

インタビューで伝える

～「時代の証言者」山崎章郎さんシリーズ～

読売新聞東京本社 調査研究本部
主任研究員 林 真奈美

【経歴】

1987年～ 読売新聞入社
福島支局
1992年～ 政治部(厚生省、外務省など担当)
1996年～ 週刊読売編集部
2003年～ 社会保障部
2014年～ 論説委員(社会保障全般、人口問題、雇用政策担当)
2019年～ 調査研究本部主任研究員
季刊誌「読売クォーター」記事執筆、各種セミナー・シンポジウム開催etc.

【資格】

◇社会保険労務士(2000年取得)
◇ファイナンシャル・プランナー(1999取得)

【「時代の証言者」とは】

◇2003年スタートの読売新聞朝刊連載(↓開始時の告知)

今日の社会体制や暮らしはどう形成されていったのか。政治・経済・スポーツなど様々な分野から、先人たちの苦労やバイタリティーを伝えるインタビューシリーズです。



人物の魅力を伝える < 社会的な影響を伝える

◇1回約1300字 × 25～30回

◇記事スタイル = モノローグ(一人語り)

3

【山崎章郎さんシリーズ】

《目的》

◇終末期医療・ケアの変遷と「あるべき姿」を明らかにする
= 超高齢・多死社会を迎え、「死に方」の見直しが社会的課題

《山崎さんプロフィール》

◇ケアタウン小平クリニック院長、緩和ケア医

1947年 福島県生まれ

1975年 千葉大医学部卒

千葉大病院第一外科

1984年 千葉県八日市場市立病院 消化器科医長

1991年 聖ヨハネ会桜町病院 ホスピス科部長

2005年から現職

4



- 【取材時間】 ◇インタビュー ... 2時間×9回 + 写真・動画撮影1時間
 ◇その他 ... ・遺族会イベント取材（半日）
 ・ケアタウン小平応援フェスタ取材（1日）
 ・カンファレンス取材 etc.

5

【インタビューとは】

「人の話を聞き、理解し、伝える」

- ◇世界はインタビューでできている
- ◇歴史はインタビューによって作られた
- ～ あらゆるところにインタビューはある ～

永江朗「インタビュー術！」（講談社現代新書）より

【インタビューと取材の違い】

- ◇インタビューの主役 = 話し手の「言葉」
- ◇取材の主役 = 話し手が話す「内容」「意味」
- ～ インタビューは話し手自身の「言葉」が命 ～

6

【インタビュー（記事）の種類】

《目的別》

- ①その人の物語・人柄を描く[人物もの]
= **ストーリー** ⇨ エピソードの積み重ね(映像イメージ)
- ②特定テーマについての意見や解説を紹介[テーマもの]
= **論** ⇨ 抽象的な言葉の具体化、言い換え、例示

《文章スタイル別》

- ①一問一答(Q&A) = 対話のようなライブ感
- ②一人語り(モノローグ) = 話し手が語りかけるような親近感
- ③地の文 + 一人語り = 当事者視点に客観性を加味
- ④ルポルタージュ風 = 客観性の中にワンフレーズが生きる

7

【インタビュー（記事）の意図】

《聞き手の恣意》 = 価値観を反映

◇誰に聞くか ◇何を聞くか ◇編集時の取捨選択・並べ替え

～ 主役は話し手、主体は聞き手 ～



自分（聞き手）が何を伝えたいかが問われる

動機・目的の明確化 ⇨ 質問の明確化

【準備】

- ◇インタビュー相手についての下調べ
- ◇インタビューテーマについての下調べ

8

【参考資料】

《山崎さん著書》

- ・ 病院で死ぬということ
- ・ 続・病院で死ぬということ
- ・ ここが僕たちのホスピス
- ・ 僕が医者としてできること
- ・ 僕のホスピス1200日
- ・ 家で死ぬということ
- ・ 死の体験授業
- ・ 「そのとき」までをどう生きるか
- ・ 「在宅ホスピス」という仕組み

