

# 写真集



中村先生の発表



関島先生の発表



河合先生の発表



若栗先生の発表



宮坂先生の発表



林先生の発表



菅家先生の講演



A・B2グループに分かれて発表



## 《スケジュール》

13:00 ~ 13:30 オープニング

13:30 ~ 15:00 ポートフォリオ発表会

### 【Aグループ】

13:30 - 14:00 関島 梓 先生  
(領域: 教育)

14:00 - 14:30 宮坂 麻由子先生 <恵寿総合病院>  
(領域: 行動変容のアプローチを用い、患者教育をおこなった症例)

14:30 - 15:00 中村 一樹先生  
(領域: 複数の健康問題を抱える患者に統合されたケアを実践した症例)

### 【Bグループ】

13:30 - 14:00 若栗 良 先生  
(領域: 救急)

14:00 - 14:30 河合 皓太先生  
(領域: 教育)

14:30 - 15:00 林 聖也先生 <長野赤十字病院>  
(領域: 行動変容のアプローチを用い、患者教育をおこなった症例)

15:00 ~ 15:15 休憩



15:15 ~ 16:45 講演 「家庭図を診療にうまく活かすコツ」

講師 菅家 智史 先生

(福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座 助教)



16:45 ~ 17:15 エンディング

# ポートフォリオ発表会

2016.1.23

## なぜ、ポートフォリオなのか？

ポートフォリオは、様々な広がり、深みをもつ家庭医療やプライマリ・ケアについて、各研修者が実施できる能力を持っているかどうかを評価しようという考えから生まれた。

振り返り(reflection)

省察的実践家(reflective practitioner)

## ポートフォリオの学習ステップ

### ステップ1: 経験

現場での経験の蓄積。体系的な言語化は難しい。現場経験からの気づきや振り返り。

### ステップ2: 気づき・省察

エントリー項目に関する理解。指導医や同僚との振り返り。生ポートフォリオの作成。

### ステップ3: 深い省察

ポートフォリオ検討会、ポートフォリオ発表会、提出用ポートフォリオ記載

## 学会申請ポートフォリオ

1. 家庭医療専門医と特徴づける能力: 5事例

2. 全ての医師が備える能力: 3事例

3. 教育・研究: 2事例

\* 1~3までの詳細報告10事例

4. 家庭医療専門医がもつ医学的な知識と技術: 詳細報告10事例、簡易報告20事例

合計: 詳細報告20事例、簡易報告20事例

## 家庭医療専門医に求められる臨床能力

### 1. 家庭医療専門医を特徴づける能力: 5事例

(7)患者中心・家族志向の医療を提供する能力

① bio-psycho-social model

② 家族カプセル

(1) 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力

① 複数の健康問題を抱える患者に統合されたケア

② 行動変容のアプローチの患者教育

(9) 地域・コミュニティをケアする能力

① 疾病予防、ヘルスプロモーション

2. 全ての医師が備える能力: 3事例

(7) 診療に関する一般的な能力と患者とのコミュニケーション

① EBM

② コミュニケーション

(1) プロフェッショナルリズム

① フロントワークチームによる問題解決

② 生涯学習

(9) 組織・制度・運営に関する能力

① 研修施設の管理・運営に関して、業務の改善に貢献

② 研修施設内外の良好なチームワークやネットワークの構築・促進

3. 教育・研究: 2事例

(7) 教育

① 学生・研修医への教育、教育セッションの企画運営

(1) 研究

① 臨床研究

### 4. 家庭医療専門医がもつ医学的な知識と技術: 10事例、簡易20事例

(7) 病人への健康増進と疾病予防

(1) 乳小児・思春期のケア

(9) 高齢者のケア

(1) 終末期のケア

(9) 女性の健康問題、男性の健康問題

(1) リハビリテーション

(1) メンタルヘルス

(9) 救急医療

(9) 臓器別の健康問題

① 心血管系

② 呼吸器系

③ 消化器系

④ 代謝内分泌・血液系

⑤ 神経系

⑥ 腎・泌尿器系

⑦ リウマチ性・筋骨格系

⑧ 皮膚

⑨ 耳鼻咽喉

⑩ 眼

## 評価基準

レベル1: 記述的

レベル2: 分析的

レベル3: 統合的

不合格:

