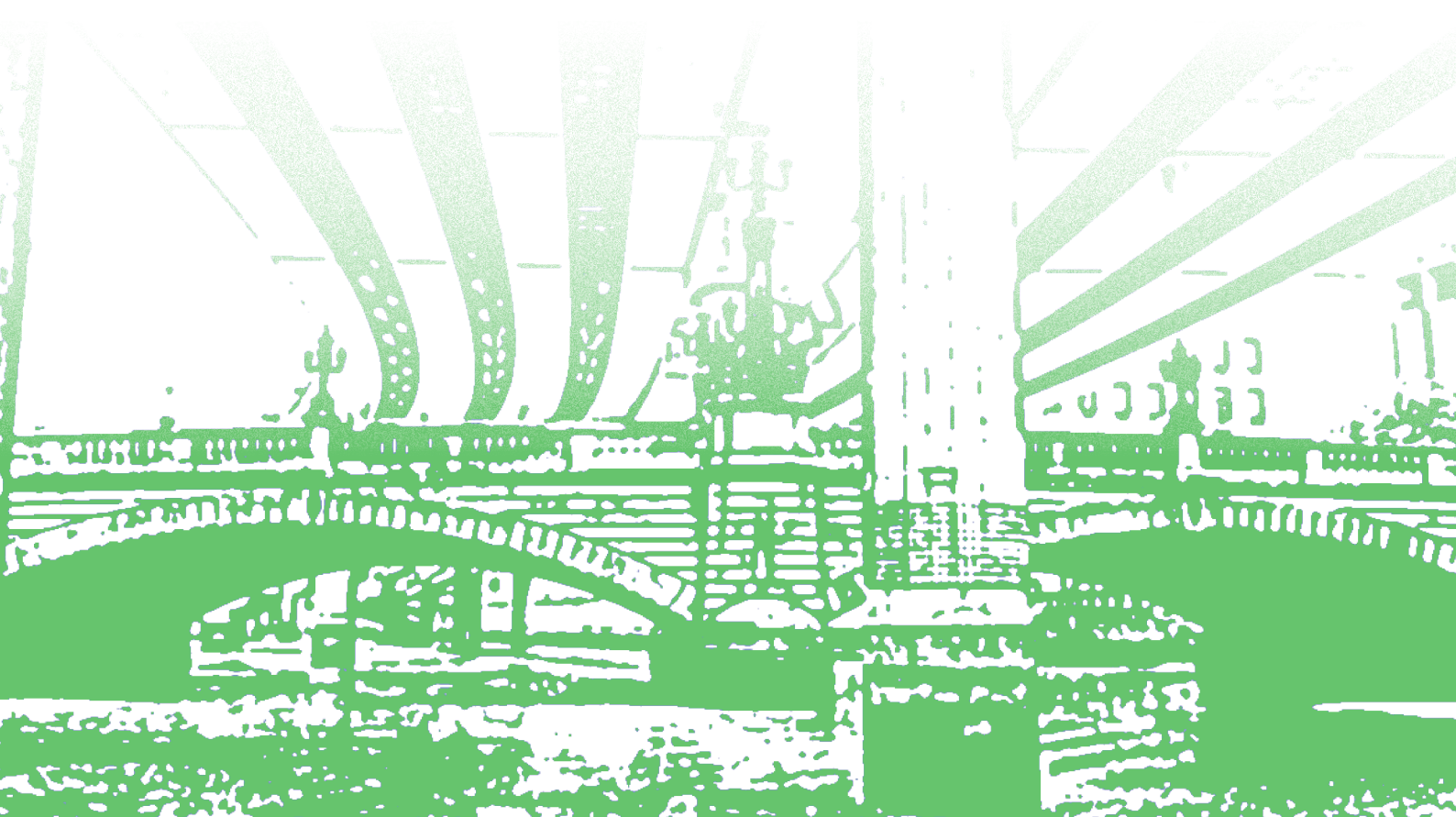


第 51 回教育施設連絡会議

スライド資料

令和元年 7 月 20 日 (土)

ベルサール東京日本橋



厚生労働省医道審議会医師専門研修部会についてP.2

宮崎 俊一（大阪府済生会富田林病院）

内科専門医制度の最新動向について（概要）P.18

横山 彰仁（高知大学）

新・内科専門医試験の実際とポイントP.33

岡崎 仁昭（自治医科大学）

J-OSLER 直近登録実績報告P.64

西川 正憲（藤沢市民病院）

J-OSLER 病歴要約の登録と評価についてP.74

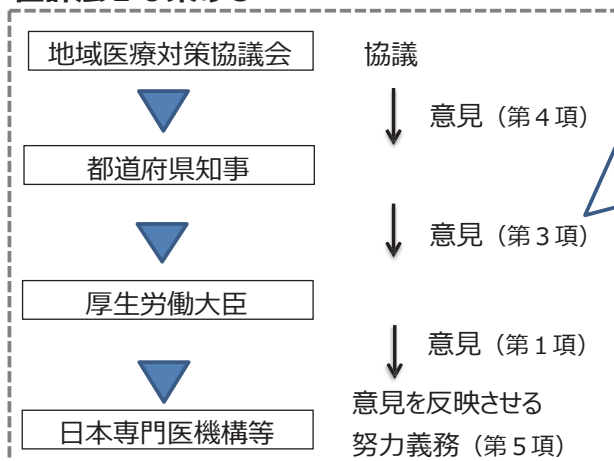
西川 正憲（藤沢市民病院）

厚生労働省医道審議会 医師専門研修部会について

日本内科学会 専門医制度審議会
副会長 宮崎 俊一

専門研修に厚生労働大臣・都道府県知事の意見を反映させる制度

医師法 16条の8



医師法第16条の8 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

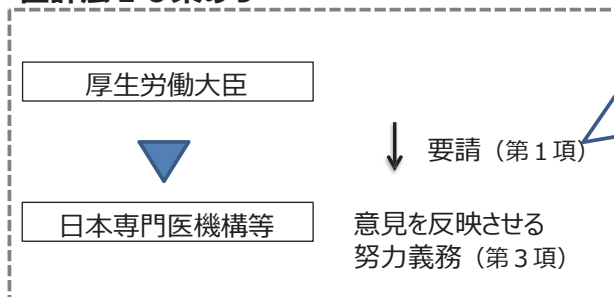
2 （略）

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法 16条の9



医師法第16条の9 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行わせる医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 （略）

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

医師法施行規則等の一部を改正する省令（平成三十年厚生労働省令第百二十四号）
医師法施行規則（昭和二十三年厚生省令第四十七号）

第十九条の二 法第十六条の八第一項及び第十六条の九第一項の厚生労働省令で定める団体は、次に掲げる団体とする。

- 一 一般社団法人日本専門医機構
- 二 一般社団法人日本内科学会
- 三 公益社団法人日本小児科学会
- 四 公益社団法人日本皮膚科学会
- 五 公益社団法人日本精神神経学会
- 六 一般社団法人日本外科学会
- 七 公益社団法人日本整形外科学会
- 八 公益社団法人日本産科婦人科学会
- 九 公益財団法人日本眼科学会
- 十 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会
- 十一 一般社団法人日本泌尿器科学会
- 十二 一般社団法人日本脳神経外科学会
- 十三 公益社団法人日本医学放射線学会
- 十四 公益社団法人日本麻酔科学会
- 十五 一般社団法人日本病理学会
- 十六 一般社団法人日本臨床検査医学会
- 十七 一般社団法人日本救急医学会
- 十八 一般社団法人日本形成外科学会
- 十九 公益社団法人日本リハビリテーション医学
会

第十九条の三 法第十六条の八第一項の厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

一前条第一号に規定する団体が、医師の研修に関する計画（研修施設、研修を受ける医師の定員又は研修期間に関する事項が定められているものに限る。）を定め、又は変更する場合二前条第二号から第十九号までに掲げる団体が、医師の研修に関する計画（研修施設、研修を受ける医師の定員又は研修期間に関する事項が定められているものであつて同条第一号に規定する団体の認定を受けるものに限る。）を定め、又は変更する場合

医師専門研修部会設立の趣旨（平成30年9月28日）

「医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）」により、医師法（昭和23年法律第201号）の一部が改正され、平成30年7月25日から、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の観点からの意見及び研修機会の確保の観点からの要請を厚生労働大臣が行うこととされた。

改正法では、これらの意見・要請を行う団体を定める厚生労働省令の制定又は改廃の立案をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならないとされているため、医道審議会医師分科会の下に医師専門研修部会を設置する。

なお、医師の研修については、民間団体が実施する研修であっても地域医療の確保に重大な影響を与えるほか、地域医療で活躍する医師の研修機会の確保や研修機会確保のため女性医師を始めとした医師の多様な働き方への配慮が必要である。

このため、本部会においては、医師の研修を行う団体を定めることのほか、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保や研修機会の確保の観点から意見・要請を行うに当たり、考慮・検討すべき事項等についても幅広く審議するものである。



日本専門医機構が認定し、これを実施する各基本領域学会の専門医制度の運用については、医師専門研修部会の意見を聞かねばならない。（専攻医募集など）

医師専門研修部会 名簿

阿部守一 長野県知事
○遠藤久夫 国立社会保障・人口問題研究所所長
片岡仁美 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成 講座 教授
釜苞 敏 公益社団法人日本医師会常任理事
立谷秀清 全国市長会会長 相馬市長
棚野孝夫 全国町村会副会長 北海道白糠町長
野木 渡 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会常任理事
牧野憲一 一般社団法人日本病院会常任理事
三日月大造 滋賀県知事
山内英子 聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長・乳腺外科部長
山口育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長

○は座長

なお参考人として「日本専門医機構」、「日本内科学会（宮崎俊一参考人）」、「日本外科学会」が第1回から直近の第5回まで毎回参加している。

取り上げられた主なテーマ

1. 専攻医募集のシーリング設定について

→都市部への集中化を避けるため、シーリング設定の対応が強く求められた。平成30年は「都市部5都府県設定」、令和元年は厚労省の医師需給分科会の報告を元にした「全国の領域別設定」が承認された。

2. サブスペシャルティ領域について

→日本専門医機構における認定の在り方について意見された。
サブスペシャルティへの申請が多いため（102学会）、国民にとってわかりやすいものとして、抑制的に慎重に取り扱う意向が示された。

3. 連動研修の取り扱い→正式開始は見送り（但し専攻医には配慮）

→2つの観点から正式開始が見送られた。
1) サブスペシャルティの検討がまだ結論が出ていない。
2) ジェネラルな研修が疎かになるのではないかと懸念。
内科研修に対してジェネラリスト養成への要請は強い。

4. カリキュラム制について

→カリキュラム制への対応が求められ、内科領域はJ-OSLERにより、研修期間の長期化や中断・再開への対応を行うことを報告した。

1. 専攻医募集のシーリング設定について

次年度専攻医募集における シーリングの背景

各都道府県の医師偏在指標

医師需給分科会
第28回 参考資料2から数値を引用

順位	都道府県	医師偏在指標		順位	都道府県	医師偏在指標		順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3		17位	兵庫県	243.0		32位	宮崎県	210.6
1位	東京都	329.0		18位	奈良県	241.1		33位	山口県	210.3
2位	京都府	314.9		19位	広島県	240.4		34位	三重県	208.8
3位	福岡県	300.5		20位	大分県	238.0		35位	群馬県	208.2
4位	沖縄県	279.3		21位	島根県	235.9		36位	岐阜県	204.7
5位	岡山県	278.8		22位	宮城県	232.7		37位	千葉県	200.5
6位	大阪府	274.4		23位	神奈川県	231.8		38位	長野県	199.6
7位	石川県	270.4		24位	愛媛県	231.0		39位	静岡県	191.1
8位	徳島県	265.9		25位	福井県	230.9		40位	山形県	189.4
9位	長崎県	259.4		26位	鹿児島県	229.8		41位	秋田県	180.6
10位	和歌山県	257.2		27位	愛知県	225.3		42位	茨城県	179.3
11位	鳥取県	255.0		28位	北海道	222.0		43位	埼玉県	178.7
12位	高知県	254.3		29位	栃木県	216.7		44位	福島県	177.4
13位	佐賀県	251.3		30位	山梨県	216.4		45位	青森県	172.1
14位	熊本県	248.5		31位	富山県	216.2		46位	新潟県	169.8
15位	香川県	247.8						47位	岩手県	169.3
16位	滋賀県	243.5								

医師多数県

医師少数県

「平成30年度専攻医プログラム」と「三師調査」の比較表（都道府県別）

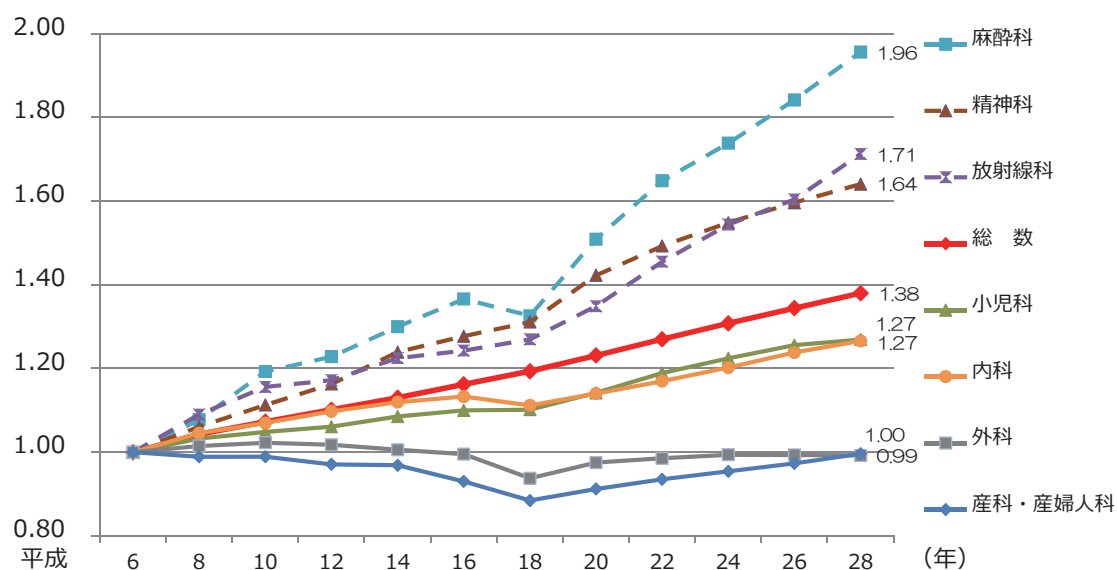
医師専門研修部会
第3回 資料4・改

	平成30年度専攻医調査 (11月調査)		【参考】医師・歯科医師・薬剤師調査(医籍登録3年目)の医師数(県別) ※「その他」等の不詳な項目は除外					
	H30.11月時点		H28年度		H26年度		H24年度	
北海道	252	3.7%	236	3.3%	224	3.2%	236	3.5%
青森県	51	0.8%	47	0.7%	58	0.8%	43	0.6%
岩手県	56	0.8%	57	0.8%	60	0.9%	67	1.0%
宮城県	107	1.6%	123	1.7%	91	1.3%	97	1.4%
秋田県	52	0.8%	51	0.7%	62	0.9%	55	0.8%
山形県	29	0.4%	62	0.9%	53	0.8%	76	1.1%
福島県	27	0.4%	83	1.2%	57	0.8%	57	0.8%
茨城県	137	2.0%	124	1.8%	100	1.4%	105	1.5%
栃木県	119	1.8%	116	1.6%	99	1.4%	82	1.2%
群馬県	74	1.1%	69	1.0%	77	1.1%	59	0.9%
埼玉県	179	2.6%	178	2.5%	156	2.2%	149	2.2%
千葉県	249	3.7%	280	4.0%	250	3.6%	239	3.5%
東京都	1,327	19.5%	1,233	17.4%	1,309	18.8%	1,240	18.3%
神奈川県	509	7.5%	484	6.8%	477	6.9%	470	6.9%
新潟県	99	1.5%	73	1.0%	70	1.0%	78	1.1%
富山県	50	0.7%	42	0.6%	45	0.6%	44	0.6%
石川県	55	0.8%	84	1.2%	107	1.5%	85	1.3%
福井県	34	0.5%	51	0.7%	43	0.6%	54	0.8%
山梨県	31	0.5%	48	0.7%	38	0.5%	37	0.5%
長野県	100	1.5%	95	1.3%	87	1.3%	96	1.4%
岐阜県	85	1.3%	79	1.1%	88	1.3%	83	1.2%
静岡県	124	1.8%	149	2.1%	157	2.3%	136	2.0%
愛知県	382	5.6%	422	6.0%	397	5.7%	472	6.9%
三重県	90	1.3%	86	1.2%	72	1.0%	74	1.1%

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第1回 資料

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

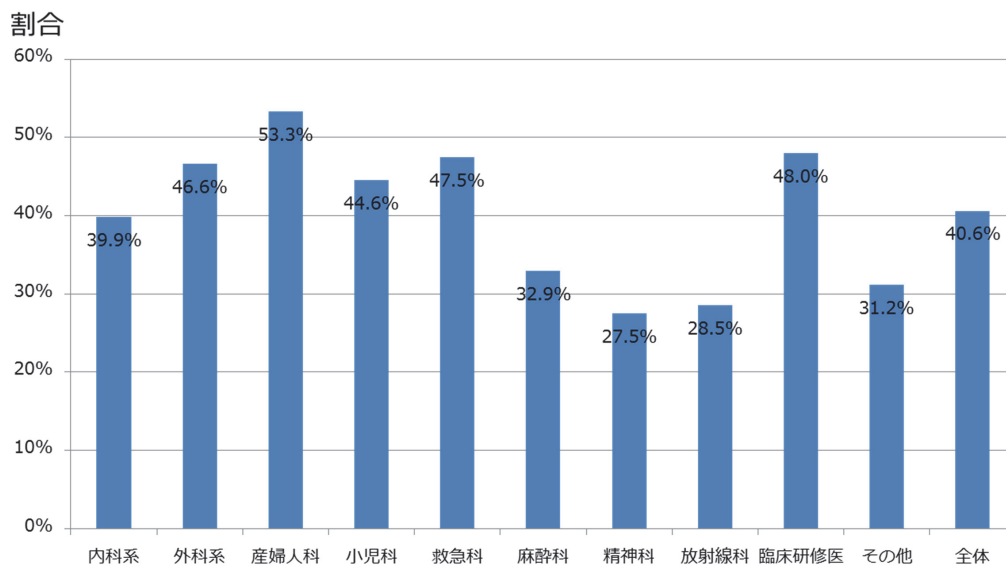


※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合でみると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



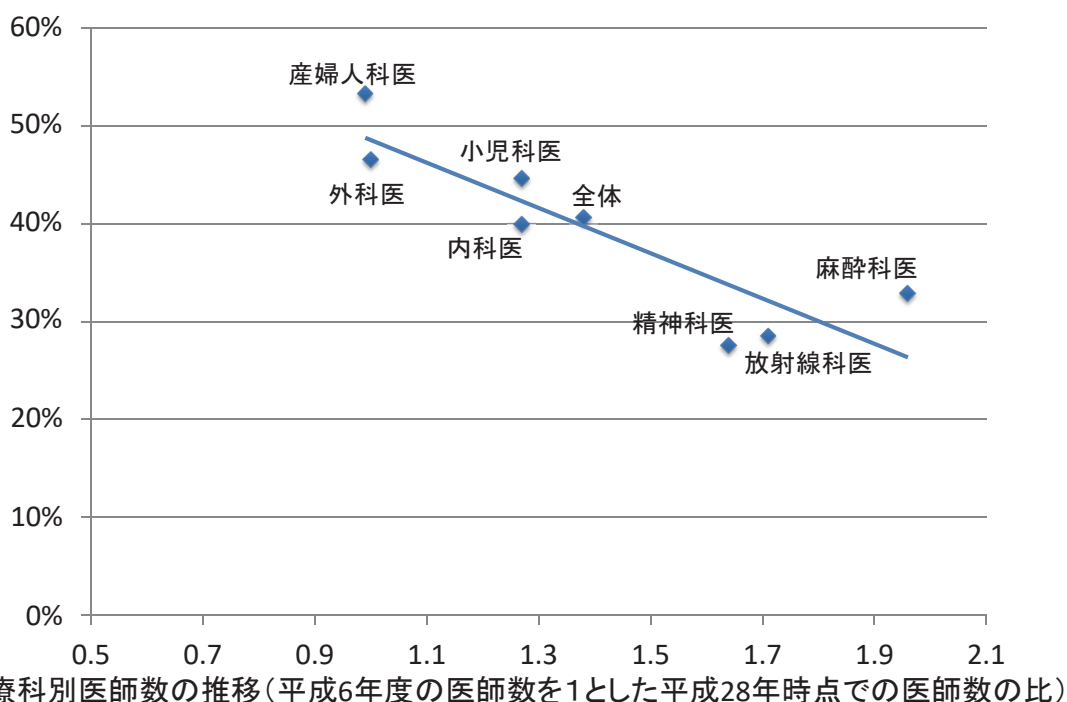
※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。診療外時間：教育、研究、自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

勤務時間と診療科偏在の関係性

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合



※ 「週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合は、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を活用（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

※ 診療科別医師数の推移は「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」の結果を基に医政局医事課で算出

将来時点の必要医師数について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)資料・一部改変

- 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に均衡すると推計される。**

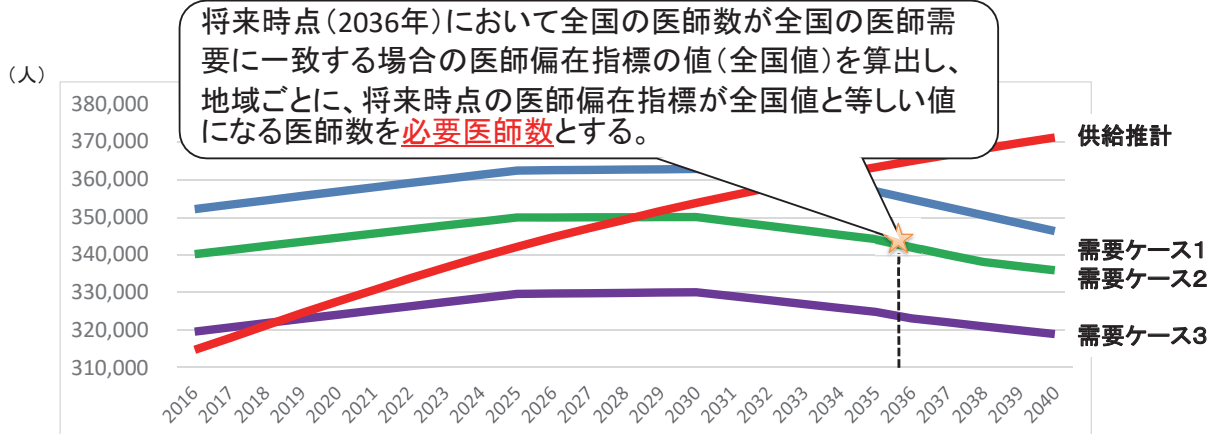
- ・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

