

## 研修プログラムに関する案

### 1.定員設定：10床以下に対して1人の研修医

理由：大学病院と一般病院・診療所がおおよそ半々ずつの研修医を受け入れることになる。大学病院や一般病院が研修内容を競い合った数年間の実績(outcome)をみてから、わが国における初期研修の方向性を決定する。

### 2.ローテーション：専門診療系、総合診療系の2コースを設定。必須研修科目は、それぞれ内科・外科・救急部(麻酔科・集中治療部)、内科・外科・小児科・救急部(麻酔科・集中治療部)とする。

理由：将来内科や外科系各科の専門医を志す者も含めて、我が国におけるプライマリーケアの初期研修を課せるとすれば、詰まるところ内科・小児科および外科の“一次”救急処置を経験するところにあると考えられる。それは救急部(麻酔科：救命救急)研修を充実させることに直結する。有効な一次救急研修のできる体制が不足していれば麻酔科・集中治療部研修が次善の策となる。将来、家庭医・総合医を目指す研修医は小児科も必須となろう。全ての医師が初期に短期間小児科を研修しても無駄が多いし、受け入れ態勢に疑問がある。国の施策として、総合医・家庭医を増やしたいのなら、総合医コースに重み付けをした臨床研修病院群(もしくは研修医)に対する財政支援の仕組みを作ればよい。産婦人科を必修とする案は時代錯誤的で根拠が無い。

### 3.期間：各科3ヶ月を最短期間とする。

理由：1-2ヵ月は卒前教育のレベルであり、曲がりなりにも初期研修といえるのは3ヶ月以上は必要。2年間の残りの期間は志望に合わせた選択とする。

### 4.その他の研修プログラムについては、概ね大学附属病院長会議の提言を採用する。

施設認定に関しては研修プログラムが実行可能な条件にしておく必要があり、大学病院長会議の提言のように指定臨床研修病院群自身が認定できる自由度もあっていいかと考える。