

2022.10.1(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 219 号)」

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構ですが、**他の雑誌に発表済みの拙論全文を別の雑誌・新聞に掲載することを希望される方は、事前に初出誌の編集部と私の許可を求めて下さい。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様をご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。

本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に転載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

219 号の目次は以下の通りです (25 頁)

1. 論文：プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去 20 年間の実証研究の結論（「二木教授の医療時評(205)」『文化連情報』2022 年 10 月号 (535 号)：24-31 頁) ……2 頁
2. インタビュー：「ステルス」で続いた医療費抑制 全世代型社会保障の中身は変わった（「朝日新聞 DIGITAL」2022 年 8 月 29 日 聞き手：井上充昌) ……7 頁
3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文 (通算 199 回：2022 年分その 7：5 論文) ……13 頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 213) —最近知った名言・警句 ……17 頁
5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第 17 回) ……19 頁

お知らせ

論文「『令和 4 年版厚生労働白書』をどう読むか？」を『日本医事新報』2022 年 10 月 1 日号に掲載しました。本「ニュースレター」220 号に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. 論文：プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去 20 年間の実証研究の結論

(「二木教授の医療時評 (205)」『文化連情報』2022 年 10 月号 (535 号) : 24-31 頁)

はじめに

本連載(123)「岸田内閣の『骨太方針 2022』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」で、私は「財務省はプライマリケアや定額報酬が医療費を抑制すると思っているようですが、国内的・国際的経験でそれは否定されています」と書きました(1)。今回はそのエビデンスを紹介します。

入院の定額報酬(包括払い)により医療費が増加することは、日本での老人病院包括払い導入や急性期病院の DPC 方式導入等で、広く知られています。それに対して、一部のプライマリケア医や研究者は、以前から、評論や講演・インタビュー等で、プライマリケアの拡充により、医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制・節減できると主張していますが、その検証を行った実証研究は日本ではまだありません【注】。

私も、以前から、プライマリケアと医療の質と医療費との関係について興味を持っています。私は、長年、20 誌以上の医療経済学や医療政策研究の英語雑誌を毎月チェックしており、その関係を検討した実証研究はその都度、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」(2005 年 1 月から毎月配信。最新号は 2022 年 9 月配信の 218 号)の英語文献抄訳欄で紹介してきました。

その結果、プライマリケアの拡充が医療の質を引き上げること示した実証研究があることは確認できています。しかし、プライマリケアの拡充が医療費を抑制すること示した実証研究は読んだことがありません。逆に、プライマリケアの拡充により医療費が増えるか、医療費は変化しないとの良質な研究はたくさんあります。本稿執筆前に、改めて PubMed (アメリカ国立医学図書館が運用するデータベース) で文献検索をしましたが、結果は同じでした。そこで、本稿では、私が上記「ニューズレター」で今までに紹介した、プライマリケアと医療費と医療の質の三者(または二者)の関係について検証した 35 論文から 9 論文を精選して、その概要を紹介し、私のコメントを付けます。

強力なプライマリケアは高医療費と関連

プライマリケア(の拡充・水準)と医療費との関連を検証する方法には、国際比較(横断面調査)と特定の国でのプライマリケア拡充が医療費に与えた影響の縦断的調査の 2 つがあります。

国際比較研究で決定的な研究は、クリンゴス等が 2013 年に発表した「**ヨーロッパの強力なプライマリケア・システムは国民の健康水準の高さだけでなく、高医療費とも関連している**」です(2)。論文概要は以下の通りです(「」付きのゴシックは英語論文名の和訳。< >は私が作成した論文概要。以下同じ)。

<強力なプライマリケア・システムはしばしば、良質の医療を提供する医療制度の基盤と見なされるが、この見解を支持するエビデンスは限られている。そこで、2009-2010 年の

EUプロジェクト「ヨーロッパのプライマリケア活動モニター」で収集された31か国（EU加盟の27か国＋スイス、トルコ、ノルウェー、アイスランド）のプライマリケアのデータの相関分析と回帰分析を行った。各国のプライマリケアは、構造、アクセスの良さ、継続性、協働、包括性の5側面を、3段階で点数化した（1点：弱い～3点：強力）。

その結果、強力なプライマリケアは、国民の健康水準（主要疾患による余命の短縮の歯止め、健康の自己評価等）の高さ、不必要な入院率の低さ、社会経済的不平等（教育レベル等）の低さと関連していた。総医療費（2009年の1人当たり医療費。米ドル表示の購買力平価）はより強力なプライマリケア構造を有する国で高かった。この理由は、強力なプライマリケア構造の維持には多額の費用がかかること、しかもそれがサービス提供の分権化等を促進するためだと思われた。2000～2009年には、包括的なプライマリケアを持つ国の医療費増加率はそうでない国より低かった。＞ 他面、

本論文は、プライマリケアを5側面に分けて、それぞれの側面と医療費等との関連を分析的に検討した高水準の実証研究です。「強力なプライマリケア構造の維持には多額の費用がかかる」ことは、日本では見落とされている重要な論点と思います。

プライマリケア投資と医療制度のパフォーマンスは関連しない

最近では、ヴァン・グール等が、2021年にOECD加盟34か国の2005-2015年のデータを用いて、「**プライマリケアへのより多くの投資は医療制度のパフォーマンスを改善するか？**」について検証しています(3)。論文概要は、以下の通りです。

＜本研究は、プライマリケア投資と医療制度パフォーマンスとの関連を、OECD加盟34か国の2005-2015年のデータを用いて検証する。プライマリケアへの投資増加はパフォーマンスを改善するか、組織と医療提供の特定の性質がプライマリケアのよりよい投資収益と関連するかを探究する。各国の健康と医療制度、及び経済的・分配的特性についての豊富な新しいデータソースを利用した。マルチレベル・モデリングを用いて、各国間の変動を分析した。従属変数は6つあり、外来で多くを対処可能な3疾患（慢性閉塞性肺疾患・喘息、心不全、糖尿病）の入院率、65歳以上の高齢者のインフルエンザワクチン接種率、および乳がんと子宮頸がんのスクリーニング実施率である。説明変数は2つあり、1人当たり外来医療費と人口当たりプライマリケア医数である。

その結果、プライマリケア投資の多さは、複雑な目標に対する医療制度のパフォーマンスを改善しなかった（例：予防可能な入院の減少はなし）が、乳がん・子宮頸がんのスクリーニング実施率は多少(modest)改善した。GPが健康増進・予防活動を重視している国では、同量の投資でもスクリーニング実施率が高かった。以上の結果は、プライマリケア投資戦略では、単なる費用増加やプライマリケアの強みの特性を超えて、制度的・資金的調整を検討し、それらが政策目標とどうリンクするかを考えるべきことを示唆している。プライマリケア政策は医療制度のパフォーマンスを改善することに焦点を当てるべきである。＞

本論文の最後の結論は回りくどいですが、単刀直入に言えば、「プライマリケア投資と医療制度パフォーマンスとの間に単純な関連はない」ということです。緻密な研究ですが、変数の選択はやや粗雑・表面的です。

プライマリケアのフリーアクセス指数とGPへの満足度は相関

少し古いですが、2006年のクローネマン等の「**プライマリケアにおけるフリーアクセスと患者の満足度—ヨーロッパ調査**」は、ヨーロッパ18か国を対象にした国際比較研究で、プライマリケアにおけるフリーアクセス指数が高い国ほど患者のG Pサービスに対する満足度は高かった（門番機能が高いほど満足度は低い）ことを示しました(4)。論文概要は以下の通りです。

<EU加盟18カ国を対象にして、医療サービス利用に対する一般医（以下G P）の門番機能とG Pサービスに対する患者満足度の相関を調査した。まず各国の専門家に、17の医療サービスについて患者のフリーアクセス（G Pの紹介なしの利用）が保障されているか否かを調査し、その結果に基づいて「フリーアクセス指数」（direct accessibility scale）を作成した。17の医療サービスは、救急医療、歯科、小児科、産婦人科、病院所属の専門医、入院医療、在宅医療、リハビリテーション等である。次に、この結果とG Pサービスに対する患者満足度調査（14カ国）との相関係数を算出した。フリーアクセス指数が一番低かったのはポルトガル（13%）、一番高かったのはギリシャとスウェーデン（76%）であった。イギリスは35%、ドイツとフランスは65%であった。

