



出席者

日野原 重明 *Shigeaki Hinobara*
聖路加国際病院 理事長

1911年生まれ。京都帝国大学医学部卒業。同大学大学院医学研究科博士課程修了。41年から聖路加国際病院に勤務、内科医長、院長代理を経て、74年～98年聖路加看護大学学長。90年より高齢者ケア国際シンポジウムを開催、高齢者主体で次世代をサポートする「新老人運動」を提唱する。著書に『生きかた上手』『いのちの授業』（ともにユージー）などがある。

行天 良雄 *Yoshio Gyoten*
医事評論家

1926年生まれ。千葉大学医学部卒業。NHKに入社後、一貫して健康と医療・福祉問題の番組の企画、制作に従事。その功績により保健文化賞、日本赤十字社天皇賞などを授与される。厚生省医療審議会委員をはじめ、日本病院会参与、国立国際医療センター顧問などを兼務。著書に『安心・満足できる高齢化社会』（東京教育情報センター）などがある。

talk

座談会

未来につなげる 健康・長寿

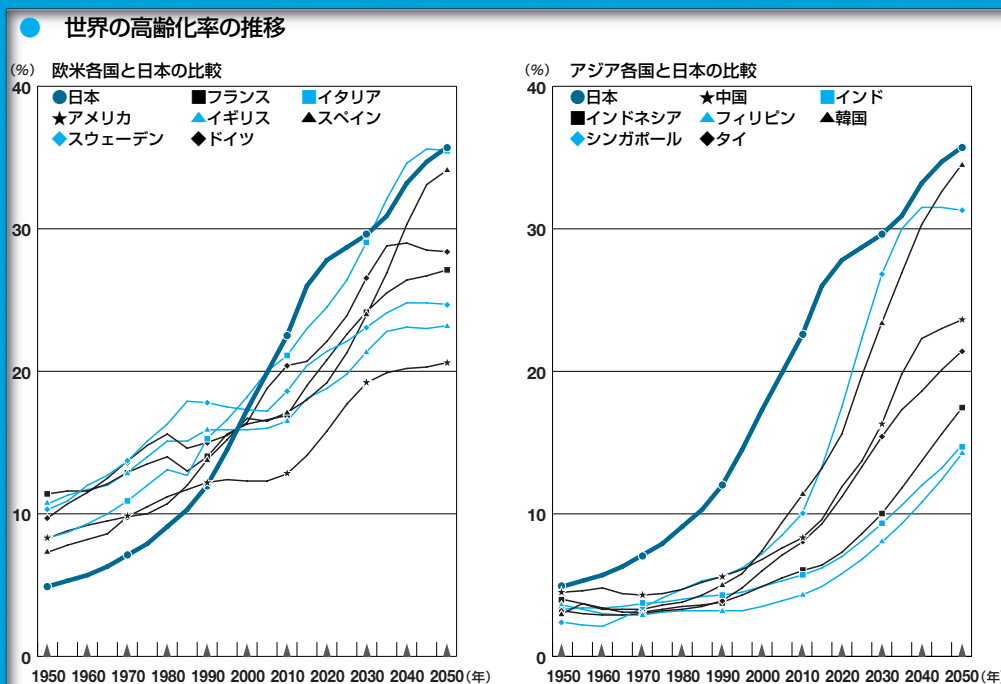
なぜ日本は長寿社会のトップランナーになれたのか。

そして将来は――？

日本の高齢化の速さは他の国から驚異の目で迎えられ、海外からも取材希望が多く寄せられる。

それぞれの立場からの分析を通して、

本座談会では、新たな提言としての「未来につなげる健康・長寿」の可能性を模索していきたい。



出典：平成18年版高齢社会白書
資料：UN, World Population Prospects: The 2004 Revision
ただし日本は、総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2002年1月推計)」による。



唐澤 祥人 *Yoshibito Karasawa*
日本医師会 会長

1942年生まれ。千葉大学医学部卒業。同愛記念病院で研修後、唐澤医院を開業。その後、墨田区医師会会長、東京都医師会会長を経て、2006年より現職。専門は、内科、小児科、消化器科、産業医。日本内科学会認定医。