- ・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1(労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース2(労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース3(労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当)

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った



シーリングの対象とシーリング数の考え方(案)

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成31年度 第1回 資料1

1. シーリングの対象とする各都道府県の診療科は、2016年医師数(仕事量)(A)が、必要医師数(勤務時間調整後)(B)および2024年の必要医師数(勤務時間補正後)(C)と同数あるいは上回る診療科としてはどうか。
2. シーリング数(連携プログラム分を含む)(I)は、「2018年と2019年の平均採用数」(E)から、「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」と「平均採用数」の差分(E-D)の一定割合(例えば20%)を引いた数(E-(E-D)×20%)としてはどうか。

<例:一定割合を20%とした場合>

今後2019年度を含めた
採用数平均を活用

	2016年	2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計				シーリング数	
	(A)	(B)	(C)		(D)				(I)	(E)
	2016年医師数 仕事量	必要医師数 勤務時間調整後	必要医師数 勤務時間補正後	必要医師数 勤務時間補正後	維持2016年の年間養成数を 達成するための年間必要養成数を	維持2030年の年間養成数を 達成するための年間必要養成数を	維持2036年の年間必要養成数を 達成するための年間必要養成数を	維持2036年の年間必要養成数を 達成するための年間必要養成数を	シーリング数 連携枠を含む	参考 2018年度 専攻医採用数
麻酔科										
千葉県	344	465	480	482	469	9	24	18	15	7
東京都	1,320	1,094	1,134	1,134	1,134	30	9	19	21	86
神奈川県	639	667	693	702	690	15	21	20	18	28
現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を上回っている場合は、シーリング対象とする。										
										105-(105-9)×0.20=86
外科										
千葉県	1,262	1,516	1,566	1,566	1,566	39	74	61	53	26
東京都	3,482	3,566	3,698	3,698	3,698	102	127	122	115	176
神奈川県	1,530	2,172	2,260	2,289	2,248	45	130	99	83	42
現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を下回っている場合は、シーリング対象外とする。										

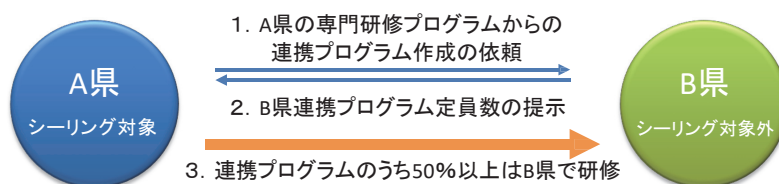
※ 計算上の「シーリング数」が2024年・2030年・2036年の必要医師数を達成するための年間養成数を上回る場合については、その最大の値をシーリング数とした。
※ シーリング数が2未満のときは2とした。また、シーリング数の端数は、四捨五入とした。

連携プログラムの作成の仕方(案)

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第5回 資料2・改

- 都道府県の医師専門研修プログラムの整備状況から考えた場合、都道府県の中には、十分な研修体制を整備できないことが影響し、専攻医が不足している県がある。シーリング対象の都道府県診療科において、シーリング対象外の都道府県が共同してプログラムを作成し、シーリング対象の都道府県のプログラムの一部(例えば10%)を連携プログラムとして募集することを、必須としてはどうか。

1. シーリング対象都道府県診療科(A県)からのシーリング対象外都道府県(B県)へ連携プログラムの打診
 - シーリングの対象となっている都道府県診療科(A県)の連携プログラム分の定員数は、各都道府県別の診療科における「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数(D)」と「前年度の採用数(E)」の差分の一定割合(例えば10%)としてはどうか。
2. 医師少数県からの連携プログラムの定員枠提示
 - シーリング対象外都道府県(B県)は、打診のあったシーリング対象の都道府県診療科(A県)の病院に対して連携プログラムの定員数を提示。
3. 連携プログラムによる医師少数県都道府県への貢献
 - 原則として連携プログラムは、当該都道府県(医師少数県)で50%以上の研修を行うこととしてはどうか。また、該当都道府県は専門研修終了後、一定の期間、当該都道府県での従事などを課すことができるとしてはどうか。



※ただし、連携プログラムは地域貢献率を算出する際には、対象に含めないこととする。

シーリングの対象となる都道府県別診療科における定員の考え方

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成31年度 第1回 資料1

- これまでシーリングの対象となる診療科においては、地域医療への貢献の観点から、各プログラムにおける定員の配分の方法に一定のルールが必要との意見もある。そのため下記の通り、シーリング対象診療科における、各都道府県の定員の定め方を検討してはどうか。

- 第3回専門研修部会においては、地域貢献率の定義案を事務局が提案し、都市部におけるプログラム定員設の割り振りをする際の一定の基準にするべきであるとの意見があった。
- 各都道府県の中においては、地域貢献率が高いプログラムを優先して定員を配置することとしてはどうか。
- 特にシーリング対象の診療科が連携プログラムを可能とする条件として、地域貢献率が20%以上にすることとしてはどうか。ただし、地域貢献率の算出においては、連携プログラムを含まないこととする。
- 都道府県別の医師偏在指標等も勘案して、地域貢献率の定義を改めて検討してはどうか。

2. サブスペシャルティ領域について

1

日本専門医機構が検討の対象にしているサブスペシャルティ領域の一覧

・日本専門医機構より、下記のサブスペシャルティ学会等に対し、レビューシートを送付した。(平成30年12月)

サブスペシャルティ学会・団体(順不同)					
日本消化器病学会	日本呼吸器外科学会	日本心身医学会	日本睡眠学会	日本登山医学会	日本整形外科学会(骨・軟部腫瘍専門医)
日本肝臓学会	日本小児外科学会	日本心療内科学会	日本脳卒中学会	日本女性医学学会	日本内科学会(総合内科専門医)
日本循環器学会	日本内分泌外科学会	日本心血管インターベンション治療学会	日本透析医学会	日本臨床神経生理学会	日本脳神経外傷学会
日本内分泌学会	日本乳癌学会	日本呼吸器内視鏡学会	日本アフェシス学会	日本産業衛生学会	日本排尿機能学会
日本糖尿病学会	日本医学放射線学会	日本脳神経血管内治療学会	子どものこころ専門医機構	日本総合健診医学会	日本神経精神薬理学会
日本腎臓学会	日本放射線腫瘍学会	日本インターベンショナルラジオロジー学会	日本総合病院精神医学会	日本病院総合診療医学会	日本司法精神医学会
日本呼吸器学会	日本小児循環器学会	日本肝胆膵外科学会	日本臨床薬理学会	日本美容外科学会(JSAPS)	日本精神分析学会
日本血液学会	日本小児神経学会	日本心臓血管麻酔学会	日本病態栄養学会	日本急性血液浄化学会	GID(性同一性障害)学会
日本神経学会	日本小児血液・がん学会	日本超音波医学会	日本輸血・細胞治療学会事務局	日本老年精神医学会	日本精神分析的精神医学会
日本アレルギー学会	日本周産期・新生児医学会	日本レーザー医学会	日本抗加齢医学会	日本緩和医療学会	皮膚悪性腫瘍指導専門医
日本リウマチ学会	日本婦人科腫瘍学会	日本気管食道科学会	日本ペインクリニック学会	日本食道学会	美容皮膚科・レーザー指導専門医
日本老年医学会	日本生殖医学会	日本大腸肛門病学会	日本熱傷学会	日本消化管学会	日本在宅医学会
日本感染症学会	日本脊椎神経学会	日本脈管学会	日本外傷学会	日本臨床精神神経薬理学会	日本内視鏡外科学会
日本臨床腫瘍学会	日本腎臓外科学会	日本高血圧学会	日本臨床細胞学会	日本動脈硬化学会	日本性機能学会
日本消化器内視鏡学会	日本手外科学会	日本不整脈心電学会	日本人類遺伝学会	日本結核病学会	日本小児泌尿器科学会
日本消化器外科学会	日本頭頸部外科学会	日本てんかん学会	日本核医学会	日本認知症学会	日本臨床腎移植学会
心臓血管外科専門医認定機構	日本集中治療医学会	日本頭痛学会	日本東洋医学会	日本人間ドック学会	日本小児救急医学会

※ 辞退した学会を除く

第4回専門研修部会におけるサブスペシャリティ領域に対する意見

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第5回 資料・改

1. サブスペシャリティ領域の在り方に関して

- 国民に役立つかどうかということが一番大事なこと。
- 機構が認定する専門医とは何なのかという議論をしっかりと上進しないと、国民目線で見てわかりやすいという当初の理念が達成できないのではないか。
- サブスペシャリティの乱立を避けるべきであり、国民にもわかりやすい形とすることが大切だが、まだできていない。
- 日本専門医機構が認定するサブスペシャリティの基準が整備されておらず、国民の理解が得られるまでの整理ができていない。
- 全部見直せという議論も一つであるが、特にいくつかの対象疾患が重なっている領域や国民にとって分かりにくい領域は、見直すべきではないか。

2. 連動研修に関する懸念

- サブスペシャリティの基準を明確にした後、それに基づいてサブスペシャリティとする領域を決め、それが確定した段階で連動研修が必要かどうかを判断すべき。
- 基本領域の内科専門医の部分の研修がどうしても疎かになるのではないか。
- 基本領域の研修で地域偏在をなくすことを強く意識してプログラムを組んだとしても、連動研修によって医師偏在を助長してしまう懸念がある。
- 基本領域は、ジェネラルに診療できるというのが大原則であるが、自分のサブスペの分野しか診ないような医師が養成される懸念がある。
- 最初からサブスペに人気が集まり、総合内科を目指す人がより減るのではないか。

医師の専門性のあり方について、昨今の医師法および医療法の改正や働き方改革等の議論を踏まえ、再度基本領域とおよびサブスペシャリティ領域を合わせて検討するべきではないか。

専門医の検討にあたっての視点

わが国においてはこれまで、医師の専門性に関わる評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設けて質の向上が図られてきた。

一方で、専門医制度を持つ学会が乱立したことから、学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていない可能性が指摘された。

また昨今の医療政策の変化を踏まえ、本部会において、医師の専門性について、平成25年度の「専門医の在り方に関する検討会」の取りまとめを参考に、専門医制度は、日本専門医機構や各学会が研修の質の観点から制度設計するとともに、専門研修部会においては、下記の視点から改めて議論することとしてはどうか。

(1) 国民にとって分かりやすいものであること

- －患者が、広告された専門性から受診すべき医師が判断できる
(技術認定のみや疾病名の学会など分かりづらい名称を避ける)

(2) 医療提供体制およびその計画に資するものであること

- －専門医は、医療提供体制内で一定の役割を果たすことを期待。
- －専門医制度の中で、地理的偏在および診療科偏在に対して是正に資すること。
(連動研修を行う場合も、基本領域の診療は広く診療することが前提)

専門医制度を議論するにあたっての論点

求められる専門医像の他に、関連する医療を取り巻く環境の変化と専門医制度の関連性から専門医制度の意義等について下記のように再考してはどうか。

- 厚労省が専門医について議論する意義は、各学会が医師の専門的な知識や技術を習得していること(Specialists)を証明する専門制度とは異なり、専門医が一定の質の専門的医療を、できる限り公平に国民に提供すること(Professionals)を保証することではないか。
- 実際の診療内容と保持している専門医の資格が一致することが原則ではないか。
(研究や教育に従事する医師や地域枠医師等については除く)
- 希少疾患に対応している専門医で、県レベルでの養成が困難な専門医等は、その養成課程をブロック毎等で検討することとしてはどうか。

3. 連動研修の取り扱い

日本専門医機構で既に認定されているサブスペシャリティ領域と連動研修

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第4回 資料

一部のサブスペシャリティ領域の研修は、基本領域の研修期間中から一部連動研修ができることとされているため、平成30年度より基本領域研修が開始するにあたり、既に下記のサブスペシャリティ領域は先行して認定されており、平成31年度より連動研修が開始予定である。しかし、現在、連動研修とそのサブスペシャリティ領域の登録状況等は専門医機構ではなく、各学会によって行われている。

内科領域

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、リウマチ、消化器内視鏡、がん薬物療法

外科領域

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺、内分泌外科

放射線領域

放射線治療、放射線診断

＜通常＞
3年

内科

循環器

＜連動研修（イメージ）＞
3年

内科

1年

連動研修 循環器

サブスペシャリティ領域の連動研修開始に伴う地域医療提供体制への影響（イメージ）

＜これまでの研修イメージ＞

3年
(基本領域) 内科

県立A医科大学病院:800床

基幹施設

- ・内科指導医数:10名
- ・S内科指導医数:4名
- ①・内科専攻医募集数:8名

連携施設

②

6ヶ月

B市民病院:150床

- ・内科指導医数:1名
- ・S内科指導医数:0名

③

日赤C医療センター:300床

連携施設

- ・小児科指導医数:3名
- ・S内科指導医数:1名

1年6ヶ月

1年

＜連動研修導入された場合のイメージ＞

3年
(基本領域) 内科 1年
(サブスペシャリティ領域) 連動研修 S内科

県立A医科大学病院:800床

基幹施設

- ・内科指導医数:10名
- ①・S内科指導医4名
- ・内科専攻医募集数:8名

連携施設

②

S内科の研修が不可能

B市民病院:150床

- ・内科指導医数:1名
- ・S内科指導医数:0名

③

日赤C医療センター:300床

連携施設

- ・小児科指導医数:3名
- ・S内科指導医数:1名

2年

1年

1年

連動研修が導入されることで、サブスペシャリティ領域において指導医がいない連携施設などで専攻医が研修できなくなる、あるいはいなくなる等が予想される。

平成30年3月、連動研修の正式開始は見送られた その理由は

- サブスペシャリティの検討について、まだ差し当たって結論が出ていない。
→専門医機構にて認定基準やプロセスに関する資料を求めている。
各領域学会では必要数など、根拠に基づいた説明資料が求められる可能性あり。
- ジェネラルな研修が疎かにならないか。また、大病院中心研修になるのではないか
→J-OSLERから専門研修における内科全般の研修状況の確認が必要。
新制度研修は旧制度と比べ分散研修が進み、大病院研修から中小病院研修へシフト。



連動研修の正式開始は見送られたが、その後のフォロー

- 日本専門医機構から 基幹施設および専攻医への文書通知
→医師専門研修部会の意向を踏まえ、**現在の研修が不利益にならないようにする**。
例：正式開始後に遡及して研修実績を登録可能とするなど。
- 日本内科学会および内科系サブスペシャリティ学会から、
女性専門医養成の観点からの声明を厚労省へ提示する(近日中)。
- J-OSLERの実績データを中心に懸念点解消の説明を行ない、要改善事項は取り組む。

【参 考】 医師の働き方改革について

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

- 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1・医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

2・働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。
- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。

3・医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した（A）水準を設定。このほかに、2つの水準を設定。

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）を設定。
※「臨時的な必要がある場合」の1年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。
- 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については具体的に以下のとおり。

- ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

- ◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準（（C）－1水準（①に対応）、（C）－2水準（②に対応））を設定。

B・C水準の適用の対象、手順等

(B) 水準

医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき（A）水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

(C) - 1 水準 (研修医)

臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働（実績）を明示。これが（A）水準を超える医療機関を都道府県が特定（※超えない場合は（A）水準の適用）⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。

(C) - 2 水準 (高度特定技能)

高度技能育成を要する分野を審査組織（※高度な医学的見地からの審査を行う）が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方

2019	...	2024	...	2027	...	2030	...	2033	...	2036	...
第7次医療計画		第8次医療計画				第9次医療計画				医師偏在対策 の目標年	
		(中間見直し)				(見直し)				(中間見直し)	
・実態調査 ・追加的支援策 ・規制水準の検証		(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討									
		(実態調査・ 検討)		(実態調査・ 検討)		(実態調査・ 検討)		(実態調査・ 検討)		2035年度末 を目標に 終了年限	
(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検											
(この後 も引き続 き残る)											

4. おわりに

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、(B)水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務医
に2024年度以降
適用される水準
連続勤務時間制限・勤務間
インターバル等（努力義務）

地域医療確保
暫定特例水準
連続勤務時間制限・勤務間
インターバル等（義務）

集中的
技能向上水準
連続勤務時間制限・勤務間
インターバル等（義務）

36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限	月100時間未満	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内			
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む)	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含まない)	年720時間以下			
	月100時間未満 複数月平均80時間以下		月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)
			年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

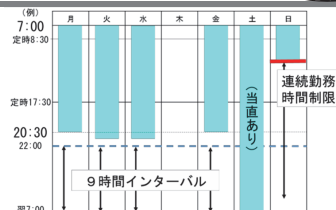
- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等によって、その労働時間を週に20時間分削減
- さらに、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を適用

（時間外労働の年間時間数）

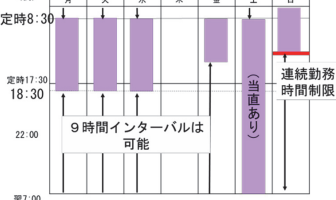
1,860時間

その働き方の例



960時間

その働き方の例



病院勤務医の約1割

約2万人

病院勤務医の約3割

現状

年間時間外1,860時間超の医師がいる医療機関の実像
 病院の約3割、大学病院の約9割、救急機能を有する病院の約3割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約8割）

地域医療確保暫定特例水準／集中的技能向上水準：罰則付き上限であり、2024.4以降、この水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

地域医療確保暫定特例水準対象・集中的技能向上水準対象を除き、2024.4以降、960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の適用終了

内科専門医制度の 最新動向について（概要）

日本内科学会専門医制度審議会

会長 横山 彰仁

内科学会のシーリングへの姿勢

1. 内科領域は厚労省の医師需給分科会報告から最も数多くの養成が求められる領域となっている。
 - ・ **2024年までに約14,000名の養成が必要！**
 - ・ **毎年約3,900名程度の養成が必要！（現在は2800名程度）**
2. 地域偏在は勿論のこと，診療科偏在是正を考慮すべし
3. 連動研修の決着も見えない状況下，次年度の専攻医採用において「内科の専攻医採用数」もしくは「内科の専攻医採用比率」が前年度を下回ることがあった場合，内科のシーリングは撤廃すべし。（日本専門医機構へは文書にて公式に申し入れ済み）

診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)

※ 事務局において機械的に計算したたたき台

	2016年			2024年		2030年		2036年		必要員数に係る推計			
	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年の必要医師数との差	必要医師数(勤務時間補正後)	2024年の必要医師数との差	必要医師数(勤務時間補正後)	2030年の必要医師数との差	必要医師数(勤務時間補正後)	2036年の必要医師数との差	維持するための年間養成数を推計	2024年の必要年間養成数を推計	2030年の必要年間養成数を推計	2036年の必要年間養成数を推計
内科	112,978	122,253	9,275	127,446	14,468	129,204	16,226	127,167	14,189	2,289	3,910	3,246	2,978
小児科	16,587	18,620	2,033	17,813	1,227	17,212	625	16,374	-213	394	538	480	457
皮膚科	8,685	8,376	-309	7,999	-686	7,695	-990	7,270	-1,414	193	115	147	159
精神科	15,691	15,437	-254	14,919	-772	14,598	-1,093	14,003	-1,688	293	208	243	257
外科	29,085	34,741	5,656	34,916	5,831	34,605	5,520	33,448	4,363	907	1,587	1,323	1,217
整形外科	22,029	23,182	1,153	24,374	2,345	24,680	2,650	24,022	1,993	499	764	656	613
産婦人科	12,632	14,811	2,179	13,624	992	12,938	305	12,165	-467	284	394	349	331
眼科	12,724	12,054	-670	12,336	-388	12,293	-432	11,830	-895	271	227	245	252
耳鼻咽喉科	9,175	8,967	-208	8,621	-554	8,345	-830	7,946	-1,229	219	156	181	191
泌尿器科	7,426	8,320	894	8,599	1,173	8,653	1,228	8,429	1,003	199	334	281	260
脳神経外科	7,713	9,021	1,309	9,789	2,077	10,170	2,457	10,235	2,523	189	423	330	292
放射線科	6,931	7,061	130	7,147	215	7,126	195	6,918	-13	154	177	168	164
麻酔科	9,496	10,076	579	10,126	630	10,036	540	9,701	204	232	305	276	265
病理診断科	1,887	2,178	291	2,189	302	2,170	283	2,097	210	48	81	68	63
臨床検査	567	632	65	639	72	638	70	619	52	21	30	27	25
救急科	3,656	4,250	594	4,302	645	4,289	633	4,164	508	93	172	141	129
形成外科	3,321	3,431	110	3,448	127	3,417	97	3,303	-18	95	109	104	102
リハビリテーション科	2,399	2,489	90	2,519	120	2,512	112	2,439	39	51	64	59	57

厚生労働省資料より

日本専門医機構シーリング(内科領域)

	2016年足下充足率 (医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年の必要年間養成数を推計 達成するための年間養成数を推計	過去2年専攻医 採用数平均	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
北海道	0.89				193	96	101	90
青森県	0.64				74	18	17	18
岩手県	0.67				67	24	27	21
宮城県	0.93				72	53	53	52
秋田県	0.70				52	16	16	16
山形県	0.70				56	23	25	21
福島県	0.71				97	25	28	21
茨城県	0.68				151	44	46	41
栃木県	0.83				75	38	40	35
群馬県	0.81				84	25	24	26
埼玉県	0.69				364	78	85	70
千葉県	0.75				288	94	104	84
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535
神奈川県	0.86				325	181	186	176
新潟県	0.72				115	40	36	44
富山県	0.84				42	18	17	19
石川県	1.05	36	4	1	21	40	40	39
福井県	0.80				32	11	9	13
山梨県	0.79				34	14	9	19
長野県	0.75				100	36	37	35
岐阜県	0.87				69	26	21	30
静岡県	0.69				195	45	45	44
愛知県	0.87				268	149	162	135
三重県	0.86				66	35	30	40

	2016年足下充足率 (医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年の必要年間養成数を推計 達成するための年間養成数を推計	過去2年専攻医 採用数平均	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
滋賀県	0.91				44	31	33	28
京都府	1.23	68	12	1	8	83	80	85
大阪府	1.08	202	9	0	154	214	211	217
兵庫県	0.93				173	125	137	113
奈良県	0.93				40	29	25	32
和歌山県	1.08	21	2	0	13	24	24	23
鳥取県	1.01	16	1	0	13	17	19	15
島根県	0.99				15	16	19	12
岡山県	1.09	56	5	0	27	64	61	66
広島県	0.96				81	53	59	47
山口県	0.83				56	18	21	14
徳島県	1.11	19	2	0	9	22	24	19
香川県	0.93				29	22	31	13
愛媛県	0.88				48	18	15	21
高知県	1.00	15	0	0	15	12	16	8
福岡県	1.21	126	17	0	32	150	143	157
佐賀県	1.02	17	0	0	17	17	15	19
長崎県	1.08	35	4	1	21	39	44	34
熊本県	1.06	35	0	0	30	32	36	28
大分県	0.99				28	26	26	25
宮崎県	0.78				50	13	16	9
鹿児島県	0.99				37	36	42	30
沖縄県	0.93				43	28	24	31

