2025年度　青森県立中央病院総合診療専門研修プログラム

目次

１．青森県立中央病院総合診療専門研修プログラムについて 1
２．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など） 3
３．専攻医の経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法及び評価法等） ... 5
４．総合診療専門研修の方法 8
５．専門研修の評価について 13
６．修了判定について 15
７．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方 15
８．専門研修プログラムの施設群について 16
９．専攻医の受け入れ数について 16
10. 施設群における専門研修コースについて 17
11. 研修施設の概要 26
12. 専攻医の就業環境について 26
13. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について 27
14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと 27
15. Subspecialty 領域との連続性について 27
16. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件 28
17. 専門研修プログラム管理委員会 29
18. 総合診療専門研修指導医 30
19. 専門研修実績記録システム、マニュアル等 30
20. 専攻医の採用 31

１．青森県立中央病院総合診療専門研修プログラムについて

高齢化社会を迎える日本において臓器別専門医では解決できない数々の問題に対応するため新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置付けられました。総合診療専門医の養成は以下の３つの理念に基づいて構築されています。

◎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。

◎地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、

これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。

◎我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

今後さらなる高齢化社会を迎えるにあたり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はより高くなります。青森県は医師数が全国平均に比べ不足しており増加する高齢者に効率良く対応できる総合診療医の養成が特に期待されています。

こうした制度の理念及び地域の特性に則って、青森県立中央病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修プログラム）は病院、診療所などで活躍する高い診断・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するために、ＥＲ型救急や急性期専門各科を有する地域拠点病院のなかで、専門各科と協働し全人的医療を展開しつつ、自らのキャリアパスの形成や地域医療に携わる実力を身につけていくことを目的として創設しています。

さらに地域で活動している自治医大卒業生が専攻医として研修に参加できるプログラムを別途作成しています。

専攻医は、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総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

１）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すること。

２）総合診療部門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。

本研修プログラムにおいては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である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と同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。本研修プログラムでの研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

本研修プログラムでは、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研

修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の5つの必須診療科で３年間の研修を行います。このことにより、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という総合診療専門医に欠かせないコンピテンシーを効果的に修得することが可能になります。

本研修プログラムは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。また当プログラムは自治医大卒業生の専門医取得を支援するため連携医療機関で総合診療専門研修ⅠとⅡ及び内科、小児科、救急科研修が履修できるプログラムを合わせて作成しています。

２．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

１）専門知識

総合診療の専門知識は以下の６領域で構成されます。

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、文化などのコンテクスト（※）が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテクスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）

２．プライマリ・ケアの現場では、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は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。

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プライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

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。

２）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領域で構成されます。

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医師・患者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、複雑な家族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

3）学問的姿勢

専攻医には、以下の２つの学問的姿勢が求められます。

◎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。

◎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。

4）医師としての倫理性、社会性など

総合診療専攻医は以下４項目の実践を目指して研修をおこないます。

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、放射能など）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、可能な限り医療・ケアを率先して提供できる。

３．専攻医の経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法及び評価法等）

１）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ます。（研修手帳参照）

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」とします。

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、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、横断、発熱、認知脳の障害、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、嗄声、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）、精神科領域の救急、流・早産及び満期産、女性特有の訴え・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・脊髄炎、一次性頭痛、湿疹・皮膚炎群、蕁麻疹、薬疹、皮膚感染症、骨折、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、女性生殖器およびその関連疾患、男性生殖器疾患、甲状腺疾患、糖代謝異常、脂質異常症、蛋白および核酸代謝異常、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、気分障害、身体表現性障害、ストレス関連障害・心身症、不眠症、ウィルス感染症、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、小児ウィルス感染、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

２）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します。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ます。（研修手帳参照）

１．身体診察

①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

②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）

③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）

④ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。

⑤ 婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

２．検査

① 各種の採血法（静脈血・動脈血）

② 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）

③ 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）

④ 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

⑤ 単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）

⑥ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査

⑦ 超音波検査（腹部・表在・心臓）

⑧ 生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断

⑨ 呼吸機能検査

⑩ 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

⑪ 子宮頸部細胞診

⑫ 消化管内視鏡（上部、下部）

⑬ 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

⑭ 頭・頸・胸部単純CT,腹部単純・造影CT,頭部MRI/MRA

３）経験すべき手術・処置等

１．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します。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ます。

