総合診療専門研修プログラム整備基準

研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。
*研修プログラムは日本専門医機構の中の*研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会 *で審査され、基準に照らして認定されます。　細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。*

項目番号 専門領域 総合診療 科

1　理念と使命

①	領域専門制度の理念	現在、地域の病院や診療所の医師が、地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づける。総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
②	領域専門医の使命	日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う。

研修カリキュラム

2　専門研修の目標

①	専門研修後の成果（Outcome）	地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む）を包括的かつ柔軟に提供できる。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる。具体的には以下の７つの資質・能力を獲得することを目指す。 １．包括的統合アプローチ ２．一般的な健康問題に対する診療能力 ３．患者中心の医療・ケア ４．連携重視のマネジメント ５．地域包括ケアを含む地域志向アプローチ ６．公益に資する職業規範 ７．多様な診療の場に対応する能力
②	到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）	

	ⅰ　専門知識	総合診療の専門知識は以下の６領域で構成される。 １．地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテクスト）が関与していることを含めて全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。 ２．総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく患者・医師の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。 ３．多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制に貢献する必要がある。 ４．地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない人も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。 ５．総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。 ６．繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。
	ⅱ　専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）	総合診療の専門技能は以下の５領域で構成される。 １．外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技 ２．患者との円滑な対話と患者・医師の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法 ３．診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうる

		ように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力 ４．生涯学習のために、情報技術（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力 ５．診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力
	iii　学問的姿勢	１．常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。 ２．総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。
	iv　医師としての倫理性、社会性など	１．医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。 ２．安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。 ３．地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。 ４．へき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。
③	経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）	
	i　経験すべき疾患・病態	・以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。 　なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とする。 １．以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須） ショック 急性中毒 意識障害 疲労・全身倦怠感

		心肺停止　呼吸困難　身体機能の低下　不眠　　食欲不振 体重減少・るいそう体重増加・肥満　浮腫　リンパ節腫脹 発疹　　黄疸　　発熱　　認知能の障害　　頭痛　　め ま い 失神言語障害　けいれん発作　視力障害・視野狭窄 目の充血　　聴力障害・耳痛鼻漏・鼻閉　　鼻出血　　さ声 胸痛　　動悸　　咳・痰　　咽頭痛　　誤嚥　　誤飲 嚥下困難　吐血・下血　　嘔気・嘔吐　　胸やけ　　腹痛 便通異常　　肛門・会陰部痛　熱傷　　外傷　　褥瘡　　背部痛 腰痛　　関節痛　　歩行障害　　四肢のしびれ　肉眼的血尿 排尿障害（尿失禁・排尿困難）　　乏尿・尿閉　　多尿　不 安 気分の障害（うつ）　興奮　女性特有の訴え・症状　妊婦の訴え・症状　成長・発達の障害 ２．以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。（必須項目のカテゴリーのみ掲載） 貧血、脳・脊髄血管障害、脳・脊髄外傷、変性疾患、脳炎・髄膜炎、一次性頭痛、湿疹・皮膚炎群、蕁麻疹、薬疹、皮膚感染症、骨折、関節・靱帯の損傷及び障害、骨粗鬆症、脊柱障害、心不全、狭心症・心筋梗塞、不整脈、動脈疾患、静脈・リンパ管疾患、高血圧症 、呼吸不全、呼吸器感染症、閉塞性・拘束性肺疾患、異常呼吸、胸膜・縦隔・横隔膜疾患、食道・胃・十二指腸疾患、小腸・大腸疾患、胆嚢・胆管疾患、肝疾患、膵臓疾患、腹壁・腹膜疾患、腎不全、全身性疾患による腎障害、泌尿器科的腎・尿路疾患、妊婦・授乳婦・褥婦のケア、女性生殖器及びその関連疾患、男性生殖器疾患、甲状腺疾患、糖代謝異常、脂質異常症、蛋白及び核酸代謝異常、角結膜炎、中耳炎、急性・慢性副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、認知症、依存症（アルコール依存、ニコチン依存）、うつ病、不安障害、身体症状症（身体表現性障害）、適応障害、不眠症、ウイルス感染症、細菌感染症、膠原病とその合併症、中毒、アナフィラキシー、熱傷、小児ウイルス感染症、小児細菌感染症、小児喘息、小児虐待の評価、高齢者総合機能評価、老年症候群、維持治療期の悪性腫瘍、緩和ケア
	ⅱ　経験すべき診察・検査等	以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験する。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。 １．身体診察 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む） 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE

		など） 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。 ２．検査 各種の採血法（静脈血・動脈血）、簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）、注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）、穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む） 単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）、心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査、超音波検査（腹部・表在・心臓、下肢静脈）、生体標本（喀痰、尿、皮膚等）に対する顕微鏡的診断、呼吸機能検査、オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価、消化管内視鏡（上部）、消化管内視鏡（下部）、造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）、頭・頚・胸部単純 CT、腹部単純・造影 CT、頭部 MRI/MRA
	ⅲ　経験すべき手術・処置等	以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験する。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められる。 １．救急処置 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS、JPLS）、小児蘇生のトレーニングが含まれているBLS、成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS）または内科救急・ICLS 講習会（JMECC）、外傷救急（JATEC） ２．薬物治療 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。適切な処方箋を記載し発行できる。処方、調剤方法の工夫ができる。調剤薬局との連携ができる。麻薬管理ができる。 ３．治療手技・小手術 簡単な切開・異物摘出・ドレナージ、止血・縫合法及び閉鎖療法、簡単な脱臼の整復、局所麻酔（手指のブロック注射を含む）、トリガーポイント注射、関節注射（膝関節・肩関節等）、静脈ルート確保および輸液管理（IVH を含む）、経鼻胃管およびイレウス管の挿入と管理、胃瘻カテーテルの交換と管理、導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換、褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン、在宅酸素療法の導入と管理、人工呼吸器の導入と管理、輸血法（血液型・交差適合試験の判定や在宅輸血のガイドラインを含む）、各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）、小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）、包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法、 穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）、鼻出血の一時的止血、耳垢除去、外耳道異物除去、咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）、睫毛抜去

	ⅳ 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）	１．適切な医療・介護連携を行うために、介護保険制度の仕組みやケアプランに即した各種サービスの実際、更には、介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。 （１）介護認定審査に必要な主治医意見書の作成 （２）各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断 （３）ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供 （４）グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施 （５）施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施 ２．地域の医師会や行政と協力し、地域包括ケアの推進や地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。 （１）特定健康診査の事後指導 （２）特定保健指導への協力 （３）各種がん検診での要精査者に対する説明と指導 （４）保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力 （５）産業保健活動に協力 （６）健康教室（高血圧教室・糖尿病教室・高脂血症教室など）の企画・運営に協力 ３．主治医として在宅医療を 10 症例以上経験する。（看取りの症例を含むことが望ましい）
	ⅴ 学術活動	１．教育 １）学生・研修医に対して１対１の教育をおこなうことができる。 ２）学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。 ３）専門職連携教育を提供することができる。 ２．研究 １）日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、総合診療や地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。 ２）量的研究、質的研究双方の方法と特徴について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

3 専門研修の方法

①	臨床現場での学習	職務を通じた学習を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対して EBM の方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とする。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録を経験省察研修録（ポートフォリオ：経験と省察のプロセスをファイリングした研

		修記録）作成という形で全研修課程において実施する。場に応じた教育方略は下記の通り。 ・外来医療 　経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）などを実施する。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていく。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供する。 ・在宅医療 　経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解し、次第に独立して訪問診療を提供し経験を積む。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学ぶ。 ・病棟医療 　経験目標を参考に幅広い経験症例を確保する。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深める。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様である。 ・救急医療 　経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保する。外来診療に準じた教育方略となるが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視する。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積む。 ・地域ケア 　地域医師会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とする。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画する。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解する。
②	臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）	・総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、関連する学会および団体の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修する。 ・臨床現場で経験数の少ない手技などをシミュレーション機器を活用して学ぶこともできる。 ・医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進める。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用できる。

③	自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）	・研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要とするが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストや Web 教材、更には日本医師会生涯教育制度及び関連のある学会等における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習する。
④	専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス	１年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することができる。 ２年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することができる。 ３年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあったり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できる。