内科領域プログラム 一次審査結果 その1

- ・ 7月10日 シーリングへの変更対応申請を含めて審査終了（機構審査へ）
- ・ プログラム数：合計580プログラム（うち新規プログラムは17）

新規プログラム

- 【東北】 仙台赤十字病院
- 【関東】 北里大学メディカルセンター、
東京慈恵会医科大学附属柏病院、
松戸市立総合医療センター、船橋市立医療センター、
東京労災病院、同愛記念病院、東芝林間病院
- 【近畿】 国立病院機構東近江総合医療センター、石切生喜病院、
野崎徳洲会病院、多根総合病院
- 【中国】 鳥取生協病院、東広島医療センター
- 【九州】 大分県立病院、宮崎県立延岡病院、鹿児島医療センター

内科領域プログラム 一次審査結果 その2

- ・ 内科領域は次年度、13都府県がシーリング対象地域となっている。

東京、石川、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、高知、福岡、
佐賀、長崎、熊本

- ・ 各プログラムの定員設定について（**要注意！一次審査段階の定員設定**）
 - 1) 東京地域を除き、各プログラムの希望定員設定をそのまま適用する。
但しシーリング対象地域においては、実際の専攻医応募がシーリングを越える場合、大学などを中心に採用調整を依頼する可能性あり。
 - 2) 東京地域は希望定員をそのまま適用せず、前年度の定員設定を活用。
なお昨年の採用実績が0名のプログラムは定員を1名までとする。

内科領域プログラム 一次審査結果 その3

・連携プログラム数設定



シーリング地域の一部に設けられた、激変緩和のための設けられた。
研修期間の50%以上をシーリングのかかっていない他県で研修する設定。

対象地域：計10都府県

東京、石川、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、福岡、長崎

※東京は連携プログラム数設定が77名と多いため、予め前年度の採用実績の多いプログラム（大学）から割り当てを設定した。

※他の対象地域においても、前年度の採用人数の多いプログラム（大学）へ設定について確認している。

2020年4月専門研修開始予定の プログラム関連のスケジュール

（201906修正版 日本専門医機構）

2019年

～5月10日

基本領域学会と機構調整

～5月14日

医師専門研修部会 説明

5月24日

機構理事会

～7月 5日

一次審査(基本領域)終了予定、プログラムデータ提出

～7月10日

二次審査(日本専門医機構)終了予定

～7月11日

厚生労働省あてデータ提出(日本専門医機構より)

地域医療対策協議会(都道府県担当者)あて情報提

～8月下旬

供 地域医療対策協議会 協議(各知事より意見提出)

～8月下旬

医師専門研修部会 開催 予定(各領域学会、機構に対して
の意見)

～9月中旬

厚生労働大臣からの意見の回答(基本領域学会、機構)

9月末日

専攻医登録開始(一次募集)予定

新制度開始から1年 専攻医の研修状況はどうなっているのか ～J-OSLERから見た専攻医の分布状況～

内科専門研修施設の病床規模の比較

2019年4月

病床数	認定医制度		内科専門研修プログラム制度		
	教育病院(大学含む)	教育関連病院	基幹施設	連携施設	特別連携施設
200床未満	5	114	8	478	1,309
201～300	29	218	38	273	24
301～400	95	226	128	189	5
401～500	122	91	140	81	2
501～600	88	23	96	20	0
601～700	70	5	64	6	0
701～800	33	1	35	1	0
801～900	21	2	21	0	0
901～1000	11	1	12	0	0
1001以上	38	1	21	0	0
合 計	512	682	563	1,048	1,340
	1,194施設			2,951施設	

専門医制度 専攻医 研修先施設規模の相違

旧制度

病床数	勤務先割合
200床未満	1.5%
201～300床	6.0%
301～400床	11.7%
401～500床	12.4%
501～600床	15.8%
601～700床	17.5%
701～800床	12.5%
801～900床	5.5%
901～1000床	6.4%
1001床以上	10.8%
合 計	100.0%

500床
未満の
施設に
31.5%
が勤務

新制度

病床数	勤務先割合
200床未満	7.2%
201～300床	7.2%
301～400床	15.3%
401～500床	15.6%
501～600床	15.7%
601～700床	11.8%
701～800床	8.4%
801～900床	6.7%
901～1000床	4.4%
1001床以上	7.8%
合 計	100.0%

500床
未満の
施設に
45.3%
が勤務

これまでの認定施設(大病院)研修から、
新しい認定施設(中小病院)研修での研修が進んでいる

専門医制度 専攻医 研修先分布の相違

旧制度

認定内科医受験者
研修先分布(2015年卒業者)

197/344医療圏



新制度

専攻医研修先分布
(2016年卒業者)

281/344医療圏



総合内科専門医について

日本内科学会はサブスペシャリティとして「総合内科専門医」を残すことを平成30年3月に機関決定した。その在り方と背景についての現状報告は次のとおりである。

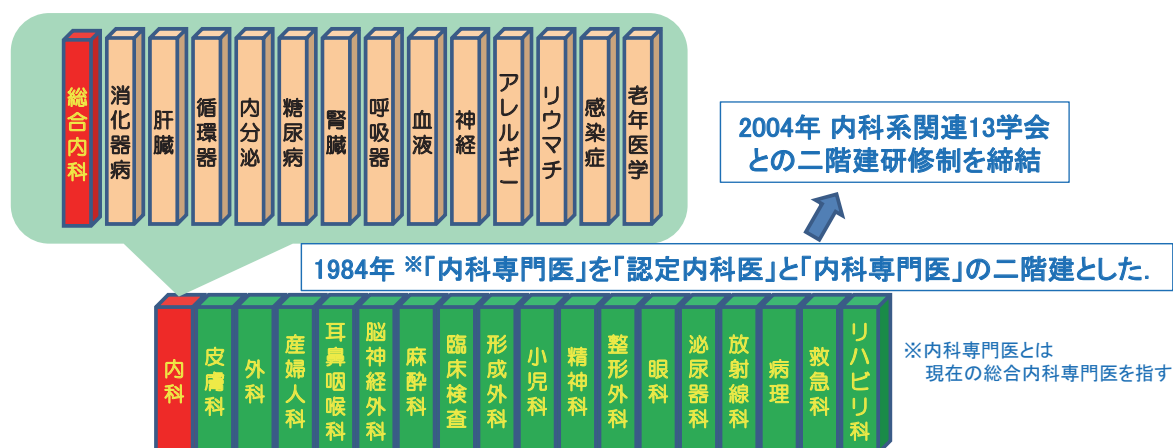
総合内科専門医の医師像2018 趣旨（1）

- 新内科専門医制度において、「総合内科専門医」を「新内科専門医」を基盤とする内科体系のサブスペシャリティとして位置づける。
- 「新内科専門医」は他の基本領域と同様に3年の研修年限をもって修了となる。従来の認定内科医に比べると、より充実した内科研修が期待されるが、これは「内科医としての自立」が可能となる研修修了を意味するものである。
- そして多くの「新内科専門医」が従来の内科研修体系にのっとして、臓器別サブスペシャリティ研修へ進むと考えられる。専門性を高めることは、医学・医療の発展へ期待がある一方、高度専門分化には負の側面があることも忘れてはならない。

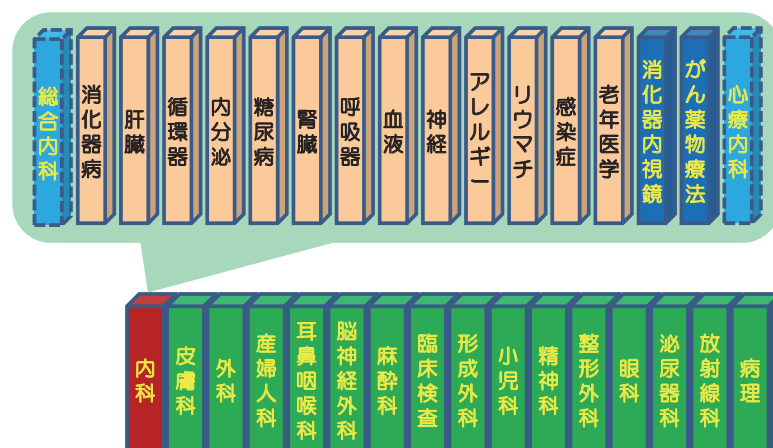
総合内科専門医の医師像2018 趣旨（2）

- 超高齢社会を迎え、多臓器疾患をもった患者が増加し、各地域において、レベルの高い総合性をもった内科医が期待される。
- 日本内科学会は、進化する内科サブスペシャリティ研修を基本領域として支える一方、それらを再び統合して、より深く研鑽し、実践する内科医の養成を重要と考える。
- その実現に向けた方策として、内科サブスペシャリティ領域に「総合内科学」を取りあげる。この研修は、様々な現場で活躍する内科医が必要に応じて研鑽し、取得できるカリキュラム制を念頭においている。

従来の内科系二階建制(相互に日本内科学会と信認関係あり)



新しい内科系二階建制（相互に日本内科学会と信認関係あり）



日本専門医機構
二階建研修の2階部分
「subspecialty」

- ・従来の13領域に加え
新規2領域
(消化器内視鏡とがん薬物療法)
- ・そして検討の2領域
(総合内科と心療内科)

基本領域専門医（従来18基本領域の専門医制度と総合診療）

新専門医制度下における 総合内科専門医のあり方 検討経緯について（1）

2011年10月	厚労省「専門医の在り方に関する検討会」発足。 これを受け、日本内科学会では基本領域研修のあり方について検討。
2013年4月	厚労省検討会の答申書の公表。 中立的第三者機関の設立、基本領域、サブスペシャリティ領域の標準化がまとまる。
2013年11月	日本内科学会「新内科専門医制度に向けて」を取りまとめ公表。 日本専門医制評価・認定機構（日本専門医機構の前身）の意向を踏まえ、 内科の1階部分の資格を「新内科専門医」として一本化することを目指した。
2014年5月	日本専門医機構発足。第1期執行部体制スタート。 1学会1専門医養成として専門医制度の標準化が進められた。

新専門医制度下における 総合内科専門医のあり方 検討経緯について（２）

2016年6月	日本専門医機構 第二期執行部体制スタート。現実路線へ方針見直しが進むこととなった。 なお内科の資格一本化（「認定内科医」と「総合内科専門医」を集約した制度）について 機構から指摘を受け、かねて学会内からも「総合内科専門医」の実質レベルを下げる 一本化政策について意見が寄せられていた。
2016年12月	この流れを受け、内科学会では「内科医のあり方」に関する無作為アンケート実施。 9割以上の回答者から臓器横断的な診療姿勢の必要性が指摘され、 8割以上の回答者から総合内科専門医を残すことへ肯定的な回答が寄せられた。
2017年6月	日本専門医機構では整備指針が見直され、第二版が公表された。 1学会1専門医養成が見直され、1学会複数の専門医養成が認められた。（日本医学放射線学会）
2017年10月	日本内科学会「総合内科専門医あり方検討WG」発足。（世話人・梶波理事）
2018年3月	WGから「総合内科専門医の医師像2018」が日本内科学会理事会に答申され、承認された。 日本内科学会は「総合内科専門医」を内科のサブスペシャリティとして位置づけることとした。

総合内科専門医の取得について （基本的な考え方）

- ・ 研修年限：3年（カリキュラム制 内科専門医取得後の研修）
- ・ 研修施設：内科領域の基幹施設もしくは連携施設。
- ・ 内科学会指導医の要件とする。
- ・ 受験資格：病歴要約の提出（10例程度）
剖検は必須とせず、総合内科領域（一般内科、高齢者、腫瘍、救急等）を中心とする。臓器別の症例も選択的に提出を認めるが、併存疾患への対処などを問う。内科全分野の網羅性を問うものではない。
- ・ 試験：計200題を想定。総合内科領域の充実。
- ・ 旧制度から新制度への移行期に際して、移行措置が受けられなかった世代への措置を検討中。

参考資料

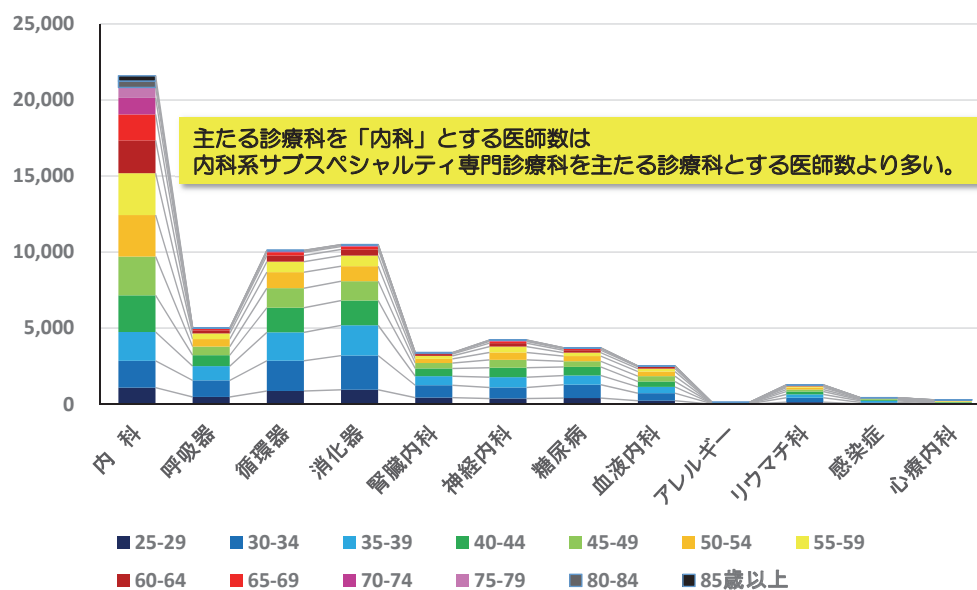
平成26年 厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査から

日本内科学会 総合内科専門医の在り方ワーキンググループ

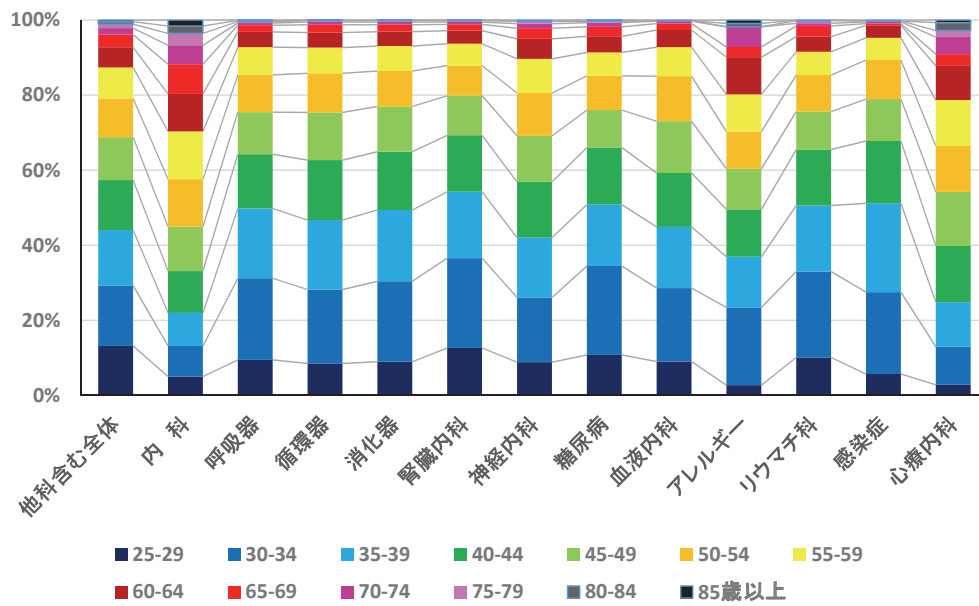
※本資料に用いられる内科系各診療科の分類データは、厚生労働省の診療科分類調査に基づいたものであり、内科系各サブスペシャルティ専門医の診療科分類と必ずしも一致していないところがあることを予めご了承ください。

病院勤務医師数（主たる診療科別・年齢層別）

主たる診療科・年齢層別医師数

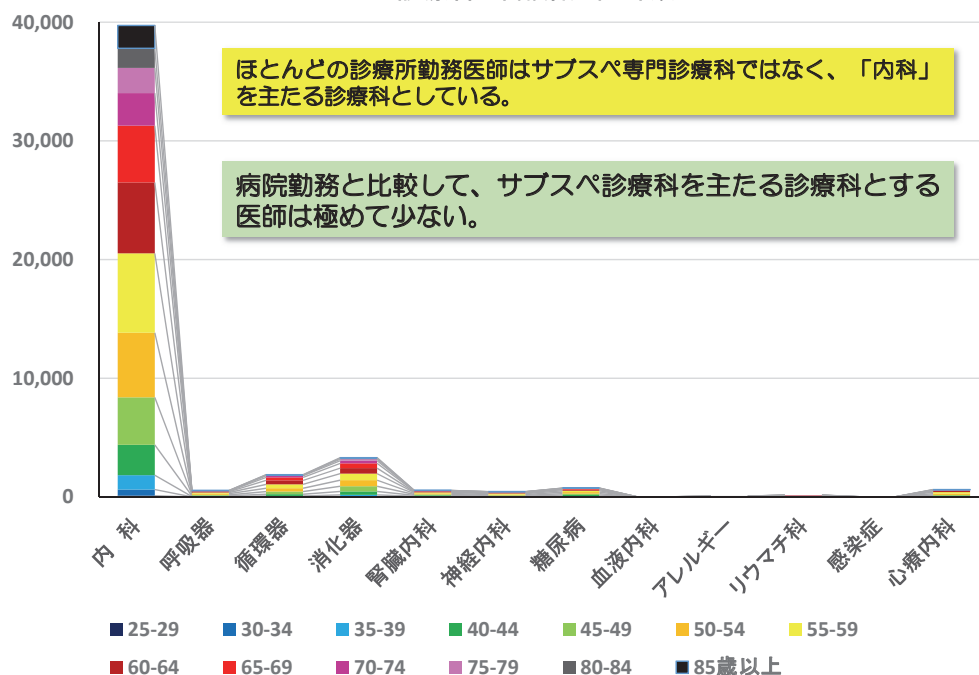


病院勤務医師の年齢構成（主たる診療科別）

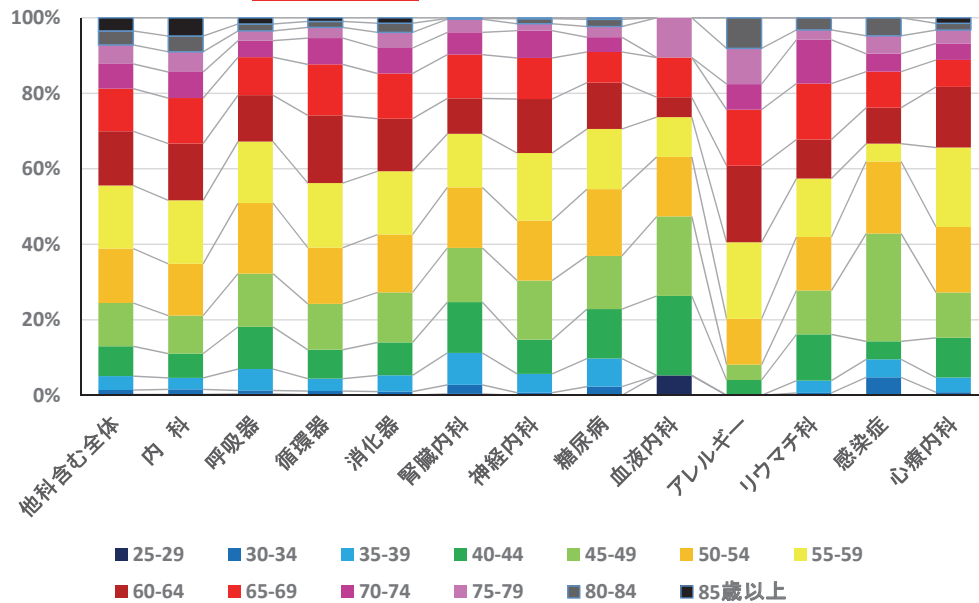


診療所勤務医師数（主たる診療科別・年齢層別）

主たる診療科・年齢層別医師数

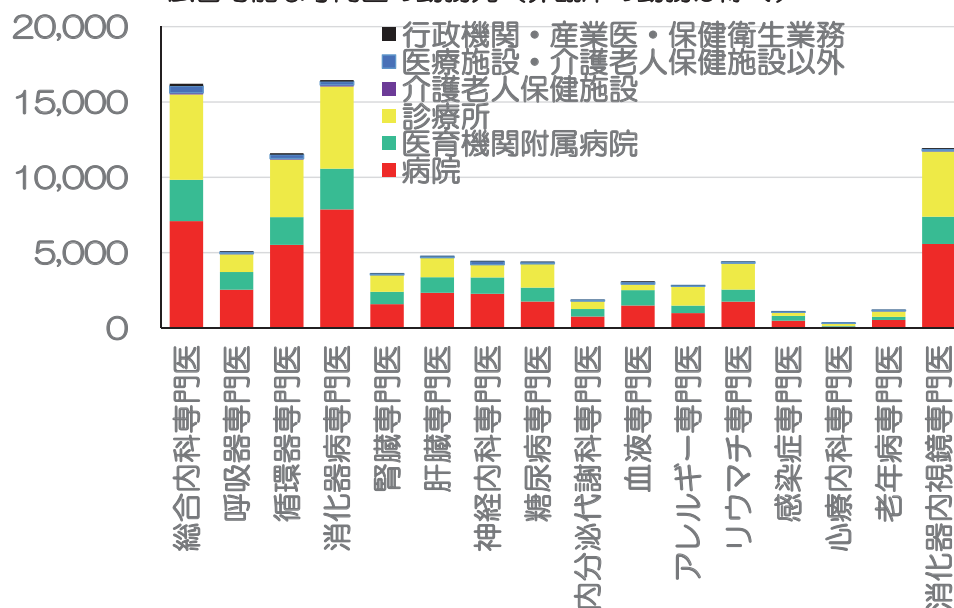


診療所勤務医師の年齢構成（主たる診療科別）



診療所勤務医師では、「内科」とサブスペ診療科とで年齢構成に大きな違いを見いだせない。

広告可能な専門医の勤務先（非臨床の勤務は除く）



病院・診療所勤務医師の主たる診療科の人数と、専門医資格が複数回答である事を考慮すると内科系サブスペ専門医と総合内科専門医はダブルボードになっている可能性。

病院勤務と診療所勤務の 「主たる診療科」のデータから

客観的に見て、総合内科専門医資格には「需要」がある可能性

・病院勤務

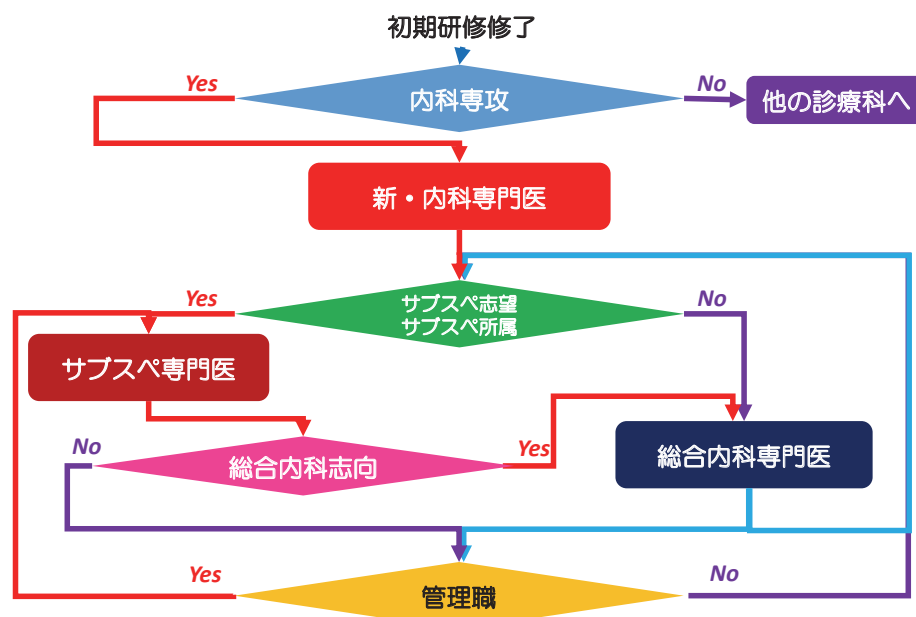
- ・ 50歳まで
 - 主にサブスペ診療科で診療を行う。
- ・ 50歳以降
 - サブスペからジェネラル内科での診療に向かう。

