左下側胸部（左乳頭外側下方）に貼る。
（注）電極パッドを貼る部位に経皮的薬剤があれば除去し、胸部が濡れていたなら拭き取り、植込み型のペースメーカーや除細動器があれば膨らみを避けて電極パッドを貼る。胸毛により電極パッドが密着しない場合は除毛する。
なおこの間も胸骨圧迫の中断は最小限になるよう努力する。
- AEDによる解析の際や放電の際には、全員に患者さんから離れるように指示し、周囲を見て確認し安全を確保する。
- 解析や放電の後、医師・看護師に指示されるまで電極パッドは剥がさず、電源は入れたままにしておく。放電後は直ちに胸骨圧迫を開始する。
- AEDの指示に従い、医師・看護師に引き継ぐまで、あるいは患者さんが動き出

すまで上述の処置を続ける。AEDによる解析や除細動、呼吸と循環の確認などのタイミングは、基本的にAEDの音声指示による。

9) 医療者に申し送る

- 到着した医師・看護師に胸骨圧迫を引き継ぎ、状況を概ね10秒以内に簡潔に報告する。

(キーワードの例) 「目の前で倒れた」「心停止」「除細動した」

10) * 質の管理

- 胸骨圧迫の質が低下しないように胸骨圧迫の役割を1～2分ごとに交代することを考慮する。

(3) 小児への心肺蘇生法

(注) ここでは心停止で倒れたところを目撃された小児への対応について、成人との違いのみ記載した。

- 脈の確認は、頸動脈または大腿動脈で行う。
- 小児の場合も、心停止状態と判断したら、直ちに胸骨圧迫を開始するが、小児の心停止の原因は呼吸原性のことが多いので、人工呼吸の準備が整い次第、人工呼吸を行う。
- 脈拍60/分以下の徐脈で、かつ、末梢循環障害があれば胸骨圧迫を行う。
- 救助者が1人の場合、胸骨圧迫と人工呼吸の回数比は30:2とする。
- 医療従事者が2人以上いる場合、胸骨圧迫と人工呼吸の回数比は15:2とする。
- 胸骨圧迫では、小児では圧迫の深さは胸の厚さの1/3程度として強く圧迫する。体の大きさを考慮し片手で圧迫してもよい。
- AEDを使用する際、未就学児（1～6歳）では小児用電極パッドを使用する。小児用電極パッドが無ければ成人用電極パッドで代用するが、パッド同士が接触しないように適切な位置に貼る。

(4) * 乳児への心肺蘇生法

(注) ここでは突然ぐったりしたところを目撃された乳児への対応について、成人・小児との違いのみ記載した。

- 反応の確認は、肩もしくは足底で行う。
- 脈の確認は、上腕動脈で行う。
- 乳児の場合も、心停止状態と判断したら、直ちに胸骨圧迫を開始するが、心停止の原因は呼吸原性のことが多いので、人工呼吸の準備が整い次第、人工呼吸を行う。
- 脈拍60/分以下の徐脈で、かつ、末梢循環障害があれば胸骨圧迫を行う。
- 救助者が1人の場合、胸骨圧迫は2本指圧迫法で行い、胸骨圧迫と人工呼吸の回数比は30:2とする。
- 医療従事者が2人以上いる場合、胸骨圧迫は胸郭包み込み両母指圧迫法で行い、胸骨圧迫と人工呼吸の回数比は15:2とする。
- 胸骨圧迫は、小児同様に圧迫の深さは胸の厚さの1/3程度として強く圧迫する。
- AEDを使用する際、乳児では小児用電極パッドを使用する。小児用電極パッドが無ければ成人用電極パッドで代用するが、パッド同士が接触しないように

適切な位置に貼る。

(5) 成人・小児・乳児の心肺蘇生法（感染防護具がない場合）

マスクタイプの感染防護具もバッグ・バルブ・マスクもない場合は、それらが到着するまで胸骨圧迫のみを継続する。

(6) 意識障害への初期対応

1) 安全を確認する

- 周囲を見渡し安全であることを口に出して確認する。
(例) 車、鋭利なもの、体液などの危険や汚染がないことなど。
- 標準予防策 (standard precautions) に配慮する。(手袋、マスクなど)

2) 反応を確認する

- 患者さんに大きな声をかけながら、肩を軽く叩いて反応を確認する。

3) 応援や資器材を依頼する

- 患者さんに反応がなければ、助けを求める。
(注) 病室ではナースコールを使ってもよい。
- 助けの人に①応援の人 (医師・看護師・院内救急コール)、②AEDまたは除細動器、③救急カートなどを依頼する。

4) 気道を確保し、呼吸と脈拍を確認する

- * 頸椎頸髄損傷が疑われる場合は下顎挙上法を行う。
- 頭部後屈あご先挙上を行い、軟部組織を圧迫しないように気道を確保する。
- 気道確保された患者さんの、①呼吸の観察、②頸動脈の拍動の有無の確認を行い、10秒以内で心停止状態かどうかを判断する。

(注) 死戦期呼吸は十分な呼吸ではないとみなす。

頸動脈拍動は、気道確保を行ったまま、あご先を挙上していた指2、3本を甲状軟骨の高さで手前にずらし、甲状軟骨と胸鎖乳突筋の間に軽く押し当てて確認する。確実な頸動脈の拍動を触れなければ心停止状態と判断する。確認は10秒以内として次の手順に進む。

5) 末梢循環を観察する

- 十分な自発呼吸があれば、末梢循環や意識レベルを観察する。
- 末梢循環の観察には、顔面や手の視診と触診で皮膚の①蒼白、②冷感、③湿潤の有無を確認する。
(注) * 毛細血管再充満時間で評価することもある。
- 橈骨動脈の脈拍を観察し、脈拍の有無や強弱、速いか遅いかを確認する。
(例) 「脈は弱くて速い」「強くて遅い」など。
- 明らかな外出血がないか全身を観察する。
外出血があれば標準予防策 (standard precautions) に配慮しつつ直接圧迫止血する。

6) 意識レベルを評価し、重要な神経学的所見を観察する

(「Ⅷ. 神経、(14) 意識レベルの診察」も参照)

- 患者さんに声をかけながら、声かけに答えるか、指示に従い顔面や手足を動かせるかどうかを観察する。

- 声かけに反応しない場合は、刺激に対する反応を観察する。患者さんへの配慮として、痛み刺激は声をかけてから加える。
- 意識レベルをJapan Coma Scale (JCS)、およびGlasgow Coma Scale (GCS)で評価する。
- *話し方の異常、顔面麻痺、上下肢麻痺の有無と左右差、瞳孔の大きさと対光反射を評価する。

7) 気道を維持する

- 意識障害があり、気道確保が必要で、呼吸と循環が安定していれば、頭部後屈あご先挙上法、下顎挙上法、回復体位などの方法で気道の維持を継続して行う。
(注) 回復体位を実施する場合は、頭部や頸部に無理な力がかかっていないかどうかを確認しながら安定した側臥位にし、頭部を後屈させる。
- 気道が維持され、呼吸と循環が安定しているかどうか経時的に確認する。
- *頸椎頸髄損傷が疑われる場合は、体位変換せず下顎挙上法のみを行う。

8) バッグ・バルブ・マスクを用いて人工呼吸を行う (後述)

9) 容態変化時の対応

- 容態が大きく変化した場合は、気道、呼吸、循環、意識レベルを再評価する。

10) 体温維持に留意する

- 体温低下の可能性があれば毛布などによる保温に努める。高体温の疑いがあれば冷却をはかる。

11) 医療者に申し送る

- 到着した医師・看護師に引き継ぎ、状況を概ね10秒以内で簡潔に報告する。
(キーワードの例) 「意識レベル」「呼吸循環」「人工呼吸」

(7) 気道異物による窒息への初期対応

(注) ここでは窒息したところを目撃された成人への対応を扱っている。

1) 窒息の認知

- 苦しそう、顔色が悪い、声が出せない、息ができないなどがあれば、窒息を疑う。
- 「ものが詰まりましたか」などと声をかけ、患者さんの身振り手振りや声が出せないことなどで窒息していることを確認する。

2) 応援や資器材を依頼する

- 窒息の疑いがあれば、助けを求める。
(注) 病室ではナースコールを使ってもよい。
- 助けの人に①応援の人(医師・看護師・院内救急コール)、②AEDまたは除細動器、③救急カートなどを依頼する。

3) 腹部突き上げ法を実施する

- 患者さんへの配慮として、「後ろからお腹を押します」など声をかけてから処置を行う。
- 患者さんの背後から両手を腹部にまわし、臍の頭側に片手の拳を当て他の手で拳を覆い横隔膜の方向にすばやく突き上げる。剣状突起を圧迫しないように注意する

(妊婦や肥満者には、腹部突き上げ法ではなく胸部突き上げ法・背部叩打法を行う)。

4) 背部叩打法を実施する

- 患者さんへの配慮として、「背中を叩きます」など声をかけてから処置を行う。
- 手掌基部で患者さんの肩甲骨の間を力強く連続して叩く。

5) 意識消失への対応

- 依頼中の応援や資器材が到着していないうちに患者さんの反応がなくなったら、再度応援や資器材の依頼を行い、胸骨圧迫から心肺蘇生法を開始する。この際、呼吸と脈拍の確認は行わない。気道確保の度に口腔内をのぞき込み、異物があれば除去する。盲目的指拭法は行わない。窒息による意識消失であれば脈拍を触知していても胸骨圧迫を行う。

6) バッグ・バルブ・マスクを用いて人工呼吸を行う（後述）

7) 医療者に申し送る

- 到着した医師・看護師に引き継ぎ、状況を概ね10秒以内で簡潔に報告する。
(キーワードの例) 「窒息」「腹部突き上げ法」「背部叩打法」「胸骨圧迫」

(8) バッグ・バルブ・マスクを用いた人工呼吸法

(注) 心肺蘇生法を救助者1名のみで行う場合は、バッグ・バルブ・マスクの使用は推奨されない。

(注) 院内においては、複数の救助者で心肺蘇生を行う場合は感染防御等の観点から、バッグ・バルブ・マスクの使用が推奨される。

1) バッグ・バルブ・マスクを片手で保持して人工呼吸を行う方法

- 患者さんの頭頂部側から手技を行う。
- 患者さんの鼻と口を覆うように、適切な位置にマスクを置く。
- 頭部後屈あご先挙上、もしくは下顎挙上で気道を確保する。
- 中指、環指、小指を患者さんの下顎にかけて下顎を引き上げつつ、母指と示指でマスクを保持し、患者さんの鼻と口を覆う（ECランプ法）。
- 胸部の動きを見ながら1回に1秒かけて、胸が上がる程度の量を送気する。
- 胸部の動きがない場合は、気道を確保し直して換気を行う。
- 患者さんに呼吸は無いが脈拍を認める場合は、1分間に10回程度の回数で換気を行う。

2) バッグ・バルブ・マスクを両手で保持して人工呼吸を行う方法

- 熟練した救助者が複数いる場合は、2人法でバッグ・バルブ・マスクを用いる。
- 気道確保担当者は、両手でマスクの保持を行い、気道確保に専念する。その際、両手の母指と示指でマスクを保持し患者さんの鼻と口を覆う（ECランプ法）か、両手の母指球でマスクの左右を押さえ、他の指で下顎を引き上げるようにしてマスクを密着させる（母指球法）。
- 換気担当者は、胸部の動きを見ながら1回に1秒かけて、胸が上がる程度の量を送気する。
- 胸部の動きがない場合は、気道を確保し直して換気を行う。
- 患者さんに呼吸は無いが脈拍を認める場合は、1分間に10回程度の回数で換気

を行う。

(9) * 蘇生チームによる心肺蘇生法（成人・小児・乳児、目撃例・非目撃例）

（注）救急対応チームリーダーの指示のもと以下の処置を行う。

- 1) 心電図波形を評価しVF / Pulseless VTであれば除細動を迅速かつ安全に行う。
- 2) バッグ・バルブ・マスクや気管挿管等で胸骨圧迫と人工呼吸を継続する。
- 3) 末梢静脈路を確保し救急薬剤を投与する。
- 4) 鑑別診断を考える。

(10) * 重症救急病態に対する救命治療

（注）救急対応チームリーダーの指示のもと対応する。

- 1) ショック
- 2) 急性中毒
- 3) 広範囲熱傷
- 4) 多発外傷

(11) * 初期救急病態の鑑別と初期治療

（注）救急対応チームリーダーの指示のもと対応する。

- 1) 発熱、脱水、めまい
- 2) けいれん、意識障害、頭痛
- 3) 動悸、胸痛、呼吸困難、喀血
- 4) 腹痛、嘔吐、吐血・下血、下痢、血尿

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていないと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XII. * 成人の包括的身体診察

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目 (Ver. 1.2)」に基づいた。

身体診察を行う上の注意事項として、患者さんが最も心地よく協力していただけるよう進めること、また不必要な体位変換を患者さんに強いないよう進めること、さらに臨牀的に効率よく進めることの3点がある。ここに記載した順序は1例であることを理解し、特に集約的身体診察においては患者さんの状態等により患者さんの体位・診察の順序・診察者の位置を臨機応変に変更できることが重要である。なお学修・評価項目の詳細は、II～XI章に示されているため、該当する項目を《参照項目》として示す。

(1) 診察時の配慮

《参照項目》

II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

(2) 医療安全

《参照項目》

II. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

(3) 全身の観察

(注) 全身の観察は診療の全過程を通して行われる。なお外来の場合などは患者さんが診察室に入室するときから観察を始める。

- 患者さんの全身の健康状態、体格を観察する。
- 身体計測を行う。
- 姿勢・活動度・歩行・身なり・清潔感・体臭・口臭などに注意する。
- 患者さんの表情や話し方を観察し、また周囲の人や物事に対する態度・感情・反応などに注意し、意識状態、意識レベルや精神状態を考慮する。

《参照項目》

IV. 全身状態とバイタルサイン

VIII. 神経

XI. 救急

(4) バイタルサイン

- 体温を測定する。
- 血圧を測定する。
- 脈を触診し、脈拍数を数える。
- 呼吸数を数える。
- パルスオキシメータを装着し経皮的動脈血酸素飽和度を測定する。

《参照項目》

IV. 全身状態とバイタルサイン

(5) 皮膚

(注) 他の部位を診察しているときにも、皮膚の観察は行う。

- 手や顔など診察開始時に露出している皮膚を中心に、全身の皮膚(毛髪・爪を含む)を観察する。
- 肌の潤いや乾燥具合、温かさを評価する。
- 病変を認めた場合は、病変の広がり、配列、形状、色調などを観察する。

《参照項目》

IV. 全身状態とバイタルサイン

V. 頭頸部

IX. 四肢と脊柱

(6) 頭部・眼・耳・鼻・咽頭

- 毛髪、頭皮、頭蓋、顔を視診および触診する。
- 視野を調べる。眼瞼、眼瞼結膜・眼球結膜・角膜、虹彩、水晶体を視診する。瞳孔を比較し、対光反射を検査する。眼球運動を診察する。眼底検査を行う。眼底検査の際は、部屋を暗くすると瞳孔が開き、眼底が観察しやすくなる。
- 耳介、外耳道、鼓膜を視診する。聴力を検査する。聴力低下を認めた場合 Weber 試験、Rinne 試験を行う。
- 鼻の外観・鼻粘膜、鼻中隔、鼻甲介を視診する。前頭洞や上顎洞の圧痛を触診する。
- 口唇、口腔粘膜、歯肉、歯、舌、口蓋、扁桃、咽頭を視診する。

《参照項目》

V. 頭頸部

VIII. 神経

(注) この部位の診察中に、すべての脳神経の評価を行うこともある。

(7) 頸部

- 頸部リンパ節および甲状腺を視診、触診する。
- 頸部の腫脹や拍動異常に注意を払う。
- 気管の偏位を触知する。
- 頸部血管の視診、聴診、必要に応じて触診する。

《参照項目》

V. 頭頸部

VI. 胸部

(8) 前胸部

(注) 肺(前胸部)の診察は仰臥位のままで良い。心臓の診察は基本的に仰臥位・左側臥位で行うことが推奨されているが、状況に応じ座位で行う。また、心音は左側臥位でも聴取する。

- 前胸部を視診、触診、打診、聴診する。

《参照項目》

VI. 胸部

(9) 乳房・腋窩

- 乳房を視診、触診する。
- 腋窩リンパ節を触知する。

《参照項目》

X. 基本的臨床手技 【一般手技】

(注) ここまでの診察で、筋骨格系および神経の予備的な診察はすんでいるため、一連の観察に基づいて、さらに全ての筋骨格系・神経について診察を行うべきかどうかを判断する。必要があれば、患者体位を座位のまま、手、腕、肩、首、顎関節を診察する。関節を視診、触診し、可動域を確認する（このときに上肢の筋肉量・筋緊張・筋力・筋反射を調べてもよい）。

《参照項目》

VIII. 神経

IX. 四肢と脊柱

(10) 背部

(注) 患者さんの体位を座位とし、診察者が背後に移動するか、患者さんに振り返っていただく。

- 背部を視診、触診、打診、聴診する。
- 両側の肺底部の清音と濁音の境界を確認する。
- 胸腰部の脊椎を視診する。肩の高さの対称性を観察する。

《参照項目》

VI. 胸部

IX. 四肢と脊柱

(11) 腹部

(注) 診察者は患者さんに対して右側から診察し、必要に応じてベッドもしくは診察台の反対側や足側に移動することを推奨する。

- 腹部を視診、聴診、打診、叩打診、触診する。
- 病態に応じて精密診察法を行う。

《参照項目》

VII. 腹部

(12) 下肢**1) 仰臥位での診察**

- 大腿動脈を触診する。
- 必要に応じて膝窩動脈、足背動脈などの拍動を確認する。
- 鼠径リンパ節を触診する。
- 下腿の皮膚所見を視診する。
- 下腿浮腫について視診・触診する。
- 下肢関節の視診・触診・関節可動性を診察する。
- 必要に応じて Patrick 試験を施行する。

- 下肢の神経診察を行う。

《参照項目》

- IV. 全身状態とバイタルサイン
- VIII. 神経
- IX. 四肢と脊柱

2) 立位での診察

- 立位における下肢の皮膚所見を視診する。静脈瘤など。
- 立位において胸腰椎の可動性を確認し、立位における下肢関節を視診する。
- 立位における神経診察を行う。

《参照項目》

- IV. 全身状態とバイタルサイン
- VIII. 神経
- IX. 四肢と脊柱

(13) 神経

(注) 患者さんの体位は座位か仰臥位とする。詳細な神経系の診察は身体診察の最後に行ってもよい。以下の5項目からなる神経診察を行う。

- 精神状態
- 脳神経（眼底検査を含む）
- 運動系
- 感覚系
- 反射

《参照項目》

- VIII. 神経

(14) 直腸診

(注) 直腸診は最後に行うことが多い。患者さんの体位は左側臥位とする。

- 仙骨部や肛門周囲を視診する。肛門管、直腸、前立腺を触診する。

《参照項目》

- VII. 腹部

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XIII. * 小児の診察

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目 (Ver. 1.2)」に基づいた。

(1) 子どもの人格・人権を尊重し、患児・保護者と基本的なコミュニケーションをとり、医療安全に配慮して小児の診察ができる。

1) 医療面接

- 医療面接ができる。
※保護者だけでなく、患児の年齢、理解度に応じて医療面接を行う。

2) 全身の基本的診察

- 頭頸部の診察ができる
大泉門、耳（外耳道、鼓膜など）、結膜（眼球、眼瞼）、口腔（咽頭、扁桃、舌、口唇、歯肉、頬粘膜など）、頸部（甲状腺、リンパ節など）
- 胸部の診察ができる
視診、聴診（心音、呼吸音）
- 腹部の診察ができる
視診、聴診、打診、触診、ツルゴール
- 皮膚の診察ができる
全身視診（発疹、チアノーゼなど）、BCG接種部位の確認
(注)患児の年齢、性別、成長、発達を配慮して診察を行う。

(2) 小児に特有な疾患・病態や疫学を理解し、医療面接および基本的診察から臨床推論を組み立てることができる。 XV. 臨床推論の項も参照のこと。

- 年齢を考慮した臨床推論を組み立てる。

(注) 以下に示す病態・症候について説明でき、臨床推論ができる。

発熱、体重減少、ショック、意識障害、けいれん、脱水、浮腫、発疹、咳・喘鳴、鼻閉・鼻汁、咽頭痛、不機嫌、呼吸困難、腹痛、嘔吐、便秘・下痢、黄疸、腹部膨隆・腫瘤、顔色不良、リンパ節腫脹、排尿の異常、血尿・蛋白尿、頭痛、運動麻痺・筋力低下、関節痛・関節腫脹、外傷・熱傷、発達・行動異常

- 小児科へコンサルテーションが必要な、緊急性のある疾患を説明できる。
例：細菌性髄膜炎、急性脳炎/脳症、心筋炎、腸重積、化膿性関節炎・骨髄炎など

(注) 小児科の診療参加型臨床実習では、乳幼児健康診査や予防接種、育児指導に可能な範囲で参加し、小児における医療・社会問題を認識できることが望ましい（小児の虐待を含む）。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XIV. * 成人女性の診察

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目（Ver. 1.2）」に基づいた。

- 医療面接が実施できる
- 産婦人科の基本的診察が適切に実施できる。
- 成人女性に特有な疾患・病態や疫学を理解し、医療面接および基本的診察から臨床推論を組み立てることができる。
※XV. 臨床推論の項も参照のこと
- 産婦人科へコンサルテーションが必要な、緊急性のある疾患を説明できる。
例：子宮外妊娠、骨盤腹膜炎、卵巣軸捻転など。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XV. * 臨床推論

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目 (Ver. 1.2)」に基づいた。

- 主訴から病変部位・病因・病態・重症度などを想定する。
- 病変部位・病因・病態などの想定に基づいて疾患・鑑別診断などを想定する。
- 各鑑別診断を可能性により順位づける。
- 医療面接において、想定した病態、鑑別診断に沿って、陽性症状、陰性症状を確認する。
- 身体診察において、想定した病態、鑑別診断に沿って、陽性所見、陰性所見を確認する。
- 異常所見が起きている根拠を示して推論する。
- 考えられる病態(プロブレム)について根拠を示して推論する。
- 考えられる疾患(プロブレム)について根拠を示して推論する。

(注) 以下に示す 37の症候・病態について臨床推論ができる。

発熱 全身倦怠感 食思(欲)不振 体重減少・体重増加 ショック 心停止 意識障害・失神 けいれん めまい 脱水 浮腫 発疹 咳・痰 血痰・喀血 呼吸困難 胸痛 動悸 嚥下困難・障害 腹痛 悪心・嘔吐 吐血・下血 便秘・下痢 黄疸 腹部膨隆(腹水を含む)・腫瘤 貧血 リンパ節腫脹 尿量・排尿の異常 血尿・タンパク尿 月経異常 不安・抑うつ もの忘れ 頭痛 運動麻痺・筋力低下 腰背部痛 関節痛・関節腫脹 外傷・熱傷

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XVI. * 報告

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目（Ver. 1.2）」に基づいた。

(1) 態度・コミュニケーション

- 報告を受ける人に対して、適切に挨拶や自己紹介をする。
- 適切な声の大きさ・スピードで報告する。
- 適切な姿勢、視線などで報告する。
- わかりやすく、明瞭な言葉遣いで報告する。
- 正しい医学用語を適切に使用する。
- 患者さんに敬意をはらった態度で報告する。
- 相手が理解したか、質問があるか、確認する。
- 締めくくりの挨拶を述べる。

(2) 情報

- 患者さんの基本情報を伝える。
- 主訴、病歴などを伝える。
- プロブレムの概要を簡潔な言葉で伝える。
- プロブレムに関連する他の医学的情報を伝える。
- もっとも考えられる疾患及びその根拠を伝える。
- 鑑別すべき疾患、除外すべき疾患及びその根拠を伝える。
- 心理社会的情報を伝える。
- 解釈モデルや希望を伝える。
- 必要な経過を伝える。
- 立案したプランを伝える。
- 上記の情報を簡潔に順序立てて報告する。
- 伝えるべき項目を適切に選択する。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わっていてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

XVII. 診療録

本章の内容は2021年3月発行「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目 (Ver. 1.2)」に基づいた。

(1) 一般的事項

- 医師として適切な表現を用いて記載する。
- 適切な医学用語を用いる。
- 一部の医師(医療従事者)の間でしか通用しない略号を使用しない。
- 記載後、必ず署名する。
※電子カルテの場合不要
- 訂正する場合は二重線を引き訂正し、訂正印を押す。
※電子カルテの場合不要
- 診療記録の記載後、指導医の確認を受ける。

(2) 記載内容

- 記載した日付を必ず記載する。
※電子カルテの場合不要
- 患者さんが来院した理由(主訴)および主要症状および病状の変化(現病歴)を記載する。
- 既往歴・生活歴・家族歴等の患者背景を記載する。
《参照項目》
Ⅲ. 医療面接 (4)患者さんに聞く(話を聴く): 医学的情報
Ⅲ. 医療面接 (5)患者さんに聞く(話を聴く): 心理・社会的情報
- 身体所見について記載する。
- 鑑別診断の進め方を記載する。
- 診断を記載する。
- 治療方針を記載する。
- 以上を、問題志向型医療記録(problem-oriented medical record <POMR>)形式で診療録として作成する。
- 入院患者に対しては、最低1日1回は診察し、その診療経過をすみやかに記載することを原則とし、その診療経過を主観的所見(Subjective)・客観的所見(Objective)・評価(Assessment)・計画(Plan) <SOAP>で記載する。
- 検査・治療(処方・手術・処置等)の内容を記載する。
- 患者さんや家族への説明を記載する。
- コンサルテーションを行った場合はその内容を記載する。
- カンファレンスの内容を記載する。
- 回診時のコメントや指示を記載する。

(3) 診療記録に関する個人情報保護・プライバシー保護

(各大学・実習施設の決まりに従う)

- 患者さんに関する不要な個人情報は保有しない。

- 患者さんに関する個人情報、不要になった段階ですぐ廃棄する。
- 患者さんに関する個人情報を関係のない第三者が知ることがないように取り扱う。
- 患者さんに関する個人情報は、許可を得ない限りいかなる形でも病院外に持ち出さない。

(4) 診療記録(特に電子カルテ)に関するセキュリティーに配慮する

(各大学・実習施設の決まりに従う)

- 受け持ち患者および診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。
- 電子カルテを使用する場合、ログイン後はログオフするまでその場を離れない。
- 電子カルテを使用する場合、ユーザーアカウント(ID)およびパスワードの管理を厳重にする。
- 電子カルテの使用後、離席の際は必ずログオフする。

学生が臨床実習中に学修し卒業時には身につけておくべきだが、臨床実習開始前には備わってなくてもよいと判断した項目には*を付記した。ただし卒業時に身につけておくべき技能と態度のすべてを網羅しているわけではない。

Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為

	学生が行う行為																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
医師として求められる基本的な資質・能力 A-1. プロフェッショナリズム	適切な医療提供を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う	導かれた所見から適切な臨床推論を行う	適切なコミュニケーションを行う	適切なチームでの協働を行う	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療提供上の問題や患者・連絡・相談を行う	多職種とのチームで協働する	インフォームド・コンセントを得る	基本的臨床手技を習得する	初期対応を行う	緊急度を評価し、適切な対応を行う
A-1-1) 医の倫理と生命倫理																	
A-1-1)① 医学・医療の歴史的な流れとその意味を概説できる。									○								
A-1-1)② 臨床倫理や主と死に関わる倫理的問題を概説できる。	○					○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-2)③ ヒポクラテスの誓い、ジュネーブ宣言、医師の職業倫理指針、医師患者等医療の倫理に関する規範を概説できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-2) 患者中心の視点																	
A-1-2)① リスボン宣言等に示された患者の基本的権利を説明できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-2)② 患者の自己決定権の意義を説明できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-2)③ 選択肢が多様な場合でも適切に説明を行い患者の価値観を理解して、患者の自己決定を支援する。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-2)④ インフォームド・コンセントとインフォームド・アセントの意義と必要性を説明できる。						○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-3) 医師としての責務と裁量権																	
A-1-3)① 診療参加型臨床実習において患者やその家族と信頼関係を築くことができる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-3)② 患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であり得ることを認識し、そのいずれにも柔軟に対応できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-3)③ 医師が患者に最も適した医療を勧めなければならない理由を説明できる。			○			○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-3)④ 医師には能力と環境により診断と治療の限界があることを説明できる。	○	○	○							○	○	○	○	○	○	○	○
A-1-3)⑤ 医師の法的義務を列挙し、例示できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○	○	○	○

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-2. 医学知識と問題対応能力</p>	適切な医療提供を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な指導・フィードバックを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療従事者との問題点の報告・連絡・相談を行う	多職種とのチームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を熟練させる	緊急度を評価し、適切な初期対応を行う
A-2-1) 課題探求・解決能力															
A-2-1)① 必要な課題を自ら発見できる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-2-1)② 自分に必要な課題を、重要性・必要性に照らして順位付けできる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-2-1)③ 課題を解決する具体的な方法を発見し、課題を解決できる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-2-1)④ 課題の解決に当たり、他の学修者や教員と協力してよりよい解決方法を見出すことができる。					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
A-2-1)⑤ 適切な自己評価ができ、改善のための具体的な方策を立てることができる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-2-2) 学修の在り方															
A-2-2)① 講義、国内外の教科書・論文、検索情報等の内容について、重要事項や問題点を抽出できる。							<input type="radio"/>					<input type="radio"/>			
A-2-2)② 得られた情報を統合し、客観的・批判的に整理して自分の考えを分かりやすく表現できる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
A-2-2)③ 実験・実習の内容を決められた様式に従って文書と口頭で発表できる。				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>							
A-2-2)④ 後輩等への適切な指導が実践できる。									<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
A-2-2)⑤ 各目の興味に応じて選択制カリキュラム(医学研究等)に参加する。															

	学生が行う行為															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-3. 診療技能と患者ケア</p>	適切な医療提供を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	プロセッサンション能力を高める	適切な計画を立てる	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療従事者との問題で、報告・連絡・相談する	多職種とのチームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を掌握する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-3-1) 全人的実践的能力																
A-3-1)① 病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等)を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行える。	○											○				○
A-3-1)② 網羅的に系統立てて適切な順序で効率的な身体診察を行える。異常所見を認識・記録し、適切な鑑別診断が行える。		○	○		○											○
A-3-1)③ 基本的な臨床技能(適応、実施方法、合併症、注意点)を理解し、適切な態度で診断や治療を行える。					○	○					○		○	○	○	○
A-3-1)④ 診療録(カルテ)についての基本的な知識を修得し、問題志向型医療記録<POMR>形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。									○		○	○				○
A-3-1)⑤ 患者の病状(症状、身体所見、検査所見等)、プロブレムリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換ができる。				○	○	○						○				○
A-3-1)⑥ 緊急を要する病態や疾患・外傷の基本的知識を説明できる。診療チームの一員として救急医療に参画できる。										○		○				○
A-3-1)⑦ 慢性疾患や慢性疼痛の病態、経過、治療を説明できる。医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画できる。	○	○	○	○	○	○			○	○		○	○			
A-3-1)⑧ 患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護などの両立支援を含め患者と家族に対して誠実に適切な支援を行える。										○		○	○			

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-4. コミュニケーション能力	適切な問診をとり行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推察を行う	プロフェッショナルなコミュニケーションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な検査計画を立てる	導かれた病歴を聞き、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	患者・家族・相談者の問題を把握する	多職種チームで連携する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を習得する	初期対応を行う
A-4-1) コミュニケーション															
A-4-1)① コミュニケーションの方法と技能(言語的・非言語的)を説明し、コミュニケーションが態度あるいは行動に及ぼす影響を概説できる。	○	○		○						○	○	○	○	○	○
A-4-1)② コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。	○	○								○	○	○	○	○	○
A-4-1)③ 患者・家族の話を傾聴し、共感することができる。	○				○	○				○		○	○	○	○
A-4-2) 患者と医師の関係															
A-4-2)① 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。	○	○			○	○				○		○	○	○	○
A-4-2)② 患者に分かりやすい言葉で説明できる。	○	○			○	○						○	○	○	○
A-4-2)③ 患者の心理的及び社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。	○			○		○			○	○		○	○		
A-4-2)④ 医療行為が患者と医師の契機的な信頼関係に基づいていることを説明できる。	○	○			○	○				○	○	○	○	○	○
A-4-2)⑤ 患者の要望(診察・転院・紹介)への対処の仕方を説明できる。	○	○			○	○				○		○	○	○	○
A-4-2)⑥ 患者のプライバシーに配慮できる。	○	○		○	○	○			○	○		○	○	○	○
A-4-2)⑦ 患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いができる。	○	○		○	○	○			○	○		○	○	○	○
A-4-2)⑧ 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。	○	○			○	○				○		○	○	○	○

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
医師として求められる基本的な資質・能力 A-5. チーム医療の実践	適切な医療提供を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う	導かれた所見から適切な臨床推論を行う	ブレインセッションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な検査計画を立てる	導かれた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	導かれた情報に対してエビデンスを収集する	臨床上の問題に対して適切な記録を行う	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	報告の申し送りを行う	患者の申し送りを行う
A-5-1) 患者中心のチーム医療														
A-5-1)① チーム医療の意義を説明できる。														
A-5-1)② 医療チームの構成や各構成員(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職)の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加できる。														
A-5-1)③ 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求めることができる。														
A-5-1)④ 保健、医療、福祉と介護のチーム連携における医師の役割を説明できる。														
A-6. 医療の質と安全管理														
A-6-1) 安全性の確保														
A-6-1)① 実際の医療には、多職種が多段階の医療業務内容に関与していることを具体的に説明できる。														
A-6-1)② 医療上の事故等を防止するためには、個人の注意(ヒューマンエラーの防止)はもとより、組織的なリスク管理(制度・組織エラーの防止)が重要であることを説明できる。														
A-6-1)③ 医療現場における報告・連絡・相談と記録の重要性や、診療録(カルテ)改竄の違法性を説明できる。														
A-6-1)④ 医療の安全性に関する情報(薬剤等の副作用、薬害、医療過誤(事例や症例を含む)、やっではないけないうつ、優れた取組事例等)を共有し、事後に役立てるための分析の重要性を説明できる。														

	学生が行う行為															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-6. (続き) 医療の質と安全の管理</p>	適切な医療提供体制を構築している。	適切な身体診察を行っている。	適切な臨床推論を行っている。	適切な所見から適切な臨床推論を行っている。	プロフェッショナルコミュニケーション能力を適切に発揮している。	問題点に即した適切な処置計画を立てている。	導かれた情報を統合し、診断・治療計画を立てている。	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する。	正しい診療記録(カルテ)を記載する。	患者の申し送りを行う。	医療提供体制上の問題や患者・家族・相談者の問題を適切に把握している。	多職種とのチームで連携している。	インフォーマットコンセントを得る。	基本的臨床手技を習得している。	初期対応を行う。	緊急度を評価し、適切な対応を行う。
A-6-1)	安全性の確保 (続き)															
A-6-1)-⑤ 医療の安全性確保のための職種・段階に応じた能力向上の必要性を説明できる。											○	○			○	
A-6-1)-⑥ 医療機関における医療安全管理体制の在り方(事故報告書、インシデントレポート、医療事故防止マニュアル、医療廃棄物処理、医療安全管理者(リスクマネージャー)、安全管理委員会、事故調査委員会、医療事故調査制度、産科医療補償制度)を概説できる。							○				○	○			○	
A-6-1)-⑦ 医療関連感染症の原因及び回避する方法(院内感染対策委員会、院内感染サーベイランス、院内感染対策チーム(infection control team <ICT>)、感染対策マニュアル等)を概説できる。					○	○	○				○	○			○	
A-6-1)-⑧ 高卒に経費に応じることができる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
A-6-2)	医療従事者の健康と安全															
A-6-3)-① 医療従事者の健康管理(予防接種を含む)の重要性を説明できる。											○	○				
A-6-3)-② 標準予防策(standard precautions)の必要性を説明し、実行できる。	○	○									○			○	○	
A-6-3)-③ 患者隔離の必要な場合を説明できる。					○	○			○	○		○			○	
A-6-3)-④ 針刺し事故(針刺し切創)等に遭遇した際の対応の仕方を説明できる。											○			○	○	
A-6-3)-⑤ 医療現場における労働環境の改善の必要性を説明できる。											○	○				

	学生が行う行為															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-7. 社会における医療の実践</p>	適切な医療提供を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う	得られた情報から適切な臨床推論を行う	適切な治療計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	得られた情報に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録（カルテ）を記載する	患者の申し送りを行う	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を習得する	初期対応を行う	緊急時を評価し、適切な医療提供を行う
A-7-1) 地域医療への貢献																
A-7-1)-① 地域社会（離島・へき地を含む）における医療の状況、医師の偏在（地域、診療科及び臨床・非臨床）の現状を概説できる。																
A-7-1)-② 医療計画（医療圏、基準病床数、地域医療支援病院、病診連携、病病連携、病院・診療所・薬局の連携等）及び地域医療構想を説明できる。																
A-7-1)-③ 地域包括ケアシステムの概観を理解し、地域における保健（母子保健、学校保健、成人・高齢者保健、地域保健、精神保健）・医療・福祉・介護の分業間及び多職種間（行政を含む）の連携の必要性を説明できる。											○	○				
A-7-1)-④ かかりつけ医等の役割や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獲得する。	○	○	○			○	○		○			○	○	○	○	
A-7-1)-⑤ 地域における救急医療、在宅医療及び離島・へき地医療の体制を説明できる。					○	○			○		○	○				
A-7-1)-⑥ 災害医療（災害時保健医療、医療救護班、災害派遣医療チーム<DMAT>、災害派遣精神医療チーム<DPAT>、日本医師会災害医療チーム<JMAT>、災害拠点病院、トリアージ等）を説明できる。										○	○					○
A-7-1)-⑦ 地域医療に積極的に参加・貢献する。	○	○	○			○	○		○	○		○	○	○	○	

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-7. (続き) 社会における医療の実践	適切な環境整備を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う	導かれた時間から適切な臨床推論を行う	適切なチームコミュニケーションを行う	問題点に即した適切な指示計画を立てる	導かれた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録（カルテ）を記載する	患者の申し送りを行う	患者・家族・他職種・他施設・他職種との問題点を把握する	多職種とのチームで活動する	インフォーマルドコンセントを得る	基本的臨床技能を継続する	初期対応を行う
A-7-2) 国際医療への貢献															
A-7-2)-① 患者の文化的背景を尊重し、英語をはじめとした異なる言語に対応することができる。	△	△			△	△		△	△			△	△	△	
A-7-2)-② 地域医療の中での国際化を把握し、価値観の多様性を尊重した医療の実践に配慮することができる。	△	△			△	△		△	△	△	△	△	△	△	
A-7-2)-③ 保健、医療に関する国際的課題を理解し、説明できる。							○			△					
A-7-2)-④ 日本の医療の特徴を理解し、国際社会への貢献の意義を理解している。															
A-7-2)-⑤ 医療に関わる国際協力の重要性を理解し、仕組みを説明できる。															
A-8. 科学的探究															
A-8-1) 医学研究への志向の涵養															
A-8-1)-① 研究は、医学・医療の発展や患者の利益の増進を目的として行われるべきことを説明できる。							○								
A-8-1)-② 生命科学の講義・実習で得た知識を基に、診療で経験した病態の解析ができる。			○		○	○	○								
A-8-1)-③ 患者や疾患の分析を基に、教科書・論文等から最新の情報を検索・整理統合し、疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
A-8-1)-④ 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学研究（臨床研究、疫学研究、生命科学研究等）に参加することができる。							○								

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
医師として求められる基本的な資質・能力 A-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	適切な医歴面接を行う	適切な身体診察を行う	適切な臨床推論を行う 得られた所見から	適切な症例 プレゼンテーションを行う	問題点に即した適切な 検査計画を立てる	得られた情報を統合し、 診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対して エビデンスを収集する	正しい診療記録（カルテ）を 記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を 報告・連絡・相談する	多職種とのチームで協働する	インフォーマットコンセントを 得る	基本的臨床手技を熟達する	初期対応を行う 緊急性を評価し、適切な
A-9-1) 生涯学習への準備														
A-9-1)-① 生涯学習の重要性を説明できる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-9-1)-② 生涯にわたる継続的学習に必要な情報を収集できる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-9-1)-③ キャリア開発能力を獲得する。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-9-1)-④ キャリアステージにより求められる能力に異なるニーズがあることを理解する。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-9-1)-⑤ 臨床実習で経験したことを自覚し、自己の課題を明確にする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

※ 本表では医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」に述べられているすべての項目を対象としている。

[別紙] 令和2年度医学系臨床実習前OSCE事後評価解析小委員会委員名簿（専門部会含む）

氏名	大学等名	職名	事後評価解析 小委員会	学習・評価項目等 改訂専門部会	課題改訂専門部会
森本 剛	兵庫医科大学	教授	委員長	委員	副部会長(解析)
高田 清式	愛媛大学	特命教授	副委員長	委員	部会長(腹部)
内田 啓子	東京女子医科大学	教授	委員	委員	委員(解析)
大滝 純司	東京医科大学	兼任教授		委員	
横崎 典哉	広島大学	准教授	委員	部会長	
三瀬 順一	愛媛県立南宇和病院	内科部長	委員	委員	◎委員(医療面接)
岸 美紀子	群馬大学	准教授	委員	副部会長	○委員(医療面接)
岡田 宏基	香川大学	教授			委員(医療面接)
石川 ひろの	帝京大学	教授			委員(医療面接)
大久保 由美子	帝京大学	教授			委員(医療面接)
守屋 利佳	北里大学	准教授			委員(医療面接)
西屋 克己	関西医科大学	学長特命教授			委員(医療面接)
林 達哉	旭川医科大学	特任教授	委員	委員	◎委員(頭頸部)
日高 浩史	関西医科大学	准教授	委員		○委員(頭頸部)
佐藤 慎哉	山形大学	教授			委員(頭頸部)
松延 毅	日本医科大学	准教授			委員(頭頸部)
松井 俊和	医療法人宝美会豊川青山病院	病院長			委員(頭頸部)
石川 和信	福島学院大学	特任教授	委員	委員	◎委員(胸部・バイタル)
石川 鎮清	自治医科大学	教授	委員	委員	○委員(胸部・バイタル)
加賀谷 豊	東北大学	教授			委員(胸部・バイタル)
伊藤 正洋	長岡崇徳大学	特任教授			委員(胸部・バイタル)
山崎 直仁	高知大学	准教授			委員(胸部・バイタル)
吉田 和代	佐賀大学	准教授			委員(胸部・バイタル)
血谷 健	杏林大学	准教授			委員(胸部・バイタル)
大槻 眞嗣	藤田医科大学	教授			委員(胸部・バイタル)
渡部 健二	大阪大学	教授	委員	委員	◎委員(腹部)
松井 邦彦	熊本大学	教授	委員		○委員(腹部)
鈴木 英雄	筑波大学	准教授			委員(腹部)
熊木 天児	愛媛大学	准教授			委員(腹部)
小坂 健夫	和楽仁芳珠記念病院	病院長			委員(腹部)
松井 真	金沢医科大学	主任教授	委員	委員	◎委員(神経)
宇宿 功市郎	熊本大学	教授	委員		○委員(神経)
菊田 健一郎	福井大学	教授			委員(神経)
苅田 典生	神戸大学	客員教授			委員(神経)
高橋 慎一	埼玉医科大学	教授			委員(神経)
道勇 学	愛知医科大学	教授			委員(神経)
中島 一郎	東北医科薬科大学	教授			委員(神経)
武田 英孝	国際医療福祉大学	教授			委員(神経)
谷口 純一	熊本大学	特任教授	委員	委員	◎委員(四肢と脊柱)
高橋 誠	北海道大学	教授	委員		○委員(四肢と脊柱)
新納 宏昭	九州大学	教授			委員(四肢と脊柱)
大谷 晃司	福島県立医科大学	主任教授			委員(四肢と脊柱)
山脇 正永	東京医科歯科大学	教授			委員(四肢と脊柱)
山内 かつ代	東京女子医科大学	講師			委員(四肢と脊柱)
柵山 年和	東京慈恵会医科大学	外科非常勤医長	委員	委員	◎委員(基本手技)
石井 誠一	東北大学	准教授	委員		○委員(基本手技)
岩田 貴	徳島大学	教授			委員(基本手技)
河野 誠司	神戸大学	特命教授			委員(基本手技)
三木 健太	東京慈恵会医科大学	講師			委員(基本手技)
國島 広之	聖マリアンナ医科大学	教授			委員(基本手技)
宮本 学	関西福祉科学大学	客員教授			委員(基本手技)
藤田 智	旭川医科大学	教授	委員	委員	◎委員(救急)
本間 正人	鳥取大学	教授	委員		○委員(救急)
瀬尾 宏美	高知大学	教授			委員(救急)
阪本 雄一郎	佐賀大学	教授			委員(救急)
伊関 憲	福島県立医科大学	教授			委員(救急)
山畑 佳篤	京都府立医科大学	講師			委員(救急)
菊地 研	獨協医科大学	教授			委員(救急)
仁田 善雄	機構	部長	委員	委員	●委員(解析)
吉田 素文	国際医療福祉大学	教授	委員		委員(解析)

◎ ステーションリーダー、○ サブステーションリーダー、● 責任者

Ⅱ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

臨床実習後の評価としての共用試験は、臨床実習で卒業を許容できると判断できる臨床能力を修得できているかを、全国共通の評価基準で測定することです。すなわち、これにより医師及び歯科医師養成機関である医・歯学部が、自大学の学生が卒業の時点で、臨床研修を開始できる能力を有していることを社会・国民に対し明確に示すことができます。

本来、臨床実習の評価は、臨床実習現場で評価するworkplace-based assessmentが望ましい評価ですが、すべての医・歯学生について、外部の評価者が臨床実習現場に赴いて客観的評価基準で評価することは、実行可能性の観点からはきわめて困難です。そこで、歯学系の一部を除き、シミュレーションテストであるOSCEにより評価しています。

詳細は各項目で後述されますが、ここでは医学系において正式実施として開始された例を示します。

診療参加型臨床実習では、実際の患者さんに医療面接を行い、身体診察の所見と合わせて、臨床検査等を計画し、それらから得られた諸情報を解釈して病態を解析し、治療計画を立て、指導医に報告します。これをOSCEに組み立てて、機構が提供する課題では、日常、頻繁に接する可能性のある症候を課題として、医療面接・身体診察・指導医へのプレゼンテーションまでを1つの試験室で行います。受験生は1人あたり機構が提供する3課題を受験します。その評価は、あらかじめトレーニングされた他大学教員の医師と臨床研修病院の指導医が学内の評価者とともに、受験生を評価します。これにより、公平性と客観性が確保された試験となります。機構課題3課題に加えて、各大学の自律性を尊んで大学独自のOSCE課題も実施することを推奨しています。

