

疾患名 **高血圧 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)高血圧の概念と定義 2)高血圧の疫学 3)高血圧の予後と合併症 4)本態性高血圧と二次性高血圧 5)高血圧緊急症	1)診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHg以上 2)4300万人の患者がいる最も多い生活習慣病。 3)放置すると合併症をきたす。 4)本態性と二次性がある。二次性高血圧をきたす代表的な疾患リスト。二次性は原因疾患の治療が必要なので、見逃してはいけない。 5)、著しい血圧上昇だけではなく、高血圧により、脳、腎、心臓などの心血管系臓器に急性障害が生じ進行している病態。高血圧性脳症、くも膜下出血や大動脈解離など、ただちに降圧しなければ生命の危険がある状態。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)特徴的な自覚症状はない。高血圧緊急症の場合は、その原因となる疾患の症状がみられる。家族歴、薬歴（漢方薬、鎮痛薬を含む）を聴取する。 2)正しい血圧測定方法、家庭血圧測定、血圧の左右差、ABIなど（JSH2019ガイドライン表2-9）
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)心電図 2)胸部エックス線 3)血液検査 4)尿検査	1)2)心電図、胸部エックス線は所見がないことがほとんど。 3)二次性を除外するための検査（JSH2019ガイドライン表2-10）。動脈硬化の危険因子の評価（血糖、コレステロールなど）
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)血圧値の解釈 2)二次性高血圧の除外 3)病期の解釈	1)血圧はワンポイントで判断しない。苦痛や不安などのストレスで一過性に上昇することに注意。 2)おもな二次性高血圧をきたす疾患とそれを示唆する所見、鑑別に必要な検査の表（JSH2019ガイドライン表13-1）。 3)血圧値の分類（正常血圧～Ⅲ度高血圧）（JSH2019ガイドライン表2-5）

疾患名 高血圧 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)一過性の血圧高値 2)二次性高血圧(の原因疾患) 3)高血圧緊急症	1)上記参照。緊急性がない場合は家庭血圧測定を指示し、適切に測定された安静時の血圧値で判断する。 2)上記参照。 3)高血圧緊急症の原因疾患（JSH2019ガイドライン表12-1）
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)治療目標の設定 2)薬剤選択の考え方と代表的な降圧薬の特徴 3)反応不十分だった時の薬剤選択	1)治療目標はガイドライン参照（JSH2019ガイドライン表3-3） 2)Ca拮抗薬、ACE阻害薬またはARB、利尿薬から開始する。 3)降圧不十分な場合には、上記のうち機序の異なった降圧薬を併用する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)家庭血圧測定	1)減塩、減量 2)適度な運動 3)節酒、禁煙 4)正しい血圧測定方法、家庭血圧記録
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)対象となる患者 2)フォローアップの注意点 3)定期的な評価	1)全身状態が安定しており、血圧の急激な変化がない患者 2)継続的な生活指導と降圧薬の調整、適切な受診間隔 3)一般的な健診項目、他の動脈硬化の危険因子（糖尿病、脂質異常症など）のチェック
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な病態 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	1)高血圧緊急症の原因疾患（JSH2019ガイドライン表12-1）（再掲） 2)血圧の値だけではなく、進行性の臓器障害の有無の判断が必要
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)高血圧緊急症への対応	1)「本物の」高血圧緊急症であればすぐに転送（ICUにおける厳密な管理の下での降圧が必要） （臓器障害を伴わない一過性の血圧高値に対して、安易に経口降圧薬を投与しない）

疾患名 高血圧 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)二次性高血圧 2)コントロールがつかない場合	1)二次性高血圧が疑われる場合は紹介 2)多剤併用しても十分なコントロールが得られない場合、血圧の変動が激しく、コントロールが難しい場合
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	初診時の評価、これまでの治療経過、基礎疾患、生活習慣など
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **腰痛症 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)腰痛症の概念 2)腰痛症の疫学 3)腰痛症の原疾患 5)専門医受診を急ぐ病歴ポイント	腰痛症は、腰痛は日常診療で最も頻繁に遭遇する症状の一つであり、腰痛の3大要因（整形疾患、大動脈疾患、尿路系疾患）を中心に、「見逃してはいけない腰痛」のスクリーニングのための医療面接と身体所見のポイントをおさえる。
初診時の対応	病歴と身体所見	腰痛症の鑑別疾患で、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1）腰痛の3題要因（整形疾患、大動脈疾患、尿路系疾患）を中心に、「見逃してはいけない腰痛」のスクリーニングのための医療面接のポイント（安静時痛の有無、動作による明らかな増悪）をおさえる 2）鑑別に挙げるような疾患を想定しながら身体診察を行う。 発熱・体重減少・安静時痛 → 腫瘍・感染を疑う 高齢者・骨粗鬆症歴・転倒歴 → 圧迫骨折を疑う
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) X線撮影 2) 尿検査、エコー 3) 造影CT 4) 採血検査、感染所見など	腰痛の3題要因（整形疾患、大動脈疾患、尿路系疾患）を中心に
	診断のポイント（診断基準・分類）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、腰痛症を診断するためのポイントを記載する		鑑別に挙げるような疾患を想定しながら診察を行うポイントを簡潔に。（鑑別診断と一つにまとめる）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	<腰痛の鑑別疾患の病歴ポイント> 1）整形疾患： 2）大動脈解離 3）尿路結石 4）内臓疾患、悪性腫瘍 5）整形外科疾患：肋軟骨炎、肋骨骨折、骨転移	鑑別票を作成して解説する

疾患名 **腰痛症 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	医療連携のために知っておくべき薬物治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 腰痛症の薬物治療について	腰痛の治療では、「レッドフラッグの除外」を前提に、痛みを管理しながら、できるだけ早期に活動性を維持することが重要。 ここでは、「急性」「慢性」の違いを押さえながら、薬物・非薬物療法・地域連携の視点で治療の流れを整理
	治療手技	医療連携のために知っておくべき治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	医療連携のために知っておくべき腰痛の侵襲的な治療について	なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 疾患ごとに	疾患ごとに必要な内容に絞って簡潔に記載
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 対象となる患者 2) フォローアップの注意点 3) 定期的な評価	専門医と連携しつつ、定期的な外来でのfollowの際の確認事項・病歴・診察・検査、専門医受診間隔などのポイントを記載
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 代表的な緊急対応が必要な病態 2) 緊急対応が必要な病態を疑うポイント レッドフラッグサイン	必要な内容の実践ポイントを表などで、記載
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		必要な内容の実践ポイントを表などで、記載
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 整形疾患、等のタイミング 2) 大動脈疾患、 3) 尿路結石	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で記載
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴上うたがわれる状況を提供	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で記載 ・転送には救急車を使用する必要がある場合など留意事項も
その他	その他	その他、当該疾患に関して特に留意すべき点がある場合に記載		

疾患名 **関節症1**

IDC10（M15-M19）

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)関節症の概念と定義 2)関節症の疫学 3)関節症におけるADL低下や社会的影響への対応	1)関節症は多様な病態を含む（関節リウマチ、変形性関節症、脱臼など） 2)関節症は一般外来での主要な症候である。変形性関節症のみでも60歳以上の人口の80%以上に所見があるとされる。 3)関節の痛みと機能障害が患者のQOLを著しく低下させるため、プライマリ・ケアの場では、生活背景や合併症を踏まえた包括的対応が求められる。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)まず急性か慢性か、単関節か多関節かを把握することが重要である。加えて、レッドフラッグサイン（安静時痛、夜間に増悪、発熱、体重減少など）を意識した問診を行う。脱臼が疑われる場合、受傷機転を確認する。 2)患部関節の腫脹や熱感、変形、可動域制限、他動時痛を評価する。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)エックス線検査 2)血液検査 3)関節穿刺+グラム染色	1)症状がある部位を撮影し、関節裂隙の狭小化や骨びらん、脱臼など各疾患の特徴的な所見を評価する。 2)安定した変形性関節症を除き、CRPで炎症の有無を評価する。慢性の多関節炎で膠原病を疑うときは、抗CCP抗体など疾患特異的な検査を行う。 3)関節液の色調・性状、白血球数、グラム染色での菌体や結晶の評価が、特に急性の単関節炎で化膿性関節炎を鑑別するために重要である。

疾患名 関節症2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)急性単関節炎（化膿性関節炎、痛風、偽痛風など） 2)慢性単関節炎（変形性関節症、結核、真菌など） 3)急性多関節炎（ウイルス性関節炎、反応性関節炎など） 4)慢性多関節炎（関節リウマチ、強皮症、乾癬性関節炎など）	1)まずは化膿性関節炎の鑑別が重要であり、発熱や悪寒戦慄の有無や関節穿刺所見が重要である。 2)経過やADL制限を確認し、エックス線検査で変性を評価する。炎症の程度にあわせて関節穿刺を行う。 3)関節以外の全身症状や性活動歴などの病歴聴取、身体診察を行う。 4)関節以外の全身症状の病歴聴取や皮疹などについて全身の診察を行う。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)関節リウマチ 2)化膿性関節炎 3)結晶誘発性関節炎（痛風、偽痛風）	1)関節リウマチ分類基準（2010 ACR/EULAR）を参考に、6週間以上持続する左右対称の多関節炎（特にPIP・MCP関節）がある場合、CRP、リウマチ因子、抗CCP抗体を測定する。 2)悪寒戦慄・発熱を伴う急性単関節炎では必ず化膿性関節炎を想起し、血液培養、関節穿刺を行う。 3)発熱を伴う急性単関節炎を呈する。痛風は母趾MTP関節など小関節、偽痛風は大関節に好発する。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)治療目標の設定 2)薬剤選択の考え方	1)ADLの維持とQOL向上を念頭に患者ごとの治療目標を設定し、薬物療法とリハビリテーションを行う。 2)NSAIDsなどの鎮痛薬を投与する。
	治療手技・非薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)関節穿刺・関節内注射 2)簡易的整復と保存的固定	1)関節穿刺・関節内注射の適応と手技、合併症を理解する。 2)脱臼整復の適応と手技、合併症を理解する。

疾患名 関節症3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)環境調整	1)変形性関節症では減量、痛風ではプリン体制限など。 2)適度な運動、運動補助具の指導。 3)節酒、禁煙。 4)変形性関節症などの慢性疾患では、住宅改修、福祉用具の導入。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	1)症状に加え、合併症や薬剤による副作用（NSAIDs潰瘍など）の出現に注意する。 2)症状のみではなくADLやQOLを含めて、薬物療法やリハビリテーション介入の効果判定を定期的に行い、必要に応じて調整する。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)局所の循環障害・神経障害 2)悪寒戦慄・発熱を伴う急性単関節炎	1)脱臼で患側末梢の循環障害・神経障害が示唆される場合は緊急整復が必要である。 2)化膿性関節炎の可能性がある限り、緊急での対応が必要である。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)疼痛管理 2)簡易固定、安静保持 3)全身管理	全身状態をモニタリングしながら、疼痛管理と簡易固定、安静保持を行う。 循環動態や呼吸状態の急変時は直ちに蘇生対応が必要である。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)関節リウマチなど膠原病が疑われる場合 2)脱臼、骨折など整形外科的処置が必要である場合 3)化膿性関節炎が疑われる場合	専門医による評価、治療が必要である場合や高度な全身管理が必要である場合に紹介を行う。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	1)現病歴、既往歴、薬歴など詳細な病歴と検査結果を情報提供。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 かぜ・感冒 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①かぜ（かぜ症候群）の定義 ②鑑別診断の基本的な考え方	①かぜ（かぜ症候群）とは、ウイルス感染によって起こる、上気道の急性炎症による症状（鼻汁、咽頭痛、咳など）を呈し自然軽快する。 ②かぜと訴えて受診する患者の中には、この定義に当てはまらない患者が多く隠れており、その鑑別が非常に重要である。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①咽頭症状、鼻症状、咳症状、その他の症状の有無 ②発症のタイミングと持続期間 ③併存症状・全身状態 ④周囲の状況 ⑤身体診察	①上気道炎を示す症状として、部位別に、咽頭症状、鼻症状、咳症状を漏らさずに聞き取り、その組み合わせでアプローチを考える必要がある。 ②風邪は原則として数日単位の経過であり、発熱が3日を超えると細菌感染症などの風邪以外の原因である可能性が相対的に高くなる。 ③細菌感染症を示すほかの局所症状がないことを確認する。 ④周囲の流行状況は、検査前確率を正確に見積もるうえで重要である。 ⑤バイタルサイン、SpO2、咽頭所見、頸部リンパ節の腫脹、肺の聴診を行う。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	①迅速抗原検査 ②血液検査 ③胸部エックス線検査	①流行状況や周囲の状況、病歴等を考慮して、インフルエンザやCOVID-19、溶連菌などの迅速抗原検査を行う。 ②細菌感染症や他の疾患が疑われるときは、血液検査を行う。 ③肺炎が疑われるときは、胸部エックス線検査を考慮する。

疾患名 かぜ・感冒 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する		①上気道炎症状（咽頭症状、鼻症状、咳症状）があり、ウイルス性の可能性が高く、自然軽快が見込まれる場合に風邪と診断する。咽頭症状、鼻症状、咳症状が同程度に揃っている場合は、風邪と判断してよい。当てはまらない場合は、「風邪と訴える風邪以外の疾患」と考えて鑑別診断を行う。この中には心筋炎などの致死性疾患が含まれることがあるので注意。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	①診断における基本的な考え方 ②咽頭症状メイン ③鼻症状メイン ④咳症状メイン	②咽頭症状メインで、鼻症状、咳症状を伴わない場合は、溶連菌感染症、扁桃周囲膿瘍などの細菌感染症を慎重に鑑別する。咽頭所見、前頸リンパ節腫脹を確認して、迅速抗原検査等を行う。 ③中等症または重症の細菌性副鼻腔炎以外は、風邪または経過観察可能な副鼻腔炎の可能性が高い。 ④肺炎の鑑別のために考慮する所見（バイタルサインの異常（体温38度以上、脈拍100回/分以上、呼吸数24回/分以上のいずれか1つ）または胸部聴診所見の異常）の有無を確認し、必要に応じて血液検査、画像検査を行う。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①対症療法 ②抗菌薬	①対症療法が基本。解熱鎮痛薬、鎮咳剤、去痰剤、漢方薬などを用いる。 ②診断が正しければ、抗菌薬は不要である。安易な抗菌薬治療は慎むべきである。 肺炎の場合抗菌薬を投与するが、シチュエーション（市中肺炎/院内肺炎医療介護関連肺炎）を考えて選択する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	

疾患名 **かぜ・感冒 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	①生活上の注意 ②感染対策上の注意	①睡眠、休養、発熱時の対応 ②手洗い、うがい、マスク。周囲との接触を避け、外出を控える。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	①対症療法 ②再受診のタイミング	①症状改善まで対症療法を続ける。 ②発熱が長引く場合（目安として4日以上）、他の症状が出現した場合、全身状態が悪化した場合は受診するように話しておく。（再評価して鑑別診断を見直す）
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	①緊急対応が必要なタイミング	「かぜ」そのもので緊急対応が必要となるケースは少ない。「かぜ」を訴えて受診し、肺炎などの別の疾患であることが判明した場合や、かぜを契機に基礎疾患が悪化した場合は、当該疾患での緊急対応が必要になることがある。 肺炎が疑われる場合、A-DROP （Age, Dehydration, Respiration, Orientation, Pressure）のスコアを参考に入院適応がある場合はすぐに紹介する。 （成人肺炎診療ガイドライン2024参照）
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	当該疾患により異なる。	
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	緊急時の対応と同じ。	

疾患名 **かぜ・感冒 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	当該疾患により異なる。	
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **皮膚の疾患 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)皮膚の疾患の概念と定義 2)皮膚の疾患の疫学	1)皮膚の疾患は多様な病態を含む（炎症、感染症、アレルギーなど） 2)皮膚の疾患は膨大な数に及ぶが、患者数の大部分は湿疹、アトピー性皮膚炎、白癬、蕁麻疹など一部の疾患のみが占める。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)いつから、どこに現れ、どのように変化したかという時間的・空間的経過を把握する。加えて、痒みや痛み、発熱などの随伴症状や増悪因子（アレルゲン暴露など）を確認する。アトピー性皮膚炎ではアレルギー疾患の既往歴や家族歴も重要となる。 2)紅斑、紫斑、丘疹、水疱など基本的な皮疹の形態を把握し、大きさや数、癒合の有無などを評価する。経過のフォローアップのために写真に記録することが有効である。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)真菌塗抹鏡検 2)血液検査	1)白癬など真菌感染症を疑う場合は、真菌塗抹鏡検を行う。 2)感染症（蜂窩織炎、褥瘡感染など）を疑う場合は、CRPで炎症反応を評価する。

疾患名 **皮膚の疾患 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、 検査所見の範囲において、当該疾 患を診断するためのポイントを記 載する	1)湿疹 2)アトピー性皮膚炎 3)帯状疱疹 4)蕁麻疹 5)白癬 6)褥瘡 7)薬疹 8)蜂窩織炎	1)掻痒感を伴う紅斑、丘疹、小水疱など多彩な皮膚病変 がみられ、病歴や分布が診断の手がかりとなる。 2)強い掻痒感を伴い慢性的に再発する湿疹が、年齢に応 じた特徴的な部位に左右対称性に分布する。 3)先行する神経痛があり、片側性のデルマトームに沿っ て集簇する水疱が出現する。 4)急な掻痒感とともに、一過性の膨疹が多発し、数時間 以内に消退する。 5)掻痒感を伴う環状の紅斑や鱗屑が慢性的に拡大する。 診断にはKOH直接鏡検による真菌の確認を行う。 6)圧迫により好発部位に形成されやすい。皮膚損傷の深 さと組織の状態をDESIGN-Rに基づいて評価する。 7)薬剤投与開始から1週間～1か月程度でいずれの部位に も出現する。最も頻度が高いのは体幹を中心に左右対称 性に紅斑がみられる播種性紅斑丘疹型である。高熱や粘 膜のびらんなどあれば重症薬疹（Stevens-Johnson症候 群、中毒性表皮壊死症）を疑う。 8)境界が比較的明瞭な紅斑と腫脹、熱感がみられる。

疾患名 皮膚の疾患 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)湿疹：接触性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、感染症、薬疹 2)アトピー性皮膚炎：接触性皮膚炎、脂漏性湿疹、乾癬、疥癬 3)帯状疱疹：単純ヘルペス、水疱性薬疹、接触性皮膚炎 4)蕁麻疹：血管浮腫、薬疹、中毒疹 5)白癬：掌蹠膿疱症、乾癬、接触性皮膚炎 6)褥瘡：皮膚裂傷、失禁関連皮膚炎、うっ滞性皮膚炎 7)薬疹：蕁麻疹、ウイルス性発疹症、光線過敏症 8)蜂窩織炎：壊死性筋膜炎（壊死性軟部組織感染症）、丹毒、深部静脈血栓症、うっ滞性皮膚炎	1)病歴における誘因、皮疹の分布と形態、痒みの性状、感染兆候の有無。 2)アトピー素因の有無、慢性・再発性の経過、特徴的な皮疹の分布（年齢による変化）、強い痒み。 3)先行する神経痛、片側性で神経走行に沿った水疱の出現、集簇性の水疱。眼神経（V1）領域に皮疹がある場合は、眼科での緊急の評価が必要である。 4)突然出現し数時間以内に消退する痒みを伴う膨疹、皮疹が移動する可能性、原因となる誘因の特定。 5)KOH直接鏡検での真菌の確認。 6)荷重がかかる部位に形成されるのが最大の特徴である。 7)原因薬剤の中止後に改善がみられれば薬疹がより疑われる。 8)紫斑や水疱、全身状態の悪化があれば壊死性筋膜炎（壊死性軟部組織感染症）を疑う。

疾患名 **皮膚の疾患 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる （実施すべき）基本的な内容に 絞って記載する	1)外用ステロイド薬 2)抗菌薬・抗真菌薬・抗ウイルス薬 3)褥瘡治療薬 4)原因薬剤の中止（薬疹）	1)吸収率の高い（角質層の薄い）顔や首、陰部にはマイルド～ミディアムランクを、吸収率の低い（角質層の厚い）足底などにはストロングランク以上を選択する。また、頭皮にはローション、乾燥部位には軟膏、顔などにはクリームといったように、部位や使用感に合わせて適切な剤形を選択する。 2)原因微生物にあわせて投与する。 3)黒色壊死にはデブリードマンを促すゲーベנקリーム、黄色滲出液には吸収性に優れたイソジンシュガーやカデックス、赤色肉芽には肉芽形成を促進するオルセノン、白色上皮化には保護と治癒を促すプロスタンディン軟膏などを用いる。創の状態に合わせて適切な被覆材を選択し、過度な乾燥や湿潤を防ぎ、感染のリスクを低減することが重要である。 4)薬疹が疑われる場合は、速やかに原因薬剤を中止する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる （実施すべき）基本的な内容に 絞って記載する	1)褥瘡処置（デブリードマンを含む）	1)黒色壊死に対してゲーベנקリームで軟化させ、デブリードマンを行う。また、状態に応じた被覆材の選択が重要である。被覆材は創面の保護のほか、湿潤環境の維持、圧力の緩和、創部の感染抑制などの機能があり、それらにより創傷治癒の促進に寄与する。乾燥した創に湿潤環境を形成するにはハイドロジェルを、浸出液が少なければハイドロコロイドを、浸出液が多ければポリウレタンフォームを使用する。

疾患名 皮膚の疾患 5

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) スキンケア（アトピー性皮膚炎） 2) アレルゲンの回避（蕁麻疹） 3) 除圧（褥瘡） 4) 栄養療法（褥瘡）	1) 皮膚のバリア機能を保つために保湿と清潔を保つ。 2) 原因となりうる物質を特定し、可能な範囲で避ける。 3) 褥瘡の治療や再発防止のためには除圧が重要である。体圧分散マットレスなどを使用する。 4) 褥瘡の治癒を図るためには栄養状態の改善が必要である。食事摂取が不良であれば、原因の究明と栄養補助食品、経管栄養、経静脈栄養の使用を行う。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) フォローアップの注意点 2) 定期的な評価	1) 症状に加え、合併症や薬物による副作用（アシクロビル投与時のアシクロビル脳症など）の出現に注意する。 2) 適宜、写真を活用しつつ、皮膚所見の推移を評価する。あわせて新規症状の出現がないかを評価する。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 代表的な緊急対応が必要な病態 2) 緊急対応が必要な病態を疑うポイント	1) 壊死性筋膜炎（壊死性軟部組織感染症）、毒素性ショック症候群（TSS）、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、带状疱疹（V1領域）、重症薬疹など 2) 急速に拡大する紫斑、紅斑、粘膜疹、発熱など
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1) 全身管理	全身状態をモニタリングし、バイタルサインの変動があれば末梢静脈ラインの確保、等張晶質液投与を行う。安易な抗菌薬投与を避ける。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 症状が増悪傾向にある場合 2) 全身管理、専門的治療が必要な場合	1) 湿疹を疑い、ステロイド外用薬を継続しても改善しない場合、ざ瘡や伝染性膿痂疹（とびひ）、白癬などの真菌感染などの可能性がある。このように症状に改善がみられない場合は、皮膚科専門医による評価、治療が必要である。 2) 上記の「緊急対応の判断」にあるような疾患が疑われる場合は専門医に速やかに紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1) 現病歴、既往歴、薬剤歴など詳細な病歴と検査結果。

