

Vascular Street



「医学教育と卒後臨床研修」

西区 Life Style Care フォーラム



はじめに

医学部が変わってきてます。進化しているかもしれませんが、今日のテーマは医学教育です。

医学部の教育体制の実際を実地医家の先生方に紹介し、議論していきたく思います。

医学部入学から卒前医学教育の現状と課題

福岡大学医学部教育計画部 教授 出石 宗仁 先生

医学部生の入学から卒前医学教育ということで、入学試験、カリキュラム、国家試験の話と、最近話題の「国際認証」についてのお話をさせていただきます。現在の医学教育を図1に示します。その教育の過程を点検するのが昔は国家試験だけだったのですが、10年前より共用試験

(CBT・OSCE) が開始されています。OSCEは、臨床実技の試験です。これは20年ぐらい前から国家試験に実技試験がないのはおかしいと議論されてますけども、実現はなかなかできません。それで大学の中で卒業時に客観的臨床能力試験(OSCE)をして、臨床手技をチェックして卒業認定をしようという動きが出てきました。この教育課程を規定しているのは、文部科学省の管轄である「医学教育モデルコアカリキュラム」です。

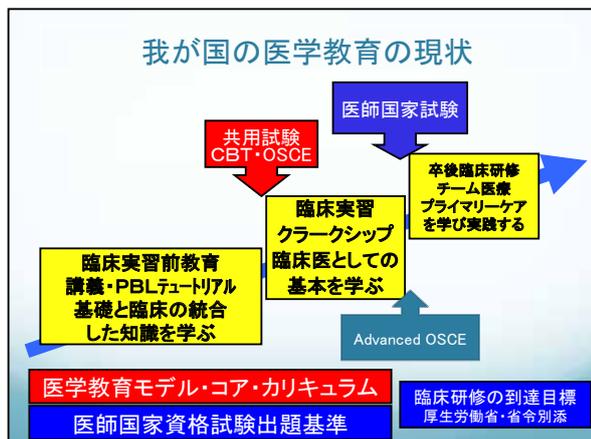


図 1

今は、入学試験の定員を増やせといわれていますが、日本の医師数は OECD 加盟国の中では、かなり下のほうにあります。2008年の閣議決定では、早急に過去最大規模まで増員するべきであると宣言され、現在は、過去最大どころか過去最大を上回るころまで増員されています。一番最新の医学部の入学定員は、1,444人増えて9,000人を超える状況になっていますので、ここ6、7年の間に14校分ぐらいの医学部ができたという計算になります。入学の定員が増えると学力低下が問題になっています。

では、入学試験をどうすればいいのかです。入学試験を改善するよりも大学のなかのカリキュラムを改善したほうがよいといわれています。福岡大学の卒業生の入学試験から卒業までの各学年の成績と最後の卒業試験の相

関をみますと、入学時の得点は卒業時の成績には関係ありません。入学試験は上位から順番に入学させますが、卒業時の成績には全く影響がないことがわかります。1年生、2年生は少しずつ卒業時の成績と関係が出てきます。さらに学年が進んでいきますと、卒業時の成績とかなり高い関係がありますので、入学試験を改善する事は、良い卒業生を出すことにおいては効果がないと私は思っています。

福岡大学医学部医学科のカリキュラムですが、1年生は全学共通の教養教育というのが大半を占めております。今は、月曜から金曜日までのうち、週一日は医学部での教育をやっておりまして、週4日間は他の学部の学生さんと一緒に教養教育を受けています。突然2年生から専門科目が密集して入っています。昨年度から今まで2年生でやっていた解剖学を半分だけ、実習は2年生に残しておりますけれども、座学の部分は1年生に降ろしています。3年生で薬理、病理、公衆衛生学といった基礎科目が前半で終わりますと、後半で臨床科目が始まります。地域医療体験実習は、地域の先生方に学生数名ずつをお願いしています。西区の先生方にも大変お世話になっていますが、出来るだけ臨床に近い体験をさせながら教育をお願いしています。4年生では、法医学と臨床の科目、そして、共用試験が4年生の終わりにあります。この趣旨は、4年生までにしっかり学んで、知識、態度、技能を身につけて、その上で患者さんに接するような学びをさせるべきであるということです。

