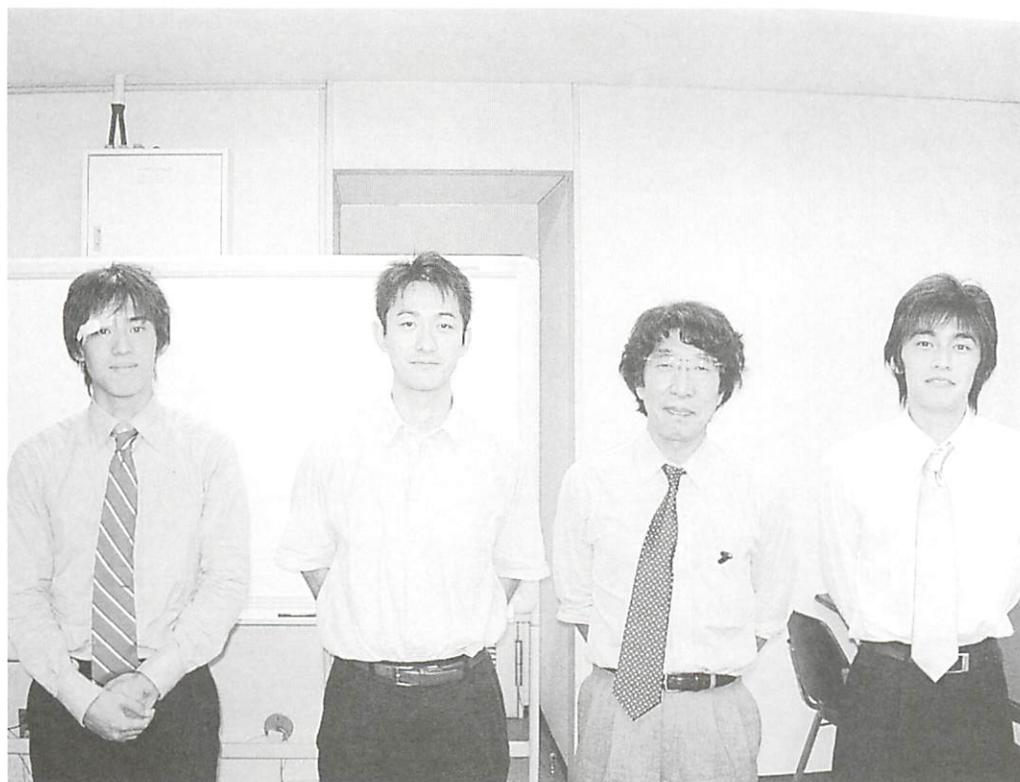




桐医会会報

2005. 3. 25 No. 57



それぞれの道 ～卒業生を訪ねて～ (本文参照)

目次

☆—第4回生からの報告— 江原孝郎先生	1
☆大根田 修先生 教授就任挨拶	8
☆それぞれの道 第4回：土井幹雄先生（2回生）.....	10
☆特別講演会 「挑戦」 足立信也先生（3回生）.....	22
☆事務局より	35

学生諸君に告ぐ、これが君たちの20年後だ！

－ 4回生からの報告－

はじめに

昭和58年に卒業した筑波大学医学専門学群の4回生は卒業後20年を越えた現在、皆それぞれの分野で活躍しているようです。卒業後20年経るとどのようなになっているのか、4回生の現在の状況ならびにアンケートの結果を報告します。学生諸君、若い医師の後輩諸君、君たちの20年後と、たぶん重なると思います。これが、4回生より君たちへのメッセージだ。

1 昭和52年入学者の卒業・国家試験まで

昭和52年、筑波大学医学専門学群に入学した99名について追跡調査を行いました。在学中2名(男女各1名)を交通事故で失い。また1名は(確証がないのですが)退学したと思われます。最終的に留年者を含め昭和52年入学者の96名が卒業しました。96名の内、女性は14名でした。

表1 現在の専門科目

専門科目	集計
内科	29
外科	21
精神科	8
小児科	7
整形外科	4
泌尿器科	4
放射線科	4
産婦人科	3
宇宙医学	2
眼科	2
行政医療職	2
耳鼻咽喉科	2
脳外	2
皮膚科	2
病理学	2
麻酔科	2
総計	96

1 留年について

女性の留年者はありませんでした。

1年留年8名(内1名は海外留学のために留年)

2年留年1名

3年留年1名

2 医師国家試験合格について

昭和52年度入学し卒業した96名は全員(!), 医師国家試験に合格しました。(なお、卒業後、病気にて2名が死亡しました)

2 4回生の現在

昭和58年卒業生(以下4回生)についての調査結果は以下の通りです。

表2 内科医の専門分野

専門科目	集計
消化器	8
循環器	7
神経内科	3
腎臓	3
全般	3
呼吸器	3
アレルギー	1
感染症	1
総計	29

表3 外科医の専門分野

専門科目	集計
消化器	10
呼吸器	4
循環器	3
救急	2
形成外科	1
内分泌	1
総計	21

4 回生は97名で入学年度が昭和52年の者86名、昭和52年以前の入学者（つまり留年者）11名でした。昭和58年以降に合格した1名をふくめ、最終的に全員（またもや！）、医師国家試験に合格しました。卒業後1名、病気にて死亡しています。今回調査できた96名について平成16年末の現状を報告します。

A. 専門分野

表1のごとく進路分野は内科、外科が多くを占めています。眼科、皮膚科、麻酔科は各2名でした。精神科の8名、放射線科の4名が目立ちます。

内科、外科について専門分野についても調べてみました。（表2, 3）

B. 所属先

4 回生の所属先を開業、民間、公立、準公立（日赤、済生会、協同組合立、共済組合立などの公的意味合いの強いもの）、大学の医学部、行政医療職に分類してみました。大学の教授は5名、助教授5名でした。民間病院の院長も2名おられます。民間・公立の病院に勤めている人は大部分医長・部長となっています。開業医は12名でした。（表4, 5, 6, 7, 8）

表4 所属先

所 属	集計
民間病院	25
大学医学部	20
公的病院	16
準公的病院	14
開業	12
非常勤	3
事業団	2
医師会病院	1
大学文系	1
都庁	1
保健所	1
総計	96

表6 所属先の所在地

所 在 地	集計
茨城県	48
東京都	21
千葉県	9
埼玉県	4
大分県	2
長野県	2
栃木県	2
沖縄県	1
宮城県	1
群馬県	1
山口県	1
新潟県	1
大阪府	1
富山県	1
兵庫県	1
総計	96

表8 開業医の専門分野

開業医専門科目	集計
内科	4
小児科	3
精神科	3
整形外科	1
耳鼻咽喉科	1
総計	12

表5 現在の役職

役 職 名	集計
部長	30
科長	13
講師	11
院長（開業）	12
病院長	2
教授	5
副院長	5
室長	4
助教授	4
非常勤	3
医長	1
課長	1
所長	1
助手	1
副所長	1
副部長	1
保健所長	1
総計	96

表7 所属先大学の内訳

大 学 名	集計
筑波大附属病院	7
東京大学	3
東京女子医科大学	2
茨城県立医療大学	2
埼玉医科大学	1
山口大学	1
自治医科大学	1
昭和大学	1
大阪大学	1
防衛医科大	1
総計	20

C. 4回生女性の現在

4回生の女性は14名でした。留年者はありませんでした。外科を専門にしている人はなく、非常勤で働いている人は3名です。非常勤の3名

は既婚者で相手は全員医師です。大学に残り講師となっているのは14人中1名でした。

(表9, 10)

表9 女性のみの専門分野

専門科目	集計
小児科	3
内科	3
麻酔科	2
眼科	1
行政医療職	1
産婦人科	1
精神科	1
皮膚科	1
放射線科	1
総計	14

表10 女性のみの所属先

所属	集計
民間病院	3
準公的病院	3
非常勤	2
開業	1
大学病院	1
保健所	1
総計	14

アンケート結果

次の質問を4回生96名全員にハガキにて回答してもらおうこととしました。

以下の質問にお答えください。

1. 現在の専門分野を選んだ理由は何ですか？ ()
2. 現在の地位・環境に満足ですか？印を付けて下さい。満足・ほぼ満足・どちらとも言えない・不満
3. 今の病院・診療所は何番目の勤め先ですか。() 番目
4. 医師として大切なことは何だとお考えですか。()
5. 先生の座右の銘・モットーがあれば教えて下さい。()
6. 現在の趣味・娯楽は何ですか。()

A. 結果

回答は46名（48%）より得られました。以下その回答です。

1 専門分野を選んだ理由

興味

手術をしたかったから

担当医の不足で御願いされた

流れのままに

先輩の助言

白い巨塔を見て憧れた

なんとなく

仕事が楽だから（実はちがう）

人間に関心があったから

循環器が一番アクテブに思えたので

恩師の影響，学生時代の事故入院

将来性，高い専門性

良い指導者

診療の対象となる臓器，診療手技への興味

当時の野球監督に引っ張られた

留学をさせてくれるという条件，学問的興味。

運命

仕事が激務でなく，楽すぎもせず中間的だと思ったから

こどもの無垢な様子が好きだから

メジャーで華々しかった

自分に向いていると思った

手術に興味があった

好きだったから

自分の性格にあっている。先輩や先生に憧れたから

ジュニア時代あこがれの先輩がいたから

研修医時代に指導医に勧められて

将来，役にたちそうだから

他に行くところがなかったため

特にはっきりした理由はありませんでした

良き先輩がいたため

特別な理由はありません

その人を丸ごとみないといけない科だと思ったので

自分に合っていそうだから

子供の頃からの興味

やっている人が少なかったから。

学生時に見学してヒトに惹かれたから

患者が多い分野なので，やりがいがあると
思った

引っぱりがきっかけ。その後は学問的興味。

老人が多くなっていいかなと

拾ってもらって，そのまま居着いてしまっ
た

一番興味があったため

2 現在の満足度

ほぼ満足	47.8%
どちらとも言えない	23.9%
満足	15.2%
不満	13.0%

約3分の2の人は現在に満足しており不満は少数でありました。

3 いくつの病院に勤めたか

聞き方が悪かったせいか研修病院を勘定にいれた人と入れない人がいたようですが結果は。

いくつ目の勤務先か	集計	いくつ目の勤め先か
		平均 4.5
		標準誤差 0.3
		中央値(メジアン) 4.0
		最頻値(モード) 6.0
1	4	
2	4	
3	9	
4	7	
5	6	
6	10	
7	3	
9	2	
10	1	

平均で4から5番目になりました。6番目が最も多いようです。

4 医師として何が大切か

集中力

患者さんが納得するまで説明を繰り返すこと
care(not cure)

謙虚な心

知識・技術・誠実さ・洞察力・感情移入・臨
機応変・・・

愛情です

健康

人の振る舞い

相手の身になって考えること

患者の立場で考えること

親切なこと

献身

患者とのコミュニケーション

思いやり

診察能力

患者の話聞くこと。常に勉強。

誠意・優しさ・向上心

謙虚さ

プロであること

患者のために努力する心を忘れない

人間を愛する心

患者に対して誠実なこと

患者に誠実に対応し、自らに正直なこと

自己学習能力

つねに向上心をもつこと

自分の健康と患者さんへの誠実

患者のニーズにこたえる

至誠

患者中心であること

人間関係の確立

患者との信頼関係

患者さんの立場で考えること

思いやりと向上心

あきらめないこと

バランス感覚、親切さ

自分の信念を持ち続けること

患者の話をよく聞くこと。

患者の立場で考えること

向上心

聖職者さながらの境遇でもやっていける事

患者のことを考えて、最善を尽くす

臨床医としては、患者さんの悩み・苦悩を軽減することができる技能・知識。

根気，元気な体

自分が'専門馬鹿'であることを忘れないこと

患者の立場で物事を考えることだと思います

5 座右の銘・モットー

自分がされたくないことは他人にもするな

僕の前に道はない，僕の後に道はひらける

サービス業のプロ意識を保つ

去る者は追わず

不言実行

金持ち喧嘩せず

いい医者育てる

人生万事塞翁が馬

相手の立場に立つ

面白がる

常識を疑う

創意工夫・次善

お金をくださる方に尽くす

一期一会

よく遊び，よく学べ

来た玉を打つ

安全で快適な周術期管理

愛と正義とユーモア

最小の努力で最大効果

人の話を聞くこと

情けは人のためならず

患者は師なり

なせばなる

やろうかやるまいか迷ったらやってみる

後悔先に立たず

マーフィーの法則（もっとも都合の悪い時に不具合が起こる）

常にベストを尽くす

人生ですからいろいろありますわな

最善を尽くす

ツイてるツイてる

酔生夢死

汝の隣人を汝の如くに愛せよ

6 趣味・娯楽

買い物

旅行・通販・犬の散歩

スキー・ゴルフ・写真

聖書研究・ミニチュア作り

観劇

晩酌

散歩

料理

演劇

車・ロック・コミック・ドラクエ

カヌー

ゴルフ・テニス・将棋

ゴルフ

音楽鑑賞・ゴルフ・酒

ゴルフ・音楽鑑賞

旅行

キルト・映画鑑賞

仕事と研究

ゴルフ・読書・バイク・ディズニーランド

RPG

ゴルフ・テニス

ソリティア

サーフィン

映画・酒を飲むこと

スキューバダイビング

ゴルフ・テニス・スキー・犬と猫

ゴルフ

山歩き・子育て

絵本の読み聞かせ

テニス・音楽鑑賞

アウトドアキャンプ

ワイン・ゴルフ

声楽・ネコを抱くこと

音楽鑑賞・ドライブ・買い物

グライダー・ボーイスカウト指導者

庭いじり

音楽鑑賞

旅行

ゴルフ

音楽鑑賞，読書，映画，若い先生達に遊んで貰うこと

アウトドアであれば何でも

7 個人的総評

アンケートに対する個人的感想としては、皆さんほぼ満足な生活を送っているようだという事と、医師として患者を大切にしようという人が多いことに感心しました。第一線で活躍中の医師としては患者さん本位が身に浸みているようです。

専門を選んだ理由は、なんとなくや恩師・先輩の“引き”もあるようです。手術をしたいとの理由も上げられています。

趣味・娯楽は多彩ですがゴルフを上げる人が多く、ゴルフは自然に接することが少ない医者のスポーツなのでしょう。

医師として大切なことは医師としての20年の経験から来ているものであり十分検討する必要があります。特に若い医師・学生さんは心に留めて頂きたいと思います。

もう少し回答してくださる人が多いとよかったです。忙しさや書類に紛れてしまったのでしょうか。所属先が不明の人や最近転勤した人が数名いることも回収率の低下につながりました。

おわりに

以上4回生にたいする現状調査とアンケートの結果を報告しました。4回生は、それぞれ元気に医師として第一線で活躍中のようです。中にはテレビ番組に出るような人もいます。また、学会でシンポジストや専門誌に総論を書いている第一線の研究者もいるようです。

個人的感想ですが、筑波大学を離れて他の大学で研修した人の方が“出世”が早いようです(特に外科系は!?)。良い師・良い環境を得ることが“出世”に必要なようです。筑波大学に残っている外科系の方は、形成外