《山崎さん論文》

- ・ ホスピスケアからコミュニティケアへ——調和の取れた福祉と医療が作り出す安心高齢社会の都市型ケアタウンモデル事業構想

《山崎さん共著》

- ・ ホスピス宣言
- ・ 新ホスピス宣言
- ・ 市民ホスピスへの道
- ・ 病院で死ぬのはもったいない
- ・ さいごまで「自分らしく」あるために

《その他著者》

- ・ 死ぬ瞬間（エリザベス・キューブラー・ロス）
- ・ アルフォンス・デーケン死への準備教育（横関祐子）
- ・ あなたとずっと話したかった（柏木哲夫）
- ・ がん告知（NHKおはようジャーナル取材班）
- ・ 末期医療のケア（厚生省・日本医師会）

《各種記事等》

- ・ 新聞（読売、朝日、毎日、日経、産経）
1989～（別添参照）
- ・ 雑誌インタビューなど多数
- ・ 厚労省、学会等資料

9

【山崎さん 新聞デビュー】

点

「末期ガン患者の延命に論議必要」

山崎 伸彦
（東京大学医学部）

「末期ガン患者の延命に論議必要」

「末期ガン患者の延命に論議必要」

「末期ガン患者の延命に論議必要」

「末期ガン患者の延命に論議必要」

「末期ガン患者の延命に論議必要」

「末期ガン患者の延命に論議必要」



山崎 章郎

「がん」は、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。

もつとまへのホスピス

一般病院では末期患者の対応がき

「がん」は、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。

1987.7.21 朝日新聞

(17) ☆12版☆

1989年(平成元年)2月22日(水曜日)

1989.3.14~7.1
読売新聞



家庭的な雰囲気の病室で開かれる末期医療の検討会。千葉県八千代市立病院で

満足病床

あるがん患者の最期

病状告知で負担軽減

末期患者へ現実的に対応

「がん」は、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。

物語国際交流の
ラボ・テューターに
なりませんか？
since 1985

(17) ☆12版☆

1989年(平成元年)3月17日(金曜日)

言葉



「がんばろうと思った」

再発の疑いズバリ質問 誠意ある答えに納得

「がん」は、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。

満足病床

がんを知りたて

「がん」は、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。がんは、現代社会の病。その発生率が増え続けている。

[illegible]

【質問】

- ①できるだけたくさん用意する ⇨ 優先順位をつける
◇相手の話に集中できる ◇想定内に収まりがち(面白くない)
 - ②大まかに柱を決める(3~4本?) ⇨ 答えを受けて展開する
◇話が広がりやすい(意外な展開も) ◇質問につまる恐怖
- 《質問を広げる》5W1Hのディテール、心情、理由、因果関係確認etc.
《質問スタイル》黒柳徹子式、田原総一朗式、阿川佐和子式

～ 適切な質問は、準備と想像力から ～

【記事化】

- ①時系列・論理展開順 = 通常型
◇理解しやすい ◇説得力がある ◇インパクトに欠く
- ②インパクトのあるもの・重要なものから入る = 逆三角形型
◇つかみはOK! ◇因果関係等がわかりにくい場合も

～「細部への執着」と「全体への意思」～

15

【書き切れなかったこと】

- ・ 現在のがん治療の問題点
- ・ 緩和ケアの質
- ・ 「看取りをする」介護施設への疑問
- ・ スピリチュアル・ケアの実際
- ・ アドバンスト・ケア・プランニングの実践
- ・ ケアタウン小平の運営体制 (NPO法人)
- ・ 尊厳死・安楽死について
- ・ ホスピスの理念と運動の歴史、関係者の人物像
- ・ 今後の展開

etc.

16

【読者の反響】

- ◇在宅ホスピスへの挑戦は素晴らしい。チームによる訪問ケアはなかなかできないが、必要とする人は多い(60歳代男性)
- ◇ホスピスに対して、以前は「あそこだけは入りたくない」という人がほとんどだったが、考えが変わった(80歳代女性)
- ◇感動。「辛い辛い」と言ってがんで亡くなった父を思い出した。「頑張っ
て」だけの時代でなくなったと感じた(70歳代女性)etc.

