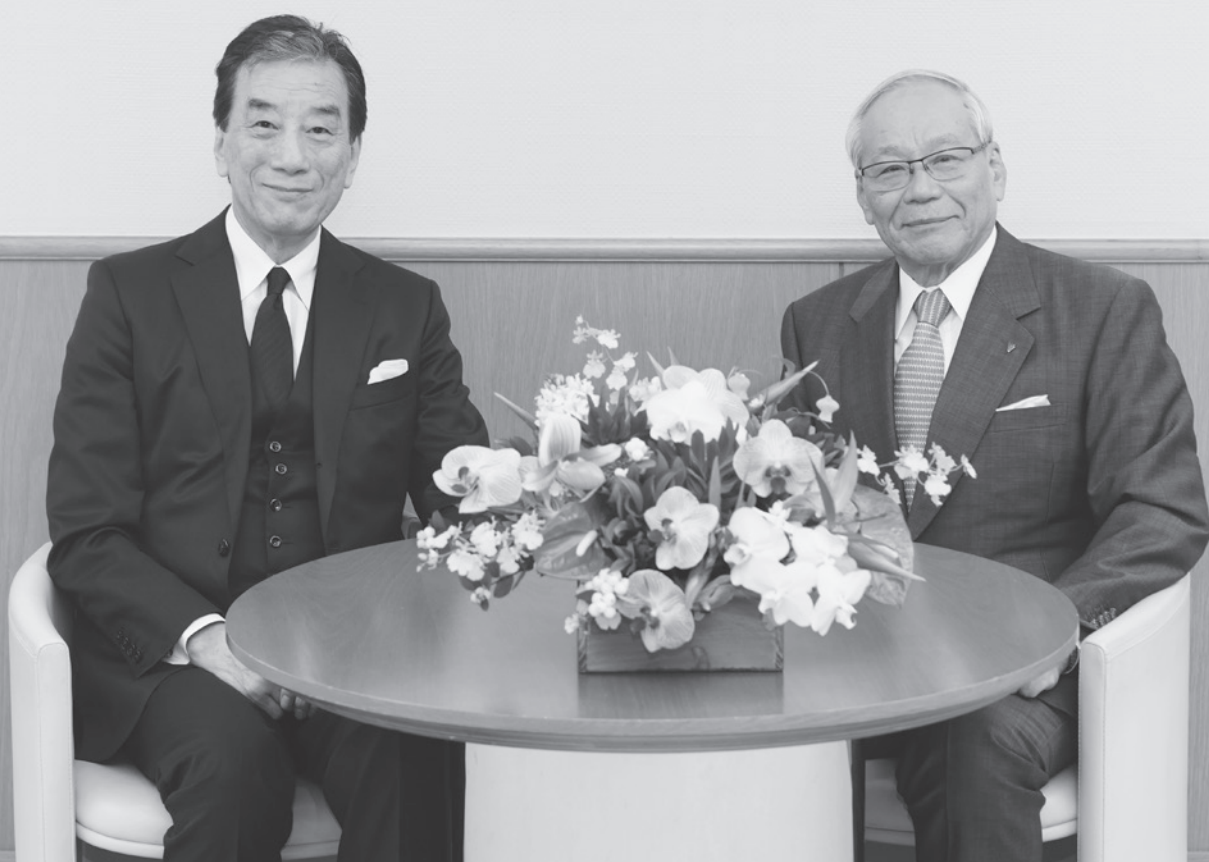


新春対談

世界の変化と 日本の医療の方向性



黒川 清

政策研究大学院大学名誉教授

横倉 義武

日本医師会会長

世界の変化と日本の医療の方向性



黒川 清 (くろかわ きよし)

政策研究大学院大学・東京大学名誉教授、日本医療政策機構代表理事。

東大医学部卒。1969～84年在米。79年UCLA内科教授。カリフォルニア州医師免許、米国内科専門医、同内科腎臓専門医。89年東大内科教授、96年東海大医学部長。日本学術会議会長、内閣府総合科学技術会議議員（2003～06年）、内閣特別顧問（06～08年）、WHOコミッショナー（05～08年）、野口英世アフリカ賞委員長等。2011年12月 国会の福島原発事故調査委員会委員長（～12年7月）。