4　専門研修の評価

①	形成的評価	
	1）フィードバックの方法とシステム	＊３年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要である。具体的には、研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを定期的に実施する。 ＊常に到達目標を見据えた研修を促すため、経験省察研修録作成の支援を通じた指導を行う。 なお、経験省察研修録の該当領域については研修目標にある７つの資質・能力に基づいて設定する。 ＊実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的に実施する。また、多職種による 360 度評価などを各ローテーション終了時等、適宜実施する。 ＊年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施する。 ＊ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築する。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証する。 ＊以上の、フィードバックの結果については、研修手帳などに過不足なく記録を残す ＊内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム（Web 版研修手帳, J-OSLER）による登録と評価を行う。 12 ヶ月の内科研修の中で、受け持ち入院症例を最低40例登録し、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として 10 件を登録する。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の

		登録数に所定の制約はないが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨する。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避ける。 提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行う。 12 ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられる。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告する。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。 ＊小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇する common disease をできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受ける。なお、研修手帳の「小児救急の一般目標・診療能力」において、経験する機会がなかった項目、十分に修得できなかった項目については、小児2次救命処置コースであるPALSやJPLS、あるいは、小児蘇生のトレーニングが含まれているAHA BLSコース、またはAHA PEARSコースの修了をもって代えることも可とする。 ３ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなる。なお、３か月で可能な限り目標を達成することに努め、できなかったものは研修期間の中で必ず達成する。 専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合する。
	2)（指導医層の）フィードバック法の学習（FD）	＊経験省察研修録、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格の取得に際して受講を義務づけている特任指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていく。
②	総括的評価	
	1）評価項目・基準と時期	＊それぞれのローテート研修終了時にローテート研修における到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。その際は「研修目標と研修の場」（資料として提示）を参考に、そのローテート研修において経験が望ましい項目を中心に評価する。 ＊全研修期間終了１ヶ月前に到達目標と経験目標が、カリキュラムに定められた基準に到達していることを確認する。
	2）評価の責任者	・ローテート研修の修了評価は、当該領域の指導責任者とプログラム統括責任者 ・全研修の修了評価は、プログラム統括責任者

	3）修了判定のプロセス	１）定められたローテート研修を全て履修していること ２）専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること ３）研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること 以上の３点について、プログラム管理委員会において合議により審査し、全てを満たしている場合に修了と判定する。
	4）多職種評価	＊修了判定会議では、研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価の結果も重視する。 ＊360 度評価の項目は、コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範の３つにより構成される。

研修プログラム

5　専門研修施設とプログラムの 認定基準

①	専門研修基幹施設の認定基準	専門研修基幹施設は、以下の基準を満たす施設である。 １．次に示す総合診療専門研修Ⅰ、あるいは総合診療専門研修Ⅱの施設基準を満たしていること。大学病院においては病床の規定の適用を猶予する。ただし、臓器別の分野を特定しない一般外来と一般病床にて専攻医が総合診療専門研修を実践できる環境を構築する努力が引き続き求められる。 ・総合診療専門研修 Ⅰ ：診療所または地域の中小病院（規模は以下の要件を満たせば病床数では規定しない）で、外来診療（学童期以下の小児、後期高齢者の診療を受け入れていること）、訪問診療（在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設）および地域包括ケアの研修が可能な施設。[総合診療専門研修Ⅰの小児要件は、地域・家族の中で小児を診る姿勢を養うもので、3ヶ月の小児科研修で代替できるものではない。少子高齢化の地域や近隣の小児科があるために十分な小児診療の経験が得られない総合診療専門研修Ⅰの施設では、総合診療専門研修中の週1回のパートタイム等で補うなどの工夫をすることが必要である］総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり1名以上置くこと。 ・総合診療専門研修 II ：総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院（規模は以下の要件を満たせば病床数などで規定しない）で、一般病床を有し救急医療を提供し、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等）の研修が可能な施設。総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医 3 名あたり 1 名以上置くこと。 ２．プログラム統括責任者が常勤で勤務し、コーディネーターとしての役目を十分果たせるように時間的・経済的な配慮が十分なされていること ３．専門研修施設群内での研修情報等の共有が円滑に行われる環境（例えば　TV　会議システム等）が整備されていること４．プログラム運営を支援する事務の体制が整備されていること５．研修に必要な図書や雑誌、インターネット環境が整備されていること ６．自施設で臨床研究を実施したり、大学等の研究機関と連携した研究ネットワークに加わったりするなど研究活動が活発に行われていること

