

J-OSLER検討委員会報告

1. J-OSLERの実績報告
2. 症例登録について
3. 病歴要約について

I. J-OSLERの実績報告

- 1) 各世代専攻医の実績報告(2024年10月1日付け)
- 2) 世代別 症例登録状況の推移(1期生~4期生)
- 3) 世代別 29病歴要約Accept率の推移(1期生~4期生)

1) 各世代専攻医の実績報告(2024年10月1日付け 掲載は下記短縮URL)

<https://x.gd/6iNYu>

内科版J-OSLER登録の年間標準スケジュール

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



内科版J-OSLER年間スケジュール表

	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				
症例	症例 登録・評価																											登録した研修実績の参照のみ可能
専攻医 症例指導医																												
病歴要約	病歴要約（個別評価）登録・評価																											
専攻医 担当指導医																												
病歴要約（一次評価）	病歴要約（一次評価）登録可																											
専攻医 病歴指導医 プログラム統括責任者																												
病歴要約（二次評価）																												
専攻医 査読委員																												
技術技能評価	技術技能評価													技術技能評価														
専攻医 担当指導医	技術技能評価													技術技能評価														
研修評価	自己評価													自己評価														
専攻医	指導医評価													指導医評価														
担当指導医	専攻医評価													専攻医評価														
	多職種評価													多職種評価														
修了認定	学術活動等 登録可																											
専攻医 プログラム統括責任者																												

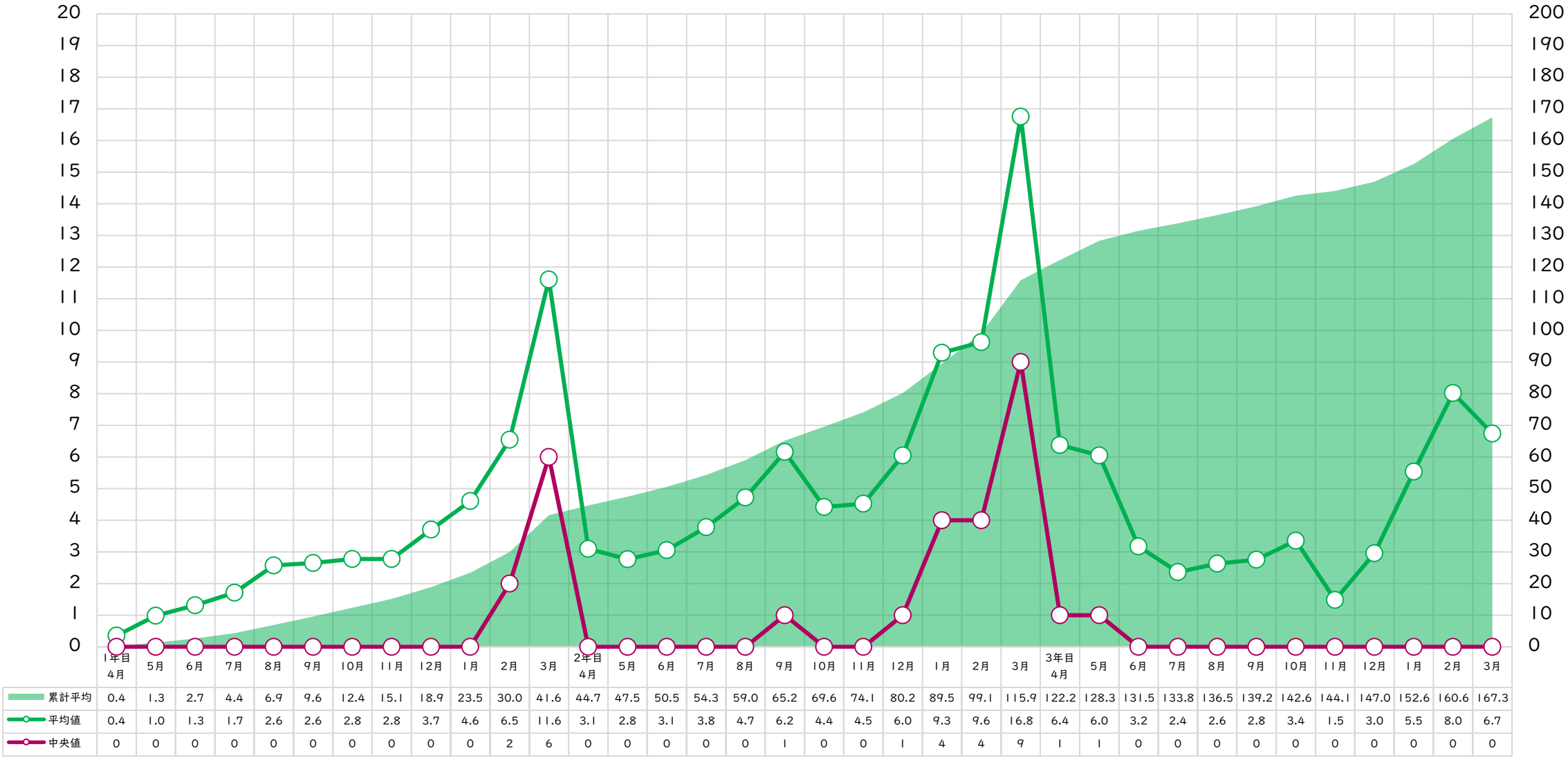
2023年8月理事会承認済																										
1次評価 10/31まで																										
病歴要約（一次評価） 提出・評価																										
2次評価 2/20まで																										
病歴要約（二次評価） 提出・評価																										
技術技能評価													技術技能評価													
技術技能評価													技術技能評価													
自己評価													自己評価													
指導医評価													指導医評価													
プログラム評価													プログラム評価													
専攻医評価													専攻医評価													
多職種評価													多職種評価													
学術活動等 登録可																										
登録・依頼																										
修了認定																										