科と脳外の二人のみだったことも関係しているのでしょうか。

4回生の半数は茨城県内に残って地域医療を担っていることが分かりました。他の半数は全国各地で、北は仙台（北海道に一名いるようですが連絡がとれませんでした）、南は沖縄で活躍しています。

非常勤で勤めている3人の女性の結婚相手は全員医師でした。三名とも、つくば市周辺の人です。茨城県はまだまだ医師が足りないのですから第一線で活躍して欲しいものです。

学生諸君・研修医のみなさんは、4回生の医師として大切なこと、座右の銘を良く読んで診療に役立てて欲しいものです。

個人的興味もあり4回生の現状を調べてみたのですが今回、桐医会よりの原稿（最初は座談会依頼だったのですが）依頼があり調査してみました。ほとんどはインターネットを使い検索しました。意外なところに自分の名前が出ていることも分かりました。他の卒業生も卒業後の調査をすると興味深い結果が出るかも知れません。

最後に4回生のために桐医会会報のページを空けてくださいました桐医会幹事・学生役員の方、ならびにアンケートに回答して下さった4回生に感謝します。

（文責、4回生 江原孝郎）

「常識って、何だ？」



筑波大学大学院人間総合科学研究科先端応用医学専攻

再生医学分野 教授 大根田 修

私は、2004年8月に筑波大学大学院人間総合科学研究科先端応用医学専攻再生医学分野教授に就任致しました。この度はこのような執筆の機会を与えて下さいました、桐医会役員の先生方に深く感謝いたします。現在、再生医療は難病に苦しむ多くの患者さんを治癒へと導く最先端の医療として社会的に大いに注目されております。また、ヒトES細胞を用いた研究についても、その倫理面での是非をめぐって議論が重ねられた結果、国内各地で実際に基礎研究が始めることが可能になりました。私は、筑波大学における再生医学の基礎研究を充実させると共に、臨床の先生方とも積極的に共同研究を行って、ここ筑波の地に再生医療の拠点を築きあげるよう尽力して参りたいと思います。本稿では、折角の機会をいただきましたので、医学研究について日頃考えておりますことを拙筆ながら述べさせていただきます、桐医会会員の先生方への御挨拶に代えさせていただきます。

自然科学における常識とは

「常識」とは、国語辞典によると、「健全な社会人が共通に持つ普通の知識・判断力。」と記されています。一方、「常識家」とは、「常識を備えている人。特にひらめきを有しない人や、冒険をしない平凡な人。」とあります。「常識を備えた健全な社会人」であることは、大学という場で研究を行っていくためにも大変重要な資質ではありますが、「ひらめきを有しない人、冒険をしない平凡な人」というのは、研究者としては致命的といっても過言ではありません。自然科学を対象とした研究を進めていくうえでは、

「常識」は時として思考の壁となり、自由な発想・行動の妨げになるわけです。つまり、研究者は、社会の中で様々な立場の人が協調して生活していくために身につけるべき知識や判断力である「社会的常識」と、自然科学における「常識」を区別する必要があると考えられます。自然科学における「常識」とは単なる「既知の事実」であり、物事の本質を知るための「通過点」に過ぎないということです。

自然科学においては、物事の本質を固定化された概念として捉えることは不可能です。いわゆる「常識」とされているものが、物事をごく限られた側面でしか見ていない可能性があることを忘れてはなりません。研究とは、自らの見出した知見をもとに仮説を立てて、その妥当性と意義が明確に示せるかどうかを検証していく作業です。そこに他の研究者による評価が加わり、認められるようになると、これまでの知見が塗り替えられていきます。つまり、自然科学の世界では「常識」など存在しえないのです。

最近読んだ本で、「マネー・ボール」(マイケル・ルイス著、ランダムハウス講談社)があります。実在するアメリカの大リーグ、オークランド・アセチレックスのGM(ゼネラル・マネージャー) ビリー・ビーンが主人公のノンフィクションです。来シーズンから、阪神の選手がフリーエージェントでオークランド・アセチレックスに移籍することが決まり、ビリー・ビーンの名をご存じの方もおられると思いますが、彼の手腕により、資金力は最下位クラスの球団が、2000年に入ってから金に糸目をつけない他球団に勝ち続け、レギュラーシーズンの勝ち数が最上位クラス

に位置するようになりました。他球団にとって、このような事態は、例外的であり説明できないと思われていました。この本では、なぜオークランド・アセチレックスが一躍強くなったのかについて、ビリー・ビーンを中心に、謎を解き明かして行きます。これから読まれる方が、おられるかもしれないので、詳しいことは述べませんが、ビリー・ビーンは、今まで「常識」として考えられていたことに対して体系的な科学分析を行い、誰しもが信じて疑わなかったことを否定することから勝利を導き出すことに成功したのです。ビリー・ビーンの偉業は、裏を返すと、「常識」が如何に壁となって立ちほだかり、今まで思考停止へと導いていたのかを、明らかにしたことにあります。私は、自然科学の分野においても、「常識など存在しない」という姿勢から優れた研究が生まれるのだと信じております。特に再生医学は、これから分子生物学との融合によって、どのように発展していくのか、私自身、大変期待しています。

医学研究の原動力とは

2月4日付けの読売新聞に京都大学・再生医化学研究所所長、中辻憲夫先生の記事が載っておりました。中辻先生は、2003年に国内で初めてヒトES細胞を作ることに成功しています。中辻先生は、難病の患者さんやその家族から「まひは今、胸のあたりまできています」「自分を実験台に使って下さい」という手紙をもらって、いま自分が何とかしなければならない、と思ったに違いありません。まさに医学の原点は此处にあり、基礎・臨床に関係なく、医学研究は、「何とかならないだろうか」という一念から始まると思います。昨年6月、総合科学技術会議の生命倫理専門調査会がヒトES細胞の研究は、基礎研究に限って認めるという決定を下しました。決定までには、かなりの紆余曲折があり、今でも社会的に研究の是非を巡って論議が続けられております。ヒトES細胞の研究に反対する立場からは、いわゆる「クローン人間」誕生の危険性や、ヒト胎児を材料とする上での倫理上の問題が指摘されています。確

かに、十分な議論を重ねて研究が誤った方向に進まないようにコントロールすることも重要です。だが一方で、ヒトES細胞を用いた再生医療を唯一の光明として日々難病と戦っている大勢の患者さんがおられるのもまた事実です。このような患者さんの生の声を聞き、「いま何とかしなければならぬ」と痛感された中辻先生や理研幹細胞研究グループディレクターの西川伸一先生が中心となって、国内でヒトES細胞研究が始められるようになった意義は大きいと思います。筑波大学でも、再生医学に限らず、目の前にいる患者さんに対して何とかしてあげたいという気持ちを原動力として日々の診療に携わりながら研究を続けておられる先生方が大勢いらっしゃると思います。私も大学卒業後の数年間臨床医として診療に従事した経験があります。新米医師であった私は基本的な知識や技術を学ぶのに精一杯でしたが、先輩のベテラン医師が手を尽くしても力及ばない症例を目の当たりにした経験が、現在研究を行っている原動力の一つとなっております。研究という仕事はエネルギーがいるものであり、延々と続く自己との闘いでもあります。それだけに何か一つ新たな真実を見出したときの喜びは大きなものです。ここ筑波大学において、基礎や臨床の先生方、学問への好奇心・興味を持った学生、さらに優れた技術を有する学外の研究者と力を併せて再生医学研究を推進して参りたいと思います。

最後になりましたが、私どもが実際に行っている研究の詳細については、ホームページ (<http://www.md.tsukuba.ac.jp/public/stemcell/>) を参照していただくと幸甚に存じます。

今後とも、ご指導ご鞭撻の程、宜しくお願い致します。

それぞれの道 ～卒業生を訪ねて～

第4回「茨城県衛生研究所所長 土井 幹雄先生」

日 時：平成16年7月21日（水）

場 所：筑波大学医学専門学群学系棟4 B486

略歴

1981年3月 筑波大学医学専門学群 卒業
1981年4月～ 筑波大学附属病院
1986年3月 病理科 医員
1986年4月～ 筑波メディカルセンター病院
1999年3月 病理科 科長
筑波剖検センターで行政解剖に
従事。
1999年4月～ 茨城県衛生研究所 所長
現在

1999年4月赴任以来、99年9月の東海村核燃料施設被爆事故、2000年6月、石岡市の公衆浴場におけるレジオネラ症の集団発生、2001年秋の炭素菌バイオテロ事件（いわゆる白い粉事件）、2002年3月の北茨城市における麻疹集団発生事件、2003年3月の神栖町飲用井戸水における有機砒素中毒事件、SARS、新型インフルエンザ、テロ対策など、常に健康危機管理の最前線に身を置いている。

学生：

今日はお忙しいところわざわざインタビューを引き受けていただきありがとうございます。

土井：

いえいえ、こちらこそ。さて、何からいきますか。

学生：

現在、茨城県衛生研究所の所長をやられているということなのですが、それまでの経緯についてお話していただけますか？

土井：

いきさつですか。もともと、僕は1回生なんですけど、つまり、入った時は1回生だったんですけども、出てくる時は2回生で（笑）、自慢じゃないんですけど劣等生の代表みたいな者ですね。気恥ずかしい感じはするんですけども。1年から6年まではどういうわけかスムーズに行っちゃったんですね、ただ卒業させてくれなかった（笑）。学生時代は他の先生方に聞いてみていただいても

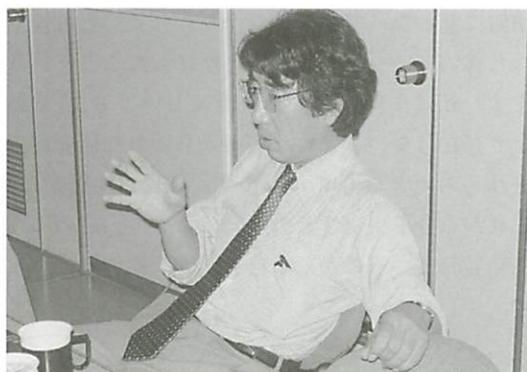
guest：土井 幹雄 （2回生）

interviewer：寺坂 勇亮（医学5年）

佐藤 亮佑（医学3年）

高木 知聡（医学2年）

協力：山口 高史 （1回生）



分かるんですけど、僕が大学に行ったときには試験があるんだろうとみんなが思うくらいのそういう学生生活、試験のないときにたまにフラッと大学へ行くとですね、今日は一体何の試験があったのかとみんなが怯えるくらいのそういう人種でした（笑）。まあ、実習なんかは、さすがに厳しかったけど何とかいぐって、なるべく出ないように（笑）。ただ卒業して、国家試験に受かって医者になろうと思ったときに、やっぱりあまりにも遊び過ぎたんで、こりゃやばいな、と。僕は外科系に行きたかったんですけどもね、このまま外科の方へ行くと一体何人殺すか分からないな、とそういう不安は非常に強く持ちましたね、その時に。取り敢えずはレジデントとして大学に残ったんですけども、少し勉強してからにしようかな、ということで病理に入ったんです。昔の先生方って外科に行くにしても、内科に行くにしても、まず病理を勉強してからという先生方が結構おられて、迷ってた時に、お前少し勉強したほうが

いいよなって、それなら、病理でまず基礎的なことを勉強したほうがいいんじゃないのっていう話になって。僕もそう思ってたんで、で、とりあえず病理に身を置こうと。レジデントが6年間なんです、二年ぐらい病理やって勉強すれば、臨床に変わるかなって思ってたんですよ。病理に入りました、今でもたぶん、そうなんですけど、人が少なくてね。人がいないからお前もう少しろって言う話になって。今年こそは臨床に行くぞと思いつつ、6年いってしまったという(笑)。ただ今でも思い出すんですけど、僕の師は小形岳三郎先生(病理の教授)だったんですけども。その時に先生から4月2日の日から病院に出て働けって言われて。他の連中は国家試験終わってフラフラ飛び歩いている最中に、働けといわれて、動物実験をさせられたんですよ。免許まだもらってなかったけど、動物だったからね。解剖ももちろんさせられたんですけども、一番最初は動物から、しかもワンちゃんから始まっちゃったんですよ。4月5月はそれで休みなく終わっちゃって。6月1日になってレジデントになった瞬間、解剖1例目が入った時に、教授が前立ちをしてくれてね、色々教えてくれるのかなって思ったら、「やれ」って一言言われただけで(笑)。

学生：

凄いですね(笑)

土井：

凄いでしょ？それまでに何例かは見てたことは見てたんですけども、学生実習の時も当然、見てたんですけども、何か別世界のことでしたからね。突然「やれっ」と言われて、手が震えましたね。手が震えるし、汗がダラダラ出てくるし、何やっていいんだか分かんないし(笑)。でもやらざるを得なくて。で、やっぱり亡くなった患者さんに最初のメスを入れた時の感覚っていうか、その時の気持ちは今でも全く忘れられないですね。その時、どういう風に思ったかっていうと、「俺はこれで飯食ってかなきゃいけないんだ」って、そういう意識ですね。その瞬間にそういう風に思いましたね。「これで生きていくしかない」っていう。その一例目、どれくらい躊躇ってたか分からない

んですけど、それはやっぱり人生の中でも大きな決断だったような、その時がそういう覚悟をした瞬間でしたね。だから、臨床に毎年変わりたい、変わりたいって教授に直訴してた時も、ま、駄目だろうな、と。半分諦めながら、6年間勉強させていただいたんですね。で6年経って、大学でもちろん色々勉強させていただいたんですけども、僕はずっと病理にいたんで、大体年間40例ぐらい解剖させていただいてましたから。その当時は当直もあったんですよ。要するに365日全部オンコールという状況で。朝だろうが、夜だろうが、そんなの関係なし。「やるぞ。」って言われた瞬間に、「はい！」って飛んでいく(笑)。だから最初の頃って、もちろんアルバイトなんて禁止ですし、手取り8万9千円くらいかで、ほとんど大学に泊り込んで、大学病院が本当に生活の場という感じになってましたね。

そういう生活の中で、やっぱり叩き込まれたことがいくつかあって。一つは、僕は全然臨床回ってないんですけども、亡くなった患者さんのCPCをやる時に、全部のカルテを見るんですよ、画像も含めて。臨床の先生方がその時点、その時点で、何を考えて、どう判断してたかって、その軌跡を追っかけていくわけですよ。Retrospectiveですけどもね。で、そういうものと、自分が見たものを対比させながら見ていく。毎例毎例、一例ずつそういうことを丁寧にやらされるわけ。その中で、自然に、「門前の小僧」ってわけでは無いんですが、かなり臨床のことを分かかってないと、当然そのカルテに書かれている内容も分からないですし、臨床の先生方とディスカッションすることもできない。一番困ったのは、やっぱり画像ですよ。画像が読めない(笑)。ただ、実物見てますからね。例えば、肺癌が何処にあるとか、その範囲はこうだとか、画像ではどういう風に見えるはずだといったようなことを自分なりに考えてはいましたね。それは当然解剖だけじゃなくて、手術で切除された材料を見るときも、そういう見方をする。そうしているうちに、放射線科の斎田先生と病理におられた木村先生が、この先生方もまた「物好きな先生」(すみません。心から