その結果、フリーアクセス指数が高い国ほど患者のG Pサービスに対する満足度は高かった（ピアソンの相関係数 $r=0.54$, $p=0.05$ ）。この指数とG Pの組織的側面（organizational aspect.診察までの待ち日数や予約の必要の有無等）との相関は特に高かった（ $r=0.67$, $p=0.01$ ）。それに対して、患者と医師とのコミュニケーションや医療の技術的内容についての患者満足度とこの指数との相関はやや弱かった（それぞれ $r=0.46, 0.41$ ）でともに有意差なし）。この結果は、フリーアクセスはG Pサービスに対する患者満足度を高めるが、それは主としてG Pサービスの組織的側面に関わっていることを示している。>

本論文は、患者満足度を3つの側面に区別して、フリーアクセスとの相関を分析的に検討したことに新しさがあります。この視点は、今後日本で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」上で重要と思います。

アメリカのプライマリケア・モデル事業の結果

次に、アメリカ、オランダ、カナダのプライマリ拡充政策が医療費に与えた影響の縦断的研究を紹介します。

まず、アメリカでは2010年代にオバマケアの一環として、様々な包括的プライマリケア・モデル事業が行われ、その検証論文が数多く発表されていますが、医療費を抑制したとの報告はありません。私は、パイクス等が2018年に発表した「**包括的プライマリケア事業：費用、質、患者及び医師への効果**」がもっとも優れていると思います(5)。論文概要は以下の通りです。

<メディケア・メディケイド・サービスセンターは「包括的プライマリケア事業」（C P C）を開発し、2012年10月に開始した。様々な支払い者が支援している本事業に参加している全米502のプライマリケア診療組織がプライマリケア提供と医療の質を改善するか、または費用を抑制するか検証した。出来高払いのメディケア加入者を対象として、C P C参加群の2013~2016年の諸データを、マッチングした対照群と比較した。C P C参加群では、ハイリスク患者のケアマネジメント、アクセスの改善、ケア移行のコーディネーションの改善等、プライマリケアの提供で改善がみられた。C P C参加群の救急外来受

診率の増加は対照群に比べて2%低かった。しかし、CPC参加群のメディケア費用はケアマネジメント費用を補填できるほどには低下しなかった（ケアマネジメント費用を含まないと、CPC参加群のメディケア費用は対照群よりやや安かったが、それを含むと逆にやや高くなった）。医師やメディケア加入者の満足度、及びメディケア請求書ベースの質尺度に基づく診療パフォーマンスは改善しなかった。>

本論文では、介入費用（ケアマネジメント費用）を明示し、それを含むと包括的プライマリケア事業の費用抑制効果がなくなることが示されています。

慢性疾患の包括払いは医療費を増加させた

オランダでも、2021年に、カリミ等がプライマリケアにおける「**慢性疾患の包括払いは医療費を増加させた、特に多疾患罹患患者で**」と報告しています(6)。論文概要は以下の通りです。

<包括払いは医療サービスの統合を促進し、医療の質を改善しつつ究極的には医療費を抑制することを目的としている。オランダは2010年に、積極的で(proactive)患者中心の統合的プライマリケアの実施を促進するために包括払いを慢性疾患の支払いに導入し、多専門職で構成されるプライマリケア提供者に対して、慢性閉塞性肺疾患、2型糖尿病および心血管リスク管理(cardiovascular risk management,以下VRM)に関連したプライマリケア・サービスの1年当たり包括払いとした。この包括払いへの参加は任意で、支払いにはGP診療、専門看護師の診療、患者の自己管理とライフスタイルへの支援(禁煙や栄養の指導)、糖尿病的足治療、複雑な問題を抱える患者に対する専門医の診察、さらにはケア・コーディネーション、個別化されたケア・プランニングや統合的ICTシステムへの支援を含む。包括払いでは、オランダの社会保険で義務化されている患者負担(1年当たり385ユーロの免責制)も免除される。このような包括払いの1人当たり総医療費(急性期入院医療費も含む)に対する長期的影響を評価した。

2008-2015年の医療費請求データを用い、包括払いの対象になった全患者と対照群(包括払い不参加の患者)との医療費を比較した。差の差法(difference-in-difference analysis)とプロペンシティスコア・マッチングを組み合わせ分析したところ、包括払い群の医療費は7年間一貫して、対照群に比べ高かった。新たに包括払いとなった患者の半年当たり医療費増加の各期平均は対照群に比べ、2型糖尿病では233ユーロ(95%信頼区間:204-262)、慢性閉塞性肺疾患では609ユーロ(同533-686)、VRMでは231ユーロ(同208-254)高かった。これらは包括払い開始前の2008年の半年間の医療費より、それぞれ13%、52%、20%高かった。医療費増加は多疾患罹患患者の方が単一疾患患者より高かった。以上の結果は、包括払いに対する期待はまだ実現していないことを示唆している。>

オランダのプライマリケアが充実していることは日本でもよく紹介されますが、本論文は高水準の「プライマリケアへの包括払い導入が1人当たり総医療費を減少させるとのエビデンスがまったくなかった」ことを疑問の余地なく示した社会実験的研究です。ただし、包括払いによる医療の質の変化の有無は調査していません。

カナダでのチームによるプライマリケアが医療費に与えた影響

プライマリケアの拡充の有力な方法がチーム医療の導入で、カナダのシュトラムプ等は

2017年にケベック州で家庭医グループに導入された「チームによるプライマリケアが医療サービスの利用と費用に与える影響」を検討しています(7)。論文概要は以下の通りです。

＜チームによるプライマリケアが医療サービスの利用と費用に与える影響を、カナダ・ケベック州が2002年に導入した「家庭医グループ」(FMGs)のデータを用いて検討した。典型的なFMGsは6-12人の家庭医で構成され、看護師も重要な役割を果たす。登録患者に対しては、時間外も含めて診療する。医師への支払い方式は非FMGsと同じく出来高払いである。先行研究と異なり、本研究ではプライマリケアにおける組織的変更の影響のみを調査した。高齢者と慢性疾患患者の過去5年間の行政データを用いてパネルを作成し、患者はFMGs群か非FMGs群に分けた。患者、医師とも、FMGsへの参加は任意であったので、生じうる選択バイアスにはGPのプロペンシティブスコアのマッチングで対処し、差の差法で推計を行った。

その結果、FMGsの患者の外来医療の利用と費用は非FMGsに比べて有意に少なかった。患者1人・1年当たりのプライマリケア医受診は11%、専門医受診は6%減少した。費用の減少も大体同水準であった。しかし、FMGsは、入院、入院費用、救急外来受診の費用、及び総医療費に影響するとのエビデンスは得られなかった。＞

本論文は、チームによるプライマリケアは、プライマリケアの「効率化」をもたらすが、総医療費の削減にはつながらないことを示しています。

GPへの質に応じた支払いによる医療の質向上は一時的

イギリスではGP(一般医)に対して「質に応じた支払い」(P4P)が導入され、当初は、それによって医療の質が向上したとの報告が散見されましたが、その後、質に応じた支払い停止後はその効果は続かなかったとの決定的報告がなされました。それはミンチン等が2018年に発表した「イギリスにおける経済的インセンティブ停止後の医療の質」です(8)。論文概要は以下の通りです。

＜質に応じた支払い(P4P)の医療の質改善効果はまだ不明確であり、既存のP4P事業に対するインセンティブを停止した後の影響についての情報はほとんどない。電子医療記録(EMR)のデータを用いて分割時系列分析を行い、「イギリス質とアウトカム・フレームワーク(QOF)」における12の医療の質の指標の2010~2017年の変化を調査した。これら指標に対する経済的インセンティブは2014年に停止されたが、それ以外の6つの指標に対するインセンティブは続けられた。

イングランドのプライマリケア診療所2819の登録患者2000万人以上の完全な時系列データが得られた。経済的インセンティブ停止1年目ですぐ、12のすべての指標の医療の質の記録が減少した。減少は健康相談(health advice)関連の指標で特に大きく、高血圧患者に対する生活指導の記録は62.3%(95%信頼区間:65.6~59.0%)も減少した。それに比べると自動的にEMRに記録される診療行為では減少幅は小さく、冠動脈疾患のコレステロール値コントロールのための臨床検査は10.7%減、甲状腺機能低下症患者の甲状腺機能検査は12.1%減だった。インセンティブが続けられた6指標の記録はほとんど変化しなかった。以上から、経済的インセンティブを停止すると、直ちに質指標管理の減少が起こると結論できる。この減少の一部は、EMR記録の変化を反映しているかもしれないが、臨床検査の指

標も減少していることは、インセンティブの停止は医療提供の仕方そのものを変えたことを示唆している。>

本論文は、患者 2000 万人もの「ビッグデータ」を用いた研究で、プライマリケア医に対する経済的インセンティブによる医療の質指標の改善は一時的にすぎないことを疑問の余地なく明らかにしています。