【考えさせられたこと】

- ◇理念・原理に立ち返ることの重要性
制度化により、当初の理念が忘れられ、変質する可能性も
- ◇言葉のイメージ
ホスピス、緩和ケア、自立と自律…

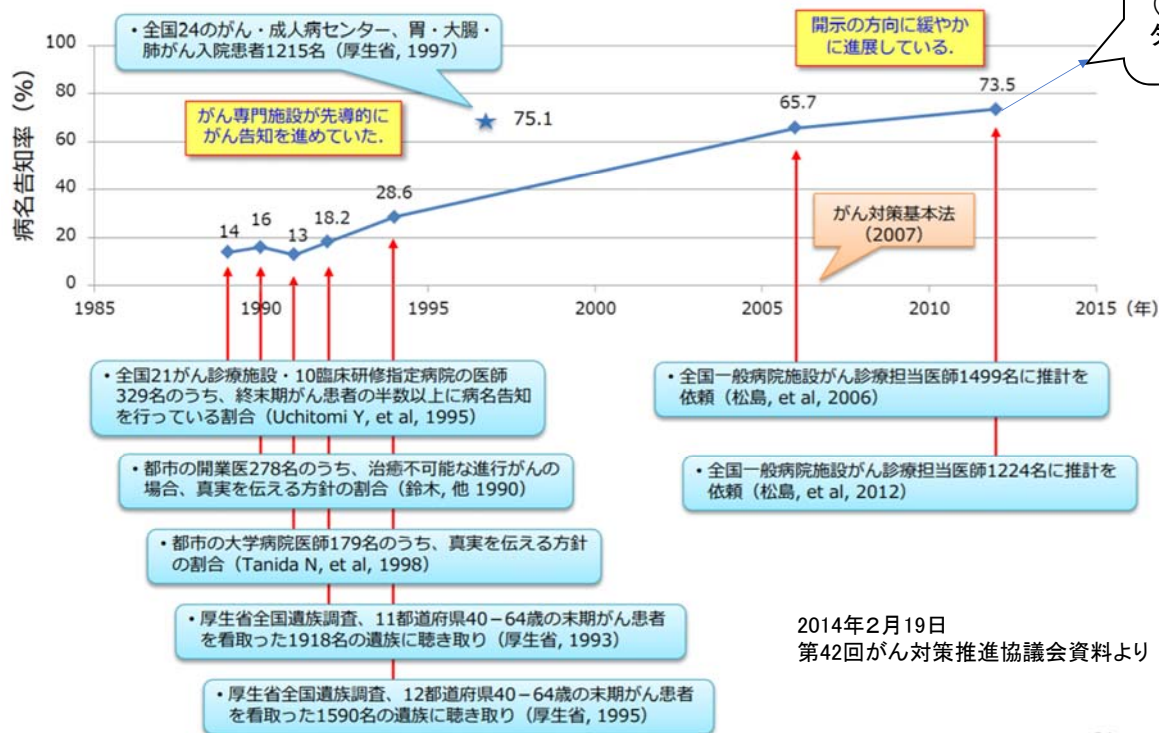
17

【がん告知と緩和ケアを巡る動き】

	1973	淀川キリスト教病院で末期がん患者へのチームアプローチ聖
	1981	隷三方原病院に日本初のホスピス
対がん10か年総合戦略	1984	淀川キリスト教病院に病棟型ホスピス
厚生省「生命と倫理に関する懇談会」報告書	1985	
厚生省「末期医療に関するケアの在り方検討 会」(1989年に報告書)	1987	
緩和ケア病棟入院料新設	1988	NHKおはようジャーナル「がん告知」特集
	1990	日医がインフォームド・コンセントに関する報告書
	1993	逸見政孝さん「がん公表会見」
がん克服新10か年戦略	1994	
	1995	東海大「安楽死」事件横浜地裁判決(安楽死4要件) がん告知訴訟最高裁判決(告知は医師の裁量を追認)
緩和ケア診療加算新設	1996	国立がんセンター「がん告知マニュアル」
在宅療養支援診療所新設	2002	最高裁ががん不告知で医師に賠償命令(告知検討は義務)
がん対策基本法成立	2006	
がん対策推進基本計画		
終末期医療の決定プロセス指針(2015改称)	2007	
第2期がん対策推進基本計画		
	2012	
在宅緩和ケア充実診療所新設	2016	国立がんセンターががん告知率の全国集計＝94%
第3期がん対策推進基本計画	2018	
人生の最終段階の医療決定プロセス指針改定		

