

二次評価者の皆さまへ  
専攻医と指導医の皆さまへ

# 病歴要約二次評価編

内科専門研修に相応しい病歴要約の  
より良い二次評価のあり方

日本内科学会専門医制度審議会

J-OSLER検討委員会

2021年5月



Online system for **S**tandardized **L**og of **E**valuation and **R**egistration of specialty training system

# 病歴要約評価の位置付け

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 (2020年4月)

日本内科学会内科専門医制度においては、研修修了を確認する最も重要な要件として、予め指定された内科の所定領域とその症例経験を病歴要約として一定数取りまとめる必要がある。

その病歴要約は内科専攻医の研修実績評価として、専攻医が所属する研修プログラム内での評価を受け**(個別評価・一次評価)**、そして日本内科学会査読委員による外部評価を受けることとなる**(二次評価)**。

複数段階による評価が終了し、全病歴要約が承認され、他の修了要件を満たすことにより、内科専門研修は修了する。

この研修修了をもって内科の専門医試験に出願し、受験できる。

病歴要約は**内科の研修実績を評価する最も根幹にあたる位置付け**となっている。



# 内科版J-OSLER年間スケジュール（標準）

## 内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

内科学会HP > J-OSLERトップ > 登録と評価 > 専門研修の流れ

[https://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA\\_J-OSLER\\_standard\\_schedule\\_A4\\_2.pdf](https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA_J-OSLER_standard_schedule_A4_2.pdf)

	1～2年目												3年目～												研修修了後～	
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
<b>症例</b> 専攻医 症例指導医	症例 登録・評価												症例 登録・評価												登録した研修実績の参照のみ可能	
<b>病歴要約</b> 専攻医 担当指導医	病歴要約（個別評価）登録・評価																									
<b>病歴要約（一次評価）</b> 専攻医 病歴指導医 プログラム統括責任者	病歴要約（一次評価）登録可												病歴要約（一次評価） 提出・評価													
<b>病歴要約（二次評価）</b> 専攻医 査読委員													病歴要約（二次評価） 提出・評価													
<b>技術技能評価</b> 専攻医 担当指導医	技術技能評価			技術技能評価			技術技能評価			技術技能評価			技術技能評価			技術技能評価			技術技能評価							
<b>研修評価</b> 専攻医 担当指導医	自己評価			自己評価			自己評価			自己評価			自己評価			自己評価			自己評価			自己評価				
	指導医評価			指導医評価			指導医評価			指導医評価			指導医評価			指導医評価			指導医評価			指導医評価				
	専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価			専攻医評価				
	多職種評価			多職種評価			多職種評価			多職種評価			多職種評価			多職種評価			多職種評価			多職種評価				
<b>修了認定</b> 専攻医 プログラム統括責任者	学術活動等 登録可												学術活動等 登録可												登録・依頼	修了認定

