

内科専門研修における J-OSLERを用いた病歴要約評価

日本内科学会専門医制度審議会
J-OSLER検討委員会

2020年4月



Online system for Standardized Log of Evaluation and Registration of specialty training system

新・内科専門医制度で進化していること

専攻医の努力＋指導医の形成的指導

双方向性の評価を残す

施設内評価 ＋ 形成的指導

プログラム管理委員会による修了認定

全人的視野で診療できる内科専門医
専門研修の標準化・見える化・質の担保

内科専門研修における

J-OSLERを用いた病歴要約評価

研修実績・評価の積み重ね

病歴要約評価の流れ

病歴要約二次評価(プログラム外)の標準化

修了判定(プログラム内)から専門医試験へ

内科専門研修における J-OSLERを用いた病歴要約評価

研修実績・評価の積み重ね

病歴要約評価の流れ

病歴要約二次評価(プログラム外)の標準化

修了判定(プログラム内)から専門医試験へ

内科専門研修 = 内科全般(全分野)の症例経験

	内容	専攻医3年修了時	専攻医3年修了時	専攻医2年修了時	専攻医1年修了時	※5 病歴要約提出数
		カリキュラムに示す疾患群	修了要件	経験目標	経験目標	
分野	総合内科 I (一般)	1	1※2	1		2
	総合内科 II (高齢者)	1	1※2	1		
	総合内科 III (腫瘍)	1	1※2	1		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1
合計※5		70疾患群	56疾患群 (任意選択含む)	45疾患群 (任意選択含む)	20疾患群	29症例 (外来は最大7)※ 3
症例数※5		200以上 (外来は最大 20)	160以上 (外来は最大 16)	120以上	60以上	

逐次、内科専門研修実績と評価を

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

症例登録および病歴要約作成(逐次)

- ✓ 症例登録: 週に1~2例(受け持ったら随時登録)
- ✓ 病歴要約登録: 月2~3例
- ✓ 1年次目標: 症例登録数60(20疾患群)、病歴要約10以上
- ✓ 2年次目標: 症例登録数120(45疾患群)、病歴要約29(以上)
- ✓ 技術技能評価(専攻医:いつでも登録 指導医への依頼:半期ごと)

上期(7~9月)・下期(1~3月)に行う

専攻医

- ✓ 専攻医自己評価
- ✓ 指導医評価
- ✓ プログラム評価(下期)

指導医

- ✓ 専攻医評価
- ✓ 多職種評価

内科専門医に相応しい診療能力は自己省察から

症例の記載について～特に「自己省察」の記載について～(2018年4月20日)
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Mihon_Shourei.pdf

一般的な症例検討

- 主訴
- 現病歴
- 既往歴、家族歴
- Review of system
- 身体所見
- 検査所見
- Problem list
- 鑑別診断
- Plan・経過
- 文献的考察

症例経験の自己省察

- 診療経験の概略化
(summarize)
- できたこと、
できなかったこと、気づき
⇒ 認知と認識とを高める
- 何を学ぶ必要があるか
- 指導医とのdiscussion
(形成的評価)
- ◎ 全人的医療を実践する能力
- ◎ 自ら学習と研鑽を積む能力

症例の登録:プロブレムリストの記載例

症例の記載について～特に「自己省察」の記載について～(2018年4月20日)
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Mihon_Shourei.pdf

循環器(救急)の例

主な医学的プロブレム

- #1 突然の胸痛
- #2 陳旧性脳梗塞に伴う左不全片麻痺

社会的プロブレム

- #1 左不全片麻痺による介護状態
- #2 妻と長男と同居

症例登録：症例の概略の記載例

症例の記載について～特に「自己省察」の記載について～(2018年4月20日)
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Mihon_Shourei.pdf

循環器(救急)の例

脳梗塞の既往のあるpolyvascular diseaseの高齢男性。
突然発症した胸痛を主訴に近医を受診し、ST上昇型急性
心筋梗塞を疑われて搬入された。
心電図では下壁誘導のST 上昇と2:1房室ブロックを認め、急
性下壁梗塞に高度房室ブ ロックの合併と判断して一時的ペー
スメーカを挿入の上で緊急冠動脈検査を行った。
右冠動脈#3に完全閉塞病変を認め、薬剤溶出性ステントを
用いた冠インターベンション治療を実施した。
術後に心不全や機械的合併症なく、2:1房室ブロックも改善し
たため第2病日にペースメーカーを抜去した。
その後、順調に経過し、第10病日に退院した。

症例登録：自己省察の記載例

症例の記載について～特に「自己省察」の記載について～(2018年4月20日)
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Mihon_Shourei.pdf

搬入時、心拍数40/分、血圧90/50 mmHgとショックを呈していたが、右室梗塞や房室ブロックと認識できなかった。
右冠動脈領域の急性冠症候群における血行動態管理について、さらに学習しておく必要があると感じた。

患者家族は脳梗塞後遺症がある上、心筋梗塞を発症し、今後の療養に不安を感じていたと思われる。
ケースワーカーが自宅での生活状況を傾聴し、その不安を聞きだしていたが、自分はその不安を認識していなかった。
患者やその家族にとっては退院は診療の終了ではなく新たな出発点であることを改めて認識した。また傾聴しなければこれらの不安に適切に対処できないことを痛感した。

