

2025年1月5日(日)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻246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、あるいは皆様が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/>。

246号の目次以下の通りです(22頁)

### 1. 論文：診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を探る

(「二木教授の医療時評」(227)『文化連情報』2025年1月号(562号):33-38頁) …2頁

### 2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻226回:2024年分その10:7論文) ……8頁

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その240)ー最近の名言・警句 ……12頁

### 4. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第44回) ……15頁

## ごあいさつ

本「ニュースレター」を2005年1月に配信し始めてから、昨年末で丸20年が経ちました。この間、日本福祉大学学長時代の4年間(2013年4月～2017年3月)を含めて、「ニュースレター」を毎月1回(当初は1日、2023年8月からは5日)、一度も中断・遅延することなく配信してきました。配信先は、当初、数十人にすぎませんでしたが、現在では1500人を超えています。私は昨年喜寿(77歳)になりましたが、幸い心身とも(まだ)健康であるため、『文化連情報』と『日本医事新報』の連載と「ニュースレター」の配信、及び日本福祉大学定年退職後の2018年4月から始めた「医療・福祉研究塾(二木ゼミ)」を、今後も期間を限定せずに(健康である限り)、続けるつもりです。よろしくお祈りします。

## お知らせ

1. 論文「『かかりつけ医機能が発揮される制度整備』をどう評価・展望するか？」を『日本医事新報』1月11日号に掲載します。次の「ニュースレター」247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. 「ニュースレター」配信20周年を記念して(?)、①「ニュースレター」総目次(2005年1月:1号～2024年12月:245号、77頁、docxファイル・135KB)と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」総目次(累計1553論文、183頁、357KB)、③「私の好きな名言・警句」総目次(25頁、73.3KB)を作成しました。希望される方は、希望されるファイルの番号を書いてお申し込み下さい。なお、「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、冒頭で書いたように、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/>。

# 1. 論文：診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を探る

(「二木教授の医療時評」(227)『文化連情報』2025年1月号(562号):33-38頁)

## はじめに

財務省は、2024年4月の財政制度等審議会「建議」前後から、突然、「地域別単価の導入」（「医師過剰地域」での診療所診療報酬の引き下げ）を主張し始めました。それは「骨太方針2024」には盛り込まれませんでした。財務省はその後にもそれに固執し、11月29日の上記審議会「令和7年度予算編成等に関する建議」でも、一字一句同じ主張を繰り返しました。

医療政策史的には、この主張は第二次大戦（アジア・太平洋戦争）末期の1944年に導入され、19年間継続された後、1963年に撤廃された「地域別診療報酬」（非都市部での単価を低く設定）の逆方向での復活要求と言えます。しかし、それが導入・撤廃された詳しい経緯は現在は、ほとんど知られていません。私自身も、今まで、それについてきちんと勉強したことはありませんでした。そこで、本稿では、それに関する資料・文献を、友人の助けも借りて可能な限り収集し、「探索的研究」を行いました。

## 本稿で用いるか参考にした文献

本稿で主に用いた文献は、以下の2つの日本医師会（日医）の公式資料（ともに無署名）です。①「地域差はかくして撤廃された」（1963年）(1)と②「診療報酬（支払い方式）の歴史と展望」（1964年）(2)。①には、主として「戦後の地域差」の推移と、1962年12月末にその撤廃が政治決定されるまでの日医の「診療報酬地域差撤廃運動」が詳述されています。「付属資料」（合計11）も豊富です。②には、戦前から1961年までの診療報酬の歴史と日医の要求が詳細に書かれています。しかし、いずれにも1963年8月の中央社会保険医療協議会（中医協）で、撤廃が最終的に了承されるまでの医師会と支払い側の激しい攻防は書かれていません。

そこでこの点は、以下の4つの専門誌の1960～1963年の「ニュース」・「論評」で補足しました：『日本醫事新報』『社会保険旬報』『週刊社会保障』『健康保険』。これらのうち、最も詳しい報道をほとんどライブ感覚で行っていたのは『日本醫事新報』です。同誌の報道はやや日医寄りでしたが、『社会保険旬報』は中立的に報道していました。逆に、『週刊社会保障』と『健康保険』は支払い側寄りの報道をしており、これら4誌の報道・論評を併せて読むことにより、1963年8月の中医協での生々しい攻防を追体験できました。論評で一番まとまっていたのは、『社会保険旬報』1963年9月1日号の「地域差撤廃と今後の医療費」(3)でした。

これらの文献・資料では、ほとんど政府・日医・保険者の政策・主張や動きしか分からないので、『戦後開業医運動の歴史』(4)、『大阪府保険医協会の歩み』(5)、『神奈川県保険医協会20年史』(6)で、各府県保険医協会が、日医に先駆けて（多くの場合、府県医師会と共同して）行った地域差撤廃運動も調べました。

研究書・専門書としては、島崎謙治『日本の医療』(7)と厚生省保険局医療課監修『社会保険医療事務提要』(8)が、戦前の診療報酬の決定方式と推移について詳しく記述してい

ましたが、地域差の導入と廃止についてはほとんど触れていませんでした。有岡二郎『戦後医療の五十年』(9)は、「新中医協で地域差を撤廃」した経緯を簡潔に書いていました。日本の医療保険の準正史と言える吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史 [増補改訂版]』(10)は、地域差の導入と撤廃についてそれぞれ1行触れているだけでした。

『厚生白書』は、昭和38年度版のみが、120頁で1963年の地域差撤廃についてチラシと(15行)書いていましたが、見出しは付けられず、ごく軽い扱いでした。厚生省『医制百年史』(1976年)は、資料編の「年表」部分を含めて、地域差の導入・撤廃についてまったく触れていませんでした。

以下、「第二次大戦前は人頭割請負方式」と「1944年に地域別診療報酬導入」は文献(2)を、「地域別診療報酬は終戦後も継続」～「地域差撤廃は1963年9月に実現」は文献(1)をベースにして書き、他の文献を用いた記述のみ出所を示しました。文献(1),(2)は元号表記ですが、すべて西暦に変更しました。本文中の( )は私の補足です。

## 第二次大戦前は人頭割請負方式

1922年に成立し、1927年から実施された健康保険法は、当初から政府管掌健康保険と組管掌健康保険の二本建てで、診療報酬の支払いも別でした。組管掌健康保険の診療報酬支払いは、人頭式、定額式、時価式、割引式など、診療契約の条件によって異なりました。

それに対して、政府管掌健康保険の診療報酬(当初はほとんど診療所の保険医の初診料・再診料等)は政府と日医との団体契約によって支払われる「概算一括払方式」・「人頭割請負方式」でした。この場合、まず総額を各道府県医師会ごとに配分し、次いで道府県医師会は各保険医の診療報酬点数に応じて按分しました(東京府から東京都への呼称変更は1943年)。これは、現在もドイツの社会保険で行われている方式とほぼ同じです。この点について、『社会保険医療事務提要』は、「我が国社会保険立法が範をドイツに採ったことは周知のごとくであるが、その診療報酬支払い方法及び料金表についても例外ではなかった」と述べています(8:168頁)。島崎氏も、日本の健康保険法の「診療報酬支払いはドイツの団体請負方式に倣う」と明記しています(7:48頁)。

しかし、この方式では道府県によって1点単価に著しい相違があり、しかも、医学・薬学の進歩と医療技術の向上によって、医療内容が質的にも量的にもよくなれば、それだけ稼働点数が増加する反面、単価は引き下げられるという、(医療者側にとって)「矛盾した支払い方式」・「不合理な報酬体系」でした。

そのため、1936年度から道府県按分方式から1点単価を全国で統一する方向に改められ、1941年頃ようやく単価が固定しました。全国一律の点数単価方式は、1943年4月、健康保険全体、船員保険及び国民健康保険でも実施されることになりました。翌年には、健康保険診療報酬算定協議会(中医協の前身)が発足しました。1943年の「公定単価」は全国一律20銭でした。

## 1944年に地域別診療報酬導入

しかし、第二次大戦末期の1944年5月に診療報酬の地域別単価が定められ、甲地26銭、乙地23銭、丙地20銭とされました(表。略)。前年に比べ、甲地は6銭、乙地は3

銭の引き上げ、丙地は据え置きであり、甲地・丙地の単価差は30%でした。甲地とは当時の6大都市（東京都区部、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市）でした。乙地は甲地以外の県庁所在地と人口11万人以上の市、丙地はそれ以外の市町村でした。