日本内科学会理事長、日本腎臓学会理事長他、国内、国際科学者連合体の役員・委員を務め、国際腎臓学会理事長、国際内科学会議会長、Master of American College of Physicians, Founding Governor of ACP Japan Chapter（03～11年）他多数。現在、内閣官房健康・医療戦略会合参与、GHIT Fund代表理事・会長等。World Dementia Councilのメンバー。ブログ〈<http://www.kiyoshikurokawa.com/>〉

横倉 明けましておめでとうございます。今年もよろしくお願いいたします。

黒川 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 黒川先生は、日本医師会の精神的支柱とも言える先生でいらっしゃる。

昨年も2月の役員勉強会に講師としてお越しいただいて、「日本医師会、これから」というテーマでお話いただき、その内容に非常に感銘を受けました。

20年前、先生は医師としての“5つのM”という話をされましたね。

黒川 東京大学医学部の最終講義の中で、今までの医師の在り方に加えてこの“5つのM”，すなわち Market, Management, Molecular biology, Microchip/Media, Moral がこれからの医師のキャリアとして大事だということを話しました。

横倉 そういうことを受けて、本日はいろいろなお話をお聞きできればと思っています。



医学教育の課題と次世代育成

横倉 はじめに、医学教育の話から入らせていただきたいと思います。いま医師の卒前教育の見直しということで、日本医師会は全国医学部長病院長会議と合同で議論を始めました。4年生でCBT（computer based training）、OSCE（objective structured clinical examination）を受けて、5、6年生をスチューデント・ドクターということで、診療参加型臨床実習をより実質的なものに変えていくことを検討しています。

私はこの医学部の5, 6年生の臨床実習を一定程度の医行為を行いうるよう実質的なものとし、これに2年間の臨床研修を加えた4年間で、総合的診療能力をすべての医師が身に付けられるようにできるのではないかと思いますのですね。

黒川 そうですね、私も基本的にはそう思います。

ただしその前に、いま世界が大きく変わり始めている中で、医学教育の問題は何かという話をしておいたほうがいいのではないかと思います。

30年ぐらい前から変わり始めたのが、molecular biology (分子生物学) やゲノム科学など新しいテクノロジーがどんどん登場してきたので、同じ実験を行っても、イエスかノーかの仮説をより正確に検証しやすくなったということ、そして遺伝子解析などで思いがけず新たに分かってきたこともあります。

そして、医学教育もこの30年で大きく変わってきました。日本の医学部教育は6年間で、2年の教養課程、それから基礎と臨床を2年ずつという前提が変化してきています。

1900年ぐらいの新興国アメリカの医学教育も問題を抱えていて、1910年にはアブラハム・フレクスナーが医学部の教育に関する広汎な調査を行って、当時の医学教育の問題を次々指摘し、今のようなかたちになったのです。フレクスナーはその後、プリンストン高等研究所を立ち上げた visionary educator (先見の明を持つ教育者) です。

では、アメリカや一部のヨーロッパの医学教育の何が変わったか。それは基礎から臨床



という流れではなく、むしろ医学部に入学してすぐに臨床の現場に出させて、分からないながらもチームで学習していくなどです。解剖や薬理などのいろいろな基礎科学の役割、重要性が分かってくる。そういう実践的な教育から、基礎の大事さを自分たちで感じ取らせるというように変わってきています。

そこで、私が東大で教授をしていたときに、ハーバード大学と協力していろいろな方法や材料を持ってきましたが、教授会は総論は賛成なのですが、いざ実行となるとだめなのです。