上段は**医学的な事項**についての省察

下段は**社会的（全人的）な事項**についての省察

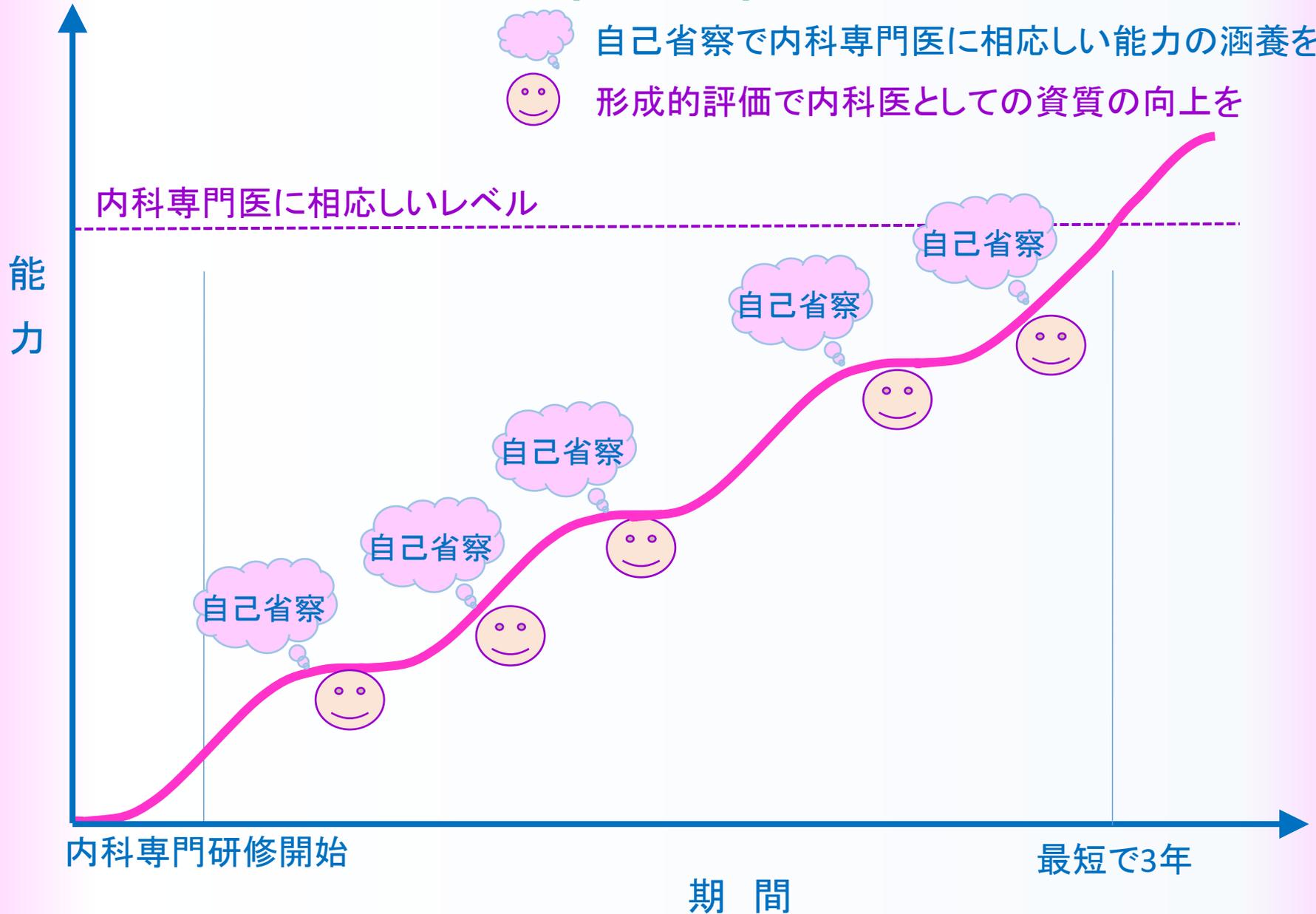
自己省察と形成的評価とによる能力の向上 (イメージ)



自己省察で内科専門医に相応しい能力の涵養を



形成的評価で内科医としての資質の向上を



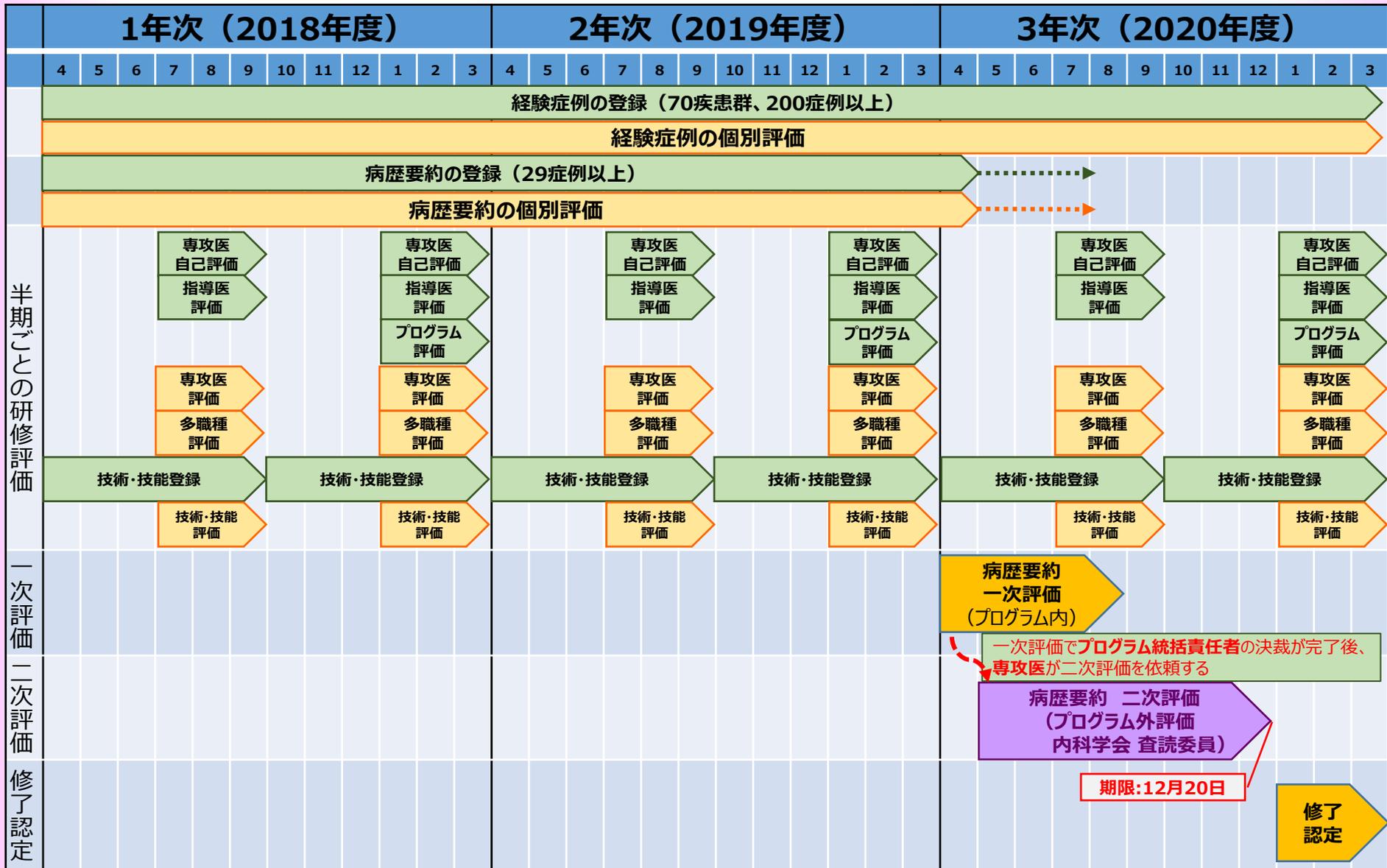
J-OSLER イベントスケジュール

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合(2018年4月研修開始専攻医向け)