最低限度必要レベルに達していない

合否ライン:

情報は比較的集められているが、分析が不十分

標準的合格:

多角的なアプローチは定型的だが、創意工夫に乏しい

理想的合格:

多角的なアプローチや創意工夫に優れている。

## ショーケースポートフォリオ

定義:

学習者自身が選んだ**最良の仕事・成果**からなる  
ポートフォリオ

具体的な内容:

最も優れた成果、最も興味深い成果、最も改善された  
成果、最も失望させた成果、最も気に入った成果など

事例・経験の選択

アウトカムごと

## 振り返りや省察を促す方法

### 1. Clinical Jazzの振り返り フォーマット

- ①うまいこと
- ②改善すべきこと
- ③感情的には
- ④next step～学びの課題

### 2. SEA

(significant event analysis)

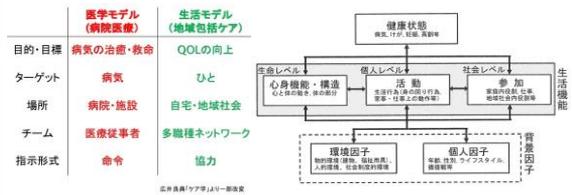
- ①重大事象の記述
- ②最初に考えたこと、その時の感情
- ③うまいこと
- ④うまいかなかったこと
- ⑤こうしたらよかったと思うこと
- ⑥つぎのアクションプラン・学びの計画



医学の進歩により、  
治せない病気が減ってきた  
長寿により、つきあっていく  
病気が増えてきた

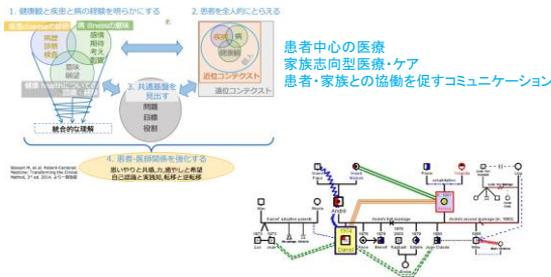
病気を「治す」から、  
やまいを抱える住民の  
ものがたりを  
「ささえる」への転換

医学モデルと同じように、生活モデルも大事にする総合診療医



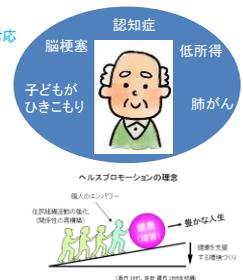
## 人間中心の医療・ケア

患者中心の医療の方法



## 包括的統合アプローチ

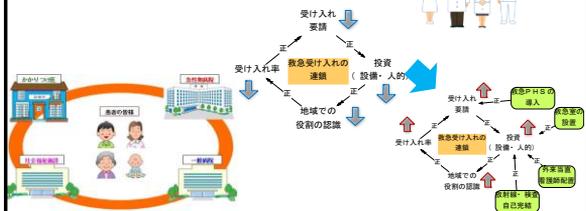
未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応  
効率よく的確な臨床推論  
健康増進と疾病予防  
継続的な医療・ケア



（原典）2017、2018、2019、2020年

## 連携重視のマネジメント

多職種協働のチーム医療  
医療機関連携および医療・介護連携  
組織運営マネジメント



## 地域志向アプローチ

保健・医療・介護・福祉事業への参画  
地域ニーズの把握とアプローチ

倍率の違うレンズを同時にもち、手に入れる  
×400倍 病気の発症など  
×40倍 生活環境など、周辺要素の把握など  
×4倍 家族・地域・ACDC



## 公益に資する職業規範

倫理観と説明責任  
自己研鑽とライフワークバランス  
研究と教育

コルプの経験学習サイクル



## 診療の場の多様性

外来

救急

病棟

在宅

診療所から、大病院まで幅広い診療の場

皆さん、一緒に  
頑張りましょう！

# ポートフォリオ発表会

2016.1.23

## なぜ、ポートフォリオなのか？

ポートフォリオは、様々な広がり、深みをもつ家庭医療やプライマリ・ケアについて、各研修者が実施できる能力を持っているかどうかを評価しようという考えから生まれた。

振り返り(reflection)

