

医療政策とその課題 — 日本の国民皆保険制度は持続可能か？

浜田 淳

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医療政策・医療経済学

キーワード：国民皆保険，保険料と公費，医療機関経営，公立病院改革

Key topics related to health policy

Jun Hamada

Department of Health Economics and Policy, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

はじめに

日本は「国民皆保険」であり，国民は三種類の公的保険に加入している．第一に，企業や大学に雇用される被用者とその扶養家族は，被用者保険（健康保険組合，共済組合，協会けんぽなど）に加入する．第二に，75歳以上の高齢者は，都道府県ごとに全市町村が参加する後期高齢者医療広域連合に加入する．第三に，それ以外の人はすべて，その住所地の市町村と都道府県が保険者である国民健康保険（市町村国保）に加入する．市町村国保の加入者は，自営業者，定年後の年金生活者，非正規の被用者などである．

国民皆保険の仕組みは，戦前・戦後を通じて段階的に整備され，1961年に市町村に国保事業の実施を義務づけることによって成立した．しかし，国民皆保険によって直ちに国民の安心・安全につながる医療体制が確立したわけではない．

国民皆保険に似た概念として，WHO の提示した UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：国民皆適用）がある．WHO は，UHC を「すべての人が，予防

を含む適切な医療に，負担可能なコストでアクセスできること」と定義している．国民皆保険が成立した1961年当時の日本においては，病院数・医師数は乏しく，高価な医薬品は使えないなどの制限診療があり，市町村国保加入者や被用者保険の扶養家族の患者負担は，医療費の5割であった．つまり，1961年時点で UHC が成り立っていたとはいえない．その後，1973年に，制限診療は撤廃され，市町村国保等の患者負担は3割に引き下げられ，患者負担を一定額にとどめる高額療養費制度も導入された．1973年の時点で，日本は UHC の条件を満たしたといえる¹⁾．

ではなぜ，日本はごく短期間で医療制度の充実を達成することができたのか．一つには，1955年頃から始まった高度経済成長がある．高度経済成長による税の自然増収などを背景に，市町村国保への補助金の投入や医療金融公庫（現福祉医療機構）の設立による民間病院建設への融資が可能になった．もう一つの要因は，日本の人口構造にある．当時の日本は若く（61年の高齢化率は5.8%，73年でも7.5%），医療費の対 GDP 比も73年に3.4%と低かった．この間，医師，看護師などの医療人材も大幅に増加したが，それには生産年齢人口の増加も寄与している．そもそも高度経済成長を達成できた要因の一つが，若い労働力の供給が潤沢だったことである²⁾．

令和3年1月12日受理

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

電話：086-235-7171 FAX：086-235-7178

E-mail：j-hamada@md.okayama-u.ac.jp

◆ プロフィール ◆



1955年 神奈川県横須賀市生まれ

1978年 横浜国立大学経済学部卒業

1978年 厚生省（当時）入省

厚生労働省大臣官房企画官，内閣府参事官，信州大学医学部教授などを経て

2007年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医療政策・医療経済学 教授に就任

医療政策や社会保障の研究・教育を行っている。

さて、日本の国民皆保険体制は現在でも多くの国民に支持されているが、今やその「持続可能性」が危惧されている。つまり、今後の「人口減少・超高齢化」のなかで、医療費財源の確保は難しいのではないかと、団塊の世代の後期高齢者化に伴う医療・介護ニーズの増大に対応した医療・介護人材の確保も困難ではないか、といった懸念である。

この小論では、日本の国民皆保険体制の持続可能性について、患者負担、公費と保険料の負担、医療機関経営の三つの観点から検討する。さらに、新型コロナウイルス感染症の医療政策への影響及び公立病院の改革についても見解を述べる。

社会保障給付費の将来見通し

議論の前提として、医療・介護・年金・子育て支援等の「社会保障給付費」の将来見通しをみてみよう。政府の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」（2018年5月）によると、社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%から2040年度には24%程度に増加する。つまり、この22年間に於いて対GDP比で2.5%の上昇が見込まれている。2018年度のGDPは560兆円だから、現時点の感覚では社会保障給付費は14兆円程度増えることになる。この増加分を消費税増税だけで賄うとすると、消費税は1%につき2.8兆円の増収が見込まれるので、5%の引上げが必要になる。加えて、財政状況が厳しいことから、毎年度の財政赤字の縮小を考慮すると、2040年時点で、消費税を10%から22%程度に引き上げることが必要になるとの指摘がある³⁾。