文部科学省の「モデルコアカリキュラム」をご紹介します。1年生から6年生まで、最初は教養教育がありまして、後は医学の橋渡しの準備教育を低学年でやって、その後モデルコアカリキュラムのAからFというのがこの中に組み込まれています。Aは基本事項です。倫理やコミュニケーション教育です。これは、1年生から6年生まで通して教育することになっています。共用試験の前の時期には、Cの医学一般、これが基礎医学、従来から言われている解剖・生理・生化学といった基礎医学です。Dは、臨床の座学でやる部分で、すべての臓器の正常から病態までです。Eは、臓器に分けることができない感染症や膠原病、全身に及ぶような病態について学びます。そして、臨床実習に向けた診療の基本を4年生までに習得をする。そして、共用試験に合格したら臨床実習をします。

共用試験についてご紹介いたしますと、社団法人の共用試験実施評価機構があり、その中で共用試験のCBTとOSCEを行っています。その内容をご紹介しますと、CBT(Computer Based Testing)ですから、コンピュータの前で画面を見ながら解いていく試験です。モデルコアカリキュラムのAからF、臨床実習の前までのところで、それぞれこれ位のパーセンテージの問題を出題すると

いうことになっています。内容としては、ブロックを6つに分けて、いろいろなAからFの内容はの中にとたくさん入っているわけですが、320問出題されます。ただし、そのうちの4分の1、80問は採点対象にならない問題ですが、学生さんはそれを全て解くということになっています。そして、その80問を見直してみまして、その問題が4年生の問題として妥当かどうかということ判定して、もしOKということであれば、翌年から採点対象問題として出題されます。さて、客観的臨床能力試験(OSCE)は、まず医療面接です。模擬患者さんとお話しして、その評価を受ける。それから、身体診察、胸部や腹部、神経など色々な診察をします。救急蘇生の手技等、それぞれのところで評価を受けていくという試験です。

次に、国家試験の話ですが、大きく変わったのは、昭和47年に試験の形式が筆記試験から多肢選択式の問題に変わったことです。昭和50年から口頭試験が廃止されました。それから、試験の出題範囲がある程度指定された科目とコアになる主要科目で受験が行われていましたけれども、平成5年から医学の全範囲から出題になりました。問題は500題です。以前、国家試験は春と秋の2回あっていましたけれども、最近には年に1回です。最近、4年ごとに出題基準が見直されて、一般問題が250問、臨床実地問題が250問、その中にそれぞれ50問の必修問題が含まれております(図2)。試験の日数も2日間から現在は3日間で、平成13年からはブループリントといまして、先ほどのCBTと同じように、どの領域から何問でるか公表されています。問題は、各大学あるいは臨床研修指定病院から公募で集められている部分があります。一時期、試験問題の持ち帰りはできなかったのですが、平成18年からは情報公開という趣旨に則って、持ち帰り可能です。さらに、平成18年からは、どれが正解を公表することになっています。そして、もし不適切な問題があれば削除対象となりますが、どれが削除されたかも細かく公開されています。

第108回国家試験日程(平成26年)						
2月 8日(土)	A問題(各論/一般20問、臨床40問)	120分				
	B問題(総論/一般40問、臨床10問、長文12問)	105分				
	C問題(必修/一般15問、臨床10問、長文6問)	60分				
2月 9日(日)	D問題(各論/一般20問、臨床40問)	120分				
	E問題(総論/一般40問、臨床20問、長文9問)	120分				
	F問題(必修/一般15問、臨床10問、長文6問)	60分				
2月10日(月)	G問題(総論/一般40問、臨床20問、長文9問)	120分				
	H問題(必修/一般20問、臨床10問、長文8問)	75分				
	I問題(各論/一般40問、臨床40問)	140分				

