# 病歴要約評価の手引き

# J-OSLER-呼吸器版

一般社団法人　日本呼吸器学会

第一版　　2026/10/08

# ◆目　次◆

1. 病歴要約作成と評価の理念 …… 【1 頁】
2. 病歴要約 新制度のポイント …… 【2 頁】
3. 病歴要約における個人情報の取り扱いについて …… 【3 頁】
4. 病歴要約のポイント …… 【4～7 頁】
5. 一次評価／二次評価について …… 【8 頁】
6. 査読委員の方へ《二次評価にあたって》 …… 【9 頁】
7. 二次評価の流れ …… 【10 頁】

# １.病歴要約作成と評価の理念

◆ 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、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。

◆ 各自がそれぞれの 疾患・病態群において研修した代表的な症例、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が問われる。

◆ 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疾患・病態群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、ただ詳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。

# ２.病歴要約 新制度のポイント

## ■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、そして日本呼吸器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、呼吸器内科医としての資質を高めることを主眼としている。

## ■病歴要約の提出内容■

1. 病歴要約は呼吸器内科全領域から指定された 25 症例を取りまとめ、提出すること。
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、疾患・病態群からはそれぞれ異なる疾患から作成することが望ましい。
3. 症例経験は、50%まで外来症例を認めるが、外来症例による病歴要約は推奨していない。ただし、呼吸器内科専門研修期間中に呼吸器内科専門研修に相応しい入院症例としての診療経験がない疾患・病態群で、一定の要件を満たせば、外来症例による病歴要約の提出を 3 例まで認める（全て異なる疾患・病態群での提出が必要）

## ■呼吸器内科領域専門研修の修了要件■

日本呼吸器学会ホームページ「修了要件症例数」を確認すること。
https://www.jrs.or.jp/specialist/newspe/requirements.html

# ３.病歴要約における個人情報の取り扱いについて

平成 29 年 5 月 30 日より改正個人情報保護法が施行されたことに伴い、平成 29 年 10 月 25 日付で一般社団法人日本医学会連合から通知されました文書では、『各学会が行う専門医のデータベースの場合も含め学術研究の用に供する場合は、改正個人情報保護法においても、従前の規定の通り第三者提供の制限等の同法第 4 章の規定の適用が除外されることについては、個人情報保護委員会事務局と確認済みである』と記載されております。

呼吸器内科領域専門研修に伴う病歴要約の作成（資格認定試験 出願書類作成）に当たっては、基盤学会である日本内科学会と同様に下記のとおり、これまでと同様にご対応の程、宜しくお願いいたします。

---

《日本内科学会資格認定試験 出願書類における患者個人情報の保護について》
※患者個人情報への配慮が欠けている病歴要約については、要修正といたします。

患者氏名（イニシアル）・生年月日・住所・連絡先等は記載しない。また、患者個人情報に 繋がる紹介元（先）病院（医師）名の記載は避けて『近医』などと記載する。
患者 ID は照合のため施設の ID としますが、施設で責任を持って管理する限りにおいて は連結可能な独自の ID を用いても構いません。
変換された患者 ID コード表は、貴病院長の責任の下、教育責任者および診療記録管理 室で確実に保管していただき、本会からの問合せに応じて照合できるようにしていただきます ようお願いいたします。

---

病歴要約を査読し評価する委員の先生方に対して、くれぐれも Web 上での個人情報データ（専攻医および患者）流出をきたさぬように注意を徹底いたします。
引き続きご理解の程よろしくお願い申し上げます。

# ４.病歴要約のポイント

1. 基本的記載

◆ 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、減点対象になります。
◆ 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（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 要修正）。
◆ 病歴要約の記載内容が PDF 版の A4 判 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（ただし、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）。

2. 症例選択の適切さ

◆ 提出分野の主病名であるか（副病名で経験した症例は認めない）。

3. 診断プロセスは適切か

◆ 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）。

4. 治療法は適切か

◆ 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、外来受診ごとの経過）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。

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。
◆ 考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。

## 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。

## 7. 各項目の注意点

■記述様式■

POS（Problem Oriented System）方式の病歴要約を作成する。
J-OSLER-呼吸器上ではそれぞれの記載項目に入力文字数の上限があるが、病歴要約全体の記載は印刷（もしくは PDF）で打ち出したときに、A4、2 枚（もしくは A3、1 枚）を越えないようにすること（ただし、画像データは印刷の仕様上、除くものとする）。

■タイトル■

その内容を端的に表したタイトルを記載する。
※例 ：気管支喘息治療経過中に腹痛で発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