の尊敬と感謝の意味です)でしたが、肺癌の切除材料について、病理と放射線科と内科と外科の四科の合同のカンファレンスを始めて、当時は時間無制限だったんです。始まったら終りが何時だったか分からない(笑)。だから八時に始まって、夜中の一時二時までっていうのもざらでしたね。その頃はCTが出始めだったんですね。一番初めの頃は断層写真だったですよ。そんなことで、画像の所見を教えてもらいながら、それが3年か4年続きましたかね。同じように例えば腎臓内科の先生からはカンファレンスをやる中で、臨床の様々なことを教わり、代謝内科や代謝外科の先生からは、乳癌や甲状腺のことを教わり、あるいは婦人科に関しては、婦人科の先生から教わるということ。特に肝臓病については、故大管教授に心から感謝しています。必ずカンファにおいて「なぜ?」「どうして?」とお尋ねになりました。そのたびに、こちらは背中が汗だくなかったものです。その臨床とのカンファレンスっていうのは、凄く僕にとっては、というより病理医にとってはね、必要不可欠というか、血となり肉となる本当に大きなものだと思っています。もう一つ、病理ってただ単にプレパラートを見ているだけに見えますけれども、僕らがいつも感謝するのは、そのプレパラートを作ってくれる技師さん達ですね。彼らの技術が下手だと、正常な組織も癌に見えちゃうんです。良い標本が良い病理医を育てるんですね。もちろん手術をしてから、標本が病理に持ってこられるまで時間があまりに経っても駄目だし、きちんとそれをホルマリンに固定して、そして見なきゃいけないところを、肉眼的に見て(判断して)、ここに病変があるというところの標本を作ってプレパラートで見るわけです。だから、まず肉眼できちんとここに病変があるって分かんないで、トンチンカンな所を顕微鏡用の標本に作っちゃうと、病変がなんだか分からないですよ。そういう時にも画像と合わせたリ、執刀医の先生に確認することが大切になりますね。このような過程を技師さん達や臨床の先生方と一緒にやって、いい標本を作ってもらって、我々が見るわけです。最終的にレポー

ト(病理報告書)を書くわけなんですけども、もう一つ教わった大切なことは、レポートっていうのはね、臨床に送るお手紙だという事。ただ単に所見を記述しただけでは駄目なんだと。やっぱり、臨床医に対して、自分はこう思う、こういう治療方針でやったらどうか、こういう情報を欲しい、そういう事をきちんとお伝えする、コミュニケーションの一つの道具なんだということです。この事は、ずっと病理をやっていく上での、僕にとっての大きな支えだったと思います。それと、僕らは臨床医じゃないから主治医ではないんですけども、解剖の瞬間は僕らが「最後の主治医」なんですよね。僕らはあくまでも最後の主治医であるっていうその意識を忘れちゃいかんってことは、よく教授や、何人かの臨床の先生からも言われました。「お前らがちゃんとしないと俺たちはやっていけない。」っていう風に。だから何遍怒鳴られて怒られたかは僕は分かりません。今考えるとそう言っていたのは、とても光栄なことですが、緊張感は常にありましたね。でも、この言葉の意味を実感したのはずうっと後のことです。

話は飛びますが、学生の皆さんの中には、病理って何をやっているかよくわかんないと思っっている方が、多分いると思うんですけども、、、。僕もそうでした。実習サボりまくって、他の奴が書いたプレパラートのスケッチを写して(笑)。でもあれば、自分で採点するようになると、一目で写したっていうのが分かる(笑)。こいつ何も見てないっていうのがね。ついでにだけ、オリジナルが誰かまで分かります。オリジナルが間違ってるのかなんかなり悲惨だよ。だからね、学生の時には分かりっこないだろうと思ってただけど、本当にきちんと分かるもんなんです。あえて真面目にやれとは言いませんがね。

学生：

じゃあ、僕とかもそう思われながら採点されてたんですね。

土井：

はい。どの先生もしょうがねえな、と思いがらやってるんじゃないんでしょうかね(笑)。ただ、プレパラートを見るのが大事なんじゃない

て、プレパラートを通じて病気を理解していく姿勢、それを理解して欲しいと我々はいつも思っているんです。やっぱり病理っていうのは病気を理解する、だから病理なわけで、料理とは言わないわけですよ。当たり前だけど。病気を理解するということは、我々だけが理解するんじゃないかって、臨床の先生方も、場合によってはパラメディカルの人、場合によっては患者さんも含めて、この病気はどのようなものかということを理解していかないといけない。多分今の言葉でいうインフォームドコンセントにつながるんでしょうけど。そういう意味では、病理というのは決して単なる基礎の学問ではなくて、臨床の中で患者さんとの関係、意思疎通のための一つの技術としても重要な位置を占めているという風に是非考えていただいて、一人でも多くの方が積極的に、1年でも2年でも10年でもいいですから（笑）病理の道を選んで欲しいなと思います。これはもう切にお願いしたい。病理医は基本的に貧乏です。お金儲けはできませんからね。苦労も多いし、ストレスも非常にかかる、と思いますね。でもやりがいはあるんです。

6年の大学でのレジデントが終わってから、僕は筑波メディカルセンター病院に行ったんです。救命救急センターに行ったんですよ。救命救急センターに何で病理医が必要か不思議でしょ？繋がらないですよ。だから僕は3ヶ月くらいで辞表を書いたんですよ。何で僕はここにいなきゃいけないんだってね。それまでは大学病院で癌の患者さんを多く見てたわけですから。救命救急センターはほとんど外傷だとか、心筋梗塞だとか、アポった人だとか、まあそういう患者さんがメインですから、何でそこに病理医が要るのかわからないのがよく分からなかった。ただ筑波メディカルセンターには昭和62年から剖検センターっていう剖検を専門にやるセンターが作られていました。それは皆さんご存じないかも知れませんが、筑波大の法医と病理、それから医師会と警察とそれからメディカルセンターとが一緒になって、突然亡くなっちゃった方たち、その当時はポックリ病なんて言ったこともありますし、様々な亡くなり方があるんですけども、そういう突然亡くなら

れた方たちの解剖をやって、その方たちがどうして亡くなったのかという、死因の究明に当ろうというセンターなんですね。僕はその仕事もやれという事で、やらされるようになって、やっぱり年間40例くらいの解剖をするようになりました。で、これは全国的にも極めて珍しい先進的な試みで、多分最初の組織だったと思います。

皆さんは東京都の監察医務院って知ってますか？

学生：

いやちょっと…。

土井：

そうですか。じゃあ、異状死体という言葉は知ってますか？例えば病院に来て、もう救急車に運ばれた時に心肺停止になっている方いますよね。あるいは道で行き倒れてた、一人でお風呂の中で浮いてた、その辺で血だらけになって倒れてた、色んな亡くなり方があるわけで、そういう方々は警察に必ず届けなきゃいけない。これは医者としての義務です。そういう異状死体を検案といって、医者が死亡診断書なり、あるいは死体検案書っていうのを書く。その時に、かつて日本ではね、皆心不全って書いてたんですよ。心臓は止まっているから心不全でしょ？それは当たり前ですよ。そうすると WHO で統計取っている人は、日本って何でこんなに心臓の病気で亡くなるんだと。日本の死因統計は全く当てにならなかった。そういう時期がずっと続いたんですよ。やっぱりきちんと解剖をやってそしてその死因を究明すること、それが非常に大事なんですね。もっとも、それはただ単に死因を究明するだけにはとどまらないのですが。僕が解剖した中で、最初から2例目か3例目の方は絞殺だったんです。法医学と病理学と、その両方を知ってないとちゃんとしたことが分からない。其の時は法医の教授に立ち会っていただきましたが、首を絞めたっていう時は舌骨が折れて、その周辺の筋肉内などにかすかな出血を起こすわけですね。それで、殺人だとわかった。それまでやってきた病理解剖っていうのは当然診断名が分かっている、そして治療方針が分かっているね、その結果が一体どうなのかわかって

う事を臨床側にフィードバックするというのがメインの仕事ですよ。ところが、その剖検センターでやっている仕事っていうのは全然臨床データが何も無いんです。目の前にパッと死んでいる人が現れて何で死んだんですかっていう、そういう状況になるわけです。場合によっては、轢き逃げっていうこともあるし、毒殺ということもありますし、それから窒息。例えば乳幼児の突然死なんていうのは、お母さんが、隣で赤ちゃんを寝かして、目が覚めたら赤ちゃんが死んでました、というような例があるわけなんです。もちろんそれだけじゃなくて人は本当に様々な亡くなり方をするわけなんですけども、てんかん発作で亡くなっちゃった方もいましたが、この例は目撃者がいるのでいいんですけども、目撃者が誰もいない、おうちの中で八十いくつの人が亡くなっていた、あるいは車の中で半分ミイラになって死んでたとかですね。茨城県で今そういう亡くなり方をして警察に届けられる例って年間どのくらいだと思います？交通事故などを含めてですけどね。

学生：

一日10件くらいだとして、大体年間四千人くらいですか？

土井：

まあ、いいところですね。僕らが始めた時は大体二人くらいで、今は年間に三千人を超えちゃうんですよ。そういう方たちの過半数が原因が分からない。車を運転してどこかの壁に突っ込んで、車は前が大破、だけど、身体に何の外傷も無い、ハンドルに確かに突っ込んではいるけども、その辺の骨は折れてもいない。それで解剖してみたら、実は心筋梗塞だった。他にも大動脈瘤が破裂してたとか、脳出血だったとか、いろんな例があるわけです。そういう突然死例の解剖を病理医としての仕事と同時に、13年間やっていたんですけども、後半の方に増えてきたのが、医療訴訟、医療過誤。医療過誤ということになると、実はこれは司法解剖の対象なんです。医者は殺人容疑、業務上過失致死の被疑者になります。司法解剖というのは裁判所の命令でやる解剖なわけですから、医者も、それからご家族も立ち会うことはできま

せん。他の解剖はすべてご遺族の承諾が必要な解剖ですが、司法解剖は承諾すら要りません。国家の名においてその原因追求の為に解剖をする。例えば麻酔の事故だとかの場合は、かなり多くの例が医療過誤として司法解剖になってしまう。過誤とは言えないけど、手術して数日後に、何かよく分からないうちに突然亡くなっちゃった、っていうこともありますよね。結構そういう例も多いんです。茨城県全体ですよ、もちろん。大学がついていうわけじゃないですからね（笑）。そういうような時にご家族は、非常に医療に対して不信を持つ。医者も分からないから、医者は分かりませんと答えるわけです。でもご家族の方は、何か分かるだろう、分からないっていうのは何か隠してるだろう、とそういう風にする訳ですね。そうするとその感情のちょっとした行き違いっていうのが、日を追う毎にドンドンドンドン大きくなっていくんですね。僕らが常に心しなさいいけないのは、一瞬気を緩めた瞬間に、そういう立場に置かれるということです。そういう風な立場に置かれている人たちは僕は何人も見てますし、僕もそういう立場で被告席に立ったこともありますから。もちろん裁判所の証言席に立つことの方が圧倒的に多いんですけどね。司法解剖にしてしまうと、医療者側も、ご家族側も十分なコミュニケーションが取れない。しかも感情の行き違いなんがある時は、コミュニケーションを取ろうと思っても、誰かが間に入らないと、良好なコミュニケーションは回復できない。それを僕らがやるんです。第三者的な立場で解剖してさし上げて、実はこういう病変がこうありましたと。だから両方の方を呼んで同席させて、僕らが解剖を終わった時点でご説明するという事を、両方が納得するまで繰り返す。ご家族の方がありがとうございますと言って納得していただき、たった一回で終わることもあれば、一番長い例は3年間かかったことがあります。それは両者とも死因に納得しなくて、3年間かけて、この方ご家族が東北の方でしたけども、毎年半年に一回集まっていたら、臨床側とご遺族側とに我々がご説明して、納得行くまでそれに付き合う。そうしないと最後までこじれたままになっ

ちゃうんですね。ただ、その方がいいと感じたこともありますよ。これは何か大事なことを見落としたな、っていう例も当然ありますから。そういう時には表現の仕方がとても難しい。見落としたか見落としてないかっていうのは、その診断時点での判断ですからね。ただ一つ言えることは、カルテに書いてなかったらダメなんですよ。こういうことを考えたんですか、証拠は何処にあるんですか、ということになるんです。カルテを一行二行書いて、それでお仕舞いにしてると、後でえらいしっぺ返しを喰らうんです。逆に言うと、先程僕らのレポートは臨床先生方へ対しての手紙だと申し上げましたけど、カルテは患者の皆さんやあるいは他の医療者関係者、場合によってはご遺族に対しての我々が送る手紙なんですよ。そういう風にある意味では考えてもらう必要があると感じています。

さて、剖検センターが出来て、かなり第三者的な立場で解剖をやってきました。言い過ぎかもしれませんが、昨今は、今みたいな医療訴訟が簡単に起きてしまう。ちょっとした感情の行き違いで、すぐ弁護士さんのもとに駆け込むような状況っていうのがあるわけなんですよ。例えば解剖をやっていないと何の証拠も無い、少なくとも亡くなった時の証拠はありません。お互い同士で、何か変じゃない、分からない、そういうことだけを言いあっても駄目なんです。もし、死因が分からなかったら、そういう場合は、医療関係者、つまり医者側から、ご遺族に、こういう風に分からないことがあるから是非解剖をさせて欲しい、と必ず言わなければいけない。分からなかったら、あるいはご遺族がちょっとでも不信な様子を持ったら、解剖をさせていただけないかという事を言わなきゃいけない。そういう教育を受けていますか？

学生：

そういう話は講義とかでは出ないですね。

土井：

これから医療の現場に立つ君たちは自分の身を守らなきゃいけないんですけど、解剖を勧めることは、自分の身を守るっていうだけじゃなく、患

者さんの権利を守ることになるんです。それに僕らは自分の身を守ることを考えていたら駄目なんですよ。僕らは誰の為に働いているのか、患者さんの為に働いてるんで、全ては彼らの為に better になるような策を一步先んじて取っていく覚悟をいつも持っていかなきゃいけない。そのためには解剖っていうのは最後の手段なんです。本当に最後の砦です。火葬されてしまったらお終い、何も残りません。いくら臨床データがあるから、血液のサンプルがあるから、切除された臓器があるから、それじゃ駄目なんですよ。亡くなった時に、目の前の患者さんは今まで生きてきた全ての total がそこにあるんですよ。我々の仕事はそれを時間を遡って、この病変はいつ出来た、その結果としてこういう事がこういう時間から起きてる、という事を一つ一つ時間経過に伴って再構成していく作業なんですよ。そういう作業をしながら、なおかつ臨床の先生とご遺族との間を結んで、良好なコミュニケーションが取れるような情報を提供し、彼らがお互い同士にディスカッションできるような間を提供していくというのが我々の仕事なんです。解剖を始めて、ご遺体を返しちゃったらそこでおしまい。僕の目の前にいる二時間三時間、この時間がその人の人生を決める最後の時間なんですよ。その時何か、見落としたら…っていう気持ち物が物凄く強い。見落とすことの怖さですね。何見ても分からないんですよ。突然亡くなった方の多くって何の所見も無い。何で死んだらうって、全然分からない。解剖やっていっても分からない、顕微鏡見ても分からない。そういう人が1/3くらいいます。そういう場合は分からないって書くしかない。そりゃそうだよ。診断名つけられないでしょ？心臓が止まっているから心不全って書いたら怒られるでしょ、やっぱり(笑)。その時には「不詳」って書くんです。死亡診断書見たことありますか？不詳っていう項目があるんですよ。病死じゃないかもしれないし、でも少なくとも事故だとか中毒だとかの外因的な死亡ではない。やはり、「不詳」なんです。ちなみに僕は臨床医じゃないから、患者さんの顔をそこに来るまで見てないわけです。一回だけね、回診