歯学系では、全国統一の一斉技能試験のみならず、workplace-based assessmentとしての臨床実地試験を開始しました。

Ⅱ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験（臨床実習後OSCE, Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination ; Post-CC OSCE）と呼称します。

(1) 概要

- ① 臨床実習後OSCEは、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して行われます。学生が診療参加型臨床実習で十分な臨床能力を修得し、医学部卒業を許容できる臨床能力、換言すれば、卒業後の医師臨床研修を開始するにあたって安全・安心な医療を提供できる能力を修得できているかを全国統一の基準で評価する試験です。一方では、国民・社会に対し、わが国のすべての医学部・医科大学が医師育成機関としての責務を全うしているかを評価されることにもなります。
- ② 医学生が卒業時点で修得しておくべき能力については、別項の「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）に準じた臨床研修開始時に必要とされる技能と態度の関する学修・評価項目（第1.1版）」（本誌167ページ）に示しました。
- ③ 医師臨床研修開始時にできなければならない項目を、医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容に改変を加え、下記の14項目にまとめました。そして当面の臨床実習後OSCEで測定する項目を□で囲みました。□で囲んだ項目以外に関しては、今後臨床実習後OSCEの拡大に伴って取り上げることになりますが、現時点では各大学が自主的に実施する臨床実習後の評価として実施することが推奨されます。

卒業時＝研修開始時の臨床能力としてできなければならないこと

1. 適切な医療面接ができる
2. 適切な身体診察ができる
 - ① スクリーニング診察ができる
 - ② 診断仮説に基づいた集約的身体診察ができる
3. 得られた情報・所見から適切な臨床推論ができる
4. 適切な症例プレゼンテーションができる
5. 問題点に即した適切な検査計画を立てられる
6. 得られた情報を統合し、診断・治療計画を立案できる
7. 臨床上の問題に対しエビデンスを収集できる
8. 正しい診療記録（カルテ）を記載できる
9. 患者の申し送りを行うことができる
10. 医療安全上の問題を報告・連絡・相談できる
11. 多職種チームで協働できる
12. インフォームド・コンセントを得ることができる
13. 基本的臨床手技を実施できる
14. 緊急性を評価し、適切な初期対応ができる

Ⅱ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

- ④ 臨床実習後OSCEの課題は、日常、頻繁に遭遇する症候・病態に、適切な対応ができる能力が修得できているかを測定する目的で調整されています。すなわち、受験生には「試験室内で模擬患者への医療面接と身体診察を行い、それをその場でまとめて指導医にプレゼンテーションする」ことを16分間で行う（医療面接と身体診察は12分間で行い、まとめとプレゼンテーションを4分間で行う）ことが要求され、一人当たり3症候、つまり3課題に取り組むこととなります。また、実施大学が独自に作成した3課題を併施することを原則としています。（ただし、今年度は新型コロナウイルス感染症の流行のために若干の緩和策がとられることがあります。）
- ⑤ 上述の、日常、頻繁に遭遇する症候・病態の課題は、「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）G臨床実習 G-2臨床推論」に掲げられている37症候のうち、G-2-5) ショックとG-2-6) 心停止の2項目を除く35症候から作成されています。

医学教育モデル・コア・カリキュラム（H28年度改訂版）
G-2 臨床推論 からの35症候から課題が作られる

G-2-1) 発熱	G-2-20) 腹痛
G-2-2) 全身倦怠感	G-2-21) 悪心・嘔吐
G-2-3) 食思（欲）不振	G-2-22) 吐血・下血
G-2-4) 体重減少・体重増加	G-2-23) 便秘・下痢
G-2-5) ショック	G-2-24) 黄疸
G-2-6) 心停止	G-2-25) 腹部膨隆（腹水含む）・腫瘍
G-2-7) 意識障害・失神	G-2-26) 貧血
G-2-8) けいれん	G-2-27) リンパ節腫脹
G-2-9) めまい	G-2-28) 尿量・排尿の異常
G-2-10) 脱水	G-2-29) 血尿・タンパク尿
G-2-11) 浮腫	G-2-30) 月経異常
G-2-12) 発疹	G-2-31) 不安・抑うつ
G-2-13) 咳・痰	G-2-32) もの忘れ
G-2-14) 血痰・咯血	G-2-33) 頭痛
G-2-15) 呼吸困難	G-2-34) 運動麻痺・筋力低下
G-2-16) 胸痛	G-2-35) 腰背部痛
G-2-17) 動悸	G-2-36) 関節痛・関節腫脹
G-2-18) 胸水	G-2-37) 外傷・熱傷
G-2-19) 嚥下困難・障害	

課題から除外

- ⑥ 臨床実習後OSCEの評価は、実施大学の教員による内部評価者に加え、機構が開催する評価者認定講習会に参加してトレーニングを受け認定された外部評価者も行います。この外部評価者は、他大学の教員の医師と臨床研修医を指導する立場にある臨床研修病院等の臨床研修指導医（以下「指導医」という。）も評価者となっています。臨床研修病院の指導医が学生の臨床能力を評価することは、臨床実習前OSCEとの大きな違いで、卒前の臨床医学教育の成果が卒後教

Ⅱ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

育担当者から評価されることになり、卒前から卒後への臨床医学教育の一貫性に資することになるはずです。また、医療面接や身体診察に協力いただいた模擬患者からの評価も実施大学にフィードバックされることとなります。

- ⑦ 評価は、あらかじめ定められた評価ルーブリックにもとづいて評価されます。公開されている評価ルーブリックの基本パターンを示しておきます(本誌231ページ)。左側には評価する項目が、上段には合格・合否境界領域・不合格を6段階で示しました。
- ⑧ 評価結果は、機構で統計処理を行って実施大学に報告され、合否の判定は実施大学の責任で行われます。
- ⑨ すでに平成29年度は23大学で、平成30年度は29大学で、令和元年度は78大学でトライアルを行いました。令和2年度からは正式実施となりましたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、昨年度から実施方法を改変した特例実施となっていることがあります。
- ⑩ 実施時期は、臨床実習後に、各大学の学事予定に則り、機構と調整した日程で行われます。
- ⑪ 受験生は、全臨床実習を終了し、臨床実習後OSCEを受験する資格があると各大学が認めた医学部医学科ないし医学群医学類の第6学年の学生です。
- ⑫ 受験料については、会費規定で受験生一人当たり20,000円と定められています。

(2) 成績返却について

試験実施後、同年度の11月以後に各大学宛に「個人成績表」を送ります。



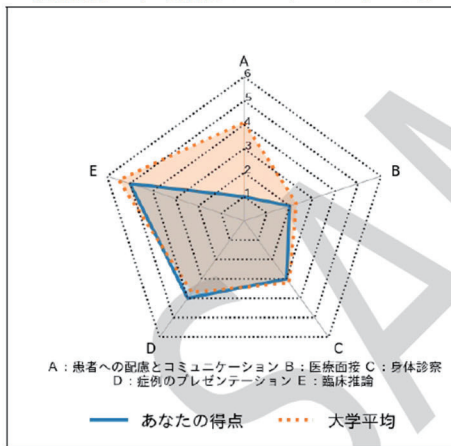
2020年12月31日 23:59:59 発行
取扱注意

共用試験 20XX 医学系 POST-CC OSCE 個人成績表

実施日： 20YY/MM/DD 20YY/MM/DD	学校名： □□大学医学部 受験者数： 100
学籍番号： MA001	受験者固有番号： GXX000XXF0001
試験種別： 本試	氏名： 受験者 001

あなたの結果

【観点別5平均得点のレーダーチャート】



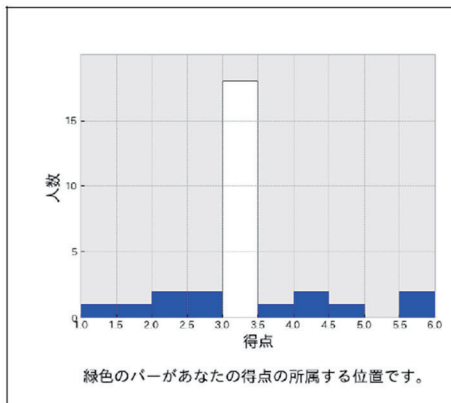
あなたの観点別3課題平均

A: 患者への配慮、コミュニケーション	3.4
B: 医療面接	3.4
C: 診断仮説に基づいた身体診察	3.4
D: 症例プレゼンテーション	3.4
E: 臨床推論	3.4

左図は3課題平均の5種類の評価観点と概略評価の値を受験生の得点とし、あなたの成績と大学平均をレーダーチャートに表しています。青色の実線があなたの成績、赤色の破線が大学平均です。学内平均に比べてあなたがどの部分の成績が良好で、どの部分の成績が不良であるかが視覚的に分かります。

【あなたの大学の概略評価の得点分布】

※白い部分はあなたの成績を示しています。



あなたの概略評価の3課題平均: 4.2

左図は上記の概略評価の大学の得点分布をヒストグラムで示しています。青色が大学分布であり、白色があなたの成績です。学内の分布におけるあなたの成績の位置が分かります。ただし、追試験の場合は表示していません。

各得点は課題別受験生別に2名以上の評価者がつけています。また、ビデオで再確認して評価する場合があります。得点は1~6点の範囲であり、6点が最も良好な評価です。

注：試験実施大学や実施年度が異なる場合、得点（個人成績や大学平均）の単純比較はできません。得点の表記は小数点以下第2位以下を切り捨てて表しています。

II - 2 臨床実習の評価としての共用試験

(3) 第1回（2020年度）全国成績（本試験）

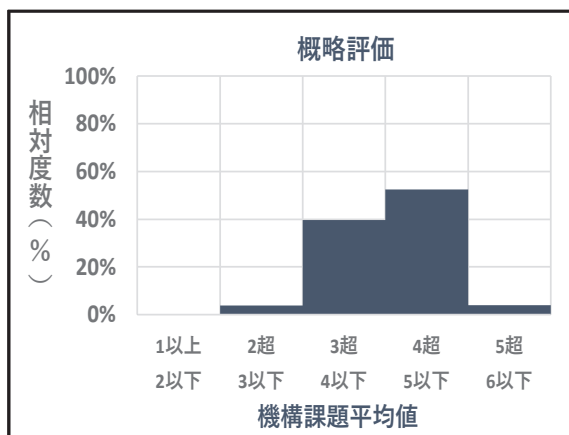
2020年度試験は、49大学で実施されました。49大学の本試験の成績のうち、特殊な条件で実施されたケースや課題を除外して集計しました。集計対象の受験者数は5,699人です。

概略評価および観点A～観点Eについて、機構課題の平均値を集計した結果を下に示します。

得点・成績の分布

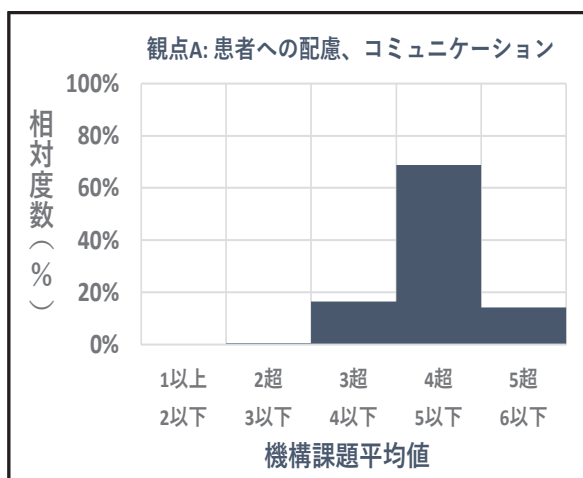
得点・成績の基本データ

得点・成績の評価指標



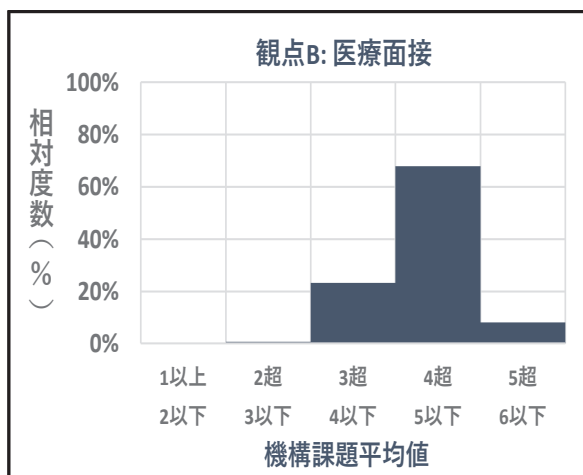
概略評価

	2020年度	得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	3.09
最高点	6.00	平均+2SD	5.33
最低点	2.00	3点未満	1.5%
平均点	4.21	4点未満	22.5%
標準偏差	0.56		
中央値	4.17		



観点A 患者への配慮、コミュニケーション

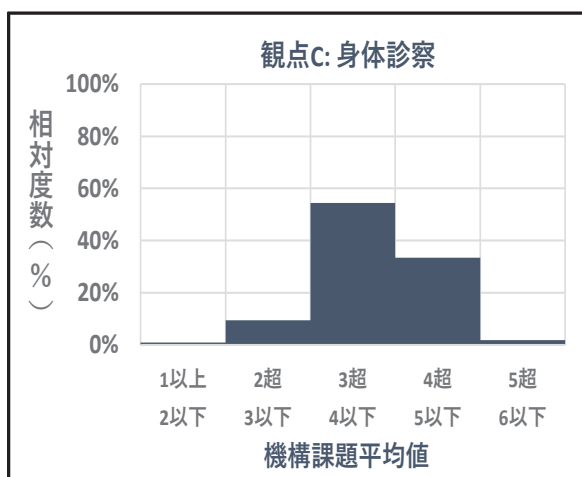
	2020年度	得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	3.56
最高点	6.00	平均+2SD	5.65
最低点	2.00	3点未満	0.3%
平均点	4.60	4点未満	5.2%
標準偏差	0.52		
中央値	4.50		



観点B 医療面接

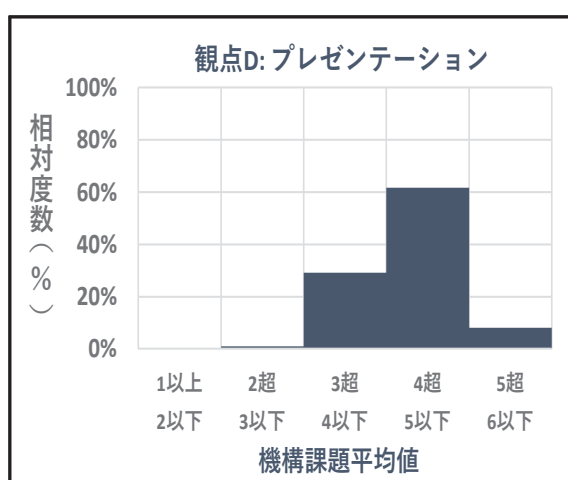
	2020年度	得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	3.48
最高点	6.00	平均+2SD	5.47
最低点	2.50	3点未満	0.2%
平均点	4.47	4点未満	9.1%
標準偏差	0.50		
中央値	4.50		

II - 2 臨床実習の評価としての共用試験



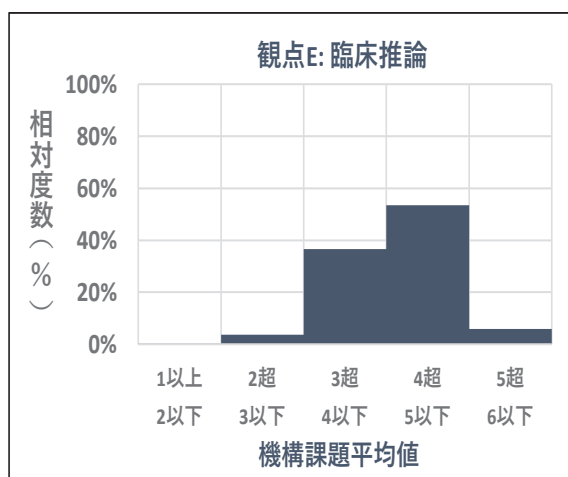
観点C 身体診察

2020年度		得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	2.65
最高点	6.00	平均+2SD	5.17
最低点	1.00	3点未満	4.4%
平均点	3.91	4点未満	45.9%
標準偏差	0.63		
中央値	4.00		



観点D プレゼンテーション

2020年度		得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	3.37
最高点	6.00	平均+2SD	5.45
最低点	1.50	3点未満	0.3%
平均点	4.41	4点未満	12.1%
標準偏差	0.52		
中央値	4.39		



観点E 臨床推論

2020年度		得点、%	
対象数	5,699	平均-2SD	3.05
最高点	6.00	平均+2SD	5.46
最低点	1.50	3点未満	1.8%
平均点	4.26	4点未満	22.5%
標準偏差	0.60		
中央値	4.25		

2021 年度医学系臨床実習後 OSCE 受験ガイド

このガイドは、受験生のために学修方法のアドバイスと受験時の注意事項をまとめたものです。感染予防対策については、試験全体を通じて各大学の指示に従ってください。

受験前の準備

- 1) 臨床実習後 OSCE では、本誌の 157 ページの (1) 概要 に示した①の趣旨で、本誌に掲載してある「医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版) に準じた臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目 (第 1.2 版)」をもとに、③の□で囲んだ部分について、臨床現場に即して定められた時間内に適切に実施できるかを評価します。
- 2) 課題は、158 ページの (1) 概要 の⑤に示した 35 症候から作られています。患者さんは、成人のこともあれば小児の場合もあります。また、診察の場所は、外来 (救急外来を含む) または病棟という設定です。
- 3) 患者さんに医療面接をして、うかがった情報から診断仮説に基づいた的を絞った身体診察を行います。そして得られた所見からその患者さんの病態を考え、指導医に適切な症例プレゼンテーションを行います。医療面接→身体診察→症例プレゼンテーションを限られた時間で効率よく行うことが求められています。
- 4) 受験前に「医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (臨床実習後 OSCE) 受験に向けて 2021 年度版」(動画) を必ず視聴してください。

受験当日

- 1) それぞれの大学によって、試験会場や待機室、試験の流れ、順路などが異なりますから、事前の説明をよく理解して行動してください。
- 2) 試験室や待機室に持ち込んではいけないもの (腕時計、スマートフォン、携帯情報端末、カメラなど) が定められています。注意事項をよく読んで厳守してください。たとえ「うっかり」であっても持ち込むと不正行為となり、その場で受験が中止となります。当該年度の共用試験の受験は一切認められません。
- 3) 移動は誘導係の指示に従って移動してください。
- 4) 試験室前での待機
 - ① 「入室してください」のアナウンスがあるまで、静粛に待機してください。
 - ② 試験室前に手指消毒用速乾性消毒薬が設置されている場合は、入室前に手指を消毒してよく乾かしてください。
- 5) 試験室への入室

- ① 室内に手指消毒用速乾性消毒薬が設置されている場合は、入室時に手指を消毒してよく乾かしてください。
- ② 入室したら、評価者に受験番号と氏名（フルネーム）を名乗ってください。「課題を読んでください。試験開始後、メモ用紙は自由に使ってください。」というアナウンスがあります。事前に目を通すシートは以下のとおりです。目を通す時間は試験時間には含まれません。

i 課題シート

課題シートには、場面（初診外来か、病棟か）、患者氏名、年齢が記載されています。病棟を想定した課題がありますので、よく目を通してください。また、医療面接と身体診察とで 12 分間であること、指導医への報告のためのメモ用紙を使用してよいこと、情報整理と指導医への報告とで 4 分間であることなどが記載されています。

ii 診療録に記載されている内容（病棟課題のみ）

入院患者では、その患者がなぜ入院しているのかなどの簡単な状況が記載されています（初診外来場面ではこの用紙は使用しません）。

iii 指導医へ報告のためのメモ用紙

試験開始前の書き込みは禁止します。試験開始後に使ってください。このメモ用紙は評価対象とはしませんが、終了後は回収します。

6) 試験中の注意

- ① 「開始してください」という合図とともに開始してください。ただし、模擬患者を呼び入れる場合、模擬患者の待機場所は各大学の状況、また場面（初診外来か、病棟か）によって異なります。
- ② 医療面接と身体診察で 12 分間です。受験生はこの範囲で自由に時間を配分してください。なお、模擬患者は試験開始後 12 分経過するまでは試験室に留まり、12 分経過の合図と共に退出します。したがって、12 分経過するまでは、医療面接や身体診察がいったん終了したとしても、追加して診察をおこなうことが可能です。
- ③ 病棟場面では、その患者さんとは初対面として診療を始めてください。ただし、あなたが診療することは予め指導医から患者さんに説明して承諾を得ているという設定です。
- ④ 身体診察の際には、何の診察をしているのか、また所見がどうかを述べながらおこなってください。
- ⑤ 身体診察の一部においてシミュレータを使用する場合があります。また、身体診察所見を、紙、音、動画などの媒体を用いて提示する場合があります。
- ⑥ 小児を対象とした課題の場合、家族からの情報収集が必要になります。また課題によっては小児シミュレータに対して全身の診察を行うことが適切な場合があります。
- ⑦ 医療面接模擬患者と身体診察模擬患者が別の場合、途中で入れ替わることがあります。同一患者さんだと思って試験を続けてください。

- ⑧ 身体診察中に病歴を尋ねることが可能です。医療面接と身体診察で模擬患者が異なる場合は、医療面接模擬患者が答えます。
- ⑨ 12 分後に「今から 4 分間で、情報の整理と指導医への報告とをおこなってください。」というアナウンスがあります。情報整理ができたと思ったら、指導医への報告を始めてください（評価者を指導医と思って報告します）。
- ⑩ 指導医への報告には、患者さんから得た情報、鑑別すべき病態・疾患とその根拠を含めてください。
- ⑪ アナウンス・合図について：課題開始時，診察終了時，試験終了時以外の合図については，大学独自のアナウンスがある場合があります。経過時間の確認の仕方については実施大学に委ねられています。

7) 試験終了時

合図とともに試験室から退室し，定められた順路で移動してください。

医療系大学間共用試験実施評価機構
共用試験医学系臨床実習後 OSCE

サンプル課題

ここは初診外来です。

患者：田中 和子（たなか かずこ）さん（60歳女性）

● 医療面接と身体診察 12分間

身体診察では何の診察をしているか、また具体的な所見を述べながら行ってください。適宜、別紙「指導医への報告のためのメモ用紙」を使用してください。メモ用紙は評価対象とはしませんが、終了後回収します。

● 情報整理と指導医への報告 4分間

指導医への報告には以下の点を含めてください。

1. 患者から得た情報
2. 鑑別すべき病態・疾患とその根拠

身体診察中も病歴を医療面接模擬患者に尋ねることが可能です。

医学教育モデル・コア・カリキュラム

(平成28年度改訂版)に準じた

臨床研修開始時に必要とされる
技能と態度に関する学修・評価項目
(第1.2版)

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構

医学系実施管理小委員会

2021年3月発行

【目次】

はじめに..... 1

第.1.1 版からの主な変更点..... 2

診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標..... 3

A. 医療面接..... 8

B. 身体診察..... 9

C. 小児の診察..... 14

D. 成人女性の診察..... 15

E. 臨床推論..... 16

F. 報告..... 17

G. 診療録..... 18

H. その他の行為について..... 20

I. 症候のポイント..... 21

J. 臨床実習後 OSCE の評価ルーブリックについて..... 63

Appendix
 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為

はじめに

『臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目(第 1.2 版)』を公表します。これは診療参加型臨床実習を通して医学部を卒業する時までに医学生が身につけるべき臨床能力のうち、技能・態度についての到達目標(学修成果)を示したものです。

診療参加型臨床実習では、医学生は実際の臨床現場で診療チームの一員となって患者に接します。そのためには、医学生は必要な医学知識と臨床技能を身につけているとともに、患者と接し、医療専門職と協働するにふさわしい態度も求められます。臨床研修開始前の技能・態度についての到達目標が『診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目』であり、技能態度を含めた臨床能力を評価するのが共用試験 OSCE(Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験)です。

では、臨床実習終了時には、どのような臨床能力を身につけていることが求められるのでしょうか。それは、臨床研修を円滑に開始するために必要な臨床能力です。臨床研修に求められるのは、診療参加型臨床実習前に問われるような個々の手技ではなく、それらを統合した臨床能力です。医療面接、身体診察を中心とした初期情報から疾患・病態を推論したり、すでに病態が明らかになっている患者では、その先の検査や治療計画等について診療チームの一員として検討に参加したりします。患者の診療においては、研修医自らが問題を同定し、その解決のための情報を検索できる能力が求められます。

診療参加型臨床実習において、医学生はまず臨床情報を確実にチームに伝える技能(症例提示能力)が求められます。様々な疾患・病態に遭遇し、その予防・診断・治療・リハビリテーションに関わってゆく経験の積み重ねを通して、統合的な臨床能力を少しずつ身につけていくことが期待されます。この統合的な臨床能力を駆使して実践される具体的な業務・活動を『診療参加型臨床実習で学生が行う行為』として示しました。

医学部を卒業したばかりの医師に求められる知識の評価としては医師国家試験が定着していますが、技能や態度の評価は、『臨床実習終了時に求められる臨床能力の到達目標(学修成果)』の評価で行うこととなります。評価の大きな部分は、診療参加型臨床実習を通じて協働する医療従事者や患者・家族から多面的になされるべきであり(360 度評価)、特に態度の評価は、観察記録による評価が有効です。一方、技能の評価は診療参加型臨床実習後 OSCE(Post Clinical Clerkship OSCE, Post-CC OSCE)が有用な評価法です。

卒業要件の一部としての臨床実習後 OSCE は、2020 年度から正式に「共用試験」として開始しました。医療系大学間共用試験実施評価機構から出題される課題では、基本的な臨床能力(医療面接、身体診察、臨床推論、症例提示)を評価します。

最後に強調しておきたいことは、真に使える技能や態度は臨床実習で養われるものであり、単に臨床実習後 OSCE 対策をすることは百害あって一利なしです。実践可能な臨床能力は、経験しないと身につけません。すべての医学生が積極的に診療参加型臨床実習に取り組みれることを期待しています。

令和 3 年 3 月 吉日
公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
医学系実施管理小委員会
委員長 伊藤 俊之

第1.1 版からの主な変更点

A. 医療面接

鑑別疾患を念頭に置きながら→鑑別診断を念頭に置きながら、に変更

B. 身体診察

5) 皮膚

病変部位の広がり、配列、型、色を観察する

→病変の広がり、配列、形状、色調などを観察する、に変更

6) 頭部・眼・耳・鼻・咽頭

結膜→眼瞼結膜、眼球結膜へ変更、強膜：削除

8) 前胸部

診察体位について：心血管系の診察では患者さんの頭を診察台から約30° 挙上することが望ましい→心臓の診察は基本的に仰臥位・左側臥位で行うことが推奨されているが、状況に応じて座位で行う、へ変更

C. 小児の診察

小児の診察に際し「医療安全に配慮して」という文言を追加

I. 症候のポイント

2)に腎不全を追加

25)に子宮腺筋症を追加

30)に摂食障害を追加

診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標

診療参加型臨床実習終了時には、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」に示されている項目を身につけていることが学生に求められる。資質・能力には知識、技能、態度、価値観等が含まれるが、本章では「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」から技能と態度を中心に学生に求められる項目を抜粋して掲載した。

また、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)「G 臨床実習 G-1 診療の基本 G-1-1)臨床実習 G-1-1-(3)学生を信頼し任せられる役割」では、臨床実習終了時に学生を信頼して任せられることができる業務(entrustable professional activities <EPA>)が記載されている。これらは、先ほど述べた「A 医師として求められる基本的な資質・能力」中のいくつかの項目が組み合わさることにより達成されるものである。医療系大学間共用試験実施評価機構において「臨床研修初日にできなければならないことは何か」を考慮しつつ学生が行う行為について改めて検討し、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)から改変して掲載した。

これらの掲載項目は客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination : OSCE)で評価することができる項目もあるが、実際の診療参加型臨床実習中に「観察記録」の観察項目として評価する方が好ましいものも多い。各大学においてはここにあげた項目を minimum essentials として、各大学独自の観察項目をつけ加えた形で診療参加型臨床実習中の観察記録に利用することが望まれる。

なお、医療系大学間共用試験実施評価機構において検討した学生が行う行為と医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)に掲載されている医師として求められる基本的な資質・能力についての関係を巻末の「Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為」に示した。

(1) 医師として求められる基本的な資質・能力

1) プロフェッショナリズム

医学生には、医師として求められる基本的な資質・能力の 1 つとして「人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を究めていく。」ことが求められている。

- 選択肢が多様な場合でも適切に説明を行い、患者の価値観を理解して、患者の自己決定を支援できる。
- 診療参加型臨床実習において、患者やその家族と信頼関係を築くことができる。
- 患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であり得ることを認識し、そのいずれにも柔軟に対応できる。

2) 医学的知識と問題対応能力

発展し続ける医学の中で必要な知識を身に付け、根拠に基づいた医療(evidence-based medicine <EBM>)を基盤に、経験も踏まえながら、幅広い症候・病態・疾患に対応する。

- 患者のプロBLEMについて、自ら発見できる。
- 患者のプロBLEMについて、重要性・必要性に照らして順位付けできる。
- 患者のプロBLEMを解決する具体的な方法を発見し、課題を解決できる。
- 患者のプロBLEMの解決に当たり、他の学修者や教員と協力してよりよい解決方法を見出すことができる。
- 適切な自己評価ができ、改善のための具体的方策を立てることができる。
- 患者のプロBLEMに関する国内外の教科書・論文、検索情報等の内容について、重要事項や問題点を抽出できる。
- 得られた情報を統合し、客観的・批判的に整理して自分の考えを分かりやすく表現できる。
- 実習の内容を決められた様式に従って文書と口頭で発表できる。
- 後輩等への適切な指導が実践できる。

3) 診察技能と患者ケア

臨床技能を磨くとともにそれらを用い、また患者の苦痛や不安感に配慮しながら、診療を実践する。

- 病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等)を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行える。
- 網羅的に系統立てて適切な順序で効率的な身体診察を行える。異常所見を認識・記録し、適切な鑑別診断が行える。
- 基本的な臨床技能(適応、実施方法、合併症、注意点)を理解し、適切な態度で診断や治療を行える。
- 診療録についての基本的な知識を修得し、問題志向型医療記録(problem-oriented medical record <POMR>)形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。
- 患者の病状(症状、身体所見、検査所見等)、プロBLEMリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換ができる。
- 緊急を要する病態や疾患・外傷の基本的知識を説明できる。診療チームの一員として救急医療に参画できる。
- 慢性疾患や慢性疼痛の病態、経過、治療を説明できる。医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画できる。
- 患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。

4) コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定を支援する。

- コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。
- 患者・家族の話を傾聴し、共感することができる。
- 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。
- 患者に分かりやすい言葉で説明できる。
- 患者の心理的及び社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。
- 患者のプライバシーに配慮できる。
- 患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いができる。

5) チーム医療の実践

保健・医療・福祉・介護及び患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。

- 医療チームの構成や各構成員(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職)の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加できる。
- 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求めることができる。
- 後輩等への適切な指導が実践できる。

6) 医療の質と安全管理

患者及び医療者にとって、良質で安全な医療を提供する。

- 医療上の事故等(インシデントを含む)や医療関連感染症(院内感染を含む)等に臨床実習中に遭遇したときに、真摯に疑義に応じることができる。
- 医療上の事故等(インシデントを含む)が発生したときの緊急処置や記録、報告を説明し、実践できる。
- 基本的予防策(ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセーフ・フールプルーフの考え方等)を概説し、指導医の指導の下に実践できる。
- 標準予防策(standard precautions)の必要性を説明し、実行できる。

7) 社会における医療の実践

医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する。

- かかりつけ医等の役割や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獲得する。
- 地域医療に積極的に参加・貢献する。
- 患者の文化的背景を尊重し、英語をはじめとした異なる言語に対応することができる。
- 地域医療の中での国際化を把握し、価値観の多様性を尊重した医療の実践に配慮することができる。

8) 科学的探究

医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する。

- 生命科学の講義・実習で得た知識を基に、診療で経験した病態の解析ができる。
- 患者やその疾患の分析を基に、教科書・論文等から最新の情報を検索・整理統合し、疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。
- 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学研究(臨床研究、疫学研究、生命科学研究等)に参加することができる。

9) 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために絶えず省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- 生涯にわたる継続的学習に必要な情報を収集できる。
- キャリア開発能力を獲得する。
- キャリアステージにより求められる能力に異なるニーズがあることを理解する。
- 臨床実習で経験したことを省察し、自己の課題を明確にする。

(2) 診療参加型臨床実習で学生が行う行為

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構で「臨床研修初日にできなければならないことは何か」について検討し、医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)から改変した。

1. 適切な医療面接を行う。
2. 適切な身体診察を行う。
 - 包括的身体診察を行う。
 - 診断仮説に基づいた集約的身体診察を行う。
3. 得られた所見から適切な臨床推論を行う。
4. 適切な症例プレゼンテーションを行う。
5. 問題点に則した適切な検査計画を立てる。
6. 得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる。
7. 臨床上の問題に対してエビデンスを収集する。
8. 正しい診療記録(カルテ)を記載する。
9. 患者の申し送りを行う。
10. 医療安全上の問題を報告・連絡・相談する。
11. 多職種チームで協働する。
12. インフォームド・コンセントを得る。
13. 基本的臨床手技を実施する。
14. 緊急性を評価し、適切な初期対応を行う。

(注) 「Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為」に、各行為とそれらを達成するために必要な基本的な資質・能力の関係を示す。なお、本表では医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)「A.医師として求められる基本的な資質・能力」に示されている知識を含むすべての項目を対象としている。

(注) 本冊子は、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目(第 3.02 版以降)」についてすでに十分習熟している学生が使用することを前提としている。

A. 医療面接

医療面接については、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」を参照。

臨床推論、報告につながるような鑑別診断を念頭に置きながら医療面接を進める。臨床推論、報告については、「E. 臨床推論」および「F. 報告」を参照。

B. 身体診察

(1) 成人の包括的身体診察

身体診察を行う上の注意事項として、患者が心地よく協力していただけるように行うこと、また不必要な体位変換を患者に強いないこと、さらに効率よく進めることの3点がある。ここに記載した順序は一例であることを理解し、特に集約的身体診察においては患者の状態等により患者の体位・診察の順序・診察者の位置を臨機応変に変更することが重要である。

なお学修・評価項目の詳細は、「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技術と態度に関する学修・評価項目」に示されているため、同第4.1版の該当する項目を《参照項目》として示す。

1) 診察時の配慮

《参照項目》

- Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

2) 医療安全

《参照項目》

- Ⅱ. 医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

3) 全身の観察

全身の観察は診療の全過程を通して行われる。外来の場合などは、患者が診察室に入室するときから観察を始める。

- 全身の健康状態、体格を観察する。
- 身体計測を行う。
- 姿勢・活動度・歩行・身なり・清潔感・体臭・口臭などに注意する。
- 患者の表情や話し方を観察し、また周囲の人や物事に対する態度・感情・反応などに注意し、意識状態、意識レベルや精神状態を考慮する。

《参照項目》

- Ⅳ. 全身状態とバイタルサイン
- Ⅷ. 神経
- Ⅺ. 救急

4) バイタルサイン

- 体温を測定する。
- 血圧を測定する。
- 脈拍を触診し、脈拍数を数える。
- 呼吸数を数える。
- パルスオキシメータを装着し経皮的動脈血酸素飽和度を測定する。

《参照項目》

- Ⅳ. 全身状態とバイタルサイン

5) 皮膚

他の部位を診察しているときにも、皮膚の観察は行う。

- 手や顔など診察開始時に露出している皮膚を中心に、全身の皮膚(毛髪・爪を含む)を観察する。
- 肌の潤いや乾燥具合、温かさを評価する。
- 病変を認めた場合は、病変の部位、広がり、配列、形状、色調などを観察する。

《参照項目》

- IV. 全身状態とバイタルサイン
- V. 頭頸部
- IX. 四肢と脊柱

6) 頭部・眼・耳・鼻・咽頭

- 毛髪、頭皮、頭蓋、顔を視診および触診する。
- 視野を調べる。眼瞼、眼瞼結膜・眼球結膜・角膜、虹彩、水晶体を視診する。瞳孔を比較し、対光反射を検査する。眼球運動を診察する。眼底検査を行う。
眼底検査の際は、部屋を暗くすると瞳孔が開き、眼底が観察しやすくなる。
- 耳介、外耳道、鼓膜を視診する。聴力を検査する。聴力低下を認めた場合、Weber(ウェーバー)試験、Rinne(リンネ)試験を行う。
- 鼻の外観・鼻粘膜、鼻中隔、鼻甲介を視診する。前頭洞や上顎洞の圧痛を触診する。
- 口唇、口腔粘膜、歯肉、歯、舌、口蓋、扁桃、咽頭を視診する。

《参照項目》

- V. 頭頸部
- VIII. 神経

(注) この部位の診察中に、すべての脳神経の評価を行うこともある。

7) 頸部

- 頸部リンパ節および甲状腺を視診、触診する。
- 頸部の腫脹や拍動異常に注意を払う。
- 気管の偏位を触知する。
- 頸部血管の視診、聴診、必要に応じて触診する。

《参照項目》

- V. 頭頸部
- VI. 胸部

8) 前胸部

肺(前胸部)の診察は仰臥位のままで良い。心臓の診察は基本的に仰臥位・左側臥位で行うことが推奨されているが、状況に応じ座位で行う。心音は左側臥位でも聴取する。

- 前胸部を視診、触診、打診、聴診する。

《参照項目》

- VI. 胸部

9) 乳房・腋窩

- 乳房を視診、触診する。
- 腋窩リンパ節を触知する。

《参照項目》

X. 基本的臨床手技 【一般手技】

(注)ここまでの診察上記1)～9)で、筋骨格系および神経の予備的な診察はすんでいるため、一連の観察に基づいて、さらに全ての筋骨格系・神経について診察を行うべきかどうかを判断する。必要があれば、患者体位を坐位のままで、手、腕、肩、首、顎関節を診察する。関節を視診、触診し、可動域を確認する(このときに上肢の筋肉量・筋緊張・筋力・筋反射を調べてもよい)。

《参照項目》

VIII. 神経
IX. 四肢と脊柱

10) 背部

患者の体位を坐位とし、診察者が背後に移動するか、患者に向きを変えていただく。

- 背部を視診、触診、打診、聴診する。
- 両側の肺底部の清音と濁音の境界を確認する。
- 胸腰部の脊椎を視診する。肩の高さの対称性を観察する。

《参照項目》

VI. 胸部
IX. 四肢と脊柱

11) 腹部

患者に対して右側から診察し、必要に応じてベッドもしくは診察台の反対側や足側に移動することを推奨する。

- 腹部を視診、聴診、打診、触診する。
- 病態に応じて精密診察法を行う。

《参照項目》

VII. 腹部

12) 下肢

i) 仰臥位での診察

- 大腿動脈を触診する。
- 必要に応じて膝窩動脈、足背動脈などの拍動を確認する。
- 鼠径リンパ節を触診する。
- 下腿の皮膚所見を視診する。
- 下腿浮腫について視診・触診する。
- 下肢関節の視診・触診・関節可動性を診察する。
- 必要に応じて Patrick 試験を施行する。
- 下肢の神経診察を行う。

《参照項目》

IV. 全身状態とバイタルサイン
VIII. 神経
IX. 四肢と脊柱

ii) 立位での診察

- 立位における下肢の皮膚所見を視診する。静脈瘤など。
- 立位において胸腰椎の可動性を確認し、立位における下肢関節を視診する。
- 立位における神経診察を行う。

《参照項目》

- IV. 全身状態とバイタルサイン
- VIII. 神経
- IX. 四肢と脊柱

13) 神経

患者の体位は坐位か仰臥位とする。詳細な神経系の診察は身体診察の最後に行ってもよい。以下の5項目からなる神経診察を行う。

- 精神状態
- 脳神経(眼底検査を含む)
- 運動系
- 感覚系
- 反射

《参照項目》

- VIII. 神経

14) 直腸診

直腸診は最後に行うことが多い。患者の体位は左側臥位とする。

- 仙骨部や肛門周囲を視診する。肛門管、直腸、前立腺を触診する。

《参照項目》

- VII. 腹部

(2) 診断仮説に基づいた集約的身体診察

主訴、現病歴などの患者情報から考えられる病態、疾患を想定しつつ、それらを鑑別するための身体診察を行う。個々の手技については「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目（第 4.1 版）」を参照すること。なお、上記の学修・評価項目に記載されていない手技のうち、以下の身体診察を行うことがある。

- 頭位変換によって誘発される眼振の観察
- Tinel 徴候
- Phalen テスト

C. 小児の診察

(1) 子どもの人格・人権を尊重し、患児・保護者と基本的なコミュニケーションをとり、医療安全に配慮して小児の診察ができる。B.身体診察の項も参照のこと。

1) 医療面接

- 医療面接ができる

(注)保護者だけでなく、患児の年齢、理解度に応じて医療面接を行う。

2) 全身の基本的診察

- 頭頸部の診察ができる

大泉門、耳（外耳道、鼓膜など）、結膜（眼球、眼瞼）、口腔（咽頭、扁桃、舌、口唇、歯肉、頬粘膜など）、頸部（甲状腺、リンパ節など）

- 胸部の診察ができる

視診、聴診（心音、呼吸音）

- 腹部の診察ができる

視診、聴診、打診、触診、ツルゴール

- 皮膚の診察ができる

全身視診（発疹、チアノーゼなど）、BCG 接種部位の確認

(注)患児の年齢、性別、成長、発達を配慮して診察を行う。

(2) 小児に特有な疾患・病態や疫学を理解し、医療面接および基本的診察から臨床推論を組み立てることができる。D.臨床推論の項も参照のこと。

- 年齢を考慮した臨床推論を組み立てる。

(注)以下に示す病態・症候について説明でき、臨床推論ができる。

発熱、体重減少、ショック、意識障害、けいれん、脱水、浮腫、発疹、咳・喘鳴、鼻閉・鼻汁、咽頭痛、不機嫌、呼吸困難、腹痛、嘔吐、便秘・下痢、黄疸、腹部膨隆・腫瘤、顔色不良、リンパ節腫脹、排尿の異常、血尿・蛋白尿、頭痛、運動麻痺・筋力低下、関節痛・関節腫脹、外傷・熱傷、発達・行動異常

- 小児科へコンサルテーションが必要な、緊急性のある疾患を説明できる。

例:細菌性髄膜炎、急性脳炎/脳症、心筋炎、腸重積、化膿性関節炎・骨髄炎など

(注)小児科の診療参加型臨床実習では、乳幼児健康診査や予防接種、育児指導に可能な範囲で参加し、小児における医療・社会問題を認識できることが望ましい(小児の虐待を含む)。

D. 成人女性の診察

- 医療面接が実施できる。
- 産婦人科の基本的診察が適切に実施できる。
- 成人女性に特有な疾患・病態や疫学を理解し、医療面接および基本的診察から臨床推論を組み立てることができる。
(注)E.臨床推論の項も参照のこと
- 産婦人科へコンサルテーションが必要な、緊急性のある疾患を説明できる。
例:子宮外妊娠、骨盤腹膜炎、卵巣捻転など

E. 臨床推論

- 主訴から病変部位・病因・病態・重症度などを推定する。
- 病変部位・病因・病態などの想定に基づいて疾患・鑑別診断などを推定する。
- 各鑑別診断を可能性により順位づける。
- 医療面接において、想定した病態、鑑別診断に沿って、陽性症状、陰性症状を確認する。
- 身体診察において、想定した病態、鑑別診断に沿って、陽性所見、陰性所見を確認する。
- 異常所見が起きている根拠を示して推論する。
- 考えられる病態について根拠を示して推論する。
- 考えられる疾患について根拠を示して推論する。
- プロblemsの解決に向けてその段階で必要なプラン(診断、治療、教育)を立案する。

(注) 以下に示す 37 の症候・病態について臨床推論ができる。

発熱/全身倦怠感/食思(欲)不振/体重増加・体重減少/ショック/心停止/意識障害・失神/けいれん/めまい/脱水/浮腫/発疹/咳・痰/血痰・喀血/呼吸困難/胸痛/動悸/嚥下困難・障害/腹痛/悪心・嘔吐/吐血・下血/便秘・下痢/黄疸/腹部膨隆(腹水を含む)・腫瘍/貧血/リンパ節腫脹/尿量・排尿の異常/血尿・尿蛋白/月経異常/不安・抑うつ/もの忘れ/頭痛/運動麻痺・筋力低下/腰背部痛/関節痛・関節腫脹/外傷・熱傷

臨床推論を行うにあたっては、P21～「1. 症候のポイント」を参考にしてください。

F. 報告

(1) 態度・コミュニケーション

- 報告を受ける人に対して、適切に挨拶や自己紹介をする。
- 適切な声の大きさ・スピードで報告する。
- 適切な姿勢、視線などで報告する。
- わかりやすく、明瞭な言葉遣いで報告する。
- 正しい医学用語を適切に使用する。
- 患者に敬意をはらった態度で報告する。
- 相手が理解したか、質問があるか、確認する。
- 締めくくりの挨拶を述べる。

(2) 情報

- 患者の基本情報を伝える。
- 主訴、病歴などを伝える。
- プロblemsの概要を簡潔な言葉で伝える。
- プロblemsに関連する他の医学的情報を伝える。
- もっとも考えられる疾患及びその根拠を伝える。
- 鑑別すべき疾患、除外すべき疾患及びその根拠を伝える。
- 心理社会的情報を伝える。
- 解釈モデルや希望を伝える。
- 必要な経過を伝える。
- 立案したプランを伝える。
- 上記の情報を簡潔に順序立てて報告する。
- 伝えるべき項目を適切に選択する。

G. 診療録

(1) 一般的事項

- 医師として適切な表現を用いて記載する。
- 適切な医学用語を用いる。
- 一部の医師(診療従事者)の間でしか通用しない略号を使用しない。
- 記載後、署名する。
(注) 電子カルテの場合不要
- 訂正する場合は二重線を引き訂正し、訂正印を押す。
(注) 電子カルテの場合不要
- 診療録の記載後、指導医の確認を受ける。