そんなことから、日本の医学教育はこの20年、非常に遅れてしまいました。それがいちばんの問題かなと思っています。

世界の変化と日本の医療の方向性

横倉 やはり根本から変えていかなければいけないということですね。

黒川 とは思いますが、言うは易し行うは難しというところでしょうね。

日本はドイツの講座制を採用してきましたが、ドイツもどんどん変わっている中で日本が変わらないのは一体なぜなのかということが、私が考えるいちばんの問題です。

日本の医師養成は家元制のようだというのが実感です。しかも、日本の医師は全員医学博士になる、これは教授の特権になってしまふのです。

いま専門医制度を見直していますが、多くの若い人があまり納得していないのは、大学病院に医師を集めるためではないかとか、専門医を何人作る、その給与体系をどうするか、これからの医師の在り方はこれでいいのか、などという根本の議論が抜けていることなどでしょう。

基本的に専門医制度を議論していても、従来の枠組みのままで、ほとんど変わらないというのが正直な思いです。

20年ほど前、ハーバード大学の医師と学生のチームに東大に来てもらって、こちらの学生と双方8人ほどずつで一緒に1週間、あちらの新しいNew Pathwayを実体験させたのです。そのときのハーバード大学の教員の1人が、医科大学の医学教育改革の中心的人物であったトーマス・イヌイさんという日系2世の方でした。東大の学生にはとても良い経験だったようです。

私が東大を辞めた5年後ぐらいだったと思いますが、彼を再び東大医学部にお呼びして、

3か月間にわたっていろいろ調査して、医学教育の改革の提案として立派な報告書を出してもらったようです。しかし、2年前のことですが、「15年経っても何も変わっていない」と嘆かれていました。

結局、責任ある立場の人たちがどう実行に移すのか、これがいちばんの問題なのです。

実際、現在の日本の医学教育は、多くの先進国から見るとかなり遅れていることはみんな認識しているのです。アメリカでの日本の医学教育の信用は、全体としては高くはないと思います。このようなことも関係者の間で広く言及されないところが問題なのですが。

横倉 冒頭お話ししたように、今、CBT、OSCEを法制化して、診療参加型臨床実習をより実質化し、いわゆるスチューデント・ドクターとして行いうる医行為も再整理しようという話が出ていますが、養成制度の変化と共に、いかに若い医師を一人前に育てていくかが1つのポイントになると思っています。

黒川 私が東大にいたころ、文部省と厚生省の合同委員会が立ち上がり、医学教育で学生に何をさせてよいのかを議論して詰めたのですが、現在、それらが臨床実習の間では行われていないのでしょうか。

指導教員の医師が患者さん、家族に了解を得ておく、「私が責任を持つ」と言えばいいわけです。大学も医学生の教育について社会にしっかり理解してもらうことが大事です。

横倉 最近の問題はそこなのです。医師の裁量というものを、自分たちでだんだん狭めているのです。

黒川 そうです。制度ではなく「私が責任

を持つ」と言えばいいのです。

そういう意味では、日本の国内でももう少し他流試合をしてほしいですし、海外にもどんどん行ってほしいですね。

横倉 アメリカ医師会は、医学教育に非常に熱心ですね。その背景にあるものが日本とは違うということなのでしょうか。

黒川 日本の場合は、言うなれば医局と講座制という「家元制」になっている。他流試合をしたがらない、独立した人材を育てるということを基本的に分かっていない、どうやって変えていくか、これは大学の問題であり、大学人の責任です。私のように「脱藩して」外で活動すると、この問題がよく見えてくるのです。

一方、アメリカ、イギリスをはじめとしたヨーロッパ諸国では、「社会に対する責任として」自分たちの次の世代の医師をしっかりと育てようという意識が強いのです。社会も患者さんもそれを理解しています。

西洋では、「社会に対する責任」、そして教育者は「自分の弟子」を作るわけではなく、「自分たちの世代の後継者」を作っていくという考えが強くあります。自分が教えた相手が、その教育、学部、大学院、ポスドクなどの各ステップを終えたときに別の所に移り、独立した人格として社会で活躍できるようにという、「プロ」にする精神が根っこにあるのです。

