

2024年8月5日(月)

## 「二木立の医療経済政策学関連ニュースレター(通巻241号)」 since 2005

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。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/>。

241号の目次以下の通りです(25頁)

1. 論文：「骨太方針2024」の医療・社会保障改革方針を複眼的・批判的に読む  
〔二木教授の医療時評〕(22)『文化連情報』2024年8月号(57号)：229頁……………2頁
2. 書評：高山一夫『現代アメリカ医療政策の展開 ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』(『民医連医療』2024年7月号：67頁)……………9頁
3. 最近表された興味ある医療経済政策学関連の英語論文(通巻221回：2024年分その5：8論文)……………10頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その235)―最近知った名言・警句……………16頁
5. 私が毎月読むチェックした日本語の本・論文の紹介(第39回)……………18頁

### お知らせ

論文「『医療費適正化』は医療費抑制とは違うのか？」を『日本医事新報』2024年8月3日号に掲載しました。次の「ニュースレター」242号に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読み下さい。

# 1. 論文：「骨太方針 2024」の医療・社会保障方針を複眼的・批判的に読む

〔二木教授の医療時評〕(22)『文化連情報』2024年8月号(557号):229頁

## はじめに

岸田文雄内閣は6月21日、「経済財政運営と改革の基本方針2024」（以下、「骨太方針2024」）を閣議決定しました。岸田内閣としては3度目の「骨太方針」です。本稿では、第二次安倍晋三内閣の最初の「骨太方針2013」以来の過去の「骨太方針」と6月11日公表の「骨太方針2024」（原案）、および財務省・財政制度等審議会「建議」等との記述の異同に注意しつつ、医療・社会保障制度改革方針を検討します。

例年の「骨太方針」と異なり、本年は、「骨太方針2024」と同時に公表された「内閣府特命担当大臣提出資料」（資料4）にも触れます。それには重要・重大な内容が含まれているからです。

私は、岸田内閣の過去2回の「骨太方針」の医療制度改革は「新味に欠ける」と評価しました(1,2)。しかし、「骨太方針2024」には、医療政策の転換点になりうる危険な「芽」が複数含まれていると判断しています。

## 実質経済成長率の目標を1%に引き下げ

その前に、「骨太方針2024」全体を読んで注目したことを2つ指摘します。

1つは、実質経済成長率の目標を従来2%から1%強に引き下げたことです。「2%程度の実質GDP成長率を目指す」は第二次安倍内閣の「骨太方針2013」（7頁）以来の政府の公式目標で、菅内閣、岸田内閣も踏襲していました。しかし、「骨太方針2024」では「人口減少が本格化する2030年代以降も、実質1%を安定的に上回る成長を確保する必要がある」（3頁）とされました。

「骨太方針2024」に変更の理由は書かれていませんが、新藤義孝内閣府特命担当大臣は6月11日の「骨太方針2024」（原案）についての記者会見で、今後、生産年齢人口減少がきわめて厳しい状況になっていくため、「2034年から2060年度頃を試算期間とする長期推計」に基き、「2030年代以降も実質1%を上回る成長を確保する重要性が示された」と説明しました。

私は、実質経済成長率の過去の実績を踏まえるとこの目標値の引き下げは、遅きに失したとは言え、現実的だと思います。安倍内閣がアベノミクスを推進した2013～2019年度の7年間で実質経済成長率が2%を超えたのは2013年度の1回だけであり、7年間全体の実質成長率は6.7%、年平均は0.93%に過ぎなかったからです（内閣府経済社会総合研究所「2022年度国民経済計算年次推計」）。

ただし、上記大臣の説明に基づけば、2024年度から2033年度まで、今後10年間は依然として、実質2%成長という現実離れした目標を堅持(?)することになります。

## 医療・福祉分野等の賃上げを3回も強調しているが……

もう1つ注目したのは、第1章「成長型の新たな経済ステージへの移行」で、医療・福

祉分野等の賃上げを3回も強調していることです(2,4頁)。

「骨太方針2024」の副題は「賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現」で、副題に「賃上げ」が掲げられるのは2年連続です。「骨太方針2023」の副題は「未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現」でした。しかし、「医療・福祉分野等」の賃上げを明示したのは初めてで、このこと自体は高く評価できます。

ただし、そのために必要な財源確保策は書かれていません。増税(消費税率の引き上げ等)は封印され、「保険料負担の上昇の抑制」も2回書かれています(4,41頁)。「これまでと同様に医療・介護給付費対GDP比の上昇基調に対する改革に取り組み」とも書かれています(4頁)。「骨太方針2024」は数値目標を示していませんが、「内閣府特命担当大臣提出資料」の『長期推計』による医療・介護の給付と負担」図では、保険料負担のGDP比は2033年の4.8%から、2060年には4.4%に低下し、公費負担は3.8%で一定とされています。これでは、医療・福祉分野等の「持続的な賃上げ」(7頁)は望めないと思います【注1】。

なお、「骨太方針2024」では、「予算編成においては、2025年度から2027年度までの3年間について、上記の考え方の下、これまでの歳出改革努力を継続する」との定番的記載に続いて、「その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する」と書かれています(40頁)。この一文は(原案)では注に小さく書かれていたのですが、本文に格上げされました。日本医師会は「この文言では、特に触れられていないが、社会保障にも適用されると理解している」そうです(m3.comレポート2024年6月21日)。

### 医師偏在の是正で包括的改革を予告

第3章の3(1)「全世代型社会保障の構築」は6つの柱立てで、そのトップが(医療・介護サービスの提供体制等)です。その中で注目すべきは、医師の偏在の是正について、以下のように包括的・網羅的な改革方針が示されたことです。

「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、**経済的インセンティブによる偏在是正**、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する」(41頁)。なお、「骨太方針2024」(原案)の当該箇所には「総合診療医の育成」と書かれていましたが、「総合的な診療能力を有する医師の育成」に変更されました。

その前段では、「病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る」とも書かれており、今後半年間、医療提供体制改革の激しい議論が行われることとなります。

なお、財務省は4月に「診療所の偏在是正のための地域別単価の導入」(診療所不足地域での単価引上げと診療所過剰地域での単価引下げ)を提案しましたが、財政制度等審議会の春の「建議」では、「診療所不足地域での単価引上げ」は取り下げられました。そして、

「骨太方針 2024」では「経済的インセンティブによる偏在是正」という抽象的表現に落ち着きました。

財務省は今後も診療所過剰地域での単価引き下げを求めると思いますが、全国一律の診療報酬は、国民皆保険制度により全国民に同水準の医療を提供するための大前提であり、制度的・政治的かつ政策技術的に実現困難と思います。私は、医療機関不足地域の公私の病院・診療所に、その役割に応じて補助金を交付するのが現実的・合理的と思っています。

### 医療・介護DXを推進し医療費適正化??

実は、「骨太方針 2024」（原案）の（医療・介護・子ども DX）には、「医療・介護 DX を推進し、医療費適正化の取組を強化するための必要な法整備を行う」との（私から見ると）とんでもない方針が書かれていました。

医療 DX の推進は、「骨太方針 2022」「同 2023」と同じですが、それが「医療費適正化」を目的とすると明記されたのは初めてです。財政制度等審議会の春の「建議」も医療 DX の推進を求めていましたが、それを「医療費適正化」とは結びつけていませんでした。言うまでもなく、「医療費適正化」は「医療費抑制」の婉曲表現 (euphemism) です。しかし私の知る限り、医療・介護 DX により医療費を抑制できたとの学術研究 (実証研究) は世界的にもなく、これは「根拠に基づく」ことのない政策の典型と言えます。

松本吉郎日本医師会長も 6 月 19 日の記者会見で、医療 DX の推進を医療費適正化のみの視点から推進するという発想自体が「言語道断」と批判しました (m3.com レポート 6 月 19 日)。この批判が功を奏したのか、閣議決定では上記表現は削除され、「医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行う」との穏当な表現に置き換えられました (14 頁)。

しかし (原案) の上記表現は、政府や産業界の本音とも言えるので、今後それが復活しないよう監視が必要と思います。

### 保険外併用療養費と民間保険がセット

「骨太方針 2024」の（医療・介護保険等の改革）の項には、保険給付の縮小や患者負担の引き上げについての具体的記載はありません (42-43 頁)。この点は、財政制度等審議会の春の「建議」がそれらをストレートに主張していたのとは異なります。これは、本年中にも行われると予想される総選挙を意識しての「先送り」と思います。

医療改革方針で、私がアブナイと感じたのは、「全世代型社会保障の構築」の第 4 の柱 (創薬力の強化等ヘルスケアの推進) で、「イノベーションの進展を踏まえた医療や医薬品を早期に活用できるよう民間保険の活用も含めた保険外併用療養費制度の在り方の検討を進める」と書かれたことです (43 頁)。「骨太方針 2024」と同時に閣議決定された「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2024 年改訂版」では、「有効性評価が十分でない最先端医療等」についても、「保険外併用療養費制度の対象範囲を拡大」し、「民間保険の活用も考慮する」と、踏み込んで書かれました (36 頁)。