負担についてみると、この政府見通しでは、社会保障給付費の保険料負担は医療・介護を中心に対GDP比で1%程度上昇し、公費負担は2%ほど上昇する。

なお、以上述べた「ベースラインケース」の前提として、2027年度の名目GDP成長率は1.7%、28年度以降は1.3%と想定している。一方、日本の1995年度から2018年度の約20年間の実績をみると、年平均の名目GDP成長率は0.39%に過ぎない。実際のGDP成長率が想定よりも低くなった場合には、政府の試算はさらに厳しいものになる。

では、この政府の見通しは何を意味しているか。第一に、超高齢化と医療技術の高度化等を踏まえて、医療費は毎年2.5%程度、介護費用は毎年4%程度伸びることを前提としている。これまでの医療費の動向を分析すると、近年の医療費の年平均の伸び率は2～3%

程度にとどまっているので、現実的な想定といえる。

第二に、社会保障の財源調達には一定の経済成長を必要とすることである。経済成長がなければ税収も保険料も増えないので社会保障の財源調達は厳しくなる。一方、医療・介護等の社会保障の基盤があって、われわれの経済活動は成立し、経済成長が実現する。このように社会保障と経済は相互依存的な関係にある。

第三に、2040年までを視野に入れると、一定の経済成長があったとしても、増税と保険料率の引上げはともに避けられないことである。

国民皆保険体制は持続可能か？

国民医療費は、保険料、公費、患者負担の三者で負担されている。

2018年度の国民医療費は43.4兆円で、その負担割合は保険料49.4%、公費負担38.1%（国庫25.3%、地方12.9%）、患者負担11.8%となっている。つまり、患者負担は全体の1割強に過ぎず、全体の9割近くは保険料と公費で負担している。全体の4分の1は国が負担しており、その額は11.0兆円に達し、国家予算の1割以上を占めている。

医療費のお金の流れは、図1のようにになっている。国民は、政府に対しては税金を支払い、保険者に対しては保険料を支払う。患者は、医療サービスを受ける際に窓口負担を行っている。患者負担を除く医療費は、医療機関から審査支払機関を通じて保険者に請求され、保険者は診療報酬としてその額を支払っている。実際には、財政力の弱い後期高齢者医療や市町村国保等の保険者へは政府（国・地方自治体）から巨額の補助金が投入されている。補助金の投入によって、被保険者間の保険料負担の平等化が図られている。医療機関の収入のほとんどは診療報酬であり、医療機関は診

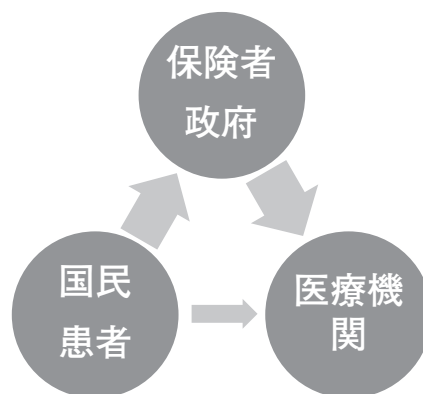


図1 医療におけるお金の流れ

療報酬を原資として、医師・看護師等に人件費を支払い、医薬品費・材料費、委託費等を支払っている。

こうした仕組みがこれからも「持続可能」であるためには、三つの条件が必要である。第一に、患者負担が大きすぎると、医療への患者のアクセスが阻害される。したがって、患者負担は、大きすぎてはならない。第二に、政府と保険者がこれからも医療費の約9割を負担できることである。第三に、医療機関が健全に経営できることである。赤字経営が続けば、医療者がサービスを提供し続けることは難しくなる。以下では、この3条件を順に検討する。

1. 患者負担について

患者負担については、一般は3割で、義務教育就学前の子供は2割、70歳から74歳までは2割、後期高齢者は1割の負担となっている。ただし、子供の医療については、各市町村において自己負担分を無料化するなどの助成が行われている。70歳以上の高齢者で現役世代並みの所得がある者については、3割負担とされている。

高額な医療が適用される場合には、「高額療養費制度」によって、患者の自己負担額には所得に応じて一定の上限額が設定されている。また、生活保護の被保護者に対する患者負担は徴収されず、人工透析患者の自己負担額は月2万円に制限されている、といった公費負担医療の制度もある。こうした措置により、実質的な患者負担は国民医療費の1割強にとどまっている。

