

J-OSLER

病歴要約

評価の手引き

目次

位置付け・理念・目的

- 3 評価の位置付け
- 4 評価の目的
- 5 作成と評価の理念
- 8 新制度のポイント

症例について

- 13 病歴要約提出数
- 14 初期研修の症例
- 15 チェックポイント
- 25 評価項目

病歴要約評価の流れ

- 32 概要
- 33 個別評価
- 34 一次評価
- 36 二次評価

二次評価にあたって

- 38 留意点
- 42 評価の基準
- 43 外科紹介症例
- 44 受持期間

病歴要約評価の位置付け

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。

病歴要約評価の目的

- 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。

病歴要約作成と評価の理念①

- 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

- 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

- 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リ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。

新制度のポイント①

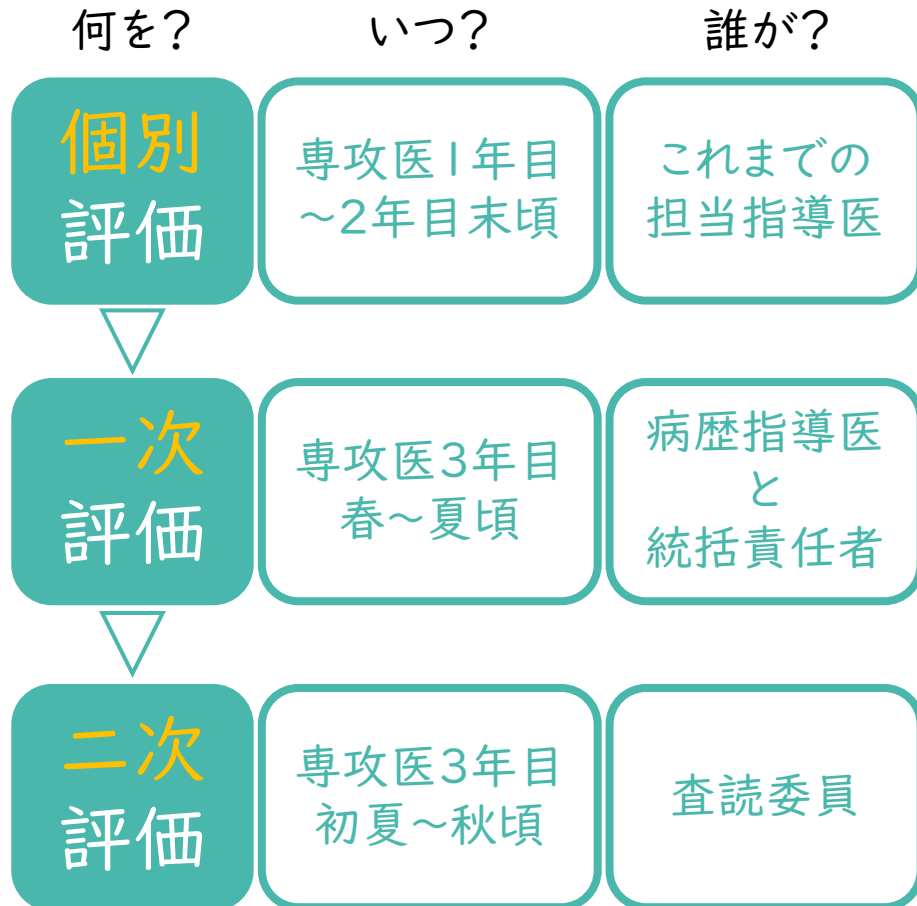
■ 形成的評価

プログラム制では病歴要約は単なる合否の判断基準として扱われるのではなく、プログラム内、そして内科学会査読委員による複数段階の形成的評価を踏まえて、より良い病歴要約としてまとめることによって、内科医としての資質を高めることを主眼としている。

※これまでの制度（認定医制度）では、病歴要約は合否判定基準の1つに含まれており、これまでの制度対象者が従来の評価方式によって病歴要約を提出し、内科専門医試験を受験する場合、病歴要約はこれまでどおり合否判定基準として用いられます。ただし、作成要領と判定方法はこの手引きに基づきます。