(2) 記載内容

- 記載した日付を必ず記載する。
(注) 電子カルテの場合不要
- 患者が来院した理由(主訴)および主要症状および病状の変化(現病歴)を記載する。
- 既往歴・生活歴・家族歴等の患者背景を記載する。
《「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」を参照》
Ⅱ. 医療面接 (4) 患者に聞く(話を聴く):医学的情報
Ⅱ. 医療面接 (5) 患者に聞く(話を聴く):心理・社会的情報
- 身体所見について記載する。
- 鑑別診断の進め方を記載する。
- 診断を記載する。
- 治療方針を記載する。
- 以上を、問題志向型医療記録(problem-oriented medical record <POMR>)形式で診療録として作成する。
- 入院患者に対しては、最低 1 日 1 回は診察し、その診療経過をすみやかに記載することを原則とし、その診療経過を主観的所見(Subjective)・客観的所見(Objective)・評価(Assessment)・計画(Plan) <SOAP>で記載する。
- 検査・治療(処方・手術・処置等)の内容を記載する。
- 患者や家族への説明を記載する。
- コンサルテーションを行った場合はその内容を記載する。
- カンファレンスの内容を記載する。
- 回診時のコメントや指示を記載する。

(3) 診療録に関する個人情報保護・プライバシー保護

(注)各大学・実習施設の決まりに従う。

- 患者に関する不要な個人情報は保有しない。
- 患者に関する個人情報は、不要になった段階ですぐ廃棄する。
- 患者に関する個人情報を関係のない第三者が知ることがないように取り扱う。
- 患者に関する個人情報は、許可を得ない限りいかなる形でも病院外に持ち出さない。

(4) 診療記録(特に電子カルテ)に関するセキュリティに配慮する。

(注)各大学・実習施設の決まりに従う。

- 受け持ち患者および診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。
- 電子カルテを使用する場合、ログイン後はログオフするまでその場を離れない。
- 電子カルテを使用する場合、ユーザーアカウント(ID)およびパスワードの管理を厳重にする。
- 電子カルテの使用後、ログオフする。

(注)学生が記載する記録は法律上、診療録とはならないが、呼称・運用については各大学の実情に合わせる。

(注)診療録は医師が記載する診療記録を指す。診療記録とは、医師の記載する診療録を含む診療にまつわるすべての記録を指す。

H. その他の行為について

前述の A から G 以外にも、診療参加型臨床実習を通して卒業時には各大学で定めた学生の医行為等を身につけるべきである。

I. 症候のポイント

この表の使い方

この表には医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版の「G-2)臨床推論」に記された症候について、臨床研修開始時までには知っていてほしい鑑別すべき疾患、鑑別するための医療面接のポイント、身体診察のポイントが記されています。臨床実習の中で、症候からどのような疾患を想定し、鑑別のためにどのような情報を得なければならないのかの参考にし、適宜書き込むなどしてご活用ください。

F-1-2) 全身倦怠感		肝機能障害	結核	更年期障害	甲状腺機能亢進症	甲状腺機能低下症	うつ病	悪性腫瘍全般	貧血	心不全	腎不全	薬剤性	妊娠	熱中症	腎不全		
医療面接のポイント	発熱																
	月経																
	動悸																
	体重の変化																
	抑うつ気分																
	睡眠障害																
	呼吸困難																
	食欲不振																
	常用薬																
	既往歴																
	家族歴																
	嗜好																
	生活環境																
					月経異常の 項を参照									月経異常の 項を参照			
	身体診察のポイント	意識レベル・精神状態															
		バイタルサイン															
		全身の外観															
リンパ節の触診																	
眼・眼球																	
甲状腺																	
呼吸音・副雑音																	
心音・心雑音																	
腹部診察																	
下肢浮腫																	

F-1-3) 食思(欲)不振		心不全	慢性閉塞性肺疾患<COPD>	うつ病	胃潰瘍、 十二指腸潰瘍	悪性腫瘍全般	機能性ディスベ フシア (FD)	甲状腺機能 低下症	妊娠
医療面接の ポイント	便通異常								
	浮腫								
	腹痛								
	呼吸困難								
	動悸								
	体重の変化								
	抑うつ気分								
	不眠								
	既往歴								
	家族歴								
	嗜好								
	生活環境								
	家庭環境								
									月経異常の 項を参照
身体診察の ポイント	意識レベル								
	体格								
	バイタルサイン								
	全身の外観								
	眼瞼								
	甲状腺								
	頸静脈								
	呼吸音、副雑音								
	心音・心雑音								
	腹部の診察								
	直腸診								
	下腿浮腫								

F-1-4) 体重減少		糖尿病	甲状腺機能亢進症	うつ病	悪性腫瘍全般	結核	感染性心内膜炎	摂食障害			
医療面接のポイント	頻尿										
	口渇、多飲										
	健診異常										
	動悸										
	食思(欲)不振										
	意図的な食事制限										
	悪心、腹痛、下痢										
	抑うつ気分										
	発熱										
	スポーツ歴										
	食習慣										
									月経異常の項を参照		
	身体診察のポイント	バイタルサイン									
眼球											
リンパ節所見											
心音・心雑音											
呼吸音、副雑音											
腹部の診察											

F-1-4) 体重増加		心不全	ネフローゼ症候群	腎不全	甲状腺機能低下症	肥満	糖尿病	肝硬変	統合失調症	摂食障害	妊娠
医療面接のポイント	呼吸困難										
	起坐呼吸										
	食欲亢進										
	全身倦怠感										
	むくみ										
	尿量の変化										
	常用薬										
	既往歴(輸血歴含む)										
	家族歴										
	嗜好										
											月経異常の項を参照
											月経異常の項を参照
身体診察のポイント	意識レベル										
	体格										
	バイタルサイン										
	全身の外観										
	眼瞼・眼球										
	甲状腺										
	心音・心雑音										
	腹部の診察										
	下腿浮腫										

F-1-5) ショック		急性心筋梗塞	肺血栓塞栓症	急性消化管出血	緊張性気胸	アナフィラキシー	感染性<敗血症>	神経原性<頭部外傷、脊髄損傷>
医療面接のポイント	意識障害							
	発熱							
	胸痛							
	呼吸困難							
	腹痛							
	嘔吐							
	血便・黒色便							
	食事摂取歴							
	蜂刺傷歴							
	外傷歴							
身体診察のポイント	意識レベル							
	バイタルサイン							
	皮膚の外観							
	眼瞼							
	心音・心雑音							
	呼吸音、副雑音							
	腹部の診察							
	直腸診							
	神経系の診察							

F-1-6) 心停止		くも膜下出血	不整脈	急性心筋梗塞	急性大動脈解離	肺血栓塞栓症		
医療面接のポイント	頭痛							
	胸痛							
	背部痛							
	発症様式							
	常用薬							
	既往歴							
	家族歴							
	嗜好							
身体診察のポイント	意識レベル							
	バイタルサイン							
	心音・心雑音							
	浮腫							

F-1-7) 意識障害		脳卒中	脳炎・髄膜炎	脳症	敗血症	肝性脳症	糖尿病 高浸透圧症候群	低血糖	呼吸不全	薬剤・薬物	尿毒症	電解質異常	精神疾患	てんかん発作
医療面接のポイント	発症様式													
	発熱													
	けいれん													
	不機嫌(小児) 基礎疾患・既往歴 服薬歴													
身体診察のポイント	意識レベル													
	バイタルサイン													
	口臭													
	神経系の診察 固定姿勢保持困難													

F-1-7) 失神		急性心筋梗塞	肺血栓塞症	不整脈	急性消化管出血	神経調節性失神	急性大動脈解離	大動脈弁狭窄症	閉塞性肥大型心筋症	てんかん
医療面接のポイント	発症様式									
	けいれん									
	不機嫌(小児)									
	呼吸困難・息切れ									
	胸痛									
	背部痛									
	腹痛									
	便秘・下痢									
	常用薬									
	既往歴									
嗜好										
身体診察のポイント	意識レベル									
	バイタルサイン									
	血圧左右差									
	眼瞼・眼球									
	頸部血管									
	下腿浮腫									
	心雑音									

F-1-8) けいれん		てんかん	脳血管障害	脳腫瘍	脳炎	頭部外傷	低血糖	アルコール中毒		
医療面接のポイント	発症様式									
	症状の経過									
	意識障害									
	神経症候									
	発熱									
	不機嫌(小児)									
	飲酒歴									
	既往歴									
身体診察のポイント	バイタルサイン									
	意識レベル									
	眼球運動									
	瞳孔									
	筋力低下									
	外傷の有無									

F-1-9) めまい		脳梗塞	脳出血	肺血栓塞栓症	不整脈	起立性低血圧	良性発作性頭位めまい症	メニエール病	前庭神経炎	パニック障害	貧血	高血圧性脳症		
医療面接のポイント	発症様式													
	症状の経過													
	症状の持続時間													
	症状の性状													
	誘発・増悪要因													
	雑音・耳閉感・耳鳴													
	先行感染													
	意識消失													
	動悸													
	頭痛													
	構音障害													
	歩行障害													
身体診察のポイント	バイタルサイン													
	眼振													
	眼瞼・眼球													
	聴力													
	構音障害													
	小脳性運動失調													
	その他の神経障害													

F-1-10) 脱水		急性消化管出血	急性膵炎	乳児下痢症	糖尿病	熱中症		
医療面接のポイント	発熱							
	意識障害							
	体重減少							
	口渇							
	めまい							
	腹痛							
	悪心・嘔吐							
	吐血・下血							
	下痢							
	乏尿・無尿							
身体診察のポイント	意識レベル							
	バイタルサイン							
	全身の外観 (顔貌、皮膚など)							
	眼瞼・眼球							
	口腔							
	腹部の診察							
	直腸診							

F-1-11) 浮腫		深部静脈血栓症	心不全	ネフローゼ症候群	甲状腺機能低下症	薬剤性浮腫	肝硬変	蜂窩織炎		
医療面接のポイント	発症様式									
	全身倦怠感									
	意識障害									
	体重増加									
	嘔声									
	呼吸困難(発作性や体位による変化も含む)									
	動悸									
	乏尿・無尿									
	抑うつ状態									
	皮膚の変化									
	常用薬									
	アレルギー歴									
	既往歴(健診結果も含む)									
	生活環境									
	家庭環境									
	身体診察のポイント	意識レベル								
バイタルサイン										
全身の外観(顔貌、皮膚など)										
甲状腺										
頸部血管										
心音、心雑音										
呼吸音、副雑音										
腹部										
浮腫										

F-1-12) 発疹		麻疹	風疹	水痘・帯状疱疹 (汎発疹)	伝染性単核球 症(EBウイルス 感染症)	溶連菌感染 症	全身性エリテマ トーマス <SLE>	川崎病	ツツガムシ病	薬疹	成人ステイリ 病	毒麻疹	ヒトパルボ B19感染症	IgA血管炎
医療面接の ポイント	発熱(熱型など)													
	症状の経過													
	そう痒													
	結膜充血													
	咽頭痛													
	予防接種歴													
	常用薬													
	アレルギー歴													
	生活環境													
	家庭環境													
身体診察の ポイント	周囲の流行状況													
	海外渡航歴													
	意識レベル													
	バイタルサイン													
	全身の外観(顔貌、皮膚など)													
	リンパ節													
	皮疹(性状・分布)													
	眼瞼、眼球													
口腔(粘膜炎・扁桃など)														
呼吸音、副雑音														
腹部の診察														

F-1-13) 咳・痰	肺炎	気管支喘息	慢性閉塞性肺疾患	肺結核	肺癌	肺水腫	アレルギー性鼻炎	胃食道逆流症	不安障害	心不全
医療面接のポイント	発症様式	呼吸困難	発熱	咳の性状	痰の性状	喘鳴	体位での症状変化	症状の日内変動	鼻汁・鼻閉	胸やけ
身体診察のポイント	意識レベル	体格	バイタルサイン	全身の外観	鼻腔	口腔・咽頭・扁桃	呼吸音・副雑音	下腿浮腫		
	既往歴	健診歴	家族歴	嗜好	周囲の流行状況					

F-1-14) 血痰・咯血		心不全	気管支炎／肺炎	肺癌	肺結核	急性白血病	
医療面接のポイント	咯出物の色・性状						
	発熱						
	体重の変化						
	呼吸困難						
	浮腫						
	咳嗽						
	常用薬						
	既往歴						
	健診歴						
	家族歴						
	嗜好						
身体診察のポイント	意識レベル						
	バイタルサイン						
	リンパ節						
	眼瞼・眼球						
	頸静脈						
	心音・心雑音						
	呼吸音・副雑音						
	浮腫						

F-1-15) 呼吸困難	心不全	肺血栓塞症	慢性閉塞性肺疾患 <COPD>	気管支喘息	肺炎	間質性肺炎	肺癌	気胸	パニック障害			
医療面接のポイント												
	発症様式											
	胸痛											
	咳・痰											
	発熱											
	体重の変化											
	起坐呼吸											
	常用薬											
	アレルギー歴											
	既往歴											
	家族歴											
	嗜好											
	生活習慣											
	家庭環境											
	身体診察のポイント											
意識レベル												
体格												
バイタルサイン												
全身の外観												
眼瞼・眼球												
頸静脈												
胸郭												
呼吸音・副雑音												
心音・心雑音												
下腿浮腫・発赤												

F-1-1-16) 胸痛		急性冠症候群	急性心筋梗塞	胃食道逆流症	肺炎(胸膜炎)	肺血栓塞症	気胸	急性大動脈解離	不安障害(パニック障害等)		
医療面接のポイント	部位										
	痛みの質										
	痛みの強さ										
	持続時間										
	症状の経過										
	発症様式										
	寛解増悪因子										
	随伴症状										
	発熱										
	既往歴										
	家族歴										
	嗜好										
	生活習慣										
身体診察のポイント	意識レベル										
	バイタルサイン										
	頸部血管										
	胸郭										
	心音・心雑音										
	呼吸音・副雑音										

F-1-17) 動悸		不整脈	甲状腺機能亢進症	不安障害	貧血	心不全		
医療面接のポイント	失神							
	全身倦怠感							
	体重増加、減少							
	発汗の異常							
	眼球突出							
	胸痛							
	呼吸困難							
	下痢							
	浮腫							
	抑うつ症状							
	不安							
	睡眠障害							
	常用薬							
	既往歴							
身体診察のポイント	意識レベル							
	バイタルサイン							
	全身の外観(顔貌など)							
	眼瞼、眼球							
	甲状腺							
	頸部血管							
	心音・心雑音							
	呼吸音、副雑音							
	浮腫							

F-1-18) 胸水		心不全	肺炎	肺癌	肺結核	急性膵炎	ネフローゼ症候群	全身性エリテマトーデス<SLE>			
医療面接のポイント	呼吸困難(発作性・体位変換による増悪含む)										
	発熱										
	体重減少・増加										
	皮疹										
	咳嗽										
	胸痛										
	腹痛										
	関節痛										
	浮腫										
	既往歴										
	健診歴										
	嗜好										
身体診察のポイント	意識レベル										
	バイタルサイン										
	全身の外観(顔貌・皮膚など)										
	頸部血管										
	心音・心雑音										
	呼吸音・副雑音										
	腹部の診察										
	関節										
	浮腫										

F-1-19) 嚥下困難・障害		脳梗塞	脳出血	扁桃炎	胃食道逆流症<GERD>	食道癌		
医療面接のポイント	体重減少							
	頭痛							
	複視							
	咽頭痛							
	頸部痛							
	食思(欲)不振							
	嚥下(水分・固形物)							
	胸やけ							
	筋萎縮							
	構音障害							
	運動麻痺							
身体診察のポイント	咽頭							
	脳神経系							
	徒手筋力テスト							
	歩行							
	認知機能							

F-1-20) 腹痛		急性冠 症候群	尿路結石	急性肺炎	急性虫垂炎	急性胃腸炎	消化性潰瘍	胆石症	腸閉塞	憩室炎	大腸癌	異所性妊娠	卵巣腫瘍 急激な	卵巣出血	骨髄腫瘍炎	腸管 ヘルニア	アニキキス症	急性動脈 大動脈解離	機能的 ディスベファン ア<FD>		
医療面接の ポイント	痛みの部位																				
	痛みの経過(時期、程 度、移動など)																				
	発熱																				
	悪心・嘔吐																				
	食事の影響																				
	血尿																				
	月経異常・性器出血												月経異常の 項を参照	月経異常の 項を参照	月経異常の 項を参照						
	既往歴																				
	嗜好																				
	生活習慣																				
身体診察の ポイント	意識レベル																				
	バイタルサイン																				
	全身の外観(体型・顔 貌・皮膚など)																				
	眼結膜、眼球結膜																				
	心音・心雑音																				
	腹部の診察																				

F-1-1-21) 悪心・嘔吐	急性 心筋梗塞	くも膜下出血	脳出血	片頭痛	腸閉塞	狂騒	うつ病	メニエール病	急性関節炎	胆管炎	胃潰瘍	胃癌	腸重積	心臓病 (小児)	急性腸炎	腸閉塞 シトメナス	薬物中毒	食中毒	機能性 ディスペプシア <FD>
医療面接の ポイント 症状の経過 (発症様式など) 悪心 嘔吐 腹痛 便秘 下痢、粘血便 頭痛 体重減少 発汗 多尿 めまい 抑うつ 生活習慣(過去の食事 内容含む) 月経異常・性器出血																			
身体診察の ポイント 意識レベル ハイタルサイン 全身の外観(顔貌・皮 膚など) 心音・心雑音 呼吸の叩打音 腹部刺激症状 腸相の診察 神経系の診察 不健康(小児)																			

F-1-22) 吐血		胃癌	消化性潰瘍	食道癌	食道静脈瘤
医療面接のポイント	症状の経過				
	嚥下障害				
	心窩部痛				
	黒色便(タール便)				
	体重減少				
	常用薬				
	既往歴				
	輸血歴				
	嗜好				
身体診察のポイント	バイタルサイン				
	眼瞼、眼球				
	リンパ節				
	腹部圧痛				
	腹壁静脈怒張				
	脾臓				

F-1-22) 下血		消化性潰瘍	大腸癌	食道静脈瘤	炎症性腸疾患	腸重積			
医療面接のポイント	症状の経過(発症様式など)								
	腹痛								
	便秘、下痢								
	腹部膨隆・膨満								
	発熱								
	体重減少								
	不機嫌(小児)								
	常用薬								
	薬剤歴								
	既往歴								
	輸血歴								
	嗜好								
	身体診察のポイント	意識レベル							
バイタルサイン									
全身の外観(顔貌、皮膚など)									
リンパ節									
眼瞼・眼球									
腹部の診察									
直腸診									

F-1-23) 便秘		大腸癌	腸閉塞	甲状腺機能低下症		
医療面接のポイント	症状の経過					
	体重減少、増加					
	食思(欲)不振					
	悪心・嘔吐					
	腹痛					
	手術歴					
身体診察のポイント	眼瞼、眼球					
	体毛					
	腹部腫瘤					
	腸雑音					
	直腸所見					
	下腿浮腫					

F-1-23) 下痢		甲状腺機能亢進症	急性胃腸炎	炎症性腸疾患	機能性消化管疾患(過敏性腸症候群)	慢性膵炎		
医療面接のポイント	症状の経過							
	便の性状・回数							
	腹痛							
	嘔気・嘔吐							
	食思<欲>不振							
	発熱							
	体重減少							
	動悸							
	海外渡航歴							
	既往歴							
	家族歴							
	嗜好							
生活習慣								
身体診察のポイント	意識レベル・精神状態の評価							
	バイタルサイン							
	皮膚							
	甲状腺							
	腹部の診察							
	直腸診							

F-1-24) 黄疸		胆管炎	急性肝炎	慢性肝炎	非代償性 肝硬変	肝癌 (臍頭部)	溶血性貧血			
医療面接の ポイント	発熱									
	体重減少									
	腹痛									
	食思<欲>不振									
	そう痒感									
	下腿浮腫									
	尿濃染									
	既往歴									
	海外渡航歴									
	家族歴									
	嗜好									
	身体診察の ポイント	意識レベル、精神状態 の評価								
バイタルサイン										
皮膚の外観										
眼瞼・眼球										
乳房										
腹部の診察										
下腿浮腫										

F-1-25) 腹部膨隆(腹水を含む)・腫瘤	腸閉塞	大腸癌	肝硬変	ネフローゼ症候群	心不全	肝癌	卵巢囊腫	妊娠	尿閉	子宮筋腫	子宮腺筋症	鼠径ヘルニア		
医療面接のポイント	発熱													
	体重増加													
	めまい(立ちくらみ)													
	呼吸困難													
	腹痛													
	悪心・嘔吐													
	便秘													
	下腿浮腫													
	尿量減少													
	既往歴(輸血歴を含む)													
	家族歴													
	月経異常							月経異常の項を参照	月経異常の項を参照		月経異常の項を参照			
	身体診察のポイント	意識レベル												
バイタルサイン														
全身の外観(顔貌・皮膚など)														
眼瞼、眼球														
頸静脈														
心音・心雑音														
腹部の診察														
浮腫														

F-1-1-26) 貧血		肝硬変	慢性腎臓病	痔核	消化性潰瘍	大腸癌	子宮筋腫	白血病	骨髄腫	アルコール依存症		
医療面接のポイント	食思<欲>不振											
	体重減少											
	体重増加											
	意識障害											
	動悸											
	悪心・嘔吐											
	吐血・下血											
	黒色便<タール便>											
	出血傾向											
	関節痛・骨痛											
	嗜好											
	常用薬											
	既往歴(健診など)											
	輸血歴											
	家族歴											
月経異常							月経異常の項を参照					
身体診察のポイント	意識レベル											
	バイタルサイン											
	全身の外観(顔貌・皮膚など)											
	眼瞼、眼球											
	口腔・咽頭・扁桃											
	心音・心雑音											
	乳房											
	腹部の診察											
	直腸診											
	神経系の診察											
	浮腫											

F-1-27) リンパ節腫脹		悪性リンパ腫	伝染性単核球症	上気道炎	ウイルス性発疹症(麻疹、風疹)	結核	全身性エリテマトーデス<SLE>	悪性腫瘍			
医療面接のポイント	頸部腫脹										
	発熱										
	発疹										
	体重減少										
	食思<欲>不振										
	咽頭痛										
	咳嗽										
	黒色便<タール便>										
身体診察のポイント	意識レベル										
	バイタルサイン										
	皮膚										
	リンパ節										
	眼瞼・眼球										
	口腔										
	呼吸音・副雑音										
	腹部の診察										

F-1-28) 尿量・排尿の異常		膀胱炎	糖尿病	尿崩症	前立腺肥大	薬剤性	ADH不適合 分泌症候群 <SIADH>	水腎症		
医療面接の ポイント	排尿症状(尿勢低下など)									
	蓄尿症状(頻尿など)									
	排尿後症状(残尿感など)									
	多尿									
	乏尿、無尿									
	尿の色調異常(血尿など)									
	口渇・多飲									
	腰背部痛									
	常用薬									
	既往歴									
	生活習慣									
	身体診察の ポイント	意識レベル								
バイタルサイン										
全身の外観(顔貌・皮膚など)										
口腔										
呼吸音・副雑音										
腹部の診察										
背部の叩打痛										
神経系の診察(視野・深部感覚など)										

F-1-29) 血尿・タンパク尿		腎細胞癌	尿路感染症	尿路結石	ネフローゼ症候群	糖尿病腎症	膀胱癌	急性糸球体腎炎症候群	急性腎障害		
医療面接のポイント	肉眼的血尿										
	背部痛・腹痛										
	排尿時痛										
	残尿感										
	頻尿										
	発熱										
	体重の変化										
	浮腫										
	常用薬										
	既往歴										
	家族歴										
	生活習慣										
	身体診察のポイント	意識レベル									
バイタルサイン											
顔貌											
リンパ節											
眼瞼・眼球											
腹部の診察											
浮腫											

F-1-30) 月経異常		子宮頸癌	子宮体癌	子宮筋腫	更年期障害	妊娠	高プロラクチン血症	異所性妊娠	摂食障害
医療面接のポイント	月経周期と量の異常								
	月経痛								
	妊娠の可能性								
	乳汁分泌								
	腹痛								
	常用薬								
	性交歴								
	妊娠・分娩歴								
身体診察のポイント	腹部の診察								
	腹部腫瘍								
	腹水								
	下腿浮腫								

F-1-31) 不安・抑うつ		うつ病	不安障害群	甲状腺機能低下症	Parkinson病
医療面接のポイント	発症様式				
	症状の経過				
	不眠・過眠				
	食欲異常				
	体重の変化				
	心理・社会的情報(ストレス、嗜好等)				
	意欲の変化				
身体診察のポイント	バイタルサイン				
	甲状腺				
	下腿浮腫				
	運動失調				
	不随意運動				
	歩行				

F-1-32) もの忘れ		Alzheimer病	Lewy小体型 認知症	血管性認知 症	正常圧水頭 症	慢性硬膜下 血腫	甲状腺機能 低下症	うつ病		
医療面接の ポイント	発症様式									
	症状の経過									
	幻覚									
	思考(妄想・強迫)									
	睡眠									
	食欲									
	体重減少・増加									
	排尿障害									
	抑うつ									
	既往歴									
	外傷歴(頭部等)									
	嗜好									
	心理・社会的状況									
身体診察の ポイント	認知機能									
	バイタルサイン									
	全身の外観(歩行な ど)									
	甲状腺									
	不随意運動									
	運動失調									

F-1-33) 頭痛	急性慢性副鼻腔炎	緊張型頭痛	くも膜下出血	髄膜炎	脳出血	片頭痛	側頭動脈炎	緑内障	慢性硬膜下血腫	脳腫瘍		
医療面接のポイント 症状の経過(発症様式を含む) 悪心・嘔吐 意識障害 視野異常 視力障害 眼痛 悪心・嘔吐 発熱 肩凝り けいれん 運動麻痺 不機嫌(小児) 常用薬 既往歴 家族歴 生活習慣												
	身体診察のポイント 意識レベル バイタルサイン 全身の外観(顔貌など) 頭部 眼瞼・眼球 髄膜刺激所見 神経系の診察											

F-1-34) 運動麻痺・筋力低下		脳梗塞	脳出血	椎間板ヘルニア	甲状腺機能亢進症	糖尿病	Guillain-Barré症候群	重症筋無力症	皮膚筋炎	多発性筋炎
医療面接のポイント	症状の部位									
	発症様式									
	症状の経過									
	先行感染									
	けいれん									
	体重減少									
	感覚異常									
	皮疹									
	筋肉痛									
	頭痛									
	眼瞼下垂									
	動悸									
	腰痛									
	既往歴									
	生活習慣									
身体診察のポイント	意識レベル									
	バイタルサイン									
	全身の外観(顔貌・皮膚など)									
	甲状腺									
	背部の叩打痛									
	神経系の診察									
	筋骨格系の診察									
	浮腫									

F-1-35) 腰背部痛		急性腰痛症	椎間板ヘルニア	変形性脊椎症	急性大動脈解離	転移性脊椎腫瘍	尿管結石	胆石症	腎盂腎炎	急性膀胱炎	肺癌
医療面接のポイント	発症様式										
	症状の経過										
	悪心										
	発熱										
	足のしびれ										
	痛みの移動										
	食事との関係										
	肉眼的血尿										
	体重の変化										
	既往歴										
	家族歴										
	生活習慣										
身体診察のポイント	意識レベル										
	バイタルサイン										
	全身の外観										
	腹部の診察										
	神経系の診察										
	圧痛										
	脊椎の圧痛・叩打痛										

F-1-36) 関節痛・関節腫脹		変形性 関節症	関節リウマチ	痛風	全身性エリテマ トローデス <SLE>	化膿性関節炎・ 骨髄炎		
医療面接の ポイント	症状の部位							
	発症様式							
	症状の経過							
	発熱							
	光線過敏							
	随伴症状							
	不機嫌(小児)							
	生活歴							
	家族歴							
身体診察の ポイント	発熱							
	皮膚(蝶形紅斑など)							
	Raynaud現象							
	口腔粘膜の異常							
	関節(腫脹・変形)							
	熱感・圧痛							
	関節可動域							

F-1-37) 外傷・熱傷	熱傷	頭部		頸部	胸部	腹部	四肢	
		くも膜下出血	頭蓋内血腫				大腿骨頸部骨折	肘内障
医療面接のポイント	受傷機転							
	意識障害							
	頭痛							
	歩行障害							
身体診察のポイント								
	意識レベル							
	バイタルサイン							
	全身の外観							
	神経系の診察							
	フレイルチェック							
	腹部膨隆							
受傷部位の観察								

J. 臨床実習後 OSCE の評価ルーブリックについて

臨床実習後 OSCE では受験生のパフォーマンスは表のルーブリックに従って評価される。

評価スケールの説明(評価ルーブリック)		合格			合否境界領域 (支障のおそれ)	不合格	
		問題がない	問題がほとんどない	問題がある		重大あるいは多くの問題がある	不合格
A. 患者への配慮、コミュニケーション	6	問題がない	5	4	3	2	1
	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	適切な患者医師関係を構築できないおそれがある。	適切な患者医師関係を構築できない。	患者に重大な不利益を与える。	
	B. 医療面接	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	十分に必要な病歴情報の収集ができず、診療に支障が生じるおそれがある。	必要な病歴情報がほとんど収集できない。	必要な病歴情報が全く収集できない。
		単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	診療に支障が生じるおそれがある。	必要な身体診察がほとんどできない。	必要な身体診察が全くできない。
	C. 診断仮説に基づいた身体診察	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	重要な情報が伝わらないおそれがある。	重要な情報が伝わらない。	情報が伝わらない、または虚偽の情報を伝える。
単独で実施できる。(信頼して任せられる)		指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	必要な鑑別診断をあげ、必要情報を示すことができない。	必要な鑑別診断をあげ、必要情報を示すことができない。	鑑別診断を一つもあげられない。	
D. 症例プレゼンテーション	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	
	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	
E. 臨床推論	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	
	単独で実施できる。(信頼して任せられる)	指導医の直接の監督の下で実施できる。	指導医の直接の監督の下で実施できる。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	収集した情報をもとついで、必要情報を示すことができない。	
概略評価	優れている(卒後臨床研修の終了時点で期待されるレベル以上)	良い(卒後臨床研修の中間時点で期待されるレベル)	合格(卒後臨床研修の開始時点で期待されるレベル)	合否境界領域	不合格(部分的な再教育が必要)	不合格(全般的な再教育が必要)	

v4.0 受験生用

Appendix. 医師として求められる基本的な資質・能力と学生が行う行為

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
医師として求められる基本的な資質・能力 A-1. プロフェッショナリズム	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な診断・治療計画を立てる	得られた情報を統合し、エビデンスを収集する	臨床上の問題に対して正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し適切な初期対応を行う
A-1-1) 医の倫理と生命倫理														
A-1-1-① 医学・医療の歴史的な流れとその意味を概説できる。							○							
A-1-1-② 臨床倫理や生と死に関わる倫理的問題を概説できる。	○				○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-1-③ ヒポクラテスの誓い、ジュネーブ宣言、医師の職業倫理指針、医師憲章等医療の倫理に関する規範を概説できる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-2) 患者中心の視点														
A-1-2-① リスボン宣言等に示された患者の基本的権利を説明できる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-2-② 患者の自己決定権の意義を説明できる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-2-③ 選択肢が多様な場合でも適切に説明を行い患者の価値観を理解して、患者の自己決定を支援する。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-2-④ インフォームド・コンセントとインフォームド・アセントの意義と必要性を説明できる。					○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-3) 医師としての責務と裁量権														
A-1-3-① 診療参加型臨床実習において患者やその家族と信頼関係を築くことができる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-3-② 患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であり得ることを認識し、そのいずれにも柔軟に対応できる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-3-③ 医師が患者に最も適した医療を勧めなければならない理由を説明できる。			○		○	○			○	○	○	○	○	○
A-1-3-④ 医師には能力と環境により診断と治療の限界があることを説明できる。	○	○	○						○	○	○	○	○	○
A-1-3-⑤ 医師の法的義務を列挙し、例示できる。	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○

		学生が行う行為														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-2. 医学知識と問題対応能力 A-2-1) 課題探求・解決能力 A-2-1-① 必要な課題を自ら発見できる。 A-2-1-② 自分に必要な課題を、重要性・必要性に照らして順位付けできる。 A-2-1-③ 課題を解決する具体的な方法を発見し、課題を解決できる。 A-2-1-④ 課題の解決に当たり、他の学修者や教員と協力してよりよい解決方法を見出すことができる。 A-2-1-⑤ 適切な自己評価ができ、改善のための具体的方策を立てることができる。 A-2-2) 学修の在り方 A-2-2-① 講義、国内外の教科書・論文、検索情報等の内容について、重要事項や問題点を抽出できる。 A-2-2-② 得られた情報を統合し、客観的・批判的に整理して自分の考えを分かりやすく表現できる。 A-2-2-③ 実験・実習の内容を決められた様式に従って文書と口頭で発表できる。 A-2-2-④ 後輩等への適切な指導が実践できる。 A-2-2-⑤ 各自の興味に応じて選択制カリキュラム（医学研究等）に参加する。																

※ 本表では医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）「A. 医師として求められる基本的な資質・能力」に述べられているすべての項目を対象としている。背景が無色のものは「知識」に含まれると考えられる項目であり、背景が色付きのものは「技術」と「態度」に含まれると考えられる項目である。

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-3. 診療技能と患者ケア	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な診断・治療計画を立てる	得られた情報を統合し、エヒデンスを収集する	臨床上の問題に対して臨床計画を立てる	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	報告・連絡・相談する	医療安全上の問題を多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-3-1) 全人的実践的能力															
A-3-1)-① 病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等)を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行える。	○												○		○
A-3-1)-② 網羅的に系統立てて適切な順序で効率的な身体診察を行える。異常所見を認識・記録し、適切な鑑別診断が行える。		○	○		○										○
A-3-1)-③ 基本的な臨床技能(適応、実施方法、合併症、注意点)を理解し、適切な態度で診断や治療を行える。					○	○				○		○	○	○	○
A-3-1)-④ 診療録(カルテ)についての基本的な知識を修得し、問題志向型医療記録(problem-oriented medical record <POMR>)形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。									○	○	○				○
A-3-1)-⑤ 患者の病状(症状、身体所見、検査所見等)、プロブレムリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換ができる。				○	○	○					○				○
A-3-1)-⑥ 緊急を要する病態や疾患・外傷の基本的知識を説明できる。診療チームの一員として救急医療に参画できる。									○		○				○
A-3-1)-⑦ 慢性疾患や慢性疼痛の病態、経過、治療を説明できる。医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画できる。	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○			
A-3-1)-⑧ 患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。									○		○	○			

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-4. コミュニケーション能力</p>	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	問題点に即した適切な検査計画を立てる	診断・治療計画を立てる	得られた情報を統合し、エビデンスを収集する	臨床上の問題に対して正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-4-1) コミュニケーション														
A-4-1)-① コミュニケーションの方法と技能(言語的・非言語的)を説明し、コミュニケーションが態度あるいは行動に及ぼす影響を概説できる。	○	○		○						○	○	○	○	○
A-4-1)-② コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。	○	○								○	○	○	○	○
A-4-1)-③ 患者・家族の話を傾聴し、共感することができる。	○				○	○				○		○	○	○
A-4-2) 患者と医師の関係														
A-4-2)-① 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。	○	○				○	○					○	○	○
A-4-2)-② 患者に分かりやすい言葉で説明できる。	○	○				○	○					○	○	○
A-4-2)-③ 患者の心理的及び社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。	○				○		○		○			○	○	
A-4-2)-④ 医療行為が患者と医師の契約的な信頼関係に基づいていることを説明できる。	○	○				○	○			○	○	○	○	○
A-4-2)-⑤ 患者の要望(診察・転医・紹介)への対処の仕方を説明できる。	○	○				○	○			○		○	○	○
A-4-2)-⑥ 患者のプライバシーに配慮できる。	○	○			○	○	○		○			○	○	○
A-4-2)-⑦ 患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いができる。	○	○			○	○	○		○	○		○	○	○

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-5. チーム医療の実践	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な診断・治療計画を立てる	得られた情報を統合し、エビデンスを収集する	臨床上の問題に対して適切な記載する	正しい診療記録（カルテ）を記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-5-1) 患者中心のチーム医療															
A-5-1)① チーム医療の意義を説明できる。										○	○	○			○
A-5-1)② 医療チームの構成や各構成員（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職）の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加できる。										○	○	○			○
A-5-1)③ 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求めることができる。					○	○				○	○	○		○	○
A-5-1)④ 保健、医療、福祉と介護のチーム連携における医師の役割を説明できる。					○	○				○	○	○	○		○

A-6. 医療の質と安全の管理															
A-6-1) 安全性の確保															
A-6-1)① 実際の医療には、多職種が多段階の医療業務内容に関与していることを具体的に説明できる。					○	○				○	○	○	○		○
A-6-1)② 医療上の事故等を防止するためには、個人の注意（ヒューマンエラーの防止）はもとより、組織的なリスク管理（制度・組織エラーの防止）が重要であることを説明できる。											○	○		○	○
A-6-1)③ 医療現場における報告・連絡・相談と記録の重要性や、診療録（カルテ）改竄の違法性を説明できる。				○					○	○	○	○			○
A-6-1)④ 医療の安全性に関する情報（薬剤等の副作用、薬害、医療過誤（事例や経緯を含む）、やっではないこと、優れた取組事例等）を共有し、事後に役立つための分析の重要性を説明できる。											○				○

	学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
医師として求められる基本的な資質・能力 A-6. (続き) 医療の質と安全の管理	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	検査計画を立てる	問題点に即した適切な診断・治療計画を立てる	得られた情報を統合し、エビデンスを収集する	臨床上の問題に対して臨機応変に対応する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-6-1) 安全性の確保 (続き)															
A-6-1)⑤ 医療の安全性確保のため、職種・段階に応じた能力向上の必要性を説明できる。											○	○			○
A-6-1)⑥ 医療機関における医療安全管理体制の在り方(事故報告書、インシデントレポート、医療事故防止マニュアル、医療廃棄物処理、医療安全管理者(リスクマネージャー)、安全管理委員会、事故調査委員会、医療事故調査制度、産科医療補償制度)を概説できる。								○			○	○			○
A-6-1)⑦ 医療関連感染症の原因及び回避する方法(院内感染対策委員会、院内感染サーベイランス、院内感染対策チーム(infection control team <ICT>)、感染対策マニュアル等)を概説できる。					○	○	○				○	○			○
A-6-1)⑧ 真摯に疑義に応じることができる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-6-2) 医療上の事故等への対処と予防															
A-6-2)① 医療上の事故等(インシデントを含む)と合併症の違いを説明できる。											○			○	○
A-6-2)② 医療上の事故等(インシデントを含む)が発生したときの緊急処置や記録、報告を説明し、実践できる。								○	○	○	○			○	○
A-6-2)③ 医療過誤に関連した刑事・民事責任や医師法に基づく行政処分を説明できる。										○					
A-6-2)④ 基本的予防策(ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセーフ・フルブルーフの考え 方 等)を概説し、指導医の指導の下に実践できる。											○	○		○	○

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
医師として求められる基本的な資質・能力 A-6. (続き) 医療の質と安全の管理	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りをを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-6-3) 医療従事者の健康と安全														
A-6-3)-① 医療従事者の健康管理(予防接種を含む)の重要性を説明できる。										○	○			
A-6-3)-② 標準予防策(standard precautions)の必要性を説明し、実行できる。	○	○								○			○	○
A-6-3)-③ 患者隔離の必要な場合を説明できる。					○	○			○	○		○		○
A-6-3)-④ 針刺し事故(針刺し切創)等に遭遇した際の対処の仕方を説明できる。										○			○	○
A-6-3)-⑤ 医療現場における労働環境の改善の必要性を説明できる。										○	○			
A-7. 社会における医療の実践														
A-7-1) 地域医療への貢献														
A-7-1)-① 地域社会(離島・へき地を含む)における医療の状況、医師の偏在(地域、診療科及び臨床・非臨床)の現状を概説できる。														
A-7-1)-② 医療計画(医療圏、基準病床数、地域医療支援病院、病診連携、病病連携、病院・診療所・薬局の連携等)及び地域医療構想を説明できる。														
A-7-1)-③ 地域包括ケアシステムの概念を理解し、地域における保健(母子保健、学校保健、成人・高齢者保健、地域保健、精神保健)・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間(行政を含む)の連携の必要性を説明できる。											○	○		

	学生が行う行為													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<p>医師として求められる基本的な資質・能力</p> <p>A-7. (続き) 社会における医療の実践</p>	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	報告・連絡・相談する	医療安全上の問題を多職種のチームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-7-1) 地域医療への貢献 (続き)														
A-7-1)-④ かかりつけ医等の役割や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獲得する。	○	○	○		○	○		○			○	○	○	○
A-7-1)-⑤ 地域における救急医療、在宅医療及び離島・へき地医療の体制を説明できる。					○	○			○		○	○		
A-7-1)-⑥ 災害医療(災害時保健医療、医療救護班、災害派遣医療チーム(DSMAT)、災害派遣精神医療チーム(DSPAT)、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、災害拠点病院、トリアージ等)を説明できる。										○	○			○
A-7-1)-⑦ 地域医療に積極的に参加・貢献する。	○	○	○		○	○		○	○		○	○	○	○
A-7-2) 国際医療への貢献														
A-7-2)-① 患者の文化的背景を尊重し、英語をはじめとした異なる言語に対応することができる。	△	△			△	△		△	△			△	△	△
A-7-2)-② 地域医療の中での国際化を把握し、価値観の多様性を尊重した医療の実践に配慮することができる。	△	△			△	△		△	△	△	△	△	△	△
A-7-2)-③ 保健、医療に関する国際的課題を理解し、説明できる。							○			△				
A-7-2)-④ 日本の医療の特徴を理解し、国際社会への貢献の意義を理解している。														
A-7-2)-⑤ 医療に関わる国際協力の重要性を理解し、仕組みを説明できる。														

学生が行う行為														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
医師として求められる基本的な資質・能力 A-8. 科学的探究	適切な医療面接を行う	適切な身体診察を行う	得られた所見から適切な臨床推論を行う	適切な症例プレゼンテーションを行う	問題点に即した適切な検査計画を立てる	得られた情報を統合し、診断・治療計画を立てる	臨床上の問題に対してエビデンスを収集する	正しい診療記録(カルテ)を記載する	患者の申し送りを行う	医療安全上の問題を報告・連絡・相談する	多職種チームで協働する	インフォームドコンセントを得る	基本的臨床手技を実施する	緊急性を評価し、適切な初期対応を行う
A-8-1) 医学研究への志向の涵養														
A-8-1)① 研究は、医学・医療の発展や患者の利益の増進を目的として行われるべきことを説明できる。							○							
A-8-1)② 生命科学の講義・実習で得た知識を基に、診療で経験した病態の解析ができる。			○		○	○	○							
A-8-1)③ 患者や疾患の分析を基に、教科書・論文等から最新の情報を検索・整理統合し、疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-8-1)④ 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学的研究(臨床研究、疫学研究、生命科学 研究等)に参加することができる。							○							

A-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢														
A-9-1) 生涯学習への準備														
A-9-1)① 生涯学習の重要性を説明できる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-9-1)② 生涯にわたる継続的学習に必要な情報を収集できる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-9-1)③ キャリア開発能力を獲得する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-9-1)④ キャリアステージにより求められる能力に異なるニーズがあることを理解する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A-9-1)⑤ 臨床実習で経験したことを省察し、自己の課題を明確にする。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

別紙 令和2年度学評・課題管理小委員会名簿

	氏名	所属		氏名	所属
	青松 棟吉	佐久総合病院		高橋 誠	北海道大学
☆	秋山 暢	帝京大学		高村 昭輝	金沢医科大学
	伊藤 俊之	滋賀医科大学		谷口 純一	熊本大学
	内田 啓子	東京女子医科大学		南郷 栄秀	JCHO 東京城東病院
	大滝 純司	東京医科大学		西屋 克己	関西医科大学
◎	岡崎 史子	東京慈恵会医科大学	○	原田 芳巳	東京医科大学
	岡田 英理子	東京医科歯科大学		春田 淳志	慶應義塾大学
	籠島 充	上越総合病院		万代 康弘	東京慈恵会医科大学
	河野 誠司	神戸大学		望月 篤	聖マリアンナ医科大学
	黄 世捷	聖マリアンナ医科大学		堀田 晶子	東京大学
	渋谷 祐子	NTT東日本関東病院	☆	町田 幹	日本医科大学
	清水 貴子	聖隷福祉事業団		松平 真悟	昭和大学
☆	杉村 政樹	札幌医科大学		山内 かづ代	東京女子医科大学
	高橋 弘明	岩手県立中央病院		山本 健	川口ホームケアクリニック
	高田 清式	愛媛大学			

◎委員長 ○副委員長 ☆リーダー

医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成 28 年度改訂版)に準じた
臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目
(第 1.2 版)

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
2021 年 3 月発行

Copyright© 2021 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構.
All rights reserved.