省察的実践家(reflective practitioner)

## ポートフォリオの学習ステップ

### ステップ1: 経験

現場での経験の蓄積。体系的な言語化は難しい。現場経験からの気づきや振り返り。

### ステップ2: 気づき・省察

エントリー項目に関する理解。指導医や同僚との振り返り。生ポートフォリオの作成。

### ステップ3: 深い省察

ポートフォリオ検討会、ポートフォリオ発表会、提出用ポートフォリオ記載

## 学会申請ポートフォリオ

1. 家庭医療専門医と特徴づける能力: 5事例

2. 全ての医師が備える能力: 3事例

3. 教育・研究: 2事例

\* 1~3までの詳細報告10事例

4. 家庭医療専門医がもつ医学的な知識と技術: 詳細報告10事例、簡易報告20事例

合計: 詳細報告20事例、簡易報告20事例

## 家庭医療専門医に求められる臨床能力

### 1. 家庭医療専門医を特徴づける能力: 5事例

(A) 患者中心・家族志向の医療を提供する能力

① bio-psycho-social model

② 家族カプセル

(B) 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力

① 複数の健康問題を抱える患者に統合されたケア

② 行動変容のアプローチでの患者教育

(C) 地域・コミュニティをケアする能力

① 疾病予防、ヘルスプロモーション

2. 全ての医師が備える能力: 3事例

(A) 診療に関する一般的な能力と患者とのコミュニケーション

① EBM

② コミュニケーション

(B) プロフェッショナルリズム

① フロントランクリズムによる問題解決

② 生涯学習

(C) 組織・制度・運営に関する能力

① 研修施設の管理・運営に関して、業務の改善に貢献

② 研修施設内外の良好なチームワークやネットワークの構築・促進

3. 教育・研究: 2事例

(A) 教育

① 学生・研修医への教育、教育セッションの企画運営

(B) 研究

① 臨床研究

### 4. 家庭医療専門医がもつ医学的な知識と技術: 10事例、簡易20事例

(A) 病人への健康増進と疾病予防

(イ) 乳小児・思春期のケア

(ウ) 高齢者のケア

(エ) 終末期のケア

(オ) 女性の健康問題、男性の健康問題

(カ) リハビリテーション

(キ) メンタルヘルス

(ク) 救急医療

(ケ) 臓器別の健康問題

① 心血管系

② 呼吸器系

③ 消化器系

④ 代謝内分泌・血液系

⑤ 神経系

⑥ 腎・泌尿器系

⑦ リウマチ性・筋骨格系

⑧ 皮膚

⑨ 耳鼻咽喉

⑩ 眼

## 評価基準

レベル1: 記述的

不合格:

最低限度必要レベルに達していない

レベル2: 分析的

合否ライン:

情報は比較的集められているが、分析が不十分

レベル3: 統合的

標準的合格:

多角的なアプローチは定型的だが、創意工夫に乏しい

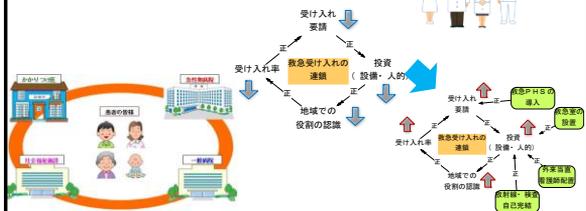
理想的合格:

多角的なアプローチや創意工夫に優れている。



## 連携重視のマネジメント

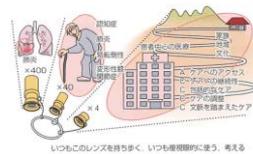
多職種協働のチーム医療  
医療機関連携および医療・介護連携  
組織運営マネジメント