日本がずっと縦割り制度でここまで来たというのは不思議な国だなと思ひまして、最近いろいろ勉強しているのですが、基本的に江戸時代から何も意識は変わっていないのです

ね。

横倉 日本の社会というのは、急激な変革を避ける傾向があるでしょう。

黒川 どこでもそうですが、establishment（既成の体制派）は保守的になる、変えたくないのです。歴史的に大変化は常に periphery（周辺部）から起こっています。たとえば、薩長が徳川幕府を倒そうと活動していたところに、突然「黒船」が来て開国に向かいました。黒船が来なかったら開国していたでしょうか。

そこが島国に暮らす日本人のマインドなのかなと思います。

横倉 医師会の歴史から言いますと、昭和40年ぐらいに地域の医師会病院が次々と設立されましたが、医師会病院はオープン病院をイメージして進められました。過疎地域で、医師会病院が地域連携を進めている所が非常に多いわけです。

黒川 あれはずいぶん先駆的な試みだったと思います。

横倉 鳥根県の益田市という、人口が5万人にも満たない所に医師会病院があるのですが、そこに若い医師がなかなか来ないという実情があります。それで始めた新しい取り組みが、若手医師のためのへき地医療研修プロジェクト「親父の背中プログラム」というものです。

黒川 それはいいですね。

横倉 開業している先生たちが、若い研修医たちに自分たちの技術を教えていく。そのトレーニングの場に医師会病院を使うということです。

それで若い先生たちがシンポジウムを開催

世界の変化と日本の医療の方向性

し、この前は30人ぐらいが参加されまして、そのうちの何人かはそこで頑張ろうという人が出てきているようです。

黒川 先ほどの若い医師たちへの教育とも関係してきますが、そういう「オープンシステム」の病院があって、レジデントがいて、開業している先生たちも参加して診療も教育もするのが米国などのシステムですが、日本では、所属している医療機関にフルタイムで勤務して、少しアルバイトをするだけというようになりがちです。

私は、それはやはり上に立つ人たちの問題だと思います。東海大学の医学部長のときには、地域の医師会の先生で眼科や皮膚科、整形外科などの先生の中にとっても熱心な方がいらしたので、学生に2週間とか4週間、毎日フルタイムで実習に行ってもらいました。

横倉 研修にということですか。

黒川 学生ですから「クラークシップ」ですね。日野原先生が作られたホスピス「ピースハウス」にも2週間の実習に行かせました。学生のうちからそういった現場に行かせることは、非常に大切だと思います。

大学の先生にはそういうマインドが少ないので、横倉会長がおっしゃった「親父の背中プログラム」などのようなプロジェクトにどんどん参加するといいと思います。

横倉 私たちが学生のころは、海外留学は1つの憧れでもありました。しかし、最近は若い人がなかなか行かなくなったという話もありますね。

黒川 若い人が海外に行かなくなったのも、そもそも先輩たちが行っていない、「背中

を見せていない」のですからおのずとそうなってしまうす。

私たちの年代やもう少し上の年代には、最初からアメリカで臨床研修を受けるという人が結構いました。でも、そういう人々は結局、医局に帰って来られない。「家元から外れた“脱藩”の人」はアウトなのです。

横倉 あの当時はそうでしたね。

黒川 その例外がたとえば山中伸弥さんです。医局を辞めて苦労しながら他の大学の大学院へ、さらに外の世界に出て行かれた。そういうすごいことをするとつらいけれど心が強くなり、ギューンと伸びます。

ですから、次の世代は「独立」した人間としてもっと海外に行かせたいと思い、今いろいろ仕掛けているのですが、なかなか進みません。

先週、東京医科大学で話をしましたら、すばらしい人がいました。ケース・ウェスタン・リザーブ大学のfamily medicine 教授の森川雅浩先生です。

彼は学生のときにエチオピアに行きました。1983～85年の飢餓です。帰りの飛行機でたまたま乗り合わせたアメリカの医師に、「アメリカの医師が、なぜこんな所に来ているのか」と聞いたら、「こういうのがfamily medicineで、とても大事なのだ」と言われて感動したそうです。Family medicineでは患者だけではなく、家族みんなを診ないと分からないことがいくつもあるわけですが、それこそがglobal healthだと感じたのです。