地域別単価導入の理由は、戦力増強が強く要請され、軍需物資生産に挺身する（都市部）労働者の健康保全のためにも保険医の医療活動が特に必要となり、その診療報酬も適正化すべき、でした。つまり、当時考えられた診療報酬の適正化とは、食料をはじめすべての生活物資が極度に不足し、6大都市を中心とする諸物価の高騰が顕著であったため、新たに単価の地域差を必要としたものであり、あくまで物価値上がりに対する応急措置を加味したものでした。

### 地域別診療報酬は終戦後も継続

しかし、地域別診療報酬は1945年8月の終戦（敗戦）後も1963年まで継続されました。ただし、その理由は物価問題を離れ、主として国民健康保険（国保）の保険者の財政負担能力を考慮したものに変わりました。1948年には丙地は撤廃され、乙地に編入されました。

国保は1938年の国民健康保険法の成立後、健兵健民政策の一環として、急速に普及が進められ、終戦当時には国保組合数10,431に達していましたが、財政基盤は脆弱で、敗戦と同時に制度存続の危機に直面していました。島崎氏によると、1942・43年頃には国保組合は95%の市町村に設立され、「第一次国民皆保険の完遂」と称されることもあるが、決して皆保険の実態が備わっていたわけではなかったそうです(7:44頁)。

今では信じられないことですが、1948年頃には国保組合の保険医に対する医療費の負債額（未払い額）は1億7～8千万円以上に上り、それが国保財政を圧迫し、地域差を解消するための大きな障害になっていました。

しかも、終戦直後数年間は、診療報酬では「標準単価」のみが示され、「実行単価」は各都道府県の実情によって決定され、国保組合では標準単価ではなく、他の健康保険よりも低い単価で診療契約がなされていました。その後町村財政の再建整備により、1954年度にはほとんどの国保が標準単価となりましたが、地域差は依然存続しました。

### 日医は1957年以降撤廃運動を本格化

しかも、点数単価は1951年以来約6年間も釘付けにされていました。日医が本格的に「地域差撤廃運動（闘争）」を開始したのは1957年で、8月に全国一律の「適正単価」18円46銭を要求しました。その際、日医が提出した単価算定案「医業の構造的特性と適正単価」は、「これまでどこでも用いていなかった近代経済学（一橋大学山田勇教授）による平均費用曲線を用い、（日医が独自に実施した）1955年10月の医業経済実態調査から解析し」て算出したものでした(2:180-184頁)。これの実施によって日医は従来の地域差問題を一挙に解決しようとし、全国運動を提案しました（この要求の4か月前の1957年4月に武見太郎氏が日本医師会会長に就任していました）。

この要求は、国保関係者を先頭とする強力な反対運動によりすぐには実現しませんでした。しかし、1958年の診療報酬大改定（「新医療費体系」。甲乙二表の実施、1点単価10円に固定等）時に、地域差は約6%（診療報酬の甲表では5%）に縮小されました。

さらに日医は1960年8月、①制限診療撤廃、②単価3円引上げ、③事務簡素化、④地域差撤廃及び甲乙表一本化の4項目要求を中山マサ厚生大臣に行い、大臣も「できるだけその方向で今後検討したい」と述べました。自民党も同年末の医療対策特別委員会（通称山中委員会）で全員一致で「地域差は全廃する」と決定しました。

### 地域差撤廃は1963年9月に実現

しかし、厚生省はこの決定に抵抗し続けたため、日医はその後も地域差の全面撤廃に全力を尽くしました。地域差撤廃運動の記念碑的文書は、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会が1962年8月に共同で決定した「社会保険診療報酬地域差撤廃運動実施要綱」で、「全面的地域差撤廃の基本理念」、「運動目標」、「運動の具体的方法」、「陳情趣旨」、「地域差撤廃に必要な国庫負担要求額」が包括的かつ理路整然と示されていました(11)。これを機に、全都道府県医師会で地域差撤廃運動が大きく盛り上がりました(1:資料3)。

この運動の高まりを背景にして、1962年12月29日、西村英一厚生大臣と田中角榮大蔵大臣の次年度予算の折衝により、地域差全国一斉撤廃を翌1963年9月から行い、そのための財源を確保することが(政治)決定されました。

ここで診療報酬の地域差撤廃とは、「甲地と乙地の別を廃して、すべて現行の甲地における算定方式と同様の方法により算定する」ことであり、小林武治厚生大臣は、翌年8月17日の第2回中医協総会にこの方針を諮問しました。

その際、小山進次郎保険局長は「地域差を廃止する理由」として以下のように述べました(要旨)。「(一)皆保険下においては特に医療の機会均等をはかる必要があるが、このためには社会保険における診療報酬の面においても、医療機関の都市集中を助長するような要因を極力排除することが望ましいと考えられる。(二)地域差を設けた戦中または戦後の事情と今日のそれとは著しい変化があり、時に医業経営の実情からこれを存置すべき理由に乏しい」(12)。

小山局長は、地域差撤廃に伴い、国保の被保険者の保険料負担の増加分をカバーするための「特別対策費」として約8億7000万円を計上していることも示しました。地域差撤廃とは直接関係しませんが、厚生省は、社会保障制度審議会の1962年「勧告」を受けて、地域差撤廃の翌月(1963年10月)から、予算措置で、国保世帯主の給付率を5割から7割に引き上げました(9:226頁、10:168-170頁)。

中医協では支払い側(保険者)が、地域差撤廃について、主に以下の4つの理由から疑問を呈し、激論が闘わされました。①所得などの地域差が存在する時に医療費の地域差だけを撤廃するのは不適當、②しかも所得の低い層にその負担が増大し、格差是正に逆行する、③物価引き下げは国の政策と矛盾がある、④中医協の以前の了解事業に含まれていた実態調査が行われていない(13)。

しかし、支払い側も最終的には「地域差を無くす原則に賛成」し、8月26日の第4回総会は、諮問通り9月1日から地域差を撤廃することを満場一致で了承しました。これにより、1944年以来19年ぶりに地域差が廃止され、診療報酬も3.7%引き上げられることになりました。

### 大阪府では全国に先駆け、域内の地域差撤廃

以上は日医及び全国の動きですが、関西、特に大阪府では、早い時期から、(第一次)府保険医協会が府医師会と共同して地域差撤廃運動に取り組んでいました。大阪府保険医協会は他の都道府県に先駆けて、1947年に設立され、活発な活動を展開していました。同協会が主催した1954年1月の大阪府保険医大会で行われた5項目「決議」には、④に「一点単価の地域差撤廃」が掲げられてました(5:169頁)。なお、大阪府保険医協会はこの直後の1954年8月にいったん解散し、1962年に再建されました。

このような運動により、大阪府では、全国での地域差撤廃に先駆けて、2段階で域内の地域差が撤廃されました。1953年4月、堺市等7市が甲地に編入され、1961年12月には大阪府全域で地域差が撤廃されました(5:267頁)。

これに先立ち、1948年8月には、東京都全域、川崎市、兵庫県の尼崎市・西宮市・芦屋市も甲地に編入されていました。

### おわりに—私が注目した3点

以上、診療報酬地域差の導入と撤廃の経緯を示しました。最後に、今回の「探索的研究」を通して私が注目したことを3点述べます。

**第1**は、地域差導入の理由は、戦中と戦後で異なることです。前者では戦時下の都市部の物価高騰でしたが、後者では国保財政の危機・脆弱性でした。日医もそのことを認識し、「全面的地域差撤廃運動の基本理念」として、「地域差撤廃運動は国保強化運動と表裏一体」、「国保強化運動を推進する中で全面的地域差撤廃を実現することこそ、他の諸要求貫徹の端緒を作る」と高らかに宣言しました(11)。本文で述べたように、現実にも、地域差撤廃と併せて、国保への財政支援強化と国保世帯主の給付率の5割から7割への引き上げが行われました。

**第2**は、日医だけでなく、都道府県医師会が都市部と非都市部の違い・利害を超えて、非都市部(乙地)の単価を都市部(甲地)と同じに引き上げる形での地域差撤廃に取り組んだことです。その大義名分は、「人命をとりあつかう医療を地域により差をつけるべきではない」でした(11:「陳情要旨」の第一)。地域差が撤廃された直後の、『日本医師会雑誌』の座談会でも、乙地の開業医(小柳津隆氏)は、「地域差運動はまことにロマンティックな運動でございまして、単に経済闘争という意味でなしに、医師が誇りを持っているという自信を持ち得た(以下略)」と心情を吐露しました(14)。

