

# 国立長寿医療センターに赴任して

Life at the National Center for Geriatric and Gerontology

大島 伸一

**Key words** 国立長寿医療研究センター, 高齢化, 医療の変化, AI化

(日老医誌 2023; 60: 311-316)



## はじめに

老年学, 老年医学を専門としない私が伝統ある老年医学会賞の尼子賞を受賞するという栄誉に浴することになり, 深く感謝しています。

私はもともと泌尿器科医で腎臓移植などを専門とする外科医です。大学を卒業以来, 専門とする分野の知識と技術の獲得と実践に医師人生のすべてをつぎ込んできました。このような私が, 医師としての最後の10年間を国立長寿医療センターに奉職することになり,

それまでとはまったく異なる医療に向き合うことになりました。

言うまでもなく, 人は老いそして死に向かいます。しかし, 私の世代が教えられてきた医療は, 死は敗北であり, ただひたすら完治を目指すというものでした。誰の目にも明らかな死を前にしても, 死という言葉はタブーであり, 最後の最後まで諦めないというのが医師の務めであると叩き込まれてきました。

このようにして育ってきた私の医療観は「医术で病気を治すこと」(広辞苑第六版) そのものであり, 決して諦めないという姿勢と努力が医療の進歩, 発展につながるものだと思ってきました。

そんな私が国立長寿医療センター(当時)に勤めることになり, 高齢社会の実態を知り, 老いの実態を知り, 老いや死の現実を直視するようになって, あらためて医療とは何かを考えるようになり, それまでの医療観が大きく変わりました。社会保険病院, 大学病院, ナショナルセンターでの医師人生五十年から得た私の医療観は, 「医療とは, 病苦を取り除き, QOLを最大化することを目的として, 科学・技術・倫理に支えられた, ひとがひとに行う, 社会的, 公共的な営みである。」というものです。

以下に, 国立長寿医療センターの時代を振り返りながら, 自らの変化の過程を見えます。

## 六番目のナショナルセンター

国立長寿医療センターは六番目の国立高度専門医療

センター（以下、ナショナルセンター）として愛知県に設立され、2004年3月に開設されることが決まっていたのですが、結核療養所から総合病院に移行した国立病院を母体として設立されたもので、建物だけでなく人事についても、もとの病院の構造が引き継がれていました。

私が国立長寿医療センターに赴任したのは、センターの発足と同時、2004年の3月です。医師になって34年目、58歳のときです。名古屋大学へは1997年に赴任し、2002年に病院長に選出されましたが、その在任中に、国立長寿医療センターへ赴任せよという内示を受けました。

赴任してすぐの3月13日には常陸宮殿下・妃殿下、坂口厚生労働大臣、神田愛知県知事、そして、当時、長寿科学振興財団の会長であった奥田経団連会長等を迎えての設立記念式典が行われるなど、極めて格式の高い施設であることがよく理解できました。

また、社会の動向としては、その年の12月に「認知症」が、痴呆と言われていた病態に変わる新しい病名として公表されました。長寿医療センターもそれを推進する立場の一員ということでしたが、私には何が何だか前後の事情も実情もよく分からないまま事態だけが急速に進んでいきました。

## 理念の策定

社会や学会の状況も分からない、職員がどう考えているのかもよく分からないというような状況でのスタートでしたが、何はともあれ臨床系、基礎系の部長全員でセンターの理念を作って欲しいとお願いし、理念・憲章策定委員会を立ち上げました。センターの理念を職員全体が共有することで、センターの存置理由や目的を明確にすることができると考えたからです。三カ月の予定が六カ月かかりましたが、私は、よく練り上げられた内容で、文章も無駄なくよく吟味されているという好印象を持ちました。しかし、管理者会議では、案を見るなり全否定に近い意見が飛び交うなど紛糾しました。最終的には、委員会から提案された文案を一字一句変えることなく、総長判断ということで原案通り決定すると強行しました。これが今もセン