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



内科専門研修における J-OSLERを用いた病歴要約評価

研修実績・評価の積み重ね

病歴要約評価の流れ

病歴要約二次評価(プログラム外)の標準化

修了判定(プログラム内)から専門医試験へ

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、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。

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を受験することが可能となる。

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。

目的、作成と評価の理念など、手引きを必ずお読みください。

一次評価のための病歴要約29症例の提出内容

<https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/evaluate/>

病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版(最新版)

内科専攻研修において求められる「疾患群」「症例数」「病歴要約提出数」について

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	専攻医3年修了時 修了要件	専攻医2年修了時 経験目標	専攻医1年修了時 経験目標	病歴要約提出数
分 野	総合内科I(一般)	1	1※2	1		2
	総合内科II(高齢者)	1	1※2	1		
	総合内科III(腫瘍)	1	1※2	1		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4以上		2
	外科紹介症例					2
	剖検症例					1
	合計 ※5	70 疾患群	56 疾患群 (任意選択含む)	45 疾患群 (任意選択含む)	20 疾患群	29 症例 (外来は最大7)※3
	症例数 ※5	200 以上 (外来は最大20)	160 以上 (外来は最大16)	120 以上	60 以上	

1. 病歴要約は内科全領域から指定された29症例を取りまとめ、提出すること。**全て異なる疾患群での提出が必要**である。(但し外科紹介症例と剖検症例については領域別症例の疾患群と重複することがある場合、これを認める)

※ 外科紹介症例については手術所見を含めて考察すること。また、剖検症例については剖検所見を含めて考察すること。

2. 症例は**主病名がバランスよく選択**されていることを重視し、**領域別症例はそれぞれ異なる疾患から作成**すること。

3. **外来症例による病歴要約の提出は7例まで認める。**

※1 消化器分野では「疾患群」の経験と「病歴要約」の提出のそれぞれにおいて、「消化管」「肝臓」「胆・膵」が含まれること。

※2 修了要件に示した分野の合計は41疾患群だが、他に異なる15疾患群の経験を加えて、合計56疾患群以上の経験とする。

※3 外来症例による病歴要約の提出を7例まで認める。

病歴要約は全て異なる疾患群での提出が必要。ただし、外科紹介症例、剖検症例については、疾患群の重複を認める。

※4 「内分泌」と「代謝」からは、それぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。

例)「内分泌」2例 + 「代謝」1例、 「内分泌」1例 + 「代謝」2例

※5 初期臨床研修時の症例は、例外的に各研修プログラムの委員会が認める内容に限り、その登録が認められる(最大80症例を上限とすること。病歴要約への適用については最大14使用例を上限とすること)。

病歴要約の6つの評価項目

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月26日・2020年1月6日)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版(2020年4月)

評価項目(提出症例毎に)

1. 基本的記載
2. 症例選択の適切さ
3. 診断プロセスは適切か
4. 治療法は適切か
5. 十分に考察されているか
6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)

病歴要約 作成と評価 の手引き

J-OSLER 版

一般社団法人 日本内科学会

2020/03/02



The screenshot shows the J-OSLER web application interface. The top navigation bar includes 'J-OSLER' and user information like '指導医 花子 様' and '最新ログイン日時: 2017/07/01 12:12:12'. The main content area is titled '病歴要約 評価' and shows a progress bar with four steps: STEP1 評価, STEP2 チェックリスト (highlighted), STEP3 確認, and STEP4 完了. Below the progress bar, there is a text box with instructions: 'チェック項目を満たしているかご確認のうえ、「OK」にチェックしてください。よろしければ「確認画面へ」をクリックしてください。' The 'チェック項目' (Checklist) table is visible, listing evaluation items and their status.

チェック項目	内容	評価
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)。	—
	②記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、文章表現の誤りなどはないか。	—
	③医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	—
2. 症例選択の適切さとバランス	①提出分野の主病名であるか。(副病名は認めない。)	—
	②現病歴に関する聴取は随性所見も含めて十分記載されているか。	表示する
3. 診断プロセスは適切か	②経過、身体診察の記載は充分であるか。	表示する
	③診断に必要な検査の記載は充分であるか。	表示する
	④診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。	表示する
	⑤鑑別診断については十分記載されているか。	表示する
	⑥診断名が適切であるか。	表示する

特に注意すること

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 (2018年11月26日・2020年1月6日)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版(2020年4月)

- ・**主病名について記載する。**
- ・その他の主・副病名や合併症などすべての病気の経緯も簡潔に言及する。

- ・日本語としての適切さ(主語、述語など)
- ・記載の整合性(選択領域、主病名、主訴と経過、単位、文献引用形式など)

※患者個人情報に繋がる紹介元(先)病院(医師)名の記載は避ける。

(「近医」などと記載する)

二次評価では専攻医の所属する施設や氏名などは表示しない状態で評価されるので、**病歴要約本文においても施設が特定される情報の記載は避ける。**

◆総合考察◆

主病名を中心にその重症度、副病名との関連について言及し、**診断および治療選択における妥当性**を簡潔に記載する。さらに患者を**全人的に捉えた『総合考察』**を必ず記載する。そこではプロブレム間の考察や社会的・心理的側面についても言及されていることが望ましい。

※総合考察では、単に症例の感想を述べるのではなく、**症例を客観的に評価**することができているかどうか評価される。

病歴要約評価の流れ

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

専攻医登録評価システム 導入ガイド(2018年7月)

病歴要約 作成と評価 の手引き J-OSLER版(2020年4月)

修了要件の認定

プログラム管理委員会と
プログラム統括責任者の承認

病歴要約二次評価
(プログラム外)

