

2024.2.5(月)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻235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が、**他の雑誌に発表済み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。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様の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掲載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

235号の目次以下の通りです(30頁)

1. 論文：医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証
(「二木教授の医療時評(217)」『文化連情報』2024年2月号(551号)：32-38頁) ……2頁
2. 論文「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化—この間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえて」(『月刊/保険診療』2024年1月号(79巻1号)：52-56頁) ……8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215回：2023年分その111：8論文) ……15頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その229) —最近の名言・警句— ……22頁
5. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第33回) ……24頁

お知らせ

論文「『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しはなぜ必要か?」を『日本医事新報』2024年2月3日号に掲載しました。本「ニュースレター」236号(2024年3月4日配信)に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. 論文：医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証

（「二木教授の医療時評(217)」『文化連情報』2024年2月号：32-38頁）

はじめに

私は、2022～2023年に、かかりつけ医の制度化（登録制等）やかかりつけ医機能の強化に関する論文を多数発表しました。最初の論文ではかかりつけ医の制度化・拡充により医療の質の向上と医療費抑制の両方が実現するとの主張の妥当性を検討しました(1)。その結果、国際的にも、プライマリケアの拡充で医療の質は向上するとの研究はあるが、それにより医療費が抑制できるとの厳密な実証研究はなく、逆に多くの研究では医療費はむしろ増加するとの結論が得られていることを示しました。

私は、1980年代以降、厚生（労働）省や一部の研究者が発表した「医療の質を向上させつつ（維持しつつ）医療費を抑制する」とのさまざまな提案・主張を検討してきましたが、そのほとんどは論理的または実証的に成り立たないとの結論を得ています。本稿では、過去40年間に行った主な提案・主張の検証結果のポイントをまとめて紹介します【注1】。

長期入院の是正・在院日数の短縮

厚生（労働）省のこの種の最も古い公式改革案は1987年発表の「国民医療総合対策本部中間報告」中の（老人医療の）「長期入院の是正」です。

私は当時、医療の質を向上させるためには、平均在院日数の短縮＝不必要な「長期入院の是正」が必要であることを認めた上で、「長期入院の是正」を行うためには、欧米諸国に比べて著しく長い日本の病院の在院日数の歴史的・社会的要因にメスを入れる必要があるとして、主に次の2点を指摘しました(2)。①日本の病院のマンパワーが著しく少ないために、集中的な治療が困難。②病院以外の施設や在宅サービスが立ち後れているため、病院がそれらの施設・サービスの代替機能を果たしている。そして、①・②を是正して、「長期入院の是正」を行うと、医療・福祉費は増加すると述べました。

①については、日本の開設者別一般病院の平均在院日数と100床当たり従事者数の相関係数が-0.875に達していることも示しました。私のこの指摘はそれから30年以上後の2011年に厚生労働省も追認しました。具体的には、当時検討されていた「社会保障・税一体改革」のための「医療・介護に係る長期推計」（2011年6月2日、11頁）で、日本を含めた5か国（日米仏独伊）の「平均在院日数と1病床当たり職員数」の間には明らかな逆相関があることが「見える化」されました。

福祉のターミナルケア・在宅での看取り

1997年に広井良典氏等は、延命のみを目的とする過剰な医療を強く批判し、自宅または特別養護老人ホームでの医療抜きのターミナルケア（「福祉のターミナルケア」）を行えば、終末期医療費（死亡前1年間の医療費）を大幅に削減できると主張しました(3)。この主張をめぐっては広井氏と石井暎禧氏・滝上宗次郎氏・横内正利氏等の間で激しい論争が行われました。

私は広井氏等の主張を医療経済学的に検討し、次のように批判しました(4)。①自宅死の費用が月4～6万円と仮定しているが、これは家族介護の「社会的費用」を無視しているだけでなく、重症患者では相当濃厚な在宅ケア（医療プラス福祉）を行えば月20～40万円かかる。②特別養護老人ホームの措置費は月26万円としているが、減価償却費と医療費を含めると月40万円になる。

その上で、「死に場所の選択の拡大と多様化」には賛成だが、「医療や福祉のようなサービス分野（労働集約産業）では、少なくともマクロ的には、『良かろう安かろう』はなく、『良かろう高かろう』と『悪かろう安かろう』の選択肢しかない」と結論づけました。

それから約20年後の2018年には、3人の在宅訪問医の「在宅での看取りで医療介護費の抑制は可能」との報告を検討し、報告された「在宅ホスピス」的ケアの医療・介護費用は月60～75万円とかなり高額であり、介護保険施設での看取り（40万円台）よりむしろ高額であると指摘しました(5)。併せて、2人の報告者が家族介護の「社会的費用」を含めていないことを批判しました。

在宅・地域ケアの推進

「在宅での看取り」に限らず、在宅・地域ケアは利用者の満足・QOLを高めつつ、施設ケアに比べて費用が安くなるとの主張は、日本だけでなく、欧米諸国でも1970年代までは行われていました。

それに対して、1980年代以降は、家族介護等を加えた「リアルコスト」でみると、地域・在宅ケアが施設ケアに比べて安上がりとは言えないこと、特に長時間の介護・ケアを必要とする重度障害者については、地域・在宅ケアの方が高くなるのが、学問的にも、政策的にも確認されるようになりました。さらに、1990年代以降は、公的費用（マネーコスト）に限定しても、地域・在宅ケアの方が高いとの研究が多くなりました。

この点について決定的なのは、1994年にワイザート等が発表した「地域基盤の長期ケアの効果についての研究」のメタアナリシス（対象は32研究。うち22はランダム化比較試験）で、地域ケアによるナーシングホームや病院への入院の抑制効果はごく限定的であり、地域ケア群の総公的費用は対照群に比べて平均15%高いという決定的結果が得られました(6)。その後も、この結論を覆すような厳密な個別研究もメタアナリシスも発表されていません。私は1995年に出版した『日本の医療費』の第4章「医療効率と費用効果分析—地域・在宅ケアを中心として」で、以上の知見を詳しく紹介しました(7)。