「骨太方針」に「民間 (医療) 保険の活用」が書かれたのは初めてであり、「保険外併用療養費制度」が書かれたのは 2018 年以来、6 年ぶりです【注 2】。両者がワンセットで書かれたのはもちろん初めてです。

この方針を字義通りに解釈すると、今後は、医療技術進歩に対応して医療保険の給付範囲を拡大するのではなく、その費用を保険外併用療養費制度と民間保険で賄うことを意味します。さらに、「内閣府特命大臣提出資料」の『長期推計』による医療・介護の給付と負担」図で示されている保険料負担の対 GDP 比引き下げは、今後、保険外併用療養費制度の枠を超えた保険給付範囲の大幅縮小と患者負担の大幅増加が予定されていることを意味しています。

医療経済学的に言えば、これは公的費用（税・保険料）から私費への「コストシフティング」にすぎず、両者を合わせた社会的総費用は変わりません。民間保険の管理運営費用が公的保険に比べて相当高いこと、及び民間保険の保険料には企業の想定利益も含まれていることを考慮すると、「民間保険の活用」により、ムダな費用も増加する可能性が大きいと思います。

しかも、私費で保険外併用療養費制度・民間保険を利用できない低所得者は、「イノベーションの進展」の恩恵にあずかれないこととなります。究極的には、実質的な混合診療の拡大により、国民・患者の支払い能力により受けられる医療が変わるという「格差（階層）医療」が生じ、この面での国民の分断・対立が生じる危険があります。これは、無料で包括的なサービスを提供しているとされているイギリス NHS（国民保健サービス）ですでに生じている現実です。イギリスでは保守党政権による厳しい医療費抑制政策に 2020 年のコロナ・パンデミックが重なって「NHS 崩壊」が生じた結果、民間医療保険の加入者数が激増し、2022 年 12 月には成人（16-84 歳）の 22% に達しています（2019 年は 12%）(3)。

ただし、「骨太方針 2024」には、「有効性・安全性が認められた新技術・新材料の保険導入を推進する」（42 頁）との記述もあります。松本日本医師会長も、保険外併用療養費制度の柔軟な運用には理解を示しつつも、混合診療に対しては「所得や資産の多寡により受けられる医療に差を付けるものであり、わが国の医療を根底から覆し、世界に冠たる国民皆保険制度を崩壊させるものだ」と強く反対しています（5 月 22 日「日医君」だより）。しかも、日医総研の「日本の医療に関する意識調査」で繰り返し確認されているように、国民の平等な医療への支持はきわめて強固です(4)。そのために、上記の「地獄のシナリオ」がすぐに生じることはないと思います。

しかし、最有力官庁である財務省をはじめ、経済産業省、規制改革推進会議、経済団体等は以前から、保険外併用療養費制度の大幅な拡大を主張しています【注 3】。それだけに、この面でも監視が必要です

### ビジネスケアラーへの対応は保険外サービスで

介護保険でも同様の方針が示されています。それは「深刻化するビジネスケアラーへの対応も念頭に、介護保険外サービスの利用促進のため、自治体における柔軟な運用、適切なサービス選択や信頼性向上に向けた環境整備を図る」です（43 頁）。実は、「骨太方針」に「介護保険外サービスの利用促進」が書かれるのは 2 年連続で、「骨太方針 2023」にも「介護保険外サービスの利用促進に係る環境整備を図る」と書かれていました。（39 頁）しかし、「ビジネスケアラーへの対応」には触れていませんでした。それに対して、財政制度等審議会の 2023 年冬の「建議」は、注で「ビジネスケアラー等の介護者の負担軽減を図る観点から、利用者保護等に留意しつつ、保険外サービスの普及促進を図ることも考え

られる」と婉曲に(?)書いていました(44頁)。

これは、「深刻化するビジネスケアラーへの対応」のため介護保険での追加的・柔軟な対応はしないとの宣言とも読め、国民の介護保険に対する信頼をますます低下させると思います。

医療保険では混合診療が原則禁止されているのと異なり、介護保険では2000年度の制度発足時から、混合介護が認められています。そのため、今後、法改正をしないで、「介護保険外サービスの利用促進」が図られるかもしれません。

しかし、私は、全額自費の保険外サービスの利用が急増することは、大都市部の富裕層を除いては、考えにくいと判断しています(5)。論より証拠。公正取引委員会は2016年9月に「混合介護の弾力化」を提案しましたが、介護保険の居宅サービス「利用者のうち支給限度額を超えている者の割合」は、2015年の「全体」で1.3%、要介護5で2.9%から、2017年のそれぞれ2.3%、5.0%へと微増にとどまっています(社会保障審議会介護給付費分科会第145回会議・参考資料3。2018年以降のデータは見つけれませんでした)。

## おわりに

以上、「骨太方針2024」の医療・社会保障改革方針の検討を行ってきました。私は、いつもは政府・厚生労働省の方針を複眼的に検討していますが、今年の「骨太方針」には、今後の医療政策の転換点になりうる危険な「芽」がいくつも含まれていると判断し、批判にアクセントを置いて検討しました。

ただし、それらはあくまで「芽」にとどまっており、今後確実に実現するわけではありません。政治的にはすでに「死に体」となっている岸田内閣に、国民・患者や日本医師会を中心とする医療団体の懸念・反対を押し切って、「骨太方針2024」に書かれた改革を強行する力があるとは考えにくいし、仮に岸田内閣が退陣した場合の後継内閣にその力があるとも想定できません。

それだけに医療団体や研究者には、本稿で述べた危険な「芽」を国民・ジャーナリズムに広く知らせるとともに、財源に裏打ちされた公平で効果的でしかも効率的な医療制度改革案を示すことが求められていると思います。

## 【注1】内閣府特命担当大臣提出資料は(成長実現シナリオ)のみを示した「PBEM」

『長期推計』による医療・介護の給付と負担」図では、2040年以降2060年まで、保険料の対GDP比が4.8%から4.4%に漸減し、公費負担のそれは3.8%で一定であるとされています。これは(成長実現シナリオ)と書かれていますが、それについての説明はありません。図の注には、この計算前提は令和6年第3回経済財政諮問会議(4月2日)資料5参照と書かれているので、それを読んだところ、(成長実現シナリオ)の計算前提は「実質成長率1.7%程度(一人当たり2.1%程度)」とされていました。しかし、これは「骨太方針2024」で目標とされた「実質1%を安定的に上回る成長」を大幅に上回っています。

しかも、これを実現するためには、「DX活用等による給付の適正化・効率化、地域の実情に応じた医療・介護体制の構築、応能負担の徹底を通じた現役・高齢世代にわたる給付・負担構造の見直し等、さまざまな努力の積み重ねが必要」とも書かれていました。しかし、これらの改革のうち、保険料・公費負担の減少に繋がるのは、「給付・負担構造の見直し」

＝給付範囲の縮小と患者負担の引き上げだけです。

4月2日資料には、「成長実現シナリオ」に加えて「現状投影シナリオ」と「長期安定シナリオ」も示されていたにもかかわらず、6月21日の「大臣提出資料」に（成長実現シナリオ）しか示さなかったのは、実質成長率を高く設定すれば、計算上は保険料負担（対GDP比）を大幅に減らせるためと思います。これは、岸田首相の実質的な税・保険料負担（対GDP対比）を増やさないと強い（しかし非現実的な）決意を合理化するための虚構の計算です。

「骨太方針2024」はEBPM（evidence-based policy making.証拠に基づく政策形成）を合計17回も強調していますが、この図はそれとは真逆の「PBEM」（policy based evidence making.「政策に基づく証拠形成」、「立案する政策に合わせてエビデンスを作りあげてしまうこと」）と言えます(6,7)。

### 【注2】過去の「骨太方針」中の「保険外併用療養費制度」の記載

第二次安倍内閣以降の2013～2023年の「骨太方針」中の記載は以下の通りです。

- 2013年：「規制改革等」の項で、「規制改革会議において、農業、保険外併用療養費制度などについて議論を掘り下げ、思い切った改革に取り組むとともに、所管府省による規制見直しのPDCAサイクルの仕組みについて検討を行う」（12頁）。
- 2014年：「健康長寿を社会の活力に」の項の注で、「国民皆保険を堅持した上で、保険外併用療養費制度の拡充（国内未承認医薬品等の迅速な使用）を行う」（10頁）。
- 2015～2017年：3年間記載なし。
- 2018年：（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築）の項で、「新規医薬品や医業技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する」（59頁）。
- 2019～2023年：5年間記載なし。

### 【注3】財政制度等審議会「建議」中の「保険外併用療養費制度」と民間保険の記載

財務省・財政制度等審議会は、2018年春の「建議」以来、ほぼ毎年、保険外併用療養費制度の拡大提案を行っています(8)。2019年春の「建議」では、「保険外併用療養費制度の新たな分類を設け」ることと併せて、「民間保険の積極的な活用を推進していくことも検討すべき」と提案しました。2021年春の「建議」では、「初診料などの技術料も含めて」「保険外併用療養費に新たな類型を設けるなどの対応が必要」と提案しました。

