

2024年9月5日(木)

## 「二木立の医療経済政策学関連ニュースレター(通巻242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、あるいは皆様に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/>。

242号の目次以下の通りです(20頁)

1. 論文：「医療費適正化」は「医療費抑制」と同じ意味で使われてきた—歴史的検証  
(「二木教授の医療時評」(23)『文化圏情報』2024年9月号(558号)：34—41頁) …2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済政策学関連の英論文(通巻222回：2024年分その6：6論文) ……9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その236)—最近知った名言・警句 ……13頁
4. 私の毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第40回) ……15頁

### お知らせ

1. 論文「『令和6年版厚生労働白書』第1部をどう読んだか?」を『日本医事新報』9月7日号に掲載します。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。

2. 講演「地域共生社会と地域包括ケアについて」を10月21日(月)午後4時20分～5時50分、日本赤十字豊田看護大学大学院で、ハイブリッドで行います。本講演は、本年3月に出版した『病院の将来とかかりつけ医機能』(勁草書房)補章第1節「**地域共生社会の理念と現実、および地域包括ケアとの異同**」をベースにしつつ、同書の別の個所で地域共生社会に触れた個所、元論文発表後本年8月までに生じた新しい動きや最新文献、及び今までは活字にしていないデリケートことを補足して行います。

日本赤十字豊田看護大学大学院のご厚意で、本「ニュースレター」読者のzoom聴講をお認めいただきました。もちろん無料です。**聴講を希望される方は、10月14日(月)午後5時までに私に直接メールでお申し込み下さい。**その際、ご所属と簡単な自己紹介をお書き下さい。同日午後6時以降、聴講のためのURLをお知らせし、講演資料をお送りします。

# 1. 論文：「医療費適正化」は「医療費抑制」と同じ意味で使われてきた一歴史的検証

（「二木教授の医療時評」（223）『文化連情報』2028年9月号（558号）：34-41頁）

## はじめに—前回連載への若手研究者からの疑問

私は、前回の「医療時評(222)『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」(1)のベースになった『医事新報』論文で、以下のように書きました。<「骨太方針 2024」(原案)の(医療・介護・こども 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」(医療費抑制)を目的とすると明記されたのは初めてです。>(2)

これを読んだ、若手医療政策研究者(医師)A氏から、以下の率直な疑問メールをいただきました。

<医療費適正化はしばしば=医療費削減としてみなされてしまっていますが、本来的には、国民の健康保持推進と医療の効率的な提供の推進により、結果的に医療費の伸びを抑制することを目指すものであり、医療の質を落としたり、国民の健康レベルを落としてまで、医療費を削減することは医療費適正化とは異なることになります。>(以下略。匿名での引用許可済み)。

A氏が根拠として挙げた文献は、第一期医療費適正化計画の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(厚生労働省告示第149号。2008年3月31日)で、それは「医療費適正化計画の基本理念」として、「(1)住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること、(2)超高齢社会の到来に対応するものであること」が挙げていました。

「医療費適正化」(政策・計画)が医療費抑制を意味しないとの主張は、印南一路氏(慶應義塾大学教授・当時)も早くからしています(3,4)。そこで、今回はこの主張の是非を歴史的に検証し、「医療費適正化」は1980年代初頭以降、もっぱら医療費抑制(正確には「医療費伸び率の抑制」)の意味で用いられてきたことを明らかにします。

## A氏への私の回答

まず、A氏への私の回答を紹介します。

<私は、研究者(not 行政官)が(医療)政策について研究する・論じる場合、2つのことに気をつける必要があると思っています。

1つは、政府の公式文書をそのまま引用・肯定するのではなく、批判的・複眼的に検討することです。公式文書には、現実の政策とは異なる、建前表現・美文が少なくないからです。もう1つは、政策を歴史的・社会的文脈で検討することです。政府の政策は時代と共に変化しますから、特定の文書のみを絶対化することは避けなければなりません。

Aさんが医療費適正化の「本来的」意味として引用された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」の「医療費適正化計画の基本理念」は、建前表現・美文の典

型で、私の知る限り、学術論文で引用されることはほとんどないと思います。

歴史的に見ると、「医療費適正化」という表現が政府（関連）文書で最初に用いられたのは、1981年の「行政改革に関する第一次答申」です。その第2「緊急に取り組むべき改革方策」のI「支出削減等と財政再建の推進」の3「支出に関する個別の方策」の(1)「国民生活と行政」のAに「医療」が挙げられ、そのトップの(ア)が「医療費の適正化」となっており、冒頭、「年々急増する医療費については、総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図るため、以下の措置をとる」と明記されました。

医療費適正化という用語は多義的であるので、最低限、厚生労働省の「基本理念」を「本来的」意味として使うのは、避ける方が安全と思います。Aさんはアカデミックで中立的な研究を志していると思いますが、「医療費適正化」を説明なしに使うと、御用学者と誤解される危険が強いからです。>（引用終了）

なお、A氏の指摘を踏まえて、「医療時評（222）」では、「医療費適正化（医療費抑制）」という表現を、「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」に変えました。

### 1982年閣議決定で「医療費適正化」＝「医療費総額の抑制」

上記回答では省略しましたが、「行政改革に関する第一次答申」は、第二次臨時行政調査会（土光敏夫会長。略称「土光臨調」）が取りまとめました。土光臨調は1981年に発足し、鈴木善幸内閣が掲げた「増税なき財政再建」を達成すべく、行政改革についての審議を行い、第一次答申を皮切りに五次の答申を出しました。第三次答申（基本答申。1982年7月）にも「第一次答申の趣旨に沿った医療費適正化対策を一層推進し、医療費総額を抑制する」と明記されました。

これを受けて鈴木内閣は1982年9月に「今後における行政改革の具体化方策について（行政改革大綱）」を閣議決定し、その「医療」部分には、「**医療費の適正化については、医療費総額の抑制を図るとともに、医療資源の効率的利用に資するため、次の対策を講ずる**」と書き込まれました。

これ以降、政府・厚生労働省関係者だけでなく、医療関係者、研究者にも、「医療費（の）適正化」が「医療費抑制」を意味することは自明のことになりました。例えば、高木安雄氏（当時・慶應義塾大学教授）は、「国民医療費の増加と抑制という指標をベースに」して、50年間の医療保障制度の変遷を回顧した論文で、「老人医療費の抑制・適正化対策」という表現を用いました(5)。

### 吉村仁氏の「医療費亡国論」

よく知られているように、吉村仁氏は、1980年代前半に、厚生省保険局長・事務次官として、土光臨調と歩調を合わせて、強力な医療費抑制政策の陣頭指揮を執りました。しかし、「医療費亡国論」を提唱した記念碑的文書「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」では、「医療費適正化」という表現を使っていませんでした(6)。ただし、氏は「『医療費亡国論』への対応は、率直に言えば、**医療費総枠の抑制**ということになる」とストレートに述べていました。

その上で、氏は「ここで問題としているのは、負担率の引上げのことであって、医療費

がビター文増えてはいけない、ゼロベースで抑制すると言っているのではない。国民所得の伸び率程度の伸びならば、負担額は上がっても、負担率は上がらない」とも述べました。この指摘は非常に重要で、それ以降、現在に至るまで国・厚生（労働）省は、医療費適正化＝医療費抑制を医療費の伸び率抑制の意味で用いています【注1】。