在宅・地域ケアの「リアルコスト」は、施設ケアよりも高いことを示した最新文献は2017年のOECD報告書で、加盟15か国のデータに基づいて、重度の障害高齢者の在宅フォーマルケアの1週当たり費用は12,000米ドルであり、施設ケアの費用9,000ドルを大幅に上回っていると報告しています(8)。

在宅ケアが施設ケアに比べて費用がかかることは、厚生（労働）省の見識ある高官—伊藤雅治老人保健福祉部老人保健課長（1989年）、佐藤敏信保険局医療課長（2008年）、鈴木康裕保険局長（2016年）（肩書きはいずれも発言時）—も、異口同音に認めています(9)。そのためもあり、厚生労働省は在宅ケア、より広くは地域包括ケアにより費用が削減できるとは主張していません。

診療の標準化とクリティカルパス

1997年には日本開発銀行の研究者が、電子カルテシステムを導入している病院のデータベースを集積し、もっとも費用対効果の大きい「標準的な診療プロセス」を確立すれば、過剰診療を抑制し、受療率も低下するので、3兆4200億円節減できると試算しました(10)。

私はこの主張を以下のように批判しました(11)。①診療の標準化を行うと、過剰診療が是正される反面、過少診療も是正され、受療率が高くなる可能性もあり、現実どちらが生じるかは理論的に予測できない。②当時電子カルテシステムを導入していた病院は日本を代表する超高機能病院で、それらの病院の実績に基づいて診療を標準化すれば、医療費総額は確実に高騰する。

同じ時期に、日本の医療・看護界では「クリティカルパス」が流行し、それにより医療の質の向上と在院日数の削減の両方が生じ、医療費も減少するとの主張もされました(12)。私も、それにより入院患者1人当たり医療費が削減されることには同意しつつ、マクロレベルではクリティカルパスの導入により、医療費総額は増加する可能性が大きいと指摘しました(11)。その理由は以下の2つです。

①医療ニーズに比べて供給が遅れている医療分野では、平均在院日数の短縮により空きベッドは生まれず、別の患者が入院し、入院患者総数が増加するため、総医療費が増加する【注2】。②クリティカルパスは高機能病院をベースにして作られることがほとんどであり、それらの病院の1日当たり入院医療費は平均的病院に比べてはるかに高いため、クリティカルパスが平均的病院に普及すれば、入院医療費は増加する可能性が高い。

予防医療・健康増進活動

最後に、予防医療・健康増進活動による医療費抑制は、医療の質を向上させつつ医療費を抑制する改革案の定番と言えます。政府レベルでも、小泉政権時代の2006年の「医療保険構造改革」では、生活習慣病予防により平成37年(2025年)度で医療給付費を2兆円「適正化」することが決定されました(13)。第二次安倍内閣時代には、経済産業省主導で予防医療の推進・健康寿命の延伸により医療費の抑制と「ヘルスケア産業」の育成が目指されました(14)。しかし、現在では、これらの政策は完全に過去のものとなっています。

私は、『平成26年版厚生労働白書』が健康寿命の延伸により「結果的に医療・介護費用の増加を少しでも減らすことができれば、国民負担の軽減につながる」(2頁)と主張したのを以下のように批判しました(15)。

「各国でさまざまなモデル事業や膨大な実証研究が行われ…予防や健康増進活動による健康アウトカムの改善効果はそれなりに確認されていますが、医療費節減効果はほとんど確認されていません。逆に、厳密なランダム化比較試験に基づき、広く社会的次元で費用計算を行った研究では医療費を増加させるとの結果が得られています。医療費を節減したとの報告も少数ありますが、それらは私の知る限り、エビデンスの質が低いとされる非ランダム化試験によるものであり、しかも多くは介入群の費用に介入費用を含んでいません」。それに続いて、本誌上で「予防・健康増進活動の経済評価の主な文献」を紹介しました(16)。その後10年間、国内外でさまざまな実証研究が積み重ねられていますが、この結論は現在も変わっていません。

おわりに

以上、1980年代以降の40年間になされた「医療の質を向上させつつ(維持しつつ)医療費を抑制する」とのさまざまな提案・主張についての私の検証結果を紹介してきました。私は以上の結果

を踏まえて、労働集約型産業である医療では、「医療の質を向上させつつ、医療費を抑制する改革」は、ごく例外的にしかなく、医療の質の改善のためにはある程度の医療費増加が必要で、そのための財源確保策を検討・提示することが不可欠であると考えています。本稿では紙数の制約のため、検証結果のポイントしか紹介できなかつたので、興味のある方は元論文をお読みください。

最後に、**医療経済学では医療費抑制と医療の効率化は峻別される**ことに注意を喚起します。効率化とは原理的には費用対効果（費用÷効果）の比率を低下させることであり、費用が多少増加してもそれ以上に大きな効果が得られる医療技術・サービスは「効率的」と見なされます。医療の経済評価論文で「費用効果的(cost-effective)」と見なされる医療技術はほとんどすべて、効果があるが費用も増加する、しかし費用増加は社会的に許容範囲と見なされるものです。2019年度から開始されている日本の新薬等の経済評価に基づく薬価決定でも、QALY（質調整生存年）1年延長当たりの追加的年間費用（ICER）が概ね500万円以下であれば、「費用効果的」と見なされています（17）。

【注1】私も病院勤務医時代には「医療の質を落とさない医療費節減」を主張したが、2006年に修正

実は、私も東京・代々木病院の勤務医だった1983年に、同病院での脳卒中早期リハビリテーションと地域リハビリテーションの経験とデータに基づいて、次の2つのシミュレーション研究を行い、「医療の質を落とさない医療費節減」は可能と主張しました（18, 19）。