2) 専攻医の症例登録状況の推移（専攻医Ⅰ期生）

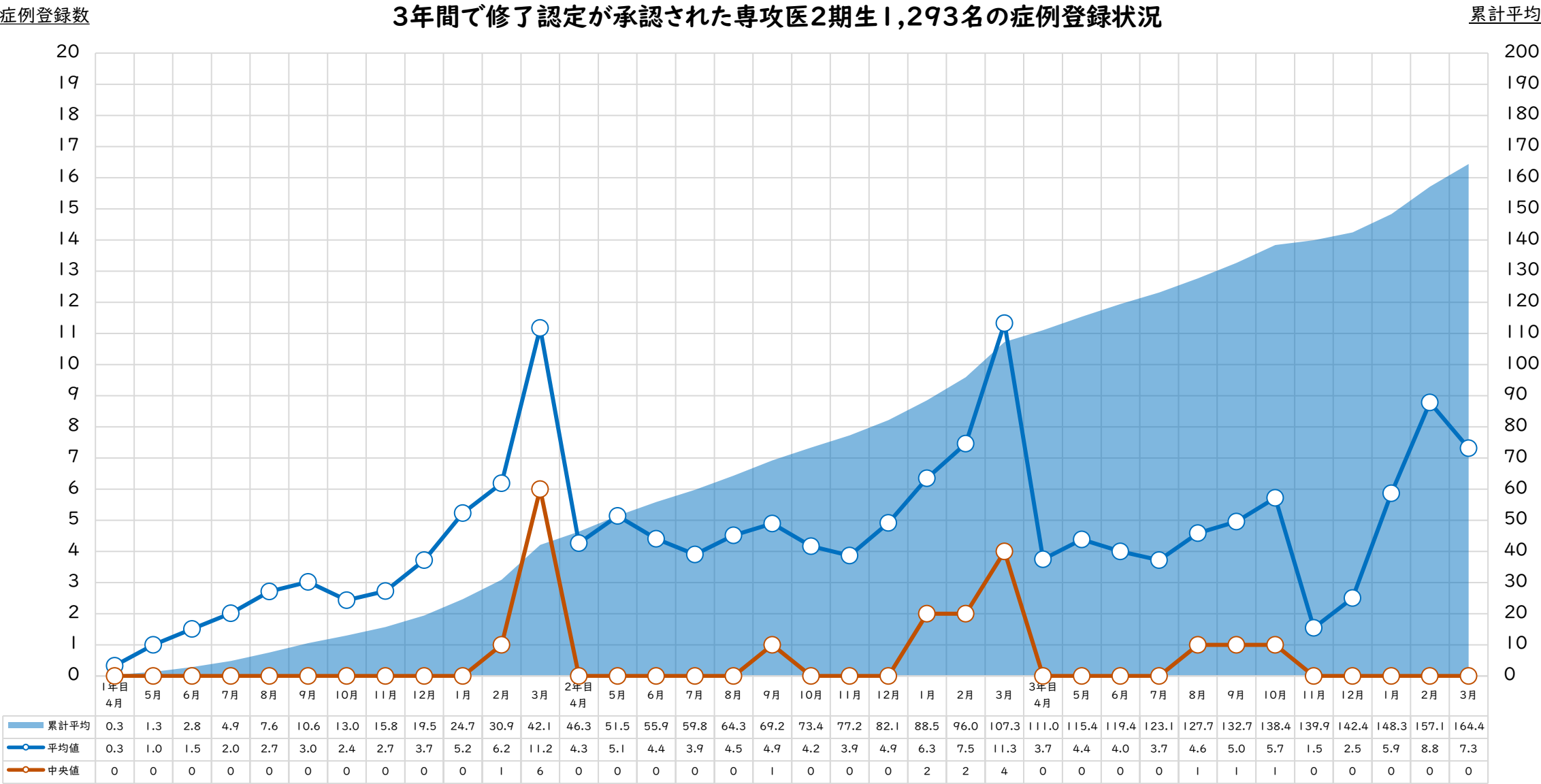
症例登録数

3年間で修了認定が承認された専攻医Ⅰ期生1,219名の症例登録状況

累計平均



2) 専攻医の症例登録状況の推移（専攻医2期生）