辻 哲夫 *Tetsuo Tuji*
厚生労働事務次官

1947年生まれ。東京大学法学部卒業。71年厚生省(当時)に入省後、官房審議官、厚生労働省年金局長、官房長、保険局長などを経て、2006年より現職。



森岡 茂夫 *Shigeo Morioka*
ILC-Japan 理事長

1922年生まれ。東京大学農学部卒業。47年山之内製薬(現アステラス製薬)株式会社に入社。社長・会長・相談役を務める。在任中には、日本製薬団体連合会会長、国際製薬団体連合会(IFPMA)副会長などを歴任した。98年より現職。

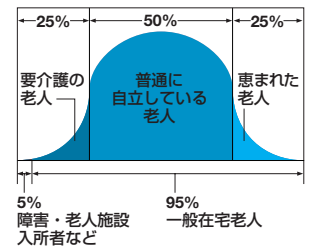
—まずは健康・長寿の代表である日野原先生からお話いただきたい。

日野原●本日のテーマは極めて大切であり、国が総力を挙げて取り組むべき事柄であるが、さらに重要なこととして、健康はまず自分自身の問題であり、その結果として長寿がもたらされるものであるということを、国民一人ひとりが十分に理解し、了解する必要がある。つまり、日本における長寿を考えるにあたっては、数字としての長寿だけを見るのではなく、延びた寿命の期間をどれだけ丈夫で元気に過ごせるかを、真剣に考えることが大切である。

まず長寿の指標として一般的に用いられる平均寿命は、ゼロ歳児がこれからどれだけ生きられるかを表したものだが、それが戦後すぐに急激に伸びたことの影響には、その時期の人工妊娠中絶の急増が影響しているという指摘があることを申し上げておきたい。それは数字上での日本の長寿化が、不正確なデータの上に成り立っているのではないかということであり、その重要性を皆さんには理解していただきたいと思います。

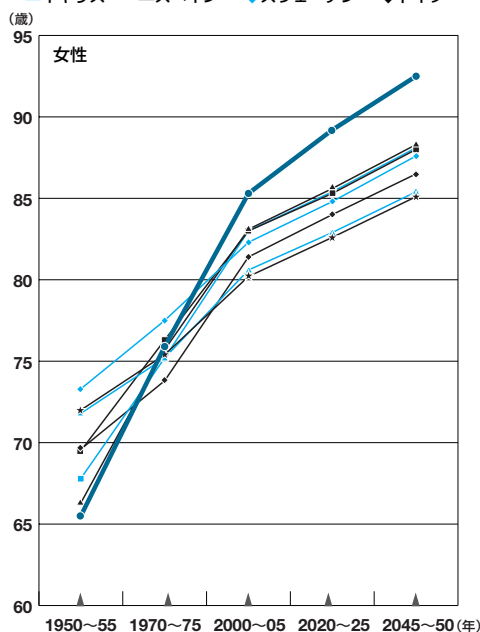
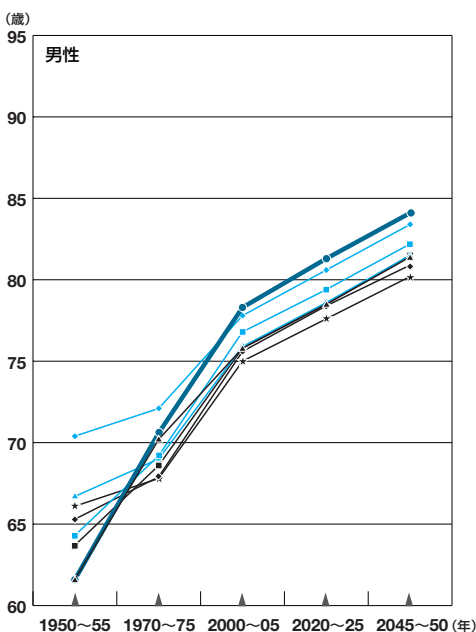
次に今日の高齢者の全体像を掌握するために「65歳以上老人の健康度の分布*1」を見ていただきたい。全体の75%が自立した生活を送っており、残りの25%のう

【*1】
65歳以上老人の健康度の分布



出典：日野原重明「全人医療の見地から見た老人のライフスタイルについて」／『精神神経学雑誌』第104巻第12号／pp.1160-1166／2002年

● 平均寿命の国際比較 調査結果と予測(2004年)