患者負担については、2020年末に、「全世代型社会保障改革」を行う観点から、75歳以上の患者負担を現在の1割から2割へ引き上げることの検討が行われた。現役世代の負担軽減をめざす自民党と高齢者の負担増を避けたい公明党の間で、2割負担を適用する収入基準について対立が生じたが、結局、「単身世帯の年金収入で200万円以上（夫婦2人世帯は年金収入が320万円以上）」の者に2割負担を適用することで決着した。75歳以上の医療費は、患者負担を除く全体の1割を75歳以上の保険料で負担するほか、全体の4割を現役世代が支援金として負担しており、全体の5割を公費負担としている。今回は、現役世代の負担軽減を図る見地から患者2割負担の導入が図られたが、結果的には、75歳以上の23%、370万人への適用にとどまり、現役世代の負担軽減額は負担額の1%にすぎず、効果は限定的となった。

患者負担は大きすぎてはならない。一方、世代間で

の公平な負担にも配慮する必要がある。後期高齢者の患者負担を増やせば現役世代の負担がその分軽くなるため、後期高齢者への2割負担の導入は妥当である。しかし、今回の経緯が示すように、政治的な影響も大きいために、高齢者への患者負担増は容易ではない。

2. 保険料と公費の負担について

日本は「社会保険方式」をとっており、国民医療費の半分は保険料で負担し、4割程度を公費で賄っている。社会保険方式では、被保険者と事業主は毎月保険料を負担し、その対価として、被保険者と扶養家族は医療サービスを楽しんでいる。このように負担と給付は直接に結びついているので、われわれは当然の権利として、ふつうのサービスを楽しむように医療機関を受診することができる。社会保険方式であるので、保険料の負担が約半分を占めていることには合理性がある。

さて、前述のように、国民医療費の4分の1は国が負担している。医療費は、人口の高齢化と医療技術の進歩等により毎年伸びる。たとえば、医療費が1兆円伸びれば、国の負担は自動的に2,500億円程度増えることになる。一方、国の財政状況は極めて厳しく、国の公債残高は2019年度現在897兆円にも達している。こうした状況にもかかわらず、毎年度のプライマリ・バランス（PB：基礎的財政収支）の黒字化すらおぼつかない状況が続いている。PBの黒字化とは、毎年度発行する新規の国債発行を毎年度支払う国債費以下に納めることだが、日本は、PBの赤字、つまり公債残高が毎年度増えてしまう状況が続いている。このような背景から、国は医療費の抑制政策を続けてきた。近年の手法としては、毎年夏に閣議決定する「骨太の方針」において「社会保障関係費の伸びを高齢化による伸びに抑える」旨を盛り込み、次年度予算の編成作業の中で支出抑制を図るというものである。代表的な具体策は、2年に一度の診療報酬の改定であり、2000年以降の10回の改定において全体改定率をプラスにしたのは2回に過ぎず、その他は±ゼロが1回、7回はマイナス改定であった。特に2002年は-2.7%、06年は-3.16%の大幅なマイナス改定だった。

こうした抑制政策もあり、医療現場における入院在院日数の短縮などもあいまって、日本の医療費は、2008年度から2018年度まで、年平均2.5%程度の伸びに収まっている。しかし、経済成長率は医療費の伸びを概ね下回るため、医療費の対GDP比は上昇傾向にある。

総医療費の対 GDP 比を国際比較すると、OECD 加盟国の中で最も高いのはアメリカで16.89%となっているが、日本は、スイス、ドイツ、フランスに次いで5位の10.95%となっている⁴⁾。かつての日本の医療は、「質が高く、アクセスが良い一方、コストは低い」として国際的には高く評価されていたが、高齢化・医療技術の進歩と経済の低成長のために現在では、「コストが安い」とはいえない状況になっている。

3. 医療機関の経営状況

全国公私病院連盟の調査によれば、ここ10年ほど、病院の7割は赤字で、黒字病院は3割に過ぎないとされている。

厚労省「医療経済実態調査」によれば、2018年度における一般病院の損益差額率は-2.7%であった。損益差額率とは、損益差額（医業収益－医業関連費用）を医業収益で割ったものである。民間病院（医療法人）は、平均で損益差額率が2.8%の黒字だが、医療法人の病院・診療所とも3分の1は赤字であった。2009年から2018年まで一般病院の損益差額率は一貫してマイナスで推移している。このように、医療機関、特に病院の経営が極めて厳しいことはもはや常識である⁵⁾。