内科学会査読委員による
査読・形成的評価
全病歴要約(29症例分)のaccept(承認)

個別評価の承認後に選択した
29症例に対して一次評価
(プログラム内)

病歴担当指導医と
プログラム統括責任者による
形成的評価と承認
症例選択のバランスなども

病歴要約個別評価
(29症例以上)

担当指導医(症例指導医)による
形成的評価と承認

内科専門研修に
相応しい症例経験の登録
(3年次終了時には70領域200症例以上)

J-OSLER簡易操作ガイド(症例と病歴要約)
病歴要約 評価について
<https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/evaluate/>

専門研修3年次

専門研修2年次終了時

病歴要約評価の期限

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

病歴要約個別評価は専攻医2年次修了時29症例以上

3年次開始時に最終的に提出する29症例を確定後
一次評価(プログラム内)を



二次評価(プログラム外)依頼期間:

3年次4月～8月31日まで

二次評価(プログラム外)期間:

3年次5月～12月20日まで 全てaccept(承認)

一次評価・二次評価が遅れた場合、その年度では修了できない

内科専門研修における J-OSLERを用いた病歴要約評価

研修実績・評価の積み重ね

病歴要約評価の流れ

病歴要約二次評価(プログラム外)の標準化

修了判定(プログラム内)から専門医試験へ

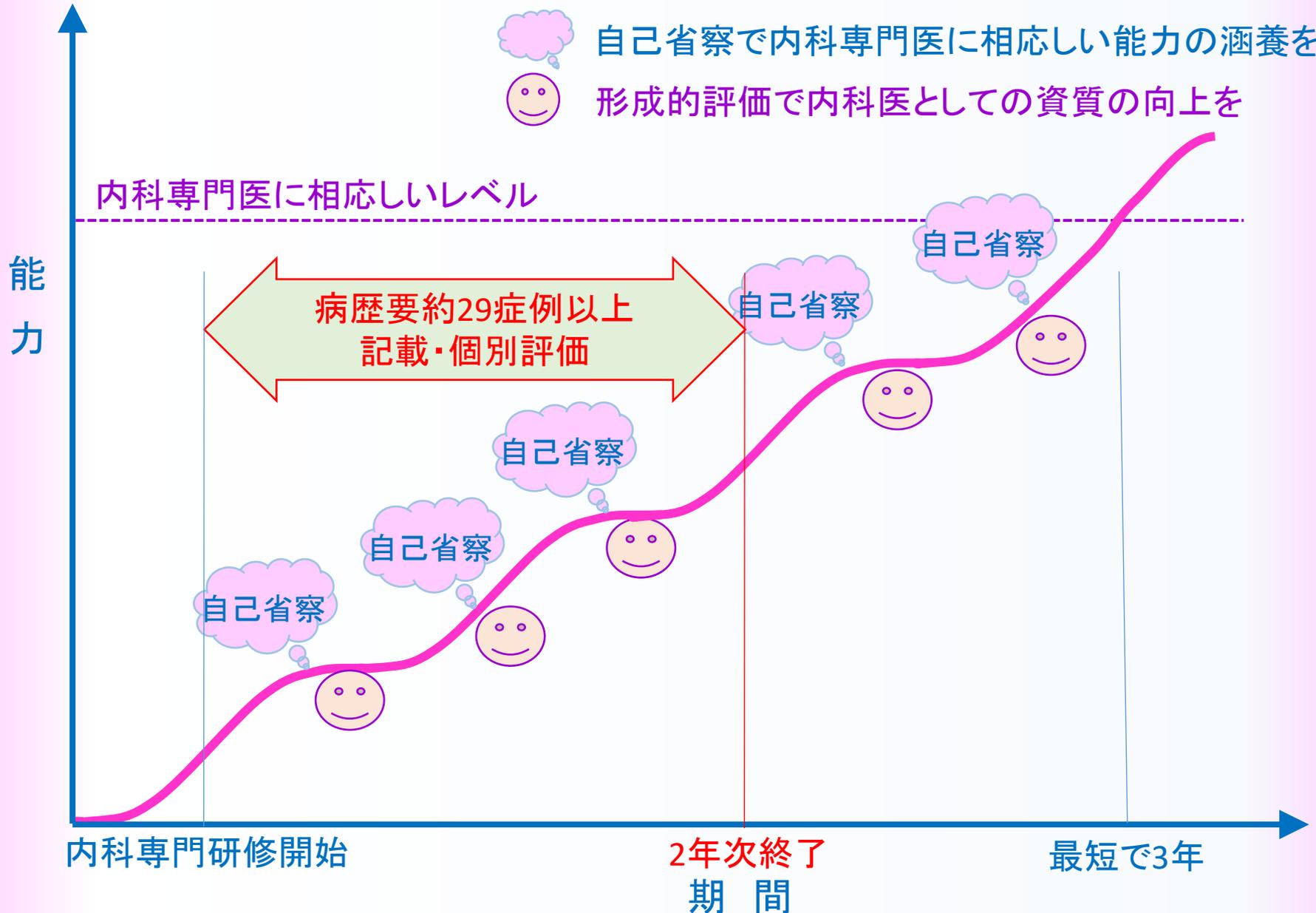
2年次修了までを目処に病歴要約29症例を完成する



自己省察で内科専門医に相応しい能力の涵養を



形成的評価で内科医としての資質の向上を



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。

病歴要約として重要な6つの「評価項目」(抜粋)

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)

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(副傷病名は認めない)
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

③ 診断プロセスは適切か 1 (あくまで参考例)

① 病歴は、陰性所見も含めて、十分に記載されているか。

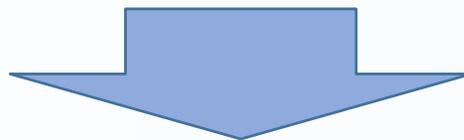
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byoureki_hyouka.pdf
資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【病歴】突然、意識を消失し、意識が回復した後から右片麻痺と構音障害が出現したため、救急車で搬送された。

【既往歴】心房細動

記載が不十分かも？



より良いと
考えられる例

【病歴】○年○月○日朝8時頃、洗面中に突然倒れた。呼びかけに反応がなかったが、約10分後に呼びかけに反応するようになった。右上下肢が動かず、発語が不明瞭なため、搬入された。