直近の2024年春の「建議」では、「セルフメディケーション推進と統合的な保険給付範囲の見直し」の項で、「OTC類似薬に関する薬剤の自己負担の在り方について、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大とあわせて検討すべき」と提案しました。さらに、「費用対効果評価の本格的活用等と統合的な保険給付範囲の見直し」の項では、以下のようにさらに踏み込んだ提案をしました。「費用対効果の本格的な活用の検討とあわせ、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を行う必要がある。今後、例えば、民間保険の活用に向け、金融業界における保険商品化に係るガイドラインの策定等が期待される」（68-69頁）。この提案後、生命保険・損害保険の各社では新たな保険商品の検討が始まっているそうです。

## 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」『文化連情報』2022年8月号(533号):32-38頁(『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,124-134頁)。
- (2) 二木立「『骨太方針 2023』等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2023年8月号(545号):26-31頁(『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,144-154頁)。
- (3) Anna Fleck: Overburdened NHS pushes more Brits to go private. Statista's Consumer Insights, Feb 8,2023 (ウェブ上に公開)
- (4) 二木立「日医総研『第7回日本の医療に関する意識調査』から何が読み取れるか?」『日本医事新報』2020年11月7日号(5037号):54-55号(『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,228-232頁)。
- (5) 二木立「公正取引委員会の『混合介護の弾力化』提案の背景・意味と実現(不)可能性を考えるー混合診療解禁論との異同にも触れながら」『文化連情報』2016年11月号(464号):18-22頁(『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,121-128頁)。
- (6) 鈴木亘「EBPMに対する温度差の意味するところ」『医療経済研究』30(1):1-4頁,2018。
- (7) 大橋弘編『EBPMの経済学 エビデンスを重視した政策立案』東京大学出版会,2020,35頁(この個所の執筆者は金本良嗣)。
- (8) 二木立「財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の検討ー混合診療全面解禁からの転換時期を中心に」『文化連情報』2021年10月号:20-27頁(『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,117-127頁。特に【注2】「建議」の保険外併用療養費制度の拡大提案)。

[本稿は『日本医事新報』2024年7月6日号掲載の『骨太方針2024』の医療・社会保障改革方針をどう読むか?」に大幅に加筆したものです。]



## 2. 書評：高山一夫『現代アメリカ医療政策の展開 ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』

(『民医連医療』2024年7月号：67頁)

2016年に発足したトランプ政権の医療政策とコロナ対策からまで、及び2020年大統領選挙時から2023年までのバイデン政権の医療政策を、最新文献を用いて精緻に分析。序章と終章を含め全10章。『文化連情報』の2016～2023年の長期連載等をベースにしているため臨場感・迫力があり、この間のアメリカの医療政策が良きにつけ悪しきにつけ、ダイナミックに動いていることがよく分かる。専門書性格が強く、記述は時に細かすぎると思えるが、各章の「おわりに」と終章の1に、各章のポイント・結論が簡潔にまとめられている。アメリカの最新の医療政策を知るための必読文献。

私は、著者が「経済分析と政策研究を総合」し、しかも「特定の理論やモデル、あるいは価値規範を演繹的に適用して制度や政策動向を分析するのではなく、むしろ時々の医療政策上の課題とその背景および帰結とを、医療経済の構造的な分析と関わらせて論じ」ていることに共感した。「新型コロナウイルス感染症とアメリカの医療制度・医療政策との関わりを意識し…災害の政治経済学の分析視角と知見を、医療政策分析に生かすことを試みた」のも新鮮。

もう一つ共感したのは、著者の評価が「複眼的」かつ公平・公正であること。著者はトランプ政権には批判的だが、同政権がコロナ禍中に超党派的対策法を成立させ、医療政策を漸進させた面もあることを正当に評価している(第3章等)。バイデン政権が実現したメディケア薬価制度改革を「画期的」と評価しつつ、その萌芽がトランプ政権時代に準備されていたことも指摘(第7章)。連邦最高裁の諸判決には批判的だが、最高裁の保守派判事も一枚岩ではなく、オバマケアの違憲訴訟では3回続けて合憲判決を出したことに注意を喚起している(第4章3等)。

(法律文化社,2024年3月,税別5600円)

### 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

#### 221 回)(2024 年分その 5 : 8 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± $\alpha$ の順。論文名の邦訳の [ ] は私の補足。

#### ○イングランドでの民間 [医療] 部門の拡大と富者・貧者間のNHS治療格差の拡大: 1997/98 年度・2018/19 年度間のNHS費用負担の待機的股・膝関節置換術入院の [民間部門への] 置き換え

Kirwood G, et al: Private sector expansion and the widening NHS treatment gap between rich and poor in England: Admissions for NHS-funded elective primary hip and knee replacements between 1997/98 and 2018/19. Health Policy 146(2024)105118, 7 pages [量的研究]

イギリス議会は政府とイングランド NHS に健康医療 (health) の不平等を減らす義務を課している。本研究の目的は、イングランド NHS に待機的手術を民間部門にアウトソース (外注) を求める政府の格差 (縮小) 政策の影響を理解することである。「多重剥奪指数」(IMD) を用いて、貧困が下位 5 分の 1 の人々と上位 5 分の 1 の人々 (もっとも豊かな人々) での股・膝関節置換術の入院件数を以下の 3 期に分けて調査した:①政策の導入前 (1997/98-2002/03 会計年度 (日本と同じく、4 月 1 日に始まり翌年 3 月 31 日に終わる。以下、「年度」)、②独立部門治療センタープログラムの導入期 (2003/040-2006/07 年度)、③「紹介選択制(choice at referral)」拡大期 (2007/08-2018/19 年度)。

股関節置換術と膝関節置換術の入院率はこの 20 年間に、それぞれ 2 倍、3 倍化したにもかかわらず、人々の治療不平等は拡大していた。不平等は第 3 期にもっとも拡大しており、NHS への入院率は低下する一方、民間部門への入院は増加し続けていた。2018/19 年度には NHS が (手術費用を) 負担する手術のほとんど 3 分の 1 が民間部門で行われていた。1997/98 年度には、貧困が下位 5 分の 1 の人々の股・膝関節手術それぞれ 10 件に対して、上位 5 分の 1 の人々では股関節手術は 13 件、膝関節手術は 9 件だった。2018/19 年度には、後者の件数はそれぞれ 19 件、15 件に増加していた。股・膝関節置換術についての社会経済的不平等は、NHS 治療の民間部門のアウトソーシング増加によって拡大していた。NHS はアウトソーシングに代えて、NHS 内での手術の容量と提供を増やさなければならない。

**二木コメント**—国民 (在住者) に包括的な医療を平等に提供するとの NHS の崇高な理念が 21 世紀に入ってから保守党政権の NHS 予算の厳しい抑制政策で有名無実化していることを定量的に示しています。この調査は Covid-19 パンデミック以前の調査ですが、感染爆発後に「NHS 崩壊」が生じた結果、民間医療保険の加入者数は激増し、2022 年 12 月には成人 (16-84 歳) の 22 %に達し、2019 年の 12 %からほぼ倍化しているそうです (Anna Fleck: Overburdened NHS pushes more Brits to go private. Statista's Consumer Insights, Feb 8,2023 (ウェブ上に公開))。これにより、治療格差がさらに拡大したと思います。

#### ○デジタルヘルス技術と不平等: その潜在的影響と政策提言のスコーピング・レビュー

Badr J, et al: Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. Health Policy 146(2024) 105122, 9 pages [文献レビュー]

デジタルヘルス技術は医療費を抑制し、医療アクセスを改善し、労働力不足に対処できると見込まれている。しかしそれは、人口の一部のみに利益を与えることにより、不平等を拡大する危険もある。デジタルヘルス技術の利用は Covid-19 パンデミック中に加速した。本スコーピングレビューの目的はそれの利用に関連した不平等がパンデミック中及びパンデミック後にどのように概念的に評価されたかを記述し、デジタル戦略・政策がデジタル平等を支えることが可能かを理解することである。2021年と2022年に、スコーピングレビューのために PRISMA Extension を用いて、Pub Med 等 3 つのデータベースで文献検索し、最終的に 41 論文を選択した。それらのうち 27 はデジタルヘルス技術と平等を扱い、14 は政策的視点で検討していた。論文の 58 % は 2020-2022 年に発表されていた。論文の大半 (63 %) はアメリカ発であり、その他は 10 国からの発表だった (アジアは中国とシンガポール、各 1)。分析は eHealth 不平等フレームワークに準拠して行った。

その結果、デジタル不平等はアメリカ、及びその他の高所得国で報告されており、主として、個人の社会・人口学的特性によるアクセスと利用の違いを評価していた。技術利用に関連した健康医療 (health) 格差と、文脈と技術導入との相互作用はごくわずかした検討されていなかった。政策提言は、平等のレンズを用いて戦略開発を行うこと、及び多層的・多部門協働により、特定の人口集団のニーズに応えることを強調していた。以上の知見は、デジタル技術利用に関連した健康とウェルビーイングの分布の評価をデジタル戦略と医療政策に組み込むべきことを示唆している。