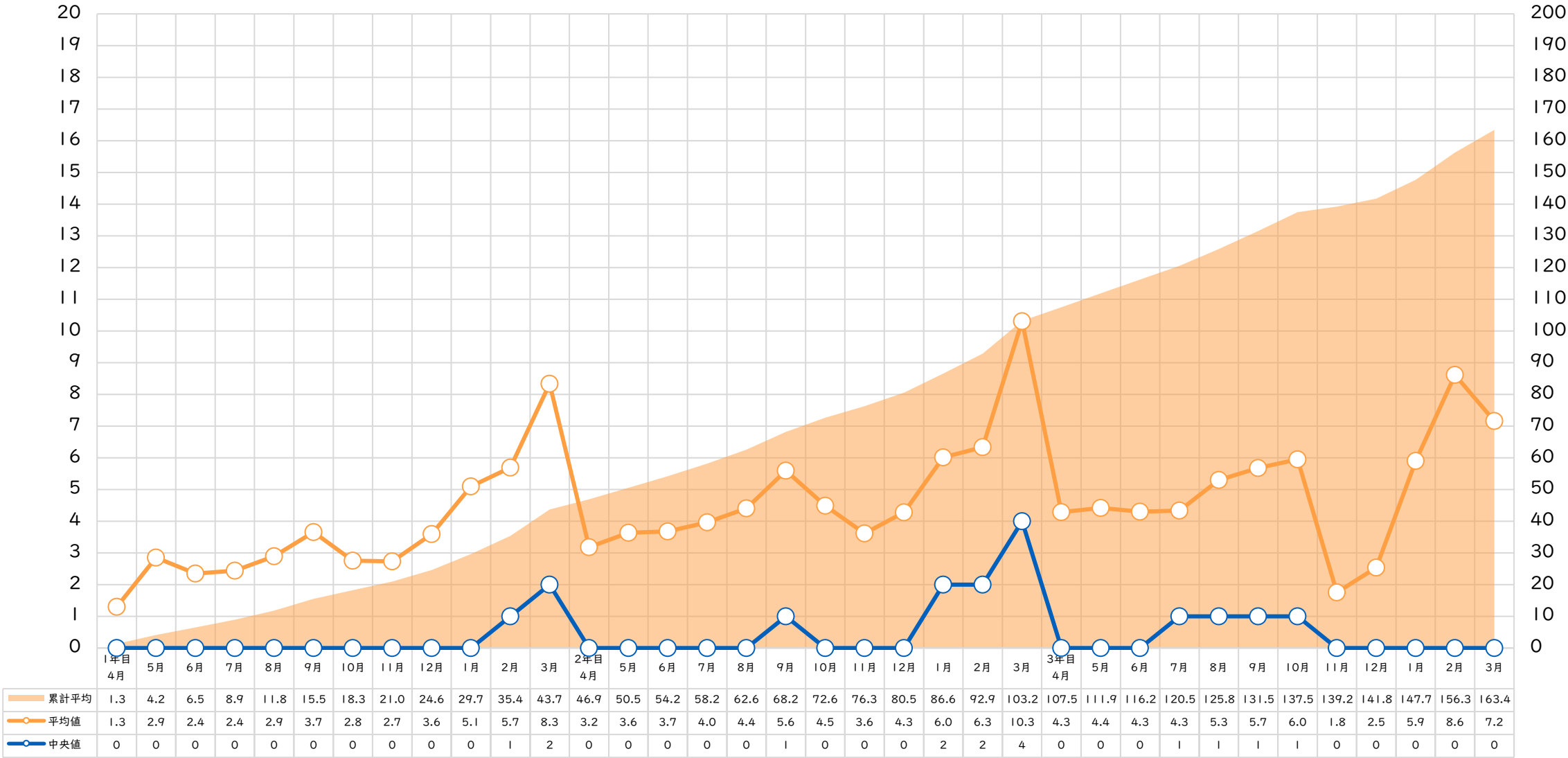


2) 専攻医の症例登録状況の推移(専攻医3期生)

症例登録数

3年間で修了認定が承認された専攻医3期生1,372名の症例登録状況

累計平均

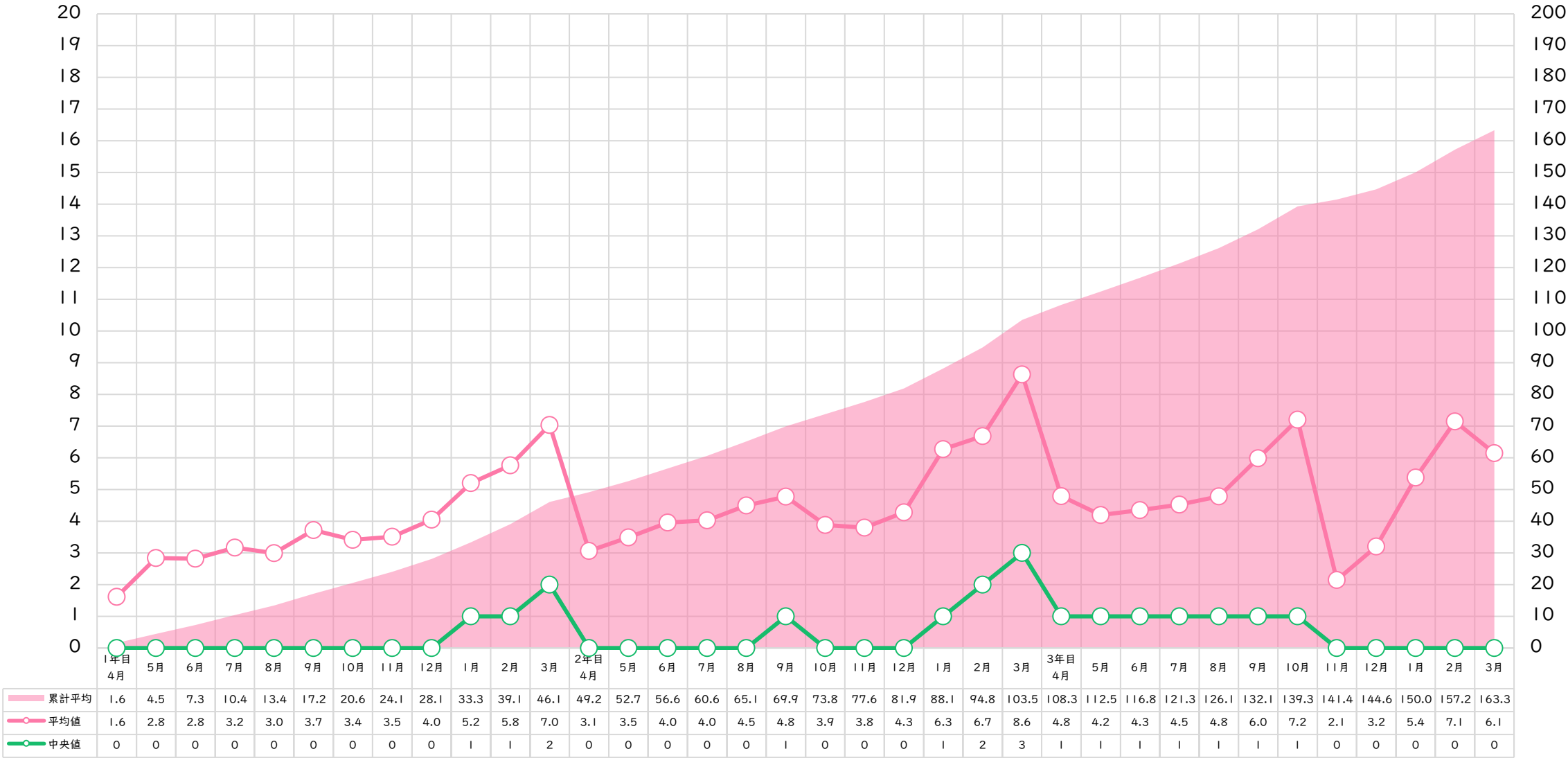


2) 専攻医の症例登録状況の推移(専攻医4期生)