回数	103	104	105	106	107	108
合格基準(得点率)						
必修	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
一般	61.3	62.8	64.5	67.0	69.5	65.3
臨床	64.3	64.6	62.6	71.2	71.5	66.2
合格率						
新卒	94.8	92.8	92.6	93.9	93.1	93.9
全体	91.0	89.2	89.3	90.2	89.8	90.6

図 2



最近の国家試験ですが、臨床の現場で目にしておくといけない問題が増えていきました。これは、臨床実習を重視すべきということの表れです。これは何に使うか、これは何の道具か、そういったことを問う問題が増えていきましたし、今年の問題ですが、点滴瓶の図が描いてありまして、ここに部品が書いてあるんですけど、上からどういう風に並んでついているか、こういった事が問われています(図3)。今年の2月に行われた国家試験の例をお示ししますが、3日間AからIまで9ブロックに分かれて、必修だと60分がありますが、120分、140分という時間で試験が行われています(図2)。最近の合格基準ですが、必修問題は8割取らないと不合格。一般問題は試験問題の難易度によって少し変わりますが、65.3%を正解しないと不合格。臨床問題は、昨年度は70%を超えていましたけれども、今回は66%でした。合格率はほぼ固定されていまして、新卒ですと93から94%の合格率。6~7%しか不合格にならない試験です。全体で約90%が毎年合格ということになります。



図3

医学教育のカリキュラムの改革が進められてきております。そのきっかけになったのは、2010年に出されたECFMGのコメントです。アメリカで臨床をするために合格しなければならない試験ですが、その受験資格として、アメリカの医科大学協会が定めた基準、世界医学教育連盟が定めた基準、あるいはそれに準ずる国際基準、このいずれかの基準で認定されていない医学部の卒業生には、2023年から受験を認めないとECFMGが宣言しました。わが国の医学部では、それでは困る、やはり国際基準に合ったグローバルスタンダードを目指すべきであろうと、そのための組織作りが始まり、医学教育認証評価評議会、略称「JACME」、これが立ち上がって各大学のカリキュラムの評価をしようとなっています。全国医学部長病院長会議では、卒前教育と医師国家試験改善に向けたアクションプランというものをしています。まず、最初のステップとして、共用試験に合格したら、それを国家試験に準ずるものとして、この医学部長病院長会議で認定します。これは今年からトライアルが始まりました。今の5年生はこの認定を受けて実習をしています。

次に行われますのは、学生が病棟で患者さんに接するのですけれども、どこまでやっていいとの基準を定めようとしています。その後、臨床実習の現場の改善であるとか、卒業時に実技の試験を入れよう、そして国際認証を受けられるような大学になろうということで、そういったことをやった上で医師国家試験の改善を厚生労働省に提案しようとしています。国際認証に合致するために、1番我々が苦慮していますのは、計画的に患者さんと接する教育プログラムを教育期間に十分に持つこと。それから、質的向上のところには、早期に患者さんとの接触機会を持って学習を進めていくべきである、ということが定めてありまして、下のほうに注釈があります。そこを読みますと、教育期間の約3分の1、6年間のうち2年間は十分に患者さんと接する教育をしようということです。それを日本語版の解釈にしますと、5年生、6年生の実習だけではなくて、低学年から患者さんと接触させて臨床現場で学習をさせる、そういったものを含めて、現在は、この方向で各大学がカリキュラムを改善して、認証評価を受けようとしています。