疾患名 **皮膚の疾患6**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **糖尿病 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 糖尿病の概念 2) 糖尿病の分類	1) 糖尿病はインスリン作用の不足による慢性高血糖な特徴とする疾患である。その発症には遺伝因子と環境因子が関与する。糖尿病は網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、末期には失明したり透析治療が必要となることがある点でQOLを下げる可能性がある。さらに、糖尿病は動脈硬化性心血管疾患の発症・進展を促進することも知られている。 2) 糖尿病は1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病などに分類されるが、プライマリ・ケアで治療可能なのは2型糖尿病が主である。 ※以下、日本糖尿病学会の「糖尿病診療ガイドライン2024」を「GL」と記す。当項目の作成に当たってはGLを参考に作成した。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 家族歴 3) 薬剤歴	1) 口渇、多飲、多尿、易疲労感、食事摂取内容、運動量、自宅血圧、妊娠の有無、内服薬、喫煙、飲酒 2) 糖尿病の家族歴の有無 3) 特にステロイドの使用の有無
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) 尿検査 3) ABI(足関節上腕血圧比)	1) 糖尿病型：空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dL}$ もしくは随時血糖 $\geq 200\text{mg/dL}$ 、HbA1c $\geq 6.5\%$ 。eGFR、肝機能、AMY、LDL-C、HDL-C、TG、fT4、TSH、空腹時血清Cペプチド。1型糖尿病を疑う場合は膵島関連自己抗体。 2) 尿蛋白もしくは微量アルブミン尿、尿潜血、尿ケトン体 3) ABI <0.9 の場合末梢動脈疾患を想起する。

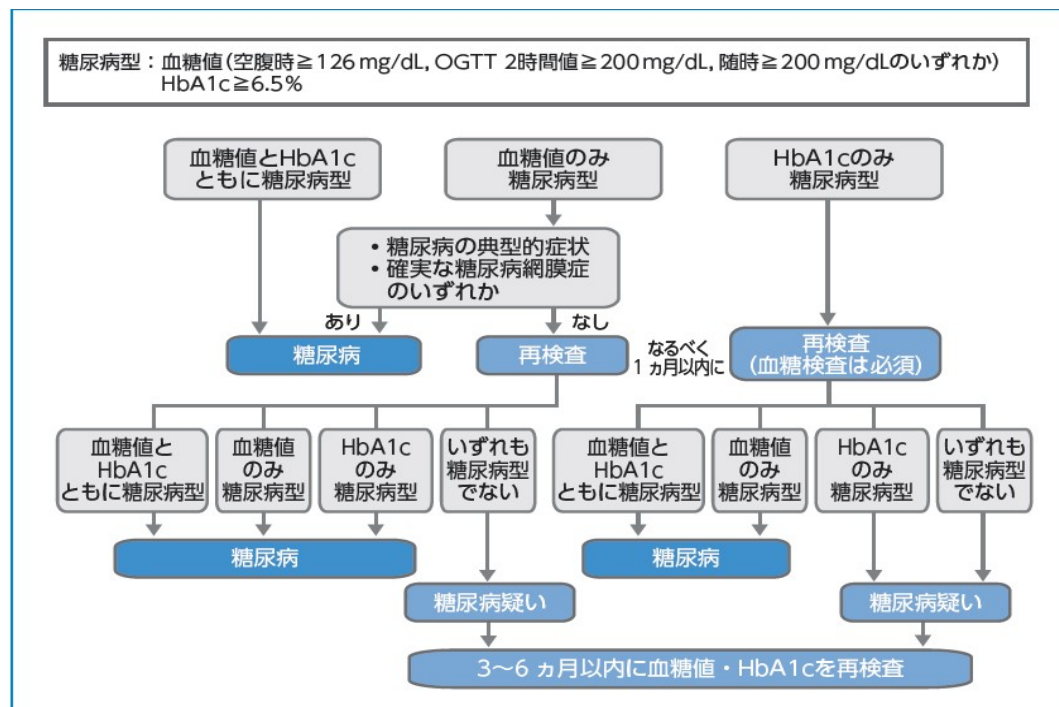
疾患名 **糖尿病 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 血液検査 2) 尿検査 3) 足病変の有無 4) 網膜症について 5) 歯周病	1) 糖尿病型を2回確認し診断する(1回は必ず血糖値で確認する)。詳細は別表1を参照。 2) 糖尿病性腎症の病期を確認する。 3) 糖尿病性神経障害、末梢動脈疾患、足潰瘍の有無について確認する。 4) (できるだけ治療開始前に) 眼科に紹介する 5) 歯周病の合併の評価目的に全例紹介する。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 糖尿病の疑いの場合 2) 膵癌	上記血液検査にて糖尿病型が2回確認できない場合は糖尿病の疑いとして3-6か月後に再検査を行う。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 血糖降下薬による治療 2) インスリンによる治療	1) 2) 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会の「糖尿病病標準診療マニュアル2024」を参照する。SU剤は使用を開始しないようにする。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 食事指導 2) 運動指導 3) (喫煙者)禁煙 4) シックデイ	1) 年齢、病態、身体活動量に応じたエネルギー制限を行う。 2) 有酸素運動(中強度で週150分以上、週3回以上)、レジスタンス運動(週2-3回)が推奨される。 4) 体調不良時でも中間型/持効型インスリンは中止しない
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	目標とする血糖コントロール	年齢、罹病期間、合併症の状態、低血糖のリスクやサポート体制などを考慮して個別に行うべきである。詳細はGLを参照する。重症低血糖を起こすような可能性のある薬を使用している高齢者については別表2のようにHbA1cの下限値を参照する。

疾患名 **糖尿病 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 高血糖緊急症(糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)、高浸透圧性高血糖状態(HHS)) 3) 低血糖 4) 重症感染症 5) 劇症 1 型糖尿病	1) 診断基準はGLを参照する。点滴加療が必要であるため紹介する。 3) インスリンもしくはスルホニル尿素薬内服中の患者で低血糖症状（動悸，発汗，脱力，意識レベルの低下）があり血糖値が70 mg/dL以下の場合 4) 糖尿病患者は重症感染症を起こしやすい。 5) 急性発症の 1 型糖尿病の 2 割を占める。感冒様症状や胃腸炎様症状が先行する場合がある。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1) 高血糖緊急症(DKA、HHS) 3) 低血糖 4) 重症感染症	各疾患による
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 腎機能低下、尿蛋白、血尿がみられる場合 2) 血糖コントロールが問題になる場合	1) 日本腎臓学会の「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」を参照し紹介基準に該当する場合は紹介する。 2) 1型糖尿病、妊娠、二次性糖尿病、DKA・HHS、頻回低血糖などコントロール不安定、インスリン治療導入時、教育入院、HbA1c 9%以上が続く場合は紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 腎機能低下、尿蛋白、血尿がみられる場合 2) 血糖コントロールが問題になる場合	1) 現状の糖尿病の状態と尿蛋白・尿潜血・eGFRを記載する。 2) 現状の糖尿病の状態を記載する。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	(メトホルミン使用中の造影CT撮影について)	(eGFR 60未満もしくは不明：緊急の場合を除き造影剤使用の前後48時間休薬する。eGFR 60以上：造影剤使用当日から48時間後まで休薬する。)

【別表1】 糖尿病の診断基準



【別表2】 高齢者の目標HbA1c

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など）の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

疾患名 外傷 1

IDC10（M15-M19）

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)外傷の概念と定義 2)外傷の疫学	1)外傷は軽微な単独の損傷から多臓器に及ぶ重篤な損傷まで幅広い病態を含む 2)外傷は主要な死亡原因の一つである。世界では年間4500万人以上が外傷による中等度以上の障害を負っている。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)高エネルギー外傷（高所からの転落、自動車に轢かれた歩行者など）を念頭に、受傷機転、受傷時刻、既往歴（抗凝固薬の使用など）を確認する。例えば転倒での受傷例で、単純なつまづきではなく眼前暗黒感など前駆症状がある場合はその原因まで含めたアセスメントが必要となる。 2)①気道、②呼吸、③循環、④神経学的状態の順（ABCDアプローチ）に重症度評価を行う。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)超音波検査 2)エックス線検査 3)頭部CT検査	1)必要に応じてFAST（Focused Assessment with Sonography for Trauma）を実施する。 2)骨折や血気胸が疑われる場合に実施する。 3)頭部外傷が疑われる場合に実施する。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)受傷機転の確認 2)受傷部位の確認 3)重症度の評価	1)失神など外傷の原因に内因性疾患がないかを評価する。 2)ABCDアプローチと全身の評価を行い、受傷部位を特定する。 3)バイタルサイン、FAST、輸液反応性などで重症度を評価する。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)出血性ショック 2)循環系・呼吸器系の重症合併症 3)頭部・脊椎など神経学的損傷	1)外傷に伴うショックバイタルではまずは出血性ショックを疑い、外出血、胸腔・腹腔内出血、後腹膜出血などを検索する。 2)外傷に伴う呼吸器系や循環器系の異常があれば、緊張性気胸、心タンポナーデなどを検索する。 3)外傷に伴う意識障害、呼吸不全、両下肢麻痺など神経学的異常があれば、神経系の損傷を疑う。

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)輸液療法 2)抗菌薬投与 3)破傷風トキソイド 4)鎮痛薬投与 5)薬剤調整	1)ショックが疑われる場合、速やかに末梢静脈ラインを1～2ルート確保し、生理食塩水や乳酸リンゲル液など等張晶質液を投与する。 2)創部の汚染が疑われる場合は予防的抗菌薬投与を検討する。 3)創部の汚染が疑われる場合は、接種歴にあわせて破傷風トキソイドを投与する。 4)十分な鎮痛を速やかに行う。 5)降圧薬による過剰な降圧やベンゾジアゼピン系薬、抗ヒスタミン薬などによるふらつきが転倒の原因となる。受傷の再発防止のため薬剤の見直しを行う。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)洗浄 2)縫合 3)気管挿管 4)頸椎固定	1)局所麻酔と併用して、水道水または生理食塩水で十分な創部の洗浄を行う。消毒薬は細胞毒性のため感染防御機構が障害されるため、使用しない。 2)局所麻酔と併用して、創部の縫合を行う。動物咬傷などで深部の感染が疑われる場合は解放のまま抗菌薬投与を行い、閉創しない。 3)高度な意識障害がある場合などは速やかに気管挿管を行う。 4)頸椎損傷を除外できない限り頸椎固定を行う。
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)運動療法 2)飲酒・喫煙	1)転倒により受傷した場合など、再受傷予防のためのリハビリテーションを行う。 2)節酒、禁煙
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	1)疼痛の増悪、感染徴候、ADL低下などがないか。 2)創傷治癒の程度と合併症を評価する。

疾患名 外傷 3

IDC10 (M15-M19)

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 血圧低下 2) 呼吸障害 3) 意識障害 4) 受傷機転	1) 収縮期血圧 90mmHg未満または普段より40mmHg以上の低下。 2) 呼吸困難、頻呼吸、酸素飽和度低下、徐脈（頸髄損傷を示唆）。 3) GCS15未満。 4) 高所転落など高エネルギー外傷を疑う病歴。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1) 圧迫止血 2) 循環の安定化 3) 気道確保 4) 疼痛管理	1) 外出血に対して圧迫止血を行う。 2) 末梢静脈ラインを確保し、等張晶質液を投与する。 3) 気管挿管、酸素投与を行う。頸椎固定を考慮する。 4) 鎮痛薬を投与する。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 明らかな重症外傷の疑いがある場合 2) 脱臼、骨折など整形外科的処置が必要である場合	1) 出血性ショックや頭部外傷、頸椎損傷、骨盤骨折などの疑いがあるか。 2) 受傷部より末梢側の循環障害や神経障害がみられる場合は緊急で高次医療機関へ搬送する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1) 現病歴、既往歴、薬歴など詳細な病歴と、検査結果、行った処置、バイタルサインなどの経過を情報提供する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **高脂血症 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 高脂血症の治療目的 2) 高脂血症の診断 3) 二次性高脂血症の除外	1) 高LDL-C血症、高TG血症を治療することは動脈硬化の進展を予防し動脈硬化性心血管疾患の発生リスクを軽減することができる。治療を行う際には、検査結果とそれぞれの患者の今後10年間の動脈硬化性心血管疾患の発生リスクを計算して治療開始を検討する。 2) 数回の空腹時採血で繰り返しLDL-C高値を確認し、下記二次性高脂血症を除外して診断を行う。 3) 甲状腺機能低下症、ネフローゼ症候群など二次性高脂血症を除外する。 ※以下、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」を参照に作成した。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 家族歴 3) 身体所見	1) 食習慣、運動量、家庭血圧、冠血管疾患・脳血管疾患・糖尿病の有無、妊娠の有無、内服薬、喫煙、飲酒 2) 高脂血症の家族歴の有無、早発性冠血管疾患の家族歴の有無 3) 浮腫の有無、（家族性高コレステロール血症を疑う場合）黄色腫、アキレス腱の肥厚
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) 尿検査 3) (必要時)アキレス腱X線	1) LDL-C、HDL-C、中性脂肪、総コレステロール、肝機能、腎機能、HbA1c、(二次性高脂血症の除外のため)甲状腺機能 2) (ネフローゼ症候群の除外のため)尿蛋白 3) 家族性高コレステロール血症を疑う場合は撮影する。男性8mm以上、女性7.5mm以上が肥厚である。

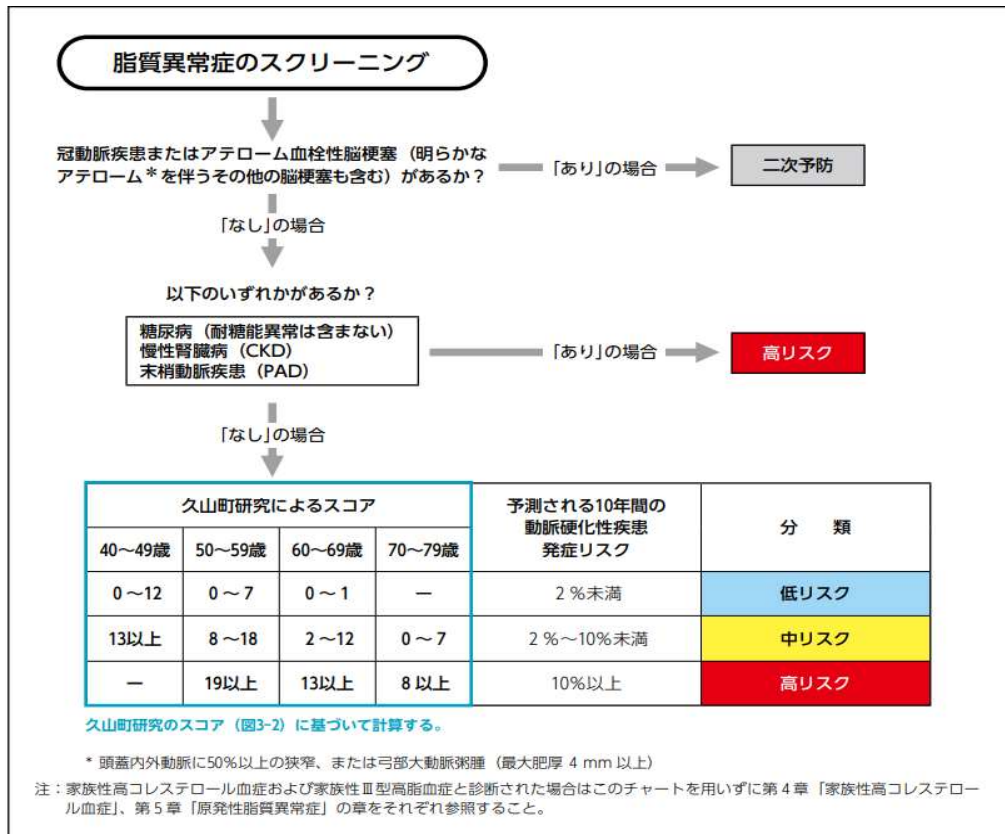
疾患名 高脂血症 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 高LDL-C血症 2) 高TG血症 3) 家族性高コレステロール血症	1) 数回の空腹時採血で繰り返し見られる場合に診断する。 2) TG値 ≥ 150 mg/dL（空腹時）もしくはTG値 ≥ 175 mg/dL（随時）で診断する。 3) (15歳以上の場合)①未治療時LDL-C ≥ 180 mg/dL、②腱黄色腫（アキレス腱肥厚等）あるいは皮膚結節性黄色腫、③第一度近親者で家族性高コレステロール血症もしくは早発性冠動脈疾患の診断がある、の2種類を満たす
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 甲状腺機能低下症 2) ネフローゼ症候群	1) 倦怠感、便秘を自覚している。下腿浮腫が見られる。血液検査にてFT4正常～低値、TSH高値が見られる。 2) 下腿浮腫がみられる。尿蛋白陽性が見られる。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	コントロールの基準	まず別表1に従ってリスク分類を行い、別表2に従って生活指導もしくは投薬を検討する。いずれにおいてもLDL-C ≥ 180 mg/dLが持続する場合は薬物治療開始を検討してよい。高LDL-C血症はスタチン製剤が第一選択である。高TG血症の場合はEPA製剤やフィブラート系製剤の投与を検討する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 食事指導 2) 運動指導 3) (喫煙者)禁煙 4) (BMI ≥ 25) 減量	1) 総エネルギー摂取量を制限し、飽和脂肪酸摂取を減らして魚類など不飽和脂肪酸摂取を推奨する。野菜など食物繊維の摂取を増やす。節酒の指導も行う。 2) 最大酸素摂取量の50% 程度の運動強度の運動(速歩、スロージョギングなど)を、1日合計30分以上、週3回以上、できれば毎日行う 4) 3-6か月で体重もしくはウエスト周囲径の3%以上の減少を目標とする

疾患名 **高脂血症 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) フォローアップの方法	1) 薬物療法を開始した場合には、投与開始半年は2-3か月ごとに、安定したら3-6か月ごとに、血清脂質測定と副作用チェック（肝腎機能、CKなどの測定、筋肉痛など）を行う。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 横紋筋融解症 2) 急性膵炎	1) スタチン製剤使用中の筋肉痛、脱力感、高CK血症がある場合は横紋筋融解症を疑う。急性腎不全へ発展する恐れがある。 2) TG $\geq$ 500 mg/dLの患者で急性発症の上腹部痛を訴えている時に想起する。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 治療をしても十分に目標値に下がらない場合 2) 家族性高コレステロール血症を疑う場合	専門医へ紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 治療をしても十分に目標値に下がらない場合 2) 家族性高コレステロール血症を疑う場合	家族歴や身体所見、これまでの治療経過を記載する。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

【別表1】リスク分類



【別表2】治療目標

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値（mg/dL）			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150（空腹時）*** <175（随時）	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100*	<150 <130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテローム****を伴うその他の脳梗塞を含む）の既往	<100 <70**	<130 <100**		

- * 糖尿病において、PAD、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）合併時、または喫煙ありの場合に考慮する。（第3章 5.2参照）
- **「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む）」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。
- 一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、いずれの管理区分においても LDL-C が 180 mg/dL 以上の場合は薬物治療を考慮する。家族性高コレステロール血症の可能性も念頭に置いておく。（第4章参照）
- まず LDL-C の管理目標値を達成し、次に non-HDL-C の達成を目指す。LDL-C の管理目標を達成しても non-HDL-C が高い場合は高 TG 血症を伴うことが多く、その管理が重要となる。低 HDL-C については基本的には生活習慣の改善で対処すべきである。
- これらの値はあくまでも到達努力目標であり、一次予防（低・中リスク）においては LDL-C 低下率20～30%も目標値としてなり得る。
- ***10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。それ以外の条件を「随時」とする。
- **** 頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫（最大肥厚 4 mm 以上）
- 高齢者については第7章を参照。

疾患名 下痢・胃腸炎 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)下痢・慢性下痢の定義 2)急性下痢症の一般的な原因 3)慢性下痢症の一般的な原因 4)緊急対応の必要な急性下痢症	1) 軟便または水様便が1日3回以上みられる状態を下痢と定義する。さらに下痢が4週間以上持続または反復する状態を慢性下痢と定義する（便通異常症診療ガイドライン2023慢性下痢症）。 2) 急性下痢症の90%は感染症でありその大半は自然軽快する。一方で全身疾患の症状の一つとして下痢を来す場合もある。 3) 慢性下痢症の原因は1. 薬剤性、2. 食物起因性、3. 症候性（全身疾患性）、4. 感染性、5. 器質性（炎症性や腫瘍性）、6. 胆汁酸性、7. 機能性、8. 下痢型過敏性腸症候群に分類される（便通異常症診療ガイドライン2023慢性下痢症）。予期せぬ体重減少や血便、貧血、進行性の腹痛といった警告症状を伴う場合は悪性腫瘍などを疑って精査が必要である。 4) 自覚症状（下痢、嘔吐、腹痛、発熱）が重篤な場合、明らかな血便を伴う場合、脱水を伴い経口補水が困難な場合は入院を要する

疾患名 **下痢・胃腸炎2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 腹部診察	1)共通して聴取すべき病歴：便の性状、色調、血便の有無、食事量・飲水量 【急性下痢】発症時期、随伴症状（発熱、腹痛、嘔吐）、疑わしい摂食歴、最近の海外渡航歴、薬剤歴（抗菌薬など）、免疫不全をきたす疾患の既往、同様の症状の者との接触歴や食事を同席した者に同様の症状がなかったか 【慢性下痢】誘因、警告症状（予期せぬ体重減少、夜間の下痢、最近の抗菌薬服用、大量・頻回の下痢、低栄養状態、炎症性腸疾患や大腸癌の家族歴）を確認する 2) 腹部腫瘍や腹膜刺激徴候の有無
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	【急性下痢症】 1) 便培養 【慢性下痢症】 1) 血液検査（血算、電解質、CRP、甲状腺機能） 2) 糞便検査	【急性下痢症】抗菌薬投与の必要な細菌性腸炎を疑う場合（下記【薬物療法】参照）には便培養検査を提出する。それ以外の自然軽快の期待できる感染性腸炎を疑った場合、一般に検査は行わない。 【慢性下痢症】 1) 炎症性腸疾患、悪性腫瘍、甲状腺機能亢進症等を念頭に置いた血液検査など 2) 細菌性腸炎、寄生虫感染症、クロストリジウム腸炎の鑑別のため糞便検査を行う
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	【急性下痢症】 1) 抗菌薬投与の必要な細菌性腸炎 2) 感染症以外の下痢症 【慢性下痢症】警告症状（体重減少、夜間の下痢、最近の抗菌薬投与、血便、大量・頻回の下痢、低栄養、炎症性腸疾患や大腸癌の家族歴）	【急性下痢症】1) 抗菌薬投与の必要な細菌性腸炎を疑う症状については下記【薬物療法】を参照。感染症以外の疾患を疑う随伴症状（アナフィラキシー症状、腹膜刺激徴候など）に注意する 【慢性下痢症】警告症状を伴う場合には内視鏡、CTなど精査を進める

疾患名 下痢・胃腸炎 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	【急性下痢症】 1) 感染性腸炎の分類（毒素型、小腸型、大腸型） 2) 感染症以外の下痢症 【慢性下痢症】8つの分類（薬剤性、食物起因性、症候性（全身疾患性）、感染性、器質性（炎症性・腫瘍性）、胆汁酸性、機能的、下痢型過敏性腸症候群）	急性下痢症 1) 症状と経過から毒素型、小腸型、大腸型に分類する。それぞれに該当する原因病原体については別表参照 2) 感染症以外に下痢をきたす急性疾患として虫垂炎、虚血性腸炎、憩室炎、アナフィラキシー、甲状腺/副腎クリーゼ、敗血症、レジオネラを鑑別に挙げる。 慢性下痢症：便通異常症診療ガイドライン2023慢性下痢症 参照