①脳卒中の早期リハビリテーション（発症後1か月以内入院）を行えば、非早期入院と比べて、在院日数を48%短縮でき、入院医療費も39%節減できる。②脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携（一般病院・リハビリテーション専門病院・長期療養施設・在宅医療のネットワーク形成）を行えば、一般病院に長期入院している場合と比べて、費用を48%~19%節減できる（費用を医療費に限定するか、家族介護の社会的費用を含めるかで数値は異なる）。

①は厚生省の担当者も注目し、「国民医療総合対策本部中間報告」（1987年）で「リハビリテーション対策の見直し」が行われ、「発症後早期のリハビリテーション」が強調される際の参考にされました。

なお、私は②の経済的効果が一病院・一地域の枠を超えて全国的に実現するためには、各種医療・福祉施設が適正に作られ、合理的に連携することが不可欠であるが、現実にはさまざまな問題が山積しており、この経済的効果が全国的に実現することは現状では困難であるとも指摘しました。

しかし、その後、このような費用削減効果は「短期的」に言えることであり、「長期的」に見ると、総費用はむしろ増加すると考えるようになりました。そのきっかけは、代々木病院で脳卒中早期リハビリテーションと退院後の長期管理を継続して行っていると、再発患者や高齢患者（その多くは再入院）の入院割合が増加し、リハビリテーションの成績（特に歩行自立患者の割合）が低下したことに気付いたことでした（20）。そこで、2006年の第43回日本リハビリテーション医学会学術集会のパネルディスカッション「リハビリテーション医療と診療報酬制度」での報告で、以下のよう

に述べ、それまでの自説を一部修正しました（21, 22）。
「早期リハビリテーションにより『寝たきり老人』は減らせるので、医療・福祉費は短期的には確実に減少し、余命の延長も期待できます。しかし、寝たきりを脱した患者にはさまざまな基礎疾患があり、しかもたとえ早期リハビリテーションを行っても、なんらかの障害が残ることが普通なので、延長した余命の期間に、脳卒中が再発したり『寝たきり』化する確率が高いため、累積医療費が増加する可能性が高いのです。この点についての実証研究は私の知る限りまだありませんが、

オランダの禁煙プログラムの医療費節減効果のシミュレーション研究のロジックと計算結果は非常に示唆的です。それによると、禁煙プログラムの実施により、医療費は短期的には減少するが、喫煙を止めた人々の余命の延長とそれによる医療費増加のために、長期的には（15年後以降は）累積医療費は増加に転じるという結果が得られています(23)。

【注2】医療の需給バランスがとれている地域では、クリティカルパス導入で医療費は抑制される？

これは、私の日本福祉大学大学院での「医療福祉経済論」講義で、クリティカルパスについて説明するとき時々出される問い・疑問です。これを意識して、私は本文で、「医療ニーズに比べて供給が遅れている医療分野」との限定を付けました。例えば、かつては絶対的に不足していた脳卒中のリハビリテーション医療です。この場合は、クリティカルパス導入による在院日数の短縮により病床に余裕が生まれると、「潜在需要（ニーズ）」が顕在化して入院患者が増えるので、「地域の医療費全体」も増加します。

それに対して、地域で医療ニーズと医療供給がバランスしており、「地域における患者数は一定数に限られる」場合も、クリティカルパスを導入している病院はそうでない病院よりも高機能病院であることが多いので、導入していない病院に入院した場合に比べて1日当たり医療費が相当高くなり、「地域の医療費全体」（1日当たり医療費×在院日数×患者数）が増える可能性があります。同じ重症度の患者が中小病院に入院するより、大病院・大学病院に入院したほうが、医療費が高くなるのと同じです。これは、「おわりに」で書いた、医療の効率化で医療費が増加する例であり、私は好ましいことだと判断しています。

文献

- (1) 二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加するー過去20年間の実証研究の結論」『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁。
- (2) 二木立「国民医療総合対策本部中間報告が狙う医療再編成の盲点」『社会保険旬報』1987年9月21日号（1591号）：10-14頁、同年10月1日号（1592号）：11-16頁（『リハビリテーション医療の社会経済学』勁草書房, 1988, 41-70頁）。
- (3) 「『福祉のターミナルケア』に関する調査研究事業報告書」長寿社会開発センター, 1997。
- (4) 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房, 2000, 159-170頁（「福祉のターミナルケア」で費用抑制は可能か？）。
- (5) 二木立「在宅での看取りの推進で医療介護費の抑制は可能か？」『日本医事新報』2018年2月3日号（4893号）：20-21頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 28-31頁）。
- (6) Weissert WG, et al: Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. J Am Geriatr Soc 42:348-353, 1994.
- (7) 二木立『日本の医療費』医学書院, 1995, 173-197頁（医療効率と費用効果分析ー地域・在宅ケアを中心として）。
- (8) OECD: Tackling Wasteful Spending on Health, OECD, 2017, pp. 208-209.
- (9) 二木立「地域包括ケアと地域医療構想についての事実と論点」『文化連情報』2018年9月号（486号）：14-21頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 12-27頁。引用箇所は24-25頁）。
- (10) 寺崎友芳・澤地一「ヘルスケア分野における情報化の現状と課題」『調査（日本開発

銀行)』228号:2-69頁,1997。

(11)二木立「医療効率と医療の標準化－医療経済学の視点から」『月刊／保険診療』1999年1月号(59巻1号):37-41頁(『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,145-158頁)。

(12)森山美知子・済生会山口総合病院看護部『ナーシング・ケースマネジメント－退院計画とクリティカルパス』医学書院,1998,84-90頁。

(13)柴畑潤「医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント」法研,2007,54頁。

(14)二木立「経済産業省主導の『全世代型社会保障改革』の予防医療への焦点化－背景・狙いと危険性」『文化連情報』2019年1月号(490号):22-31頁(『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,37-52頁)。

(15)二木立「健康寿命延伸で医療・介護費は抑制されるか?－『平成26年版厚生労働白書』を読む」『日本医事新報』2014年8月16日号(4712号):16-17頁(『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,202-207頁)。