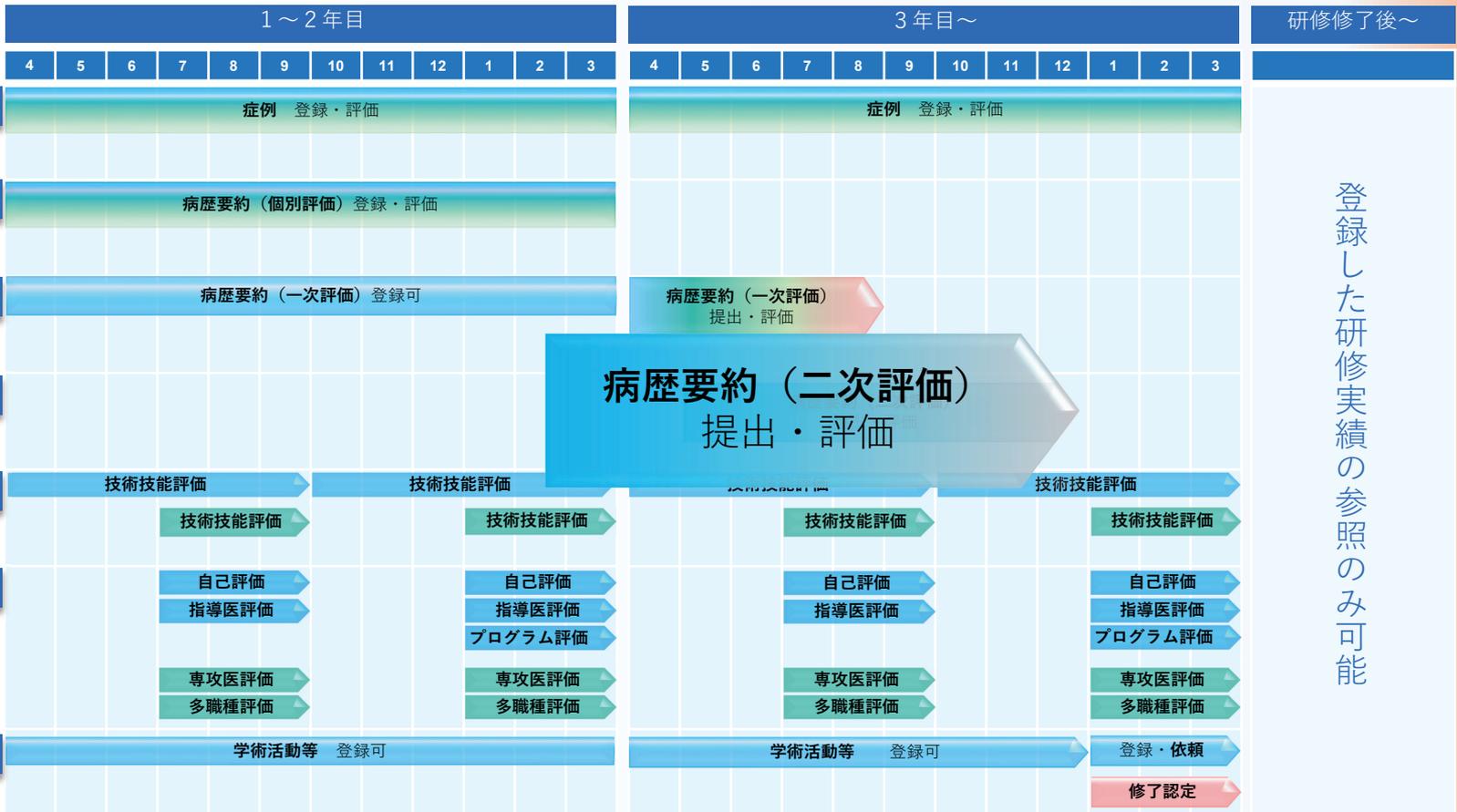


# 内科版J-OSLER年間スケジュール（標準）

## 内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

内科学会HP > J-OSLERトップ > 登録と評価 > 専門研修の流れ

[https://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA\\_J-OSLER\\_standard\\_schedule\\_A4\\_2.pdf](https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA_J-OSLER_standard_schedule_A4_2.pdf)