資料：UN, World Population Prospects: The 2004 Revision

【*2】

高齢化率

高齢化率(%) = 高齢者人口 ÷ 総人口 × 100

高齢者人口とは65歳以上の人口のことであり、総人口とは登録人口(市町村報告に基づく住民基本台帳人口および外国人登録人口の合算)のことを指す。1956年の国連の報告書において、当時の欧米先進国の水準をもとに、仮に、高齢化率が人口の7%を超えた社会を「高齢化した(aged)」と呼んだことに由来しているとされる。

一般的に、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」と呼んでいる。

talk
座談会



ち、なんらかのかたちで介護を受けている人が20%、それに加えて寝たきり状態の人が5%といわれている。これから増加する高齢者人口を思えば、要介護の25%の人のいかに少なくして、自立度を上げていくかが重大な問題になってくるのがわかる。25%の数字が15%あるいは10%になることで、ようやく実感として長生きできてよかったという時代になると思う。

行天 ● 日野原先生から大変に重要な指摘をいただいた。人口問題については予測を含めて要素が複雑すぎるので、当然見解は多岐にわたっている。そこで、共通の整理をしたうえで話を進めていくために、少しまとめさせていただく。当然お考えの違う点もあると思うが、大筋のご了解をいただければありがたい。

まず、日本の高齢化の最大の特性はその加速性の異常さである。1945年の敗戦後は海外からの引き揚げ、特に軍人の帰国によって若者の急増を招いたが、食糧不足による飢餓、さらには貧困と社会混乱をベースにした80万から200万以上ともいわれる人工妊娠中絶の異常な数が、その時期の正確な人口の把握を不可能にした。従って周産期の死亡実数、あるいは未登録という、戦後混乱期の統計上の不正確

さは避けられないといわれており、それはイタリアやドイツについても同様のことが指摘されている。

その後、1950年を機とする朝鮮戦争の勃発が決定的に日本の変容を推進し、急テンポで進められる経済復興とそれに伴う生活の安定向上は、奇跡ともいえる平均寿命の急上昇をもたらした。その結果、70年代には高齢化率*2が7.1%となり国連が定義する「高齢化社会」に突入、その次の「高齢社会」の到来は次世紀であろうという大方の予想を裏切って、早くも93年に14.3%に到達してしまった。わずか23年から24年という短期間でこれだけ急激な変化は、人類史上初めてのことであり、その加速性はプラスのイメージで国民の長寿観を形成した。それからの日本においては、長寿が未来永劫にわたって保証されたような空気がまん延したことは想像に難くない。

しかしそのような楽天的な気分は、無意識のうちに長寿への過信を生むことになり、自分の健康は自分で守るという基本的な認識をむしろ弱いものにしてしまったのではないだろうか。

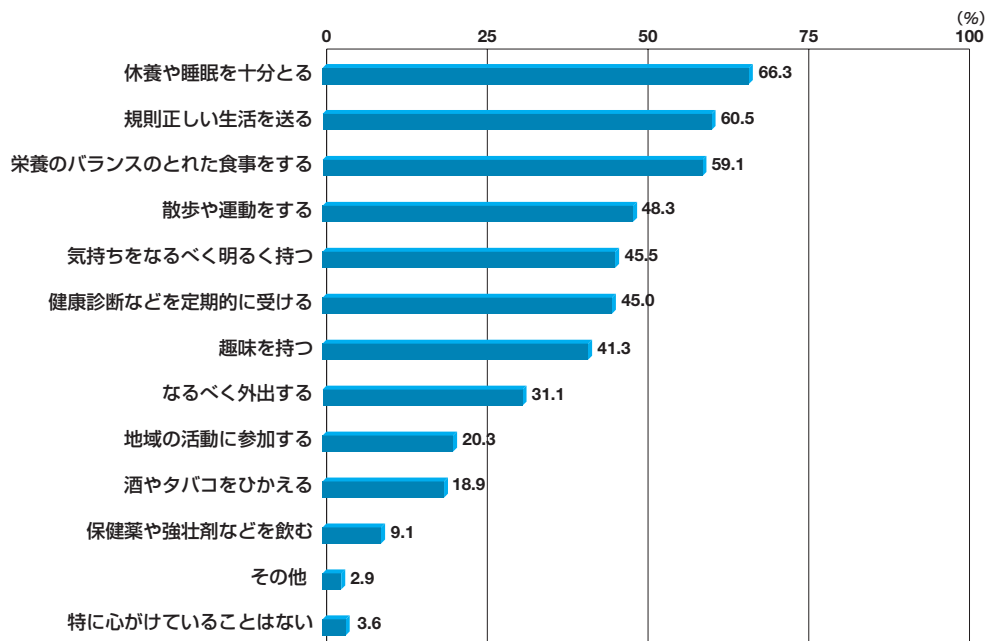
森岡 ● 日野原先生のご指摘のように、個人が自分自身の豊かな生活と社会のために、要介護の25%に入らないようにしよう、という意識を持つことは大変に重要である。私もまず自分自身のために健康