なお、2018 年 10 月 15 日の経済産業省「産業構造審議会 2050 経済社会構造部会（第 2 回）」の「資料 3：健康寿命の延伸に向けた予防・健康インセンティブの強化について」の「医師に対する予防・健康インセンティブ」（18 頁）には、「英国では、かかりつけ医（GP）に対して生活習慣病の予防についてアウトカム評価を行い、評価に応じた報酬を支払うことで、医師に対する予防・健康インセンティブを強化」と書かれていますが、これはこの決定的論文が発表される前の古いデータに基づいた甘い評価です。

もう 1 つ、森田朗元中医協会会長は、かつてイギリスのプライマリケア医に対する P4P（質に応じた支払い）で「住民の健康水準が高く保たれ、総医療費の伸びを抑制できる」と主張しましたが、これはトンデモ言説です（『医薬経済』2014 年 8 月 14 日号：3 頁）。なぜなら、この P4P では基準を満たした診療を行ったプライマリケア医にボーナスが支払われるため、医療の質の（一時的）向上により、（外来）医療費は必ず増えるからです。しかも、それによる入院医療費の削減も実証されていません（9）。

プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減されない

最後に、実証研究ではありませんが、アメリカのソング等が 2019 年に発表した含蓄ある評論「**プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減されるか？**」を紹介します（10）。論文概要は以下の通りです。

< プライマリケアは医療の本質的要素で、良質の医療、患者の満足、死亡率の低下を含むアウトカムと関連している。プライマリケアは低い医療費とリンクしているとの観察研究もある。そのため近年は、州や連邦の政策担当者はプライマリケア費用を増やし、国民の健康増進と医療費の伸びの抑制の両方を達成しようと考え始めており、それには超党派の議員の支持もある。

しかし、現時点では、プライマリケアの費用増により総医療費を節減できるとの因果関係を示すエビデンスはほとんどない。総医療費がサービスの価格と量の積であることを踏まえると、それを減らすためには価格と量のいずれか、または両方を減らす必要があるが、プライマリケアだけでそれを実現するのは困難である。逆に一部の研究は、プライマリケア強化はサービス利用を増やす可能性も示している。ケア・コーディネーション、予防サービス、遠隔医療にはすべて金がかかり、その費用増を相殺するほど、急性期の入院医療等の利用が減ることはまだ示されていない。2017 年に発表された退役軍人庁病院で実施されたプライマリケア強化のランダム化比較試験でも費用の節減は生じなかった。

医療費抑制の圧力を考えると、プライマリケア強化によりそれを達成しようとする意図はわかるが、そのエビデンスは欠如している。医療費抑制のためには、プライマリケアへの投資は他の医療提供制度改革と一体で行う必要がある。それらは、医師と病院への支払い方法の改革、価格抑制のための競争または規制、価値に基づく保険の

デザイン（予防医療の自己負担の引き下げ）等である。＞

本論文は、プライマリケアを強化するだけで総医療費の伸び率を抑制できるとの naïve な期待・幻想を論理的かつ実証的に否定した好評論です。2 頁弱なので、サラリと読むことをお勧めします。

おわりに

以上の「文献学的検討」から、プライマリケアの拡充により医療費を抑制することはできず、逆に医療費は増加するか、低下しないことは明らかです。冒頭でも述べましたが、プライマリケアにより医療の質が向上することは少なくない研究で紹介されています。つまり、一般の医療と同じく、プライマリケアでも、医療の質を改善しつつ医療費を抑制することは困難で、「良かろう高かろう」とあるという極めて当たり前のことが確認できたと言えます。今後、日本で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について検討する際は、この基本的事実を踏まえることが必要と思います。

【注】プライマリケアの拡充で医療費が抑制できるとの言説

日本で、プライマリケアの拡充で医療の質向上と医療費抑制の両方を実現できると精力的に主張している双璧は、指導的プライマリケア医である草場鉄周医師と医療経済学者の井伊雅子氏（一橋大学教授）です。

例えば、井伊氏は「医療経済学とプライマリ・ケア」（『国際保健医療』32(2):99-104,2018）で、「プライマリ・ケアの制度を整備すれば、実は質を高めつつ、費用を削減することは可能である」と述べています。最新論文「日本の医療制度をどう設計するか？」（『アステイオン』96号:74-87,2022）でも、「多くの先進国では全医師の20-40%が家庭医（GP）」であり、「医療費は抑えられ、政府も財政を健全化でき、多くの人々の利害が一致する」と指摘しています。

しかし、この2論文を含め、井伊氏も草場医師も、今までこのような主張の根拠（エビデンス）となるデータや文献を示したことはありません。

文献

- (1) 二木立「岸田内閣の『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む（二木教授の医療時評(203)）」『文化連情報』2022年8月（533号）：32-38頁。
- (2) Kringos DS, et al: Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32(4):686-694,2013.
- (3) van Gool K, et al: Does more investment in primary care improve health system performance? *Health Policy* 125(6):717-724,2021.
- (4) Kroneman MW, et al: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 76(1):72-79,2006.
- (5) Peikes D, et al: The comprehensive primary care initiative: Effects on spending, quality, patients, and physicians. *Health Affairs* 37(6):890-899,2018.
- (6) Karimi M, et al: Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy* 125(6):751-759,2021.

- (7) Strumpf E, et al: The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics* 55:76-94,2017.
- (8) Minchin M, et al: Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *NEJM* 379(10):948-957,2018.
- (9) Dusheiko M, et al: Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. *Journal of Health Economics* 30(5):919-932,2011.
- (10) Song Z, et al: Will increasing primary care spending alone save money? *JAMA* 322(14):1349-1350,2019.

[本稿は『日本医事新報』2022年9月3日号に掲載した「プライマリケア拡充が医療費を抑制するとの実証研究はあるか？」に大幅に加筆したものです。]

2. インタビュー：〔長期政権からの宿題第3回〕「ステルス」

で続いた医療費抑制 全世代型社会保障の中身は変わった

（「朝日新聞 DIGITAL」2022年8月29日。聞き手・井上充昌）

「全世代型 社会保障」をかけ声に社会保障改革に取り組もうとした 安倍晋三 元首相。医療政策が専門の日本福祉大名誉教授、二木立（りゅう）さん（75）は、長期政権下の医療政策について「目立った実績はない」と指摘しつつ、「否定的な思いと、消極的な肯定の思いがある」と総括する。どういうことか。岸田政権が取り組むべき課題は。詳しく聞いた。

——7年8カ月に及ぶ長期政権だった 安倍政権 下の医療政策をどう評価しますか。

その前の 民主党 政権との最大の違いは、厳しい医療費抑制政策をとったことです。薬価を含めた 診療報酬 の全体を引き下げ続け、結果として 国民医療費 の伸びを抑えました。

小泉政権 のように 日本医師会 や 自民党 厚労族などを「抵抗勢力」と言って敵に見立てるといった派手さはありませんでしたが、ステルス（隠密）作戦のように目立たず、でも着実に引き下げた。「実を取った」と言えます。その結果、医療機関の経営は悪化しました。

息苦しい「村度」の世界で細る中間層、納得と安心の社会保障への道は

「全世代型社会保障」に至っては、安倍政権で中身が変わってしまいました。これは民主党政権時の「社会保障・税一体改革」で本格的に登場した考え方です。元々、少子高齢化が進む中での社会保障は、世代間で財源の取り合いをするのではなくそれぞれに必要な財源を確保する、という考え方でした。

財源確保から、コスト・シフティングへ

それが、安倍政権下で発足した「全世代型社会保障検討会議」による2019年12月の中間報告では、必要な財源確保という視点はなく、現役世代の負担上昇を抑えるために高齢者の負担増を行うという「コスト・シフティング」に終始してしまいました。高齢者の取り分を減らして若者の分を増やせ、というような言い方になった。

——財源確保の視点がなくなった理由をどのように考えますか。

それは簡単で、安倍元首相 が経済成長を優先するというか、絶対化する、筋金入りの「上げ潮派」だったからです。高い経済成長を実現すれば税収が増え、国民負担を増やさなくても必要な財源を確保できると考えたのでしょう。国政選挙 で勝つことに重きを置け

ば、一番いいのは国民の負担を増やさないこと。私は、安倍政権は医療制度を含めた社会保障改革では目立った実績がない、と考えています。逆に言うと、財源確保という一番大事な改革をしなかったから長く政権が続いた、と言えます。