①救急処置

②新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）

③肺蘇生法（ICLSまたはACLS）または内科救急・ICLS講習会（JMECC）

④外傷救急（JATEC）

２．薬物治療

① 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。

② 適切な処方箋を記載し発行できる。

③ 処方、調剤方法の工夫ができる。

④ 調剤薬局との連携ができる。

⑤ 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・縫合法および閉鎖療法、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）、経鼻胃管および胃ろうカテーテルの挿入と管理、イレウス管の挿入と管理、導尿および尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置および交換、褥瘡に対する被覆治療およびデブリードマン、在宅酸素療法の導入と管理、人工呼吸の導入と管理、輸血法（血液型・交叉適合試験の判定を含む）、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・縫合滅菌・消毒法）、包帯・テーピング・副木・ギブス等による固定法、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

４）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を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します。

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、以下の活動を経験します。

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 症例以上経験します。（看取りの症例を含むことが望ましい）

５）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（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）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、プライマリ・ケア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（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特長について理解し、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。

４．総合診療専門研修の方法

１）研修の流れ：総合診療専門研修は、卒後3年目からの専門研修（後期研修）3年間で構成されます。

・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を目標とします。

・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を目標とします。

・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、かつ指導できることを目標とします。

・また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、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・福祉活動に取り組むことが求められますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

２）専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく３つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

①臨床現場での学習

職務を通じた学習（On-the-job training）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します。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ（経験と省察のファイリング）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

（ア）外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中または診察後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）を実施します。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きます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

（イ）在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。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するためのシャドウイングを実施します。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、連携の方法を学びます。

（ウ）病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。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ます。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す。

（エ）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します。外来診療に準じた教育方略となりますが、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します。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みます。

（オ）地域ケア

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します。各種施設へは嘱託医として参画し各人及び施設の健康管理を行います。それらを指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

②臨床現場を離れた学習

・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、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会等の関連する学会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します。

・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ます。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します。

③自己学習

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しますが、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日本プライマリ・ケア連合学会等における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、幅広く学習します。

３）専門研修における研究

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す。また、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）及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。

本研修プログラムでは、弘前大学附属病院・地域医療学講座と連携しながら、臨床研究に携わる機会を提供する予定です。研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供します。

４）研修の週間計画および年間計画

基幹施設（青森県立中央病院）総合診療Ⅱ

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
7:30～			ウェブ勉強会	ウェブ勉強会	
7:45～	ミーティング	抄読会			
8:00～		EICU回診	EICU回診	EICU回診	EICU回診
8:15～	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス
8:30～	外来	外来	外来	外来	外来
	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
	救急	救急	救急	救急	救急
12:00～	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
13:00～	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
14:00～				病棟カンファランス	
15:00～					
16:00～	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス
17:40～		勉強会			振り返り

基幹施設（青森県立中央病院）救急部

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
7:30～			ウェブ勉強会	ウェブ勉強会	
7:45～	ミーティング	抄読会			
8:00～		EICU回診	EICU回診	EICU回診	EICU回診
8:15～	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス	症例カンファランス
8:30～	外来	外来	外来	外来	外来
	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
	救急	救急	救急	救急	救急
12:00～	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
13:00～	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
14:00～	救急	救急	救急	病棟カンファランス	救急
15:00～					
16:00～	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス	外来カンファランス
17:40～		勉強会			振り返り

基幹施設（青森県立中央病院）内科例

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:15～	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診
	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務
	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修
13:00～	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修	外来研修
	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス
	検査			検査	
		抄読会			
	夕回診	夕回診	夕回診	夕回診	夕回診

基幹施設（青森県立中央病院）小児科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス	病棟カンファランス
	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来	一般外来
	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
12:00～	昼食				
13:00～	特殊外来	特殊外来	抄読会	特殊外来	特殊外来
	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟
				NICUカンファランス月1回	

