

2023.5.1(月)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 226 号)」

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

御挨拶の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様ご存知の関連情報をお送りいただき幸いです。

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

226 号の目次は以下の通りです (23 頁、添付ファイルを除く)

1. 論文：今後の中小病院のあり方を改めて考える

(「二木教授の医療時評(210)」『文化連情報』2023 年 5 月号 (542 号) : 24-27 頁) …… 2 頁

2. 推薦の辞— 21 世紀の病院・複合体経営の羅針盤：古城資久『病院経営者の心得と M&A の実際』(経営書院, 2023 年 4 月) …………… 6 頁

3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文 (通算 206 回 : 2023 年分その 2 : 9 論文) …… 7 頁

4. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 220) —最近知った名言・警句…………… 14 頁

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第 24 回) …………… 17 頁

補足・インタビュー「民間中小病院は集約されるより分散している方が合理的である—今後の医療政策と病院経営の展望」(『国際医薬品情報』2023 年 2 月 27 日号 (1220 号) : 26-31 頁。PDF フィル添付)

お知らせ

1. 論文『安倍晋三回顧録』をどう読むか?』を『日本医事新報』2023 年 5 月 6 日号に掲載します。本「ニュースレター」227 号 (2023 年 6 月 1 日配信) 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ください。

2. 「ニュースレター」225 号でお知らせした、4 月 18 日の神奈川県保険医協会の WEB 講演「日本医療の歴史と現実を踏めたかかりつけ医機能の強化—半年間の論争を踏まえて」が、4 月 19 日に m3.com 「医療維新」にアップされました。

「かかりつけ医の制度化、空騒ぎ」と批判、二木・福祉大名誉教授 (橋本佳子編集長)

<https://www.m3.com/news/iryoshin/1133748> <<https://www.m3.com/news/iryoshin/1133748>>

講演要旨だけでなく、質疑応答も簡潔に紹介されています。お読みいただければ幸いです。

1. 論文：今後の中小病院のあり方を改めて考える

〔二木教授の医療時評〕(210)『文化連情報』2023年5月号(541号):24-27頁

はじめに—中小病院は再編・統合を強いられるか？

「医療という成長産業の中において、特に中小病院においては再編・統合を強いられるだろうというような将来の厳しい経営環境を予測する悲観論もあります。これからの病院経営の在り方についてどう見ておられますか？」(1)これは、私が1月下旬に、『国際医薬品情報』のインタビューで実際に受けた質問です。これに限らず、今後、急性期病院の再編・統合と病床数の削減は急速に進む、あるいはそれを推進すべきであり、それに伴い民間中小病院の経営・存続はますます厳しくなるとの言説は少なくありません。

本稿では、この問いを出発点にして、今後の中小病院のあり方について考えます。タイトルに「改めて」をつけたのは、本稿が『病院』本年1月号に掲載した「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営」の続編・補遺とも言えるからです(2)。併読していただければ幸いです。

「高度急性期」と「一般急性期」は別

まず私が強調したいことは、「急性期」を一括して論じることはできず、「高度急性期」とそれ以外の「急性期」(以下、「一般急性期」)に分けて検討する必要があることです。このことは「地域医療構想」の大前提でもあります。

しかし、「急性期病院の再編・統合は必至」的言説の大半は両者を区別していないため、「一般急性期」を担っている民間中小病院関係者に無用の不安・混乱を生んでいます。たいへん残念なことに、厚生労働省も最近では、高度急性期と一般急性期を一括した「(高度)急性期」という表現を用いています(第93回社会保障審議会医療部会資料1-1「かかりつけ医機能について」3頁、2022年11月28日、他)。

しかし私は、今後、再編・統合が生じるのは、高度急性期病院及び人口減少が激しい地方の公立病院(と一部民間病院)に限られると判断しています。

私も高度急性期については、医師と高額機器の集約化を行い医療機能を高めるために、病院の再編・統合と病床削減は不可欠だと思います。

ただし、それにより医療費はむしろ増加する可能性が大きいことも見落とすべきではありません。その好例が山形県酒井市の県立・市立病院の統合(日本海ヘルスケアネット)であり、統合により病床数は168床(18.1%)減少した半面、医療機能の高度化により、入院単価・外来単価とも大幅に増加(共に1.7倍化)し、その結果経常収益も100億円から201億円に倍増しました(第19回地域医療構想に関するワーキンググループ資料1-4、2019年2月22日)。この事例は、病院統合の目的が医師・医療従事者等の集約による医療の質の向上であり、医療費削減ではないことをよく示しています(3)。

「一般急性期」は分散している方が合理的

それに対して、私は「一般急性期」及び「回復期」を担う民間中小病院(概ね200床未満)は広く分散している方が、今後急増する(虚弱)高齢患者の入院医療ニーズ(誤嚥性)肺炎、骨折、尿路感染症、心不全の急性増悪等一に 대응の上でも、医療費の過度の上昇を予防する上

でも合理的であると判断しています。冒頭に紹介した専門誌のインタビュー記事のタイトルも「民間中小病院は集約されるよりも分散している方が合理的である」としました(1)。

ただし、今後、人口・患者が急減する地域では、病院のダウンサイジングや有床診療所化が必要になるとも思っています。

一般急性期病床と地域包括ケア病床との統合の条件

私は「一般急性期病床」(特に主に「軽症急性期」を扱っている病床)と「地域包括ケア病床」の機能が類似していることを考えると、今後、両者を制度的に統合することは検討に値すると思っています。これは、全日本病院協会・四病協が2001年に提唱した「地域一般病棟」(高齢者の軽・中等度の急性期医療や慢性疾患の急性増悪に対応可能な一般病棟)に近いとも言えます(4,5)。それに対して、「重症急性期」を扱っている「一般急性期」は「高度急性期」と扱うのが合理的と思います。

ただし、その大前提は、地域包括ケア病棟の看護体制を現行の13対1から10対1以上にすることです。太田圭洋氏(日本医療法人協会副会長)も、13対1の看護基準では「高齢者救急に対応することは難しい。(中略)最低限、10対1の看護配置が必要」と主張しています(6)。

現実にも、地域包括ケア病棟で、ある程度の「一般急性期」医療を行っている病院は10対1が多いようです(7,8)。鈴木学氏(名古屋市笠寺病院事務長)の調査では、愛知県では、昨年12月1日時点で、地域包括ケア病棟のうち76%が10対1加算を届け出ているそうです(105病棟中80病棟。東海北陸局ホームページから計算)。

統合を検討する際には、武久洋三氏(日本慢性期医療協会会長・当時)が提唱しているように、高度急性期病院・一般急性期病院への介護職員の配置(「看護補助者」のカテゴリ化・名称変更と適切な処遇)も併せて検討すべきだと思います(9)。

地域連携の強化は不可欠

しかしこのことは、病院が今後も孤立して存続できることを意味しません。逆に今後、民間中小病院が生き残るためには、他の医療施設(病院・診療所)や介護・福祉施設、行政機関等との地域連携・ネットワークの形成・強化が不可欠です。

実はこの点について私は「筋金入り」(?)です。2000年の介護保険制度開始直後に、今後全国的に「医療施設の『複合体』化が急速に進むことは確実」であると述べると共に、土地の物理的制約や地価の高さのために大規模複合体化が困難な大都市部では、『ミニ複合体』(在宅・通所ケア施設を併設した医療施設)と単独施設のネットワークが主流になると予想しました(10)。最近も、「民間中小病院が、地域包括ケアに積極的に参加し、地域に根ざした保健・医療・介護サービスを展開すれば、大半が生き延びられる」と展望しています(2:24頁)。

医療の枠内での地域連携・ネットワーク形成の方法としては、地域医療連携推進法人、それよりも緩やかな病院・診療所の連携・「アライアンス」、大規模病院・「複合体」のM&A(合併・買収)による「囲い込み」等があります。ここで重要なことは、松田晋哉氏(産業医科大学教授)が強調しているように、「どのような形で進むのかは、それぞれの地域の状況による」ことだと思います(11)。

地域医療連携推進法人の「活用」

ここで注意を喚起したいことは、政府・厚生労働省が昨年、地域医療連携推進法人の「活用」に方針転換したことです。

地域医療連携推進法人が2017年度に発足した当初、厚生労働省はそれに「中立」で、担当者も「選択肢の1つ」と説明していました。翌年の2018年度診療報酬改定でも、地域医療連携推進法人を後押しする加算等は導入されませんでした。そのため、私は当時、「地域医療連携推進法人は一部の地域を除いてほとんど普及しないと予測」しました(12)。2018～2020年の「骨太方針」にも、地域医療連携推進法人の記載はありませんでした。

しかしその後、「骨太方針2021」(31頁)と「骨太方針2022」(19頁)に地域医療連携推進法人の「活用」がチラリと書き込まれました。これらを受けて、昨年10月27日の「第9回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」では、事務局が「地域医療連携推進法人制度の見直しについて」提起しました(資料3)。