新制度のポイント②

■ J-OSLERによる病歴要約評価の流れ



- 個別評価者が病歴要約を1篇ずつ評価する。
- 個別評価者は「これまでの担当指導医」から専攻医が指名できる。

- 病歴指導医が29篇をまとめて評価した後、プログラム統括責任者が29篇を改めて評価する。
- 病歴指導医は、プログラム統括責任者によって指名される。

- プログラム外部の査読委員が29篇をまとめて評価する。
- 査読委員と専攻医の双方が匿名で行われる。
- 査読委員は、J-OSLERシステム上で機械的に指名される。

新制度のポイント②（用語説明）

■ 担当指導医

病歴要約の作成指導・個別評価を行う指導医で、専攻医のメンターとしての役割を担う。

原則として、専攻医が所属する施設に常勤する内科指導医を、専攻医の操作で担当指導医として申請する。

担当指導医1名につき、専攻医を同時に3名まで受け持つことが可能である。

■ プログラム統括責任者

専攻医の29病歴要約一次評価（統括責任者評価）を行う。

病歴指導医が承認した29篇を改めて評価する。

統括責任者は病歴指導医を兼任することが可能である。プログラムの規模にもよるが、複数の目線で病歴要約評価を行う観点から、可能な限り病歴指導医評価と統括責任者評価は、異なる指導医が担当することを推奨する。

■ 病歴指導医

専攻医の29病歴要約一次評価（病歴指導医評価）を行う。

一次評価を行うにあたって、最も適したプログラム内の内科指導医を、プログラム統括責任者の操作で設定する。

病歴指導医は担当指導医が兼任可能である。

■ 査読委員

専攻医の29病歴要約二次評価を行う。

専攻医が所属するプログラム外の施設に所属する方が、システムにより機械的に設定される。

査読の公平性を保つ観点から、査読委員の情報はプログラム側に一切開示されない。

新制度のポイント③

■ 病歴要約の提出内容

- 一次評価・二次評価に提出する29病歴要約は、全て異なる疾患群から作成すること。
※ただし、外科紹介症例と剖検症例については他の病歴要約の疾患群と重複することがある場合、これを認める。
- 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群から作成すること（選択した領域に相応しい内容であること）。
- 外来症例による病歴要約の提出は7篇まで認める。
- 初期研修（またはプログラム外の内科研修）中の経験症例による病歴要約の提出は14篇まで認める。

病歴要約で扱う症例について

求められる病歴要約提出数

領域	提出数
総合内科Ⅰ（一般）	2
総合内科Ⅱ（高齢者）	
総合内科Ⅲ（腫瘍）	
消化器	3
循環器	3
内分泌	3
代謝	
腎臓	2
呼吸器	3

領域	提出数
血液	2
神経	2
アレルギー	1
膠原病及び類縁疾患	1
感染症	2
救急	2
外科紹介症例	2
剖検症例	1
合計	29

- 消化器領域では、「消化管」・「肝臓」・「胆・膵」から病歴要約を提出すること
※「消化管」の病歴要約として、研修手帳の消化器領域・疾患群9にある「急性腹症」は含まれない。救急領域としての提出は可能である。
- 内分泌領域と代謝領域では、それぞれ1篇以上の病歴要約を提出すること

初期研修中（プログラム外）の経験症例について

以下の条件を満たすものに限る、J-OSLERへの登録を認める。

- 内科系疾患の成人症例（15歳以上）であること。
- 主担当医として担当していた当時に、内科指導医から指導を受けていること。
- 所属する内科専門研修プログラムが「内科専門研修相当の症例」と認めること。

上記3条件をすべて満たしていれば、当該症例を経験した診療科は問わない。

ここでいう「主担当医」とは、院内サマリーへの氏名記載の有無に関わらず、専攻医自身が当該患者を実際に受け持っていたかが肝要となる。

初期研修（またはプログラム外の内科研修）中の経験症例は、内科専門研修で必要とされる修了要件160症例のうち1/2に相当する80症例を登録上限とする。

病歴要約作成上のチェックポイント①

■記述様式

- POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成する。
- 病歴要約を印刷 (もしくはPDF化) したときに、A4で2枚以内に収める。
- 患者を特定できるような氏名、イニシアル、生年月日、居住地は記載しない。
- 患者IDは、照合のため所属施設のIDとするが、施設で責任を持って管理する限りにおいては、独自のIDを用いても構わない。