なお、印南氏等は、吉村仁氏は「医療費亡国論」を主張していないと2011年に主張しました(7)。しかしそれが事実誤認であることは、別に詳細に論証しました(8)。

### 医療法では「適正化」は使われていない

実は、「（医療費）適正化」は多義的用語であるためか、医療法ではまったく使われていません【注2】。

それに代えて、もっぱら使われているのは、「**良質かつ適切な医療を効率的に提供する**」です。この表現は、第一章総則第一条（医療の目的）の「この法律は（中略）医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする」など、医療法全体で6回も使われています。「良質かつ適切な医療の効率的な提供」も3回使われています。

この表現は、2006年の第五次医療法改正で用いられました。正確に言えば、1992年の第二次医療法改正で、同法第一章総則第一条の二の一項に、医療の理念として、「その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む**良質かつ適切なもの**でなければならない」が掲げられ、この理念を受けて、第一条の三に国と自治体の努力義務が、以下のように規定されました。「国及び地方自治体は、前条の規定する理念に基づき、国民に対し**良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制**が確保されるよう努めなければならない」(9)。第五次医療法改正では、これが「医療の理念」規定に格上げされました。なお、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する」という表現のルーツは、1987年の厚生省「国民医療総合対策本部中間報告」が初めて用いた「良質で効率的な国民医療」です【注3】。

私は、医療法のこの理念規定を踏まえて、「医療時評(222)」の「おわりに」で、以下のように書きました。<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。>(1)

### 『白書』中の「適正化」使用の変遷－1980年代を中心に

最後に、『厚生（労働）白書』の「（医療費）適正化」の使い方、その変遷について、医療費適正化（医療費抑制）政策が本格化した1980年代を中心に、時系列的に紹介します。白書は昭和31年～令和5年の68年間に66冊発行されており（昭和42年と令和元年は発行されず）、全白書の本文を、「適正化」をキーワードにして検索しました。

#### (1950-70年代)

○「適正化」は多義的用語ですが、「**適当で正当なこと**」という辞書的・日常用語の意味では、第1回の昭和31（1956）年度版からほぼ毎年使われていました。例えば「医薬分業は…医療の適正化・合理化を図り」（昭和31年度版）、「保険料の賦課方法の適正化」（昭和32（1957）年度版）、「環境衛生関係営業の運営の適正化」（昭和33（1958）年度版）です。

○と同時に、早くも昭和 31（1956）年度版の第 2 章第 4 節 2 健康保険の「財政対策」の項で、「**歯科診療における金使用の適正化**」が、歯科の保険給付での金使用の抑制・廃止という意味で用いられました（184 頁）。その前年の保険局長通知で、健康保険財政の赤字対策として、金の保険給付を廃止し、保険給付としては代替合金（金銀パラジウム合金）を用いることとし、金を使用する場合はこの代替合金を保険で振替請求し、金との価格差を患者から差額徴収できるようにしていました(10)。昭和 32（1957）年度版では、「日雇労働者健康保険…各種行政措置の励行による収入の増加と支出の適正化を図る」と「適正化」が支出の抑制の意味で使われました。昭和 39(1964)年度版でも、患者一部負担の引き上げという意味で「保険支出の適正化」が用いられました。

○昭和 40(1965)年度版の第 5 章第 2 節 3 診療報酬問題では、初めて「**診療報酬体系の適正化**」が集中的に 4 回用いられました（196-198 頁）。この場合の「適正化」は、辞書的・日常用語の意味と「診療報酬抑制」という意味の両方で使われていました。

○昭和 41（1966）年度版以降、「診療報酬（体系）の適正化」はほぼ毎年用いられ、しかもほとんどすべてで診療報酬の抑制という意味でした。なお、白書の表記は昭和 43（1968）年に、「年度版」から「年版」に変更されました。

○医療費抑制という意味での「適正化」とは離れますが、昭和 47（1972）年版の各論第 1 編第 1 章第 4 節 1 精神衛生(2)「精神病院の整備」では、「最近なお精神病院における不祥事件が散発していること、過去において精神病院の火災による入院患者の死亡事故がみられたこと」をあげ、「**精神病院の運営管理の適正化**に努めている」と書かれました（106 頁）。言うまでもなく、これは辞書的・日常用語の意味での「適正化」です。同じ表現は昭和 48 年版にも書かれました。さらに、昭和 51（1976）年版～昭和 56（1981）年版には、6 年連続で、一般論として、「精神病院の管理運営の適正化」が書かれました。しかし、その後 1984 年に宇都宮病院（患者リンチ死亡）事件が大きな社会問題になり、刑事事件として立件されたにもかかわらず、この表現は用いられませんでした（同事件については昭和 62（1987）年版がチラリと触れただけでした）。

○昭和 53(1978)年版では、「一部負担の適正化、合理化」が初めて用いられ、これは患者負担拡大・給付範囲の縮小という意味でした。

### （1980 年代）

○昭和 55（1980）年版では、「厚生年金、国民年金の両制度とも、給付面においては、重点的、効率的な改善を通じてできる限りの適正化を図る」と、年金給付の抑制という意味で初めて「適正化」が用いられました。

○昭和 56 年（1981）年版の各論第 1 編第 3 章第 1 節 3 の(5)で、初めて「**医療費適正化対策の推進**」が登場し、しかもこれは医療費抑制という意味でした（250 頁）。上述したように、1981 年の土光臨調「行政改革に関する第一次答申」は、「医療費の適正化」を医療費総額抑制と明記しました。

○昭和 57（1982）年版では、「適正化」が 26 回も用いられましたが、そのうち 19 回が「医療費（の）適正化」でした。これ以降の白書では、「適正化」は主に「医療費（の）適正化」で用いられるようになりました。

○昭和 58(1983)年版の本編第 1 章第 2 節で、「医療保険制度においては、**医療費適正化対**

**策を一層推進し、医療費の増加を極力抑制する**というストレートな表現が初めて使われました（14頁）。これが、今日まで続く、白書で、「医療費適正化」を「医療費の増加抑制」という意味で公式に用いた初出かつ唯一の記載です。上述したように、1983年に吉村仁氏（当時保険局長）は「医療費亡国論」を提唱しました。同白書には「厚生省では昭和57年10月に事務次官を長とする**国民医療費適正化総合対策推進本部**を発足させ、医療の需要、供給の両面にわたり、医療費適正化対策を推進している」とも書かれていました。これ以降、「医療費適正化（政策・計画）」は、医療政策の定番的用語となりました。○昭和60（1985）年版では、「社会保障費用の適正化」が初めて使われました。

### （1990年代以降）

○1990年代以降現在に至るまでの毎年の白書で、「適正化」はほとんど「医療費（の）適正化」という意味で使われています。ただし、昭和58（1983）年版のような「医療費適正化」が「医療費（の増加）抑制」を意味するとのストレートな表現は一度もありませんでした。

○平成16（2004）年版では、「**老人医療費の伸びの適正化**」が初めて書かれ、前年9月に「老人医療費の伸びを適正化するための指針（厚生労働大臣告示）」を作成したことが紹介されました。

○平成19（2007）年版の第1部「医療構造改革の目指すもの」の「はじめに」で、「**国民の生活の質（QOL）の維持・向上を確保しつつ医療費の適正化を進める**」という美文（？）が初めて使われました（2頁）。上述したように、翌2008年の3月に発出された第一期医療費適正化計画の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」では、これとそっくりな「医療費適正化計画の基本理念」が示されました。平成19年版第1部では、「医療費（の）適正化」は合計106回も使われ、そのうち39回が「医療費適正化計画」でした。