②	専門研修連携施設の認定基準	総合診療専門研修プログラムは、③に示す複数の診療科のローテート研修を前提としており、診療科別に施設の認定基準を以下のように設定する。 なお、総合診療専門研修はⅠとⅡで構成されるが、Ⅰについては診療所や地域の中小病院における外来診療や在宅診療を中心とした総合診療の経験、Ⅱは一定規模の病院における病棟診療や救急診療を中心とした総合診療の経験を積むことを目的としている。 また、内科・小児科・救急科研修においては総合診療カリキュラムを基盤としながら各領域での豊富な臨床経験を積むことを目的としている。ただし、下記の基準は 2017 年６月現在に施行されている各学会の研修制度や専門医制度に基づいた記載である。 ・総合診療専門研修 Ⅰ：診療所または地域の中小病院（規模は以下の要件を満たせば病床数では規定しない）で、外来診療（学童期以下の小児、後期高齢者の診療を受け入れていること）、訪問診療（在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設）および地域包括ケアの研修が可能な施設。総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医 3 名あたり 1 名以上置くこと。 ・総合診療専門研修 II ：総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院（規模は以下の要件を満たせば病床数などで規定しない）で、一般病床を有し救急医療を提供し、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等）の研修が可能な施設。総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医 3 名あたり 1 名以上置くこと。 ・内科：2018 年度より開始予定の新内科専門研修制度において、研修施設の認定を受けている診療施設（臓器別でない診療を提供していることが望ましい） ・小児科:常勤で小児科を指導可能な医師がいる病院で外来・救急・病棟の(日常的によく遭遇する疾患を中心とした)研修が行える施設。 なお、研修にあたっては 小児科専門医が指導するのが望ましい。 ・救急科：救命救急センターもしくは救急科専門医指定施設、もしくは救急科専門医等が救急担当として専従する一定の規模の医療機関（救急による搬送等の件数 1000 件以上／年）。なお、研修にあたっては救急科専門医あるいは救急に専従する医師が指導すること。ただし救急科専門医が指導するのが望ましい。 ・次にある③「専門研修施設群の構成要件」の規定に則って領域~~域~~弁選択研修を設定した場合、総合診療と関連の深い診療領域（一般外科・整形外科・精神科・産科婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科など）の研修を行える病院または診療所。各領域の専門科指導医を 1 名以上置くこと。
③	専門研修施設群の構成	総合診療専門研修プログラムは、複数の連携施設の協力体制が

	要件	基盤となり、その中にある基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群の構成要件として 3 年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。 (1) 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修 I と病院総合診療部門(総合診療科・総合内科等)における総合診療専門研修 II で構成され、それぞれ単独で 6 ヶ月以上、合計で 18 ヶ月以上の研修を行う。 (2) 必須領域別研修として、単独で内科 12 ヶ月以上、小児科 3 ヶ月以上、救急科 3 ヶ月以上の研修を行う。 その他の領域の研修：研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・ 精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行ってもよい。特に、初期臨床研修で外科を選択していない場合は、外科研修を組み込むことを推奨する。なお、その他の領域の研修は、最大6ヶ月まで総診 IIの一部とすることができる
④	専門研修施設群の地理的範囲	・専門研修施設群の構成については、基本的に都道府県単位とするが、必要な研修を満たす目的あるいはこれまで他県の地域医療を支えてきたものを継続する目的で行う場合は、他の都道府県の医療機関における研修も可能とする。 ・総合診療専門研修 I/II においてはへき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域の医療機関、あるいは医療アクセスが困難な地域の医療機関での研修も可能となるような教育体制を整備する。 ・原則として、都道府県の定めるへき地に専門研修基幹施設が所在するプログラム、あるいは研修期間中に２年以上のへき地での研修を必須にしているプログラムにおいて、ブロック制で実施できない合理的な理由がある場合に限り、小児科・救急科の研修をカリキュラム制で実施することを認める。
⑤	専攻医受入数についての基準 （診療実績、指導医数等による）	・全ての専攻医が十分な診療経験を積むことができるよう、診療実績に基づいて専攻医受入数の上限を定める。 ・プログラム全体での、専攻医の年間受入数の上限は、総合診療専門研修Ⅰ及びⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修特任指導医の総数の２倍とする。 ・総合診療専門研修において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修特任指導医１名に対して３名までとし、質の高い研修が提供できる範囲での育成を目指す。 ・内科研修については、１人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて３名までとする。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを１名分まで追加を許容し、４名までは認める。ただし、この特別措置は制度開始 3 年目に見直しを行うこととする。 ・小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテート研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科

