

医学と医療の深化と広がり ～健康長寿社会の実現をめざして～

対談 齋藤英彦¹⁾・横倉義武

Saitou Hidehiko ・ Yokokura Yoshitake
名古屋大学名誉教授・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長 日本医師会会長

横倉 明けましておめでとうございます。今年もどうぞよろしくお願いいたします。

齋藤 おめでとうございます。こちらこそよろしくお願いいたします。

横倉 年が明けて、いよいよ4年に一度開催されます日本医学会総会が近付いてまいりました。齋藤先生は、その「第30回日本医学会総会2019中部」の会頭を務めていらっしゃいますので、本日は医学会総会に向けて、齋藤先生のお考えをいろいろと聞かせていただきたいと思います。

その前に新春ということで、お正月の話題から入りたいと思います。先生は子どものころ、どのようなお正月を過ごしていらっしゃいましたか。

齋藤 私が子どものころは、お正月と言えば門松、しめ飾りなどを飾って、竹馬などで遊びました。それからお正月と聞いていちばんに思い出すのは、私が小学生のころ、昭和20年代になりますが、そのころ名古屋の一部では見られた三河万歳です。それは、お正月に玄関先や門の辺りで、2～3人の万歳師が鼓を叩いて舞う門付けをするもので、ご祝儀を出したりしていました。

最近はそのような風景も見られなくなりましたし、お正月の風情がだんだん薄れてきているように感じますね。

横倉 伝統芸能が徐々に消えていくのは残念ですね。

ところで、去年は齋藤先生にとってどのような年でしたか。

齋藤 嬉しかったことを1つ挙げるとすれば、1988年1月12日に名古屋大学医学部附属病院で骨髄移植を受けた女性の患者さんから電話があったことです。

横倉 1988年ですか。

齋藤 はい。私は長年、骨髄移植にかかわっているのですが、その方は慢性骨髄性白血病でした。しかも急性転化を起こしていて、非常にハイリスクな移植でした。ちょうど30年経ちますが、元気になっているということで、非常に嬉しかったです。

当時はまだ骨髄バンクができる前ですから、患者さんのお母さんから移植しました。HLAが少し違ったのですが、奇跡的にうまくいって、以来30年間、彼女は骨髄バンクの活動にボランティアとして取り組んで頑張っておられます。お母さんのお元気な声も電話で聞くことができました。

横倉 それは医療者にとって本当に嬉しい話で、医者冥利に尽きますね。

齋藤 本当に嬉しいですね。

1) 齋藤 英彦（さいとう ひでひこ）

第30回日本医学会総会2019中部 会頭／名古屋大学 名誉教授／国立病院機構名古屋医療センター 名誉院長／医学博士。

昭和14年生まれ。昭和38年名古屋大学医学部卒業、昭和43年医学博士号取得、昭和54年米国 Case Western Reserve 大学医学部 Associate Professor、佐賀医科大学教授を経て、昭和59年名古屋大学教授。平成3年名古屋大学医学部長。平成10年名古屋大学医学部附属病院長。平成13年国立名古屋病院長。平成14年名古屋大学名誉教授。平成18年JR東海総合病院長。平成18年国立病院機構名古屋医療センター名誉院長。第53回中日文化賞。第38回東海テレビ文化賞。平成27年春の叙勲瑞宝中綬章。

第 30 回日本医学会総会 2019 中部開催の年を迎えて

横倉 それでは、いよいよ今年 4 月に開催される「第 30 回日本医学会総会 2019 中部」についてお話ししたいと思います。

初めに、日本医師会として齋藤先生にお礼を申し上げます。先生のご厚意により、今回の医学会総会では、4 月 27 日に日本医師会セッションの枠を設けていただいております。改めてご配慮に心から感謝申し上げます。

このセッションでは、地域医療におけるかかりつけ医と総合診療領域の融合という視点で、地域包括ケアを含む医療提供体制における有機的連携を、参加者と共に考えてまいりたいと思っています。

また、今まで医学会総会では日本医師会として皆さんと懇談する場がなかったので、夕方に懇親会を開かせていただくことにしています。先生、お心遣い本当にありがとうございます。

さて、この日本医学会総会ですが、1902 年に東京で開催された第 1 回から 117 年の時を経て、記念すべき第 30 回となります。今回の総会の「医学と医療の深化と広がり～健康長寿社会の実現をめざして～」というメインテーマに込められた先生の思いを、改めてお聞かせいただけますか。