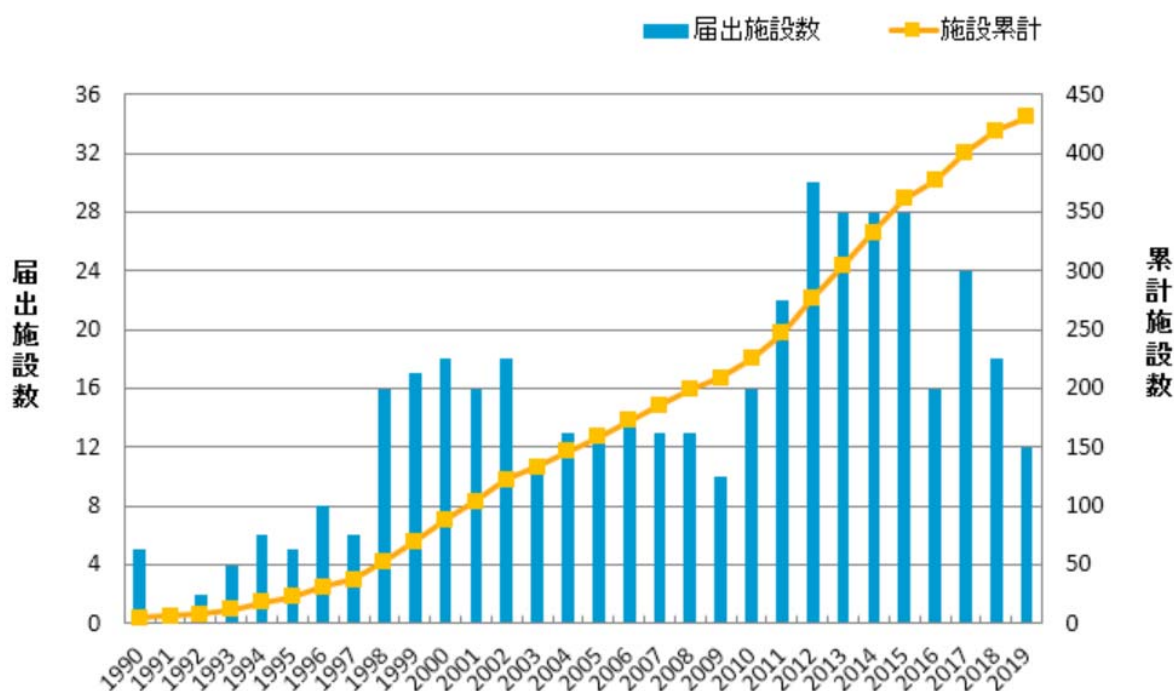
18

日本におけるがん患者への病名告知率の推移



19

緩和ケア病棟届出施設の推移・累計施設数

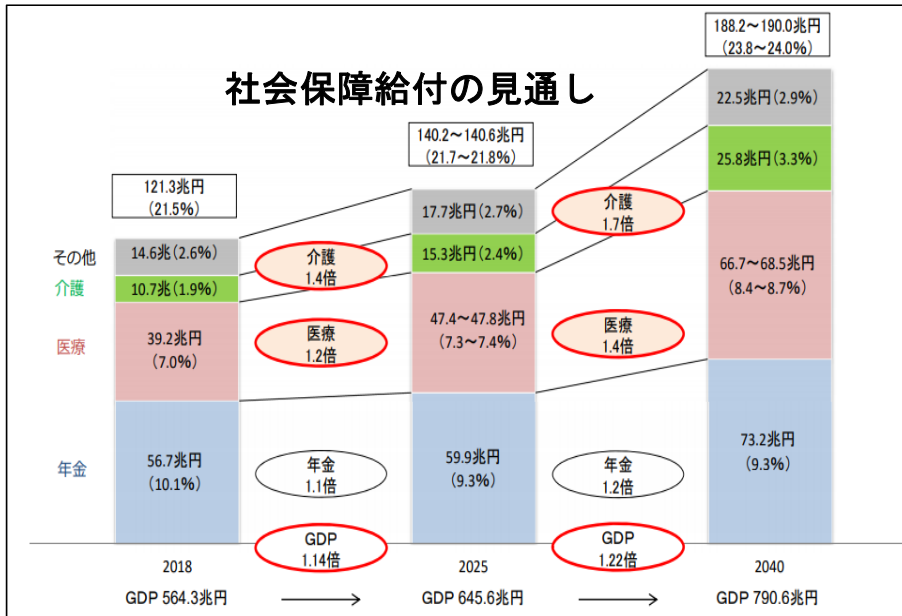


日本ホスピス緩和ケア協会

20

【おまけ…社会保障まわりの言葉&数字、理念の混乱】

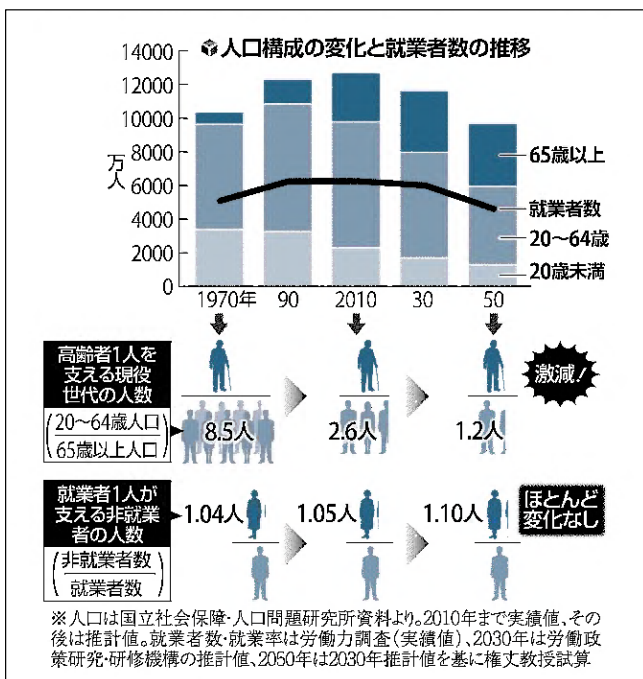
① 社会保障給付が1・6倍に？ ⇒ 対GDP費は1・1倍



- ◇実態を表しているのは名目額ではなく対GDP比
- ◇医療、介護は対GDP比でも増加、年金は減少
＝年金は高齢化に対応済み

21

② お神輿型から肩車型？ ⇒ 非就業者／就業者はさほど変化せず



2012.4.23読売新聞



2017年版厚生労働白書

◇過度の不安は若者を絶望させる

22

③ 公的年金≒貯蓄？ ⇒ 年金は保険である

医療保険 = 傷病リスクへの保険
 介護保険 = 要介護リスクへの保険
 年金 = 長生きリスク（高齢による稼働能力喪失）への保険



損得論の無意味＝保険料は安心を得るために払う



世代間不公平論の無意味

※損得論の元になる「世代会計」は、世代別の負担額と給付額をある時点で現在価値に直して比較したもの。保険の要素が全く考慮されていない。また、高齢者をどうやって社会全体で養うかという面から見ると、世代ごとに人口や労働生産性が異なれば「世代間格差」が生じるのは当然。保険である以上、リスクに対する保障の水準（給付水準＝所得代替率）の十分性が問われるべきで、給付負担倍率の比較は無意味。ただし、世代間の給付水準（人口と経済の影響大）の格差については縮小に努める必要がある。