同年12月16日の「全世代型社会保障構築会議報告書」は、さらに踏み込んで以下のように書きました：「医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる」(19頁)。そして、医療法一部改正案(2月10日閣議決定)では、地域医療連携推進法人に個人病院・診療所も参加できることになりました(ただし、それらへの資金の貸し付けは禁止)。

地域医療連携推進法人は徐々に増加し、本年1月1日現在33法人が認可されています。今後それは、特に人口減少が進んでいる地域では、地域連携・ネットワーク形成の重要な選択肢になると思います。ただし、それが医療費増加を招く傾向があることを踏まえると、厚生労働省がそれを診療報酬改定等で積極的に後押しするか否かは不明です。

診療所の地域連携の方法

最後に、本題とは少し離れますが、診療所の地域連携の方法について述べます。私は、診療所については、日本では欧米で主流となっている「グループ診療」の普及は当面は困難であり、それに代わる地域連携・ネットワーク化の方策を模索する必要があると判断しています。

この点について、松田晋哉氏は、「都市部の開業医が、それぞれの専門性を持ったソロプラクティスの医師として存在しながらもICTを用いて連携し、仮想的なグループ診療を形成し、面としてのプライマリケア体制を保証することが必要だ」と考えており、卓見と言えます(本年1月16日私信。引用許可済み)。松田氏の上掲書では、そのモデルとして、コロナを機に、品川区医師会や北九州医師会が「現場力」を発揮して、バーチャルなグループ診療を始めたことを評価・紹介しています(11:115,165-179頁)。「品川モデル」の詳細は『日本医事新報』が詳しく紹介しています(13)。

文献

- (1) 二木 立「(インタビュー) 民間中小病院は集約されるより分散化している方が合理的である—今後の医療政策と病院経営の展望」『国際医薬品情報』2023年2月27日号:26-31頁(聞き手:岩垂廣)。
- (2) 二木 立「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営—悲観論を超えて」『病院』2023年1月号(82巻1号):24-27頁(「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」223号(2023年2月)に転載)。

- (3) 二木 立『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房, 2020, 93-94 頁 (「地域医療構想における病床削減目標報道の4年間の激変の原因を考える【補注】」)。
- (4) 徳田禎久『「地域一般病棟」の診療報酬上の位置づけを目指す』『日経ヘルスケア 21』2002年12月号 : 52-54 頁。
- (5) 二木 立『医療改革と病院』勁草書房, 2004, 167-169 頁 (「四病協の『地域一般病棟』の積極的意義」)。
- (6) 太田圭洋「[講演録] 今一度、地域医療構想を考えるー過度の集約化による副作用を懸念」『社会保険旬報』2022年11月21日号(2874号) : 6-11 頁。
- (7) 鈴木学「大都市中小病院のサバイバル戦略 地域医療連携を中心に」『月刊／保険診療』2020年8月号 : 37-41 頁。
- (8) 鈴木学「地域包括ケア病棟のみの病院でどこまで高齢者救急に対応可能か」『病院』2023年6月号(印刷中)。
- (9) 武久洋三「要介護者の増加を抑えるため『急性期病院の介護力強化』が必要かつ喫緊の課題」日本慢性期医療協会定例記者会見、2023年4月14日(ウェブ上に公開)。
- (10) 二木 立『介護保険と医療保険改革』勁草書房, 2000, 42-43 頁 (「介護保険下の『複合体』の多様化と『ネットワーク』形成」)。
- (11) 松田晋哉『ネットワーク化が医療危機を救う 検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較』勁草書房, 2022, 141 頁。
- (12) 二木 立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 21 頁。
- (13) 「全国から注目、新型コロナ自宅療養者にオンライン診療提供、『品川モデル』」『日本医事新報』5082号 : 14-15 頁, 2021年9月18日。

[本論文は、『日本医事新報』2023年4月1日号掲載の「今後中小病院は再編・統合を強えられるか?」(「深層を読む・真相を解く」(131)) に加筆したものです]

2. 推薦の辞— 21 世紀の病院・複合体経営の羅針盤：古城資久

『病院経営者の心得とM&Aの実際～私の病院経営哲学とM&手法を完全公開～』

(経営書院, 2023 年 4 月, 260 頁)

古城資久さんは、2001 年に御尊父の死去に伴い、医療法人白鳳会理事長に就任して以来、わずか 10 年間で、兵庫県赤穂市中心に新病院、クリニック、特別養護老人ホーム、障がい者授産施設などを次々に開設して、同市最大の「保健・医療・福祉複合体」を形成すると共に、県内の小規模病院をM&Aで取得しました。さらに 2010 年以降は、大阪、東京等の大都市部で、社会福祉法人や医療法人のM&Aを積極果敢に行い、またたく間に 10 病院・60 余りの介護系施設、職員 5000 人超、年収 500 億円超・経常利益 50 億円超の、全国有数の病院グループ・複合体に成長させました。

ここまでなら同様の「サクセス・ストーリー」は他にもいくつかありますが、古城さん・白鳳会グループには他にはない特色が 2 つあると思います。私が最も注目しているのは、古城さんが、経営情報（財務諸表）を含めた情報公開を、職員に対しても、社会に対しても徹底して行っていることです。21 世紀に入って病院のM&Aが盛んになり、それについての論文や本も多数出版されるようになっていますが、それらのほとんどは一般論にとどまり、事例が示される場合も、病院名、ましてや経営情報は隠されています。それに対して、古城さんはそれらをすべて公開しています。本書の第二部「私の病院M&A手法」は、この領域のバイブルになると思います。

もう 1 つは、白鳳会グループが共通の経営理念として、「平等医療・平等介護」を掲げていることです。私の知る限り、大規模病院グループ・複合体でこれを経営理念に掲げているのは白鳳会グループだけです。この理念は医療・介護の原点と言えますが、「格差社会」が進行し、しかも診療報酬・介護報酬が厳しく抑制されている日本で、貫くのは簡単なことではありません。本書の第一部から、「平等医療・平等介護」と効率的経営を両立させる古城さんの経営哲学とノウハウを学べると思います。

この 2 つの特色は 2020 年以降のコロナ禍の中でもいかに発揮され、それが古城さんと白鳳会グループの社会的威信を高めました。この点は本書の第一部第一章で生き生きと描かれています。私は、「ソロバンは忘れつつ常にソロバンを忘れない」にしばれました。

実は、私が古城さんに単著の出版をお勧めしたのは 2009 年 2 月です。当時、私は古城さんの論文「地域完結型医療 VS 地域包括型医療—保健・医療・福祉複合体の優位性を論じる」（『病院経営』2009 年 2 月 20 日号）を読んで、古城さんが自グループの実践・実績に基づいて、都市型医療圏以外では、「地域包括型医療」＝複合体の方が、独立した医療機関間の「地域完結型医療」より、医療の質と経営の両面で優位であることを示したことに注目し、この論文を含めてそれまでに発表された論稿をまとめて単著を出版することをお勧めしました。それから 13 年後に、『病院羅針盤』の長期連載をベースにして、それが実現したことを大変嬉しく思っています。21 世紀の病院・複合体経営の羅針盤であると同時に、医療経営学の生きた教科書とも言える本書が、病院経営者はもちろん、医療政策の担当者や研究者等に、広く読まれることを期待します。

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

206回)(2023年分その2:9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。

○ドイツにはなぜそんなに多くの病院病床があるのか?

Brunn M, et al: Why are so many hospital beds in Germany? Health Service Management Research 36(1):75-81, 2023 [医療政策研究]

医療制度における病院の位置づけは世界的に大きく変わりつつあり、それは入院医療費が高額でしかも国民の医療ニーズが変化しつつあるからである。最近のコロナ感染爆発により病院の収容能力(capacity.以下、病床)に対する国民の関心は高まり、病院の今後の役割について議論することが喫緊の課題になっている。この文脈において、最近のドイツの経験は病院病床のマネジメントを検討している他の国々に価値ある情報を提供する。

病院病床削減の改革努力にもかかわらず、ドイツの人口当たりICU病床数は高所得国で一番多く、総病床数もヨーロッパで一番多い。ドイツの病院病床数が多いことは、かなりの部分高齢入院患者の多さで説明できる。このことは、以下の4つの要因の結果である:(1)断片化された外来医療制度、(2)医師が高齢者を(他国に比べ)簡単にしかもより長期間入院させる、(3)病院市場がより多くの患者を入院させるインセンティブを持っている、(4)平等なアクセスとユニバーサルな医療への政治的コミットメント。付言すると、最近の病院病床削減政策(DRG支払方式の導入と市場志向の改革)の影響は限定的であり、その理由は病院が経済的インセンティブに期待されたほど反応しなかったからである。ドイツの病院病床削減の経験から学ぼうとする国々は、ドイツの制度的特徴、政治的コミットメント、政策の予期せざる影響を考慮する必要がある。