○平成23（2011）年版は、2006年に始まった（医療費適正化の取組み）を、国と都道府県の「**医療費適正化計画**」を中心に詳細に論じました。その後の白書でも「医療費適正化（計画）」は毎年使われていますが、新しい使われ方はありません。

○平成30（2018）年版は、第2部第7章4「平成30年度診療報酬・介護報酬改定と薬価制度改革」で、「調剤については、いわゆる大型門前薬局や同一敷地内薬局の評価を適正化」と書きました（368頁）。これは、「診療報酬引き下げ」という意味です。診療報酬改定では「適正化」はもっぱら「点数引き下げ」の意味で用いられます。それに対して点数引き上げは、「充実」または「評価」と表現されることが多いと思います。

○令和2（2021）年版・同3（2022）年版は「医師の働き方改革…労働時間管理の適正化」と、久しぶりに「適正化」を辞書的・日常用語的意味で使いました（それぞれ211,217頁）。

### おわりに

以上、A氏からの率直な疑問を出発点にして、政府・厚生（労働）省文書での「医療費適正化」の使われ方を歴史的に検討しました。それにより、「適正化」という用語は多義的ではあるが、政府・厚生労働省文書では、「医療費適正化」は、1980年代前半から現在に至るまで、もっぱら「医療費抑制」（正確に言えば、「医療費伸び率の抑制」）と同じ意味で使われてきたことを明らかにしました。ただし、1980年代後半以降は公式文書でこのことが明

示されることはなくなりました。そのために、「医療費適正化」を辞書的・日常用語的意味としてそのまま受け取る人々も生まれていると言えます。

生きた医療政策研究を行うためには、「医療費適正化」に限らず、政府・行政が使う用語（「行政用語」・「お役所言葉」）をそのまま鵜呑みにするのではなく、その使われ方を歴史的・社会的に理解した上で、複眼的・批判的に引用することが不可欠であることを再度強調して本稿を終わります。

### **【注1】吉村氏は医療費抑制の政策目標を下方修正**

ただし、吉村氏がこの論文で、厚生省のそれまでの医療費（伸び率）抑制の政策目標（目標値）を下方修正したことも忘れるわけにはいきません。その経緯は以下の通りです(11)。

1982年7月に、厚生省の社会保障長期展望懇談会が厚相に提出した提言「社会保障の将来展望について」は、「将来における国民医療費の規模については、**国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲内にとどめることを目標にしてい**くべきであろう」と明記しました。この提言は、当時、「厚生省が臨調に対抗するためにあたためてきた」ものであり、「財界や臨調の社会保障負担の当面の増大を食い止めようとするキャンペーンに釘をさしている」と評されました(『社会保険旬報』1403号:3頁(「時論」))。そして、1980年代初期には、厚生省幹部もこの提言と同趣旨の発言をしていました。

ところが、翌1983年3月に、吉村氏は上記論文で、それを無視し、突然、「医療費総枠の抑制」として「国民所得の伸び率程度の伸び」を示しました。これは、「財界や臨調の…キャンペーン」への屈服でしたが、同年～翌1984年の健康保険法「抜本改革」議論の中で、いつのまにか厚生省の「公式見解」化しました。

私は1994年にこの事実に気づき、自著で以下のように反省を込めて書きました。「このような、厚生省お手盛りの審議会の提言すら無視して、政策目標を『お筆先』で変える厚生省高官の『強引』さ、厚生行政の『不透明性』には、改めて驚かされる。と同時に、このような『すり替え』を見落とした医療団体、私を含めた研究者の注意不足も、反省させられる」。

### **【注2】健康保険法と高齢者医療確保法は「適正化」を使用**

医療法は医療（提供）についての基本的法律と言えますが、医療費保障法と言える健康保険法と高齢者の医療の確保に関する法律（略称：高齢者医療確保法）の条文では「適正化」が用いられていることを、複数の研究者（厚生労働省OB）から教えていただきました。

健康保険法は、第一章第二条（基本的理念）で、「健康保険制度については、（中略）医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない」と明記しています。この表記が加えられたのは1997年改正時でした。この改正では、被保険者本人の一部負担割合が法律の本則（1984年改正）に定める2割にされると共に、外来の薬剤に一部負担が導入されました。

健康保険法は「適正化」を1回しか用いていませんが、「高齢者医療確保法」はそれをなんと74回も用いています。第一章第一条（目的）で、「国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる…」と記載しています。第二章はそのものズバリ「医療費適正化」で、法全体でこの言葉が68回使われ、そのうち41回が「医療費適正化計画」です。本法は、2006年の医療制度改革（「医療制度構造改革」）時に、老人保健法を改題して成立

しました。

ただし、両法とも「適正化」の法的定義はしていません。

### 【注3】厚生（労働）省は医療効率化を医療費抑制の意味で用いている

経済学的には、「効率化」とは「限られた資源を最大限有効に用いる」ことで、原理的には費用抑制とは無関係で、現実にも効率化により費用が増加することもあります。これは医療効率化についても同じです。しかし、厚生（労働）省は、歴史的に、医療効率化を主に医療費抑制の意味で用いています(12)。つまり、同省は多くの場合、医療効率化を「医療費適正化」とほぼ同じ意味で用いています。ただし、「適正化」の場合と同じく、経済学的な意味での効率化の意味で用いることもあります。「国民医療総合対策本部中間報告」が、「医療効率化」ではなく、「良質で効率的な医療」という表現を用いたのは、医療者・医療団体の間で根強い効率化＝医療費抑制という批判を和らげるためだったと私は推察しています。

**謝辞：**本稿の草稿に対して、厚生労働省関係者を含め、多くの友人から率直なコメント、追加すべき事実のご教示や事実誤認のご指摘をいただきました。心から感謝します。

### 文献

- (1) 二木立「『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(557号)：229頁。
  - (2) 二木立「『骨太方針 2024』の医療・社会保障改革方針をどう読むか？」『日本医事新報』2024年7月6日号(5228号)：54-55頁。
  - (3) 印南一路編著『再考・医療費適正化』有斐閣,2016。
  - (4) 印南一路「医療費適正化の歴史的展望」『週刊社会保障』2018年4月23日号(2970号)：26-27頁。
  - (5) 高木安雄「社会保障研究の発展：医療保障制度の変遷と研究動向を考える」『季刊社会保障研究』50(1・2):54-64,2014。
  - (6) 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』1983年3月11日号(1424号)：12-14頁。
  - (7) 印南一路・堀真奈美・古城隆雄『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社,2011,82-85頁。
  - (8) 二木立「吉村仁氏の『医療費亡国論』は幻か？－1980年代前半の『医療費適正化』政策の再検証」『文化連情報』2011年11月号(404号)：14-18頁（『TPPと医療の産業化』勁草書房,2012,199-205頁）。
  - (9) 児玉安司『医療と介護の法律入門』岩波新書,2023,12-18頁。
  - (10) 全国保険医団体連合会編『戦後開業医運動の歴史』労働旬報社,1995,451頁。
  - (11) 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房,1994,47-48p頁（「厚生省は1980年代前半に医療費抑制の政策目標をすり替え」）。
  - (12) 二木立『日本の医療費 国際比較の視角から』医学書院,1995,173-197頁（「医療効率と費用効果分析」。二木立『医療経済・政策学の探究』勁草書房,2018,55-81頁に再録）。
- [本稿は『日本医事新報』2024年8月3日号掲載の「『医療費適正化』は医療費抑制とは違うか？」に大幅に加筆したものです。]





## 2. 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222回)(2024年分その6:6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。

### ○アメリカ成人の高価値医療と低価値医療の2010-2019年の所得別利用

Park S, et al: Use of high- and low-value health care among US adults, by income, 2010-2019.