・診療所勤務

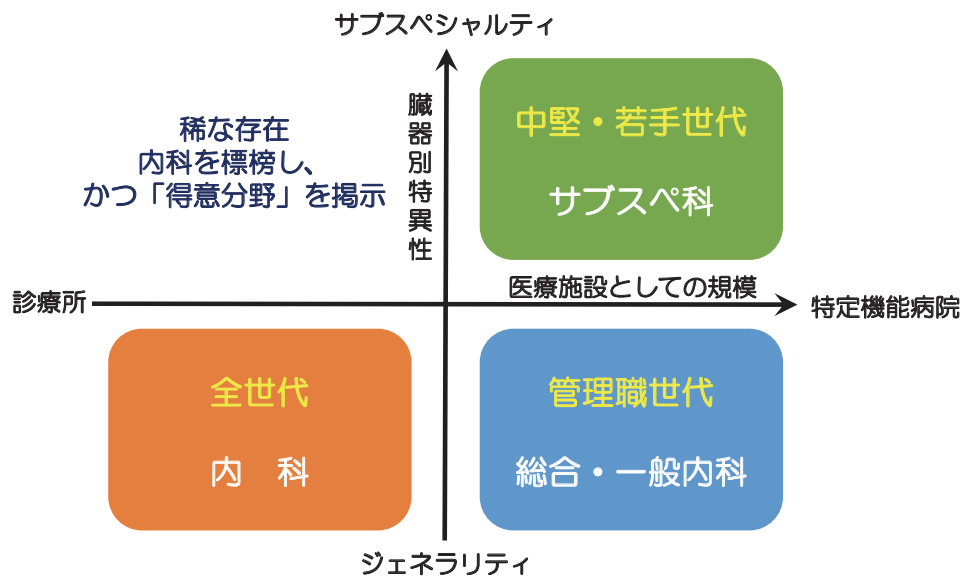
- ・ 年齢によらず、サブスペ診療科ではなく、「内科」として診療を行う。

- サブスペ専門医は中堅・若手の病院勤務医向け資格
- 「総合内科専門医」は病院勤務では管理職に近づく世代の医師向け資格、あるいは診療所勤務の医師向け資格

医師・歯科医師・薬剤師調査の結果から考える 内科医のキャリアパス



内科とサブスペ科とのすみわけ



結 論

- ・ 臓器特異的ではなく、幅広く診療するということは、狭義の「専門性」の概念と対立する。しかし、「ジェネラル」を特徴とした概念を「専門性」と捉えれば存在意義がある。
 - ・ 従来から存在していた総合内科資格を「廃止」することは、各医師の資格取得努力が反故になる。過去に遡及した制度改変は理解が得られない。
 - ・ 既に3万人以上の有資格者がおり、それを廃止することは非現実的。
 - ・ データから見て、あるいはキャリアパスから見て、サブ領域としての「総合内科」には存在意義がある。
 - ・ 新・内科専門医の制度上、臓器別専門領域と並列で「総合内科領域」が設定されており、制度上も存在意義がある。
 - ・ 「総合診療領域」とは、内科以外の領域の診療を求めるか否かに差があるので、必ずしも「総合診療領域」と競合するものではない。
- 以上から、「総合内科専門医」を内科系サブスペシャリティとして構築することが妥当と結論。

新・内科専門医試験の実際とポイント

自治医科大学医学部
医学教育センター・センター長／教授
内科学講座アレルギー膠原病学部門
附属病院・卒後臨床研修センター
岡崎 仁昭

医学系 CBT 症候 EMI 問題作成専門部会副会長(2015-2017)
文部科学省医学教育モデルコアカリキュラム医学調査研究チーム班員
日本内科学会：
総合内科専門医、評議員、資格認定試験委員長
セルフトレーニング問題作成世話人

新・内科専門医試験の実際とポイント

【新・内科専門医試験】

- 現行どおりの**選択式問題**が予定されている
- 難易度は現行の**認定内科医試験レベル**を踏まえ、臨床実地問題を重視する
- 総合内科分野**の出題数を増加させ、特に研修カリキュラムの**基本的診療技能と主要症候**とを重視する
- 専攻医が臨床研修に真面目に取り組んだ成果を評価できるようにする。具体的には、**列挙された特徴的なキーワードから疾患名を想起させるのではなく、症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進めていく臨床医としての思考過程に沿った問題を出題する**
- 内科救急疾患の初期治療に関する問題(特に**JMECC**)を重視して出題する

新・内科専門医試験の実際とポイント

過去10年間の受験者数と合格者数

認定内科医	回数	受験者数	合格者数	合格率
2008年度	第24回	3,367名	3,137名	93.2%
2009年度	第25回	3,218名	2,887名	89.7%
2010年度	第26回	3,263名	2,892名	88.6%
2011年度	第27回	3,317名	2,897名	87.3%
2012年度	第28回	3,382名	3,116名	92.1%
2013年度	第29回	3,269名	2,818名	86.2%
2014年度	第30回	3,453名	3,188名	92.3%
2015年度	第31回	3,416名	2,803名	82.1%
2016年度	第32回	3,828名	3,417名	89.3%
2017年度	第33回	3,430名	2,968名	86.5%
2018年度	第34回	3,524名	3,186名	90.4%

新・内科専門医試験の実際とポイント



卒前教育・卒後臨床研修・専門医制度を含めた 一連の医師養成過程

共用試験



医師国家試験



内科専門医試験

CBT 320題

一般問題175題
臨床問題145題

400題

一般問題150題
臨床問題250題

200～250題

一般問題75～100題
臨床問題125～150題

Pre-CC OSCE

Post-CC OSCE

J-OSLER
病歴要約
29症例

長文連問臨床問題 (4/27/2019)

より実地臨床に即した長文連問臨床問題の導入

- 医師国家試験長文問題や CBT の 4 連問形式の導入
- 医療面接、身体診察、検査、診断、治療など



長文連問臨床問題 (4/27/2019)

例題 1: 関節痛と呼吸困難

作成者 自治医科大学医学教育センター 岡崎仁昭



例題 1: 関節痛と呼吸困難

次の文を読み、1～5の問いに答えよ。

32歳の女性。朝のこわばり、関節痛および呼吸困難を主訴に来院した。

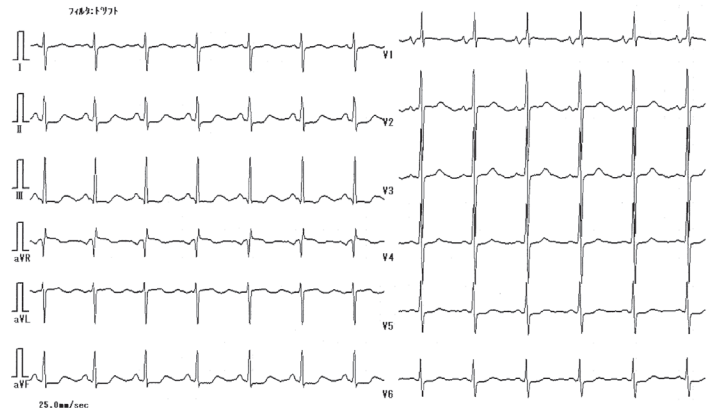
現病歴: ①5年前から寒冷時に手指は蒼白化し、紫色に変色してしびれるようになった。2年前から両手指の腫脹に気付いている。2か月前から②約30分持続する朝のこわばり、③多関節痛および④階段昇降時の息切れが出現し、⑤疲れやすくなった。

既往歴、家族歴: 特記すべきことはない。

現 症: 意識は清明。身長 160 cm、体重 60 kg。体温 36.7℃。脈拍 92/分、整。血圧 110/72 mmHg。呼吸数 22/分。SpO₂ 92% (room air)。全手指の中手指節 (MP) 関節までの手指硬化とソーセイジ様手指とがある。呼吸音に異常はない。腹部は平坦、軟で、右肋骨弓下に肝を2 cm触知する。下腿に圧痕浮腫がある。両側の足背動脈の拍動は良好である。大腿筋に把握痛と軽度の筋力低下とがある。両手関節と近位指節間 (PIP) 関節とに圧痛と腫脹とがある。

例題 1: 関節痛と呼吸困難

検査所見：尿所見；タンパク（－）、糖（－）、潜血（－）。赤沈 63 mm/1時間。
血液所見；Hb 12.5 g/dL、白血球 3,600/ μ L、血小板 9.2万/ μ L、Dダイマー 0.8 μ g/mL（基準 1.0以下）。血液生化学所見；総タンパク 8.0 g/dL、アルブミン 3.9 g/dL、尿素窒素 18 mg/dL、クレアチニン 0.9 mg/dL、AST 40 U/L、ALT 19 U/L、LD 388 IU/L（基準176～353）、ALP 178 U/L（基準 260以下）、CK 358 U/L（基準 30～160）。免疫血清学所見；CRP 1.0 mg/dL、リウマトイド因子陽性、抗核抗体 10,240倍（斑紋型）、CH₅₀ 39 U/mL（基準30～40）。
胸部X線写真と12誘導心電図とを示す。



例題 1: 関節痛と呼吸困難

1 現病歴の①から⑤の中で、基礎疾患の診断に際して最も重要な医療面接事項はどれか。1つ選べ。

- (a) ①
- (b) ②
- (c) ③
- (d) ④
- (e) ⑤

例題 1: 関節痛と呼吸困難

2 この患者で聴取される可能性の高い異常心音はどれか。1つ選べ。

- (a) I 音亢進
- (b) II 音亢進
- (c) 心膜摩擦音
- (d) 拡張期ランブル
- (e) 収縮中期クリック音

3 この患者で陽性になる免疫血清学検査項目はどれか。1つ選べ。

- (a) 抗CCP抗体
- (b) 抗RNP抗体
- (c) 抗Jo-1抗体
- (d) 抗dsDNA抗体
- (e) 抗好中球細胞質抗体

例題 1: 関節痛と呼吸困難

4 この患者で予想される心カテテル所見はどれか。1つ選べ。

上昇や低下は基準値（平均圧）からの変動を示す。

	右房圧	右室圧	肺動脈圧	肺動脈楔入圧
(a)	上 昇	上 昇	上 昇	上 昇
(b)	上 昇	上 昇	上 昇	正 常
(c)	正 常	正 常	正 常	正 常
(d)	低 下	低 下	低 下	正 常
(e)	低 下	低 下	低 下	低 下



例題 1: 肺高血圧症を伴うMCTD

5 この患者の心肺病変に最も関連する血管作動物質はどれか。
1つ選べ。この血管作動物質は血管内皮細胞から産生され、
強力な血管収縮作用を有し、その受容体拮抗薬は治療薬として
使用されている。

- (a) レニン
- (b) アドレナリン
- (c) エンドセリン
- (d) 一酸化窒素 (NO)
- (e) プロスタグランジン



長文連問臨床問題 (4/27/2019)

例題 2 : 腰 痛

作成者 自治医科大学医学教育センター 岡崎仁昭

例題 2:腰 痛

次の文を読み、1～6 の問いに答えよ。

45歳の女性。腰痛と歩行困難とをきたし搬入された。

現病歴: 昨晚、屋内で尻もちをついた直後から腰部に激しい痛みを生じた。疼痛は横になっても改善せず、歩行も疼痛のため困難となった。

既往歴: 20歳時、関節リウマチと診断されメトトレキサート、プレドニゾン及び活性化ビタミンD₃製剤などを服用している。

家族歴: 特記すべきことはない。

現 症: 意識は清明。身長 151 cm、体重 61 kg。体温 36.8℃。脈拍 88/分、整。血圧 138/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜に貧血や黄疸はない。心音と呼吸音とに異常はない。腹部に血管雑音は聴取しない。腰部に強い叩打痛を認める。両手指に尺側偏位を認めるが、腫脹関節はない。神経学所見に異常はない。

例題 2:腰 痛

検査所見: 尿所見; タンパク(－)、糖(－)、潜血(－)。

血液所見; 赤血球 380万/ μ L、Hb 11.8 g/dL、Ht 36%、白血球 7,400/ μ L、血小板 22万/ μ L。血液生化学所見; 総タンパク 7.2 g/dL、アルブミン 4.0 g/dL、総コレステロール 240 mg/dL、トリグリセリド 150 mg/dL、尿素窒素 19 mg/dL、クレアチニン 0.8 mg/dL、AST 25 U/L、ALT 28 U/L、LD 286 U/L (基準 176～353)、Ca 9.1 mg/dL、P 3.1 mg/dL。CRP 0.4 mg/dL。

腰椎X線写真側面像を示す。

1 腰痛における危険な徴候 (red flag sign) に含まれないのはどれか。1つ選べ。

- (a) 発 熱
- (b) 体重減少
- (c) 運動時痛
- (d) 膀胱直腸障害
- (e) 副腎皮質ステロイドの服用



例題 2:腰 痛

2 この患者の基礎病態の診断に最も有用な検査はどれか。1つ選べ。

- (a) 骨生検
- (b) 骨髄穿刺
- (c) 腰椎単純CT
- (d) 骨密度測定(DXA)
- (e) 骨シンチグラフィ

3 この病態でみられやすい骨折部位はどれか。2つ選べ。

- (a) 橈 骨
- (b) 尺 骨
- (c) 大腿骨
- (d) 脛 骨
- (e) 腓 骨

例題 2:腰 痛

4 指導医がこの患者に「このお薬は起床後に服用し、最低30分は横にならないで下さい」と説明した。

この薬物はどれか。1つ選べ。

- (a) 漢方薬
- (b) 葉酸製剤
- (c) ビスホスホネート製剤
- (d) 非ステロイド抗炎症薬
- (e) HMG-CoA還元酵素阻害薬

5 問題4の薬物を投与中にコンサルテーションが勧められる診療科はどれか。1つ選べ。

- (a) 眼 科
- (b) 歯 科
- (c) 腫瘍科
- (d) リウマチ科
- (e) 内分泌代謝科

例題 2: 脊椎圧迫骨折を伴う骨粗鬆症

6 骨形成促進作用を有する薬物はどれか。2つ選べ。

- (a) ビタミンK製剤
- (b) エストロゲン製剤
- (c) カテプシンK阻害薬
- (d) 副甲状腺ホルモン製剤
- (e) 抗RANKL (receptor activator of NF κ B ligand) 抗体製剤

厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

「2016～2017年度医師国家試験のあり方に関する研究」

研究代表者 高木 康先生

研究分担者 岡崎 仁昭 他

「2018年度医師国家試験のコンピューター試験導入に関する研究」

研究代表者 青木 茂樹先生

研究分担者 岡崎 仁昭 他

医師国家試験について(第112回から)

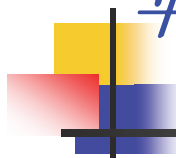
○出題数: 一般問題を100題程度減らし、150題とし、臨床実地問題は250題の計400題とする

○臨床実地問題: 症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進める臨床医の思考過程に沿った問題が望ましい

○合格基準: 一般問題と臨床実地問題を併せて相対基準を設定 ○試験日数: 2日間

○コンピュータ製の導入: 現在も導入されている静止画像のみならず、動画や音声を活用し、臨床現場に近い形での出題が可能

出題手法の開発、新たな合格基準の設定および諸経費の問題



平成30年度厚生労働科学研究費補助金

ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の
支援方策の策定のための研究(2018～2020年)

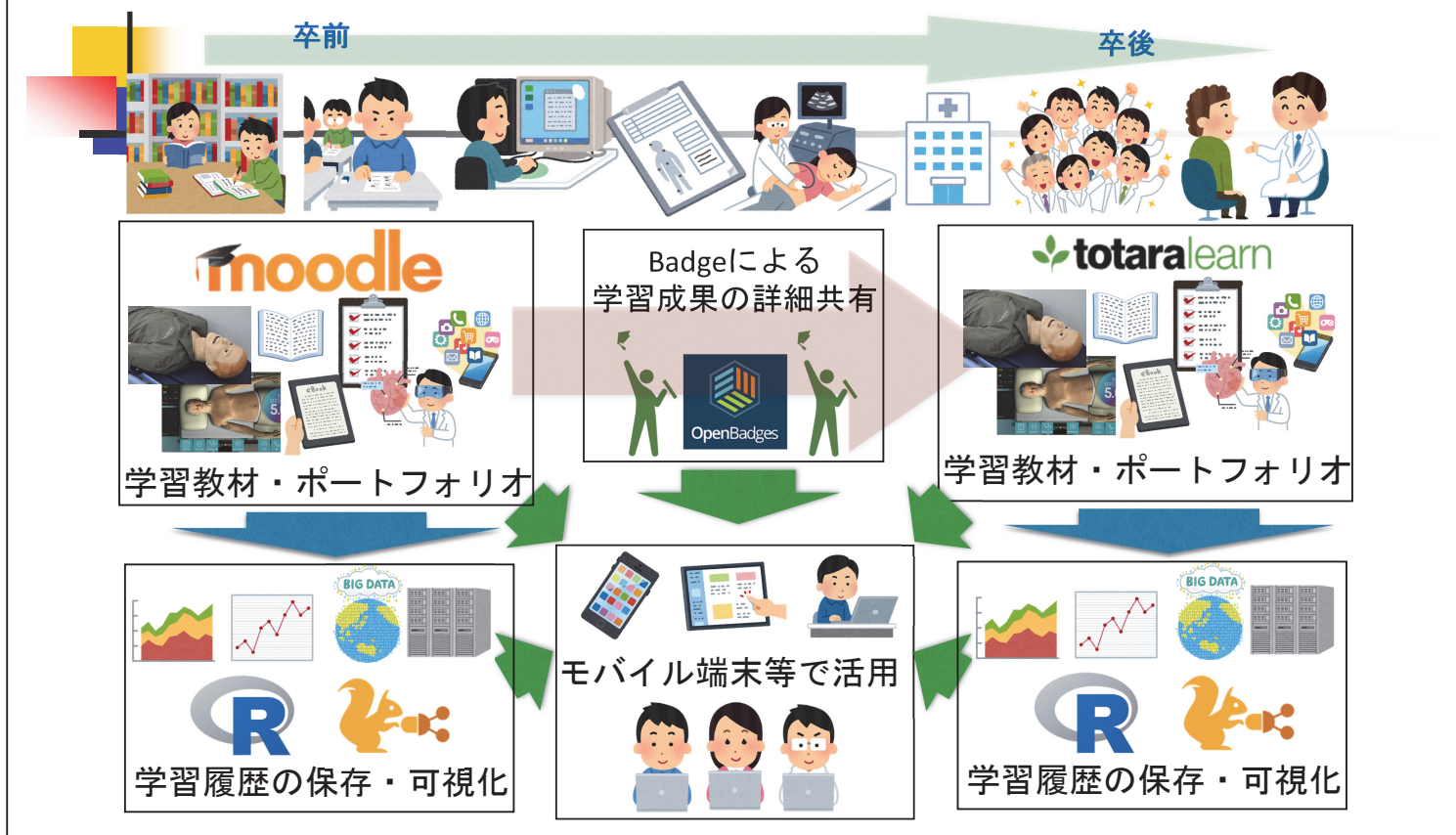
「卒前・卒後のコンピテンシー獲得に至る多様なプロセスを支援
する多面的な評価情報が集約されたダイナミックシラバス
の開発とその効果検証に関する研究」

研究代表者 岡崎 仁昭

概要

- 
- 卒前および卒後における**形成的評価**に重きをおき、
日々の学習成果を管理・蓄積して解析・可視化する
(学習分析および教学IR)ことで医学教育を支援する
 - **オープンソース**である**Moodle**等を用いており、
本研究成果を他施設でも応用することを容易とする
 - **スマートフォン**や**タブレット**で利用可能な
モバイルアプリを通じてデータの入出力を可能とする

概要(全体像)



平成30年度厚生労働科学研究費補助金

ICTを活用した卒前・卒後のシームレスな医学教育の
支援方策の策定のための研究(2018～2020年)

「CBTによる卒前の臨床実習と卒後臨床研修の支援と評価法(マルチメディア活用CBTの応用とその評価のための新たなシステム)の開発」

研究代表者 高木 康
研究協力者 岡崎 仁昭

Muti-media adapted CBTは Pre-CC & Post-CC OSCEでの技能評価を 代用できる可能性がある

自治医科大学医学部
医学教育センター・センター長／教授
内科学講座アレルギー膠原病学部門
附属病院・卒後臨床研修センター
岡崎 仁昭

日本内科学会：
資格認定試験委員長
セルフトレーニング問題作成世話人

医師国家試験改善検討委員会報告書（抜粋） (2015/3/30)

OSCE(客観的臨床能力試験)について:

- 現時点では、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による全ての医学部での臨床実習終了時OSCEの導入を進めていくことが重要である(令和2年度を目処)
- 医師国家試験へのOSCEの導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論していく

Multi-media adapted CBT

出題方針

○Coreな疾患を出題！

○技能の評価！

○身体診察所見

*(特に心雑音、肺性副雑音、神経学所見など
OSCEの代用になり得る)*

Multi-media adapted CBT

意識レベル(JCS)

神経学所見:tremorの鑑別(肝性脳症)