卒後医学教育の現状と課題

福岡大学病院卒後臨床研修センター 講師 河村 彰 先生

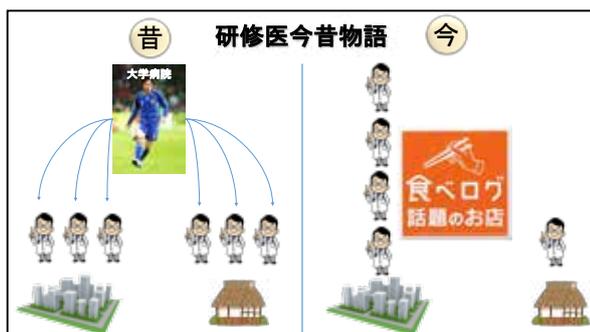
昨年の4月から現在のポストにつかせていただいておりますが、卒後教育の現状と課題について紹介します。以前は、家庭の都合とかで地元に戻っていきなり開業するという仲間がいましたが、今はそれはできません。平成16年に新医師臨床研修制度が制定されまして、今は研修は必修化になっています。ですから、もし患者さんを診る場合は、必ずどこかのプログラム(研修)を2年しないと臨床医になれないのです。当然、研究しもしない場合は、研修プログラムは参加しなくていいことになっています。厚生労働省が定めたこのプログラムには、三原則がありまして、プログラムを通じて1) 人格の涵養、いわゆる社会性のある医療を施して社会性のある医師を育てる。それから、2) プライマリ・ケアの習得です。研修医が経験すべき症例や病態という到達目標は定められています。それを必ず経験してプライマリ・ケアを習得する。そして、3) アルバイトは禁止で研修に専念するということが三原則です。無事に2年間の臨床研修を終えて、修了するときに評価を3つします。何を評価するかというと、臨床期間の評価と到達目標の達成度の評価、臨床医としての適正の評価という3つの評価項目を経て、初めて臨床研修が修了します。

まず、実施期間の評価ですが、正当な理由、病気・妊娠・出産・育児・その他正当な理由があっても休止しなければならないという場合は、上限90日で休止することができる。逆を言えば、どんな理由があっても休止が90日を超えては研修を修了することができません。この場合は、中断にするかもしくは研修を続けるということになってます。到達目標ですが、先程のプラ



イマリ・ケアの習得、これは研修医の1番大きな目標の1つですけれど、不眠・浮腫など様々な20の症候や病態を必ず経験する。福岡大学病院では、こういう症候がある患者さんを経験した場合は、そこにラインを引いてレポートを出すようにしています。病態ですが、一般的な病気ばかりです。こういった11の疾患を経験して、外科症例も手術レポートをつけて提出する。これを評価するという事になっています。これが評価されなくて研修が終わらなかったという研修医はいませんが、もし何か犯罪を犯したりした場合は、研修を修了することができません。

昔は大学に入局して、そこから医師を派遣するという形で、都市部にも田舎にも満遍なく医師が行き渡っていたわけですが、現在はロコミで良い噂が広がるとそこに若い医師が集まります。都市部の評判の良い病院に集まってしまいます。これを食ベログ効果と呼んでいます。ですから、研修医を集めるにはブランド化、イメージが重要です。研修医のマッチング時のアンケート結果ですけれども、なぜ選んだかは病院の実績です。指導体制が良いというのも先輩のロコミを聞いているわけです。プログラムの内容が良いというのがあります。プログラムの内容は病院によってそんなに違いません。あまり奇を衒ったプログラムを作ると、人がマッチしないことがありますので、ここは諸刃の剣のところがあります。周りでの評判が良い、こういったことがプログラムを選択する理由のひとつになっています。福岡大学病院の研修医で多いのは、福岡大学出身であるとか、実家に近い、都市部であるという立地も大切な要素です。いかにイメージやブランド化を推奨するかというのは、すごく大事なことと思っています。ただ、以前と違うところがありまして、初期研修が終わった後の進路ですけれども、臨床研修を受けていない大学病院で引き続き臨床研修、要するに市中病院で研修して、3年目、4年目の後期研修で大学に帰ってくるパターンが増えています。福岡大学病院でもそういった傾向があります。将来何科に進みたいですかと聞くと、3割ぐらいいは内科で、16%ぐらいいは外科と言う感じのデータです。実際にマッチ数を見てみると、制度が始まった頃は大学病院が上回っていましたが、今は1,000人弱ぐらいいの研修医が、この10年ぐらいいかけて市中病院に流れてしまったようです。さらに追い打ちをかけるように、