ターの理念として掲げられている「私たちは高齢者の心と体の自立を促進し、健康長寿社会の構築に貢献します」です。

理念ができれば部署ごとに目標と行動計画を決めて、年次計画を立てるとというのが次に私の考えていた目論見でしたが、これを強行する決心はつきませんでした。

このような状況のなかで、一年が過ぎようとしていましたが、私自身はそもそもナショナルセンターとは何か、センターとして具体的に何を目指せばよいのか、というもっとも基本的なところで悩んでいました。

## ナショナルセンターの使命

ナショナルセンターは、教育・研究を目的とする大学とは明らかに違います。厚生労働省組織令に定められた国立長寿医療センターの所掌事務には「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾患であって、高齢者が自立した日常生活を営むために特に治療を必要とするものに関し診断及び治療、調査及び研究並びに技術者の研修を行い、並びに加齢に伴って生ずる、心身の変化に関し、調査及び研究を行うこと」とありますが、具体性はなく、他のナショナルセンターの動向などを見ても、何をどうすればよいのか、確信が持てませんでした。

この疑問にははっきりと答えが出たのは、2007年7月に公表された「国立高度専門医療センターの今後のあり方についての有識者会議」(座長：高久史磨先生)の報告書が公表されてからです。

報告書は6章に分かれ、その第一章に「今後の医療政策におけるNCの役割」という項を立て、そのなかの基本的方向性の項に、「政策医療の牽引車」としての3つの役割として、①臨床研究の推進のための「統括・調整者」、②医療の均てん化推進のための「調整・支援・指導者」、③政策医療に対する「提言者」を挙げています。

更にそれぞれのナショナルセンターが取り組むべき主な医療課題として、長寿医療センターには、【医療・研究】の項に、「アルツハイマーワクチン療法の確立」「骨粗しょう症の早期発見と治療薬の開発」「健康寿命

## 社会保障制度改革国民会議 報告書 (2013年)

1. 「病院で治す」から「地域全体で治し・支える」医療へ
2. 「病院完結型」から「地域完結型」の医療へ
3. 「治す」から「QOL、QOD」の医療へ
4. 総合医(かかりつけ医)中心の医療へ
5. 生活を基本にした連携の医療へ
6. 医師業務と看護業務の見直し
7. データによる評価システムの構築へ
8. 適切な場で適切な医療を提供できる  
医師の養成の責任が職能団体にある

図 1

の延伸と看取り技法の開発」が挙げられています。アルツハイマーのワクチン治療については当時話題になっていましたが、その後消滅しています。そして、【人材育成・情報発信】では、「介護予防の普及」「在宅医療の確立」が挙げられており、国立大学等に求められる使命・役割との違いもよく分かりました。ナショナルセンターの在り方が見えてきて、総長としての私の役割もはっきりと見えてきました。

### 長寿医療センターの役割と新体制の構築

私は有識者会議の報告書を読み、私にしかできないことは何かと考えていました。高齢化が進めば進むほど、病院中心の医療提供の在り方が、在宅医療を含めた地域完結型の医療という方向に進むことがよく理解できました。この分野はアカデミアでは誰も注目していないこともあり、ここに力を入れることを決めました。

当時、在宅医療助成勇美記念財団の主催の下に、全国で在宅医療を実践しているパイオニア達が集まり、月に1回、「在宅医療推進のための会」が開催されており、この会に必ず参加するようにしました。会の終わった後の飲み会では、在宅医療の現状やこれからの在宅医療の在り方について熱く語る一方で、在宅医療がこんなに進まないのは国が悪いという文句が飛び交うのが毎回でした。私はナショナルセンターに勤めている立場上、国とは自分のことを言われているようで、肩

身の狭い思いをしたものです。

2007年5月に、長寿医療センターを事務局として、「在宅医療推進会議」(座長：佐藤智氏・日本在宅医学会顧問)を立ち上げ、全国の先駆者に声をかけ、日本医師会からも参加していただき、これから在宅医療を推進するにはどうすべきかという議論を開始いたしました。その後、この会は2016年に多職種が参加して発足した厚生労働省の「全国在宅医療会議」に進化しており、在宅医療が明確に国の推進する事業として位置づけられるようになりました。