症例登録数

3年間で修了認定が承認された専攻医4期生1,535名の症例登録状況

累計平均

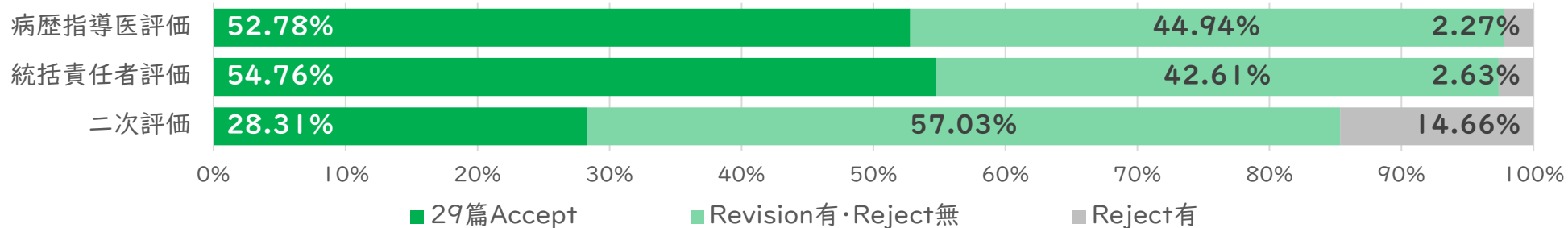


3) 29病歴要約Accept率の推移

※割合の小数点以下第3位を四捨五入しているため、合計が100%にならないことがあります。

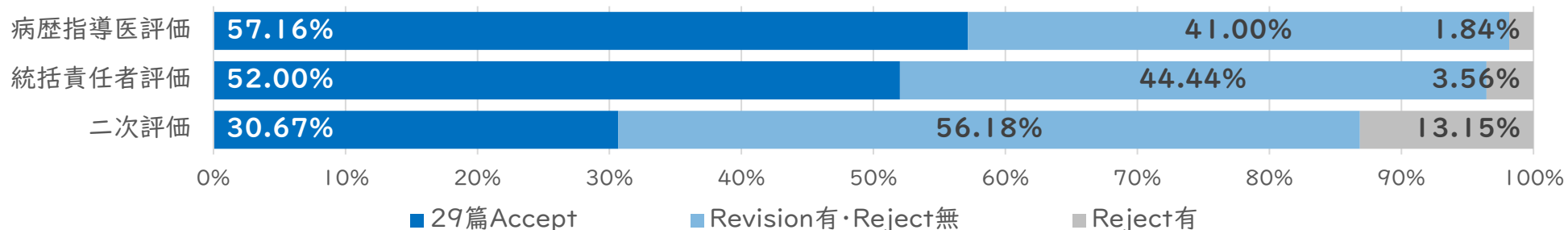
二次評価を受けた
専攻医1期生1,671名の
各フェーズにおける
初回提出結果

(2021/03/16)



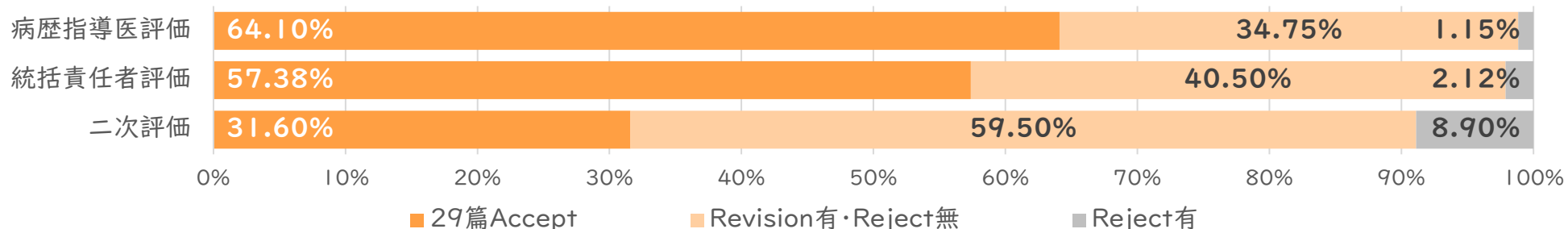
二次評価を受けた
専攻医2期生1,627名の
各フェーズにおける
初回提出結果

(2022/03/16)



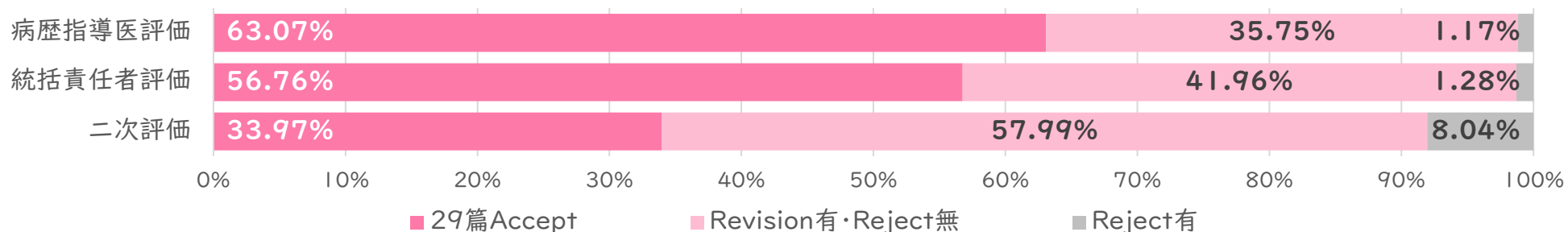
二次評価を受けた
専攻医3期生1,652名の
各フェーズにおける
初回提出結果

(2023/03/16)