**第3**は、1963年に小山保険局長は、地域差廃止の理由の1つに医療機関の都市集中の是正を挙げましたが、その実効性には中医協内外で疑問が呈されたことです。中医協内では、有沢広巳会長は8月26日の総会の「結論のとりまとめ」時に、「地域差撤廃は、医師の配置を適正化するための1つの施策であっても、之だけでは不十分である」、「医師の都市集中傾向は地域差撤廃のみによって、直ちに食い止めることは難しく、医師の適正配置については特別の措置を講じなければならない」と述べました。それに対して小林大臣も、次のように率直に答えました。「医師の都市集中の緩和や、医療機関の適正な配置は、今回の地域差撤廃のみによって、その目的を達成しがたいこととはご指摘の通りと考える。従って、医師の適正配置と医療水準の向上のためには、夫々別途対策を強力に推進していく必要がある(以下略)」(15)。『社会保険旬報』の論評も、最後のまとめで、「地域差撤廃が行われても、都市と農村の診療内容格差はなお残っている」と指摘

しました(3)。

このように、当時から、診療報酬の地域差是正だけで医師の都市集中を緩和することは難しいことが広く認識されていたことを踏まえると、「地域別単価の導入」という「経済的インセンティブ措置」で「病院・診療所間の偏在を是正」できるとの財務省・財政制度等審議会の主張がいかにかが分かります。これが本稿を書き上げての偽らざる感想です。

## 文献

- (1)「地域差はかくして撤廃された—社会保険診療報酬地域差全面撤廃に至るまでの経緯」『日本医師会雑誌』49(6):603-672頁,1963年3月15日。
  - (2)「診療報酬(支払い方式)の歴史と展望」『国民医療年鑑 昭和39年版』春秋社,1964年3月,167-187頁。
  - (3)「地域差撤廃と今後の医療費—焦点をさぐる」『社会保険旬報』727号:4-7頁、1963年9月1日。
  - (4)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。
  - (5)大阪府保険医協会の歩み編集委員会編『大阪府保険医協会の歩み—戦後開業医運動の原点』大阪府保険医協会,1985。
  - (6)神奈川県保険医協会20年史編纂委員会編『神奈川県保険医協会20年史』神奈川県保険医協会,1989。
  - (7)島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会,2011。
  - (8)厚生省保険局医療課監修『社会保険医療事務提要 [第6版]』法研,1995。
  - (9)有岡二郎『戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社,1997,222-223頁。
  - (10)吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史 [増補改訂版]』東洋経済,2008,508,509頁。
  - (11)日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会「社会保険診療報酬地域差撤廃運動実施要綱」1962年8月16日((1):614-616頁。『日本醫事新報』2000号(1962年8月25日):87-89頁)。
  - (12)「(ニュース)第2回中医協開く 地域差撤廃諮問さる」『日本醫事新報』2052号:87-88頁、1963年8月24日。
  - (13)「(今週のニュース)支払側が激しく質問を展開 諮問された地域差撤廃」『週刊社会保障』17(217):8,28-31頁、1963年8月26日。
  - (14)川合弘一・勝沼晴雄・小柳津隆・田中宏「診療報酬の地域差撤廃にあたって」『日本医師会雑誌』50(5):321-325頁,1963年9月1日。
  - (15)「(ニュース)地域差撤廃決まる 中医協、諮問通り9月1日実施を答申」『日本醫事新報』2053号:79-80頁,1963年8月31日。
- 謝辞:** 貴重な文献をご教示・ご提供いただいた、宇都宮健弘氏(大阪府保険医協会理事長)、江口成美氏(日本医師会総合政策研究機構主席研究員)、高橋太氏(神奈川県保険医協会医療政策研究室)、谷野浩太郎氏(『社会保険旬報』発行人)に感謝します(あいうえお順)。
- [本稿は『日本醫事新報』2024年12月7日号掲載の「診療報酬の地域差はいかにして導入・撤廃されたか?」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 226回)(2024年分その10:7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。

### ONHSの待機的医療[手術]の独立[民間]部門への外注が患者、医療専門職及び英国の医療制度のアウトカムに与えた影響:文献の迅速ナラティブ・レビュー

Fletcher S, et al: The impact of NHS outsourcing of elective care to the independent sector on outcomes for patients, healthcare professionals and the United Kingdom health care system: A rapid narrative review of literature. Health Policy 150, December 2024, 105166, 8 pages [文献レビュー]

NHSは近年ますます独立部門(大半は株式会社の営利病院チェーン-二木)に依存して、待機的手術を減らそうとしている。2022年11月には独立部門での手術は手術総数の9%になり、特に膝・股関節手術と白内障手術では3分の1に達している。しかし、このことが医療制度、患者、及び職員に与える影響はよく理解されていない。本論文はNHSが資金を負担する独立部門での手術増大が患者、専門職、及び医療制度に与える影響についての研究の迅速ナラティブ・レビューの結果を示す。その目的は、文献の量を示し、質を評価し、それらをナラティブに合成することである。Medline等5つのデータベースを用いて文献検索した。(文献の質の評価法は略)最終的に40文献を選択したが、その質はまちまちだった(mixed)。多くの文献は量的データを用いて、部門間のアウトカムの趨勢を分析していた。独立部門提供者は、手術数が多く、難易度が低い手術をNHSと同等の質で提供しつつ、特定の文脈では手術待ち日数を減らすことができる。しかし、NHSが資金提供した独立部門での手術実施は、NHS内での公的提供に様々に影響する。それらは、アクセス、アウトカム不平等、財政的安定性及びNHS労働力への影響である。今後の実証研究では、これらの点を統合し、量的改善のもとで微妙な(nuanced)解釈を提供することが重要である。

**二木コメント**-要旨の最後の1文は非常に微妙な書き方ですが、私も参加した2023年の日本医師会のイギリス医療の現地調査では、NHSが資金提供する独立部門(営利病院)での待機的手術増加が患者の支払能力による医療格差を拡大していることを体感できました。

### ○ノルウェイにおける選択の自由拡大改革が手術待ち日数と病院受診に与えた影響

Ge G, et al: Impacts of Norway's extended free choice reform on waiting times and hospital visits. Health Economics 33(4):779-803,2024 [量的研究]

ノルウェイの2015年の「選択の自由拡大改革」(以下、EFC改革)は、患者の治療の選択肢を公的病院から承認された私的施設(営利病院)にまで拡大した(ただし、この改革は2021年の政権交代後、2023年に廃止された)。この改革の目的は、私的病院との競争で、公的病院が効果的・効率的になり、待機的手術を受ける待ち日数(以下、手術待ち日数)を減らすことであった。この改革が、公的病院での手術待ち日数、受診回数、及び公的病

院における患者のチャールソン併存疾患指数(Charlson Comorbidity Index.以下、併存疾患指数に与えた影響を検証した。差の差分法を用い、改革の公的病院への影響が、診療圏に私的病院があるか否かで異なるか比較した。主要な5つの身体疾患に焦点を当てて分析したところ、EFC改革は公的病院に手術待ち日数短縮や受診回数増の圧力を与えていなかった。公私病院の総受診回数も増えていなかった。併存疾患指数を公的病院と私的病院で比較したところ、非侵襲的診断サービスについては、私的病院で少なかった。手術については、両者に差がなかった。

**二木コメント**—ノルウェイで8年間実施された公私病院の競争促進政策の結果を詳細に検討した25頁もの大論文ですが、改革は公的病院の効率化も手術待ち日数の短縮ももたらさなかった—「大山鳴動して鼠ゼロ匹」—という期待に反する結果です。

### ○健康の政治的要因：ヨーロッパにおける医療の民営化と国民の健康

Moise AD, et al: Political determinants of health: Health care privatization and population health in Europe. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 49(5):769-182,2024 [量的研究・国際比較研究]

医療改革が健康にどの程度影響を与えるかについての研究は不足している。医療改革は医療サービスの提供に影響する政策的アウトプットを生み、それは国民の健康に影響する。健康政策アウトプットと国民の健康の関係を、医療の提供と財政の民営化をもたらす政策変化に焦点を当てて、吟味する。リサーチ・クエスションは以下の通りである：医療を民営化する改革と国民の健康との関係は、健康のアウトカムと不平等という視点からみるといかなるものか？この問いに、固定効果時系列横断分析モデルを用いて答える。36のヨーロッパ諸国の1989-2019年の医療改革のオリジナルデータセットを用いる。健康アウトカムは操作的に、主観的健康状態、満たされていない健康ニーズ、及び改革の結果生じた健康不平等とした。

その結果、医療の民営化は、改革実施後数年(3-6年)の主観的健康と満たされていない健康ニーズの悪化と関連していた。この影響は、低い所得・教育階層に属する個人でより強く、その結果社会経済的な不平等が生じていた。本研究は、健康の政治的要因を医療政策のアウトプットとして概念化し、政策アウトプットと国民の健康アウトカムとの関係の理解を増すことに貢献したと言える。