心雑音:大動脈弁狭窄症、

*肺性副雑音:fine crackles、皮膚筋炎
徒手筋力テスト、歩行障害、Parkinson病、*

意識レベル(JCS)

Pre-CC OSCEレベル

35歳の女性。患者の様子がおかしいと家族に連れられて来院した。

現病歴: 3日前から38℃台の発熱があり、市販の総合感冒薬を内服していた。昨日は朝から頭痛を訴え、終日臥床していた。今朝、家族が訪室したところ、呼びかけに対する反応がおかしいことから受診した。

既往歴・家族歴: 特記すべきことはない。

現 症: 体温 38.6℃。脈拍 96/分、整。血圧 132/80 mmHg。呼吸数 18/分。SpO₂ 99% (room air)。

■搬入時の診察を動画で示す。

意識レベルはJapan Coma Scaleでどれか。
1つ選べ。

- (a) I-1
- (b) I-2
- (c) I-3
- (d) II-10
- (e) II-20



Tremor の鑑別診断

108H-13 羽ばたき振戦が起きやすい肢位

108H-13 肢位の写真を示す。

異常所見を見出すためにこの肢位が最も適しているのはどれか。

- a 肝性脳症
- b ラクナ梗塞
- c Parkinson病
- d 甲状腺機能亢進症
- e 良性発作性頭位眩暈症



Pre-CC OSCEレベル (asterixis 〈flapping tremor〉)

50歳の男性。手のふるえを主訴に来院した。

■患者の動画を示す。

この症候がみられるのはどれか。1つ選べ。

- (a) 肝性脳症
- (b) ラクナ梗塞
- (c) 本態性振戦
- (d) Parkinson病
- (e) 甲状腺機能亢進症



心雑音の聴取、心エコー 大動脈弁狭窄症の診断

臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

次の文を読み、1～7の問いに答えよ。

60歳の男性。1か月前から歩行時に息切れがみられるため来院した。5年前から心雑音を指摘されていた。脈拍92/分、整。血圧104/62 mmHg。心音ではIV/VIの心雑音を聴取する。呼吸音に異常はない。浮腫は認めない。既往歴と家族歴とに特記すべきことはない。喫煙歴と飲酒歴とはない。

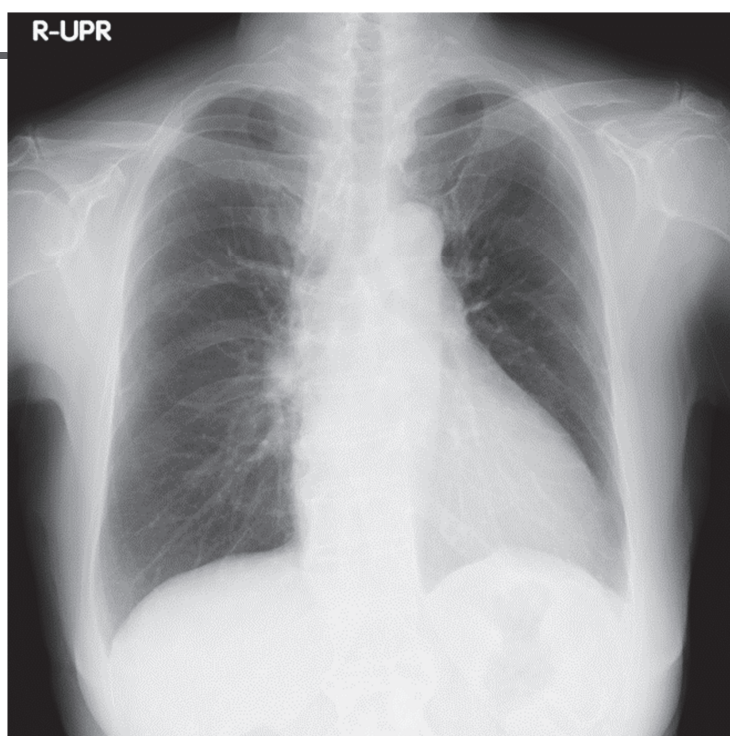
検査所見:血液所見;赤血球 488万/ μ L、Hb 13.5 g/dL、Ht 41%、白血球 7,600/ μ L、血小板 25万/ μ L。血液生化学所見;空腹時血糖 105 mg/dL、BUN 14 mg/dL、Cr 0.9 mg/dL、AST 21 U/L、ALT 31 U/L、LD 253 U/L (基準110～220)、CK 104 U/L (基準40～200)、Na 140 mEq/L、K 4.1 mEq/L、BNP 318 pg/mL (基準18.5以下)。

■患者の心臓聴診所見を音声で示す。



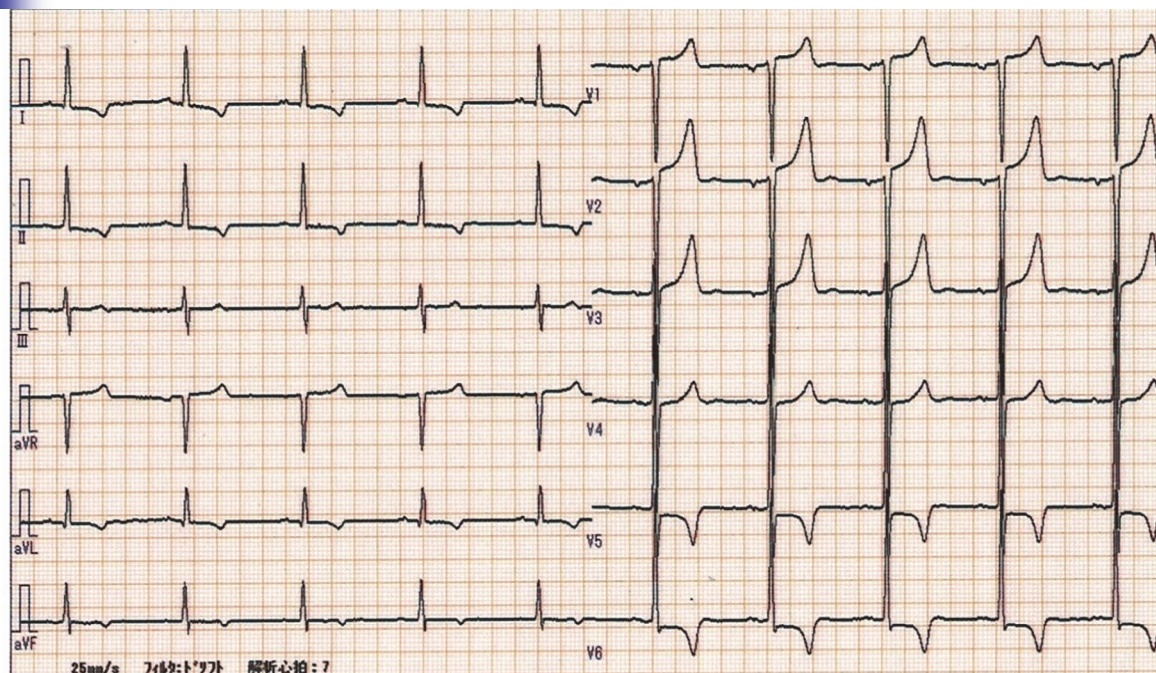
臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

胸部エックス線写真を示す。



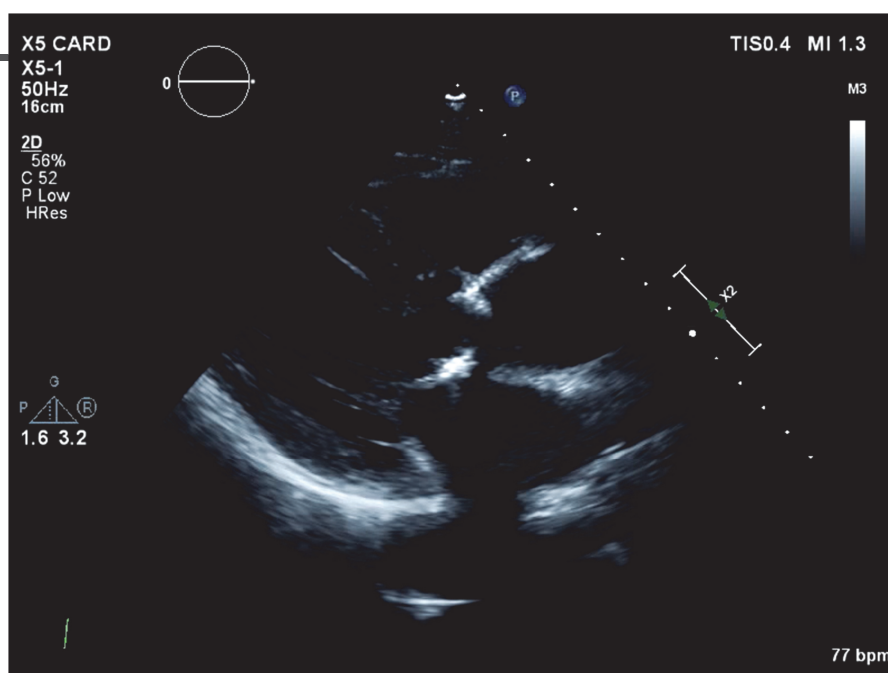
臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

12誘導心電図を示す。



臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

■患者の心エコーを動画で示す。

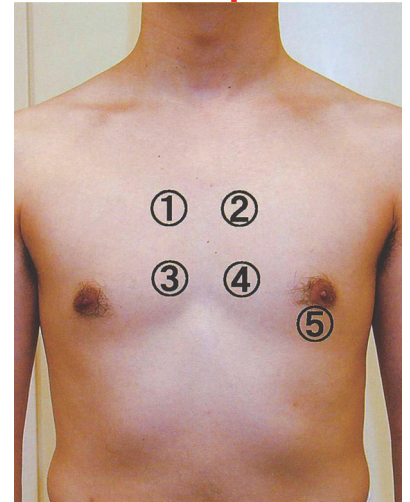


1 聴取される心雑音はどれか。1つ選べ。

- (a) 連続性雑音
- (b) 心膜摩擦音
- (c) 収縮期駆出性雑音
- (d) 拡張期灌水様雑音
- (e) 拡張期ランブル

2 この心雑音が最も聴取されやすい部位はどれか。1つ選べ。

- (a) ①
- (b) ②
- (c) ③
- (d) ④
- (e) ⑤



3 この心雑音の特徴で正しいのはどれか。1つ選べ。

- (a) 頸部に放散する。
- (b) 心尖部に放散する。
- (c) 吸気時に増強する。
- (d) 後傾座位で増強する。
- (e) 左側臥位で増強する。

臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

4 心電図所見から否定できるのはどれか。1つ選べ。

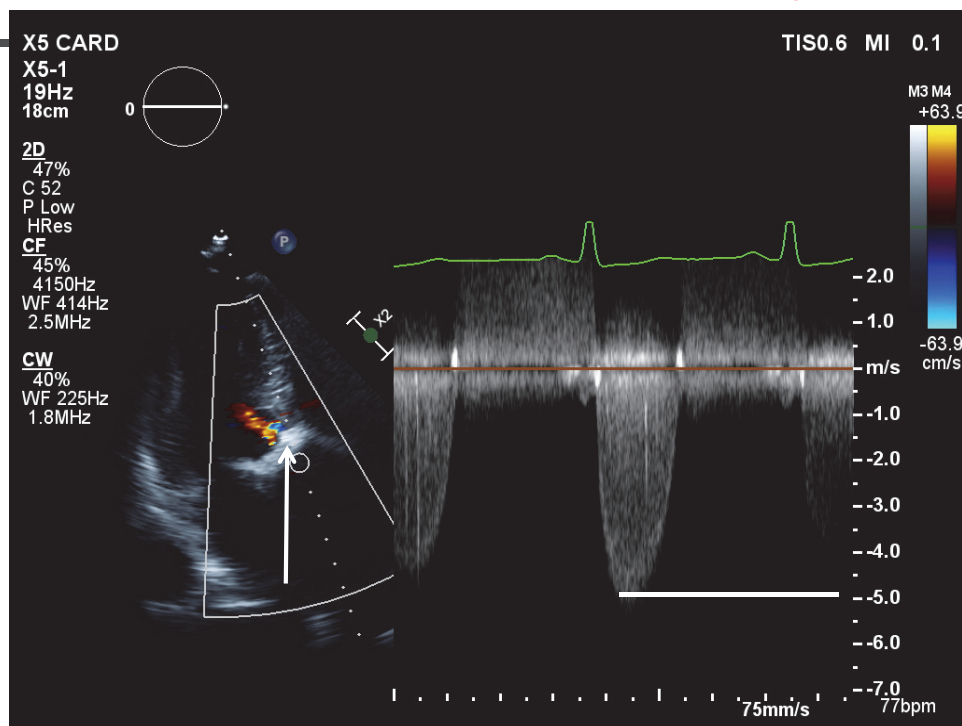
- (a) 大動脈弁狭窄症
- (b) 高血圧性心疾患
- (c) 心アミロイドーシス
- (d) 閉塞性肥大型心筋症
- (e) 非閉塞性肥大型心筋症

5 考えられるのはどれか。1つ選べ。

- (a) 急性心膜炎
- (b) 大動脈弁狭窄症
- (c) 大動脈弁閉鎖不全症
- (d) 僧帽弁狭窄症
- (e) 僧帽弁閉鎖不全症

臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

心エコー連続波ドプラ像を示す。



臨床問題形式(大動脈弁狭窄症、Post-CC OSCEレベル)

6 矢印で示した部位の通過血流速度を測定した。
収縮期平均圧較差(mmHg)に最も近いのはどれか。1つ選べ。

- (a) 25
- (b) 50
- (c) 75
- (d) 100
- (e) 125

7 治療法として適切なのはどれか。1つ選べ。

- (a) 緩和ケア
- (b) 利尿薬投与
- (c) 硝酸薬投与
- (d) 経皮的治療
- (e) 外科的開心手術



肺性副雑音の聴取

臨床問題形式(間質性肺炎、Post-CC OSCEレベル)

次の文を読み、1～7の問いに答えよ。

52歳の男性。皮疹と筋力低下とを主訴に来院した。

現病歴:3か月前から全身倦怠感があり、立ち上がりや階段の昇り降りの際に力が入りにくいと感じていた。1か月前から写真に示す皮疹を認めるようになった。1週間前から四肢に力が入りにくくなり受診した。昨年の人間ドックで便潜血検査(免疫法)が陽性であったが、その後医療機関を受診していない。

既往歴:特記すべきことはない。

生活歴:機会飲酒。喫煙歴はない。

現 症:身長 170 cm、体重 55 kg。体温 36.5℃。脈拍 72/分、整。血圧140/88 mmHg。呼吸数 18/分。眼瞼結膜に貧血を認める。眼球結膜に黄染はない。甲状腺に異常はない。頸部リンパ節は触知しない。心音に異常はない。■両側胸部下背側での聴取所見を示す。腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知しない。四肢に浮腫を認めない。

1 聴取される肺性副雑音はどれか。(聴診所見)



- (a) coarse crackles
- (b) fine crackles
- (c) stridor
- (d) rhonchi
- (e) wheezes

臨床問題形式(間質性肺炎、Post-CC OSCEレベル)

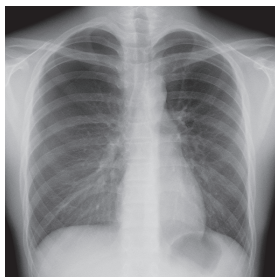
2 この患者の胸部エックス線写真はどれか。(胸部エックス線写真)

- (a) ①
- (b) ②
- (c) ③
- (d) ④
- (e) ⑤

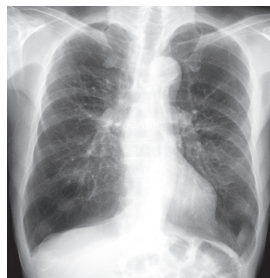
①



②



③



④



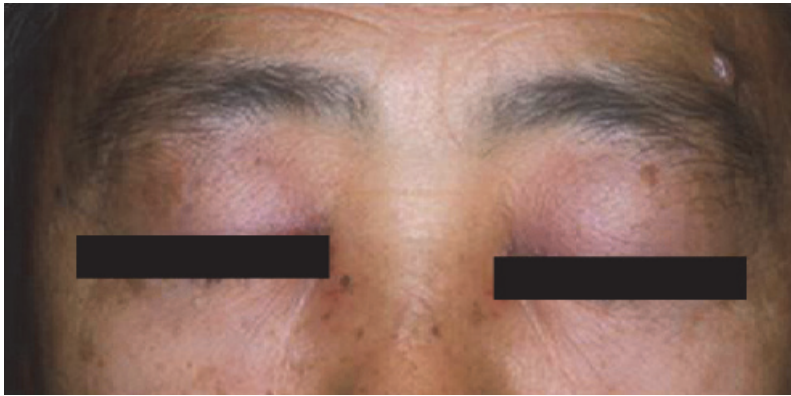
⑤



間質性肺炎を伴う皮膚筋炎の診断

臨床問題形式(皮膚筋炎、Post-CC OSCEレベル)

顔面と右手の写真を示す。



3 この患者でみられる所見はどれか。2つ選べ。

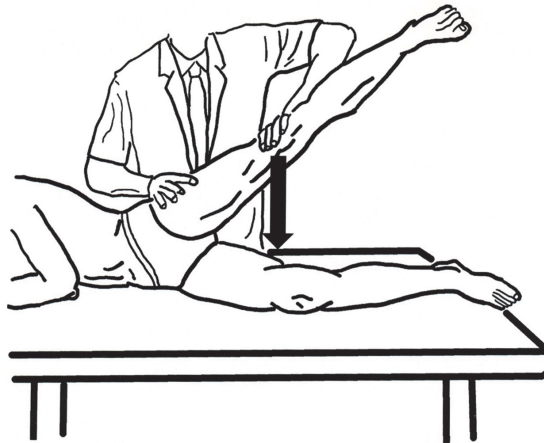
- (a) Discoid疹
- (b) Gottron徴候
- (c) Heliotrope疹
- (d) Hutchinson徴候
- (e) Salmon pink疹

徒手筋力テスト

108 C-15 徒手筋力テスト:股関節を外転させる筋肉

108C-15 徒手筋力テストの図を別に示す。
主にどの筋肉の筋力を測定しているか。

- a 中殿筋
- b 腸腰筋
- c 長内転筋
- d 大腿四頭筋
- e 大腿二頭筋



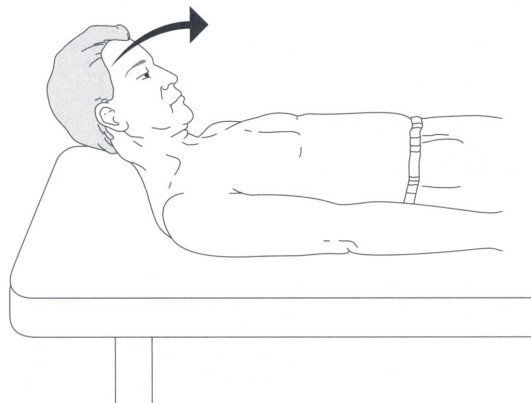
正解 a

矢印は検者が左手で力を入れる方向を示す。

110 H-9 徒手筋力テスト

110H-9 徒手筋力テストの図を示す。矢印の方向に頭部を動かしている。
主に働く筋はどれか。

- a 三角筋
- b 僧帽筋
- c 大胸筋
- d 肩甲挙筋
- e 胸鎖乳突筋



正解 e

臨床問題形式(MMT、Post-CC OSCEレベル)

■徒手筋力テスト(MMT)の動画を示す。

4 評価している筋肉はどれか。1つ選べ。

- (a) 僧帽筋
- (b) 三角筋
- (c) 大胸筋
- (d) 上腕二頭筋
- (e) 上腕三頭筋



5 MMTで右と左の段階で正しいのどれか。

	右	左
(a)	1	0
(b)	2	1
(c)	3	2
(d)	4	3
(e)	5	4

臨床問題形式(皮膚筋炎、Post-CC OSCEレベル)

検査所見:尿検査;タンパク(-)、糖(-)、潜血 1+。便潜血陽性。血液所見;赤血球350万/ μ L、Hb 8.8 g/dL、Ht 28%、白血球 5,200 / μ L、血小板 28万/ μ L。血液生化学所見;空腹時血糖 90 mg/dL、総タンパク 6.2 g/dL、アルブミン 3.1 g/dL、BUN 16 mg/dL、Cr 0.8 mg/dL、AST 150 U/L、ALT 40 U/L、LD 588 U/L(基準 115~245)、CK 4,650 U/L(基準47~200)、Na 135 mEq/L、K 4.4 mEq/L、Cl 103 mEq/L。免疫血清学所見;CRP 1.1 mg/dL、CH₅₀ 38 U/mL(基準30~40)、抗核抗体陰性、リウマトイド因子陰性、KL-6 810 U/mL(基準 500未満)。

6 考えられるのはどれか。1つ選べ。

- (a) 皮膚筋炎
- (b) 全身性強皮症
- (c) 混合性結合組織病
- (d) リウマチ性多発筋痛症
- (e) 全身性エリテマトーデス

7 この疾患で最も注意する合併症はどれか。1つ選べ。

- (a) 悪性腫瘍
- (b) 悪性高血症
- (c) 肺動脈性肺高血圧
- (d) 可逆性後頭葉白質脳症
- (e) 巨細胞性動脈炎(側頭動脈炎)

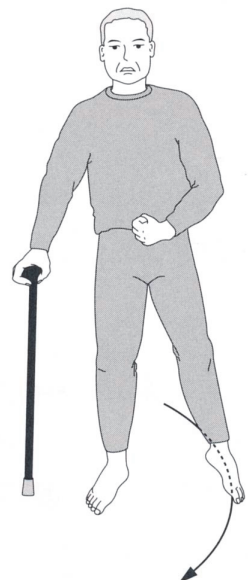
歩行障害の鑑別診断、Parkinson病の診断

110 H-2 脳卒中後の片麻痺患者

110H-2 歩行時の姿位を図に示す。
この患者の左下肢に予想されるのはどれか。

- a 筋緊張低下
- b 腱反射減弱
- c 足クローヌス
- d 線維束性収縮
- e アステリキシス

正解 c



C-21 歩行障害の鑑別診断:動画で出題するべき

111C-21 43歳の女性。歩行障害を主訴に来院した。小児期から走るのが遅く、すり足で歩いていたが、日常生活に支障はなかった。40歳ごろから階段を降りるのが難しくなってきたため来院した。患者の歩行姿勢の図を示す。

障害されている部位はどれか。

正答率 26.7%

- a 頭頂葉
- b 小 脳
- c 脊髄側索
- d 末梢神経
- e 神経筋接合部

正解 c



平成29年3月17日に「問題としては適切であるが、必修問題としては妥当ではないため」を理由として「正解した受験生については採点対象に含め、不正解の受験者については採点対象から除外する」と公表された。

臨床問題形式(Parkinson病、Post-CC OSCEレベル)