長寿への過信が、自分の健康は自分で守るという基本的な認識を弱めたのではないか

【*3】

60歳以上の高齢者が健康について心がけていることの内容(複数回答)

出典：平成18年版高齢社会白書
資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」/2006年
注：全国60歳以上の男女を対象とした調査結果



でしようと心がけている*3。具体的には歩くこと、適度な運動と休養の組み合わせ、バランスのとれた食事、精神的にも横着をしないことなどであるが、これは日常生活の一部になっているため、特に予防しようなどという意識で行っていることではない。

ただ、これはメディアの取り上げ方の問題もあるかもしれない。最近は財政的な議論からか「予防」が何か特別なこととして取り上げられている。自分の健康を考える。これはまず自分自身のため家族のためであり、ひいては社会のためでもあるという基本的な認識が、ややぼやけているように思う。

辻 ●戦後は公衆衛生の徹底や疾病を少なくする努力を、国も専門家とともに積み重ねてきた。現在の日本が超高齢社会で、その高齢化のスピードとレベルにおいて、世界でもこれまでに例のない社会になりつつあることは間違いない。

超高齢社会のかじ取りは、世界中から注目されていると思う。好むと好まざるに関わらずトップランナーになった自覚を、行政も、また国民一人ひとりも持つべきなのかもしれない。

その意味では、平均寿命の伸びを誇るのではなく、その伸びた命の質こそが大切だという日野原先生のご指摘は大変に興味深い。当然のことながら高齢期でも健康であり続けられるのは、そこに至るまでの日々の積み重ねの結果であろう。個人レベルでも国のレベルでも、長いスパンでの健康への認識が必要だと思う。

—日野原先生ご自身が健康・長寿の要因として考えておられることは何か。

日野原 ●アメリカには加齢に関する素晴らしい研究*4がある。10年間にわたり遺伝子と、環境や生活習慣との関連について調査を行っている。その結果、遺伝の影響だけではなく、環境や生活習慣の影響も同様に重要であるとの仮説が半分程度証明されている。また、ハエとマウスではエサをあまり与えないほうがずっと長生きするし、チンパンジーでも同様にすれば皮膚の老化などが遅くなるという

ところまで証明されている。

だから人間にもその考え方を適応して間違いないだろうということで、ローカロリーの食生活を勧めるとい方向になりつつある。江戸時代の儒者、貝原益軒が「腹八分」といったが、私はそれでも多いのではないかと思ひ、1日1,300キロカロリーの生活を続けている。食事は日に1食で後は牛乳やビスケットなどという皆驚くが、朝昼晩3食食べなくてはならないという実証はどこにもない。

私もアメリカの研究からは4年遅れたが、90歳のときから日本でも同じような研究を始めた。「新老人の会*5」の会員450人(75歳以上)に毎年ドックを受けてもらい、データを集めている。遺伝子は調べるが本人には伝えないという条件で、後天的な環境要素、運動や食事、社会的な関わり、個人的な趣味や生活への意欲などを毎年聞いて、生活環境と食事環境を10年間調べようと思っている。仮に糖尿病や動脈硬化や認知症の遺伝子を持っていても、10年後にその人が発症していなければ、後天的な環境要素がそれを抑える働きをしていた可能性を否定できない、ということになる。

この研究が進めば、例えば動脈硬化や認知症の遺伝子を持っている人でも、こういう環境にいれば発症しないで済むと

「ストレスを受けて大丈夫、ちょっとくらいの無理は平気」という発想の転換も必要

いうリコメンデーションができると考えており、あと4、5年で研究が完成するので私は100歳まで死ねない。

また、上手にアダプテーション(適合、適応)することも重要だと思っている。そのためにある意味の無理やストレスは必要なことである。ストレスを避ける、無理をしないというだけではなく、「ストレスを受けても大丈夫、ちょっとくらいの無理は平気」という発想の転換も必要だ。