**二木コメント**—やや予定調和的な研究ですが、民営化とそれの健康アウトカムへの影響との間に数年間の「時差」があることを量的に示したのは貴重と思います。なお、*Journal of Health Politics, Policy and Law* 49(5)は、「健康の政治的要因とヨーロッパ連合」の特別号で12論文を掲載しており、健康の社会的・政治的要因の研究者必読と思います。次の論文もこの特集に含まれています。

### ○健康の政治的要因としての連帯：EUの競争政策からの洞察

Solidarity as a political determinant of health: Insights from EU competition policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 49(5):783-803,2024 [法学・理論研究]

法と健康の政治的要因の関係は十分理解されていないが、それにもかかわらず、この2つは不可分で、他の健康の要因(特に、社会的要因)に影響することが示唆されている。

連帯はヨーロッパの医療制度を下支えしており、再分配との密接な関連を踏まえると、健康の不平等に対処する手段とも見なされうる。そのようなものとして、連帯は、EUの競争政策の特定の文脈における健康の政治的要因と見なされうる。本論文では、EUの判例法、諸協定、及びヨーロッパ委員会の競争政策に関連した文書を分析する。(以下、略)。

**二木コメント**—論文名は非常に魅力的なのですが、私のような法学的素養のない人間には読解・抄訳困難でした。

## ○【アメリカにおける】健康の社会的要因産業：2年後

Goldberg ZN, et al: The social determinants of health industry: Two years on. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* 54(4):344-351,2024 [量的研究]

健康の社会的要因(SDOH)は、国レベルではますます高い優先順位を与えられているが、医療の支払い者と提供者は十分に取り組んでいない。その結果、2021年には、それらとは別の営利的「健康の社会的要因産業」の時価総額(valuation)は185億米ドル、資金調達額(funding)は24億ドルに達している。本論文の目的は、2021～2023年のこの産業の成長を示し、この発展についての多面的説明をすることである。そのために、SDOH産業の57社の分析を、ある第三者市場調査プラットフォームを用いて行った。57社のうち、55社はアメリカに本社があり(残りの2社はカナダ)、そのうち14社がカリフォルニア州、7社がニューヨーク州に本社を置いていた。業種別に見ると、27社(47.4%)が在宅ケア/一般ケアであり、地域ケア・コーディネーションが12社(21.1%)であった。過去2年間に、57企業のうち10企業(18%)は買収され、産業全体としては追加的に11億ドルを資金調達し(46%増)、時価総額は137億ドル(74%)も増加した。このようなSDOH産業の発展を説明する4つの要因を提案する。それらは、SDOHを優遇する国家レベルでの医療政策、利用可能な診療報酬請求データであるSDOH情報の標準化、SDOHに対する様々な投資、及び産業の介入測定方法の改善である。このような趨勢は続くことが予測されるので、すべての関連する利害関係者がより厳しい監視の目を向け、何百万人もの個人に日々影響を与える猛烈なSDOH格差を最大限改善する必要がある。

**二木コメント**—アメリカでは、健康の社会的要因に対応するために、営利目的の「健康の社会的要因産業」が登場し、それが膨大な資金調達と時価総額を生み出していることに驚き、アメリカでは医療にも市場原理が貫いていることを再確認しました。「健康の社会的要因産業」は、次の論文が命名し、本論文のデータ部分はその論文の「追試」です：Goldberg AN, et al: For profit, but socially determined: The rise of the SDOH industry. *Popul Health Manag.* 2022;25(3):392-398.

## ○アメリカの医師のバーンアウトとプロレタリア化：理論的再構成

Michalec B, et al: U.S. physician burnout and the proletarianization of U.S. doctors: A theoretical reframing. *Social Science & Medicine* 358(2024) 117224, 8 pages [理論研究・評論]

エスカレートしつつあるアメリカの医師のバーンアウトについて探究し、そのルーツはアメリカの医師のプロレタリア化—資本主義制度の下での医師の自律性と支配権の喪失に駆動された移行—にあると主張する。このプロセスを、マルクスのプロレタリア概念に依拠して、独立自営業者から企業化されたアメリカの医療制度にコントロールされた賃労

働システムの中で搾取される労働者への医師の変容と見なす。医師のバーンアウト—支配権の喪失、生産性の強調、事務量の増大、及び労働に意義があるとの感覚の減退—に寄与しているとされる現代的要因が決して新しいものではなく、医療専門職の社会・歴史的構築に深く根ざしていると主張する。バーンアウトをプロレタリア化と結びつけることにより、苦痛のマクロレベルの源泉を強調し、医師の労働をマルクス理論を通して再評価することを提唱する。バーンアウト問題を個人または組織内の解決に委ねるのではなく、労働搾取というレンズを通して、より広い社会経済的構造の中で包括的に考えるべきである。最後に、アメリカの医師の「階級意識」について検討し、集団的覚醒と行動が、医業、医師の専門職組織、及び医師のバーンアウト・エピソードに対する実質的改革の道を開くと主張する。

**二木コメント**—一流の英文の医療政策学術誌に、マルクス理論を正面から掲げた医療改革論文が載るのはきわめて珍しいと思います。「総論専科」ですが、<話の種>に紹介します。

### ○アメリカのソーシャルワーカー数の様々な推計：どのデータソースを用いるべきか？

Lombardi BM, et al: Varying estimates of social workers in the United States: Which source to use? Medical Care Research and Review 81 (5):408-416,2024 [調査報告]

精神保健医療 (behavioral health) ニーズはアメリカで増加し続けており、医療利用、費用、及びアウトカムの中心的駆動要因 (drivers) になっている。ソーシャルワーカーは医療、精神保健医療及び地域の場で幅広いサービスを提供している。このような実践の多様性はケアの提供に有益ではあるが、ソーシャルワーク労働力の分析を複雑にしている。本論文では、5つのよく使われている全国レベルのデータソースを比較し、ソーシャルワーカーの推計数、仕事のタイプ、及び業務の特性の異同を検討する。それにより、推計数は用いるデータセットによって最少 282,425 人 (メディケア・メディケイド・サービスセンター「全国保険・事業者名簿」(NPDES)) から最大 1,022,859 人 (「アメリカ地域調査」と 3.65 倍もの差があること、及びデータソースによってソーシャルワーカーのタイプも大きく異なることを示す。このような大きな違いのために、研究者や政策決定者が、適切なソーシャルワーク労働力を評価すること、及びアメリカの精神保健医療的・社会的ニーズに対応するための解決策を明確化するのが困難になっている (最後の一文は意識)。

**二木コメント**—日本と異なり、アメリカにはソーシャルワーカーの国家資格がなく、専門職組織や大学 (院) 等がバラバラに認定しているため、数値にこのような、日本では信じられないバラツキが出てきます。しかし、本論文のように5つの数値を羅列するだけでは、政策的には使えないと思います。ただし、アメリカのソーシャルワーカー数を含んだ調査の一覧としては、意味があると思います。なお、この論文は本文ではほとんど"behavioral health"を用いており、私はこれは"mental health"の言い換えだと思いましたが、これとソーシャルワーカーとの関係については触れていません。本論文では MSW が何度も使われていますが、これは「医療ソーシャルワーカー」ではなく、"Master of Social Work" (ソーシャルワーク修士号) の略語です。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 240)ー最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○中西準子（「環境のリスク論」の草分け。2024 年度文化勲章受章。86 歳）「**真実だと思えば立場を超えて率直に認める**」（「朝日新聞」2024 年 10 月 26 日朝刊）。二木コメントー私も研究者としてまったく同じスタンスなので大いに共感しました。

○暉峻淑子（埼玉大学名誉教授。2024 年 4 月、『承認をひらく』（岩波書店）を出版。96 歳）「『96 歳で本を書くなんで』と驚かれることもありますが、私にとって学問をすることは、生き方の道しるべを考えるための道具。だから特別なことだとは思っていません」、「私は、具体的な真実の中に真理があり、人間の実感の中に本質があると思っています。それを尋ねるのが、私の生き方であり、私の学問でした。現実の生活からしか学問は生まれません」（「朝日新聞」2024 年 10 月 7 日朝刊、「語るー人生の贈りもの 経済学者 暉峻淑子①」。聞き手・真田香菜子）。二木コメントー前者を読んで、私もあと 20 年間は本を書き続けたいと思いました。後者を読んで、東京医科歯科大学 1 年生時（1966 年）に知り、それ以来、座右の銘の一つにしている次の言葉を思い出しました。

○レーニン（ロシアの革命家）「**抽象的な真理は存在しない。真理は常に具体的である**」（「再び労働組合について、現在の情勢について」『レーニン全集第 32 巻』大月書店,92 頁。本「ニューズレター」27 号（2006 年 11 月）で紹介）。