疾患名 下痢・胃腸炎4

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	【急性下痢症】 1) 経口補水 2) 抗菌薬治療 【慢性下痢症】プロバイオティクス、止瀉剤	急性下痢症 1)ほとんどがウイルス性腸炎であるためSelf-limitingであり経口補水が推奨される。対症療法薬としては整腸剤、止痢薬を適宜使用する（ただし、止痢薬については安易には使わないよう留意） 2)抗菌薬投与の必要な細菌性腸炎：便培養検査、抗菌薬投与を検討 ・中等症以上の（日常生活に制限のある）水溶性下痢を認め、最近の海外渡航歴があるもの ・中等症以上の水様性下痢/血性下痢を認め、Red Flag Signを伴うもの ・中等症以上の血性下痢を認め、体温38度以上の場合 ※Red Flag Sign： ・血圧低下、悪寒戦慄など菌血症を疑う場合 ・脱水、ショックなど入院加療が必要な場合 ・免疫不全状態・合併症リスクが高い場合（50歳以上、人工血管・人工弁・人工関節など） （厚労省健康・生活衛生局, 抗微生物薬適正使用の手引き 第三版 参照） 慢性下痢症：便通異常症診療ガイドライン2023慢性下痢症 参照
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	

疾患名 下痢・胃腸炎5

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	急性下痢症：積極的な経口補水 慢性下痢症：食事指導（規則的な食事と運動ほか）	急性下痢症：経口での水分補給を推奨する（水分のみやスポーツドリンク類よりも経口補水液の飲用を推奨する） 慢性下痢症：便通異常症診療ガイドライン2023慢性下痢症 参照
マネジメント	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	【急性下痢症】 軽症～中等症の経過観察 【慢性下痢症】	急性下痢症：軽症から中等症は自然軽快を期待してフォローアップする。ただし、脱水、経口摂取困難といった重症化の兆候に注意する 慢性下痢症：原因疾患によって対応する
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	【急性下痢症】 1)脱水症を伴う急性下痢症 2)アナフィラキシーに伴う下痢	血圧低下や頻脈といった脱水症状を伴う下痢症では緊急に治療が必要である 感染症以外の緊急対応の必要な下痢症としてアナフィラキシーを挙げる
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)補液	血圧低下や経口摂取困難を伴う場合には末梢急速輸液を行う
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)急性下痢症 2)慢性下痢症	1) 急性下痢症：血圧低下や頻脈などショック状態と考えられる場合には入院可能な医療機関へ紹介する 2) 慢性下痢症：食事指導やプロバイオティクスで改善しない、警告症状があるといった精査の必要な慢性下痢症の場合は紹介する
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	重篤な急性下痢症の紹介時のポイント	急性下痢性：免疫不全患者や海外渡航歴のある患者の場合にはその旨紹介状に明記する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

別表(例)：感染性腸炎の原因病原体

毒素型（嘔吐が主症状）	黄色ブドウ球菌、セレウス
-------------	--------------

小腸型（下痢が主症状）	ウイルス性、コレラ菌、腸管毒素原性大腸菌、ウェルシュ菌、腸炎ビブリオ、セレウス菌（下痢型）
大腸型（下痢、発熱や強い腹痛）	カンピロバクター、サルモネラ、赤痢菌、腸管出血性大腸菌、C. difficile（Clostridioides difficile）、赤痢アメーバ
旅行者下痢症	毒素原性大腸菌、マラリア、ウイルス性、サルモネラ（腸チフス/パラチフス）、赤痢菌、カンピロバクター、O157

疾患名 **CKD（腎障害） 1**

①CGA重症度評価を行う②生活・栄養指導③紹介基準に則り紹介

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)AKIの診断基準・主な原因 2)CKDの診断基準・CGA重症度分類・主な原因 3)リスク因子 4)CKDの進展に伴う合併症	1)「AKI診療ガイドライン2016」参照（KDIGO診療ガイドラインの診断基準を推奨）、主な原因(腎前性,腎性,腎後性)腎性→急性尿細管壊死、急性間質性腎炎、急性糸球体腎炎 2)「CKD診療ガイド2024」1章-1,2参照。主な原因(糖尿病関連腎症、腎硬化症、慢性糸球体腎炎) 3)「CKD診療ガイド2024」1章-1参照。 4) 腎性貧血,CKD-MBD,代謝性アシドーシス,高K血症
初診時の対応 （AKIにも触れる）	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	AKI 1) 病歴 2) 身体所見 CKD 3) 病歴 4) 身体所見	1)病歴(尿量低下、経口摂取量低下、浮腫や体重増加など溢水の兆候) 既往(肝硬変,心不全)治療歴(造影剤,抗生剤,シスプラチン等)先行感染 2)脱水(口渇,ツルゴール低下),心不全(頸静脈怒張,Ⅲ音),皮疹 →急性間質性腎炎,Blue toe →コレステロール塞栓 3)CKD早期は無症状。基礎疾患(高血圧,糖尿病)や家族歴。過去の血液検査データ。 4)CKD早期は自覚症状・身体所見がない

疾患名 **CKD（腎障害） 2**

①CGA重症度評価を行う②生活・栄養指導③紹介基準に則り紹介

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応 （AKIにも触れる）	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	AKI 1) 血液検査 2) 尿検査 3) 腹部超音波検査 or 単純CT検査 CKD 4) 血液検査 5) 尿検査 6) 腹部超音波検査 or 単純CT検査	1)生化学(BUN,Cre,Na,K,) 2)定性、沈査（異常円柱）,浸透圧,FENa,FEUN,尿中 NGAL 3)水腎症 4) 血算(Hb),生化(総蛋白,ALB,BUN,Cre,eGFR,UA,血糖,LDL-C,Na,K,Cl,P,Ca,Mg,HbA1c), 5) 定性、沈査(異常円柱)、尿中タンパク(orアルブミン)、尿中Cre 6) 腎萎縮(<8cm)、皮質の菲薄化、片腎、多発性嚢胞腎
	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)AKIの診断基準 2)CKDの診断基準	総論参照 AKIを疑う病歴・検査結果(上記)あれば1-2日後フォロー そうでなければ3カ月後フォローし、診断基準にあてはまるか確認
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)AKIの鑑別 2)CKDの鑑別	1)・腎前性→循環血漿量低下を疑う病歴、肝硬変や慢性心不全、尿浸透圧<350mOsm/kg、円柱無しor硝子様円柱、FENa<1% ・腎性→腎機能低下をひきおこす薬歴、先行感染(急性糸球体腎炎)、尿浸透圧>500 mOsm/kg、尿沈渣で顆粒円柱・尿細管上皮細胞、FENa>2% ・腎後性→尿路閉塞を疑う病歴、画像所見 2)・糖尿病関連腎臓病→糖尿病(+) ・腎硬化症→蛋白尿経度、高血圧の既往、血尿(-)、異常円柱(-)、糖尿病(-) ・慢性糸球体腎炎→慢性の蛋白尿・血尿・異常円柱。高度な蛋白尿はネフローゼ症候群を疑う

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント (CKD)	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	6,7は※ 1) 降圧薬 2) 血糖降下薬 3)腎性貧血 4)尿酸生成抑制薬 5)脂質異常症薬 6)リン吸着薬、活性型ビタミンD（G3以降は骨粗しょう症治療薬は慎重投与） 7)代謝性アシドーシス	「CKD診療ガイド2024」2,4,5,9,10,11章参照。 1)RA系阻害薬(具体的な降圧目標を記載：蛋白尿有無やDM有無、年齢で異なる。) 2)SGLT2阻害薬(A1c<7%が目安だが一律の推奨は行わない) ※上記2つは使用開始早期に見かけ上eGFR低下する 3)Hb<10でESA考慮。鉄欠乏時は鉄剤も 4)尿酸生成抑制薬 UA>8で薬物治療開始考慮。アロプリノールは減量 5)脂質異常症薬 LDL<120(可能なら<100目標) 6)利尿薬、K吸着 7)炭酸水素ナトリウム
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)生活習慣指導 2)栄養指導 (3)肥満があれば減量指導)	「CKD診療ガイド2024」6,7,8章参照 1)禁煙、節酒、適度な水分補給、運動、排便コントロール、ワクチン接種 2)ステージによるエネルギー/蛋白/K/食塩の制限 3)食事療法・運動療法
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 対象となる患者 2) 定期的な評価 3) 注意点	「CKD診療ガイド2024」1章-5,6,12章参照 1)「専門医に紹介する」手前の患者、紹介後かかりつけでフォローする方針となった患者 2)「成人CKDのフォローアップ」参照 3) eGFRの絶対値だけでなく推移をみること。腎代謝の内服薬の用量調整。シックデイ・ルール。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) AKI緊急腎代替療法を考慮する 2)高K血症 (>7mEq/L) を疑う	1)「AKI診療ガイドライン2016」参照 2) 徐脈,低血圧,心電図異常(「CKD診療ガイド2024」11章参照)

疾患名 **CKD（腎障害） 4**

①CGA重症度評価を行う②生活・栄養指導③紹介基準に則り紹介

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	上記1)2)共に モニター装着、心電図検査 あれば 高K緊急症の対応	「CKD診療ガイド2024」 11章参照
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)紹介するタイミング	「CKD診療ガイド2024」 1章-5参照
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1)経過、基礎疾患、eGFRや尿蛋白の推移。腎代替療法の相談時は家族背景や認知機能
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	高齢者のCKD	1)加齢で説明できない急激な進行は年齢のせいにしていない

疾患名 **がん 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)がんの疫学 2)がんの危険因子 3)がん検診の種類	1)がんは日本における死因の第1位。2人に1人ががんになり、男性は4人に1人、女性は6人に1人ががんで死亡する。部位別には、男性が肺がん、大腸がん、胃がん。女性が大腸がん、膵臓がんの順になっている。 2)喫煙、飲酒などが危険因子となる。ピロリ感染（胃がん）、肝炎ウイルス（肝臓がん）、HPV感染（子宮頸がん）など。 3)対策型検診と任意型検診がある。前者には大腸がん、肺がん、胃がん、子宮頸がん、乳がんがあり、対象年齢や回数がそれぞれ異なる。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	病歴、身体所見ともがんの種類によって異なる。治療可能な早期がんはほとんど無症状であり、検診での早期発見が重要となる。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)血液検査 2)画像検査 3)病理検査 4)その他	がんの種類によって異なる。結果の解釈には、各項目の操作特性（感度、特異度）を十分考慮する。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)スクリーニングと確定のための検査	がんの種類によって異なる。スクリーニング検査で陽性だった場合は、特異度の高い精密検査を実施する。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)鑑別診断	がんの種類によって異なる。

疾患名 **がん2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		がんの種類によって異なる。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する		がんの種類によって異なる。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		がんの種類によって異なる。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な病態 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	がんの種類によって異なる。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		がんの種類によって異なる。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)診断の確定 2)再発が疑われる場合 3)症状のコントロールがつかない場合	がんの種類によって異なる。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	初診時の評価、これまでの治療経過、基礎疾患、生活習慣など
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 COPD 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	疾患の概念	おもにタバコが原因で発症する肺の炎症性疾患であり、慢性進行性の気流閉塞を示す。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①病歴 ②身体診察	①喫煙者がゆっくり進行する咳、痰、労作時呼吸困難を訴える場合に疑う。気道感染を契機に、呼吸困難などで診断がつくことも多い。 ②進行すれば呼吸音の減弱、呼気延長、口すぼめ呼吸を認める。発症初期は身体診察では何も異常が見られないことも多い。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	呼吸機能検査、胸部エックス線検査、CT、動脈血ガス	閉塞性換気障害（1秒率70%未満）を認める。 胸部X線では、肺野の透過性亢進、横隔膜平低化などを認める。 胸部CT（肺野条件）では、肺気腫病変が低吸収領域として描出される。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント	①長期の喫煙歴などの曝露因子があること、②気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで1秒率70%未満であること、③他の気流閉塞を来しうる疾患を除外すること（ガイドライン）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	気管支喘息、気管支拡張症、びまん性汎細気管支炎、心不全、労作性狭心症など
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①代表的な薬剤 ②吸入製剤の使い方 ②重症度分類に合わせた使い分け	LAMAを使用する。必要に応じてLABA、吸入ステロイドを使用する。（ガイドライン 安定期COPD管理のアルゴリズム 参照）

疾患名 COPD 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		COPDは進行すれば在宅酸素療法
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	①吸入薬の使用法 ②急性増悪時の対応 ③生活上の注意	喫煙していれば禁煙。呼吸リハ（専門医の指導の下で行う）在宅酸素療法を行っていればその取扱い方法
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	喘息コントロール状態の評価と治療ステップ	ガイドラインに管理目標と管理計画の記載あり。 COPDはインフルエンザなどの予防接種を推奨。併存疾患（栄養障害、サルコペニア、心血管疾患、骨粗しょう症など）の評価とマネジメントを
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	発作時の重症度の評価	ガイドライン「増悪期の管理」参照
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	重症度に合わせた初期対応	同上
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	紹介の適応	安定期は、病状が進行して日常生活に困難をきたしている場合、増悪期
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	酸素投与を行う場合は、CO ₂ ナルコーシスに注意
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **気管支喘息 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①疾患の概念	気道の慢性炎症であり、可逆性のある気道狭窄と気道過敏性の亢進を本態とする。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①病歴 ②身体診察	①可逆性に喘鳴、咳嗽、呼吸困難を訴える。気管支拡張薬の吸入によって改善する。 ②聴診上、呼気にwheezesを聴取する。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	①呼吸機能検査	閉塞性換気障害を認める。ピークフローが重症度判断に役立つ。可逆性の指標として、短時間作用性吸入β2刺激薬前後の1秒量の変化を認める。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント	特徴的な病歴（発作性の喘鳴、呼吸困難、胸苦しさ、咳嗽の反復）および身体所見（wheezes）により、可逆性の気流制限を認める場合に診断される。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	鑑別疾患：COPD、上気道疾患、中枢気道疾患、心不全など。 必要に応じて呼吸機能検査、胸部エックス線検査、CT、動脈血ガス分析等を行う。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①代表的な薬剤 ②重症度分類に合わせた使い分け	①β刺激薬（短時間作用型、長時間作用型）、ステロイド、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリンなどの代表的な薬剤のの特徴。 ③重症度分類、治療ステップに合わせた使い分け（日本アレルギー学会ガイドライン） ※安易に短時間作用型β刺激薬に頼らないように指導する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		

疾患名 **気管支喘息 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	①吸入薬の使用法 ②急性増悪時の対応 ③生活上の注意	①吸入器具の使い方 ②急性増悪時の対応（SABAの使用、ステロイドの内服、緊急受診のタイミングなど） ③生活上の注意（部屋の掃除、アレルゲンの除去など）、禁煙、ワクチン接種
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	喘息コントロール状態の評価と治療ステップ	日本アレルギー学会ガイドライン参照
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	発作時の重症度の評価	喘息発作の強度と発作治療ステップ参照（日本アレルギー学会ガイドライン）
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	重症度に合わせた初期対応	同上
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	紹介の適応	ステップ3でコントロールがつかない場合。発作時の治療で十分な改善が得られない場合
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	現在の重症度分類、治療ステップ、喘息発作の強度およびこれまで行ってきた治療。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **アレルギー性鼻炎 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)アレルギー性鼻炎の概念	1)鼻粘膜のⅠ型アレルギー性疾患。抗原に対するくしゃみ、鼻汁、鼻閉、鼻・目の痒みを示す反応。通年性と季節性に分類される。 （鼻アレルギー診療ガイドライン 2024年版）
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)くしゃみ、鼻汁、鼻閉の有無と回数・程度、症状が悪化する環境・時期、気管支喘息、アトピー皮膚炎の有無など 2)水様性鼻汁（下鼻甲介粘膜の腫脹）
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)血液検査 2)その他	1)アレルギーに対する特異的IgE（血清中抗原特異的IgE）の測定 2)必要に応じてCOVID-19迅速抗原検査
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)鼻炎の分類 2)典型的な症状・身体所見 3)検査所見	1)感染性、アレルギー性、非アレルギー性 2)発作性反復性の鼻の痒み、くしゃみ、鼻漏、鼻閉 3)血清特異的IgE検査 「アレルギー性鼻炎の鑑別診断アルゴリズム」参照 （鼻アレルギー診療ガイドライン 2024年版）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	同上	同上
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)治療薬の種類 2)薬剤選択の考え方 3)反応不十分だった時の薬剤選択	第2世代抗ヒスタミン薬、鼻噴霧用ステロイド薬、抗LTs薬など。 病型、重症度に合わせた使い分けについては、「通年性アレルギー性鼻炎の治療」「重症度に応じた花粉症に対する治療法の選択」参照 （鼻アレルギー診療ガイドライン 2024年版）

疾患名 **アレルギー性鼻炎 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)抗原の除去と回避	1)原因となる抗原がわかっているならば除去・回避
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)対象となる患者	1)診断がついており、薬物療法と生活指導によりコントロールがついている患者。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する		特になし
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		特になし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)診断の確定 2)コントロールがつかない場合	1)確定診断が必要な場合 2)ガイドラインに沿って治療しても十分なコントロールが得られない場合
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	初診時の評価、これまでの治療経過など
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 うつ1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) うつ病の定義と疫学 2) うつ病と身体疾患の鑑別 3) うつ病と自殺リスク	1) うつ病は抑うつ気分や興味の減退を特徴とする疾患だが、様々な身体症状を訴えてかかりつけ医を受診するため、かかりつけ医でのスクリーニングが非常に重要である。一般的に高齢者よりも若年者に多く、男性より女性に多い。2) 診断には甲状腺機能障害や薬剤性の抑うつを除外する必要がある。3) うつ病発症者は非発症者の20倍自殺リスクが大きいとされる致死性疾患である。機を逃さず精神科受診へつなげることが重要である。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 身体所見	1) 不眠や食欲不振、易疲労感、頭痛、ほか器質的疾患では説明の困難な症状を認めた場合にうつ病を想起する。スクリーニングとして2質問法を実施する。DSM-5のうつ病/大うつ病性障害の診断に則って病歴を聴取する。自殺リスク評価のため希死念慮の聴取が必須である 内分泌疾患や神経疾患を疑う症状を確認する。 薬剤性に抑うつをきたしうる処方薬がないか確認する。 2) 器質的な異常を示す所見がないか一般的な身体診察を行う
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) スクリーニング	1) 甲状腺機能評価のためTSHを確認する。 2) スクリーニングにPHQ-9を用いても良い。

疾患名 うつ2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	DSM-5 「うつ病/大うつ病性障害」の基準に則って診断する	DSM-5「うつ病/大うつ病性障害」の記載に則って診断を行う。 1) 抑うつエピソードを満たす 2) その症状は苦痛を伴う、あるいは社会的・職業的な機能障害を伴う 3) ほかの精神疾患・身体疾患の除外
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 双極性障害との鑑別 2) その他の精神疾患との鑑別/併存 3) 鑑別すべき身体疾患	1) 経過中に躁病エピソードを認める場合は双極性障害を疑う 2) アルコール使用障害や不安障害、適応障害と併存する場合もある。 3) 甲状腺機能亢進症/低下症に加え、副腎不全、認知症、パーキンソン病、悪性腫瘍、膠原病、ビタミンB12欠乏症、AIDS、結核、梅毒、睡眠時無呼吸症候群、薬剤性（降圧薬、ステロイド、抗パーキンソン薬）などを鑑別に挙げる。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 抗うつ薬（SSRI/SNRI/NaSSA）	1) 初期治療としてSSRI、SNRI、NaSSAのいずれかを使用する。少量から始めて耐用性があれば治療量まで漸増する。治療初期にはベンゾジアゼピン系抗不安薬との併用も可（ただし、頓用にとどめ早期に終了する）。
	治療手技・非薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	2) 心理療法	2) 認知行動療法が有効である
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 家庭・職場の環境調整 3) 周囲の対応 2) 患者への指導	1) 十分な休養。症状改善後、復職する場合は慎重に行う 2) 家族や支援者には「やる気がない」と捉えないよう説明する。頑張らせない、無理に気晴らしを勧めない。 3) 症状には波があること、自己判断での休薬や増量・減量を行わず、一定の治療を継続するよう指導する

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	SSRI/SNRI/NaSSA開始後のフォローアップ 1) 治療初期 2) 安定期 3) 改善後	1) 治療初期は副作用に注意しながら1-2週に1回フォローアップ 2) 1ヶ月に1回程度診察する。 3) 再燃予防のため改善後も半年程度は治療を継続し、その後内服薬を漸減する
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	自殺リスクの評価	切迫した希死念慮（具体的な計画がある、すでに実行している）を評価し、切迫した希死念慮を認める場合には緊急紹介を検討する
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	希死念慮への対応	・自殺/自傷しない（しないよう努力する）ことを約束する ・（家族がいれば）一人にしない、なるべく目を離さないよう伝える
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 治療に難渋する場合 2) 双極性障害の可能性がある場合 2) 自殺リスクの高い患者の緊急紹介	1) 3ヶ月程度薬物療法を行っても効果がない、副作用のため治療継続が難しいなど治療に難渋する場合には精神科へ紹介する 2) 治療中に躁病エピソードを認めた場合には精神科へ紹介する 2) 切迫した希死念慮を認める場合には入院の可能な精神科医療機関への緊急紹介が必要
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 身体疾患の除外 2) 自殺リスクの評価	1) 紹介する際には除外した身体疾患と実施した検査について記載する。2) 希死念慮の有無、切迫の有無を記載し、緊急性の評価を伝える
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 骨折 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)骨折の概念と定義 2)骨折の疫学	1)骨に加わった外力やストレスなどにより骨組織が部分的あるいは完全に断裂した状態である。骨折周囲の組織にもダメージを及ぼす可能性があり、早期診断と適切なマネジメントが重要である。 2)日本では年間数十万例が受傷する。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)受傷機転（眼前暗黒感など随伴症状による転倒か）、症状の部位と程度、可動域制限、神経障害、既往歴（骨粗鬆症、認知症、白内障など）、薬歴（ベンゾジアゼピン系薬など）を確認する。軽微な外傷で受傷した場合は、骨粗鬆症や悪性腫瘍の骨転移などによる病的骨折である可能性がある。 2)受傷部位の変形、腫脹、皮下出血、循環障害、神経障害を確認する。創面が骨折部と交通しているかを確認し、開放骨折か鑑別する。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)エックス線検査 2)CT検査	1)骨折が疑われる部位や、必要により隣接する関節を含めて撮影を行う。撮影は基本的に2方向で行う。対側も撮影すると診断の参考になる。 2)骨折が強く疑われる部位を撮影する。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)画像検査の限界	1)骨折診断のゴールドスタンダードはMRI検査であり、エックス線検査やCT検査では異常がみられない可能性を理解し、病歴や身体所見により疑われる場合は骨折として対応する。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)捻挫・靱帯損傷 2)腱断裂 3)脱臼 4)コンパートメント症候群	1)関節中心の圧痛と腫脹がみられる。 2)特定の腱の走行部位の痛みと機能障害がみられる。 3)関節中心の圧痛と腫脹がみられ、可動域制限を呈する。レントゲン検査を行う。 4)受傷部位より末梢側の腫脹、循環障害、神経障害がみられる。