数年間医局でモヤモヤしていましたが、そのアメリカの医師に「私は迷っています。ど

うしたらいいでしょうか」と手紙を書いたところ、「ジョンズ・ホプキンス大学の School of Public Health へ行け」と言われて猛勉強して入学、こういう勉強があるのかと知り、その後はケース・ウェスタン・リザーブ大学に行かれたそうです。今でも世界で活躍する family medicine 分野のリーダーの一人で、すばらしい人です。

これは一例ですが、若いときの early exposure、実体験は医師にとって非常に大事だと思うのです。大学入学試験の偏差値など全く関係ありません。

横倉 医師としての原点がその辺りにあるとも言えるわけですね。

人々の豊かな生活を作る基本の部分として、今までは健康、生命を守るというところに医師の活動があったわけですが、さらに、それを支えている土台作りまで医師が関与するということですね。



高齢社会における医療提供体制

横倉 次に、日本の高齢化が世界に類のない速度で進む中、社会保障や医療制度はどう変化していくべきとお考えですか。

黒川 この二十数年、OECD 加盟国で日本だけ GDP が増えていません。1人当たりの GDP は 20 年前のほぼトップから、今では 20~30 位辺りです。最近アベノミクスによって増えているように見えますが、実質経済は好転していないですね。そういう話をみんながどれだけ知っているか。メディアの伝え方もあり、認識を広く共有できていません。

気候変動あるいは大規模自然災害が問題となっていますが、日本がどう対応していくのか、医師会は何をするべきか。これも、医療提供者としての大きな課題だと思います。

もう 1 つは、来年に向けて第 7 次医療計画と第 7 期介護保険事業計画が進められていく中で、医師会がどういう活動をしていくのかは非常に重要です。

そこで、横倉会長がおっしゃったように教育は大事ですが、もう 1 つの重要なポイントは少子高齢化です。日本は総人口に占める 65 歳以上人口の比率が 27% を超えて、世界でいちばん高い。しかも少子化、諸外国に比べて有効な手を打てていない。著しいスピードで進む少子高齢化に日本がどのような対策をとるのか、世界は注目しています。

60 歳を過ぎれば、ある一定の割合で認知症の人たちが増えてきます。そういう社会で、社会保障費や医療費をどうするのか。複数の慢性疾患を持つ人たちが増える高齢社会の中で、医師の役割とは何か、看護師やコメディカルはどういう役割を果たしていくのか。病院の在り方、地域の医療提供体制もかなり変化しなくてはならないと思います。

その辺りをしっかりつかまえておかないと、ひとつひとつの各論を、何のためにどういう枠組みで検討しているのかがぼやけてしまう。そのことが大きな問題と思っています。

横倉 一方、最近の AI（人工知能）の進化、発達などによって、医療の在り方や従来の医師の仕事自体が大きく変わるのではないかという危惧をお持ちの方もおられるようですが、先生から見て今後医療はどのような変

世界の変化と日本の医療の方向性

化を来すとお考えですか。

黒川 社会から見た医師の役割はかなり変わると思います。

1つは、やはり高齢社会です。高齢者と認知症の人たちが増えることで、大部分の人たちのニーズは、病院機能からケアや介護に移っていきます。

日本には高齢者医療制度がありますが、これを加えると先進国の中でもいわゆる対GDP比で医療費は、アメリカ、スイスに次いで世界で3番目に高くなっています。

横倉 介護保険の費用を含めてですね。

黒川 そうです。このような状況の中で医師は何をするのか、どういう医師が何人ぐらい必要なのか。

いま専門医制度の話が進んでいますが、実際の疾病構造その他から、何人ぐらいの医師が必要かという大体の推計はできるのですが、地域分布も含めて大きな問題です。

地域には、伝統的に中核になる病院があります。公立病院、日赤病院、私立病院、大学附属病院などですが、それをもっとオープンシステムにして、開業している先生たちがパートで中核病院に赴くとか、先輩の医師たちが学生を教えるような機会を持つということは大事な基本です。そうすると、たとえば国公立病院は、医療費の観点からも減らしてよくなる。