齋藤 よく知られているように、日本は戦後の経済発展により、生活環境、衛生、栄養状態が大きく改善されました。また、医療体制の整備、医療の質の向上によって世界に類を見ない長寿を実現しました。加えて、教育レベルが高いことも長寿の一因であると思います。

一方、高齢化に伴い寝たきりなどの要介護者の増加が指摘されており、古くからの人類の願いである健康長寿を目指す必要があります。どんどん進歩している技術、つまり医学と医療の深化と広がりによって、それが可能になるのではないかという思いを込めています。

また、超高齢・人口減少社会となり、医療、介護などの社会保障制度の持続性が問われています。持続性というのは経済的な面とマンパワーのことです。医学と医療は技術革新すればもちろんコストも増えますから、そのへんをどう折り合いをつけていくかも課題であると認識しています。しかし、繰り返しになりますが、医学と医療の深化と広がりによって、健康長寿社会が実現できるのではないかという思いであります。

横倉 そういった思いがメインテーマに込められているんですね。

今回の総会における学術集会は、「1. 医学と医療の新展開」「2. 社会とともに生きる医療」「3. 医療人の教育と生き方」「4. グローバル化する日本の医療」という 4 本の柱から構成されていますが、この柱を設定された理由についてお聞かせください。

齋藤 プログラムの構成は、分かりやすいことを第 1 に考えました。1～3 のテーマは医学会総会にふさわしく、医学・医療の主な役割、課題をカバーするものです。もちろんこのような内容は、今までにも日本医師会や各分科会で話題になっていると思いますが、やはり異なった分野の専門家が一堂に集まって議論することに意義があると考えています。

「4. グローバル化する日本の医療」というテーマは新しい試みです。よく知られていますように、たとえば 2017 年の訪日外国人の数は 2,800 万人を超えましたし、アジアからだけでも 2,400 万人を超えています。このように外国との人的、物的、制度的交流が非常に密になり、国際感染症などの問題は、国際連携なしには従来の国内における対策のようにはうまくいかない時代になったと思います。同時に、日本の医療の国際貢献の在り方が問われる時代になってきました。横倉先生は今、世界医師会会長を務めていらっしゃいますが、それもその一環かと思います。

国際連携と言いますと、従来は欧米の進んだ概念や知識、技術をいかに取り入れるかということで

したが、その時代はもう終わったと思っています。現在は、長寿社会の経験が最も深い日本のノウハウ、特に国民皆保険制度に代表される優れた医療提供体制、あるいは介護提供体制を海外に紹介する。また、アジアにおいて医療人材の育成や皆保険を目指した支援をする。それから日本は難病対策も非常に進んでいますので、そういうことを知ってもらうために、この4番目の柱を作っています。

横倉「1. 医学と医療の新展開」では、「AIとICTはどこまで医療を変えるか」、「Precision Medicineはどこまで進んだか」、あるいは「再生医療が拓く医療」など、医療の高度化と将来の可能性を見据える興味深いテーマが掲げられています。

また、先生は日本医療研究開発機構（AMED）の「再生医療実現プロジェクト」にも、プログラムディレクターとしてかかわってこられました。

ゲノム解析や再生医療などは、がん、あるいは難病といった、これまで治療が困難であった疾患への臨床応用が大きく期待されているわけですが、個人情報を含む倫理面での制御などの課題も少なくありません。そこで、先生がお考えになっている進歩する医療への期待、その課題と対応についてお聞かせください。

齋藤 まず、昨年、京都大学名誉教授の本庶 佑先生がノーベル医学生理学賞を受賞されたことは、非常に喜ばしいことであり、国全体が勇気付けられるニュースでした。

高度化する医療への期待ということでは、横倉先生がおっしゃったように、たとえばがん細胞のゲノム解析でDNA変異を見付けて適切な薬を選択するとか、難病と考えられていた疾患に対する再生医療の可能性などが考えられます。

一方、このような先端医療の課題としては、まず有効性と安全性が担保されるのかということ、さらに生命倫理の問題も重要です。

有効性と安全性はやはりヒトを対象とした臨床研究で証明しなければなりません。マウスで有効でも、ヒトでは有効ではないものもありますし、マウスでは見られなかった副作用がヒトでは見られたという例もあると思います。

臨床研究は当然患者さんへのインフォームド・コンセントを十分担保して行うわけですが、それで有効性と安全性が証明されても、今度はコストの面で、既存の治療と競争できるかという問題もあります。つまり、新しい医療、先端医療を臨床導入するためには、安全性・有効性・コストの3つの点で十分競争力を持たなければいけないということです。