疾患名 **骨折 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)鎮痛薬 2)抗菌薬、破傷風トキソイド 3)骨粗鬆症治療薬 4)薬剤調整	1)速やかに鎮痛薬を投与する。 2)開放骨折である場合、抗菌薬を投与する。創部の汚染があれば、洗浄後に破傷風トキソイドを接種歴に応じて投与する。 3)骨折の背景に骨粗鬆症がある場合は、その治療を行う。 4)転倒による受傷などの場合、ベンゾジアゼピン系薬剤、抗ヒスタミン薬、降圧薬など原因となりうる薬剤の見直しを行う。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)固定法	1)画像所見で骨折が確認できなくとも、病歴と身体所見から骨折が疑われる場合は、良肢位固定を行い、整形外科に紹介する。
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)安静指示 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)環境調整	1)安静、冷却、挙上などを指示する。 2)リハビリテーション、運動補助具の指導 3)節酒、禁煙 4)住宅の段差の改善など
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	1)骨折をきたした原因にも焦点をあてることが重要である。過降圧や向精神薬による過度な鎮静などが原因の転倒がしばしばみられる。再発防止のために常用薬の見直しを必ず行う。また、骨粗鬆症治療薬を投与している場合、高カルシウム血症（嘔気、便秘など）、低カルシウム血症（筋痙攣、脱力など）に注意する。 2)薬物療法やリハビリテーション介入の効果判定を定期的に行い、必要に応じて調整する。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)開放骨折 2)局所の循環障害・神経障害	1)創面が骨折部と交通している可能性があるなど、否定できない限り開放骨折としての対応が必要である。 2)骨折によるコンパートメント症候群の可能性がある、緊急での対応が必要である。

疾患名 **骨折 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)疼痛管理 2)簡易固定、安静保持 3)全身管理	全身状態をモニタリングしながら、疼痛管理と簡易固定、安静保持を行う。 循環動態や呼吸状態の急変時は直ちに蘇生対応が必要である。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)骨折が疑われる場合	画像検査の限界を踏まえ、骨折が除外できない限り、受傷部位を固定のうえ専門医に紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	1)受傷機転、既往歴、薬歴など詳細な病歴と身体所見、検査結果など。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **結膜炎・角膜炎・涙腺炎 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①眼の充血をきたす病態 ②結膜炎と角膜炎・ぶどう膜炎の鑑別 ③結膜充血をきたす緊急性の高い疾患、眼科紹介の必要な病態	①眼の充血をきたす代表的な病態として角膜炎、結膜炎、ぶどう膜炎・眼内炎が挙げられる。いずれも感染性（細菌性、ウイルス性）、非感染性に大別される。結膜炎についてはかかりつけ医で対応可能な疾患が多い一方、角膜炎、ぶどう膜炎、眼内炎の診断・治療にはいずれも眼科への紹介が必要である。②かかりつけ医では羞明・流涙といった角膜炎を疑う徴候、眼痛、視力低下といったぶどう膜炎を疑う徴候を見逃さないことが重要である。また、前房蓄膿を認め細菌性眼内炎を疑った場合は眼科への緊急紹介が必要である。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①病歴 ②身体診察	①角膜炎、結膜炎、涙腺炎を鑑別するため、充血だけでなく、眼痛、羞明感、流涙、霧視、眼瞼の腫脹や疼痛の有無を確認する。咽頭結膜熱ほかウイルス性結膜炎を示唆する症状として発熱、咽頭痛を確認する。ほか、周囲の流行状況、外傷歴、アレルギー歴、アトピー性皮膚炎や膠原病ほか既往歴の聴取も必要である。 ②角膜炎では角膜に白色の病変を認める。ヘルペス・帯状疱疹による角膜炎の鑑別のため眼周囲の皮疹の確認が必要。結膜炎では眼瞼結膜の所見と眼脂の性状が病型診断に重要。眼球結膜の毛様充血はぶどう膜炎を疑う所見として、前房蓄膿は眼内炎を疑う所見として重要である。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	①検鏡・培養検査	病歴と診察から細菌性結膜炎が疑われる場合(下記【診断のポイント】参照) には、起因菌の特定のため、眼脂や結膜擦過物の検鏡、培養が重要である。

疾患名 **結膜炎・角膜炎・涙腺炎2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント	角膜炎：眼痛、羞明、流涙、霧視、角膜の白色病変 結膜炎：咽頭痛や発熱を認める場合、周囲でウイルス性結膜炎が流行している場合にはウイルス性結膜炎（流行性角結膜炎、咽頭結膜熱）を疑う。アレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎の症状があればアレルギー性結膜炎を疑う。ウイルス性・アレルギー性結膜炎を疑う病歴や所見を認めない場合には細菌性結膜炎を疑う。結膜所見（濾胞状、乳頭状）と眼脂の性状（漿液性、膿性）による分類も鑑別に役立つ。 ぶどう膜炎・眼内炎：視力低下/見え方の変化、眼痛、毛様充血、前房蓄膿（眼内炎の場合には充血が弱く、見え方の変化と眼痛が主となることも）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	結膜炎・角膜炎・ぶどう膜炎・眼内炎の原因疾患を別表に示す。 結膜炎とそれ以外の疾患を鑑別することが重要。 結膜炎では現れない症状（眼痛、羞明、視力低下/見え方の変化）、所見（角膜の白色病変、毛様充血、前房蓄膿）を認めた場合には眼科受診が必要
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①細菌性結膜炎に対する抗菌薬治療 ②ウイルス性結膜炎に対する治療 ③アレルギー性結膜炎に対する治療	①細菌性結膜炎を疑う場合にはセフェム系orフルオロキノロン系抗菌薬点眼を使用する。3日から1週間で治癒する。 ②ウイルス性結膜炎については経過観察 ③抗アレルギー薬点眼
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	

疾患名 結膜炎・角膜炎・涙腺炎3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	①ウイルス性結膜炎に対する感染予防 ②学校保健法による出席停止	①アデノウイルスによる流行性角結膜炎、咽頭結膜熱とエンテロウイルスによる急性出血性結膜炎は眼脂や涙液から手指などを介した接触感染により家庭内感染・院内感染を引き起こす。眼に触らないことと手洗いの励行が重要である。患者が触れた部位は、アルコールや弱酸性水などで清拭する。 ②上記3疾患は学校保健法による出席停止の規定がある。 咽頭結膜熱：主要症状が消失した後2日を経過するまで出席停止 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎：症状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで出席停止 ※流行性角結膜炎は罹病期間が長く眼科での治癒判定が望ましい
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	①細菌性結膜炎のフォローアップ ②ウイルス性結膜炎のフォローアップ	①抗菌薬点眼開始後、3日から1週間で改善するか確認する ②咽頭結膜熱や急性出血性結膜炎は5日から7日間で自然治癒する。遷延する場合は流行性角結膜炎の可能性も含め、眼科紹介。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	細菌性眼内炎の可能性がある場合	毛様充血、前房蓄膿を認める場合はぶどう膜炎、眼内炎を疑う。細菌性眼内炎の可能性があり緊急対応が必要。眼科紹介。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし

疾患名 結膜炎・角膜炎・涙腺炎 4

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	①結膜炎以外の病態を疑う場合 ②三叉神経第一枝領域の帯状疱疹 ③初期治療に反応しない結膜炎 ④流行性角結膜炎のフォローアップ	①角膜炎、涙腺炎、ぶどう膜炎、眼内炎が疑われる場合は眼科へ紹介する。 ②三叉神経第一枝領域の帯状疱疹（特に鼻に皮疹を認める場合）は角膜炎・虹彩炎など眼眼柄症をきたす可能性が高いため紹介 ③細菌性・アレルギー性結膜炎で初期治療に反応しない場合は紹介する ④流行性角結膜炎は罹病期間が長く角膜炎を発症するリスクも有るため、可能であれば眼科への紹介が望ましい
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	症状、経過と紹介時点での診断を記載する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

別表：角膜炎・結膜炎・ぶどう膜炎・眼内炎の原因疾患
角膜炎：細菌性角膜炎、単純ヘルペス角膜炎（HSV、VZVに伴う角膜炎の場合は眼瞼・眼周囲に水泡あり）、流行性角結膜炎（発熱、上気道症状）
結膜炎：ウイルス性結膜炎・アレルギー性結膜炎（乳頭状・濾胞状の結膜と漿液性の分泌物）、細菌性結膜炎（膿性分泌物）、クラミジア結膜炎
ぶどう膜炎：サルコイドーシス、ベーチェット病、Vogt-小柳-原田病
眼内炎：細菌性眼内炎
その他：涙腺炎（感染性は稀。細菌性・ウイルス性涙腺炎（帯状疱疹）、サルコイドーシス、シェーグレン症候群、IgG4関連疾患など）、涙嚢炎（鼻涙管閉塞に伴う細菌感染症）

疾患名 **白内障 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①疾患概念 ②後天性白内障の分類 ③疫学 ④予後と治療	①白内障は水晶体が混濁した状態を指す。先天性と後天性に分類される。症状として視力低下、霧視、羞明、単眼複視、三重視、進行すると眼位異常や眼振を生ずることもある。②後天性には加齢白内障、他の眼疾患に伴う併発白内障、外傷性白内障、放射線による白内障、ステロイド薬などの薬剤による白内障、アトピー性や糖尿病白内障などがある。 ③加齢白内障の頻度が最も多く、50歳代で人口の60%、60歳代で80%にみられる。④水晶体混濁は緩徐に進行する。視機能低下をきたす場合は手術適応となる。点眼薬による治療は進行抑制が目的となり、水晶体混濁や視機能低下を改善させることはできない。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①病歴	①視力低下、霧視、羞明を確認する。矯正視力の低下（眼鏡をかけてもみえないかどうか）、視野の一部がみえないか、全体が見えないか確認する。加齢のほか、白内障をきたす要因として、外傷歴、アトピー性皮膚炎や糖尿病の既往歴、喫煙歴、放射線治療歴、ステロイドなど内服歴を確認する
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	眼科検査（紹介後に実施されるであろう検査）	（かかりつけ医では検査実施困難）眼科にて、非散瞳下細隙灯顕微鏡検査を用いて水晶体混濁を確認する。眼底検査、眼圧検査、視野検査などを行って、他の疾患を除外する
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント	視野全体の視力低下や霧視の訴えと矯正視力の低下から白内障を疑う。（矯正視力の低下が発見のきっかけとなる）

疾患名 **白内障 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	鑑別疾患：網膜疾患（加齢黄斑変性症、網膜中心静脈閉塞症、網膜剥離、糖尿病性網膜症）、緑内障、眼窩内腫瘍など 視野の一部欠損は網膜剥離や緑内障を想起、物が歪んで見えるという訴えの場合は黄斑疾患を想起する
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	保存的治療時の点眼薬処方	治療は基本的に眼科で診断確定後に行う 視力低下など視機能障害があれば手術適応。 保存的治療の方針となった場合にはかかりつけ医が処方する場合もある。 治療薬：ピレノキシ点眼など。進行抑制のみで改善は得られない
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	危険因子の除去	禁煙やサングラスによる紫外線暴露の低減が白内障の発症を予防する可能性があるが、はっきりとした効果は示されていない。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	術後遅延合併症への注意	白内障手術後の遅延合併症として、水晶体嚢内に残存した水晶体上皮細胞が再増殖して水晶体後嚢に混濁をきたす後発白内障がある。頻度は術後1年で約10%、術後5年で約30%。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	なし	緊急対応の必要な病態ではない
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし

疾患名 **白内障 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	①白内障が疑われる ②糖尿病の既往がある	手術適応の判断が必要なため、白内障を疑った時点で眼科へ紹介する 糖尿病の既往がある場合にはスクリーニングのため眼科紹介する
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	症状、既往、リスク因子を紹介状に記載する 診断のために散瞳検査を行う可能性が高いため、眼科受診にあたっては公共交通機関を利用するか、自家用車の場合には運転できる同伴者とともに受診することを勧める
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **緑内障 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①疾患の概念 ②分類と疫学 ③病態と症状 ④治療 ⑤急性緑内障発作について	①緑内障とは、視神経と視野に特徴的变化を有し、通常、眼圧を十分に下降させることにより、視神経障害を改善もしくは抑制し得る眼の機能的構造的異常を特徴とする疾患である。 ②40歳以上の日本人の3.9%が罹患している。大きく原発開放隅角緑内障、正常眼圧緑内障、慢性閉塞隅角緑内障、続発性緑内障に分類される。正常眼圧緑内障が9割を占める。 ③特徴的な視神経乳頭および網膜神経線維層変化、さらにそれに合致した視野異常をきたし、進行すれば失明の原因となる。 ④薬物療法および手術療法により眼圧を下げ、進行を抑制することが治療となる。 ⑤原発閉塞隅角緑内障のうち、急性に眼圧の上昇をきたしたものを一般に急性緑内障発作と呼ぶ。眼痛、頭痛、悪心嘔吐、霧視といった症状を特徴とし、治療が遅れれば失明の原因となりうる疾患である。早期診断と専門医への紹介が必要である。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	①緑内障の病歴 ②急性緑内障発作の病歴 ③急性緑内障発作の身体診察	①自覚症状として視野欠損をきたすが、早期では無症状のため検診での視神経乳頭変化や眼圧上昇から想起する。危険因子として、循環器疾患や糖尿病など全身疾患の既往を確認する。 ②激しい眼痛、頭痛、悪心嘔吐、霧視、虹視を急激にきたした場合は急性緑内障発作を疑う。 ③急性緑内障発作の場合、結膜充血、角膜浮腫、中等度散瞳、対光反射消失を認める。眼球の触診を行う（閉眼して触診すると発作眼を石のように硬く触れる）

疾患名 **緑内障 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	①眼底検査 ②眼圧検査	①眼底鏡が使用可能な施設の場合は、視神経乳頭の拡大を確認する ②眼圧計が使用可能な施設の場合は眼圧を測定する。とくに急性緑内障発作を疑う場合には眼圧測定が診断に重要な所見となる
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント ①緑内障 ②急性緑内障発作	①自覚症状出現前に早期診断することが重要。眼科検診等で眼圧上昇、視神経乳頭変化を指摘されていれば早期に眼科へ紹介する。 ②典型的には眼痛を伴うが、頭痛、嘔吐のみを訴えて受診する場合もある。急性の頭痛を訴える場合の鑑別疾患の一つとして念頭に置き、眼痛や霧視の聴取、充血や瞳孔所見の確認を行うことが重要。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	他の眼疾患（ぶどう膜炎、眼科手術後、眼内腫瘍、眼内異物、水晶体脱臼）、全身疾患（アミロイドーシス）、薬剤（ステロイド点眼・内服）に伴う続発緑内障との鑑別が必要
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①慢性期の治療は眼科にて行う ②抗コリン薬の使用について	②緑内障の大半を占める開放隅角緑内障/正常眼圧緑内障では抗コリン薬の投与が可能である。一方で閉塞隅角緑内障では抗コリン薬禁忌となるため、緑内障既往のある患者に抗コリン薬を開始する場合には、開始前に眼科コンサルトが必要である。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	なし

疾患名 緑内障3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	検診受診の推奨	視野障害が進行するまで自覚症状が出現しないため、特に循環器疾患や糖尿病など危険因子のある患者に対して眼科受診を推奨することが重要
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	なし	なし
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	急性緑内障発作への対応	急性緑内障発作を疑う場合には緊急に眼科へ紹介する
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	急性緑内障発作への対応	眼科医の診察まで30分以上かかる場合は、マンニトールなど浸透圧利尿薬の全身投与を検討する
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	紹介の適応	緑内障を疑った場合に眼科へ紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	自覚症状の有無、これまでの眼科検診受診歴、基礎疾患を記載する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 骨粗鬆症 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 骨粗鬆症の概念・疫学 2) 骨粗鬆症の診断 3) 二次性骨粗鬆症の除外	1) 骨粗鬆症とは骨折リスクが増大した状態である。骨粗鬆症は女性に多く、閉経や生活習慣も要因である。 2) ①椎骨あるいは大腿骨近位部骨折がある ②①以外の脆弱性骨折がありYAM(Young Adult Mean)80%未満 ③脆弱性骨折がなくYAM 70%以下あるいは-2.5SD以下 3) 関節リウマチ、原発性副甲状腺機能亢進症、1型糖尿病、薬剤性、甲状腺機能亢進症など二次性骨粗鬆症を除外する。 ※以下、日本骨粗鬆症学会「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015」を参照に作成した。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 家族歴 3) 身体所見	1)年齢、性別、閉経の有無、過去の骨折歴、処方薬（ステロイド）、体重、喫煙、飲酒量 2) 両親の大腿骨近位部骨折の有無 3) 身長低下、亀背、関節腫脹・圧痛、甲状腺腫脹
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)(骨折を疑う場合は) レントゲン 2) 骨密度検査 3) 血液検査 4) 尿検査	1)①椎骨あるいは大腿骨近位部骨折がある場合は骨粗鬆症を疑う。①以外の脆弱性骨折がある場合は骨密度を測定する。 2) ①以外の脆弱性骨折がありYAM(Young Adult Mean)80%未満 もしくは脆弱性骨折がなくYAM 70%以下である場合は骨粗鬆症を疑う。 3) 二次性骨粗鬆症の除外のためCa、P、腎機能、肝機能、膵機能、甲状腺機能、血算、HbA1cを測定する。 4) 二次性骨粗鬆症の除外のため尿糖、尿蛋白を測定する。

疾患名 **骨粗鬆症 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	同上	同上 FRAXについては下記を参照する。 https://frax.shef.ac.uk/FRAX/
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 関節リウマチ 2) 原発性副甲状腺機能亢進症 3) 糖尿病 4+E13) 薬剤性 5) 甲状腺機能亢進症 6) 悪性腫瘍転移による病的骨折	1) 関節痛、関節腫脹・圧痛、炎症反応高値 2) 高Ca血症、iPTH 3) HbA1c（特に1型に注意） 4) 薬剤性(特にステロイド) 5) TSH、fT4 6) 体重減少、食欲低下など
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 治療開始の基準 2) BP製剤を選択する場合は事前に歯科に紹介	1)治療開始の適応については別表1を参照する。 第一選択薬はビスホスホネート(BP)製剤内服である。既存骨折のない閉経後女性患者ではSERM製剤を、閉経前女性や男性患者ではエルデカルシトールを代替薬として考慮する。 第一治療薬の使用が困難な場合や治療効果が不十分である場合は、デノスマブやBP製剤の注射製剤を考慮する。 ビタミンDやビタミンK不足が疑われる場合などでは、アルファカルシドールやビタミンK2の併用療法を考慮する。 1) BP製剤開始後の顎骨壊死のリスクを減らすために治療開始前に歯科に紹介する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 食事指導 2) 運動指導 3) (喫煙者)禁煙 4) (BMI≥25) 減量	1) カルシウム、天然型ビタミンDの摂取量を増やす 2) 最大酸素摂取量の50% 程度の運動強度の運動(速歩、スロージョギングなど)を、1日合計30分以上、週3回以上、できれば毎日行うこと

疾患名 **骨粗鬆症3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) フォローアップの方法 2) 長期間BP製剤を使用している場合	1) 治療開始3か月で血中カルシウム濃度を確認する。治療開始1年で骨密度の評価を行う 2) 顎骨壊死などリスクが上昇するため3-5年使用後の休薬を検討する。 高リスク(大腿骨近位部骨密度のTスコア $\leq$ -2.5もしくは椎体/大腿骨近位部骨折がある)：継続する 中等度リスク(大腿骨近位部骨密度のTスコア $>$ -2.5かつ椎体/大腿骨近位部骨折がない)：症例ごとに休薬のリスクとベネフィットを検討して休薬を考慮する 低リスク（その他）：治療の必要性がないので中止
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 顎骨壊死 2) 深部静脈塞栓症	1) BP製剤開始中の顎の痛み・排膿・骨露出 2) エストロゲン製剤使用中の(特に片側性の)下腿浮腫、下肢痛、呼吸困難。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1) 顎骨壊死 2) 深部静脈塞栓症	1) BP製剤中止 2) Dダイマー高値。下肢静脈エコーが可能であれば血栓の確認。SpO2低下や胸痛がある場合は肺塞栓症が疑われ緊急性が非常に高い。 エストロゲン製剤中止。SpO2低下がある場合は酸素投与開始。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 治療開始しても骨折を繰り返す場合 2) 上記対応をしても骨密度が十分に上がらない場合	難治性と考え紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 治療開始しても骨折を繰り返す場合 2) 上記対応をしても骨密度が十分に上がらない場合	今までの治療経過を記載する。

疾患名 骨粗鬆症4

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	BP製剤使用中の患者が侵襲的な 歯科治療が必要になった場合	歯科とも連携し、服薬期間と顎骨壊死の危険因子、 骨折のリスクを考慮して休薬の要否を決定する。休 薬期間は定まっていないが3か月が推奨されてい る。

【別表1】 治療開始の基準

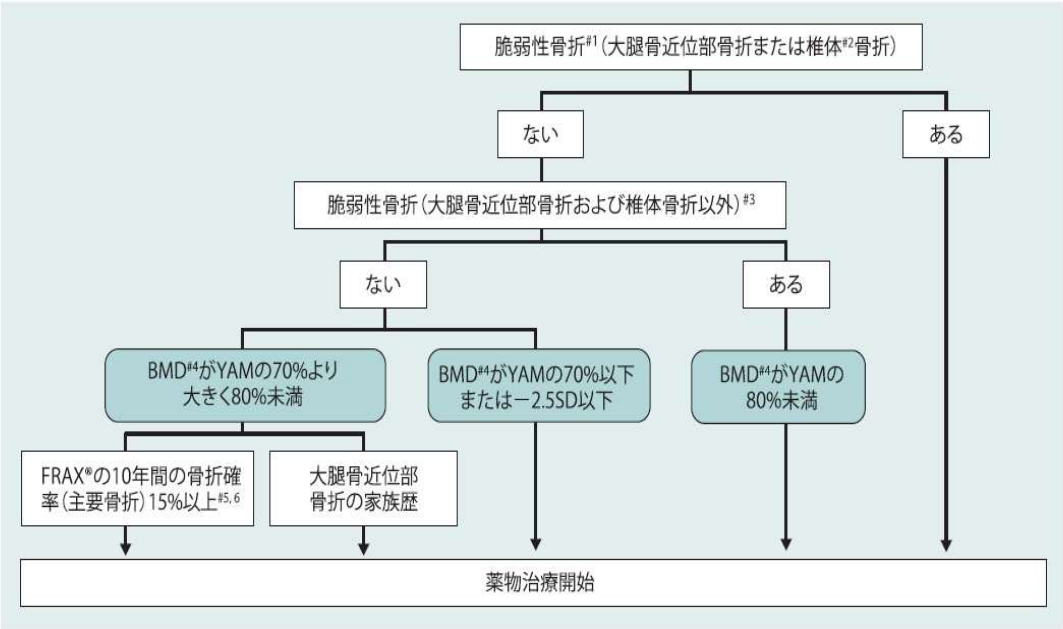


図 25 原発性骨粗鬆症の薬物治療開始基準

#1: 軽微な外力によって発生した非外傷性骨折。軽微な外力とは、立った姿勢からの転倒か、それ以下の外力をさす。
#2: 形態椎体骨折のうち、3分の2は無症候性であることに留意するとともに、鑑別診断の観点からも脊椎エックス線像を確認することが望ましい。
#3: その他の脆弱性骨折: 軽微な外力によって発生した非外傷性骨折で、骨折部位は肋骨、骨盤（恥骨、坐骨、仙骨を含む）、上腕骨近位部、橈骨遠位端、下腿骨。
#4: 骨密度は原則として腰椎または大腿骨近位部骨密度とする。また、複数部位で測定した場合にはより低い%値またはSD値を採用することとする。腰椎においてはL1～L4またはL2～L4を基準値とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が困難な場合には大腿骨近位部骨密度とする。大腿骨近位部骨密度には頸部またはtotal hip (total proximal femur) を用いる。これらの測定が困難な場合は橈骨、第二中手骨の骨密度とするが、この場合は%のみ使用する。
#5: 75歳未満で適用する。また、50歳代を中心とする世代においては、より低いカットオフ値を用いた場合でも、現行の診断基準に基づいて薬物治療が推奨される集団を部分的にしかカバーしないなどの限界も明らかになっている。
#6: この薬物治療開始基準は原発性骨粗鬆症に関するものであるため、FRAX®の項目のうち糖質コルチコイド、関節リウマチ、続発性骨粗鬆症にあてはまる者には適用されない。すなわち、これらの項目がすべて「なし」である症例に限って適用される。