次の文を読み、1～4の問いに答えよ。

72歳の女性。不随意運動を主訴に来院した。

現病歴:半年前から歩くのが遅くなり、右手の不随意運動が出現したため、受診した。

既往歴:70歳から便秘症。

家族歴:特記すべきことはない。

生活歴:喫煙は10本/日を20年(20～40歳)。飲酒歴はない。6年前に夫と死別し独り暮らしになったため経費老人ホーム〈ケアハウス〉に入所している。

現 症:身長156 cm、体重45 kg。体温35.8℃。脈拍64/分、整。血圧128/84 mmHg。表在リンパ節は触知しない。甲状腺腫大はない。心音と呼吸音とに異常はない。長谷川式簡易知能評価スケールは28点(30点満点)である。

■この患者の不随意運動の動画を示す。

臨床問題形式 (Parkinson病、Post-CC OSCEレベル)

■この患者の不随意運動の動画を示す。



臨床問題形式 (Parkinson病、Post-CC OSCEレベル)

1 この患者でみられる不随意運動はどれか。1つ選べ。

- (a) 企図振戦
- (b) 静止時振戦
- (c) 姿勢時振戦
- (d) 動作時振戦
- (e) 羽ばたき振戦

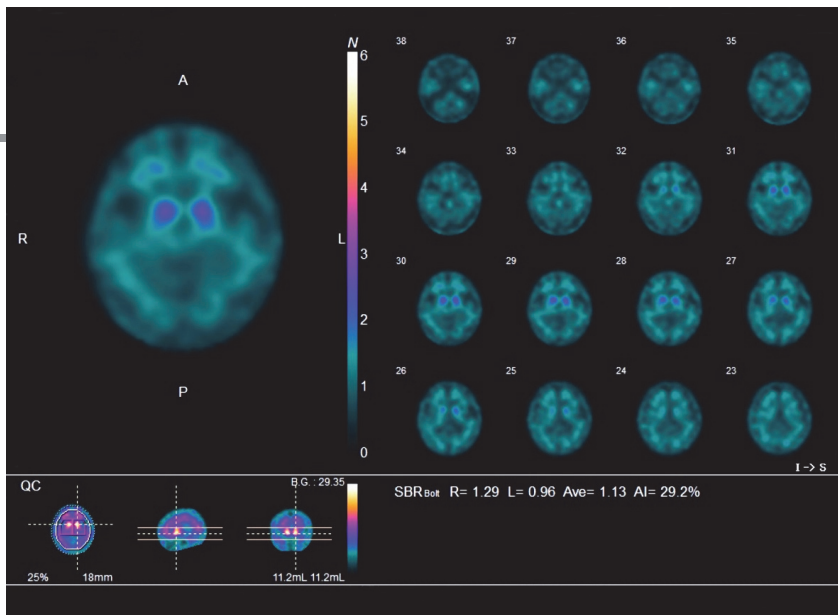
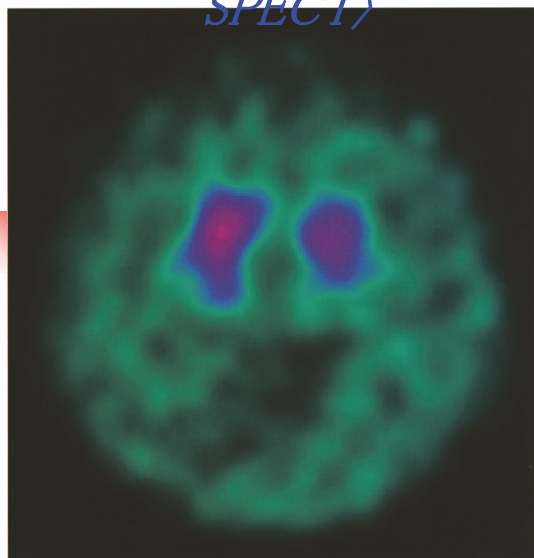
2 診断に有用な検査はどれか。2つ選べ。

- (a) MRA
- (b) PET
- (c) DATスキャン
- (d) 脳血流シンチグラフィ
- (e) 心筋MIBGシンチグラフィ

臨床問題形式 (Parkinson病、Post-CC OSCEレベル)

DATスキャン (ドパミントランスポーター
SPECT)

ペー징システム
での出題は可能か？



■ 歩行の動画を示す。



臨床問題形式(Parkinson病、Post-CC OSCEレベル)

不随意運動以外の症状が軽度であったため、経過観察をしたところ、1年後から転びやすくなった。

■歩行の動画を示す。

3 この患者でみられる歩行障害はどれか。1つ選べ。

- (a) 痙性歩行
- (b) 小刻み歩行
- (c) 失調性歩行
- (d) 動揺性歩行
- (e) 間欠性跛行

4 考えられるのはどれか。1つ選べ。

- (a) Parkinson病
- (b) 正常圧水頭症
- (c) 多系統萎縮症
- (d) 進行性核上性麻痺
- (e) 薬剤性Parkinson症候群



ご清聴ありがとうございました。

Thank
you!

2019年7月20日
第51回 日本内科学会 教育施設連絡会議
シンポジウム 専門医制度の動向について



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

J-OSLER直近登録実績報告

専門医制度審議会専門委員
J-OSLER検討委員会委員長
藤沢市民病院

西川 正憲

日本内科学会 COI 開示

西川 正憲

演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません

新・内科専門医制度で進化しつつあること

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

内科専門研修の各年次到達目標

	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	※5 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		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	

初期研修中（特に2年目）に主たる担当医として専攻研修と同様な症例経験

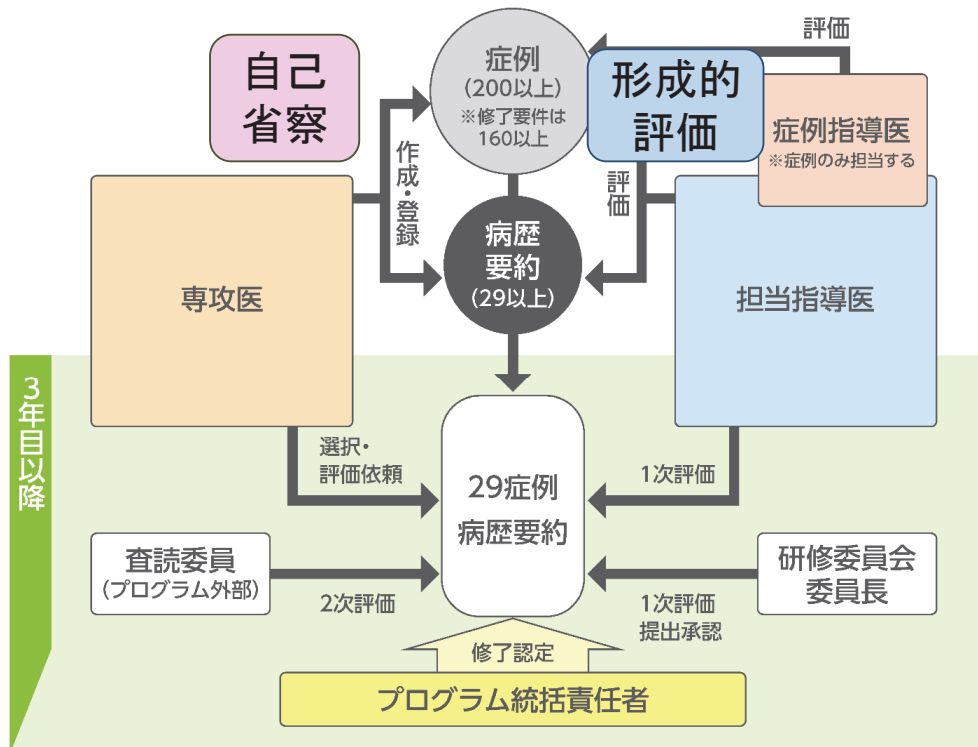
内科専門医研修プログラム管理委員会が内科専門研修に相当すると認める

修了要件56疾患群160症例のうち80症例、病歴要約14症例を上限に登録できる

専門研修2年次までに29症例の病歴要約登録を終了する

内科専門研修に相応しい症例経験と 病歴要約を指導医の形成的評価とともに記録する

専攻医登録評価システム 導入ガイド
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Guide.pdf



J-OSLERにおける自己省察

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

• 専攻研修プログラム

- ✓ 基本領域内科のカリキュラムを実践する
- ✓ 全人的医療を実践する能力の涵養
- ✓ 常に自ら学習と研鑽とを積むことのできる能力の涵養

• 上記を実践するために必要な能力

- ✓ 自らの診療経験を常に省察する姿勢
- ✓ 省察に基づき、何を学ぶ必要があるかを認識し実践
- ✓ 学問としての医学を全人的な姿勢で活用して医療に高める姿勢

• この能力を涵養するために

- ✓ 自己省察を記録することで**認知**と**認識**とを高める。
- ✓ 指導医とのディスカッションを行う。

認知と認識：

認知は知る。認識は理解する。

教育評価

出典 | 株式会社平凡社 世界大百科事典 第2版
<https://kotobank.jp/word/形成的評価-170807>

相対評価: ある一定の集団の中の相対的な位置によって個人の学力を評価する方法

到達度評価: 最低限すべての子どもを到達させる**教育目標を具体的、実体的**に示して、この基準に従って到達の程度を評価する方法

総括的評価: 学期や単元の**終了時**に行う評価

形成的評価: 評価を学習(学修)活動が終了した時点で行うのではなく、**学習(学修)過程の最中に、次の教授＝学習(学修)活動が適切で有効に行われるように、修正の必要な部分を即座に把握する**ために行う評価

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

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)

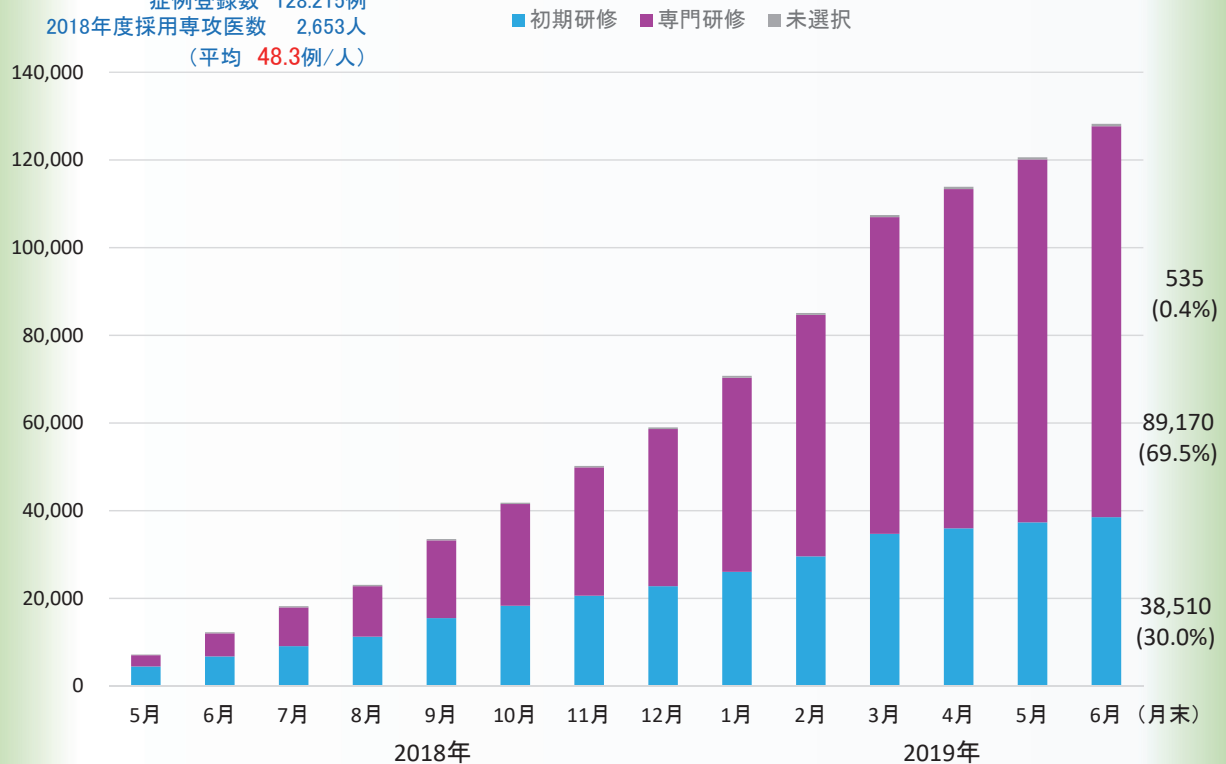
指導医

- ✓ 専攻医評価
- ✓ 多職種評価

2018年度採用専攻医

症例登録の登録時期の推移

2019年7月1日現在
症例登録数 128,215例
2018年度採用専攻医数 2,653人
(平均 48.3例/人)



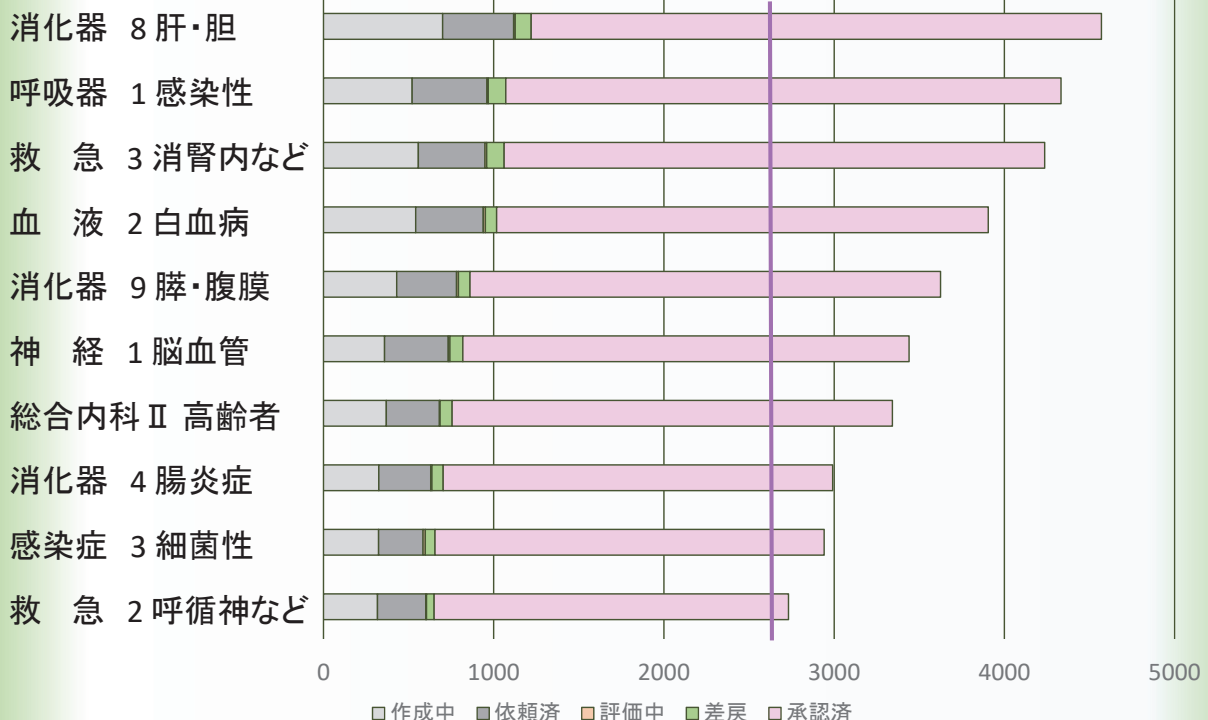
2018年度採用専攻医

症例登録の多い疾患群 10

すべての症例(作成中、依頼済、評価中、差戻および承認済)

領域 疾患群 主内容

2019年7月1日現在
2018年度採用専攻医数 2,653人



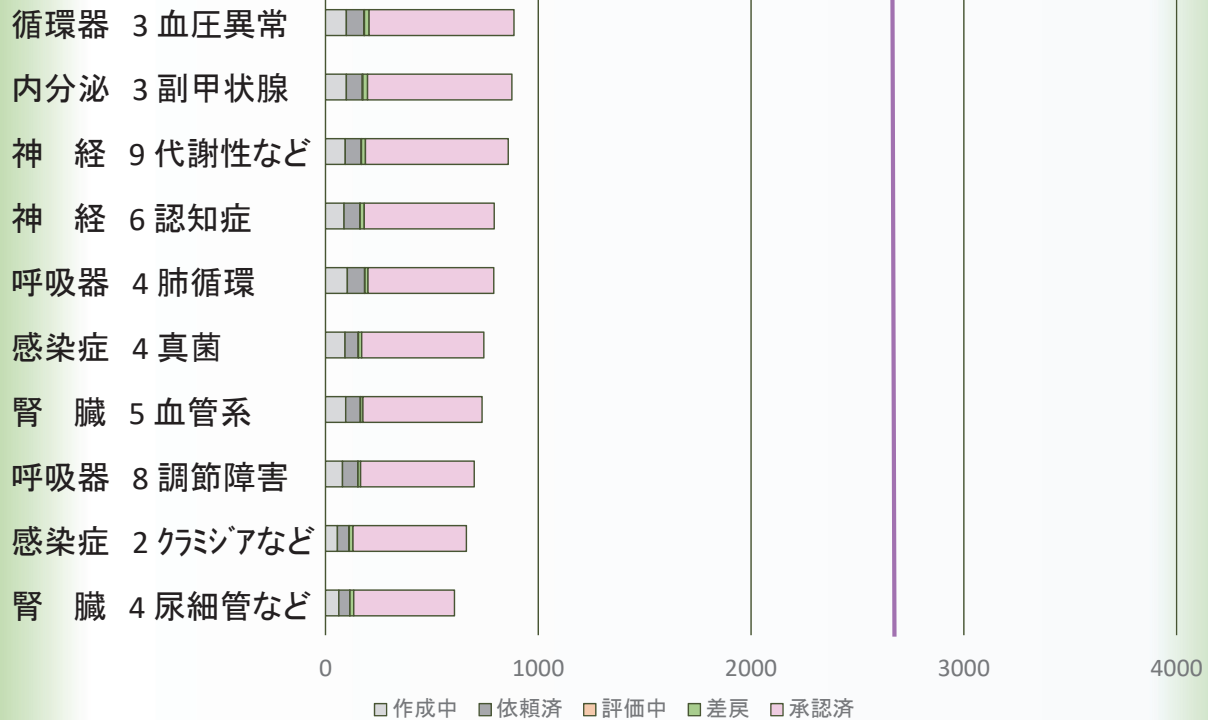
症例登録の少ない疾患群 10

すべての症例(作成中、依頼済、評価中、差戻および承認済)

2019年7月1日現在

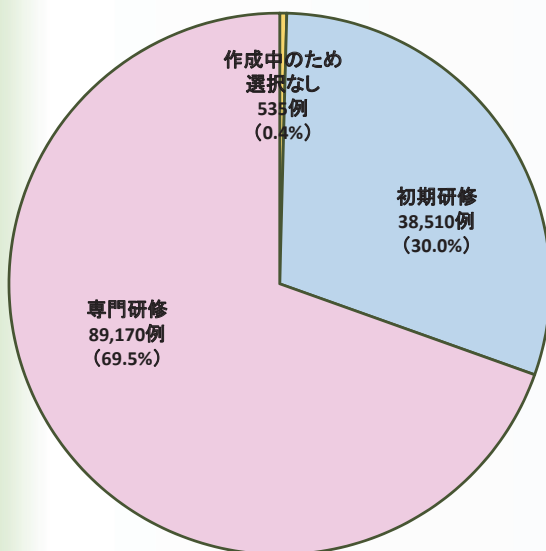
2018年度採用専攻医数 2,653人

領域 疾患群 主内容



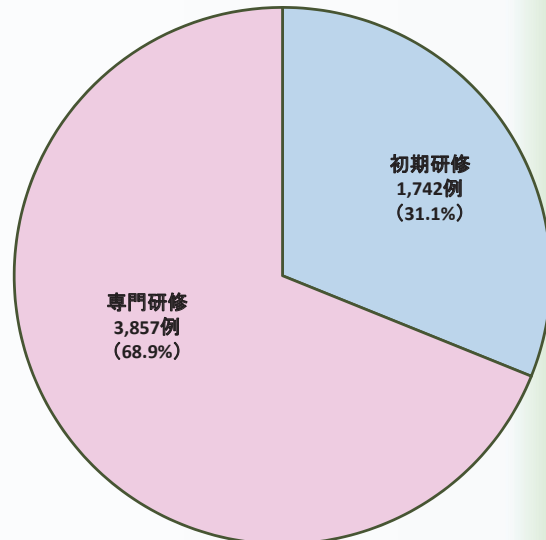
症例登録・病歴要約登録 専門研修の割合

症例登録
(平均48.3例/人)



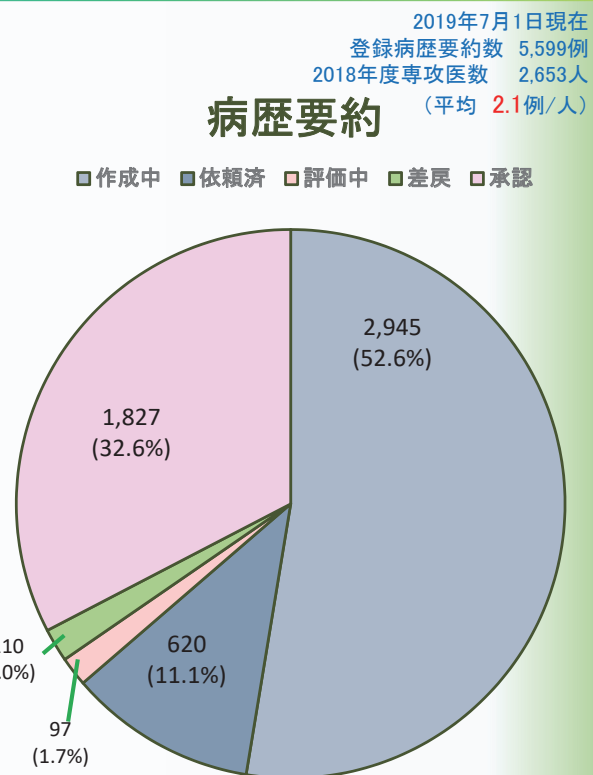
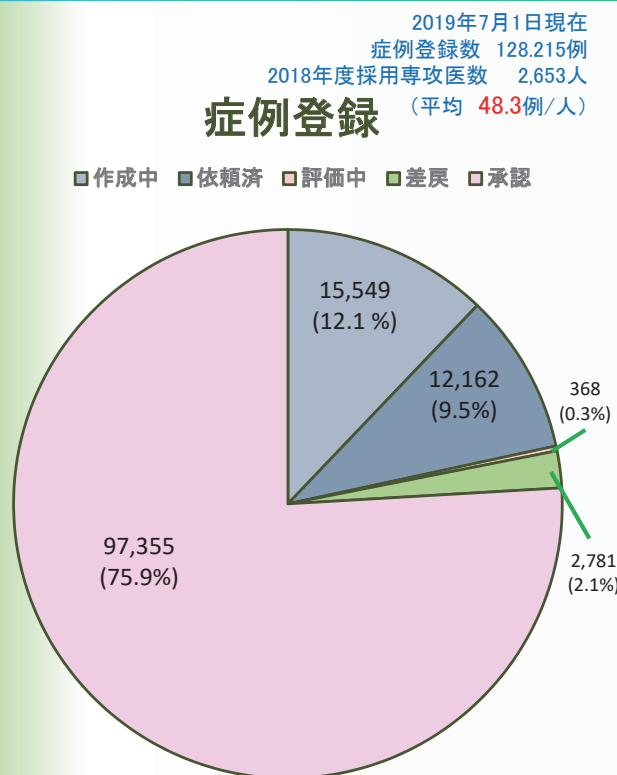
■ 作成中のため選択なし ■ 初期研修 ■ 専門研修