連携施設（大間病院）総合診療Ⅰ及び内科

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～	外来	外来	外来	外来	外来
	検査	検査	検査	検査	検査
12:00～	昼	昼	昼	昼	昼
13:00～	病棟回診	病棟回診	病棟回診	診療所診療	病棟回診
14:00～	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	特養回診
		特養回診	予防接種	リハビリカンファランス	
	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診	病棟回診
16:00～	症例検討会	症例検討会	症例検討会	症例検討会	症例検討会
17:00～			透析カンファランス（第3）		
17:30～	院内勉強会（第4）				

連携施設（六ヶ所家庭医療センター）総合診療Ⅰ

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30～	外来	外来	外来	外来	外来
	検査	検査	検査	検査	検査
12:00～	昼	昼	昼	昼	昼
13:00～	病棟回診	病棟回診	病棟回診	訪問診療	病棟回診
13:30～			IPEカンファランス		
14:00～	外来	外来		外来	外来
15:00～			外来		
17:00～			夜間診療		
17:30～	PCMカンファランス	PCMカンファランス	PCMカンファランス	PCMカンファランス	PCMカンファランス

本研修プログラムに関連した全体行事の年度スケジュール

SR1 : １年次専攻医、SR2 : ２年次専攻医、SR3 : ３年次専攻医

4月	SR1：研修開始、専攻医及び指導医に提出用資料の配布
	SR2、SR3、研修終了予定者：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出。
	指導医、PG統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5月	第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、終了判定
6月	研修修了者：専門医認定書類を日本専門医機構へ提出
	SR2、SR3：日本プライマリケア学会参加、発表
7月	研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験）
9月	第2回研修管理委員会：研修実施状況評価
	日本病院総合診療医学会参加、発表
	次年度専攻医公募及び説明会開催
10月	SR1～SR3：日本プライマリケア連合支部地方会参加、発表
	SR1～SR3：研修手帳の記載整理（中間報告）
	次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
11月	SR1～SR3：研修手帳の提出（中間報告）
12月	次年度専攻医公募締切
1月	次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
	第3回研修管理委員会：研修実施状況評価、新規採用者の承認
2月	SR1～SR3：ブロック支部ポートフォリオ発表会
	SR1～SR3：日本病院総合医診療医学会参加、発表
3月	年度研修終了
	SR1～SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）
	SR1～SR3：研修PG評価報告の作成（書類は翌月に提出）
	指導医、PG統括責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月提出）

５．専門研修の評価について

専攻医の評価は形成的評価及び総括的評価で行われます。
専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹となるものです。
以下に、「振り返り」、「ポートフォリオ作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

１）振り返り
多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては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必要があります。そのため、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1～数ヶ月おきに定期的に実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、1年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

２）最良作品型ポートフォリオ作成
常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細20事例、簡易20事例のポートフォリオを作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した最良作品型ポートフォリオ　の発表会を行います。
なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある７つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

３）研修目標と自己評価
専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行うことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。
また、上記の三点以外にも、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）を定期的に実施します。また、多職種による360度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。
更に、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します。
最後に、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します。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【内科ローテート研修中の評価】
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）による登録と評価を行います。これは期間は短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はありません。
12ヶ月間の内科研修の中で、最低40例を目安として入院症例を受け持ち、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件を登録します。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ありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。
　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いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。
　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ます。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されることとなります。
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します。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】
　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ます。
　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ります。
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します。
◎指導医のフィードバック法の学習(FD)
　指導医は、最良作品型ポートフォリオ、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、指導医資格を取得時に受講を義務づけている１泊２日の日程で開催される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きます。
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かどうか確認し評価する。評価の責任者は当該領域の指導責任者が行う。全研修の修了評価は、プログラム統括責任者が行う。

６．修了判定について

３年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の5月末までに専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修プログラム管理委員会において評価し、専門研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。
その際、具体的には以下の４つの基準が評価されます。

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、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、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）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（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）の結果も重視する。

７．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修プログラムでは青森県立中央病院総合診療部を基幹施設とし、弘前大学及び地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

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における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当プログラムでは連携施設において総合診療専門研修Ⅰを12ヶ月、青森県立中央病院（自治医大卒医師は連携施設）において総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月の研修を行います。