生命倫理についてですが、クローン技術やゲノム編集技術はいわば人間の尊厳を破壊する、あるいは自然を改造する試みです。また、ゲノム解析やビッグデータ解析にAIが活用されるようになると思います。たとえば眼底写真やCT、MRIをAIに読ませることが進むと思いますが、その場合にも患者さんの権利や個人情報の保護は十分なされることが前提です。これはやはり社会と対話したうえでコンセンサスを得ないと、進めることができないと考えます。

横倉 国民の理解を得ることが大前提ですね。

続いて、「3. 医療人の教育と生き方」について伺っていききたいと思います。

先生は長年にわたって教育・研究と、医学生や若い世代の医師の養成に携わってこられたわけですが、現在、医師の働き方改革の議論が進められています。医師の健康を守りながら、かつ過不足なく各地域で住民が公平に、そして安心して医療を受けられる提供体制を確保しなければなりません。

こうした中で、これからの医師の養成の在り方について、考えをお聞かせください。

齋藤 医師の養成ということでは、まず医学部入学者の選抜があり、学部教育、卒業教育（臨床研修、専門研修）、そして生涯教育がありますが、まずは入り口の入学選抜についてです。昨年いろいろ報道されましたが、基本的には現在の日本では高校の成績と言いますか、ペーパーテストの成績が良

いというだけで医学部を目指す傾向があります。医師として働くモチベーションの有無などは、入試のときに面接をしてもなかなか評価しにくいのが実情です。

医師は幅広い教養、あるいは興味を持っていることが必要だと思います。医学部は一般に理系だと言われますが、文系でもあると思っています。

横倉 文系的な要素が強いかもしれませんが、倫理観やコミュニケーション能力などを考えてもそう思います。

齋藤 そうですね。1973年と1991年の学校教育法の改正によって、人文・社会・自然科学の基礎を学ぶ医学部進学課程が廃止されましたが、6年一貫教育というのは、全人的な医師をつくるうえではやはり失敗だったと思います。

横倉 われわれが学生のころは、初めの2年間は本当にいろいろなことを学ばせていただいて、勉強もそうですが、それ以外の、人間の成長過程で勉強になることが多かったですね。

齋藤 私は最近のカリキュラムをよく知っているわけではありませんが、当時、文部省が6年一貫教育を強調しはじめて、1年生から解剖実習をするなど、どんどん前倒しにしていたわけです。これでは単なる医療技術者を養成することになりますよね。

そもそも日本は、医学部に限らず18歳のときのペーパーテストの成績でその後の人生がかなり影響される教育システムで、問題があると思います。18歳でも優秀な人はもちろんいますが、現状では30歳、40歳になってチャレンジする機会が事実上ないに等しいのです。つまり、入れ替え戦と言いますか、仕切り直しのシステムがないのです。

ただ、企業では学歴至上主義から徐々に脱却しつつあるとも聞きますし、医療界もそうなりと良いと思っています。

余談ですが、私は昔から常々不思議に思っているのですが、医師同士が初対面からしばらくすると、「先生は何年卒ですか」と聞きますよね。ほかの学部の人には、たぶんそういうことを聞かないと思います。

横倉 そういうところはありますね。

齋藤 次に学部教育についてですが、良い医師を育成することは大学の責任ではないかと言う人がいます。また、時々メディアで、「アメリカと比べて日本の医学部の教育は講義が多くて、知識ばかり詰め込んで、卒業したときにすぐに役に立たない。もっと実地修練が必要ではないか」と言われます。

私はアメリカで長年医学教育にかかわってきましたが、その経験から言えば、アメリカでは確かに侵襲的な行為、たとえば腹水穿刺や胸水穿刺、骨髄穿刺を教員の監督の下、学生にやらせますが、日本ではこれはなかなかできないですね。

ではアメリカではなぜ可能かと言うと、何千万人と無保険の人たちが大学病院を受診するので、医療を受けられるということが優先され、医療行為を行うのが学生であるということはあまり問題とされない風土・文化があるからだと思います。

そういう背景の違いがあって、国民皆保険である日本では、患者さんあるいは家族の方にとってみれば、医師免許のない学生に腹水穿刺などをされるのは嫌だということになるのですね。私はやはり日本のように、たとえ卒業のときは未熟でも、医師免許を取ってから十分に修練すればよいと思っています。