○ディーン・R・クーンツ（アメリカのベストセラー作家）「**読んで、読んで、読みまくり、書いて、書いて、書きまくる。このふたつがおそらく小説を書く方法について、他人が与えられる最高のアドバイスであろう**」、ステーブン・キング（アメリカのベストセラー作家）「**作家になりたいのなら、絶対にしなければならないことがふたつある。たくさん読み、たくさん書くことだ。私の知るかぎり、その代わりになるものはないし、近道もない**」（共に、横田増生『潜入取材、全手法』角川新書,2024,211-212 頁）。二木コメントー「作家」だけでなく、社会科学系（not 理科系）の「研究者」についても、同じことが言えると思います。この助言のポイントは、読む&書くことだと思います。私の経験では、文系の研究者には、年齢を問わず、文献や本はよく読むが、論文や本はほとんど書かない「お勉強大好き人間」が少なくありません。二人の助言を読んで、プリニウスとサルトルの次の言葉を思い出しました。

○プリニウス（古代ローマの碩学）「**一行たりとて、書かざりし日なし**」（『博物誌』。芸術家の精進を示す名高い言葉。サルトル（フランスの実存主義哲学者）が自叙伝『言葉』（白井浩司訳。人文書院,1964,173 頁）の最後で引用し、これは「私の習慣」（でもある）と述べた（本「ニューズレター」108 号（2013 年 7 月）で紹介）。

○千住博（日本画家）「『**芸術に個性は必要ない**』と私は言い続けています。必要なのは個性ではなくて、世界認識のための『切り口の獨創性』なのです。常に芸術は『私は』ではなく、『私たちは』という発想です。『私たちは』どのような世界に生きているか、という『世界表現』が芸術です。多くの方が間違えていますが、『自己実現』ではないのです、

酒井邦嘉（脳科学者）「科学もまったく同じです。個性を磨いて研究するのではなく、重要な発見は常に切り口の新鮮さにあります」（日本科学協会編、酒井邦嘉監修『科学と芸術 自然と人間の調和』中央公論新社,2022年,24-25頁。中村桂子『人間はどこで間違えたのか 土とヒトの生命誌』中公新書ラクレ,2024,143頁で、「まさに知りたいことでした」と紹介）。**二木コメント**—酒井氏は「科学」＝自然科学を念頭に置いているようですが、社会科学でも同じで、大事なものは「個性」ではなく、「切り口の独創性・新鮮さ」だと思います。

○中村桂子（JT生命誌研究館名誉館長）「学問をする人は、一つの説を主張すると他を否定しなければその存在意義がないかのように考えがちですが、自然を対象にする時は、こちらの考えもあちらの考えもあり得る、となることがあります。生命誌としては、言葉が個体と社会の双方から解かれ、自然科学と社会科学の成果が結びついていくのが楽しみです（『人間はどこで間違えたのか 土とヒトの生命誌』中公新書ラクレ,2024,138頁）。**二木コメント**—社会科学では、「こちらの考えもあちらの考えもあり得る」がむしろフツーだと思います。社会科学でも、自説を強調するために、他説を否定する人が少なくありません。

#### <その他>

○谷川俊太郎（詩人・翻訳家・絵本作家・脚本家。2024年11月13日死去、92歳）「〔(著書の中で)一番好きな本はなんですか?〕と聞かれて] **僕、一番っていうのが嫌いな。だってたくさんの中から一つ選ぶのってすごく難しいし、そこで勝負するみたいになっちゃうじゃない?それに一人っ子だから勝ち負けっていうのはダメなんですよ。だから一番好きって言われちゃうとホント、頭の中がゴチャゴチャになっちゃって。それは自分で決めるんじゃないで、読んでくれる人が決めてくれればいいんじゃないかな。だからそのためにはたくさん読まなきゃならないから、たくさん僕の本を買わなきゃいけないよ(笑)**」

（『詩を書くということ—日常と宇宙と』PHP研究所,2014,94頁）。**二木コメント**—私も最近、後輩の研究者から同じ質問を受けて答えに窮しました。一番の自信作・ライフワークは?と聞かれれば、『保健・医療・福祉複合体』（医学書院,1998）と答えますが…。ちなみに谷川さんがNHKの番組でこう答えた時、現在の私（77歳）とほぼ同じ78歳でした。

○谷川俊太郎「**明日（あす）があるよの一言を／ビタミン剤には使えない／希望は自分で探すだけ／希望は自分で探すだけ**」（「昨日（きのう）のしみ」。上掲書102頁で紹介）。**二木コメント**—この詩（フレーズ）を読んで、なぜか、茨木さんの次の詩（の最後のフレーズ）を思い出しました。

○茨木のり子（詩人。2006年2月19日死去、79歳）「**自分の感受性くらい／自分で守れ／ばかものよ**」（『自分の感受性くらい<新装版>』花伝社,2005（初版1977）,16頁。本「ニューズレター」21号（2006年5月）で紹介。

○竹中淳（漫画家）「（夢ちゃん）そうよ **自分に自信を持って！そしてわたし達をもっと頼ってよ**」、「（夢ちゃんの友だち）**お互いさまなんだから蓮くんももっとヒトに頼みごとをしていいんだよ**」（夢ちゃん）**頼まれた方も頼りにされて嬉しい頼んだ方もうれしいもんね**」、「（蓮君）**夢ちゃんはボクにどれだけ頼みごとをするんだってちよっとうっとうしかったけど… なんかそれをクリアするたびに仲良くなれた気がするな**」（『法音』（日蓮宗法

音寺の月刊誌) 2024年12月号の連載マンガ「ひまわり # 143 頼みごと」(77-84頁)。  
<https://www.houonji.com/monthly-magazine/houon-r06-12/>。主人公の心優しい蓮君(小学生)は、男の同級生から、頼まれたら何でも引き受けると批判され、落ち込む。それに対して、蓮君の親友の夢子ちゃんたちは、こう言って蓮君を激励し、蓮君も元気を取り戻す。なお、法音寺によって1953年に設立された日本福祉大学は2023年に創立70周年を迎えた)。  
**二木コメント**この漫画を読んだのと同じ日にチェックした本が、同様の主張をしており、大いに共感しました。ただし、漫画の方がずっと分かりやすいとも感じました。

**○戸谷洋志**(立命館大学大学院准教授。専門は倫理学・哲学)「**弱い責任とは、自分自身も傷つきやすさを抱えた『弱い』主体が、連帯しながら、他者の傷つきやすさを想像し、それを気遣うことである。そうした責任を果たすために、私たちは誰かを、何かを頼らざるを得ない。責任を果たすことと、頼ることは、完全に両立する**」(『生きることは頼ること「自己責任」から「弱い責任」へ』講談社現代新書,2024,198頁)。

**○クラウディア・シェインバウム**(2024年10月1日、メキシコ初の女性大統領(プレシデンタ)に就任。就任演説会で、大群衆に声をかけながら、1時間以上かけて100の公約を説明。「私は社会運動出身」と自覚し、不正に挑む。男性優位思想「マチスモ」が幅をきかせるメキシコで、新たなリーダー像を作り上げる)「**女性は黙っている方がかわいい、なんて二度と言わせない**」(「日本経済新聞」2024年10月20日朝刊、「このヒト」)。

**<番外・トランプ米次期大統領のトンデモ発言と小林よしのり氏の真っ当な批判>**

**○ドナルド・トランプ**(次期アメリカ合衆国大統領)「**私たちの時代の『マンハッタン計画』になる可能性を秘めている**」(「読売新聞」2024年11月14日朝刊、「トランプ流論功行賞」。「トランプ氏は12日の声明で、次期政権で新設する『政府効率化省』について、第2次大戦中の原爆開発計画を持ち出して、目玉政策として取り組む姿勢をアピールした」)。

**○小林よしのり**(漫画家・評論家)「(上記トランプ発言を引用して) **広島・長崎において20万人以上の大虐殺を起こした原爆開発計画の名を、たかが連邦政府の行政改革計画と同等に並べるあたりが反知性主義のトランプ氏だ。惨禍の実態など知識も関心も一切なく、マンハッタン計画といえば『ちょっと画期的なビッグプロジェクト』程度の感覚しかない。**(中略)／それにしても、先の発言には日本政府が抗議するべきなのに、完全にスルーというのはおかしい。そんなにトランプ氏が怖いのか?／一国の政府が、特定の国の指導者を怖がるなんて、絶対にあってはならない」(『週刊エコノミスト』2024年12月17日号、3頁「闘論席」)。

**二木コメント**私はトランプ大統領のトンデモ発言を読んで、驚き・不愉快になりましたが、それに加えて、それを無批判に報じた「読売新聞」アメリカ特派員の不見識一徹しい言い方をすれば「腑抜けぶり」一にも呆れていました。それだけに、小林氏の発言に救いを感じました。

## 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44回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」82号 (2024年12月14日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/o好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○横田増生『潜入取材、全手法 調査、記録、ファクトチェック、執筆に訴訟対策まで』  
角川新書,2024年9月。

…アマゾン、ユニクロ、トランプ信者等に潜入取材を行い多数のジャーナリズム関連の賞を受賞してきた著者が、「潜入取材を始める前の私を思い出し、自分自身に指南書を書くことを想定して」「知っておくと役に立つだろう、という知識をできるだけ詰め込む」。学術論文として、事例研究を行う上で参考になる記述も少なくない。著者の自伝的な側面もあり、読み物としても面白い。「こうした取材技術は、(中略) 会社でパワハラを受けている人などが自分の身を護るために使うことだってできる」!