■患者情報（ID、年齢、性別）、疾患・病態群名、医療機関名、入・退院日、受持期間、転帰、フォローアップを記載する■

※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 は照合のため施設の ID とするが、施設で責任をもって管理する限りにおいては連結可能な独自の ID を用いても構わない。

■確定診断名■

略語は用いない。
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（副病名で経験した症例は認めない）。
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。
既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はない。
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紹介元（先）病院（医師）名の記載は避けてください。（「近医」などと記載すること）

■入院時現症（外来診察時現症）■

不必要なものは減らして、要領よくまとめる。

■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（一般には肝機能正常という表現でも良い）。しかし、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（例えば CK 等が重視される間質性肺疾患等ではその検査値を記載する）。

※一般的な略語は使用してよい。

■画像診断■

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。

■プロブレムリスト■

プロブレムリストに挙げられるプロブレムとは、診断名だけではなく患者を診察していく上で問題となる項目のリストである。したがって、初診時に得られる、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されるべきものである。

※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も良い。

■入院後経過（外来診療中の経過）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について記載する。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。

※ただし【入院後経過】と【考察】はそれぞれをプロブレム、病名ごとに独立して記載 するか、併せて記載するかについては、いずれの様式も認める。

※ 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。

■文　献■

EBM を重視し、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。

※全国の図書館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からの引用に限る。

・引用形式：（Abe S. JAMA 1997；278：485）（工藤翔二. 日内会誌 2006；95：5）

※web 媒体からの引用について：「Up To Date」等、医療情報源や各学会、厚生科学研究班等から出されたガイドライン等、出典がオーソライズされたものとする。
・引用形式例：(●●学会編：●●ガイドライン．●頁，2021 年，●●学会 HP)

■退院時処方（最終診察時の処方）■
薬剤名は一般名で記載する。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい。

■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が評価される。

# ５.一次評価／二次評価について

■一次評価■　（呼吸器内科領域専門研修 3 年目 4 月 1 日～11 月末まで）

1. 一次評価はプログラム内評価で、評価はプログラム統括責任者およびプログラム統括責任者が指名した一次評価病歴要約担当指導医が行う。病歴指導医は、これまでの担当指導医、あるいは現在の担当指導医など当該専攻医にとって相応しい方から指名される。

2. 病歴指導医の入念な評価を経て、最終的にはプログラム統括責任者が一次評価の最終承認者として承認する。

3. 一次評価は 25 症例の個別評価と総括評価によって構成され、全 25 症例の個別の病歴要約が受理されるまで、要修正、要差し替えが求められる。

4. 専攻医は一次評価を経た 25 症例の病歴要約を J-OSLER-呼吸器上にセットし、二次評価の依頼をする。

■二次評価■　（呼吸器内科領域専門研修 3 年目 5 月 1 日～1 月末まで）

1. 二次評価はプログラム外評価として位置づけられる。プログラム外の査読委員による客観的評価という性格をもち、この二次評価をもって複数回の形成的評価の実施と位置付けている。

2. 二次評価は日本呼吸器学会指定の査読委員が行い、専攻医と同じプログラムの関係者が評価することはない。なお、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ことになるが、病歴要約本文においても施設が特定される情報の記載がないよう、一次評価段階での記載配慮が求められる。

3. 二次評価は 25 症例の個別評価と総括評価によって構成され、一次評価と同様に、全 25 症例の個別の病歴要約が受理されるまで、要修正、要差し替えが求められる。

4. 評価とその修正の回数は 3 回を上限とする。1 回目の評価期間は 2 週間、2 回目以降の評価期間は 1 週間とする。

J-OSLER-呼吸器では病歴要約の評価に当たって、【現病歴】、【主な入院時現症】、【主要な検査所見】など、項目ごとにコメントができるようになっております。必要に応じてコメントしていただき、形成的評価に繋げていけるようご理解・ご協力の程、宜しくお願いいたします。

# ６．査読委員の方へ
## 《二次評価にあたって》

二次評価では前記『病歴要約のポイント』の評価項目を参考にし、承認、要修正、要差替えの 3 段階で症例毎に評価いただきます。
全 25 症例の評価終了後、当該専攻医に対して評価の内訳（承認、要修正、要差替え）がメールで通知されます。
なお、2021 年度時点では、日本呼吸器学会専門医制度統括委員、専門医認定・更新資格審査委員、専門医制度プログラム審査委員、試験委員、基幹施設プログラム統括責任者の方を査読委員として登録しております。