(16)二木立「予防・健康増進活動の経済評価の主な文献」『文化連情報』2014年10月号(439号):13-18頁(『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,208-218頁)。

(17)二木立「医薬品等の費用対効果評価の価格調整方法の大筋合意を複眼的に評価する」『文化連情報』2017年12月号(477号):6-11頁(『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,96-105頁)。

(18)二木立「医療の質を落とさない医療費節減 脳卒中医療・リハビリテーションの効率化の経験から」『社会保険旬報』1983年2月1日号(1420号):4-9頁。

(19)二木立「施設間連携の経済的効果－脳卒中医療・リハビリテーションを例として」『病院』1983年1月号(42巻1号):37-42頁(『医療経済学』医学書院,1985,77-92頁)。

(20)戸倉直実・積勉・近藤克則・大河原節子・二木立「地域病院での脳卒中早期リハビリテーションにおける再発・高齢患者の増加とリハ成績の低下」第26回日本リハビリテーション医学会学術集会報告,1989(抄録は『リハビリテーション医学』26(6):451-452頁,1989。報告全文は『保健予防医学研究所報』5号:25-26頁,1990)。

(21)二木立「医療経済学から見たリハビリテーション医療の効率」『文化連情報』2006年7月号(340号):28-32頁(『医療改革』勁草書房,2007,28-31頁)。

(22)二木立「リハビリテーション科医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識－効果的・効率的で公平なリハビリテーションのために」『文化連情報』2014年7月号(436号):16-24頁(『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,178-192頁)。

(23) Barendregt JJ, et al: The health care costs of smoking. N Engl J Med 337:1052-1057, 1997.

[本稿は、『日本医事新報』2024年1月13日号掲載の「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案のどこが問題か?」に大幅に加筆したものです。]

2. 論文：日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化—この間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえて

（『月刊／保険診療』2024年1月号（79巻1号）：52-56頁）

結論：私は多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことに大賛成です。しかし、それは「権利」であり「義務」ではありません。今必要なのは、医療法改正で規定された「かかりつけ医機能の強化」を具体化・定着させ、できるだけ多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことであり、法改正の枠を超えた個人の夢や思いを語ることはありません。

はじめに

日本では、コロナ禍2年目の2021年以降、「かかりつけ医の制度化」をめぐって医療界内外で激しい論争が繰り広げられました。それは2022年6月の閣議決定「骨太方針2022」以降加熱しました。しかし、2023年5月に成立した医療法改正によって、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」は否定され、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」ことになりました。本稿では、この期間に私が発表した7つの論文をベースにして、4つの柱立てて、「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化」についての私の事実認識と価値判断を述べます(1-7)。

1 医療制度改革についての私の基本的スタンス(1)

まず、医療制度改革についての私の基本的スタンスを述べます。私のスタンスの大前提は、日本を含めたすべての高所得国では医療制度の「抜本改革」は不可能で、**日本医療の歴史と現実を踏まえて、既存制度の部分改革を積み重ねる必要がある**ことです。その上で、4点述べます。

①医療の質の改善にはある程度の医療費増加が必要で、そのための財源確保策を検討・提示することが不可欠です。私の長年の医療経済・政策学の研究から得た経験則の1つは、「医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制する改革」は、ごく例外的にしかないと考えます。

②各国の医療制度はその国の文化的・社会的・政治経済的条件に規定されているので、他国の制度を「つまみ食い」的に日本に移植することは不可能です。そのため、どこの国であれ、他国の制度を理想化しその日本への移入を主張する「出羽守（ではのかみ）」—アメリカではとか、イギリスではとか、スウェーデンではという言説—は有害無益です。

③私は医療は医師・医療従事者と患者との「信頼関係」・「協働作業」を基礎にしていると考えており、それを崩す「上から目線」の改革、ましてや財政優先の改革には強く反対します。

④しかし、私は決して「守旧派」ではなく、医療者・医療団体の自己改革は不可欠と考えており、長年それについて提案してきました。

2 「かかりつけ医機能の強化」対「かかりつけ医の制度化（登録制等）」—私の主張

次に、この間の「かかりつけ医機能の強化」対「かかりつけ医の制度化（登録制等）」についての論争での私の5つの主張を簡単に紹介します。「主張」と書きましたが、ほとんどは私の事実認識です。(1)～(5)は元論文の見出しです。

その前に、「かかりつけ医」は日本独特の用語であり、諸外国は、「プライマリケア（医）」、「一般医（GP）」、「家庭医」、「主治医」等を用いていることに注意を喚起します。以下、これらの用語は敢えてルーズに使用します。

(1)プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加するー過去20年間の実証研究の結論(2)

第1の主張は、プライマリケアの拡充で医療の質は向上する可能性があるが医療費は抑制できない、むしろ増加することが、過去20年間の医療経済学の実証研究の結論であるです。

このことは2022年10月に発表した論文で指摘しました。当時、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」を主張する一部の経済学者等は、かかりつけ医・プライマリケアの拡充で医療の質が向上すると共に、医療費を節減できると主張していました。私も以前から、プライマリケアと医療の質と医療費との関係について興味を持っています。また私は、長年、20誌以上の医療経済学や医療政策研究の英語雑誌を毎号チェックし、それらの関係を検討した実証研究はその都度、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」の英語文献抄訳欄で紹介してきました。その結果、プライマリケアの拡充が医療の質を引き上げることが示した実証研究はあるが、それが医療費を抑制することを示した実証研究論文はほとんどなく、逆にプライマリケアの拡充により医療費が増えるか、医療費は変化しないとの良質な研究がたくさんあることを確認していました。この論文では、私が20年間に「ニューズレター」で紹介した35論文から8論文を精選して紹介しました。

以下、主な研究を例示します。ヨーロッパ31か国の国際比較研究によれば、強力なプライマリケアは高医療費と相関します。同じくヨーロッパ18か国の国際比較研究では、プライマリケアのフリーアクセスが良いほどGPへの満足度は高いことが確認されています。アメリカ、オランダ、カナダの介入研究によれば、プライマリケアの拡充政策で医療費は増加します。イギリスの研究では、GPへの質に応じた支払いによる医療の質向上は一時的ですが、医療費は確実に増加します。