Health Affairs 43(7):1021-1031,2024 [量的研究]

アメリカの医療費支払い改革は高価値医療の利用を奨励しつつ、低価値医療の利用を減らすことを目的としている。しかし、高価値・低価値医療の利用が所得レベルで異なるか否かはほとんど分かっていない。「医療費パネル調査」(全国代表標本)の2010-2019年のデータを用いて、高価値・低価値医療の利用を世帯所得レベル(以下、所得レベル)で調査した。対象は非高齢成人(18-64歳)173,243人、高齢者40,181人であった。所得レベルは3段階に分けた。高価値医療には、乳がん健診、結腸直腸がん健診、血圧測定、コレステロール値、インフルエンザワクチン、HbA1c値測定、足の診察、視力検査を含んだ。非高齢者の低価値医療には、上気道感染症への抗生物質、インフルエンザへの抗生物質、うつへのベンゾジアゼパム、腰痛へのオピオイド、高血圧・心不全・腎疾患への非ステロイド系抗炎症薬、腰痛へのMRI/CT、腰痛へのレントゲン撮影、頭痛へのMRI/CTを含んだ。高齢者の低価値医療にはこれらに、子宮体がん健診、結腸直腸がん検診、前立腺がん健診を加えた。教育レベルと医療保険の保有状況を調整して、高価値・低価値医療の利用率を計算した。(結腸直腸がん健診が、高価値医療と老人の低価値医療の両方に含まれているが、その理由は不明)

その結果、高所得成人では低所得成人に比べ、ほとんどすべての高価値医療の利用が有意に多いことが分かった。この知見は非高齢者・高齢者とも同じだったが、高齢者では高価値医療の利用差は小さかった。それに対して、低価値医療の利用差は一貫しなかった(mixed)。非高齢者では、9つの低価値医療のうち5つで所得レベルによる有意差があった(高所得者の方が利用が少ない)が、高齢者では12の低価値医療のうち所得レベルによる有意差があったのは3つだけだった(同上)。これらの乖離を生んでいるメカニズムを理解することは、効果的な政策・介入を開発し、すべての患者に対して、所得にかかわらず、高価値医療への平等なアクセスを保証し、低価値医療の利用を減らすために決定的に重要である。

**二木コメント**—高価値・低価値医療の利用を調査した研究はたくさんありますが、世帯所得レベルでの違いに着目したのはセンスが良いし、結果も興味深いと思います。所得レベルが高いほど高価値医療の利用が多く、低価値医療の利用が少ない傾向があるのは、アメリカにおける「格差医療」の一面を示していると思います。

### ○医療の過剰利用を減らすためのランダム化試験:スコーピングレビュー

Gupta R, et al: Randomized experiments to reduce overuse of health care. Medical Care 62(4):263-269,2024 [文献レビュー]

医療の過剰利用は先進国の医療提供制度で広く見られる。本研究では次の2つの仮説を立てた。①低価値医療を減らすための患者や臨床家をターゲットにした効果的な介入は心理的・認知的プロセスで媒介される。②このプロセスをターゲットにした介入は多様である。そのような介入の実験的研究についてのスコーピングレビューを行った（文献の選択基準の説明は略）。最終的に27論文が選択基準を満たした。16論文は患者や臨床家への情報提供（特に費用の情報）について検証していた。6論文は教育的介入を用いていたが、介入としてカウンセリング、行動面でのナッジ、説得、報酬を用いたものはごく少なかった。行動変容のメカニズムには、知識や自信の獲得と社会的規範による動機付けが含まれた。

本レビューにより、低価値医療を減らすために、患者や臨床家の心理的・認知的プロセスを直接ターゲットにした介入を検証したものはほとんどないことが分かった。多くの研究は患者や臨床家に情報を提供するだけで、患者や臨床家の行動変容に結びつく媒介的要因を測定も考慮もしていなかった。これらの知見はプロセス駆動型の実験的デザインの必要性を示している。

**二木コメント**—論文タイトルは非常に魅力的なのですが、本文は思弁的（第1の仮説に囚われている）かつ、無い物ねだりのでした (in a word, poor)。

## ○ [アメリカにおける] 外来医療の断片化と [メディケア] 総医療費[との関係]

Kern LM, et al: Ambulatory care fragmentation and total health care costs. Medical Care 62(4):277-284,2024 [量的研究]

外来医療の断片化とそれによる総医療費との関係の強さは明らかではない。本研究の目的はこの関係を説明することである。「脳卒中における地理的・人種的理由全国調査」から得られた15年間（2004-2018年）の縦断データをメディケア出来高払い請求データとリンクして、分析した。対象は地域居住の65歳以上のメディケア受給者13,680人で、脳卒中中のリスクファクターの有無は考慮されていない。各暦年別に、全患者のBice-Boxerman指数を計算し、 $(1-BBI=rBBI)$ を外来医療の断片化指数として、0.85以上を高断片化、0.85未満を低断片化と定義した。一般化線型モデルを用いて、ある年の外来医療断片化と翌年のメディケア総費用との関連を検討した。その際、調査開始時の人口的・臨床的特性、併発症指数は調整し、償還率とインフレーションの地理的変動も考慮した。

参加者の平均年齢は70.9歳で、53%が女だった。参加者の26%は高断片化だった。そのような参加者は中央値で、1年当たり6つの医療機関を9回受診していた。もっとも受診回数が多い医療機関への受診は総受診回数の29%だった。それと対照的に、低断片化の患者は中央値で、1年当たり3つの医療機関を8回受診していた。最も受診回数が多い医療機関への受診は総受診回数の50%だった。高断片化は低断片化に比べて、1人1年当たりメディケア調整済み総費用が1085ドル高かった(95%CI 713-1457ドル。高断片化、低断片化の1年当たり平均医療費はそれぞれ13,684ドル、12,599ドル)。以上から、外来医療の高断片化は1年後の総医療費増と独立して関連していると結論づけられる。

**二木コメント**—この論文もタイトルは魅力的ですが、私には、予定調和的 a/o「牛刀をもって鶏を割く」研究のように思えます。15年間の縦断コホート調査と称していますが、15

年間の追跡調査ではなく、調査年の外来医療断片化と1年後のメディケア医療費との関連を15年分検討しただけです。

### ○ [アメリカの] 脳卒中または一過性脳虚血発作で [入院後] 自宅退院した患者の医療の継続性と医療利用・医療費との関連

Hou Y, et al: Association of continuity of care with health care utilization and expenditures among patients discharged home after stroke or transient ischemic attack. *Medical Care*

62(4):270-276,2024 [量的研究]

本研究の目的は、脳卒中発症前の医療の継続性(COC)と病院退院後の医療利用・費用との関連を検討することである。対象は、脳卒中または一過性脳虚血発作でノース・カロライナ州の41病院のいずれかに2016年3月～2019年7月に入院し、急性期治療後直接自宅退院したメディケア患者2233人である。COCはModified Continuing Indexを用いて、4段階に区分した。ロジスティック回帰・2部門モデルを用いて、脳卒中前のプライマリケアのCOCと自宅退院後の医療利用・費用の関連を検証した。