私は10年ほど前から“*New England Journal of Medicine*”や“*Lancet*”に掲載されているような、政策の役に立つ臨床研究を厚生労働省と立ち上げ、取り組んできました。

すでに8つの疾患について終了しました

が、非常に良かったことは、まず学会がそれをサポートしたこと、開業の先生や医師会、大学、自治体などが協力して進めていく臨床研究プロジェクトがいくつも立ち上がったことです。実際の研究プロジェクトを通じて、非常に良い「ヨコへの連携」する協力関係ができてきたと思うのです。

たとえば乳がん検診などの実際の現場では、医師と一緒に看護師も参加するプロジェクトが立ち上がりました。がんのターミナルケアなどでは、医師ではなく、むしろ看護師やケアをする方が先頭に立っている。生活習慣病でも保健師さんが「また病院に行きましょう」という指導をする。

医療の指揮官・責任者は医師ですが、現場では場合によっては看護師、保健師、介護職員などさまざまな職種の方が中心となっているという実態が、自治体や病院でも共有されてきたことも良かった点です。

それから biostatistics（生物統計学）の観点からも、久留米大学の柳川 堯教授などが熱心に取り組んでくださいました。高齢社会の抱えるいろいろな問題の中で、医師が診療だけではなく、医療現場でさまざまなチームを組み、さまざまな活動をしていることを試験「研究」の形で明確に示せたのです。

このような実地の体験がないと、いくら頭で考えても動きません。こうした活動やプロジェクトによって、新しい現場意識を持った医療人材が増えてきたことを実感しますし、行政からも高く評価されています。

横倉 一方、地域医療構想というものが出てきて、病床機能をある程度分化していった

らどうかということで、各地域で取り組んでいただいています。医療機関の設立母体の相違などの諸課題がある中、今年は先ほどお話しに出た第7次医療計画など、さまざまな計画がいよいよスタートします。

人口が徐々に減少していく中で、診療所は別としても病院という機能を個人で所有することは、困難になってくるのではないかとこの危惧もあります。

黒川 診療所を開設されるのは30、40代のときでしょうが、自分が病気などで診療を続けられなくなった場合の後継者などを考えますから、ご子弟を医学部に行かせることも多いと思います。しかし、そういう必要は必ずしもないのではないかと私は思っているのです。

なぜなら、これからは高齢社会だということと、道路などの交通手段のインフラが整備されているので、地域の中核病院などで出産など、やはりオープンシステムでやっていかなければいけないと思っているからです。

たとえば、妊娠した方は一度はその地域の病院で診察してもらいますが、普段は開業している身近にいる先生が診療して、お産の際はその先生も病院に行って一緒に参加してもらうシステムにしていく、などです。

横倉 先ほど先生はマインドとおっしゃいましたが、制度をいろいろ変更するときのマインド、日本人のマインドを変えていきたいということですね。

黒川 そうなのです。医師会病院は当時は非常に良いアイデアだったし、経済成長をしていた時代だから可能だったという一面もあ

ると思いますが、これからはそういうシステムのほかに、国や地方自治体の財源を使いながら、医療提供をオープンな場に変えていく。たとえば、病院の勤務医だけではなく、開業している医師も病院に赴いて外来で診療に当たったり、手術もする、お産もする。当直は輪番で行う。そうすると、少なくとも複数の医師が救急を診られますから、誤診も少なくなるのです。

横倉 それは今度のいろいろな計画のスタート段階で、地域でできることですね。

黒川 そう思います。すべての地域で始めるのは無理ですが、そういう見本になる地域を実際に作っていくということです。自治体の首長を説得して、自治体にもサポートしてもらって、まずは実際のモデルを見せることは大事です。