行天 ●日野原先生からはとてもよいお話を伺ったが、あえて少しいずれ異論を唱えさせていただきたい。

自分の健康はまず自分で考えなさいということで、よいお手本を示していただくことは、逆にいえば病気になったのは

【*4】

マッカーサー財団成功加齢研究

民間の独立した助成財団である、ジョン・D・キャザリン・T・マッカーサー財団の援助を受けて、J.W. ロウ教授を中心に行った研究。高齢者の心身の機能を高める条件をテーマに、「上手に加齢を導く(Successful Aging: 成功加齢)」ための要因を明らかにした。1998年にはその成果として翻訳書『年齢の嘘——医学が覆した6つの常識(“Successful Aging”)](日経BP社)が日本でも出版された。

【*5】

新老人の会

日野原先生が理事長を務める(財)ライフ・プランニング・センターが主宰する会。高齢者が主体となり、次世代をバックアップすることを目的として2000年に発足、入会資格は75歳以上。現在では全国に18支部約5,000人超の会員が所属している。4つのスローガン「1.愛すること、2.創(はじ)めること、3.耐えること、4.子どもへの接近: 平和と愛を目指して」のもとに、さまざまな活動を行っているが、活動の一端にヘルスリサーチセンターへの協力があり、80歳~90歳台の心身の健康状態を抽出・記録し、研究に役立てている。



それを守らなかった本人の責任ですよ、という非常に厳しい考え方と紙一重になってしまいかねない側面もあり、実は大変にデリケートで難しい問題だと思っている。

親切心からのアドバイスでも受け手は疑心暗鬼になったり、おせっかいと受け止めたりしがちな今の時代である。中には病気になる権利もある、という考えの人もいるだろう。

日野原先生が仰っていることは、あくまで個人の幸せの基本としての心身の健康という視点であり、国家財源のためということとは違ふと十分承知しているが、先ほど森岡理事長からも指摘があったように、メディアの誘導もあり誤解を招く可能性が高いのではないかと危惧する部分もある。

辻 ● 昨今、経済との関係で、医療費の伸びの適正化が課題となっている。確かに経済・財政のない社会が存在しないことは事実である。しかし、経済・財政だけで社会が成り立っているわけでないこともまた事実である。今はさまざまな立場の人が、まずお金の問題から物事を発想しようとする傾向が強すぎることを危惧している。

結論からいうと、本来のあるべき健康、本来のあるべき医療、つまりよりよい健康的な生活を得て、よりよい医療が受けられること自体が大切であり、その結果として医療費の伸びが適正化できる、という関係にあると私は考えている。

不健康な人はいけないなどというのではなく、皆それぞれの立場で健康に過ごそう、病気の人でもよりよい生活をしよう、幸せになろうというのが「健康概念」だと思う。

漠然としたいい方になるが、私は日本が進むべき方向性の一つは、先ほどからお話に出ているような考え方の中にあると思っており、それが無理のないかたちで国民的なコンセンサスとなるよう願っている。



——医療体制の充実、高齢社会を支えるうえで欠かせない要素の一つだが、日本の医療が抱える問題点とは何か。

行天 ● 医療はやはり国民にとって一番切実な問題であり、その信頼感が損なわれることはあってはならないと考える。その中で最近強く感じるのは、医療現場の考え方が必ずしも患者本位になっていない、端的にいえば医療に関わる側の事情や都合が優先されすぎていないか、ということである。

ナースとドクターに限らず、職種ごとに担当する専門領域があまりにも細分化・独占化されており、結果として我々の健康とそれを支える安心の医療に対する信頼感を損なうことにもなりかねない、と案じられる。

唐澤 ● 医療の専門家の立場から実際に手術室の状況に即したお話をしてみたい。皆さんもご存知のように、現在の日本の医療現場、特に手術室では非常に危険性をはらんだ状態で物事が進行している。麻酔医や外科医をはじめ、本来あるべきスタッフの数が揃っていない。その部分を根本的に強化していく方策がまず求められている。