**二木コメント**—デジタルヘルス技術が健康医療の不平等を生むことについての初めての文献レビューと思います。本論文で強調されている危険は、日本政府の「医療 DX」推進政策にほとんど無視されているので、貴重と思います。ただし、本論文はまだ「概念的評価」にとどまっており、定量的評価は「今後の課題」と思います。なお、「スコーピングレビュー」は文献レビューの一種で、文献の検索手順やデータ抽出はプロトコールに従って明確に方法が確立されているが、主な目的は幅広い知見を網羅的に概観し、どんな研究がすでになされているのか、研究する必要がある課題 (ギャップ) を見つけ出すことだそうです (Peters et al. 2017)。

**※推薦：日本医師会医療 IT 委員会(委員長 佐原博之氏) 答申「医療 DX を適切に推進するための医師会の役割」** (2024 年 6 月 19 日) は、「医療 DX を進めるための大前提」として、「誰一人、日本の医療制度から取り残さない」ことをあげ、そのための具体的方向を示しており、医療 DX に関わる人々必読と思います (本「ニューズレター」23 頁でそのポイントを紹介)。

## ○ [アメリカでの] テレメディスン [利用] がメディケアの 2019-22 年の [医療] 利用、費用と質に与えた影響

Nakamoto CH, et al: The impact of telemedicine on Medicare utilization, spending, and quality, 2019-22. Health Affairs 43 (5):691-700,2024 [量的研究]

アメリカではテレメディスン (遠隔医療) の利用は依然、Covid-19 パンデミック前の水準を相当上回っているが、パンデミックの最盛期よりは大幅に低下している。テレメディ

スンに対する特例的支払いを継続すべきか否かについて行われている論争に情報提供すべく、医療グループ (health systems) におけるテレメディスンの利用と、医療(全体の) 利用、医療費、及び医療質との関係を推計した。医療グループは病院を1つ以上、プライマリケア医を10人以上、医師を50人以上所有・管理しているグループと定義した。2020年には、テレメディスン利用が上位25%であった医療グループ(144)では、メディケア患者は1人当たり2.5回テレメディスン受診し、それはテレメディスン受診全体の26.8%を占めていた。それに対してテレメディスン利用が下位25%の医療グループ(144)のメディケア患者のテレメディスン受診回数は1人当たり0.7回で、テレメディスン受診全体の9.5%にとどまっていた。2021-2022年には、テレメディスン利用上位25%の医療グループでは、下位25%グループに比べて、メディケア患者の外来総受診回数(テレメディスン+対面受診)が0.21回増加していたが、患者1000人当たりのコロナ非関連の救急外来受診は14.4回減っていた。これらの患者では、総医療費は患者1人・1年当たり248ドル増加し、メトホルミン(糖尿病治療薬)とスタチン(脂質異常症治療薬)の服用も増加していた。入院と予防医療の利用に関しては明白な変化はなかった。

**二木コメント**— Covid-19 パンデミック後、テレメディスンが、日本に比べはるかに普及したアメリカでも、パンデミック収束後は、その利用は限定的にとどまっていること、及びテレメディスンの積極的利用は総医療費を増やしていることが分かります。

## ○電子的情報交換は「アメリカの」メディケア受給者の「退院後」30日以内の再入院請求額低下と関連しているか？

Turbow SD, et al: Is electronic information exchange associated with lower 30-day readmission charges among Medicare beneficiaries? Medical Care 62(6):423-230,2023 [量的研究]

分断された再入院(初回入院と再入院の病院が異なること)は、分断された医療(fragmented care)の一種であり、同一病院への再入院に比べて、医療費が高い。「医療情報交換」(HIE)は患者の臨床的・業務的データを、病院を含む医療提供者間で電子的に共有することであり、少額の医療費節減効果があるとの報告もある。本研究の目的は病院がHIEに参加した場合、分断された再入院の請求額が変わるか否かを評価することである。情報源は2018年の出来高払いのメディケアデータである。一般化線形モデルを用いて、病院間の情報共有(同一のHIEに参加、別のHIEに参加、HIE不参加)と分断された再入院の請求額との関連を分析した。その際、患者レベルの臨床的・人口学的特性と病院レベルの特性は調整した。急性心筋梗塞、うっ血性心不全、閉塞性肺疾患、失神、尿路感染症、脱水、及び行動障害(精神障害)で初回入院し、退院30日以内に再入院した患者を再入院の理由を問わず、分析対象とした。

279,729の入院・再入院ペアのうち、27%(N=75438)が分断された再入院であり、その平均請求額は64,897-71,606ドルだった。それに対して、同一病院に再入院した場合の平均請求額は10,000ドル以上低かった。HIEに参加していない病院への分断された再入院と比べると、同一のHIEまたは異なるHIEに参加している病院への再入院の請求額の差(限界効果)は、それぞれ-2329.55ドル(95%信頼区間:-7333.73, 2674.62)、-3905.20ドル(同:-7592.85, -307.54)だった。異なるHIEペアの平均限界効果は、HIEがないペアに比べて低かったが、同一のHIEと異なるHIEのペアの限界効果の差は統計的に有意ではなかった。

**二木コメント**なんとも分かりにくい要約ですが、分断された再入院では、再入院した病院が HIE に加入していてもメディケア請求額は統計的に変わらない＝医療費節減（字義通りの「適正化」）には繋がらない、つまりこの面では HIE は効果がないということのようです。

### ○多ければ多いほど良いとは限らない：[アメリカの] ICUにおけるテクノロジー

Olsen E, et al: More isn't always better: Technology in the intensive care unit. *Health Care Management Review* 49(2):127-138,2024 [質的研究 (インタビュー調査)]

現代の集中治療室(ICU)における医療は多職種の専門職と複雑なテクノロジー(医療機器等)を結合している。これらのテクノロジーは臨床家(clinicians,医療専門職)が患者のためにできることを明らかに拡大したが、テクノロジーが余りに多いことは認知的過負荷を生む危険もある。本研究の目的は臨床家が ICU 内のテクノロジーについてどう認識しているかを調査することである。そのために、4つの ICU で働く 30人の臨床家と第一線マネージャーへのインタビューで得た質的データを主題分析により分析した。臨床家の職種構成は以下の通りである：看護師 11人、医師 6人、フィジシャン・アシスタントとナース・プラクティショナー 4人、理学療法士 2人と呼吸療法士 1人、薬剤師レジデント 1人、看護ケア・マネージャー 4人、管理者 1人。

インタビューにより、ICU内のテクノロジーに関連した以下の3つの主要な課題を見いだした：(a)余りに多くのテクノロジーと余りに多くのデータ、(b)テクノロジーが示す諸データが矛盾し(inconsistent)しかも不正確、(c)テクノロジー間の統合、業務の流れの調整、及び臨床家のアイデンティティの支援が不十分。インタビュー時に回答者は、これらの課題に対処するために、社会的・技術的システムの両方に対処し、共同最適化を達成するための軽減(mitigation)戦略を強調した。以上から、新しいテクノロジーが ICU に追加された時には、それは患者の医療を改善すると同時に破壊する可能性がある結論づけられる。ICUでのテクノロジー導入を成功させるためには、臨床家の観点(perspective)が決定的に重要である。臨床家の観点を理解することにより、新しいテクノロジーの破壊的影響を最小化し、臨床家が自己の時間と注意を患者への医療に集中することができる。

**二木コメント**タイトルの斬新さに注目して選択しました。アメリカの ICU では、日本と比べてはるかに多様な医療専門職(clinicians)が働いていることが良く分かります。本論文の視点は、ネイスビッツが『メガトレンド』(原著 1982.竹村健一訳,三笠書房,1983)で強調した「ハイ・テックとハイ・タッチの共存」に通じると感じました。

### ○全米の非営利病院の住宅に関わる地域貢献プログラムの概観

Celano A, et al: National overview of nonprofit hospitals' community benefit programs to address housing. *Medical Care* 62(6):359-366,2024 [量的研究]

住居(住まい)は健康の重要な社会的要因で、病院が行う地域貢献プログラムで対応可能である。本研究の目的は、住居関連ニーズに対応した病院基盤のプログラムの普及ぶりを探索し、住居対応の特定の活動を分類し、住居投資に関連した組織的、地域レベルの要因を説明することである。後方視的、横断分析的研究で、非営利病院から提出された全国代表標本(433病院)の業務報告のデータセットを分析する。その報告には、連邦政府が

義務化している地域貢献実施計画に従って病院が実施した健康の社会的要因への対応が含まれている。記述統計分析と二変数分析により、病院の住居プログラムへの投資を評価した。帰納法により、病院投資を分類した。主要なアウトカム尺度は、病院が地域で1つ以上の住居プログラムに投資しているか否かを代表する二値変数である。