以上をまとめると、一般の医療と同じく、プライマリケアでも、医療の質を改善しつつ医療費を抑制することは困難で、「良からう高からう」であるという当たり前のことが確認されたと言えます。

(2)「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に誤っている(3)。

第2の主張は、「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に誤っているです。このことは、2022年11月、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」の主張が最盛期だった時に発表した論文で指摘しました。第1の誤りは、岸田内閣が2022年6月に閣議決定した「骨太方針2022」でかかりつけ医の制度化が決定されたとの言説です。しかし、政府の公文書（財務省の文書は除きます）や岸田首相の発言等で「かかりつけ医の制度化」が示されたことは一度もありません。「骨太方針2022」の表現は、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」です。

もう1つの誤りは、かかりつけ医は診療所医師のみを指すとの思い込みです。しかし、横倉義武日本医師会長（当時）が主導して2013年にとりまとめた日本医師会・4病院団体合同提言の「かかりつけ医の定義」には、「病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」と明記されています。2023年の医療法改正でも、「かかりつけ医の機能を果たす」のは「病院または診療所」と法定されました。

(3)「平時」の医療政策と「非常時（感染症有事）」のそれは区別する必要(1, 3)。

第3の主張は、「平時」の医療政策と「非常時（感染症有事）」のそれは区別する必要があることです。「かかりつけ医の制度化（登録制等）」を主張する人々や組織は、「コロナ禍で日本医療の脆弱性やプライマリケアの限界が露呈した」と声高に主張しました。しかし、コロナ感染爆発という非常時・「惨事」を理由にして、全国民対象の「かかりつけ医の制度化」を求めるのは、私には「ショック・ドクトリン」に思えます(8)。

平時と非常時を同一視する主張の変形として、「コロナ禍により、本来なら高齢化が進んだ20年後に起きるはずだった事態が一気に現れた」との主張も見られます。しかし、突発的に生じいずれは収束するコロナ感染爆発と、今後、20年かけて徐々に生じ、しかもその影響が長期間続く高齢化の影響を同一視することには無理があります。

平時と非常時を区別することは、2022年末に成立した感染症法等改正にも明記されました。これに先立って2021年に成立した医療法改正により、2024年度から始まる「第8次医療計画」から、「新興感染症等の感染拡大時—つまり感染症有事—における医療」が加えられました。なお、コロナ危機直後は、感染症法の規定により、一般の医療機関でのコロナ患者の受け入れが制限されたことも見落とすべきではありません。

ここで誤解のないように。私もコロナ禍で日本の医療制度・政策の様々な弱点が明らかになったと思っています。例えば、2021年12月に以下のように書きました。<私は、コロナ危機で、①日本の医療提供体制改革が「平時医療」のみを念頭に置き、感染症爆発等の「災害医療」の準備をまったくしていなかったこと、および②コロナ対応が感染症法でのみなされ、ごく一部の地域を除けば、「地域医療構想」による病院間の機能分担と連携がほとんどなされなかったことは大きな反省点だと思っています。>(11)

しかし、弱点や反省点があるのはほとんどの国について言えることであり、「かかりつけ医制度」の欠如に焦点を当てて、日本医療の脆弱性が露呈したと主張するのは論理の飛躍です。私は、国際的にみれば、日本医療は健闘したと判断しています。松田晋哉産業医科大学教授も、「今回の[COVID-19]流行はわが国の医療提供体制の問題点を明らかにした」と指摘し、「救急医療提供体制と高齢者医療の在り方、医療機関の連携、介護施設における医療対応、施設間の医療情報共有の仕組み、リスクコミュニケーションの在り方など」を例示していますが、かかりつけ医制度については触れていません(9)。

(4)イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？(4)

第4の主張は、イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないです。この論文は2022年12月に発表しました。私はその理由として、以下の3つを挙げました。①横倉義武日本医師会長（当時）が明快に指摘されたように、「イギリスの場合はNHS主導で、全部税金でやっけていて、社会保険方式をとっている日本とは財政方式が違う」からです。②先述したように、プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加するからです。私は、1991年から、「厚生省（当時。広くは政府）は医療費増加を招くことが明らかな政策は、特別な事情がない限り選択しない」と指摘しています(10)。

③国民が現在のフリーアクセスに慣れ親しんでおり、それを大幅に制限するかかりつけ医の登録制＝厳格な「ゲートキーパー」制には大反対するからです。

この点については、「かかりつけ医の制度化」を主張している健保連の2020年の国民意識調査が

参考になります。それによれば、かかりつけ医を持つことには回答者の57%が賛成しました。しかしそのうち、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した診療所の医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外に病院を自由に受診できない」とした場合に「不安を感じる」が59.5%、「持病なし・体調不良あり」群に限ると68.7%に達していました。

さらに、日医総研（日本医師会総合政策研究機構）「日本の医療に関する意識調査」によると、「かかりつけ医のいる割合」は、2017年の55.9%、2020年の55.2%、2022年の55.7%で、コロナ禍が始まってほとんど増えていません。2020年調査ではかかりつけ医はいないと答えた人に、その理由を尋ねていますが、最も高い割合は「あまり病気にかからないので必要ないから」（72.3%）、次いで「その都度、受診する医療機関を選んでいるから」（24.5%）でした。この結果は、コロナ禍を経ても、国民の相当部分がかかりつけ医を必要と感じていないことを示しており、「かかりつけ医を持つことは国民の権利ではあるが義務ではない」との私の主張の妥当性を裏付けています。

(5) コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？ (5)