23

④ 支給開始年齢引き上げで年金安定？ ⇒ 無意味なばかりか害悪！！

◇ 現行制度は概ね100年間で収支をバランスさせる仕組み。支給開始年齢引き上げは、加入者全員で「繰り下げ受給」をすることとほぼ同義で、財政効果はない。

◇ 支給開始年齢引き上げで痛みを被るのは、将来世代のみ。

◇ 引き上げで浮いたお金は、将来の受給者全体の給付に上乗せされる＝既に受給開始している世代にも振り分けられる。つまり、将来世代の年金財源が、今の高齢者に逆流！

※年金の受給開始は60～69歳（現行）で選択可能なので、一律の支給開始年齢というものは存在せず、本人の選択による受給開始年齢があるのみというのが最近の考え方。

読売クオーターリー
2019秋号

不健全だ。高齢者が増え、より長生きする。年金の仕組みが、年金のたまる日本経済の基盤を崩壊させている。年金制度が抱える問題を解決できる。将来の支え手とならない。

支給開始年齢引き上げは論外

ところで、年金制度の改革案として提案された「取り沙汰されてきた『支給開始年齢の引き上げ』はどうか。これは、65歳を基準とする年金の支給開始年齢を一律に引き上げるといふ改革案で、実施すべきだと主張する識者は今でもいる。

支給開始年齢の引き上げは、個々の加入者が受給のタイミングを自ら選択する「繰り下げ受給」と違

を増やす雇用政策と併せて、より長生きする。年金の仕組みが、年金のたまる日本経済の基盤を崩壊させている。年金制度が抱える問題を解決できる。将来の支え手とならない。

年金の仕組みが、年金のたまる日本経済の基盤を崩壊させている。年金制度が抱える問題を解決できる。将来の支え手とならない。

年金の仕組みが、年金のたまる日本経済の基盤を崩壊させている。年金制度が抱える問題を解決できる。将来の支え手とならない。

⑤ 予防医療で医療費削減？ ⇒ 医療費はむしろ増える

【経済産業省・第7回次世代ヘルスケア産業協議会資料】

予防を行った場合の2034年の60歳以上の医療費・介護費※2への影響

	試算結果
生活習慣病（一次予防）	130億円↓（医療費）
生活習慣病（二次・三次予防）	620億円↓（医療費）
がん（一次予防）	360億円↑（医療費）※3
フレイル・認知症（一次予防）	320億円↓（医療費） + 3.2兆円↓（介護費）

※1 労働力・消費の出典：「経済産業省平成27年政策評価事業（日本経済の中長期な変革とリスクに関する調査）」

65～74歳の高齢者が現役世代並みに働け、75歳以上の高齢者が65～74歳並みに働けると仮定した場合

※2 介護費については、フレイル・認知症の一次予防を行った場合について、試算を実施

※3 がん一次予防は2034年でがん患者を約4万人程度減少させるが、その他疾患に関連した医療費が増加するため、全体としては増加

◇予防の目的＝健康増進
≠医療費削減
◇医療費抑制には別途真摯
に取り組む必要

＝「甘いささやき」に
だまされるな！



【財務省・財政制度等審議会財政制度分科会資料(2018.10.9)資料】

留意点：

高齢者の就労促進や個々人のQOL向上による経済社会の活力維持の観点から、予防医療等の促進は重要な課題。また、予防医療等により、実績として社会保障費の自然増が減少すれば、社会保障費の伸びの抑制にもつながり得る。

しかしながら、予防医療等による医療費や介護費の節減効果は定量的に明らかではなく、一部にはむしろ増大させるとの指摘もある。そのため、社会保障制度の持続性を確保するためには、上記の施策に加え、医療・介護提供体制の改革や給付と負担の見直しを含む制度全般にわたる改革を行い、社会保障費の伸びの抑制と給付と負担のバランスの適正化を確実に進める必要がある。

25

⑥ 小さな政府で経済成長？ ⇒ 誰が何を消費するのか

◇再分配の縮小 → 中間層がやせ細る（トリクルダウンは未確認現象）

◇経済成長＝生活水準の向上

◇モノの需要が満たされた日本で生活水準を向上させるには



消費が飽和していない領域への人とカネの投入
（医療、介護、保育、教育etc.）

＝ 公共サービスの拡大 ⇔ 欧州諸国の成長戦略

トンデモ論から身を守るには...

～ 歴史を知る 想像力を持つ ～

26