		の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大３名まで）には含まない。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテート研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要である。
⑥	地域医療・地域連携への対応	・総合診療専門研修では地域ニーズに合わせた医療を行う。 ・必須領域別研修（内科・小児科・救急の計 18 ヶ月以上）においても、地域の中核病院等で救急対応や夜間対応に積極的に取り組む。 ・限られた医療資源の合理的な配分を考慮しつつ、地域住民の健康・福祉に最大限貢献できる総合診療医となるために、地域のニーズに応える保健・医療・介護・福祉活動等を経験できる、いわゆる「医療資源の乏しい地域」において、6ヶ月以上研修を行うこととするが1年以上が望ましい。 ・「医療資源の乏しい地域」は、下記（１）～（３）のいずれかに該当する地域を基本とし、日本専門医機構が検討し、決定する。 (1) a. 総務省の指定する過疎地域、及び過疎地域として指定された町村を含む郡部 b. 都道府県の指定するへき地 c. 平成の合併によって過疎地域を合併した市町村 d. 社会保障審議会医療部会医療従事者の需給に関する検討会の医師需給分科会における医師偏在指標の下位1/3に該当する二次医療圏 ＊ただし、上記c及びdの要件は、県庁所在市、ならびに地方自治法が定める「特別区」、人口50万人以上の「政令指定都市」、人口20万人以上の「中核市」には適用しない。 (2) 離島：原則として離島振興法に指定されたものとするが、自治体・医師会の意見を参考として機構が定める。 (3) 都道府県の地域医療対策協議会、自治体、医師会から医療資源の乏しい地域として認定を求められた場合、その市町村、二次医療圏及び医療機関における研修は、医療資源の乏しい地域における研修として機構が定める。 ・激甚災害、特定非常災害等に指定され、機構が「被災地」と認めた地域における研修は、「医療資源の乏しい地域」での研修として認める。その際の研修領域は、「その他の領域」の研修とし、最大 6 ヶ月まで総診Ⅰ、総診Ⅱの一部とすることができるが、総診Ⅰ、総診 II ともに単独で 6 ヶ月の研修は必要とする。「被災地」と認める期間は、激甚災害、特定非常災害等に指定されてからおおむね 5 年間とするが、毎年のプログラム申請期間にあわせて見直しを行う。