２）必須領域別研修として、青森県立中央病院（自治医大卒医師は青森県立中央病院または連携施設）において内科１２ヶ月、小児科３ヶ月、救急科３ヶ月の研修を行います。

３）その他の領域別研修として、弘前大学社会医学講座、青森県立中央病院にて整形外科・産婦人科・精神科・放射線科・耳鼻咽喉科・皮膚科などの研修を行うことが可能です。ただし3年の範囲内では履修困難なため研修期間の延長が必要となります。

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修プログラム管理委員会が決定します。

８．専門研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは基幹施設１，連携施設９の合計１０施設の施設群で構成されます。施設は主に青森県内の５つの二次医療圏に位置しています。

専門研修基幹施設：青森県立中央病院総合診療科が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

本研修プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

弘前大学（地域でのリサーチの仕方、研究テーマなどについての研修を行う）

大間病院（急性期から慢性期医療、在宅医療、包括医療、学校医、施設嘱託医などを行っている）

外ヶ浜中央病院（慢性期医療、在宅医療、包括医療、施設嘱託医、診療所支援などを行っている）

板柳中央病院（慢性期医療、在宅医療、包括医療などを行っている）

三戸中央病院（慢性期医療、在宅医療、包括医療などを行っている）

六ヶ所家庭医療センター（慢性期医療、在宅医療、包括医療を担っている。産業医活動、施設嘱託医など行っている）

東通診療所（慢性期医療、在宅医療、包括医療、施設嘱託医など行っている）

練馬光が丘病院（内科、小児科、救急科領域における研修を行う）

横須賀市立うわまち病院（内科、小児科、救急科領域における研修を行う）

専門研修施設群の地理的範囲

本研修プログラムの専門研修施設群は青森県内外にあります。施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院、診療所が入っています。

９．専攻医の受け入れ数について

プログラムの受け入れ人数には下記規定があります。

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修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指導医×２です。３学年の総数は総合診療専門研修指導医×６です。本研修プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、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指導医１名に対して３名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

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名までとします。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名までは認められます。

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）には含めません。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す。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

現在、本プログラム内には総合診療専門研修指導医が１名在籍しており、この基準に基づき2026年度の専攻医の定員は６名とします。この定員には自治医大卒業生を含みます。

10. 施設群における専門研修コースについて

本研修プログラムの施設群による研修コース例を示します。後期研修１年目は基幹施設である青森県立中央病院での総合診療専門研修Ⅱ、後期研修２年目は外ヶ浜中央病院での総合診療専門研修Ⅰを半年行い後半は青森県立中央病院整形外科、精神科、産婦人科、皮膚科、耳鼻科、弘前大学社会医学講座などから選択して研修を行います。後期研修３年目は青森県立中央病院での内科、小児科、救急部での研修を行います。

一般専攻医ローテーション例

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
１年目	青森県立中央病院											
	総合診療専門研修Ⅱ						小児科			救急科		
２年目	いずれかの医療機関（※）											
	総合診療専門研修Ⅰ											
３年目	青森県立中央病院											
	内科											

※三戸中央病院、板柳中央病院、大間病院、外ヶ浜中央病院、六ケ所村地域家庭医療センター、東通村診療所、田子診療所

自治医大ローテーション例

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
１年目	いずれかの医療機関（三戸中央病院、大間病院、外ヶ浜中央病院）											
	総合診療専門研修Ⅰ											
２年目	いずれかの医療機関（三戸中央病院、大間病院、外ヶ浜中央病院）											
	総合診療専門研修Ⅱ						内科					
３年目	いずれかの医療機関（青森県立中央病院、練馬光が丘病院、横須賀市立うわまち病院）											
	内科						小児科			救急科		

本研修プログラムでの 3 年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。自治医大ローテーションにおいては月１回、基幹病院指導医との達成度の報告・評価、研修手帳のチェック、振り返りを行います。

本研修プログラムの研修期間は 3 年間としていますが、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになります。