福岡県は医師が多すぎるということで大学病院も市中病院も研修医の定員が減らされています。

大学病院と市中病院のイメージの違いがあります。プライマリ・ケアは市中病院の方ができる。専門的治療は大学病院の方ができる。手技は市中病院の方がさせてくれる。キャリアは大学の方が積める。雑用は大学の方が多い。というイメージがあるわけです。福岡大学病院もそういった事態に充分危機感を覚えて、Acute Care Center といつて、二次救急の受け入れを始めました。この1番の目的は教育です。来た救急車に研修医がファーストタッチをして、それから上級医に相談してという屋根瓦方式をとって、プライマリ・ケアの習得を図る。それから、雑用もメディカルクラークを導入してかなり減っています。福岡大学病院には必修科目というのがあって、内科は6ヶ月、救急3ヶ月、地域医療1ヶ月、これは絶対に研修をしなければいけません。それから、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の中から2つ必ず選択しなさいという決まりがあります。うちのプログラムは、選択必修も含めて全科をまんべんなくローテーションする形になっています。もう一つの特徴としては、2年次の選択科目は広くとっています。興味がある科をとつてもいいし、いろいろな科を回つてもいいし、市中病院に行つたままでもいいです。というような自由度を持たせるのがプログラムの特徴です。福岡大学は他大学出身者の割合がいつも30%を超えています。ですから、他大学出身者であっても入れる環境があると自負しています。病院見学も適時受け付けてます。研修医の当直室や学習室ですが、1人1つずつ机も用意しています。先生方の周りに候補者がいましたら、是非とも福岡大学病院、筑紫病院の研修プログラムをよろしくお願いいたします。

～．～．～．～ ◆ 総合討論 ◆ ～．～．～．～

【司会】

福岡大学病院 循環器内科
診療教授 三浦 伸一郎 先生

【ディスカッサー】

今村内科循環器科クリニック 院長 今村 光秀 先生
くが脳神経外科クリニック 院長 空閑 茂樹 先生

～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～．～

三浦 河村先生、ありがとうございました。都市部に集中していくのを防ぐために、福岡県としても定員をかなり減らされているようです。まずは2人の先生から感想と問題点のお話をいただきたいと思ひます。



今村 詳しい話は今日初めて伺ったのですが、ここまで規制されているのかと思いました。今の研修医の先生方は大変ですね。私達の頃はもっとのんびりと勉強させていただいた気がします。なんとなく全体の雰囲気ですけど、ギチギチに凝り固まって自由度がないような気がします。

空閑 前期研修は必須ですよ。大学に戻って後期研修は2年とか3年とか、これも必須なんですか？前期の研修が終わって大学に入局する。そこの医局の研修のカリキュラムにのるわけですね。

河村 後期研修は必須ではないです。ですから、2年間終わればあとは自分の進みたい道を選んでいるという形になっています。その後、各医局が用意しているプログラムに乗っかるという感じです。

坂上 2023年にアメリカの医学教育システムの体制に変えるという話でした。今の国家試験のレベルはどのくらい違うのかと、その時に英語が必修なのかどうか教えてください。病棟の実習を学生の間に増やさないといけないのですね。

出石 ECFMGの受験資格が与えられないというだけですけれども、大学がその認証基準を満たした大学にするべきであるというのが、医学教育を真面目にやっている人たちの考えです。ECFMGの受験者は、全国でも80人ぐらいしかいないので、試験を受けられない大学もあってもいいのですが、日本ではどこの大学もその基準を満たす大学にしようとしています。ECFMGの試験自体が英語ですから、英語ができないと通らない事になってます。試験のレベルは変わらないですね。ただ、大学側の基準を満たすためには、臨床実習の期間を長くしなさいとか、そういうことが規定されていますので、卒業生のレベルが上がるかどうかは別問題です。ECFMGの基準に満たないような医学校にはしたくないというのが、医学教育をやっている人たちの考え方です。アメリカが1番制限したいのは、日本みたいなしっかりした教育をやっていない、低開発国の卒業生がアメリカで臨床医になることを阻止したいのだと思いますが、わが国としてはこの期にグローバルスタンダードを目指そうということだろうと思います。