【既往歴】数年前/○歳/発症年齢不詳 心房細動 治療せず

病歴: 受診までの経過が判るように具体的に記載されている方がより良い。
既往歴: 発症年齢、治療内容について言及されている方がより良い。

※ 患者背景によっては、聴取できないことに配慮する必要があるそう…

③ 診断プロセスは適切か 2 (あくまで参考例)

② 経過、身体診察の記載は充分であるか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byourekai_hyouka.pdf
資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【主な入院時現症】身長 164 cm、体重 62 kg。体温36.9。
BP 88/58。眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし。
心音：収縮期雑音 (Levine III/VI)。両肺野に湿性ラ音を聴取。

記載が不十分かも？



より良いと
考えられる例

【主な入院時現症】身長 164 cm、体重 62 kg。意識清明。
体温 36.9°C。脈拍数 84/分、不整。血圧 88/58 mmHg。
呼吸数 20/分。SpO₂ 96% (room air)。
眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし。
心音：心尖部にてⅢ音と全収縮期雑音 (Levine III/VI) を聴取する。
両肺野下部で湿性ラ音を聴取する。腹部は平坦、軟。肝脾を触知しない。下腿にて軽度の浮腫を認める。

身体診察所見については、バイタルを含めて、全身の所見を含めて、より具体的に記載されている方がより良い。

- ・BP？血圧？：どちらでも良いですが、表記は29病歴を通じて統一されている方がより良い。
- ・単位は省略しないでください。

※ 紙面の都合で省略(割愛)せざるを得ないこともありそう…

③ 診断プロセスは適切か 3 (あくまで参考例)

③ 診断に必要な検査の記載は充分であるか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byourei_hyouka.pdf
資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【主要な検査所見】RBC 420 × 10⁴、WBC 6600、PLT 18 × 10⁴。肝機能異常なし。尿所見：異常なし。

記載が不十分かも？



より良いと
考えられる例

【主要な検査所見】尿所見；タンパク(-)、潜血(±)。沈渣異常はない。
血液所見；赤血球 420万/ μ L、Hb 12.5 g/dL、白血球 6,600/ μ L (Seg 55%、Stab 1%、Ly 35%、Mono 6%、Eo 3%)、血小板 18万/ μ L。PT-INR 0.92、APTT 34.9 秒。血液生化学所見；TP 7.9 g/dL、Alb 4.1 g/dL、フェリチン 12.5 ng/mL、AST 12 U/L、ALT 8 U/L、LD 345 U/L、ALP 241 U/L、BUN 9.5 mg/dL、尿酸 3.5 mg/dL、Na 141 mEq/L、K 3.7 mEq/L、Cl 102 mEq/L。
sIL-2R 1,930 U/mL。CRP 1.33 mg/dL。
骨髓穿刺液；有核細胞数 118,250/ μ L、巨核球 62.4/ μ L、M/E比=3.95、リンパ球 11%。異形成，異常細胞を認めない。染色体分析：46,XX [20]。

主病名の診断、治療に関わる重要な検査所見は記載されている方が良い。
単位は省略しないで下さい。

※ 医療機関の状況、休日夜間の緊急入院など必要と思われる検査をできないことがあるかも…

③診断プロセスは適切か 4(あくまで参考例)

④ 診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byoureki_hyouka.pdf

資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【主要な入院時検査所見】

：
左側頭葉内側を中心とした梗塞巣を認め、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認める。

記載が不十分かも？



より良いと
考えられる例

【主要な入院時検査所見】

： CHADS2スコア=3点。
頸動脈エコー：軽度動脈硬化性変化 を認める。
頭部造影MRI：DWIで左側頭葉を中心とした部位に MCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが、FLAIR/T2で異常はなく、発症後早期の所見として矛盾しないと考えた。頭部MRAでは左中大脳動脈の途絶を認める。

主病名の診断、治療に関わる重要な画像所見は記載されている方が良い。

※ 医療機関の状況、休日夜間の緊急入院など必要と思われる検査をできないことがあるかも…

③診断プロセスは適切か 5(あくまで参考例)

⑤ 鑑別診断については十分記載されているか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byoureki_hyouka.pdf

資料2)病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【入院後経過と考察】

うっ血性心不全は、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、心筋疾患が考えられた。左心室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。

記載が不十分かも？



より良いと
考えられる例

【入院後経過と考察】

うっ血性心不全は、**入院時にはNYHA III度であったが**、酸素投与とフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、**虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。**また、**高血圧の既往もなく、毎年の健診でも心雑音を指摘されていないことから、高血圧性心臓病や一次性の弁膜症の可能性は低い。**さらに、左心室心筋生検で、心筋細胞の変性所見を認めたが、**アミロイド沈着やサルコイド結節、炎症細胞浸潤などを認めないことより拡張型心筋症と診断した**(Roberts WC. Am J Cardiol 1989; 63: 893)。

文献(エビデンス)を含めて、鑑別診断について適切に記載されている方が良い。

※ 紙面の都合で省略(割愛)せざるを得ないこともありそう・・・

④ 治療法は適切か(あくまで参考例)

④ 主病名の診断・治療について記載が充分であるか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byourekai_hyouka.pdf
資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

心房細動があったことから、心原性脳塞栓症と診断した。グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始した。その後、麻痺症状は悪化しなかった、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、独歩可能となった。

記載が不十分かも？

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症(右上下肢不全麻痺＋運動性失語)

心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大を認め、頸動脈エコーでの動脈硬化性変化は軽度であり、日中活動時の突然発症を起こしたことから心原性脳塞栓症と診断した。ヘパリン持続点滴、グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始し計7日間継続した。その後、右上肢は空中挙上可で、右下肢も空中挙上可であり、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、退院時には独歩可能となった。

より良いと
考えられる例

診断経過、治療について適切に記載されている方が良い。

- ※ 紙面の都合で省略(割愛)せざるを得ないこともありそう…
- ※ 医療機関の状況により、実施できる治療に限界も…

⑤ 十分に考察されているか(あくまで参考例)

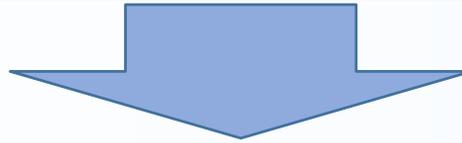
① EBMを重視しているか。

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byourei_hyouka.pdf
資料2) 病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【総合考察】びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率, 3年総生存率が有意に高いと示されている。(Pfreundschuh M(2006). “CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial(MinT) Group”. Lancet Oncol. 7(5): 379-91. 本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