⑦	地域において指導の質を落とさないための方法	・総合診療専門医の専門性から、地域が教育を提供する場所として望ましく、地域に指導医がいることを前提とした体制とする。 ・指導医が不在のへき地・過疎地域、離島などの地域では、指導医が常に研修に係わることで専門研修の質を保つための方法として、プログラム統括責任者またはプログラム内の認定指導医による週に１回の直接対面または遠隔テレビ会議等による振り返りと、3 ヶ月に 1 回の研修先訪問を必須とする。
⑧	研究に関する考え方	・専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要である。 ・専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）または論文発表（共同著者を含む）をいずれか1回行うこととする。使用言語は問わない。 a. 学会発表は、筆頭演者に限るが、臨床研究、症例報告のいずれでも可。それぞれ口演・ポスターのいずれでも可。ただし、学会発表は全国規模の学術大会とその地方会、国際学術大会は可とするが、研究会などは不可とする。 b. 論文発表は、原著、症例報告、総説のいずれでも可。査読の有無は問わない。日本語の場合は、医学中央雑誌に掲載される雑誌であること。ただし、査読ありの場合は単著、共著ともに可とするが、査読なしの場合、「筆頭著者かつ指導医との共著であること」を条件とする。 ・専門研修施設群に臨床研究や社会医学研究を実施できる体制を備えた施設を含めることを推奨する。
⑨	診療実績基準（基幹施設と連携施設）　［症例数・疾患・検査/処置・手術など］	・経験目標（症候・疾患・身体診察・検査・処置・治療・地域活動）にある診療を基幹施設と連携施設で十分に経験するために下記の診療実績基準を示す。 ・総合診療専門研修Ⅰ のべ外来患者数　400 名以上／月、のべ訪問診療件数 20 件以上／月（研修施設群の症例数で可とする） ・総合診療専門研修Ⅱ のべ外来患者数　200 名以上／月、入院患者総数　20 名以上／月 ・小児科研修　：　のべ外来患者数　400 名以上／月 ・救急科研修　：　救急による搬送等の件数　1000 件以上／年 ・ただし、複数の研修施設によって各診療領域の研修施設群を構築することで上記の基準を満たすことも可能であり、その場合は施設単位で必ずしも上記基準を満たさなくても良い。 ・また、各研修施設についてはそれぞれ経験が望ましい経験目標があるので、「研修目標と研修の場」（資料として提示）を参考にしながら十分な経験が可能となるように配慮する。
⑩	Subspecialty 領域との連続性について	様々な関連するSubspecialty 領域については、連続性を持った研修が可能になるように、2019 年度を目処に各領域と検討していくこととする。

⑪	専門研修のa. 休止・中断および再開、b. 延長、c. プログラム移動、d. プログラム辞退	※再検討中のため非表示　2021/10/11
⑫	専門研修プログラムの廃止	・専門研修プログラムは、何らかの事情でその運営が難しくなった場合は、廃止を希望する日の6ヶ月前までに「専門研修プログラム廃止申請書」を日本専門医機構へ提出し、承認されれば、当該プログラムを廃止することができる。ただし、やむを得ない事情がある場合は、申請から6ヶ月以内の廃止を認める場合がある。 ・プログラムの廃止にあたり、在籍する専攻医（採用内定済みの専攻医を含む）の移籍先の確保など、総合診療専門研修に関わる専攻医への措置については、当該プログラム基幹施設の施設長、プログラム統括責任者およびプログラム管理委員会が責任をもって対応し、専攻医の希望の尊重に最大限努め、専攻医に不利益がないようにすること。

6　専門研修プログラムを支える体制

①	専門研修プログラムの管理運営体制の基準	・「研修プログラム管理委員会」を専門研修基幹施設に設置する。 ・「研修プログラム管理委員会」は、プログラム統括責任者、専門研修連携施設における各診療科の指導責任者及び関連職種の管理者により構成される。
②	基幹施設の役割	専門研修基幹施設の役割は「プログラム統括責任者」の時間的・経済的援助（管理・教育業務への十分な配慮）を行い、総合診療専門研修の確保や連携施設での各診療科研修の確保、全体のプログラム管理を手助けするとともに、「研修プログラム管理委員会」を開催し、専攻医の研修の修了判定（総括的評価）などを行う。
③	専門研修指導医の基準	臨床能力、教育能力については、７つの資質・能力を具体的に実践していることなどが求められ、総合診療専門研修特任指導医講習会の受講を必要とする。 特任指導医の候補としては、以下の 1)～8)が挙げられている(いずれも卒後の臨床経験 7 年以上)。 1) 日本プライマリ･ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、または家庭医療専門医 2) 全自病協･国診協認定の地域包括医療･ケア認定医 3) 日本病院総合診療医学会認定医 4) 日本内科学会認定総合内科専門医 5)地域医療において総合診療を実践している日本臨床内科医会認定専門医 6)7)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師 7) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し総合診療を行う医師 8) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から≪総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される｢到達目標：総合診療専門医の７つの資質・能力｣について地域で実践してきた医師≫として推薦された医師 特任指導医の任期は、認定を受けた日から5年間とする。
④	特任指導医更新要件	・日本専門医機構が指定する「ｅーラーニング研修」を修了すること。