登録した研修実績の参照のみ可能

専門医試験



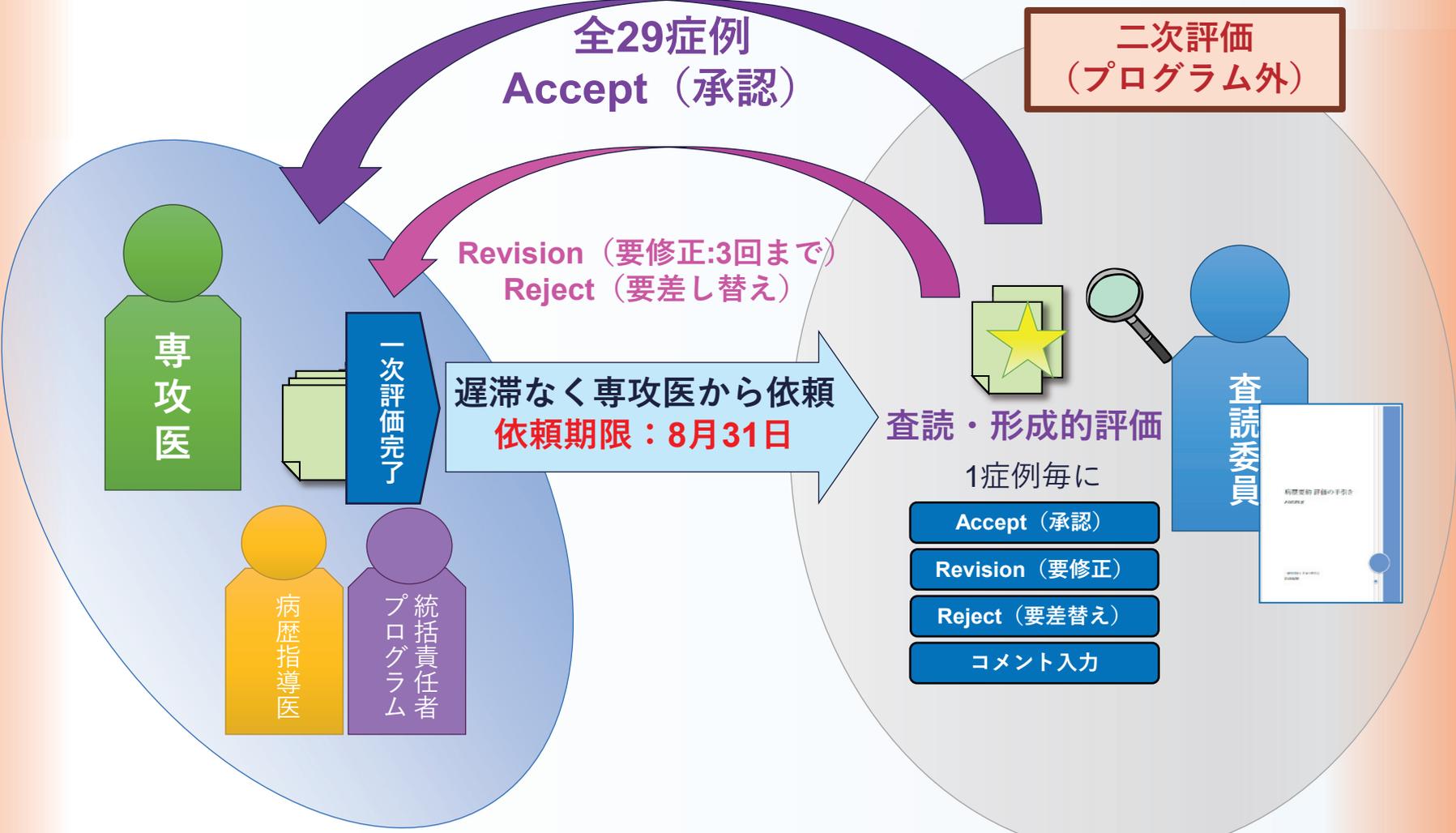
# 病歴要約の二次評価（プログラム外）

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

病歴要約評価と修了判定（病歴要約評価の流れを中心に）

[https://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2019/12/josler\\_judgment\\_excerpt.pdf](https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2019/12/josler_judgment_excerpt.pdf)

**専門研修3年目 12月20日までに完了を**



# 二次評価でも重要な6つの項目 (抜粋)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 11~12頁 (2020年10月29日)

1. **基本的記載**：記載に際して誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤り等はないか  
病歴要約の記載内容がPDF版のA4で2ページ(A3判1ページ)に収まり、かつ紙面(PDF版)の80%以上を埋められているか(但し画像データは印刷の仕様上、紙面の分量から除くものとする)等
2. **症例選択の適切さ**：提出分野の主病名であるか(副病名は認めない)
3. **診断プロセスは適切か**：病歴、身体診察、必要な検査、画像所見等の十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断病名が記載されているか 等
4. **治療法は適切か**：主病名の治療について記載が十分であるか 等
5. **十分に考察されているか**：考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか 等
6. **倫理的妥当性(倫理的配慮)**：患者を全人的視野で診療しているか 等