Ⅲ. 歯学系共用試験

Ⅲ－1 臨床実習前の共用試験

(1) Computer Based Testing (CBT)

① 出題基準と試験形式

試験ブロックの構成

ブロック	問題形式	設問数, 制限時間	モデル・コア・カリキュラム項目等
ブロック1	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A～E) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック2	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A～E) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック3	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A～E) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック4	= 五選択肢択一	(60設問, 1時間)	(A～E) (ブロック内で見直しが可能)
ブロック5	= 多選択肢順次 解答2連問 順次解答2連問	20設問 (一旦解答して次の問題に進むと元の問題に戻れません) 20設問	
合計		(40設問, 1時間)	
ブロック6	= 順次解答4連問	(40設問, 1時間)	(一旦解答して次の問題に進むと元の問題に戻れません)
合計		320設問	
ブロック7	= アンケート		

問題の形式

・ 五選択肢択一形式の設問

単に、記憶しているかどうかを問うことよりも、解釈・思考力を問うことを重視しています。

また、基礎・臨床の知識を統合した問題や病態発生にかかわる重要な内容や基本原理及び病態生理を問う問題を重視しています。

・ 多選択肢順次解答2連問形式の設問

同一のテーマについて、内容の異なる2つの連続した設問に共通した多くの解答選択肢の中から一つを選択します。

・ 順次解答連問形式の設問

2連問と4連問：同一の症例について、関連する2つ又は4つの設問が連続します。各設問の解答は5肢択一です。

歯学教育モデル・コア・カリキュラム大項目ごとの出題割合

コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）に準拠しています。

なお、平成28年度改訂版のモデル・コア・カリキュラムについては、共用試験2022歯学系CBT（2021年12月開始）から適用されます。

コア・カリキュラム大項目 出題割合

A 歯科医師として求められる基本的な資質・能力	}	16.7 %
B 社会と歯学		
C 生命科学		37.5 %
D 歯科医療機器（歯科材料・器械・器具）		8.3 %
E 臨床歯学		37.5 %

Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

② 成績返却について

「個人成績表」の返却フォーマット

各大学のCBT実施キット等が機構に全て返却された後、10日以内に各大学宛に発送します。
2015年度からIRT理論に基づいた成績表記も行っています。



C-03
取扱注意

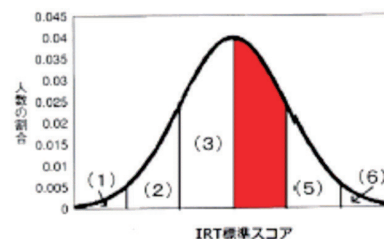
共用試験2022歯学系CBT個人成績表

試験実施ID: D22-0000-01000FA01 (採点日: 2022/02/14 発行日: 2022/02/14)
 実施日: 2022/02/13 学校名: ○○○○大学歯学部
 受験番号: DA001 試験会場: ○○○○大学歯学部
 試験種別: 本試 ○○教室
 本試総受験者数: 120 (受験予定数: 120 欠席者数: 0)
 学籍番号: 19000001 備考:
 氏名: 受験者001 受験者固有番号: F1701000F0000

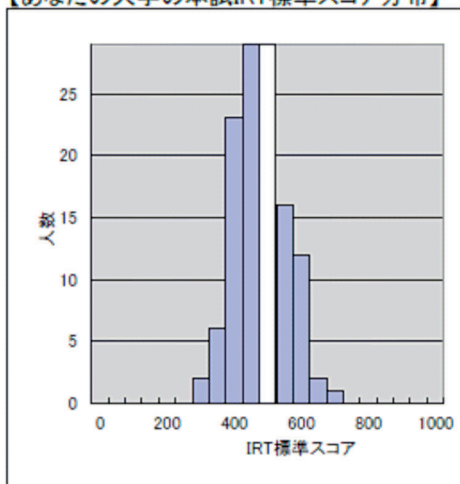
IRT標準スコア: 526 あなたのIRT標準スコアの順位は120人中38位です。
 6段階評価: 4
 テスト得点: 73.79

(あなたの成績は難易度を調整した
基準集団の以下の分布範囲に位置する)

- 1 基準集団の 2.3%未満
- 2 基準集団の 2.3%以上～15.9%未満の範囲内
- 3 基準集団の15.9%以上～50.0%未満の範囲内
- 4 基準集団の50.0%以上～84.1%未満の範囲内
- 5 基準集団の84.1%以上～97.7%未満の範囲内
- 6 基準集団の97.7%以上

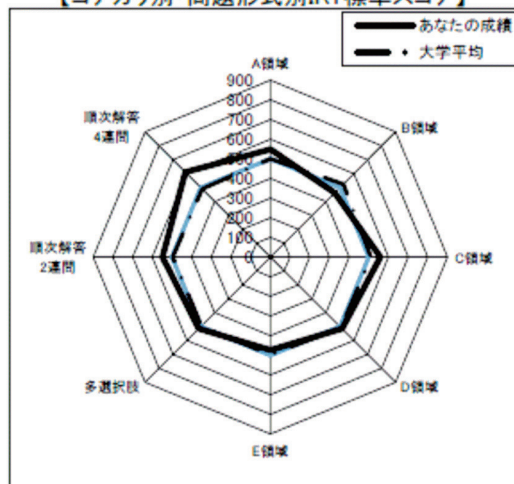


【あなたの大学の本試IRT標準スコア分布】

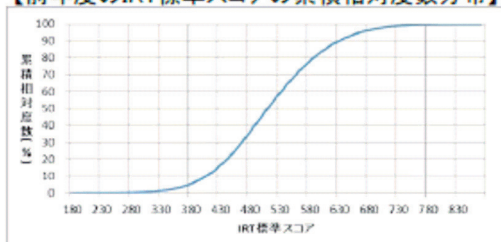


※白い部分はあなたの成績を示しています。

【コアカリ別・問題形式別IRT標準スコア】



【前年度のIRT標準スコアの累積相対度数分布】



Ⅲ－1 臨床実習前の共用試験



C-03
取扱注意

各数値の説明

1. 項目反応理論について
 - 1) 試験問題の難しさに左右されないその試験で測定したい知識力を推定することが可能とされているテスト理論です。欧米では有用性が確認され、大規模な試験に使用されています。共用試験のような各学生に対して試験問題をランダムに出題している試験の評価方法としては適切なものと考えられます。
2. IRT標準スコアと6段階評価について
 - 1) 項目反応理論を用いて各試験問題項目の特性(難しい問題であるかどうかなど)を事前に推定します。基準集団を設定し、その基準集団の分布を用いて、能力評価を行います。今回の基準集団は2013年度正式実施の全国結果より推定した分布です。
 - 2) IRT標準スコアは、この事前に評価されている問題に対して、皆さんがどの難しさの問題には正答して、どの難しさの問題には誤答するかにより、最も可能性の高いものとして推定されたものです。
 - 3) IRT標準スコアが500である場合、基準集団(2013年度正式実施の全国結果より推定された集団)の平均値と考えます。平均値(500)±100以内に68%の学生が入ると想定しています。6段階評価はIRT標準スコアにより分類されたもので、6が最も良好な能力レベルとしてあります。
 - 4) テスト得点は正答した問題の数を足し合わせて採点する通常の得点を表しています(素点)。受験した問題総数に対する正答した割合である正答率もこれに属するものです(今回示してあるテスト得点)。テスト得点とIRT標準スコアの相関係数は0.97と非常に強い関連を示しますが、上記のように求め方が異なることから、順位など多少異なる可能性があります。
 - 5) あなたのIRT標準スコア6段階評価を用いて、基準集団の分布における位置を図に示しています。赤い色の部分があなたの段階を示しています。
3. コアカリ・問題形式別IRT標準スコア
 - 1) 各コアカリ・問題形式別の大学平均とあなたの成績の比較をレーダーチャートで示しています。実線がコアカリ別・問題形式別のあなたの成績で、点線がそれに対応する大学平均です。
 - 2) レーダーチャートの中の各領域の表記の説明を示します。
 - A領域: 歯科医師として求められる基本的な資質・能力
 - B領域: 社会と歯学
 - C領域: 生命科学
 - D領域: 歯科医療機器(歯科材料・器械・器具)
 - E領域: 臨床歯学多選択肢: 多選択肢順次解答2連問
順次解答2連問: 順次解答2連問
順次解答4連問: 順次解答4連問
4. 前年度のIRT標準スコアの累積相対度数分布
 - 1) 前年度の全国の累積相対度数分布を示します。
これにより、あなたのIRT標準スコアが全国のどの位置(前年)にあるかが分かります。

Ⅲ－１ 臨床実習前の共用試験

③ これまでの成績推移

㊦ 問題セット間平均難易度の標準偏差

難易度指標（詳細はp12に記載しています。）の標準偏差は、第1回（2006年度）0.57点～第15回（2020年度）0.52点と小さい値になっています。

㊧ テスト得点（素点：100点換算）

テスト得点は、第1回（2006年度）78.4点から第4回（2009年度）の73.1点まで低下しています。第5回（2008年度）以降は、横ばいから漸増傾向になっており、第15回（2020年度）は76.0点です。

㊨ IRT標準スコア

IRT標準スコアは、第10回（2015年度）から個人成績表に掲載され本格運用となりました。基準集団を第8回（2013年度）としています。

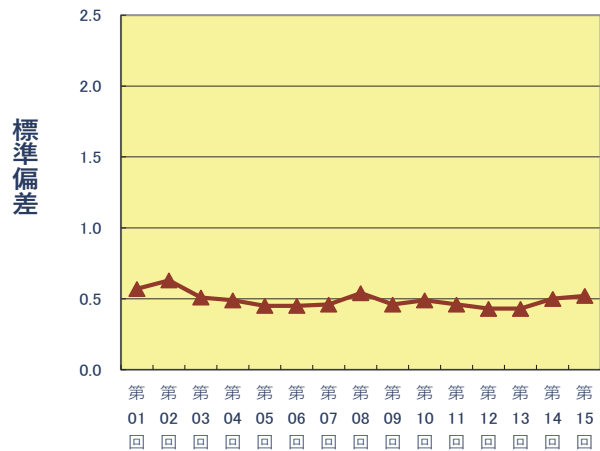
第8回（2013年度）から第15回（2020年度）の554まで増加傾向を示しています。

㊩ プール問題数

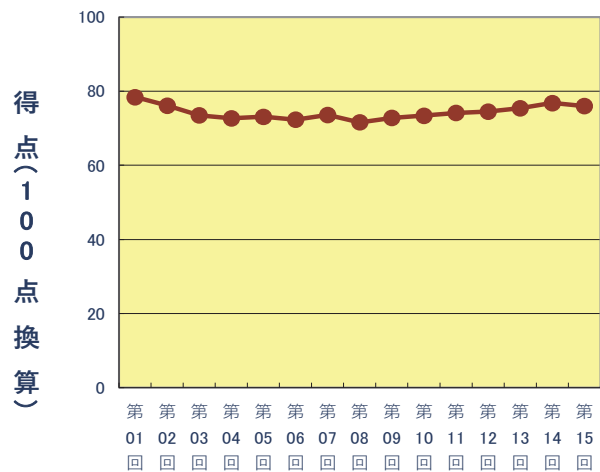
正式実施開始にあたり、必要な最少設問数の6,000題を超えた設問が採点対象プール問題として蓄積されました。

正式実施開始後は、新たなプール問題を確保するとともに、これまでのプール問題の総見直し作業を毎年継続的に行っています。類似問題等の重複調整、個々の問題の特性（正答率及び識別指数の変化、設問文の表現・図表の適切さ等）を検討し、必要に応じて修正、削除及び入替えを行っています。

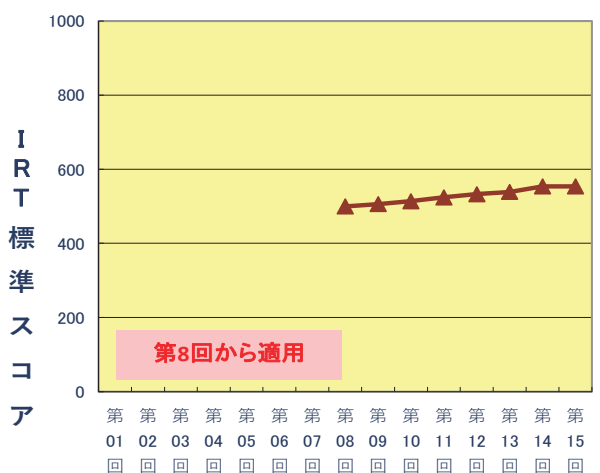
㊦ 平均難易度の標準偏差の推移



㊧ テスト得点（素点：100点換算）の平均の推移



㊨ IRT標準スコアの推移

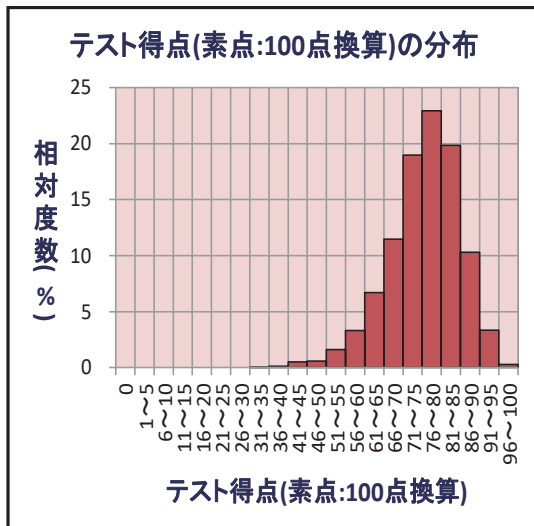


Ⅲ－1 臨床実習前の共用試験

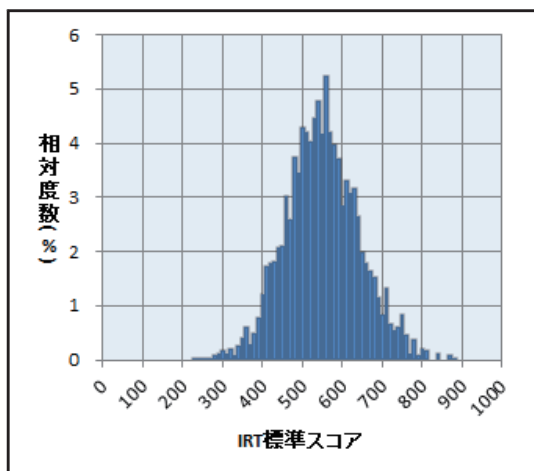
④ 第15回（2020年度）全国成績

・ 全体成績

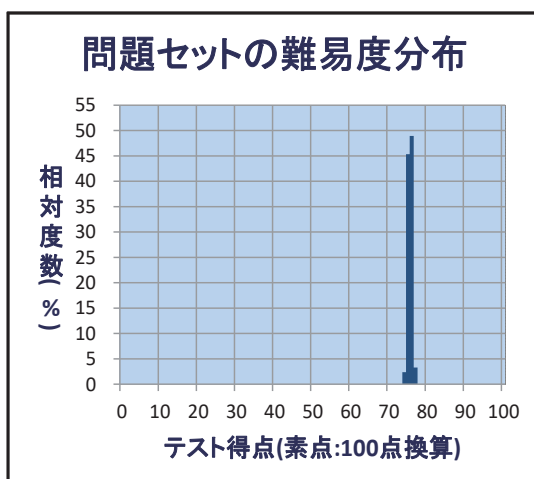
前期に18大学，後期に11大学で実施され，2,424人が本試験を受験しました。テスト得点の平均点は76.0点，最高点は97.6点，最低点は34.3点でした。2013年度（第8回）を基準集団（平均500，標準偏差100）としたIRT標準スコアの分布を図中央に示しています。平均点は554点，最高点は887点，最低点は235点でした。問題セットの平均難易度分布の標準偏差は0.52点であり，難易度差は極めて小さな値となっています。



テスト得点	
人数	2,424
最高点	97.6
最低点	34.3
平均点	76.0
標準偏差	9.3
中央値	77.0
2019年度平均点	76.8



IRT標準スコア	
人数	2,424
最高点	887
最低点	235
平均点	554
標準偏差	93
中央値	551
2019年度平均点	554



平均難易度	
人数	2,424
最高点	77.7
最低点	74.3
標準偏差	0.52
2019年度標準偏差	0.50

Ⅲ－１ 臨床実習前の共用試験

- ・ 月別に受験者数とIRT標準スコアの平均点を下記の表に示します。受験時期が遅くなるに従って平均点が上昇する傾向にあります。

2020年度の月別実施大学数，受験者数と月別平均得点等

	実施 大学数	受験者 数	平均点	標準 偏差	2019年度 平均点	テスト 得点
2019年12月～2020年1月	8	850	543	89	547	74.9
2020年2月	10	1,045	544	91	539	75.0
2020年6月	2	107	567	90	584	77.4
2020年7月	3	139	606	91	} 600	81.0
2020年8月	4	188	596	90		80.0
2020年9月～10月	2	95	598	89		80.3

・ テスト得点とIRT標準スコアの全国的な成績評価の指標

2009年度（第4回）以降の60点未満の学生の割合は5～12%と安定しています。また、成績下位の指標となる平均点－2SD（標準偏差），平均点－1.5SDは，2019年度（第14回）より低下しています。IRT標準スコアは，平均点－2SDが372点，平均点－1.5SDが415点といずれも2019年度（第14回）とほぼ同程度を示し，400点未満は3.8%と減少しています。

（注：2SDは $1.96 \times SD$ （標準偏差）を示しています。）

テスト得点の分布状況における受験者の占める得点と割合

	2020年度	2019年度
平均－2SD	57.8点	59.0点
平均－1.5SD	62.1点	63.2点
60点未満	5.2%	5.0%
80点以上	35.0%	38.5%

IRT標準スコアの分布状況

	2020年度	2019年度
段階1	0.4%	0.3%
段階2	3.4%	4.6%
段階3	23.5%	22.7%
段階4	43.1%	42.4%
段階5	23.1%	23.7%
段階6	6.4%	6.3%

IRT標準スコアの分布状況における受験者の占める得点と割合

	2020年度	2019年度
平均－2SD	372点	370点
平均－1.5SD	415点	413点
400点未満	3.8%	4.9%
650点以上	14.5%	15.6%

IRT標準スコア6段階評価の詳細については、p26に記載しています。

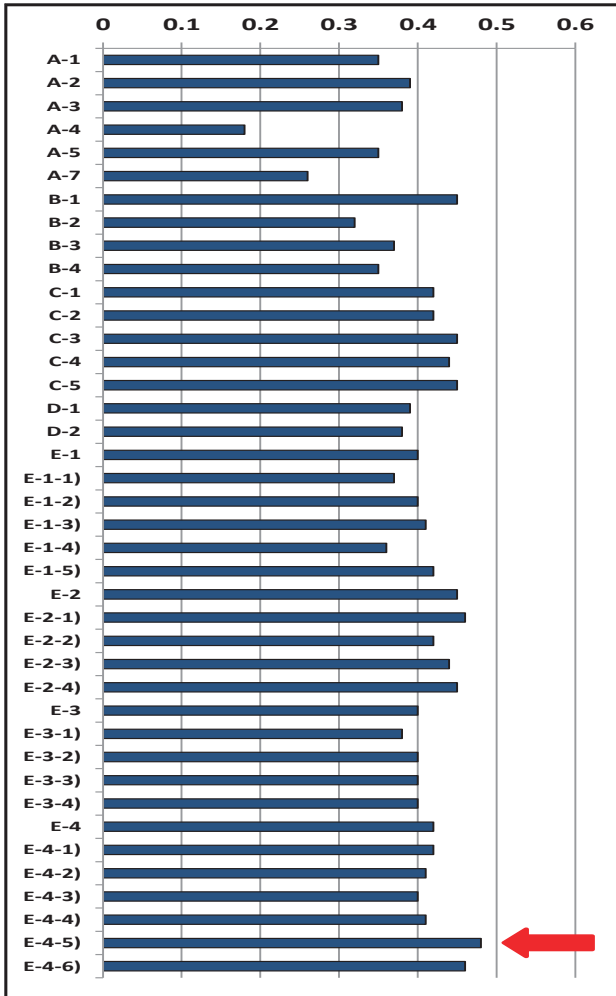
・ モデル・コア・カリキュラム大項目別・問題形式別成績

試験ブロック1～4に出題された五選択肢択一問題のIRT標準スコアは557，多選択肢2連問は522，順次解答2連問は523，順次解答4連問は523であり，五選択肢択一問題が最も高値を示しました。コア・カリキュラム大項目（平成22年度改訂版）別では，コアカリCが最も高値を示し，コアカリAが低値を示しました。

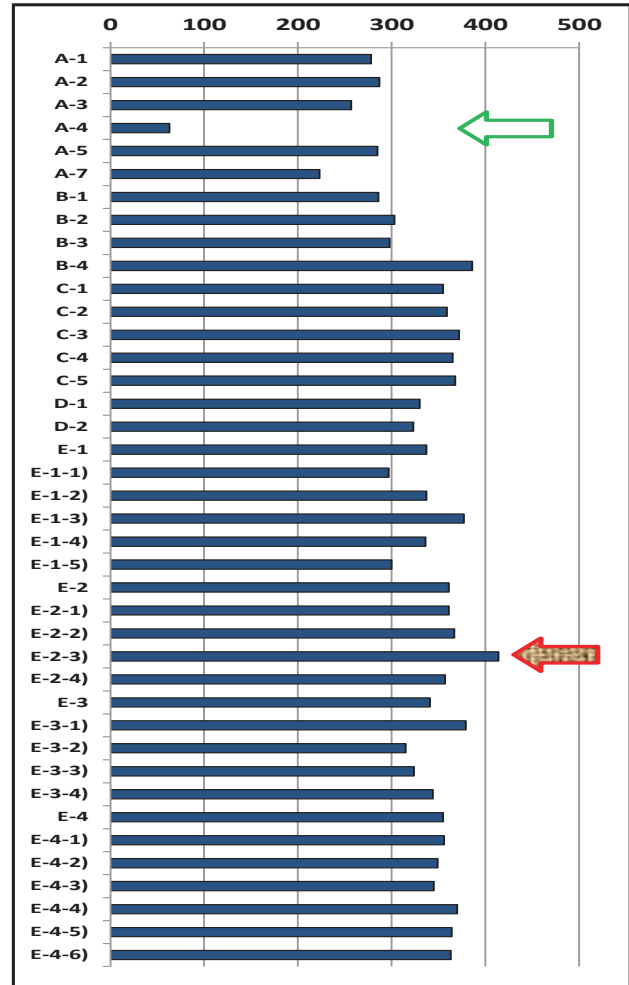
	A	B	C	D	E	五選択肢 択一	多選択肢 2連問	順次解答 2連問	順次解答 4連問
IRT標準スコア	517	536	554	518	548	557	522	523	523
標準偏差	47	66	84	55	90	93	72	68	76
テスト得点	81.9	77.6	76.9	77.3	75.9	76.6	75.4	75.2	73.5
2019年IRT標準スコア	520	538	552	513	545	556	521	523	526

Ⅲ－1 臨床実習前の共用試験

<項目識別力>



<項目困難度>



・ モデル・コア・カリキュラム項目別項目識別力と項目困難度

コア・カリキュラム(平成22年度改訂版)に準拠した項目ごとの項目識別力(左図)と項目困難度(右図)を示します。

- 項目識別力が最も良好であったのは、E-4-5:臨床歯学教育－歯科医療の展開－心因性疾患()
- 項目困難度が最も難しい項目であったのは、E-2-3:臨床歯学教育－口唇・口腔・頭蓋・顎顔面領域の状態と疾患－口唇・口腔・頭蓋・顎顔面領域の発生,成長・発育および加齢とその異常()
- 項目困難度が最も易しい項目であったのは、A-4:基本事項－インフォームドコンセント()

・ 再試験について

再試験受験者数は、第1回105人から第15回571人と増加傾向を示しています。再試験受験者率は23.6%、再試験実施大学率は96.6%でした。

第15回(2020年度)再試験受験者の本試験と再試験のIRT標準スコアの成績は、以下のとおりです。

	平均点	標準偏差	最高点	最低点	中央値	2019年度平均点	テスト得点
本試験	439	47	529	249	448	430	63.4
再試験	480	64	681	142	485	474	68.4
差(再一本)	41	42	191	-165	41	44	5.0

Ⅲ－1 臨床実習前の共用試験

⑤ 公開問題

歯学系CBTの公開問題を提示します。これらの公開問題は、ホームページにも掲載します。

- 五選択肢択一問題（ブロック1～4に出題）
 - ・ 例題1～8（8設問）

- 多選択肢2連問（ブロック5に出題）
 - ・ 例題9（2設問）

 - ・ 同一テーマについて、連続する2つの設問（設問1/2～2/2、質問文の内容は異なる）に共通の多くの解答選択肢が用意されています。

- 順次解答2連問（ブロック5に出題）
 - ・ 例題10（2設問）

 - ・ 同一の症例について、関連する2つの設問（設問1/2～2/2）が連続しています。各設問の解答選択肢（5個）の内容が異なります。

- 順次解答4連問（ブロック6に出題）
 - ・ 例題11（4設問）

 - ・ 同一の症例について、関連する4つの設問（設問1/4～4/4）が連続しています。各設問の解答選択肢（5個）の内容が異なります。

例題1 B-1-③ * 疾病の概念、種類および予防を概説できる。

疾病の自然史の概念を図に示す。
 (ア) に該当するのはどれか。

- A. 健康増進
- B. 早期治療
- C. 特異的予防
- D. 能力障害防止
- E. リハビリテーション

例題2 C-3-1)-④ * 化学療法の目的、原理、作用機序および薬剤耐性機序を説明できる。

単純ヘルペスウイルスの感染様式を模式図に示す。
 アシクロビルが作用するのはどれか。

- A. (ア)
- B. (イ)
- C. (ウ)
- D. (エ)
- E. (オ)

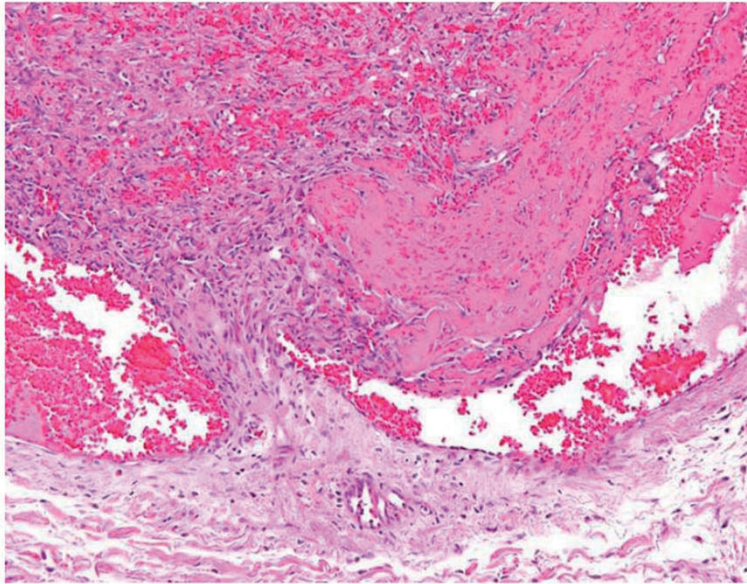
正答 例題1:B 例題2:C

例題3 C-4-3)-③ * 血栓の形成機構と形態学的特徴および転帰を説明できる。

血栓症の病理組織像（中拡大）を示す。

認められる所見はどれか。

- A. 壊死
- B. 膿瘍
- C. 癒痕化
- D. 器質化
- E. 石灰化



例題4 E-1-5)-④ * 気道確保と呼気吹き込みによる人工呼吸を実施できる。

全身麻酔導入時の気道確保に使用する器具を写真に示す。

誘発されうる合併症はどれか。

- A. 気胸
- B. 嘔声
- C. 鼻出血
- D. 肺気腫
- E. 喉頭痙攣



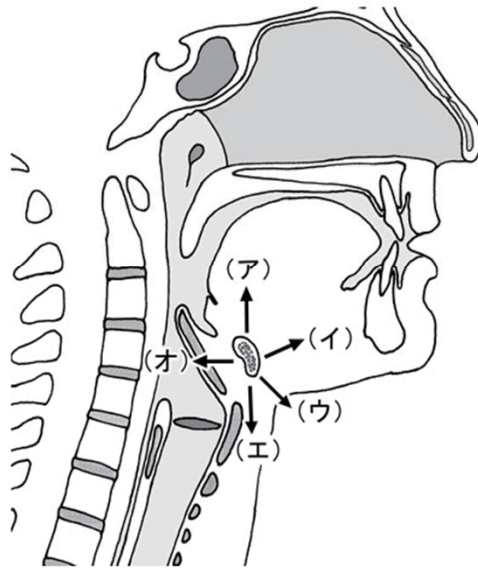
正答 例題3:D 例題4:E

例題5 E-2-1)-(8) * 嚥下の機序を説明できる。

安静時の舌骨体の位置を模式図に示す。

食塊が咽頭を通過する時の移動方向はどれか。

- A. (ア)
- B. (イ)
- C. (ウ)
- D. (エ)
- E. (オ)

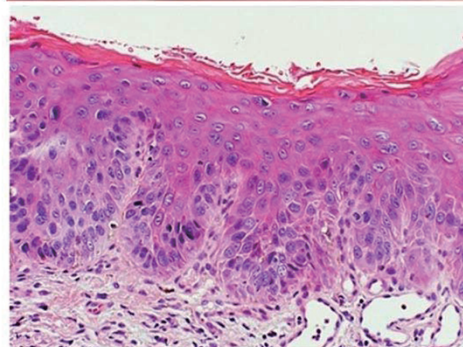


例題6 E-2-4)-(4)-② * 水疱、紅斑、びらん、潰瘍、白斑、色素沈着等を主徴とする主な粘膜疾患を概説できる。

61歳の男性。右側頬粘膜部の異常を主訴に来院した。1年前から自覚していたが痛みがないため、そのままにしていたという。擦過しても除去できない。初診時の口腔内写真と生検の病理組織像(強拡大)を示す。

診断名はどれか。

- A. 乳頭腫
- B. 扁平上皮癌
- C. 口腔扁平苔癬
- D. 口腔カンジダ症
- E. 上皮性異形成<白斑症>



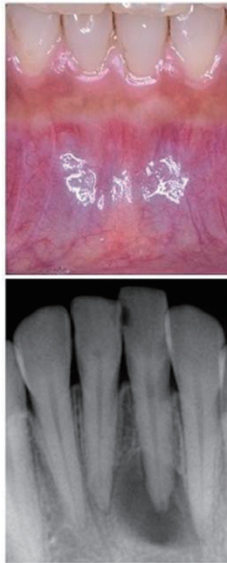
正答 例題5:B 例題6:E

例題7 E-3-2)-(3)* 歯髄・根尖歯周組織疾患の病因と病態を説明できる。

35歳の女性。「T」の咬合痛を主訴に来院した。1か月前から食事時に軽度の咬合痛があったが、放置していたという。プロービング深さは全周2mm、歯髄電気診では生活反応を認めなかった。初診時の口腔内写真とエックス線写真を示す。

まず行うのはどれか。

- A. 抜髄
- B. 膿瘍切開
- C. 歯根尖切除術
- D. 生活歯髄切断
- E. 感染根管治療



例題8 E-3-3)-(3)-②* 歯周疾患の診断と治療方針を説明できる。【検査法、メンテナンス法を含む。】

歯周組織検査時の口腔内写真を示す。

検査項目はどれか。

- A. 動揺度
- B. 根分岐部病変
- C. 歯肉溝滲出液
- D. アタッチメントレベル
- E. ブラークコントロールレコード



正答 例題7:E 例題8:B

(多選択肢順次解答2連問)

例題9-1 E-4-2)-⑨ * 保隙処置の目的と種類、適応症および留意点を説明できる。

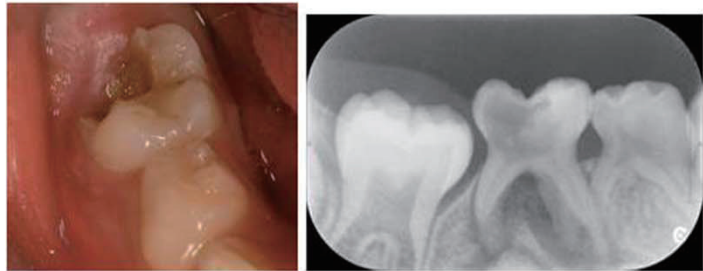
連問 (1/2)

テーマ：小児の保隙装置

5歳の女児。「E」の歯冠破折を主訴に来院した。エックス線検査の結果、「E」を保存不可能と診断し抜歯することとした。その他に抜去が必要な歯は認めない。初診時の口腔内写真とエックス線写真を示す。

抜歯後に装着するのはどれか。

- A. バンドループ
- B. リンガルアーチ
- C. クラウンループ
- D. ディスタルシュー
- E. Coffin の拡大装置
- F. トランスパラタルアーチ
- G. Nance のホールディングアーチ



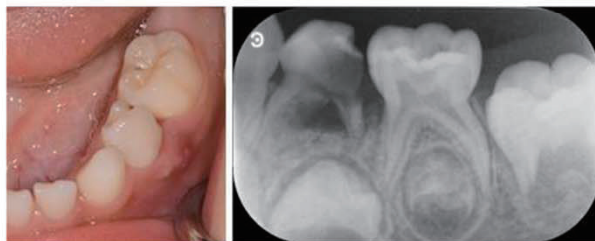
例題9-2

テーマ：小児の保隙装置

5歳の男児。「D」部歯肉の腫脹を主訴に来院した。エックス線検査の結果、「D」を保存不可能と診断し抜歯することとした。「E」は歯髄処置後に既製金属冠修復することとした。その他に抜去を必要とする歯は認めない。初診時の口腔内写真とエックス線写真を示す。

抜歯後に装着するのはどれか。

- A. バンドループ
- B. リンガルアーチ
- C. クラウンループ
- D. ディスタルシュー
- E. Coffin の拡大装置
- F. トランスパラタルアーチ
- G. Nance のホールディングアーチ



正答 例題9-1:D 例題9-2:C

(順次解答2連問)

例題10-1 E-2-4)-(5)-⑥ * 非歯源性良性腫瘍の種類と特徴を列挙できる。

連問 (1/2)

30歳の男性。右側舌背部の腫瘍を主訴に来院した。幼少の頃から気付いていたが無痛性のため放置していたという。腫瘍は圧迫により退色する。初診時の口腔内写真を示す。

治療法の選択に必要なのはどれか。

- A. MRI
- B. PET
- C. シンチグラム
- D. 歯科用コーンビームCT
- E. 咬合法エックス線撮影



例題10-2

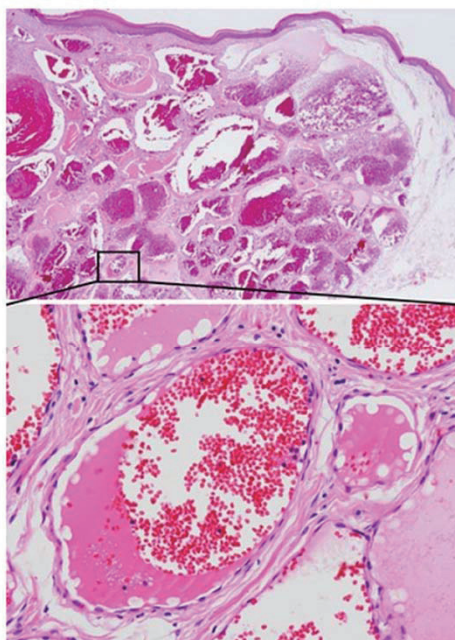
連問 (2/2)

30歳の男性。右側舌背部の腫瘍を主訴に来院した。幼少の頃から気付いていたが無痛性のため放置していたという。

MRIで診断した結果、切除術を施行した。切除標本の病理組織像(弱拡大と中拡大)を示す。

病変の主体となるのはどれか。

- A. 動脈
- B. 脂肪組織
- C. リンパ管
- D. 毛細血管
- E. 唾液腺導管



正答 例題10-1:A 例題10-2:D

(順次解答4連問)

例題11-1 E-3-4)-(1)-⑫ * 歯の欠損に伴う歯・口腔・顎顔面領域の変化に対して必要な診察、検査ならびに診断ができる。

連問 (1/4)

25歳の女性。前歯部の審美不良を主訴に来院した。┌1は10年前に歯科治療を受け、2年前から変色に気付いていたという。フローピング深さは全顎的に2mmであった。同部の歯冠修復を行うこととした。初診時の口腔内写真を示す。

まず行うのはどれか。

- A. 下顎運動検査
- B. 咀嚼機能検査
- C. 細菌培養検査
- D. エックス線検査
- E. 金属アレルギー検査



例題11-2

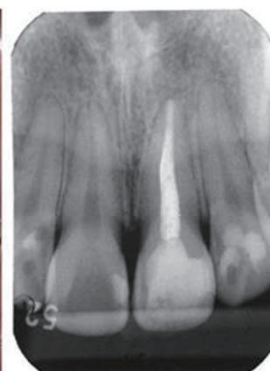
連問 (2/4)

25歳の女性。前歯部の審美不良を主訴に来院した。┌1は10年前に歯科治療を受け、2年前から変色に気付いていたという。フローピング深さは全顎的に2mmであった。

同部の歯冠修復を行うこととし、エックス線検査を行った。初診時の口腔内写真とエックス線写真を示す。

適切な治療法はどれか。

- A. 3/4冠
- B. ピンレッジ
- C. ポストクラウン
- D. ラミネートベニア
- E. オールセラミッククラウン



正答 例題11-1:D 例題11-2:E

例題11-3

連問 (3/4)

25歳の女性。前歯部の審美不良を主訴に来院した。L1は10年前に歯科治療を受け、2年前から変色に気付いていたという。ブローピング深さは全顎的に2mmであった。同部の歯冠修復を行うこととした。

エックス線検査の結果、失活歯であったため、ジルコニアフレームを用いたオールセラミッククラウンで補綴することとした。処置中の口腔内写真を示す。

この時点で確認するのはどれか。

- A. 発音
- B. 歯間離開度
- C. 合着材料の色調
- D. 下部鼓形空隙の清掃性
- E. フィニッシュラインの適合



例題11-4

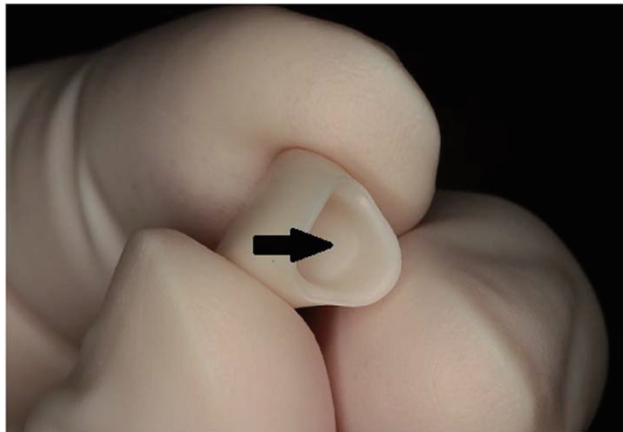
連問 (4/4)

25歳の女性。前歯部の審美不良を主訴に来院した。L1は10年前に歯科治療を受け、2年前から変色に気付いていたという。ブローピング深さは全顎的に2mmであった。エックス線検査の結果、失活歯であったため、ジルコニアコーピングを用いたオールセラミッククラウンで補綴することとした。

コーピングの適合を確認後、クラウンを完成し接着性レジンセメントで装着することとした。完成したオールセラミッククラウンの写真を示す。

矢印の部分に行うのはどれか。

- A. スズ電析処理
- B. 酸エッチング処理
- C. グレージング処理
- D. ディギャッシング
- E. リン酸エステル系モノマー塗布



正答 例題11-3:E 例題11-4:E

Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

(2) 診療参加型臨床実習前客観的臨床能力試験 (Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination (Pre-CC OSCE))

① 概要

- ・ 歯学系OSCEは、歯学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して行われます。学生が臨床実習を開始するにあたって具備すべき必須の臨床能力を「2022年度共用試験歯学系OSCE学生配布資料」に、OSCEの課題と学習目標の一覧 (p268~p275参照) を収載しています。
- ・ 歯学系OSCEでは、全課題が出題されるのではなく、学生配布資料に収載された全29課題のうち、初診時医療面接2課題、基本的診察および検査能力3課題、基本的技能5課題、説明・指導7課題からそれぞれ1課題、基本的臨床技能12課題から2課題、合計6課題が出題されます。第10回 (2015年度) までは、選択課題として「心肺蘇生」が追加される場合がありましたが、第11回 (2016年度) からは、「心肺蘇生」が選択課題から外れ、基本的技能の課題 (4課題→5課題) として実施しています。更に、「レストシートの形成」を、新課題として第11回 (2016年度) から基本的臨床技能 (11課題→12課題) に追加しています。しかし、どの課題が出題されるかについては、当日まで明らかにされません。すべての課題について十分な準備をしておいてください。
- ・ 基本的臨床技能から2課題 (I, II) が出題されていますが、評価は1つに集約されていることから、歯学系における成績の集計については、「系統別」という表記にしています。

標準系統別構成

1. 初診時医療面接 (必須)
2. 基本的診察および検査能力 (必須)
3. 基本的技能 (必須)
4. 説明・指導 (必須)
5. 基本的臨床技能 (I) (必須)
6. 基本的臨床技能 (II) (必須)

歯学系OSCEの概略評定の区分

6	合格
5	↑
4	
3	境界
2	↓
1	

実施例

初診時医療面接 (5分)

→基本的診察および検査能力 (5分)

→基本的技能 (5分)

→説明・指導 (5分)

→基本的臨床技能 (I) (5分)

→基本的臨床技能 (II) (5分)

課題の配列によっては、上記の順序と異なることがあります。

Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

② 全国成績の推移（概要）

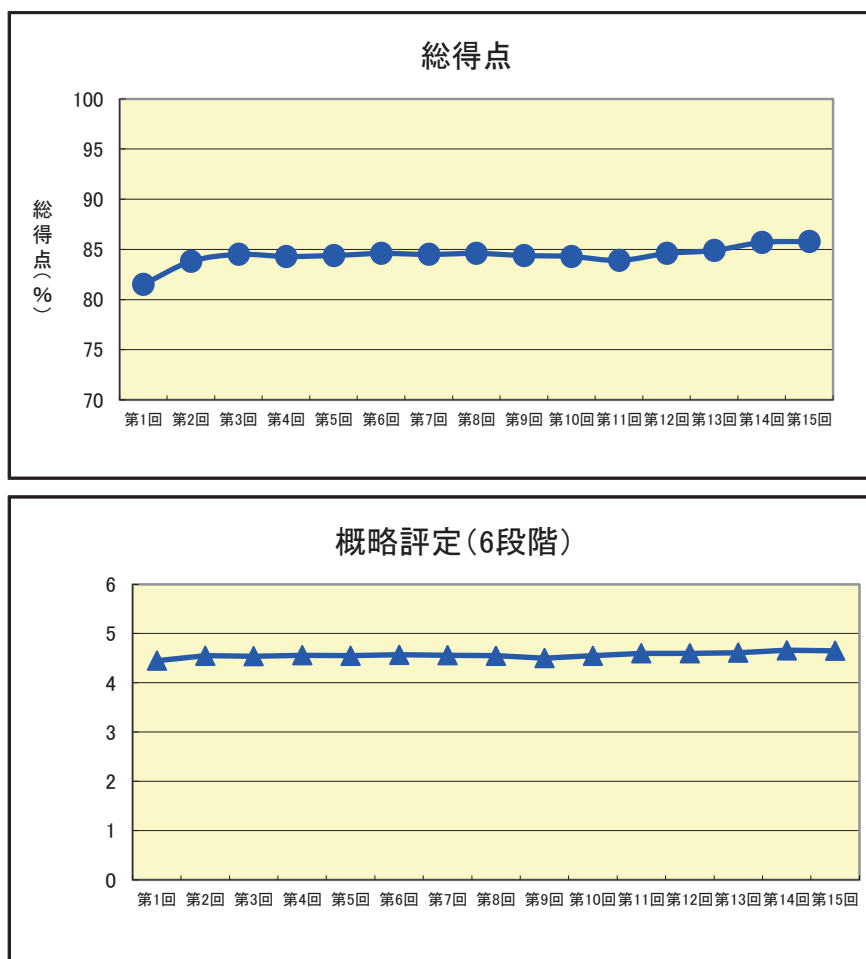
・ 項目加算得点

総得点（％）は、初診時医療面接、基本的診察および検査能力、基本的技能、説明・指導、基本的臨床技能（2課題）の各課題ごとの評価得点率を平均したもので、正式実施開始後の推移を下図に示します。次第に上昇し第3回（2008年度）から83.9%～84.9%の範囲で推移していますが、第14回（2019年度）、第15回（2020年度）は85.7%、85.8%とやや高値を示しています。

・ 概略評定

学生が実施したプロセス全体を課題別に評価した得点です。項目加算得点では評価できない部分（診察の流れ、態度等）を評価した得点です。1～6の6段階で評価します（1が最低、3は合格・不合格境界、6が最高です）。全課題の平均値の正式実施開始後の推移を下図に示します。第1回（2006年度）の4.45は低値を示しましたが、その後4.50～4.69の範囲で推移しています。第15回（2020年度）は4.65でした。

成績の推移（総得点と概略評定）



受験者数は、第1回2,602人から第15回2,273人であり、99%を超える受験者率です。第15回は1大学の試験が無効となり、28大学で実施しています。

Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

③ 第15回（2020年度）全国成績

2020年度の実施状況を示します。2月に最も多くの大学が実施し、次いで9月が多くなっています。COVID-19のため、試験実施時期が延長され、10月に実施した大学が2大学あります。前期16大学、後期12学、合計28大学が実施しています。受験者数は2,273人です。

月別実施数，受験者数

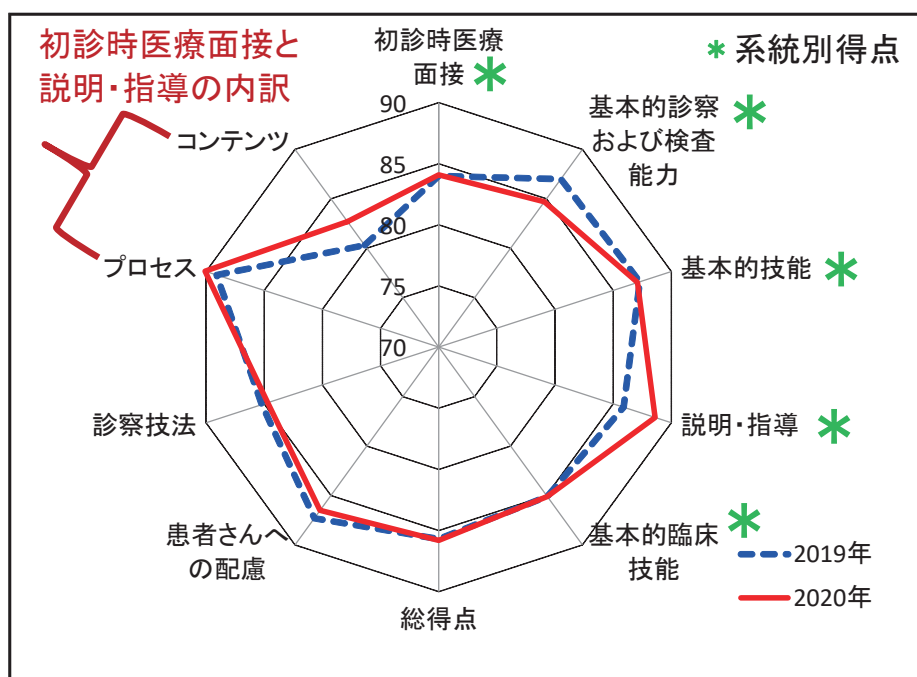
		実施大学数	受験者数
2020年	1月	4	373
	2月	12	1,280
	8月	4	201
	9月	6	329
	10月	2	90
計		28	2,273

課題別実施大学数，受験者数

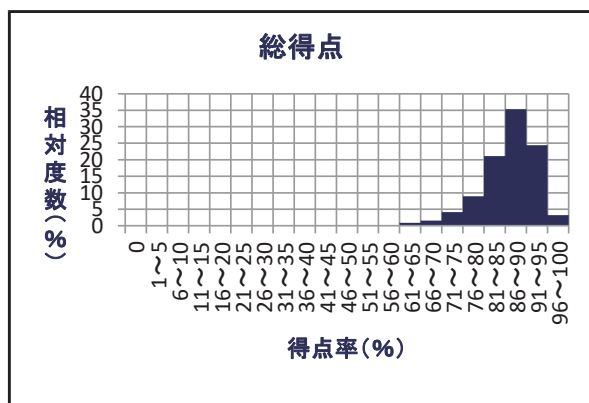
系統	課題1	課題2	課題3	課題4	課題5	課題6	課題7	課題8	課題9	課題10	課題11	課題12	計
初診時 医療面接	15 1,150	13 1,123											28 2,273
基本的診察 および検査能力	8 604	11 953	9 716										28 2,273
基本的技能	0	8 672	7 479	8 652	4 425								27 2,228
説明・指導	3 178	4 436	3 248	5 333	5 488	5 435	3 155						28 2,273
基本的臨床技能	3 281	4 386	7 596	5 419	4 352	6 489	7 528	3 230	5 373	3 241	4 293	5 358	56 4,546