⑤	プログラム管理委員会の役割と権限	- 専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する。 - 専門研修プログラム管理委員会では専門研修基幹施設と専門研修連携施設の緊密な連絡のもと、プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行う。また、各専攻医の学習機会の確保、研修環境の整備、継続的 - 定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築、適切な評価の保証を行う。 - 専門研修プログラム管理委員会は専攻医の採用判定、中間評価、修了判定を行うが、判定の最終責任はプログラム統括責任者が負う。 - 専門研修プログラム管理委員会は、必要に応じて専攻医及び指導医へのフィードバックを提供し、専攻医及び指導医からのフィードバックを受ける。
⑥	プログラム統括責任者の基準、および役割と権限	《基準》 プログラム統括責任者の資格要件として、以下の 1)、2)、3)の全てを満たすことを原則とする。 1)専門研修特任指導医であること 2)総合診療専門研修プログラムの専門研修基幹施設に所属していること 3)以下の①、②、③、④、⑤のいずれかであること ①日本プライマリ･ケア連合学会認定指導医 ②十分な教育経験を有する全自病協･国診協認定の地域包括医療・ケア認定医 ③十分な教育経験を有する日本病院総合診療医学会認定医 ④大学病院または臨床研修指定病院における総合診療部門（総合診療科・総合内科等）に所属し、十分な教育経験を有する医師 ⑤日本内科学会認定総合内科専門医を有する内科学会指導医 ・プログラム運営能力を標準化することを目的として、総合診療専門研修プログラム統括責任者講習会(1 日程度)を行う。 ・１プログラム統括責任者あたりの最大専攻医数はプログラム全体で 20 名とする。それ以上になれば副プログラム統括責任者を置く。
		《役割と権限》 プログラム統括責任者は研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了につき最終責任を負う。プログラム統括責任者は専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行する。その他、以下の役割・権限を担う。 ・研修プログラムの企画・立案と実施の管理 ・指導体制の構築・指導医への支援 ・専攻医に対する指導と評価 ・専攻医への配慮・メンタリング ・研修プログラムの点検・評価 ・研修プログラムのプロモーションやリクルートメント戦略

⑦	連携施設での委員会組織	各科診療研修で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行う。
⑧	労働環境、労働安全、勤務条件	＜労働環境と安全への配慮＞ ・研修施設の管理者とプログラム統括責任者が責務を負う ・専攻医の心身の健康維持への配慮 ・週の勤務時間の基本と原則 ・当直業務と夜間診療業務の区別と、それぞれに対応した適切な対価 ・バックアップ体制についての記載 ・適切な休養についての記載 ・労働条件・勤務時間/休日・当直・給与についての記載
⑨	ハラスメントおよび差別防止に対するプログラム統括責任者の責務	・プログラム統括責任者は専攻医が差別やハラスメントを防止し、良好な研修および就業ができるように環境を維持・確保するように努めなければならない。 ・プログラム統括責任者および(特任)指導医は専攻医がハラスメントを受けている事実を認知しながら、これを黙認していてはならない。 ・プログラム統括責任者は、問題が生じたとき又はそのおそれがあると認められる場合は適切に対処しなければならない。