二田 福岡大学の目指す医師像です。もう一つは、今日の日経新聞の朝刊に、大学の出身者のランキングみたいなものが書いていました。これは4つの項目で分けていましたが、その中で1つに考える力があります。これは京都大学卒業生だったのですけれども、その4つのなかの1つに社会で重視している項目の中に、コミュニケーション能力というのがあります。福岡大学が日本で1番でした。これは医学部に限った事では無いですが、1つは教育に違いがあるのかなと。福岡大学が目指すものの中にそういう素質があるのかなと思いつつながらその新

聞を読んだわけですよ。だとしたらどういふ医者育てたいのか、そのような目標や医師像があれば教えてください。私に聞きたいです。

朔 医学部長をしております、大変うれしい情報ですね。福岡大学病院の理念は、「あたたかい医療」です。これを旗印にして今まで医学教育をやっています。福岡というのは、土地柄がとてもよく、特に、福岡大学は地下鉄もつながってて、福岡大学医学部に入ると本当に楽しい。総合的人間教育が大学のモットーですが、それで、最終的にコミュニケーション能力が高いと言う事は、非常に私たちにとっては嬉しいと思っています。

今村 先程の国家試験の設問数が500問になって、3日間になったということですが、要するに、年々覚えなければいけないことが増えていくわけですよ。私が開業してからも新しい医療も増えるばかりです。だから、学生さんが覚えられないといけないことも増えるばかりで、果たして全部覚える必要があるんだろうかと思えます。広く浅くというのも大事ですけど、人間の能力というのは決まっていますよね。ある一定を超えるとオーバーフローしてしまいますので、そういう風なことを考える時期に来ているのかもしれない。広く浅くやったドクターよりも、私はこれしかできませんけどこれは天下一品です、みたいな人も要るのではないかと思います。

空閑 学生が実技を国家試験でやる、じゃあ実技は何なのか、何が出来れば合格なんだというのは私の疑問です。それから、5年生でベッドサイドに出るんだしたら、国家試験対策の6年生の勉強、これは国家試験に合格するためだけだったらあまり意味がないと思うんですよ。先ほど今村先生が言われたように、試験に受かるためだけに勉強をして、それで本当に良い医者ができるのか。私は5年と6年は研修でいいんだと、それまでに自分で勉強をしないと、受からなければ医者になれませんよ、それでいいんじゃないかと思います。

三浦 本来はそうなんですけど、この試験もいろいろ問題がありまして、手技だけ出来れば点数が取れるようになって、本当にその人が病氣と診断することができません。聴診する場所が正確であれば合格するという試験になってます。そういうところも改良の余地があると思います。ですから、患者さんを診てどう判断するかということまで試験ができないというのが今の試験です。出石先生の方から9,000人になったということで、計算すると14校分の医学部ができたとなっているということですが、その点はいかがでしょうか。今村先生、数としては満たされているといいますが。

今村 OECDの中で下の方でしたので、増やさないといいけないのはわかりますけど、私が学生の頃から先輩から聞かされたのは、ドイツでは医師の免許を持った



人がタクシーの運転手をしている、医師過剰で。自分たちの時までにはいいけども、お前たちが医師になる頃はそういう風になるぞと脅されました。ですから、それをはるかに上回る人員が医師として溢れてくると、はたして皆食っていけるのかなど、素朴に疑問はあります。

空閑 医師の数としてはいいと思います。今の制度をおかしくしているのは、先ほど卒後研修にもあったように、市中の病院とか、大学病院とか、評判の良い病院にばかり集まって、医局に入らないので出向する医師が居なくなって、結局過疎地に医師が少ない、都会は医師があふれている。僕はそう思います。日本の医師が少ないとは思いません。だから、一極集中じゃないけど、都会に集中しすぎているから、それをどのように振り分けるかが大事ではないかと思えます。