二木コメント—たいへん時宜に適った論文です。病院病床数の多さと病院病床削減の困難さは日本と似ており、精緻な日独比較が必要と感じました。よく知られているように、日本の人口当たり病院病床数はドイツよりもかなり多い反面、医療費の対GDP割合はドイツより低くなっています。なお、本文の「考察」では、ドイツの病院のICU病床数や総病床数の多さがコロナ感染爆発時の対処能力を高めたこと、及びコロナ感染爆発後は各国で病院病床削減の圧力が減じる可能性があることが示唆されています。

○[アメリカの]メディケイド・マネジドケアにおける健康の社会的制御要因介入への投資を増やすイノベティブな債権を提案する

Karaca-Mandic: Proposing an innovative bond to increase investment in social drivers of health interventions in Medicaid managed care. Health Affairs 42(3):383-391, 2023 [政策研究]

食品の安全、移動、住宅等の健康の社会的制御要因(social drivers of health. SDH)に対処するための介入は将来の医療費を抑制できるが、事前の(up-front)投資を必要とする。メディケイド・マネジドケア組織には費用抑制の誘因があるが、受給者数と給付額が

不安定であるため、SDH投資の便益の全面的実現が妨げられる可能性がある。この現象は、SDH投資をしたマネジドケア組織がその全便益を回収できず（他の組織に流れるため）、SDH投資が過少になるという「wrong-pocket問題」を生む。そこで、SDH介入への投資を増やすための財政的イノベーションであるSDH債権を提案する。この債権は、メディケイドが給付される地域で複数のマネジドケア組織により発行され、組織全体で調整されることにより、当該地域の全受給者に提供されるSDH投資のための短期資金が生まれる。SDH介入が利益を生み、費用が削減されれば、マネジドケア組織は債券保有者に、出資額に応じて払い戻しをしなければならない。

二木コメント—この「SDH債券（社会的債権）」は、日本の一部で導入されている「ソーシャル・インパクト・ボンド」に近いようです。この論文に続いて、この債権に対する賛否両論のコメント論文が掲載されています。

私は“**social drivers of health**”（「健康の社会的制御要因」と仮訳）という用語は初めて見ましたが、上記要旨の冒頭に書かれている例示から判断して“**social determinants of health**”と同じようです。略語も共に“SDH”です。Pub Medで“social drivers of health”を検索したところ35文献がヒットし、その大半が2022～2023年発表で、一番古いものでも2016年であり、ごく最近使われるようになった用語のようです。しかし、それらの文献の要旨には、それと“social determinants of health”との違いは書かれていませんでした。

そこでGoogleで検索したところ、Elevance Health, Inc（アメリカ有数の民間医療保険会社。旧称Anthem, Inc）のHPに、“social drivers vs social determinants of health”というそのものズバリの説明（2022年2月25日）があり、そこでは、“social drivers of health”という用語を用いる理由として、「determinantsという用語はどんな方法でも健康の運命を変えられないことを示唆するが、社会的制御要因が健康を動かす（social factors drive our health）と言い直すことで、社会的要因は運命的のものではなく、克服・改革できると示すことができる」と説明していました。この説明は説得力があり、“social determinants of health”を「健康の社会的決定要因」と訳すのは不適切であり、「健康の社会的要因」と訳すべきとの私の主張に通じると感じました（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 174-175 頁参照）。

○異なった種類のNHS費用が健康に与える影響：イングランドの2016/2017年度のQALY当たり限界費用の推計

Martin S, et al: The impact of different types of NHS expenditure on health: Marginal cost per QALY estimates for England for 2016/17. Health Policy 132(2023)104800, 9 pages [量的研究]

イングランドの2003～2012年のデータは、1QALYを増やすためのNHS費用（限界費用）は10,000ポンドであることを示唆している。この推計は全NHS費用に関連しており、NHS内の異なる部門の限界費用の推計は今まで行われてこなかった。二次医療、プライマリケア、及び専門的コミッショニング（specialized commissioning, 化学療法、放射線療法、血液透析、希少性・複合的疾患の治療等）はそれぞれ異なる生産性（限界費用）を持つ可能性があり、それぞれの生産性を推計することは政策決定者がどれに追加的

投資をするのが最も効果的かを判断する上で参考になりうる。二段階最小二乗法推計量と2016年のデータを用いて、上記3種類の医療費に対する死亡率の反応を推計した。(細かい推計方法は略)

回帰分析の結果を3部門の生存・疾病負担データと結合し、部門別の1QALY延長当たり限界費用(MCPQ)を計算した。最も控えめな(conservative)推計では、地域のCCG(臨床コミッショニング・グループ)がコミッションするサービスではそれは約8000ポンドであったが、専門的コミッショニングとプライマリケアの推計値は不確実であった。3部門の異質性を考慮すると、NHS全体での1QALY当たり限界費用は6000-7000ポンドと推計された。以上の結果は、プライマリケアと地域コミッショニング・サービスに追加的投資を行うことが最も生産的であることを示唆している。

二木コメント—NHSのリアルデータを用いて、3部門別の1QALY延長当たり限界費用を初めて推計した画期的研究だそうです。ただし、この論文の説明ではspecialized commissioningの実態がよく分かりません。

<コロナ関連(6論文)>

○プライマリケアの特性がコロナ・パンデミック中の入院に与えた影響：日本での前向きコホート研究

Aoki T (青木拓也), et al: Impact of primary care attributes on hospitalization during the COVID-19 pandemic: A nationwide prospective cohort study in Japan. *Annals of Family Medicine* 21(1):27-32, 2023 (要旨は、m3.com医療維新 2023年2月24日、「かかりつけ医機能高いほど入院リスク減、慈恵医大等の研究」[量的研究])

コロナ・パンデミック中、プライマリケアの提供者には予防医療、慢性疾患マネジメント、及び急性のコモン・デジーズへの対応に様々な制約があったため、プライマリケアの特性(attributes)が入院を減らすことに寄与したか否かは明確ではない。本研究の目的は、プライマリケアの中核的特性とコロナ・パンデミック中の総入院との関連を検討することである。パンデミック中に、日本の40～75歳の成人の代表標本を用いて、全国規模の前向きコホート調査を実施した。プライマリケアの特性(近接性、継続性、協調性、包括性、及び地域指向性)を「日本版プライマリケア質評価尺度(JPCAT)」を用いて評価した。主要アウトカム尺度は、2021年5月～2022年4月の12か月間のあらゆる入院とした。

調査参加者1161人のデータを分析した(追跡率は92%)。交絡因子の調整後、総合的プライマリケア特性(JPCATの総点数で評価)はプライマリケアスコアの程度に応じて入院の減少と関連していた(かかりつけ医あり群のうちプライマリケアスコアが最も高い上位4分位群(高機能群)は、かかりつけ医なし群に比べて、オッズ比=0.37, 95%信頼区間(0.16-0.83))。JPATの5領域についても同様であり、プライマリケア医あり群のうちスコアが最も高い上位4分位群とかかりつけ医なし群の間に統計的有意差が認められた。本研究は、パンデミック中で通常の医療に様々な障壁が存在していたときでさえ、プライマリケア、特に良質のプライマリケアは総入院の減少と関連していることを明らかにした。この知見は、コロナパンデミックの期間中、及びその後にはプライマリケア・システムを強化する政策を支持している。

二木コメント—著者がコロナ・パンデミック中の2021～2022年に日本人の全国代表標本

1161人を12月か間も追跡調査したことは画期的だと思います。論文の骨格はシッカリしており、英語も分かりやすいと思います。

ただし、本文では、かかりつけ医あり群のうちプライマリケアスコアが最も高い上位4分の1群に比べ、かかりつけ医なし群の入院率が有意に高いことは示されていますが、かかりつけ医あり群の4段階別の入院率に有意差はありません（“the dose-response relationships were not clear”と明記しています）。それにもかかわらず、m3.comのインタビューで、青木氏が「かかりつけ医機能が高いほどコロナ禍での入院リスクが低下」と述べるのは不適切であり、この不正確な説明に基づいて、「かかりつけ医の認証・認定制度が必要」と主張するのは論理の飛躍です。

これはあくまで一般論ですが、画期的と言われる治療（新薬等）の対照群に比べた効果の差はせいぜい1～2割であることを考えると、かかりつけ医を持つか否かで、入院率が最大6割も違うとする結果に、私は違和感があります。本論文では調整されていない別の交絡因子があるか、両群間にそれ以外の何らかの「偏り」があった可能性が否定できないと思います。参考までに、前代未聞のディオパン臨床研究不正事件でも、「ディオパン治療群の方が対照群よりも45%も合併症発生が少なかった」との国際学会での報告が、「常識では到底考えられない結果」と見なされ、それがきっかけでデータの捏造が明らかにされました（桑島巖『赤い罫 デイオパン臨床研究不正事件』日本医事新報社、2016、22頁）。