その結果、20%の病院(87)が1つ以上の住宅プログラムに投資していた。住宅に投資している病院は平均的には、大規模で、農村部には少なく、住宅ニーズが多い地域に所在していた。住宅プログラムは以下の7つに分類できた：地域パートナーとのコラボレーション(34%)、健康の社会的要因のスクリーニング(9%)、医療的レスパイトセンター(4%)、地域の健康の社会的要因のリエゾン(11%)、ホームレスの人々の特別のニーズへの対処(16%)、経済的支援(21%)、及びハイリスク人口への焦点化(5%)。以上から、現時点では、全国的には病院の一部が住宅問題に対処していると言える。病院は追加的な政策支援、病院外とのパートナーシップ、地域の住宅問題に対処するための技術的支援を必要としていると言える。

**二木コメント**—アメリカの非営利病院の地域貢献活動・プログラムについての研究はたくさんありますが、住宅に焦点化した全国調査は初めてと思います。ただし、まだ探索的・予備的調査のレベルです。Medical Care 6月号の冒頭のEditorial(Santos T, et al. 353-355頁)はこの論文を「タイムリーで重要」と高く評価し、3頁ものコメントをしており、併読をお薦めします。

## ○ [台湾における] 医薬品の重複を減らすためのリマインダー・レターのナッジ効果：ランダム化比較試験

Cheng S-H, et al: The nudging effect of a reminder letter to reduce duplicated medications A randomized controlled trial. Medical Care 62(5):326-332,2024 [量的研究]

複数の慢性疾患を有する患者が世界中で増加するトレンドにより、ゲートキーパー機能がなく、他の医療機関受診時に紹介状が必要ない医療制度では医薬品の重複(処方・投薬)が問題化している。これを解決するために、台湾ではリマインダー・レター(督促通知)が開発され、患者が医薬品マネジメントを行うようナッジしている。本研究の目的はリマインダー・レターが医薬品の重複を減らす効果を評価することである。研究デザインは2群のランダム化比較対照試験である。2019年の第1四半期に重複投薬を受けた患者を調査対象とした。台湾の単一保険者である全国医療保険庁が、本研究の対象になる患者を同定した。介入群には郵便でリマインダー・レターを送り、対照群には何の情報も与えなかった。差の差分法の一般化推定方程式モデルを用いて、リマインダー・レターの効果を推計した。

介入群、対照群とも11,000人の患者を含んでいた。リマインダー・メールを受け取った介入群では、第2・第3四半期に重複投薬を受ける頻度が対照群に比べて低く(第2四半期のオッズ比=0.95, 95%信頼区間=0.87-1.03、第2四半期のオッズ比=0.99、CI=0.90-1.08)、重複投薬を受けた期間も対照群より少し短かった(第2四半期の $\beta=-0.115$ ,  $P=0.0015$ , 第3四半期の $\beta=-0.091$ ,  $P=0.089$ )。2群間に重複投薬の頻度で有意差はなかったが、重複投薬を受けた期間についてはごくわずかだが(marginal)な有意差があった。以上から、1回限りのリマインダー・レターは少し(mildly)だが有意に重複投薬の期間を減らせると結

論づけられる。複数回のナッジあるいは行動科学の知見を統合したナッジを行えば、ゲイトキーパーのない医療制度でも医薬品の安全性を改善できる可能性がある。

**二木コメント**—著者はリマインダー・レターに「少しだが有意な」効果があったと主張していますが、これは<苦しい>、典型的な「有意差症 (significantosis)」(佐久間昭先生の造語) と思います。本論文では、介入費用 (リマインダー・レターを送る費用) は示されていませんが、おそらく重複投薬の減少による医薬品費の減少額を上回っていると思います (もし下回っていたら、論文に書くのがブツです)。最後の1文は希望的観測 (wishful thinking) です。

### ○健康増進のナッジはなぜ失敗するのか？

Schramme T: Why health-enhancing nudges fail? Health Care Analysis 32(1):33-46,2024 [理論研究]

ナッジは人々の意思形成に影響を与え、特定の選択をしやすいようにすることを意味する。本論文では、疾病の予防のために個人及び人口全体の健康状態を改善すると期待されているナッジ (健康増進のナッジ)、特に健康な食事選択に誘導するナッジに焦点を当てる。これらのナッジの持つ認識論的・倫理的問題を指摘し、健康増進のナッジが失敗すると結論づける。ナッジが失敗する一少なくとも政府が導入した場合に失敗する一のは、我々がどの選択が個人の健康を増進するかを一適切にホリスティック (全体論的) に理解される意味で一知らないから、及び健康増進のナッジはそれ自体が健康に悪いからである。というのは、それはターゲットとする人々が劣っていると見なし (assume inferior agency in their targets)、その結果、当然のことながら恨みや怒り一すべての人ではないが、相当数の人々の一をもたらすからである。これは強い感情で健康障害のリスクを増す。簡潔に言えば、健康増進のナッジが失敗するのは、永続的な無知と無遠慮な態度に基づいているからである。

**二木コメント**—この論文もタイトルに注目して選んだのですが、きわめて思弁的・独断的です。ただし、ナッジを (私から見ると) 無邪気に推進している人々への解毒剤にはなると思います。この文献を読むと、ナッジに対しては多くの思想家や哲学者がすでにさまざまな批判をしていることが分かります。

#### 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 235)ー最近知った名言・警句

##### <研究と研究者の役割>

○佐々木正美（児童精神医学界のレジェンド。2017年6月死去、88歳）「私が臨床や勉強会で心がけたこと 基本的に私は、仕事は20年という単位で若い頃からやってまいりましたが、20年というのは、自分が行ったり考えたりすることが確かであったかどうかを確認するのに必要な年数でありました。（中略）なぜ20年続けるかという、こちらも学びたいからです。私にとっては20年勤めることによって、そこがテキストになるわけです。

（中略）あるいは、ああ思ったけれどもこうじゃないか、と途中で微調整しながらやっていくこともあるわけです。いろんなことを確認するのに、同じ場所であるというのが価値がある、**ずっと通して観られるんです**」（『佐々木正美の子育て百科2』大和書房,2020,20頁）。**二木コメント**この発言を読んで、以前感銘を受けた次のお二人の言葉を思い出しました（ともに本「ニューズレター」173号（2018年12月）で紹介）。

○中村好一（自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門教授・当時）「協力してくれた難病患者さんの全員がお亡くなりになるまできちんと追跡し見守るのが疫学者の責任であり務めである」（2018年7月に開かれた第59回日本社会医学会総会の教育講演1「楽しい疫学：疫学はすべての社会医学の基礎である」。「社会医学会レター」2018-2号：3頁,2018年10月1日。予後調査のくだりでこう述べた）。

○関満博（一橋大学教授・当時。専門は地域産業論、中小企業論。「歩く経済学者」）「[地元の人たちは]『この人とは、一生付き合うのだ』という判断ができて、初めて内側に入れてくれる。（中略）『地域屋』を自認する私も、そうしたことはよく分かっており、一つの地域と付き合うなら『一生付き合う』態度を鮮明にする必要があることを理解している」、「**いずれの地域も、長いところで25年、短いところで7～8年ほどの付き合いを重ねてきた。そして、その付き合いの流れの中で、『同時代の証言』を送り出す必要を痛感した地域から『書籍』の形にしていった**」（『現場主義の知的生産法』ちくま新書,2002,28,131頁）。

○細田昌志（ノンフィクション作家。近著に『力道山夫人』）「ノンフィクションって『人物を描くか、時代を描くか』なんていう人がいるけど、人物を描こうと思えば必然的に時代も描くことになるんです。今起きていることは明日には過去になって、10年経てば歴史になる。当分はノンフィクションと向き合ってみようと思いますけど、5年後は…わかりません（笑）」（『週刊ポスト』2024年6月21日号：66頁、著者インタビュー）。**二木コメント**私も2021年11月～2022年2月に故石川誠さんの追悼講演の準備をした際、石川さん個人の業績を描こうと思えば、必然的に回復期リハビリテーション病棟の創設・発展を中心とするリハビリテーション医療の歴史も描くことになることに気づきました（「石川誠さんの業績ー回復期リハビリテーション病棟を中心に」『病院の将来とかがりつけ医機能』勁草書房,2024,178-196頁）

○大山澄太（宗教家・俳人。1994年死去、94歳。種田山頭火をこの世に紹介）「**和して同ぜず敬してへつらわず**」（「中日新聞」2024年4月7日朝刊。青山俊董氏が「今日の言葉」欄で、「『和』という言葉で忘れられない一句」と紹介し、こう説明。「その方を心から尊敬



するとき、その心中に私心はない。『認めてもらいたい』などという自我中心の心がうごめいたとき、へつらいとなる」。二木コメントー私も「和して同ぜず」と「(他人に) へつらわず」は若い時から貫いてきたツモリなので、両方を組み合わせた言葉に共感しました。

○五木ひろし（歌手、76歳。長きにわたり第一線に立ち続け、2024年で芸能生活60周年を迎えた）「夢を果たせた。天才なんていない。努力を積み重ねるしかなかった」（『中日新聞』2024年6月27日朝刊、「おはよう出番です」）。