結局、安倍政権下でも実質 GDP の伸び率は小さく、日本を含めた高所得国での高い経済成長はファンタジー（幻想）だと思います。

——しかし、消費税を10%に引き上げた実績を強調する人もいます。

僕から見ると、民主党と自民党、公明党の3党で合意した10%への引き上げを安倍元首相が2回も延期したことで、本来の時期から4年遅れ、その分入ってくるべき税収が消失した。なおかつ、19年の参院選前には、10%を超える引き上げについて「今後10年間ぐらいの間は必要ない」と発言し、議論を封印しました。この罪は重いと思いますよ。

——消費税については、物価高騰もあって国民からも厳しく見られていますが。

10年ほど前は社会保障の財源イコール消費税というイメージがあり、試算するときはみんな消費税に換算していました。その後、良い悪いは別にして、国民の消費税に対する拒否意識がべらぼうに高いことがはっきりしたからには、消費税の「一本足打法」ではなく、税財源は多様化すべきです。

金融所得課税や大企業の内部留保への時限的な課税、ただし賃金を引き上げた場合は控除するなどですね。もちろん今の物価高騰下では、こうした課税もすぐに強化することは難しいかもしれません。

——安倍政権は、経済成長を重視すると同時に、家族など伝統的な価値観を重んじる右派的な考え方も目立ちました。

安倍元首相が上げ潮派だったことに尽きると思います。単なる復古主義、というわけではなく、経済を大きくしたいとの思いが強かった。社会保障への向き合い方でも、経済成長につながるかどうか重要なのです。例えば、「予防医療」を推進すればヘルスケア産業の育成になるほか、医療費抑制にもなる、とされました。しかし、予防は医療費がかかるタイミングを先送りしているだけであり、長期的にはむしろ費用を増加させるというのが医療経済学の常識です。予防医療は17年、18年の「骨太の方針」での書きぶりがピークでしたが、19年ごろから記述が穏健化し、トーンダウンしました。

市場原理 導入には抑制的

医療分野では、小泉政権時に本格的な市場原理の導入や極端な医療費抑制策が一部で議論

されました。究極的には 国民皆保険 の解体につながる話です。しかし安倍政権では進まなかった。保険適用の治療と保険適用外の治療を同時にする「混合診療」は結局、現行制度と実態は変わらない制度に落ち着きました。

安倍元首相は強権的ではありましたが、同時に「優しさ」「ウェット」な面があったことも見落とすべきではありません。このため、小泉純一郎 元首相のような医療・社会保障分野への市場原理導入には抑制的だったとみています。

—それはどう評価されるのでしょうか。

安倍政権の 医療制度改革 には目立った実績はない、と言いましたが、もっと財源確保に目を向けるべきだったという否定的な思いと、市場原理を本格導入されるよりはよかったとの消極的な肯定の思いがありますね。

—安倍政権が社会保障における負担増の議論を先送りにしたことを批判されていますが、社会として「低福祉低負担」か「高福祉高負担」かを決断しないまま、中途半端でいるのが問題なのではないでしょうか。

理念はともかく、現実には低福祉は無理なんです。国民皆保険をやめるとか、年金をやめるとか、今さらできない。だから中福祉か高福祉かの選択で、それに見合った負担をどう考えるのか、ということでしょう。

「黄金の3年」で社会保障はどうなる？ 深刻な少子高齢化で課題山積

—岸田政権に引き継がれるべきものはありますか。

医療・社会保障改革には連続性があり、自公連立 政権の枠内での「疑似 政権交代」ではこれまでと大きくは変わらないと思います。岸田文雄 首相は安倍元首相らと違い、社会保障分野の経験がゼロ。看護師の処遇改善をめぐる「コロナ医療など一定の役割を担う医療機関」に限定したため、賃上げの対象にならない人がいた。全体として病院の経営を成り立たせるのが診療報酬なので、医療職全体の賃金を上げるしかない。思いつきで言ったようにしか思えないですね。

すが、岸田政権が立ち上げた「全世代型社会保障構築会議」には、「検討会議」とは異なり、社会保障・税一体改革の時に機能強化と負担増の議論に向き合ったメンバーが入っています。少子高齢化の中で求められる負担増への議論が進むことを、少し期待しています。(聞き手・井上充昌)

3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算198回)(2022年分その7:5論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名:論文名.雑誌名 巻(号):開始ページ-終了ページ,発行年)[論文の性格]論文要旨の抄訳± α の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○2000-2019年のアメリカの州別医療費増加率のばらつきは各州の[1人当たり]所得、価格[消費者物価]レベル、及びメディケイド拡大と関連していた

Johnson EK, et al: Varied health spending growth across US states was associated with income, price levels, and Medicaid expansion, 2000-19, Health Affairs 41(8):1088-1097,2022 [量的研究]

アメリカの医療費の各州間の最近のばらつきはほとんど知られていない(公式推計は2014年が最後)。「州医療費勘定」とそれ以外の一時的データを用いて2000-2019年の州別及び保険者別の医療費を推計した。2019年には、州別1人当たり医療費は最低7250ドル(ユタ州)から、最高14,500ドル(アラスカ州)の幅があった。2013~2019年の、インフレーション調整後の州別1人当たり医療費の年平均増加率は最低がワシントンDCの1.0%、最高が南ダコタ州の4.2%であった。州別医療費増加のばらつきの最大の説明要因は1人当たり所得で25.3%、次いで消費者物価の21.7%であった。(オバマケアによる)メディケイドの拡大は1人当たり医療費増加と関連していたが、メディケイド拡大州の1人当たり自己負担医療費の伸び率中央値は、メディケイド非拡大州のそれよりも小さかった。最新の州別医療費の推計は、アメリカにおける医療費軌道を追跡する上でも、それに関連する要因を評価する上でも重要である。

二木コメント—国民皆保険(保障)制度のないアメリカでは、日本に比べて、マクロな医療費統計・推計が貧弱なことは私も知っていましたが、公式の州別医療費統計・推計が2015年以降に降ることには驚きました。州別医療費増加率のばらつきの最大の説明要因が1人当たり所得であるのは、アメリカには国民皆保険(保障)制度がないため、一般の財・サービスと同様に、1人当たり医療費が1人当たり所得により大きく影響されるからです。日本では医療費伸び率の要因分析は「名目医療費」を用いて行われますが、アメリカでは「インフレ調整済み医療費」で行われ、これが国際標準です。

○[医療費]請求・保険関連管理費用:[6か国のミクロレベルデータの]国際比較分析

Richman BD, et al: Billing and insurance-related administrative costs: A cross-national analysis. Health Affairs 41(8):1098-1106,2022 [量的研究]

医療費請求・保険関連費用(BIR task. 以下、管理費用)はOECD加盟国における医療費の無駄の重要な源泉だが、これらの管理費用負担は国によって異なる。5か国(オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダ、シンガポール)の6つの医療提供主体(大半は大学病院)のミクロレベルの管理費用データを収集し、それらを以前行ったアメリカのデータと比較した。

その結果、手術入院1件当たり管理費用(購買力平価で調整済み)はカナダの6ドルから

アメリカの 215 ドルまで大きな差があった。次に、管理費用を、保険適用の確認 (eligibility)、コード付け (coding)、保険者への請求書の提出、および同再提出 (rework) の 4 つに分類し、比較した。アメリカとオーストラリアの管理費用は他国に比べ高かったが、その要因はコード付け費用が高いためであった。一部の国でこの費用が安い理由の一つはこの業務を低スキル従事者が行っているためであったが、費用が安い主因は管理業務が効率的に行われているためだった。一部の国 (ドイツとシンガポール) は、患者に治療前の経済的カウンセリングを提供することで、管理費用を節減していた。マイクロレベルの分析により、特定の費用増加要因を同定し、コード付け費用を減らすための方法を明らかにできた。

二木コメント—従来の管理費用の国際比較研究がマクロレベルであったのに対して、本研究は、「時間主導型活動基準原価計算」 (time-driven activity-based costing) を用いた、初めてのマイクロレベルでの国際比較研究だそうです。ただし、各国のマイクロデータ (大半は 1 大学病院のデータ) の異質性が大きいことが気になります。

○病院における治療費用のばらつきの要因：体系的文献レビュー

Jacobs K, et al: Variability drivers of treatment costs in hospitals: A systematic review. Health Policy 126(2): 75-86,2022 [文献レビュー]

本研究の目的は、病院における治療費用のばらつきの要因を研究し、新たな診療報酬支払方式を求めている政策決定者と医療提供者に必要な情報を提供すること、及びアウトカム対費用比を改善することである。本体系的文献レビューは、病院の視点から、治療費用のばらつきに焦点化した研究を概観し、それらの特性の概略と費用増加要因を示し、今後の研究方法論に示唆を与える。PubMed/Medline 等 7 つのデータベースを用い、2 人の調査者が 2020 年 10 月までに発表された文献を抽出・評価した。最終的に 90 論文を選んだ。