第5、論争における私の最後の主張は、コロナ禍で国民の医療満足度は低下していません。過去3年間コロナ対策で指導的役割を果たされた尾身茂氏は2023年9月に出版した新著でこう述懐しています。「パンデミック初期には、医療関係者の貢献に対し多くの人たちが感謝の気持ちを表明した。しかし、パンデミック後期になると、医療が逼迫するのは医療界・医療関係者の努力が足りないのではないかと非難の声が聞こえるようになった」。

尾身氏は控えめに書いていますが、財務省や一部のジャーナリズムは、日本の医療機関（病院・診療所）の多くはコロナ患者を受け入れなかったと主張・報道しました。それが本当なら、コロナ禍で、国民の医療満足度は大幅に低下したはずですが、現実にコロナ禍で「医療崩壊」が生じたイギリスでは、G Pに対する満足度は、コロナ禍前の2019年の68%から2021年には38%へと急落しました。

しかし、日医総研、厚生労働省、国際比較調査グループ I S S P、中央調査社、健保連、日本医療政策機構の6つの調査では、コロナ禍中（2020～2022年の3年間）の国民の医療満足度はコロナ禍前と同水準か、多少増加していました。

しかも、健保連の2022年調査によれば、「新型コロナウイルス拡大期以降（第1波以降）体の具合が悪い時に、診療を拒否されたことがある」との回答は3.3%で、「拒否されたことはない」の36.0%の十分の一にすぎませんでした。

3 日本医師会のイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査から学んだこと (6)

第3に、日本医師会のイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査から学んだことを、かかりつけ医問題に限定して簡単に紹介します。この調査は2023年5月下旬～6月上旬に行い、調査報告書の「概要版」（執筆者は調査団の実務責任者の森井大一氏）は日医総研のホームページに公開されています(12)。

日本では、一部の「かかりつけ医制度化」論者は、日本でも登録制が実施されていたなら、迅速なコロナ対応が可能になったはずだと主張していましたが、現実には真逆でした。

イギリスにはもっとも厳格なG P（一般医）の登録制がありますが、政府の方針もあり、一般医（診療所）はコロナ患者にほとんど対応しませんでした。フランスでは、国民が「主治医」（日本流に言えば「かかりつけ医」）を持つことが義務化され、患者が主治医以外の医師を受診した場合、患者負担額が高くなっていますが、コロナ禍ではそれは機能しませんでした。フランスの全国

疾病保険金庫の担当者は、「コロナ禍は主治医制度を壊した」とまで述べました。と言うのは、コロナ禍中は、コロナ以外の一般疾病を含めて、患者が主治医を受診した場合も、主治医以外の医師を受診した場合にも、患者負担はすべて免除されたからです。今回の調査では、フランス国民の1割超が主治医を登録しておらず、しかもこの割合は漸増していることを知りました。

それに対して、ドイツでは、イギリス流の家庭医登録制度はほとんど普及していませんが、診療所（大半が一般医）はコロナ初期からコロナ患者の95%を診療し、イギリスやフランスのように病院機能がコロナ患者で逼迫するのを防いでいました。なお、ドイツ国民の90%は実態的には「家庭医」を持っていますが、それは書面による正式な契約ではなく、医師と患者の信頼関係に基づいており、この点では日本と同じです。

私は、ドイツがコロナ対応で成功した理由は以下の3つだと思っています。第1は、コロナ禍前から、ドイツの人口当たり急性期病院病床数、ICU数や医師数はヨーロッパで最も多く、医療施設と人員面で「余裕」があったことです。

第2は、これもコロナ禍前から、ドイツでは感染症予防法56条により、保健所から就業禁止や隔離が命じられた自営業者・被用者は、休業・休職期間に対して所得補償が得られ、自営業者である医師には前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額（6週間後からは減額）が補償されることになっていたからです。この所得補償方式は、日本でコロナ禍中に神奈川県保険医協会が精力的に提唱した「診療報酬の単価補正支払い」と類似しています(13, 14)。

第3は、ドイツでは、日本と異なり、コロナ診療に不可欠なPCR検査体制が迅速に整備されたからです。

これら3つに加えて、日本の「自由開業医制」と異なり、ドイツの開業医・家庭医には半官半民的性格があることも挙げられると、ドイツ在住の医療ジャーナリスト吉田恵子さんから聞きしました。

4 医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」の評価と私の意見（1）

最後に、医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」の評価と私の意見（価値判断）を述べます。今回の法改正について、松本吉郎日本医師会会長は、「各ステークホルダーのベクトルの均衡点での一定の決着」と評価しており、これは至言と言えます。この意味では、今回の法改正は「改革の第一歩」です。

私は、改革の2つの柱（かかりつけ医機能報告の創設と医療機能情報提供体制の刷新）は、大枠では妥当・現実的だと思っています。ただし、気になる「火種」はあります。この法改正により、かかりつけ医の制度化（登録制、ゲートキーパー制、包括払い、人頭払い等）は、少なくとも現時点では否定されました。「かかりつけ医の制度化」を強く主張していた財務省も、現時点ではその主張を取り下げています(7)。そのため私は、「**かかりつけ医問題は政治的・政策的に終わった**」と判断しています。

私は現在求められていること・必要なことは、医療法改正の枠内で「かかりつけ医機能の強化」を具体化・定着し、それによりできるだけ多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことであり、法改正の枠を超えて、個人の夢や思いを語ることではないと思っています。思い先行の発言の典型は、かかりつけ医は「全世代、また幅広い疾患を対象とすべき」との、健保連河本滋史委員の、厚生労働省「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する

検討会」初会合での発言です（2023年9月13日。「議事録」11頁）。

かかりつけ医を持つ国民・患者を増やす方法として、私は以下のように考えています(1)。<今後、医師・医療機関は自己の「かかりつけ医機能」について都道府県に積極的に「報告」し、医師会は会員にそれを督促することが求められる。私は、地域の医師会が自治体と協力して、かかりつけ医を持つことを希望しながら、自分で探すことが困難な住民・患者（特に高齢者）に、かかりつけ医（の候補）を紹介する仕組みを整備すれば、かかりつけ医を持つ患者は大幅に増えると思う。>