病歴要約登録
(平均2.1例/人)

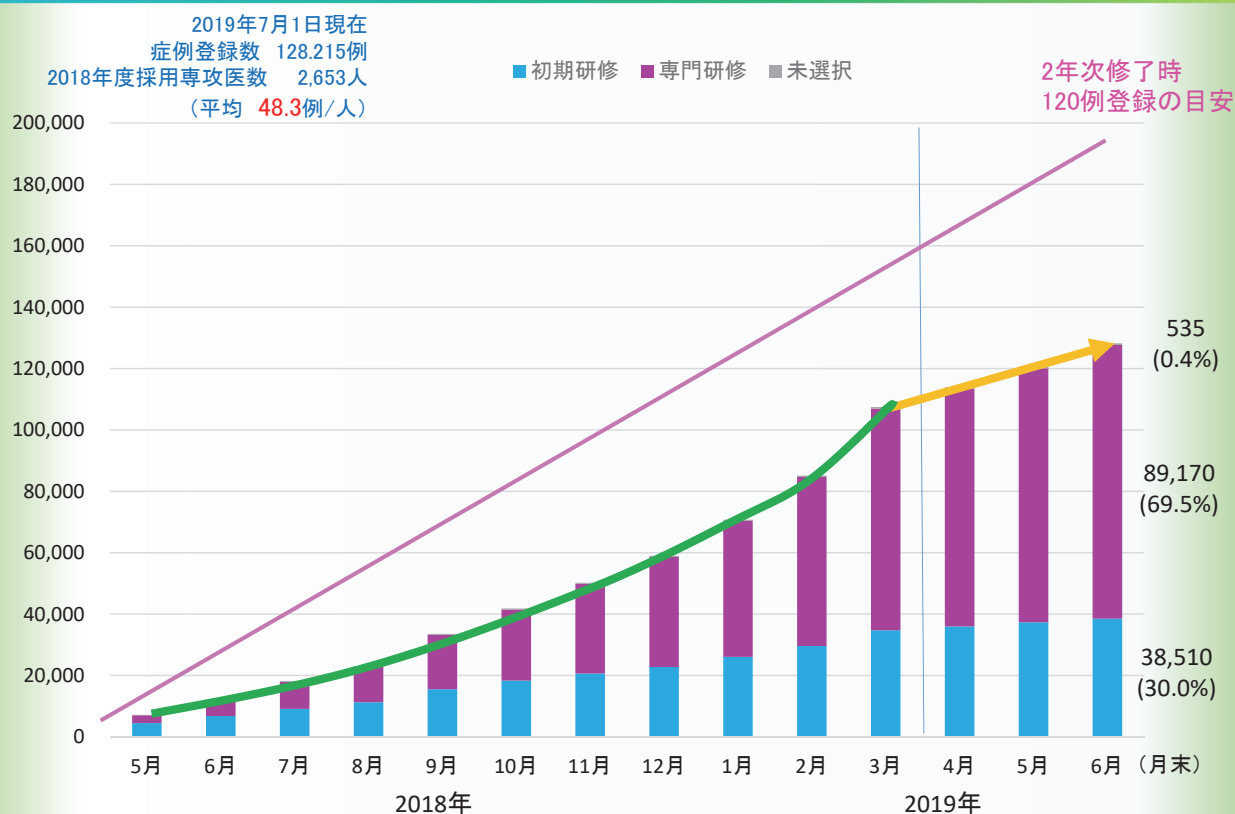


□ 初期研修 □ 専門研修

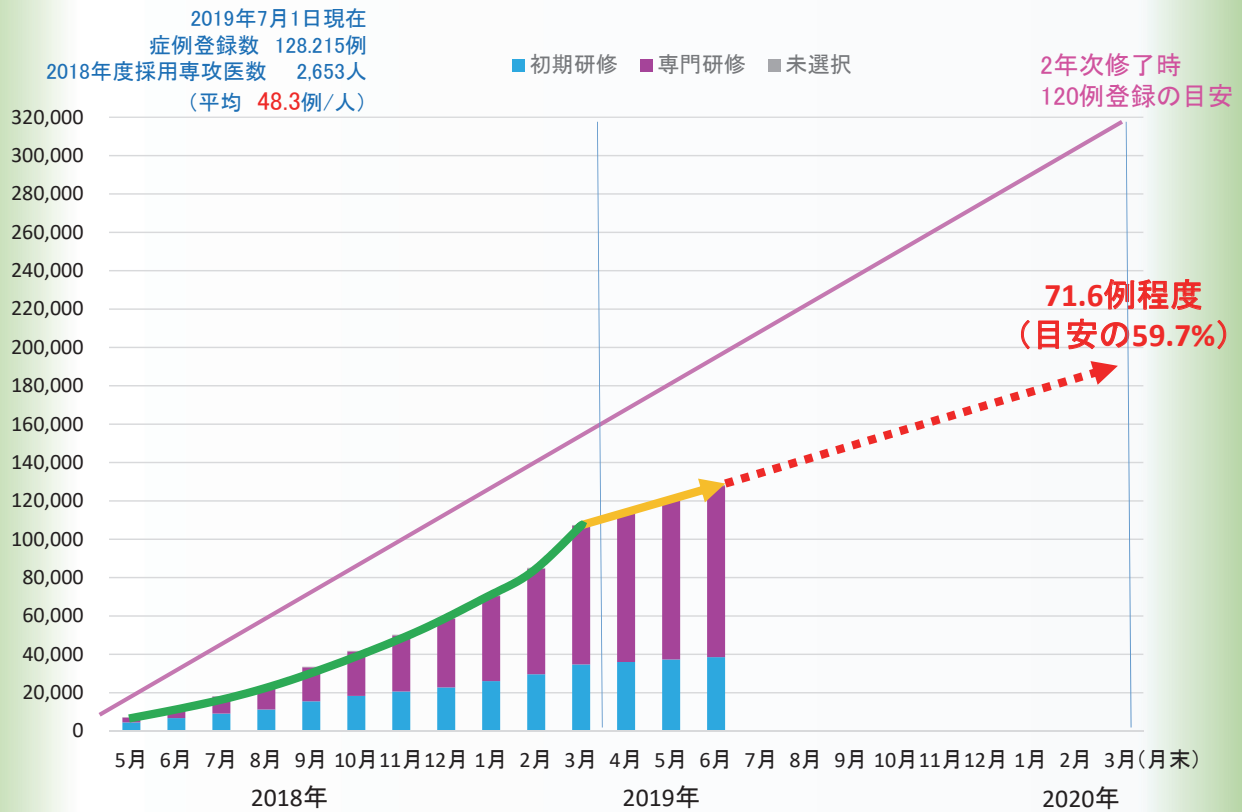
2018年度採用専攻医 症例登録・病歴要約登録の状況



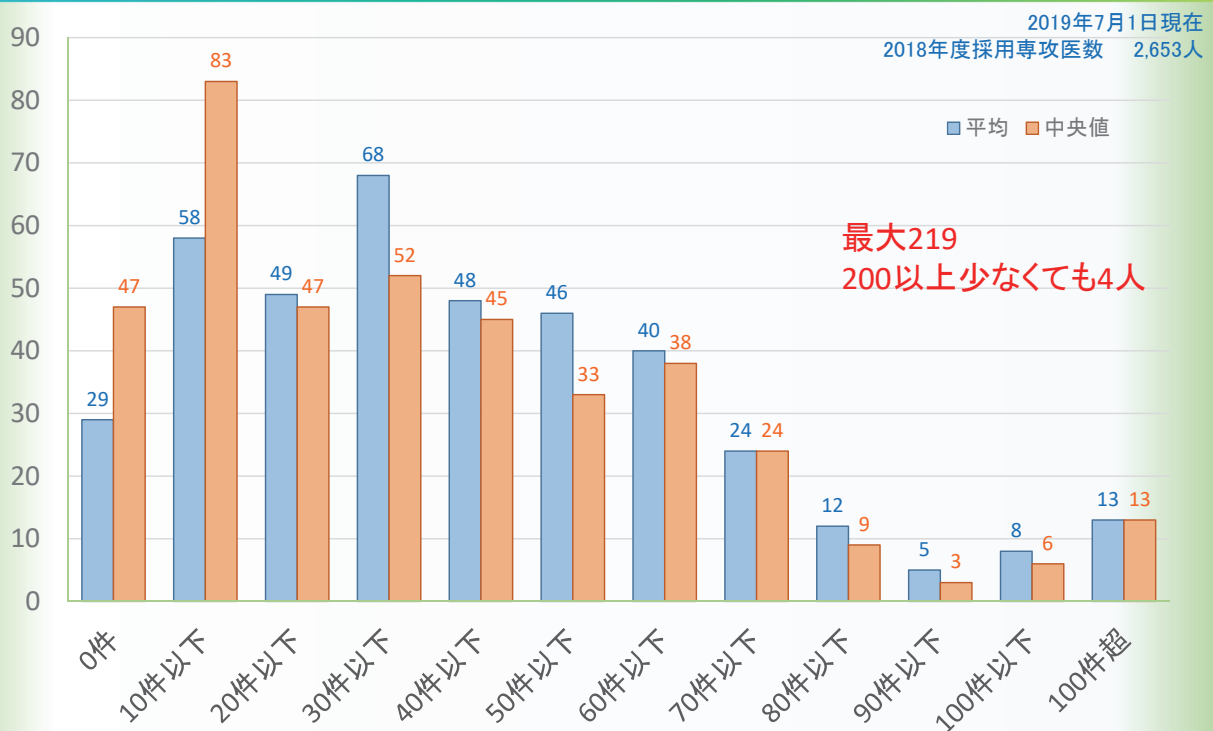
2018年度採用専攻医 症例登録は2019年度も堅調も もう一段の登録を！



症例登録推移の予想 このままの場合…



プログラムごとの症例登録の状況 (専攻医1人あたり承認済み件数別)



2018年度採用専攻医

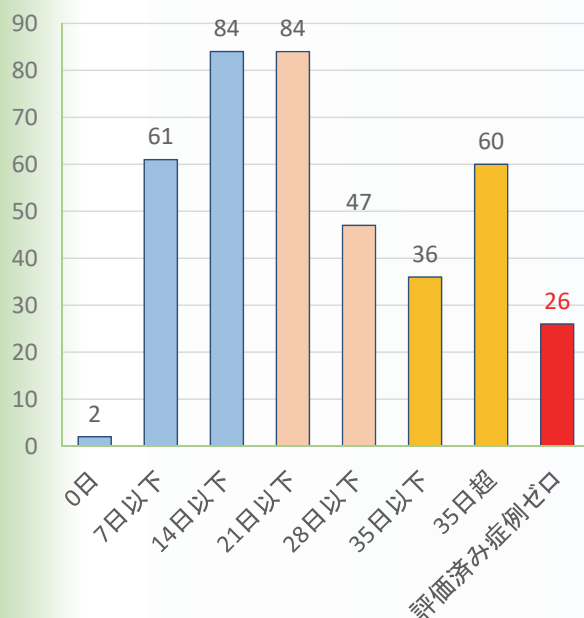
プログラムごとの病歴要約登録の状況 (専攻医1人あたり承認済み件数別)



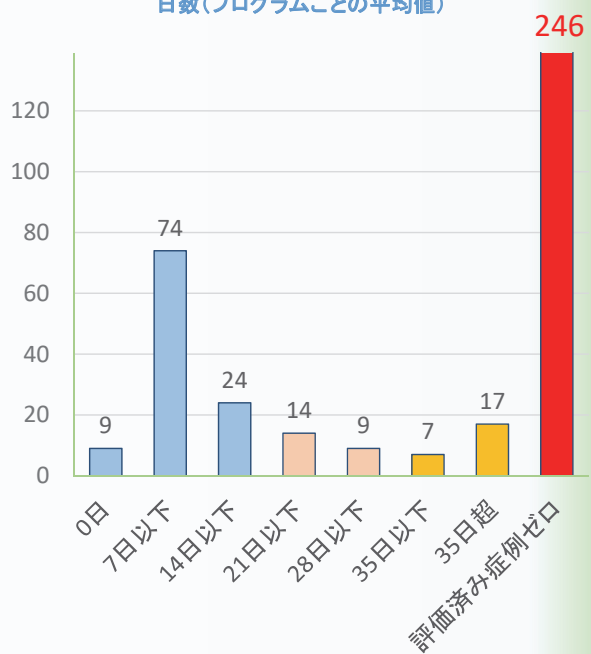
2018年度採用専攻医

プログラムごとの症例登録・病歴要約登録の 指導医の評価完了までの日数導(平均値)

【症例登録】 7月1日時点での
専攻医からの評価依頼から指導医の評価までの
日数(プログラムごとの平均値)



【病歴要約登録】 7月1日時点での
専攻医からの評価依頼から指導医の評価までの
日数(プログラムごとの平均値)



2019年7月1日時点からみた現状

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

専攻医

- ✓ 全70領域で症例登録がすすんでいる
- ✓ 症例登録: 2年次修了目安120例に対し、48.3例の登録
- ✓ 病歴要約登録: 病歴要約29例(以上)に対し、2.1例の登録

指導医・プログラム

- ✓ 症例評価: 14日以内に評価 147プログラム(36.8%)
評価済み症例ゼロ 26プログラム(6.5%)
- ✓ 病歴要約評価: 14日以内に評価 107プログラム(26.8%)
評価済み病歴要約ゼロ 246プログラム(61.5%)

(専攻医がいないプログラムを除いた400プログラム中の割合)

J-OSLER登録と評価の習慣化を

(プログラムの適切な修了に向けて)

- ✓ 症例登録: 週に1~2例
- ✓ 病歴要約登録: 月2~3例

- ・ 指導医は登録後、速やかに評価を!
- ・ J-OSLER登録の進捗=「プログラム評価」の指標の1つ

プログラムの進捗が著しく年次目標を下回る場合

サイトビジットなどを実施 ⇒ プログラム認定の見直し

2019年8月末に登録実績を再集計予定です。

2019年7月20日
第51回 日本内科学会 教育施設連絡会議
シンポジウム 専門医制度の動向について



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

J-OSLER病歴要約の登録と評価について

専門医制度審議会専門委員
J-OSLER検討委員会委員長
藤沢市民病院

西川 正憲

日本内科学会 COI 開示

西川 正憲

演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません

新・内科専門医制度で進化しつつあること

専攻医の努力＋指導医の形成的指導

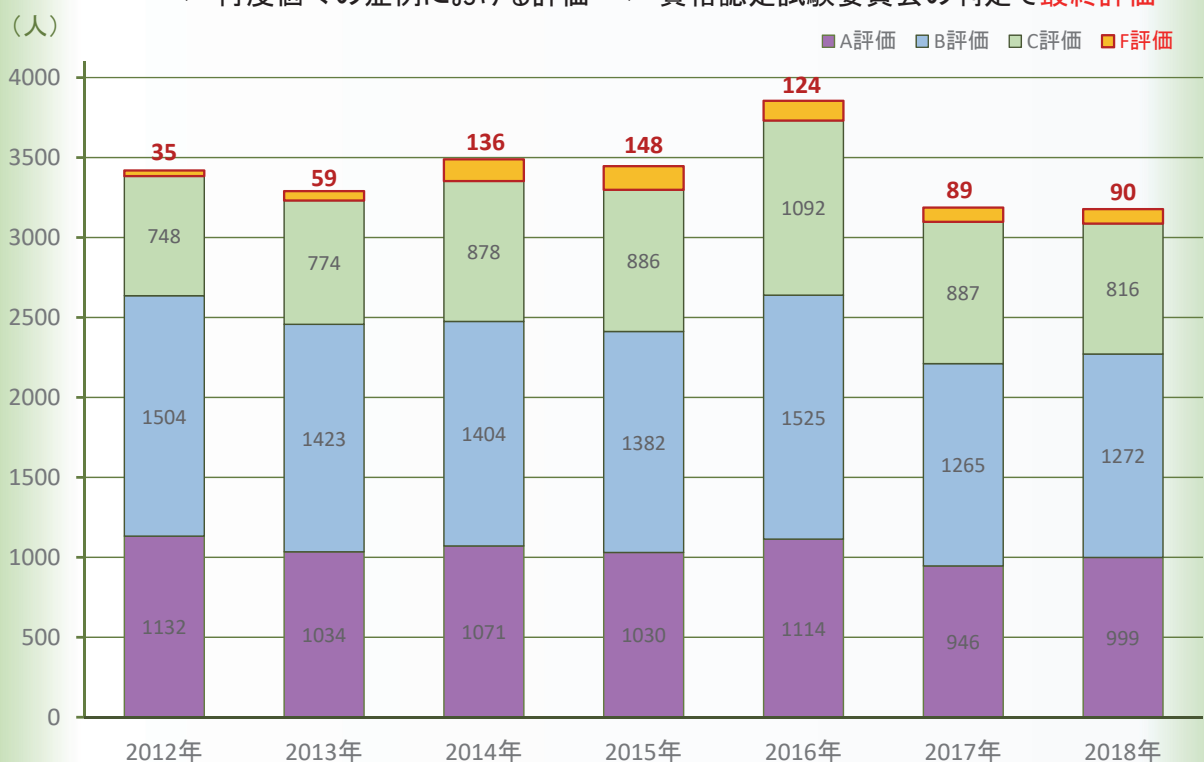
双方向性の評価を残す

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

認定内科医試験 病歴要約評価の推移

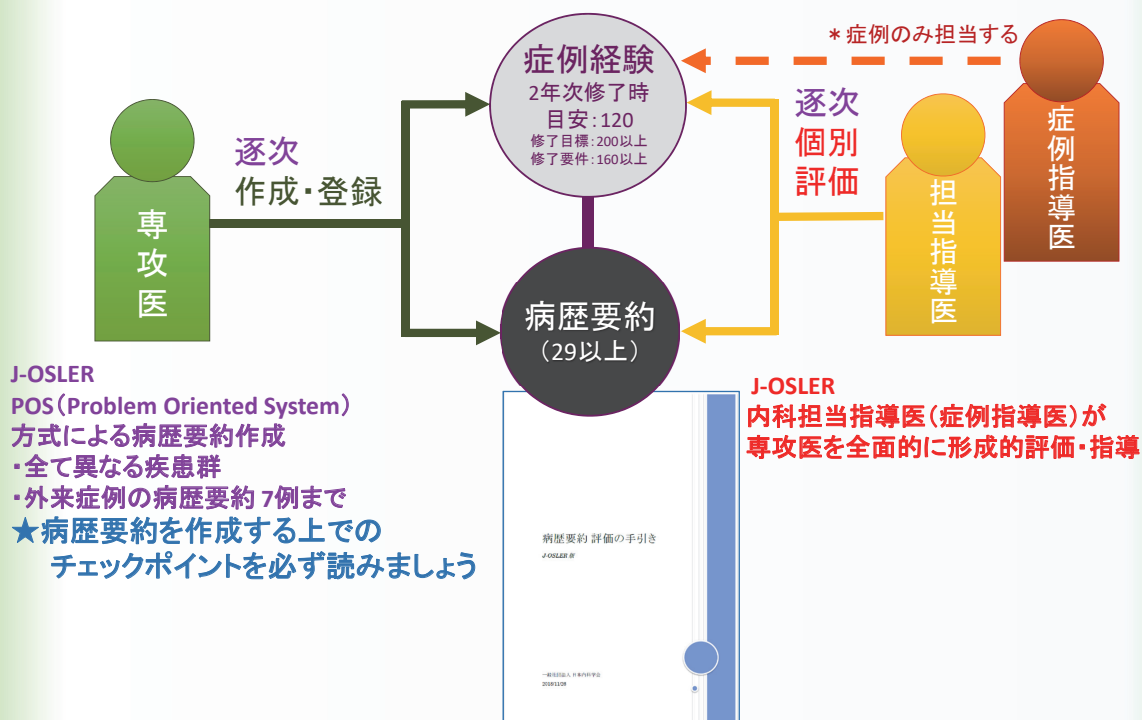
F評価: 査読委員評価で不合格(F) ⇒ 複数の評価委員による二次評価
⇒ 再度個々の症例における評価 ⇒ 資格認定試験委員会の判定で**最終評価**



2年次修了時の症例経験・病歴要約の到達目標

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

内科専門研修プログラム整備基準（2017年8月21日）
病歴要約 評価の手引き J-OSLER版（2018年11月26日）



病歴要約を作成する上でのチェックポイント（抜粋）

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版（2018年11月26日）

病 歴

- ◆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。

考察・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、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論する。

さらに最後には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。

病歴要約評価は形成的評価・指導で

内科専門研修プログラム整備基準（2017年8月21日）
病歴要約 評価の手引き J-OSLER版（2018年11月26日）

内科専門研修プログラムの修了判定基準の1つ

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



担当医としてどのような症例を経験し、その患者をどのように診断し治療したかの過程と、その症例を通じて何を学んだかを評価する。

内科医に求められる重要な資質とは、疾患の診断や治療のみならず、患者を一人の人間として付き合うことでもあり、出会いから退院、あるいはその後にいるまでの長いかわりが重要であり、その資質を評価する。

どのくらい専門分野的に優秀かの評価ではなく、内科専門医として相応しい達成すべきレベルに至るように促す形成的評価を行う。

剖検症例を含めた29症例の病歴要約の選択

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

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 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。（すべて異なる疾患群での提出が必要）
※4 「内分秘」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）「内分秘」2例 + 「代謝」1例、「内分秘」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）。

剖検症例

（認定内科医試験・総合内科専門医試験ともに同じ）

https://www.naika.or.jp/nintei/exam/faq_top/faq_nintei/

https://www.naika.or.jp/nintei/exam/faq_top/faq_senmoni_jyuraidoori/

その患者を生前から受け持っていないのであれば、剖検症例として使用できません。

また、次記7項目をほぼ満たしていることも必須条件となっています。

1. 終末期医療の実践
2. 死亡の宣告
3. 遺族への剖検依頼
4. 剖検に際しての臨床上の問題点等を整理して病理へ提出
5. 剖検への立会い
6. 剖検所見との対比による考察
7. CPCへの参加