疾患名 **不安・ストレス(神経症) 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 不安症の概念	1) 不安症は、持続的かつ過剰な恐怖および不安と、患者がこれらの感情を緩和するために採用する機能障害を伴う行動変化を特徴とする。 プライマリ・ケアは代表的な不安症群の疾患(全般性不安障害、パニック障害、社交不安障害)と強迫性障害を理解しておくといふ。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 生活歴 3) 内服薬 4) 身体所見	1) 症状がいつ、どのように始まり、どのような経過なのか。社会・生活にどのような影響があるか。症状が起きる状況。 2) 喫煙、飲酒、カフェイン摂取量、月経との関連 3) ベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗うつ薬、ステロイド、違法薬物など 4) 意識状態の評価
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) 12誘導心電図	1) Hb、fT4、TSH、Na、Ca、血糖、血中亜鉛 2) 不整脈の評価
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	DSM-5を参照	DSM-5を参照 診断のコツ：下記症状のため社会生活に支障がある状態 ①全般性不安障害：コントロール困難な過剰な不安と心配がほとんど毎日6カ月間以上持続する。 ②パニック障害：DSM-5に記載されたパニック発作が頻発する。 ③社交不安障害：人から注目を浴びるかもしれない社会的状況において不安反応が出現。 ④強迫性障害：強迫観念や強迫行為など強迫症状が存在する。

疾患名 **不安・ストレス(神経症) 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 甲状腺機能亢進症 2) 発作性上室性頻拍 3) アルコール・ニコチン・カフェイン中毒、薬剤の副作用	1) fT4、TSH 2) 12誘導心電図、場合によってはホルター心電図 3) カフェイン・アルコールの多量摂取、違法薬物・ベンゾジアゼピン受容体作動薬・抗不安薬などによる中毒症状/離脱症状、ステロイドなどによるせん妄
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) SSRI 2) 抗不安薬、睡眠薬	1) 非薬物療法で改善がない場合はSSRIを開始する。副作用や他の薬との相互作用に注意しながら少量からSSRIを開始し、症状をみながら漸増する。 2) ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の場合は依存性が高く離脱症状を起こし得るため使用する時は短期間・頓用でとどめる。
	非薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 心理療法	1) 認知行動療法（コラム法などでもいい）
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 不眠がある場合 2) 行動療法	1) 不眠を改善するだけでも症状が和らぐ場合がある。睡眠12箇条に基づき指導を行う。 2) 例えば散歩に行くなど、患者にとって気分が上がる行動を行ってもらう。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	治療をして改善が得られている場合	他の疾患の鑑別ができており、軽症の部類で、上記の治療をして改善が得られている場合は継続的に診療を継続してよい。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	食事・水分が取れない場合	精神科入院の必要性があるため早急に紹介する。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし

疾患名 不安・ストレス(神経症) 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントに記載する	1) SSRIを十分量使用するなど治療をしても改善が見られない場合やSSRI使用中に躁症状が出現した場合。 2) アルコール依存症や統合失調症など他の精神疾患を合併していることが疑われる場合 3) 社会生活・日常生活に著名な支障が出ている場合	精神科での評価が必要であるため待機的に紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴について明記し、緊急性の評価について記載する。	病歴について明記し、緊急性の評価について記載する。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **認知症 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)認知症の定義とMCI（Mild Cognitive Impairment）について 2)4大認知症の疫学 3)中核症状 BPSD	1)認知症とは一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、それが意識障害のない時にみられる。一方でMCIとは正常な状態と認知症の中間であり、記憶力や注意力などの認知機能に低下がみられるものの、日常生活に支障をきたすほどではない状態のことをいう。 2)65歳以上の12.3%（443万人）、MCIは15.5%（558万人）と推定されている。アルツハイマー型認知症が67.6%、脳血管性認知症が19.5%、レビー小体型認知症が4.3%、前頭側頭型認知症が1%、その他が7.6% 3)脳の神経細胞の障害によって起こる認知機能障害のことであり、記憶障害 見当識障害、実行機能障害などがある。。BPSD（行動心理症状）とは中核症状+環境要因、身体要因、心理要因などの相互作用によって様々な精神症状や行動障害を意味する。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1）アルツハイマー型認知症 2）脳血管性認知症 3）レビー小体型認知症 4）前頭側頭型認知症	1)近時記憶障害が主体で、初期は礼節が比較的保たれ、進行に伴い見当識障害や遂行機能障害、視空間障害が加わる 2)脳血管障害に起因するため階段状進行が見られる 3)変動する認知機能、幻視、パーキンソニズム、レム睡眠行動異常 4)病識欠如や脱抑制、常同行動があり、比較的若年発症の前頭側頭型認知症 それぞれの特徴的な病歴は異なるが、合併例も多くみられる。

疾患名 **認知症 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)身体診察 2)血液検査 3)認知機能検査 4)画像検査	1)神経学的所見の有無（パーキンソニズム、脳血管障害の評価） 2)治療可能な認知症評価のための採血 3)MMSE,CDT,Mini cogなど 4)CT、MRI
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)それぞれの代表的認知症の診断基準	認知症診療ガイドラインは2017が最終版で参照、現在改訂中。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)治療可能な認知症	1)慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、アルコール依存症、薬剤の副作用、老人性うつ病、ビタミンB1.12欠乏症がある。また妄想性障害、てんかん、せん妄や健忘性障害、精神遅滞、統合失調症、加齢に伴う正常な認知機能低下も鑑別に入る。初診時の認知症スクリーニング評価の方法について記載
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)コリンエステラーゼ阻害薬 2)NMDA受容体拮抗薬 3)BPSDへの対応	1)ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン ドネペジルはアルツハイマー型認知症の軽度から高度まで適応があり、またレビー小体型認知症にも用いられる。消化器症状が副作用としてある。 2)メマンチンはアルツハイマー型認知症の中等度から高度に適応がある。めまい、傾眠、頭痛が副作用としてある。 いずれにしても、メリット、デメリットを考慮して患者・患者家族とよく相談のうえ処方を行うかどうか、十分検討が必要である。脳血管型認知症には脳梗塞発症予防が重要であり生活習慣病への対応が必要である。 3)患者の不安の原因を分析し、要求を把握したうえでの対応で不十分な場合に薬物療法を検討する。（かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドライン参照）

疾患名 **認知症 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)生活習慣の改善 2)家族への生活指導	1) 適切な運動、禁煙、地中海食、過度なアルコール摂取の中止の他、高血圧、糖尿病、脂質異常といった生活習慣病の治療 2) 食事を忘れる、同じことを言う、不潔行為など家族へ対応について具体的にアドバイスをを行う
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		各種薬剤を処方した際には、少量で開始、穏やかに増量、服用方法を簡易に、多剤服用を避ける、服薬アドヒアランスを確認することが必要。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 進行が速い認知症	治療可能な認知症やクロイツフェルト・ヤコブ病の可能性もあり紹介を行う
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)初診時 2)BPSDへの対応が困難な場合 3)抗Aβ抗体使用時	1) 初診時には正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫の評価のため、画像検査のための紹介（画像のみ撮影でも可）を検討する。 2)BPSDの症状が強く、自宅や施設での生活が困難と判断した際 3)専門医の下での評価、治療が必要であり紹介。適応はMCIか軽度認知症（レカネマブ：22～30点、ドナネマブ：20～28点）
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する		これまでの経過、検査結果、治療内容について記載 認知症専門医師への紹介

疾患名 **認知症4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	1)認知症施策	1)認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症カフェ、認知症ケアパスについての紹介

疾患名 **脳梗塞 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)脳梗塞の概念と定義 2)脳梗塞の疫学 3)脳梗塞の分類 4)脳梗塞の予後と合併症	1)脳血管が閉塞することで脳組織への血流が途絶え、神経細胞が壊死する疾患。 2)日本人の死亡と寝たきりの主要原因である。高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙が主な危険因子である。 3)大きくアテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症、ラクナ梗塞がある。 4)予後は梗塞の部位や大きさ、発症からの時間、治療内容などによる。主な合併症には神経学的後遺症、脳梗塞再発、うつ、誤嚥性肺炎、深部静脈血栓症がある。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)血栓溶解療法は発症後4.5時間以内、血栓回収療法は発症後24時間以内と時間制限があるため、発症時間の確認が最も重要である。発症様式（突然発症）、症状（シンシナティ病院前脳卒中スケールCPSSを参照）、既往症（高血圧、糖尿病、脂質異常症や心房細動）、喫煙歴を速やかに確認する。一過性脳虚血発作（TIA）では症状は一過性であることに注意する。 2)バイタルサイン、意識レベル、神経学的所見（NIHSSを参照）を速やかに評価する。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)頭部CT検査、頭部MRI検査 2)心電図 3)胸部エックス線	1)CTは急性期における出血性か虚血性かの鑑別に有用である。MRIは脳梗塞の超急性期診断に有効だが、利用環境が限られることもある。 2)心房細動があると心原性脳塞栓症の可能性がある。 3)縦隔の拡大があると、大動脈解離による脳梗塞の可能性がある。

疾患名 **脳梗塞 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)症状 2)血圧 3)NIHSSスコア	1)通常、突然発症で構音障害、眼瞼下垂・口角下垂、片麻痺を呈する。 2)通常、収縮期血圧160～220mmHgの高値を呈する。 3)病変の大きさの予測に有効であり、脳梗塞の重症度を推定できる。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 低血糖 2)その他の脳血管障害、代謝性脳症、中毒、髄膜脳炎 3) 末梢神経障害	1)脳卒中を疑う場合、まずは低血糖の除外を行う。 2)頭部CTで出血性病変の有無を迅速に確認する。意識障害や痙攣がある場合は他の中枢神経疾患を疑う。 3)特定の末梢神経の支配領域に沿った感覚障害や麻痺を呈する。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)抗血小板薬 2)抗凝固薬 3)危険因子の管理	1)ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞で投与する。 2)心原性脳塞栓症で投与する。 3)再発防止のため、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療を行う。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)環境調整	1)減塩、糖質制限、脂質制限など基礎疾患に応じた指導を行う。 2)嚥下訓練をはじめとしたリハビリテーションを行う。 3)節酒、禁煙を指導する。 4)機能障害に応じて住宅改修、福祉用具の導入を行う。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	1)薬剤による副作用（抗血栓薬による貧血など）、ADL低下による社会参加制限、嚥下障害による誤嚥性肺炎などに注意する。 2)脳梗塞後遺症（嚥下障害、麻痺、拘縮、褥瘡など）に対するリハビリテーションなど介入の結果、動脈硬化疾患の管理

疾患名 **脳梗塞 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)超急性期治療の時間制限 2)脳卒中神経学的重症度評価（NIHSS）	1)血栓溶解療法（発症4.5時間以内）と血栓回収療法（発症24時間以内）の適応時間を意識した、迅速な対応が最も重要である。 2)梗塞巣の大きさ（重症度）の評価を行う。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)血圧管理 2)神経学的モニタリング	1)脳梗塞発症後は代償性に血圧上昇（収縮期220mmHg、拡張期120mmHgまで）がみられる。それを超えるような高値が持続するときのみ降圧薬を投与する。 2)神経症状の増悪は出血転化や再梗塞のサインとなるので注意を要する。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)脳卒中を疑う場合	1)新規発症は全例紹介する。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報 2)紹介先の選び方	1)発症時刻，具体的な神経症状，既往歴、薬歴、検査結果 2)連携パスや地域ネットワークの活用
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **統合失調症 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 統合失調症の概念	1) 統合失調症とは、妄想や、幻覚、解体した会話（陽性症状）、無為自閉や、感情鈍麻、受動性（陰性症状）、および認知機能障害などを特徴とする精神科疾患である。発症年齢は通常思春期であり、小児期および45歳以上での発症はそれほど一般的ではない。 以下、日本神経精神薬理学会「統合失調症薬物治療ガイドライン2022」とDSM-5を参考に作成した。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 生活歴 3) 内服薬 4) 身体所見	1) どんな症状がいつ、どのように始まり、どのような経過なのか。社会・生活にどのような影響があるか。発熱や急速な意識変動がある場合、好発年齢ではない場合は統合失調症ではない可能性がある。 2) 喫煙、飲酒、カフェイン摂取量 3) ベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗うつ薬、ステロイド、違法薬物など 4) 意識状態の評価
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) 頭部CT、頭部MRI、髄液検査	1) 甲状腺機能、非トレポネーマ脂質抗体、トレポネーマ抗体 2) 脳腫瘍、脳炎などの有無
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	DSM-5を参照する	DSM-5を参照する
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 甲状腺機能低下症 2) 神経梅毒 3) アルコール・ニコチン・カフェイン中毒、薬剤の副作用 4) ヘルペス脳炎	1) fT4、TSH 2) 非トレポネーマ脂質抗体、トレポネーマ抗体 3) ニコチン・カフェイン・アルコールの多量摂取など薬物摂取、違法薬物、ベンゾジアゼピン受容体作動薬・抗うつ薬による精神病症状、ステロイドなどによるせん妄 4) 頭部MRIでの評価

疾患名 **統合失調症 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	抗精神病薬（精神科医による処方）	基本的には精神科医が抗精神病薬処方を行う。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 本人への対応 2) 周囲の対応	1) 困っていることを聞き、今までの苦労をねぎらい、正しい知識を共有しながら一緒に対応を考える。薬を勝手に辞めず継続していくことを説明する。 2) 疾患や治療についての正しい知識を共有しつつ、利用できる社会資源について具体的な知識を共有して患者の回復を支える。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	初期治療が開始され病状が安定している場合	安定している場合は専門以外の医師が処方継続を依頼される場合がある。その場合に病状が悪化した場合は精神科との連携が必要である。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 自傷他害がある場合 2) 食事・水分が取れない場合 3) 陽性症状が強い場合	精神科入院の必要性があるため早急に紹介する。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	特になし	特になし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	緊急性がある場合や他に器質的疾患がない場合は精神科へ紹介する。	基本的には治療は精神科で行う。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴について明記し、緊急性の評価について記載する。	病歴について明記し、緊急性の評価について記載する。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **中耳炎・外耳炎 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①外耳炎の概念、原因、治療 ②急性中耳炎の概念、原因、治療 ③その他の中耳炎	耳の痛みを主訴にかかりつけ医を受診する代表的な疾患として外耳炎と中耳炎を挙げる。①外耳炎は外耳道または耳介の細菌感染症を指し、小児に多く外耳道への物理的な刺激が誘引となる。治療として外用抗菌薬を使用する。高齢者の糖尿病患者や免疫不全患者では頭蓋底に炎症の波及する悪性外耳炎を呈することがあり、致命的な合併症となる。②急性中耳炎は鼓室に生じた急性細菌感染症で未就学の幼小児の発熱の原因としてcommonな疾患である。軽症例では経過観察、中等症以上では抗菌薬全身投与を行う。③ほか、発熱や耳痛を伴わない中耳炎として滲出性中耳炎がある。やはり小児に多く、鼓室内の液体貯留を伴う。急性中耳炎の治癒が不完全な場合に慢性中耳炎に移行することがあり、ときに鼓膜穿孔を伴う。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	【外耳炎】 ①病歴 ②身体診察 【中耳炎】 ①病歴	【外耳炎】①発症時期、症状（耳痛、そう痒感）を確認。誘引（水泳、過度の耳かき、イヤホン・補聴器など外耳道を閉塞するデバイスの使用の聴取）、アトピー性皮膚炎の既往を聴取 ②外耳炎を疑う身体所見：耳介牽引痛、耳珠圧痛 【中耳炎】発症時期、症状（発熱、耳痛、耳漏、難聴）、中耳炎の遷延する要因（アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎の既往）の聴取

疾患名 **中耳炎・外耳炎 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	耳鏡検査	外耳道、および鼓膜を耳鏡で観察する ・ 外耳炎：外耳道の発赤、腫脹、排膿 ・ 急性中耳炎：鼓膜の発赤、膨隆、混濁、穿孔 ・ 滲出性中耳炎：鼓室内の液体貯留（ただし正常と判別しがたいことも） ・ 慢性中耳炎：鼓膜穿孔、鼓膜の内陷 ・ 真珠腫性中耳炎：鼓膜穿孔、真珠腫
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント ①外耳炎 ②中耳炎	①発熱や難聴を伴わない耳痛、そう痒感の場合、外耳道炎を疑う。耳介牽引痛、耳珠圧痛が中耳炎との鑑別に役立つ。②急性発症の発熱、耳痛の場合には急性中耳炎を疑う。小児の中耳炎では耳痛を伴わない場合もあるため、発熱の原因として想起し耳鏡検査を行うことが重要である。滲出性中耳炎、慢性中耳炎は発熱を伴わず、難聴や耳漏から想起し耳鏡検査を行う。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	外耳炎：耳介牽引痛、耳珠圧痛、外耳道の発赤 急性中耳炎：急性発症で発熱、耳痛、ときに耳漏を伴う。鼓膜の膨隆を認める点が滲出性中耳炎との鑑別のポイントとなる 滲出性中耳炎：耳痛や発熱はなく、難聴や耳閉感が主。小児では難聴の自覚に乏しく、「呼びかけに反応しない」等の症状から疑う必要がある 慢性中耳炎・真珠腫性中耳炎：慢性的な耳漏、耳痛、難聴から疑う。耳鏡検査で鼓膜穿孔や真珠腫を確認できないこともある

疾患名 **中耳炎・外耳炎3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	①外耳炎の治療 ②急性中耳炎の治療	①外耳炎：抗菌薬点耳。起因菌として緑膿菌、黄色ブドウ球菌をカバーする必要がある、通常はニューキノロン系抗菌薬の点耳を行う ②急性中耳炎：臨床症状と鼓膜所見から軽症、中等症、重症に分類する（小児急性中耳炎ガイドライン2024年版参照） 軽症の急性中耳炎は3日間抗菌薬投与せず経過観察する。自然軽快しない場合、中等症以上の場合はアモキシシリンほか抗菌薬内服5-7日間の投与を行う（小児急性中耳炎ガイドライン2024年版参照）
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	①外耳炎の生活指導	外耳炎の治療中は水泳など水への暴露、補聴器・イヤホンなどによる外耳の閉塞を避ける。再発予防として、耳かきを控えること、水泳後は低温・低速のドライヤーで耳を乾かすこと、補聴器やイヤホンは消毒して使用することを指導する
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)外耳炎 2)急性中耳炎	1) 抗菌薬点耳開始後、2週間を目安に改善の有無を確認する 2) 抗菌薬内服を開始した場合は3－4日目に改善の有無を確認する
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	①重症の外耳炎 ②重症の急性中耳炎、乳様突起炎	①激しい痛みや発熱、耳周囲の紅斑やリンパ節腫脹を伴う場合には重症の外耳炎あるいは悪性外耳炎が疑われる。外耳の閉塞に対する処置や抗菌薬点滴投与が必要となる場合があるため入院可能な耳鼻科専門医へ紹介 ②重症の急性中耳炎では鼓膜切開が必要となるため紹介。また、耳介周囲の発赤や耳介の外側下方への偏位を認める場合には乳様突起炎が疑われるため紹介

疾患名 **中耳炎・外耳炎 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントに記載する	紹介の適応 【外耳炎】 ①重症のとき②治療に反応しない③耳垢除去が必要 【中耳炎】 ①重症あるいは乳様突起炎が疑われる②治療に反応しない③滲出性中耳炎/慢性中耳炎	【外耳炎】①激しい痛みや発熱を伴う、②2週間の抗菌薬点耳で改善しない、③耳垢除去が必要のいずれかの場合には紹介 【中耳炎】①重症の急性中耳炎か乳様突起炎が疑われる場合、②初期治療に反応しない急性中耳炎の場合、③滲出性中耳炎や慢性中耳炎が疑われる場合には紹介
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	症状と経過、現在の治療を紹介状に記載する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **睡眠障害（不眠症） 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)睡眠障害の概念	睡眠障害は睡眠の異常によってさまざまな社会生活機能の障害が生じる病態の総称。不眠、リズム障害、過眠、異常行動、不随意的な筋活動、自律神経活動、パニック症状などがある場合に大別される。その中でも不眠症は6-10%程の罹患率と言われている。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1）不眠症についての問診 2）鑑別疾患についての問診	1)不眠症の診断基準に合致しているか（特に生活機能への障害があるかどうか）、入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒の確認の他、既往歴、内服薬、不眠症を起こすような生活習慣の確認、環境変化、仕事や学校でのストレスについて確認 2)抑うつのある場合は、興味の消失、食欲低下などの追加問診を行いうつ病の評価、睡眠中の呼吸停止、いびきと日中の強い眠気がある場合は睡眠関連呼吸障害、夜間の異常感覚運動がある場合は睡眠関連運動障害、十分な睡眠にもかかわらず強い眠気はナルコレプシー、睡眠中に大声、手足を動かすなどは睡眠随伴症疑い、昼夜逆転などの睡眠時間帯の異常は概日リズム睡眠・覚醒障害の疑いがある。(内山真：睡眠障害の対応と治療ガイドライン, 67, じほう, 2019)
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する		睡眠時無呼吸症候群が疑われる場合には簡易型PSG検査を検討する。 AHIが5～15回が軽症、15～30回が中等症、30回以上が重症。

疾患名 **睡眠障害（不眠症） 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、 検査所見の範囲において、当該疾 患を診断するためのポイントを記 載する		睡眠の量または質の不满に関する顕著な訴えが、以下の症状のう ち1つまたはそれ以上を伴っている。1入眠困難、2頻回の覚 醒、再入眠困難、入眠維持困難、3早期覚醒があり再入眠できな いこと。 その睡眠の障害は生活に支障を来している。その睡眠困難は少な くとも1週間に3夜で起こり3か月持続する。その睡眠障害は睡眠 の機会があるにもかかわらず起こる。他の睡眠覚醒障害では十分 に説明されずその経過中に起こるものではない。その不眠は物質 の生理学的作用によるものではない。併存する精神疾患および医 学的疾患では顕著な不眠の訴えを十分に説明できない（DSM5 不眠障害の診断基準より）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべ き鑑別疾患と鑑別のポイントを記 載する（可能であれば病歴や身体 所見等の鑑別ポイントをまとめた 簡易表をつける）	1)不眠症以外の睡眠障害を来 す疾患について	閉塞性睡眠時無呼吸、むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害、 睡眠・覚醒相後退障害、精神疾患、薬剤性不眠(SSRI、SNRI、 MAOB阻害薬、βブロッカー、テオフィリン、ステロイドなど)上 記病歴所見を元に評価を行う
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる （実施すべき）基本的な内容に 絞って記載する	1)不眠症への薬物療法につい て	オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬、ベンゾジア ゼピン受容体作動薬を使用する場合はエスゾピクロンを使用。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる （実施すべき）基本的な内容に 絞って記載する	1)認知行動療法（睡眠衛生指 導、薬物療法にて有効性が乏 しい場合に行う）	睡眠スケジュール法の指導（刺激制御法、睡眠制限法）1、睡眠 日誌で「実際の睡眠時間」と「ベッドの上で過ごした時間」を確 認 2、当初の目標睡眠時間を5時間半～6時間程度（実際に眠れ ている時間に30分～1時間プラスした時間）に設定し、就寝時刻 を遅くするなどベッドの上で過ごす時間を短くし、「実際の睡眠 時間」と「ベッドの上で過ごした時間」のギャップを少なくする 3、目標睡眠時間をクリアできたら15分ずつ増やしていき、最終 的な目標睡眠時間に近づける