医療法改正には規定されていませんが、**かかりつけ医機能に関わる診療報酬**については、以下のように考えています(1)。<医療機関が「かかりつけ医機能」を担うことは当然のことなので、それに加算等がつくことはないと思う。しかし、医療機関が、「継続的な医療を要する患者」に対して書面等で疾患名と治療に関する計画を示し、継続的に診療を行う場合には、なんらかの診療報酬の手当が必要になると考える。その際は、2014年に導入された**地域包括診療料を拡充**するのが合理的・現実的と思う。**地域包括診療料の質の担保としては、地域包括診療料の施設基準に含まれる「慢性疾患の指導に係る研修を修了した医師」に、日本医師会が実施している「日医かかりつけ医機能研修制度」修了者を含めるべき**と思う。そのためにも、修了者名簿の公開は不可欠。>

神奈川県保険医協会・医療政策研究室の調査によると、2023年11月現在、医師会の都道府県民向けホームページで修了者名簿を公開しているのは、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、山梨、静岡、福岡の8都府県で、医療機関・医師向けのホームページで公開しているのは富山、石川、愛知、三重、岡山、鹿児島のみです。私は将来的には、研修制度の内容も強化すべとと考えています。

また、医療法改正で「かかりつけ医機能」の定義に「疾病の予防のための措置」が含まれたことにより、今後はかかりつけ医が予防・健康増進にも積極的に取り組むようになると思いますので、その費用は診療報酬だけでなく、公費でも補填すべきと考えています。

4の補 患者の大病院志向の是正のための「かかりつけ医機能の強化」以外の改革(1)

4番目の柱の補足として、患者の大病院志向の是正のための「かかりつけ医機能の強化」以外の改革について述べます。

実は、かかりつけ医機能の強化は、コロナ禍前から、患者の大病院志向を是正し、大病院勤務医の負担を軽減するために提案されてきました。そのためにすでに実施されたか、今後実施が決まっている改革は以下の5つです。

第1は、紹介状なしで大病院（一般病床200床以上）を受診した場合の「特別料金」賦課です。山口育子氏が指摘されるように、これは「制限されたフリーアクセス」と言えます(15)。第2は、地域医療構想による病院の機能分化と連携の強化です。第3は、診療報酬による経済的誘導で、この間、医療・介護の連携に関する診療報酬が大幅に拡大しています。第4は、外来機能報告制度による「紹介受診重点医療機関」の明確化です。第5は、勤務医の働き方改革で、これは実質的には大学病院や大病院の勤務医の勤務時間制限を目指しています。

おわりにー私の総括的意見(1)

最後に、私の総括的意見を述べます。私は、医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」と4番目の柱の補足で述べたそれ以外の改革により、今後は医療機関の役割分担と連携が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されるので、概ね200床未満の中小病院外来と診療所のフリーアクセスは今まで通り維持し、「かかりつけ医」を必要と感じる患者は自由にそれを選択すればよいと思います。フリーアク

セスを制限すると、国民・患者の医療満足度が確実に低下する反面、財務省等が期待していた医療費節減は生じない可能性が大きいからです。私は総合診療医を増やすことには賛成ですが、患者と特定の医師を結びつける「かかりつけ医の制度化（登録制等）」は、総合診療医の増加とは別次元であり、今後もしなくても、実現しないと判断しています。

[本稿は、2023年11月18日に開催された「COML医療フォーラム 徹底討論!!かかりつけ医機能」での私の講演を原稿化したものです。]

文献

- (1) 二木立「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化」『文化連情報』2023年4月号（541号）：32-44頁。
- (2) 二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去20年間の実証研究の結論」『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁。
- (3) 二木立「『かかりつけ医の制度化』が閣議決定されたとの言説は二重に誤っている」『文化連情報』2022年12月号（537号）：16-24頁。
- (4) 二木立「イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？」『日本医事新報』2022年12月3日号（5145号）：56-57頁。
- (5) 二木立「コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？」『日本医事新報』2023年11月4日号（5193号）：56-57頁。
- (6) 二木立「私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと—診療所医師のコロナ対応を中心に」『文化連情報』2023年11月号（548号）：28-37頁。
- (7) 二木立「財務省は今後『かかりつけ医の制度化』を求めないと私が判断するのはなぜか？」『日本医事新報』2023年8月5日号（5180号）：54-55頁。
- (8) ナオミ・クライン著、幾島幸子・他訳『ショック・ドクトリン』岩波書店, 2011。
- (9) 松田晋哉「フランスの民間病院におけるCOVID-19対応事例」『病院』2023年10月号：919-924頁。
- (10) 二木立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房, 1991, 14頁。
- (11) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 13頁。
- (12) 森井大一「【欧州医療調査報告 概要版】英・独・仏の“かかりつけ医”制度—平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス」 「日医総研ワーキングペーパー」No. 478, 2023年11月 (<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3943/>)。
- (13) 桑島政臣「（政策部長談話）日本の医療体制を守るため 診療報酬の「単価補正」支払いを求める」神奈川県保険医協会, 2020年6月3日 (https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/post_1551.html)
- (14) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 16頁。
- (15) 山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能—必要ときに必要な医療が受けられる機能に」『社会保険旬報』2022年9月21日号（2868号）：20-25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215回)(2023年分その11:8論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名:論文名.雑誌名 巻(号):開始ページ-終了ページ,発行年) [論文の性格] 論文要旨の抄訳± α の順。論文名の邦訳の [] は私の補足。

○ [アメリカにおける] 包括的プライマリケア・プラスモデル [CPC+事業] と医療費、サービス利用及び質 [費用は削減されず、医療の質の改善もなかった]

Singh P, et al: The Comprehensive primary care plus model and health care spending, service use, and quality. JAMA.doi:10.1001/jama.2023.24712, Published online December 15, 2023 [量的研究]