新専門医制度FAQ

https://www.naika.or.jp/nintei/shinseido2018-2/shinseido_faq/

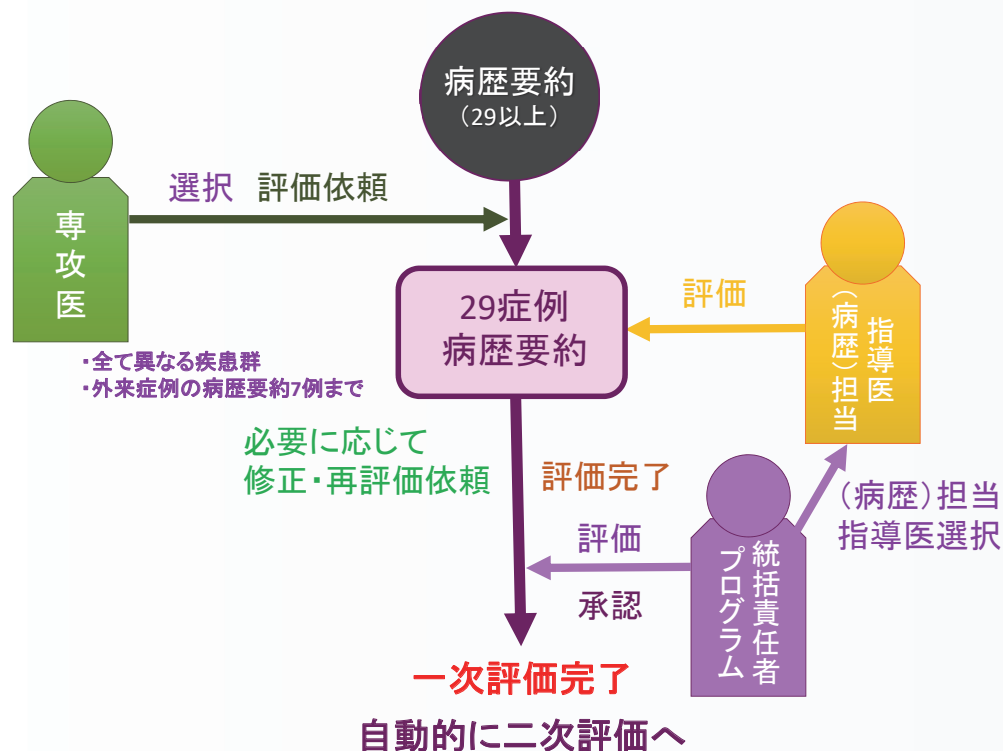
Q: 1つの剖検症例を複数名の医師が経験症例として登録することは可能でしょうか。

A: 異なる期間に主担当医として経験した症例であれば可能です。

ただし、剖検への立会等、当該症例の病歴要約を作成できる状況であった場合に限りです。

3年次開始時にプログラム内で病歴要約の一次評価を

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合



(一次)評価用の29病歴要約の作成

専攻医 画面イメージ①

トップ

https://web.j-osler.jp/josler/cm0201/topMenu.html

J-OSLER

前回ログイン日時: 2019/05/28 12:57:35
セッションタイムアウトまで残り: 60分 (目安)

ログアウト
マニュアル

トップ

お知らせ

2019.05.27 2019年6月4日 AM8:30～AM9:30 サーバメンテナンスを実施いたします。
メンテナンス中は一時的にシステムをご利用いただけません。

2019.05.10 6月17日 AM9:00～6月19日 AM9:00 サーバメンテナンスを予定しております。
最大で48時間システムをご利用いただけない状態となります。ご利用者の皆様には多大なるご迷惑をおかけしますが、ご理解のほど何卒よろしくお

様式ダウンロード

様式	説明
多職種評価表	多職種評価表の様式です。 本様式は、担当指導医の先生が他の医師やメディカルスタッフからの評価をいただく為に使うものです。
技術・技能評価表	技術・技能評価表の様式です。 本様式は、専攻医の修得した技術・技能を評価する為に使うものです。

Copyright © The Japanese Society of Internal Medicine. All Rights Reserved.

サイトポリシー
利用規約
個人情報取扱いについて
特定機能引込に基づく表記
お問い合わせ

領域ごとに選択できる

専攻医 画面イメージ②

病歴要約 一覧・検索

STEP1
登録

STEP2
確認

STEP3
完了

29症例を選択し、「一次評価を依頼する」ボタンをクリックしてください。

領域	病歴要約番号	ステータス	領域	疾患項目	担当状況	
総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（1件目）						参照 選択
総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（2件目）						参照 選択
消化器（1件目）						参照 選択
消化器（2件目）						参照 選択
消化器（3件目）						参照 選択

外科紹介症例						参照 選択
剖検症例						参照 選択

一時保存

一次評価を依頼する

これまでに登録してある病歴要約から選択できる

専攻医 画面イメージ③

病歴要約 一覧・検索

STEP1
登録

STEP2
確認

STEP3
完了

29症例に選択する病歴要約を選択してください。

個別評価を完了し、その領域に選択
できる病歴要約の一覧が表示される。
すでに病歴要約一次評価に選択さ
れている病歴要約は「選択」ボタンがク
リックできない。

病歴要約番号	フェーズ 状態	専攻医 評価者	プログラム名	所属施設名	領域	疾患項目	転帰	患者ID	
0000001111-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅰ	XXXX XXXXXXXXXX	治癒	XXXXXXXX	参照 選択
0000002222-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅱ	XXXX XXXXXXXXXX	軽快	XXXXXXXX	参照 選択
0000003333-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅲ	XXXX XXXXXXXXXX	不変	XXXXXXXX	参照 選択
0000004444-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅰ	XXXX XXXXXXXXXX	転科:手術なし	XXXXXXXX	参照 選択
0000005555-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅱ	XXXX XXXXXXXXXX	転科:手術あり	XXXXXXXX	参照 選択
0000006666-001	個別評価 承認	内科 太郎 日内 次郎	●●内科専門研修プロ グラム	●●大学附属病院	総合内科Ⅲ	XXXX XXXXXXXXXX	転科:手術あり (外科紹介症例 として作成)	XXXXXXXX	参照 選択

29症例セット画面へ戻る

一次評価をプログラム統括責任者に依頼する

専攻医 画面イメージ④

病歴要約 一覧・検索

STEP1
登録

STEP2
確認

STEP3
完了

29症例を選択し、「評価を依頼する」ボタンをクリックしてください。

領域	病歴要約番号	ステータス	領域	疾患項目	担当状況	
総合内科 I・II・III (1件目)	0000001111-001	個別評価承認	総合内科 I	XXXX XXXXXXXXXX	外来	参照 選択
総合内科 I・II・III (2件目)	0000002222-001	個別評価承認	総合内科 I	XXXX XXXXXXXXXX	外来	参照 選択
消化器 (1件目)	0000003333-001	個別評価承認	消化器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 選択
消化器 (2件目)	0000004444-001	個別評価承認	消化器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 選択
消化器 (3件目)						参照 選択

外科紹介症例						参照 選択
剖検症例						参照 選択

一次評価期間前でも病歴要約の選択はできるが「一次評価を依頼する」をクリックしてもエラーになる

一時保存

一次評価を依頼する

プログラム内での一次評価について

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2018年11月26日

https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Tebiki_ByorekiHyoka.pdf

病歴要約 評価の手引き

J-OSLER 版

一般社団法人 日本内科学会
2018/11/26

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)

J-OSLER 病歴要約 評価

STEP1 評価 STEP2 チェックリスト STEP3 確認 STEP4 完了

チェック項目

1. 基本的記載	- 病歴要約の記述が本邦の手引きに従っているか (漏記は数値していない) - 記述に際して、誤字・脱字、横置・斜字等の転記ミス、文章表現の誤りなどはないか - 客観的・客観性、基本的誤りまたは不備はないか	☐ OK
2. 症例選択の適切さと「ランス	- 病歴要約の症例が適切であるか (診断病名は適切なもの) - 症例の診断に必要となる情報は適切に記述されているか - 経過、身体診察の記述は適切であるか - 診断に必要な検査結果の記述は適切であるか - 診断に必要な検査結果の記述は適切であるか - 診断結果については十分に記述されているか - 診断結果が適切であるか	☐ OK
3. 診断プロセスは適切か		☐ OK

(病歴)担当指導医に指名されたら、まず

指導医 画面イメージ①

トップ

症例

病歴要約(一次評価以降)

検索・参照・評価

技術技能評価

研修実績

研修評価

申請

ユーザー情報

指導医

お知らせ

2019.05.27 2019年6月4日 AM8:30～AM9:30 サーバメンテナンスを実施いたします。
メンテナンス中は一時的にシステムをご利用いただけません。

2019.05.10 6月17日 AM9:00～6月19日 AM9:00 サーバメンテナンスを予定しております。
最大で48時間システムをご利用いただけない状態となります。ご利用者の皆様には多大なるご迷惑をおかけしますが、ご理

処理状況

ToDo

症例指導医

症例	評価待ち	
	未着手	評価中
	2	0

担当指導医

病歴要約	評価待ち	
	未着手	評価中

(病歴)担当指導医として評価する専攻医一覧

指導医 画面イメージ②

病歴要約 一覧・検索

病歴要約を1件ずつ評価する場合は「明細」ボタンをクリックしてください。
グローバル評価を登録する場合は「GL評価」ボタンをクリックしてください。

29症例セット番号	フェーズ 状態	専攻医	プログラム名	施設名	未着手	評価中	完了	
0000001111-001	一次評価 承認	日本 太郎	●●●内科専門研修プログラム	●●●大学病院	29	0	0	明細 GL評価
0000002222-001	二次評価 評価中	内科 次郎	▲▲▲内科専門研修プログラム	▲▲▲市立病院	10	10	9	明細 GL評価
0000003333-001	二次評価 評価中	本郷 三郎	×××内科専門研修プログラム	×××クリニック	0	0	29	明細 GL評価

担当専攻医の病歴を選択・評価

指導医 画面イメージ③

病歴要約 一覧・検索

STEP1 登録 STEP2 確認 STEP3 完了

病歴要約を1件ずつ評価してください。

領域	病歴要約番号	ステータス	領域	疾患項目	担当状況	
総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（1件目）	0000001111-001	一次評価 未着手	総合内科Ⅰ	XXXX XXXXXXXXXX	外来	参照 評価
総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（2件目）	0000002222-001	一次評価 差し戻し（revision）	総合内科Ⅰ	XXXX XXXXXXXXXX	外来	参照 評価
消化器（1件目）	0000003333-001	一次評価 差し替え（rejection）	消化器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 評価
消化器（2件目）	0000004444-001	一次評価 受理（accept）	消化器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 評価
消化器（3件目）	0000006666-001	一次評価 受理（accept）	消化器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 評価

外科紹介症例	0000007777-001	一次評価 受理（accept）	呼吸器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 評価
剖検症例	0000005555-001	一次評価 受理（accept）	循環器	XXXX XXXXXXXXXX	入院	参照 評価

一覧画面に戻る

担当専攻医の病歴を選択・評価

指導医 画面イメージ④

病歴要約 評価

STEP1 評価 STEP2 チェックリスト STEP3 確認 STEP4 完了

病歴要約を評価します。

基本情報 病歴 主な入院時現症 主要な検査所見 プロブレムリスト 入院後経過と考察 退院時処方
総合考察 添付画像

管理情報

評価番号	0000022950
病歴要約番号	0000022924-000
症例番号	0000024163-000
フェーズ	個別評価
状態	評価中
状態遷移日時	

**特に注意！ 提出分野の主病名である
印刷後紙面（PDF版）A3サイズ1枚の80%以上
文字の大きさは明朝体11ポイント、行間も固定。**

J-OSLER HP <https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/evaluate/> 登録と評価 症例と病歴要約
資料 1）病歴要約評価の手引き 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～

評価依頼

評価者へのコメント よろしく

一覧・検索へ戻る

一時保存

印刷・PDF化

承認

修正（差し戻し）

修正（差し替え）

29病歴の評価後にグローバル評価も

指導医 画面イメージ⑤

病歴要約 一覧・検索

病歴要約を1件ずつ評価する場合は「明細」ボタンをクリックしてください。
グローバル評価を登録する場合は「GL評価」ボタンをクリックしてください。

29症例セット番号	フェーズ 状態	専攻医	プログラム名	施設名	未着手	評価中	完了	
0000001111-001	一次評価 承認	日本 太郎	●●●内科専門研修プログラム	●●●大学病院	29	0	0	明細 GL評価
0000002222-001	二次評価 評価中	内科 次郎	▲▲▲内科専門研修プログラム	▲▲▲市立病院	10	10	9	明細 GL評価
0000003333-001	二次評価 評価中	本郷 三郎	×××内科専門研修プログラム	×××クリニック	0	0	29	明細 GL評価

病歴要約 グローバル評価登録

グローバル評価を登録してください。

グローバル評価

評価者からのコメント

B I U x, x'

[200文字以内(改行含む)]

一覧・検索へ戻る

一時保存

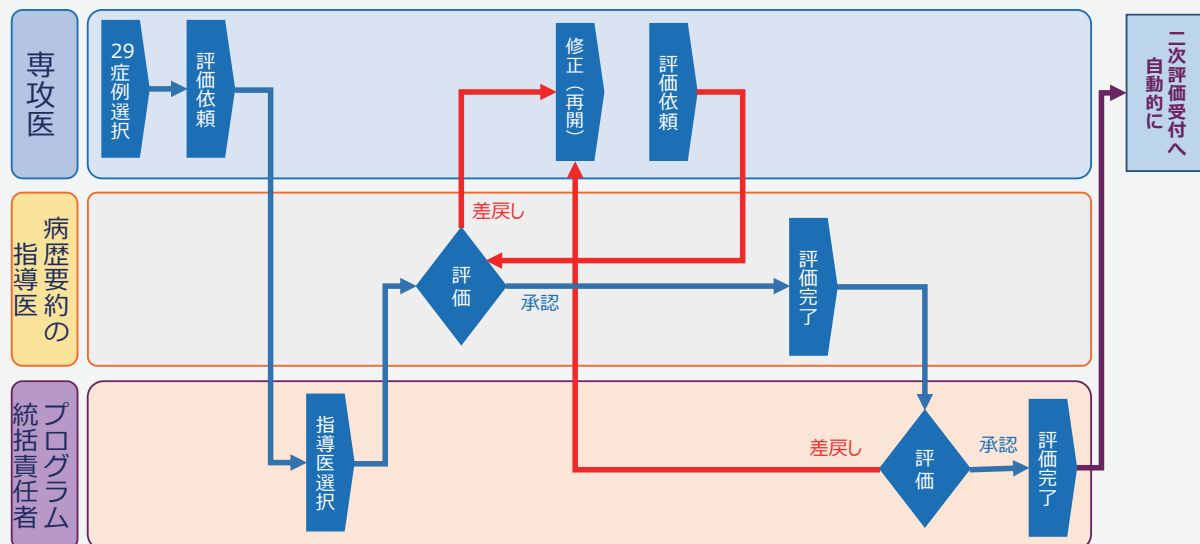
評価を登録する

3年次開始時にプログラム内で病歴要約の一次評価を

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

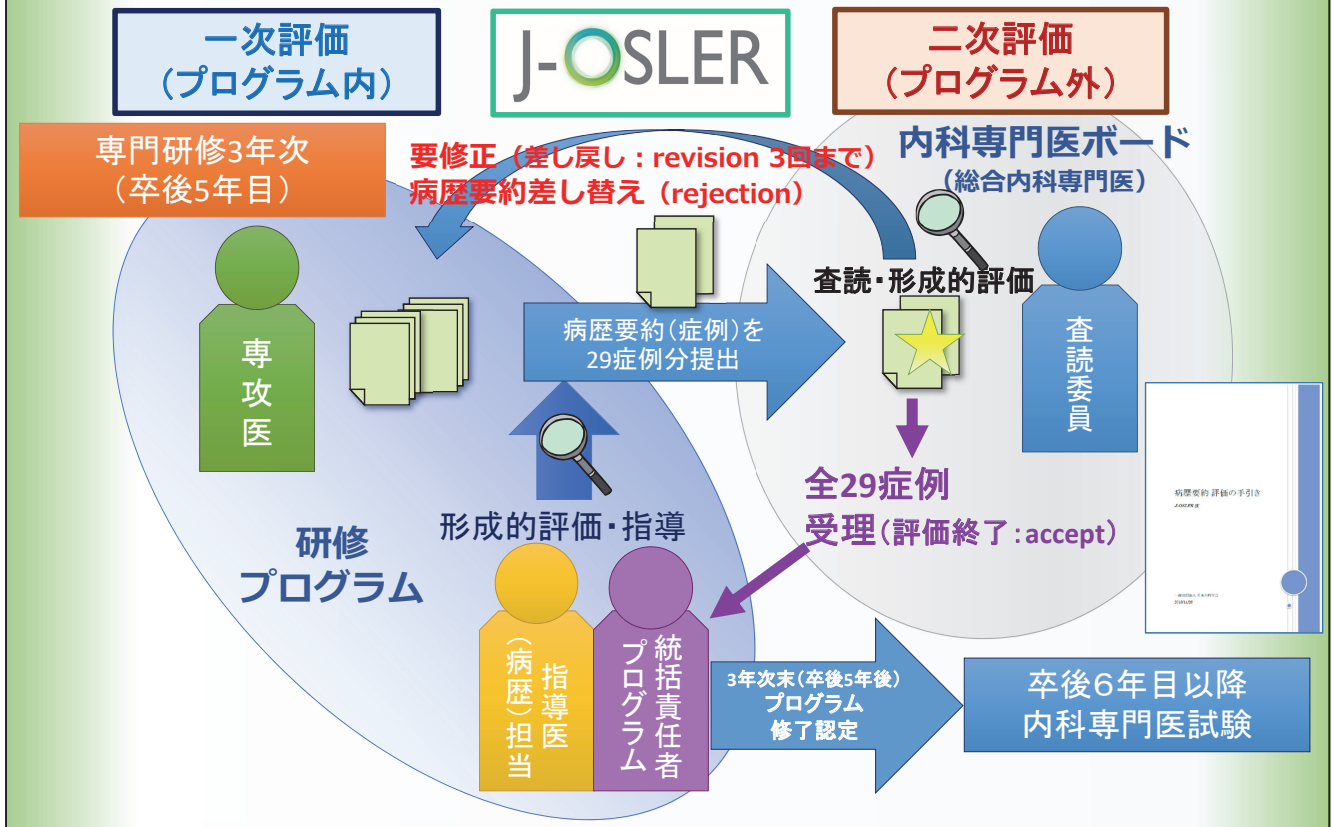
3年次開始時まで適切な病歴要約を29以上作成しておくことが大切

一次評価（3年次開始時に）



病歴要約の二次評価について

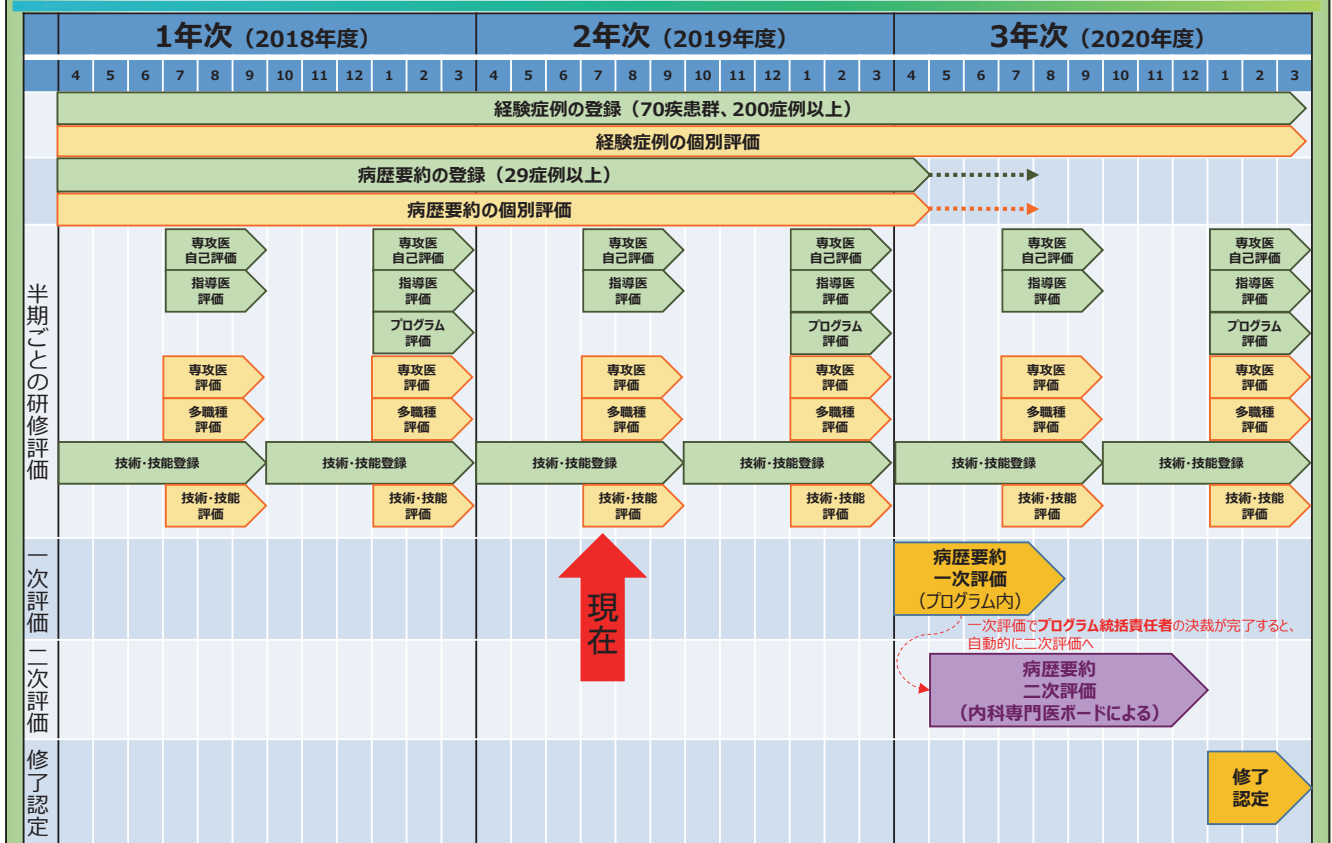
内科専門研修を3年間で修了を目指す場合



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

内科専門研修プログラム整備基準 (2017年8月21日)



病歴要約の評価時期

病歴要約作成は専攻医2年目修了時29症例が目標

「病歴要約」については3年次に入った段階で、最終的に提出すべき29症例を確定させて、各プログラム内で一次評価を行う。



- ・一次評価(プログラム内)期間: 3年目4月頃～8月頃
 - ・二次評価(プログラム外)期間: 3年目5月頃～12月頃
- 一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形成的評価・指導

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

病歴要約 一次評価(プログラム内)

二次評価(内科専門医ボード)

⇒ 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
より良い内科専門医を目指す(育成する)。