図３：本プログラムにおける研修目標と研修の場

青森県立中央病院総合診療科専門研修プログラム 研修目標及び研修の場	青森県立中央病院総合診療専門研修プログラムにおける研修の場（黄色欄に記載） ◎：主たる研修の場 ○：従たる研修の場 日本専門医機構が推奨する研修の場 ◎：主たる研修の場、○：研修可能な場											
	総合診療専門研修Ⅰ（診療所/中小病院）		総合診療専門研修Ⅱ（病院総合診療部門）		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
Ⅰ．一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
身体診察												
※①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を実施できる。	○	◎					◎	◎				
※②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）を実施できる	◎	◎	◎	◎	○	◎			○	◎	○	○
※③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）を実施できる。	◎	◎	◎	◎		○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。	◎	◎	○	◎							○	○
⑤婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。	○	○		○							○	◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎		○						
⑦死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。	◎	◎	○	○					◎	◎		
（ア）実施すべき手技												
※①各種採血法（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	○	○	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		
※②採尿法（導尿法を含む）	○	○	◎	◎		◎	◎	◎	○	◎		
※③注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法）	○	◎	○	◎		○	◎	◎	◎	◎		
※④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）	◎	○	○	◎	◎	◎		◎	○	◎		
（イ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※①単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）	◎	◎	○	◎	○	○	○	○	○	○		
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※③超音波検査（腹部・表在・心臓）	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○		
※④生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	◎	◎	◎	◎	○	○		○	○	○		
※⑤呼吸機能検査	◎	◎	◎	◎	○	○						
※⑥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	◎	◎									○	○
⑦子宮頸部細胞診	○	○									○	◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）		○		○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）		○		○	◎	◎						

（ウ）救急処置															
※①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）		○		○		○	◎	◎	◎	◎		
※②成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PTLS）	○								◎	◎		
（エ）薬物治療												
①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。	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
②適切な処方箋を記載し発行できる。	◎	◎	○	◎								
③処方、調剤方法の工夫ができる。	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎	○	○		
④調剤薬局との連携ができる。	◎	◎	○	○								
⑤麻薬管理ができる。	◎	◎	◎	◎	○	○			○			
（オ）治療法												
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
※③簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	○	◎	○	○			○	○	◎	◎	○	○
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
※⑤トリガーポイント注射	◎	◎		○							○	○
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）	◎	◎	○	○							○	○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	○	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎		
※⑧経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	○	○			◎			
※⑨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	◎	◎	◎	◎	○	○			◎	○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎							○	○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	◎	○		○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎	◎	○	○	○						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）		○	○	○	○	○			○			
⑭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）	○	○	○	○							○	○
⑮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）	○	○	○	○					◎	◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○					◎	◎	○	○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（カ）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎							◎	◎	○	○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎			○	○
③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）	○	○							◎	◎	○	◎
④睫毛抜去	◎	◎									○	◎
Ⅱ．一般的な症候への適切な対応と問題解決												
以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応（他の専門医へのコンサルテーションを含む）を適切に実施できる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨

	ショック	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
	急性中毒	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
	意識障害	○	○	◎	○	○	○			◎	◎		
	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	◎	◎	◎	○							○	○
	精神科領域の救急	○	○	○	○					◎	◎	◎	◎
	不安	◎	◎	○	○							○	○
	気分の障害（うつ）	◎	◎	○	○							○	○
	流・早産及び満期産	○	○									◎	◎
	女性特有の訴え・症状	◎	◎									○	○
	成長・発達の障害	○	○					◎	◎				
Ⅲ 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 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ができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験すること が望ましい。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患													
	※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
	[2]白血病	○		○		◎	◎			○			
	[3]悪性リンパ腫	○		○		◎	◎			○			
	[4]出血傾向・紫斑病	○		○	○	◎	◎			○	○		
（2）神経系疾患													
	※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
	※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）	○	○							◎	◎	◎	◎
	※[3]変性疾患（パーキンソン病）	○	○	○	○	◎	◎						
	※[4]脳炎・髄膜炎	○		○	○	◎	◎	○	○	◎	◎		