なお、著者が本調査で用いた「JPCAT(日本版プライマリケア質評価尺度)」は、プライマリケア医と専門医が分離している欧米で開発された尺度で、それを用いて、プライマリケア医機能と専門医機能の両方を有している日本の多くの診療所・中小病院医師のプライマリケア医機能のみを評価することに私は疑問があります。少なくとも、この指標を用いて、日本のプライマリケアの質が欧米諸国に比べて低いと主張するのは不適切だと思います（金子惇氏。BMC Prim Care (2022;23:112) (Medical Tribune 2022/05/19))。

なお、青木氏が原著論文で高水準のプライマリケアが入院を減らすことを示した先行研究として引用している5論文は、いずれも横断調査で両者の単相関係数を計算しているだけで、それに基づいて高水準のプライマリケアが入院医療を減らすとの「因果関係」があるとは言えません。また5論文はいずれもプライマリケアと総医療費との関連は検討していません。

○医療制度のレジリエンス：アフター・コロナのレジリエンスを再訪する時期が来た？

Paschoalotto MAC, et al: Health systems resilience: Is it time to revisit resilience after COVID-19? Health Policy 320(2023)115716, 9 pages [国際比較・理論研究]

医療制度レジリエンスの概念はコロナ・パンデミックによる挑戦を受けた。十分に確立し、レジリエンスがあると見なされていた医療制度でさえ、パンデミック中に崩壊した(collapsed)。パンデミックが始まって2年半後にレジリエンス概念を再訪（再検討）するため、世界的に高名な医療制度のエキスパート26人を対象にして質的調査（半構造化面接）を行い、彼らのレジリエンスの概念、段階、分析枠組み、及び実装についての見解を、高所得国・中所得国・低所得国の国際比較の視点から、検討した。インタビューの規準は包括的な文献レビューに基づいて作成し、インタビュー（回答者）は世界のいくつかの大きな医療制度についての実務的および学術的経験を持っていた。調査結果は、パンデミ

ックが医療制度のレジリエンスの諸側面についてのエキスパートの見解を変えたことを示しており、われわれはその結果を要約し、現在の医療制度のレジリエンスの解釈 (understanding) を洗練することを提案する。

二木コメント—これは“Abstract”の全訳で、大変魅力的ですが、内容的には「はじめに」と言えます。本文・結論は共に抽象的で、やや期待外れでした。しかし、コロナ・パンデミックによる医療制度の「崩壊」(collapse) は世界共通の現象であり、「コロナ禍は日本の医療制度の脆弱性を明らかにした」的な高踏的言説が不適切であることは分かります。残念ながら日本の回答者は含まれていません。

○オランダにおけるコロナ・パンデミック中の待機的手術の延期が健康に与えた影響を推定する

Oosterhoff M, et al: Estimating the health impact of delayed elective care during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 320(2023)115658, 10 pages [量的研究]

コロナ・パンデミックは医療の継続的提供に重大な影響を与えた。非コロナ患者の予約、治療、及び手術はしばしば延期され、患者の健康損失(health loss)が生じた。本研究の目的は、非コロナ患者の待機的手術(緊急でない選択的手術)の健康への影響を定量化する方法を開発することである。オランダの入院登録データを用いて、2020・2021年の延期手術数(backlog of surgical procedures)を推計する方法を開発した。QALYは文献から得て、手術延期に関連した「生じなかったQALY」(non-generated QALYs)を推計した。患者の優先順位(patient prioritization)によりQALY値をいろいろ変えて、感受性分析を行った。将来の手術可能数(capacity)増加の複数のシナリオ分析を行った。

その結果、2020・2021年に待機的手術は合計305,374延期されたと推計された。この延期は生じなかった319,483QALYに対応していた。感受性分析では、生じなかったQALYは150,973～488,195QALYと推計された。2022～2026年の手術可能数増加についてのシナリオ分析では、生じなかったQALYは、手術可能数が年2%ずつ増加した場合311,220QALYに、同5%ずつ増加した場合300,710に減少すると推計された。異なった手術が総健康損失にどのくらい寄与するかによって、生じなかったQALYの推計には大きな差が生まれた。本研究で示した方法はコロナ・パンデミックによる間接的健康損失に光を当てたと言える。

二木コメント—コロナ・パンデミックによる待機的手術の延期数の全国推計だけでも大仕事なのに、「生じなかったQALY」という新奇な概念を用いて、それによる健康損失を量的に推計するのは、学術的には大変野心的だと思います。しかし、「生じなかったQALY」の推計値には最大3倍の幅があり、信頼性に欠けます。そのため、現実の医療政策・医療評価では、待機的手術の延期数を推計するだけで十分とも感じました。

○韓国におけるコロナに関連した犠牲者非難の特徴

Chung J-B, et al: Characteristics of victim blaming related COVID-19 in South Korea. *Social Science and Medicine* 320(2023)115668, 10 pages [量的研究]

本研究は韓国におけるコロナ患者への犠牲者非難傾向と、コロナ感染のために非難されることへの恐れの特徴を説明することである。その際、防衛的帰属(defensive attributi

on)理論と情報処理理論に基づいた2つの方法を用いる。まず、メディア分析により、2つの代表的なコロナ犠牲者非難の事例（梨泰院（イチウオン）のクラブでの集団感染と教会での牧師・信者の集団感染）の特性を説明する。その結果、防御的帰属理論の視点から、コロナ患者への犠牲者非難は、社会的アイデンティティと患者が犯した道德逸脱に関連していた。韓国の市民は、自分たちの社会的アイデンティティを強調し、自我防衛の視点(e go-defensive viewpoint)から患者は自分たちとは違うと信じていた。

次に、オンラインで3つの経時的パネル調査を行った(N1=1569;N2=1037;N3=833)。調査対象は、性、年齢、17の都市圏域に基づいた階層化ランダム・サンプリングで選択した。その結果、コロナ患者数が増加するほど、調査回答者のリスク認知レベルは有意に低下することが分かった。情報処理理論が示すように、コロナの罹患リスクに慣れている人ほど、他人に非難されるのを気にしていなかった。また、回帰分析の結果、コロナに罹患した教会牧師に対する犠牲者非難は回答者の信仰に関連していることも分かった。以上から、韓国人は、自我防衛という視点からコロナ犠牲者は自分たちとは非常に違っていると信じて非難する可能性がある結論づけられる。さらに、信頼変数も重要であり、回答者が政府を信頼しているほどコロナ犠牲者を非難することも分かった。この現象を「信頼のパラドックス」と名付けたい。

二木コメント—コロナ患者差別についての非常に緻密で、しかも包括的な世界最先端の社会学的実証研究だと思います。私は、特に著者が提起した「信頼のパラドックス」に注目しました。日本でも、コロナ感染爆発時には患者非難・差別が大きな社会問題になったので、コロナ患者差別を研究している社会学者必読だと思います。日本でも同様の研究やこのテーマでの日韓比較研究が行われることが期待されます。

○ [アメリカの] 州・地方 [政府] の公衆衛生 [部門] 被用者の大脱出：離職はコロナ感染前から始まりその後も続いた

Leider JP, et al: The exodus of State and local public health employees: Separations started before and continued throughout COVID-19. Health Affairs 42(3):338-348, 2023 [量的研究]

アメリカの州・地方政府の公衆衛生労働力の規模と構成を理解することは、市民の健康を促進・保護するために極めて重要である。「公衆衛生労働力関心・ニーズ調査」のコロナパンデミック前の2017年とパンデミック中の2021年のデータを用いて、州・地方政府の公衆衛生部門従事者（被用者）の2017年時の離職・退職意向と2021年の実際の離職を比較した。併せて、被用者の年齢、地域、離職意思と実際の離職との相関を検討し、今後も現在の趨勢が続いた場合の労働力への影響を考察した。

今回の分析標本では、州・地方政府の公衆衛生部門の全被用者の半数近くが2017～2021年に離職しており、離職率は35歳以下または任期の短い被用者では4分の3に達していた。離職の趨勢が今後も続くとした場合、2025年までに10万人を超える職員、つまり公衆衛生部局の全職員の半数もが離職することになる。今後も世界的感染爆発が増える可能性が大きいことを踏まえると、職員採用と離職予防の戦略を立てることを優先しなければならない。

二木コメント—私もアメリカのコロナ感染爆発が日本よりはるかに大きいことはよく知

っていましたが、それが公衆衛生部門の労働者の大量離職を生んだこと、及び公衆衛生部門の職員減少が 2008 年から始まっていることは初めて知りました。

○障害を持つ人々とコロナ・パンデミック中の医療へのアクセス アメリカでのポピュレーションベースの研究

Xie Z, et al: People with functional disability and access to health care during the COVID-19 pandemic A US population-based study. Medical Care 61(2):58-66, 2023 [量的研究]