に行ったことがあるんですけども、回診が終わったら、ICUの患者さんが亡くなって解剖室に下りてきていて、二度と回診に来るんじゃないって言われたことがあります。それ以来回診にお付き合いするのはやめましたね（笑）。

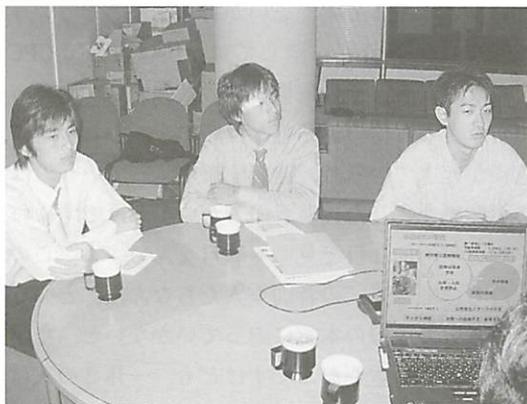
さすがに13年間やってると疲れたんですね。で、辞めたんです。辞めたきっかけはですね、目に見えない物がどうやったら目に見えるようになるか、ということなんです。解剖をやってて分からないものの代表例は感染症なんです。特にウイルス感染症。あるいは毒物・薬物中毒。こういうのって見ても分からないんですよ。皆さん肺炎になってたら分かるだろうと、そりゃ分かるんですよ、肺炎ってね。肺炎で死ぬ程の凄い病変があれば分かる。例えばSARSの例であったと思いますけども、肺うっ血しかない。急性心不全も肺うっ血、いわゆるARDSっていうのは肺うっ血の所見ですから。そんなもの全然区別がつかない。目に見えないものを、「じゃあどうやって探っていくのか」ということで「少し感染症だとか、中毒だとか、そういう勉強をしましょう」と、思って今の研究所に移った。

衛生研究所っていうのは、各県に最低一ヶ所あります。それから政令指定都市にも一ヶ所あります。その仕事っていうのは病院の検査部とは全く趣きが違うんですけども。例えば、井戸水の中に何か入ってた、何か分からないから検査して下さいとか。食べ物の中に何か入ってた、これ検査して下さい。農薬かもしれない、毒物かもしれない。それから例えば、原因不明の感染症が発生した、何だか分からない、ウイルスだろうけど検査して下さい。そういう訳の分からない物が出た時に全て運ばれてくる所なんです、ここは。茨城県中で訳の分からない事が起きた時にほとんど全部の検査します。僕は今のところに来て6年目になるんですけども、99年から行ったんですが、一番最初に9月30日に起きた事件っていうのが、JCOの事故、東海村の核燃料被曝事故。いわゆる健康危機って言葉があるんですけども、今マスコミとかでたくさん出ているから聞いたことがあると思うんですよ。茨城っていうのは、僕が来てからね、

健康危機だらけなんです（笑）。NBCって言って、Nっていうのはnuclear、Bはbio、Cはchemicalのことなんですけども、このNBCのテロ対策っていうのも我々が検査をやるんですけども、こういうことに対して全て検査が出来て、それを管理する体制を作っていくかなきゃいけない、さらにその情報を発信していく仕事をたった20人そこそこでやっているんです。東京とかは大体300人だとか400人ぐらいいます。大体50~60人いる所が普通ですけども。我々のところはあまりにも少数精鋭過ぎるんですよ（笑）。でもNBC全ての経験をしている県っていうのは茨城県だけ、しかも僕が行ってからなんです（苦笑）。まず最初にそのJCOの事故が起きて、その後も様々な感染症がボンボコ起きて、それから炭疽菌などのバイオテロですね。それからケミカルなものでは去年の3月に起きた神栖町で起きたヒ素の事件、旧日本軍が使ったクシャミ剤っていう毒ガスの一種ですけども、その一部の成分が井戸水の中に溶け込んで、それを飲んだ方が具合が悪くなって、筑波大の神経内科の先生がおかしいって気付いて、我々のところに依頼してきた。で、我々のところでその物質をたまたま発見してしまったんですね。水に溶けたそういう物が身体の中に入って、悪さをするっていうのは世界で初めてなんです。だから今までで何の文献もありません。もちろんJCOも初めてでしたけど。そういう世界で初めて、日本で初めてっていうのばっかりちゃんと起きてくれるんですよ（笑）。幸いにしてそういうことに対してきちんと対応していくことは出来たんですけど。それはやっぱりスタッフの方たちにももちろん感謝しています。それと普通の臨床の先生方は病院の中しか知らないんで、行政が何やっているか、保健所が何やっているか、地域の中で何が起きているのかに対して関心を持ってないんですよ。でも関心を持っている方は必ずいて、住民の方たちも含めてですけどもね。そういう人たちと良好なコミュニケーションを取ることによって、何か起きた時にそれに早くアクセスすることが出来る。アクセスしてその原因を掴んで、それに対しての対策を立てて、ということが今までは比較的うま

くやってくることが出来たという風に思っています。その極め付けが今言ったヒ素事件で、それから去年、今もそうですけどSARS、鳥インフルエンザ、それからこれから必ず出てくる新型インフルエンザ、こういったものの対策。今我々は感染症の対策っていうのを重点的にやっています。感染症の勉強をするはずだったんですけども、対策の方ばかりやることになって、ただやっぱり門前の小僧で、かなりの事は覚えましてね。少し落ち着いたら、またもうちょっと勉強しなきゃいけないあという風には思っていますけどもね。

今までの僕の歩いてきた道っていうのは、偶然のような必然のような。よく分かりません。いま、行政の機関にいますけども、「最初のご遺体にメスを入れたときの気持ち」とか、「自分は誰の為に何をやるんだ」とか、そういう意識は忘れたことは無いですね。行政にいますと、それこそ silent majority を相手にします。でも逆に言うと、その中で一人一人の顔をイマジネーションを持って想像できるかどうか、というのが医者である僕が今の場所にいることの意味だと思うんですね。保健所の所長は絶対に医者じゃなきゃいけないわけですけども、医師がそこにいることの意味、っていうのはやっぱりそういう事だと思います。専門的な知識ももちろん大事ですけども、それ以上にね、我々は医師になるべく教育をされてきて、病院実習をやり、病院で働き、患者さんに接し、誰のために働かかっていう意識、その人達の苦痛やそれから病気を少しでも和らげなければいけない、義務感というのかは分かりませんが、少なくとも患



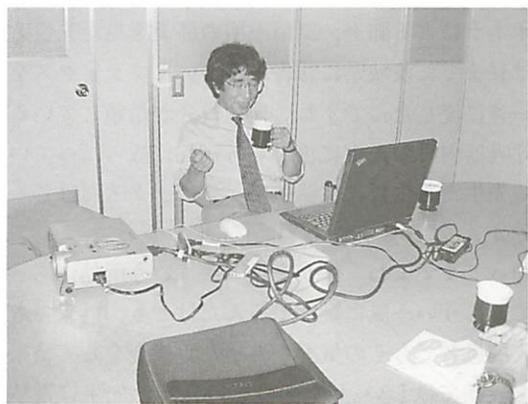
者さんがありがとうございましたって言って帰っていく時の、こちらの充足感みたいなものっていうのは常日頃から知ってるわけですね。そういう原点の気持ちっていうのは何より大事にしてないといけないと思います。お金のためじゃないし、役人のためじゃない、病院のためじゃないし、国のためでもない。そこにいる一人の患者さんの為に、我々は努力を傾ける。僕が行政に入って、そういうポジションに付いて、危機管理にかかわる事の意味っていうのは医師としてのイマジネーションが大きいと思うし、逆に、そういう事を期待されて、僕はそこに呼ばれたと思っています。かつて衛生研究所が、人が減らされ、非常に機能が落ちてきて、いざっていう時に対応できない。だからこの機能を強化して、色んなことが起きた時に対応できるようにして欲しい、というのを請け負ってしまったんですね。もちろん僕はそこに行って勉強したいっていうのもありましたけども。

学生：

請け負ったとおっしゃいましたが、それまでに衛生研究所関係の経験とかされたことはあるのですか？

土井：

いや、無知ですね（笑）。ただね、一つ言うと、僕らは医療を常に裏から見てるでしょ？解剖をやらしていただくと、その医師の程度、これはもう一目で分かります。要するに何かトラブルったな、トラブルった原因はここにあるなとか、これはこの人の責任じゃないな、これはシステムが原因だな、



というところまですぐ思いが行きます。そういう意味では危機管理に関しては、僕は自分でCPCをやりながら、その危機管理の勉強をいつもやってた。だから何の違和感も無いです。むしろ逆に、危機が起きている時、健康危機の時っていうのは、必ず健康を害した被害者の方がいるわけですよ、それを平均的な目で見ちゃ駄目なんです。この人たちは唯一無二の特別な人たちなんだ、という物の見方で危機の本質に迫っていかないと。疫学的な考え方も重要なんですけども、一体この人は何故そこでそういうような状況になっているんだということの、一人一人の個人的なところへ深く関わって、なおかつその背後にある大きなシステムの問題だとか、あるいは制度の問題もあるでしょうし、人と人との関わり方に問題があるのかもしれないし、たまたまの偶然もあるかもしれない。そういうものに対して一つ一つそれを解きほぐしていく。といっても時間は掛けちゃ駄目なんです。限られた時間の中で。特に危機管理の場合はスピードが第一、もう一つは決断力ですね。この病気はこうだからまずこういう対策を取ろう、という決断を誰が下すのか。現状では僕が下すんです。それはもう賭けですね。100%分かって決断なんて下したことはありません。何か異常なことが起きてから何かしなきゃいけない。でもその異常なことっていうのはこれくらいの範囲だろうから、このくらいの事をまずやろうと。失敗したら一ヶ月減給処分だなど(笑)。それも冗談ですけど(笑)でも心の中ではそう思ってますね。本当にビビります。例えば、ある病気が県内に出てたことがあるんですけども、それはレジオネラ菌という奴で、ある入浴施設で、出来立ての入浴施設なんですけどね。今スーパー銭湯ってあるでしょ？その類でそれは石岡市が始めた施設なんですけどね。そこでレジオネラの感染症が起きてしまった。これはレジオネラ菌が肺に入ってしまった肺炎を起こす。ある石岡の先生からレジオネラを疑った患者さんがいる、とそういう報告が保健所に入ってきて。レジオネラだと診断できる医者は茨城県には数人しかいないはずだと思ってまして(笑)。今でも僕はラッキーだと思うんですけど

も、病理医の時にカンファレンスをずっとやり続けてきた。カンファレンスっていうのは大学だけじゃなくて県内くまなくいろんな病院でカンファレンスをやっているわけです。それから症例検討会だって、例えば肝臓の先生が集まって月に何回かやったりとかしますよね。だから茨城県内の先生方のレベル、どこの誰がどういう事が分かるというのは、自慢じゃないですけど僕が一番良く知っている(と思っている)。こいつには駄目(笑)とか僕が病気になるたら絶対にこの先生にお願いしたいとか(笑)とてもよく分かっていると思います(さしさわりのある先生方ごめんなさい)。だからレジオネラと診断できる先生は茨城県内に数人しかいないはずだという風に思っています。まずは疑うんですよ。鵜呑みにしない。疑って自分でレントゲンの写真を見に行ったら、で、その先生に質問して臨床経過を聞いて、レントゲンも見せてもらって。うん、この先生レジオネラのこと理解しているからひょっとしたらレジオネラか知れないって。その時に既にその入浴施設を利用して人って1万人超してたんですよ。で、それをマスコミに夕方5時までに発表しなきゃいけない。僕は朝の八時にその情報を聞いて、九時にその先生に会いに行き、そしてお昼までに医師会に手配して、何かアプローチをしなきゃいけない羽目になっていたんです。で、レジオネラじゃないよって言っちゃったら、何も無くなっちゃう訳ですよ。レジオネラの可能性が高いとそこで決断したんですけど、その時は背中がゾッと凍ってましたね(笑)。その医師会が全病院に手配してレジオネラ症の発生が危惧されているので、レジオネラによる肺炎、原因不明の肺炎を見た先生方は昼までに茨城県に報告しろというファックスを一斉に流したんですね。僕は自分が信頼している呼吸器内科の先生に色んな各病院に散らばっている先生たち全員に電話して。ファックスだけじゃ分からないですからね。「先生レジオネラって知ってますよね。僕が今見てこういう所見があって、こういう風に疑ってるんだけど、外来でも入院患者でもその気配があったら検査をして結果を教えて欲しい。」全部の思い立った先生に電話

したんです。でも全然お昼過ぎても、夕方5時近くになっても一例もレジオネラによる肺炎疑いの人が出て来なかったんです。その一番最初の先生が診た2例か3例の方たちだけで、それ以後何も出て来ない。これは失敗したんじゃないかなと思って。みんな大騒ぎさせるとして、今言ったみたいに一万人利用してるから、各県の人たちがいるわけですよ、関東近県の。関東近県でそこのお風呂を利用した人に対して注意を喚起しなきゃいけない。具合が悪かったら全部届けろっていうマスクミを通じて当然やるしかないわけですよ。その時間が刻々と迫ってきて。これはどうしたらいいのかしらと思っていたら、ある病院の呼吸器内科の先生から、「先生、レジオネラを疑って検査してみました。」4時半にだよ！午後の4時半に「レジオネラ陽性だという解答が来ました。そしてこの人は確かにそのお風呂を使っています。」という電話が飛び込んできて…ホッとしましたね。それで一斉に5時過ぎくらいに関東近県に情報を流してもらいました。結局40数人くらい患者さん(死亡者3人)出ましたけども。そういう時間単位の決断を迫られる。でも危機管理っていうのはそういうもんなんですよ(ご協力いただいた県内多数の先生方にこの場をお借りしてあらためてお礼申し上げます)。ただ問題はそれだけじゃなくて、患者さんが出た、じゃあそのお風呂が原因だと証明しなきゃいけないんです。でもレジオネラ菌で土の中にはどこにでもいるんですよ、実はね。そのレジオネラ菌の中のある一部の菌がお風呂の水に入って、それが肺に入ると肺炎を起こす。で、我々はどうかというとお風呂の水だとか、浴槽だとか、ありとあらゆる所から拭き取り調査したんです。培養すると当然レジオネラ菌があちこちから出てくるわけですよ。出てきたのはいいんですけども、残念ながら患者さんからレジオネラ菌が取れなかった。たまたま某病院で亡くなった患者さんがいて、その患者さんを司法解剖したんです。そして胸水中からレジオネラ菌の遺伝子を取って、そのレジオネラ菌の遺伝子と浴槽の水から取ってきたレジオネラ菌の遺伝子とを比較したらピッタリ一致したんです。それでそ