病歴要約作成上のチェックポイント②

■ 基本情報

- 下記▽の項目については、症例登録時の情報が病歴要約内に自動で表示される。
修正には、症例指導医による当該症例の「承認取消」と「差戻し」が必要となる。

◆ 症例

- ▽ 経験時期
- ▽ 受持期間
- ▽ 患者の施設名
- ▽ 領域
- ▽ 疾患項目
- ▽ 患者ID
- ▽ 受持時患者年齢
- ▽ 性別
- ▽ 担当状況

◆ この症例の指導医（症例指導医）

- ▽ 所属施設名
- ▽ 所属科
- ▽ この症例の指導医（症例指導医）

◆ 初期研修の症例

- ▽ 初期研修の施設名
- ▽ この症例の診療科
- ▽ この症例を指導した内科学会指導医

[【参考リンク】病歴要約作成済みの症例を修正する方法](#)

病歴要約作成上のチェックポイント③

■ タイトル

- その内容を端的に表したタイトルを記載する。

良い例→るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

悪い例→閉鎖孔ヘルニアの一例

■ 入院日・退院日（入院症例）／初診日・最終診察日（外来症例）

- 実際の期間を正しく入力する。
- 外科紹介症例の場合、初回入院日から術後退院日までを入力する。

■ 転帰

- 実際の転帰を正しく選択する。
- 外科紹介症例の場合 → 転科:手術あり(外科紹介症例として作成)
- 剖検症例の場合 → 死亡:剖検あり(剖検症例として作成)

病歴要約作成上のチェックポイント④

■ 確定診断名

- 略語は用いないこと。
- 疑い病名は含めないこと。
- 入院中（あるいは外来通院中）の重症度・重要性に従い、主病名を#1に記載する。
- #2以下に副病名、合併症を主要なものに限り記載する。

■ 病歴

- 主病名について記載する。
- 副病名や合併症の経緯も簡潔に言及する。
- 既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はないが、主病名に関係する重要な内容については記載を必須とする（例：気管支喘息におけるアレルギー歴など）。
- プロフィールや職業が重要な場合は記載する。
- 患者個人情報に繋がる病院名の記載は避け、「近医」などと記載する。

病歴要約作成上のチェックポイント⑤

- 主な入院時現症（もしくは受け持ち開始時の身体診察所見）
 - 不必要なものは減らして、要領よくまとめる。
 - 外来症例の場合、外来診察時現症を記載する。
- 主要な検査所見（もしくは受け持ち開始時前後の主要な検査所見）
 - ルーチンの記載についてはすべてを羅列する必要はない。
 - その疾患で異常になり得るデータ、注目すべき正常値、特殊検査は然るべく記載する。
 - 検査所見の記載などでは、医師国家試験問題や内科専門医試験問題やなどに準じて、一般的な略語は使用してよい。

[詳しくみる](#)

病歴要約作成上のチェックポイント⑥

■ プロブレムリスト

- 診断名だけでなく、患者を診察していく上で問題となる項目を挙げる。
- 初診時（もしくは受け持ち開始前後）に得られる、医療面接での問題点、臨床症状、診察所見、検査値の異常などからリストアップする。
- 予め診断がついている項目（病名）も主病名として取り扱った疾患と関連のある場合はプロブレムとして挙げてよい。

■ 入院後経過と考察

- 特殊検査等を含む診断とその根拠、治療とそのエビデンスおよび転帰を記載する。
- 考察はプロブレムごとに診断および治療法選択における過程を簡潔に記載する。
- 外来症例の場合、外来診療中の経過について考察する。
- 外科紹介症例・剖検症例の場合、それぞれ手術所見・剖検所見を含めて考察する。

病歴要約作成上のチェックポイント⑦

■ 退院時処方

- 薬剤名は一般名で記載する（一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい）。
- 外来症例の場合、最終診察時の処方について記載する。

■ 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、一般的な解説ではなく、担当症例に関連した診断および治療法選択における妥当性を簡潔に記載する。
- 患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載する。
- 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。