三浦 空閑先生が言われる通りだと思いますけども、実際にこれだけ増えて、今どういう風に学生さんというか、研修のレベルは保障されてますか？

河村 研修医のレベルは、決して落ちてないと思えます。悲しいかな、大学病院より市中病院に出て行く研修医の1部の方がやる気がある傾向があります。なぜかという、自分の腕を試したいとか、巣から飛び出したいのでしょうか。研修医がやったらいけない項目は決まって、ひとりで手技も何もできない。特に大学病院では、すごく過保護になっています。上級医が「お前、ちょっと考えてみろ」と、「自分で考えて処方しました」「それでいいよ」と言う上級医だったらいいのですが、面倒くさくなって全部自分でやってしまうとか、もしくは研修医が「先生、お願いします」という風なところにはまってしまうと、3年目になっているのに降圧薬の名前を知らない、風邪薬1つ知らない、やったことないです、という風な研修医が出来上がってしまっている。ですから、研修医を守ることも大事ですけども、少し過剰かなという部分があることと、かなり指導医、上級医によって育ち方が違うようです。

今村 私が思うのは、評判の良い病院には評判の良いドクターがいて、良い指導をしてくれるから集まるのだと、たしかその通りですけども、要するに、ティーチングというのはすごく時間がかかるわけです。そのドクターも自分の診療とか研究があるわけですし、ティーチングに割ける時間はそんなにないと思うのですが、これほどガチガチのプログラムです。当然、ティーチングスタッフの増員が必要だと思いますけど、大学ではうまくいっているのですか？

河村 指導医の条件は決まっています。7年以上の臨床経験がある人で、指導医を育てるための講習会に参加した者でないと指導医と呼ばれません。それ以外は上級医です。福岡大学病院は、毎年、指導医講習会を開催して、各科から参加してもらってます。指導医を育てる試みは、おそらく福岡大学病院以外でもやっていると思います。指導医講習会を自分で探して、指導医のスキルを得たり、肩書きを得るといような努力はしていると思います。

空閑 私は脳神経外科なので、きわめて特殊な科です。先ほど今村先生もおっしゃったように、専門医がどうしても必要になる。そうすると、総合診療医みたいに研修医をやってさらに全部の科を勉強して、それから6年かかるんですね。脳外科の指定病院で研修を受けて、7年目に試験を受ける。専門医に受かった時に、オペができるかというできません。それからまたいろいろ教えて習ってやっていく。専門医になる間に医学博士の学位の研究もしなければならぬ。僕らの頃は、麻酔科に1年間研修に行って、それから救命救急センターも1年研修に行って、救急も診れる脳外科になっておけど、それを全部やっていると10年以上かかるわけです。そこで、専門医の肩書きだけついて、本当にオペができるのはそれから5年、10年かかるわけです。そうすると、専門医で本当に活躍できる期間が非常に短くなるので、あまり卒後研修、一般教養みたいな総合診療医みたいな事はどこかで省いて、専門家を作ることも考えた方がよいのではないかと思いますね。

河村 現行のシステムは、2年終わると各科に配属されて、ここから自分のやりたいことがやれるので、比較的早めにサブスペシャリティのスキルも得られるし、認定もされますが、ご存知のように卒後後期研修3年ぐらいかけて、専門医制度ができます。あれはいかにも机の上で誰かが考えたような制度だと思って、すごく危惧しています。ですから、そこをサブスペシャリティも体得しつつできるように、各病院が知恵を絞らなければいけないのかなと思います。先生がおっしゃる通り、今のままその制度が組み込まれると、まず新内科専門医を取るのに5年かかります。それから勉強してということ考えると、確かに総合診療医もすごくできる人と器用貧乏な人もいるので、そこは僕も先生と同じです。

三浦 入学から卒後までかなり問題があるということと、ルールに縛られてこれで本当によいのかと、提起されたように思います。私達もこれから色々考えていきたいと思っています。