○橋幸夫（歌手、81歳。2年半前に引退を表明したが、2024年4月、所属事務所での記者会見でそれを撤回）「引退は軽率でした。皆様のお許しがあれば、声が出る限り歌っていくつもりです」、「歌の道に戻った以上は、ファンの気持ちを裏切ることなく、歌い続ける覚悟です。（中略）新人に戻ったようなフレッシュな気持ちで、最後に宣言したいと思います。橋幸夫は二度と引退しません」（『読売新聞』2024年5月21日朝刊「時代の証言者 宿命の歌謡道(30)最終回」）。

○小峰隆夫（大正大学客員教授、元経済企画庁調査課長。「最後の官庁エコノミスト」と謳われる。77歳）「私も、年をとるにしたがって、いずれ原稿を求められる機会も減っていくだろう。時代の流れに対応するのが難しくなるのだから、当然のことである。それでも私は求められる限りは答えるつもりだ…」（『私が見てきた日本経済』日本経済出版,2024,388頁）。

二木コメントー私は本年7月で77歳になりましたが、「幸い心身とも健康であるため、今後も、研究と言論活動及び社会参加を、可能な限り長く続けようと思って」いるのでこれらの前向きな発言に大いに共感しました（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,256頁）。

#### <その他>

○フジ子・ヘミング（奇跡の復活を遂げたピアニスト。2024年4月死去、92歳）「（聴力を失い、演奏活動を中断した）当時の気持ちはもう忘れまじ。聖書に「1日の苦勞は1日で足れり」という1節があります。「1日の苦勞はその日だけで十分で、次の日は生まれ変わって、新しく生きなさい」という意味です。青山学院初等部を卒業するとき、校長先生がサイン帳に書いてくれたのですが、そのとき以来、私の座右の銘になっています」（『週刊エコノミスト』2024年7月23日号：42頁、「ワイドインタビュー問答有用」（2004年11月9日号再掲））。

○栗林良史（プロ野球・広島カープスの抑えのエース。「(セーブに失敗した時の心の切り替え方法を聞かれて) 12時(当日夜の0時)までは反省して、それ以降は反省しない」（『日経新聞』2024年6月6日朝刊、篠山正幸「逆風順風 抑えに学ぶ切り替え術」で紹介）。

○田口浩正（俳優。NHK連続テレビ小説「虎に翼」の新潟編で地元・三条市の弁護士・杉田次郎役）「(心がけているのは) 引きずらないこと。ずっと失敗したことを考えていたら次にいけない。台詞も人生で一番覚えましたが、一個も覚えていない(笑)。次、次、次…。終わった瞬間、忘れていきます」（『しんぶん赤旗 日曜版』2024年7月21日号、「ひと」）。

二木コメントー私も、苦勞や失敗、任期が終わった仕事のことは、その日1日で「忘れる」（脳内の記憶をdeleteする）ように心がけているので、大いに共感しました。

## 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39回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」77号 (2024年7月14日) から転載)  
※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○安梅勅江編著『エンパワメントの理論と技術に基づく共創型アクションリサーチ 持続可能な社会の実現に向けて』北大路書房,2021年2月。

…社会をよくするために身近なところで何かできないか、と感じる人たちのための、エンパワメントの理論と技術をもとにイノベーションを起こすアクションリサーチの方法を学習する入門書。理論編と実践編から成り、後者では地域づくり、人材づくり、組織づくり、減災、認知症予防、国際的な子ども支援など、さまざまな実践におけるアクションリサーチの具体的な例をあげ、その適用法とコツについて説明。122頁の薄い本でサラリと読めるが、私には「予定調和的」に見える。

○ランディ・ストッカー著、帯谷博明・他訳『コミュニティを変えるアクションリサーチ 参加型調査の実践手法』ミネルヴァ書房,2023年 (原著第2版2013)。

…アメリカの大学で長く地域の協働プロジェクトに携わってきた著者が、コミュニティの人々が主体的に参加するリサーチとはどういうものか包括的かついいに示した教科書。それが日本の「コミュニティを変えるアクションリサーチ」にどこまで有効かは疑問。原著出版後10年も経っての訳書出版には大疑問。

○ジョージ・スタージ著、尼丁千鶴子訳『ヤバイ統計 政府、政治家、世論はなぜ数字に騙されるのか』集英社,2024年1月 (原著2022,原題: Bad Data)。

…英国議会下院図書館に所属する新進気鋭の統計学者が、英国の都市、政治家、政策、警察から、学校や食べ物にいたるまで多岐にわたる事例・「バッドデータ」(粗悪なデータ、危険な誤情報、「ヤバイ」データ)を示して、データを有効に収集・活用するための手法や心構えについて考察し、最後をこう結ぶ:「数字によって管理されるにしても、データによる独裁は防がれねばならない。データは私たち人間の手の上にあるべきものだということを、きちんと認識しよう」(341頁)。数式やグラフ、表を使わず、事例の解説を通して統計的なものの見方が身に付く。訳者によるいい補足の註(本文に【 】で挿入)も本文の理解を助ける。私が特に重要と思った警告は「**解決策は何を問題にするかで決まる**」(98頁)、一番面白かった章は第4章「変化[の有無・程度の解釈]」。ただし、医療・NHSについての事例はほとんど書かれていない。英国だけでなく、日本でも最近「根拠に基づいた政策形成」(EBPM)が称揚されているが、統計で示される数字、特に「バッドデータ」を鵜呑みにして政策を決めることの危うさがよく分かる。

私も長年、日本の医療(政策)の「バッドデータ」を指摘してきたので、それらを1つの論文にまとめようと思いついた(「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証」(『文化連情報』2024年2月号=「ニューズレター」235号)の続編・姉妹編として)。

○千葉雅也『センスの哲学』文藝春秋,2024年4月。

…本書は「センスが良くなる」ハウツー本ではなく、著者が考える広い意味での芸術を生活とつなげる感覚という意味での「センス」を論じた哲学書・「芸術論の本」(242頁)(全8章)。「はじめに」で、センスとは「直感的な判断力」と仮定義し、本文でそれをさまざまに拡張・展開し(例:センスとは物事をリズムとして捉えること(第1~4章))、最終的に「センスの彼方について考察」。「はじめに」を読んで惹かれた人は、本文も読めば良いと思う。

○樫田美雄・栗田宣義編著『社会学者のための論文投稿と査読のアクションリサーチ』新曜社,2024年5月。

…「論文投稿と査読に関わる不可思議な世界を社会的に解明し、その成果を実践者[投稿者と査読者—二本]に還元しつつ、学的にも発展させ」ることを目指したユニークな本。講義編と実践編と座談会編の3部構成。従来の「ハウツー本」とは一線を画し、「学」=「論文投稿と査読に関わる実践学」を志向。理屈っぽい議論が好きな人向き。

○杉田敏『現代英語基礎語辞典』集英社インターナショナル,2024年4月。

…NHKラジオ講座「実践ビジネス英語」などの講師を2021年まで通算32年半務めた経験に基づいて、1文字語~4文字語から成る「基礎語」の現代的な用法を、豊富な例文、イディオムと共に、A~Z順に集録した「読む辞書」。「ビジネス英語会話」能力の向上に役立つ口語・俗語、略語、ことわざ、イディオムが豊富。論文やThe Economistにもよく出てくる表現も少なくなく、reading能力の向上にもなる。**中級レベルの英語力がある人向け。**

+○杉田敏『英語の新常識』集英社インターナショナル新書,2022年3月。

…NHKラジオ「実践ビジネス英語」の講師を32年間も務めた杉田氏が、この30数年間に起こった社会現象が現代英語に与えた影響を中心に、英語の新しいルール、新しい常識を紹介。「**語彙を増やすのは必須**」で、「**仕事で英語を使うのであれば、少なくとも1万語は知っておくべき**」(24頁)。会話・口語が中心だが、The Economist等を読む上でも参考になる。第2章の「タブー語の変遷」は英米人と交流する上で必読。私は、第4章「伝統的な文法のルールにも大きな変化が」が特に参考になった。**中級レベルの英語力がある人にお勧め**(「ゼミ通信」51号(2022年5月)より)。私は英語学習書としてはこちらを勧める。

## B. 医療・福祉・社会保障関連

○國頭英夫著、田中司郎監修『誰も考えようとしなかった癌の医療経済』中外医学社,2023年7月。

…肺癌治療の専門家&論客が、癌治療の費用対効果について多面的に論じた m3.com 連載のまとめ(全33章)。ただし、大半は肺癌を中心とした癌治療の「臨床評価(研究)」についての文献紹介と持論の開陳:低用量治療、経口薬、術後化学療法の治療

期間、Real world benefit 等（第 2 ～ 22 章）。**価格と効果の乖離（第 23 ～ 25 章）は興味深い&説得力がある。**費用対効果分析の問題点（第 30 ～ 33 章）には、一部鋭い指摘もあるが、大半は素人談義。英語の専門用語&その略語が非常に多く、一般読者が読み通すのは困難だが、**医療の経済評価の研究者は読んだ方が良いと思う。**