疾患名 **睡眠障害（不眠症） 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)不眠症への生活指導	規則正しい起床時刻、日中の定期的な有酸素運動、就寝前の喫煙、カフェイン、アルコール、パソコン、スマホ、ゲーム使用の制限、ストレスを寝床に持ち込まない。寝室は暗く、防音として心地よい温度にする。昼寝はなるべくしないか、眠気があるときは、日中に30分程度にとどめる。寝る以外に寝具で過ごす時間はなくす。(健康づくりのための睡眠ガイド2023)
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		1)2週間から1か月ごとに評価。睡眠薬を漫然と継続しないことが重要であり、不眠の改善後は患者と相談し、減量、中止を試みる。不眠の治療アルゴリズム 睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン参照
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する		なし
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		なし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)紹介の適応	睡眠衛生指導、認知行動療法、1-2剤の内服薬を使用しても改善しない場合、睡眠時無呼吸症候群やレストレスレッグ症候群などの他の鑑別疾患が考えられる場合に紹介を検討する
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する		これまで評価内容と治療内容について記載
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	1)すでに内服しているベンゾジアゼピン系睡眠薬の減量の必要性和その方法について	ベンゾジアゼピン系薬は依存、耐性、離脱症状があわられることがあるため 特に高齢者では記憶障害、鎮静採用があり、長期間投与は避けるべきである。減薬はゆっくりと、1-2週間毎に、服用量の25%ずつ、4-8週間かけて減薬・中止する。

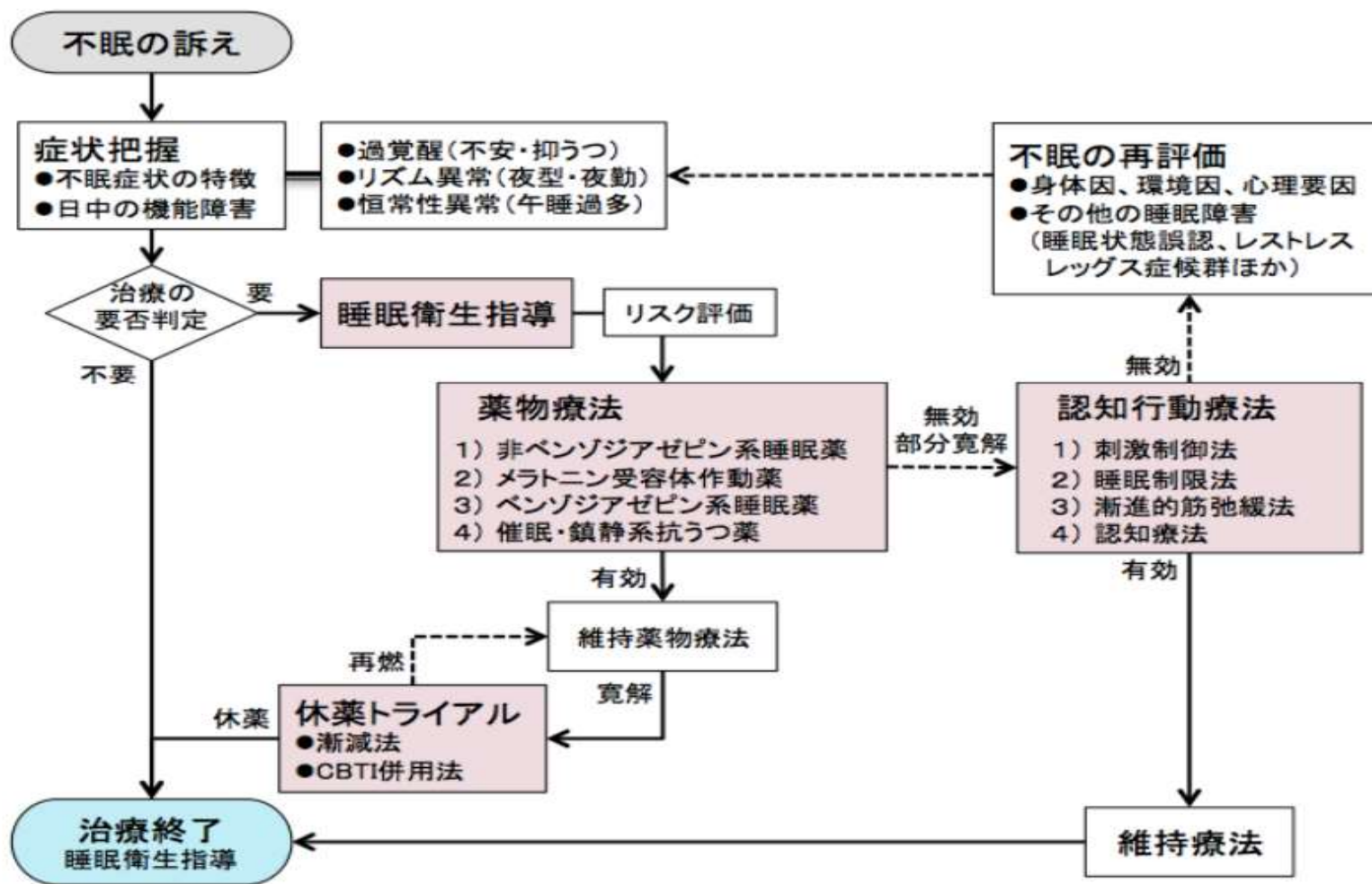


図 3：不眠症の治療アルゴリズム

睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン - 出口を見据えた不眠医療マニュアル-

疾患名 **動悸 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)動悸の概念と定義 2)動悸の原因分類 3)専門医受診を急ぐ病歴ポイント	ポイント参考例 動悸とは、通常自覚しない心臓の鼓動を不快に感じる症状の総称である。その原因は、心疾患（不整脈・非不整脈）によるもののほか、全身疾患によるもの、薬剤性も多く多種多様であり、診断には全身の診察所見が重要となることが多い。どのような動悸なのか、一過性なのか持続性なのか、息切れ、呼吸困難、めまい・失神など、速やかに専門医へ紹介すべき随伴症状の有無を必ず確認する。 背景疾患・病態に伴って動悸が出現する場合も多く、①貧血、②低酸素（肺血栓、喀痰にも注意）、③電解質バランス、④発熱、感染、⑤薬剤（昇圧薬、降圧薬の非理論的な使用、突然の内服薬中止）、⑥内分泌（甲状腺機能亢進症など）、⑦各種弁膜症・心不全、⑧腎障害 等を意識して、病歴や診察を行う。

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の 対応	病歴と身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)動悸の訴えと推定される心電図所見 2)動悸の原因となる基礎疾患と確認しておくべき身体所見について簡潔に解説	1) 病歴の取り方ポイント 頻脈、脈不整、鼓動の強い自覚等の自覚症状の把握について ①一瞬『脈が時々欠滞する』（心室性期外収縮、上室性期外収縮など） ②一定時間続くものなのか、 ・規則的に打つのか？（頻脈性不整脈（洞性頻脈、発作性上室性頻拍症、心房粗動、心室頻拍）、徐脈性不整脈） ・不規則に乱れ打つのか。（心房細動、上室性の期外収縮ショートラン等） ・除序にはじまり除序におわる（洞性頻脈） ・突然にはじまり突然終わる（発作性上室性頻拍症、心室頻拍、発作性心房粗動、発作性心房細動） 2) 洞性頻脈等の原因となりえる全身病態： ①貧血、②低酸素（肺血栓、喀痰にも注意）、③電解質バランス、④発熱、感染、⑤薬剤（昇圧薬、降圧薬の非理論的な使用、突然の内服薬中止）、⑥内分泌（甲状腺機能亢進症など）、⑦各種弁膜症・心不全、⑧腎障害の病歴や身体所見について。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 心電図 2) ホルター心電図 3) 血液検査（背景となる病態を確認する場合）	上記 1) 2) の確認

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の 対応	診断のポイント （診断基準・分類）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)病歴の解釈 2)発作中の心電図	1) 心疾患（不整脈性・非不整脈性）については、バイタル・身体診察、心電図、レントゲン、ホルター心電図で、有症状時の心電図波形を確認するとともに心エコー等での異常の有無を考慮する。 2) 上記①～⑧に示す交感神経亢進の原因となる貧血や甲状腺機能亢進症などの各種病態や薬剤など、非心疾患性が不整脈の原因や増悪因子となることも少なくない。これらが疑われる場合については、上記に加えて各種血液検査、画像検査で背景となっている病態の鑑別を進めることが重要となる。
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	①貧血、②低酸素（肺血栓、喀痰にも注意）、③電解質バランス、④発熱、感染、⑤薬剤（昇圧薬、降圧薬の非理論的な使用、突然の内服薬中止）、⑥内分泌（甲状腺機能亢進症など）、⑦各種弁膜症・心不全、⑧腎障害	鑑別すべき疾患・病態について、病歴や身体所見等の鑑別ポイントを簡易表などに。 1) 図の鑑別疾患を考えながら、病歴や診察、心電図、一般検査をすすめる。 表 2) 洞性頻脈等の原因としては、以下の原疾患が重要となる。薬剤などは、徐脈の原因ともなり得る。 ①貧血、②低酸素（肺血栓、喀痰にも注意）、③電解質バランス、④発熱、感染、⑤薬剤（昇圧薬、降圧薬の非理論的な使用、突然の内服薬中止）、⑥内分泌（甲状腺機能亢進症など）、⑦各種弁膜症・心不全、⑧腎障害 パニック障害
マネジメント	薬物療法	医療連携のために知っておくべき薬物治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 心疾患（不整脈性、非不整脈性）については、原因ごとの対応となる。（それぞれ簡単に解説？） 2) 洞性頻脈は、その原疾患についての治療も重要である。	薬物治療は、必要な内容に絞って表などに簡潔に説明（原因の治療）

疾患名 **動悸 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	医療連携のために知っておくべき治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	カテーテルアブレーションの適応について簡潔に・	専門的治療手技は、知っておくべき必要な内容に絞って簡潔に説明
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	各原疾患ごとになる 一般的な生活指導	必要な内容に絞って簡潔に説明
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	専門医と連携しつつ、定期的な外来でのfollowの際の確認事項・病歴・診察・検査、専門医受診間隔などのポイントを簡潔に説明
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な病態 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	必要な内容の実践ポイントを表などで説明 緊急性がある極端な頻脈性・徐脈性の不整脈や、息切れ、呼吸困難、めまい・失神と伴っている場合など、速やかに専門医へ紹介すべき随伴症状の有無を必ず確認する。あらかじめ専門医と連携を取っておくことが推奨される。（循環不全兆候）
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1) 病歴、診察上、緊急性を要するポイント	必要な内容の実践ポイントを表などで、説明
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	あらかじめ専門医とコンサルト体制を取っておくことが推奨される。特に胸部診察上、異常所見のない期外収縮も含め、一度、方針を決めるために受診して医療連携につなぐ。	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で簡潔に説明

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴上うたがわれる状況を提供	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で ・緊急性がある極端な頻脈性・徐脈性の不整脈や、息切れ、呼吸困難、めまい・失神と伴っている場合など、突然死のリスクもあるので、転送には救急車を使用するように指導する等に関して簡潔に説明
その他	その他	その他、当該疾患に関して特に留意すべき点がある場合説明		

疾患名 **近視・遠視・老眼1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	①屈折異常の概念 ②屈折異常の症状と鑑別 ③老視の概念と症状 ④屈折異常、老視の治療	①屈折異常には近視、遠視、乱視があり、乱視はさらに正乱視と不正乱視に分類される。調節休止状態において網膜よりも前方で像を結ぶ状態が近視、網膜よりも後方で像を結ぶ状態が遠視、一点に像を結ぶことができない状態を乱視と呼ぶ。②遠くが見づらい、近くが見づらい、眼が疲れる、眼の奥の痛み、頭痛、肩こりなどの症状が出現する場合に疑う。鑑別疾患として調節緊張症、調節けいれんなどがある。疑った場合は眼科に紹介する ③老視とは加齢で水晶体の弾力が低下し、調節力が減少した状態を指す。40歳以上で発症し、症状として近くが見にくくなる。 ④屈折異常、老視いずれも眼鏡、コンタクトレンズによる矯正を行う
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	病歴	近視では遠方が、遠視では近くが見えにくくなる（ただし、高齢者の遠視では近くも遠くも見えにくくなる）。老視は近くのものが見えにくくなる。見えにくさの訴えがはっきりせず、目が疲れる、頭痛がするといった訴えで受診することもある。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	視力検査	近視の場合は一般的な視力検査で発見することが可能
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	診断のポイント	視力低下を認めない場合でも、遠く・近くが見づらい、頭痛や疲れ眼といった訴えから近視・遠視・老視を想起することが重要
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	代表的な鑑別疾患と鑑別のポイント	調節緊張症、調節けいれんが鑑別に挙がるが、診断には眼科専門医の診察が必要

疾患名 **近視・遠視・老眼2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	なし
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	眼鏡・コンタクトレンズの処方（専門医）	眼科にて眼鏡・コンタクトレンズの処方を受ける。
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	なし	なし
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	なし	なし
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	なし	なし
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	なし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	紹介の適応	診断及び眼鏡・コンタクトレンズの処方について紹介する
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	紹介時の対応	自覚症状、プライマリ・ケア医での視力検査結果を紹介状に記載する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **前立腺肥大症 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)前立腺肥大症の概念と定義 2)前立腺肥大の有病率と危険因子 3)前立腺肥大症の合併症	1)前立腺肥大症は中高年男性にみられる進行性の疾患である。定義は「前立腺の良性過形成による下部尿路機能障害を呈する疾患で、通常は前立腺腫大と下部尿路閉塞を示唆する下部尿路症状を伴う」である。 2) 有病率は60 歳代で 6%，70 歳代で 12% とされる。臨床的進行の危険因子としては、加齢，前立腺腫大，PSA 高値，下部尿路症状，QOL 障害，尿流量低下などがある。 3) 前立腺肥大症の重要な合併症には，尿閉，肉眼的血尿，膀胱結石，尿路感染症，腎後性腎不全がある。 (男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン)
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 (可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載)	1)病歴 2)身体所見	1)下部尿路症状（蓄尿症状，排尿症状，排尿後症状，下部尿路に関連する痛み等）について聴取する。効率よく網羅的に情報収集するために、国際前立腺症状スコア（IPSS）とQOL スコア質問票が有用である。必要に応じて排尿記録を用いる。 2)腹部，骨盤，外陰部の診察を行う。直腸診が実施できれば，前立腺を触知し，圧痛、大きさ，硬さ，硬結の有無を評価する。 (男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン)
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)尿検査 2)血清前立腺特異抗原（PSA） 3)残尿測定 4)超音波検査	1)尿検査：血尿を認める場合は膀胱癌や尿路結石などの評価のために泌尿器科紹介。 2)4.0ng/mLを超えている場合は紹介。 3)排尿直後の超音波検査で、残尿量＝（長径×短径×前後径）/2で計算する。正常50ml以内。100ml以上は紹介。 4)腹部臓器の一般的評価、残尿、前立腺体積（20ml以上で前立腺肥大を疑う） (男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン)

疾患名 **前立腺肥大症 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)診断	1)上記病歴、身体所見、検査所見より、下部尿路症状と前立腺体積の増加があり、他の疾患が除外された場合に診断される。 一般医向け診療アルゴリズム参照。 （男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)鑑別疾患	1)前立腺炎，前立腺癌，過活動膀胱，低活動膀胱，膀胱炎，間質性膀胱炎，膀胱癌，膀胱結石，尿道炎，尿道狭窄，神経疾患，多尿，夜間多尿
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)治療薬の種類 2)薬剤選択の考え方	1)α1遮断薬、PDE5 阻害薬、5α還元酵素阻害薬など。 2)α1遮断薬またはPDE5 阻害薬を基本とする。前立腺腫大が30 mL 以上の場合は5α還元酵素阻害薬の併用・変更を，OAB 症状が明らかな場合は抗コリン薬またはβ3作動薬の併用を考慮する。 （男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン）
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	特になし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙	1)減量、過度な飲水の制限、運動、禁煙など 2)抗コリン作用のある薬剤を使用する場合は注意が必要（市販の風邪薬等） 3)カフェイン、アルコールの過剰摂取に注意
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)対象となる患者 2)定期的な評価	1)診断が確定しており、症状が安定していれば可能。 2)年1回はPSA・尿検査・残尿測定を行い、病態に変化がないか評価する
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)緊急対応が必要な病態	1)尿閉や血尿が見られた場合。尿閉は溢流性尿失禁に注意。

疾患名 **前立腺肥大症 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		特になし
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)確定診断をつけたい場合 2)症状のコントロールがつかない場合	1)初期評価に自信が持てない場合、症状が強い場合 2)単剤で治療しても十分なコントロールが得られない場合
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	初診時の評価、これまでの治療経過、基礎疾患、生活習慣など
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **狭心症（虚血性心疾患） 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)狭心症の概念と定義 2)狭心症の疫学、 3)狭心症の分類 5)専門医受診を急ぐ病歴ポイント	狭心症は、医療面接ポイントをおさえることで診断ができる。安定労作狭心症、安静時狭心症、不安定狭心症、急性心筋梗塞等の虚血性心疾患の診断ポイントについて触れる。 労作性狭心痛は、労作に伴って心拍数や血圧が上がることで、突然始まる数分間の手掌以上の広い範囲の痛み、圧迫感、息苦しさ・呼吸困難感が特徴である。（狭い範囲の痛み、鋭い痛み、30秒以下の痛み、呼吸性の変動、圧痛があると否定的である。）安静時狭心症のポイントも同様に述べる。 不安定狭心症～急性心筋梗塞（急性冠動脈症候群）など、速やかに専門医へ紹介を要する患者の病歴ポイントを聴取することや、その際に胸痛をきたす大血管、胸膜・心膜、消化器、整形、皮膚科疾患との鑑別ポイントをおさえることが重要である。
初診時の対応	病歴と身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1）狭心症は、病歴のみで診断できる。労作性狭心症は、労作に伴って、突然始まる数分間の手掌以上の広い範囲の痛み、圧迫感、息苦しさ・呼吸困難感が特徴である。（狭い範囲の痛み、鋭い痛み、30秒以下の痛み、呼吸性の変動、圧痛があると否定的である。）冠動脈の攣縮や血栓等による高度狭窄状態では、安静時に生じることもある。 2）鑑別に挙げるような疾患を想定しながら胸部や腹部診察を行う。

疾患名 狭心症（虚血性心疾患） 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 心電図 2) 運動負荷心電図（不安定狭心症では禁忌） 3) 血液検査	1) 発作中のST低下（あるいはST上昇）で確定となるが、発作時以外は心電図変化ない。典型的な病歴聴取で診断することが重要である。病歴から安定か不安定かの緊急性を判断する。発作中であっても、心電図変化がわかりにくい例も少なくない。（急性冠動脈症候群（不安定狭心症、急性心筋梗塞）の2－3割は典型的なST変化がわかりにくい。）
	診断のポイント（診断基準・分類）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)病歴の解釈 2)発作中の心電図	1) 狭心症は、病歴のみで診断できる。労作に伴って、突然始まる数分間の手掌以上の広い範囲の痛み、圧迫感、息苦しさ・呼吸困難感が特徴である。（狭い範囲の痛み、鋭い痛み、30秒以下の痛み、呼吸性の変動、圧痛があると否定的である。）冠動脈の攣縮や血栓等による高度狭窄状態では、安静時に生じることもある。 2) 鑑別に挙げるような疾患を想定しながら胸部や腹部診察を行い鑑別する。

疾患名 狭心症（虚血性心疾患） 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	<虚血性心疾患以外の鑑別疾患の病歴ポイントを博する> 1）心臓：大動脈弁狭窄症等の各種弁膜症、心筋炎 2）胸膜・心膜：気胸、胸膜炎、心膜炎 3）血管系：大動脈解離、肺血栓塞栓症 4）消化器疾患：食道炎、胃潰瘍、12指腸潰瘍、膵炎、膵癌、胆石等 5）整形外科疾患：肋軟骨炎、肋骨骨折、骨転移 6）皮膚疾患：带状疱疹	鑑別すべき疾患・病態について、病歴や身体所見等の鑑別ポイントを簡易表等として簡潔に説明（安定労作狭心症、安静時狭心症、不安定狭心症、急性心筋梗塞等の虚血性心疾患のについてもわかりやすく解説） ・1年前からの労作性の2－3分の胸全体の重苦しさがある。同じ程度・頻度。→ 安定労作性狭心症、 ・1年前からの労作性の2－3分の胸全体の息苦しさがあったが、今週に入って発作が容易に生じるようになって、安静時にも生じるようになった。持続時間も10分程度と長くなってきた。→急性冠症候群（不安定狭心症） ・上記の痛みが20分以上続いている→ 急性冠症候群（急性心筋梗塞） ・会議中、突然の腰・背部痛が出現し身動きが取れなくなった。痛みは激烈で、一番最初が一番痛く30分後からやや改善してきている。→大動脈解離 ・突然の左胸苦・呼吸困難が出現した。SPO2 86 と低下しているが肺の聴診や胸部X線写真上、有意な異常所見がない。→肺血栓塞栓症 ・左前胸部1点の30秒以内の激烈な痛み→肋間神経痛 ・左胸側胸部手掌大のじりじりする痛みで、呼吸をすると痛みが増強する→気胸、胸膜炎（発熱） ・左胸側胸部の痛みで、呼吸をすると痛みが増強する。押しても痛い。→肋軟骨炎、肋骨骨折 ・刺激物を食べた瞬間や、食後横になると悪化する持続性の前胸部じりじり感～圧迫感→逆流性食道炎

疾患名 狭心症（虚血性心疾患） 4

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	医療連携のために知っておくべき薬物治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 労作性狭心症の薬物治療について 2) 発作時の治療について	薬物治療は、鑑別疾患の必要な内容に絞って簡潔に記載
	治療手技	医療連携のために知っておくべき治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	医療連携のために知っておくべき 1) 労作性狭心症の侵襲的な治療について 2) 発作時の治療について	専門的治療手技は、必要な内容に絞って簡潔に説明
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)家庭血圧測定	必要な内容に絞って簡潔に説明 リスク因子の管理目標
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)対象となる患者 2)フォローアップの注意点 3)定期的な評価	専門医と連携しつつ、定期的な外来でのfollowの際の確認事項・病歴・診察・検査、専門医受診間隔などのポイントを説明
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な病態 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	必要な内容の実践ポイントを表などで説明 不安定狭心症：①最近（3週間以内）発症した場合、②以前からあった発作の頻度や程度が増悪している場合、③安静時にも生じるようになっている場合（15分以上続くと心筋壊死が生じ住心筋梗塞に移行する危険性がある。）の場合は、冠動脈が詰まりかけていると判断して、至急専門医受診（搬送）を考慮する。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)不安定狭心症への対応	必要な内容の実践ポイントを表などで、説明

疾患名 狭心症（虚血性心疾患） 5

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)不安定狭心症が疑われる場合 2)安定労作性狭心症が疑われる場合	必要な内容の実践ポイントを、簡潔に説明 1）緊急対応が必要と判断される不安定狭心症の場合は、そのまま心筋梗塞に移行して急変する危険性があるので、速やかに専門医に紹介受診する。 2）病歴上、安定労作性狭心症の症例であっても、原則的には、一度は専門医への紹介が望ましい。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴上うたがわれる状況を提供	必要な内容の実践ポイントを、簡潔に説明 ・急性冠症候群、特に急性心筋梗塞症例では突然死のリスクもあるので、転送には救急車を使用するように指導する。
その他	その他	その他、当該疾患に関して特に留意すべき点がある場合説明		