横倉 先生は確かドイツに住まれたご経験があると思いますが、ドイツではどのような医師養成がされているのでしょうか。

横倉 私はドイツのミュンスター大学の研修病院にいました。学生が実習に来ますが、結構厳しい評価をされていて、さまざまなチェックをしていく中で、不適格な人はやはり落第させるということが

ありましたね。

齋藤 そうなのですか。

横倉 日本の場合は、臨床実習でそこまで厳しくしませんね。

ただ、ドイツの病院で現地の医師と一緒に仕事をする中で、さまざまなことを学ばせていただいたことは確かです。

日本でも昨年、門田守人日本医学会会長が研究代表者を務められた厚生労働科学研究の中で、医学生の実行をどこまで認めるかという議論が行われましたので、少しずつ変わっていくとは思いますが、胸水穿刺や腹水穿刺を実践していくのはなかなか難しいかもしれません。

齋藤 患者さん側の了解と言いますか、社会の了解が必要になりますね。

横倉 そうですね。そこは国民を含めてしっかり議論していくことが必要になると思います。

齋藤 もう1つ、医師としての倫理面で言いますと、私はドイツの著名な医師である C. W. Hufeland の著書“Enchiridion Medicum”（医学必携）を翻訳した『医戒』が、非常に優れていると思っています。

緒方洪庵の『扶氏医戒之略』から引用しますと、「医の世に生活するは人の為のみ、をのれがためにあらずといふことを其業の本旨とす。安逸を思はず、名利を顧みず、唯おのれをすて、人を救はんことを希ふべし。人の生命を保全し、人の疾病を復活し、人の患苦を寛解するの外他事あるものにあらず」、また「病者に対しては唯病者を視るべし。貴賤貧富を顧ることなかれ。長者一握の黄金を以て貧士雙眼の感涙に比するに、其心に得るところ如何ぞや。深く之を思ふべし」と言っています。時代、国を超えた名言だと思います。

横倉 素晴らしいですね。医師として基本的にとっておかなければならない倫理観は、やはりきちんと身に付けなければならないということですね。

齋藤 そうなのです。

横倉 日本医師会では「医の倫理綱領」や「日本医師会綱領」を採択し、あるいは『医師の職業倫理指針』を作成し、われわれ医師としての倫理規範、あるいは守るべきことは何かということを提示しながら、会員の先生方への啓発に努めているところです。

齋藤 働き方改革については、これも多くの方が指摘されているように、医師のみでは解決できないので、やはり患者さん、国民の理解が必要です。

たとえば、適正な救急受診や複数主治医制などが普及しないと、労働時間の短縮は困難で、医療者も十分な休息がとれないということもあるでしょう。

また、診療科とその地域による医師の偏在があります。なかなか難しい問題ですが、私は個人的には、最終的にある程度法的な対応も必要なのではないかと思っています。

横倉 この問題の困難さは、たとえば診療科ごとの必要医師数は医療技術の進化、疾病構造の変化などによっても変わってくるでしょうし、外科系領域と内科系領域の双方で対応している疾患も多いことを考えると、正確な将来予測がなかなか立てづらいというところにあります。法令で強制的に規制して、本当に需要に見合った供給となるのかが見えにくいのです。

このようなことも踏まえ、医療の現場でどのような医師が必要かということが分かっている専門職としての医師によるプロフェッショナル・オートノミー、自律性によってこれらの問題には対応すべきであることを私も主張していますが、なかなか難しい問題です。

以前、各医師会で名称は地域によって異なるものの、開業相談委員会が設置されていました。隣接区域に同じ診療科の医療機関が集中すると、他の区域にその診療科がない、あるいは少ないということにもなりますので、そのバランスの調整を委員会で行っていたのですが、独占禁止法に抵触するとして公正取引委員会から厳しく改善勧告が発せられ、そうした活動ができなくなったのです。

その結果、駅前に同じような診療科が集中するという状況にもなっており、何らかの対策を考えていかなければいけないでしょうね。

齋藤 弁護士の場合は弁護士会に所属しないと弁護士業務ができないですよ。

横倉 弁護士の場合は、弁護士法でちゃんと弁護士会への加入が規定されているのです。戦前は医師会も強制加入でしたが、戦後の連合国軍最高司令官総司令部（GHQ）の下、新生医師会は任意加入とされたわけです。