コロナ・パンデミックと全国的な制限諸措置は、一般国民への医療提供とアクセスの混乱を招いた。障害を持つ人々のパンデミックによる医療アクセス問題（受診の遅れと受診控え。以下、受診の遅れ・控え）についてのエビデンスは限られている。本研究は 2020 年「全国健康インタビュー調査」のデータを用いる。本調査は通常は面接調査だが、2020 年はパンデミックのために、3～12 月に電話で行った。障害の状態は障害重症度（中等度と重度）、障害の種類、及び障害の数で定義した。記述的分析と多変量ロジスティック回帰（社会人口学的特性と健康関連の特性を調整）を行い、障害を持つ人々と持たない人々の間で受診の遅れ・控えに差があるかを推計した。

調査対象 17,528 人のうち、40.7%が障害を持っていると回答した。重度及び中等度の障害を持つ人々は障害を持たない人々より、受診の遅れが有意に多かった（重度で 33.2%、中等度で 27.5%、障害なしで 20.0%、 $p<0.001$ ）。受診の控えについても同じことを確認できた（重度で 26.6%、中等度で 19.0%、障害なしで 12.2%、 $p<0.001$ ）。障害を持つ人々と持たない人々とのオッズ比（OR）をみると、中等度障害ありでは、受診の遅れで 1.33、受診控えで 1.46 で、重度障害ありでは、受診の遅れで 1.52、受診控えで 1.84 だった（信頼区間は略）。これらの結果は、障害の種類や障害の数を組み込んだモデルでも同じだった。以上から、障害を持つ人々はコロナ・パンデミック中に障害を持たない人々と比べて、受診の遅れ・控えをより多く経験したと結論できる。

二木コメント—緻密な研究で結果と妥当と思いますが、「牛刀をもって鶏を割く」感じもします。日本の感覚では、調査対象の 40.7%もが障害を持つと回答したことは驚きですが、これは本調査の「障害」の定義が日本に比べてはるかに広いからです。なお、論文タイトル中の“functional disability”は「機能的障害」と訳されることが多いのですが、こう訳すと ICF (国際生活機能分類)の「機能障害」(impairment)と混同されるので、あえて「障害」と訳しました。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 220)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○大塚義治 (元厚生労働省事務次官・元日本赤十字社社長。2023年1月死去、74歳。『時評』に、2005年春から「我流歳時記・本棚の漫歩計」を連載し、2022年10月終了)

「…迷いつつ、悩みつつの作業の連続ではあったが、**年数を重ねるに従い、いつかこの連載の執筆が生活のリズムの一部となり、むしろ楽しみながら執筆を続けている自分を発見して驚いたりもした**」(『文庫彩時記 四集・本棚の漫歩計』時評社, 2023年, 「はしがきに代えて」)。二木コメントー私も、2005年1月から『文化連情報』の、2010年4月から『日本医事新報』の連載の執筆を続けているので、「いつのまにかこの連載の執筆が生活のリズムの一部」となっていますが、「楽しみながら執筆」する境地には達していません。

大塚氏は、厚生労働省高官時代も、日赤副社長・社長時代も、率直でしかも見識ある発言をされる方で、私はそれらを著書や本「ニューズレター」の名言・警句欄で何度も引用させていただきました：最初の引用は『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房, 2021年, 72, 73頁「厚生労働省も2001年3月以降『抜本改革』とは言わなくなった」。「ニューズレター」での引用は117号、129号、176号。そのうちの2つを、以下に再掲します。

○大塚義治 (日本赤十字社副社長、元厚生労働省事務次官)「『目立つことを言った者が勝ち』という最近の傾向も、身近なところに、いくらでも転がっている。**アカデミズムの世界でも、“新説”というより“珍説”にしばしばお目にかかるが、従来のものとは異なる説を主張したいという意識が強すぎ、内容とか論理性より、目新しいということが自己目的化している**のであろう。／ところが、それらが世論形成や行政施策決定にけっこう影響を与えてしまうから困るのだ」(「休題閑話⑨」『週刊社会保障』2014年2月10日号：35頁)。二木コメントー引用した最後の1文が重要・深刻と思います(「ニューズレター」117号(2014年4月))

○大塚義治 (日本赤十字社副社長、元厚生労働省事務次官)「[政策決定においてー二木]かつては、経験を背景にした“職人芸”、私流の表現で言うなら“カンと度胸”によってきた部分について、客観的な資料、データに基づいた議論が行われるようになってきている。これは間違いなく大きな”進歩”だと思う。／ただ、**データと価値判断は、やはり別物だ**。時として、政策がデータに引きずられるように見えることもないではない。／**行政施策の評価の基本に置くべきは、その目的や意図、すなわち価値判断が妥当、適切かどうかであり、その十分な吟味こそが重要となる**」(「エビデンス・ベースの“畏”」『週刊社会保障』2019年2月11日号：34頁)。二木コメントー「行政施策の評価の基本」に「価値判断」の妥当性・適切性をあげていることに大いに共感しました。(「ニューズレター」176号(2019年3月))

○香西秀信 (宇都宮大学教育学部教授。専攻は修辞学と国語科教育学)「『人間は本質的に論理的な生き物である。だからこそわれわれは、論理的に説得されることを好まないのである』…。／よく、人間は論理では動かない、論理だけで説得することはできない、などという物言いを聞くことがあります。おそらく、その通りでしょう。が、これは、人間が非＝論理的あるいは反＝論理的な生き物であることを意味しません。事実はむしろ逆です。**人間は論理的な生き物であり、論理を、理屈を通すことを最も重視するがゆえに、自分が論理で説得されることを嫌う**のです。(中略)／これに対して、感情の操作によって説得さ

れることは、われわれのプライドを傷つけません」(『レトリックと詭弁 禁断の議論術講座』ちくま文庫, 2010, 6-7頁 (原著 2002)。上記『文庫彩時記 四集・本棚の漫歩計』が 150-154頁で本書を紹介(「説得と納得」)。**二木コメント**「人は感情で動く」的通説の<逆張り>と感じました。

○**箕原俊洋**(神戸大学大学院法学研究科教授。専門は日米関係・安全保障など)「でも**実証的な研究って、いくら頑張っても絶対にサイエンスにならないですよ。特に歴史学の分野においては**。もちろん実証が大事なのは議論の余地がありませんが、それだけでは不十分ではないでしょうか。**歴史学にはfine detail とbig pictureの双方を複眼的にとらえることのできるバランスが大事**なのではと最近考えるようになっていきます。／これを私は勝手に『**応用歴史学**』とっていますが、**実証的な事実をしっかりと踏まえ**たうえで**現在の世界を俯瞰する作業も大事**なのではと」(本郷和人氏との共著『「外圧」の日本史』朝日新書, 2023, 262-263頁。本郷氏の「大きな話をすると、実証的ではないといって怒る研究者もいる」との愚痴(?)に答えて)。**二木コメント**—箕原氏の「複眼的」視点は、上記大塚義治氏の「データと価値判断は、やはり別物だ」との指摘と重なると思います。私も同様の「複眼的」視点で医療政策研究をしてきた(ツモリな)ので、大いに共感しました。

○**ノーム・チョムスキー**(「普遍文法」理論で現代言語学に革命をもたらしたアメリカの言語学者。ベトナム戦争以来、アメリカ政治に厳しい批判の目を向け続けている。94歳)「**私に希望を与えてくれるのは、想像に絶するほどの厳しい環境下でも、人々が権利を獲得しよう、正義を行おうと奮闘している事実だ。彼らは希望を手放していない。**(中略)だから、**彼らよりもはるかに恵まれているわれわれがあきらめることはできない。**／もうひとつの理由は、**希望を持ち続けるほかに選択肢がないからだ。希望をあきらめるのは、最悪の事態が起こるのに協力しようというのと同じことだ。あきらめたら、その選択肢しか残らない。目の前にあるチャンスを生かす気がないというのは、最悪の事態が最短で起こるのに手を貸すに等しい。しかし、選択肢はもうひとつある——最善を尽くすことだ**」(聞き手の「陰鬱な時代であるいま、…なにがあなたに希望を与えてくれるのでしょうか?」との質問にこう答えた。『壊れゆく世界の標(しるべ)』NHK出版新書, 2022, 265-266頁。この言葉のポイントを、鷺田清一氏が「折々のことば(2683)」(「朝日新聞」2023年3月25日朝刊)で紹介)。**二木コメント**—この言葉が、私の一番好きな名言「**知性の悲観主義、意志の楽観主義**」の解説に続いて発せられていることに注目しました。なお、チョムスキーと聞き手はこの言葉を「**グラムシの格言**」として紹介していますが、正しくはグラムシがロマン＝ロランから引き継いだ言葉です(詳しくは、本「ニューズレター」5号(2005年3月)、79号(2011年2月)。私は、「**I gave up to give up**」(希望をあきらめるのをあきらめた)というしゃれた英語表現を、映画「マーシャル博士の恐竜ランド」で知りました(本「ニューズレター」64号(2009年12月)で紹介)。