7　専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

①	研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム	専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築すること。この記録は専攻医の研修修了または研修中断から５年間以上保管すること。
②	医師としての適性の評価	専攻医に対して、指導医、同僚を含む関係した多職種が、仕事ぶりや行動について形成的評価をシートに記入し、指導医はこれを用いたフィードバックを行う（360 度評価）。360 度評価は 3 ヶ月に 1 回程度以上行うことが望ましい。
③	プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備	下記のマニュアルおよびフォーマットを整備すること。なお、専攻医の研修実績、目標の達成度、経験省察研修録作成の進捗、指導医との振り返り、生涯学習および学術活動等の記録には所定の研修手帳を用いること。
	◉専攻医研修マニュアル	次の項目について、専攻医および専攻医になることを希望する者に示すこと。標準的な項目を満たした上で、プログラムの特徴を明確にし、専攻医およびその希望者がプログラム修了時の到達目標と専門医になるまでの道程を理解できる内容とすること。 【記載すべき項目】 ・プログラムの期間 ・プログラムの概要 ・標準的なローテーション例 ・研修する施設・部署とその期間 ・専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度 ・経験すべき症例、手術、検査等の種類と数 ・自己評価と他者評価の方法と実施時期 ・プログラムの修了要件 ・専門医申請に必要な書類と提出方法 ・施設や指導医に対する評価方法 ・プログラム改善のため、ハラスメントを相談するための方法 ・その他
	◉指導者マニュアル	専攻医研修マニュアルの項目に加えて次の項目について、プログラム内の総合診療専門研修の指導医に示すこと。標準的な項目を満たした上で、プログラムに必要な事項を内容とすること。そのひな形を「総合診療専門研修指導医マニュアル」として提示する。 【専攻医研修マニュアルに加えて記載すべき項目】 ・専門研修指導医の要件 ・専門研修指導医として必要な教育法 ・専攻医に対する評価法 ・その他
	◉専攻医研修実績記録フォーマット	所定の研修手帳を用いること。

	◉指導医による指導とフィードバックの記録	所定の研修手帳を用いること。
	◉指導者研修計画（FD）の実施記録	・プログラム統括責任者は、研修の質を維持するために各診療科研修の指導にあたる指導医の指導能力の維持向上に責任を持つ。そのために、各指導医が受講すべき研修計画を示し、その受講を促す。 ・その際、各指導医は総合診療専門研修指導医マニュアルに掲載された指導医としての自己学習履歴欄に記録を残し、年に１度、プログラム統括責任者に写しと受講証明書を提出する。プログラム統括責任者はその受講歴を保管し、サイトビジット等の際に第三者に提示できるように整理し保管する。
④	専攻医登録管理料・システム使用料	・専攻医は、登録管理料・システム使用料として、研修開始年の6月末日までに一人あたり5万円(消費税別)を日本専門医機構に支払うこと。

8　専門研修プログラムの評価と改善

①	専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価	・専攻医からの個々の指導医に対する評価、および研修プログラムに対する評価を年に 1 回以上行う方法を定め、それを専攻医に明示すること。 ・評価の内容は記録すること。これら専攻医による評価の内容によって専攻医に対する不利益があってはならない。 ・プログラム統括責任者およびプログラムに所属する専攻医は、これらの評価について年次報告をおこなうこと。
②	専攻医等からの評価（フィードバック）をシステム改善につなげるプロセス	・プログラム管理委員会が、専攻医からの評価や意見を収集し、プログラムの改善につなげるプロセスを示すこと。 ・専攻医が専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し、改善を促すことができることを、専攻医に示すこと。
③	研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応	・第三者評価の役割を果たす日本専門医機構によるサイトビジットを実施する ・また、それと同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施する。・研修プログラムは、この 2 種類のサイトビジットに真摯に対応する責務を負う。

9　専攻医の採用と修了

①	採用方法	・Web サイト等において総合診療専門研修の募集を公示するとともに、各研修プログラムの概要を掲載する。 ・専攻医の選考および採用は各プログラムにおいて基準を定めて行う。
②	修了要件	・プログラム統括責任者はプログラム管理委員会を招集し、次の基準により専攻医の専門研修修了判定を行い、日本専門医機構はその結果を確認して修了登録を行う。 １）研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修ⅠおよびⅡ各 6 ヶ月以上 ・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行っていること。 ２）専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること ３）研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること ４）その他、各プログラム毎に定める基準に達していること。

10　他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

・プログラムの認定については、大都市部への集中を避け、医師の偏在を助長することのないよう日本専門医機構において行う。

・平成 30 年度からの３年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。

・総合診療専門研修プログラム整備基準については、理事会決定に基づき適宜見直し・更新を行う。

平成 29 年 7 月　7 日 理事会 承認
平成 30 年 5 月 18 日 理事会 一部改訂
令和　2 年11 月 20 日 理事会 一部改訂
令和　3 年 2 月 19 日 理事会 一部改訂
令和　3 年 4 月 16 日 理事会 一部改訂
令和　3 年 7 月 16 日 理事会 一部改訂
令和　4 年 1 月 21 日 理事会 一部改訂