発症前にCOCが一番低かった患者(下位25%)に比べると、2番目と3番目の四分位の患者は退院後14日以内に外来医療を受ける確率がそれぞれ21%、33%高かった(信頼区間は略)。COCが一番高かった(上位25%)患者は、プライマリケア医を受診する確率が高く、脳卒中専門医を受診する確率が低かった。プライマリケアのCOCが最も高かった患者(上位25%)はもっとも低かった患者(下位25%)に比べて、退院後30日以内の外来医療費が45ドル低かった。同じく、30日以内の再入院率は36%低く、予期せぬ再入院による費用も340ドル低かった。以上の結果は、脳卒中入院前のプライマリケアのCOCが退院後の医療と費用に対する重要性を示している。

**二木コメント**—本論文も、私には、予定調和的 a/o 「牛刀をもって鶏を割く」研究に見えます。脳卒中発症前の医療の継続性が自宅退院後の医療の継続性と関連することはよく理解できますが、本研究のような「後方視的研究」で、それにより医療費が安くなると主張するのは無理があります。例えば、脳卒中発症前に医療の継続性が強かったほど、発症前の医療費も高かったと思いますが、その点は検討していません。

### ○20・21世紀を通じた健康不平等のU字曲線

Bambra C: The U-shaped curve of health inequalities over the 20th and 21st centuries. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* 54(3):199-205,2024 [歴史研究]

本論文は健康不平等の歴史的趨勢を20世紀と21世紀について調査する。アメリカとイギリス、スウェーデン及び西ヨーロッパの諸研究を用いて、(相対的)健康不平等の趨勢にはU字曲線のエビデンスがあると結論づける。健康不平等の趨勢は、経済学者が見いだした20世紀・21世紀を通じた所得と富の不平等のU字曲線と大枠ではパラレルである。所得不平等と同様に、健康不平等は20世紀に減少し、それが1980年代初期まで続いた。健康不平等はその後拡大し、2010年以降それが加速した。この傾向はイギリスとアメリカで顕著だった。本論文は、健康不平等の趨勢を作った以下の4つの異なった政策時期について説明する:戦間期(1920-1950年)、栄光の30年(1950-1980年)、新自由主義期(1980-2010年)、危機の時代(2010-現在)。この期間の健康不平等のU字曲線は、社会政策、医療

アクセス、及び労働者階級と経営層の政治的統合 (political incorporation) がこの間の変化を駆動したことを示唆している。健康不平等をこのような長期的視野から見ると、将来の健康改善のための政治と政策の重要性が分かる。

**二木コメント**—この論文もテーマは魅力的なのですが、ピケティ等の経済学者が見いだした所得・富の不平等の歴史的趨勢を健康不平等に機械的に当てはめているだけで、「結論先にありき」と感じました。著者も最後の「結論」で、健康不平等のU字曲線はまだ作業仮説であると認めています。

## ○ヨーロッパ連合 [加盟国] の地域に根ざした精神医療への移行：現状と見通し

Vandoni M, et al: The transition towards community-based mental health care in the European Union: Current realities and prospects. Health Policy 144 (2054) 105081, 7 pages [国際比較研究]

精神医療の精神病院・施設 (institutions) から地域に根ざしたサービスへのシフトの実施状況は EU 内で異なっている。しかし、加盟国における現在の精神医療提供の包括的比較研究はなく、各国のサービスを比較することが課題となっている。本論文は、EU 内で地域に根ざした精神医療サービスがどの程度実施されているかを、「WHO 精神保健アトラス」の 31 か国のデータを用いて比較する。その結果、地域に根ざしたサービスの実施状況には国ごとに大きな差があり、多くの (many) 国では精神病院がケアの中心的モデルであり続けていることが明らかになった。いくつかの国はバランスト・ケア・モデルを採用し、地域サービスと精神病院が共存している。

しかし、データの欠損と質の低さ、及び国によりサービスの定義が異なるため、脱施設化の状態の徹底的分析はできない。EU は精神病院・施設の閉鎖とダウンサイジングを支持しているが、各国で精神病院が強い存在感を発揮していることは、地域に根ざした精神医療へのシフトを遅らせている。本研究は精神保健サービスについての定義と諸指標の調査の国際的合意が必要なことを示している。

**二木コメント**—日本では、ヨーロッパ諸国では精神医療の脱施設化（精神病院の解体・ダウンサイジング）と地域に根ざした精神保健医療へのシフトが進んでいるの報道・論文が少なくありませんが、現実とは異なることが分かります。私はこの論文を読んで、他の医療分野と同じく、精神医療分野でも、政策・理念・建前と現実を混同しないこと、及び特定の国の政策を礼賛することが危険であることを学びました。本論文は EU31 か国の精神保健医療関係データの 3 つの比較表もついており、精神保健・医療の研究者必読と思います。

## （参考）精神医療 医療か監禁か 精神病患者のための強制治療は本当に人間的か？

Care or confinement Is forced treatment for the mentally ill ever humane? The Economist December 24th, 2024:pp.29-30 (レポート)

アメリカでは近年大都市部でのホームレス増加が大きな問題となり、民主党の大物が市長・知事であるニューヨーク市とカリフォルニア州が、従来の方針を転換して、ホームレスの精神病患者の強制治療（入院）の方針を決め、その是非をめぐって深刻な論争が起きていることを、過去の政策にまで遡ってレポートしています。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 236)－最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○マイケル・シャーマー（懐疑論の専門家にして科学史家）「私の経験から言わせてもらえば、説得には次のことが必要だ。①感情を交えない、②議論はするが攻撃はしない、③相手の話を丁寧に聞き、それとは別の立場についてはっきりと正確に述べる、④敬意を示す、⑤相手がその意見をもつに至った理由を理解したことを伝える、⑥現在の事実認識を変えたとしても、かならずしも世界観まで変わるわけではないことを示す」（リー・マッキンタイヤ『エビデンスを嫌う人たち』国書刊行会,2025,16 頁で引用。元論文：Schermmer M: How to convince someone when facts fail. Scientific American, January 1, 2017.ウェブ上に全文公開）。二木コメントー医療政策研究での論争・説得でも、同じスタンスが必要と感じました。特に、①は私が 1991 年から肝に銘じている次の警告に通じると思います。

○「敵を憎むな、判断が狂う（Don't hate your enemies. It affects your judgement）」（映画「ゴッドファーザー・パート 3」。医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房,2006,44 頁）で紹介）。

○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）「[原稿の] 寄稿依頼があるということは、『自分が社会的に求められている』ということが実感されて嬉しかった。それに、締め切りがあると、常に『何をどうやって書くか』という意識が作用するから、仕事をしていても、通勤途上でも（たぶん寝ていても）原稿のヒントになりそうなことを潜在的に探している状態となり、感覚が鋭敏になっていたようだ。こうして、日本経済を観察し、そこから感じ取ったことを文章にしていくことは、仕事であると同時に、趣味でもあり、生きがいでもあるようになっていった」（『私が見てきた日本経済』日本経済出版,2024,388 頁）。二木コメントーこれを読んで、医療問題研究の恩師・川上武先生からサラリと言われた次の助言を思出しました。

○川上武（医師・医事評論家。2009 年 7 月死去、享年 82）「日常的に考えていると自然に分かる」（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,161 頁）。二木コメントーこの助言を受けたのは 1976 年 5 月 18 日＝臨床医になって 5 年目でした。当時、私は代々木病院の勤務医（リハビリテーション科専門医）で、平日（月～土曜日）は診療に追われ、医療問題や医療経済学の勉強はほとんど日曜日にしかできていなかったのですが、先生にサラリとこう言われて開眼（？）し、「『日曜研究者』を脱して、平日の早朝・昼休みにも勉強」することを決意しました。具体的には、平日は、毎朝 8 時前に病院に早朝出勤し、勤務が始まる 9 時まで 1 時間、病院の隣にある喫茶店ルノアールで、医療問題・医療経済学関連の本を読み、昼休みには、患者の急変がない限り、同じ喫茶店で、英語雑誌を読むようにしました。