こが原因だと突き止めた。で、刑事事件になって過失致死罪が適応されて何人かが有罪の判決を受けています。例えばJCOにしたって裁判になってますよね。裁判にすることがいいっていうことじゃなくってね。健康被害を受けた人たちに、原因があって、ただ単に関連があるというだけじゃなくて、因果関係をきちんと証明していく。その手順、あるいは手段を、その事に一番最初に首を突っ込んだ瞬間から最後のゴールを見ておかないと後の祭りになるんです。初動の時に最後のゴールはここだと決めといて、そしたら手順はこういう風にやって、いつの段階で菌を取ってとかね。もし、先にお風呂を洗われちゃったらおしまいだもん。食中毒なんてその際たる物ですね。食中毒なんてしょっちゅう起きてますけどね。原因の食材がそこにあればいいけど、みんな売り切れちゃいましたとかね。場合によっては別の食材を出してくるところもある。これ使いましたよって。菌ありませんよね？でも分かんないよね。信頼の原則ですからね。そういう事も含めていつの時点でどういう風な立ち入り調査をするかを考えなきゃいけない。でもわれわれは彼らを罰するためにやるわけではなくて、それ以上に健康被害が広がらないように指導する、二度とその被害を出さないようにする為にやっているわけで、その人たちを何とかしてやろうって思ってやっているわけじゃないんだけど、商売をやっている方としては営業停止を喰らうわけですよ。小さな食堂が1週間も営業停止を喰らったら潰れるんですよ。そういう事も考えて、ちゃんと話し合いをしながら、ご指導していくことが凄く重要なんです。いかにそういうリスクに対してお互い同士コミュニケーションを、信頼感をどうやったら築きながら現実的な対策を取っていけるか。色んなバランスを考えながらいつもやらなきゃいけない。こう言ったらこういう反応がある、それじゃ遅いんです。行く前から情報を集めて。例えば、あるお蕎麦屋さんに行くとするでしょ。そこが原因らしいって。まず周りから情報を集めて、あのお蕎麦屋さんはこういう性格だからねって聞いてから行く。そのくらいの用意周到さが無いと駄目なんで

すよね。基本的なリスクに対して、一体何が起きているんだという事をまず認識して、今やらなきゃいけないこと、そして最後のゴール、その両方を見ながら順番を立ててゴールに向かうプログラムを作る。その為には自分一人じゃ駄目なので、チームを動かして、当事者に対してもきちんとご説明をしなくちゃいけない。そういうコミュニケーションをいつも取りながらやる。そういう多面性というか。僕はね、昔こんなに喋る人間じゃなかったんですよ（笑）。だって病理で顕微鏡見るだけだもん。喋る必然性なんて何も無かった。でも剖検センターに行って、第三者的な役割をせざるを得ない、それから今従事している健康危機でのリスクのコミュニケーションは、いかに言葉で相手を説得して分かってもらえるか、ですからね。強引にやることはね、権力を持ったら出来るんです。それは医者と患者との関係もそうです。きっといくらでも出来ます。でもそれではまずいんですよ。不毛なんです。お互いにとってハッピーではない。どれだけ理解して、どれだけ信頼感を持って協力してもらえるか、これがとても大事なことだと思いますね。その為にはどうすればいいかについてはまた機会があったらお話ししましょう。いずれにしても、昔も今も、いつも多くの師や友人、いろいろな人たちに支えられているのを実感していますね。

後半はスライドによる現在の土井先生のお仕事について、主に SARS、鳥インフルエンザを例にご説明していただきました。

僕は5年間学生生活を送ってきましたが、主に

臨床実習でしか医学の現場に触れたことがありません。今回、土井先生のインタビューをしたことによって、僕にとっては大変有意義なインタビューとなりました。発生源・原因不明の感染症や中毒に対して、どのようにそれに対してアプローチし、また原因が分かった時に、どのように被害拡大を防ぐことができるのか。臨床医が一人の患者に対して進めるプロセスを、土井先生は集団を相手に行っていると知りました。今までは衛生研究所の仕事は、臨床とは違うものと考えていたのですが、本質はやはり同じ医学であると感じました。また機会があったら、是非お話を聞かせていただきたいです。

(医学専門学群医学類5年 寺坂 勇亮)

神栖町の砒素中毒に関するものが印象に残っている。それは、このインタビュー後の12月、M3授業にこの内容が取り上げられたからである。「ある地域に限定した神経症状（ふらつき、びくつき、不眠等）が現れる」というデータが与えられ、その原因を私達が検討する、というテュートリアル形式の講義だった。結果から言えば、これは神栖町の事件を題材とした砒素中毒の症例であった。しかし私は一つ一つの神経症状から原因追求をするにあたり、「砒素中毒」という単語は出てこなかった。観察される症状や地域に関する情報等を包括的に考え、限られた時間の中での確な判断を下した土井先生に、私は改めて感心させられた。

(医学専門学群医学類3年 佐藤 亮佑)



土井先生は一回生ということで、医師としては大先輩ということでもあり、緊張しながらも興味深く話を聞くことができました。衛生研究所というのは、確かに病院とは異なるものですが、その内容は、医学に裏打ちされたもので、私達の今学んでいる内容がどのように人々に活かされているのかを知るという意味でも良い機会となりました。衛生研究所所長として問題の発生から解決までのプロセスは、それこそ一秒を争うもので、さらに、土井先生とともに調査する方々、茨城県中

の病院との迅速なコミュニケーションが連携し、まさに衛生研究所特有の現場の緊張感を感じました。今回は、私の医学を学ぶ上でのモチベーションを高めることが出来ました。貴重な機会を頂きありがとうございました。

(医学専門学群医学類2年 高木 知聡)

2004年10月18日（月）

桐医会・筑波大学医学専門学群共催 特別講演会

「挑 戦」

参議院議員 足立信也

皆さん 本日はお招きいただきましてありがとうございます。足立でございます。

大学を昨年3月に退職してからは非常勤講師ということになっておりますので、本日は本来の職務を全うするつもりで何か皆様方に少しでも残るものがあればと思って用意してまいりました。湯沢先生の方から、十分な質問時間をとって欲しいということですので大体45分くらいです。

私は先ほど大分県立舞鶴高等学校の卒業とご紹介がありました。地元の小中学校を卒業しております、実は私の小学校は一学年が私の時で20人しかおりません。全校で100人。今回帰ってももちろん挨拶に行くのですが今は全校で38人。そのうち19人、半分がこのままだと学校がなくなるというので特認校という、校区外の人が親、本人が希望すれば入学出来るというシステムを大分市で作らして、その特認校という制度で19人。ですから本当の地元の小学生は19人しかいない、そういう学校を卒業いたしました。中学校は一学年が100人、そして大分県立大分舞鶴高校というのは一学年が470人です。昭和57年に筑波大学を卒業いたしました、私が現在持っている資格はそこに書いてございますが、外科ですから、外科学会の指導医、専門医、認定医、消化器外科学会の指導医、専門医、認定医、癌治療学会認定臨床試験登録医というものをっております。私が、この時点で大河内教授と相談いたしました、私は3回生ではありますけどうちの科ではレジデントとして筑波大卒業生では最上級生でした。そういうことがございまして自分自身は研鑽を積んできた訳ですが、科の中でも科の方向性といいますか同級生が幸いにも5名おりましたので相談しながらやって

きたつもりです。そして、この時点での私の使命はこれから茨城県下においてうちの関連施設を充実させて、若い人達が、学生を含め研修医を含めレジデントの方が立派な研修が出来るような病院をひとつずつ造っていかう、そういう相談を大河内教授としまして、まず国立霞ヶ浦病院へ出て行ったわけです。そしてこの4月からメディカルセンター病院の診療部長というお話で事が進んでおりました。そこに今年（平成16年）の3月25日に突然電話がありまして、その電話の主は大分舞鶴高校の同級生で昨年11月に大分一区から衆議院に当選した人間で、彼が、今のままだと元々保守の基盤が強い所でありまして、せつかく民主党が比例で自民党を上回ったのに候補者を擁立出来ないまま不戦敗になってしまう、なんとかしてくれないか、ということが突然ございまして。3月いっぱい、私は国立霞ヶ浦病院（現：（独）国病機構霞ヶ浦医療センター）で国家公務員でしたので当然辞めなければ選挙に出られませんし、4月から民間の病院に移るということを知っておりましたので4月以降なんとか返事をしてください。つまり6日間で返事をしてくださいということでした。私としてはいろいろ悩みもしましたが、先ほど申し上げましたように科において自分の立場が、そのようなものでしたから非常に悩んだのですが、私が相談をした先輩方は「迷っているということは、全く興味が無いわけではないのだから。悩んだら一歩前を出てみたらどうですか。」ということをおっしゃいまして。私としてはですね、どの時点でどの先生が引き止めてくれるかなって期待があったのですけれども。最初はビックリされますが、でも「やってみた

ら？」って、そのように言われました。ですから自分の心の中ではものの一週間も経たないうちに決断をしました。しかしながら、表面的にはですね、出るからには負けるわけにはいかないので本当に大分県での支援体制が取れるのかどうか確認のために、4月に決定するまで5回ほど大分に行ったり来たりしながら支援してくれると思われる組織の代表に会って相談して、その結果決めたということです。記者発表が4月26日でしたので、公示の6月24日から考えると2ヶ月なかったのです。4月23日に転入届を出して大分に住所を変わりましたが、もうこの時点で自分自身の投票権は無いのです。公示の前3ヶ月以前に住所がないと駄目なんですね。ですから私の票もないし、もちろん家内も娘も二十歳を過ぎてますけど、まあ一家3票ないという状況でありました。

私は選挙期間を通じて自分自身、4段階に考えて行動を取りました。

第1段階というのは、自分が大分を離れて29年目になるわけですが、大分を離れた後どのように働いてきたかということを県下に説いてまいりました。県下と申しますと、例えば衆議院でいいますと、大分県は1区、2区、3区に分かれておりまして、大分2区だけで佐賀県より広いのです。皆さんご存じだと思いますが、湯布院とかですね、あるいは日田、耶馬溪、日本のチベットと言われるような所から、三陸海岸に匹敵するようなギザギザの海岸線、豊後水道という所に面しているのですが、走行距離は相当なものになります。いきなり私が23年目の外科医でありながら政治的な話をしても誰も信用してくれないだろうと思ひまして、まず第1段階としては私がどのようなことをしてきたか、そして今回何故決断したのか。“医療・福祉の面から国民の元気を取り戻したい”“国民に安心を与える社会保障制度を作らなければならない” 来年、介護保険の見直し、再来年、医療保険の見直しです。そして今年は年金問題がございました。社会保障全体がここ数年で今後10年以降の枠組みが決まってしまう。今その分野で働いてきた人間が立ち上がらないと、これから先はもっと安心のない閉塞感に包まれたものになっ

てしまう、という思いがございました。今の政治の問題点はなんといっても腐敗した権力と官僚政治です。これを、両者とも解決するためにはやはり政権交代しかない。私を知っている小中学校の時の友達なんかは、「足立君は保守でしょ」という思いを持っていたみたいですけれども、私もまた医師会に属している医師でありますし、自民党からという話も途中でありましたが、やはりこの6年間という任期のなかで、僕は一度は政権交代があるんじゃないかと思ひて、その時に医療の分野で活躍出来る人間がいなければいけないと、そういう思いがありました。そして先ほどちらっと触れましたが、昨年の衆議院選から、大分では非常に保守の強い基盤ではありますが、村山元総理もいましたように新しいものに飛びつくところがあります。フランススコザビエルとか、あるいはセントアルメイダ。日本で初めて外科手術をやったのは大分です。ですから、そこへ素人の人間でも皆が手弁当で集まって選挙運動をしてその人を国政に出そうという動きが昨年くらいから出てきました。その流れをここで途絶えさせるわけにはいかないということをお自身としては考えましたし、私の同級生もその為に僕に出馬要請をしたのだ、というふうに言っておりました。そしてこれが4月26日の出馬表明記者発表です（図1）。1時間たっぷり自分の考えを話しまして、大学や病院で見えております記者発表はいつも頭を下げてばかりなのですが、ここは1時間自分の思いを話しましたし、質問が30分ありました。私は、その一週間前に自民党の私の実質上の敵となる74



図1

歳の方ですけれども、5人ほど従えて本人はほとんど喋らない、自民党の現職の国会議員の方がほとんど話をして本人は黙っている。スタッフがそれを見まして、私は大勢のマスコミの前に出るのは初めてでしたがひとりで全部やらされました。そして、これから先のことは殆んど茨城あるいはつくばの方には内緒で進めていたのですが、5月18日に民主党の“大躍進パーティ”というのがございまして東京に出てまいりました。その時どういいうわけか岡田代表の真横の席が私に与えられておりまして、これが新聞でもテレビでも全国に流れてしましまして、そこから茨城の方からいろいろ質問がきました。その前に4月26日に記者発表したわけですけれども、4月29日、三日後に5000人の前でメーデーの時に挨拶を20分間しなければならぬと。いきなりじゃとても出来ないだろうということで、その一日前に大分駅の駅前で街頭演説。こういうの全部初めてです。それをやって少しは・・度胸がつく訳はないですけれども、いきなりこういう経過できました。で、民主党の“大躍進パーティ”がありまして、その後、大分は先ほど村山元総理のお話をしましたが社民党がまだ依然として強い勢力がございまして、それから組合組織の連合、民主党、三つでひとりの候補を推そうという取り決めがございまして。ただし今までは分裂をしてひとりの候補を推すことが出来ませんでした。私の場合は、先ほど4月のうちに組織の代表と会って話をしたと言いましたが、この方々と会って本当に応援してくれるかどうかを確認したわけです。その総決起集会がございました。5月22日、昨年からは始まっているという市民が手弁当で候補者を応援するというボランティアの集会を開いた時です。

第2段階です。参議院選候補者としてどのような政治家が必要か、参議院とはどういう役割があるのかということをはなしていきました。私は日本の政治はですね、衆議院が優位で、しかもそれがいつ解散するのか分からない、任期も短い、それで官僚政治に勝てるわけがない、という思いがありました。しっかり任期が決まっています、長い期間があつて、だからこそ長期の展望が開けるので

はないかと。ですから、ある分野の専門家であることが非常に大事だと。そして私が今までやってきた仕事柄、シンプルにキャッチフレーズを作るとすれば、それは“ひとりひとりと向き合った政治”であつて“命を大切に政治”です。私は、“国民に安心を 医療に信頼を”という言葉で選挙期間をずっと通しました。これは、老人ホームに行つてほとんど聞いて下さらないご老人を前にいろいろ話をしているところです(図2)。