■ 添付画像

- 経過図、検査等一覧表は必要に応じて挿入してよいが、それが症例の理解に役立ち、明瞭に読み取れるものに限る。

病歴要約作成上のチェックポイント⑧

■ 文献

- 文献はEBMを重視の上、症例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、**必ず文中に記載する**。(医学中央雑誌やPubMedなどで閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものを基本とする)
- 出典を明らかにする目的で、原則として
([筆頭著者名]. [雑誌名] [発行年];[巻数]:[始頁]) の形式で記載する。
記載形式例: (Abe S. JAMA 1997;278:485) (工藤翔二. 日内会誌 2006;95:564)
- 字数の限られている病歴要約において、症例の内容や考察に関する記載スペースの確保を目的としていることに留意し、著者名は筆頭著者名(グループ名や(筆頭)学会名など)のみを記載する。また、雑誌名は医学雑誌で表記される略名で記載することが望ましい。論文タイトルは記載しない。

病歴要約作成上のチェックポイント⑧

■ 文献

- Web媒体から引用する場合、各学会、厚生労働科学研究班などから出されたガイドラインなど、医療情報内容がオーソライズされたものとする。

記載形式例:(●●学会編:●●ガイドライン. ●頁, ●年, ●●学会HP)

(●●省:●●研究. ●頁, ●年)

(●●班:●●報告書. ●頁, ●年)

(●●学会:●●指針. ●頁, ●年)

※ガイドラインの中で、最も参照した代表的な頁、発行年などを記載することが望ましい。

※実在しない文献の記載は虚偽記載とみなされるので留意する。

病歴要約における略語の記載について

- 確定診断名には略語は用いないこと。
- 複数の用語を意味する略語は、初出部に記載してから用いること。
〈例〉 糖尿病 (DM)、皮膚筋炎 (DM)
- サブスペシャルティ領域で一般的と思われる略語も、初出部に記載してから用いること。
〈例〉 経気管支クライオ肺生検 (TBLC)
経カテーテル大動脈弁置換術 (TAVI)
内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)
- 検査所見の記載などでは、一般的な略語は、医師国家試験問題や内科専門医試験問題などに準じて用いること。
〈例〉 JCS、GCS、SpO₂、血液検査項目、Xp、CT、MRIなど

評価項目①

■ 基本的記載

- 病歴要約の記述が「作成の手引き」に従っているか。
- 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。
- 医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。
- 患者個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先等）や紹介元（先）病院名・医師名は記載していないか。
- 病歴要約の記載内容がPDF版のA4で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。

評価項目②

■ 症例選択の適切性

- 提出分野の主病名であるか。

内科専門研修における「主病名」は、「専攻医が最も対応に苦慮した疾患・病態」を指す。これは、院内サマリーにおける主病名と一致している必要はなく、当該領域の病歴要約として、主病名に対して充実した考察ができるかどうか肝要となる。

例えば、血液領域として「出血性貧血」の病歴要約を作成した場合に、消化管出血に関する対応や考察を中心的に行っていたとしたら、消化管疾患としては認められるが、血液領域の病歴要約としては不相当とみなされ、Reject相当となる。

評価項目③

■ 診断プロセスの適切性

- 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。
- 経過、身体診察の記載は十分であるか。
- 診断に必要な検査の記載は十分であるか。
- 診断に必要な画像所見の記載は十分であるか。
- 鑑別診断については十分記載されているか。
- 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）。

評価項目④

■ 治療法の適切性

- 治療薬は一般名で記載しているか（商品名のみの記載は認めない）。
- 診断名に対して適切な治療法であるか。
- 入院後の経過（外来症例の場合は、外来受診毎の経過）が正しく記載されているか。
- 主病名の治療について記載が十分であるか。
- 全体的な流れとして妥当な治療か。

評価項目⑤

- 十分に考察されているか
 - EBM（診断と治療の根拠）を重視しているか。
 - 適切な文献を引用しているか。
 - 考察（総合考察を含む）の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。

評価項目⑥

- 倫理的妥当性（倫理的配慮）
 - 患者の人権を尊重しているか。
 - 患者の事情、希望に配慮しているか。
 - 患者の社会的心理的背景を考慮しているか。
 - 患者を全人的視野で診療しているか。