二次評価を受けた
専攻医4期生1,790名の
各フェーズにおける
初回提出結果

(2024/03/16)



2. 症例登録について

- 1) 症例登録について
- 2) 症例登録の省力化・簡素化について

1) 症例登録について ～内科専門研修に相応しい症例経験の記録・評価～

主担当医としての受け持ち期間に、選択した領域に相応しい主病名としての
診療経験・学修に関する専攻医と指導医の記録・評価

(病歴要約、いわゆる学会発表などの抄録とは異なる内容であることに留意)

1) 診療経験の概略化 (summarize)

2) 自己省察 (医学的・社会的な事項を含めて)

3) 全人的医療の実践の記録

4) 自己学修・研鑽を積む礎となる

担当指導医 (症例指導医) による

形成的評価・指導 ⇒ 専攻医の気づきを促す

内科系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

自己省察と形成的評価とによる能力の向上

(イメージ)

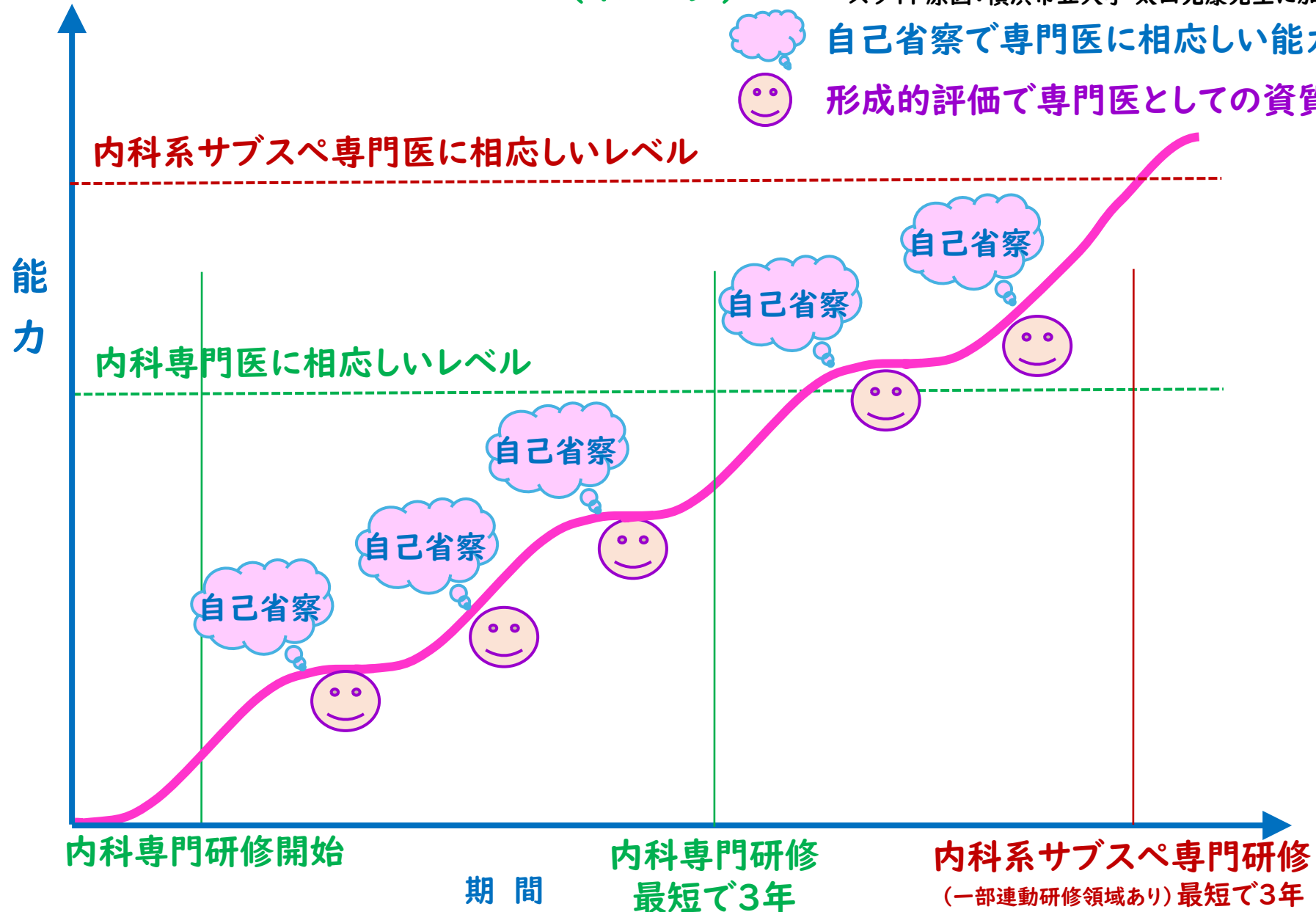
スライド原図:横浜市立大学 太田光康先生に加筆



自己省察で専門医に相応しい能力の涵養を



形成的評価で専門医としての資質の向上を



2) 症例登録作業の省力化・簡素化について (1)

2023年6月19日内科学会専門医制度審議会資料抜粋に加筆

現場からのお話をうかがうと症例登録を重く受け止めている状況があるため、省力化や簡素化も可能であることを下記のとおり、周知したいと考えます。

① 症例登録に求めるもの

▽登録症例を受け持ったことの実事確認

▽量的担保

▽簡単な症例の振り返り(概略と自己省察&形成的評価による)

以上の3点に尽きる。

症例の概略は500字程度、自己省察300字程度としているが、そこまでの字数を必ず求めるものではない。

(病歴要約、いわゆる学会発表などの抄録とは異なる内容であることに留意)

自己省察も症例からの学びが1~2行程度であったとしても、そこに学びがあり、プログラム(症例担当指導医)がそれを認めるのであれば、問題はない。

基本的に一定の量的担保が大事であり、概略や自己省察は研修プログラム側の判断により、簡略化を促しても構わない。備忘的に簡単に振り返ることを期待している。その一方で、専攻医個人が概略の想定字数を超過して記載することも許容している。