加えて外科医自身もある程度高齢化してきており、難度の高い手術のときに事故を起こさないとも限らない。それを補完する態勢もないため、重要な医療事故に直結する可能性がある。手術の安全性を確保するためにはたくさんの工夫がいる。その一つとして、看護師による麻酔技術というものが、将来的には必要になるだろうと思われる。各職種の者がそれぞれの既得権益の垣根を越えて患者第一主義という発想に立ち、何が一番よいのかを率直に話し合う流れをつくっていかねばならないと思っている。

また、医療費の高騰が叫ばれるが、削減が一番効果があるのは入院日数が少なく、ベッド数が少ないことだ。それだけで確実に医療費は下がる。医者が増える

と医療費が上がると主張する人がいるが、検証し直す必要がある。むしろ医者が増えれば手をかけられるので、入院日数が短くなる。それによって病床の稼働率がよくなるから医療費が少なくなる。結果として満足できる医療体制になると思う。

日野原 ● 医師がなんでもやるということではなく、これからは医療教育も変えて、訪問看護師でも診断ができるようにしたり、心電図も読めるようにしたりすることなどが絶対に必要である。アメリカでは、公衆衛生の医師でも精神科医でも、みな眼底検査ができる。日本のように、眼科に行かないと何もわからないのでは、患者の負担が大きすぎる。また麻酔看護師が3万2,000人ぐらいいる。ベテランということで評価も定着しており、料金にも違いがあるため、医師よりも圧倒的に患者に選ばれる場合が多い。

日本でも医師同士、そして医師とナースがグループで動くようになると医療費も少なくなり、麻酔医や産科医の不足も解消していくのではないかと。プライマリーケアをナースにってもらう。そのプライマリーケアの見本になるのは開業のドクターで、そのために患者の体をトータルでゼネラルに診る訓練、診察の技術をもっと教えるべきだと思う。

行天 ● 繰り返しになるが、医療の問題は我々の生活に密着した重要な問題であり、その信頼が損なわれることは社会不安につながりかねない。一例として医師不足の解消のために医療機関の統合・集約という考え方もあるが、医療の地域性と継続性という問題をどのように組みこんで解消していくかは、本当に日々の暮らしに関わることだけに、机上のアイデアや数字のやりくりで簡単に結論が出せないと思う。また医師の養成には長い時間が必要であり、これからどのような医師を育成するのかという方針も含めた、本質的な議論が必要である。

唐澤 ● 喫緊のことと長いスパンで考えることを区別することは大事だが、何が喫緊の課題かを定めたら早急に取り組みを開始すべきである。今取り組むべき大

きな課題は、産科医の不足と小児救急の問題であると考えている。

辻 ● ご指摘の課題はいずれも非常に大きなことと認識し、医療については構造的な改革に取り組んでいる。病院の機能分化と連携、そして開業医との役割分担と連携が必要である。医師不足の問題も対応を急いでいるが、基本的にはこのような全体の見直しの中で対応する必要があると考え、腰を据えて具体的な方法を講じ始めている。

健康づくりについては、日野原先生が先ほどいわれたように、ローカロリーな食生活とアダプテーションを心がけ、適度な運動を生活のベースとして社会との交わりを持ち、社会に貢献することに喜びを感じるような生き方こそが、人間としての本来の姿であると実感している。

このような考え方をいかに幼少の頃から生活の中に定着させ、いわば「文化」として健康概念を定着させていくかが大きな課題であり、ナショナルプロジェクトとして押し付けがましくないかたちで実践したいと思う。



新しい「文化」としての健康概念の定着を、ナショナルプロジェクトとして目指したい

ただし、官はロジックとシステムについての提案はしても、実際に仕切ってはいけないと考えているので、さまざまな分野での次の時代をつくる運動に着実につなげていきたいと思っている。

——日本がこれからも健康な長寿社会であり続けるために必要なことは何か。

日野原 ● 50年前に国連が高齢者を65歳と決めたときの日本人の平均寿命は、男性が64歳で女性が68歳だった。現在は男女ともに平均寿命が80歳前後なのだから、75歳以上を高齢者と定義すべき時代になっている。

そして長生きをした老人は、子どもにとってはモデルにならなければならないはずなのに、テレビを見ても悪い大人ばかりが出てくる。メディアはもっと世の中を元気づけるような、明るいよい話題も提供すべきではないか。よい点に目を