④ 全体成績

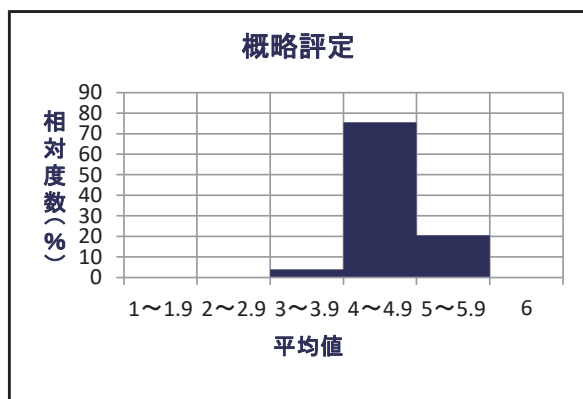
総得点と各系統別得点の全体状況をレーダーチャートで示しています。説明・指導，コンテンツは前年度より高値を示しています。逆に，基本的診察および検査能力は低値を示しています。



Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験



	2020年度	2019年度	得点, %	
対象数	2,273	2,563	平均-2SD	72.9点
最高点	99.0	99.0	平均-1.5SD	75.9点
最低点	47.3	49.4	60点未満	0.4%
平均点	85.8	85.7	65点未満	1.2%
標準偏差	6.58	6.19	70点未満	2.8%
中央値	87.0	86.7	80点以上	84.2%



	2020年度	2019年度	得点, %	
対象数	2,273	2,563	平均-2SD	3.92
最高点	5.67	5.75	平均-1.5SD	4.10
最低点	3.25	3.00	3点未満	0.0%
平均点	4.65	4.66	4点未満	4.0%
標準偏差	0.37	0.38		
中央値	4.67	4.67		

総得点，概略評定の成績の分布及び基本統計量，分布状況における受験者の占める得点と割合を示しています。

2019年度に比べ，総得点，概略評定ともに，ほぼ同様の値を示しました。総得点60点未満の学生の割合は0.4%と低く，概略評定3点未満は0.0%でした。

⑤ 系統別全国成績

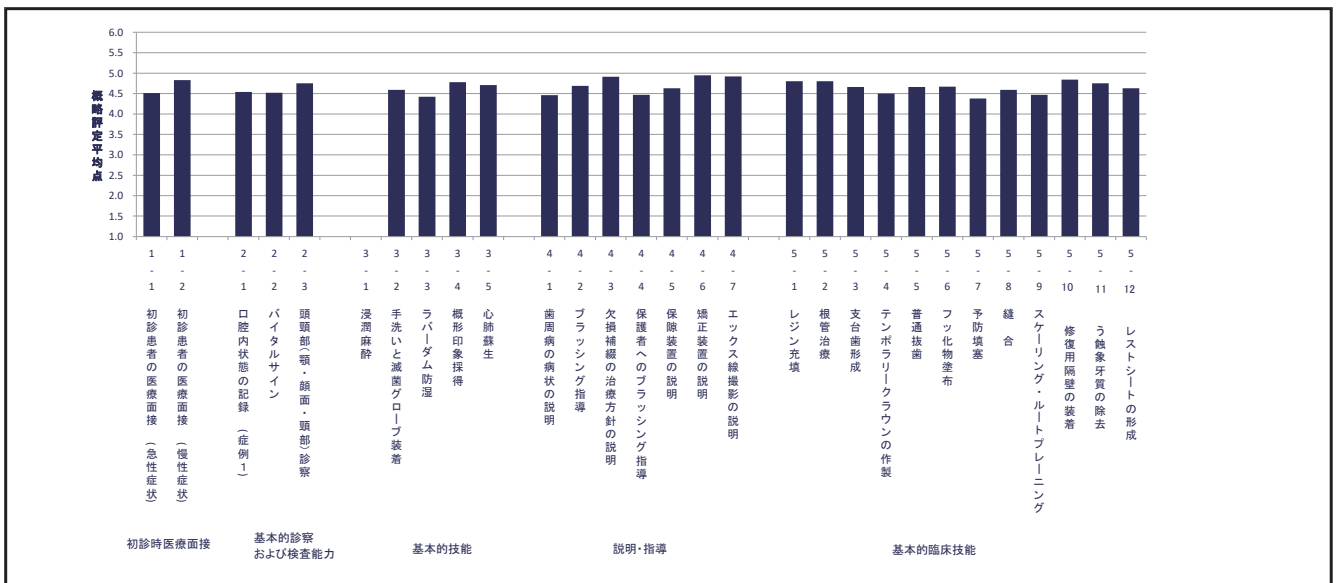
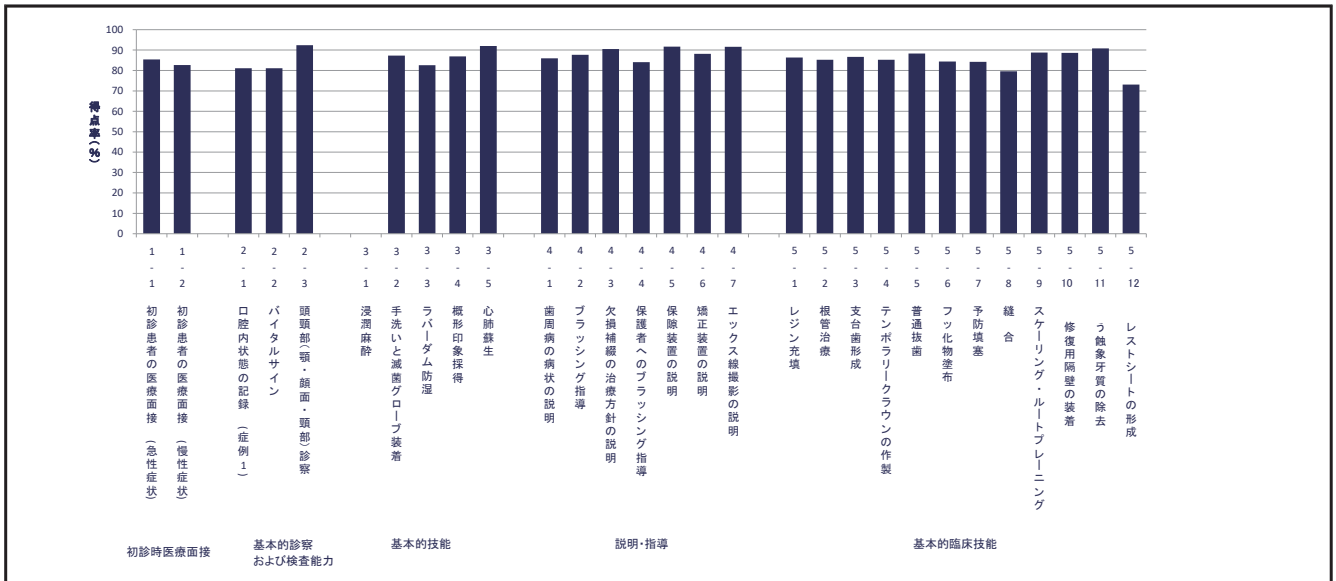
系統別得点率については，初診時医療面接，基本的診察および検査能力，基本的技能，説明・指導，基本的臨床技能のいずれも，第1回以降，得点率が上昇し，ほぼ一定になっています。説明・指導の成績が最も高く，初診時医療面接の成績が最も低くなっています。初診時医療面接は，有意な増加傾向を示しており，系統別の得点の差が小さくなる傾向にあります。

	初診時 医療面接	基本的診察 および検査能力	基本的技能	説明・指導	基本的 臨床技能
対象数	2,273	2,273	2,228	2,273	2,273
最高点	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
最低点	48.8	12.5	30.0	40.0	27.5
平均点	84.1	84.7	87.1	88.6	85.1
標準偏差	8.48	15.64	10.68	9.76	11.21
中央値	84.5	90.0	90.0	90.0	87.5
2019年					
平均点	84.0	87.0	87.3	85.9	85.1
標準偏差	8.37	13.23	10.25	10.42	10.53

Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

⑥ 課題別成績

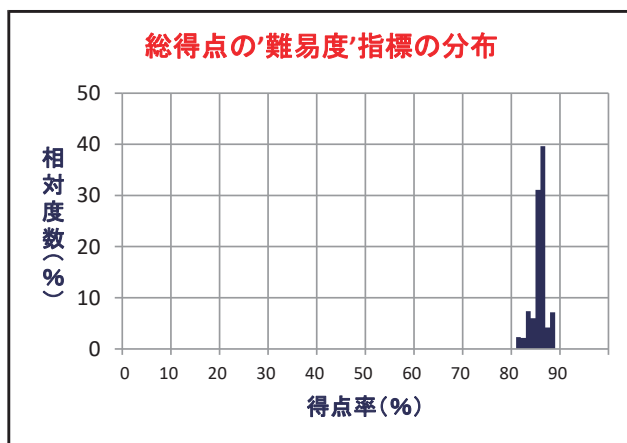
各系統には複数の課題が用意されていますが、同一系統内の各課題の得点率は、下の図（上図；総得点、下図：概略評定）のとおり同一ではありませんが、課題間に極端に大きな差は認められません。



Ⅲ-1 臨床実習前の共用試験

⑦ 実施課題セット間の難易度差

各学生が受験する課題セットは、大学内では同一ですが、大学間では異なります。そのため、課題セット間の難易度が異なる可能性があります。そこで、公平性の目安の指標として、当該年度の課題別の全国平均値を課題の難易度を表すものと考え、各受験生が実施した課題について、この課題別全国平均値の平均を求め、各受験生が受けた課題セットの難易度を計算したものです。平均的能力の受験生が、各課題セットを受験したときの予測得点を推定したのと考えられます。すなわち、この得点が低い場合は、難しい課題セット、逆に高い場合は、易しい課題セットを受験したことになります。この指標の標準偏差は1.36%であり、約7割の受験生が3%（標準偏差±1SD）以内の差の課題セットを受験していると考えられます（CBTの平均難易度と同じ考え）。



	2020年度	2019年度
対象数	2,273	2,563
最大値	88.7	89.4
最小値	81.7	82.5
標準偏差	1.36	1.58

2022年度共用試験歯学系OSCE 学生配布資料

2022年度共用試験歯学系OSCEでは、共通の課題と評価項目を用いることになっています。これらの課題と評価項目は、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）に基づいて全国の大学が協力して作成したものです。

この資料には学生の試験準備の指標となるように課題と学習目標の一覧を収載しています。共用試験OSCEでは全課題が出題されるのではなく、全29課題から6課題が出題されます。

しかし、どの課題が出題されるかについては当日まで明らかにされません。すべての課題について十分な準備をしておいてください。

令和 3年 3月

公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構

歯学系OSCE実施小委員会

歯学系OSCE事後評価解析小委員会

共用試験受験にあたっての注意事項

- 医師・歯科医師としての資格のない学生が患者さんの協力を得て臨床実習に参加するためには、事前に学生の能力と適性を評価することが求められています。態度・技能・知識を含む学生の能力や適性が、各大学で実施される共用試験によって公平かつ厳正に評価されることを社会は厳しく見えています。したがって、共用試験では、不正行為は許されません。共用試験の公平性を妨害する可能性のある行為、OSCE評価法の漏洩等はしないでください。
- 受験者は、通信機器、多機能付き腕時計等をOSCE実施会場へ持ち込むことは禁止されています。禁止行為が発覚した場合は不正行為とみなされます。
- 不正行為や問題の漏洩等があった場合は、共用試験の適正な運用を妨げるおそれのある大学としてみなされ、共用試験への参加に関しては慎重な検討を行うことが定められています。（公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構－参加各大学の遵守事項－平成31年2月22日）

課題に関する共通事項

1) 服装, 身だしなみについて

服装, 身だしなみはすべての課題で評価されます。所属する大学で定められた臨床実習時の服装, 身だしなみに従って受験してください。

2) 課題について

- ① 第1課題開始前に全6課題が提示されます。
- ② 試験時間は5分間です。
- ③ 課題文を読む時間は, 試験時間とは別に1分間用意されています。
- ④ 課題文は試験中でも読み直しができます。

3) 課題実施中の留意事項

- ① ステーション間の移動, 課題の開始, 終了等については全体進行の指示に従ってください。
- ② 移動中に不明な点がある場合は, 誘導係に指示を求めてください。
- ③ 課題実施中に器具の落下, 破損等, 課題実施の続行に支障が生じた場合は, 評価者に指示を求めてください。

1. 初診時医療面接

- 1-1 初診患者の医療面接（急性症状）
- 1-2 初診患者の医療面接（慢性症状）

2. 基本的診察および検査能力

- 2-1 口腔内状態の記録
- 2-2 バイタルサイン
- 2-3 頭頸部（顎・顔面・頸部）の診察

3. 基本的技能

- 3-1 浸潤麻酔
- 3-2 手洗いと滅菌グローブ装着
- 3-3 ラバーダム防湿
- 3-4 概形印象採得
- 3-5 心肺蘇生

4. 説明・指導

- 4-1 歯周病の病状の説明
- 4-2 ブラッシング指導
- 4-3 欠損補綴の治療方針の説明
- 4-4 保護者へのブラッシング指導
- 4-5 保隙装置の説明
- 4-6 矯正装置の説明
- 4-7 エックス線撮影の説明

5. 基本的臨床技能

- 5-1 コンポジットレジン修復
- 5-2 根管治療
- 5-3 支台歯形成
- 5-4 プロビジョナルレストレーションの製作
- 5-5 普通抜歯
- 5-6 フッ化物塗布
- 5-7 予防填塞
- 5-8 縫合
- 5-9 スケーリング・ルートプレーニング
- 5-10 修復用隔壁の装着
- 5-11 う蝕象牙質の除去
- 5-12 レストシートの形成

1. 初診時医療面接

1-1 初診患者の医療面接（急性症状）

- 1) 面接の導入にあたって、環境を整えることができる。（*1）
- 2) 急性症状やその心理状態に応じたコミュニケーションがとれる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 急性症状やその心理状態に応じた質問ができる。（*2）
- 5) 病状中心の病歴を聴取できる。（*2）
- 6) 既往歴を聴取できる。
- 7) 解釈モデルを聴取できる。（*3）（*4）
- 8) 急性症状やその心理状態に対する共感的理解の態度を示すことができる。
- 9) 面接の終わりに患者の言い忘れがないかを確認できる。
- 10) 面接の終わりに訴えの要約と確認ができる。

1-2 初診患者の医療面接（慢性症状）

- 1) 面接の導入にあたって、環境を整えることができる。（*1）
- 2) 慢性症状やその心理状態に応じたコミュニケーションがとれる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 慢性症状やその心理状態に応じた質問ができる。（*5）
- 5) 病状中心の病歴を聴取できる。（*5）
- 6) 既往歴を聴取できる。
- 7) 解釈モデルを聴取できる。（*3）
- 8) 背景（心理的，社会的，経済的）を聴取できる。
- 9) 慢性症状やその心理状態に対する共感的理解の態度を示すことができる。
- 10) 面接の終わりに患者の言い忘れがないかを確認できる。
- 11) 面接の終わりに訴えの要約と確認ができる。

（*1）初診時医療面接における環境を整えるとは「挨拶をする」、「これから行うことを伝え、同意を得る」、「適切なポジションをとる」等を含む。

（*2）急性症状では、面接の前半で主訴とその症状に関する項目を順序良く聴取する。

（*3）一般的に解釈モデルとは「病気の性質や原因についての考え」、「重症度や予後についての考え」、「治療への期待」、「病気への対処法についての信念」等のことを指す。

（*4）急性症状では、特に患者の急性症状に応じた解釈モデルを聴取する。

（*5）慢性症状では、面接の前半で主訴に焦点をあてた開放的質問に重点を置いて聴取する。

2. 基本的診察および検査能力

2-1 口腔内状態の記録

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。（*6）
- 2) 口腔内状態を診療録に記載できる。
- 3) 清潔に配慮できる。
- 4) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 5) 安全性に配慮できる。

2-2 バイタルサイン

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 脈拍を測定できる。
- 3) 血圧測定の準備ができる。
- 4) 血圧を測定できる。
- 5) 脈拍と血圧の測定値を患者に伝達できる。
- 6) 患者の痛みや不快感に配慮できる。

2-3 頭頸部（顎・顔面・頸部）の診察

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 診察に応じたポジションをとれる。
- 3) 顔面の色調の視診ができる。
- 4) 顔面の対称性の視診ができる。
- 5) 頭頸部の筋肉の触診ができる。
- 6) 顎関節部の診察ができる。
- 7) 下顎の運動制限・開閉口路の診察ができる。
- 8) 顎下リンパ節の触診ができる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 診察内容を診療録に記録できる。

(*6) 実技時間の配分を考え、簡潔に伝える。

3. 基本的技能

3-1 浸潤麻酔

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 滅菌グローブを装着できる。
- 3) 必要な器材を選択できる。
- 4) 注射器を正しく準備できる。
- 5) 処置に応じたポジションをとれる。
- 6) 適切な部位に浸潤麻酔ができる。
- 7) 清潔に配慮できる。
- 8) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 9) 安全性に配慮できる。

3-2 手洗いと滅菌グローブ装着

- 1) 順序よく手洗いができる。
- 2) 手ふきができる。
- 3) 擦式消毒ができる。
- 4) 滅菌グローブを装着できる。
- 5) 清潔に配慮できる。

3-3 ラバーダム防湿

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 必要な器材を準備できる。
- 4) 指定された歯に装着できる。
- 5) 器具を操作できる。
- 6) 適切に防湿できる。
- 7) 術野を消毒できる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

3-4 概形印象採得

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 必要な器材を準備できる。
- 3) 処置に応じたポジションをとれる。
- 4) アルジネート印象材の手練和ができる。
- 5) 印象採得ができる。
- 6) 清潔に配慮できる。
- 7) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 8) 安全性に配慮できる。

3-5 心肺蘇生

- 1) 周囲の安全を確認できる。
- 2) 反応を確認できる。
- 3) 緊急通報とAED（自動体外式除細動器）を要請できる。
- 4) 呼吸を確認できる。
- 5) 脈拍を確認できる。
- 6) 胸骨圧迫を行うことができる。
- 7) 気道を確保できる。
- 8) 人工呼吸を行うことができる。
- 9) AED（自動体外式除細動器）を操作できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

(*6) 実技時間の配分を考え、簡潔に伝える。

4. 説明・指導

4-1 歯周病の病状の説明

- 1) 説明の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 説明にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 説明しながら患者の理解度を確認できる。
- 5) 検査結果に基づいて歯肉の状態を説明できる。
- 6) 検査結果に基づいて歯周ポケットの状態を説明できる。
- 7) 検査結果に基づいて歯槽骨吸収の状態を説明できる。
- 8) 説明の終わりに、患者の疑問点を確認できる。

4-2 ブラッシング指導

- 1) 指導の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 指導にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 指導しながら患者の理解度を確認できる。
- 5) 検査結果に基づいて患者の口腔衛生状態を説明できる。
- 6) 歯ブラシの選択法を指導できる。
- 7) ブラッシング法を指導できる。
- 8) 患者に体験させながら指導できる。
- 9) 指導の終わりに、患者の疑問点を確認できる。

4-3 欠損補綴の治療方針の説明

- 1) 説明の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 説明にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 説明しながら患者の理解度を確認できる。
- 5) 補綴歯科治療の必要性を説明できる。
- 6) 補綴装置の構造の概略を説明できる。
- 7) 治療法について、長所、短所を説明できる。
- 8) 説明の終わりに、患者の疑問点を確認できる。

4-4 保護者へのブラッシング指導

- 1) 指導の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 指導にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 指導しながら保護者の理解度を確認できる。
- 5) 仕上げ磨きの方法を指導できる。
- 6) 歯ブラシの選び方を指導できる。
- 7) 保護者に体験させながら指導できる。
- 8) 指導の終わりに、保護者の疑問点を確認できる。

4-5 保隙装置の説明

- 1) 説明の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 説明にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 説明しながら保護者の理解度を確認できる。
- 5) 保隙の必要性を説明できる。
- 6) 保隙装置の種類と構造を説明できる。
- 7) 来院時ごとの定期的な管理が必要な理由を説明できる。。
- 8) 説明の終わりに、保護者の疑問点を確認できる。

4-6 矯正装置の説明

- 1) 説明の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) 説明にあたって適切に媒体を使用できる。
- 3) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 4) 説明しながら保護者の理解度を確認できる。
- 5) 矯正治療の必要性を説明できる。
- 6) 矯正装置の種類と構造を説明できる。
- 7) 来院時ごとに確認すべき口腔内の状況を説明できる。
- 8) 説明の終わりに、保護者の疑問点を確認できる。

4-7 エックス線撮影の説明

- 1) 説明の開始にあたって、環境を整えることができる。(*7)
- 2) わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方ができる。
- 3) 説明しながら患者の理解度を確認できる。
- 4) エックス線撮影の目的(行為の正当化)について説明できる。
- 5) エックス線撮影の方法について説明できる。
- 6) 放射線の人体への影響について説明できる。
- 7) 放射線防護について説明できる。
- 8) 放射線被曝への不安に配慮できる。
- 9) 説明の終わりに、患者の疑問点を確認できる。

(*7) 説明・指導における環境を整えるとは「挨拶をする」、「これから行うことを伝達する」、「患者が自由に質問できることを伝達する」、「適切なポジションをとる」等を含む。

5. 基本的臨床技能

5-1 コンポジットレジン修復

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 指定された接着システムに基づいて歯面処理できる。
- 4) 修復用コンポジットレジンを填塞できる。
- 5) 光照射器を使用できる。
- 6) 填塞・重合状態を確認できる。
- 7) 清潔に配慮できる。
- 8) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 9) 安全性に配慮できる。

5-2 根管治療

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 必要な器材を準備できる。
- 4) 器具を操作できる。
- 5) 根管を洗浄できる。
- 6) 根管を乾燥できる。
- 7) マスターポイントを試適できる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

5-3 支台歯形成

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 切削用ポイントをハンドピースに確実に装着できる。
- 4) 指定された歯を形成できる。(*8)
- 5) ハンドピースを操作できる。
- 6) 歯髄保護に配慮できる。
- 7) 支台歯形成ができる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

5-4 プロビジョナルレストレーションの製作

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 既製樹脂冠を試適できる。
- 4) 支台歯と隣在歯に分離剤を塗布できる。
- 5) 常温（即時）重合レジン进行操作できる。
- 6) 辺縁のバリを削除（切除）できる。
- 7) 清潔に配慮できる。
- 8) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 9) 安全性に配慮できる。

5-5 普通抜歯

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 滅菌グローブを装着できる。
- 3) 注射器を準備できる。
- 4) 処置に応じたポジションをとれる。
- 5) 適切な部位に浸潤麻酔ができる。
- 6) 器具（挺子、抜歯鉗子）を操作できる。
- 7) 指定された歯を抜去できる。(*8)
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

5-6 フッ化物塗布

- 1) これから行うことを患児に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 歯面清掃ができる。
- 4) 簡易防湿ができる。
- 5) 歯面乾燥ができる。
- 6) 指定された部位にフッ化物塗布ができる。
- 7) 清潔に配慮できる。
- 8) 患児の痛みや不快感に配慮できる。
- 9) 安全性に配慮できる。
- 10) 患児の不安軽減のための声かけができる。

5-7 予防填塞

- 1) これから行うことを患児に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 歯面および小窩裂溝部の清掃ができる。
- 4) 指定された接着システムに基づいて歯面処理できる。
- 5) 光重合型予防填塞材を填塞できる。
- 6) 光照射器を使用できる。
- 7) 填塞状態を確認できる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患児の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。
- 11) 患児の不安軽減のための声かけができる。

5-8 縫 合

- 1) 滅菌グローブを装着できる。
- 2) 必要な器材を選択できる。
- 3) 器具を操作できる。
- 4) 外科結びができる。
- 5) 抜糸ができる。
- 6) 清潔に配慮できる。
- 7) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 8) 安全性に配慮できる。

5-9 スケーリング・ルートプレーニング

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 適切なスケーラーを選択できる。
- 3) 処置に応じたポジションをとれる。
- 4) 指定された歯を処置できる。
- 5) スケーリング・ルートプレーニングを実施できる。
- 6) 清潔に配慮できる。
- 7) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 8) 安全性に配慮できる。

5-10 修復用隔壁の装着

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) Tofflemire型リテーナーを操作できる。
- 4) 指定された歯に装着できる。
- 5) ウェッジを使用できる。
- 6) 装着状態を確認できる。
- 7) 清潔に配慮できる。
- 8) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 9) 安全性に配慮できる。

5-11 う蝕象牙質の除去

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 指定された歯を処置できる。(*8)
- 4) う蝕検知液を使用できる。
- 5) ハンドピースを操作できる。
- 6) 歯髄保護に配慮できる。
- 7) う蝕象牙質を除去できる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

5-12 レストシートの形成

- 1) これから行うことを患者に伝達できる。(*6)
- 2) 処置に応じたポジションをとれる。
- 3) 切削用ポイントをハンドピースに確実に装着できる。
- 4) 指定された歯の正しい位置に形成できる。(*8)
- 5) ハンドピースを操作できる。
- 6) 歯髄保護に配慮できる。
- 7) レストシートの形成ができる。
- 8) 清潔に配慮できる。
- 9) 患者の痛みや不快感に配慮できる。
- 10) 安全性に配慮できる。

(*6) 実技時間の配分を考え、簡潔に伝える。

(*8) 医療安全・医療過誤の観点からこの課題では最重要項目である。

**診療参加型臨床実習に参加する学生に必要なとされる
技能と態度に関する学修・評価項目**

**公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構
歯学系臨床実習前 OSCE
実施小委員会・事後評価解析小委員会
(令和3年3月31日)**

はじめに

共用試験は診療参加型臨床実習で歯科医療を行うにあたり、歯学生が必要な知識と技能・態度を身に付けていることを社会に説明するために2005年12月から始まりました。これまで歯学系OSCEと称されていましたが、2020年から歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験（Post-CC PX）が正式実施されたことから、本OSCEは歯学系臨床実習前OSCE（Pre-CC OSCE）と呼称されることとなります。

臨床実習開始前に到達しておくべき知識・技能・態度については、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）に提示されています。ここに示す学修・評価項目は、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）F領域のシミュレーション実習に基づいて「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」（2021年度版）として歯学生が診療参加型臨床実習をする際に必要な臨床能力を示したものです。言うまでもなく診療参加型臨床実習に入る前のこの学修目標の教育の実践は、各大学に任されています。

各大学は大学の教育理念のもとカリキュラムを策定し教育活動を行っています。学修目標を立て、学修方略を練り、達成度を評価することを繰り返し、技能の向上を目指して評価をしています。受験生諸君は歯学系臨床実習前OSCEに出題される内容だけを学修するのではなく、臨床実習に続く臨床研修、さらに生涯にわたり必要とされる臨床能力を身に付けることを目標に学修して頂きたいと願います。「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」（2021年度版）はそのための学修項目を整理したものですので、十分に活用して頂くことを期待しております。

今年度は学修・評価項目の提示とともに、受験生の試験準備の指標となるように従来の学生配布資料としてOSCE課題と評価項目を別に掲載しています。これまでと同様にすべての課題について十分な準備をお願いします。

「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」（2021年度版）は歯学系OSCE実施小委員会並びに事後評価解析小委員会のメンバーの協力で完成しました。今後モデル・コア・カリキュラムの改訂が予定されていますので、その改訂にあわせ内容の見直しをする必要があると考えています。

最後に取りまとめ作業に関わった委員並びに機構職員、ご協力いただいた皆様に感謝いたします。

2021年3月31日

公益社団法人

医療系大学間共用試験実施評価機構

臨床実習前OSCE実施小委員会

委員長 葛西 一貴

目次

I. 診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標	- 5 -
1. 歯科医師として求められる基本的な資質・能力	- 5 -
2. 診療参加型臨床実習で学生が行う行為	- 8 -
II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目	- 9 -
1. 医療安全	- 9 -
2. 個人情報保護、プライバシー保護及び診療録に関するセキュリティ管理	- 10 -
3. インフォームド・コンセント	- 11 -
4. 標準予防策 (standard precautions)	- 11 -
5. その他の医療関連感染 (院内感染を含む) 対策	- 12 -
6. マナー、身だしなみ	- 13 -
【共通の事前準備、実施手順及び配慮】	- 14 -
III. 医療面接	- 16 -
1. 診察時の配慮	- 16 -
2. 導入部分: オープニング	- 16 -
3. 患者との良好な (共感的) コミュニケーション	- 16 -
4. 患者に聞く (話を聴く): 歯科医学的情報	- 17 -
5. 患者に聞く: 心理・社会的情報	- 17 -
6. 患者に話を伝える	- 18 -
7. 締めくり部分: 診察への移行/クロージング	- 18 -
8. 全体をとおして	- 18 -
IV. 全身状態の把握に必要な診察と検査	- 19 -
1. 診察時の配慮	- 19 -
2. 医療安全	- 19 -
3. バイタルサイン	- 19 -
V. 歯科治療に必要な診察と検査	- 22 -
1. 診察時の配慮	- 22 -
2. 医療安全	- 22 -
3. 頭頸部の診察	- 22 -
4. 口腔内状態の記録	- 23 -
5. 歯周組織検査	- 23 -
6. 口内法エックス線撮影	- 23 -
7. その他の画像検査 (パノラマエックス線撮影)	- 24 -
8. 電氣的根管長測定	- 24 -
9. 根管内細菌培養検査	- 24 -
10. 唾液分泌能検査	- 24 -
11. 咀嚼能率検査	- 25 -
12. その他の歯の検査	- 25 -
VI. 基本的臨床技能の共通事項	- 26 -
1. 診察時の配慮	- 26 -
2. 医療安全	- 26 -
3. 手洗い	- 26 -
4. 滅菌手袋の装着と廃棄	- 27 -
5. PPE の着脱と廃棄	- 27 -

6. 器材の準備・片付け	- 28 -
7. ラバーダム防湿.....	- 28 -
8. 局所麻酔.....	- 29 -
9. 伝達麻酔(下顎孔伝達麻酔、直達法).....	- 29 -
10. 研究用模型の製作	- 30 -
VII. 歯科保健指導.....	- 32 -
1. 診察時の配慮.....	- 32 -
2. 医療安全.....	- 32 -
3. 口腔のリスク評価とセルフケアの動機付け.....	- 32 -
4. 口腔衛生指導.....	- 32 -
5. 食事指導・生活習慣指導.....	- 32 -
VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療.....	- 33 -
1. 治療時の配慮.....	- 33 -
2. 医療安全.....	- 33 -
3. 治療時の共通の基本的技能.....	- 33 -
4. 歯と歯周組織の疾患の病状説明.....	- 33 -
5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置.....	- 33 -
6. 象牙質知覚過敏症に対する処置.....	- 35 -
7. 歯髄・根尖性歯周疾患の簡単な治療.....	- 35 -
8. 歯周疾患の予防的処置(プラークコントロール指導).....	- 37 -
9. 歯周疾患の簡単な処置(スケーリング・ルートプレーニング).....	- 37 -
10. 暫間固定.....	- 38 -
IX. 歯質と歯の欠損の治療.....	- 39 -
1. 治療時の配慮.....	- 39 -
2. 医療安全.....	- 39 -
3. 治療時の共通の基本的技能.....	- 39 -
4. 補綴治療の診断と治療計画の説明.....	- 39 -
5. 支台構造.....	- 39 -
6. クラウンブリッジの基本的操作.....	- 40 -
7. 咬合採得.....	- 42 -
8. 歯冠補綴装置の装着.....	- 42 -
9. プロビジョナルレストレーションの基本的操作.....	- 42 -
10. 欠損補綴処置の基本的操作.....	- 43 -
11. 作業用模型の製作とサベイング.....	- 46 -
12. 咬合採得と平均値咬合器装着.....	- 47 -
13. 咀嚼能率検査.....	- 47 -
X. 小手術・口腔粘膜疾患の治療.....	- 48 -
1. 治療時の配慮.....	- 48 -
2. 医療安全.....	- 48 -
3. 治療時の共通の基本的技能.....	- 48 -
4. 単純抜歯.....	- 48 -
5. 切開・縫合・抜糸の基本.....	- 49 -
XI. 矯正歯科・小児歯科治療.....	- 51 -
1. 治療時の配慮.....	- 51 -

2. 医療安全	- 51 -
3. 治療時の共通の基本的技能	- 51 -
4. フッ化物の歯面塗布	- 51 -
5. 予防填塞	- 51 -
6. 保護者への口腔衛生指導	- 51 -
7. 矯正歯科治療の分析・診断・治療計画	- 52 -
XII. 高齢者・障害者等患者への治療	- 53 -
1. 治療時の配慮	- 53 -
2. 医療安全	- 53 -
3. 治療時の共通の基本的技能	- 53 -
4. 高齢者及びその介護者に対する基本的な対応	- 53 -
5. 障害者及びその介護者に対する基本的な対応	- 55 -
6. 在宅医療(訪問歯科診療を含む)時の介助	- 55 -
7. 精神鎮静法の介助	- 55 -
□. 救急	- 57 -
1. 医療安全	- 57 -
2. 一次救命処置(basic life support<BLS>)	- 57 -
3. バッグバルブマスクを用いた人工呼吸法	- 59 -

I. 診療参加型臨床実習における技能と態度についての目標

診療参加型臨床実習修了時には、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）「A 歯科医師として求められる基本的な資質・能力」に示されている項目を身に付けていることが学生に求められる。資質・能力には知識、技能、態度、価値観等が含まれるが、本章では「A 歯科医師として求められる基本的な資質・能力」から技能と態度を中心に学生に求められる項目を抜粋して掲載した。

また、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）「G 臨床実習」の「臨床実習の内容と分類」では、臨床実習中に「Ⅰ. 指導者のもと実践する（自験を求めるもの）」、「Ⅱ. 指導者のもとでの実践が望まれる（自験不可の場合はシミュレーション等で補完する）」、「Ⅲ. 指導者の介助をする」、「Ⅳ. 指導者のもとで見学・体験することが望ましい」処置が記載されている。これらは、先ほど述べた「A 歯科医師として求められる基本的な資質・能力」中のいくつかの項目が組み合わさることにより達成されるものである。医療系大学間共用試験実施評価機構で学生が行う行為について改めて検討し、歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）から改変して掲載した。

これらの掲載項目は客観的臨床能力試験（objective structured clinical examination<OSCE>）にて評価することができる項目もあるが、実際の診療参加型臨床実習中に「観察記録」の観察項目として評価する方が好ましいものも多い。各大学独自の観察項目をつけ加えた形で診療参加型臨床実習中の観察記録に利用することが望まれる。

1. 歯科医師として求められる基本的な資質・能力

(1) プロフェッショナリズム

歯学生には、歯科医師として求められる基本的な資質・能力の1つとして「人の命と生活に深く関わり健康を守るという歯科医師の職責を十分に自覚し、患者中心の歯科医療を実践しながら、歯科医師としての道（みち）を究めていく。」ことが求められている。

- 選択肢が多様な場合でも適切に説明を行い、患者の価値観を理解して、患者の自己決定を支援する。
- 診療参加型臨床実習において、患者やその家族と信頼関係を築く。
- 患者やその家族のもつ価値観や社会的背景が多様であり得ることを認識し、そのいずれにも柔軟に対応する。

(2) 医学知識と問題対応能力

発展し続ける歯学医学の中で必要な知識を身に付け、根拠に基づいた医療（evidence-based medicine<EBM>）を基盤に、経験も踏まえながら、幅広い症候・病態・疾患に対応する。

- 患者の問題について、自ら発見する。
- 患者の問題について、重要性・必要性に照らして順位付けする。
- 患者の問題を解決する具体的な方法を発見し、課題を解決する。

- 患者のプロブレムの解決にあたり、他の学修者や教員と協力してよりよい解決方法を見出す。
- 適切な自己評価ができ、改善のための具体的方策を立てる。
- 患者のプロブレムに関する国内外の教科書・論文、検索情報等の内容について、重要事項や問題点を抽出する。
- 得られた情報を統合し、客観的・批判的に整理して自分の考えを分かりやすく表現する。
- 実習の内容を決められた様式に従って文書と口頭で発表する。
- 後輩等への適切な指導を実践する。

(3) 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨くとともにそれらを用い、また患者の苦痛や不安感に配慮しながら、診療を実践する。

- 患者情報（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等）を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行う。
- 網羅的に系統立てて適切な順序で効率的な診察を行う。
- 異常所見を認識・記録し、適切な鑑別診断を行う。
- 基本的な臨床技能（適応、実施方法、合併症、注意点）を理解し、適切な態度で診断や治療を行う。
- 診療録（カルテ）についての基本的な知識を修得し、問題志向型医療記録（problem-oriented medical record<PORM>）形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成する。
- 患者の病状（症状、身体所見、検査所見等）、プロブレムリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換する。
- 緊急を要する病態や疾患・外傷の基本的知識を説明する。診療チームの一員として救急医療に参画する。
- 慢性疾患や慢性疼痛の病態、経過、治療を説明する。医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画する。
- 患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行う。

(4) コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定を支援する。

- コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築く。
- 患者と家族の話を傾聴し、共感する。
- 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮する。
- 患者にわかりやすい言葉で説明する。
- 患者の心理的・社会的背景や自立した生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理する。
- 患者のプライバシーに配慮する。

- 患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いをする。

(5) チーム医療の実践

保健・医療・福祉・介護並びに患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。

- 医療チームの構成や各構成員（歯科医師、医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、その他の医療職）の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加する。
- 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求める。

(6) 医療の質と安全管理

患者及び医療者にとって、良質で安全な医療を提供する。

- 医療上の事故等（インシデントを含む）や医療関連感染症（院内感染を含む）等に臨床実習中に遭遇したときに、真摯に疑義に応じる。
- 医療上の事故等（インシデントを含む）が発生したときの緊急処置や記録、報告を説明し、実践する。
- 基本的予防策（ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセーフ・フルプルーフの考え方等）を概説し、指導歯科医の指導の下に実践する。
- 標準予防策（standard precautions）の必要性を説明し、実行する。

(7) 社会における医療の実践

医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する。

- かかりつけ歯科医等の役割や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得る。
- 地域医療に積極的に参加・貢献する。
- 患者の文化的背景を尊重し、英語をはじめとした異なる言語に対応する。
- 地域医療の中での国際化を把握し、価値観の多様性を尊重した医療の実践に配慮する。

(8) 科学的探究

医学・医療の発展のための歯科医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する。

- 生命科学の講義・実習で得た知識を基に、診療で経験した病態の解析を行う。
- 患者やその疾患の分析を基に、教科書・論文等から最新の情報を検索・整理統合し、疾患の理解・診断・治療の深化につなげる。
- 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学研究（臨床研究、疫学研究、生命科学研究等）に参加する。

(9) 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

歯科医療の質の向上のために絶えず省察し、他の歯科医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- 生涯にわたる継続的学習に必要な情報を収集する。
- キャリア開発能力を得る。

- キャリアステージにより求められる能力に異なるニーズがあることを理解する。
- 臨床実習で経験したことを省察し、自己の課題を明確にする。

2. 診療参加型臨床実習で学生が行う行為

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構で歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）から改変した。

- 医療面接を実施し、患者と良好なコミュニケーションをとる。
- 全身状態を評価し、顎顔面及び口腔内を診察する。
- 診断並びに治療に必要な画像検査及び臨床検査を選択し、実施する。
- 歯科・口腔疾患を正しく診断し、治療方針・治療計画の立案及び予後の推測をする。
- 診断並びに治療方針・治療計画を患者にわかりやすく説明する。
- 医療安全対策（標準予防策（standard precautions）、感染予防、医療機器の操作等を含む）を実践する。
- インフォームド・コンセントを取得する。
- 基本的臨床手技を実施する。
- 病診連携、病病連携を経験する。
- 多職種連携（歯科衛生士、歯科技工士、医師、薬剤師、看護師、その他の関連職種並びに介護職）によるチーム医療を経験する。
- 根拠に基づいた医療 evidence-based medicine<EBM>、narrative-based medicine<NBM>に基づいた患者中心の医療を行う。

II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目

【一般的事項】

(注) 臨床実習において共通して求められる学修・評価項目を総括的に記載した。必要に応じて各論での具体例も記した。

1. 医療安全

(1) 患者及び患者周囲の安全確認

- 医療面接や診察及び手技は患者の安全に配慮した環境で行い、必要に応じてエアコンや照明を調整する。
- 周囲を見渡し安全であること（車、鋭利なもの、体液等の危険や汚染がないこと）を口に出して確認する。（「□. 救急」を参照）
- AEDによる解析の際や放電の際には、全員に患者から離れるように指示し、周囲を見て確認し安全を確保する。（「□. 救急」を参照）

(2) 小児、高齢者等に対するより一層の安全管理に対する配慮

- 小児、高齢者等、介助・陪席が望ましいと思われる患者では、看護師・歯科衛生士（または他の医療職）や患者の家族に介助・陪席等を依頼する。
- 高齢者や日常生活動作<ADL>に支障のある方、意識障害、認知症、視力や聴力の障害がある患者に対し転倒予防など適切な対応をする。

(3) 確実な患者確認

- 本人確認のためという目的を告げ、患者に姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者の姓・名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。

(4) 診察や手技に伴う患者の痛み・不快感・羞恥心への配慮及び安全管理

- 苦痛を伴う可能性がある場合は事前に伝える。
- 医療面接や診察時、患者に不快感を与えないよう適切な距離を保つ。
- ＊（症状の強い場合）面接を行うことが可能かどうかを患者に確認する。
- ＊（症状の強い場合）患者が楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- 必要に応じて手や聴診器等の診察・検査器具を温める。
- 血圧測定時、マンシエットの加圧で患者に苦痛、傷害を与えないようにする。
- 痛みのある領域の打診や触診は苦痛を与えないように実施する。
- 以前に採血等で気分が悪くなったことがないかなど迷走神経反射の既往を尋ねる。
- 患者に不安感を与えるような不適切な言動は慎む。

(5) 診察や手技に用いる器具に関する安全及び感染管理

- 修復物・補綴装置の誤飲・誤嚥に注意し、ガーゼを口腔内に置く、リムーバブルノブに結紮糸やデンタルフロスを結びつける等の配慮をする。
- スリーウェイシリンジの装着状態並びに動作を口腔外で確認する。

- ハンドピース等切削器具に切削用バー・ポイントをハンドピースに確実に装着し、動作状況（回転・注水）を口腔外で確認する。
- 回転切削器具使用時はフィンガーレストを設置し、ハンドピースを安定した状態で保持する。
- 注水下で歯の切削を行うとともに、切削時に歯に強い力をかけない。
- ハンドピースの口腔内外への移動は回転が停止している状態で行う。
- 浸潤麻酔時の麻酔針については、リキャップをしない。
- 使用する器具の数を確認する。縫合針の数の事前、事後の確認は特に重要である。
- 縫合針、リーマーやファイルなど鋭利な器具を紛失しないように安全な場所（滅菌シャーレ等）に置く。
- 縫合針を廃棄するときは、持針器で把持してシャープス・コンテナに廃棄する。

(6) 医療安全に関するチェックリストの活用

- ＊院内各部署に設置されている救急カートの整備状況を確認する。
- ＊感染制御チームの院内巡視の際、チェックリストを利用する。

(7) 医療従事者自身の安全確保に関する事項

- 不慮の落下物による足の負傷や感染から身を守るために、足全体を覆う靴を着用する。
- 医療関連感染症（院内感染を含む）の罹患予防のため、適切なウイルス抗体検査やワクチン接種などを受ける。

(8) 有害事象発生時の対応

- 有害事象発生時は直ちに指導歯科医に報告する。
- ＊必要に応じてインシデントレポートの作成に協力する。

2. 個人情報保護、プライバシー保護及び診療録に関するセキュリティー管理

(1) 患者の個人情報の守秘やプライバシーへの配慮

- 患者の話を聞くにあたり場合によっては場所を変える必要がないかを確認する。
- 患者に関する不要な個人情報は保有しない。
- 患者に関する個人情報は、不要になった段階ですぐ廃棄する。
- 患者に関する個人情報を関係のない第三者が知ることがないように取扱う。
- 患者に関する個人情報は、許可を得ない限りいかなる形でも病院外に持ち出さない。

(2) 診療録(特に電子カルテ)に関するセキュリティー管理

- 受け持ち患者及び診療・学修の目的以外の診療記録を閲覧しない。
- 電子カルテを使用する場合、ログイン後はログオフするまでその場を離れない。
- 電子カルテを使用する場合、ユーザーアカウント（ID）及びパスワードの管理を厳重にする。
- 電子カルテの使用後、離席の際は必ずログオフする。

3. インフォームド・コンセント

病歴聴取を主な目的とした医療面接、身体診察など軽度の侵襲を伴う程度までの臨床検査について、施行する前に患者に説明し同意を得る。

- 面接を行うことので承を患者から得る。
- 全身状態を確認すること、体温、呼吸、脈拍、血圧等を測定することを事前に説明し同意を得る。（「IV. 全身状態の把握に必要な診察と検査」を参照）
- 頭頸部及び口腔の診察を行うことを事前に説明し同意を得る。（「IV. 全身状態の把握に必要な診察と検査」を参照）

4. 標準予防策 (standard precautions)

米国 CDC 隔離予防策のガイドライン 2007 より抜粋し翻訳した。なお、勧告されている標準予防策 (standard precautions) にはここに掲載した以外の事項もあることを留意すること。

(1) 手指衛生

- 患者にごく近接した環境表面には不用意に触らない。
- 手指が眼に見えて汚れていたり、タンパク性物質で汚染されていたり、眼に見えて血液や体液で汚れている場合には、石鹼と流水で手を洗う。
- 眼に見える汚れが手指にない場合、あるいは目に見えた汚れを石鹼と流水で洗い落とした後は、以下の場面において手指を除菌する。アルコールをベースとした手指消毒薬を用いて実施する。
 - (例) 患者と直接的な接触をする前。
 - (例) 血液、体液、分泌物、浸出物、粘膜、非正常な皮膚あるいは傷を被覆したものに接触したあと。
 - (例) 患者の正常皮膚に触れたあと（脈拍測定、血圧測定、あるいは患者を持ち上げる等）。
 - (例) 患者のすぐそばの物品（医療器具などを含む）に触れたあと。
 - (例) 手袋を外したあと。