患者、治療法と疾病の特性、及び重要度は少し低下するが、アウトカムと施設特性を、費用のばらつきを説明する重要な要因として同定した。論文の 3 分の 1 では、著者が示す費用計算方法が不明瞭であると見なされた。以上から、患者、治療法、及び疾病の特性が病院費用のばらつきを説明すると結論づけた。検討したのが費用のバラツキに焦点を当てた研究であるにもかかわらず、多くの論文で病院費用の定義の透明性に限界があることが、本レビューの著名な観察結果 (remarkable observation) と判断した。

二木コメント—タイトルは非常に魅力的ですが、これほど無内容な文献レビューも珍しいと思います。最後の 1 文を真顔で書いている (?) のには笑ってしまいました。

○より少ない費用でより多くのことをする—フルーガル (簡素な)・イノベーションはいかにして保健医療制度の改善に貢献できるか

Sarkar S, et al: Doing more with less - How frugal innovations can contribute to improving healthcare systems. Social Science & Medicine 306(2022) 115127, 12 pages [総説]

イノベーションの議論で最先端で高額な技術が支配的であることは、代替的で補足的な視点、つまり費用を削減しつつ世界中で保健医療へのアクセスを改善することから、目を逸らせる可能性がある。そのような補足的方法の 1 つがフルーガル (簡素な)・イノベーションである。フルーガル・イノベーションは、恵まれない顧客のために、より少ない資源を用いて、効果的で支払可能な製品を提供する方法であり、社会科学文献で関心が高まっている

る。フルーガル・イノベーションは主に途上国について論じられてきたが、高所得国の医療提供者の間でも、効果的で低費用の方法として、関心が高まっている。それにもかかわらず、フルーガル・イノベーションについての知識とそれの保健医療における役割の説明は、様々な文献に分散しているため、研究者や実践家がこの現象について完全で統合的に理解するのが困難になっている。

本研究では、現存する知識を合成することにより、断片化したこの現象に取り組む。それにより、誰がアクターか、何がなされているか、このイノベーションがいかにして開発されたか、そのアウトカムは何かについての情報を引き出し、保健医療におけるフルーガル・イノベーションの基礎にあるメカニズムを示す。我々が開発した中範囲の理論 (midrange theory) は、研究者が経験的観察とモデルを創るための概念的枠組みを提供し、さらに、保健医療におけるフルーガル・イノベーションのより統合した視点を示すことにより、保健医療サービスにおけるこれらのイノベーションの開発、適切性と応用についての対話が始まることを期待する。それにより、質を維持しつつ国民の保健医療アクセスを増すことができるであろう。

二木コメント 「フルーガル・イノベーション」は 21 世紀に入って、産業界で注目されている概念です。本論文は保健医療分野のフルーガル・イノベーションについての初めての本格的な総説のようです。私はこれを読んで、1980 年代にインドのリハビリテーションの現地調査・勉強をした時に、当地では、「リハビリテーションの技術は西欧流の洗練された高価なものではなく、単純だが即席の効果があり、しかも安価な『適正技術』 (appropriate technology) が探究されなければならない」と主張されていたことを思い出しました (『リハビリテーション医療の社会経済学』勁草書房,1988, 「インドの医療とリハビリテーション」 245 頁)。英語版 Wikipedia の "Frugal innovation" には、フルーガル・イノベーションの「概念のルーツは 1950 年代の適正技術運動にある可能性がある」と書かれていました。

○ [アメリカの] 急性期病院における理学療法治療頻度と障害改善・自宅退院との関連

Johnson JK, et al: Association of physical therapy treatment frequency in the acute care hospital with improving functional status and discharge home. *Medical Care* 60 (6) :444-452,2022 [量的研究]

理学療法 (以下、PT) は急性期病院に入院中、障害に対処するために行われるが、PT の頻度の患者アウトカムへの効果は明確ではない。本研究の目的は PT の頻度が独立して患者の「障害」 (下記の「二木コメント」参照) 改善と、自宅退院と関連するか、及び両者を合わせたアウトカムと関連するかを明らかにすることである。研究デザインは後方視的コホート研究である。対象はある病院グループ傘下の 11 病院に 1 泊以上入院し 2017 年 1 月～2020 年 12 月の 4 年間に生存退院した 18 歳以上の患者 625,317 人のうち、2 回以上の PT を受けた 243,779 人である (1 回のみ受けた患者 107,252 人は除外した)。対象は以下の診断的サブグループに層別化した: 心血管疾患、一般内科・外科、神経疾患、がん、及び整形外科。入院期間の分布は 1 日 12.0%、2-3 日 12.7%、4-6 日 32.9%、6 日以上 42.4% であった。PT 実施頻度 (入院 1 週当たりに標準化) は、1 週当たり 2 回以下、3-4 回、5-7 回、8 回以上に分けた。障害の改善は、「急性期医療後起居移動動作尺度」第 2 版 (Activity Measure for Post-Acute Care mobility score. 寝返り～階段昇降のレベルで評価。最低

16.6点～最高57.5点)の5点以上の改善と定義した。それ以外のアウトカムは自宅退院と障害の改善・自宅退院を合わせたアウトカムとした。

PT頻度の分布は全体では週8回以上が11.0%～週2回以下が40.5%であったが、サブグループごとのバラツキが大きかった。対象全体では、患者の36%の障害が改善し、64%が自宅退院し、27%が両方のアウトカムを達成した。調整分析では、週2回以下のPTと比べて、障害改善の調整相対リスク(aRR)はPT頻度が増加するほど漸増し、週3-4回ではaRR=1.20、95%信頼区間1.14-1.26、週8回以上ではaRR=1.78、95%信頼区間1.55-2.03であった。全患者、各サブグループの患者とも、PT頻度の多さは高い自宅退院尤度(likelihood)と障害改善・自宅退院を合わせた高いアウトカム尤度と有意に関連していた。以上から、PT頻度の多さは障害改善と自宅退院を促進する可能性がある結論づけられる。しかしながら、大半の患者ではPT頻度は高くなかった。さらに研究を行い、個々の患者のニーズを満たすPTの最適頻度を決定する必要がある。

二木コメント—論文名は魅力的で、しかも患者24万人のビッグデータを用いた一見緻密な統計的分析です。ただし、入院期間が1週間未満の患者が6割弱を占めているにもかかわらず、1週当たりPT頻度(回数)を計算するのは無理があると思います。また、PTの1回当たり実施時間は示されていません。そのためもあり、日本の回復期リハビリテーション病棟はもちろん、急性期病棟でのPTとの比較も困難と思います。なお、論文名中の"functional status"は直訳すれば「機能的状態」で、日本語の「機能障害」(運動機能障害等)を連想させますが、内容は起居移動動作の障害(ICF『国際生活機能分類』では「活動制限」(activity limitations))を意味するので、誤解を避けるため「障害」と訳しました。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 213)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○野嶋剛 (ジャーナリスト、大東文化大学社会学部教授) 「言葉というのは、とても大切である。すべての概念は、言葉によって表現されることで可視化される。表現されないものは認知されないで、存在しないに等しい。だから翻訳がとても大切になってくる」 (『新中国論 台湾・香港と習近平体制』平凡社新書,2022,46 頁。中国・台湾で用いられている「兩岸」は、「中国と台湾の関係における歴史的特殊性」を意味する言葉であり、日本で「中台」と訳すのは不適切であると強調)。

○磯野真穂 (医療人類学者) 「きっとこの [西智弘医師との「社会的処方」をめぐる] 対談を記事で目にした方は、『たかが言葉じゃないか、揚げ足取りだ』と思う方もいらっしゃるかもしれませんが。／ですが、私はそうは思わない。言葉は力を持つからです。実際にやられていることと、それを示す言葉の距離が離れすぎていると、言葉だけが一人歩きします。(中略) /…『社会的処方』を言葉だけ聞いた人は、西さんが説明しているような意味で『処方』を捉えないと思います。『処方』は医師から与えられ、患者は変えることができない一方的な指示ですから」 (磯野真穂・西智弘「(対談) 医療は人と人との繋がりまで介入すべきなのか? 医療人類学者が『社会的処方』に疑問を抱くわけ」 BuzzFeed Japan 2022 年 4 月 18 日公開。司会: 岩永直子)。

ニ木コメントー私も「言葉は大切」、「言葉は力を持つ」と思っているので、お二人の主張に大いに共感しました。私は、保健医療福祉分野で不適切訳語が「一人歩き」する最たるものが、intervention を「介入」と訳すことだと思い、本「ニューズレター」194 号 (2019 年 11 月) の本欄で、渡部律子氏の名言を紹介しながら、以下のように書きました。

