

これからの医師養成について

横 田 英 介

私は1989年（平成元年）に内科部長として松山赤十字病院に赴任し副院長、院長を務め今年3月に定年を迎えました。当院は1959年（昭和34年）に総合病院の指定を受け病床数は1992年には820床まで増床し臓器別のセンター構想のもとに地域の基幹病院としての役割を担ってきました。1997年の医療法改正で地域医療支援病院が制度化されたことから地域の医療機関との連携を推進し地域完結型医療への転換を進める中で高度急性期の専門病院としての機能強化が喫緊の課題となり、2014年に新病院建設に着手し、2022年12月にグランドオープンを迎えました。病院運営においてはハード面の整備とともに医師をはじめ医療スタッフの人材確保、育成が重要であり、この点について振り返ってみたいと思います。

医師については初期臨床研修制度および専門医制度があります。私が医学部を卒業した1977年はインターン制度が廃止され臨床研修制度が努力規定として創設されて間もない頃で、卒業と同時に入局し所属する診療科でのストレート研修が中心でした。2004年に必修化された新医師臨床研修制度は理念として「医師としての人格を涵養し全人的に対応できるプライマリ・ケアの基本的診療能力を身に付ける。」等を掲げて始まり現在に至っています。当院では当初は専従の職員はいませんでしたが、2007年に教育研修推進室が設置され教育、指導に看護師、コメディカルを含め多職種が関わり幅広い知識、技術を習得する環境が整えられ、このことはチーム医療の充実にもつながってきていると思います。初期臨床研修修了後の専門医研修については従来、各専門学会が独自の専門医または認定医制度を導入し運用してきましたが、2013年、厚生労働省は「専門医の在り方に関する検討会」の報告書をまとめ、これにより第三者機関として「日本専門医機構」が発足し2018年から基本領域の専門医を取得後、サブスペシャルティ領域を取得する新たな専門医制度が始まりました。

これからの医師養成に大きく影響するのが人口問題です。わが国は超高齢社会を迎えています。国内の高齢者人口（65歳以上）がピークに達する2040年に向けての医療提供体制の構築が課題になっています。超高齢社会においても各専門分野における高度急性期医療の提供が重要であることは論をまたないところですが、急性期病院における複数の基礎疾患を持つ高齢者の診療や回復

後に患者の生活基盤に密着した地域での包括的な医療を担う医師の養成が求められ、このような高齢者を含めた総合的な医療を担う専門医として基本領域の19番目に「総合診療専門医」が位置づけられました。そして「総合診療専門医」取得後の学会認定サブスペシャリティとして日本プライマリ・ケア連合学会は「新・家庭医療専門医」を、日本病院総合診療医学会は「病院総合診療専門医」を提案し各々その制度が開始されています。また日本病院会(会員数、2022年3月末現在2,491病院)では医師のセカンドキャリアとしての日本病院会認定“病院総合医”の育成事業を2018年に開始し、2022年1月時点で170施設が育成プログラムの認定施設になっています。急性期病院、地域医療の現状を考えると臓器別専門医とともに総合診療を担う専門医の育成が急務で今後の充実に大いに期待したいと思います。

初期臨床研修から専門医研修へと進む過程で大学医局に所属することなく自身の希望に沿って都市部の市中病院、診療科へ進む流れが出来たことで、大学医学部においては人材確保に苦慮する状況になり、研修終了後に基礎、臨床研究に関わる医師が減ってきているのではないかと感じています。教室により違いはあるかと思いますが、私が所属した教室では2年間の初期臨床研修後、基礎の大学院に進学するもの以外は研究室に配属され関連する臨床を行いながら研究に従事しており、私の場合はこの時期に3年間の留学の機会を与えられました。帰国後、約6年間は大学で過ごし後輩の研究指導も行う中、必ずしも誇れるような実績を上げることはできませんでしたが、ある一定時期に基礎研究に関わることで得たりサーチマインドは医師として臨床の場で経験を積んで行くうえで役に立つことも多かったと思っています。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックが起こり2年半になります。今回のCOVID-19の感染流行では医療機関、施設の医療従事者、職員の多くが各々の立場に関わり、医師についても感染症・呼吸器内科専門医を中心に自身の専門分野を超えて診療にあたりました。この経験は超高齢社会が進む中、ポストコロナ時代の新たな医療提供体制の構築に生かされるものと期待しています。