その要因としては、国の医療費抑制政策もあるが、加えて、地方都市などでは病院・病床が過剰になり、各病院の病床稼働率が低下している地域もある。一方、過疎地域で、高齢者人口自体がピークアウトするなどによる医療ニーズの低下に苦しんでいる病院も存在する。こうした状況に対して、病床の転換やダウンサイズを行うなど、迅速に対応している民間病院が存在する⁶⁾。一方で、人口動態や社会経済状況の変化に対応できず、累積損失を重ねている公立病院もあるなど、病院の動向もさまざまである。

病院経営については、2020年度には新型コロナウイルス感染症の影響も大きかった。コロナ禍によって医療機関経営が悪化したことも事実だが、もともと厳しい経営状況だったところにコロナ禍が襲来し、さらに経営状況が困難になったというべきである。

以上、患者負担、保険料・公費負担、医療機関の経営状況について、述べてきた。

第一に、後期高齢者などの患者負担を増やして、保険料・公費負担を軽減することは難しい。第二に、安倍前総理、菅現総理が「消費税はこの先10年は引き上げない」と言明しているように、増税には政治家も国民も「嫌税感」を持っている。増税による収入増が見

込めない状況では、国の医療費抑制政策は当分継続されるほかないだろう。

しかし、本来のあり方からいえば、「医療技術の進歩は不可避であり、それによる国民医療費の増加も不可避である。…国民医療費を今より減らすことなど、どだい無理な話である」⁷⁾との意見に賛同せざるを得ない。高齢化と医療技術の進歩によって医療費が毎年3%程度伸びるとすれば、それに応じて保険料率や消費税率を引き上げることはやむを得ない。もしも医療費に「無駄」があるとすれば、医療者が「プロフェッショナル・オートノミー」の原則に則り、「自らの専門領域における治療技術の成果を科学的に再検証し、その結果に基づいて医療の無駄を洗い出し、それらを是正する努力を継続していく」⁷⁾ことはもちろん重要である。同時に必要な負担は患者・国民に求めていくことが本来のあり方である。

第三に、医療機関としては、現実的には、診療報酬改定などの政策動向や地域の人口動向等に機敏に対応していかざるを得ない。同時に、近年、「地域医療構想」が都道府県ごとに策定され、団塊世代がすべて75歳以上となる2025年に向けて、現状の医療提供体制を医療・介護ニーズに即応するように改革していく動きがある。個々の医療機関としては、地域医療構想で示されるデータ等を材料として現実的な将来ビジョンを策定し、生き残りを図っていくべきであろう。ふだん競争関係にある医療機関同士が連携協力していくことは困難といわれるが、二次医療圏のリーダーの方々には、「競争から協調へ」という旗印のもとに、地域の病院・診療所、介護事業所が共存共栄を図っていく流れを推し進めていただきたいと願っている。

新型コロナウイルスと医療政策

まず、新型コロナウイルスが医療機関経営に与えた影響を見てみよう。

2020年4～7月の医療費は、前年同期の15.3兆円から14.2兆円へと、全体で1.1兆円（7.2%）減少している。医療機関の収益は、4か月間で1兆円以上減少したことになる。この間、入院の医療費は6%、外来は10%減少し、特に小児科の外来では、患者数、医療費とも30%減少している⁸⁾。日本病院会など3病院団体の経営調査では、収益は4月に17.4%、5月に18.4%、6月に16.0%と減少し、さらに同団体の第2四半期調査では、7月分1.4%の減少、8月分0.5%の増加と改善した

ものの、9月分は-2.0%と再び落ち込んでいる。回答した1,460病院のうち赤字だった割合は、7月は54%、8月は49%、9月は52%と半数の病院は赤字であった。冬のボーナスを減額した病院も多い。