さて、第3段階。これからは選挙期間ということになるわけですが、6月24日の公示でした。やはり出るからには負けてはいけないということで、私はこれからは戦いのモードに入っていました。ただし人を中傷することはしない。相手をけなすことはしない。自分はこう考えるんだと、今やらなければいけないんだということを戦いのモードで話していきました。これが出陣式です(図3)。6月24日です。右から、社民党の前衆議院議員



図2



図3

横光克彦さん、民主党の大分県連代表、私の選対本部長です。私は、選挙期間はボロシャツに綿パン、それからスニーカーということで全部通しました。これは大分駅前。この時は600人くらいいたかと思います。実はこの時に、今年から期日前投票という事になっていまして、公示があった時点からすでに投票日だという認識が私にはありました。ですから、この最初の日からもう結果を求められると思ひまして相当気合を入れて話しました。選挙民の方というのは、この前に政治活動の期間というのがほぼ2ヶ月弱あったわけですが、その時いろいろお話しても本当の一般の市民の方、県民の方というのは聞く耳はあまり持ってくれません。ところが、公示されて、新聞、テレビにいろいろな方の名前が出た途端、興味を示してきます。そしてこの出陣式の映像がその日の12時のニュースで、4名の候補者がいたわけですが全部流れました。そこで私も相当気合入れておりましたので、身震いしたというふうに言われました。他の方々は、参議院というのは私もそうでしたがどちらかというあまり戦いという雰囲気ではなくて、いつの間にか始まりいつの間にか終わっているという。

ところが、私には衆議院と参議院との選挙の違いも認識はありませんし、もうこの時点から投票は始まっているという思いで全力でやりました。そのお昼のニュースを見てから県下へ一気に名前が広がっていったと思います。とは言いながらもですね、大分県は非常に広くてすべて回って行くわけにはいきませんし、例えば党から大物の政治家の方が応援に来てくれても自分がそこへ帯同出来ないこともあるんですね。例えば、小沢さんも二度、藤井さんも二度、もちろん羽田さん、菅さん、岡田代表も二度、皆さんに来ていただきました。若手の衆議員、今日、予算委員会で小泉さんを追い詰めておりました原口さんとか、仙石さん、皆さんに来てもらいました。小沢さんがいらした時は、一度はご一緒出来たのですが一度はまったく別の方向で僕は話しておりましたので。妻は高校の同級生ですけど、妻も小沢さんの後に演説をしなければいけないという、事態が生じるんで

すね、やはり。まあ、私の妻は小学校の先生をしておりましたし、二の宮地区で母親クラブという会で絵本の読み聞かせを小学生、幼稚園児を相手にもう15年以上やっております、人前で話すのはそれほど抵抗がなかったというふうにしております。岡田さんが二度目に来た時の1万人集会は、同じ日に対立候補の方も最後の集会ということで、最後というかも一回盛り上げる為の集会なのですが、確か千人とかいう話でした。もうこの頃はかなり黒くなっています。私は何といっても無名の存在ですので選挙カーの中では常に身体は出しっぱなしです。出来るだけ遠くの方からも見えるようにとやっておりましたので本当に焼けました。しかも台風も来まして、二度ですかね。どしゃ降りの中でも出してますし、でもその雨が上がると出しっぱなしですから自然に乾いてしまう。夜は夜でまた、昼間はそういったように朝8時から、実は7時半からなんですけど。8時からマイクを使って良いんですけど。7時半から交通量の多い交差点なんか立ってマイクは使えませんが挨拶するんですね。それで顔を売っていく。8時から19時までずっと選挙カーで動き回っていて、そしてその後集会を二ヶ所くらいでやるんです。昼間はとにかく身体を使って動き回って、夜はでも冷静に自分の考え、今何が必要なかを話していく。その昼間は動き回って夜は冷静にとこの姿勢を私は崩しませんでした。私のモットーとしては“常に85%で働く”“力を入れなければいけない時は95%まで出す、でも5%は必ず残しておく”もうひとがんばりが必要な時に出せない、という思いで。「もう少し頑張ったら」という意見もございましたけれども。やはりそれでは毎日毎日夜は冷静に講演をやることは出来ないんですね。精一杯肉体も使ったつもりではありますが体重としては2kgくらいしか減りませんでした。17日間の選挙活動です。その後の「頑張ろう！」という・・・僕も、嫌で嫌で仕方ないのですがやらなければいけない・・・これが1万人集会でした(本当は8000人です)。そして最後の一週間です。選挙は最後の一週間、特に最後の三日間で何が起きるか分からないとよくいわれます。それはやは

り危ないという評判がたつとどんなことでもやってくるという、現に最後の3日間で一気に逆転したことは何度もありますし、その時にお金がばら撒かれる。私の場合は、6月24日の公示の直前はまだまだ無名の存在で大分県下には名は全然知られていないといわれておりましたが、6月24日のその出陣式の放送から一週間後には既に4人の候補のなかで頭一步出ると報道がありました。そのことについて私の選挙対策本部としてはですね、これは自民党が流したことだろう、安心をさせておいて一気に巻き返そうという作戦だろうということで、私としては残り一週間でもう一押ししなければやはり勝てないという判断がありました。これが第4段階です。大分県にとって医師という仕事は、非常にまだこちらに比べますと地位も名誉もあり収入もあり生甲斐もあり羨ましがられる仕事です。その人間が何故政治に出て行くんだ、という思いが県民の方には非常に強かったと思います。そこで「私は決して方向転換するのではない」よく“小医は病を治し中医は人を治し大医は国をも治す”といえますけれど、「私は自分の今まで生きてきた過程をそのまま延長していくと、これはシステムの方から変えていかなければいけないのだ」と。「だから道を変えたように見えるけれどもそれは方向が少し変わっただけであって、私は皆さんよりも先に一步前へ出る勇気を示しました。皆さんも今の政治に対しては非常に不満を持っている、でもその不満が行動に表れない、ここは一步前へ出て一緒に将来へ向けて頑張っていくきましょう」ということを訴えました。そしてこれが投票日です。なんと午後8時6分に当確が出ました。NHKが一番先だったのですが、先ほど公示の後一週間でもう、一步リードという話がありましたけれども、NHKは対面調査といって一人一人会って調査をしたそうです。そうすると新聞各紙が報道したようには差はないけれどもやはりリードはしている。当日の出口調査で、ほとんど2対1の割合で勝っているということで、NHKとしてはいつも先に出すことはいらないのですが。実は8時6分というのはまだ大分県下には11の市部があるんですけど、市部の開票が始まる

前です。郡部の方は圧倒的に自民党が有利だということだったんですが、郡部の開票が7時から始まっておりまして、その郡部の時点でほとんど拮抗しているということでもう8時6分の時点で当確を出したそうです。NHKはクローズアップ現代が7月13日に私を取り上げてくれたのですが、その話は前々からありまして一週間ほど私に張り付いておりました。そして、老練な自民党の現職に対して民主党の若手がどのような戦いを挑むかというテーマで、大分と山形、二つですね、15分ずつ。NHKのシナリオとしては、大分は激戦のすえ頑張って新人が勝った。山形は激戦のすえやはり現職の自民党が勝ったとういうシナリオだったらしいんです。ところが、この8時6分という、圧勝してしまいましたので15分間の放送予定が3分半に削られてしまいました。…NHKの方からお詫びの手紙と電話が入りました。これが初登院、7月30日です。実は今日も私バッチ付けておりますが、その物はその一週間前に事務手続きで行って貰います。其処で「お付けしましょうか」と女性の方が尋ねてくれます。私はもう其処で付けましたし。初登院の日によく映像でバッチを付けて貰うところが出ますけれど、あれは嘘です。これが議事堂の正面(図4)。地元の「大分合同新聞」の記者が撮ったんですが、「ガッツポーズしてくれ」って言うからやったんですが、私としてはですね、3月から4月にかけて自分が決断したことの方がよほど大きな事で。当選の実感も初登院の感想、実感もちろん大きなものはありますが、

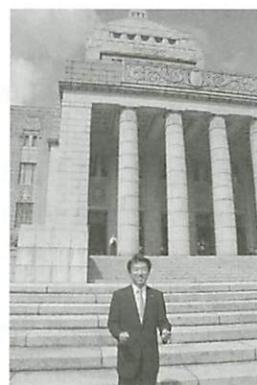


図4



図 5

私にとっては3月、4月の決断の方がはるかに大きなもので、これは一連の流れと私は捉えております。これは参議院議員会館の自分の部屋です(図5)。この辺にドアがありまして中に入りますと、私には政策秘書と公設秘書という二人おまして、この女性は短期間だけ。国会の内部とかわかりませんので接待を中心にやっていただいています。この向うに私の部屋がありまして応接セットがあります。北側に向かって大きな窓があります。私の部屋から真正面、此処にちらっと見えているビル、自由民主党の本部です。でかい自由民主党の看板を毎日見ながら悩んでいるところです。さて、これからちょっと真面目な話にしますが(図6)、今現在、衆議院480 小選挙区・比例 参議院242 選挙区・比例 ここちょっと一名増えたのですが。民主党は、参議院でいいますと自民114民主83公明25 今回の選挙がこうです。49 52 ひとり増えました。11です。ですから、

参議院				
衆議院	480(300,180)	自民 249	民主 178	公明 34
参議院	242(146, 96)	114	83	25
		(49)	(51)	(11)
・本会議				
月、水、金 議席162				
・委員会				
常任委員会:内閣、総務、法務、外交防衛、財政金融、文教科学、農林水産、厚生労働(火、木)、経済産業、国土交通、環境				
特別委員会:災害対策				
小委員会、審査会、公聴会				
・調査会:経済・産業・雇用				
・憲法調査会				
・政治倫理審査会				

図 6

比例全体の票としては勝ちましたが議席ではまだ全然及びません。60対52です。本会議というのが、原則 月・水・金です。月曜日はよく無くなることがあります。私の議席は162 本会議はもう何度も出ましたがこれから何かをやりますよ、あるいはもう既にこう決まりましたという確認だけであって出ていてもつまらないんです。実際は何処でやられているかという委員会です。常任委員会というのが11ありまして部門に分かれています。私は希望どおり厚生労働委員になりました。明日も朝8時からございます。それと、特別委員会というのが国会ごとに今こういう委員会が必要であろうと話し合いの下に作られる委員会です。私は災害対策特別委員会。調査会というのは、それぞれの常任委員会、この枠の中だけでは収まらないような内容、横断的な内容を検討する為の調査会がありまして、私は経済・産業・雇用に関する調査会というものに入っております。参議院の本会議場は、此処に議長がおりまして演壇があります。242人ですけれども元々が貴族院ですから500名くらい議席がございまして。前の方と脇の方は元々空席です。よく本会議の中継で、本会議なのに欠席が非常に多いという批判があるんですが元々半分は空席です。中央の方にごちゃっと集まっております。私は正面ちょっと左側の前から二番目です(図6)。年齢順ですから。当選回数若い順しかも年齢的に若い順です。さて、民主党としてはですね、もちろん政権を取ればマニフェストどおりと言いますか政策をそのまま実行すればいいわけですけれども、じゃ野党としてどのようなことが出来るのか。民主党としてはネクストキャビネット(次の内閣)というものを作っておりまして、そこで閣議を行っております。そしてネクスト大臣というのが先ほど言いました常任委員会11すべてに大臣がおります。その常任委員会ごとに大臣が主催して部門会議というものがあります。勿論私は厚生労働部門会議というものに出ます。そして複数の部門に跨る場合、比較的長い2、3年以上掛かるようなものは調査会といいます。経済・産業・雇用調査会。それから、2年くらいを目途に終了してしまう多部門に跨るものはproject

team といいます。これは、私は医療問題 project team で、部門会議の中にそれぞれテーマを絞って検討する working team というのがあって、私は、介護保険 working team 障害者政策 working team というものに入っております。内閣に対する質問状を出したりあるいは議員立法と。内閣が提出する法案は閣法といって、与野党が提出する法案を議員立法といいます。岡田代表が再選された9月13日の党大会では、衆参両院の国会議員、それから全国の都道府県の県連代表が集まったところで、民主党の新人議員28名いるのですが、私の得票率が最も高かったので、だと思っております、新人を代表して挨拶をしました。

さて、これから先は今話題のことに触れさせていただきたいと思います。私の知る範囲で。まず、年金制度がいろいろございましたけれども取り敢えずは通過してしまいました。今後のまず人口確認ですけど。2007年から人口は減り始めます。高齢者人口は2015年までは一気に増えてほしいプラトリーに達して2025年がピークだと言われていきます(図7)。65歳以上が28.7%。そして、日本人の平均年齢が2036年に50歳になります。今が42歳です。で、どのように変わったか。これはもうご存知のとおりだと思いますが、この10月から保険料が上がりました。それからマクロ経済スライド調整というのがスタートしまして、保険と給付の関係で、物価あるいは現役世代の賃金に応じて国民年金の保険料も上がりますけれども給付も上がるという今までのシステムだったのですが、元々それに対して給付は保険料が上がったほどには上げないよ、というシステムです。必ずそこには差額が生じて、保険料よりも給付は増えていかないというシステムが、この10月からスタートしました(図7)。そして来年4月から国民年金保険料が毎年上がっていきます。但し、悪いことばかりじゃないという言い訳のために、在職していて老齢年金を貰っている人は今まで2割の支給カットだったんですけど、それは支給カットはなくなります。それから育児休業中の保険料免除は1年から3年に延長になりました。20歳代の就業困難者に保険料の納付を猶予するというシステム

改正年金制度					
65歳以上の総人口に占める割合					
	2000年	2010年	2020年	2025年	2036年
総人口	12693	12473	12411	12114	
65歳以上	17.4	23.0	27.8	28.7	
平均年齢	41.4			48.3	50.0
厚生年金			国民年金		
2004年10月	保険料13.8%から毎年0.354%アップ マクロ経済スライド調整率(0.9%)				
2005年4月	在職老齢年金制度2割の支給停止を廃止		13300から毎年280円アップ		
	育児休業中保険料免除を3年に延長		20歳代の就業困難者に納付猶予		
2006年4月	勤務時間短縮でも従前の保険料納付とみなす				
	障害者が就労した場合、障害基礎年金と老齢厚生年金の併給を認める				
2007年4月	離婚時の年金分割の実施				

図7

を来年の4月からやります。再来年の4月は障害者が仕事に就いた場合、障害基礎年金と厚生年金の両方を給付するという事に変わります。それから、2007年4月から離婚した場合は夫婦の今までの年金額を二分の一ずつ分けるというふうになります。ただ、ここは先ほどもちらっと言いましたが、保険料の上がり方はこのようになっておりますけれども物価それから賃金に応じて増えていきます。ですから20年後には13000円が2万円を越えるようになってます。このままの計算でいけば、25年後には3万円を越えるようになってます(図7)。もうひとつの話題、郵政民営化ですけども(図8)。これはですね、皆さんいろいろご意見を持たれていると思いますが、僕が考える目的は、今、郵貯・簡保で350兆円あるわけですね。それを、今は国債や財投債に使われている訳ですけどもそれを民間市場に流す、これが一番の目的。それから国家公務員の数を少なくする。そして会社になったら納税義務が生じますから税金を増やす、これが目的なんですけれども、今まで誰も手を付けられなかったんです。それは何故か。自民党には全国25000ある郵便局のうち19000が特定郵便局。この特定郵便局は、申請をして簡単な試験だけ通れば誰でも郵便局長になれて、自分がつくってですよ、土地を与えて、申請すれば局長になる。しかも世襲制です。それが国家公務員として認められている。これが19000ある。これの集票能力というものは莫大なものがある。かたや民主党としては、JPUという労働組合がバックに