2) 症例登録作業の省力化・簡素化について (2)

2023年6月19日内科学会専門医制度審議会資料抜粋に加筆

現場からのお話をうかがうと症例登録を重く受け止めている状況があるため、省力化や簡素化も可能であることを下記のとおり、周知したいと考えます。

② プログラムにて完結する管理体制

症例登録はログとして J-OSLER 上に残っているが、登録された症例内容について外部評価が行われること、内科学会が介入することは基本的でない。

あくまでプログラム内で完結するものである。

但し、プログラムの進捗管理上、登録件数が芳しくない場合は、内科学会から登録を促す連絡をプログラム側に行うことはある。

症例登録（ショートサマリ）はあっさりと、病歴要約（ロングサマリ）はじっくりと

専攻医登録評価システム:J-OSLERの意義

Specialized Fellowship Training を実証

専門研修の標準化・見える化・質の担保

専攻医の診療経験・学修など

指導医の形成的指導(双方向性)

病歴要約のプログラム外評価(二次評価)

プログラム管理委員会による修了認定

3. 病歴要約について ～プログラムにおける留意点～

- 1) 病歴要約作成時のポイント(生成AIの活用について)
- 2) 病歴要約評価時のポイント(一次評価の重要性について)
- 3) 内科研修における病歴要約の重要性

1) 病歴要約作成時のポイント(生成AIの活用について)

生成AIの活用について、受容度はまだ人それぞれであるが、
本会では以下のとおり、J-OSLER上での補完活用を許容する。

1. 病歴要約における文章の校正に活用するためであること。
2. 考察に関する情報の補完に活用するためであること。
(考察そのものはあくまでも自身で作成する)
3. 生成AIによって出力された生成物には欠落や誤りがあることに留意すること。
4. 生成AIの活用にあたっては病歴要約の個別評価依頼をする際、
コメント欄に活用していることとその用途を簡潔に申告すること。(例：文章校正に活用)
5. 病歴要約の個別評価者は、申告内容を前提に評価すること。
6. [J-OSLERにおける生成AI利用ガイドライン \(関連資料\)](#)を踏まえて活用すること。

生成AIは「人間が答えを考える」ためのツールである。

2) 病歴要約評価時のポイント(一次評価の重要性について)

※J-OSLER病歴要約評価の手引きP40より

二次評価のレベルに達していない病歴要約

1. 文法の基本である誤字や脱字、助詞の間違い、商品名の記載や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. 提出した領域に相応しい主病名の設定や記載が不適切。
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、
卒後3～4年目前後の内科専門研修の記録として不十分。

二次評価のレベルに達していない病歴要約が相当数ある場合、二次評価査読委員による評価に必要な以上の時間を要するため、プログラムに直接差し戻して一次評価からのやり直しを求めることがある。

同じプログラムで同様のことが相次ぐ場合、プログラムの認定について審議する。

3)内科専門研修における病歴要約の重要性

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2017年11月15日
病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版 2020年10月29日
2020年度病歴要約二次評価者アンケートを総括して

内科専門研修施設において、

主担当医・主病名としての診療経験について、

内科指導医の形成的指導の下に、

内科専門研修に相応しい診療内容であることを、

第三者にも実証できるように記載したものである。

記載した専攻医と担当(病歴)指導医の内科医としての真摯さ・誠実さの一端を映すものとも考えます。

内科専門研修施設としての妥当性・適切性の一端を映すものとも考えます。

病歴要約評価の目的

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2017年11月15日
病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版 2020年10月29日
病歴要約作成の手引き・病歴要約評価の手引き 2023年9月25日

- ①専攻医が一定の研修期間中に**主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。
- ②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かわりが重要であり、病歴要約を詳細に査読することによってその資質を評価する。
- ③専門分野や関心領域が同じでない評価者に、記載の学問的なレベルや詳細さについて、厳密な評価は困難を伴うと思われる。従って病歴要約評価においては、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。

病歴要約評価：まず病歴の全体像を把握を

項目一覧

▼ 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

■ 症例

経験時期	初期研修（またはプログラム外の内科研修）		
受持期間	20██/04/19 ~ 20██/05/03		
患者の施設名	██████████		
領域	感染症		
疾患項目	原虫・スピロヘータ感染症など 5) 梅毒	梅毒に対し抗菌薬治療を施行した女性例	
患者ID	██████████	██/04/19	██/05/03
受持時患者年齢	75歳		
性別	女性		で
担当状況	入院症例	・スピロヘータ感染症など 5) 梅毒 神経梅毒	
	確定診断名	#1（主病名）	
		#2（副病名1）	
		#3（副病名2）	
		#4（その他の副病名）	