○後藤芳一（日本福祉大学客員教授。元・東京大学大学院工学研究科教授。通商産業省（経済産業省）勤務時、医療・福祉機器の担当になった。当時、福祉用具は「社会資源」の番外の扱いだったが、ハートビル法等により、物理的な障壁の除去が進み、通産省も福祉用具産業政策を進めた）「…『番付外』にもやるべきことがあるということ。持ち場で少しずつでも前に進めておけば、いつか他とつながって何かの寄与ができる」（「週刊福祉新

聞」2024年7月23日号、「(明日の福祉)『番付外』にもなすべきこと」「週刊福祉新聞」2024年7月23日号)。**二木コメント**—私は、ずっと民間(在野)におり、政府の審議会・委員会等の委員・構成員になったことは一度もないので、後藤氏のように、政策形成に直接貢献・寄与することはできませんでしたが、「持ち場で少しずつでも前に進めておけば、いつか他とつながって何かの寄与ができる」とはずっと思っています。

**○宇野重規氏**(東京大学社会科学研究所教授)の職場の同僚「**なんで、今頃になって、あらためてトクヴィルがそんなに話題になるんでしょうね。自分には、最近、多くの人がトクヴィル、トクヴィルという理由が、どうもよくわかりません**」(『トクヴィル 平等と不平等の理論家』講談社学術文庫,2019(原本は2007),200頁(あとがき))。**二木コメント**—私も宇野氏のこの著書を読んで、それが名著だと思ふ反面、同じ疑問を感じました。宇野氏自身も、それに続けて、「同僚の言い分」を想像して「しばしば話の導入としてトクヴィルの名前があげられる。しかしながら、それははたして、トクヴィルを持ち出さなくてはできない議論だろうか。あえてトクヴィルに触れることで、何か新しいことが見えてくるのか」と書いており、同感です。

**○ダルビッシュ有**(アメリカ大リーグ・パドレスの投手。2024年5月19日のブレーブス戦で、変幻自在の投球で、日本人投手3人目の日米通算200勝に到達)「**キャリアは関係ない。プロなのでずっと成長したいという姿勢は崩してはいけない**」「**器用と見られるかもしれないけど、かけてきた時間が違う**」(それぞれ、「日本経済新聞」2024年5月21日朝刊、同「読売新聞」朝刊)。**二木コメント**—「かけてきた時間が違う」という自負は私にもあるので、大いに共感しました。

#### <その他>

**○内田樹**(思想家・格闘家)「**誤解している人が多いが『愛情』は伝わらないことがあるが、敬意は伝わる**」。どれほど深く愛していても相手に気持ちが伝わらないということはよくあるし、ストーカー的な人物に愛されたりすると、ひどく不愉快な思いをすることもあつた。でも**敬意が伝わらないということはない。敬意を示されて不愉快になるということもない。なにしろ敬意を示すというのは『適切な距離を取る』ということなのだから**」(『AERA』2024年8月5日号:5頁「eyes」)。**二木コメント**—「敬意は伝わる」と「敬意を示すというのは『適切な距離を取る』ということ」は、目からウロコでした。

**○森永卓郎**(独協大学教授・経済アナリスト。2023年末、ステージ4のガンとの宣告を受けた。67歳)「**私は『いつ死んでも構わない』とは考えてはいない。しかし、いつ死んでも悔いのないように、楽しい仕事だけ続け、自分が正しいと思うことだけを言い続けている。深刻ながんを患ってしまったことは不幸かもしれないが、私の人生はそんなに悪いものではなかったと今、思うのだ**」(『週刊エコノミスト』2024年8月6日号:22-23日号:23頁)。**二木コメント**—私は森永氏より「社会性」(?)が強く、「楽しい仕事」でなくても、社会的に意義があると思う仕事は、頼まれればすべて引き受けてきました(大学教員時代は学部長や学長等の役職、現在は町内会長)。しかし、それ以外のスタンスは森永氏と同じです。

## 4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第40回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」78号（2024年8月9日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私の読みかた/o好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○リー・マッキンタイヤ著、西尾義人訳『エビデンスを嫌う人たち 科学否定論者は何を考え、どう説得できるのか』国書刊行会,2024年5月（原著2021）。

…著者は、科学否定の問題を長年研究してきたアメリカの科学哲学者・科学史家。本書は（自然）科学否定論についての堅実な論証の書であると同時に、科学否定論者一人ひとりに会って共感し、敬意を持って傾聴・対話し信頼関係を育めば、彼らとのより良い向き方へ繋がる（こともある）ことを示した重厚なノンフィクションでもある。横路佳幸氏の解説「対立から対話へ—科学否定論者とのよりよい向き合い方」は本書のポイントを分かりやすく解説。私は本文は拾い読みしただけだが、特に以下の指摘が勉強になるか、納得・共感した：「科学否定の5つの類型」（84頁。これが本書全体の分析枠組み（frame of reference））、「アイデンティティ保護認知」（110頁）」&「アイデンティティはイデオロギーに先行する」（116頁）、「不確実性を科学の『弱み』ではなく『強み』として受け入れることが、科学否定に対抗する大きな武器になる」（343頁）。

○特集「エビデンスは社会を良くできるのか？」『経済セミナー』2024年8・9月号（739号）：5-51頁。

…2つの鼎談（「エビデンスと未来を創る」・「政治とEBPMのこれから」）と3論文。両方の鼎談に参加している中室牧子氏と杉谷和哉氏、及び後者に参加した小倉将信氏（Mr.EBPMと呼ばれる衆議院議員）の発言は説得力があり、（若い）医療政策研究者が肝に銘ずべき指摘・警告も少なくない。

\*中室「経済学者だけでEBPMについて議論すると、ともすれば『因果推論を用いた厳密なエビデンスのみがエビデンスである』という狭量なものの見方に囚われて自縄自縛のようになってしまうことがあります」（14頁）。

\*杉谷「（経済学者のEBPM研究のマニアックな）傾向が強まると、実務の改善に貢献できる部分が少なくなっていく。実務に貢献できない研究に対しては、現場の人々は誰も興味を示さなくなり、EBPMは一時の流行としてうち捨てられることになるでしょう」（15頁）。

\*中室「…データに基づいて機械的に決める意思決定の姿は、政策形成の現場にはまったく受け入れられないことは明らかです。エビデンスというのは、やはり政策担当者がさまざまな制約のもとで合理的な判断を行うための手助けとなるような、ある種の『補助線』に過ぎないということでしょう」（16頁）

\*中室「私は政府や行政の中でも仕事をしていますが、そのときに何が重要かと問われると、『落としどころ・妥協点』と『締め切り』だと答えます。ところがこの2つは、研究者の日頃の仕事の習慣とは非常に相性が悪いものです」（23頁）。

\*小倉「（ナッジには）反面では、政策がその人の内面に立ち入って、ある行動に誘導し



ているという見方もできます。こうした政策を行ううえでは、全体主義的な、政治家が国民をコントロールするような手法に悪用されないように細心の注意を払うべきです」(29頁)。それに対して最初の鼎談での高島宏平氏の、「企業経営の視点」・「ビジネスの世界」からの、上から目線での行政や社会保障(政策)へのナイーブな発言・批判には鼻白んだ。