郵政民営化	
目的:	350兆円を官から民へ、国家公務員の削減、納税の増加
評価すべき点:	分社化したこと 郵貯・簡保の完全民営化(政府保証の廃止);移行期は銀行法・保険業法の特例法を時限立法一いずれば郵貯の縮小・簡保の廃止(?) 職員を非国家公務員とする
問題点:	ユニバーサルサービスは可能か 政府保証は無くせるか 信書便法は変わらない(認可は総務大臣が行う) 融資経験のない郵貯をどうやって普通銀行化するか 大量の国債・財投債
自民党	特定郵便局: 25000のうち19000、郵便局長は国家公務員(希望で世襲)
民主党	全通・全郵政
今後の展開	法案作成段階で妥協、国会で対立、政府対自民 さらに民主対政府または民主対自民

図 8

付いておまして。郵政民営化をやるということは自民党にとっても民主党にとっても票を失うということなので誰も手を付けられなかったのです。小泉さんが、改革の本丸だ、本丸だと言ってる、やっとなんか意味が解かっていたのですが、それは戦いの中心だという意味であって改革の本質ではないと思います。本丸というのは確かにそういう意味かもしれませんが。誰も手を付けられなかったところを手を付けた、そして評価すべきところは分社化したことと、郵貯・簡保を将来完全民営化するというところ。そして職員を非国家公務員とする、というところは評価すべきところだと思います。問題点としては、皆さんもご存知のようにユニバーサルサービスは本当に可能なのかどうか、クロネコヤマトは可能だと言ってます。ただ、ここに信書便法は変わらないと書きましたが、小包は全国一律のユニバーサルサービスが出来てますが、郵便に関しては郵政公社の責任者である総務大臣が許可しないと出来ない。例えばクロネコヤマトさんが非常に安く出来るというふうにやった場合でも大臣が許可しないと出来ない、つまり相手側に権限があるのにとっても参入出来ないということで、クロネコヤマトさんも、この法律が変わらない限り参入出来ないというふうに言ってます。政府保証は本当に無くせるのか、政府保証を無くすということは、経営が赤字になった時に最後に税金を注ぎ込まないということです。今の方針としてはそうになっていますが本当にそんなことが出来るのかという問題です。私は、今後この12月まで

に国会で政府と自民党が対決します。その段階で曲げられた法案が出てくれば、民主党は曲げられた法案に対して文句を言わなければいけませんし、自民党と政府が戦っている時に民主党が、政府の側に付くのか自民党に付くのか。これによって、場合によっては解散ということがあります。この点が12月から1、2月にかけて注目のところだと思っています。そして、国連安保理への常任理事国の問題がありましたけれども、日本政府は国連軍への参加の義務は常任理事国には無いのだと、そのようにいっております(図9)。確かに国連憲章では国連軍への参加は義務付けられてはおりません。ただ常任理事国は軍事参謀委員会へ参加しなければいけません。こういう義務があります。ところが、国連軍というのは今まで国連創設以来一度もありません。そして、今は国連あるいは各国の有識者は、軍事参謀委員会に参加して自国の軍が参加しない平和維持活動で他国の軍へ指示するのは出来ないのではないか、今は国連軍ではなくて平和維持活動のためのPKOです、ですから、国連軍というものではなくてこちらの軍隊活動をしなければいけない立場にあるのに、政府としては国連軍への参加の義務はないだろうと言いながらなろうとしているのです。この点が誤魔化しといえれば誤魔化し、巧く摩り替えているのだと思います。これは北朝鮮への経済制裁がいわれておりますけれども(図10)。これも一般常識のために書いておきましたが、経済制裁、どんな方法を考えているかと。改正外為法、閣議で決定します。どういう方法があるかといいますが、財

国連安保理の常任理事国 (義務(責務)について)	
日本政府の見解: 国連軍(PKO部隊)への参加は義務付けられていない	
1. 国連憲章により求められる義務(責務)	
1) 42条の国連軍への参加	常任理事国に参加は義務付けられていない
2) 47条の軍事参謀委員会への参加	常任理事国は参加するが軍への参加の義務はない
国連・各国要人・有識者: 軍事参謀委員会に参加して、自国の軍が参加しない平和維持活動で他国の軍へ指示するのは理解しがたい	
平和維持活動に軍事的貢献をすることは必要であるが、政府は国連軍への参加義務はないと説明している	

図 9

経済制裁について

改正外為法

1. 発動の時期
閣議決定: わが国の平和および安全の維持に特に必要がある
2. 内容
① 財務相が送金を許可しない
② 経済相が輸出入を承認しない
3. 影響
① 銀行からの送金4億、持ち出し36億(届出分)
第3国経由は規制できない
日本人妻への送金ができない
② 輸出106億、中小企業の工業製品、輸入201億: カニなど

特定船舶入港禁止特措法

1. 同上
2. すべての船舶の場合と一部の船舶の場合がある
3. 上記に加え、人員の交流ができない(万景峰号で年間1500人)
日本企業に対する債務1300億が返済されない可能性

図10

務省が北朝鮮への送金を許可しない。経産省が輸出入を許可しない、承認しない。今銀行からの送金が4億、持ち出しが36億、合計40億。但しこれは届出をした場合です。届けていない人はいっぱいあります。ところがこれを規制しても第三国経由ではその規制は及ばないという問題がありますし、日本人妻への送金が出来なくなる。拉致被害者あるいは特定失踪者の数、それから日本人妻の数を考えるとですね、こちらの弊害が相当大きい可能性がある。輸出入を承認しない場合は、輸出が今日本から北朝鮮へ106億、これがほとんど中小企業の工業製品です。この中小企業の方達に与える影響が非常に大きい。それから輸入がカニなどを中心に今201億あります。これも出来なくなってしまう。もうひとつの方法、万景峰号ですか、これの船舶の入港禁止という措置があります。この弊害として人員の交流が出来ない、日本企業に対する債務が1300億ありますが禁止することによってこれが返済されない可能性がある。こういうマイナスの面もあるということをおいてもらいたいと思います。さて、やっと本題に入って時間がないんですけども、これが平均在院日数と一病床あたりの職員数です(図11)。ここからやっと医療と介護の問題になるのですが、今2002年で現在一病床あたりの職員数は0.997、平均在院日数29.2で、ここです日本は。アメリカ、イギリス、フランス、一ベッドあたりの職員数は極端に低いです。百床あたりの医師数の国際比較です。日本は10.6です、2002年。アメリカは65、

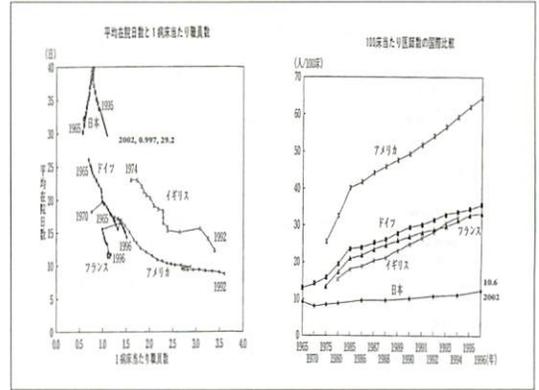


図11

こういう数字です。これに対して、入院期間の短縮で医師の数は増えない、職員の数が増えないのに患者の回転だけをどんどん急ぐ事態はやはりリスク以外の何ものでもない。それから過重な負担を強いている。この現状を訴えるのはやはり現場の人間しかないと私は思います。これは、学生が今日いると思ったのであえて出しました。今どんなシステムになっているか(図12)。これは社会保険を例に出していますが、患者さんと企業が折半で保険料を払う。政府がそれに対して13%の補助をする。そして医療機関はレセプトで保険者へ請求する。そして査定を含めて審査の結果支払われる。50%と書いてあるのは国民健康保険。これは非保険者と政府が五分五分を払う、そういう意味です。それでみた場合に財源別国民医療費構成割合の年次推移です(図13)。被保険者、国庫、

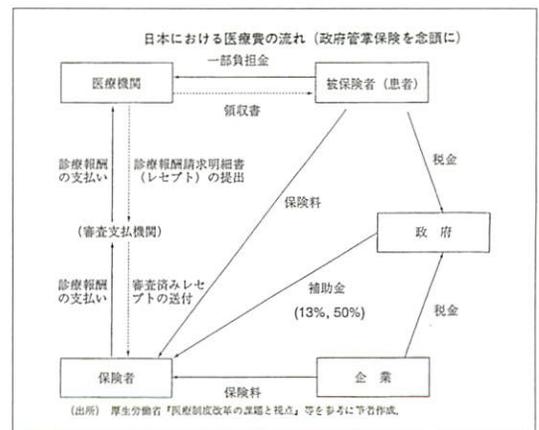


図12

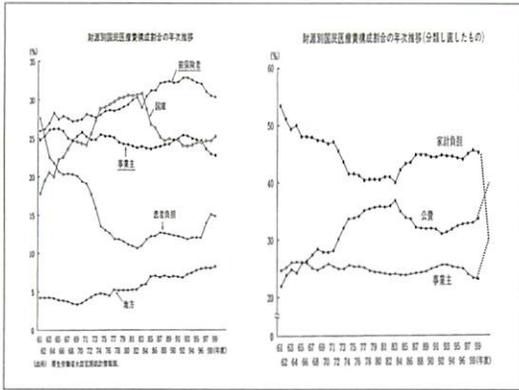


図13

事業主、患者負担、地方とあります。これを全部整理して家計と公費と事業主というふうに分けますと、今家計が46%、公費が32%くらいだったと思います。で、事業主が22%くらいだったと思います。これは欧米に比較しても明らかに事業主の負担が非常に低い。特に大企業の負担が低い。ここ点線で書きましたのは各国の情勢と併せながら、理想的には公費を増やすだけ増やせば良いという考えは私も持ちませんがまだ足りない。公費4割、家計3割、事業主3割。その線を目標にすべきだと私自身は思っております。14年度、もう2年前になりますが診療報酬改訂があって、実はこれだけ高齢社会で医療が進歩してきて国民医療費が増えて当たり前だという認識をほとんどの方が持つておられると思いますが、実は13、14年度で初めて医療費が下がりました(図14)。その内訳を見ると明らかに外来診療が減っております。これは

患者さんの自己負担が増えたことによる診療控え、受診控え、これが原因だと思われます。もちろん院外薬局へ回したという部分もございますけれども。薬局調剤医療費が増えております。でもこれを個々の数値をみますと、やはり診療を手控えたということが医療費抑制に繋がっているのです。これは厚生省の連中に聞きますとやりすぎたということをおっしゃっております。ちょっと、端折って急ぐことになってますが、これからどういうことを政府は考えているかということ(図15)。65歳以上の被扶養者からも貰う。75歳以上は高齢者医療制度を新しく作る。65歳以上の高齢者からの徴収は年金から天引きする。そして特定療養費制度を広げる。入院患者の居住費、食費を自費扱いにする。高齢者の74歳以下は2割の自己負担に上げる。報酬体系の見直しとしては包括支払制度を拡大する。そして医療従事者の研修義務化と更新制度を導入する。混合診療経営者としての、要するに株式会社の参入です。それを政府の方針として出しています。私は、今ある患者の不満をまず解決するためにはやはり情報公開しかない、それと医療事故等の即時解決のために第三者機関を設ける(図16)。簡単に相談出来なければやはりいけないと思っております。それから医療者の不満。今は診療報酬点数表が経営指針になっている。医師の裁量というものが生かされないでいると思います。医師、看護師の数はやはり増やさなければいけない。医師によって違う、あるいは病院によって違うということをドクターフィーにするのかホスピ

	13年度	14年度	対前年度増減率
国民医療費(億)	313234	311240	-0.6
入院医療費	115585(36.9)	115149(37.0)	-0.4
入院外医療費	128548(41.0)	123963(39.8)	-3.6
病院	54237(17.3)	51951(16.7)	-4.2
診療所	74311(23.7)	72012(23.1)	-3.1
歯科診療医療費	26047(8.3)	25882(8.3)	-0.6
薬局調剤医療費	32703(10.4)	36042(11.6)	10.2
入院時食事医療費	10012(3.2)	9846(3.2)	-1.7
訪問看護医療費	339(0)	357(0.1)	5.4

図14

1. 対象と保険料
65歳以上の被扶養者からも徴収
75歳以上は高齢者医療制度を創設
2. 保険料徴収方式
65歳以上の高齢者からの徴収は公的年金からの天引きを検討
3. 給付の範囲と質
特定療養費制度の拡大(セカンドオピニオン紹介、医師指名料)
居住費・食費を給付から除外することの検討
一定金額までは全額自己負担とする保険免責制度
高齢者2割自己負担
4. 報酬体系の見直し
予防給付を認める
包括支払い制度の拡大
5. 医療従事者の研修義務化と資格更新制を検討
6. 混合診療・経営者としての企業参入

図15

提言

1. 患者の不満
専門科・診療成績の公開
医療事故紛争の即時解決のための第三者機関
資格の更新制度
2. 医療者の不満
診療報酬点数表が経営指針になっている
医師・看護師の増員(海外の医療従事者の受け入れも可能に)
ドクターフィーかホスピタルフィーか
心の医療、癒しの医療、説明する医療に評価を
病床数に応じた医師数や看護師数の規制をなくす
3. 保険者の不満
診療報酬点数表が経営指針になっている、無駄が多い
高齢者の医療費が多い → 包括払い
保険適用外の治療・薬・器具・検査・予防を認める
4. 医療関連産業の発展、創薬・材料の開発 → 新たな雇用の創出

図16

タルフィーにするのか。私は、ドクターフィーにするという考え方は資格を持った高齢な医師が多いほど良いというふうになってしまいますから、やはり病院としての評価で、病院としてそこに報酬あるいは補助金、手当がいくべきだとそのように思っております。今足りないのは心の医療、癒しの医療、説明する医療、このようなものがどのように点数に反映されているのか解かりません。ここの部分を重視すべきだと思います。医師数や看護師数の規制を無くす。お金を払っているほうは何が不満なのか。高齢者が邪魔者扱いされております。高齢者への医療費がどうしても多い。若者が払って高齢者が恩恵を受けているという思いが強い。やはり包括払いの方向に持っていかなければいけない。そして保険適用外の治療や検査、予防医療を認めてほしいというのが保険者の実感です。そして私は医療関連産業、創薬をはじめ材料の開発は日本にはその力はある。ここに新たな雇用250万人生まれるとの計算もございます。是非そのような方向でやっていくべきだと私は今訴えているところです。とはいいいながらも、一般的な政治活動もしなければいけないので。これは諫早湾の工事干拓が差し止めになった佐賀地裁の判決が出た日の農林水産省の前です(図17)。私は長期の開門をしなければやはり本当のところの因果関係が解からないということで、工事差し止めには賛成です。これは熊本県にある五木の子守唄で有名な五木村が川辺川ダムというものを造る計画が昭和38年からありまして五木村の村長ですけ