※[5]一次性頭痛（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛）	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○			
（3）皮膚系疾患												
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）	◎	◎	○	○			◎	◎	○		◎	◎
※[2]蕁麻疹	◎	◎					◎	◎	○	○	◎	◎
※[3]薬疹	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎
※[4]皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬）	◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
（4）運動器（筋骨格）系疾患												
※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折）	○	○	○						◎	◎	◎	◎
※[2]関節・靭帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎）	○	○	○						◎	◎	◎	◎
※[3]骨粗鬆症	◎	◎	○	○	○	○					◎	◎
※[4]脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症）	◎	◎	○						○	○	◎	◎
（5）循環器系疾患												
※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
※[2]狭心症、心筋梗塞	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
[3]心筋症	○		○		○	○	○	○	○	○		
※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）	○	○	○	○	◎	◎			◎	◎		
[5]弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）	○	○	○	○	◎	◎	○	○				
※[6]動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）	○	○	○	○	◎	◎						
※[7]静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[8]高血圧症（本態性、二次性高血圧症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
（6）呼吸器系疾患												
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
[4]肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）	○		◎	○	◎	◎			◎	◎		
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
※[6]胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
[7]肺癌	○	○	○	○	◎	◎						
（7）消化器系疾患												
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○		
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）	○	○	○	○	◎	◎			○			
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	○	○	○	○	◎	◎			○	○		
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	○	○	○	○	◎	◎			○	○		

	※[6]横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（8）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患													
	※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	○	○	◎	○	◎	◎			○	○		
	[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）			○	○	◎	◎	○	○	○	○		
	※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
（9）妊娠分娩と生殖器疾患													
	[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）											◎	◎
	※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）	◎	◎									◎	◎
	※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・腟・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	◎	◎									◎	◎
	※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）	◎	◎	◎	◎							◎	◎
（10）内分泌・栄養・代謝系疾患													
	[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）			○		◎	◎						
	※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	[3]副腎不全			○		◎	◎			○			
	※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
（11）眼・視覚系疾患													
	[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）	○	○									◎	◎
	※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）	◎	◎	○								◎	◎
	[3]白内障	◎	◎									◎	◎
	[4]緑内障	○	○							◎	◎	◎	◎
	[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化	○										◎	◎
（12）耳鼻・咽喉・口腔系疾患													
	※[1]中耳炎	◎	◎					◎	◎	○		◎	◎
	※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	○	○	○	○					◎	◎
	※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
	[4]扁桃の急性・慢性炎症性疾患	○	○	○				○	○	○		◎	◎
	[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	○	○					○	○	◎	◎	◎	◎
（13）精神・神経系疾患													
	[1]症状精神病	○	○	○	○					◎	◎	◎	◎
	※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）	◎	◎	○	○							◎	◎
	※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）	◎	◎	○						○		◎	◎
	※[4]気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎	○						○		◎	◎
	[5]統合失調症	○	○	○						○		◎	◎

	※[6]不安障害（パニック症候群）	◎	◎	○						○		◎	◎
	※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害	◎	◎	○						○		◎	◎
	※[8]不眠症	◎	◎	○	○							◎	◎
(14)感染症													
	※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、HIV）	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎	○			
	※[2]細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)	◎	◎	◎	◎			○	○	◎			
	[3]結核			◎		◎	◎						
	[4]真菌感染症	◎	◎	○				○	○			◎	◎
	[5]性感染症	○	○	○								◎	◎
	[6]寄生虫疾患	○				◎	◎	○	○				
(15)免疫・アレルギー疾患													
	※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、SLE、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
	[2]アレルギー疾患	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎				
(16)物理・化学的因子による疾患													
	※[1]中毒（アルコール、薬物）	○		◎	◎	◎	◎			◎	◎		
	※[2]アナフィラキシー	○	○	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎		
	[3]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）			◎	◎	◎	◎			◎	◎		
	※[4]熱傷	◎	◎	◎						◎	◎	◎	◎
(17)小児疾患													
	[1]小児けいれん性疾患							◎	◎	◎	◎		
	※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）	◎	◎					◎	◎				
	※[3]小児細菌感染症	◎	◎					◎	◎				
	※[4]小児喘息	◎	◎					◎	◎	◎	◎		
	[5]先天性心疾患							◎	◎				
	[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○					◎	◎	◎	◎		
(18)加齢と老化													
	※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
	※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎	◎	◎								
(19)悪性腫瘍													
	※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎
	※[2]緩和ケア	◎	◎	○	◎	◎	◎						
Ⅳ 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
	(1)介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	◎	◎								