こうした状況に対して、国においては二度にわたる補正予算により、かつてない規模での医療機関支援が行われている。新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金は一次補正で1,490億円が計上され、さらに二次補正では1兆6,279億円が手当てされた。医療機関や薬局の感染症拡大防止支援として、2,589億円が手当てされ、新型コロナウイルスの感染症患者を受け入れなくても個人防護具や清拭・消毒、情報通信機器などの実費として、有床診療所で200万円、無床診療所で100万円を上限として補助が行われている。また、二次補正では感染症対策の予備費として10兆円が計上されたが、医療機関への予備費による支援として、新型コロナウイルス感染症患者の病床確保への支援が現在（2021年1月）も継続されている。しかし、医療機関サイドからは、交付金の支給が遅れているとの指摘があるとともに、医療機関への赤字補てんがなされるものではないので効果は不十分であるとされている⁹⁾。

新型コロナウイルスが財政に与える影響についてみてみよう。2020年度の当初予算は102.7兆円の規模で、そのうち公債金の発行額は32.6兆円と減少傾向にあった。しかし、コロナ対応のために第一次から第三次までの補正予算が編成され、その財源はすべて公債金に依存したため、今年度の公債発行高は110兆円を超えると見込まれ、2020年度末には公債発行額は1,000兆円に達する見込みである。税収についても、2020年度は当初予算で63.5兆円が想定されていたが、新型コロナによる景気の悪化により、現時点で55.1兆円に下方修正されている。このように国の支出が大幅に増え、そのほとんどを公債金に依存しているため、国の財政状況は一層悪化している。財政状況の悪化は、今後の医療費の財源確保がより一層難しくなることを示唆する。一方で、2020年は、国民の多くが医療を自分の問題として考え、医療従事者の仕事を「エッセンシャルワーク」としてとらえた年であり、同時に、日本の医療従事者・研究者がその底力を示した年でもある。コロナ禍が中長期的にどのような影響を医療政策に与えるかは、今後の動向を注視する必要がある。

新型感染症に対してどのように政策的な準備を行うかを考えるうえでは、次の指摘が示唆に富んでいる。

「…2009年の新型インフルエンザへの対応を期に、本来であれば今回の流行時に、どこで発熱外来や軽症者・重症者の振り分けを集約的に行い、軽症者・重症者の受入れ施設をどこにするのが地域医療計画で具体的に記載されていなければならなかった。残念ながら、現時点で地域医療計画はそのための手順書として全く機能していない。…今回の新型コロナウイルス感染症の流行が収まった段階で、改めて各地域でどのように対処するのかをシステム化しなければならない」¹⁰⁾

人の移動がグローバル化した現在、今後も同様の感染症は発生する可能性が高い。とすれば、地域医療計画の中で有事の対応を具体的にシステムとして記載しておく必要がある。同時に今回は、各地域において、感染症を専門とする医療従事者、保健所や検査機関を含む行政の関係者、大学の疫学研究者らがめざましい活躍をしているが、平時から、こうした感染症に即座に対応できる人材づくりを行っておくこと、保健所・検査機関の人的基盤の充実を図ることも重要である。

公立病院改革

日本の病院は、民間病院が8割で、公立・公的病院が2割となっている。民間病院を中心に医療提供が行われていることには、病院経営における創意工夫が生かされ、経営の効率化が図られるといったメリットがある。他方デメリットとしては、過疎地域では民間病院は採算が確保しにくいので、病院・医師が都市部に集中してしまうことがある。病院や医師が過剰な都市部においても、様々な経営主体が存在するために医療供給の効率化を進めることがむずかしい。

近年国は、「地域医療構想」という計画的な手法を使って医療供給の効率化を図ろうとしている。地域医療構想は、「市場主義でもなく、行政による統制でもない、データによる医療提供体制の制御」というコンセプトのもと、2025年の医療ニーズ（疾病別患者数）を推計し、そこから4種の病床（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとの必要病床数を算定し、現状の病床数にあるべき姿に着地させようとするものである。

このため、各都道府県は、地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想調整会議を設け、県内の二次医療圏ごとに行政、医療機関関係者、研究者などが参加し、建設的な議論を行う場を設定している。しかし、調整会議での議論は必ずしも順調に進んでいないとされる¹¹⁾。

こうした中で厚労省は、2019年9月に、病床機能の見直しが必要と考えられる424の公立・公的病院のリストを公表した。厚労省は、がん、手術、救急を急性期医療の主たる機能とみなして、これらの症例数の少ない病院および近隣にその病院の機能を代替できる病院が存在する病院に、急性期の病床数の見直しを要請した。加えて「必要に応じて近隣の施設との統合も検討することが望ましい」との説明がなされたことから、一部の関係者は強く反発した。確かに、424病院の中には、厚労省の基準には当てはまるものの、地域医療を中心になって担っている病院、経営の効率化も十分に なされている病院など、見直しを必要としない病院も存在する。しかし、改革を必要とする病院があることも否定できない。