○渡部律子 (日本女子大学教授) 「援助・支援 ソーシャルワーカーとクライアント…が出会い、そこで展開されていく問題解決・軽減のための活動をソーシャルワーク援助と呼ぶ。英語圏では、日本語に訳すと『介入』となる『Intervention』という用語が使用されることもあるが、この日本語は両者の関係が対等ではないという誤解を招くこともあるので本書では使用しない」 (『福祉専門職のための統合的・多面的アセスメントー相互作用を深め最適な支援を導くための基礎』ミネルヴァ書房,2019,20 頁「用語の定義」)。

ニ木コメントー私も以前から「介入」という日本語表現が気になり、大学院生や若手研究者が社会福祉・ソーシャルワーク分野の研究計画等で「介入」を使った時には、「支援・援助が適切ではないか?」とコメントしていたので、多いに共感しました。今回 Google で調べたところ、intervention の動詞 intervene の本来の意味は「間に入る」「介在する」(inter=間・中+vene=来る) という中立的意味であり、日常用語として干渉、押しつけ等のマイナスイメージがある「介入」は、専門用語としても使うべきではないと改めて思いました。医学論文の intervention は、なかなか良い訳語が思いつきませんでしたでしたが、本「ニューズレター」183 号の英語論文抄訳欄の冒頭で紹介した論文では、試みに「働きかけ」と訳してみました。また、以前から、「treatment intervention」「intervention group」はそれぞれ、「治療介入」ではなく「治療」、「介入群」ではなく「治療群」と訳しています。

○出口治明 (立命館アジア太平洋大学学長) 「人間には持って生まれた器があります。『頑

張って器を大きくしなさい』と言われても、人の器の大きさは努力したところでさほど変わりません。(中略)しかし、器を大きくできなくても、器の中身を捨てることで容量が確保できることは自明の理です」(『「捨てる」思考法 結果を出す 81 の教え』毎日新聞,2022,35頁)。二木コメントー前半は運命論的ですが、後半に救いがあると感じました。

○小柳学(左右社社長。原稿の締め切りから逃れようとする作家や漫画家など、のべ150人の言い訳や苦悩を集めた「メ切本」「メ切り本2」を出版)「作家が締め切りから逃れようとする言い訳を七つに分類してみました。／まずは『忙しい』。(中略)／二つ目は『体調のせい』。(中略)／三つ目は仮病(中略)／四つ目は虚偽の報告。(中略)／五つ目は誠実派。(中略)／六つ目は逃亡派。(中略)／七つ目は妄想派と言えいいんでしょうか。(中略)／作家にとって、編集者とは、締め切りとは何なのか。彼らは書きたくないのではなく、追いかけてくれる人がいないと書けない人たちではないでしょうか。逃げることで気持ちを高めている。追いかけてくれる人がいて、初めて着火するのでは」(「朝日新聞」2022年4月4日朝刊、「リレーおびにおん 逃げる③)」。二木コメントー私も、「締め切りから逃れようとする言い訳」をいろいろ考えるので、身につまされました。今は、『日本医事新報』と『文化連情報』の2つの連載の締め切りが毎月あるので、なんとか原稿を書き続けられています。

<その他>

○古川貞二郎(元厚生事務次官、元官房副長官。官房副長官として、村山、橋本、小淵、森、小泉の5首相に合計8年7か月仕えた。2022年9月5日死去、87歳)「自分の信念を吐露して、上にモノを言わなければならない。政治が決定したら従う。これが官僚だ」、「優れた公務員がいてはじめて政治はうまくいく」(「読売新聞」2022年9月7日朝刊、古川貞二郎さん「評伝」(谷川広二郎記者))。二木コメントー谷川記者によると、このような「吏道」を貫いた古川氏は近年の「官邸一強」には批判的だったそうです。

○KDDIの元幹部「[稲盛和夫氏は]遠くから見れば、綺麗に見える大きな山のような人だった」(町田徹(ジャーナリスト)「追悼 稲盛和夫」『週刊エコノミスト』2022年9月27日号:14頁。「稲盛氏の後半生の成功物語は…用意されたレールの下で実現した面が大きい」と評した上で、KDDIの元幹部が上記のように漏らしたことを記す)。二木コメントー私は稲盛氏とは面識がありませんが、ほとんどの新聞雑誌の追悼記事が稲盛氏礼賛であるのと異なり、この追悼文は「複眼的」なことに注目しました。この評価は、有名な故橋本

龍太郎元首相評と瓜二つです：**「橋龍というのは遠くで見ている富士山」**（浅川博忠『橋本龍太郎 仕事師と呼ばれた男』東洋経済,1995,138 頁。Wikipedia の「橋本龍太郎」より重引）。

ただし、これより前に、田中角栄も中曽根康弘を同じように酷評していたそうです：**「田中は、政治理念も手法も異なる中曽根さんを端的にこう評していた。／『中曽根は遠目の富士だ。遠くに見る富士は颯爽として美しい。近くに行けば瓦礫の山さ。石ころばかりだ』**」（佐藤昭子『田中角栄』（経済界,2005,138 頁）。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第17回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」55号（2022年9月11日）から転載

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○カル・ニューポート著、池田真紀子訳『超没入 メールやチャットに邪魔されない、働き方の正解』早川書房,2022年5月（原著2021年）。

…「メールありきのワークフローから離れ、本来の仕事に集中できる時間やスペース」を十分に確保することには賛成だが、それについて延々300頁余も論じるのは紙と時間の無駄と思う。

○日野行介『調査報道記者 国策の闇を暴く仕事』明石書店,2022年7月。

…著者は元毎日新聞記者の気骨あるジャーナリストで、在職中は社会部や特別報道部で福島第一原発事故の被災者政策や原発再稼働をめぐる安全規制や避難計画の実態を暴く調査報道に従事。本書の第1～6章はそれの集大成。第8章「記録と聞き取りで意思決定過程を解明」では、著者が見いだした「公表資料の分析と情報公開請求、そして関係者への聞き取りという、職業記者としての基本作業を積み重ねる〔調査報道の〕手法」、「考え方や方法論」を克明に紹介している。それらの中には、批判的視点から政策研究を行う上でのヒントも少なくないが、全体としては"super-advanced course"。著者は、「おわりに」で調査報道に「必要なものは『狂気と執念』だけ」と結論づけるが、この2つを併せ持つジャーナリストや研究者はごく少ないと思う。また、私の経験では、この2つを併せ持つ人には、自己の信念を絶対化して、「結論先にありき」的書き方をする人が少なくない。本書を読んで、原発政策と比べると、最近の医療政策は「意思決定過程」を含めて、情報公開がはるかに進んでいるとも感じた（中医協や社会保障審議会の各部会は、詳細な議事録が発言者名入りで公開されている等）。私はこの最大の理由は、医療政策では日本医師会が厚生労働省に対する「拮抗力」の役割を果たしているためと思う。

○本郷和人『歴史学者という病』講談社現代新書,2022年8月。

…早熟で高校生時代から「無用者」になることを目指した人気歴史学者の、赤裸々な半生記&反省記。自己の体験も踏まえて、日本の歴史学研究の流れ（皇国史観→唯物史観→社会史→現代）をスケッチし、歴史学は「かなり相対的で振り幅の大きい、不安定な学問」であることを示す。医療・医療政策史研究のヒントになる指摘も少なくない。著者は「科学的な実証」を重視し、「歴史学にロマンや感情を持ち込むのは危険」と強調するが、同時に、史料を現代語に置き換えるだけの「単純実証」ではなく、「史実という土台がしっかりと築かれている上に表された史像や史観を導入する実証史学」を提唱（174頁）。「歴史学者には熟成が必要」であり、「齢を重ねるほど大きな仕事を成す方々が多い」との指摘に同感（82頁）。

B. 医療・福祉関連

○大内尉義「医学的視点から見た高齢者の定義」『社会保障研究』7(1):4-15頁,2022年

6月（特集「改めて高齢化と社会保障の持続可能性を考える」（5論文）の巻頭論文。すべてウェブ上に公開）。

…日本老年学会・日本老年医学会のワーキンググループは、2017年に、75歳以上を「高齢者」、65～74歳を「准高齢者」とする提言を発表した。本論文は、提言の基礎になった種々のコホート調査の結果＝「日本人の若返り現象を示すエビデンス」を紹介した上で、提言の社会的意義を強調し、提言に対する3つの批判に簡潔に答えている。