図17

れど、今日本で一番有名な村がもう水没してしまいます、このままいくと(図18)。今本当の五木村に住んでいる人はひとりしかおりません。1000戸のうち500戸は引っ越してしまいました。利水、治水、発電というダムの目的はどれも必要無いという計算になっております。・・・介護保険はこれから検討して来年からの通常国会で見直しをします(図19)。私もいろいろ検討して、実はつくばを中心に社会学系の先生、それから第三学群医療システムの専門家の先生、そして現場の介護施設、病院の院長、そのような人達と勉強会を作りました。そこで正しい制度をつくっていきたいということを実はすべて述べようと思ったのですがあまりに時間がないので最後に。やりたいことは介護を必要としているすべての方にそれが出来るように、今は申請しない人やサービスを利用しない人あるいは介護保険料を払っていない人は受けられ



図18

ません、介護の対象でありながら、この人達をなくしていききたい(図20~22)。

そして、あ、これは台風の視察に行ったところです。(図23) 考えていることは医療・介護・福

介護保険制度の概要

- ・加齢によって身体上または精神上の障害があるために要介護状態(5段階)・要支援と認定された者が給付の対象
- ・被保険者：第1号：65歳以上、第2号：40歳以上65歳未満の医療保険加入者
ただし、第2号は老化に起因する疾病を原因とする障害や難病などに限定
- ・財政：保険料(第1号：17%、第2号：33%)と公費(国25%、県12.5%、市町村12.5%)の半々
2003年度5.4兆円→2025年度には20兆円
- ・保険料：第1号：年金から天引き、足りない場合は自ら納付、
第2号：医療保険料に上乗せ→2003年度平均3293円
- ・支給限度額の中でケアマネジャーが介護のプランを作成する
要支援：61500円、要介護1：165800円→要介護5：358300円
- ・保険給付内容：給付量が増加すれば負担も増加していくことになる
介護給付9種類、予防給付7種類、市町村特別給付(悪化の防止、予防)
給付費は3倍の差がある→保険料の地域間格差が広がる
1割は自己負担

図19

現状と将来展望

1. 施行状況
営利法人の事業者数：3年間で2倍以上
ケアマネジャー：約30万人
在宅サービス利用者は200万人以上
介護費用の急速な増大
介護報酬：在宅(+2.3%)、施設(-4.0%)
2. 将来展望
高齢化率：2015年まで30%増、2025年3500万人
高齢者の独居世帯570万、高齢者夫婦のみ世帯610万
(ともに倍増)
都市の高齢化
高齢者の多くが厚生年金受給者：地域とのかかわりが希薄
痴呆性高齢者(150万から250万人へ)
要介護者割合は前期が4%、後期が26%(2025年に2000万人)

図20

負担と給付(政府案)

- ・負担のあり方の見直し
 1. 遺族年金や障害年金も老齢年金と同様特別徴収にする
 2. 被保険者・給付受給者の年齢(参考)
身体障害者350万人中210万人が65歳以上
身体障害者・知的障害者に対して支援費制度(全額公費)
精神障害者は支援費制度の対象にもなっていない
高次脳障害や難病に伴う身体等の障害、成人期以降に発生した知能の障害を有するものについては障害者と認められない
- ・給付の見直し
 1. 訪問介護の家事代行を見直す、施設介護の居住費用や食費
 2. 介護保険制度、障害者福祉制度に共通するサービスは介護保険制度から給付
 3. 要支援・要介護1を対象に介護予防システム
- ・制度運営の見直し
保険者機能の強化：予防の普及・啓発や情報提供
事業者への立ち入り権限
市町村長が事業者の指定
- ・事業計画の見直し
介護保険事業計画に一元化(介護保険法、老人福祉法、老人保健法)

図21

介護保険制度の今後のあり方

短期的な課題

- ・要介護認定の方法→在宅の痴呆者に対する低い認定、統計ソフトの開発
障害老人の自立度判定基準を基本に痴呆度判定と医療処置を加算してはどうか
- ・ケアマネジメントのあり方→独立性がない、プラン作成の標準がない
- ・利用者負担のあり方→43%が介護保険を知らない、未納者、20歳以上も検討
- ・介護施設への民間参入→情報公開の不足、第3者機関による評価
- ・介護サービスメニューの拡大化・介護予防・リハビリテーションの充実
- ・ケアマネジャーと市町村保健師の役割が不明確

中長期的課題

- ・介護制度対象の範囲の拡大→介護を必要とする全ての人が対象
- ・介護保険と医療保険との関係→介護保険優先を改める
- ・介護基盤整備の促進

図22



図23

祉・年金、私は30年たぶん生きていないと思いますが、その間は少なくとも安心出来る社会保障制度をつくりたい。そして、産・学・官の連携でそれは新しい産業を目指すチャンスかもしれないけれど、これから産・学・官・政、政策の部分でもやっつけていかなければそれが日本中に広がっていかない、そういう思いで今回決断したわけです。(図24~28) まだまだ難問は多くて、しかも敵も多いし自分が乗り越えなければいけないハードルはいっぱいあると思いますが、皆様方のご支援を後ろ盾にですね、また、つくばから正しいものをつくっていききたいし、大学という高等教育のあり方もつくばから示せていければとそう思うしております。産・学・官・政へ向けて頑張りたいと思います。どうもありがとうございます。

国民医療費の状況(1)

	13年度	14年度	対前年度増減率
国民医療費(億)	313234	311240	-0.6
国民一人当たり(万)	24.6	24.4	-0.8
国民所得(億)	3677301	3628499	-1.3
財源別国民医療費	313234	311240	-0.6
公費	101376(32.4)	102727(33.0)	1.3
国庫	77399(24.9)	78113(25.1)	0.9
地方	23977(7.7)	24614(7.9)	2.7
保険料	164769(52.6)	160762(51.7)	-2.4
事業主	69708(22.3)	67101(21.6)	-3.7
被保険者	95062(30.3)	93661(30.1)	-1.5
患者負担	46823(14.9)	47515(15.3)	1.5

図24

年齢階級別国民医療費

	13年度	14年度	対前年度増減率
国民医療費(億)	313234	311240	-0.6
65歳未満	159283(50.9)	158699(51.0)	0.1
65歳以上	153950(49.1)	152540(49.0)	-0.1
一般診療医療費	244133	239113	-2.1
65歳未満	119427(48.9)	117336(49.1)	0.2
65歳以上	124706(51.1)	121777(50.9)	-0.2
歯科診療医療費	26047(8.3)	25882(8.3)	-0.6
65歳未満	19178(73.6)	19092(73.8)	0.2
65歳以上	6870(26.4)	6790(26.2)	-0.2
傷病分類別では			
65歳未満では循環器系・呼吸器系・新生物で34.0%			
65歳以上では循環器系のみで32.6%			

図25

介護保険制度の現状分析(1)

	老健局	医療人
認定の困難さ		
一次判定		<ul style="list-style-type: none"> ・85項目の推計モデルが施設における介護を基準 ・対象者自身の能力を評価するのではなく、介護者にどれくらいの手間がかかっているのかの評価 ・調査員の一次判定のcheck基準が不明確 ・病案に関して正しく評価されない ・逆転現象が起きる:統計解析ソフトの問題
二次判定		<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の意見書の内容に大きな差
サービス給付		<ul style="list-style-type: none"> ・介護が必要な人すべてには給付されない ・老化に起因しない障害を持った65才以下の者、申請しない者、1割の自己負担のできない者、サービス利用の抑制

図26

介護保険制度の現状分析(2)

	老健局	医療人
ケアマネジャー業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーの多忙 ・生活支援業務まで担っている(市町村がやるべき) ・自前のサービスに偏り勝ち 	<ul style="list-style-type: none"> ・認定情報が通知されない ・申請代行までさせられる(市町村がやるべき) ・低い報酬、施設から独立できていない ・ケアマネジャーと市町村保健師の役割が不明確(福祉サービス業務も任せられる) ・ケアカンパニースを開き、各事業所や医師を集める機関・費用・場所がない
在宅介護と施設介護の費用の不均衡	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅(+2.3%)、施設(-4.0%) ・事業所が在宅に力を入れると判断 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護の負担が大きい ・施設入所待ちが増えた
基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険3施設 ・特別養護老人ホーム ・介護老人福祉施設 ・介護療養型医療での重症化への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応、医療と介護の連携 ・重症者の入院は敬遠される

図27

介護保険制度の現状分析(3)

	老健局	医療人
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> ・医療との連携 ・医療保険との給付調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医が住診しても診療費を請求できない ・施設入所中に要介護度が改善しても減収 ・第三者行為で要介護状態になっても全額を利用者が一時立替払い
医療と介護のはざま		<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い人は敬遠されている ・高度な介護が必要な患者 ・高価な新薬を服用している患者 ・融資が必要な患者 ・補償など知恵が必要な患者
施策対策	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆性高齢者グループホームも、都道府県から市町村に ・地域密着型サービスの創設 ・サービスの質の確保・向上 ・事業所とケアマネジャーの指定を独立して行う ・ケアマネジャーに更新性を導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護度判定の改善

図28

講義終了後、オークラフロンティアホテルつくばにおいて、桐医会・筑波大学医学専門学群共催による“足立信也参議院議員をかこむ会”が開催されました。

* 足立信也氏の活動を伝える『shin-ya 新聞』が桐医会事務所に届いております。ご希望の方はどうぞご覧下さい。

会費納入のお願い

桐医会会員の皆様には日頃より桐医会の活動にご理解とご支援をいただき誠にありがとうございます。さて、今年度の会費を下記のいずれかの方法で納入くださいますようお願い申し上げます。

支払方法	用紙	期限	手数料*①	備考
郵便局振込み	同封の振込用紙	なし	100円	*②
コンビニエンスストア振込み	同封の振込用紙	2005.6.10	100円	全国ほとんどのコンビニで利用可能
銀行自動引落し	同封の申込み用紙 (押印して返送して下さい)	～2005.6.10(申込み) 2005.7.27(引落日)	100円	常陽銀行の場合、事務委託した「日本信販」と印字されます
桐医会事務局での現金払い	なし	なし	なし	

*① 年会費は従来通り3000円ですが、手数料など必要経費として100円を負担していただくこととなります。また同封した振込用紙には平成16年度までの滞納分も含めて請求させていただきました。

*② 払込みには納入期限がございませんが、納入金額の過不足が発生しないように最新の払込用紙のご使用をお願いいたします。

皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。なお、ご不明な点は桐医会事務局までお問い合わせください。

桐医会事務局

筑波大学医学同窓会

E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp

Tel&Fax: 029-853-7534

お詫びと訂正

桐医会 会員名簿2004（平成16年9月1日発行）で下記のとおり内容に誤りがございました。お詫びして訂正いたします。

(敬称略)

村上千鶴子（15回生）

誤：現住所 空欄

正：現住所 〒279-0026 千葉県浦安市弁天3-2-3-1 Tel：047-353-2179

市田 典子（18回生）

誤：姓 市川

正：姓 市田

— ご注意を！ —

振り込め詐欺（オレオレ詐欺など）が多発しております。その手口も巧妙化しており、医療関係者や家族を狙った事件も発生しております。現在のところ、正会員の皆様に、実質的な被害はございませんが、不審な電話にはご注意ください。

また、名簿が外部へ流出することがないように名簿の取り扱いには充分ご配慮ください。

◎ 会員名簿2005に自宅の電話番号を掲載しないことにします。

ただし、事務局としては電話番号、E-mail アドレスを把握しておきたいので返信用葉書に記入をお願い致します。これからの情報は厳重に管理いたします。名簿について御意見、御要望のある方は、事務局までご連絡下さい。

— 訃 報 —

ご逝去の報が同窓会事務局に入りました。

ここに謹んでご冥福をお祈りいたします。

正会員（2回生） 小口 八重 先生（平成16年10月20日逝去）

— 第25回桐医会総会のお知らせ —

日 時：2005年5月21日（土）16：00～

場 所：筑波大学医学専門学群 4 A411

多数のご参加をお待ちしております

— 編集後記 —

恒例となりましたOB訪問から始まる今回の会報、いかがでしたでしょうか？

さて、私の六年間の学生役員も今月で終わりを迎えることとなりました。桐医会、そしてこの集りで得た出会いは私の学生生活をより豊かなものにしてくれました。

卒業後は研修医として茨城県内の病院に勤務予定です。（国試合格していたら、ですが）六年間どうもありがとうございました。

(K.Y)

筑波大学附属病院内
財団法人 桐仁会

Tel 029-858-0128

Fax 029-858-3351

桐仁会は、保健衛生及び医療に関する知識の普及を行うとともに、筑波大学附属病院の運営に関する協力、同病院の患者等に対する援助を行い、もって地域医療の振興と健全な社会福祉の発展向上に寄与することを目的として設立された財団法人です。

1. 県民のための健康管理講座
2. 筑波大学附属病院と茨城県医師会との事務連絡
3. 臨床医学研究等の奨励及び助成
4. 病院周辺環境整備
5. 患者等に対する援助
6. 患者様、教職員及び見舞い等外来者の方々のために、次の業務を行っております。

●売店

飲食物品、日用品、衣料品、切手類、生花、図書等、及び病棟への巡回販売

●薬店

医薬品、衛生・介護用品、化粧品、診察・診断用具(打腱器等)、聴診器リットマンキャンペーン

●窓口サービス

付添寝具の貸出、貸テレビ、宅配便、DPE、レンタル電話、クリーニング等

●その他

各種自動販売機、公衆電話、コインランドリー等

●喫茶室 ●食堂 ●理容室 ●外来駐車場の整理業務

郵便はがき

3058575

恐れ入ります
が50円切手
をお貼り下さい

郵便はがき

3058575

恐れ入ります
が50円切手
をお貼り下さい

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学専門学群内

同窓会 桐医会事務局

行

通信欄

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学専門学群内

同窓会 桐医会事務局

行

通信欄

E-mail: toukai@mdtsukuba.ac.jp
Tel & Fax: 029-853-7534

E-mail: toukai@mdtsukuba.ac.jp
Tel & Fax: 029-853-7534

※ご自宅の電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ		回 生	名簿・会報等の送り先
氏 名 (旧 姓)			<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先
現住所	〒	E-mail	
		※ TEL	
		※ FAX	
勤務先等	所 在 地		
	〒		TEL
			FAX
	機 関 名	専 門	身 分

<変更・訂正箇所> 氏名 住所 勤務先 その他

※ご自宅の電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ		回 生	名簿・会報等の送り先
氏 名 (旧 姓)			<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先
現住所	〒	E-mail	
		※ TEL	
		※ FAX	
勤務先等	所 在 地		
	〒		TEL
			FAX
	機 関 名	専 門	身 分

<変更・訂正箇所> 氏名 住所 勤務先 その他

桐医会会報 第57号
発行日 2005年3月25日
発行者 山口 高史 編集 桐医会
〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学医学専門学群内
印刷・製本 株式会社 イセブ