○**小谷野敦**(文筆業)「…[著者の師匠の一人である] **芳賀【徹】**先生がそういう言葉遣いを嫌って『**周知のことなどというのではない**』と言っていたからである。『**周知のことだ**』といった言い方は**こけ脅し**であり、**無用に読者を威嚇して自分が通ぶってみせるものだ**。だからそういう言葉は使わないという方針…」(『徳川時代はそんなにいい時代だったのか』

中央公論社, 2022, 8-9 頁)。二木コメントー私も、1970 年代に代々木病院勤務医だった頃から、「周知のことだ」「周知のように」という表現に違和感（今流に言うなら「上から目線」）を感じ、自分では絶対に使わないようにしているの、大いに共感しました。私が違和感を感じる類似の表現は、自己の専門領域の「常識」を絶対化して、専門外の人間からの質問・意見を「そんなことは常識だ」と切り捨てることです。

○小谷野敦「過去を美化する人というのは、その過去における恵まれた人の立場でものを考える傾向があるので、認知の歪みが生じているということである。／現代日本を批判する本」というのは沢山ある。それらは大別して、**外国を過剰に美化しているもの**（中には社会主義を奉じるもの）と**過去の日本を美化する保守派のもの**に分けられるが、後者はたいていは明治から戦前の日本、時に徳川時代を美化しているので、私はいずれも信用ならないものだと考えている」（『徳川時代はそんなにいい時代だったのか』中央公論社, 2022, 22, 55 頁）。二木コメントー私は、「**今を生きる(Seize the day)**」を信条とし、「外国を過剰に美化」する」出羽守も「過去の日本を美化する保守派」も嫌いなので、大いに共感しました。

○池井優（慶應義塾大学名誉教授。専門の日本外交史のほか日米の野球の歴史にも詳しい。88 歳の今なお知的好奇心を絶やさず活躍）「**元気の秘訣、それは『四つのかく』の実践です。／第一は『ものを書く』です。**／葉書、手紙はほとんど毎日、メールの返事はその日のうちに終わるのが原則です。（中略）／**第二は『汗をかく』です。**／若い頃から汗をかくといえば、野球でした。（中略）[現在は] 散歩に落ち着きました。（中略）一日最低五〇〇〇歩を目標に歩いています。／**第三は『恥をかく』です。**（中略）／**第四は、『未来を描く』です**」（『学問と野球に魅せられた人生 88 歳になっても楽しく生きる』芙蓉書房出版, 2022, 336-341 頁。NHKラジオ第一の「ラジオ深夜便」の 3 月 22 日の「スポーツ明日への伝言」に出演し、最後にこの「四つのかく」を紹介）。二木コメントー私もこの「四つのかく」を実践している（ツモリな）ので大いに共感しました。私は池井氏より 13 歳「若い」ので、今後 13 年間、この「四つのかく」をシッカリ実践しようとも思いました。3 番目の「恥をかく」について、私もこの 1 年間、新米町内会長として「恥をかく」連続でしたが、それだけに今まで知らなかった世界・世間を知り、そのたびに新鮮な気持ちになっています。なお、本書 322-323 頁に書かれているように、池井氏は 1991 年に、当時まだ優勢だった「女子学生亡国論」を正面から批判した『女子学生興国論』（共同同通信社）を出版しました。私は、日本福祉大学での教育を通して、少なくとも社会福祉学部では、男子学生より女子学生の方が、総じて意欲的だし、学力も高いと体感していたので、この本を読んで大いに共感しました。

<その他>

○ジョン・バリモア（戦前に実在した米国人俳優）「**夢が後悔に変わるまで人は年をとらない**」（俳優・仲代達矢氏が、「しんぶん赤旗日曜版」2023 年 2 月 26 日号のインタビュー「90 歳、もっとうまくなりたい」で、この「素敵な言葉」を紹介。仲代氏は、2023 年 3 月から、無名塾公演「バリモア」を一人芝居で演じている）。

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24回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」62号（2023年4月9日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法編

○香西秀信『レトリックと詭弁 禁断の議論術講座』ちくま文庫, 2010（単行本2002）。

…修辞学（レトリック）の研究者が、文学作品等も引用しながら、「問いの技術」を中心に、さまざまな議論術を紹介した「読み物」。議論を制するのは「問い」の技術&悪意のある「問い」には、正面から答える(answer)のではなく、「言い返す」(retort)等。ただし、初出は学術雑誌の連載なので、スラスラとは読めない。著者の「性格の悪さ」「嫌み」が随所に出ている（106, 167頁等）。大学で国語教育法を教えているにもかかわらず、現場の教師の研究会に参加して勉強してはどの長老教授のアドバイスは「有難迷惑」！？（117頁）

○岸政彦・岸田暁大・筒井淳也・稲葉振一郎『社会学はどこから来てどこへ行くのか』有斐閣, 2018年。

…「理論」「量的」「質的」の3つの領域で活躍している「職人としての社会学者」3人（それぞれ北田、筒井、岸）に、よりひろく「社会学者」として活動している稲葉が加わり、主として社会学の方法論をめぐって率直に語り合った対談・鼎談集、全8章。社会学や社会調査の方法についての「教養」が身につく。私は、**第4章「質的調査と量的調査は対話可能か」**が自分の実体験とも一致し面白かった：「量的研究はレベルの差が分かりやすい分野で…ある程度水準を満たさないとすぐ叱られるが、「質的研究だと止める人があまりいない」（筒井, 156頁）。「質的調査は主観的で、量的調査は客観的と言われますが、量的調査にも人の判断が入ります」（岸, 163頁）。

○岸政彦編『生活史論集』ナカニシヤ出版, 2022。

…10人の社会学者による「生活史の語りに基づく」論文集（530頁）。編者は、「生活史調査は、[ある出来事を一時点だけのものとして見るのではなく]個人の人生の長く連なる時間軸のなかで、そのつどの選択と調整、抵抗と受容がどのように連鎖し蓄積されているのかを明らかにする」と主張（iii頁）。**一步深まった「事例調査」をする上で参考になる**。ただし、全体を読み通す必要はなく、編者の長い「はじめに」（26頁）の各論文のポイントの紹介を読み、興味のある論文を読めば良いと思う。9論文は事例・質的調査だが、川野英二『『地域スティグマ』に対する抵抗の諸形態－『釜ヶ崎』住民の生活史から』だけは、質的調査と量的調査を同時に行った「混合研究法」で、「そのデータの膨大さと手法の斬新さにおいて、本書のなかでも際立っている」（編者）。

B. 医療・福祉編

○千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター（吉村健佑・佐藤大介・成瀬浩史）『医良戦略2040 2040年の医療を生き抜く13の戦略』ロジカ書房, 2022年4月。

…上記センターが2021年5-6月に主催し、13人の研究者・実践家が参加した「次世代医療クロストーク」（個々の参加者とセンターの吉村・佐藤氏との鼎談）の記録。「医良」は「医療を良くする」の略語・造語。吉村氏が「はじめに」で提起している**『『撤退戦』としての医療（提**

供)」という視点は新鮮。幅広いトピックスが論じられており、興味深い発言もあるが、副題の「13の戦略」は誇大宣伝a/o意味不明（本文のどこにも書かれていない）。

○中山和弘『これからのヘルスリテラシー 健康を決める力』講談社, 2022年12月。

…「ヘルスリテラシー」（健康や医療の情報を「入手」「理解」して、「評価」「意思決定」できる力）についての百科事典的教科書（全15章）。説明の大半が「理性的」「合理的」で、患者・国民の「感情」「嗜好」、及び健康の社会的要因（SDH）への言及はほとんどない。また、私は、以前から、著者が、著者等が実施したヘルスリテラシー調査の結果に基づいて、日本人のヘルスリテラシーはヨーロッパはもちろん、アジア諸国よりも低いと主張・解釈していることには疑問を持っている（第14章）。

○稲葉一将・他『医療DXが社会保障を変える マイナンバー制度を基盤とする情報連携と人権』自治体研究所, 2023年2月。

…医療DXのマイナス面を知ろうと読んだが、全体としては期待外れ。特に、松山洋「医療情報のデジタル化とデータ連携が医療を変質させる」は??? : 4「医療現場とオンライン資格確認整備」はそれなりに地に足がついているが、その前の2「データヘルス改革を梃子に”医療の統制”へ」と3「データヘルス改革を梃子に公的医療保険制度の弱体化・解体へ」は「地獄のシナリオ」のオンパレード。日本経団連の2020年の提言と小泉政権時代の2004年文書の2つを「時空を超えて」接合し、「公的医療保険制度の完全解体—社会保障個人会計」が実現し、「最終的には、所得再分配に基づく社会保障制度の根本的解体に行きつきます」（34-35頁）！？それに対して、神田敏史『健康医療データプラットフォーム』の構築と自治体」は、関係する文書の意味をていねいに説明しており、今後日本が中国のような高度監視国家にならない限り、松山氏の予測a/o妄想が実現する可能性はないことが分かる。