○高橋秀実『ことばの番人』集英社インターナショナル,2024年9月。

…著名なノンフィクション作家が、ベテラン校正者に取材してまとめた『『校正』をめぐるノンフィクション』、「間違いのない文章を書くための『文章読本』のノンフィクション・バージョン」(あとがき)。読み物としても非常に面白くかつ深い、秀逸なノンフィクション。なお、高橋氏は2024年11月に死去し、本書が遺作となった。

○物江潤『「それってあなたの感想ですよ」論破の功罪』新潮新書,2024年10月。

…著者は福島市で塾を経営する傍ら社会批評を中心に執筆活動をしている。塾で生徒から「それってあなたの感想ですよ」との言葉を投げかけられたことを契機にして、若者に大受けしているひろゆき氏な挑発的「論破」の物言いの「功罪」、というよりその危険性・落とし穴を、教育学的、論理的に突き詰めて検討し、「感想を復権する」ことを提唱。ただし、全体的に、オタク的 a/o 学術的。ただし、「論理学における論理と日常生活における論理の違い」には共感した。

○佐藤郁哉『リサーチ・クエスチョンとは何か?』ちくま新書,2024年11月。

…研究方法論のうち、リサーチクエスチョンに限定して深く掘り下げた、おそらく日本初の本。全6章。リサーチクエスチョンを「社会科学系の実証研究のさまざまな段階で設定される研究上の問いを疑問文形式の簡潔な文章で表現したもの」(29頁)と定義(限定)した上で、「初期段階だけでなく調査研究におけるほとんど全ての過程を通して行われるリサーチクエスチョンの作り方と作り直し方、つまり育て方に絞って解説」(15頁)&「もっぱら、型に沿った調査研究を行う上での『筋の良い』リサーチ・クエスチョンの作り方と育て方について解説」(28頁)。著者は「はじめて調査研究に取り組む学部生や大学院生を主な読者として想定した初級の入門書」(269頁)と書いているが(269頁)、内容的にはある程度の調査研究をしたことがある博士課程院生・若手研究者向きの中上級書で、彼らが研究のレベルアップをする上では有用と思う。私も著者の主張のほとんどに賛成。ただ

し、記述は極度に厳密 a/o クドク、解説書と言うより準研究書。序章が本書全体の要旨・結論になっているので、それを読んで、興味を持ったら全文を読めばよい。

私は、特に、以下の記述に同感・共感した：調査研究が型どおりに直線的（リニア）なプロセスをたどっていくことは多くなく、「論文を仕上げていく過程で、リサー・クエスションに関わる試行錯誤や『右往左往』のプロセスを生かしていくことが重要なポイントになる場合が少なくない」（27 頁）& 「少なくとも [論文の] 『方法』のパートで、問いの往復運動を含む試行錯誤のプロセスについても『正直』に報告すべき」（142 頁）。「問う内容」について、伝統的な 5W1H よりも「2W [what (記述) と why (説明)] 」というタイプ分けを提唱」と「Why は What よりもエライ」わけではなく、「What の問いは Why の問いの大前提」（第 2 章）。「良い問いの 3 条件」は「①意義、②実証可能性、③実行可能性」（186 頁）、「木を見て森を見る、森を見て木を見る」（229 頁）。「ほとんど全ての統計的調査には『統計的事例研究』ないし『定量的事例研究』としての性格がある」（247 頁）。IMRAD [Introduction, Methods, Results and Discussion] という「型」が使われるようになったのは、医学系学術雑誌でも「意外に新しい」（急激に使われるようになったのは 1970 年代）& 非自然科学系の領域でこの「型」に呪縛されるのは「正気の沙汰ではない(This is insane)」& 「型から入って型を抜ける」（258-264 頁。コラム）。

## B. 医療・福祉・社会保障関連

○東公敏「認知症基本法が問うていること 新しい認知症観と共生社会」『文化連情報』2024 年 11 月号：4-8 頁。

…東氏は『文化連情報』を発行している日本文化厚生連代表理事理事長。2023 年に超党派の議員立法で成立した認知症基本法が画期的とされる点を以下の 5 つに整理し、簡潔に紹介している：①「共生社会」を理念とし、認知症の人を「基本的人権を享有する個人」「社会の対等な構成員」とする考え方をベースに置いた（「新しい認知症観」）。②当事者参画（意見表明、活動参加の機会）の考え方が貫かれている。③国民に「予防」を求めることに偏したこれまでの考え方と施策を反省し、抜本的に転換した。④認知症の人の「生活におけるバリアフリー化」の推進を掲げた。⑤「早期発見、早期治療、早期対応」と認知症についての地域包括ケアシステムの構築を、国や自治体の責務として改めて明確化した。①のように本法は「共生社会」を用いているが、「認知症になったらケアされるだけという関係性から脱却し、認知症の人も一緒になって当たり前で暮らせる地域づくりを目指そう」というスタンスは、「支え手側と受け手側に分かれるのではない」という「地域共生社会」のスタンスと同じと感じた。

さらに、認知症基本法の「先輩」である障害者基本法や障害者差別禁止法の特徴も簡単に説明し、農協の全ての仕事を本法の視点から総点検することを提唱。障害者権利条約は「障害の社会モデル」に基づいていると誤って紹介されることが少なくないが（例：『令和 6 年版厚生労働白書』129 頁）、東氏は「医学モデル」と「社会モデル」を統合した ICF（国際生活機能分類）を前提にして作成されたと的確に紹介している。

○阿南誠「わが国の医療DXはどうして躓いたのか」『社会保険旬報』2024 年 11 月 11 日号：12-21 頁。

…阿南氏は、昭和 50 年代の終わりから平成の終わりまで国立病院において病院情報システム導入に携わって以来、日本の医療 DX の変遷に関わり続けているエキスパート。氏は「日本は世界に冠たる技術先進国のはずですが、どうして医療 DX は遅れてしまったのですか？」との質問を、2024 年に開かれた国際会議でインドネシアの学生から受けた。これを契機に、その理由を本格的に考え、1980 年代に淡路島の五色町（現・洲本市の一部）で実現していた、当時は世界的にも先進的だった健康情報管理システムが 2006 年の市町村合併で終了した理由を現地調査で探るなどして、歴史的に考察している。「おわりに」では、日本における「躰きの要因」を 4 点、さらに「詳細要因」を 5 点あげ、「番外」要因として、「医師をはじめとした医療者の高齢化」もあげる。氏が「長い歴史を持つ保険制度の影響」を「躰きの要因」の第 1 にあげているのを読んで、かつて日本が高度成長を続けていた 1960-70 年代に、欧米諸国に比べ、日本には「late comers' advantage in technology（技術導入面での後発者利益）」があると指摘されていたことを思いだし、逆に、医療 DX では、韓国・台湾だけでなく、インドネシアも後発者の利益を享受しているのだと感じた。

**○市民福祉情報オフィス・ハスカップ『ハスカップ・レポート 2023-2025 介護保険制度は、なぜ使いづらいのか？』** 2024 年 11 月。 <http://haskap.net>, FAX:03-3303-4739（頒価 1200 円）

…ハスカップ（主宰：小竹雅子氏）は、2006 年以降、介護保険制度をめぐる電話相談を行っており、2012 年からは毎年または隔年で『ハスカップ・レポート』（冊子）を公表している。今回のレポートでは、電話相談のたびに寄せられた典型的な声をピックアップし、Q&A 形式で「介護保険制度はなぜ、使いづらいのか」について、簡潔かついねいに説明している。それに加えて、2024 年 10 月までに関係機関で審議されている介護保険制度の見直しをめぐる情報を紹介しており、検討中の事項を含め、最新の政策動向を知ることにもできる（行政資料は抜粋だが、出所はすべて示されており、インターネットから全文を入手できる）。全 5 頁の目次は大変わかりやすく、**ケアマネージャー等介護保険に関わる人々必読。**