病院と診療所、勤務医と開業医がどれだけ機能的に連携できるかということにもつながります。たとえば開業していても、定期的に手術していないと腕が落ちますから。

横倉 できなくなりますね。

黒川 そういう場合にも、病院も specialty のある人がいますので、一緒に手術に参加すればいいと思います。

横倉 今年は、第7次医療計画と地域包括ケアによって、ある意味日本の今までのいろいろなマインドを変えていく年になるのかなという感じがしますね。

黒川 ぜひそうしたいですね。東京など大都会では難しいかもしれませんが、地域ではより適確に、一歩前進するようなシステムが作れるような気がします。

世界の変化と日本の医療の方向性

横倉 高齢社会で必然的に認知症患者が増加していくわけですが、医学的に認知症の解明は難しいですか。

黒川 私はデジタルテクノロジーの可能性が非常に大きいと考えています。

今、脳研究が相当進んでいて、脳で考えていることを見えるようにする研究を行っている人たちもいます。コンピュータの演算能力は幾何級数的 experimental に進歩します。この辺りの将来は、囲碁のプロと「AlphaGo」、そして「AlphaGo Zero」との対局を見ると驚くばかりです。

一方で、生命科学も想像を超えた速度で進歩していますが、みんなが100歳まで生きる社会というのもいささか考えさせられますね。

横倉 そうですね。ですから、いかに穏やかな終末を迎えてもらうかということでしょうね。

黒川 2015年に塩崎厚生労働大臣の指揮で作った「保健医療2035」には、次世代型の保健医療人材の育成など、とても良い基本の枠組みが書かれています。

しかし、2035年の日本は総人口の1/3が65歳以上です。2100年には日本の総人口は4,000万人台という推計もありますが、明治維新のときは3,000万人強でした。ただし、あのころは若年人口が多かったのに対し、2100年は65歳以上の高齢者が40%以上になるのです。どうしますか。

100歳人口が今は約7万人となっていますが、90%近くが女性ですし、女性のほうが認知症になりやすい傾向があります。これは社会的に大きな問題です。

横倉 認知症は世界中が考えなければいけない問題になってきていますね。

黒川 高齢社会最先進国の日本が何をするか、世界が注目しています。



医師会組織の在り方

横倉 医師会という組織について、時代の変化に伴いどのような変革が必要とお考えですか。

黒川 私は以前から、「医師会は独立した組織で医師免許を持つ人すべてが加入すべき」と、坪井会長のころから日本医師会の政策委員会で議長をさせていただき、主張していました。

先日、熊本に行った際に、医師になったら全員が医師会のメンバーになるべきという話をしたら、蒲島郁夫熊本県知事も「日本では弁護士会だけが全員加入として独立した法人だ、医師会もそうあるべき、まず市の医師会からだけでも始めるべき」とおっしゃっていました。

横倉 今、鹿児島県医師会は100%近い組織率になっています。

黒川 それは素晴らしいですね。こういう事例をいかに広げていくかということが大事ですね。

横倉 鹿児島の組織率がなぜ高いのかというと、もちろん鹿児島大学の学生にも「医師会の会員になるのは医師として当たり前だ」と教えますが、他県の大学を卒業して鹿児島県で研修に入った場合にも、その病院の先輩たちがやはりそう話をするのです。

黒川 それは初めて知りました。すばらしいことですね。意識が変わると思います。

日本医師会が自ら言ったのでは難しいかもしれませんが、自治体レベルでも医師が自分たちでできる所から始めて、それを共有しながら広げていき、いずれは役所の認可したものではない「独立した法人」になるべきだと思っています。日本で唯一の私的法人団体は弁護士会ですが、日本医師会もそうなるべきではないか。時間がかかるかもしれませんが、私はそれが必要だと思います。医師ひとりひとりの意識の問題です。

横倉会長は世界医師会長をはじめ、さまざまな要職に就かれていますので、日本のシステムだけではなく世界の global health と言いますか、貧困問題や医療提供の問題で日本は何ができるのかということについて、いろいろ協力できるかもしれないですね。

横倉 アフリカにも 54 か国の半分に医師会があり、26 か国が世界医師会に加盟しています。彼らが非常に強くバックアップしてくれまして、これはやはり野口英世アフリカ賞の影響もあるのかもしれないですね。