○別府志海「平均余命等価でみる高齢期—日本の今までとこれから」『社会保障研究』7(1):16-25頁,2022年6月（上記特集の第2論文）。

…「高齢者」をどのように定義するかについて行われているいくつかの方法の中から、平均余命の長さと同じとなる年齢に着目した「余命等価平均」を用いて1970年の平均余命を基準に高齢人口と高齢人口の割合を概観。その結果、従来の65歳以上を高齢者とする定義と比べ、等価余年齢以上の人口は人口規模が半分になること、総人口に占める高齢者の割合も従来の定義と比べて余命等価年齢では約半分の水準となることを示す。併せて、この指標は死亡率低下とともに、疾病期間や要介護期間が延びる可能性は考慮していない点にも注意を喚起。

○増田雅暢「介護保険の年齢区分に関する考察」『社会保障研究』7(1):54-67頁,2022年6月（上記特集の第5論文）。

…介護保険制度が被保険者の範囲を「40歳以上」としたことについての制度創設時の議論を振り返るとともに、制度実施後の2005年から2006年に掛けて行われた見直し議論の経緯や内容を整理。次に、介護保険と障害者福祉との関係、ドイツや韓国の介護保険制度における被保険者の範囲について解説し、最後に、「介護保険の持続可能性の確保」や「介護の普遍化の徹底」という観点から、年齢区分を見直して被保険者の範囲を拡大することを提言。「介護保険給付と障害者福祉制度からの給付との調整」案は説得力があり、**介護保険・障害者福祉の研究者や関係者必読。**

○日本看護質評価改善機構編集『看護ケアの質評価と改善』医学書院,2022年7月。

…同機構が2005年から行っている、病院の看護ケアの質評価と改善事業を詳しく紹介。看護ケアの質を図る6つの領域（患者への接近、内なる力を強める、家族の絆を強める、直接ケア、場を作る、インシデントを防ぐ）別に、構造、過程、アウトカムの3つの観点から総合的に評価。質評価で終わるのでなく、それを質改善につなげることも目指している。**介護・ソーシャルワーク分野の質評価と質改善の評価ツールを創る参考にもなる。**

○特集「ICFの可能性と活用法」『リハビリテーション医学』2022年8月号（59巻2号）：762-816頁。

…2018年5月にWHO（世界保健機関）総会で採択された「疾病および関連保健問題の国際統計分類・第11回改訂版（ICD-11）」において、ICFを用いた健康に関する生活機能レベルの定量化を目的とする「第V章（補助セクション）」が新たに盛り込まれ、これによりICFの普及・実用化に向けた取組も新たな段階を迎えている。本特集はこのような視点から、ICFの可能性と活用性などを解説した8論文を掲載しており、**ICFに関心を持つ者必読。**

○樋澤吉彦『ソーシャルワークの専門職資格統一化のゆくえ 相模原事件と「日本精神

保健福祉士協会』の動向』生活書院,2022年8月。

…相模原事件と日本精神保健福祉士協会の英語略称変更（PSW から MHSW[Mental Helth Social Worker]へ）を「『同列』」に並べて、この間の日本精神保健福祉士協会の対応を「検証」し、厳しく批判。第3・4章で、社会福祉士とは別の精神保健福祉士資格の制度化の経緯を踏まえて、MHSW への英語名称変更の妥当性を詳細に検討している部分は資料的価値があるとも思うが、全体的にあまりに内向き。私は「ソーシャルワーク専門職資格統一」は当面は議論にもならないのは確実なので、書名は"miss the mark""off the point"（的外れ）と思う。

○『社会保障読本 2022 年版－医療・介護・年金制度の現状と課題・将来』『週刊社会保障』2022年8月15/22日号（3182号。夏季特別号）：3-143頁。

…毎年夏に発行される社会保障ハンドブック。医療保険・医療制度、介護保険、年金保険別に「現状編」を厚生労働省担当者が、「理論編」を研究者が執筆。**医療保険の理論編（菅原琢磨・大道久氏）と医療制度の理論編（尾形裕也氏）**はよくまとまっている。特に**尾形氏の「医療提供体制の課題と将来」**は本文だけでなく、（注）の(2),(5),(8)が必読。私はこれらの注を読んで、故立花隆氏が「『実戦』に役立つ[読書法]十四カ条」で、「**注釈を読みとばすな。注釈には、しばしば本文以上の情報が含まれている**」と書いていたことを思い出した（『僕はこんな本を読んできた』文藝春秋,1995,74頁）。（注8）については下記論文の併読を奨める。

＋○尾形裕也「『新しい資本主義』と社会保障に関する考察『週刊社会保障』2022年2月21日号（3158号）：24-29頁。←本「通信」48号（22年2月）で紹介・推薦済。…岸田首相の掲げる「新しい資本主義」と社会保障との関係を包括的に検討。分配政策のうち、看護等の賃金・所得の引き上げについて政府が直接介入することは「邪道」と批判。岸田政権には、税・社会保障による再分配という観点が弱いと指摘し、今後は、再度、「税と社会保障の一体改革」の再検討が必要になると予測。このテーマについての論文の白眉。

○池上直己「高木安雄先生への追悼」、尾形裕也「高木安雄氏を偲んで一個人的な思い出『社会保険旬報』2022年8月21日号：22-27頁。

…2022年7月21日、心不全のために72歳で急逝した、医療政策研究者・高木安雄さん（元『社会保険旬報』編集部・九州大学名誉教授・慶應義塾大学名誉教授）への心のこもった追悼文。両方を読むと高木氏の研究業績の全体像と誠実で飾らない人柄が良く分かる。私自身は、高木さんとは、代々木病院勤務医時代からの40年以上の長い付き合い。私は当初、厚生労働省の内部事情に疎かったので、高木さんに事あるごとにいろいろ教えていただき、「現実感覚」を身に付けることができた。その後も、高木さんには、長年（本年7月まで!）、原稿の草稿を発表前に送り、率直なコメントをいただいていた。

○中村洋「医薬品産業をめぐる諸問題について－薬価改定における調整幅、イノベーション推進、薬剤費マクロ経済スライド」『社会保険旬報』2022年8月21日号：12-20頁。…今後本格化する可能性がある医薬品（産業）をめぐる議論のうち、①薬価改定における調整幅の扱い、②薬剤費上昇抑制が求められる中でのイノベーション推進、③薬剤費のマクロ経済スライドの扱いの3点を取り上げ、それぞれについて「これまでの経緯と

指摘された課題」を整理し、「今後の施策の方向性」について問題提起。その前提として、「中医協などでの政策決定において基本となる考え」として、以下の4点を指摘：①データに基づく政策決定（平均値だけでなくばらつきを重視）、②政策実行において現場に過度な混乱が起きない配慮、③薬剤費上昇抑制とイノベーションの推進の両立、④アクセス重視と表裏一体の政府による点数・価格の決定。私は、この4点は医療政策全般についても重要な視点と思う。分析と提言は大変バランス感覚があり、今後の医薬品（産業）政策を考える上での必読文献。

○今村英仁「徳洲会グループのガバナンス 日本最大民間病院グループのサステイナビリティへの挑戦」『病院』2022年9月号：811-815頁。

…日本で最大の民間医療法人かつ最大の保健・医療・福祉複合体である徳洲会の安富祖久昭理事長（当時）に対するインタビューのまとめ。徳洲会グループは2013年の公職選挙法違反事件により、ガバナンス体制の大幅変更を余儀なくされ、創業者一族はグループの組織運営から完全に切り離された。ガバナンス体制を確立するため21あった医療法人を1医療法人（徳洲会）に集約すると共に、グループの全組織が非営利型の「一般社団法人徳洲会」に参加することにし、それがグループを一体的に管理している。この再編成のメリットは、今後、同グループには相続税問題が発生しないことと今村氏は解釈。2022年3月には理事長の選任方法・任期制・継続任期期間の導入が理事会で承認され、その際最も大事な柱とされたのが、「生命（いのち）だけは平等だ」という同グループの理念を遂行する人材を選ぶ方法の確立。

○高山一夫「[連載 アメリカの医療政策動向(25)] 保守化する連邦最高裁と医療政策への影響」『文化連情報』2022年9月号：52-55頁。

…トランプ大統領時代に一気に保守化したアメリカ連邦最高裁は、中絶の権利や公共の場での銃の隠匿携帯を規制したニューヨーク州の銃規制、さらには発電所が排出する温室効果ガスへの環境保護庁の規制に対しても、それぞれ違憲とする判決を出した。それにもかかわらず、オバマケア（ACA）違憲訴訟においては、最高裁はこれまで3回も合憲判決を出していることに注目してその要因を分析し、「保守化した連邦最高裁といえども、新たな立法でもなければ、司法として独自にその[オバマケアの]改廃に踏み込むことはない」と展望。