向けず悪いことばかりをあげつらうのは、あまり感心したことはない。

行天 ● 私自身がメディアに関わってきた中で、自戒の意味も込めて、日野原先生のご指摘はよく理解できる。メディアは暗い話題やセンセーショナルな話題にはすぐ飛びつくが、大きな視点での発想と見識のある意見の集約ができていないことは、残念ながら否めない事実だと思う。

特に最近の報道では誰の責任か、誰が悪いのか、という犯人探しに狂奔しすぎている。報道する側も受け手側も全員が評論家になってしまい、一人ひとりに責任と義務があり、自分の問題であるという視点が欠けていることは大変に残念であり、また危険なことであると思っている。

先ほど辻次官からは、緩やかで大きな運動、「文化」としての健康概念づくりというお話が出たが、これから高齢者が社会のマジョリティになろうとする時代を迎えて、それぞれのお立場での取り組みについてお考えを伺いたい。

唐澤 ● 行天先生からは地域医療のお話が出たが、大雪が降ったときなどでも独居高齢者が誰の目も届かないところで暮らしているというような状況が地方にはいまだに存在する。せめて厳冬期はしかるべき安全な場所で暮らしていただく、といった高齢者に優しいシステムなどのさ

まざまなメニューがあって、自分の希望で選択できるようでないといけないと思う。

これから高齢化率がますます上がっていくが、1億人の人口のうち、3,000万人以上が高齢者という時代では、その中で介護、医療を受ける人が仮に4~5%でも大変な数になる。そういう方々のための医療と介護、それから元気な方も楽しく過ごせるシステムが用意されているかどうかを真剣に考えなければならない。

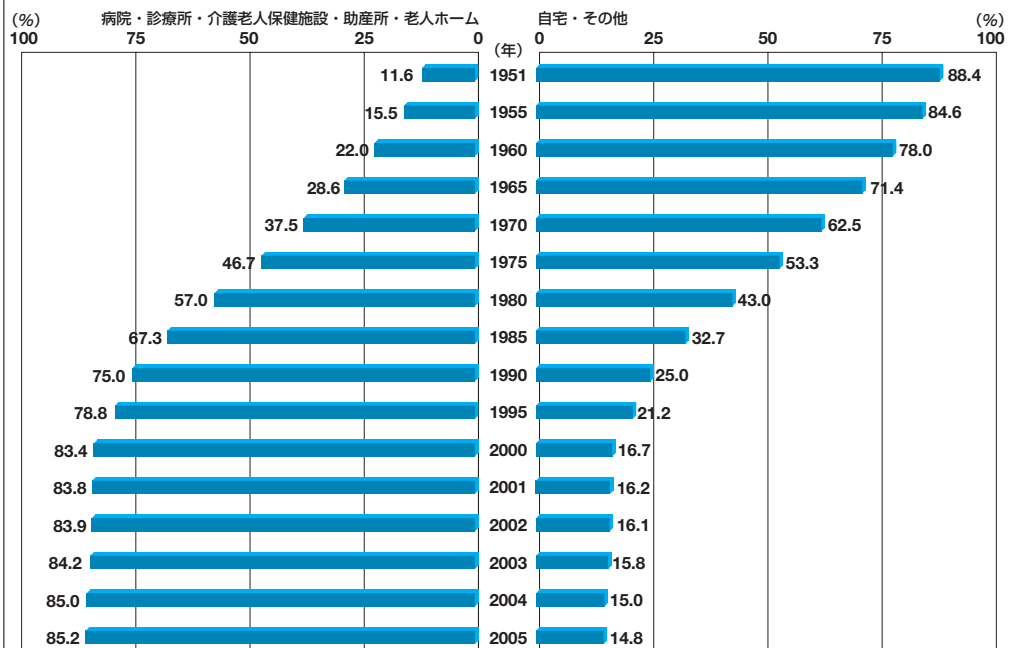
また、高齢者が増えていくに従って、いくら健康施策を行っても疾病が増えていくことは避けられない現実であると思っている。そのような視点で考えても、確実に医師は足りなくなるわけで、それに対する対策は大丈夫かということにもなる。