記載が不十分・不適切かも？



より良いと
考えられる例

【総合考察】R-CHOP療法は初発DLBCLに対する標準的治療であり、18歳から60歳のage-adjusted IPIの予後因子0または1個、臨床病期II-IV期または巨大病変を持つI期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている(Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379)。本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし、1コース目の治療に対する反応は良好と判断した。ASCOのガイドラインでは、悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は、65歳以上で特に合併症のある場合にのみ考慮されるべきとされており(Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199)、本例でも一時予防投与は行わなかったが、今後は二次予防を考慮する必要がある。

適切な文献を適正に引用して、総合考察が記載されている方が良い。

※ 文献引用で紙面を占拠しすぎることは認めない 考察・総合考察は大切！

⑥ 倫理的妥当性(倫理的配慮)(あくまで参考例)

④ 患者を全人的視野で診療しているか

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/byoureki_hyouka.pdf

資料2)病歴要約評価について～『病歴要約評価の手引き』プレゼンテーション資料～ (一部改変)

不十分と
考えられる例

【総合考察】

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率、3年総生存率が有意に高いと示されている。本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

記載が不十分・不適切かも？



より良いと
考えられる例

【総合考察】

二人の子供を持つ専業主婦であり、今回の入院中、家事、子育てなどの問題が生じたことから、日常生活を行 いながらの治療継続を希望されている。今後、G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ、自宅がやや遠方であることから、通院回数を減らすことができるpegフィルグラスチム投与を考慮していいと考える。

医学的視野だけでなく、患者を全人的視野で診察していることを、総合考察に簡潔に記載されている方が良い。

※ 全人的な考察は、さまざまな視座がある… 多様性のある柔軟な評価を！

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

病歴要約の評価を行う場合は「評価・参照」ボタンをクリックしてください。

◀ 前ページ 次ページ ▶ ● 1 / 1 ページ(計6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	未着手	評価中	完了	評価依頼日時	評価期限日	
0000000000-000	二次評価 依頼済	****	査読 次郎	29	0	0	2020/04/20 10:00	2020/05/4	評価・参照
0000000050-001	二次評価 評価中	****	査読 次郎	25	3	1	2020/04/16 10:00	2020/04/30	評価・参照



二次評価：病歴要約を1件ずつ評価

査読委員 画面イメージ②

病歴要約 提出

病歴要約を1件ずつ評価してください。

総括評価を登録する場合は「総括評価登録」ボタンをクリックしてください。

総合内科 I・II・III

No.	病歴要約番号	フェーズ 状態	評価者	患者の施設名	患者ID	領域	疾患項目	担当状況	転帰	経験時期	
1	0000000001-000	二次評価 Accept (承認)	査読 次郎	* * * * *	XXXXX	総合 内科 I	XXXXXXXXX	入院	XXXXX	専攻 研修	  
2	0000000501-000	二次評価 評価中	査読 次郎	* * * * *	XXXXX	総合 内科 I	XXXXXXXXX	入院	XXXXX	専攻 研修	  

消化器

3	0000001001-000	二次評価 依頼済	査読 次郎	* * * * *	XXXXX	消化器	XXXXXXXXX	入院	XXXXX	専攻 研修	  
---	----------------	-------------	-------	-----------	-------	-----	-----------	----	-------	----------	---

🏠 一覧・検索画面へ戻る

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 総括評価

STEP1
評価

STEP2
確認

STEP3
完了

総括評価を登録してください。
点数は0以上の半角数字で入力してください。

■ チェック項目のタイトル

チェック項目のタイトル

- チェック項目 1
- チェック項目 2

■ 管理情報

症例セット番号	XXXXXXXXXX-XXX
フェーズ	二次評価
状態	評価中
専攻医	XXXXX XXXXX
評価者	XXXXX XXXXX

■ 総括評価

評価者からのコメント

B I U x, x'

[1200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	

——	15 /15
例示する	
例示する	15 /15
例示する	
例示する	
——	15 /15
例示する	
例示する	
例示する	15 /15
例示する	
例示する	
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