一覧・検索へ戻る

印刷・PDF化

評価開始時に、
全体像を把握できます

印刷・PDF化を
クリックすると
全体を参照できます

症例登録時の情報が病歴要約内に自動で表示

PDF化した病歴要約で全体像の把握できる

フェーズ：個別評価 対応：承認 交付済：なし			
神経梅毒に対し抗菌薬治療を施行した女性例			
病歴要約番号	領域	感染症	
患者の施設名			
患者ID	受持時患者年齢	75歳	性別 女性
受持期間 自	20/04/19	受持期間 至	20/05/03
入院日	20/04/19	退院日	20/05/03
転 帰： ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 不要			
☐ 転科：手術なし ☐ 転科：手術あり ☐ 転科：手術あり(外科紹介症例として作成)			
☐ 死亡：剖検なし ☐ 死亡：剖検あり ☐ 死亡：剖検あり(剖検症例として作成)			
フォローアップ： ☒ 外来で ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院			
確定診断名			
#1(主病名) 神経梅毒			
#2(副病名1)			
#3(副病名2)			
#4(その他の副病名)			
【主訴】ふらつき			
【既往歴】29歳頃：網膜剥離，30歳頃：気管支喘息			
【社会生活歴】喫煙歴：20歳～75歳20本/日，飲酒歴：19歳～30歳頃まで日本酒2合/日，アレルギ：食物なし，薬物なし，輸血歴：なし			
【家族歴】祖父母：梅毒			
【病歴】20歳時に出産し，その際に梅毒感染を指摘され内服治療を受けたが自己中断していた。20年8月に頭痛と頸部痛を主訴に当院を受診したが，髄液検査では特記すべき所見はなく，明らかな神経学的異常所見を認めず経過観察となった。20年1月頃からふらつきや物忘れの進行あり，近医でTPHA陽性，RPR32倍と梅毒感染が疑われる所見を認めたため20年3月31日に当院神経内科外来を受診した。髄液検査を施行したところ細胞数 $19/\mu\text{L}$ ，蛋白 51 mg/dL と上昇を認め，髄液FTA-ABSが陽性であった。神経梅毒と診断し，抗菌薬治療目的に4月19日に入院した。			
【主な入院時現症】身長 152.4 cm ，体重 61.7 kg ，体温 $36.8\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，呼吸数 $18/\text{分}$ ， $\text{SpO}_2\text{ }94\%$ (room air)，脈拍数 $91/\text{分}$ ，整，血圧 $154/77\text{ mmHg}$ ，JCS0，GCS E4V5M6，眼瞼結膜の貧血はなく，眼球結膜の黄染はない，咽頭の発赤はなく，呼吸音は肺野に聴取され，呼吸音に異常はない，腹部は平坦で軟らかく，肝臓と脾臓を触知し，肝臓と脾臓に腫大を認めない，腸管蠕動音は減弱を認めない，四肢の筋力減弱を認めない，四肢の筋力減弱を認めない，上下肢の麻痺や感覚障害を認めない，脳神経運動に異常はない，Romberg試験は安定している，Mann試験でふらつきを認める。【検査結果】			
【主要な検査所見】血液所見：WBC $7900/\mu\text{L}$ ，RBC $434\text{ 万}/\mu\text{L}$ ，Hb 13.8 g/dL ，Ht 41.8% ，Plt $18.0\text{ 万}/\mu\text{L}$ ，血液生化学所見：TP 7.4 g/dL ，Alb 3.9 g/dL ，AST 21 IU/L ，ALT 13 IU/L ，Cr 0.65 mg/dL ，BUN 17 mg/dL ，Glu 121 mg/dL ，Na 141 mEq/L ，K 4.0 mEq/L ，Fe $78\text{ }\mu\text{g/dL}$ ，フェリチン 67.6 ng/mL ，VitB12 565 pg/mL ，葉酸 5.5 ng/mL ，乳酸 11.0 mg/dL ，ビルビン酸 0.8 mg/dL ，ACE 16.8 U/L ，免疫血清学所見：CRP 0.38 mg/dL ，TPLA 3932.5 U/mL ，RPR 120.2 R.U. ，HBs抗原 0.00 IU/mL ，HCV抗体 0.0 C.O.I. ，抗核抗体 80 倍，抗SS-B抗体 陰性，ds-DNA抗体 <			

選択した領域に相応しい内容の病歴要約であること

10 IU/mL，PR3-ANCA <1.0 U/mL，MPO-ANCA <1.0 U/mL，抗TPO抗体 >600 IU/mL，抗SS-A抗体 <5.0 U/mL，抗SS-B抗体 <5.0 U/mL，髄液検査(外来：2021年4月6日)：初圧 $18\text{ cmH}_2\text{O}$ ，排液 7 mL ，終圧 $18\text{ cmH}_2\text{O}$ ，髄液細胞数 $19/\mu\text{L}$ (単核 95% ，髄液多核 5%)，髄液蛋白定量 51 mg/dL ，FTA-ABS 陽性，頭部単純CT：特記すべきことはない，頭部単純MRI：FLAIRで両側島皮質がやや厚く，高信号である，その他小さな高信号領域が脳内に散在している。

【プロブレムリスト】

#1. 神経梅毒

【入院後経過と考察】4月6日に髄液検査を施行し，細胞数 $19/\mu\text{L}$ ，蛋白 51 mg/dL と上昇を認め，髄液FTA-ABSが陽性であったことから，神経梅毒と診断し4月19日に抗菌薬治療目的に入院した。入院当日からペニシリンG2400万単位/日を開始した。治療開始数時間以内の発熱や皮疹，リンパ節腫脹などはなくJarisch-Herxheimer反応は出現しなかった。またペニシリンGに含まれるカリウムによる高カリウム血症も懸念されたが入院中の血液検査でカリウムの上昇はなく経過した。神経梅毒に対し点滴による抗菌薬加療を14日間施行した。5月3日抗菌薬治療終了し同日退院した。20年10月27日に髄液検査を再検し細胞数 $3/\mu\text{L}$ ，蛋白 43 mg/dL と低下見られた。

【退院時処方】なし

【総合考察】梅毒はTreponema pallidumによって引き起こされる慢性的な全身感染症である。病期は3つに分類され，Treponema pallidumに曝露してから10-90日後に初感染の成立部位に下疳を形成する第1期梅毒，1-2ヶ月後にTreponema pallidumに対する免疫反応として様々な全身症状をきたす第2期梅毒，2ヶ月以降に心臓血管系や神経系に侵襲をきたす第3期梅毒である。Treponema pallidumの中枢神経系へ感染であり，どの病期でも起こりうると考えられている。本症例では20歳の妊娠時に梅毒を指摘されており，2020年8月の髄液検査では異常を認めなかったことから，第3期梅毒で神経梅毒を発症したと考えられた。梅毒による持続性髄膜炎は無症候であっても将来的に症状を呈する可能性があり治療適応とされる (Merritt HH, et al. Oxford University Press 1946)。血清学的な梅毒反応，髄液検査での細胞数上昇と蛋白の上昇，髄液の梅毒反応の全てを認めた際に神経梅毒と診断される。米国疾病対策予防センターのガイドラインで推奨されている治療はペニシリンG300-400万単位の1日4回点滴静脈投与を10-14日間継続する治療である (Workowski KA, et al. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1)。治療終了後には6ヶ月毎の髄液検査が望ましいとされており本症例でも髄液検査を再検した。すべての髄液異常が改善するまでには2年程度かかることとされている (Clin Infect Dis. 2004;38(7):1001)。梅毒は性感染症であり身近な家族に感染をを広げてしまうリスクがある。感染症の特性に関して患者が理解出来るよう説明を行うことが必要である。梅毒は感染症法上5類感染症に分類されており診断から迅速に届け出る。