○特集「“効率化”を最適化する～間違いだらけの“効率化”事例集」『月刊／保険診療』2023年3月号：2～37頁。

…鼎談と7論文。特集の常として（石の多い）玉石混濁。鼎談の**一戸和成氏**（元厚生労働省技官・前青森県の自治体病院管理者）の実体験に基づいた発言は説得力があるが（「事務職員の正職員化で収入アップ」等）が、川本浩史氏（経営コンサルタント）の発言の一部は私には？？

【ケーススタディ】間違いだらけの“効率化”事例集（3論文）は**大西大輔**「外注化・デジタル化の失敗事例」等、いずれもリアル。病院の管理者・事務職には参考になる。

○イギリス医療保障制度に関する研究会（座長：池上直己）『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2021年度版』医療経済研究機構, 2023年2月。

…数年に一度発表されている、イギリスの医療（保障）についての百科事典的報告書の最新版。2022年3月現在までに収集した情報。冒頭の特集「COVID-19の感染状況と政府の対策」は、「ケア・ホームなどソーシャル・ケア分野における感染状況と対策」も紹介。医療機関・医療従事者のパンデミックに対する対応は、報告書本体の「医療提供体制」の項に埋め込まれている。なお、そのプライマリー・ケアの項には「社会的処方」の記述はない。

○三原岳「かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか（上）（下）」「基礎研レポート（ニッセイ基礎研究所）」2023年2月13・22日（ウェブ上に公開）

…36頁の長大論文・労作。副題は（上）が「年末に示された部会意見を読み解き、論点や方向

性を考える」、(下)が「包括ケア強化と受療権確保で対立、『神学論争』を超えた視点を」。

(上)では社会保障審議会医療部会「意見書」(昨年12月)でこの間の議論が決着したとして、「決着の内容」を4点にまとめ、それを大枠として評価した上で、問題点・「今回の決着の課題」を指摘している。(下)では「『神学論争』と化した議論を振り返り、かかりつけ医制度化の賛成派と反対派の主張をていねいに紹介し、それを踏まえて、『神学論争』を超えるための視座」や「今後の制度改革に向けた選択肢」を示す。「制度化賛成派の主張」として、「財務省が外来医療費の抑制に期待していたのは間違いない」と断言(下:8頁)。「財政審、諮問会議の動向」の項(下:2-3頁)で、2021年11月の財政審の会合で、草場鉄舟氏が「かかりつけ医総合制度」の構築を主張した後、2021年12月に財政審「建議」が「かかりつけ医の制度化」を提案したことを明記。

三原氏の事実認識・論点の整理は概ねバランスがとれており、引用文献も豊富で、1980年代以降の論争・論点を鳥瞰できるが、私の論文が1つも引用されていないのは残念。なぜか、2月10日に閣議決定され、今後の制度改革の「第一歩」になる「医療法改正案」にはほとんど触れていない。また、三原氏の「視座」や「選択肢」は大半が一般論で、しかも医療法改正で可能な改革も含まれると思う。三原氏は「『ケアの包括性強化』『患者の受療権確保という二律背反が主な対立点』だったとし、自身は「医療の『入口』を何らかの形で絞り込む」こと(「ゲートキーパー機能」)を重視しているが、私は上記「二律背反」という認識には疑問があり、「ケアの包括性強化」は今回の医療法改正でかなり改善されると思う。また、氏は「医療の『入り口』を絞り込む視点」は、『『地域包括ケア』のうち、包括ケア…と符合する部分大きい』と書いているがこれは??? (下:14頁):地域包括ケアはネットワークでありこの視点はない。

なお、私も小泉政権時代の医療制度改革論争を「時には『神学論争』と揶揄される」と評したことがある(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,120頁)。しかし、キリスト者である同僚の日本福祉大学教員から「『神学論争』はキリスト教神学の重要な論争を指す中立的表現で、それを『不毛な論争』、『水掛け論』という意味で用いるのは不適切」という趣旨の批判を受け、それ以降この用語は使わないようにしている。

○猪熊律子『塀の中のおばあさん 女性刑務所、刑罰とケアの狭間で』角川新書,2023年3月。
…刑務所に入る受刑者数(男女計)は最近大きく減少しているが、女性受刑者、特に65歳以上の女性受刑者は増え続け、それに伴い刑務所の「福祉施設化」が生じている。ベテランの社会保障記者である著者はこの理由を知るために、全国の刑務所の訪問調査と、女性受刑者(高齢女性を中心に、摂食障害の受刑者や覚醒剤にはまった女性も含む)へのインタビュー・「密着取材」を行い、「刑罰と治療・教育は車の両輪」との結論に達している。併せて、刑務官の声や近年の法改正等による「塀を低くする試み」、フィンランドやイタリアの改革事例も紹介。終章では「塀の内側から考える社会保障」について問題提起。「話された内容や言葉の一つ一つから、その状況下における『真実』を伝えるのが記者の仕事」(243頁)と自負する著者の取材力と構成力には脱帽。ただし、終章の大半が「一般論」に留まっているのは残念:「福祉制度はもちろん、自治体や民間も巻き込んだ地域コミュニティの再構築」(233頁)等。司法福祉論の生きた「副読本」にもなっており、ソーシャルワーカー必読と言える。

○古城資久『病院経営者の心得とM&Aの実際』経営書院,2023年4月。

…医療法人白鳳会グループ理事長の古城資久氏は21世紀に入ってからの20年間で、主としてM&Aの手法を用い、同グループを10病院・60余りの介護系施設、職員数5000人超、年収500億円超・経常利益50億円超の、全国有数の病院グループ・複合体に成長させてきた。本書は古城氏が旺盛な学習と実体験で身につけた病院経営の理念とノウハウ、各病院をM&Aで取得した動機とプロセスを惜しみなく紹介し、**21世紀の「医療経営の生きた教科書」**になっている。特に第2部「私の病院M&A手法」はこの領域のバイブルになると思う。

私が古城氏に単著の出版を勧めるきっかけになった記念碑的論文「保健・医療・福祉複合体の優位性を論じる」(2009)も収録(140-152頁)。古城氏はその論文の解説で、自己の「経営戦略の方法」を以下のように明快に述べている：「地方都市では…『保健・医療・福祉複合体』の確立であり、都会地ではM&Aと医療連携を用いた業容拡大」。私は、本書冒頭の「推薦の辞」で、白鳳会グループに最も注目していることとして、「経営情報(財務諸表)を含めた情報公開を、職員に対しても、社会に対しても徹底して行っていること」、及び「『平等医療・平等介護』を掲げていること」の2つをあげた。前者について、古城氏がM&Aで取得した病院職員への説明会について、「一番大切なことは、経営数値をすべて公開すること」としていることに驚いた(228頁)。**病院の経営者・幹部&研究者必読!**

C. コロナ関連

○長谷川政美『ウイルスとは何か 生物か無生物か 進化から考える本当の姿』中公新書、2022年12月。

…進化生物学の視点から、「系統樹」を多用し、ウイルス研究の最前線をとてんこ盛りのように紹介。「ウイルスの中で病気を引き起こすようなものはわずか」で、「ウイルスという存在がなかったら、現在のようなかたちでヒトが存在することはなかった」ことは理解できる。「コウモリの独自性」、「コウモリはウイルスの貯蔵庫」である理由の説明(120-134頁)等、知的好奇心をかき立てる記述も少なくないが、全体に記述が専門的すぎ(over teaching)、一般読者(私を含む)はとても最後まで読み通せないa/o所々しか理解できないと思う。

○医療科学研究所監修『新型コロナウイルス感染症—課題と展望』法研、2023年3月。

…コロナウイルス感染症流行の対策についての論点と今後の課題について「記録を残す」ことを目的にして、流行の当初から対策に関わってきた人々(合計15人)が、主として2021年までの状況について寄稿：埼玉県と新宿区の首長、国の感染症サーベイランス実施者、治療薬やワクチン・医薬品等の規制当局、感染症の医療と分析に当たった臨床医、メディアやリスク・コミュニケーション、差別的言動を考える研究者等。医療科学研究所のシンポジウムをベースにしているので大変読みやすく、しかも臨場感・迫力のある報告が多い。

私は、特に以下の指摘に共感・注目した。吉住健一新宿区長：「『夜の街』と『不要不急』…フレーズが招いた分断」、「報道と現実の乖離…エピソード=エビデンスではない」(第2章)。佐藤大作(厚労省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長)：(安倍首相が迅速承認を執拗に求めた)アビガンの審査について、「緊急事態下であっても、医薬品・医療機器等の評価は、あくまで科学的な議論の上に成り立つことを筆者としても期待している」(第4章：85-86頁)。古瀬佑気(京都大学ウイルス・再生医科学研究所准教授)：感染症数理モデルについて「数式を一切使わない」説明をした上で、「政府の思惑」と「専門家の葛藤」を率直に述べる(第6章)。