○荻野幹樹・真野俊樹「受給者からみた医療サービスの評価と課題—人的付加価値とDXの意味」『週刊社会保障』2022年9月5日号：36-41頁。

…日本国内に居住し就労している男女を対象にして、インターネットによるコンジョイント分析（表明選好法の1つ）により、ヘルスリテラシー（尺度）と医療受療上京、IT技術の利用状況との関連を調査。その結果、調査者が事前に立てた仮説とは逆に、ヘルスリテラシーが高い方がデジタル技術よりも人的サービスへの期待が大きいという皮肉な結果が得られ、「闇雲な効率化はサービス受給者の不信を招くことに繋がりがねない」と警告。私はこれを読んで、かつてアメリカの未来学者のネイスビッツが『メガトレンド』（竹村健一訳。三笠書房,1983）で、今後の医療にはハイ・テクとハイ・タッチの両方が求められていると喝破したことを思い出した。

○遠藤浩介「(特集) 全国に拡大中！地域連携推進法人」『日経ヘルスケア』2022年9月号：47-57頁。

…2017年度に創設された地域医療連携推進法人は、徐々に増え、2022年8月末現在32法人に達した。ただし、それがあるのは20道府県にとどまり、東京都や福岡県等にはまだない。

本特集では、それらを過疎地型、地方都市型、（大）都市型に3区分し、さらに「公的主導型」、「民間主導型」に分類し、現状や今後の対応策を整理。3事例も紹介。

○古川雅子『「気づき」のがん患者学 サバイバーに学ぶ治療と人生の選び方』NHK出版新書,2022年9月(10日)。

…ノンフィクションライターとして、20年近く医療現場やがんサバイバーの取材を続けてきた著者の渾身の作。本書では、今のがん医療を知るために不可欠な「がんゲノム医療」についても多数の専門家に取材を重ね、「がん医療の恩恵と発展途上の段階であるという課題、すなわち光と影の両方の側面を描く」(9頁)。全7章で、第5章では「医療の進歩で浮上したお金の問題」を、「がんと闘う『逼迫する患者の家計』と高額な薬剤が『国の財政』に与える影響という別々の切り口から迫り」、私(二木)へのインタビュー結果も詳しく紹介。「がん医療の今の姿」を等身大に伝えるだけでなく、取材を通して「見つけた希望」を伝えることも目指している姿勢に好感を持った。ただ、登場する患者の大半が働き盛り&「賢い患者」で、がん患者の大多数を占める高齢患者の実態、及び彼らと家族が抱える問題にほとんど触れていないのは残念。

◎山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医 必要な時に必要な医療が受けられる機能に」『社会保険旬報』2022年9月21日号:10-15頁。

…山口氏は認定NPO法人COML理事長で、長年患者からの電話相談等の日常活動を行うと共に、厚生労働省等の医療政策関連の様々な会議の委員となり、積極的に発言・提言している。本論文は、これらの実績・蓄積を踏まえて書かれており、きわめて説得力と見識がある。今後、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を考える上での**必読文献**。私は特に、以下の諸点に共感した:「初期のコロナ禍で日本の医療提供体制を論じることに疑問」、「今や国民の意識は“制限された”フリーアクセス」(大病院への特別料金導入後26年も経ち、「大きな病院は紹介状がないと受診できない」という認識が広まっている)、「日本全国どこでも充実した在宅医療を望むのは不可能」、「かかりつけ医の登録制には賛成する気持ちにはなれません」、「国民一人ひとりが自分にとってのかかりつけ医を考えること」が必要(自分にとって「かかりつけ医」が必要かどうかを考え、必要であればどのような医療機関の何科の医師にその役割を担ってもらうのかを決める)、「患者側も節度を持った受診行動を心がけ、自分にできる努力は何かを考えながら、医師と協働して病気と向き合う意識が必要」。

○野口博文「足りない民生委員(上・下)」『読売新聞』2022年8月29,30日朝刊。

…民生委員は、高齢者を見守ったり、困りごとを抱えた住民の相談を受けたりして、地域を支えている。民生委員の重要性は、高齢化や孤立の深刻化などにより増しているが、活動の負担感の増大等により新たな担い手の確保が難しくなっている。本記事は、地に足のついた取材により、民生委員不足の現状と自治体が取り組んでいるさまざまな対策(民生委員を補佐する「協力員」の選任、オンライン会議の開催等)を丁寧に紹介している。私は本年4月から町内会長となって、民生委員が地域を支える

「縁の下の力持ち」であることを体感している。

C. コロナ関連

○「感染拡大期の生産性向上は幻想」日本経済新聞」2022年9月6日朝刊(The Economist)9月3日号(紙版63頁)の記事" Innovation The missing pandemic boom"の全訳)。

世界が新型コロナウイルスのパンデミックに見舞われた2020年後半に、「テクノロジー楽観主義」が広がった。企業にとってはデジタル化を進めるかつてないチャンスに見え、それにより2010年代に生じた生産性の低迷から脱出する可能性が指摘された。しかし、現時点では世界経済の生産性が上がっている兆しはほとんど見られない。パンデミックをきっかけとする技術革新ブームが机上の空論に終わるとの懸念を裏付ける理由は3つある。第1に、企業が必ずしも生産性を向上させることに投資しているわけではない。第2に、在宅勤務で仕事の効率が上がるとの予測は現実化していない。第3に、パンデミックが非効率を生み出した面もある(企業が清掃や衛生対策など、収益性の向上に寄与しない追加のコスト負担を迫られている。感染拡大の波が続き、従業員の病欠が増えた)。

D. 政治・経済・社会関連

○青木理『安倍三代』朝日文庫,2019年(2017年発行の単行本に加筆・修正)。

…安倍晋三首相(当時)は母方の祖父・岸信介を敬愛したが、著者は、庶民目線の政治家で、戦時中も反戦を貫いた父方の祖父・安倍寛に注目。その志を継ぎ、リベラル保守の政治家として外相も務めたが、首相まであと一步のところまで病に倒れた安倍晋太郎の取材も行い、2人と対比させて、三代目・晋三の人間像を浮かび上がらせる。著者は、晋三が子ども・青年時代は凡庸で「いい子」だったことを何度も繰り返すが、彼がその後、どのようにして保守派のトップリーダーになったかの分析・取材はしていない。晋太郎と晋三の統一教会との関係にも触れず。

○平野千果子『人種主義の歴史』岩波新書,2022年5月。

…「人種」の存在は現代科学では否定されているが、人を差別・排除する「人種主義」は、近代世界に計り知れぬ災禍をもたらしただけでなく、現代でも再生産されている。本書は、植民地史を専門とする立場から、大航海時代のインディオ・黒人の奴隷化(の正当化)から今日まで、人種主義の思想と実態を世界史的視座からとらえた良質の入門書・教養書。私は「啓蒙の時代」(第2章)にも、多くの啓蒙思想家(ヴォルテール、ヒューム、モンテスキュー、ルソー、デイドロ等)が奴隷(制)を擁護していたことに驚いた。私たち自身にも「何気ない人種主義(カジュアル・レイシズム)」が潜んでいるとの指摘は重いと思う。

○古田元夫『東南アジア史10講』岩波新書,2022年6月。

…東南アジア史は、陸域に基盤を置く国家と、海域に基盤を持つ国家の盛衰がそのダイナミズムを形成しているとの視点から、先史時代から現代まで、世界史との連関も踏まえた良質の通史。第1~4講まではやや退屈だが、19世紀後半以降を描いた第5~10講(植民地支配→ナショナリズムの勃興→第二次世界大戦と諸国の独立→冷戦への主体的対応→経済発展・ASEAN10・民主化→21世紀の東南アジア)は迫力があり、教養

も身に付く。私は、東南アジア諸国が「ITの分野などでは、日本よりも先を行く面をそなえつつある」ことに驚いた(281頁)。なお、「東南アジア」の英語表記は"Southeast Asia"。本書には書いていないが、これは中国文化圏(日本を含む)では東西の軸が南北の軸より上位であるのに対して、西洋では南北の軸が東西の軸より上位であるため。

○中野剛志『奇跡の社会科学 現代の問題を解決しうる名著の知恵』PHP新書,2022年8月。

…著者は現役の経済産業省職員(キャリア)でありながら、新自由主義(思想・政策)を批判し続けている保守派論客。本書は、社会科学における特に重要な次の8人の偉人の著作のポイントを解説し、そこから現代にも活かせる叢知を引き出すことを目指す: ウェーバー、バーク、トクヴィル、ポランニー、デュルケム、カー、マキャヴェリ、ケインズ。教養書としてはよくできているが、小泉純一郎内閣と安倍晋三内閣の下で、新自由主義的改革を推進した経産省の罪は不問に付していることには疑問。