長寿医療センターが認知症やフレイル等の高齢者医療に特化した診療・研究に本格的に取り組み本来の機能を発揮できるようになったのは、2009年に研究所長として鈴木隆雄氏、2010年に病院長として鳥羽研二氏を迎え、同年4月に国立高度専門医療研究センターとなり、名称も新たに独立行政法人国立長寿医療研究センターとなってからです。この人事については、この分野に詳しい外部の専門家をお願いした選考委員会で推薦していただくという前例のない方法をとりましたが、これらの人事がその後のセンターの動向を決める大きな分岐点になったと考えています。

私が長寿医療研究センターに奉職している時期に、超高齢化とデジタル技術を始めとする技術革新が急速に進み、センターの存在価値もますます大きなものになってきていますが、何よりも医療そのものがこれまでに経験したことのない大きな質的な変化に直面しています。

### 長寿社会とこれからの医療

超高齢社会の到来によって、医療がどんな影響を受けるか、すでにその変化ははっきりと起こっています。第一に、疾病構造が変わります。第二に、それに合わせて医療需要が量的にも、質的にも大きく変化します。それに合わせて医療提供体制が変わります。現在はそれが進行中です。

2013年に出された社会保障制度改革国民会議の報告書に、これからの医療は「治す医療から治し支える医療」へと提言されました(図1)<sup>1)</sup>。生命予後の改善から「QOL」・「QOD」へ、そして病院完結型から地

域完結型医療へと続く、この提言は、平均寿命が80歳を超えるような高齢化を受け、老いや死はこれを避けられないものとして、医療界だけでなく社会全体が受け入れたものと理解してよいと思います。

その後、この提言は、これまでの医療概念を大きく変え政策に反映され、具体的に制度改革に連動していきます。2014年には医療と介護が一体となった「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が制定され、地域包括ケアとか多職種連携という言葉が飛び交うようになってきています。医療と介護が一つの法律のなかで、同列に扱われるというのは、この法律が初めてではないかと思っています。

このような動きから見えていることの第一は、医療は生命だけでなく、生活を含め、人の人生の全体に関わるものであること、第二に、医療は医療・看護・介護等、医療・介護関係者の多職種の連携によって提供されるということ、そして、第三は、現代の医療は、多くの職種が様々な規定に規制された極めて複雑な構造と力学で動いている社会的、公共的な営みとなっていることで、公的保険制度がその判りやすい例ですが、医療全体の動向は政策主導、社会主導で動いているということです。

医療政策とは標準的な医療が国民に広く裨益されるように政策的に展開することです。従って専門家は医療、医学、特に技術の実態と方向性をいかに正しく政策に反映させてゆくかが重要で、医療の実践や新しい医療技術の開発だけでなく、これも専門家の使命であり、役割という認識が重要です。

## AI ホスピタル

二つ目に述べたいことは、AIについてです。社会のあらゆる領域で、AI化が進んでいますが、今、医療においても、個別の技術については言うまでもなく、病院全体のAI化を進めている医療機関が現れてきています。私にはAIはこれまでの技術と同じ次元で捉えることができない技術という意味で、この技術の導入と進化によって何が起きるのか、私の理解力や想像力を超えており、医療そのものがこれまでとはまった

く異なったものに変化していくのではないかと思います。

内閣府では、戦略的イノベーション創造プログラム（SIP：エスアイピー）を立ち上げ、医療関係では、2018年から5年間にわたり、「AI ホスピタルによる高度診断・治療システム」（プログラム・ディレクター：中村祐輔氏）の開発を進めてきました。

大学では、大阪大学、慶応大学、ナショナルセンターでは国立成育医療研究センターがこのプログラムに参加しています。すでにその兆候は様々なところで表れていますが、診断・治療の技術、看護業務、事務業務等、病院機能のすべてがAI化の方向に向かいます。膨大なデータの集積のもとに、標準化が進められ、標準的な診断・治療は、AIが答えを出すようになります。データセンターは日本医師会に設置されることが決まっています。