齋藤 働き方改革では、女性医師やシニアの医師が働きやすいような環境についても検討されていますね。

横倉 そうですね。働き方改革を進めるうえでは今後、過疎地域の医療をどうするかについても、医師会としても大きなテーマになっています。過疎地の医療の在り方、そこで魅力ある医療ができるようにしていくためにはどうしたらよいかについて、いつも考えながら活動しています。

今後の日本医学会総会の在り方

横倉 先生は日本医学会の「日本医学会総会あり方委員会」の委員長として、昨年2月に報告書を取りまとめられました。その中で、1959年に東京で開催された第15回総会以前には、各分科会が同じ都市の別々の会場で、独自のプログラムに従い同時進行して学術集会を開いていたことが記載されています。

その後、現在のような形に移行して「医学会総会は分科会の単なる集合ではなく、あらゆる領域の医師・医学研究者が集まり、医学・医療について一緒に議論する学会である」という形式になった」とあります。

そして、「医学会総会の“基本的な理念”はまさにこの点にあると思われる。医学・医療がますます細分化されるなかで、各分科会が4年に1回は一堂に会して face-to-face で議論することに意義がある」と記されています。

まさしくご指摘どおりだと感じていますが、今回の日本医学会総会の運営を通じて、4年後も含めた今後の日本医学会総会の在り方について、お話しいただけますか。

齋藤 まず、この日本医学会総会あり方委員会の報告をまとめるに当たって、前日本医学会会長の高久史麿先生が会頭をされ東京で行われた総会（第25回、1999年）のときに作られた『日本医学会総会 百年のあゆみ』という本がありまして、非常によく調べられていて、大変参考になりました。

その中に記載されているのですが、1902年の第1回日本聯合医学会の開会挨拶で、田口和美会頭は「専門分化が進みどの学科でどういう研究があるか、だれがいかなる研究をしているかが分からなくなってきた」と120年近く前におっしゃっています。つまり、専門分化は100年以上続いているわけですね。もちろん、それによって進歩もしているとは思いますが。

私の個人的な経験でも、30年前は東海地方の病院から、大学に内科医を派遣してほしいという要請がありましたが、今は血液内科医、循環器内科医、糖尿病専門医を送ってほしいと言われます。全体を診ることのできる内科医、外科医が極端に少なくなっている、そういう時代になったということだと思います。だからこそ、この4年に1回の日本医学会総会はぜひ続けるべきです。

また、日本医学会総会あり方委員会の議論の中で、もっと小規模にして、お金もエネルギーもかけないほうがいいのかという意見も当然ありました。ただ、そうすると社会に与えるインパクトは薄くなり、弱くなるので、医学と医療の重要性、課題、展望を国民の皆さんに知っていただくためには、十分準備して、4年に1回はある程度盛大に行ったほうがよいと思います。そして、個

人的な見解ですが、今後は日本医師会と共同開催という形が良いと考えています。

学会数がかなり多くなっているので、若い人にどのように参加してもらうかについてもいろいろな工夫が必要だと思います。

若い人の参加を増やす工夫としては、医療安全や感染対策、生命倫理といった、どの診療領域でも共通するようなセッションを医学会総会で持つことも1つの方法でしょう。

また、京都で開催された「第29回日本医学会総会2015 関西」では、井村裕夫会頭が学生の企画を採用しました。今回の総会でも、それはもちろんフォローしながら、同時に日本医学会総会奨励賞を作り、40歳以下の若い先生をいろいろな分野から選んで発表の場を設けることを考えています。

横倉 それは励みになりますね。

齋藤 それから、前回の日本医学会総会のときには、「健康社会宣言2015 関西」が発表されました。これは会頭と副会頭等の連名で提言されましたが、今回の総会でもそういった宣言をする予定です。先ほど日本医師会との共同開催という考え方をお話しましたが、内容について横倉先生のご了解が得られれば、先生のお名前を連ねていただきたいと思います。

横倉 ありがとうございます。医師会の先生方も非常に力付けられると思います。

平成のおわりは尾張名古屋で

横倉 それでは改めまして、「第30回日本医学会総会2019 中部」開催に向けて、先生からのメッセージをよろしくお願いいたします。

齋藤 この4月に開催される日本医学会総会が平成最後の総会となります。また30回という節目でもありますし、プログラムも一生懸命作りました。幸い、かかりつけ医、認定産業医、健康スポーツ医などの単位取得ができるようにもご配慮いただきました。

ですので、最後のメッセージは「平成のおわりは尾張名古屋で会いましょう」ということで（笑）。

横倉 大変素晴らしい総会になると期待しています。

本日はお忙しい中、ありがとうございました。