# 内科学会査読委員の共通認識 ①

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月)  
病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 (2020年4月)

**プログラム内で一次評価が済んだ病歴要約の妥当性を確認する  
学術雑誌などへ投稿された症例報告などの査読ではないことに注意して、  
専攻医目線での多様性かつ柔軟性のある二次評価を行います。**

## 病歴要約の二次評価にあたり

一次評価を経た上での病歴要約提出ですので、ある程度、しっかりとした病歴要約  
となっていることが期待されます。

しかし先入観にとらわれることなく、

- ◎ 「評価項目」を満たしているのかどうかという観点での評価を  
満たしていれば、症例ごとにAccept (承認) をお願いします。
- ◎ 今後内科医として独り立ちすることを期待して、  
必要に応じてポジティブなコメントやフィードバックをお願いします。
- ◎ 修正を求める重要事項は必ず1回目をお願いします。

全29症例の評価終了後、当該専攻医に対して評価の内訳 (Accept (承認)、  
Revision (要修正)、Reject (要差替え)) をメールで通知されます。

# 内科学会査読委員の共通認識 ②

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月)  
病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 (2020年4月)

症例ごとに「評価項目」をほぼ満たしていれば、Revision(要修正)ではなく、初回で積極的に、『**Accept (承認)**』をお願いします。

## ※Revision (要修正) に該当する例※

- ・ 評価項目を総合的に判断して内科専門研修の水準に達していない。
- ・ 紙面 (PDF版) の80%以上を満たしていない。
- ・ 総合考察が十分に記載されていない。
- ・ 患者個人情報や自・他施設の情報への配慮が欠けている。

※Revision (要修正) は12月20日までにAccept (承認) されている必要があり、その修正評価の上限は3回までである

## 評価回数 (上限は3回目まで)

- ◎ 修正を求める重要事項は必ず1回目に
- ◆ 1回目：最大2週間程度 (「評価項目」を中心に査読・形成的評価)
- ◆ 2回目・3回目：最大1週間程度 (1回目の指摘事項を中心に査読・形成的評価)

新たな修正の指摘は専攻医の不利益となりますので控えてください。

# 内科学会査読委員の共通認識 ③

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 (2020年4月)

**主病名と分野・疾患群の妥当性の判断にあたっては、プログラム内の一次評価でAccept（承認）された病歴要約であり、一次評価を尊重し、記載内容を基に、多面的かつ柔軟に評価をします。**

※Reject（要差替え）（当該症例の差替え=別の経験症例での再提出）とする例※

- ・ その分野の主病名として適切でない（明らかに副病名である）。
- ・ 症例として適切でない。

（外科紹介例ではあるが、外科において外科的治療は行われなかった、剖検例として提出されているが、生前受け持っていなかった など）

主病名と分野・疾患群の妥当性の判断

病歴要約の記載内容、すなわち、病歴、身体診察所見、検査所見、経過、考察、総合考察に基づきます。

症例に該当する分野、疾患群の考え方には多様性があることでしょう。

# 二次評価の提出レベルに達していない病歴要約とは

2020年度病歴要約二次評価者WEBアンケート（無記名）2021年2月実施

## 個別評価と一次評価でのブラッシュアップが大切です！

- ① 誤字・脱字、助詞の間違いなどの文法の基本、商品名での記載、個人情報に繋がる記載など、初歩的な記載ミスが目立つ。
- ② 受持期間における主担当医としての記載が乏しい。
- ③ 提出した領域、主病名の設定が不適切。（こじつけはダメ！）
- ④ 記載内容や総合考察が内科専門研修の記録として不十分。
- ⑤ プロブレムリストの挙げ方と解決手段などの記載が、内科専門研修の記録として不十分。

など

このような場合には、そのまま二次評価を継続せず、  
一次評価（プログラム側の指導医）へ差戻すこともあります。  
まず、J-OSLER事務局にご相談ください。

# 主治医としての受持期間と主病名などについて

主治医として入院受持期間中のプロブレム・病態（主病名など）に対して、何をどのように行ったかなどを、内科専門研修の証として相応しい病歴要約として記載すること求めています。