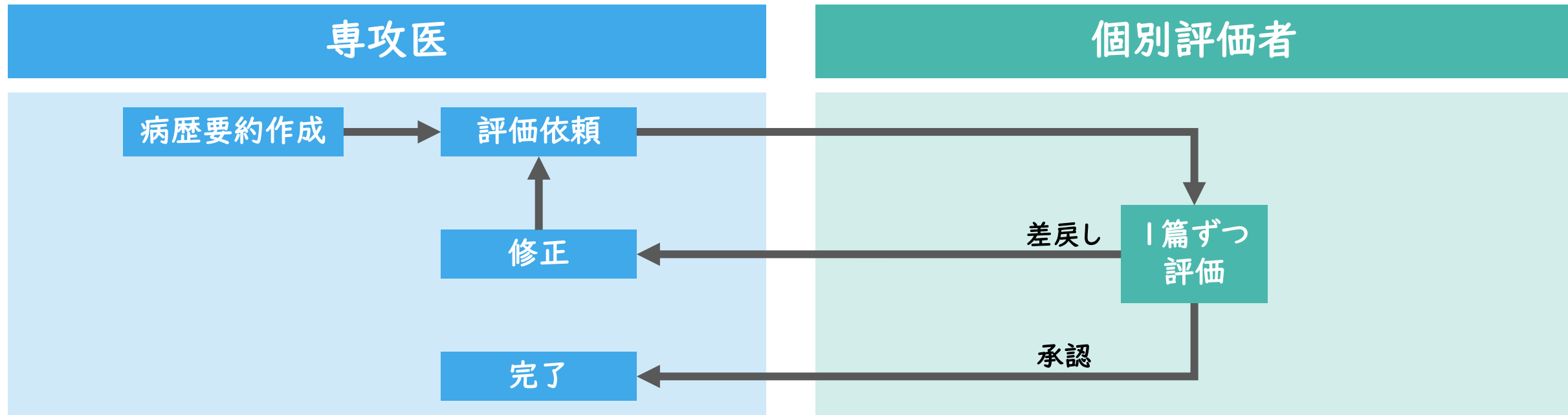
病歴要約評価の流れ

病歴要約評価の流れ（再掲）



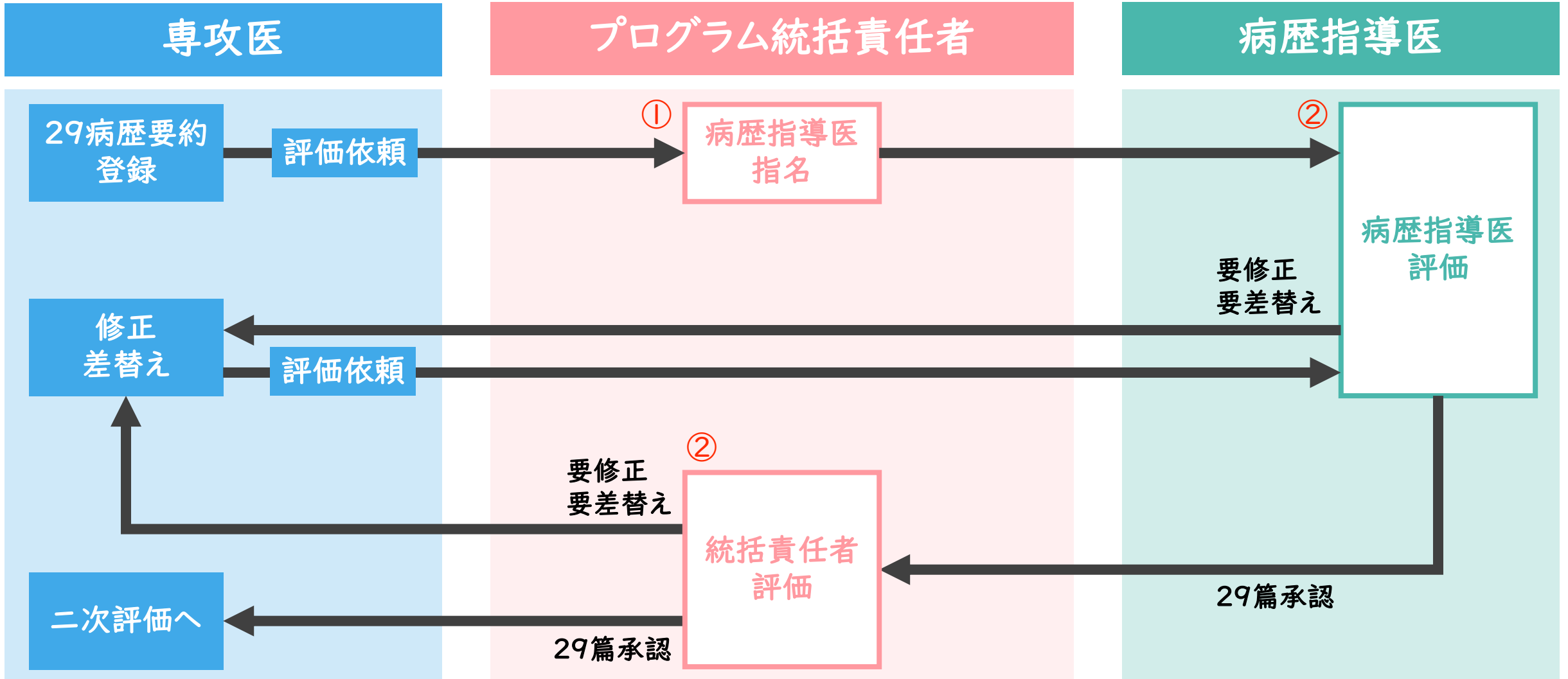
- 個別評価者が病歴要約を1篇ずつ評価する。
- 個別評価者は「これまでの担当指導医」から専攻医が指名できる。
- 病歴指導医が29篇をまとめて評価した後、プログラム統括責任者が29篇を改めて評価する。
- 病歴指導医は、プログラム統括責任者によって指名される。
- プログラム外部の査読委員が29篇をまとめて評価する。
- 査読委員と専攻医の双方が匿名で行われる。
- 査読委員は、J-OSLERシステム上で機械的に指名される。