著者は 2015 ～ 2016 年に「オブジーボ亡国論」（オブジーボ「登場を契機として、いよいよ日本の財政破綻が確定的となり、“第二のギリシャ”になる」）を精力的に主張（扇動）し、それをマスコミ・財務省も大きく取り上げたが、それへの言及・反省はない。もちろん、私の批判もシカト（「**國頭医師のオブジーボ亡国論を複眼的に評価するー技術進歩と国民保険制度は両立可能**」（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,148-162 頁））。

### ○京極高宣『戦後の社会福祉論争』中央法規,2024 年 2 月。

…著者が社会福祉研究の道を歩み始めた 1970 年代後半から 2010 年代前半までの約 40 年間に、特に福祉政策をめぐる団体や個人と行ってきた各種の論争の総まとめ。「わが青春のマルクス主義ともいえる、マルクスやエンゲルスの批判的分析」の延長線上に、「体制批判的改革派の左寄りの論調」と「体制擁護的守旧派からの右寄りの論調」の両方を批判。以下の 6 つの柱立て：①日本型福祉社会論批判（自民党の右派政策グループ批判）、②福祉専門職の養成教育と資格法（宮田和明、小野哲郎、日本医療社会事業協会、山手茂等批判。以下、敬称略）、③介護保険法批判への反批判（里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』批判）、④障害者サービスにおける利用者負担の在り方（岡部耕典、堤修三批判）、⑤社会保障と国民負担率（財政当局批判）、⑥社会福祉学のあるべき体系（古川孝順批判）。貴重な「歴史の表現」であり、**社会福祉政策研究者必読**と思う。なお、私は『公的介護保険に異議あり』が京極氏から詳細に批判されていたことを今回初めて知った。

**参考：**真田是編『戦後日本社会福祉論争』（法律文化社,1979。2005 年オンディマンド出版）は、第二次大戦後から 1970 年代までの社会福祉をめぐる論争を、「社会福祉本質論争」を中心に 7 人の研究者（大半は当時 40 歳代）が、主として「階級闘争論」の視点から整理。補章では戦前の社会事業論争も簡潔に回顧。現在と異なり、1970 年代までは、研究者間で激しい&率直な論争が行われていたことがよく分かる。ただし、私には「社会福祉本質論争」は不毛に思える。

### ○エリック・R・カandel 著、大岩（須田）ゆり訳『脳科学で解く心の病 うつ病・認知症・依存症から芸術と創造性まで』築地書館,2024 年 4 月（原著 2018）。

…著者は精神分析医を経て、脳神経学の基礎研究に転進し、学習と記憶の研究で 2000 年にノーベル生理医学賞を受賞した脳科学の第一人者。本書は著者自身の研究も紹介しながら、さまざまな「心の病（精神疾患）」ー自閉スペクトラム症、うつ病と双極性障害、統合失調症、認知症、パーキンソン病とハンチントン病、不安症・PTSD 等、依存症ーと脳の性分化と性自認、および今なお脳に関する最大の謎である「意識」についての、脳神経科学研究の歴史と最新の研究成果及び「今後の展望」をていねいに解説（全 12 章）。「新しい心の科学」の研究では、遺伝子・遺伝学の研究、脳内を

画像化するイメージング技術とモデル動物の開発の3つの研究手法が、大きな役割を果たしていることを強調(33頁)。ただし、著者は生物学決定論者ではなく、脳と心の研究が進み「神経障害と精神障害が一つに収斂していくことで、新しい科学的ヒューマニズムの創生がもたらされる」、「ヒトの脳の機能や個人的な経験、行動が、いかに遺伝子と環境の相互作用に基づいているのかを解明する機会」が与えられると展望(45頁)。訳文は読みやすく、「訳者あとがき」も丁寧に書かれている。一般読者向けの一步進んだ科学教養書で、**精神関連の医療・福祉職にも得る者は大きいと思う**。唯一残念なのは、訳書が原著出版から6年も経って出版されたこと(原著出版後の6年間で科学的知見はかなり増えていると思う)。

○井伊雅子『地域医療の経済学 医療の質・費用・ヘルスリテラシーの効果』慶應義塾大学出版会,2024年4月。

…地域医療と国際比較を窓にして、「わが国の医療[提供体制—二木]に関する問題点と解決策」を多面的に論じている(全6章)。書名は「…医療の経済学」だが、アメリカの医療経済学書と異なり、(新古典派)経済学の理論やモデル図・数式はまったく使わず、内容的には「医療サービス研究」と言え、経済学の知識がなくても読める。ただし、多くの章が「数字の洪水」とも言えるほど、データ分析が多いので、スラスタとは読めない。**第4章「地域医療と医療費」では「医療にかかる費用を知るための[3つの]政府統計」の問題点を詳細に検討しており、本書の白眉**と言える。

著者が指摘する日本医療の問題点には首肯できるものも少なくないが、「すべての道はプライマリ・ケアに通じる」的論法は強引すぎる。特に、先のイギリス総選挙でも大きな争点となったイギリスNHSの医療崩壊を無視して、イギリスの医療制度・政策を随所で美化していることには鼻白む。第6章「医療提供体制の国際比較」は表面的で、日本の医療と医療政策の歴史と現実を知らなすぎる。「国際比較から見えること」として、日本の「遅れ」ばかりを強調するのもステレオタイプで、バランスに欠ける。例：日本の急性期病床では「入院期間を延ばして収益をあげるインセンティブが働く」(347頁)は数十年前の話。

○小堀鷗一郎『死を生きる 訪問診療医がみた709人の生老病死』朝日新聞出版,2024年4月。

…2018年に出版し翌年の日本エッセイスト・クラブ賞を受賞した『死を生きる人びと 訪問診療医と355人』(みすず書房)の続編。前著「以降の5年間に倍増した看取り事例と向き合いどのような進化を遂げるべきかを模索した記録」(はじめに)。在宅医療のパイオニア・黒岩卓夫氏との対話も収録。祖父が森鷗外であるためか、文章は流麗。

○日本社会保障法学会編『講座・現代社会保障法学の論点[上巻・下巻]』日本評論社,2024年5月(2冊とも)。

…2001年と2012年に続く3回目の「学会講座」。上・下巻ともそれぞれ15人が執筆。なぜか、医療保障についての独立した章はない(下巻では、第3章(高齢化と社会保

障)、第4章(少子化と社会保障)、第9章(地域と社会保障)、第13章(感染症と社会保障)等で、断片的に触れられているだけ)。

○筒井淳也・山根純佳・上村泰裕編『福祉・社会保障(岩波講座 社会学 第9巻)』岩波書店,2024年6月。

…1980年前後生まれの中堅の社会学研究者12人の論文集。東アジアの福祉、社会的養護、家族政策、ダブルケア、介護の社会化、ホスピス、医療政策、住宅政策、政策の根底にある規範や因果効果等、多様なテーマを社会的に分析。せめて序章等で各論文(章)のポイントを示すべきと思った。

**○高橋泰「後期高齢者の急速な変化を織り込んだ将来の医療福祉施設需要予測の必要性」**厚生労働省・新たな地域医療構想等に関する検討会第3回会合の有識者プレゼンテーション資料8,2024年5月22日。

+ m3.com インタビュー Vol.1「コロナ後も病床利用率が回復しないのはなぜか」2024年6月4日、Vol.2「認知症・脳卒中・心疾患減少という推計結果を基にしたシナリオの検討が必要」6月11日(聞き手・橋本佳子)。←上記プレゼンテーション資料のダイジェスト版。

…現在の後期高齢者は50年前に比べて、劇的に若返っており、この影響を将来に向けての病床や高齢者施設のベッド数予測に反映すべきとして、4つの提言を行う。その根拠として、日本の最近の実証研究と全国のケアマネージャー5人への電話インタビュー調査の結果を紹介。前者の中心は、「学歴」因子を考慮したマイクロ・シミュレーション・モデル解析により、認知症が今後減少すると予測した笠島めぐみ氏等論文(2022)。「大都市やその周辺部の高齢者の変化(認知症者の減少、独居でも自宅で亡くなることを選択する高齢者の増加等)のスピードは、地方都市や過疎地の高齢者の変化のスピードよりも速い」と指摘し、「コロナ後の予想外の高齢者の病院・施設の利用率の低下」もその現れと解釈。団塊の世代の高齢者は、明治生まれや昭和2桁の高齢者とは大きく異なることを強調し、「団塊の世代は、自らの死亡時に食べなくなった時点で、あきらめるケースが増える」とも予測。2040年に向けた地域医療・介護構想を考える上で示唆に富む。