筆者は現在、424病院の一つである笠岡市立市民病院のあり方に関する有識者会議に属している。同病院は、収益に対する人件費比率が80%超で、法律で定められた補助金を投入してもなお赤字が生じ、これまでの累積赤字は約38億円に達している。背景として、医師の確保が難しく患者も減少傾向にあること、職員が公務員であるため人件費を直ちに抑制することが困難であること等の事情がある。同病院が、一定の長期療養患者等の受入、年間600台を超える救急車の受入を行っていること、笠岡諸島の医療の一端を担っていることも考慮する必要がある。医療圏全体でいえば、笠岡市の属する県南西部医療圏は全体としては病院数、医師数とも恵まれた地域であるが、井笠地域は人口当たりの医療機関、医師数が少ない地域であることも考慮すべきである。

有識者会議では、「この病院のミッションは何か」ということがまず議論された。在宅で療養する高齢者が肺炎などで入院する場合の受け皿の役割を果たすほか、倉敷市や福山市の急性期病院で治療を受けた患者が在宅復帰するまでの受け入れ機能を果たす必要もある。要は、この病院のミッションは、「地域包括ケアの拠点」としての役割を果たすこと、というのが現場の病院関係者、有識者の共通した認識であった。現在、①こうした役割を果たすためには、どの程度の病床が必要か、②経営形態は現状の市直営方式でよいのか、地方独立行政法人方式や民間法人への指定管理方式への移行は考えられないのか、といった議論が進められている。

筆者が経験的に感じることは、公立病院における意

思決定の難しさである。直営方式の公立病院では、人事や予算を病院が決定する際には本庁・本部の財政・人事部局との協議が必要となる。このような方式では迅速な意思決定は難しい。同時に、病院長を中心とする病院当局と首長を頂点とする本庁・本部との対立関係が生じやすく、そのことが病院経営の改善に逆効果となることも危惧される。筆者は、直営ではなく、地方独立行政法人や指定管理方式にして、病院の責任者が予算や人事を含めて病院経営に関する意思決定を迅速に行うことができるようにし、結果については責任を負うようにする、本庁・本部は、第三者による評価委員会を作って病院経営の客観的な評価を行ったうえで必要な財政的・人事的支援を行う、といった形が望ましいと考えている。民主主義の本質は、「市民が自ら問題解決にあたることで当事者意識をもつこと」にあり、「自分たちの手で支えているからこそ、国や自治体に愛着がわき、それに貢献する意欲も生まれる」¹²⁾とされている。公立病院の現場の職員が「自ら問題解決にあたることで当事者意識をもつ」ことが、病院がそのミッションを果たすための必須の条件であると考えられる。

文 献

- 1) 池上直己：日本の医療と介護，日本経済新聞出版社，東京（2017）pp29-48.
- 2) 島崎謙治：医療政策を問い直す，ちくま新書，東京（2015）pp12-25.
- 3) 小黒一正：日本経済の再構築，日本経済新聞出版社，東京（2020）pp58-107.
- 4) 保険と年金の動向，厚生労働統計協会編，厚生労働統計協会，東京（2020）pp30-33.
- 5) 日本医師会総合政策研究機構：ワーキングペーパーNo.438「第22回医療経済実態調査—令和元年実施—」について，<https://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-1.html>。（2021年1月閲覧）
- 6) 金田道弘：人口減少時代の病院経営：診療報酬の実践対応，井上貴裕編著，ロギカ書房，東京（2018）pp256-270.
- 7) 康永秀生：経済学を知らずに医療ができるか，金芳堂，京都（2020）pp68-106.
- 8) 日本経済新聞2020年10月20日付記事.
- 9) 中川俊男：最近の医療情勢とその課題—新型コロナウイルス感染症対策に向けて，社会保険旬報（2020）2805，6-16.
- 10) 松田晋也：地域医療構想のデータをどう活用するか，医学書院，東京（2020）pp130-132.
- 11) 松田晋也：地域医療構想のデータをどう活用するか，医学書院，東京（2020）pp3-5.
- 12) 宇野重規：民主主義とは何か，講談社現代新書，東京（2020）pp243-266.