病歴要約「個別評価」の流れ



病歴要約の個別評価者は、「これまでの担当指導医」の中から、専攻医の操作で指名が可能。

病歴要約「一次評価」の流れ



病歴要約「一次評価」の流れ

①病歴指導医指名

- 専攻医が29病歴要約を登録し、J-OSLER上で一次評価依頼を行う。評価依頼がなされると、プログラム統括責任者のもとに病歴指導医を指名するよう通知メールが届く。
- 病歴指導医の指名は7日以内を目安に行う。
- 病歴指導医はプログラム内の指導医からプログラム統括責任者の操作で指名できる。

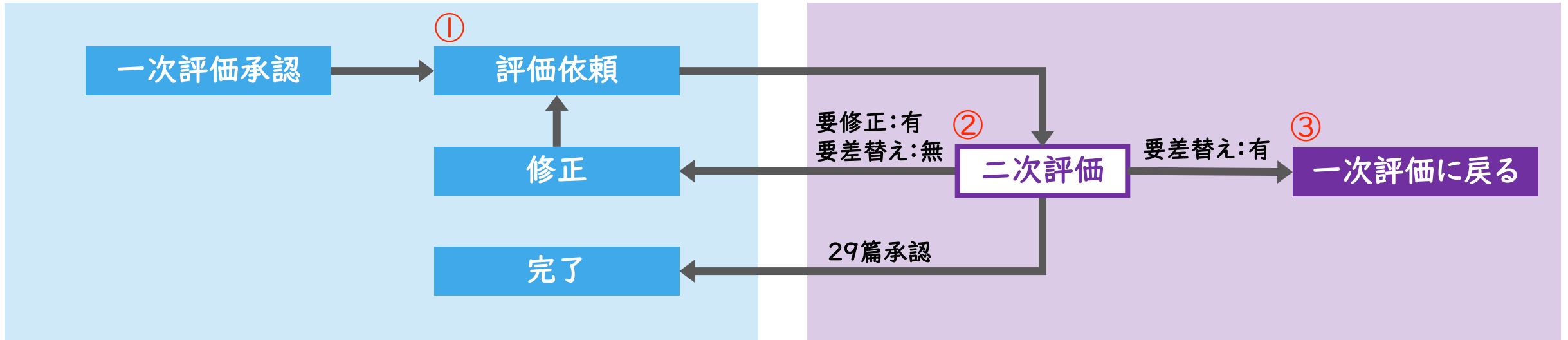
②病歴指導医評価・統括責任者評価

- 29病歴要約をまとめて評価する。
- 病歴指導医の初回評価は21日以内、統括責任者の初回評価は14日以内、2回目以降はそれぞれ7日以内を目安に評価する。
- 各病歴要約が内科専門研修に相応しくない内容であった場合、**Revision**・**Reject**と評価する。
- **Revision** 要差替えは各病歴要約に対し、初回の評価時のみ選択可能である。
- 各病歴要約が内科専門研修に相応しい内容であった場合、**Accept**と評価する。