≪注意事項≫

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

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

・評価回数（最大 3 回まで）
提出された病歴要約を承認するまでの評価回数を最大 3 回までの評価回数としています。修正を求める重要事項は 1 回目の査読の際の評価にてお願いします。2 回目以降に、1 回目の評価の際に指摘していない事項を指摘することがないようにお願いします。
2 回目以降、軽微な修正を求める状況があるかもしれませんが、ご注意の程よろしくお願いいたします。

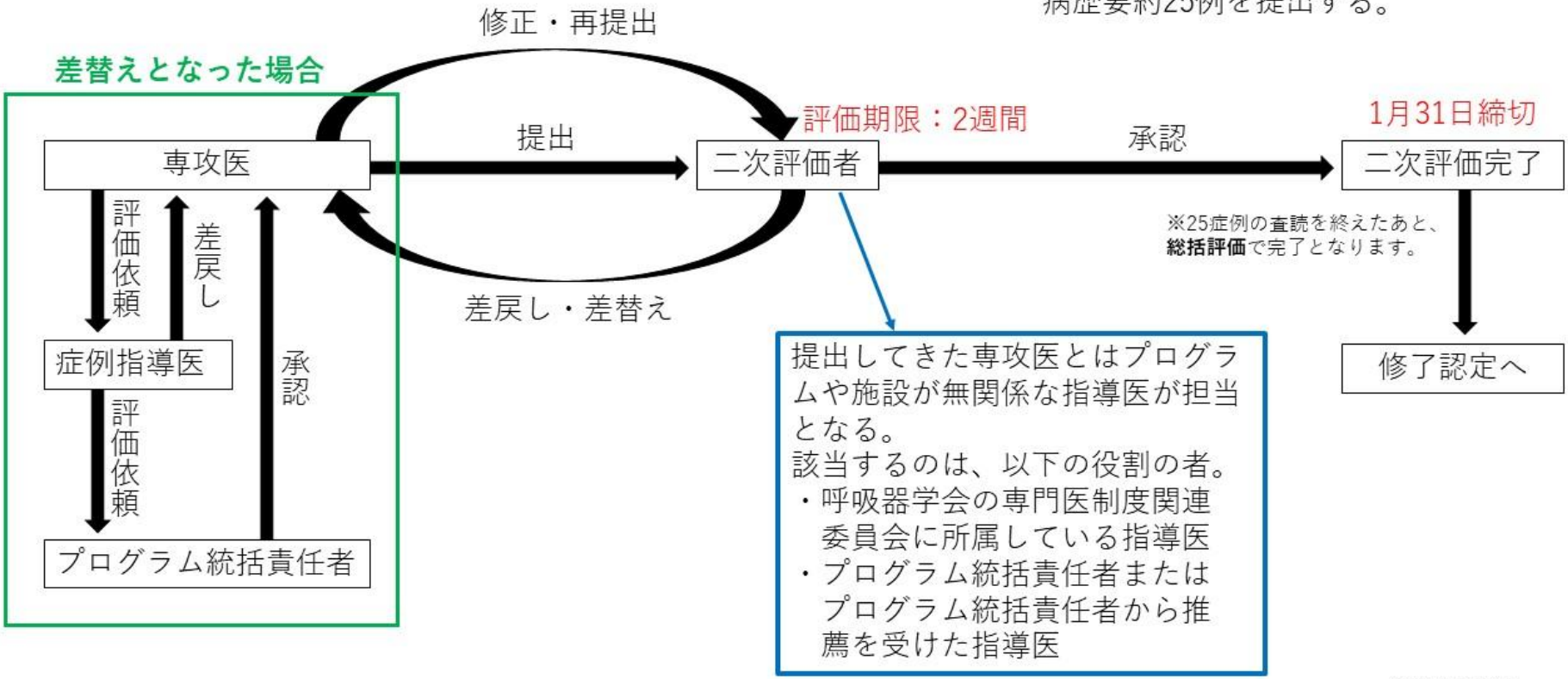
・評価期間（各回数ごとの評価期間）
1 回目：最大 2 週間程度（しっかりと査読にお時間をかけてください）

※「要修正」に該当する例※
・評価項目を総合的に判断して呼吸器内科領域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。

※「要差替え」（当該症例の差替え=別の経験症例での再提出）に該当する例について※
・その疾患・病態群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、主治医として受け持っていなかったなど）

# 二次評価の流れ

二次評価：毎年5月1日～1月31日
一次評価で承認となった専攻医が
病歴要約25例を提出する。




2023年2月3日