**※笠島等「日本における2016～2043年のフレイルと認知症の有病率と医療・ケアの経済的コストを推計する：マイクロシミュレーション・モデリング研究」**(英語論文)は、「ニューズレター」215号(2022年6月)で抄訳。

○特集「医療・介護・教育—準公共部門のデジタル化政策の目ざすところ」『国民医療』362号:2-25号,2024年6月。

…医療DX、マイナ保険証、科学的介護の「問題点」に焦点を当てて、批判的に分析。執筆者はそれぞれ、寺尾正之、松山洋、片山忍氏。

○川口啓子『あなたの介護は誰がする? 介護職員が育つ社会を』クリエイツかもがわ,2024年6月。

…大阪健康福祉短期大学で20年間介護福祉士教育に従事してきた著者が折々に発表

した論文・エッセーを一書にまとめた（全7章+短い序章・終章）。著者自身が見聞きした介護職員・介護福祉士に対する「ネガティブイメージ」（不愉快な事例。第4章）と**著者の勤務校での学生の貧困に焦点をあてた「介護福祉士養成校の苦悩」（第5章）はリアル。**

**○小塩隆士「（インタビュー）NDBを元にしたデータ分析で建設的な議論が実現、評価できる改定に（連載特集：2024年トリプル改定を読み解く⑧）」『月刊／保険診療』2024年6月号：6-9頁（聞き手：梶葉子）。**

…中医協会長として2024年度改定を取りまとめた小塩氏が、改定のプロセスと評価を率直かつ公平に語る。私は、インタビューの最後の以下の発言に注目・共感した。長いが全文引用する。「社会保障の効率化は進めるべきです。無駄な部分はしっかり削り、限られた資源を効率的に使いましょうということです。ただし、**出生率の回復効果がほとんど期待できない少子化対策や、安易な防衛費の拡大のために社会保障の給付を削減するのは筋違いで、まったく是認できません。社会保障の効率化は、少子化や防衛費といった話とは切り離して肅々と検討すべき政策課題です。／子育てをしている家庭をほかの人たちが支援すること、つまり所得移転の仕組みは悪くないのです。問題なのは、『支援』と『出生率を回復させること』は全く別の話だ**と言うことです。子ども家庭庁は『異次元の少子化対策』と言っていますが、例えば、それによって出生率をいくつに引き上げます、という目標設定をしていません。これは**政策として出生率の回復を目指していないと解釈して構わない**と思います。そのために**医療費を削減するとか支援金を引き上げるというのは、非常におかしな話です。その部分での財源が必要なら、増税の是非を堂々と問えばよいのです**」。歴代の中医協会長で、診療報酬改定の解説インタビュー時に、その枠を超えて、これほど原則的かつ踏み込んだ発言をした方はいないと思う。

**○日本医師会医療IT委員会答申（委員長：佐原博之）「医療DXを適切に推進するための医師会の役割」2024年6月19日（ウェブ上に公開）。**

…総論（14頁）と各論（論文・事例集）の2部構成。総論は、まず「医療DXのゴール」を「デジタル技術を駆使することによって、国民皆保険と地域医療を守るとともに、より安全で質の高い医療を実現し、医療従事者の負担を軽減して、余裕を持って患者に寄り添えることができるよう医療現場を変革すること」と定義。「日本の医療現場の課題を要約すると、『余裕がない』ということ」、「社会保障を過度に抑制すれば、医療の質は低下し、医療従事者の負担は増える」等と指摘。次に、「**誰一人、日本の医療制度から取り残さない**」ことが、「**医療DXを適切に進めるための大前提**」だとして、「スピード感は重要であるが、拙速に進めて医療提供体制に混乱・支障が生じてはならない」と力説。「紙カルテを完全に電子カルテに置き換えることは不可能であるし、そもそもそれを目指すべきではない」、「仮に紙カルテを使い続けたとしても、恩恵を受けることができるような医療」DXを目指すべき」とも主張。

その上で、「日本医師会が進めてきた医療DX」について回顧。さらに、「地域で進められている医療DX」について、地域医療連携ネットワークと全国医療情報プラッ

トフォームとの違い・役割分担について述べ、最後に「日本の医療の課題を解決するための医療 DX」について提言。「総論のまとめ」では、改めて「**スピード感は重要だが、拙速に進めて混乱・支障が生じては本末転倒**」と強調し、「インフラの整備・維持とそれに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、補助金や診療報酬上の加算などで国が責任を持って全額を負担すべきだと強く提言」。

「国が推進する医療 DX」が、医療 DX をバラ色に描き、スピードを最優先しているのと異なり、地に足がついており、**医療関係者必読**と言える。

### C. 政治・経済・社会関連（「コロナ関連」の柱立ては終了）

○小峰隆夫『私が見てきた日本経済』日本経済新聞出版,2023年12月。

…『経済白書』を2回執筆し、「最後のエコノミスト」と謳われている著者が、経済企画庁勤務時代（1969～2002年）の「知られざる闘い」（「タブー死すべし」、「ナンセンスな議論」等）を、ほぼ経年的に率直に回顧。アカデミーの経済学者と違い、官庁エコノミストには各省調整等、さまざまな制約がある反面、政府の経済政策に直接に関与できるという圧倒的強みがあることが良く分かる。1970年代～00年代の生きた経済政策（論争）史としても貴重。特に「[経済]白書ができるまで」（第7・8章）は迫力がある。「人名索引」も充実。ただし、医療・社会保障政策についての記述はない。

○君塚直隆『君主制とはなんだろうか』ちくまプリマー新書,2024年3月。

…中高校生も読めるように分かりやすく書かれた、古代エジプトから現代世界にいたるまでの君主制の栄枯盛衰の5000年史（全5章）。ヨーロッパ諸国偏重ではなく「グローバルヒストリー」（ただし著者はこの言葉を使っていない）の視点から書かれており、太古から古代（第1章）、古代から中世（第2章）、中世から近代（第3章）は中東・アジア（中国・インド）の君主制が「主役」で、これについての教養が身につく。例1：中国では地形が平坦であるために「統一王朝」が成立しやすかったが、山あり谷ありのヨーロッパではローマ帝国の分裂以降は各地域の独立性が強まり幾つもの国に分かれていった（57頁）。例2：マキャベリの『君主論』は古代中国の韓非・「法家思想」に近い（117頁）。私は、市民革命によって君主制が次々に打破されていった「17世紀から20世紀へ」（第4章）が一番面白かった。第5章「21世紀の君主制」は、著者が「イギリス王制史研究の第一人者」のためか、イギリス最頂に過ぎると思う（エリザベス女王時代に続出した王室スキャンダルには一言も触れず）。

+○君塚直隆『立憲君主制の現在 日本人は「象徴天皇制」を維持できるか』新潮選書,2018。

…著者の専門であるイギリス王室史を中心に、現代も「生き残っている」北欧・ベネルクス3国、アジアの君主制について概説し、終章で「日本人は象徴天皇制を維持できるか」について考察。上掲書と相補的だが、上掲書と同じく、「現代のイギリス王室」賛美が気になる（特に第4章）。『君主制か共和制か』という国家形態と、『専制主義か民主主義か』とった統治形態とは、必ずしも合致しない、「国民統治の面でも、君主制が共和制に劣っているとはあながち言えないのかもしれない」（6頁）との指摘



は説得力がある。「女帝」を認めていないことを除けば、日本の現在の象徴天皇制&平成天皇・皇后の真摯な仕事ぶりは、他国の君主（制）に比べて、ずっと優れていると感じた。

○パーツラフ・ミシェル著、栗木さつき訳『インベンション・アンド・イノベーション 歴史に学ぶ「未来」の作り方』河出書房新社,2024年3月（原著2023）。

…イノベーションの失敗と成功の歴史を複眼的に振り返り、「現代の狂騒」－「加速化するイノベーションという根拠のない説」等－を批判。本書の肝は、失敗したイノベーションを3つのカテゴリー①歓迎されていたのに迷惑な存在になった発明、②主流となるはずだったのに当てがはずれた発明、③待ちわびているのにいまだに実現されている発明－に分けて詳述した第2～第4章。「『加速化するイノベーション』という根拠のない説」の批判（第5章）は、一見通説に反するが、「現実世界ではごくわずかな現象に影響を及ぼすにすぎない急速な〔例外的〕指数関数的成長」（コンピューターと電子製品）と、人間の活動や成果の大半に見られる、もっと一般的な低・中程度の成長（栄養不良の削減、主要穀物の収穫量、各国の経済成長、脱炭素化等）を区別する視点は説得力があると感じた。

○酒井順子『消費される階級』集英社,2024年6月。

…1966年生まれの著者が実体験した1970年代以降50年間の、日本社会（一部海外）の序列・区別・違い・差別（意識）の変遷を21の柱立てで、軽妙なタッチで、しかしなかなか鋭く描く。書名と異なり、本文では「階級」というカタイ用語はほとんど使っていない。本書を読むと20世紀まで支配的だった「一億層中流という時代」が2000年代に消失したことがよく分かる。上野千鶴子氏は本書を「ほとんど歴史書と言ってよい」と激賞。私自身は、以下が特に面白かった：「まぶた差別と日韓問題」、「『ひとり』でいることの権利とリスク」、「超高齢化時代のおばあさん格差」、「世代で異なる、斜陽日本の眺め方」、「反ルッキズム時代の容姿磨き」。**自立意識の強い女性には小気味良いと思う。**