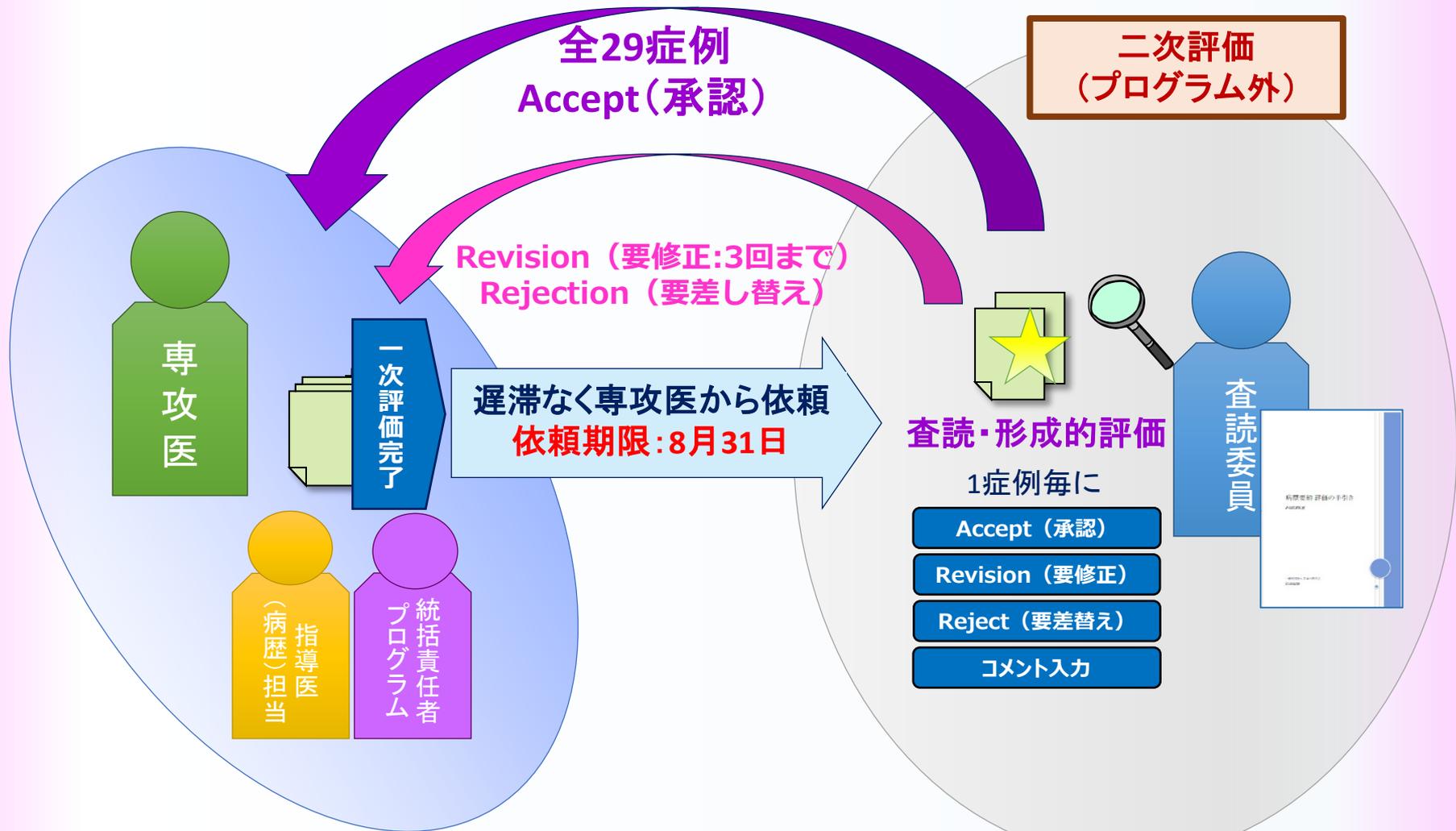
病歴要約の二次評価（プログラム外）

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

専門研修3年次 12月20日までに完了を



内科専門研修における J-OSLERを用いた病歴要約評価

研修実績・評価の積み重ね

病歴要約評価の流れ

病歴要約二次評価(プログラム外)の標準化

修了判定(プログラム内)から専門医試験へ

内科専門研修プログラムでの教育・学術活動(必須)

内科専門研修プログラム整備基準 (2017年8月21日)

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢である。この能力は自己研鑽を生涯にわたってゆく際に不可欠となる。このため、症例の経験を深めるための学術活動と教育活動とを目標として設定する。

教育活動(必須)

- 1) 初期臨床研修医あるいは医学部学生の指導を行う。
- 2) 後輩専攻医の指導を行う。
- 3) メディカルスタッフを尊重し、指導を行う。

学術活動

- 4) **内科系の学術集会や企画に年2回以上参加する(必須)。**

※ 推奨される講演会として、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPCおよび内科系サブスペシャリティ学会の学術講演会・講習会など。

- 5) 経験症例についての文献検索を行い、症例報告を行う。
- 6) クリニカルクエスチョンを見出して臨床研究を行う。
- 7) 内科学に通じる基礎研究を行う。

(上記のうち5)~7)は**筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表を2件以上**すること)

内科専門研修プログラムの修了判定基準

内科専門研修プログラム整備基準（2017年8月21日）

- 1) 統括責任者は、**J-OSLERを用いて研修内容を評価**し、以下 i)～vi)の修了を確認。
 - i) **主担当医として**「研修手帳(疾患群項目表)」に定める**目標:全70疾患群**を経験し、計**200症例以上**(外来症例は20症例まで含むことができます)を経験し、J-OSLERに登録、指導医の承認済。
修了認定:主担当医として通算で最低56疾患群以上の経験と計160症例以上の症例(外来症例は登録症例の1割まで)を経験し、登録、指導医の承認済。
 - ii) **29病歴要約が内科専門医ボードによる査読・形成的評価を経て受理**。
 - iii) **所定の2編の学会発表**(抄録またはプログラムのコピー)または**論文発表**(論文の別刷りまたはコピー)
 - iv) **JMECC受講**
 - v) プログラムで定める講習会受講
医療倫理・医療安全・感染制御に関する講習会:任意の異なる組み合わせで年間**2回以上の受講**すること(受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料など)。
 - vi) **J-OSLERを用いてメディカルスタッフによる360度評価(内科専門研修評価)と指導医による内科専攻医評価**を参照し、社会人である医師としての適性に疑問がない。
- 2) **研修プログラム管理委員会**は、当該専攻医が上記修了要件を充足していることを確認、**研修期間修了約1か月前に研修プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が修了判定**、〇〇病院内科専門医研修プログラム修了証を発行。

修了判定基準の登録・確認① 《開発中》

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

修了判定基準の登録



管理情報

専攻医	内科 太郎
プログラム統括責任者(正・副)	内科 四郎

経験すべき疾患・病態

二次評価完了日	2020/07/15 16:30		
分野	症例数	疾患群数	病歴要約数
総合内科Ⅰ(一般)	10	1 / 1	2
総合内科Ⅱ(高齢者)	10	1 / 1	
総合内科Ⅲ(腫瘍)	10	1 / 1	
消化器	10	7 / 5	3
循環器	10	7 / 5	3
内分泌	10	3 / 2	3
代謝	10	4 / 3	
腎臓	10	7 / 4	2
呼吸器	10	7 / 4	3
血液	10	2 / 2	2
神経	10	5 / 5	2
アレルギー	10	2 / 1	1
膠原病	10	2 / 1	1
感染症	15	3 / 2	2
救急	15	4 / 4	2
外科紹介症例	-	-	2
剖検症例	-	-	1
合計数	160	56	29

半期ごとの研修評価(登録日時)

	2018年 上期	2018年 下期	2019年 上期	2019年 下期	2020年 上期	2020年 下期	
自己評価	2018/7/1	2019/1/1	2019/7/11	2020/1/1	2020/7/21	2021/1/1	参照
指導医評価	2018/7/2	2019/1/2	2019/7/12	2020/1/2	2020/7/22	2021/1/2	参照
プログラム評価	2018/7/3	2019/1/3	2019/7/13	2020/1/3	2020/7/23	2021/1/3	参照