当該患者の全入院期間を通じた主病名と異なることは想定内です。

この場合の病歴要約は

- 【病歴】 受持開始時までの臨床経過など
- 【主な身体所見】 受持開始時の系統的身体診察所見など
- 【主な検査所見】 受持開始前後の検査所見など
- 【入院後経過・考察】 主として受持期間中のプロブレムに基づいた病態の経過・考察など
- 【総合考察】 受持期間中のプロブレム・病態などに関わる全人的視野での考察など

# 外来症例での病歴要約について

主治医として外来受持期間中のプロブレム・病態(主病名など)に対して、何をどのように行ったかなどを、内科専門研修の証として相応しい病歴要約として記載すること求めています。

- 入院症例と同様に、主訴、病歴、主な身体所見、主な検査所見、プロブレムリスト、診断・治療経過・管理、総合考察などを含めて、内科専門研修の証として相応しい診療密度と質を担保できるような病歴要約であること。
- その内容について担当指導医により内科専門研修の証として相応しいことの承認があること。
- 2～3回の外来診療のみの診療経験の記載内容は病歴要約として不十分なことが多いようです。

# 二次評価：担当する病歴要約を検索

査読委員 画面イメージ①

## 病歴要約 提出 一覧・検索

検索条件を入力し、「検索」ボタンをクリックしてください。

検索条件を開く

1 / 1 ページ (計 1 件) 表示件数 10 件

### 検索結果

病歴要約提出番号	フェーズ 状態	専攻医	評価者	評価依頼日時	評価期限日	最終更新日	
0000000005-019	二次評価 評価中	*****	内科 七郎	2021/03/19 11:13:47	2021/04/02	2021/03/19	<a href="#">参照</a> <a href="#">評価</a>

1 / 1 ページ (計 1 件) 表示件数 10 件



# 二次評価：病歴要約を1件ずつ評価

病歴要約 提出

査読委員 画面イメージ②

STEP1  
登録

STEP2  
確認

STEP3  
完了

「評価」ボタンからそれぞれの病歴要約に対する評価結果を登録し、「総括評価登録」ボタンから病歴要約29件に対する総括評価を登録してください。

総括評価の登録が完了しますと、評価が確定され専攻医に評価結果が返ります。（総括評価の完了までは専攻医に評価結果が返りません。）

## 管理情報

病歴要約提出番号	0000000035-003
フェーズ	二次評価
状態	評価中
差戻し回数	0
専攻医	*****
専攻医の所属施設名	*****
評価者	内科 太郎
評価者の所属施設名	〇〇〇病院

## 総合内科 I・II・III（それぞれ I・II・III の異なる領域から選択してください。）

No.	病歴要約番号	フェーズ 状態	プログラム名	所属施設名	領域	疾患項目	担当状況	
1	0000000657-004	二次評価 評価中	*****	*****	総合内科 I（一般）	1) 輸血と移植	入院症例	 <a href="#">参照</a> <a href="#">評価</a> <a href="#">評価取消</a>
2	0000000689-004	二次評価 評価中	*****	*****	総合内科 III（腫瘍）	5) オンコロジーエマージェンシー	入院症例	<a href="#">参照</a> <a href="#">評価</a> <a href="#">評価取消</a>

消化器（No.2は「消化管」、No.4は「肝臓」、No.5は「胆・膵」）

[一覧・検索へ戻る](#)

[総括評価参照](#)

[総括評価登録](#)

# 二次評価：専攻医への総括評価を登録

査読委員 画面イメージ③

## 病歴要約 総括



総括評価を登録してください。

### 管理情報

病歴要約提出番号	0000000035-003
フェーズ	二次評価
状態	評価中
差戻し回数	0
専攻医	*****
専攻医の所属施設名	*****
評価者	内科 太郎
評価者の所属施設名	〇〇〇病院

### 総括コメント

評価者からのコメント

B I U x, x'

[500文字以内(改行含む)]