## 地域志向アプローチ

保健・医療・介護・福祉事業への参画  
地域ニーズの把握とアプローチ

倍率の違うレンズを同時にもち、手に入れる  
×400倍 病気の発症など  
×40倍 生活習慣病など、関連疾患の併発など  
×4倍 家族・地域・ACDC



## 公益に資する職業規範

倫理観と説明責任  
自己研鑽とライフワークバランス  
研究と教育

コルプの経験学習サイクル



## 診療の場の多様性

外来

救急

病棟

在宅

診療所から、大病院まで幅広い診療の場

皆さん、一緒に  
頑張りましょう！

## 日本プライマリ・ケア連合学会 ポートフォリオ詳細事例評価についての方針 2016 年度版

現状において、ポートフォリオ評価は、家庭医療専門医試験において重要な役割を担っている。多くの専攻医は、ポートフォリオ記載を早期から始めるようになり、ポートフォリオ記載を通じて学びが深まると感じる専攻医も増えている。また、評価としては信頼性が高く、合否判定をするための評価の前提が保たれている。今後、一層の改善を図るべく、以下の点に留意いただきたい。

### 1. 記載の標準化

様式は学会 HP からダウンロードすることになっている。このフォーマット（左揃え、インデントなし、和文 MS 明朝、英文 Century、行間 1 行・段落前後各 0 行・1 ページの行数を指定時に文字を行グリッド線に合わせる）は変更しないこととする。図表を入れるときは、文字のフォント、サイズなどについて、評価者が読めるのであれば、特に指定しない。また、図表番号は特に問題なければ振らなくてよい。

プロブレムリストの有無は問わない。検査所見などは必要最小限でよい。処方内容は一般名が望ましいが、商品名での記載を除外はしない。

文献は、最後にまとめて番号を振る。また、本文中にも上付きの数字（例えば<sup>1)</sup>のように）によって、引用箇所を示す。表記法は、学会誌の規定による（[http://www.primary-care.or.jp/journal/kitei\\_jan.html](http://www.primary-care.or.jp/journal/kitei_jan.html)）。ただし、単行本、10 頁を超える長いウェブ上の報告書などにおいては、どの頁から引用したかが分かるように明記する。

### 2. 事例の記述

事例の記述は、自ら経験した事例に基づいて行う。集団への健康増進、施設管理・運営、教育、研究といった領域では事例は臨床症例ではないため、ポートフォリオ記載に先んじて経験ができるような活動の計画を必要とする。後期研修のどの時期に、どの研修場所で活動をすべきかについては、予めプログラム責任者や指導医と相談しておくべきである。

事例の選択において、「改善点すべき点が多い事例で、振り返りでも改善点が多く示されている」、「すでに研修を通じて改善された後の事例で、振り返りではさらにもう一步改善する点が示されている」という二つのパターンがあったとき、どちらが提出用ポートフォリオに適しているかは時に重要な論点である。すなわち、事例の記述→振り返りという流れで記載される各領域のポートフォリオに関し、事例の記述は改善すべき点が多いが、振り返りではその多くに対処された（例えば 10 点満点の 4 点の実践を 7 点に改善可という振り返り）よりは、事例の記述はかなり高いレベルであり、振り返りでは残り少ない改善点にしっかり言及された（10 点満点で 8 点の実践を 9 点に改善可という振り返り）方がよい。事例の記述は、日々の臨床実践のレベルに依存していると評価するため、事例の記述のレベルが高いことが高い評価につながる前提となる。事例の記述における実践レベルが低いと評価したならば、当然評価も低くなり、それは振り返りや省察にて簡単に覆すことができるものではないと考えている。

### 3. 考察

考察（振り返りや省察）については、分離した記載，織り交ぜた記載のいずれでも問題ない。次に同様の事例に遭遇したときに、どのように改善できそうかを中心に論じる。以下の点に留意すること。

- ①. 各領域に特徴的なツールは、事例の記述に用いた方がよい。例えば、家族志向型ケアの領域において家族図を事例の記述でなく考察に記載した場合には、考察の際に初めて家族図を利用したとみなされる。その際、一般的なツールは引用せずに用いてよい。
- ②. 考察は、可能な限り文献で与えられる枠組みに基づいて行うことが推奨される。事例と噛み合った形での考察が必要である。
- ③. 文献は一般的なものよりは、事例に特異的なものの方がよい。一般的なテキストを考察に引用した場合、考察の記載に関し、そのテキスト以上の文献は読んでいないとみなされる。