**○「[薬業時事 [1244] 次期トランプ政権下で予想されるヘルスケア政策」『国際医薬品情報』** 2024 年 11 月 25 日号：2 頁。

…無署名だが執筆者は、見識ある岩垂廣編集長。トランプ候補が「大統領選挙で民主党のハリス候補を寄せ付けない堂々たる勝利をおさめた」だけでなく、共和党は上下両院で過半数を得た反面、上院では絶対過半数の 60 議席には達してしない政治状況を踏まえて、次期トランプ政権下で予想されるヘルスケア政策を包括的に予測。第 1 次政権時と違って、オバマケアの改廃には重点を置かない、メディケアの給付カットはしないとの予測は私には想定内だったが、以下の予測は説得力があると感じた。メディケイドは大幅な予算制限の対象となり、無保険者の比率は再び 10% を超えそう。マスク氏をトップに据えて新設される「政府効率化省」は、VA（退役軍人庁）の医療プログラムの予算もカットのターゲットにしそう。バイデン政権下で成立したインフレ抑制法に盛り込まれた薬価交渉条項への対応を「予測するのは難しい」。最後に、トランプ氏はロバート・ケネディ Jr を保健福祉省長官候補に指名したが、民主党だけでなく共和党も拒否反応を示す可能性が高く、同氏

の上院での認証が否認される「公算が大きい」と大胆に予測している。

【参考】How gaga is MAHA? RFK junior has the potential to do harm, but also some good [MAHA はどれくらい夢中ですか? RFK ジュニアは、害を及ぼす可能性もあるが、良いこともいくつかある] Economist November 23rd 2024:p.32 (紙版)

…日本では (おそらくアメリカでも)、ケネディ Jr は「狂信的な反ワクチン派」というイメージがあるが、彼は MAHM (Make America Healthy Again) のチャンピオンでもあり、彼が保健福祉省長官になった場合は、これまで民主党政権が実施してきたが、「(食品) 選択の自由」を絶対化する共和党が嫌悪・反対してきた、国民の健康を改善するための諸政策やビッグファーマ等を規制する改革を推進する可能性があるとして、それを具体的に予測している。最後は、彼がその政策を実際にどこまでできるかはトランプ大統領次第だと結ぶ。私は、MAHA という用語・運動は初めて知ったが、MAGA (Make America Great Again) の単なるモジリではないよう。

### ○江口成美・出口真弓・日本医師会情報システム課「診療所における医療DXに係る調査報告書」日医総研ワーキングペーパー No.486, 2024年11月26日

<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-4603/>

…2024年9月、全国の診療所(日医A会員中の診療所管理者)10,000を対象に、医療DXの中の3つの基盤(オンライン資格確認(マイナ保険証)、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービス)に係る取組や、院内のICT人材の状況、システム費用などの実態をWeb調査。有効回答数は4,454(有効回答(有効回答率44.5%))。各項目の平均値だけでなく、回答の分布も詳細に報告。マイナ保険証の利用率は10%未満が約7割、64%の施設では診療の傍ら、医師自らがシステムの対応を行い、ICTに対応に係るさまざまな負担感が大きい等の結果を初めて示す。

私は、本調査で、1診療所当たりの総医師数(非常勤医師がいる場合は勤務時間により常勤換算)の分布が示されていることに注目した:1人65.7%、1人超2人未満18.5%、2人以上3人未満11.3%、3人以上5人未満3.0%、5人以上1.3%。厚生労働省の調査(『医療施設調査』『医師・歯科医師・薬剤師調査』等)では、この数字は示されていない(個票では分かるはずだが非公開)。ただし、医師以外の職員数は調査していない。

○特集「検証 2022年度診療報酬改定 病院の機能分化と連携の行方」『病院』2024年12月号:913-930,932-979頁。

…2年ごとの恒例の特集。巻頭インタビュー(事実上の対談)と論文7本。対談「2024年度診療報酬改定をどう受け止めるか」では、小塩隆士氏(中医協会会長)が今回の改定における公益委員&会長としてのスタンスと苦労を率直に語り、太田圭洋氏(名古屋記念財団理事長・中医協診療側委員)が「日本の医療提供体制、特に病院医療の提供体制が非常に厳しい状況にある」ことを切々と訴えている。私は、両氏が異口同音に以下のように発言したことに注目・共感した:「診療報酬という価格変更だけで医療制度改革を進めることには初めから無理がありますし、歪みも発生しかねないと思っています」(太田氏)、「個人的には、診療報酬の見直しだけで、地域医療機関の役割分担・機能強化を進めるのは難しいと思っています」(小塩氏)。2

人のスタンスは、財務省が11月29日の財政制度等審議会「建議」で、春の「建議」に続いて、診療報酬への「地域別単価の導入」という「経済的インセンティブ措置」で「病院・診療所間の偏在を是正」することを求めたのと真逆と言える。

論文は総論3本と各論4本で、前者では厚生労働省保険局医療課の担当者、中医協診療側委員（太田圭洋氏）、健保連理事がそれぞれの立場から改定内容のポイントを解説。各論では、民間病院の経営者が改定の受け止めと対応、及び自院が厳しい状況を乗り切る方策について述べている。

### C. 政治・経済・社会関連（「コロナ関連」の柱立ては終了）

○トマ・ピケティ、広野和美訳『平等についての小さな歴史』みすず書房,2024年9月（原書2021）。

…ピケティの合計3000頁を超える3冊の大著『格差と再分配』『21世紀の資本』『資本とイデオロギー』のエッセンスを250頁（訳書で本文208頁）・全10章に凝縮し、直感的に理解できる<キレイな>図表を多用。それでもスラスラ読めるわけではないが、じっくり読み通すと、視野が広がり、歴史と社会科学についての教養が身に付く：「市民が経済の知識を自分のものとして再認識することが平等を勝ち取るための闘いに欠かせない一つのステップとなる」（208頁）。『21世紀の資本』のエッセンスは、2「遅々として進まない権力と資産の分散」と6『大再分配』1914-1980年」と7「民主主義、社会主義、累進税」で書かれている。

私は、3「奴隷制と植民地主義の遺産」と4「[奴隷制廃止に伴い奴隷制所有者に支払われた! ] 賠償問題」（植民地帝国と奴隷制の歴史）が特に勉強になり、5「革命、身分、階級」に血湧き肉躍った（大げさ?）。一番共感したのは、「もっぱら環境問題だけに目を向け、所得に関する社会・経済指標を見ないなら、問題は解決できない」（23頁）との指摘。最終章10「環境に配慮した多民族共生の民主社会主義」の理念には共感するが、実現可能性には疑問。

○松沢裕作『歴史学はこう考える』ちくま新書,2024年9月。

…歴史家が何をやっているのか、歴史学の本や論文はどのように書かれているのか（どのように組み立てられているか）を、歴史家たちが実際に書いた文章（政治史、経済誌、社会史・民衆史等）を例に挙げながら、具体的かつ率直に説明している。全6章。歴史学の教養とセンスを身につけられる。私は、「おわりに」の次の<告白>が一番参考になった。「文学部系統の歴史家が研究の正当性を担保するものと考えている手続きは、一部の経済学者や政治学者からすれば、何ら研究としての基準を満たしていないように見なされる」（273頁）。

○安田峰俊『中国ぎらいのための中国史』PHP新書,2024年9月。

…日本では中国史をモチーフにした漫画やアニメが大人気な一方、国民の9割が現在の中国（習近平政権）を「嫌い」である。しかし、中国史と現代中国は別物ではなく、「中国は、現在もなお歴史と接続し、歴史で動いている国」であることを、日本で義務教育段階で教えられる中国史のトピックス（始皇帝・諸葛孔明・元寇・漢詩・アヘン戦争等）ばかりを

選んで、分かりやすく説明している。全5章。「現代中国を知るための中国史」についての教養と雑学が身につく。私は、中国共産党の『論語』・孔子・儒教評価が何度も変わったこと、現在の習近平主席は特に「儒教好き」で、2023年にはマルクスと孔子が時空を超えて「対談」する大型教養テレビ番組すら放映されていることに驚いた(141頁)。中国人にとって、「近代」(アヘン戦争～1940年代)は「暗黒時代」であり、「西洋に騙された」というトラウマが現在も残っていることも再確認した(80-84頁)。