AI化の進行により、医療は確実に変わりますが、問題はどのように変化するかです。

第一に、技術が人の技能を支援するという、これまでの技術の進化による変化ではなく、機械が最適な方法を自ら判断して行うという変化ですから、医療の効率化や利便性を高めるというだけではなく、医療の質そのものが変化していきます。そして、AIを制御していく部署が、診断・治療技術だけでなく、病院全体の機能を制御するようになりますから、病院そのものが大きく変化します。

第二に、医師、看護師だけでなく、すべての職種の業務の在り方に影響を与え、それぞれの職種はそれぞれの本来の業務に集中できるようになりますが、AIとの役割分担、機能分担という局面にぶつかることになります。一方、AIはロボットを始め、AIがどこまでの業務を代替するようになるか、医療業務という特殊性を考えると、どこまでの業務をAIに任せることができるか、そして誰がそれをどのように決めていくかが、大きな課題になると思います。

第三に、このような変化は、医療提供体制の在り方を変え、そして卒前、卒後教育の在り方に影響を与えます。

思いつくままに述べさせていただきましたが、これらの変化はすでに起こっており、しかも急速に進んで

おり、日本全体の医療提供の在り方が AI を基盤としたものに、変わってゆくのはそれほど先のことではないと思っています。

## 医療とは

社会もこのような変化に適切に対応しようとしてきています。広辞苑の第六版に記されていた、「医術で病気を治すこと」という医療についての説明は、2018年に改定された広辞苑の第七版では大きく変わりました。①「治すこと」という説明に加え、②として、「医学的知識をもとに、福祉分野とも関係しつつ、病気の治療・予防あるいは健康増進をめざす社会的活動の総体」が追加され、医療が病気だけでなく生活・人生に関わる社会的な営みであると記されています<sup>2)</sup>。

ひとには老化という現象があり死は避けられないという当たり前を、社会が受け入れ、医療の在り方や医療提供の在り方についても、主導するかたちで関り、老化や生命の限界を受け入れられるように制度化を進めようとしているのだと思います。以上のような経験を

通して、繰り返しになりますが、私は、老年医療や老年学に接するという経験を持ったことで「医療とは、病苦を取り除き、QOLを最大化することを目的として、科学・技術・倫理に支えられた、ひとがひとに行う、社会的、公共的な営みである。」と考えるようになりました。

著者の COI (Conflicts of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

## 文献

- 1) 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2013.
- 2) 新村 出編：広辞苑(第七版), 岩波書店, 東京, 2018, p216.
- 3) 大島伸一, 荒井秀典編：「治し支える医療」へ向けて, 医学と社会の大転換を, ライフ・サイエンス, 東京, 2018.

大島 伸一

略 歴

1945 年生まれ

1970 年 名古屋大学医学部卒業

1970 年 社会保険中京病院泌尿器科

1992 年 社会保険中京病院副院長

1997 年 名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授（～2004 年）

2000 年 名古屋大学医学部附属病院副病院長

2002 年 名古屋大学医学部附属病院病院長，名古屋大学評議員

2004 年 国立長寿医療センター総長

2009 年 名古屋大学名誉教授

2010 年 独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長

2014 年 国立長寿医療研究センター名誉総長

現職 公益財団法人長寿科学振興財団理事長，日本福祉大学常任理事ほか

学会活動

日本老年学会名誉会員，日本老年医学会名誉会員，第 30 回日本老年学会総会会長

日本泌尿器科学会名誉会員，日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会名誉会員，日本移植学会名誉会員，

日本臨床腎移植学会名誉会員，日本内視鏡外科学会名誉会員ほか

社会的活動

厚生科学審議会臓器移植委員会専門委員（2000-2011 年），中央社会保険医療協議会専門委員（2004-2009 年），日本学術会議会員（2011-2015 年），社会保障制度改革国民会議委員（2012-2013 年），医道審議会会長（2013-2019 年），一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構理事長（2015-2022 年）など