○須田木綿子「COVID-19の感染拡大による介護保険指定事業者への影響―退出の視点から」

『社会政策』14(3):144-151頁, 2023年3月。

…介護保険サービスを提供する事業所の退出パターンに、COVID-19の感染拡大とそれに伴う支援政策の導入という2つの「環境変動」が及ぼす影響を検討することを目的に、東京都内の2つの区の通所介護事業所と訪問介護事業所の全数調査を2021年5～8月に行い、2005年以来実施してきたパネル調査の結果と比較し、退出率の変化を検討した。併せて、事業所のチェーン化による再編の影響も検討した。その結果、感染拡大期に事業所の退出が増加した様子は観察されず、事業種による退出率の差も検出されなかった。退出に関わる検討から、厚生労働省による支援政策が事業所の戦略的な「非退出」を促進したと考えられた。さらに著者は、COVID-19経験から、介護保険事業は有事の安定性に優れているとの見直しが広がって、大規模事業者による中小事業者のM&Aが加速し、これら事業者は薄利多売モデルによって介護保険サービスを提供することで収益性の維持・拡大をはかり、それ以外の中小規模の事業者との二極化が進むと予見している。COVID-19の感染拡大により介護保険事業所の倒産が激増したとのセンセーショナルな報道を実証的・定量的に否定した貴重な研究。

D. 政治・経済・社会関連

○リチャード・セイラー、キャス・サンステーション著、遠藤真美訳『ナッジ 実践行動経済学 完全版』日経BP社, 2022年11月(原著2021。初版(2008)の翻訳は2009)。

…初版の骨格を維持しつつ、2つの章(第7章スマート・ディスクロージャー、第8章スラッジ)を加え、それに対応して残りの部分にも加筆。気候変動と環境に関する考察を増やし、「選択アーキテクチャーには限界があること」、「ナッジだけでは問題は解決できない」ことを認めつつ、「あらゆるツールの総動員が用いられるプロジェクトに、さまざまなかたちでナッジを活用できることを明らかにしていく」。最初の4つの章だけはあまり変わっておらず、「リバタリアン・パターナリズム」という言葉も引き続き使用。ナッジに対する異論については、1章(第5部第15章)を割いている。(以上、「完全版への序文」より)。

○キャス・R・サンステーション著、土方奈美訳『スラッジ 不合理をもたらすぬかるみ』早川書房, 2023年1月(原著2021)。

…「ナッジ」(nudge)という言葉が世界的流行語にした1人であるサンステーションが、その反対語とする「スラッジ」(sludge. ぬかるみ)が行政活動や日常生活の至る所にある様子を分析し、スラッジを削減するため包括的「スラッジ監査」を定期的実施することを提唱。

「スラッジの実例」(第4章)では、社会給付の項で、「スラッジの除去という点ではお手本といえる」アメリカの社会保障(公的年金)制度をあげ、「それが国民にわずかな手続きしか求めている」一因として、「社会保障庁が国民の所得を捕捉し、受給資格や給付水準を自動的に判断するようになっている」ことをあげる。著者はスラッジを全否定はせず、「制度の公平さ」のために「スラッジが必要な[場合もある]理由」をあげると共に(第5章)、スラッジが生むのは損失か利益かについて「ときには価値観を巡る激しい対立が起こることを指摘。ただし、私にはスラッジの大半は「書類負担やそれに伴う負担」の言い換えにすぎず、わざわざ新語で表す意味が分からない。115頁の薄い本で、記述も平易で行動経済学の基礎知識がなくてもスラスラ読める。上記『ナッジ』の派生本・副読本・便乗本とも言える。

○フィリップ・アギヨン他著、村井章子訳『創造的破壊の力 資本主義を改革する 22 世紀の国富論』東洋経済, 2022 年 12 月 (原著 2020)。

…シュンペーターが提唱した「創造的破壊論」を経済学の成長理論に取り込んだフランスの経済学者が、世界各国 (特に欧米) の 200 年に及ぶ統計データとこの分野の理論研究・実証研究を駆使して、経済成長の様々な謎を探った大著 (488 頁)。コレージュ・ド・フランスでの連続講義をベースにしており、複雑な数式をまったく使わず分かりやすい図を多用しているので、「経済学の専門知識がなくてもイノベーションと成長の分野における経済学の最新の研究成果を理解できる」。フランスの研究者らしく、「持続的で平等な繁栄」を重視し、そのために投資家&保険者としての役割を重視すると共に、市場対政府の二項対立に陥ることなく、市民社会の役割を重視している (「市場、政府、市民社会が構成するトライアングル」)。全体を精読するには多大の時間と労力が必要だが、「経済学」領域のイノベーション研究の最新かつ包括的知識を得られる (私は、「経営学」領域のイノベーションの教科書には疑問を持っている)。第 1 章と終章の全文、第 2～15 章のイントロと「この章のまとめ」、及び各章の興味を持った記述を拾い読みするだけでも得るものは多い。

医療 (保障) についてのまとまった記述はないが、私は、著者が創造的破壊を進めつつ、「有権者の支持を得ると同時にポピュリズムへの墮落を避けるためには、しっかりしたセイフティネットを整備することが重要だ」として、「**第 1 のセイフティネットは、このほどのパンデミックで思い知らされたように、誰もがアクセスできる質の高い医療制度**」と指摘していることに注目した (302-303 頁)。

○西山太吉・佐高信『西山太吉 最後の告白』集英社新書, 2022 年 12 月。

…佐藤栄作内閣時代の沖縄返還密約をスクープし、権力の報復を受けて、毎日新聞を退職した西山記者の文字通り最後の告白 (2023 年 2 月 24 日死去, 91 歳)。ただし、沖縄密約の構図の多面的分析は第 6 章のみで、大半 (第 2 章～第 5 章) は西山氏の伝記と自民党政治の裏面史。西山氏は、「沖縄返還で、日米同盟の姿、そして日本の国の根底から変わってしまった」と述懐。西山氏は記者時代、自民党宏池会 (特に大平正芳氏) に強いシンパシーを持ち、「[西山] 事件がなかったら [大平派から] 選挙に出ていた」と語る (128 頁)。それだけに、「宏池会の精神はない」岸田首相を厳しく批判。

○田原総一郎+週刊朝日編集部『さらば総理 歴代首相通信簿』朝日新聞出版, 2022 年 12 月。
…田中角栄首相以降の歴代総理に直撃取材を続けている現役最高齢 (88 歳) の政治ジャーナリストに対する事実上のインタビュー。安倍晋三氏に対する「戦後レジーム脱却・靖国参拝・東京裁判“封印”で最長政権へ」という評価は、『安倍晋三回顧録』にはない重要な視点 (11 頁)。菅首相が「日本学術会議の会員候補 6 人の任命を拒否した問題」について、「学術会議がああ候補者名簿を出した時は安倍内閣だった。菅が官房長官だったとはいえ、いわば安倍が『ノー』を突きつけた。／それを引き継いだ菅内閣が、安倍の決めたことをひっくり返せるわけがない」との指摘は的を射ていると思うが、「物証」は示していない (164 頁)。サラリと読めるが、深みはない。各総理の「通信簿」も独断的 (例: 田中角栄が満点! ?)。

○恒川恵市『新興国は世界を変えるか 29 か国の経済・民主化・軍事行動』中公新書, 2023 年

1月。

…経済成長率と経済規模に基づいて選んだ29か国の経済・政治（民主化、政治体制）とその変化を、可能な限り定量的に分析した準学術書。第2章「福祉国家形成の試練」はなかなか面白いし、他章にも鋭い指摘がある。しかし、29か国に、今や日本と同水準の高所得国となっている韓国・台湾・シンガポールを含む一方、中国・ロシアという超大国も含み、それらを同じ枠組みで分析するのは無理がある。実際に、第6章のすべてと第7章の大半は中ロの分析で、「新興国は世界を変えるか」という本書の問いにも答えられていない。

○原俊彦『サピエンス減少—縮減する未来の課題を探る』岩波新書, 2023年3月。

…書名と序の「世界人口の増加と日本の人口減少 [という二律背反的状况] をどう考えるべきか?」という問いは魅力的。「現在の日本が経験している人口減少は歴史的な人口転換の帰結であり、先進国を中心に世界の多くの国々も遅かれ早かれ同じ道を歩むと考え」、人口減少を「前代未聞の『国難』といった国粹主義的で排他的な捉え方をすべきではない」との主張（序）にも共感。第1章～第3章は著者の人口学研究に裏付けられており勉強になる（ただし、第2・3章は数値過多で読みづらい）。私は、「人口学では、天変地異・疫病・戦争などが人口に与える影響は一時的なものであり、人口は時間の経過とともに元の水準に戻る」と考えられている」との記述（24頁）に納得した（私もBuzzfeedJapanの2020年7月インタビューで「コロナで世界は大きくは変わらない」と述べた（「ニューズレター」193号（2020年8月））。しかし第4・5章は著者の専門外の文献の「お勉強」の披瀝、素人談義、放談のオンパレード。特に第4章2「生産と再分配の問題」は粗雑で読むに堪えない。