黒川 そうですね。私はその野口英世アフリカ賞委員会の座長を務めていますが、次回の授与式は来年の 2019 年なので、今年選考委員会を立ち上げます。2016 年にはナイロビで今までの受賞者をお招きしてシンポジウムを開催しました。

横倉 アフリカの方々が一堂に会する機会はないので、日本政府が TICAD (Tokyo International Conference on African Development) を開催するときに、併せてそ

ういった支援ができればと思います。

黒川 それはぜひやりましょう。次回の TICAD は来年ですね。

以前、安倍首相に「TICAD のホストは首相ですが、これを 2 度されたのは安倍総理だけですね」と申し上げたら、「これが 3 度目になればとんでもないことだな」とおっしゃっていました。今までは毎回違った総理でしたので。

横倉会長の応援団として、私もいろいろやりますからぜひ一緒に。

横倉 またぜひご指導いただきたいと思います。

黒川 いえ、とんでもないです。先生の世界医師会長ご就任は今、タイミングとしてもいいと思います。武見会長、坪井会長に次いでのご就任ですが、これからは世界が大きく変わっていきますから。

日本医師会の取り組みとして、次世代の育成という視点から言うと、日本医師会が立ち上げた「日本医師会ジュニアドクターズネットワーク」も非常に面白いですね。これはとても良いプロジェクトだと思います。いろいろ応援できることがあるかと思います。

ジュニアドクターから始まり、大学や病院勤務医、開業医、もちろん医学部の学生や研修医も入れるようなフォーラムにしていく。日本医師会のこうしたイニシアチブは、非常に重要です。

多くの国々では科学者たちもヤングアカデミーというものを作って活動しています。日本は、組織として次世代を育成するといった姿勢が薄いと思います。

世界の変化と日本の医療の方向性

海外留学、実体験をもっと推進しようと思っていますので、こういう人たちの人材の育成の場作りといいますか、実体験をさせるプログラムを数多く実行することが大事です。

このジュニアドクターズネットワークで、今後海外に1週間でも1か月でも1年、または2年以上でも行かせる、あるいは外国から来てもらうということは、とても大事なのではないかと思います。

横倉 それは役に立つかもしれませんね。

黒川 日本医師会に対するアンケート調査を実施してみると、日本医師会の活動をよく知っていて評価する人がいる反面、誤解されている面もあると感じました。

日本医師会が行っていることをどうやって広く知ってもらうかということと、そして日本医師会のシンクタンクである日医総研は素晴らしい調査、分析をしているので、そのデータを使ってどういう人たちにどう見せるのかということは、とても重要だと思います。

日本医師会から直接発信するということになると、まだまだメディアの捉え方にもバイアスがかかるかもしれませんが、何かお役に立てればと考えています。

横倉 ありがとうございます。たしかに日本医師会という名前だけで色眼鏡で見る人たちもまだいらっしゃいますからね。

黒川 そういう意味からも、誤った認識を払拭するにはどういうときにはどういう媒体を使うかも大事かもしれません。

鹿児島県の例を聞いて私は元気が出ました。繰り返しになりますが、100%近い組織率というのはすごいことです。

横倉 ほとんど全員が入会しています。

黒川 ほかの先生方も鹿児島県医師会の状況はご存じなのですか。

横倉 医師会の先生方は知っています。

黒川 早くほかの都道府県医師会にも広がってほしいですね。

たとえば会員登録のやり方として、必ず生涯教育を年に何単位取るとか、それを何年かに1回更新するとか、実効ある方法はいろいろあると思います。

横倉 今の日本医師会の生涯教育制度は3年更新です。かかりつけ医機能研修制度もまず生涯教育の認定を受けることがベースになっています。

黒川 私も日本内科学会理事長のとき、内科学会が各地域で学会や研修会などを行う際には、「主催は必ずその地域の医師会に共催をお願いするように」としていました。医師会と学会が協力するのは、社会から見れば当然のことですから。

病院の勤務医もそうですが、医師会と力を合わせないといけません。

医師会組織の在り方や広報戦略など、私もいろいろ知恵を絞って、また先生の所に持ってまいります。

横倉 期待しております。本日はありがとうございました。