(2) 個人防護具 (Personal Protective Equipment: PPE) 使用の原則

手袋・ガウン・マスクなどの PPE の使用にあたっては、以下の原則を遵守する。

- これから行う医療行為で、血液や体液との接触の可能性がある場合は、PPE を使用する。
- PPE を外す過程で衣服や皮膚を汚染しない。

(3) 手袋

- これから行う医療行為で、血液やその他の感染性物質、粘膜、正常でない皮膚、正常でも汚染されている可能性のある皮膚との接触が予測できる場合は手袋を使用する。
- 患者あるいは患者周囲の環境（医療機器も含む）に接触したあとは、適切な方法で手指を汚さないように手袋を外す。なお、複数の患者に同じ手袋を用いてはならない。また、手袋を再利用してはならない。

(4) ガウン

- これから行う医療行為で、血液・体液・分泌物・浸出物との接触が考えられるときには、皮膚や衣服が汚れることを防ぐために、その業務に適切なガウンを着用する。
- その患者の周囲から離れるときは、ガウンを外し、手指衛生を行う。なお、たとえ同じ患者に繰り返し接触をすることがあってもガウンは再利用しない。

(5) 口・鼻・眼の防御

- これから行う医療行為で、血液・体液・分泌物・浸出物がスプレー状となる可能性がある場合は、口・鼻・眼の粘膜を守るためにPPEを使用する。マスク及びフェイスシールドまたはゴーグルを選び、またその業務にあわせてそれらを組み合わせる。

5. その他の医療関連感染(院内感染を含む)対策

(1) 感染症(麻疹、インフルエンザ等)に罹患またはそれが疑われる場合の対応

- 指導歯科医に連絡し、その指示に従う。

(2) 診察、手技の内容に応じた服装の対応

- 必要に応じてユニフォーム（白衣）の袖をまくり、腕時計や装飾品などを外す。
- 袖が邪魔にならないように配慮する。

(3) 患者に直接触れる非滅菌器具の取扱い

- 体温計の使用前または使用後にアルコール綿で清潔にし、体温測定時、体温計が体液等により汚染されないように留意する。
- 聴診器など患者に直接触れる非滅菌の診察器具はアルコール綿などで診察前に消毒する。

(4) 滅菌済み器具の取扱い

- 滅菌済みの器具は、適切に取扱う。

(5) 医療廃棄物の適切な処理

- 歯ブラシ、歯間ブラシなど患者に使用した器具は適切に処理をする。
- 縫合針はシャープス・コンテナに、感染性廃棄物は専用のゴミ箱へ、分別して廃棄する。
- 使用した消毒綿球や手袋などを感染性廃棄物として処理をする。

6. マナー、身だしなみ(実習施設、診療科の決まりに従う。)

(1) マナー

礼儀正しく振舞い、親切に人に接する。

- 適切な呼び入れをする。失礼でない声かけを行い、明確に発音する。「次の方どうぞ」などではなく名前呼び入れる。
- 患者が入室しやすいように配慮する。例えば、ドアを開ける、導く、荷物置場を示すなどがある。
- 同じ目の高さで患者に対して挨拶をする。
- 患者に対して自己紹介をする。姓名ないし姓のみを名乗る。明確に発音する。難しい漢字の場合は名札を示す。
- 患者にわかりやすい言葉で会話する。
- 患者に対して適切な姿勢・態度で接する。
- 話を聴いている時に、患者にとって気になる動作をしない。例えば、時計を見る、ペンを回す、頬杖をつくなどの動作に注意する。
- 診察や手技の都合で患者の私物に触れるときには必ず許可を得る。
- グループ行動や廊下の歩行及びエレベーターの中で、患者や家族に不快感を与えない。

(2) 身だしなみ

患者や家族、実習施設の職員に不快感を与えず、清潔な印象を与える身だしなみを心がける。

- 髪型、毛髪の色が不快感を与えず、清潔な印象である。
- 髭、爪の手入れがしてあり、不快感を与えず、清潔な印象である。
- 装飾品、化粧品は不快感を与えず、清潔な印象である。
- 口臭、体臭に留意し、不快感を与えず、清潔な印象である。

(3) ユニフォーム(白衣)

- ボタンをきちんと留め、名札をつける。
- 胸元、袖口、裾から、あるいは生地を通して見える衣服の色、模様などに注意する。
- 診察中に飛び出さないよう、ポケットの内容を必要最小限にする。
- しわがついたり汚れたりしたら速やかに取り替える。

(4) 履物

- 履物は動きやすく清潔感があり、足にフィットしているものを着用する。サンダルは不可である。感染予防、医療安全の観点から、穴などがなく足全体を覆うものを用いる。

【共通の事前準備、実施手順及び配慮】

(注) 医療面接や診察及び手技を行う際の共通した項目を手順に従いできるだけ簡潔にまとめた。なお、【一般的事項】のすべての項目を網羅したものではない。

1. 医療面接や診察及び手技を行う環境の準備
<input type="checkbox"/> 医療面接や診察及び手技は患者の安全に配慮した環境で行う。 <input type="checkbox"/> 小児や高齢者などより一層安全管理に配慮する必要がある患者では、歯科衛生士（または他の医療職）や患者の家族に介助・陪席等を依頼する。 <input type="checkbox"/> 患者の話を聞くにあたり診療室ではプライバシーに配慮する。場合によっては場所を変える必要がないかを確認する。
2. 診察や手技の準備
<input type="checkbox"/> 医療面接や診察及び手技にふさわしい身だしなみを整える。 <input type="checkbox"/> 診察や手技の内容や自分の服装に応じてユニフォーム（白衣）の袖をまくり、腕時計や装飾品等を外す。 <input type="checkbox"/> 標準予防策（standard precautions）に従い医療面接や診察及び手技の前には適切に手指衛生を行い、必要に応じてPPEを装着する。 (例) マスク、手袋、ゴーグルあるいはフェイスシールド等を装着して診療する。
3. 診察や手技に用いる器具の準備
<input type="checkbox"/> 患者に直接接触する非滅菌の診察器具はアルコール綿等で診察前に消毒する。 <input type="checkbox"/> 滅菌済みの器具を用いる場合は、適切に取扱う。
4. 患者への挨拶、自己紹介
<input type="checkbox"/> できるだけ患者と同じ目の高さで、「おはようございます」、「お待たせしました」など明確に挨拶する。 <input type="checkbox"/> 患者に対して自分の姓名または姓を聞こえるように明確に告げる。難しい漢字は名札を示す。
5. 患者確認
<input type="checkbox"/> 本人確認のためという目的を告げ、患者に姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者の姓・名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。
6. インフォームド・コンセント
<input type="checkbox"/> 患者に医療面接または身体診察、手技の目的と内容を伝えて了承を得る。
7. 患者の診察や手技に対する準備
<input type="checkbox"/> 診察、手技の内容に応じて、患者に装着物（眼鏡、義歯、腕時計、アクセサリ等）を外してもらう。 <input type="checkbox"/> 患者に診察や手技の内容に適した体位をとってもらう。必要に応じて患者の移動や体位変換を適切に介助する。 <input type="checkbox"/> 会話時はマスクを着用してもらう。
8. マナーを守った診察や手技の内容に応じた適切なコミュニケーション
<input type="checkbox"/> 患者が戸惑わないように予告や指示などの声かけをする。 <input type="checkbox"/> 診察や手技、会話の内容に応じて適切なアイコンタクトを保つ。 <input type="checkbox"/> 患者にわかりやすく、丁寧な言葉づかいで会話する。 <input type="checkbox"/> 患者の状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。

- 患者が過度に緊張しないように自分の表情や仕草、声の音調などに配慮する。
- 患者に不安感を与えるような不適切な言動は慎む。
- 診察の区切りで指導歯科医のもとで患者に所見を説明する。

9. 疾病や診察手技に伴う苦痛への配慮

- 苦痛を伴う可能性がある場合は事前に伝える。
- 医療面接や診察時、患者に不快感を与えないよう適切な距離を保つ。
- 痛みがあるとわかっている部位の打診や触診は最後にする。
- 患者に質問したり、患者から合図してもらうなどして診察や手技に苦痛を伴っているかどうかを確認する。
- 患者の表情や体動からも診察や手技に苦痛を伴っているかどうかを確認する。
- 必要に応じて患者の移動や体位変換を適切に介助する。
- (症状の強い場合) 医療面接、診察、手技を行うことが可能かどうかを患者に確認する。

10. 医療面接や診察及び手技の安全な実施

【一般的事項】「1. 医療安全」に述べた事項を遵守する。

医療面接や診察及び手技の終了後

- 挨拶または「協力に対するお礼」を述べる。
- 必要に応じて患者の移動や体位変換を適切に介助する。
- 次のステップ（どこで待っていただくかなど）の説明をする。
- 装着していたPPEを適切に外し廃棄するなど医療廃棄物は適切に処理し、手指衛生を行う。
- 【一般的事項】「2. 個人情報保護、プライバシー保護及び診療録に関するセキュリティー管理」に述べた事項を遵守し診療録を記載する。

患者の視点に立った安全性の高い医療の提供が社会的責務である。医療上の事故の予防に加え、発生後の対応に関する学修も必要である。また、医療従事者自身の安全確保に関する学修内容も盛り込むことが適当である。このような学修は歯学生在臨床実習開始前までに行う必要があり、また実習施設の実習に合わせた内容で行うことが重要である。

実習施設における急変患者への対応は、原則として医療従事者が行うべきであるが、医療従事者が到着するまでの間、歯学生が対応せざるを得ない状況も考えられる。従って、急変患者への対応については、臨床実習開始前から臨床実習を通して十分に学修する必要がある。

Ⅲ. 医療面接

1. 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 導入部分:オープニング

- 適切な呼び入れをする。失礼でない声かけを行い、明瞭に発音する。「次の方どうぞ」などではなく名前で呼び入れる。
- 患者が入室しやすいように配慮する。例えば、ドアを開ける、導く、荷物置場を示すなどがある。
- 患者に椅子をすすめる。必要があれば介助する。
- 患者に適切な言葉と態度（お辞儀など）で挨拶をする。
- 患者に自己紹介をする（各大学のルールに従う）。明確に発音する。難しい漢字の場合は名札を示す。
- 本人確認のためという目的を告げ、患者に姓・名ともに名乗ってもらう。生年月日の確認の追加や患者の姓・名の読み上げによる確認については、各大学のルールに従う。
- これから面接を行うことを説明し、患者から承諾を得る。
- *（急性症状の場合）面接を行うことが可能かどうかを患者に確認する。
- *（急性症状の場合）患者が楽な姿勢で面接を行えるように配慮する。
- 面接の環境を整える。患者との距離、体の向き、姿勢、メモの位置などに配慮する。
- 面接の冒頭で患者の訴えを十分に聴く。

3. 患者との良好な(共感的)コミュニケーション

- 患者と適切なアイコンタクトを保つ。質問する時だけでなく、患者の話を聴く時にも適切なアイコンタクトを保つ。
- 患者にわかりやすい言葉、聞き取りやすい話し方で会話する。
- 患者に対して適切な姿勢・態度で接する。
- 話を聴いている時に、患者にとって気になる動作をしない。例えば、時計を見る、ペンを回す、頬杖をつくなどの動作は避ける。
- 患者の状態にあった適切な声の大きさ、話のスピード、声の音調を保つ。
- 積極的な傾聴を心がける。冒頭以外でもできるだけ開放的質問を用いて患者が言いたいことを自由に話せるように配慮する。
- コミュニケーションを促すような言葉かけをし、うなずき・あいづち・間の取り方など非言語コミュニケーションを適切に使う。
- 患者が話しやすい聴き方をする。例えば、患者の話を遮らない、過剰なあいづちをしないなどに注意する。
- 患者の言葉を繰り返したり、適切に言い換えたりする。
- 聴きながら、適宜メモをとる。
- 患者の気持ちとともにおかれた状況に共感していることを、言葉と態度で患者に伝える。言葉がけの内容に態度が伴わない場合は不適切である。

- 患者の訴えや経過を患者にわかりやすく適切に要約する。
- 要約に間違いがないかを確認する。

4. 患者に聞く(話を聴く): 歯科医学的情報

(注) 歯科医学的情報に関することと心理・社会的情報は重なる部分もある。

- 症状のある部位と位置(歯、歯肉、粘膜、上下左右など)を聞く。
- 症状の性状を聞く。症状の性質、頻度、持続時間などで表現される。
- 症状の程度を聞く。症状の強度、頻度、持続時間などで表現される。
- 症状の経過を聞く。症状の発症時期、頻度、持続時間や症状の変化など。
- 症状の起きる状況を聞く。
- 症状を増悪、寛解させる因子を聞く。
- 主訴の部位の過去の症状を聞く。
- 症状に随伴する他の症状(重要な陰性所見も含む)を聞く。
- 症状が患者の日常生活に及ぼす程度を聞く。
- 症状に対する患者の対応(市販薬の使用など)を聞く。
* 受療行動を聞く。主訴の部位に対する他医受診の有無と治療・処方内容やその効果。
- 今回の主訴とは無関係に、過去に歯科医院に通院したことがあるかを聞く。
- 歯科治療時に麻酔をしたことがあるか、もしある場合には不快な症状(アレルギーなど)を経験したことがないかを聞く。
- 抜歯の経験の有無を聞く。もしある場合は、異常があったかどうか尋ねる。(血が止まりにくかったかどうかなど)
- 歯科治療に必要な情報であることを前置きして伝え、全身既往歴、入院歴を聞く。
- (適齢の女性の場合)妊娠の有無を聞く。
- 常用薬等を聞く。
- 家族歴を聞く。血縁家族と同居家族の違いを意識して聞く。
- アレルギー歴を聞く。薬品、食物など外因性のもの。
- 口腔衛生習慣(歯磨きの頻度など)を聞く。
- 嗜好を聞く。飲酒(量を含む)、喫煙(本数・期間を含む)など。
- 社会歴を聞く。職歴、職場環境など。
- 得た情報から診断し、診断結果とともに治療方針、治療計画を説明する。

5. 患者に聞く: 心理・社会的情報

(注) 歯科医学的情報に関することと心理・社会的情報は重なる部分もある。

- 患者の(今回の)病気や医療に関する考えや理解(「解釈モデル」)を聞く。
- 患者の生活や仕事などの社会的状況を聞く。
* 家族、仕事の状況、人間関係など
- 患者が特に気になっていることや、心配していることなどの心理的状況を詳しく聞く。

- 患者の検査や治療に関する希望や期待、好みなどを聞く。
- 患者のこれまでの病気に対する対処行動・受療行動を聞く。
- 患者のプライバシーに配慮する。

6. 患者に話を伝える

- 患者にわかりやすい言葉で話をする。
- 患者が話を理解できているかどうかを確認する。
- 話の途中でも患者に質問がないかを確認する。
- 患者が質問や意見を話せるように配慮する。

7. 締めくり部分：診察への移行/クロージング

- 患者の言葉を使って要約し、間違いがないかを確認する。
- 聞き漏らしや質問がないか尋ねる。例えば、「他に付け足すことや、ご質問はありますか？」など。
- 患者に言い忘れたことがないか、他に伝えておきたいことはないかを確認する。
- 面接終了後、患者が次にどうしたら良いかを適切に伝える。
 - * (診察へ移行する場合)：診察を始めることを伝える。
 - * (クロージングする場合)：患者が退室する際に配慮する。必要があれば介助する。挨拶をする。例えば、「おだいじに」、「お気をつけて」など。
 - * 何かあればいつでも連絡できることを患者に伝える。

8. 全体をとおして

- 順序立った面接（急性症状）：まず主訴を閉鎖的質問で的確に聞き取り、現病歴、その他の歯科医学的情報、心理・社会的情報の聴取などを系統的に聞く。面接の前半で主訴とその症状に関する項目を順序良く聴取する。
- 順序立った面接（慢性症状）：主訴の聞き取り、現病歴、その他の歯科医学的情報、心理・社会的情報の聴取などを系統的に、あまり前後せずに順序立てて進める。面接の前半で主訴に焦点を当てた開放的質問に重点を置いて聴取する。
- 流れに沿った円滑な面接：患者の話の流れに沿って面接を進め、話題を変えるときには（特に全身病歴などの聴取に移るとき）、唐突でなく適切な声かけをする。例えば「症状と関連することもあるので、全身のことについて伺わせてください」など。

IV. 全身状態の把握に必要な診察と検査

1. 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

- 全身状態の把握のために体温、呼吸、経皮的動脈血酸素飽和度、脈拍、血圧を測定することを患者に説明する。
- 安全に配慮した環境で行う。
- 体温、呼吸、経皮的動脈血酸素飽和度、脈拍、血圧測定時に患者の苦痛、不快感に配慮する。

3. バイタルサイン

(1) 体温の測定

- 体温計の先端が腋窩最深部に位置するように挿入する。
- 腋窩を閉じて、体温計の必要とされる時間に測定・記録し患者に伝える。
- 体温計の使用前、使用後にアルコール綿で清潔にし、体温測定時、体温計が体液等により汚染されないように留意する。

(2) 呼吸の測定

- 患者を座位または仰臥位にして観察を行う。
- 呼吸の観察（形・リズム・速さ・深さ・喘鳴などの有無）を行う。
- 呼吸数の測定は 30 秒間の呼吸数を計測し、2 倍したものを 1 分間の呼吸数として記録し患者に伝える。

(3) 経皮的動脈血酸素飽和度<SpO₂>の測定

- 患者の指（拇指または示指）にパルスオキシメータを装着し、経皮的動脈血酸素飽和度を測定・記録し患者に伝える。

(4) 脈拍の測定

- 両腕の橈骨動脈を指 3 本（示指、中指、環指）または 2 本（示指、中指）で触知し、左右差の有無を確認する。
- 脈の不整の有無を確認する。
- 指 3 本（示指、中指、環指）または 2 本（示指、中指）で脈の緊張度を確認する。
- 脈の左右差が無いのを確認して、どちらか片方の腕で脈拍数を測定する。
- 脈が整である場合、15 秒数えて 4 倍、20 秒数えて 3 倍、30 秒数えて 2 倍、60 秒数えて 1 倍したいずれかの数を記録して患者に伝える。

(5) 血圧の測定準備(上腕、座位)

- 血圧を測定できる状態に準備する。
- マンシエットの大きさが患者の体型に対して適切であることを確認する。
- 患者の上腕の高さが心臓の位置となるように調節する。
- 測定する上腕を十分に露出し、肘が曲がらないようにする。
- 上腕動脈を触知して位置を確認する。
- マンシエットはゴム囊中央が上腕動脈の真上になるように巻く。
- マンシエットの下端は肘窩の上方約 2cm になるように巻く。
- マンシエットは指が 2 本入る程度の強さで巻く。

(6) 触診法による血圧測定

- 橈骨動脈を指 3 本（示指、中指、環指）または 2 本（示指、中指）で触れる。
- カフ圧を 70mmHg まで速やかに上昇させて、その後 10mmHg ずつ加圧する。
- 脈が触れなくなった圧からさらにカフ圧を 20～30mmHg 上昇させる。
- ゴム球のバルブを操作（片手）して 2～5mmHg/秒の速さでカフを減圧する。
- 脈が再び触れ始めた値を収縮期血圧とする。
- 測定した血圧を記録して患者に伝える。

(7) 聴診法による血圧測定

- 聴診器のイヤープースを正しい向きで装着し、チェストピースを適切に把持する。
- 聴診器のチェストピースを肘窩上腕動脈上に置く。
(チェストピース全体をマンシエット内に潜り込ませ、手を離れた状態にしない。)
- 触診法で測定した収縮期血圧より 20～30mmHg 高いところまで速やかにカフ圧を上昇させる。
- ゴム球のバルブを操作（片手）して 2～5mmHg/秒の速さでカフを減圧する。
- コロトコフ音の聞こえはじめの値を収縮期血圧とする。
- 減圧を続けてコロトコフ音が聞こえなくなった値を拡張期血圧とする。
- さらに減圧を続けて再度コロトコフ音が聞こえないことを確認する。(聴診間隙の確認のため。)
- 測定後は速やかにマンシエットを減圧する。
- 測定した血圧を記録して患者に伝える。

(8) 意識状態の確認

- 患者に声をかけ、反応するかを確認する。
- 開眼しているかを確認する。
- 開眼している場合、時、場所、氏名、生年月日を尋ねて発語の内容や話し方を観察し、見当識障害の有無を評価する。
- 離握手、手足の屈曲の口頭指示に対する運動の応答を確認する。

- 声かけに対して応答がない場合、刺激に対する反応を観察する。この時、患者への配慮として声かけをしてから痛み、刺激を加える。
- 意識レベルを Japan Coma Scale (JCS) で評価する。
- 評価結果を記録する。

V. 歯科治療に必要な診察と検査

1. 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 頭頸部の診察

- 診察前に診察について説明し患者に同意を得る。
- 診察に際してのポジショニング・診察位置。
基本的には7時～8時の位置から診察を行う。診察の項目に応じて正面、12時の位置から診察する。眼窩下部の対称性の確認の場合、正面からでは確認しづらい場合もある。その時は患者の後方に立ち、患者の顔面を上から見下ろして視診する。
- 顔面の診察
顔色、顔面の表情、左右差など。腫脹の有無、発赤などの変化を診察する。
- 感覚（三叉神経領域）の診察
顔面皮膚を触診し、感覚異常の有無を確認する。
- 表情筋の動き、舌運動の診察（顔面神経、舌下神経）
額のしわ寄せを行わせる、眼を閉じさせる、口笛を吹くまねをさせる等を指示し、顔面神経麻痺の症状を確認する。
舌を口腔外に突出させ、舌下神経麻痺の症状を確認する。
- 口唇・口腔の診察
口唇、口腔粘膜、歯肉の視診、触診を行う。
腫脹の有無、色、表面性状、硬さ、周囲組織との関係（境界の状況、癒着の有無）などを観察する（歯肉、舌背、舌縁、舌下面、口底、口唇粘膜、頬粘膜、硬口蓋、軟口蓋）。口底、頬粘膜などの触診の際には適宜、双手診（双指診）を用いる。
歯の診察を行う。
歯の欠損状態、う蝕、歯の摩耗、修復状態、歯の動揺、打診など
- 頭頸部の筋肉の診察
咬筋、側頭筋、胸鎖乳突筋の解剖学的位置の確認、運動時の疼痛の有無、圧痛の有無を診察する。
患者の位置（頭位）、術者の指の位置を適切に位置付ける。
- 顎関節の診察
口を開閉口させ、開口状態を診察する。最大開口時の上下切歯間距離を測定する。
開閉口時の下顎の変位の有無及び開閉口時の疼痛の有無を診察する。
顎関節の位置を示指あるいは示指と中指で確認し、圧痛の有無を診察する。
指をあてがいながら開閉口させ、関節頭の動き及び雑音の有無を診察する。
- 頸部のリンパ節の診察
患者の頭位を軽く前屈させ、顎下部（下顎骨下縁の下）に指をあて触知し、リンパ節の腫脹の有無を診察する。腫脹がある時はその大きさ・熱感や圧痛の有無・数・硬さ・周囲との癒着の有無などについて診察する。
オトガイ下リンパ節の触診も同様に行う。

- 診察結果の記録
診察で得られた所見を診療録に記録する。

4. 口腔内状態の記録

- 口腔内状態の記録の目的と必要性を説明する。
- 器材及び記録方法を説明する。
- 口腔内を観察し歯種を区別する。
- 口腔内を観察し健全歯、欠損歯、う蝕、くさび状欠損、修復等を判定する。
- 口腔内状態を診療録に記載する。
- 治療等の必要性を判断する。
- 口腔内状態と治療等の必要性を患者に説明する。

5. 歯周組織検査

- 器材、染色液及び検査、測定方法を説明する。
- 歯面のプラークを染色液で染め出す。
- 歯の動揺度を検査する。
- 歯周ポケットを測定する。
- 検査並びに測定結果を検査表に記載する。
- 検査並びに測定結果を判定する。
- 判定結果から病状を診断する。
- 診断結果から治療等の必要性を判断する。
- 検査結果並びに診断内容を患者に説明する。

6. 口内法エックス線撮影

- 患者に撮影部位、撮影方法を説明する。
- 感染防止のバリアフィルムを貼付する。
- 撮影の妨げになる可撤物を除去する。
- 必要に応じて防護服を着用させる。
- 撮影部位に応じた頭部の固定を行う。
- 検出器を適切な位置に挿入する。
- 撮影部位に応じた指で検出器の固定を指示する。
- 主線の水平的な方向を正しく設定する。
- 主線の垂直的な方向を正しく設定する。
- 撮影部位に応じた線量を設定する。
- 患者を確認しながら照射スイッチを押す。
- 感染に留意し、検出器を読取り装置に挿入する。

- モニター上で正しくマウントする。

7. その他の画像検査(パノラマエックス線撮影)(水準Ⅱ)

- 患者に撮影時の注意点を説明する。
- 撮影の妨げになる可撤物を除去する。
- 装置の高さを適正な位置に合わせる。
- フランクフルト平面を床と平行に合わせる。
- 正中矢状面をレーザー光に合わせる。
- 前歯断層域を適正な位置に合わせる。
- 患者の様子に注意しながら照射する。
- 患者を安全に固定から離す。

8. 電氣的根管長測定

- 根管長測定の目的と必要性を説明する。
- 器材及び測定方法を説明する。
- 電氣的根管長測定器の機能確認を行い準備する。
- 根管長を測定する。
- 測定結果並びに治療方法を患者に説明する。
- 測定結果を記録し、根管治療に応用する。

9. 根管内細菌培養検査(水準Ⅱ)

- 根管内細菌培養検査の目的と必要性を説明する。
- 器材及び検査方法を説明する。
- 判定基準を説明する。
- 根管内細菌を釣菌する。
- 根管内細菌を培養する。
- 検査結果を判定し、記録する。
- 判定結果から病状を診断する。
- 診断結果から治療等の必要性を判断する。
- 検査結果並びに診断内容を患者に説明する。

10. 唾液分泌能検査(水準Ⅱ、Ⅲ)

- 唾液分泌能検査(う蝕リスク検査)の目的と必要性を説明する。
- 器材及び検査方法を説明する。
- 判定基準を説明する。
- 唾液を採取する。

- 唾液を検査する。
- 検査結果を判定し、記録する。
- 判定結果から病状を診断する。
- 診断結果から治療等の必要性を判断する。
- 検査結果並びに診断内容を患者に説明する。

11. 咀嚼能率検査(水準Ⅱ)

- 咀嚼能率検査の目的と必要性について説明する。
- 診断、治療方針の決定、治療効果の判定等に必要な咀嚼能率検査法を選択する。
- 咀嚼能率検査の器材及び検査方法を説明する。
- 判定基準を説明する。
- 必要な咀嚼能率検査を実施する。
- 咀嚼能率検査の結果を記録する。
- 検査結果から患者の病状を診断する。
- 診断結果から治療等の必要性を判断する。
- 診断結果から治療の効果を判断する。
- 咀嚼能率検査の検査結果並びに診断内容を患者に説明する。

12. その他の歯の検査

- その他の歯の検査の目的と必要性を説明する。
- 器材及び検査方法を説明する。
- 判定基準を説明する。
- 垂直打診、水平打診をする。
- 冷刺激、温刺激による温度診をする。
- 歯髄電気診断器で歯髄の生死を判定する。
- 透過光で歯の亀裂や内部の変化を検査する。
- 検査結果を判定し、記録する。
- 判定結果から病状を診断する。
- 診断結果から治療等の必要性を判断する。
- 検査結果並びに診断内容を患者に説明する。

VI. 基本的臨床技能の共通事項

(注1) 医療安全、感染性廃棄物（血液・体液等で汚染されたゴミ）の処理、医療器具・物品の使用法などに関しては、施設により取り決めが異なることがある。いずれも、各施設の規定（マニュアル・ガイドライン等）にしたがって実習を行う。

(注2) 臨床実習前の学修及び評価はシミュレータを用いて行う。

(注3) 手技が確実に行われるなら、左右は問わない。

【共通事項】

1. 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 手洗い

- 手に汚れがないことを確認する。
- 爪が短く、切っていることを確認する。
- 装飾品、腕時計を外す。
- 袖を肘関節まで捲る。
- 流水で手指を濡らし、液体石鹼を適量取る。
- 手掌、手背、指、指間を洗う。
- 親指を反対の手掌で握りながら洗う。
- 手掌で反対側の指先、爪部立て、こするようにして洗う。
- 手首の周囲を反対側の手で握るように洗う。洗い残しがないようにする。
- 手洗い時間は1分程度行う。（至適時間を確認のこと）
- 流水で石鹼を洗い流す。
- 未滅菌のペーパータオルなどで十分に水分を拭き取る。
- 手洗い、手拭き中は不潔域に触れない。

アルコール擦式消毒

- アルコール消毒薬を手掌に必要量を取る。（適量：ワンプッシュ）
- 指先・爪、手掌、手背、指、親指、手首にまんべんなく消毒薬を擦り込む。
- 消毒薬は乾燥するまで擦り込む。
- ミスが生じやすい指間、親指周辺は注意しながら行う。

4. 滅菌手袋の装着と廃棄

- 手洗い、手指消毒の前に、滅菌手袋の袋を、台の上に手袋に触れないようにして広げる。
- 右手（左手）で左（右）の折り返しの部分（内面）をもって取り上げ、左手に手袋を装着する。その際、外面に触れない様にする。折り返しの部分はそのままにする。
- 左手（右手）の第2指から5指の4本の指を右（左）の折り返しの部分に挿入し、右（左）手に手袋を装着する。
- 手袋の折り返しの部分を延ばし、手にフィットさせる。
- 操作中は手袋の外面に触れない。触れた場合にはやり直す。
- 手袋を装着後は手首を体から離し、肘より高い位置で保つ。
- 使用後は手指が手袋の外面に触れないように外し、手袋は感染性廃棄物として処理する。
- 手袋を外した後は手指消毒あるいは衛生的手洗いを行う。

※感染性廃棄物などの処理

- 一般廃棄物を分別する。
- 産業廃棄物を分別する。
- 感染性一般廃棄物を分別する。
- 感染性産業廃棄物を分別する。

5. PPE(Personal Protective Equipment,個人防護具)の着脱と廃棄

(エプロン・ガウン、マスク、ゴーグル、フェイスシールド、手袋について)

(1) PPE 装着前の配慮

- 爪を適切に切つてあることを確認する。
- 装飾品、腕時計を外す。
- 袖が邪魔にならないようにする。(例) 袖を捲り両前腕を十分に露出するなど。

(2) PPE の着用

- アルコール手指消毒または衛生的手洗いを行う。
- エプロン・ガウンを広げ、首の部分を持ってかぶる。
- 体幹部分を覆う。
- 腰ひもを後ろで結ぶ。
- 患者に接する部分は触れないように裾を広げる。
- マスクを着用する。
- ゴーグルを着用する際は、眼部を確実に覆い、ズレ・緩みがないように調整する。
- フェイスシールドを着用する際は、眼部と顔面を確実に覆い、ズレ・緩みがないように調整する。
- 手袋を左右の手に装着する。
- ガウン着用時は、手首が露出しないよう手袋で袖口まで覆う。

(3) PPE の脱衣と廃棄

- 手袋の手首に近い外（そと）側を掴む。
- 手袋の外（そと）側をつまんで、片側の手袋を中表にして外す。
- 手袋を着用している手で外した手袋を持っておく。
- 手袋を脱いだ手の指先を、もう一方の手首と手袋の間に滑り込ませ、そのまま引き上げるようにして脱ぐ。
- 2枚の手袋をひとかたまりとなった状態で感染性廃棄物として廃棄する。
- ゴーグルを外す際は両耳の部分を手で掴んで外す。
- フェイスシールドを外す際はヘッドバンドの部分で掴んで外す。
- ゴーグル・フェイスシールドの外側、特に前面は汚染しているため、触れないようにする。
- エプロンの首の後ろを引いて首ひもとる。ガウンの場合は片方ずつ腕を抜く。
- エプロンの上部を腰ひもの高さまで折り込む。
- エプロンの左右の裾を腰ひもの高さまで持ち上げ、患者に接する部分は触れないように外（そと）側を中にして折り込む。
- 後ろの腰ひもを切る。
- 患者に接する部分は触れないように小さくまとめる。
- 感染性廃棄物として廃棄する。
- アルコール手指消毒または衛生的手洗いをを行う。

6. 器材の準備・片付け

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」、【共通の事前準備、実施手順及び配慮】を参照。

7. ラバーダム防湿

- ラバーダム防湿の目的と必要性を説明する。
- 器材及び防湿方法を説明する。
- 適切なクランプを選択し、安全に配慮してフォーセップスで試適する。
- ラバーシートの適切な位置にラバーパンチで穿孔する。
- クランプで歯にラバーシートを固定する。
- ラバーシートにフレームを装着する。
- 防湿状態を確認する。
- 術野を消毒する。

8. 局所麻酔

(1) 診察時の配慮

- 治療のために浸潤麻酔を行うことを患者に説明し同意を得る。
- 消毒薬などの薬物アレルギーの有無を確認する。
- 患者の痛みや不快感、安全性に配慮する。
- 浸潤麻酔施行中の患者の状態を観察する。

(2) 器材の選択と注射器の準備

- 手袋を清潔な状態で装着する。
- 浸潤麻酔用歯科用注射器を選択する。
- 浸潤麻酔用注射針を選択する。
- 歯科用局所麻酔薬カートリッジを注射器に正しく装填する。
- 浸潤麻酔用注射針を注射器に装着する。

(3) 表面麻酔

- 刺入部をエアーなどで乾燥する。
- 適切な量の表面麻酔薬を刺入部に塗布する。
- 表面麻酔薬の効果発現まで患者の様子を観察する。

(4) 浸潤麻酔

- チェアを調整し、適切なポジションを取る。
- 患者に浸潤麻酔中に不快症状などを自覚した場合に合図するよう指示する。
- 口唇粘膜を圧排する。
- 刺入部を消毒する。
- 注射器を正しく把持する。
- 患者に注射針刺入時に声かけを行う。
- 正しい位置に注射針を位置させ、粘膜を緊張させて注射針を刺入する。
- 局所麻酔薬を少量注入し、麻酔薬の奏効を待ってから注射針を深部へ進める。
- 注射針のカット面は骨膜側に向け、骨膜を傷つけないように針を進める。

9. 伝達麻酔(下顎孔伝達麻酔、直達法)(水準Ⅱ)

(1) 診察時の配慮

- 治療のために伝達麻酔を行うことを患者に説明し同意を得る。
- 消毒薬などの薬物アレルギーの有無を確認する。
- 患者の痛みや不快感、安全性に配慮する。
- 伝達麻酔施行中の患者の状態を観察する。

(2) 器材の選択と注射器の準備

- 手袋を清潔な状態で装着する。
- 伝達麻酔用歯科用注射器を選択する。
- 伝達麻酔用注射針を選択する。
- 歯科用局所麻酔薬カートリッジを注射器に正しく装填する。
(プランジャーの螺旋または銚をカートリッジのゴム栓に差し込む)
- 伝達麻酔用注射針を注射器に装着する。

(3) 伝達麻酔

- チェアを調整し、適切なポジションを取る。
- 患者に伝達麻酔中に不快症状などを自覚した場合に合図するよう指示する。
- 患者に下顎の咬合平面が床に平行になるように出来るだけ大きく開口するように指示する。
- 刺入部を消毒する。
- 注射器を正しく把持する。
- 左手示指または拇指を下顎大白歯部歯肉頬移行部から遠心方向へ進めて外斜線に触れ、指の腹を臼後三角に置き内斜線に触知する。
- 患者に注射針刺入時に声かけを行う。
- 正しい位置に注射針を位置させる。
(下顎咬合平面の1cm上方で、内斜線と翼突下顎ヒダとの中央)
- 反対側下顎犬歯・第一小白歯の間から注射針を下顎枝の中央に向けて下顎咬合平面と平行にまっすぐ1.5-2cm進める。
- 針が骨に達したら1-2mm戻し吸引テストをした後、ゆっくり麻酔薬を注入する。
- 吸引操作時に血液の逆流を認めた場合、直ちに注射針を抜去し、止血を確認してから再度刺入する。

10. 研究用模型の製作(概形印象採得を含む)

- 適切な既製トレーを選択する。
- トレーを口腔内に試適する。
- 印象材を所定の粉液比で均一に練和し、トレーに隙間なく盛り付ける。
- 印象材を盛り付けたトレーを口腔内へ手順よく挿入するとともに、口腔内で適切に位置付ける。
- 印象材が硬化するまで、トレーを適切に保持する。
- 硬化した印象を口腔内から適切に撤去する。
- 撤去した印象面を確認する。
- 印象面を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。
- 患者の痛みや不快感、安全性に配慮する。
- 石膏を所定の粉液比で均一に練和する。

- 気泡を混入させないように注意しながら印象材に石膏を注入し、適切な厚みが確保できるよう盛り付ける。
- ラバーボール内に残った石膏を適切に廃棄し、器材を清掃する。
- 石膏が硬化するまで適切な状態で保持する。
- 石膏が硬化したあと、模型を傷つけないよう注意しながら印象を撤去する。
- 適切な形態となるよう、模型をトリミングする。

Ⅶ. 歯科保健指導

1. 診察時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 口腔のリスク評価とセルフケアの動機付け

- 歯、歯周組織、咬合、口腔機能のリスクを評価し、患者に説明する。
- ライフステージに応じたリスク評価を実施する。
- 患者の行動特性を把握する。
- 行動療法をふまえたセルフケアの動機付けをする。

4. 口腔衛生指導

- プラークコントロールの意義と方法を説明する。
- 患者の口腔内状態に応じた口腔衛生指導を実施する。
- 患者の器用さに応じた口腔衛生指導を実施する。

5. 食事指導・生活習慣指導

- 適切な食事指導（栄養指導）を実施する。
- ライフステージに応じた食育指導を実施する。
- 医療面接から患者の生活習慣に関する情報を聴取する。
- 歯周疾患、口腔がん等の予防のため、禁煙指導・支援を実施する。

VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療

1. 治療時の配慮

「II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 治療時の共通の基本的技能

「VI. 基本的臨床技能の共通事項」を参照。

4. 歯と歯周組織の疾患の病状説明

- 口腔内の状態を説明する。
- 各種診察及び検査結果を説明する。
- エックス線画像所見を説明する。

5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置

(1) う蝕象牙質の除去

- 必要に応じて局所麻酔をする。（「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照）
- う蝕象牙質を除去する歯を確認する。
- う蝕検知液を使用してう蝕象牙質を確認する。
- 適切な切削器具を選択する。
- フィンガーレストを設置し、安定した状態でう蝕象牙質を除去する。
- 歯髄の保護に配慮して切削する。

(2) コンポジットレジン修復(単純窩洞)

- 必要に応じて局所麻酔をする。（「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照）
- う蝕象牙質を除去する。（「VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療 5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置 (1) う蝕象牙質の除去」の欄を参照）
- 使用する接着システムに基づいて歯面処理する。
- 光重合型コンポジットレジンを填塞する。
- 可視光線を照射する。
- 重合状態を確認する。
- 形態を修正する。
- 仕上げ研磨する。
- 充填後の状態を確認する。

(3) コンポジットレジン修復(複雑窩洞)(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- う蝕象牙質を除去する。(「VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療 5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置 (1) う蝕象牙質の除去」の欄を参照)
- Tofflemire 型リテーナーにマトリックスを固定する。
- マトリックスを歯に装着する。
- ウェッジを挿入する。
- マトリックスの装着状態を確認する。
- 使用する接着システムに基づいて歯面処理する。
- 光重合型コンポジットレジンを充填する。
- 可視光線を照射する。
- 重合状態を確認する。
- 形態を修正する。
- 仕上げ研磨する。
- 充填後の状態を確認する。
- 隣在歯や辺縁歯肉に配慮した窩洞形成を行う。

(4) グラスアイオノマーセメント修復(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- う蝕象牙質を除去する。(「VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療 5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置 (1) う蝕象牙質の除去」の欄を参照)
- マトリックスを調整する。
- グラスアイオノマーセメントを充填する。
- マトリックスを除去しバーニッシュを塗布する。
- 硬化状態を確認する。
- 形態を修正する。
- 仕上げ研磨する。
- 充填後の状態を確認する。
- 隣在歯や辺縁歯肉に配慮した窩洞形成を行う。

(5) メタルインレー修復(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- う蝕象牙質を除去する。(「VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療 5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置 (1) う蝕象牙質の除去」の欄を参照)
- 窩洞形成を行う。
- 窩縁処理を行う。
- 象牙質の保護処理をする。

- 修復歯の印象採得を行う。
- 対合歯の印象採得を行う。
- 咬合採得を行う。
- 仮封する。
- メタルインレーを試適する。
- 接触点を調整する。
- 咬合調整をする。
- 調整部分の研磨を行う。
- メタルインレーを合着する。
- 合着後の状態を確認する。
- 隣在歯や辺縁歯肉に配慮した窩洞形成を行う。

6. 象牙質知覚過敏症に対する処置

- 象牙質知覚過敏症の部位を確認する。
- 露出象牙質を被覆あるいは薬物を塗布する。
- 効果を確認する。

7. 歯髄・根尖性歯周疾患の簡単な治療

(1) 歯髄鎮痛消炎療法(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- ラバーダム防湿を行う。(「VI. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 感染歯質を除去する。
- 窩洞の洗浄と乾燥を行う。
- 窩底象牙質に歯髄鎮痛消炎薬を貼付する。
- 仮封する。
- 処置後の状態を確認する。
- 経過観察する。

(2) 間接覆髄法(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- ラバーダム防湿を行う。(「VI. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 感染歯質を除去する。
- 窩洞の洗浄と乾燥を行う。
- 窩底象牙質を覆髄材で被覆する。
- 仮封する。
- 処置後の状態を確認する。

- 経過観察する。

(3) 直接覆髄法(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- ラバーダム防湿を行う。(「VI. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 露出した歯髄組織の処理を行う。
- 止血を確認する。
- 歯髄組織を覆髄材で被覆する。
- 仮封する。
- 処置後の状態を確認する。
- 経過観察する。

(4) 暫間的間接覆髄法(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- ラバーダム防湿を行う。(「VI. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 歯髄側の一部を残して感染歯質を除去する。
- 窩洞の洗浄と乾燥を行う。
- 窩底象牙質を覆髄材で被覆する。
- 仮封する。
- 処置後の状態を確認する。
- 経過観察する。
- 軟化象牙質の再石灰化を確認する。

(5) 抜髄法(単根管、複根管)(水準Ⅱ)

- 必要に応じて局所麻酔をする。(「VI. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照)
- う蝕象牙質を除去する。(「VIII. 歯と歯周組織の疾患の治療 5. う蝕その他の歯の硬組織疾患の簡単な処置 (1) う蝕象牙質の除去」の欄を参照)
- ラバーダム防湿を行う。(「VI. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 髄腔に穿孔する。
- 髄腔に開拡する。
- 冠部歯髄及び根部歯髄を可及的に除去する。
- 根管口を明示する。
- 根管長を測定する。(「V. 歯科治療に必要な診察と検査 8. 電氣的根管長測定」の欄を参照)
- 根管切削器具を用いて根管拡大・形成を行う。
- 根管を洗浄する。
- 根管を乾燥する。
- 根管貼薬を行う。
- 仮封する。
- 適切なマスターポイントを選択する。

- 根管充填する。
- 根管充填後の状態を口内法エックス線撮影にて確認する。
- 経過観察する。

(6) 感染根管治療(単根管、複根管)(水準Ⅰ、Ⅱ)

- ラバーダム防湿を行う。(「Ⅵ. 基本的臨床技能 7. ラバーダム防湿」の欄を参照)
- 根管口を明示する。
- 根管長を測定する。(「Ⅴ. 歯科治療に必要な診察と検査 8. 電氣的根管長測定」の欄を参照)
- 根管切削器具を用いて根管の感染歯質を除去する。
- 根管切削器具を用いて根管形成を行う。
- 根管を洗浄する。
- 根管を乾燥する。
- 根管貼薬を行う。
- 根管内細菌培養検査を行う。(「Ⅴ. 歯科治療に必要な診察と検査 9. 根管内細菌培養検査」の欄を参照)
- 仮封する。
- 適切なマスターポイントを選択する。
- 根管充填する。
- 根管充填後の状態を口内法エックス線撮影にて確認する。
- 経過観察する。

8. 歯周疾患の予防的処置(プラークコントロール指導)

- 指導の開始にあたって、環境を整える。
- 歯周疾患の予防の必要性和方法を説明する。
- 必要な媒体を準備する。
- わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方をする。
- 歯周組織検査の結果に基づいて口腔衛生状態を説明する。(「Ⅴ. 歯科治療に必要な診察と検査 5. 歯周組織検査」の欄を参照)
- 歯ブラシの選択法を指導する。
- ブラッシング法を説明する。
- 体験させながらブラッシング法を指導する。
- 指導の終わりに、疑問点や問題点を確認する。

9. 歯周疾患の簡単な処置(スケーリング・ルートプレーニング)

- 必要な器材を準備する。
- スケーラーを正しく把持する。

- フィンガーレストを確保しスケーラーを操作する。
- スケーラーの刃部を歯面に正しく当てる。
- スケーリング・ルートプレーニングで歯面付着物を除去する。
- スケーリング・ルートプレーニング後の歯面を確認する。

10. 暫間固定(水準Ⅱ)

- 必要な器材を準備する。
- 暫間固定を行う部位を決定する。
- 動揺歯を固定する。
- 動揺歯の固定状態を確認する。

IX. 歯質と歯の欠損の治療

1. 治療時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 治療時の共通の基本的技能

「Ⅵ. 基本的臨床技能の共通事項」を参照。

4. 補綴治療の診断と治療計画の説明

- 補綴歯科治療が必要な理由を説明する。
- 各種補綴装置の構造について説明する。
- 各種補綴装置の長所及び短所を説明する。

5. 支台構造(水準Ⅱ)

(1) 築造窩洞形成

- 残存歯質の軸面の形成を行い、クラウンのフィニッシュラインを決定する。
- ポストの長さを決定する。
- 低速で所定の長さまでガッタパーチャを除去する。
- 低速で適切なコアの形態、太さになるように根管拡大・形成を行う。
- 形成した根管内にガッタパーチャ、根管充填剤が残存していないことを確認し、必要があればそれら除去する。
- 必要に応じてう蝕を除去し、根面にう蝕がないかを確認する。
- 残存歯質量が2mm以上になるように根面の形成を行う。

(2) 直接法

- 適切なファイバーポストを選択する。
- ファイバーポストを適切に調整する。
- 支台築造に必要な前処置を行う。
- 適切な支台築造を行う。
- 支台築造後の状態を確認する。