	⑵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	◎	◎	○	○								
	⑶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	◎	◎	○	○								
	⑷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	◎	◎		○								
	⑸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	◎	◎		○								
Ⅴ 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。		設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
	⑴特定健康診査の事後指導	◎	◎	◎	◎								
	⑵特定保健指導への協力	○	◎	◎	◎								
	⑶各種がん検診での要精査者に対する説明と指導	◎	◎	◎	◎								
	⑷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	◎	◎		○								
	⑸産業保健活動に協力	◎	◎	○	○								
	⑹健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○								

11. 研修施設の概要

青森県立中央病院
専門医・指導医数　・総合診療指導医 2 名
・総合内科専門医 14 名
・救急専門医 3 名
・小児科専門医名 6 名

12. 専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、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を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は青森県立中央病院総合診療専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

13. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジット（訪問調査）について

本研修プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視してプログラムの改善を行うこととしています。

１）専攻医による指導医および本研修プログラムに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され、専門研修プログラム管理委員会は本研修プログラムの改善に役立てます。このようなフィードバックによって本研修プログラムをより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。また、専攻医が日本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もできます。

２）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本研修プログラムに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で本研修プログラムの改良を行います。本研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、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します。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び最良作品型ポートフォリオを専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付してください。専門研修プログラム管理委員会は 5 月末までに修了判定を行い、６月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行って下さい。

15. 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、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修プログラムでも計画していきます。

16. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

１）専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算120 日（平日換算）までとします。
（ア）病気の療養
（イ）産前・産後休業
（ウ）育児休業
（エ）介護休業
（オ）その他、やむを得ない理由

２）専攻医は原則として1つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の1つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。
（ア）所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき
（イ）専攻医にやむを得ない理由があるとき

３）大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。

４）妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

17. 専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である青森県立中央病院には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者（委員長）を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。研修プログラムの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。専門研修プログラム統括責任者は一定の基準を満たしています。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門研修プログラム統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門研修プログラムの改善を行います。

専門研修プログラム管理委員会の役割と権限

・専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録

・専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討

・研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定

・各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定

・専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定

・専門研修プログラムに対する評価に基づく、専門研修プログラム改良に向けた検討

・サイトビジットの結果報告と専門研修プログラム改良に向けた検討

・専門研修プログラム更新に向けた審議

・翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定

・各専門研修施設の指導報告

・専門研修プログラム自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議

・専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

副専門研修プログラム統括責任者

プログラムで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修プログラム統括責任者を置き、副専門研修プログラム統括責任者は専門研修プログラム統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みが無いため設置しておりません。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科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各科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います。

18. 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、青森県立中央病院総合診療部に2名、各協力病院及び診療所に最低1名の総合診療専門研修指導医がいます。

指導医には臨床能力、教育能力について、７つのコアコンピテンシーを具体的に実践していることなどが求められており、本プログラムの指導医についてもレポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の①～⑧のいずれかの立場の方より選任されており、本プログラムにおいては①のプライマリ・ケア認定医８名、⑦の初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師４名が参画しています。

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。

19. 専門研修実績記録システム、マニュアル等

研修実績および評価の記録

プログラム運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

青森県立中央病院総合診療科にて、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し、専攻医の研修修了または研修中断から５年間以上保管します。

プログラム運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

◎研修手帳（専攻医研修マニュアル）
所定の研修手帳（資料１）参照。
◎指導医マニュアル
別紙「指導医マニュアル」参照。
◎専攻医研修実績記録フォーマット
所定の研修手帳（資料１）参照
◎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（資料１）参照

20. 専攻医の採用

◎採用方法
採用スケジュールは日本専門医機構により定められたものに準じます。
応募方法については、青森県立中央病院ホームページを御確認ください。
（https://aomori-kenbyo.jp/recruit/recruit-kenshui/si-resident）

◎総合診療領域専門研修開始届
研修を開始した専攻医は、研修開始より2ヶ月以内に、日本専門医機構総合診療事務局（support-gpr@jmsb.or.jp）宛にメールにて、「総合診療領域専門研修開始届」を提出する必要があります。

以上