少子化の時代、安心して子どもを産み育てるためには、先ほども触れたが産科、あるいは小児医療をしっかりとしておくことも必要であろう。さらにもう10年もすると医師全体の30~40%くらいが女性医師になっていると思われる。女性医師には妊娠、出産、子育てがあるから、それに対応したシステムをつくっておかないと、ある時期一挙に医師が不足する、という事態が生じる恐れもある。

残念ながら今の若い医師は、責任を取らなければならないことへの抵抗感からか、危険やリスクを伴うことを避けて、できるだけ安全な方向ばかりを選ぶような傾向が強いように思われる。それが患

【*6】
死亡場所の年次推移(2004年)

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態調査/2004年
注：1990年まで老人ホームでの死亡は、自宅またはその他に含まれている。



者のたらいまわしや門前払いの悲劇を生むことにもつながっている。若い医師が意欲を持ってハイリスク、高難度の医療に参加し、その中で経験を積むためのシステムづくりも重要な課題であろう。

まず財源ありきということでは、10年、20年先の医療は乗り越えられないと思う。これを乗り越えるには、行政官庁だけでは無理なので、民間団体の医療担当者としてのビジョンも示していきたいと考えている。

日野原●何よりも「発想の転換」が大事だと思う。今までこれがよいとされてきたことにも疑問を持って、自分で工夫してみることが健康・長寿には不可欠の要素だと思っている。

そのためには、まず身体の生理と機能を知ることが大事。病院や施設で誤嚥が多いのは、体を直角かちょっと前傾にして飲むという身体構造に基づいた方法を無視したケアを行っているからではないか。また、睡眠時にはあおむけが常識と思われているが、私はさまざまな理由から自分で試した結果、うつぶせで寝ることを実行している。何事も自分で考えて実践する、うまくいかなかったら発想を変えてみる、という柔軟さが必要だと思う。

森岡●先ほどの辻次官のお話にあったが、心身の健康概念を日本国民の新しい「文化」にしたいという方向性は、大変に素晴らしいと思う。そのためには学校教育の場などで、健康は自分のためにも社会のためにもなる、健康が人生にとって大切な要素であるということを小学生から教えるようにしないと、なかなか定着した文化にはなっていないと思う。

まだ開発途上にあるのだから当然と思うが、2006年8月にインドで開かれたILC各国理事長会議での見聞を通して、日本のインフラ整備や公衆衛生の徹底、個人の健康や衛生に対する意識のあり方、それを支えてきた教育や文化のレベルの高さとそれが平等に与えられていることの利点を再認識した。これらのよい点はどんどん伸ばして守りながら、新しい考えも取り入れていくことが大事だと思う。

行天●最近訪問したドイツでの経験から問題を提起してみたい。ドイツの医療関係者からは、日本の医療制度改革で患者の自己負担が1割から3割に増えたことへの疑問の声が多く聞かれた。それは2割ならよくて3割はよくないというようなレベルの話ではなく、病気になった人からさらにお金をとるのは保険の精神に反する、財源が不足するならばむしろ全員が公平に負担する保険料を上げるべきだ、という発想に基づく疑問であった。

日本でのさまざまな議論にも関わってきたが、このように本質的で根源的な思想に基づいた意見を聞くことはなかった。

また、環境問題に対する取り組みも徹底しており、ごみの厳しい分別基準もさることながら、まずごみを出さない暮らしへの大転換がはかられていることに感動した。日本ではさまざまな問題に対して、その本質的・根本的な解決を目指すのではなく、小手先の議論に終始しているように思えてならない。

辻●ご指摘の点は重く受け止めている。本来国民の生活の基盤にある医療の問題が、医療費の適正化や財源問題というレベルばかりで議論されてきた、という印象が強いのは残念なことだ。

一方において、今後30年ほどで75歳以上人口が倍に増えるという現実がある。現在我が国では、死亡者の80%以上が病院で亡くなっているが*6、それでよいのかといった問題を含め、私たちは本格的な、いわば超高齢社会において、どのような生き方を展望するのか、皆で本音で議論しながら取り組んでいかねばならない。

医療問題は総合的にあらゆる分野・領域に関わっているが、どんなことがあっても国民皆保険制度を堅持しつつ、国民の安心と安全を支え続けるために努力をすることは、政策を担当するものの使命であり、その覚悟で臨んでまいりたい。

〈2006. 10. 26〉



座談会にて。左から時計回りに辻次官、日野原先生、唐澤先生、行天先生