(3) 間接法

- 築造窩洞の印象採得を行う。
- 対合歯の印象採得を行う。

- 咬合採得を行う。
- 作業用模型を製作する。
- 咬合器に装着する。
- 支台築造模型上で支台築造体を製作する。
- 口腔内で試適する。
- 支台築造体に必要な前処置を行う。
- 支台築造体を装着する。
- 装着後の状態を確認する。

6. クラウンブリッジの基本的操作

(1) 支台歯形成

- 支台歯形成を行う歯を確認する。
- 適切な切削ポイントを選択する。
- 基準溝（ガイドグループ）を付与する。
- 咬合面形成を行う。
- 対合歯との間隙量（クリアランス）を確認する。
- 軸面形成（頬舌及び近遠心）を行う。
- 適切な支台歯形態に仕上げる。
- 支台歯形態の状態を確認する。
- 隣在歯や辺縁歯肉に配慮した支台歯形成を行う。

(2) 精密印象(シリコーン2回印象法)

- 適切な既成トレーを選択する。
- トレーを口腔内に試適する。
- 1次印象を適切に採得する。
- 1次印象を確認する。
- 1次印象を適切に調整する。
- 使用する印象材に適した接着剤を必要な部位に塗布する。
- 口腔内の防湿を行う。
- 印象材を練和し、適切な量及び範囲に盛り付ける。
- シリンジを用いて、支台歯周辺に印象材を盛り付ける。
- 印象材を盛り付けたトレーを口腔内に適切に挿入する。
- 2次印象を適切に行う。
- 印象材が硬化するまでトレーを適切に保持する。
- 硬化後、トレーを適切に撤去する。
- 印象面の気泡や歯肉縁下の印象等を確認する。

- 印象面を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

(3) 精密印象(個歯トレーによる印象法)

- 必要な器材を準備する。
- 個歯トレーの辺縁(マージン)の適合状態を確認する。
- 支台歯と隣在歯に分離剤を塗布する。
- 常温重合レジンで個歯トレーの内面及び辺縁に盛り、支台歯に圧接する。
- 適切な個歯トレーの着脱を行う。
- 辺縁(マージン)部を適切に調整する。
- 個歯トレー内面に印象材の厚みを確保する。
- 適切な既成トレーを選択する。
- トレーを口腔内に試適する。
- 個歯トレーに接着剤を塗布する。
- 口腔内の防湿を行う。
- シリコーン印象材を練和し、個歯トレーの内面に適量を盛り付ける。
- 個歯トレーを支台歯に正しく圧接する。
- シリコーン印象材を練和し、選択した既製トレーに適切な量及び範囲に盛り付ける。
- 印象材が硬化するまでトレーを適切に保持する。
- 硬化後、トレーを適切に撤去する。
- 印象面の気泡や歯肉縁下の印象等を確認する。
- 印象面を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

(4) 精密印象(寒天・アルジネート連合印象法)

- 圧排糸を支台歯の歯肉溝に挿入し、歯肉圧排を行う。
- 残存歯の歯冠乳頭部やブリッジのポンティック部のアンダーカットをユーティリティーワックス等でブロックアウトする。
- 適切な既成トレーを選択する。
- トレーを口腔内に試適する。
- 寒天注入前に支台歯の歯肉溝に少量の水を流す。
- 寒天シリンジで、支台歯の歯頸部から手早く寒天を注入する。
- アルジネート印象材を盛り付けたトレーを口腔内へ手順よく挿入するとともに、口腔内で適切に位置付ける。
- 印象材が硬化するまで、トレーを適切に保持する。
- 硬化後、トレーを適切に撤去する。
- 印象面の気泡や形成面にないくぼみやしわの有無、歯肉縁下の印象等を確認する。
- 印象面を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

7. 咬合採得

(1) ワックスを用いる場合

- ワックスを適切な形態に調整する。
- ワックスを均一に軟化する。
- ワックスを口腔内に適切に設置し、中心咬合位（咬頭嵌合位）で採得する。
- 流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

(2) 咬合採得用シリコーンを用いる場合

- 咬合採得用シリコーンを準備する。
- 咬合採得用シリコーンを歯列に適切に盛り、中心咬合位（咬頭嵌合位）で採得する。
- 咬合採得用シリコーンを適切に調整する。
- 流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

8. 歯冠補綴装置の装着

- 歯冠補綴装置が口腔内の正しい位置に装着できることを確認する。
- 歯冠補綴装置の隣接歯との接触点を調整する。
- 歯冠補綴装置が支台歯に適合していることを確認する。
- 歯冠補綴装置の咬合調整を行う。
- 歯冠補綴装置を適切に研磨する。
- 歯冠補綴装置装着に必要な処理を行う。
- 歯冠補綴装置装着に適切な装着材を用いて、合着する。
- 装着後、余剰な装着材を除去する。
- 咬合状態を確認する。
- 患者にメンテナンスの必要性和口腔の清掃方法について説明する。

9. プロビジョナルレストレーションの基本的操作

- プロビジョナルレストレーションを用いる歯を確認する。
- 適切な既成冠を選択する。
- 適切な技工用ポイントを選択する。
- 技工用ポイントを確実に装着する。
- 常温重合レジンを適切に用いる。
- 分離剤を適切に用いる。
- 適切な着脱を行う。
- マージン部を適切に調整する。
- 咬合調整をする。

- 仕上げ研磨する。
- 仮着材を適切に用いて、仮着する。
- 仮着後、余剰な装着材を除去する。

10. 欠損補綴処置の基本的操作

(1) サベイングと義歯設計

- 模型上で欠損部位を確認するとともに、上下顎の咬合状態を確認し、支台歯の候補となる歯を選定する。
- サベイヤーにアナライジングロッドを取り付ける。
- アナライジングロッドに対して咬合平面が垂直となるよう模型台に研究用模型を取り付ける。
- 支台歯の候補となる歯の周囲のアンダーカット量を検査する。
- 顎堤のアンダーカット量を検査する。
- 義歯の着脱方向を決定するとともに、支台歯となる歯を決定する。
- サベイヤーにカーボンマーカ―を取り付け、支台歯に対してサベイラインを描記する。
- サベイヤーにアンダーカットゲージを取り付け、支台歯のアンダーカット量を測定する。
- サベイヤーにアナライジングロッドを取り付け、模型上に等高点を記録する。
- レストの設計を行う。
- 義歯床の外形を決定する。
- 隣接面板を設計する。
- 小連結装置を設計する。
- 大連結装置を設計する。
- 支台装置（クラスプ）を設計する。

(2) 補綴前処置

- 必要な器材を準備する。
- 提示された症例に対する部分床義歯製作時に必要な補綴前処置を確認する。
- ガイドプレーン形成及びレストシート形成が必要な歯と切削する部位を確認する。
- 適切な切削ポイントを選択する。
- 義歯の設計に応じた部位にガイドプレーンを形成する。
- 義歯の着脱方向に沿った形態、適切な深さのガイドプレーンを形成する。
- 義歯の設計に応じた部位にレストシートを形成する。
- 適切な形態、適切な深さのレストシートを形成する。
- 適切な形態、適切な深さのガイドプレーン及びレストシートが確保できたことを確認する。
- ガイドプレーン及びレストシートの研磨を行う。

(3) 精密印象

- 個人トレーを口腔内に試適する。
- 切削用バーをハンドピースに確実に装着する。
- 個人トレーのトリミングを適切に行う。
- スティック状のコンパウンドを適切に軟化し、個人トレーの辺縁に盛り付ける。
- トーチを用いてトレー辺縁のコンパウンドを軟化させる。
- コンパウンドのテンパリング処置を行う。
- 盛り付けたコンパウンドが口唇に触れないように注意しながら、個人トレーを口腔内の所定の位置に挿入する。
- 頬粘膜、舌を適切に動かしながら筋圧形成を行う。
- 口腔内から取り出したトレーを冷水中に浸漬し、コンパウンドを硬化させる。
- 義歯の設計に応じて、必要な部位に適切な形態で辺縁形成が行われていることを確認する。
- 必要な部位に印象材の溢出孔を形成する。
- 使用する印象材に適した接着剤を必要な部位に塗布する。
- 不要なアンダーカットをブロックアウトし、口腔内の防湿を行う。
- 印象材を練和し、個人トレーに適切な量及び範囲に盛り付ける。
- シリンジを用いて、支台歯周辺に印象材を盛り付ける。
- 印象材を盛り付けたトレーを口腔内に適切に挿入する。
- ウォッシュインプレッションを適切に行う。
- 印象材が硬化するまでトレーを適切に保持する。
- 硬化後、トレーを適切に撤去する。
- 適切に印象採得が完了していることを確認する。
- 印象面を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

(4) 咬合採得(片顎部分歯欠損の場合)

- 咬合床を口腔内に試適する。
- 必要に応じて咬合床の外形、床粘膜面を調整する。
- 適切な位置、高さ及び幅となるよう咬合床の形態を修正する。
- 咬合床の形態が適切であることを確認する。
- ワックススパチュラを用いて、ろう堤の咬合面を均一に軟化する。
- ろう堤の咬合面を軟化させた咬合床を口腔内に装着し、静かに閉口させ、対合歯と強く接触する部分のワックスを削除する。
- 咬合床を装着し軽く閉口した時に下顎位が中心咬合位(咬頭嵌合位)と一致していることを確認する。
- 前歯部に欠損がある場合には、前歯部ろう堤に標準線を記入する。
- 前歯人工歯の形態・色調・大きさを確認して、配列する人工歯の選択を行う。

- 作業用模型に咬合床を装着し、上下顎模型を咬合させて口腔内を再現していることを確認する。
- 咬合床を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。
- 模型は、アルコール系消毒薬を噴霧し、密閉容器に入れてアルコールの蒸散を防ぐ。

(5) 仮床試適

- ろう義歯が口腔内の正しい位置に装着できることを確認する。
- 支台装置が支台歯に適合していることを確認する。
- 支台装置の維持力が適切であることを確認する。
- 咬合床が欠損部顎堤と適合していることを確認する。
- 咬合床辺縁の位置が適切であるか、小帯を圧迫していないかを確認する。
- 必要に応じて咬合床辺縁の長さを調整する。
- 軽く閉口した際に、支台装置及び人工歯が干渉していないかを確認する。
- 必要に応じて支台装置及び人工歯の咬合接触を調整する。
- 前歯部の人工歯が、残存歯と調和した色調・形態及び排列位置になっていることを確認する。
- 臼歯部の人工歯が緊密に咬合していることを確認する。
- 人工歯の排列位置が、舌及び頬粘膜と調和がとれているかを確認する。
- 必要に応じて人工歯の排列位置を修正する。
- 歯肉形成の形態及び歯頸部の位置が残存歯と調和していることを確認する。
- 必要に応じて歯肉形成の形態を修正する。
- 仮床を流水で洗浄後、所定の時間、消毒液に浸漬する。

(6) 義歯装着

- 完成義歯が口腔内の正しい位置に装着できることを確認する。
- 支台装置が支台歯に適合していることを確認する。
- 支台装置の維持力が適切であることを確認する。
- 咬合床が欠損部顎堤と適合していることを確認する。
- 咬合床辺縁の位置が適切であるか、小帯を圧迫していないかを確認する。
- 必要に応じて咬合床辺縁の長さを調整する。
- 軽く閉口した際に、支台装置及び人工歯が干渉していないかを確認する。
- 前歯部の人工歯が、残存歯と調和した排列位置になっていることを確認する。
- 臼歯部の人工歯排列が適切であることを確認する。
- 支台装置及び人工歯の咬合接触を調整する。
- 患者に義歯の着脱方法、取扱い方、義歯及び口腔の清掃方法について説明する。

(7) メンテナンス

- 完成義歯が口腔内の正しい位置に装着できることを確認する。
- 支台装置が支台歯に適合していることを確認する。
- 支台装置の維持力が適切であることを確認する。
- 咬合床が欠損部顎堤と適合していることを確認する。
- 咬合床辺縁の位置が適切であるか、小帯を圧迫していないかを確認する。
- 必要に応じて咬合床辺縁の長さを調整する。
- 軽く閉口した際に、支台歯装置及び人工歯が干渉していないかを確認する。
- 前歯部の人工歯が、残存歯と調和した排列位置になっていることを確認する。
- 臼歯部の人工歯排列が適切であることを確認する。
- 支台歯装置及び人工歯の咬合接触を調整する。
- 患者に義歯の着脱方法、取扱い方、義歯及び口腔清掃方法について説明する。
- 患者に義歯を使用する上で気になることがないかを確認する。
- 義歯の咬合接触状態を確認する。
- 義歯に動揺がないかを確認する。
- 支台歯を中心とした口腔内の清掃状態を確認する。
- 支台歯の異常（二次齲蝕、深い歯周ポケット、動揺）の有無を確認する。
- 欠損部顎堤の異常（圧痕、潰瘍形成、増殖、肥厚など）の有無を確認する。
- 義歯床の適合状態、異常（変質、摩耗、破損など）の有無を確認する。
- 支台装置が適合しているか、破損が生じていないかを確認する。
- 必要があれば床裏装を行う。
- 必要があれば義歯修理を行う。

11. 作業用模型の製作とサベイング

- 必要な器材を準備する。
- 印象周囲をボクシングする。
- 石膏を所定の粉液比で均一に練和する。
- 気泡を混入させないように注意しながら印象材に石膏を注入し、適切な厚みが確保できるよう盛り付ける。
- ラバーボール内に残った石膏を適切に廃棄し、器材を清掃する。
- 石膏が硬化するまで適切な状態で保持する。
- 石膏が硬化したあと、模型を傷つけないよう注意しながら印象を撤去する。
- 適切な形態となるよう、模型をトリミングする。

サベイング操作は、「IX. 歯質と歯の欠損の治療 10. 欠損補綴処置の基本的操作 (1)サベイングと義歯設計」を参照。

12. 咬合採得と平均値咬合器装着

「IX. 歯質と歯の欠損の治療 10. 欠損補綴処置の基本的操作 (4)咬合採得」を参照。

13. 咀嚼能率検査

「V. 歯科治療に必要な診察と検査 11. 咀嚼能率検査」を参照。

X. 小手術・口腔粘膜疾患の治療

1. 治療時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 治療時の共通の基本的技能

「Ⅵ. 基本的臨床技能の共通事項」を参照。

4. 単純抜歯

(1) 医療安全

- 抜歯の必要性（歯の状態）、抜歯の手順、経過、リスクなどを説明し、患者の同意を得る。

(2) 器材の準備

- 抜歯に必要な器具（歯科基本セット、麻酔用器材（表面麻酔、浸潤麻酔）、抜歯鉗子、挺子、鋭匙、ガーゼ、消毒用綿球など）を準備・確認する。

(3) 感染対策

- 帽子、マスク、ゴーグル、フェイスシールドの着用など感染対策を実施する。
- 衛生的手洗い、手指消毒、滅菌手袋の装着を行う。（「Ⅵ. 基本的臨床技能 3. 手洗い、4. 滅菌手袋の装着と廃棄」の欄を参照）

(4) 抜歯

- 抜歯部位を消毒する。
- 浸潤麻酔の刺入点部に表面麻酔を行う。（「Ⅵ. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照）
- 浸潤麻酔を行う。（「Ⅵ. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照）
- 操作前、操作中は患者の表情等を観察するとともに適宜、適切に声かけをする。
- 術者及び患者の適切な位置付けを行う。基本的には術者は患者の8時から11時あたりの位置で操作するが、抜歯部位に応じて適切に変える。
- 適切な挺子を選択する。挺子の把持は手掌で把持し、第2指で支持する。
- 歯の脱臼操作、基本的に挺子の挿入部位は近心頬側隅角部の歯根膜隙に挿入する。
- 挺子操作は基本的に楔作用、回転作用、槓桿作用である。
- 鉗子で把持できる歯であれば、鉗子抜歯を行う。鉗子操作は頬舌的な振り子操作を行う。歯根の形態が円錐根を呈する歯では振り子操作ののち回転操作（上顎中切歯、上顎犬歯、下顎犬歯、下顎小臼歯）を加える。

- 挺子、鉗子の操作前、操作中は患者の表情等を観察するとともに適宜、適切に声かけをする。
- 操作中は清潔、不潔に配慮する。
- 歯の抜去後、抜歯窩の観察を行う。不良肉芽が認められる場合には適宜搔把する。
- 出血の状態を観察し、ガーゼや綿花にて圧迫止血を行う。
- 止血を確認し、抜歯後の注意及び経過について説明する。
- 必要に応じて抗菌薬、鎮痛薬を処方する。
- 処方した場合には処方薬について服薬指導する。

5. 切開・縫合・抜糸の基本(水準Ⅱ)

(1) 器材の準備

- 切開、縫合に必要な器具（ピンセット、麻酔用器材（表面麻酔、浸潤麻酔）、メスホルダー、メス刃、持針器、縫合針、縫合糸、剪刀、消毒用綿球など）を準備・確認する。

(2) 感染対策

- 帽子、マスク、ゴーグル、フェイスシールドの着用など感染対策を実施する。
- 衛生的手洗い、手指消毒、滅菌手袋の装着を行う。（「Ⅵ. 基本的臨床技能 3. 手洗い、4. 滅菌手袋の装着と廃棄」の欄を参照）

(3) 腫瘍の小切開

- 術野を消毒用綿球で消毒する。
- 浸潤麻酔を行う。（「Ⅵ. 基本的臨床技能 8. 局所麻酔」の欄を参照）
- 浸潤麻酔を実施する場合には腫瘍周囲に行い、腫瘍腔に麻酔液を注入してはいけない。
- メスに刃を安全に装着する。
- メスを正しく把持する（執筆法、掌把持法）。
- 粘膜面、皮膚面に直角に刃部をあて、引くように操作し切開する。
- 基本的に切開は粘膜割線に沿って実施する。

(4) 縫合

- 術野を消毒用綿球で消毒する。
- 持針器を選択し、縫合針の先端から3/4辺りの部分を、持針器の先端で把持する。弾機孔部を把持しない。
- 縫合針の弾機孔部に糸を折り返し、適当な長さに装着する（長、短の割合：約7：3）。
- ピンセットは執筆法で、左手で把持する（左利きの場合は右手）。
- 持針器を機種（ヘガール型、マチウ型）に応じて正しく把持する（指把持法、掌把持法）。
- 針の刺入は創縁から適当な距離（約3～5mm）で、粘膜面、皮膚面に対して直角に刺入する。
- 運針は針の湾曲に沿って進める。

- 刺出部位は刺入部位と同距離の部位になるように針を進める。
- 反対側に出た針の先端部を損傷しないように、持針器で把持し、針の弯曲に沿って運針し、縫合針を抜く。
左手のピンセットは創縁を持ち上げるなど補助的な操作を行う。
また、操作中は清潔、不潔に配慮しながら行う。
- 縫合針を安全な場所に置くとともに、器具をトレーの中に戻す。
- 操作中は患者の表情等を観察するとともに適宜、適切な声かけを行う。

(5) 結紮

- 結紮を行う（外科結び、男結び）。
- 剪刀を正しく把持（拇指と環指を剪刀のリングに通し、剪刀の連結部を示指で支持する）し、糸を切る。
- 結び目より約 5～7mm の部分で糸を切る。

(6) 抜糸

抜糸の時期は一般的には口腔粘膜では 5～7 日、皮膚では 7～10 日後に行う。

- 創部を洗浄、消毒する。
- 剪刀及びピンセットを正しく把持する（一般的には剪刀は右、ピンセットは左）。
（ピンセットの持ち方は執筆法で、剪刀の把持は拇指と環指を剪刀のリングに通し、剪刀の連結部を示指で支持する。）
- ピンセットで縫合糸の一端を把持し、軽く持ち上げ、結び目を確認し、粘膜面あるいは皮膚面の直上で糸を切り、抜き取る。
- 創部を確認し、終了する。
- 器具を戻し、手袋を外し、手指消毒を行う。

XI. 矯正歯科・小児歯科治療

1. 治療時の配慮

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「Ⅱ. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 治療時の共通の基本的技能

「Ⅵ. 基本的臨床技能の共通事項」を参照。

4. フッ化物の歯面塗布(水準Ⅱ)

- 歯面清掃する。
- 簡易防湿する。
- 歯面乾燥する。
- 指定された部位にフッ化物を塗布する。
- 患児の不安軽減のために声かけする。

5. 予防填塞(水準Ⅱ)

- 歯面及び小窩裂溝部を清掃する。
- 指定された接着システムに基づいて歯面処理する。
- 光重合型予防填塞材を填塞する。
- 光照射器を使用する。
- 填塞状態を確認する。
- 患児の不安軽減のために声かけする。

6. 保護者への口腔衛生指導

- 指導の開始にあたって、環境を整える。
- 指導にあたって適切に媒体を使用する。
- わかりやすい言葉づかいと聞き取りやすい話し方をする。
- 歯ブラシの選択法を指導する。
- 指導しながら保護者の理解度を確認する。
- 保護者に練習させながら仕上げ磨きを指導する。
- 指導の終わりに、保護者の疑問点を確認する。

7. 矯正歯科治療の分析・診断・治療計画(水準Ⅱ)

- 顎顔面形態と口唇・口腔内を適切に視診・触診する。
- 顎顔面形態と口唇・口腔内の所見を適切に記録する。
- 患者や保護者に配慮して適切に診察する。
- 頭部エックス線規格写真を適正にトレースする。
- 頭部エックス線規格写真を適正に分析する。
- 模型計測を適正に行う。
- 模型分析を適正に行う。
- 診察所見と分析結果から総合的に不正咬合の診断をする。
- 不正咬合の治療計画について立案する。

XII. 高齢者・障害者等患者への治療

1. 治療時の配慮

「II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

2. 医療安全

「II. 医療面接及び身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目」を参照。

3. 治療時の共通の基本的技能

「VI. 基本的臨床技能の共通事項」を参照。

4. 高齢者及びその介護者に対する基本的な対応

(1) 高齢者及び介護者とのコミュニケーション能力(水準II)

- 高齢者特有の患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮する。
- 患者との適切な距離や位置関係を保つ。(一般成人より近めの距離で正対する。)
- 高齢者にわかりやすい言葉で説明する。
- 患者の特性に応じて適切なコミュニケーション手段を用いる。(認知症者には非言語的コミュニケーションを併用する。)
- 患者のペースに合わせた医療面接を行う。
 - はっきりした口調でゆっくりとひとつずつ問いかける。
 - 答える時間を十分に与える。
 - 患者の物語を傾聴する。
 - 作話や誤りを訂正することは控える。
- 歯科治療への希望や期待を把握する。
- 陪席者から情報を得た場合でも、患者の話を直接聞く機会を設ける。
- 説明の繰り返しを厭わない。
- 介護者の心身の負担に配慮し、共感的な態度で接する。
- 高齢者の心理的・社会的背景や介護を受けながら生活を送るための課題を把握し、抱える問題点を抽出・整理する。

(2) 高齢者のチーム医療の実践(水準IV)

- 歯科以外の疾患の罹患・受療状況、疾病ごとの主治医を把握する。
- 服用薬剤や服薬アドヒアランスを把握する。
- 要介護認定の有無や要介護度、介護サービスの利用状況、担当ケアマネジャーを把握する。
- 医療に影響しうる環境要因(居住環境、生活習慣、経済状態、家族関係、社会関係)を把握する。
- キーパーソンを把握する。

- 高齢者総合的機能評価（comprehensive geriatric assessment；CGA）を用いて日常生活機能、精神的機能、社会的機能を評価する。
- 栄養状態や食事の状況（食事摂取量、食形態、介助の要否など）を把握する。
- 利用できる地域の医療資源、介護資源、社会資源の情報を提供する。

(3) 社会における高齢者医療の実践(水準Ⅳ)

- 利用できる地域の医療資源、介護資源、社会資源の情報を提供する。

(4) 高齢者の薬物等の適用と体内動態・副作用・有害作用(水準Ⅳ)

- 高齢者と介護者に義歯洗浄剤の使用方法を説明する。

(5) 高齢者の歯科治療(水準Ⅲ、Ⅳ)

- 本人に加えて、必要な場合は付き添い者（家族、介護者）に本人確認を行う。
- 視・聴覚障害のある患者を安全に誘導する。
- （四肢筋力や平衡機能の低下、パーキンソン病、その他の理由で）転倒リスクの高い患者に適切な転倒防止策を講じる。
- 車椅子で受診した患者の診療椅子への移乗を介助する。
- 不安や緊張が強い患者の付き添い者に陪席を依頼する。
- 治療前・治療中のバイタルサインを確認する。
- 快適で安全な姿勢・体位を確保する。
 - 苦痛がないことを確認する。
 - 誤嚥のリスクが低いことを確認する。
- 誤嚥に配慮した口腔ケアを行う。
 - 歯ブラシやスポンジブラシに含ませる水分は最小限度にする。
 - ケアは口腔の後方から前方に向けて行う。
- 注水下での歯科治療では確実な吸引を行う。
- 口腔機能低下の検査と予防法（介護予防を含む）の指導を実施する。
 - 舌圧検査を実施する。
 - オーラルディアドコキネシスを実施する。
 - 口腔乾燥の検査を実施する。
 - 咬合力検査を実施する。
 - 舌苔指数（TCI）検査を実施する。
 - 咀嚼能率検査を実施する。
- 高齢者と介護者に口腔健康管理の用具の使用方法を指導する。
- 高齢者と介護者に摂食嚥下リハビリテーションを説明する。
- 患者や介護者の食や栄養に関する相談に応じる。
- 患者である高齢者の虐待の兆候を捉え、対応する。

5. 障害者及びその介護者に対する基本的な対応(水準Ⅲ)

- 障害者の身体的、精神的及び心理的特徴に配慮する。
- 障害者及びその介護者に歯科治療に必要な障害者の行動調整（行動管理）を説明する。
- 障害者及びその介護者に障害者における歯科治療の特殊性を説明する。
- 障害者の口腔ケア及び口腔衛生指導を説明する。

6. 在宅医療(訪問歯科診療を含む)時の介助(水準Ⅳ)

- 治療前・治療中のバイタルサインを確認する。
- 快適で安全な姿勢・体位を確保する。
 - 苦痛がないことを確認する。
 - 誤嚥のリスクが低いことを確認する。
- 頭部を固定する。(安頭台のない椅子上で座位診療を行う場合、患者の背側から介助者の手で患者の頭部を支える。)
- 適切な照明で術野の照度を確保する。(懐中電灯など)
- 注水を伴う処置の介助では確実な吸引を行う。(誤嚥防止)
- (吸飲み、ガーグルベースンなどを用いて) 含嗽を補助する。
- 義歯切削時などの介助では飛散した粉塵による生活環境の汚染に配慮する。(介助者が保持するバッグ内で切削を行う、など。)
- 処置中の患者の体動に配慮する。

7. 精神鎮静法の介助(水準Ⅲ)

(1) 診察時の配慮

- 治療のために亜酸化窒素吸入鎮静法を行うことを患者に説明し同意を得る。
- 亜酸化窒素吸入鎮静法適応の可否を確認する。
- 患者の痛みや不快感、安全性に配慮する。
- 亜酸化窒素吸入鎮静法中の患者の状態を観察する。

(2) 器材の準備

- 吸入鎮静器を準備する。
- 酸素ボンベの残量を確認する。
- 亜酸化窒素ボンベの残量(重量計測)を確認する。
- 吸入鎮静器のガス流量調節つまみを調節し、正常に機能するかを確認する。
- 患者に血圧計、パルスオキシメータを装着して計測を行う。
- 患者に適切なサイズの鼻マスクを装着する。
- 患者に鼻呼吸を指示する。

- 酸素を 7~10L/分で流し、リザーバーバッグの呼吸性膨張・収縮の程度で総流量を決定する。
- 吸入亜酸化窒素濃度を 10%から開始して患者の鎮静度を確認しながら、必要に応じて 10%ずつ濃度を上げ、至適鎮静状態を得る。
- 歯科治療中の鎮静状態、バイタルサインを麻酔チャートに記録する。
- 歯科治療中の鎮静状態、鼻マスクの装着状態が適切かを観察する。
- 歯科治療終了後に亜酸化窒素の供給を停止し、100%酸素を数分間吸入させる。
- 患者が覚醒し、亜酸化窒素吸入前の状態に戻ったのを確認（めまい・ふらつきがない、バイタルサインが安定している）する。

□. 救急

(注1) 心肺停止で倒れたところを目撃された傷病者(成人)への一次救命処置を想定している。

(注2) 学修及び評価はマネキン人形、訓練用 AED などを用いて行う。

(注3) コロナ禍における一次救命処置を想定した内容も含む(下線)

1. 医療安全

- 周囲を見渡し安全であること(車、鋭利なもの、体液などの危険や汚染がないこと)を口に出して確認する。
- 患者に反応がなければ、助けを求める。
- 標準予防策(standard precautions)に配慮する。手袋、マスクなど。
- * (気道の確保では) 頸椎頸髄損傷が疑われる場合は下顎拳上法を行う。
- AEDによる解析の際や放電の際には、全員に患者から離れるように指示し、周囲を見て確認し安全を確保する。
- 明らかな外出血がないか全身を観察する。外出血があれば標準予防策(standard precautions)に配慮しつつ直接圧迫止血する。

2. 一次救命処置(basic life support<BLS>)(水準Ⅳ)

(1) 安全確認と感染予防

- 周囲の安全を口に出して確認する(血液、吐物などの感染物、車、鋭利なものなどが無いこと)。
- 感染の標準予防策(standard precautions)に配慮する(マスク、手袋、フェイスシールドなど)。

(2) 傷病者の反応確認

- 大きな声で両肩を叩きながら反応を確認する。この時、顔を近づけすぎない。

(3) 応援の要請とAEDの手配

- 傷病者に反応が認められない場合には直ちに人を呼び、助けを求める。
- 助けに集まった人に対して119番通報とAEDを依頼する。

(4) 呼吸と脈の確認

- 呼吸の確認を行う。可能であれば下顎拳上をして気道を確保する。
(呼吸の確認は、胸部と腹部の動きを観察する。傷病者の顔に近づいて呼気の有無は確認しない。また、死戦期呼吸は呼吸無しと判断する。)
- 呼吸の確認と同時に脈の確認を行う。
(脈の確認は、甲状軟骨の高さで、甲状軟骨と胸鎖乳突筋の間に指2、3本を軽く押し当てて行う。)
- 呼吸と脈の確認は10秒以内で行う。

(5) 胸骨圧迫

- 傷病者を心肺停止と判断した場合に、直ちに胸骨圧迫を行う。
(胸骨圧迫開始前にエアロゾルの飛散を防ぐためにタオルやハンカチなどで傷病者の口と鼻を覆ってもよい。)
- 胸骨圧迫時の手の位置は、胸骨下半分の胸の真ん中とする。
(胸骨圧迫時に肋骨や剣状突起を圧迫しないように注意する。)
- 胸骨圧迫は、肘を伸ばして床面に垂直となるように圧迫する。
- 胸骨圧迫の深さは、約 5cm (6cm を越えない) とし、強く圧迫する。
- 胸骨圧迫の速さは、1 分間に 100～120 回とする。

(6) 人工呼吸

- 傷病者の感染が疑われる場合、救助者に意思がない場合には、人工呼吸を行わなくても良い。その場合、胸骨圧迫を続けて行う。
- 感染防護具はフェイスシールド、ポケットマスク、バグバルブマスクを使用する。
- 人工呼吸は、傷病者の胸部の動きを確認しながら 1 回 1 秒かけて 2 回行う。
- 人工呼吸は、傷病者の胸の動きが認められなくても 2 回以上行わない。

(7) 胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせ

- 胸骨圧迫と人工呼吸の比は 30 : 2 で行う。
- 胸骨圧迫の中断は 10 秒以内とする。
- 胸骨圧迫と人工呼吸は救急隊に引き継ぐまで、または傷病者に体動が認められるまで続ける。

(8) 自動体外除細動器(AED)の使用

- AED 到着後、直ちに電源を入れ音声指示に従う。
- 電源パッドを傷病者の右上前胸部(鎖骨下)と左側胸部(左乳頭外側の中腋窩線上)に貼る。
(傷病者の胸が濡れている場合には水分を拭き取る。薬剤パッチがある場合には剥がし、接着物も除去し皮膚をきれいにして電極パッドを貼る。植え込み型ペースメーカーまたは除細動器がある場合には、そこから 3cm 以上離して電極パッドを貼る。この時の胸骨圧迫の中断は最小限とする。)
- AED による心電図解析時と電気ショック時には、傷病者から離れるように指示し、周囲の安全を確認する。
- 電気ショック後は直ちに胸骨圧迫を再開する。
- 電気ショックが必要ない場合にも直ちに胸骨圧迫を再開する。
- 救急隊到着後は、AED の電源は切らずに電極パッドも貼ったまま引き継ぐ。

(9) 救急隊への傷病者の引継ぎ

- 救急隊に胸骨圧迫を引き継ぎ、状況を簡潔に報告する。

- 傷病者を救急隊に引き継いだ後、速やかに石鹸と流水で手と顔を十分に洗う。傷病者の鼻と口にかぶせたハンカチやタオルなどは、直接触れないように廃棄する。

3. バッグバルブマスクを用いた人工呼吸法

【1名で行う場合】

- 傷病者の頭頂部側で手技を行う。
- 頭部後屈あご先拳上または下顎拳上で気道の確保を行う。
- 中指、環指、小指を傷病者の下顎にかけて下顎を引き上げつつ、傷病者の鼻と口を覆うように拇指と示指でマスクを保持する。
- 胸部の動きを見ながら1回1秒かけて胸が上がる程度の送気を行う。
- 胸の上がり認めない場合には、気道の確保をし直す。
- 傷病者に自発呼吸はないが脈拍を認める場合には、1分間に10回程度の送気を行う。

Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-Clinical Clerkship Performance Examination(Post-CC PX)) は、歯学生が診療参加型臨床実習を通じて身につけた臨床能力を測り、歯科医師としての資質を備えていることを確認するために行います。

(1) 概要

歯科治療には各種機器や材料を使用すること、患者に与える侵襲の程度が低くない処置が含まれること等の特徴があるため、各大学において工夫しながら実施されている診療参加型臨床実習の形態は様々です。また、それぞれの疾患に対して高度に専門・分化している医科同様、歯科にもいくつかの専門領域があり、臨床実習中の歯学生はそれぞれの領域を専門とする教員の指導を受けながら実地に歯科医療を学んでいます。しかし、どのような処置内容であっても歯科治療を行う際に必要とされる要件は本質的に変わりません。すなわち、常に患者への配慮を念頭におき、その処置の必要性を理解した上で正しく器材を扱いながら治療を実践することや自分に足りない点を確実に認識し、治療中の状況を適切に患者や指導教員に説明・報告することなどがあげられます。さらに、歯科では鋭利な器具を使用し、診療中に体液や血液に触れることが少なくないため、医療安全や感染対策に対する理解と配慮も必要不可欠といえます。

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC PX) は「歯学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版)」において、「G 臨床実習」の別表「臨床実習の内容と分類」に提示された「3. 基本的臨床技能」のうち「Ⅰ.指導者のもと実践する」「Ⅱ.指導者のもとでの実践が望まれる」に含まれるものを中心に、この試験の目的を果たすと考えられるすべての処置から課題を抽出して行われ、臨床実地試験と一斉技能試験によって構成されます。受験料については、会費規程で受験生一人当たり 30,000 円と定められています。

1) 臨床実地試験(CPX : Clinical Practice Examination)

主に態度を中心に、担当医の一人として診療に参加する学生のパフォーマンスを評価することによって、診療参加型臨床実習を通じて歯科医師に求められる基本的な資質を備えていることを確認します。

下記の 6 つの項目 (それぞれに 3 つの小項目を設定) に関する全国共通のチェックリスト・評価基準を用いて「十分」「許容範囲」「不十分」の三段階で評価し、臨床実習期間内に「不十分」が一つもなくなることを合格条件とします。臨床実地試験の実施時期は臨床実習期間の 1/4 経過以降とし、学生の自己申告によって個別に試験を実施します。

- ① 治療に際して患者に配慮する
- ② 当日の治療に必要な器材を確実に準備する
- ③ 必要時に指導教員に報告する

Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

- ④ 処置中に器材を正しく取り扱う
- ⑤ 当該疾患に対して必要な処置およびその内容を説明し、自らが行った治療について正しく自己評価する
- ⑥ 処置中、後片付け時に医療安全・感染対策に配慮する

2) 一斉技能試験(CSX :Clinical Skill Examination)

複数の疾患を再現した統合型共通模型に対して行った 4 課題（下記①～④）の結果を評価することによって、診療参加型臨床実習を通じて基本的な歯科治療に関する技能を身につけていることを確認します。

- ① 手用スケーラーを用いた歯石除去
- ② レジン充填を想定したう蝕除去
- ③ 抜髄後の根管形成
- ④ 全部金属冠を想定した支台歯形成

学生は決められた時間の中で模型を装着したマネキンを仮想患者として治療を行います。学生が行った治療の結果は、それぞれの課題に設けた 3～5 の評価項目（合計 15）について、臨床実習終了時の技能レベルとして「2＝十分」「1＝許容される」「0＝不十分」の三段階で統一評価基準に基づき評価されます。①～④の評価項目には 1 つずつ重要評価項目（合計 4）が設定されており、全評価項目中および 4 つの重要評価項目中に占める「0」判定の割合を勘案して合否決定を行うこととしています。一斉技能試験の実施期間は原則として臨床実習終了 4 ヶ月前から終了 2 ヶ月後までの間とし、大学が定めた試験日に実習室等で一斉に行います。

(2) トライアルの全国成績（概要）

Post-CC PX は 2017～2019 年度にトライアルを行い、2020 年度から正式実施へ移行しました。正式実施移行後も継続してさらなる改善を行っているため、今後変わる可能性があります。参考として 2019 年度トライアルの結果を示します。

1) 臨床実地試験（CPX）の結果

2019 年度の臨床実地試験のトライアルは 28 大学で実施され、受験生数は 2,308 人です。臨床実地試験は合格するまで複数回受験が可能です。初めて合格した受験回を示します。CPX は 1 回目での合格率が 92.4%であり、ほとんどの受験生が 1 回で合格しています。

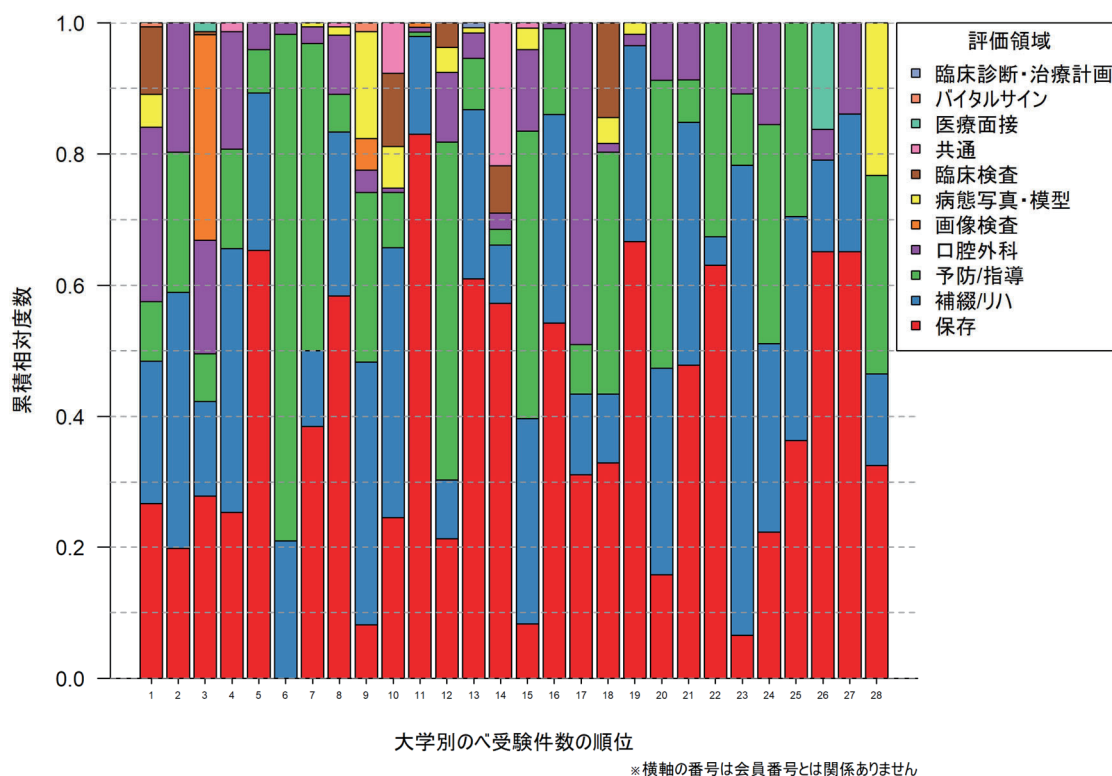
Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

合格までの受験回数				計
1回目	2回目	3回目	合格なし	
2,127	134	10	37	2,308

次に大学別の CPX の受験処置の評価領域の内訳を示します。受験した評価領域の内訳が大学間で異なりますが、評価領域間での合格率の違いはあまりみられません。

大学別 評価領域の内訳: CPX2019

28 大学 2308 名



次に領域別の高頻度を実施された上位 3 処置の件数と合格率を示します。領域にかかわらず、大部分の処置の合格率は 90%以上でした。一部、合格率が 90%未満の処置が認められました。ほとんどが歯学教育モデル・コア・カリキュラム H28 改訂版「臨床実習の内容と分類」の「Ⅰ.指導者のもと実践する」に含まれる処置となっています。一部「Ⅱ. 指導者のもとでの実践が望まれる」に含まれる処置も対象とされています。

Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

領域				処置(1位)				処置(2位)				処置(3位)			
名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率
保存	1206	35.0%	94.5%	メイン テナンス	314	26.0%	95.5%	コンポ ジット レジン 修復	261	21.6%	97.7%	歯周基 本治療	233	19.3%	92.3%
補綴/リ ハ	877	25.4%	93.7%	可撤性 義歯の 簡単な 修理・ 調整	439	50.1%	92.5%	可撤性 義歯に よる簡 単な欠 損補綴 治療	231	26.3%	94.4%	プロビ ジョナ ルレス トレー ション	84	9.6%	98.8%
予防/指 導	697	20.2%	92.4%	口腔清 掃	334	47.9%	90.7%	口腔衛 生指導	240	34.4%	96.2%	セルフ ケアに 対する 動機づ け	64	9.2%	79.7%
口腔外 科	381	11.1%	96.1%	永久歯 の単純 拔牙	143	37.5%	95.8%	抜糸	135	35.4%	98.5%	縫合	83	21.8%	94.0%
画像検 査	77	2.2%	27.3%	口内法 エック ス線撮 影	77	100.0 %	27.3%								
病態写 真・模 型	76	2.2%	97.4%	研究用 模型の 製作	48	63.2%	95.8%	口腔・ 顔面の 写真撮 影	28	36.8%	100.0 %				
臨床検 査	75	2.2%	97.3%	歯周組 織検査	45	60.0%	95.6%	咀嚼能 率検査	20	26.7%	100.0 %	透照診	6	8.0%	100.0 %
共通	43	1.2%	93.0%	局所麻 酔（浸 潤麻 酔）	29	67.4%	96.6%	局所麻 酔（伝 達麻 酔）	14	32.6%	85.7%				

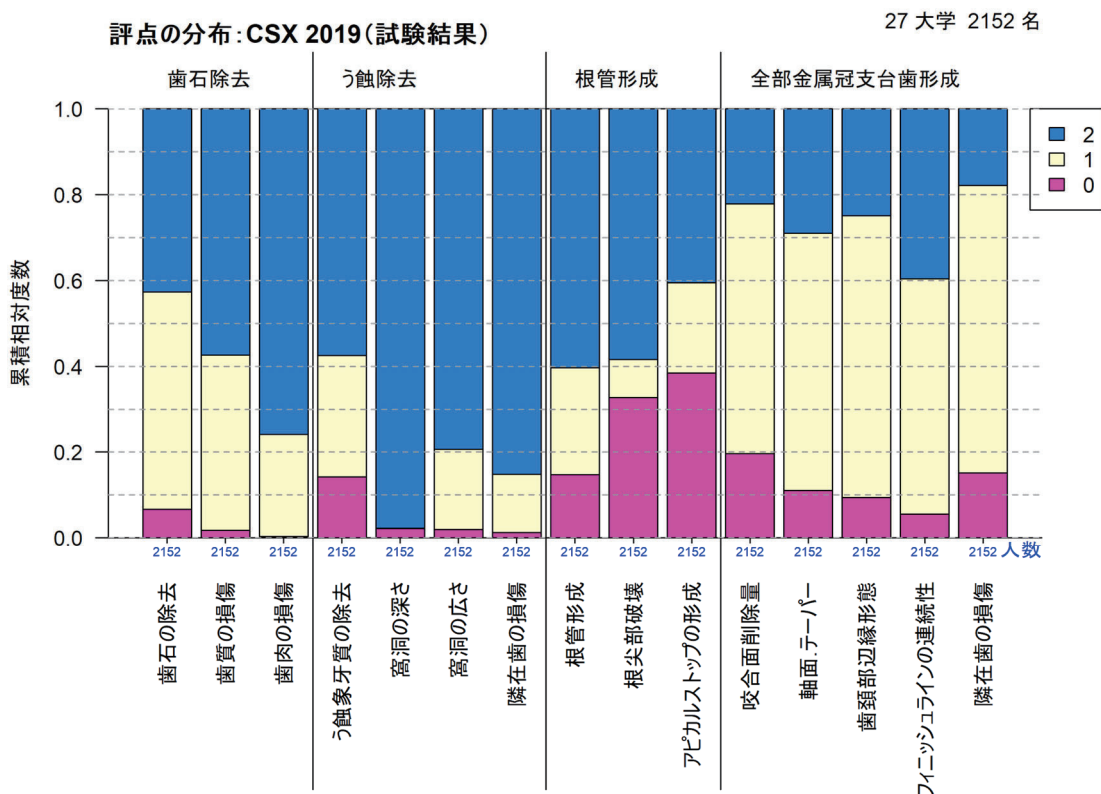
Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

領域				処置(1位)				処置(2位)				処置(3位)			
名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率	名称	件数	割合	合格率
医療面接	10	0.3%	90.0%	医療面接	10	100.0%	90.0%								
バイタルサイン	4	0.1%	75.0%	血圧, 脈拍, 呼吸, 体温の 測定	4	100.0%	75.0%								
臨床診断・治療計画	1	0.0%	100.0%	診断と 治療計画の立案 (咬合が安定している)	1	100.0%	100.0%								

Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

2) 一斉技能試験（CSX）の結果

2019年度の一斉技能試験のトライアルは27大学で実施され、受験生数は2,152人です。4つの課題の15の評価項目の評点の分布を示します。トライアルでは1課題内の評価項目によって評点のばらつき、また課題間での評点の分布が異なりますが、今後評価基準の統一、判断基準の標準化を徹底することによって、いずれの課題においても評価のばらつきを抑え、試験のさらなる信頼性向上を目指します。



次に15の評価項目とそのうちの5つの重要評価項目のレベル0の項目数の受験生数の表を示します。レベル0の重要評価項目数が0、および1の割合が高くなっています。多くの受験生が臨床実習を通じて基本的な診療能力を身につけていることがわかります。

レベル0項目数	レベル0重要項目数					計
	0個	1個	2個	3個	4個	
0個	458	0	0	0	0	458
1個	332	254	0	0	0	586
2個	192	294	62	0	0	548
3個	71	148	90	3	0	312

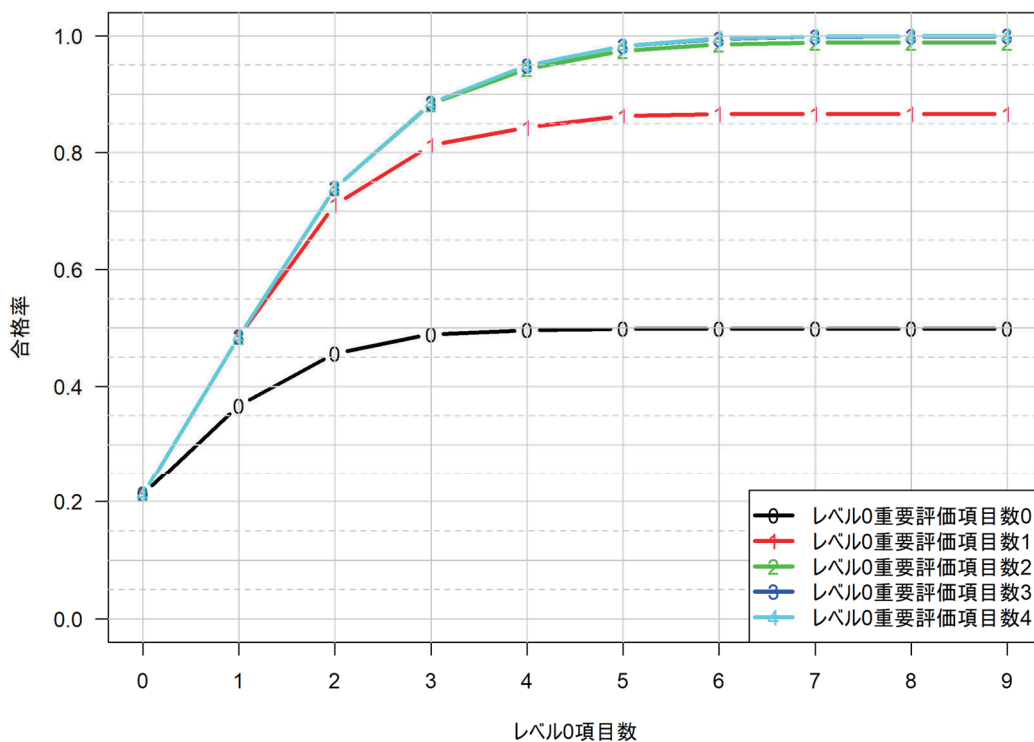
Ⅲ－２ 臨床実習の評価としての共用試験

レベル0項目数	レベル0重要項目数					計
	0個	1個	2個	3個	4個	
4個	15	51	64	8	0	138
5個	5	37	24	6	1	73
6個	0	7	17	3	0	27
7個	0	1	5	2	0	8
8個	0	0	0	1	0	1
9個	0	0	0	1	0	1
Sum	1073	792	262	24	1	2152

CSXの合格基準は全評価項目（総数15）と各課題の重要評価項目（総数4）のレベル0の数の組み合わせで決定します。合格基準，すなわちレベル0の重要評価項目数の数とレベル0の評価項目数の組み合わせと合格率との関係を示します。レベル0の重要評価項目数の数が0の場合は，合格率はレベル0の評価項目数により，20%から50%になります。レベル0の重要評価項目数の数が1の場合は20%から85%になります。レベル0の重要評価項目数の数が2以上の場合は20%から100%であり，レベル0の重要評価項目数が2以上になると，レベル0の重要評価項目数合格率に与える影響は認められなくなります。

合格基準と合格率との関係

27大学 2152名



2021年度歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 受験ガイド

このガイドは、受験生のために、学修方法のアドバイスと、受験時の注意事項をまとめたものです。

受験前の準備

- 1) 歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-Clinical Clerkship Performance Examination(Post-CC PX)) は臨床実地試験と一斉技能試験によって構成され、本誌の336ページの「臨床実習の評価としての共用試験」に示した趣旨で、歯学生が診療参加型臨床実習を通じて身につけた臨床能力を測り、歯科医師としての資質を備えていることを評価します。
- 2) 臨床実地試験では診療参加型臨床実習の診療室において、実際の患者さんに対し行う一連の歯科治療を対象とし、336～337ページに示した1)臨床実地試験の①～⑥の項目に関する評価を行います。
- 3) 「歯学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改訂版)」の「G 臨床実習」の別表「臨床実習の内容と分類」の「3. 基本的臨床技能」のうち、「I. 指導者のもと実践する」「II. 指導者のもとでの実践が望まれる」に該当する口腔外科系、保存系、補綴・リハビリ系、予防・指導系の処置を中心に、記載されている処置を行います。
- 4) 一斉技能試験では歯石除去、う蝕除去、根管形成、支台歯形成の4課題を組み込んだ統合型共通模型を装着したマネキンを仮想患者として、実習室等で治療を行った結果の評価を行います。
- 5) 試験の実施時期は原則として、臨床実地試験は臨床実習期間の1/4経過以降、一斉技能試験は臨床実習終了4ヶ月前から終了後2ヶ月までの間です。臨床実地試験では各大学が設定した受験要件を確認してください。(受験要件を満たした学生から臨床実地試験の受験希望を申告し、受験が可能)
- 6) 臨床実地試験では開示されている評価項目・評価基準を確認し、受験する処置内容の予習を行ってください。
- 7) 一斉技能試験では開示されている課題、課題文、共通評価項目を確認してください。また、必要に応じて、課題実施に必要な器具・器材を準備してください。
(準備の有無は各大学の試験環境に準拠)
- 8) 受験前に、各大学で配布される「歯学系診療参加型臨床実習後臨床能力試験の概要」および「臨床能力試験実施要項 (学生用)」を必ず読んでください。

受験当日

臨床実地試験

- 1) それぞれの大学によって、試験会場や待機室、試験の流れ、順路などが異なりますから、事前の説明をよく理解して行動してください。
- 2) 受験後、受験結果に対するフィードバックを受けてください。（フィードバックの時期は各大学の試験環境に準拠）
- 3) 受験後、速やかに機構の歯学系臨床能力試験受験生webアンケートに回答してください。

一斉技能試験

- 1) それぞれの大学によって、試験会場や待機室、試験の流れ、順路などが異なりますから、事前の説明をよく理解して行動してください。
- 2) 試験室や待機室に持ち込んではいけないもの(腕時計、スマートフォン、携帯情報端末、カメラなど)が定められています。実施要項の注意事項をよく読んで厳守してください。これらの持ち込みがあった場合には、故意ではなくとも、その場で受験が停止され、受験資格がなくなります。
- 3) 受験開始前の試験環境の準備（実習台の準備など）は各自が行ってください。
- 4) 実習室等での試験になりますが、臨床の現場を想定し白衣、マスク、手袋、アイガードを着用し、患者に接する準備をしてください。
- 5) 試験開始後は、課題内容、必要器材の準備、試験時間など、会場の試験監督者の指示に従ってください。
- 6) 試験中(休憩時間も含む)、模型をマネキンから外さないようししてください。
- 7) 試験終了時、会場の試験監督者の指示に従い、当該模型や課題人工歯に受験番号を記載してください。（受験番号は各大学の設定に準拠）その際、課題人工歯は模型から外さないでください。
- 8) 合図とともに試験室から退室し、定められた順路で移動してください。
- 9) 受験後、一斉技能試験実行責任者の指示に従って速やかに機構の歯学系臨床能力試験受験生webアンケートに回答してください。

医療系大学間共用試験実施評価機構 歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験

一斉技能試験サンプル課題

【課題1】20分

下顎4前歯の舌側歯頸部に模擬縁上歯石が1歯につき4か所ずつ付着しています。これらの模擬縁上歯石をすべて除去しなさい。歯石の探索には〇〇〇〇を使用しなさい。

「〇〇〇〇」には大学指定の器具名が入ります。

【課題2】25分

下顎右側第1小臼歯咬合面と隣接面のう蝕象牙質除去を、直接コンポジットレジン修復を想定して行いなさい（エックス線写真参照）。必要に応じてう蝕検知液を使用しなさい。

【課題3】30分

下顎右側第2小臼歯に対して、抜髄を行っており、根管口明示まで終了していません。根管拡大・形成を行いなさい。なお、基準点を残存歯質の上面として、作業長17.5mmで40号まで根管拡大・形成を行うものとする。

注意：・根管が詰まりやすいので、根管形成途中で洗浄を十分に行いなさい。
・髄腔に相当する部分の青色塗料を除去する必要はありません。

【課題4】40分

下顎左側第2小臼歯に対し、全部金属冠を適用するための支台歯形成を行いなさい。フィニッシュラインの位置は歯肉同縁とし、歯頸部辺縁形態はシャンファーとしなさい。咬合面の削除量は1.5mm程度とする。

各課題の試験時間については、事前に申請し短縮することは構わないが、延長は認められない。

IV. 遵守事項

共用試験の公正な準備，実施及び維持管理のために、参加各大学には下記の遵守事項が定められています（平成31年2月22日）。

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 －参加各大学の遵守事項－

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構

理事長 栗原 敏

「公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構」参加各大学におかれては、共用試験の公正な準備と運用のために、以下の事項を遵守されますよう特段のご配慮をお願い申し上げます。

「公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構」によって運用される共用試験は、国家試験とは異なる位置付けとして参加各大学が共同して実施する試験であり、また、原則として参加を希望する大学によって自主的に運営されるものであります。したがって、以下の項目のいずれかに該当すると「公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構」が認めた大学については、共用試験への参加に関して慎重な検討を行うことといたします。

- 共用試験の信用を低下させるおそれのある大学
- 共用試験の適正な運用を妨げるおそれのある大学
- その他、「公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構」が不相当であると認めた大学

なお、参加各大学におかれては、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構へ提出したCBT問題および公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構から「取扱注意」として配布した資料等については、各大学内での管理を厳重にいただき、外部等への漏洩または紛失することのないよう十分にご配慮をお願い申し上げます。

V. 共用試験の今後

1. 医学系共用試験

(1) 臨床実習前のCBTとOSCE

厚生労働省医道審議会医師分科会報告書の答申に沿って、臨床実習前の共用試験を公的試験とする法律が、2021年5月に国会を通過しました。それによると、令和5年4月から、臨床実習前のCBTとOSCEを公的試験として実施することになり、医学生は、これに合格しなければ診療参加型臨床実習で医行為を実施することができなくなります。この法律に基づいた実際の試験形態は、医道審議会医師分科会のもとに共用試験に関する委員会が組織され、そこで詳細が決定されるということです。

CBTに関しては、これまでどおりプール問題の蓄積と代謝の継続、設問形式の検証と更なる設問形式の開発を行います。動画を含む視覚素材を付した設問、例えば医療面接や身体診察についての動画を示し、その適否を問う問題の開発等も、今後の検討課題です。

臨床実習前OSCEについては、評価者認定講習会により、多くの評価者が認定され、他大学の教員が実施大学に赴いて評価する形式が定着しています。今後は、評価者のデータベースを整備して、派遣を容易にするシステムづくりが予定されています。

公的化への対応における喫緊の課題は、医療面接用標準模擬患者の養成と、データベースの作成です。模擬患者養成のためには、大学における模擬患者養成人材の育成と、全国の模擬患者団体を組織化して新たな模擬患者の養成と標準化のための講習会を開催していきませんが、同時に模擬患者養成ガイドラインの整備や模擬患者のためのテキスト作成なども計画中です。

(2) 臨床実習後のOSCE

2020年度からの正式実施を予定していましたが、新型コロナウイルス感染症の流行により、当初の予定の大幅な改変を余儀なくされました。今年度も新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けると予測されますので、実施条件に関して部分的緩和措置（特例措置）を設け、可能な範囲で正式実施を進めていく予定です。

2019年度から開始された大学と臨床研修病院等の医師を対象とした評価者養成は今後も継続します。新型コロナウイルス感染症の流行中は、対面形式ではなく、WEB形式の講習会が主体となる予定です。標準模擬患者に関しては、前述の医療面接模擬患者に身体診察にも協力いただく方向で検討中です。

臨床実習前OSCEと同様に、臨床実習後OSCEについても公的化が近づいていると考えています。それに向けて課題や評価の在り方等について引き続き検討を進めていきます。

2. 歯学系共用試験

(1) 臨床実習前のCBTとOSCE

厚生労働省歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書(2016年3月)の答申に沿って、臨床実習前共用試験を公的試験とする法律が、2021年5月に国会を通過しました。それにより、令和6年4月から、臨床実習前のCBTとOSCEは公的試験として実施されることになり、歯学生はこれに合格しなければ診療参加型臨床実習において歯

科医行為を実施することができなくなります。この法律に基づいた実際の試験形態は、医道審議会歯科医師分科会のもとに共用試験に関する委員会が組織され、そこで詳細が決定される予定になっています。

(2) 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験

歯学系では、臨床実習の評価として、臨床実地試験と一斉技能試験の二つが実施されています。臨床実地試験はworkplace-based assessmentであり、実際の臨床実習現場において歯学生を評価するため、理想的な臨床能力評価法です。

しかし、現在は実施大学の教員のみが自大学の学生を評価していること、機構派遣監督者のもとで一部学生に限定して臨床実地試験が実施されていること等が懸案事項であり、評価の客観性を担保するためには他大学教員が評価者として実施大学に赴いて評価するなど、教員の負担増等に配慮しつつ、実現可能な方法を検討する必要があります。一方、一斉技能試験は順調に実施されていますが、内部評価者のみによる評価になっていることから、外部評価者の導入が今後の検討事項となっています。

3. 公的化に関する法改正について

令和3年5月28日医政発0528第1号「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）から一部抜粋

3 医師法の一部改正

(1) 臨床実習に関する事項

大学において医学を専攻する学生であって、当該学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるものに合格したものは、医師法第17条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業（政令で定めるものを除く。）をすることができるものとする。（第17条の2第1項関係。令和7年4月1日以降は第17条の2）

(2) 医師国家試験の受験資格に関する事項

大学において医学の正規の課程を修めて卒業した者について、大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるものに合格した者でなければ、医師国家試験を受けることができないものとする。（第11条第1項関係）

4 歯科医師法の一部改正

(1) 臨床実習に関する事項

大学において歯学を専攻する学生について、3の(1)と同様の改正を行うものとする。（第17条の2第1項関係。令和8年4月1日以降は第17条の2）

(2) 歯科医師国家試験の受験資格に関する事項

歯科医師国家試験について、3の(2)と同様の改正を行うものとする。（第11条第1項関係）

V. 機構役員・委員等名簿

	担当	氏名	所属	常勤・非常勤の別
理事長		栗原 敏	学校法人慈恵大学理事長	非常勤
副理事長	総務担当	江藤 一洋		常勤
副理事長	事業担当	齋藤 宣彦		常勤
理事		高木 康	昭和大学名誉教授	非常勤
理事		斎藤 隆史	北海道医療大学教授	非常勤
理事		三谷 昌平	東京女子医科大学教授	非常勤
理事		清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問	非常勤
理事		河野 文昭	徳島大学教授	非常勤
理事		新田 浩	東京医科歯科大学教授	非常勤
理事		伊藤 俊之	滋賀医科大学教授	非常勤
理事		石田 達樹	機構事業部長	非常勤
理事		仁田 善雄	機構研究部長	非常勤
理事	有識者	齊藤 延人	東京大学教授	非常勤
理事	有識者	堀 裕	堀総合法律事務所代表弁護士	非常勤
理事	有識者	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長	非常勤
理事	有識者	湯澤 由紀夫	藤田医科大学病院長	非常勤
理事	有識者	三浦 廣行	岩手医科大学歯学部部長	非常勤
理事	有識者	別所 正美	埼玉医科大学学長	非常勤
理事	有識者	羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事	非常勤
理事	有識者	柳川 忠廣	公益社団法人日本歯科医師会副会長	非常勤

	氏名	所属	常勤・非常勤の別
監事	菊池 俊昭	元東京学芸大学事務局長	非常勤
監事	鈴木 裕子	公認会計士	非常勤

将来計画企画調整委員会

栗原 敏	理事長	三谷 昌平	東京女子医科大学	藤井 規孝	新潟大学
齋藤 宣彦	副理事長	新田 浩	東京医科歯科大学	島谷 一芳	事務局長
江藤 一洋	副理事長	伊藤 俊之	滋賀医科大学	松尾 美鶴	総務部長
高木 康	昭和大学	内田 啓子	東京女子医科大学	石田 達樹	事業部長
斎藤 隆史	北海道医療大学	葛西 一貴	日本大学松戸歯学部	仁田 善雄	研究部長

医学系CBT関連委員会等

医学系CBT実施小委員会	
三谷 昌平 (委員長)	東京女子医科大学
齋藤 宣彦 (副委員長)	機構
野田 泰子	自治医科大学
荒関 かやの	埼玉医科大学
松村 譲児	杏林大学
青木 茂樹	順天堂大学
岡田 隆夫	順天堂大学
高木 康	昭和大学
青木 昭子	東京医科大学
中村 陽一	東邦大学
藤倉 輝道	日本医科大学
石田 達樹	機構
仁田 善雄	機構

医学系CBT実施小委員会 機構派遣監督者等講習会専門部会	
三谷 昌平 (部会長)	東京女子医科大学
齋藤 宣彦	機構
野田 泰子	自治医科大学
荒関 かやの	埼玉医科大学
松村 譲児	杏林大学
青木 茂樹	順天堂大学
岡田 隆夫	順天堂大学
高木 康	昭和大学
青木 昭子	東京医科大学
中村 陽一	東邦大学
稲垣 弘文	日本医科大学
藤倉 輝道	日本医科大学
堀 有行	金医科大学
鈴木 利哉	大学改革支援・学位授与機構
石田 達樹	機構
仁田 善雄	機構

医学系CBT実施小委員会 タイプM(診断)問題作成専門部会	
藤倉 輝道 (部会長)	日本医科大学
堀内 明由美	筑波大学
荒関 かやの	埼玉医科大学
鈴木 勉	順天堂大学
石橋 由朗	東京慈恵会医科大学
岩崎 直子	東京女子医科大学
中村 陽一	東邦大学
福田 いずみ	日本医科大学
伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学
堀 有行	金沢医科大学

医学系CBT実施小委員会 タイプM(病態・基盤)問題作成専門部会	
松村 譲児 (部会長)	杏林大学
野田 泰子	自治医科大学
向井 邦晃	慶應義塾大学
岡田 隆夫	順天堂大学
村山 尚	順天堂大学
中村 真理子	東京慈恵会医科大学
澤田 達男	東京女子医科大学

医学系CBT実施小委員会 タイプQ問題作成専門部会	
青木 昭子 (部会長)	東京医科大学
鯉淵 典之	群馬大学
佐藤 全伯	防衛医科大学校
金子 英司	東京医科歯科大学
太田 邦雄	金沢大学
野村 英樹	金沢大学
飯田 洋	横浜市立大学
西巻 滋	横浜市立大学
前田 寿美子	獨協医科大学
矢嶋 宣幸	昭和大学
小澤 秀樹	東海大学
鈴木 敬一郎	兵庫医科大学
鈴木 利哉	大学改革支援・学位授与機構

医学系CBT問題評価・プール化小委員会	
高木 康 (委員長)	昭和大学
橋本 尚詞 (副委員長)	東京慈恵会医科大学
鯉淵 典之	群馬大学
朝比奈 真由美	千葉大学
稲森 正彦	横浜市立大学
櫻井 裕之	杏林大学
秋山 暢	帝京大学
大久保 由美子	帝京大学
長嶋 洋治	東京女子医科大学
廣井 直樹	東邦大学
阿部 百合子	日本大学
石毛 美夏	日本大学
稲垣 弘文	日本医科大学
藤倉 輝道	日本医科大学
新村 文男	東海大学
鈴木 敬一郎	兵庫医科大学
仁田 善雄	機構

医学系CBT事後評価解析小委員会	
高木 康 (委員長)	昭和大学
鯉淵 典之 (副委員長)	群馬大学
椎橋 実智男	埼玉医科大学
堀 有行	金沢医科大学
鈴木 敬一郎	兵庫医科大学
上野 滋	岡村一心堂病院
仁田 善雄	機構

医学系OSCE関連委員会等

医学系OSCE実施小委員会

内田 啓子 (委員長)	東京女子医科大学
大滝 純司 (副委員長)	東京医科大学
伊藤 彰一	千葉大学
森 淳一郎	信州大学
谷口 純一	熊本大学
中川 幹子	大分大学
山脇 正永	東京医科歯科大学
石川 ひろの	帝京大学
守屋 利佳	北里大学
森本 剛	兵庫医科大学
小山 弘	国立病院機構 京都医療センター
北村 聖	公益社団法人 地域医療振興協会

医学系OSCE実施小委員会 外部評価者認定専門部会

谷口 純一 (部会長)	熊本大学
石井 誠一 (副部会長)	東北大学
内田 啓子	東京女子医科大学
大滝 純司	東京医科大学
森本 剛	兵庫医科大学
高田 清式	愛媛大学
高橋 誠	北海道大学
林 達哉	旭川医科大学
石川 和信	福島学院大学
渡部 健二	大阪大学
岸 美紀子	群馬大学
菊田 健一	福井大学
柵山 年和	東京慈恵会医科大学
伊関 憲	福島県立医科大学

医学系OSCE実施小委員会 模擬患者標準化専門部会

石川 ひろの (部会長)	帝京大学
藤崎 和彦 (副部会長)	岐阜大学
内田 啓子	東京女子医科大学
金子 英司	東京医科歯科大学
阿部 恵子	愛知医科大学
大久保 由美子	帝京大学
岸 美紀子	群馬大学

医学系OSCE事後評価解析小委員会

森本 剛 (委員長)	兵庫医科大学
高田 清式 (副委員長)	愛媛大学
内田 啓子	東京女子医科大学
横崎 典哉	広島大学
岸 美紀子	群馬大学
林 達哉	旭川医科大学
日高 浩史	関西医科大学
石川 和信	福島学院大学
石川 鎮清	自治医科大学
渡部 健二	大阪大学
松井 邦彦	熊本大学
松井 真	和楽仁芳珠記念病院
高橋 誠	北海道大学
柵山 年和	東京慈恵会医科大学
石井 誠一	東北大学
本間 正人	鳥取大学
吉田 素文	国際医療福祉大学
菊田 健一郎	福井大学
伊関 憲	福島県立医科大学
山内 かづ代	東京女子医科大学
西屋 克己	関西医科大学
仁田 善雄	機構

医学系OSCE事後評価解析小委員会 学習・評価項目等改訂専門部会

横崎 典哉 (部会長)	広島大学
岸 美紀子 (副部会長)	群馬大学
内田 啓子	東京女子医科大学
大滝 純司	東京医科大学
森本 剛	兵庫医科大学
高田 清式	愛媛大学
林 達哉	旭川医科大学
日高 浩史	関西医科大学
石川 和信	福島学院大学
石川 鎮清	自治医科大学
渡部 健二	大阪大学
松井 邦彦	熊本大学
松井 真	和楽仁芳珠記念病院
高橋 誠	北海道大学
柵山 年和	東京慈恵会医科大学
石井 誠一	東北大学
本間 正人	鳥取大学
菊田 健一郎	福井大学
伊関 憲	福島県立医科大学
山内 かづ代	東京女子医科大学
西屋 克己	関西医科大学
仁田 善雄	機構

医学系OSCE関連委員会等

医学系OSCE事後評価解析小委員会 課題改訂専門部会	
高田 清式 (部会長)	愛媛大学
森本 剛 (副部会長)	兵庫医科大学
岸 美紀子	群馬大学
石川 ひろの	帝京大学
大久保 由美子	帝京大学
守屋 利佳	北里大学
西屋 克己	関西医科大学
林 達哉	旭川医科大学
日高 浩史	関西医科大学
佐藤 慎哉	山形大学
松延 毅	日本医科大学
石川 和信	福島学院大学
石川 鎮清	自治医科大学
伊藤 正洋	長岡崇徳大学
山崎 直仁	高知大学
吉田 和代	佐賀大学
皿谷 健	杏林大学
大槻 眞嗣	藤田医科大学
渡部 健二	大阪大学
松井 邦彦	熊本大学
鈴木 英雄	筑波大学
熊木 天児	愛媛大学
小坂 健夫	和楽仁芳珠記念病院
松井 真	和楽仁芳珠記念病院
菊田 健一郎	福井大学
莉田 典生	神戸大学
高橋 慎一	埼玉医科大学
道勇 学	愛知医科大学
中島 一郎	東北医科薬科大学

医学系OSCE事後評価解析小委員会 課題改訂専門部会つづき	
武田 英孝	国際医療福祉大学
谷口 純一	熊本大学
高橋 誠	北海道大学
新納 宏昭	九州大学
大谷 晃司	福島県立医科大学
山脇 正永	東京医科歯科大学
山内 かづ代	東京女子医科大学
柵山 年和	東京慈恵会医科大学
石井 誠一	東北大学
岩田 貴	徳島大学
河野 誠司	神戸大学
三木 健太	東京慈恵会医科大学
國島 広之	聖マリアンナ医科大学
宮本 学	関西福祉科学大学
藤田 智	名寄市立総合病院
本間 正人	鳥取大学
瀬尾 宏美	高知大学
阪本 雄一郎	佐賀大学
伊関 憲	福島県立医科大学
山畑 佳篤	京都府立医科大学
菊地 研	獨協医科大学
内田 啓子	東京女子医科大学
吉田 素文	国際医療福祉大学
田中 淳一	東北大学病院
坂東 修二	香川大学
山口 佳子	東京医科大学
山野 嘉久	聖マリアンナ医科大学
高村 昭輝	富山大学
仁田 善雄	機構

歯学系CBT関連委員会等

歯学系CBT実施小委員会

斎藤 隆史 (委員長)	北海道医療大学
入船 正浩 (副委員長)	広島大学
天野 修	明海大学
池田 通	東京医科歯科大学
山下 秀一郎	東京歯科大学
米山 隆之	日本大学
里村 一人	鶴見大学
丹羽 均	大阪大学
森田 学	岡山大学
藤原 卓	長崎大学

歯学系CBT総合評価解析小委員会

藤原 卓 (委員長)	長崎大学
里村 一人 (副委員長)	鶴見大学
北川 善政	北海道大学
嶋田 昌彦	東京医科歯科大学
野村 武史	東京歯科大学
沼部 幸博	日本歯科大学

歯学系CBT FD専門部会

天野 修 (部会長)	明海大学
森田 学 (副部会長)	岡山大学
斎藤 隆史	北海道医療大学
須田 直人	明海大学
新谷 誠康	東京歯科大学
米山 隆之	日本大学
小川 匠	鶴見大学
佐藤 聡	日本歯科大学 新潟生命歯学部
川端 重忠	大阪大学
清島 保	九州大学
中村 典史	鹿児島大学

歯学系CBT問題評価・プール化小委員会

丹羽 均 (委員長)	大阪大学
池田 通 (副委員長)	東京医科歯科大学
山下 秀一郎 (副委員長)	東京歯科大学
石井 久淑	北海道医療大学
北川 善政	北海道大学
溝口 到	東北大学
藤澤 政紀	明海大学
清水 武彦	日本大学松戸歯学部
大槻 昌幸	東京医科歯科大学
荒木 孝二	東京医科歯科大学
後藤 多津子	東京歯科大学
高津 匡樹	日本大学
鎌谷 宇明	昭和大学
松尾 雅斗	神奈川歯科大学
玄 景華	朝日大学
嶋崎 義浩	愛知学院大学
橋本 典也	大阪歯科大学
大原 直也	岡山大学
安細 敏弘	九州歯科大学
坂上 竜資	福岡歯科大学
平田 雅人	福岡歯科大学
朝比奈 泉	長崎大学
木村 裕一	奥羽大学

歯学系CBTフラッシュアップ専門部会

斎藤 隆史 (部会長)	北海道医療大学
入船 正浩 (副部会長)	広島大学
米山 隆之 (副部会長)	日本大学
里村 一人 (副部会長)	鶴見大学
門 貴司	北海道医療大学
石崎 明	岩手医科大学
岸 光男	岩手医科大学
野本 たかと	日本大学松戸歯学部
松野 智宣	日本歯科大学
荒木 和之	昭和大学
佐伯 万騎男	新潟大学
水橋 史	日本歯科大学 新潟生命歯学部
吉田 明弘	松本歯科大学
友藤 孝明	朝日大学
益野 一哉	大阪歯科大学
柴 秀樹	広島大学
馬場 麻人	徳島大学
吉岡 泉	九州歯科大学
清島 保	九州大学
重村 憲徳	九州大学
玉置 幸雄	福岡歯科大学
藤原 卓	長崎大学
南 弘之	鹿児島大学
羽鳥 弘毅	奥羽大学

歯学系OSCE関連委員会等

歯学系OSCE実施小委員会

葛西 一貴 (委員長)	日本大学松戸歯学部
新田 浩 (副委員長)	東京医科歯科大学
服部 佳功	東北大学
松浦 信幸	東京歯科大学
細矢 哲康	鶴見大学
岸本 直隆	新潟大学
二宮 一智	日本歯科大学 新潟生命歯学部
鈴木 一吉	愛知学院大学短期大学部
中嶋 正博	大阪歯科大学
長島 正	大阪大学
上岡 寛	岡山大学
河野 文昭	徳島大学
香川 豊宏	福岡歯科大学

歯学系OSCE実施小委員会・事後 評価解析小委員会FD専門部会

田口 則宏 (部会長)	鹿児島大学
亀山 敦史 (副部会長)	松本歯科大学
川上 智史	北海道医療大学
佐藤 嘉晃	北海道大学
葛西 一貴	日本大学松戸歯学部
新田 浩	東京医科歯科大学
五島 衣子	昭和大学
有地 淑子	愛知学院大学
鈴木 一吉	愛知学院大学短期大学部
中嶋 正博	大阪歯科大学
長島 正	大阪大学
上岡 寛	岡山大学
津賀 一弘	広島大学
河野 文昭	徳島大学
和田 尚久	九州大学
島村 和宏	奥羽大学

歯学系OSCE事後評価解析小委員会

川上 智史 (委員長)	北海道医療大学
和田 尚久 (副委員長)	九州大学
佐藤 嘉晃	北海道大学
森川 和政	岩手医科大学
小宮山 道	日本大学松戸歯学部
宮坂 孝弘	日本歯科大学
中島 一郎	日本大学
五島 衣子	昭和大学
星 憲幸	神奈川歯科大学
亀山 敦史	松本歯科大学
住友 伸一郎	朝日大学
有地 淑子	愛知学院大学
吉田 登志子	
津賀 一弘	広島大学
鬼塚 千絵	九州歯科大学
吉村 篤利	長崎大学
田口 則宏	鹿児島大学
島村 和宏	奥羽大学

医学系Post-CC OSCE関連委員会等

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 実施管理小委員会

伊藤 俊之 (委員長)	滋賀医科大学
清水 貴子 (副委員長)	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
土屋 静馬 (副委員長)	昭和大学
藤田 博一 (副委員長)	高知大学
望月 篤 (副委員長)	聖マリアンナ医科大学
早稲田 勝久 (副委員長)	愛知医科大学
石井 誠一	東北大学
石原 慎	藤田医科大学
伊藤 彰一	千葉大学
内田 啓子	東京女子医科大学
大久保 由美子	帝京大学
大滝 純司	東京医科大学
岡崎 史子	東京慈恵会医科大学
岡田 英理子	東京医科歯科大学
鬼形 和道	島根大学
北村 聖	公益社団法人 地域医療振興協会
小山 弘	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター
鋪野 紀好	千葉大学
高橋 弘明	岩手県立中央病院
廣井 直樹	東邦大学
古川 昇	熊本大学
守屋 利佳	北里大学
齋藤 宣彦	機構

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 学修評価項目・課題管理小委員会

岡崎 史子 (委員長)	東京慈恵会医科大学
原田 芳巳 (副委員長)	東京医科大学
青松 棟吉	佐久総合病院(本院)
秋山 暢	帝京大学
伊藤 俊之	滋賀医科大学
内田 啓子	東京女子医科大学
大滝 純司	東京医科大学
岡田 英理子	東京医科歯科大学
籠島 充	上越総合病院
河野 誠司	神戸大学
黄 世捷	聖マリアンナ医科大学
渋谷 祐子	NTT東日本関東病院
清水 貴子	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
杉村 政樹	札幌医科大学
高田 清式	愛媛大学
高橋 弘明	岩手県立中央病院
高橋 誠	北海道大学
高村 昭輝	富山大学
谷口 純一	熊本大学
南郷 栄秀	JCHO東京城東病院
西屋 克己	関西医科大学
春田 淳志	慶應義塾大学
堀田 晶子	東京大学
町田 幹	日本医科大学付属病院
松平 真悟	昭和大学横浜市北部病院
万代 康弘	東京慈恵会医科大学
望月 篤	聖マリアンナ医科大学
山内 かづ代	東京女子医科大学
山本 健	医療法人社団仁真会 川口ホームケアクリニック

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 認定評価者養成・管理小委員会

石原 慎 (委員長)	藤田医科大学
伊藤 俊之 (副委員長)	滋賀医科大学
清水 貴子 (副委員長)	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
青松 棟吉	佐久総合病院(本院)
石井 誠一	東北大学
伊藤 彰一	千葉大学
稲垣 剛志	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院
大久保 由美子	帝京大学
岡崎 史子	東京慈恵会医科大学
加藤 博孝	岩手県立磐井病院
高橋 弘明	岩手県立中央病院
高橋 誠	北海道大学
栩野 吉弘	大阪市立大学
鳥居 剛	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター
蓮沼 直子	広島大学
廣井 直樹	東邦大学
福田 亙	京都第一赤十字病院
藤田 博一	高知大学
船崎 俊一	埼玉県済生会川口総合病院
堀 有行	金沢医科大学
万代 康弘	東京慈恵会医科大学
向原 圭	久留米大学医療センター
安井 浩樹	美幌町立国民健康保険病院

医学系Post-CC OSCE関連委員会等

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 総合評価解析小委員会	
伊藤 彰一 (委員長)	千葉大学
山内 かづ代 (副委員長)	東京女子医科大学
石井 誠一	東北大学
北村 聖	公益社団法人 地域医療振興協会
小山 弘	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター
清水 貴子	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
谷口 純一	熊本大学
中川 晋	東京都済生会中央病院
蓮沼 直子	広島大学
森本 剛	兵庫医科大学
安井 浩樹	美幌町立国民健康保険病院
早稲田 勝久	愛知医科大学
仁田 善雄	機構
野上 康子	機構

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 解説・教育用動画作成・管理小委員会	
大久保 由美子 (委員長)	帝京大学
岡田 英理子 (副委員長)	東京医科歯科大学
堀田 晶子 (副委員長)	東京大学
石原 慎	藤田医科大学
伊藤 彰一	千葉大学
伊藤 俊之	滋賀医科大学
小山 弘	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター
鋪野 紀好	千葉大学
高田 清式	愛媛大学
高橋 誠	北海道大学
中川 晋	東京都済生会中央病院
原田 芳巳	東京医科大学
船崎 俊一	埼玉県済生会川口総合病院
守屋 利佳	北里大学

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 模擬患者養成・管理小委員会	
守屋 利佳 (委員長)	北里大学
阿部 恵子 (副委員長)	愛知医科大学
山口 育子 (副委員長)	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML
石川 和信	福島学院大学
石川 ひろの	帝京大学
伊藤 彰一	千葉大学
井上 千鹿子	日本医科大学
栩野 吉弘	大阪市立大学
早川 佳穂	岐阜大学
藤倉 輝道	日本医科大学
安元 佐和	福岡大学
山内 かづ代	東京女子医科大学

医学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 学修評価項目WG	
西屋 克己 (座長)	関西医科大学
岡崎 史子 (副座長)	東京慈恵会医科大学
横崎 典哉 (副座長)	広島大学
伊藤 彰一	千葉大学
伊藤 俊之	滋賀医科大学
内田 啓子	東京女子医科大学
小松 弘幸	宮崎大学
小山 弘	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター
杉村 政樹	札幌医科大学
高橋 誠	北海道大学
藤田 博一	高知大学

歯学系Post-CC PX 関連委員会等

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 実施小委員会	
藤井 規孝 (委員長)	新潟大学
秋葉 奈美	新潟大学
魚島 勝美	新潟大学
大澤 銀子	日本歯科大学
葛西 一貴	日本大学松戸歯学部
金澤 学	東京医科歯科大学
川上 智史	北海道医療大学
北原 和樹	城下歯科・矯正歯科
黒川 弘康	日本大学
高橋 礼奈	東京医科歯科大学
長澤 敏行	北海道医療大学
新田 浩	東京医科歯科大学
俣木 志朗	日本歯科大学 東京歯科大学
吉川 一志	大阪歯科大学
江藤 一洋	機構

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 CPX小委員会	
長澤 敏行 (委員長)	北海道医療大学
金澤 学 (副委員長)	東京医科歯科大学
佐藤 友則	日本歯科大学新潟生命歯学部
篠塚 啓二	日本大学
清水 武彦	日本大学松戸歯学部
角 忠輝	長崎大学
曾根 峰世	明海大学
築山 能大	九州大学

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 CSX小委員会	
魚島 勝美 (委員長)	新潟大学
秋葉 奈美 (副委員長)	新潟大学
小川 匠	鶴見大学
高垣 智博	朝日大学
田中 晋平	昭和大学
野崎 剛徳	大阪大学
南 弘之	鹿児島大学
湯本 浩通	徳島大学

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 事後評価解析小委員会	
新田 浩 (委員長)	東京医科歯科大学
吉川 一志 (副委員長)	大阪歯科大学
高師 則行	北海道大学
高橋 礼奈	東京医科歯科大学
田邊 憲昌	岩手医科大学
本田 雅規	愛知学院大学
武藤 徳子	神奈川歯科大学
村松 敬	東京歯科大学
山本 昭夫	松本歯科大学
野上 康子	機構

歯学系診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 評価者等認定小委員会	
黒川 弘康 (委員長)	日本大学
大澤 銀子 (副委員長)	日本歯科大学
栗野 秀慈	九州歯科大学
川原 一郎	奥羽大学
清水 慶隆	広島大学
都築 尊	福岡歯科大学
西岡 貴志	東北大学
原 哲也	岡山大学

医学・歯学系共通委員会等

試験信頼性向上検討委員会	
仁田 善雄 (委員長)	機構
荒木 孝二	東京医科歯科大学
伊藤 彰一	千葉大学
植野 真臣	電気通信大学
川上 智史	北海道医療大学
久保 沙織	東北大学
山下 秀一郎	東京歯科大学
高木 康	昭和大学
寺尾 尚大	大学入試センター
新田 浩	東京医科歯科大学
三谷 昌平	東京女子医科大学
宮澤 芳光	大学入試センター
森本 剛	兵庫医科大学
宇都 雅揮	電気通信大学
齋藤 隆史	北海道医療大学
前川 眞一	東京工業大学
石田 達樹	機構
野上 康子	機構

共用試験広報・国際連携推進委員会	
三谷 昌平 (委員長)	東京女子医科大学
森尾 郁子 (副委員長)	東京医科歯科大学
吉岡 俊正	東都大学
江藤 一洋	機構
齋藤 宣彦	機構
島谷 一芳	機構
松尾 美鶴	機構
石田 達樹	機構
仁田 善雄	機構

事務局

事務局長	島谷 一芳	総務部長	松尾 美鶴
		事業部長	石田 達樹
		研究部長	仁田 善雄

参 考

臨床実習開始前の共用試験導入の経緯等

1. 昭和62年

「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」（文部省）において、医学生が見学だけでなく、病院の医療チームの一員として診療に参加して経験を積みながら学習する診療参加型臨床実習の導入、医療面接・診療技能教育の必要性が指摘された。

2. 平成 3年10月

厚生省健康政策局諮問機関「臨床実習検討委員会」において、医学生が医行為を行うための違法性阻却要件として「臨床実習開始前の学生の評価を適切に行うこと」が提言された。

3. 平成 8年12月

「21世紀医学・医療懇談会」において、モデル・コア・カリキュラムの策定等、医学部の教育改善について幅広い提言が行われた（21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して～21世紀医学医療懇談会第1次報告～）。

4. 平成 9年10月

「医学における教育プログラム研究・開発事業」が国公立大学関係者によって組織され、モデル・コア・カリキュラムの研究・開発事業が開始された。また、「効果的な臨床実習の導入、実施の在り方に関する調査研究」（科学研究費研究班）により、臨床実習開始前に習得すべき知識、技能、態度、評価等の指針の研究が始まった。

5. 平成11年 4月

「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」（21世紀医学・医療懇談会第4次報告）において、「臨床実習に臨む学生の能力・適性について、全国的に一定の水準を確保するとともに、学生の学習意欲を喚起する観点から、共通の評価システムを作ることを検討すべきである」との提言がなされた。

6. 平成11年 9月

厚生省医師国家試験改善検討委員会報告において、臨床実習開始前の学生評価のシステムを文部省と大学において検討されることが要請された。

7. 平成12年 3月

文部省に高等教育局長の諮問機関として「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」が設置され、医学・歯学教育の改善方策についての検討が開始された。
また、「歯学教育プログラム調査研究会」が発足した。

8. 平成12年11月

「臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システムに関する研究班」が、大学関係者間で設置され、その下に「臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システムに関する研究専門委員会」が設置された。

9. 平成13年 3月

「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」から「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について～学部教育の再構築のために～」が報告され、医学及び歯学教育のモデル・コア・カリキュラムが提示され、それに基づく臨床実習開始前の学生の適切な評価システムの構築のための大学間の共用試験システム創設についての提言等がなされた。

参 考

10. 平成13年 4月

全参加大学による全体会議が4回開催され、研究班を中心に共用試験システムの参加の意向確認と試験内容や実施方法等について検討が行われるとともに、第1回のCBTトライアルを平成14年2月～7月に、OSCEトライアルを平成14年1月～6月に実施することとなった。

11. 平成14年 4月

共用試験実施のため、医学教育振興財団と全国医学部長病院長会議に全国歯科大学長病院長会議が協力して共用試験実施機構を設立した（事務局は全国医学部長病院長会議内）。平成14年に共用試験の第1回トライアルを開始し、第2回トライアルを平成14年～15年に、第3回トライアルを平成15年～16年に、最終トライアルを平成16年～17年に、第1回の正式実施を平成17年～18年に開始することとなった。

12. 平成14年 4月

東京医科歯科大学にカリキュラムの開発研究や共用試験の実施をサポートするために、全国共同利用施設として医歯学教育システム研究センターが設置された。

13. 平成15年 4月30日

共用試験実施機構運営委員会において、共用試験の正式実施業務を円滑に行うため、共用試験実施機構（任意団体）を平成17年度から社団法人化することが決定された。併せて運営委員会内に法人化準備検討ワーキングチームを発足させ、準備検討作業を開始することが決定された。

14. 平成15年 6月18日

共用試験実施機構全体会議において、共用試験実施機構の社団法人化の方針及び法人化準備検討ワーキングチームによる準備検討作業開始が了承された。

15. 平成16年12月 7日

共用試験実施機構運営委員会において、法人化準備検討ワーキングチーム（合計32回）の社団法人申請の準備作業状況が報告され、社団法人申請が了承された。

16. 平成16年12月17日

設立発起人総会において社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の設立申請が承認された。

17. 平成17年 3月 7日

社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の設立申請書が文部科学省に提出された。

18. 平成17年 3月14日

社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の設立が文部科学大臣から認可され、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が発足した。事務局（総務部・事業部・会議室等）が茶州ビル（〒113-0034 東京都文京区湯島1-9-15）に設置された。

19. 平成17年12月

第1回正式実施（2006年度共用試験）が開始された。

20. 平成19年 3月

厚生労働省医師国家試験改善検討部会報告において、「医師養成における各段階の到達目標が一連の整合性を持つよう検討すべきであり、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム、共用試験や卒後研修の到達目標等との連携を意識して、医師国家試験の果たすべき役割を十分に発揮できるものとなるようにすべきである。」と結論された。

参 考

21. 平成19年 4月

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（文部科学省）の報告（地域保健・医療を担う人間の育成，医療安全教育及び腫瘍学教育の充実等）を踏まえ，医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する恒常的な組織として，改訂原案の作成を行う専門研究委員会，決定等を行う連絡調整委員会が文部科学省に設置された。

22. 平成19年12月

医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われた（法制度・名称の変更による用語の修正等の必要最小限の改訂）。

23. 平成20年 4月

事務局に研究部を設置した。

24. 平成20年 7月

奥羽大学歯学部が入会し，正会員数が109大学等となった。

25. 平成22年 6月

医学教育カリキュラム検討会，歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議の提言を踏まえ，医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する恒常的な組織として，改訂原案の作成を行う専門研究委員会，決定等を行う連絡調整委員会が文部科学省に設置された。

26. 平成23年 3月

医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われた（平成22年度改訂版）。

27. 平成26年 4月 1日

内閣府から公益認定を受け，公益社団法人へ移行した。

28. 平成28年11月

東北医科薬科大学医学部が入会し，正会員数が110大学等となった。

29. 平成29年 3月

医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われた（平成28年度改訂版）。

30. 平成29年 4月

診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験（Post-CC OSCE）の2020年度本格実施を目途に、トライアルを開始した。

31. 平成29年11月

国際医療福祉大学医学部が入会し，正会員数が111大学等となった。

下記の名称は商標登録されています。

【医療系大学間共用試験実施評価機構】【CATO】【共用試験】

【共用試験 CBT】【共用試験 OSCE】【順次解答型 CBT】

共用試験ガイドブック 第19版（令和3年）

令和3年6月発行

発行 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）

〒113-0034 東京都文京区湯島1-9-15 御茶ノ水 HYビル（茶州ビル）7階

電話：03-3813-4620, FAX：03-3813-4320

E-mail：info@cato.or.jp

Home Page：http://www.cato.umin.jp/

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の許可なく本冊子の内容の一部または全部をコピー、転載することを禁止します。