### 4. ルーブリック

今回、ルーブリックを領域のすべてに準備した。ただ、ポートフォリオを評価する際には、これら領域別のルーブリックだけでなく、全領域に共通な評価のポイントも踏まえて行う。例えば、記載量の過不足、誤字脱字、語彙の正確さ、記載法や意味の揺らぎのなさ、事例の記述や考察は前述したような点に配慮している、といった点である。

ルーブリックは、優・ボーダーライン・基準未到達の3つしか記載されていないが、優（4）とボーダーライン（2）の間には合格（3）という評価もあり、優・合格・ボーダーライン・基準未到達の4段階の評価尺度で構成されている。優の評価は、事例を記述する際の経験においても優れていることが読み取れるだろう。

### 5. 合否判定

ポートフォリオに関する合否の判定は、全領域での評価を平均化させて行う。よって、基準未到達の領域があっても、他の領域で良好な成績であれば合格することもあり得る。ただ、これまでの解析から、領域間の評価の内的一貫性が高く、すなわちある領域で評価が良ければ、他の領域でも評価が良い場合が多いと言える。よって、あくまでも全領域においての記述レベルを向上していただきたい。

なお、ボーダーライン付近は、不合格にも合格にもなり得るレベルであることに注意が必要である。全ての領域でボーダーラインであれば、不合格になる可能性が高い。

以上

日本プライマリ・ケア連合学会専門医認定委員会  
2015年11月

日本プライマリ・ケア連合学会 ポートフォリオ詳細事例評価のルーブリック 2016 年度版

	優 (4)	ボーダーライン (2)	基準未到達 (1)
家庭医療専門医を特徴づける能力	<p>BPS モデル</p> <p>生物医学的だけでなく、心理社会的にも複雑かつ困難な事例において、包括的な情報収集、統合的な評価、方針決定を行う。</p> <p>家族志向型ケア</p> <p>家族も巻き込んだ形で複雑かつ困難な事例において、患者や家族の情報収集をし、分析につなげている。家族や関係者の間で意見調整がなされ、全員がある程度満足できる結果となっている。</p> <p>統合的ケア</p> <p>生物医学的に複数かつ難しい問題が絡み合った事例において、主治医として専門医や医師以外の医療専門職との協働を適切にマネジメントしている。心理社会面、家族といった側面にも配慮ができていく。</p> <p>行動変容</p> <p>患者の行動変容が困難な事例において、生活背景、実際の行動、解釈モデル、信念、変化ステージといった情報を収集し、十分な分析に基づいて行動変容に導いている。</p> <p>地域包括ケア</p> <p>対象となる集団に関してデータに基づいた分析をし、目標設定をしている。予防医療・健康増進の活動は、目標に沿って事前に計画され、実施、評価もなされている。</p> <p>EBM</p> <p>エビデンスを調べる必要性が高い事例に対し、妥当な形での疑問の定式化、複数エビデンスの収集とその比較検討や批判的吟味、患者への適用、全ステップの評価、を行っている。</p> <p>コミュニケーション</p> <p>コミュニケーション困難事例に対し、関係者の背景や考え方の情報収集し、心理社会的背景を踏まえて問題を分析、解決し、再評価している。</p> <p>プロフェッショナルナリズム</p> <p>プロフェッショナルリズムや倫理の原則に関して問題のある事例に対し、何らかの枠組みを用いて網羅的に情報収集し、葛藤する問題点を明確にした上で、妥当な意思決定につなげている。</p> <p>生涯学習</p> <p>自らの生涯学習に関し、重要かつ一般化可能な問題を提起している。学習理論や質改善に関する何らかの枠組みを踏まえて記載している。