疾患名 **正常妊娠・産褥の管理 1**

妊娠前ケア、妊娠中ワクチン

<https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?id=253>

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	妊婦/授乳婦を診察しうる状況 ①初診患者が実は妊婦→妊娠初期症状を知る ②既知の妊婦/授乳婦が初診に相談に来る→妊娠トラブル(産婦人科領域外)と妊娠合併症を知る ③通院中の患者が妊婦/授乳婦になる→合併症を有する妊娠について知る（妊娠経過中の生活指導や注意点については「マネジメント」参照）	1) 悪心、下腹部痛、微熱、眠気、倦怠感など。最終月経は重要な情報だが、着床出血を最終月経だと思い込んでいる場合もあるため、安易に鑑別から外さないこと。hCG検査は最終月経4週以降に陽性のため、陰性でも実は妊娠している可能性がある。 2) つわり(特に初期)→食事の工夫(少量分割,空腹を避ける) 貧血→食事療法(貝類,青菜,魚)、鉄剤 便秘→食事療法(水分,食物繊維)、運動療法、浸透圧性下剤 浮腫、静脈瘤→生活指導(下肢挙上)、弾性ストッキング 痒疹→ステロイド外用 妊娠合併症は下記[専門医への紹介]参照 3) 合併症妊娠(高血圧,糖尿病,甲状腺機能異常症,てんかん,精神科疾患など)については、治療方針、服薬内容について産婦人科主治医に情報提供を行う。外来患者が妊娠検討をしている段階から症状コントロールや内服変更について相談することが望ましい
初診時の対応 (初診患者を妊娠と診断する場合 or 初診患者が妊婦/授乳婦である場合)	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 (可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載)	上記	上記
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する		

疾患名 正常妊娠・産褥の管理 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応 （初診患者を妊娠と診断する場合 or 初診患者が妊婦/授乳婦である場合）	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する		
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する （可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	なし	
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	妊娠中・産褥期の薬の使い方	・受精前後-妊娠3週末までの内服は流産を引き起こす可能性はあるが、そうでなければ奇形は起こらない(all or noneの法則) ・薬品投与の有無にかかわらず、催奇形性(3%)自然流産(15%)はある ・添付文書の「使用禁」「有益性投与」の重み付けも様々→日本産婦人科ガイドライン、Lactmed(授乳婦のみ)、UptoDate等で検索。国立成育医療研究センター「妊娠と薬情報センター」Q & Aで問い合わせ可。 ・絶対使用しない:抗てんかん薬、抗精神病薬、ワーファリン、チアマゾールなど(https://www.primarycare-japan.com/files/news/news-253-1.pdf p11参照) ・解熱薬(アセトアミノフェン)、抗菌薬(ペニシリン、マクロライド系)、抗ウイルス薬(抗インフルエンザ薬やアシクロビル)、緩下剤(酸化Mg)、抗ヒスタミン薬、鎮咳薬等使用可 ・授乳婦はほとんど使用可

疾患名 **正常妊娠・産褥の管理 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	—
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	妊娠中の生活指導 1)禁煙、禁酒 2)葉酸サプリメント 3)予防接種	1)妊娠前からの禁煙が望ましいが、妊娠後であっても禁煙効果がある。禁酒は妊娠計画段階-授乳終了まで。 2)妊娠前1m-妊娠後3m 神経管閉鎖障害の予防効果 3)インフルエンザ、B型肝炎は推奨
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	妊娠中のフォローポイント 1) 評価	1)精神症状の出現、高血圧・耐糖能悪化の出現に注意
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 緊急対応が必要な症状	1) 腹痛(妊娠反応陽性or既知の妊娠) 異所性妊娠、流産、常位胎盤早期剥離、HELLP症候群など緊急性の高い疾患の可能性があり、産婦人科へ即紹介
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)初期治療	補液

疾患名 **正常妊娠・産褥の管理 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	妊娠合併症の診断・治療 1)高血圧 2)糖尿病 3)甲状腺機能異常、てんかん 4)周産期うつ	1)臓器障害がある場合、Ⅱ度以上の高血圧ある場合→産婦人科医へ（Ⅰ度であれば降圧薬内服せず経過観察可） HELLP症候群への移行に注意 2)インスリン加療が必要(経口血糖降下薬は催奇形性あり)→代謝内科へ 3)妊娠を検討する段階から内分泌内科や神経内科と連携することが望ましい 4)2項目質問票陽性、精神科疾患既往のある患者→精神科へ
専門医への紹介	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1)経過、治療方法など
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **心不全 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)心不全の概念と定義 2)心不全の疫学、 3) 専門医受診を急ぐ病歴ポイント	心不全の疫学（高齢化社会で増加中）。心不全の臨床的インパクト（入院率、死亡率の高さ）。 早期発見のために、かかりつけ医として果たすべき役割。典型的な症状・症候、バイタル、身体所見の全容をつかむ。
初診時の対応	病歴と身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	心不全症状には、 1）左心不全症状(呼吸困難、息切れ、起坐呼吸等)と、 2）右心不全症状(浮腫、食欲不振、腹満感)がある。 ・右心不全が単独で生じる（右室梗塞、肺高血圧症、肺血栓塞栓症、三尖弁閉鎖不全）もあるが、多くの場合は左不全に合併して右心不全が生じている。 ・留意すべきは、軽度の心不全においてこれらの症状が揃うことは少ないことである。 ・心不全における労作性の呼吸困難の感度は高く、スクリーニングに有用である。 3）血圧、脈拍心拍数、呼吸数、SPO2のバイタルを確認する。（軽症では、SPO2も含め異常が生じないことも多い。） ・一方起坐呼吸、夜間発作性呼吸困難の感度は低く早期発見には向かない場合もあるが、特異度は高い。 身体診察では、浮腫の感度は5割以下である。心音のIII音、VI音、心不全の原因となる心雑音の有無を確認する。身体所見、j VD、cracklesについても留意点を述べる。

疾患名 **心不全2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 胸部エックス線写真 2) 心電図 3) 血液検査	病歴あるいは身体所見で、心不全を疑ったら次の検査を考慮する。 1) 胸部エックス線上の心拡大、うっ血、胸水貯留の有無を確認するが、軽症心不全では、これらの所見は必ずしも生じない。 2) 原因検索のために心電図異常の有無を確認する。 3) 少しでも疑わしい場合は、BNP、NTproBNP測定を確認する。（判定基準） 4) エコーによる下大静脈の拡大 1 5 mm等や呼吸性変動の有無消失は心不全診断や水分バランスコントロールの目安になる。
	診断のポイント （診断基準・分類）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 病歴の解釈 2) 発作中の心電図	心不全症状として感度が高い労作時息切れの出現時には心不全も疑う。浮腫などの症状もあるが、軽症例など感度は高くない。 ・ 初期には労作時の症状のみであるが、進行すれば安静時、特に仰臥位で呼吸困難感が出現する場合がある。 ・ 夜間の発作性呼吸困難、起座呼吸は、感度は高くないが特異度は高めであり、またこれらの症状のため昨晩は寝ていないとの訴えは左心不全を疑う。 ・ 消化器症状の場合でも、むくみを伴う場合や胸部X線で心胸郭比（CTR）の著明な拡大を伴う場合は右心不全を疑う。 BNP、NT-proBNPの解説。

疾患名 **心不全3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	鑑別すべき疾患・病態 可能であれば、病歴や身体所見等の鑑別ポイントを簡易表としてください。表 1）（労作性）呼吸困難 COPD、喘息、狭心症、貧血 他 2）浮腫 腎不全、肝硬変、低蛋白血症、薬剤性、甲状腺機能低下症、 3）全身倦怠感をきたす疾患	鑑別すべき疾患・病態について、病歴や身体所見等の鑑別ポイントを簡易表として説明（引用する表を明記する）
マネジメント	薬物療法	医療連携のために知っておくべき薬物治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1）心不全の薬物治療について	薬物治療は、ガイドラインから必要な内容に絞って簡潔に説明引用する表を明記する。
	治療手技	医療連携のために知っておくべき治療、専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	医療連携のために知っておくべき 1）心不全の侵襲的な治療について	なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法 2)運動療法 3)飲酒・喫煙 4)心不全手帳について	必要な内容に絞って簡潔に説明（それぞれ具体的に記載する） リスク因子の管理目標等

疾患名 **心不全 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1)対象となる患者 2)フォローアップの注意点 3)定期的な評価 心不全手帳活用	専門医と連携しつつ、定期的な外来でのfollowの際の確認事項・病歴・診察・検査、専門医受診間隔などのポイントを説明 症状・症候、体重、SPO2など。（具体的に記載する）
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な症状・症候、バイタル 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	必要な内容の実践ポイントを表などで、説明
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)心不全への対応	必要な内容の実践ポイントを表などで、説明
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)心不全が疑われる場合	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で説明 専門医紹介のタイミング 心不全が強く疑われる場合や明らかな場合は、症状の安定、不安定によらず基礎心疾患や病態把握のために一度専門医にコンサルトするべきである。HFrEFの診断には心エコー図検査が不可欠である。虚血の関与など、心不全が顕在化したきっかけに対して早期の治療介入が必要な場合がある。最近に症状が出現した場合、症状が悪化している場合、明らかなうっ血所見や組織低灌流所見を認める場合、頻脈あるいは徐脈や不整脈を合併している場合、高血圧・低血圧を伴う場合は早期に紹介すべきである。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	病歴上うたがわれる状況を提供	必要な内容の実践ポイントを、箇条書き等で説明 ・普段から専門医とのコンサルトに関する連携をとる。） ・症状・症候、バイタル、SPO2から、早期の紹介受診のタイミングを逃さないようにするポイント。

疾患名 心不全5

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
その他	その他	その他、当該疾患に関して特に留意すべき点がある場合説明		

疾患名 便秘 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)便秘・慢性便秘症の定義 2)慢性便秘症の一般的な原因	「便通異常症診療ガイドライン2023」CQ1-1 BQ1-1参照 1)慢性便秘症→排便回数減少型と排便困難型がある 具体的な形状変化・頻度・排便困難の程度についてはBQ1-2表参照 日常生活や身体に支障をきたす便秘＝便秘症 2)一次性として機能性便秘(便秘型IBS含む)、二次性として狭窄性器質性(大腸がん)・薬剤性・症候性(DM、甲状腺機能低下、高Ca血症・パーキンソン病)を想起する
初診時の対応 「便通異常症診療ガイドライン2023」フローチャート1参照	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)問診(慢性便秘症か/二次性を疑うか) 2)腹部診察、直腸診察	「便通異常症診療ガイドライン2023」参照 1)BQ1-2参照(便の性状・頻度・排便困難感・生活への支障)/CQ4-1参照(警告症状・徴候),BQ4-3参照(危険因子50歳以上の発症・大腸疾患の家族歴),既往,内服歴 2)BQ4-2参照(診察項目)、CQ4-1参照（血便の付着など注意すべき身体所見）
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	4)5)は※ 1)血液検査 2)便潜血検査 3)腹部レントゲン検査 4)大腸内視鏡検査 5)注腸レントゲン検査 6)腹部単純CT検査 7)超音波検査（今後期待される）	項目など「便通異常症診療ガイドライン2023」CQ4-3参照 必要性を個別に判断して実施する
	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 慢性便秘症の診断基準	1)「便通異常症診療ガイドライン2023」BQ1-2表参照

疾患名 便秘2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応 「便通異常症診療ガイドライン2023」フローチャート1参照	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 二次性便秘症	急な発症は二次性を疑う ・ 被疑薬がある→薬剤性 ・ DMや甲状腺機能低下症など既往がある→症候性 ・ 腹部症状以外の全身症状(口渇, 多尿, 下腿浮腫など)→症候性 ・ 警告症状, 危険因子, 貧血, 便潜血陽性→大腸癌 ・ 警告症状, 危険因子→IBD ・ 慢性経過で各種検査で診断がつかない→IBS
マネジメント ・ 排便回数減少型→フローチャート2 ・ 機能性排便困難型→フローチャート4 に関して	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 排便回数減少型 2) 機能性排便困難型	1) 「便通異常症診療ガイドライン2023」フローチャート2参照 まずは浸透圧下剤から、刺激性下剤や坐薬浣腸はオンデマンド 2) 「便通異常症診療ガイドライン2023」フローチャート4参照
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	摘便	
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1) 食事指導（食物繊維+水分） 2) 有酸素運動	便通異常症診療ガイドライン2023BQ5-2参照 1) 2) 有効かもしれない、程度
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 対象となる患者 2) 定期的な評価	1) 全身状態安定し急激な悪化がない患者 2) 1-3カ月間隔
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 急性の排便障害—イレウス(機械性, 麻痺性)	病歴： 腹痛・腹部膨満・悪心嘔吐・排ガス排便の停止 身体所見： 腸蠕動音(亢進減弱)、腸雑音、腹部膨隆、腹膜刺激兆候 検査： 腸管拡張・二ボー

疾患名 便秘3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)初期治療	輸液、疼痛緩和
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 二次性を疑いより専門的な検査実施が必要な時 2)内服調整で改善しない時	
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報 2) 紹介先の選び方	1)経過、基礎疾患 2)希望する検査が実施可能な医療機関
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **頭痛（片頭痛） 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。		①一次性頭痛，②二次性頭痛，③有痛性脳神経ニューロパチー，他の顔面痛およびその他の頭痛と大きく3つに分類される。二次性頭痛の除外を行い、一次性頭痛に対しては適切な診断と治療が求められる。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。 （可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)二次性頭痛評価のためのレッドフラッグサインの確認 2)一次性頭痛の評価ための問診 3)身体所見	1)発熱を含む全身症状、新生物の既往、意識レベルの低下を含めた神経脱落症状または機能不全、急または突然に発症する頭痛、50歳以降に発症する頭痛、頭痛パターンの変化または最近発症した新しい頭痛、姿勢によって変化する頭痛、くしゃみ、咳、または運動により誘発される頭痛、乳頭浮腫、痛みは症状が先行する頭痛、非典型的な頭痛、妊娠中または産褥期、自律神経症状を伴う眼痛、外傷後に発症した頭痛、HIVなどの免疫性病態を有する患者、鎮痛薬使用過多もしくは薬剤新規使用にともなう頭痛があれば二次性頭痛を疑って積極的な検索が必要である。（頭痛の診療ガイドライン2021） 2) 日常生活への支障、頭痛頻度、薬剤の使用過多などを確認。 3)バイタルサイン、局所神経徴候、髄膜刺激徴候、眼の診察、頭頸部顔面の診察、頭頸部筋の診察
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する		一次性頭痛の場合はなし

疾患名 **頭痛（片頭痛） 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	一次性頭痛の評価のポイント 1)緊張性頭痛 2)群発頭痛 3)薬剤の使用過多による頭痛（MOH）	1）両側性 性状は圧迫感または締めつけ感（非拍動性）、強さは軽度～中等度、歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない、悪心や嘔吐はない、光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ 2）一側性の眼窩部を中心とした極めて重度の頭痛で、発作時に同側に結膜充血や流涙などの頭部自律神経症状を伴うことが特徴、数週間～数カ月間にわたる群発期を有し、群発期には1回/2日～8回/日の頻度で、15～180分間の頭痛発作を認める。片頭痛と異なり頭痛発作時に、痛みのために落ち着きなく歩き回ったり、頭や体を動かしたりすることが多い 3）以前から頭痛疾患をもつ患者が頭痛治療薬を3カ月を超えて定期的に服用した結果として、月に15日以上起こる頭痛
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)二次性頭痛を疑う問診、身体診察	上記 1)二次性頭痛評価のためのレッドフラッグサインの確認参照

疾患名 **頭痛（片頭痛）3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)片頭痛 2) 緊張性 3) 群発頭痛	1)軽度～中等度の頭痛であれば最初にNSAIDsを使用し、中等度～重度の頭痛、あるいは軽度～中等度であっても、NSAIDs の効果が乏しい場合にはトリプタンを使用する。 「片頭痛発作が始まったごく初期に内服する」ことが重要。片頭痛発作が月2 回以上、あるいは生活に支障をきたす頭痛が月3 日以上ある患者、急性期治療薬が禁忌あるいは無効な場合、永続的な神経障害をきたすおそれのある特殊な片頭痛、薬剤の使用過多による頭痛が適応となる。 CGRP関連抗体薬使用については専門医への紹介。 2)アセトアミノフェンとNSAIDs が主体。予防はアミトリプチリン。 3)スマトリプタン皮下注、高濃度の酸素吸入。予防はベラパミル。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	なし	なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	生活における頭痛の誘発因子について	片頭痛の誘発因子としては、赤ワイン、チーズ、チョコレート、柑橘類が有名であるが、日本人においてはアルコール以外の関連は少なく個別対応が必要。睡眠不足、睡眠過多、スケジュールの変化は片頭痛との関連があり、睡眠時間の短縮、体重増加は緊張性頭痛との関連が指摘されている。身体活動、きばり、かがみなどの運動は片頭痛の発作の誘因となることがある。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		発作時頓服薬の効果、副作用、予防薬治療での発作の強さ、頻度の改善の確認など、頭痛日記をつけてもらい評価を行う

疾患名 **頭痛（片頭痛） 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 緊急対応が必要な頭痛の問診 鑑別診断	発熱+全身症状、神経脱落症状、レベル低下を含めた機能不全、急性又は突然ン発症の頭痛、自律神経症状を伴う眼痛、外傷後頭痛では クモ膜下出血、脳出血、脳動脈解離、可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）、緑内障発作を疑う
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		すぐに救急搬送
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)紹介のタイミング	片頭痛予防薬を使用しても頭痛の改善がない場合、二次性頭痛であっても上記緊急対応の必要がないとき
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)紹介状内容について	これまでの頭痛の経過、行った検査、治療歴について記載する
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **末梢神経障害 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)末梢神経障害の定義 2)末梢神経障害の症状 3)末梢神経障害の分類 4)末梢神経障害の原因	1)2)単一または複数の末梢神経（神経系のうち神経根および神経叢より遠位にある部分）の機能障害。数多くの症候群が含まれ、様々な程度の感覚障害、疼痛、筋力低下および筋萎縮、深部腱反射低下、ならびに血管運動神経症状が単独で、または複数組み合わせられて現れる。3)障害分布による分類では1つの末梢神経にのみ障害がみられる単神経障害、左右ほぼ対称性に末梢優位に障害がみられる多発単神経障害、非対称性に複数の末梢神経に障害がみられる多発神経障害に分類される。また発症様式による分類では急性型、亜急性型、慢性型に分けられる。4)炎症性、自己免疫性、膠原病性、代謝性・栄養障害性、腫瘍・傍腫瘍性、薬剤性、中毒性、感染性、遺伝性、その他に分けられる。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)発症様式、家族歴、既往歴、内服薬（抗がん剤など）、アルコール歴、運動障害、感覚障害、自律神経障害の有無についての評価 2)MMTによる筋力テスト、感覚障害の分布、腱反射の異常の評価を行う。また橈骨神経麻痺では下垂手、手根管症候群はtinel徴候、Phalen test、母指球萎縮に注目する。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)単神経障害 2)多発単神経障害 3)多発神経障害	1)絞扼がほとんど。必要に応じて神経伝導速度を行う。2)糖尿病の評価の他、炎症反応、ANCA、抗核抗体、抗SSA抗体、抗CCP抗体など、膠原病関連の評価が必要。3)糖尿病、甲状腺、ビタミンB12、葉酸、MRI含めた画像検査の他、神経伝導速度、針筋電図などの生理学的検査が必要な場合には紹介を行う。

疾患名 **末梢神経障害 2**

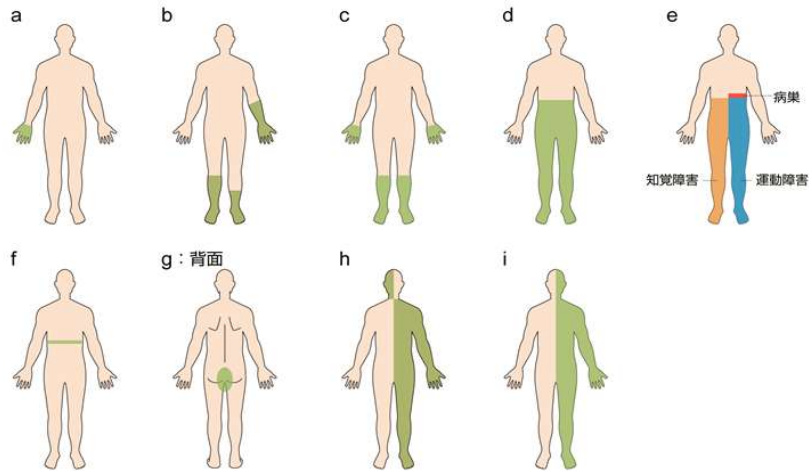
大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)単神経障害 2)多発単神経障害 3)多発神経障害	末梢神経障害の症状は、感覚障害、運動障害の評価が鑑別を左右する 1)単神経障害は単一の末梢神経の支配域に感覚障害が合致する。絞扼が機序であり、支配領域の「痛み」「ちりちりするしびれ感」が初発症状。橈骨神経麻痺（運動障害が主体）、手根管症候群、肘部管症候群。 2)多発単神経障害の感覚障害の分布は複数の末梢神経が障害され左右非対称である。感覚、運動障害が時間経過で出現。それぞれの訴えがどの神経幹の症候であるかを意識し、神経診察と神経伝導検査で確認していく作業が必要。血管炎含めた膠原病関連疾患に多い。 3)多発神経障害の感覚障害の分布は四肢遠位優位左右対称の手袋靴下型の障害が特徴。下肢であれば「つま先が床にひっかかるようになった」「スリッパで歩く音がパタパタとうるさいと指摘されるようになった」など、上肢であれば「キーボードを叩くのが下手になった」「指先にちりちりする感覚を自覚するようになった」という訴えになる。アルコール、糖尿病、尿毒症、ビタミンB1.6.12欠乏、薬剤性が代表的、急性の場合はギランバレー症候群に注意が必要（図の引用 今日の診療サポート a単神経障害 b多発単神経障害 c多発神経障害）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)上肢の症状 2)下肢の症状 3)緊急性のある疾患 4)しびれの訴えであるものの末梢神経障害ではない他の要因が考えられる疾患	1)頸椎症、筋委縮性側索硬化症、筋炎 2)腰椎疾患（椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症）、閉塞性動脈硬化症 3)脳血管疾患（しびれのみの脳卒中あり、血管リスクと突然発症に注意） 4)筋力低下やParkinson 症状といった運動障害、異痛症など
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)薬物治療	1)原因疾患によって異なる、神経障害性疼痛と判断できれば、プレガバリン、デュロキセチンの使用も考慮される

疾患名 **末梢神経障害 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する		原因疾患によって異なる
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		診断がつき症状が安定している場合follow可能
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)突発発症する疾患 2)急性発症する疾患 では緊急での対応が必要	1)脳血管障害、脊髄梗塞、腫瘍による圧迫性脊髄症，急性大動脈解離 に伴う神経障害，四肢の動脈閉塞による血流障害 2)ギランバレー症候群について 上気道炎、消化器感染の先行イベントがあり，急速に進行する四肢の弛緩性麻痺を主徴とする疾患。典型例での臨床経過は単相性で，発症から1～2週でピークに達し（最大で4週以内）に頂点に達し，極期を過ぎると軽快する。発症早期は左右不対称であることがしばしばあるが，極期に向かって左右対称となる。感覚障害は，運動障害に比べると軽微である。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		すぐに高次医療機関へ紹介
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)紹介すべき疾患とタイミングについて	膠原病関連疾患が多い多発単神経炎、症状の原因が不明の場合、進行性の病態、患者自身の苦痛が強い場合は紹介が必要