症例のことを知らない二次評価者が評価するので、二次評価者から「当科に入院した」とは・・・？

「入院した」もしくは「〇〇内科に入院した」が適切な記載と考える

参照：病歴要約作成の手引き・病歴要約評価の手引き 2023年9月25日

専攻医 所属施設名：

専攻医：

評価者：

病歴要約作成と評価の理念①

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2017年11月15日
病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版 2020年10月29日
病歴要約作成の手引き・病歴要約評価の手引き 2023年9月25日

- 病歴要約は単なる症例の記録（退院時要約そのもの）ではなく、
初診時から退院（もしくは主担当医としての受持期間）、あるいは
外来での経過観察時におけるかかわりの描写と、疾患に対する
科学的なアプローチの方法論や、その患者との人としての関わり、
そしてその患者から何が学び取られたかの考察を明示しなければ
ならない。
- その患者の初診から入院に至るまで（もしくは主担当医としての
受持期間）の経緯や診断、治療内容さらには未解決課題などが、
退院後あるいは外来で経過観察していく中で他の担当医にも伝
わるような病歴要約の作成を心がけるべきである。

病歴要約作成と評価の理念②

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2017年11月15日
病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版 2020年10月29日
病歴要約作成の手引き・病歴要約評価の手引き 2023年9月25日

- 各自が内科専門研修において**選択した領域（サブスペシャリティ）に相応しい代表的な症例**、即ち、診断や治療に難渋した症例、あるいは教訓を得た症例を提示するなど**研修の様子や姿勢が浮き彫りになる**ような配慮も求める。
- その疾病についての診療能力を示すものは、病歴要約上ではどのような情報をもとに、どのように診断・治療して、どのような転帰になったかが明瞭に記載されているかどうかにかかっている。また、初診時あるいは入院時（もしくは**受け持ち開始時**）の所見、検査も全てを網羅的に記載する必要はない。基本的、必須項目が（否定要件も含めて）選択され、記載されているかどうか問われる。

病歴要約作成と評価の理念③

病歴要約 評価の手引き J-OSLER版 2017年11月15日
病歴要約 作成と評価の手引き J-OSLER版 2020年10月29日
病歴要約作成の手引き・病歴要約評価の手引き 2023年9月25日

- どのような症例でも同一の様式で、指定された一定のスペースの中に記載することが求められる。また、それぞれの病態について、必要十分な情報が論理的に、且つ正確に記載されていて、第三者が一読することで、その症例を理解できるかどうか**が最も重要であり、このことが評価の対象となる。そのためには当該症例へのサブスペシャルティの知識を十分に有しつつも、その上で患者の病態の全体像を捉えられているのか（統合力はあるのか）、医療の継続性に配慮しているか、などが問われる。**
- **診療に取り組んでいる態度がどれだけ濃密に描かれているかで評価されるが、ただ仔細なデータが書いてあれば良いというものではない。**生活社会歴やパーソナリティ、患者の個々の事情など、**全人的な視点で俯瞰**しながら、優先順位をどうつけ、問題解決していったかについての記述を加えることも重要である。

病歴要約などに関する参考資料

■J-OSLER登録実績概況（2024/10/12）

https://cdn-naikaprod.pressidium.com/wp-content/uploads/2024/10/J-OSLER_20241001.pdf

■J-OSLER 生成AIに関するガイドライン（2024/11/09） NEW

https://docbase.io/file_attachments/8c8bceea-cff9-4192-b55e-ce09d74796b3.pdf

■病歴要約作成の手引き（2023/10/12）

<https://cdn-naikaprod.pressidium.com/wp-content/uploads/2023/10/2e5a70e7ec35fd38bfba84276602ddd2.pdf>

■病歴要約サンプル（2024/7/9） NEW

<https://cdn-naikaprod.pressidium.com/wp-content/uploads/2024/07/35a75d9e2a04130148491c77a1037343.pdf>

従来のサンプルを改訂し、新規に問い合わせの多い『出血性貧血』サンプルを追加した。

■病歴要約評価の手引き（2023/10/12）

<https://cdn-naikaprod.pressidium.com/wp-content/uploads/2023/10/b9231ed2542cef25b7261f27d7ae5f65.pdf>

日本専門医機構内科領域専門研修の概要

Specialized Fellowship Training

	旧・認定内科医制度	2018年4月開始～
施 設	教育病院 教育関連病院	専門研修施設群
期 間	初期研修+内科経験1年以上	最短で3年間
研修プログラム	存在せず	カリキュラムに基づく 研修プログラムを提供
剖検基準	施設規模によらず一律	専攻医数に応じた剖検症例数
内科研修内容	副病名を認める	主担当医、主病名 施設内あるいは施設群で 内科全領域をカバー
病歴要約	認定試験と同時に審査	査読・受理：修了要件
研修実績・評価システム	紙ベース	J-OSLER
指導医	学会委嘱 専門医とは限らず	専門医かつ指導医資格
救急講習	蘇生講習 (質や指導者を問わず)	JMECC (内科専門医の指導)
医療安全 感染対策 医療倫理	規定なし	受講義務

内科専門研修実績・指導の証を、
適切にJ-OSLERに登録することを通じて、
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
育成できています。