**○高橋昌一郎『新書 100 冊 視野を広げる読書』** 光文社新書,2024 年 4 月。

…著者は論理学・科学哲学の研究者。2019 年 7 月～ 2023 年 7 月に刊行された約 5000 冊の新 3 書の中から、著者が責任を持って選び抜いた 100 冊を、各冊 4 頁で簡潔に紹介。「視野を広げる読書」ができるように「多様性」を重視し、文科系・理科系の本を幅広くカバーしている。本書を読むだけで、各書のエッセンスが分かり、「教養」が身に付く。その上で、興味を持った本を読むのが望ましい(私も数冊注文した)。医療問題を扱った新書はたくさん出版されているが、その中で小豆畑丈夫『在宅医療の真実』(光文社新書,2021)のみを選んでいるのは、見識があると思った。同書紹介の最後をくどくに最終章の「在宅医療と救急医療の連携はいかに可能か」という指摘は重要である>で結んでおり、小豆畑医師の意図が正確に伝わっていると感じた。残念なのは 100 冊の本の出版年が書かれていないこと。

**B. 医療・福祉・社会保障関連**

○イギリス医療保障制度に関する研究会(座長:池上直己)編『イギリス医療保障制度に関する調査報告書 2023 年度版』医療経済研究機構,2024 年 3 月(実際の発行は 2024 年 7 月)。

…医療経済研究機構が数年おきに発行している各国別「調査報告書」の最新版で、2024 年 3 月末までの最新情報が紹介されている。文献調査で現地調査は行っておらず、各章の執筆者も明示されていない。

○原田正樹「地域共生社会の在り方検討会議での『議論の視点(案)』等についての意見」厚生労働省・第 1 回地域共生社会の在り方検討会議(座長:宮本太郎)提出資料,2024 年 6 月 27 日(ウェブ上に公開)

…事務局が提出した「議論の視点(案)」について、次の 3 つの意見を表明:①権利性の視点からの検討、②地域共生社会の実現が社会福祉法第 4 条、第 106 条の 2,3,4 に矮小化されていることへの疑問、③地域共生社会の実現に向けては、社会福祉法の枠を超えて、閣議決定された地域共生社会を、福祉分野内外に積極的に位置付けていく必要。第 1 回会議には、宮本太郎座長を含めて 4 人の構成員が資料を提出したが、これが群鶏の一鶴で地域共生社会の研究者必読。

○原田正樹「地域共生社会がめざす社会像—ケアリングコミュニティについて」『月刊ケアマネジメント』2024 年 8 月号:7-9 頁。

…特集「つながり、支え合いを捉えなおす地域共生社会の可能性」(6 論文・レポート)の巻頭論文。「地域共生社会がめざす社会像」=「理念」とその歴史的発展を、多面的に解説。冒頭の「社会保障・社会福祉政策としての地域共生社会」では、「これまで積み上

げてきた高齢者をみんなで支えようという地域包括ケアシステムを『普遍化』して、0歳からすべての人たちを対象に、みんなで支え合うというのが「地域共生社会の実現に向けた」包括支援体制」と説明。次の「地域共生社会の理念」では、2016年の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」の中で示された地域共生社会が「支え手側と受け手側に分かれるのではなく」という視点を示したことを指摘し、そのような社会を「ケアリングコミュニティ」と言う」と説明。さらに、この視点は、「従前の憲法 25 条の生存権の保障、最低限度の生活保障だけではなく、憲法 13 条の幸福の追求権も踏まえて、あらゆる住民が役割を持てるような社会をつくるという高い理念を抱えている」と説明（ただし、このことは上記閣議決定には書かれておらず、原田氏の解釈）。以下、「地域共生社会と共生社会」、「ケアリングコミュニティと自立」、「伴走型支援とソーシャルサポートネットワーク」についても、分かりやすく、しかし深く解説。地域共生社会を広い視野から考える上での必読文献と言える。上記第 1 回地域共生社会の在り方検討会議での原田氏提出資料との併読を勧める。

○西村由美子「(アメリカの最新医療事情)ウォルマートの撤退」『月刊 MIX』2024 年 7 月号。

…世界最大の量販店ウォルマートが 2019 年にアメリカのプライマリケア領域に進出したことは日本でも（一部で）注目を集めたが、同社は 2024 年 4 月に、それからの完全撤退を発表した。西村氏は、事業継続が困難になったのは、①医療保険の支払い償還をめぐる諸事情と②医療関連職種等の人件費の高騰だとして、それらについて詳述。ウォルマートは「顧客により良い生活をより安く」を社是として、世帯収入の低い地域を選んでクリニックを開設し、診療費目ごとの価格を明示・公開して、低価格のサービスを提供してきたが、その戦略がコロナ禍後のコスト高騰では成り立たなくなったことがよく分かる。私はこれを読んで、アメリカ医療は「一寸先が闇」と改めて感じた。

○井艸恵美・野中大樹・他「(特集)不安につけこむ『医療情報』の罠 根拠なき『エセ医療』に騙されるな!」『週刊東洋経済』2024 年 7 月 6 日号: 34-65 頁。

…【ワクチン編】【検査編】【治療編】の 3 部構成。【ワクチン編】では、コロナワクチンと子宮頸がんワクチンを巡る論争を公平に紹介。圧巻は、【治療編】の「『がんエセ医療』大国ニッポン 高額自由診療に騙されるな」。13 種類の科学的根拠のない治療法とそれの「参考費用」を示し、最後を以下のように結ぶ:「クリニックの経営は、診療報酬の切り下げや競争の激化により、収益性の悪化が予想される。今後、自由診療を導入するクリニックが拡大すると予想されるが、『エセ医療』に手を染めるのは、患者の信頼を裏切る行為であることを、医師は肝に銘じてほしい」(54 頁)。

○高岡裕之『増補 総力戦体制と「福祉国家」—戦時期日本の「社会改革」構想』岩波現代文庫,2024 年 7 月(単行本 2011)。

… 2011 年に出版され、緻密・厳密な分析に私も感銘を受けた名著の文庫化。序章と終章を含めて全 7 章+文庫化に際して追加された補章(高田保馬と戦時人口政策)。ただし、補章は、「蛇足」と思う。本書の目的は「日本ファシズム=全体主義的総力戦体制を、『福

社国家』という関連から捉え直すことで、戦時期日本における社会改革構想の輪郭を描き出すこと」（2頁）とされている。ただし、本文では「福祉国家」はほとんど用いられず、主に「社会国家」が用いられており（429頁）、私もそれが妥当と思う。「全体主義的総力戦体制を一枚岩の体制としてではなく、矛盾と葛藤をはらんだものとして描いて」いるのは、説得力がある（19頁）。「戦時『社会国家』（構想）は『戦後』へと直結するものではなく、むしろ高度成長期さらには『現在』へと連なる面がある」との結論（344頁）も妥当と思う。記述は厳密なぶん冗長・難解だが、序章と終章を読めば、本書の結論・サワリは理解できる。

私が一番勉強になったのは、厚生省設立の理由が「壮丁体位」低下であるとの「通説的理解」を実証的に否定すると同時に、そのような言説がなされた背景を考察していること（第1章2-4）。一番納得・共感したのは、第5章「健兵健民」政策と「社会国家」。特に3戦時下の国民皆保険の、1942-44年度に国保制度の普及が強行され、「第一次国民皆保険時代」とも呼ばれたが、それは「形式的な面にとどまり、…地域の医療事情はむしろ悪化して」おり、「敗戦により国保制度は崩壊の危機に直面」したとの指摘（315頁）。