多面的な視点から深みのある振り返りがなされている。</p> <p>施設管理・運営</p> <p>業務システムの問題を分析し、PDCAサイクルを明確化し、計画(P)、実施(D)、評価(C)、業務改善(A)を行っている。またサイクルは複数回繰り返され、持続的な改善が図られている。</p> <p>チーム・ネットワーク</p> <p>多職種連携が地域医療連携に関し、必要性・課題・目標を明確にし、改善活動を一定期間行い、周囲の状況も考慮しつつ、継続的に評価している。</p>	<p>生物心理社会的な情報収集がなされ、これらの情報を統合的に評価した上で、方針が決定されている。</p> <p>患者や家族の情報収集をし、家族の人間関係やライフサイクルを含めた分析の上、診療方針を決定している。</p> <p>生物医学的に複数の問題が絡み合った事例に関し、専門医や医師以外の医療専門職との協働を通じ、適切にマネジメントしている。</p> <p>患者の行動変容が重要な事例において、生活背景、実際の行動、解釈モデルといった情報を収集し、行動変容に導いている。</p> <p>対象となる集団の特徴を踏まえた形で目標設定がなされ、予防医療・健康増進の活動が実施、評価されている。</p> <p>エビデンスを調べる必要性がある事例に対し、疑問の定式化、エビデンスの収集、批判的吟味、患者への適用が行われている。</p> <p>コミュニケーション困難事例に対し、関係者の背景や考え方の情報収集し、問題点を分析し、問題解決に努めている。</p> <p>プロフェッショナルリズムや倫理の原則に関して問題のある事例に対し、何らかの枠組みを用いて情報収集し、分析し、よりよい方向に導いている。</p> <p>自らの生涯学習に関し、学習理論や質改善に関する何らかの枠組みを踏まえて記載している。振り返りは、自らの成長について分析的に論じている。</p> <p>業務システムの問題について、計画、実施、評価のサイクルを経て、業務改善につなげている。</p> <p>多職種連携が地域医療連携に関し、必要性・課題・目標を明確にし、改善につなげている。</p>	<p>生物心理社会的な情報が不十分、統合的な評価が不適切、といった問題がみられる。</p> <p>患者や家族の状況が十分に把握できない、家族の状況が診療方針に関係していない、といった問題がみられる。</p> <p>生物医学的な問題が複数でない、専門医や医師以外の医療専門職との協働が不十分、マネジメントが不適切といった問題がみられる。</p> <p>患者の行動変容が重要な事例でない、情報収集が不十分、行動変容へのアプローチが不十分といった問題がみられる。</p> <p>対象となる集団や目標設定の背景が不明瞭、予防医療・健康増進の活動やその評価が不十分といった問題がみられる。</p> <p>疑問の定式化、エビデンスの収集、批判的吟味、患者への適用のいずれかが不十分といった問題がみられる。</p> <p>コミュニケーションに関する問題点が不明瞭、情報収集や分析が不十分といった問題がみられる。</p> <p>プロフェッショナルリズムや倫理に関する記載には、定義が明確でない、どの原則と関わるかわからない、論理的でないなどの問題がみられる。</p> <p>生涯学習に関する記載には、枠組みを用いた分析がなされていない、論理的でない、振り返りが十分でないなどの問題がみられる。</p> <p>計画や実施における問題点が不明確、評価が不十分、業務改善の分析が不十分といった問題がある。</p> <p>チーム・ネットワークを形成しようとした課題・目標の記述がない、または、活動にどのような意味があるかわかりにくい。</p>
全ての医師が備える能力			