病歴要約「二次評価」の流れ

専攻医

査読委員



① 評価依頼

- 一次評価で承認された29病歴要約を、専攻医の操作で二次評価に提出する。

② 二次評価

- 査読委員が29篇をまとめて評価する。

③ 要差替えがあった場合

- 専攻医が別病歴要約に差し替える。差し替えた病歴要約のみ、一次評価をやり直す。

二次評価にあたっての留意点

二次評価にあたっての留意点①

1. 総合内科専門医の病歴要約ではない

内科医として独り立ちを迎える卒後3~4年目前後に作成し、その際に承認を受けた病歴要約であることを踏まえて評価をお願いします。

2. 学会誌などの発表に対する査読ではない

学会誌や地方会での症例報告に対する査読とは異なり、あくまでも内科専門研修の研修実績であることをご留意ください。

3. ポジティブフィードバック

今後の成長に期待し、伸びしろを引き出す形成的なコメントをお願いします。
2回目以降のコメントは、前回までのコメントに関連したものに限るようお願いします。

二次評価にあたっての留意点②

4. 迷ったら事前に相談

29病歴要約の半数以上が二次評価のレベルに達していない内容であり、プログラム側への差戻しが必要と判断した場合、評価前に内科学会へご相談ください。

J-OSLER@naika.or.jp

5. 領域選択の妥当性／評価の基準

詳しくみる

当該領域における主担当医・主病名としての診療経験について、内科専門研修に相応しくないと判断した場合、**要差替え**、もしくは大幅な**要修正**とご評価ください。

Reject

Revision

6. 2回目以降の評価における新たな指摘

2回目以降の二次評価において、前回の二次評価で指摘していない事項を新たに指摘することはお控えください（専攻医が修正した箇所に対する指摘は除く）。必要な修正は1回目の評価で指摘し、2回目以降は軽微な修正にとどめてください。

二次評価にあたっての留意点③

7. 二次評価回数の上限

専攻医側と3回以内のやり取りで、二次評価を完了することを推奨します。
なお、システム上は4回以上の二次評価提出・評価も可能です。

8. 評価期間の延長

二次評価の初回評価期間は「2週間」としてお願いしておりましたが、
多数寄せられたご要望を踏まえ、「3週間」に延長しました。

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。

評価の基準

■ 要差替え (Reject)

▽領域選択

▽本人の受け持ち状況

のいずれかに、明らかな不備があれば、
要差替え (Reject) となります。

※明らかな不備とは言えず、
疑義が生じた場合は「要修正」とし、
コメントをお願いします。

■ 要修正 (Revision)

独り立ちを迎える内科医として、
記載内容に不備があり、
考察に一考を求める場合は
要修正 (Revision) としてください。

なお、軽微な指摘はあるものの、
概ねAcceptできる内容であれば
Acceptとし、指摘は伸びしろを
期待したコメントをお願いします。

外科紹介症例について

■ 外科紹介症例の妥当性は原則、以下の考えに基づいて評価をお願いします。

1. 主担当医として受け持った患者の内科系疾患に対して、
外科的専門治療が必要であると診断した症例であること。
2. その外科的専門治療に外科系医師があたった症例であること。
(施設やベッドの空き状況があるため必ずしも外科転科の有無は問わない)
3. その外科的専門治療が、全身麻酔下、あるいはそれに相当する手術であること。

※補足

全身麻酔が基本であるため、胃瘻作成や胆道ステント留置による内瘻化、透析のシャント術、脳神経外科で施行された頸動脈ステントなどは外科紹介症例の対象外となります。

受持期間について

■ 症例の受持期間

提出された病歴要約が、当該症例の受持期間を中心とした記載になっているのかどうか、ご勘案をお願いします。

今日の症例の受け持ち方として、最初から退院時まで
主担当医として受け持つことは減る傾向にあります。

提出された病歴要約の中には、当該症例のある一時期しか
受け持てないこともあります。その受持期間を中心に
該当する領域に相応しい検査・治療・診療をしっかりと行い、
考察（総合考察を含めて）をきちんと記載できているのであれば、
最初から要差替え（Reject）とせず、評価をお願いします。