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)紹介内容について 2)必要な検査の可能な医療機関の選択	1)2)経過、行った検査、治療歴について記載する 3)神経内科、整形外科などの想定される疾患の専門医師がいる医療機関の選定が必要
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

病変部位と運動・知覚障害の起こる分布領域



リファレンス: 著者提供

疾患名 **難聴 1**

[プライマリ・ケアで役立つ耳鼻咽喉科]

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)難聴の種類 2)経過,難聴の種類で想起される鑑別	1)外耳～中耳に起因する伝音難聴、内耳～中枢側に起因する感音難聴に大別する（両者が合併した混合性難聴も存在） 2)急性×感音性→突発性難聴、メニエール、外リンパ瘻、Hunt症候群 慢性×感音性→聴神経腫瘍、加齢性(両側)、薬剤性(両側)、騒音性(両側) 急性×伝音性→鼓膜穿孔、中耳炎、外耳道異物 慢性×伝音性→耳垢塞栓
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)難聴の経過、随伴症状、生活環境、内服歴 2)音叉による診察 3)外耳の診察(あれば耳鏡を使用)	0)「耳閉感」「耳鳴り」として訴える患者もいる 1)初発か、急性か慢性か、発熱・めまい・顔面神経麻痺等伴うか、イヤホンの使用や騒音下での作業、内服歴(AG系抗生剤、化学療法、ループ利尿薬) 2)伝音性か感音性か 3)皮疹や耳垢の有無
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)オーディオメトリー（※）	なし
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	なし	なし
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	総論参照	総論参照

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	(※) 1)薬物治療	1)Hunt症候群や突発性難聴に対するステロイドなど
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	(※) 1)手術 2)補聴器	1)鼓膜形成術／鼓室形成術／アブミ骨手術／植込型骨導補聴器移植術/人工中耳植込術/人工内耳植込術）など
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)騒音環境の改善(イヤホンの使用を休む) 2)補聴器のすすめ 3)周囲への指導	3)加齢性難聴に対しては耳元で低く、大きく、ゆっくりした声で話す
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 安定した加齢性難聴 2) 専門医の診察後、かかりつけでのフォローが可能と判断された患者	2) 急性増悪傾向があれば再度診察を依頼する
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1) 緊急対応が必要な病態、症状	1) 急性発症の難聴 同日あるいは遅くとも翌日までに耳鼻科へ
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) 安定した加齢性難聴以外 2) 加齢性難聴において、補聴器の相談を要する場合	1) 詳細なオーディオメトリーなど、原因精査を要する 2) 処方箋があることでより細かい調整が可能（難聴の程度により購入費用補助等ある）

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1)症状の経過
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	難聴に介入する利点	難聴は認知機能低下のリスクである

疾患名 頸肩腕症候群 1

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)頸肩腕症候群の概念と定義 2)頸肩腕症候群の疫学	1)頸部から肩、腕、背部にかけての広範囲な違和感や疼痛・しびれなどを主体とする症候群。 2)頸肩腕症候群は極めて一般的である。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)発症時期と症状、増悪寛解因子（安静で改善し、体動で悪化）、誘因（パソコン作業、同一姿勢の保持など）、職業と作業形態、既往歴（頸椎疾患、神経疾患、精神疾患など）を確認する。 2)症状がある部位の視診、触診と神経学的評価（筋力、感覚、深部腱反射など）を行う。
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)エックス線検査	1)明らかな器質的疾患（頸椎症など）の除外を行う。
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)自覚症状 2)器質的疾患の除外	1)頸部から肩にかけての慢性的なコリ・痛みが主体で、眼精疲労や頭痛など随伴症状を合併することがある。 2)神経学的異常所見や画像検査上の明らかな器質的病変を伴わない。

疾患名 **頸肩腕症候群 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントに記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)頸椎症 2)うつ病 3)感染症（化膿性脊椎炎など） 4)結晶誘発性関節炎（頸椎偽痛風など） 5)リウマチ性多発筋痛症 6)肩関節周囲炎	1)Jacksonテスト、Spurlingテストや画像検査での頸椎の変形が参考となる。 2)二質問法（抑うつ気分、興味の喪失の確認）やPHQ-9を用いて評価する。 3)発熱の有無や頸椎の破壊を確認する。 4)頸部の回旋で増悪する頸部痛や発熱が特徴的である。 5)高齢者で、急性に四肢近位筋を主体とした筋痛と赤沈、CRPの上昇がみられる。稀に巨細胞性動脈炎を合併するため、頭痛、顎跛行、側頭動脈の圧痛などを確認する。 6)いわゆる五十肩。50歳前後に好発し、慢性の可動域制限を伴う肩痛がみられる。
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)治療目標の設定 2)薬剤選択の考え方と代表的な治療薬の特徴 3)反応不十分だった時の薬剤選択	1)ADLの維持とQOL向上を念頭に患者ごとの治療目標を設定し、薬物療法とリハビリテーションを行う。 2)NSAIDsやプレガバリンなどの鎮痛薬やチザニジンなどの筋緊張緩和薬の特徴を理解する。 3)反応不十分だった場合の薬剤の選択肢（鎮痛薬のほか抗不安薬や睡眠薬など）を理解する。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)トリガーポイント注射、筋膜リリース	1)トリガーポイント注射、筋膜リリースの適応と手技、合併症を理解する。
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)作業など生活環境の見直し 2)運動療法 3)飲酒・喫煙	1)パソコン作業時の30分ごとの休憩やストレッチなど誘因となる環境を調整 2)定期的な有酸素運動 3)節酒、禁煙
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントに記載する	1)フォローアップの注意点 2)定期的な評価	1)症状に加え、合併症や多剤併用による副作用の出現に注意する。 2)薬物療法など介入の効果判定を定期的に行い、必要に応じて調整する。

疾患名 **頸肩腕症候群 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う 病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)代表的な緊急対応が必要な病態 2)緊急対応が必要な病態を疑うポイント	1)頸肩腕症候群自体は緊急性が低い。頸肩腕症候群の類似疾患（上記、「鑑別診断」）が経過により顕在化する可能性がある。 2)神経学的異常、循環障害、精神症状の出現や増悪があれば他の重篤な疾患を疑う。
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	1)疼痛管理 2)安静保持 3)全身管理	全身状態をモニタリングしながら、疼痛管理と簡易固定、安静保持を行う。 循環動態や呼吸状態の急変時は直ちに蘇生対応が必要である。
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)器質的疾患や精神疾患が疑われる場合	疼痛の改善がみられない場合、筋力低下や感覚障害などの神経症状、抑うつ症状などの精神症状が出現・進行する場合などは他の重篤な疾患と鑑別が必要であるため、専門医に紹介を行う。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)提供すべき情報	1)現病歴、既往歴、薬歴など詳細な病歴と検査結果を情報提供。
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **更年期障害 1**

日本産婦人科診療ガイドライン2023（婦人科外来編）
矢本希夫. 「働く女性の月経関連障害及び更年期障害のQWL（Quality of Working Life）に及ぼす影響に係る研究・開発、普及」研究報告書. 独立行政法人. 労働者健康福祉機構. H25.

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)更年期障害の定義 2)原因	「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ407参照 1)「更年期」の定義。「更年期障害」に明確な診断基準はなく、除外診断をしながら臨床診断を行う。 日本人の平均閉経年齢は50歳前後 2)卵巣機能の低下＋精神・心理的な要因＋社会文化的な環境因子(ライフサイクルの変化)が複合的に関わる
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)症状(更年期症状評価表)、症状にあわせた診察 2)月経周期	「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ407参照 1))血管運動神経症状、身体症状、精神症状 血管運動神経症状(顔のほてりのぼせや膣乾燥)は比較的特徴的だが頻度は2-7割、頻度が高い症状は易疲労感や肩こり等非特異的症状 うつもの2項目スクリーニング 2)更年期の期間かどうか
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査（TSH）	1) 性腺ホルモンは測定する必要性が低い(月経周期を確認すればわかる)
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 「総論」と同様	1) 臨床診断が基本（明確な診断基準はない。）
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1)特に甲状腺機能異常、うつ病(双極性障害の抑うつ気分) 2)その他(貧血、メニエール病、関節リウマチ、脳腫瘍、椎間板ヘルニア、変形性膝関節症、Ca-blocker内服)	「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ407参照

疾患名 更年期障害 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 漢方薬 2)SSRI,SNRI 3)HRT(※)	1)「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ412参照 当帰芍薬散(虚弱)、加味逍遙散(精神症状)、桂枝茯苓丸(実証) 2)「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ411参照 BZ系抗不安薬は短期使用にとどめる 3)「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ408参照 血管運動神経症状に有効。抑うつ強い例に試みてもよい。禁忌症例・慎重投与例がある。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)傾聴 2)心理療法(認知行動療法)	「日本産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編)」CQ407参照
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1)食事療法、運動療法 2)その他(喫煙・アルコール・香辛料・カフェインの制限) 3)社会的処方	1)CQ407参照参照。肥満女性が減量すると更年期症状が改善 2)症状悪化に繋がる習慣を控える 3)家族ライフサイクルへの介入(課題を整理する、支援する)
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 対象となる患者 2)注意点	1) 軽快傾向or症状に波がある。(増悪の一途をたどっていない) 2)新規症状を「更年期障害」として片付けない。心理社会的背景の関与もある。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	なし	
	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	なし	

疾患名 **更年期障害 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1) ホルモン補充療法の希望 2) 精神症状が強い場合	1) 症状(特にホットフラッシュ)が強い、漢方で症状が改善しない場合。産婦人科へ。 2) 精神科への紹介
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 提供すべき情報	1)更年期障害の診断に至った経緯、治療経過。 CQ408参照：血栓リスク(乳がん罹患歴や家族歴、子宮摘出の既往、脳卒中の既往)
その他	その他	その他必要事項があれば記載する	1)加齢男性性腺機能低下症候群(LOH症候群)	男性更年期障害は https://www.urol.or.jp/lib/files/other/guideline/30_loh_syndrome.pdf 参照 ・40歳以降いつでも起こりうる ・終わりが無い ・性機能の低下+非特異的な全身症状・精神症状 ・ホルモン学的検査を実施し、他疾患を除外 ・漢方(補中益気湯),ホルモン補充療法

疾患名 **慢性肝炎 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)慢性肝障害の概念	「6 か月以上持続する肝障害」と定義されることが多く、その原因にはウイルス性、アルコール性、非アルコール性脂肪肝炎、薬剤性、自己免疫性などがある。そのほか、肝以外の原因として、右心不全などによるうっ血性肝障害、甲状腺疾患も肝機能障害を来す要因となる。
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1)病歴 2)身体所見	1)飲酒歴（詳細に）、薬剤歴（OTC、ハーブ、サプリメント含め）、輸血歴（肝炎ウイルス）、家族歴（ヘモクロマトーシス、wilson病） 2)肝硬変となれば肝臓、脾臓の触知、腹水の有無、腹壁静脈怒張、くも状血管腫、黄疸の確認
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1)AST、ALT上昇 2)ALP、γGTP優位の上昇 3)FIB-4 index	1）HBs抗原、HCV抗体、自己免疫性肝炎の評価のため抗核抗体、可能であれば腹部エコー 2)ALP、γGTP同時上昇は肝由来の可能性が高い。抗ミトコンドリアM2抗体、可能であれば腹部エコー（ALPのみは他の疾患 肝臓、結核、骨病変など）透析患者ではビタミンB6欠乏によりAST,ALTが上昇しないことがある。 3)年齢、AST、ATL、血小板数より肝線維化予測ができる。

疾患名 慢性肝炎 2

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1)MASLD（代謝異常関連脂肪性肝疾患）FIB-4 indexについて 2)アルコール性 3)ウイルス性 4)薬物性肝障害 5)原発性胆汁性胆管炎 6)自己免疫性肝炎	1)脂肪肝に加えて①BMI23以上、②2型糖尿病、③痩せ/正常体重では2項目以上の代謝異常（高血圧、内臓脂肪蓄積、耐糖能異常、脂質異常症）が合併している状態。 FIB-4 indexを測定し、肝線維化の評価が必要。 2)長期（通常は5年以上）にわたる過剰の飲酒（1日平均純エタノール60g以上の飲酒（常習飲酒家））が肝障害の主な原因と考えられる病態。 2)禁酒により 血清AST、ALTおよびγ-GTP値が明らかに改善、肝炎ウイルスマーカー、抗ミトコンドリア抗体、自己抗体がいずれも陰性。 3)HBs抗原もしくはHCV抗体が陽性となる。輸血や注射針の使い回し、不特定多数の性行為、HBVに感染している母親から生まれる時の新生児への母子感染などの病歴の聴取が必要。無症状の時期を経由して慢性肝炎となる。 4)容量依存性の中毒性とアレルギー性特異体質、代謝性特異体質によるものに分類される。障害部位としては肝障害型、胆汁うっ滞型、混合型に分類される。1回の内服で発症することもあるが、2年以上の継続投与で発症したこともあり、服用期間の長い短いで薬物性でないと判断は難しい。可能性を評価するためのスコアリングシステムRECAM-J 2023がある。 5)初期は症状なく、中期から後期で胆汁うっ滞による皮膚掻痒感が初発となることが多い。ALP、γGTP上昇と抗M2抗体陽性となる。 6)初発症状として倦怠感、黄疸、食思不振の症状に加えて、関節痛、発熱を初発とするものがある。自己免疫性疾患との合併が多い。抗核抗体陽性または抗平滑筋抗体陽性 IgG 高値（>基準上限値 1.1 倍）

疾患名 **慢性肝炎3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1）原因の鑑別について	右心不全 甲状腺疾患、横紋筋融解など
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1)肝炎ウイルスが要因の場合 2)それ以外 3)肝硬変の治療内容（省略可）	1)紹介での薬物治療 2)薬剤性→原因薬剤の中止 3)低栄養の場合→BCAA、肝不全用経腸栄養、腹水→アルダクトン、フロセミド、肝性脳症→非吸収性合成二糖類、BCAA
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		なし
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	1）アルコール 2）MASLD 3）肝硬変の場合	1.2)適切な運動（1日20分の有酸素運動）、食事指導、節酒・禁酒 3)適切な食事量と十分なたんぱく質摂取、塩分制限。血清アルブミン、CP分類、サルコペニアのいずれかが存在する場合には栄養療法として就寝前軽食を含めた分割食 BCAAの投与、生魚摂取は控える。便秘予防のため食物繊維増やす。サルコペニア防止のための運動推奨だが、食道・胃静脈瘤があると運動による破裂リスクある。
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		MASLD、アルコール性肝障害は定期的な肝機能の評価でfollowが可能。超音波の定期follow。ウイルス性、自己免疫性、原発性胆汁性胆管炎は専門医での評価加療ののち、指示に従い継続followを。
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	1)黄疸、倦怠感、腹痛、意識障害などの症状を伴う肝機能障害の時 2)肝硬変での状態変化時	1)劇症肝炎など緊急性を要する疾患が疑われるため紹介。 2)肝硬変で静脈瘤破裂の吐下血時、肝性脳症発症時（性格変化、見当識障害、羽ばたき振戦、傾眠、錯乱、異常行動）NH3の上昇は原因にはなるが、診断には使えず除外にもならない。

疾患名 **慢性肝炎 4**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		バイタルサインの評価、意識状態の評価、血圧低下時には補液を行いながら救急搬送
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	1)紹介すべき疾患、タイミング	ウイルス性肝疾患、自己免疫性肝疾患、原発性胆汁性胆管炎、初診の身体所見にて肝硬変を疑う時、生活習慣病を合併し、脂肪肝がありFIB-4 indexで線維化リスク高い場合、原因不明の肝機能障害が続く場合。
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1)紹介状内容について	病歴の他、血液検査結果、可能であれば超音波結果を合わせて肝臓専門医へ紹介
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		術前スクリーニングや針刺し事故での評価で偶発的にウイルス性肝炎が判明した場合適切に肝臓専門医へ紹介。

疾患名 **貧血 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1)貧血の定義 2)貧血の症状 3)貧血の原因 4)緊急対応の必要な貧血	1) 貧血とは血液中の赤血球成分が減少した状態であり、ヘモグロビン濃度の低下により判定される。2) 貧血の症状は易疲労感、めまい、浮腫など多岐にわたり、進行速度によって変動する。 3) 貧血の原因は骨髄での赤血球産生低下と末梢循環での異常（出血、溶血）に分類できる。 4) 急性出血や血液腫瘍が疑われる場合には緊急対応が必要である
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）	1) 病歴 2) 身体所見	1) 自覚症状（動悸、呼吸困難、易疲労感、頭痛、めまい、失神、筋力低下など）、出血症状の確認に加え、原因の鑑別に必要な背景情報（胃癌/大腸癌検診歴、胃癌手術歴、CKD既往歴等）を聴取する 2) 貧血に伴う所見：結膜、顔面、手掌の蒼白など 原因の鑑別に有用な所見：黄疸、皮下出血、リンパ節腫大、甲状腺腫大、Hunter舌炎、肝脾腫、神経学的所見
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する	1) 血液検査 2) 尿潜血、便潜血	1) Hb、MCV、白血球数・血小板数 小球性貧血：血清鉄、フェリチン、TIBC、トランスフェリン飽和率（TSAT,血清鉄/TIBC×100%） 正球性貧血：網赤血球数 大球性貧血：VitB12、葉酸 2) （かかりつけ医が可能な出血源検索のための検査として）尿検査、便潜血
	診断のポイント（診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する	1) 赤血球形態(MCV)の解釈 2) 網赤血球数の解釈 3) 血液腫瘍を疑う所見の確認	1) MCVによって貧血を分類する 2) （正球性の場合）網状赤血球数増加：出血or溶血、正常～低下：骨髄での産生低下 3) 二系統以上の血球減少を認める場合は血液疾患を疑う

疾患名 **貧血 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）	1) 小球性低色素性貧血 2) 正球性貧血 3) 大球性貧血	1) 鉄欠乏性貧血（慢性出血による鉄欠乏を含む）、サラセミア、鉄芽球性貧血 2) 出血、腎性貧血、血液腫瘍、脾機能亢進症、慢性炎症、薬剤性造血障害、甲状腺ほか内分泌疾患、溶血性貧血 3) VitB12欠乏症、葉酸欠乏症、MDS、赤芽球癆、甲状腺機能低下症、肝疾患
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	1) 鉄欠乏性貧血（出血のないもの） 2) ビタミンB12欠乏症、葉酸欠乏症	1)鉄補充（内服、経静脈投与）フェリチン12ng/mL未満、TSAT16%未満で補充開始 ※過剰な補充に対して注意する 2)VitB12 内服1日1000μg（吸収不良のない場合）～2000μg（吸収障害を伴う場合）にて補充を行う。筋注も可。葉酸欠乏の場合は一般的に内服で補充するが、空腸の異常を伴う場合は筋注も可。
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する	特になし	
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する	鉄摂取不足が原因の貧血に対する食事指導	鉄摂取不足の場合には鉄分を多く含む食品（レバーやアサリ、ひじきなど）の摂取を指導する
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する	1) 鉄摂取不足が原因の鉄欠乏性貧血 2) ビタミンB12欠乏症、葉酸欠乏	1) 鉄剤を処方し、フェリチン50ng/mLを目標に継続する。再発が多いため鉄剤内服終了後も年1回程度Hb,フェリチンをフォローアップする 2) 不足しているVitB12あるいは葉酸を補充し、血液検査所見の正常化までフォローする
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する	貧血に循環動態の異常をきたしている場合	労作時の動機・息切れ、頻脈や血圧低下（起立性低血圧を含む）、末梢冷感といった循環動態の異常が疑われる徴候を認めた場合緊急対応が必要である

疾患名 **貧血 3**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する	循環動態の異常な貧血に対する補液	バイタルサインの異常を伴う貧血の場合には循環動態維持のため末梢急速輸液を開始し同時に緊急対応可能な専門医療機関へ紹介する
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する	治療に必要な原因疾患を伴う場合	原因疾患の精査や治療が必要な場合は紹介
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する	1) 推定される原因とその根拠 2) 重症度・緊急性の判断	1) 2) 推定される貧血の原因について根拠となる情報や、貧血の程度やバイタルサインといった緊急性の判断に必要な情報を伝える
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		

疾患名 **乳房の疾患 1**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
総論	総論	かかりつけ医機能を担う医師が知っておくべき当該疾患の概念や特徴についてポイントを絞って記載する。	1) 乳癌 1)-1乳房腫瘍の鑑別,それぞれの随伴症状(乳房痛,乳頭分泌など) 1)-2悪性を疑う病歴/身体所見 1)-3乳がんの疫学,発症リスク 1)-4乳がん検診について 1)-5乳がん検査について 2) 乳腺炎 3) 女性化乳房	1) 乳がん診療ガイドライン2022参照 1)-1乳がん,乳腺症,線維腺腫,嚢胞,乳管内乳頭腫,葉状腫瘍,乳腺炎(乳腺症による周期性乳房痛は経過観察で良い、等) 1)-2 乳房の発赤腫脹硬化,血性分泌物,乳糖陥凹 など 1)-3 好発年齢。リスク→高齢、肥満、乳がんや卵巣がんの既往(家族歴も)、初経が早い、閉経が遅い、初産が遅いor無経産、飲酒、喫煙 1)-4 無症状の40歳以上or無症状だが発症リスクのある40歳未満が対象。MMG。1-2年間隔。高濃度乳房では超音波を併用することで検出率が上がる。 1)-5 有症状者は精査のため専門医へ紹介する。(超音波検査や細胞診や針生検についても簡単に紹介する) 2) 乳汁鬱滞性乳腺炎→うっ滞の除去(授乳を継続)、化膿性乳腺炎→抗生剤投与 3) 薬剤性(スピロノラクトン、抗アンドロゲン薬等)を考慮
初診時の対応	病歴・身体所見	当該疾患を疑った場合、確認しておく病歴や身体所見について記載する。（可能であれば各種病態の事前確率を上げる/下げる情報を強調して記載）		
	検査	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき検査と結果の解釈について記載する		

疾患名 **乳房の疾患 2**

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
初診時の対応	診断のポイント （診断基準）	上記で得られた病歴、身体所見、検査所見の範囲において、当該疾患を診断するためのポイントを記載する		
	鑑別診断	上記の診断を行う際に、想起すべき鑑別疾患と鑑別のポイントを記載する（可能であれば病歴や身体所見等の鑑別ポイントをまとめた簡易表をつける）		
マネジメント	薬物療法	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		
	治療手技	専門以外の医師でも実施できる（実施すべき）基本的な内容に絞って記載する		
	生活指導	プライマリ・ケアのセッティングにおいて、実施すべき生活指導について記載する		
	フォローアップ	専門以外の医師が継続的に診療を担当できる（担当してよい）範囲や、その際の診療上の注意点、専門医との連携のポイントを記載する		
緊急時の対応	緊急対応の判断	緊急対応が必要な病態を疑う病歴/身体所見/検査のポイントや、緊急度判断の基準を記載する		

疾患名 乳房の疾患 3

大項目	小項目	ねらい	学習項目（例）	キーポイント
緊急時の対応	初期治療のポイント	救急または専門診療科を受診するまでの間に、プライマリ・ケアのセッティングでやっておくべき初期治療について記載する		
専門医への紹介	紹介の適応	専門医に紹介するタイミングや判断のポイントを記載する		
	紹介時のポイント	専門医に紹介する際に提供すべき情報や、適切な紹介先の選び方などについて記載する		
その他	その他	その他必要事項があれば記載する		