	優 (4)	ボーダーライン (2)	基準未到達 (1)
教育／研究	教育プログラムについて、必要性、教育目標、教育方略とその選択理由、学習者評価、プログラム評価が記述され、複数回繰り返す中で、継続的に改善されている。 当該分野における十分な文献レビュー、リサーチエッセンスに基づいた研究計画とその実施（ポートフォリオ記載者が筆頭で発表した会議録や論文を示すこと）、当該分野の知見の拡大に寄与すると思われる考察と今後の発展や改善が記述されている。	教育プログラムの必要性、教育目標、教育方略とその選択理由、目標が達成されたか否かの評価について記載されている。 当該分野の文献レビュー、リサーチエッセンスに基づいた研究計画とその実施、今後の改善点を含めた記述がなされている。	教育プログラムの必要性、教育目標、教育方略とその選択理由、目標が達成されたか否かの評価についての記載が不十分である、あるいは記載されていない。 当該分野の文献レビュー、明確なリサーチエッセンス、研究計画とその実施、今後の改善点のいずれかか問題がある。
個人への健康増進・予防医学	ある患者において、健康増進、予防医学の両面からアセスメントし、長期的な視点で診療やケアの計画を立てると共に、一定期間の後に再評価も行うている。	ある患者において、健康増進、予防医学の両面からアセスメントし、診療やケアが行われている。	健康増進、予防医学のいずれかか面からしかアセスメントされていない、診療やケアと関連づけられていない、など問題がある。
小児・思春期	小児期・思春期の患者において、必要不可欠な病歴、身体所見などの情報を網羅した上で、エビデンスやガイドラインに基づいて、妥当な診断、年齢・発達・社会背景を含めたマネジメントにつなげている。	小児期・思春期の患者において、病歴、身体所見などの情報を整理して列挙し、問題のない診断、マネジメントを行っている。	当該事例において必要と思われる情報、診断やマネジメントのいずれかか問題がある。
高齢者	生物医学・心理社会の両面から多面的、網羅的に情報収集した上で、高齢者ケアの特徴を踏まえて明確にゴールを設定し、妥当な診断や治療・マネジメントにつなげている。	多面的、網羅的に情報収集した上で、高齢者ケアの特徴を踏まえて診断や治療・マネジメントにつなげている。	多面的・網羅的な情報収集、診断や治療・マネジメントのいずれかか問題がある。
終末期	終末期に関するやり取りを患者本人か代理意思決定者が行った事例において、生物医学的、疼痛を中心とした症状のコントロール、予後、家族の準備状況・療養環境・介護資源の評価を行い、よりよい終末期を迎えるための計画につなげている。	終末期に関するやり取りを患者本人か代理意思決定者が行った事例において、症状コントロール、家族の準備状況・療養環境・介護資源の評価を行い、よりよい終末期を迎えるための計画につなげている。	症状コントロール、家族の準備状況・療養環境・介護資源、終末期に関する患者本人か代理意思決定者とのやり取りのいずれかか問題がある。
女性・男性のケア	ウィメンズヘルスカメンズヘルズに特徴的な領域（性的問題を含む）において、ライフステージや社会的役割を考慮した上で、生物心理社会的にアセスメントを行い、妥当な診断やマネジメントにつなげている。	ウィメンズヘルスカメンズヘルズに特徴的な領域（性的問題を含む）において、生物心理社会的にアセスメントを行い、診断やマネジメントにつなげている。	情報収集やアセスメントが不十分である、診断やマネジメントが不適切であるといった問題がある。
リハビリテーション	日常生活機能や QOL をアセスメントした上で、リハビリテーションの目標や処方につなげている。また、一定期間の後に介入に対する評価を行っている。	リハビリテーションの目標や処方を述べると共に、一定期間の後に介入に対する評価を行っている。	リハビリテーションの目標、処方が不明瞭、介入に対する評価が不十分といった問題がある。
メンタルヘルズ	ICD や DSM による診断を行うと共に、心理社会的な背景を踏まえて治療やマネジメントにつなげている。また、一定期間の後に症状の変化を再評価し、振り返りにつなげている。	ICD や DSM による診断を行うと共に、妥当な治療やマネジメントを行っている。また、一定期間後に症状の変化を再評価している。	診断の明確さ、治療やマネジメントの妥当性、治療やマネジメント後の再評価のいずれかか問題がある。
救急	短時間で病態が変化するような患者が受診したときに、重症度や緊急度を意識しつつアセスメント、マネジメントにつなげている。また、施設内外を含めた救急医療体制を俯瞰したり、継続診療とは異なる方法で行われる意思決定プロセスを分析したりしている。	短時間で病態が変化するような患者が受診したときに、重症度や緊急度を意識しつつアセスメント、マネジメントにつなげている。	重症度や緊急度を意識したアセスメントやマネジメントが不適切、といった問題がある。

\*1. ポートフォリオ記載前の具体的活動として、具体的には、学校や住民への教育機会、学会等における他の医療専門職向けワークショップ等の機会などが挙げられる。

\*2. ここでいう研究には、症例報告は含まないが、症例集積研究は含む。また、その他学会誌における原著や報告のようなものに該当する内容であれば、例えば地域介入の事例などであっても（事例報告の形であっても）認められる。