**○尾形裕也「令和初頭における診療報酬改定の変質：『経済学的』アプローチ」『社会保険旬報』2024年7月21日号：6-12頁。**

…近年の診療報酬改定では、①改定プロセスの変質及び②診療報酬の基本的性格の変質という「大きな2つの変更」が行われているとして、それを「経済学的」視点から批判的に考察。①については、分権的な改定プロセスが変質し、「国の決定範囲を拡大した、分権から中央集権への変化」が生じていると指摘。②については、診療報酬の基本的な性格が、「資源配分から所得分配へ」と変質しているとして指摘。「おわりに」では、①・②の変化とも「何らかの公的な検討が行われた形跡はなく、いわば政府の裁量のなかで、こうした変化がもたらされている」と指摘した上で、「診療報酬の基本的性格は『資源配分』を行うことであり、『所得分配』ではない。この原則を崩すと、さまざまな歪みが生じてくる」として、最後に以下のように結ぶ：「政策上どうしても『所得分配』に介入する必要があるのだとしたら、それは一般財源（税財源）によって行うべきであり、診療報酬を使うべきではない」。

私は、中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会長である尾形氏が、現政権の政策を正面から批判する正論を「私見」として発表する勇氣と矜持に感銘を受けた。医療政策研究者必読。

**○久繁哲徳「認知症治療薬、レカネマブの薬価を巡って－問題点とその改善策」『国際医薬品情報』2024年7月22日号：50-55頁。**

…久繁氏が精力的に発表してきたレカネマブ評価論文の「決定版」。薬価評価の問題点を指摘・批判するだけでなく、最後に、「日本の薬事審議と薬価算定の課題と対策」も書いているのは建設的。私は、日本のレカネマブの薬価が「単純に（標準体重）75kgに換算すると447万円と米国を上回る」ことに驚いた。私は氏の主張のほとんどに賛成だが、「費用対効果が悪い医薬品については、…製造承認は行っても、保険適用をしないで自由診療とすることも一案」は、医療政策的にアブナイとも感じた。財務省はこれを拡大解釈して、

医学的に有用な医薬品の保険適用も大幅に制限する危険があるため。

### C. 政治・経済・社会関連（「コロナ関連」の柱立ては終了）

○伊丹敬之『漂流する日本企業 どこで、なにを、間違え、迷走したのか？』東洋経済,2024年1月。

…かつて「人本主義経営」を提唱して一世を風靡した日本の経営学界のレジェンド（79歳）が、1991年のバブル崩壊後30年間の日本企業の「漂流」の要因を法人企業統計調査を用いて多面的に分析し、「投資の過剰抑制という大きな間違い」（第2章）、「金は配当に流れた」（第3章）、「投資抑制と配当重視が生み出す負のサイクル」（第4章）、「従業員主権からの漂流」（第5章）と、（主として）大企業を断罪。私はこれらの指摘はいずれも説得力があると思うし、著者の「『アメリカではの守』と呼ばれるような人々」の批判（292頁）には大いに共感する反面、♪"昔（の日本企業）は良かったね"と、いつも口にしながら生きていくのは本当に嫌♪（槇原敬之の「どんなときも」）。また、著者が得意とした「現場観察」をせず、二次資料のみに基づいて「従業員主権経営で成長した」、「人本主義経営」を守っているとキーエンスとトヨタ自動車の二社（のみ）を称揚するのは恣意的で、説得力に欠けると思う。

○渡辺将人『台湾のデモクラシー メディア、選挙、アメリカ』中公新書,2024年5月。

…渡辺氏は、数十年、フィールドワークの手法を用いてアメリカ政治の分析・紹介をしてきたが、同じ手法で台湾政治の分析も継続しており、本書はその「中間的なエッセンス」。序章と終章を含めて全9章。元原稿を半分以下に縮小したとされるだけに、内容は濃密だが、一般読者向けの本としては記述は細かすぎると思う。長年国民党の一党独裁が続き、戒厳令も1987年まで38年間も続けられていた台湾が、1996年の総統直接選挙制導入後、急速にアジア最先端の民主主義国に変貌したプロセスと要因、及びその「死角」を活写している。本書を読むと、「台湾社会やデモクラシーを考える上で外せない要因が『アメリカ』である」こともよく分かる（9頁）。「台湾は若い民主主義社会だが、『デジタル民主主義』では世界的な牽引車」であることも再確認した（239頁）。教養として台湾の歴史と現状を学ぶ上で最新・最良の書と思う。

○玉野和志『町内会ーコミュニティからみる日本近代』ちくま新書,2024年6月。

…全5章。副題にある通り、町内会の歴史的な分析が主題で、第4章「近代の大衆化民主化ー労働者と労働組合、都市自営業者と町内会」は勉強になった。しかし、町内会の現状分析は浅い。特に、町内会が、第二次大戦中の「隣組」を除けば、一貫して任意加入であることを認めているにもかかわらず、「共同防衛を目的とした全戸加入原則」という著者独自の定義に固執するのは??（26頁）。第5章「町内会と市民団体ー新しい共助のかたち」で、「これまで町内会がやってきた活動のひとつひとつを、それに興味をもって活動している市民団体にまかせる…お祭りはお祭り好きの同好会に、子ども会は子どもの活動をやっている団体に、ゴミ集積所の管理は環境美化の団体に…」との事実上の町内会解体論は、現実無視の空論&市民団体の超過大評価（169,170頁）。町内会長としての教養を深めようと思い読んだが、期待外れだった。

+ ○中田実・他『改訂新版 地域再生と町内会・自治会』自治体研究社,2017（初版 2009）。  
…私が町内会長になった初年度に、前会長からプレゼントされた本。「地域の人材という点では、いま、団塊の世代といわれる社会的経験の豊富な世代が地域に戻ってきて」いる好機を生かして、町内会・自治会が「時代の転換をこえてミニ公共的な地縁組織として発展していくための指針を提示」。初めて町内会長の仕事をする上で、全 5 章すべてが参考になった。特に、第 2 章の 1「神社祭礼や祭事をどう見るか」と第 4 章の 1「町内会と未加入者の問題」、2「市町村行政と町内会」、4「町内会の新たな過大」は、参考になった。

○堤修三「政治とカネを巡る素朴な疑問」『国際医薬品情報』2024 年 7 月 8 日号：86-89 頁。

…最近の政治とカネを巡る「令和元禄田舎芝居（猿芝居）」で、企業・団体の政治献金の禁止という「当たり前」のことが実現しない…責任の過半は、最高裁にある」として、企業・団体の政治献金を合法とした昭和 45 年の八幡製鉄政治献金事件の最高裁判決を鋭く批判し、「最高裁判決は変更すべきだ」と主張。それに続く「会社の会社による会社のための統治」以下でも、マイナー保険証や子育て支援金の徴収方法等を痛烈に批判。さらに、「現代日本の経済成長教の神殿は、経済財政諮会議」と喝破。最後に、経済成長教から脱して、「“善”の観念の独占を緩め、複数の“善”の観念の併存を許す、もう少し緩やかな社会を目指すべき」、「社会の制度的構築物には経済的価値に回収しきれない諸価値に基づいている。社会保障は社会保障の、教育は教育の本来の立ち位置が確保されなければならない」と主張。現政権に付度ゼロの正論で、読んでいて小気味良い。