# 二次評価：参考に点数を入力します

査読委員 画面イメージ④

## ■ 点数

1. 基本的記載	1) 病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。(項目は脱落していないか) ※記述項目や記述順、あるいは参考文献の引用、さらには略号の使用などには「病歴要約作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。	——	15 / 20	——	——
	2) 記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤りなどはないか。 ※文字の誤変換、誤字・脱字、スペルミスなどのケアレスミスは、第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり、減点対象となります。	例示する			
	3) 医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	——			
	4) 患者個人情報(氏名・生年月日・住所・連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名を消去しているか。(不適切な箇所が見つかった場合はRevision)	——			
	5) 病歴要約がPDF版のA4) 2)ページに収まり、かつ紙面(PDF版)の80%以上を埋められているか。	——			
2. 症例選択の適切さ	1) 提出分野の主席名であるか。(副傷病名は認めない)	——	20 / 20	——	——
3. 診断プロセスは適切か	1) 現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。	例示する	15 / 15	——	——
	2) 経過、身体診察の記載は充分であるか。	例示する			
	3) 診断に必要な検査の記載は充分であるか。	例示する			
	4) 診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。	例示する			
	5) 鑑別診断については十分記載されているか。	例示する			
	6) 診断名が適切であるか。(十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断病名が記載されているか)	例示する			
6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)	3) 考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。	——	15 / 15	——	——
	1) 患者の人権を尊重しているか。	——			
	2) 患者の事情、希望に配慮しているか。	例示する			
	3) 患者の社会的心理的背景を考慮しているか。	例示する			
	4) 患者を全人的視野で診療しているか。	例示する			
			合計	95/100	

# 二次評価：参考に点数を入力します

査読委員 画面イメージ④

## 点数

1. 基本的記載	1) 病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。(項目は脱落していないか) ※記述項目や記述順、あるいは参考文献の引用、さらには略号の使用などには「病歴要約作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。	——	15 /20
	2) 記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤りなどはないか。 ※文字の誤変換、誤字・脱字、スペルミスなどのケアレスミスは、第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり、減点対象となります。	<a href="#">例示する</a>	
	3) 医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	——	
	4) 患者個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名を消去しているか。（不適切な箇所が見つかった場合はRevision）	——	
	5) 病歴要約がPDF版のA4) 2)ページに収まり、かつ紙面（PDF版）の80%以上を埋められているか。	——	
2. 症例選択の適切さ	1) 提出分野の主席名であるか。（副傷病名は認めない）	——	20 /20
3. 診断プロセスは適切か	1) 現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。	<a href="#">例示する</a>	15 /15
	2) 経過、身体診察の記載は充分であるか。	<a href="#">例示する</a>	
	3) 診断に必要な検査の記載は充分であるか。	<a href="#">例示する</a>	
	4) 診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。	<a href="#">例示する</a>	
	5) 鑑別診断については十分記載されているか。	<a href="#">例示する</a>	
	6) 診断名が適切であるか。（十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断病名が記載されているか）	<a href="#">例示する</a>	

——	15 /15
<a href="#">例示する</a>	
——	15 /15
<a href="#">例示する</a>	
<a href="#">例示する</a>	
——	15 /15
<a href="#">例示する</a>	
<a href="#">例示する</a>	
合計	95/100

- ・ 29病歴の各々の評価と連動しません
- ・ 二次評価の再評価などに活用する
- ・ 専攻医に開示する予定はありません

# 病歴要約の二次評価者の皆さまへ

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版 22～23頁 (2020年10月29日)

一次評価を経た上での病歴要約提出ですので、ある程度、しっかりとした病歴要約となっていることが期待されます。しかし、先入観にとらわれることなく、提出された病歴要約が「**評価項目**」を満たしているのかどうかという観点に立って、二次評価をお願いします。

修正を前提としたネガティブなフィードバックだけではなく、**今後内科医として独り立ちすることを期待して、必要に応じてポジティブなコメントやフィードバックも**お願いします。

二次評価者の皆さまの形成的指導・評価  
⇒ **より良い内科専門医の育成に不可欠**です。

皆さまのご協力に感謝しています。