経験すべき診察・検査等

技術・技能評価 ※指導医からの最新の評価を表示しています。

凡例

総合内科Ⅰ(一般)	☆☆☆☆☆	呼吸器	☆☆☆☆☆
総合内科Ⅱ(高齢者)	☆☆☆☆☆	血液	☆☆☆☆☆
総合内科Ⅲ(腫瘍)	☆☆☆☆☆	神経	☆☆☆☆☆
消化器	☆☆☆☆☆	アレルギー	☆☆☆☆☆
循環器	☆☆☆☆☆	膠原病及び関連疾患	☆☆☆☆☆
内分泌	☆☆☆☆☆	感染症	☆☆☆☆☆
代謝	☆☆☆☆☆	救急	☆☆☆☆☆
腎臓	☆☆☆☆☆		

到達度の自己評価 必須 ☆☆☆☆☆

経験すべき手術・処置等

JMECC

受講日時 必須	<input type="text"/>
JMECCコース認定番号 必須	<input type="text"/>
修了証 必須	<input type="text"/> ファイルを選択

地域医療の経験

病診・病病連携・地域包括ケア・在宅医療など

到達度の自己評価 必須 ☆☆☆☆☆

経験した地域医療

- 病診の経験
- 病病連携の経験
- 地域包括ケアの経験
- 在宅医療などの経験

修了判定基準の登録・確認② 《開発中》

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

学術活動		
教育活動		
到達度の自己評価 <small>必須</small>	初期研修医あるいは医学部生の指導	☆☆☆☆☆
	後輩専攻医の指導	☆☆☆☆☆
	メディカルスタッフの尊重および指導	☆☆☆☆☆
内科系学術集会への参加 (推奨として、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPCおよび内科系サブスペシャリティ学会の学術講演会・講習会など。)		
1回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
2回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
3回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
4回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
5回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
6回目	参加日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	学術集会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	参加票	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small>
評価追加 ※10件目まで追加入力できます。		

プログラムで定める講習会の受講 (医療倫理・医療安全・感染制御に関する講習会：任意の異なる組み合わせで年間2回以上の受講すること。)		
1回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
2回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
3回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
4回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
5回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
6回目	受講日 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	講習会名 <small>必須</small>	<input type="text"/>
	ファイル	<input type="text"/> <small>ファイルを選択</small> ※受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料をアップロードしてください。
評価追加 ※10件目まで追加入力できます。		

修了判定基準の登録・確認③ 《開発中》

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

筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表				
1件目 <small>必須</small>	年月	<input type="text"/>	<input type="button" value="📅"/>	
	タイトル	<input type="text"/>		
	写し	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルを選択"/>	
2件目 <small>必須</small>	年月	<input type="text"/>	<input type="button" value="📅"/>	
	タイトル	<input type="text"/>		
	写し	<input type="text"/>	<input type="button" value="ファイルを選択"/>	
<input type="button" value="評価追加"/>	※5件目まで追加入力できます。			
研修歴				
No.	研修実績	期間	所属	補足
1	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
2	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
3	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
4	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
5	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
6	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
7	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
8	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
9	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
10	<input type="radio"/> 研修 <input type="radio"/> 休職等	<input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> ~ <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	<input type="text"/>
<input type="button" value="評価追加"/>	※20件目まで追加入力できます。			
専攻医からのコメント				
専攻医からのコメント	<input type="text"/>			
<input type="button" value="一時保存"/> <input type="button" value="印刷・PDF化"/> <input type="button" value="確認画面へ進む"/>				

プログラム統括責任者の画面

- 1) 専攻医が入力した内容が表示される。
⇒ PDFを印刷することで、プログラム管理委員会の資料などに活用できる。
- 2) 「プログラム管理委員会で修了認定しました」というチェックボックスと認定日付を入力する項目を追加することで、「修了判定」が登録される。

J-OSLERイベントスケジュールと内科専門医試験

症例経験・病歴要約の登録・個別評価を除く



	2020年度												2021年度												2022年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
半期ごとの研修評価				専攻医自己評価 指導医評価						専攻医自己評価 指導医評価 プログラム評価						専攻医自己評価 指導医評価						専攻医自己評価 指導医評価 プログラム評価						専攻医自己評価 指導医評価 プログラム評価						専攻医自己評価 指導医評価 プログラム評価		
				専攻医評価 多職種評価						専攻医評価 多職種評価						専攻医評価 多職種評価						専攻医評価 多職種評価						専攻医評価 多職種評価						専攻医評価 多職種評価		
	技術・技能登録						技術・技能登録						技術・技能登録						技術・技能登録						技術・技能登録						技術・技能登録					
	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					
	病歴要約一次評価 (プログラム内)						病歴要約一次評価 (プログラム内)						病歴要約一次評価 (プログラム内)						病歴要約一次評価 (プログラム内)						病歴要約一次評価 (プログラム内)						病歴要約一次評価 (プログラム内)					
病歴要約	一次評価でプログラム統括責任者の決裁が完了後、 専攻医が二次評価を依頼する																																			
	病歴要約 二次評価 (プログラム外評価 内科学会 査読委員)						病歴要約 二次評価 (プログラム外評価 内科学会 査読委員)						病歴要約 二次評価 (プログラム外評価 内科学会 査読委員)						病歴要約 二次評価 (プログラム外評価 内科学会 査読委員)						病歴要約 二次評価 (プログラム外評価 内科学会 査読委員)											
	期限:12月20日						期限:12月20日						期限:12月20日						期限:12月20日						期限:12月20日											
修了認定							修了認定												修了認定												修了認定					
出願	J-OSLERにおけるプログラム 統括責任者の修了認定後、 J-OSLERから出願可能とする。						出願												出願												出願					
試験	▼ 認定内科専門医試験												▼ 新・内科専門医試験												▼ 新・内科専門医試験											

内科専門研修の逐次的な実績と評価の登録

逐次的に研修実績をJ-OSLERに登録する

⇒ 研修の中断, 再開, 変更も容易に可能

形成的評価・指導 = 専攻医の気づきを促す

1) 症例登録での自己省察

2) 病歴要約での総合考察

個別評価 (担当指導医による)

病歴要約 一次評価 (プログラム内)

二次評価 (プログラム外)

⇒ 内科専門医として相応しい臨床の歩みを

内科専門研修・指導の証を、適切にJ-OSLERに登録して、
generalityとsubspecialtyの調和のとれた
全人的視野で診療できる内科専門医を目指す