**○海野素央・富坂聡・加藤学「(鼎談)日本人が知っておきたい米中露についての『民主』とは」『Wedge』2024年11月号:37-43頁。**

…米中露という大国についての「民主」とはいかなるものか、日本人が抑えておくべきポイントを3人の専門家が語りあう。富坂氏(ジャーナリスト)の中国(共産党)についての以下の3つの指摘は(好き嫌い、賛成反対は別にして)説得力があると感じた:①中華人民共和国は「国内で食えない人をなくしていく」という目的を持って生まれた国で、中国の民主主義とは「生存権」である。②中国共産党は、政治はプロフェッショナルが行うものであるという考えが強く、日本のように空気選ばれた政治家が統治するようなことは絶対に認められない。中国の政治家は高学歴で、しかも貧困地と都市とを何度か行き来し、優秀な成績・実績を積んで初めて中央委員、中央政治局員となれるので、日本の政治家とはレベルが明らかに異なる。習近平の次にはそうした相当に鍛えられた政治家がたくさん控えている。③中国共産党は大衆の目を極めて強く意識しており、大衆というボリュームゾーンに見放されたら、一瞬にして大衆に倒されるという、とてつもない恐怖心を持っている。

『Wedge』11月号は「民主主義は人々を幸せにするのか?」をテーマにして、論文・インタビュー・鼎談を9本掲載しており、いずれも読み応えがある。

**○中山徹『地域から考える少子化対策 「異次元の少子化対策」批判』自治体研究社,2024年7月。**

…中山氏は都市計画学・自治体政策学の研究者。全5章。第1章で「人口減少の状況」をスケッチ。第2章で岸田内閣の「異次元の少子化対策」は少子化の本質的問題(新自由主義的な雇用破壊政策)を不問に付し、ジェンダー問題を棚上げし、「子育て世代の働き方改革に矮小化していると批判。第3章では、人口戦略会議の「消滅可能性自治体」論を批判。第4章で「こども誰でも通園制度」の問題点を指摘し、撤回すべきと主張。第5章で、政府の少子化対策が失敗し続けてきた理由をあげ、少子化対策では市町村の役割を重視すべきと主張し、自治体の先駆的な取り組みを紹介:子育てに関する経済的負担の軽減(①奨学金制度、②保育料軽減措置、③給食費無償化、④通学費助成制度、⑤医療費助成制度)、子育て環境の整備、結婚・妊娠・出産支援。ただし、これらはいずれも<小粒>で、全国レベルでの少子化を反転させることはできないと感じた。

**○河合雅司『縮んで勝つ 人口減少日本の活路』小学館新書,2024年8月。**

…最近5年間と同じ急激な人口減少が続くと、50年後の2070年に年間出生数は8万人になり、日本人人口は半減する!等の衝撃的数値を示し、「人口減少を前提とした社会への作り替え」を提唱。全3部。第1部での、出生数減少の真因は「母親不足」、深刻なのは「消費者」[需要一二木]の減少、社人研の最新の「日本の将来推計人口」(2023年推計)は推

定の「前提」が甘すぎる等の指摘はその通りと思う。第2部「見えてきた日本崩壊の予兆」もリアルだが、暗すぎるとも感じた。**医療について、多くの地域で「患者不足」がすでに起きていること**（160頁）は、2024年11月の日本医療経営学会学術集会の緊急鼎談でも指摘されていた。第3部「人口減少を逆手にとる」の、国内外に成功事例を求めるのではなく、「日本人が自ら考え、独自に解決策を編みだしていくしかない」とのスタンス（175頁）、及び「7つの活路」（175頁）中の「外国人依存脱却」と「女性の戦力化」と「地域集住（地域を戦略的に縮めよ）」には賛成だが、それ以外の活路の実現可能性には疑問。少なくとも社会保障費抑制政策&公定価格制の医療・介護では「1人当たり利益向上」と「高付加価値化」（いわゆる生産性向上）は困難だし、「社会保障の仕組みだって輸出できる」は?? DXにほとんど触れていないのは一つの見識？

○小峰隆夫「人口減少前提に『賢く縮む』」『日本経済新聞』2024年10月3日朝刊。

…政府の少子化対策は「人口減少が続くと大変なことになる」と危機感をあおっているため、人々の将来不安は強まり、少子化をむしろ加速させると批判し、「人口減少を止めることは不可能と考えるべき」とし、これからの日本は、それを「所与のものとして受け入れ、人口が減っても国民のウェルビーイング（心身の健康や幸福）が高まるような方向—「スマートシュリンク（賢く縮む）—を指すべき」と主張。ただし、少子化対策を否定しているわけではなく、「短期的にはコロナ後の希望出生率1.6を目指し、長期的にはその希望出生率を1.8程度まで高めていくことを目標とすべき」と提案。次に、「人口が減ると経済は縮む」とは限らず、「労働力人口の裾野をさらに広げ、就業者ベースの生産性を高めていけば、人口減少下でも国民のウェルビーイングをさらに高めることは十分に可能だ」と結ぶ。

私は、小峰氏の前半の主張・認識には賛成だが、世界、特に東アジア諸国の出生率の低下傾向を考えると、長期的にも日本の出生率の1.8への回復は困難で、マクロのGDPの縮小は避けられず、それよりも、1人当たりGDPの1.0%程度の持続的成長により、国民のウェルビーイングを高める方が現実的と思う（権文善一「生活水準の指標としては、1人当たりGDPの方が良い」、「1人当たり1%程度の成長をバカにはしてはいけませんよ。世代が入れ代わるのに要する30年ほどの間に、1%で伸びると複利で計算すると35%ぐらい増えます」『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房,2017,31-32頁）。

○坂本貴志『ほんとうの日本経済 データが示す「これから起こること」』講談社現代新書,2024年10月。

…近年の人口減少が経済にどのような構造変化を及ぼすかを、労働市場を起点として、市場メカニズムの視点から、統計データの分析（第1部）と企業事例（プロローグと第2部）により考えている。全3部。第1部「人口減少経済『10の変化』」は、参考になる：特に変化3「需要不足から供給制約へ」、変化4「正規化が進む若年労働市場」。変化8「傍聴する医療・介護産業」では、ボーモル効果についても触れる（117頁）。第3部「人口減少経済『8つの未来予測』」も、それなりに参考になる。ただし、社会保障の枠内にありしかも労働集約産業である「医療・介護産業」をすべて市場メカニズムで説明し、機械化と自動化で生産性上昇が可能とするのは、無理がある（第3部論点6）。

○人口戦略会議編著『地方消滅2 加速する少子化と新たなビジョン』中公新書,2024年11月。

… 2014 年 = 10 年前に、896 の「消滅可能都市」リストを示して自治体関係者等に（過度の）衝撃を与えた『地方消滅』の第 2 弾、全 6 章。新たに全国の自治体を 9 分類しているが、私には、「最新データ篇」も「2100 年への提言篇」も陳腐 a/o 二番煎じに思える。前著でも感じたことだが、「消滅可能都市」の定義（2010 ～ 40 年に若年女性人口が 5 割以下に減少する自治体）は恣意的・機械的。「窮地を脱したドイツ」（184 頁）は甘い a/o 古い（直近 2 年間で出生率は再び急減）。

**○垣内亮『所得税の 103 万円の壁』とは(上・下)「しんぶん赤旗」2024 年 11 月 6 日・7 日。**

…（上）では、「103 万円の壁」についてわかりやすく説明した上で、共産党も「課税最低限の引上げ」を主張しているが、国民民主党のように物価の伸びをはるかに上回る引上げを行うと、「その財源 [7.6 兆円] をどうするのにかによって国民のためにならないおそれがあります」と指摘。（下）では、所得税と保険料の「壁」をなくすためには、長期的には「最低保障年金」制度が必要とした上で、「当面の対策」として、「最低賃金をすみやかに時給 1500 円にすること」と「低所得者の社会保険料を軽減することで、『壁』の高さを下げること」が必要と主張。私は、これも説得力があると感じた。

**○峰崎直樹(インタビュー)『手取りを増やす』=減税でいいのか 元議員が大連立を期待する理由」朝日新聞デジタル 2024 年 11 月 11 日。**

…峰崎氏は、一橋大学大学院修了後、労働組合運動に飛び込み、その後、社会党→社会民主党→民主党の参議院議員として、1990 年代前半の自社さ政権と 2009 年の民主党政権の財政政策形成（共に消費税率の引き上げを含む）にも関与された。氏は、国民民主党が若い世代を中心に支持を広げた背景には雇用の劣化があると分析しつつ、同党の政策には疑問があるとして、持論を述べる。氏は「少し過激な内容」と謙遜しているが、私は大変明快で説得力があると感じた。例：減税や社会保険料を下げることは、「福祉国家ではなく『小さな政府』路線を突き進むきっかけにもなりかねません」、「減税ではなく、まっとうな賃金を得られるよう、やるべき政策をやることで、若い世代の苦しみを減らす」。ただし、最後に、自社さ政権の成功体験（？）に基づいて、自民党と立憲民主党の大連立を主張していることには賛成できない。