包括的プライマリケア・プラス(CPC+)は2017年に開始され、18地域で行われた、アメリカ最大かつ検証済みの、プライマリケア提供モデル事業であった(「プライマリケア・プラス」という名称は、これに先行したモデル事業「プライマリケア・クラシック」と区別するため)。本研究の目的はCPC+が医療費・医療利用の節減と医療の質の改善と関連しているかを検証することである。差の差法回帰モデルにより、CPC+開始前の1年間と開始後5年間のアウトカムの変化を、CPC+に参加したプライマリケア診療所(以下、診療所)と参加していない診療所とで比較する。

参加者(介入群)はトラック1の1373診療所(出来高払いのメディケア加入者1,549,585人)とトラック2の1515診療所(同5,347,499人)で、それらは2017年にCPC+に参加を申し込み、その適格要件を満たしている(トラックはプログラム、サービスタイプの意と思われる)。対照群はトラック1の5243診療所(同5,347,499人)とトラック2の3783診療所(4,507,499人)である。両群は、メディケア加入者、診療、市場特性に差がないようにマッチングされた。介入群には医療保険から対照群よりも高い報酬が支払われた。トラック2は強化型で、トラック1よりさらに多額の支払い・支援が行われた。

事前に設定された一次的アウトカムは1年間で平均化された加入者1人1月当たりのメディケア・パートA・Bの合計費用(PBPM。以下、総費用)である。二次的アウトカムには、カテゴリー別メディケア費用(7項目)、医療利用(入院、救急外来受診など8項目)、医療費請求書に示された医療の質のプロセス・アウトカム尺度(糖尿病患者に推奨されている検査の実施、予定外の再入院等27項目)である。

CPC+群の患者は、白人が87%、85%が65歳以上で、58%が女だった。CPC+群は対照群と比べて5年間で総費用に目に見える有意な変化(削減)はなかった(トラック1:\$1.1 PBPM [90%信頼区間:-\$4.3-\$6.6], $p=0.74$;トラック2:\$1.3 [-\$5-\$7.7], $p=0.001$)。追加的支払い群では総費用は有意に増加していた(数値は略)。二次的アウトカムについては、CPC+群は1年目には救急外来受診の減少、後年には急性期病院の入院と急性期病院入院医療費の減少と関連していた。この関連は、メディケア共同節減プログラムにも参加している診療所と独立診療所より強かった。CPC+群は請求書に基づいたどの医療の質の尺度の意味のある変化とも関連していなかった。

ニホコメントー英文要旨の最後の「結論」は希望的観測・弁解ばかりだったので略しまし

た。全米最大かつ5年に及ぶ包括的プライマリケア・モデル事業で、しかも介入群を2グループに分けて医療の質を詳細に評価・比較したにもかかわらず、対照群と比べて、総医療費は削減されず、医療の質も改善されなかったという、当初の研究「目的」が否定された結果がでたことは「重い」と思います。しかも、この結果が最高峰の臨床医学雑誌に掲載された意味はきわめて大きいと言えます。

入院や救急医療の費用が減ったにもかかわらず総費用は変わらなかったのは、「介入費用」（CPC+参加診療所への追加支払い）が大きかったためだと思います。それだけに、日本で今でも時々主張される、介入費用を無視しての「プライマリケアの拡充で医療費が抑制できる」との主張の底の浅さが分かります。ただし、この結果は著者には想定内だったようで、「考察」で、以下のように書いています：「これらの所見は大枠ではプライマリケア・メディカルホーム移行事業の結果と一致している。大部分の先行研究は短期間（5年以内）では、医療の質の改善は（あるとしても）ごく限られており、医療費節減もごくわずかである」。ただし、5年間を「短期間」と主張するのは強弁、見苦しい。「介入試験」の初期に認められた効果は長期間の観察で消失するのが普通だからです。

【補足】本CPC+事業の前身のCPC事業の経済評価論文「**【アメリカの】包括的プライマリケア事業：費用、質、患者及び医師への効果**」（Peikes D, et al: The comprehensive primary care initiative: Effects on spending, quality, patients, and physicians. Health Affairs 37(6):890-899, 2018)の抄訳・紹介は、本「ニューズレター」173号（2018年12月）に掲載し、それを論文「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない」（『文化連情報』2022年10月号＝「ニューズレター」219号（2022年10月）でも紹介しました。この論文は、CPC参加群のメディケア費用は対照群よりやや安かったが、ケアマネジメント費用（＝介入費用）を含むと、逆にやや高くなったこと、及び「患者及び医師への効果」は対照群に比べ改善しなかったことを示していました。

○代替か補足か：オランダにおける新しいプライマリケア・モデル事業【大学の医療センター外来の専門医診療の病院近傍の専門医診療所への移行】の観察研究

van den Bogaart, et al: Substitution of addition: An observational study of a new primary care initiative in the Netherlands. Journal of Health Services Research & Policy 28(3):157-162, 2023 [量的研究]

2014年に、オランダのMaastricht-Heuvelland 地方（人口17万人）は、複雑ではない(low-complex)専門医診療をプライマリケアの場にシフトするプライマリケアプラス（PC+）モデル事業を開始した。この事業では、マーストリヒト大学医療センター外来の専門医診療を、同センターの敷地外にあり同センターが所有する2つの診療所にシフトし、大学所属の専門医が出来高払いで診療を行うが、病院外来のように自己負担の免責制はないため、患者負担は減る。PC+の効果（健康関連のQOLと患者が認知する医療の質の向上、及び費用削減）は個人レベルではすでに示されているが、地域レベルでの効果は不明である。本観察研究では、上記地方最大の医療保険者への医療費請求数（以下、請求数）を用いて医療サービス利用の変化を後方視的に検討した。2015～2020年のPC+と二次医療の請求数（当該地方の病院の請求額と当該地方に居住する患者が当該地方外で受けた二次医療の請求数）を全国データと比較した。

介入群の複雑ではない専門医診療の総請求数は経年的に増加した。増加数はPC+に関連していた。病院と二次医療の請求数は経年的に減少した。同じ期間に、全国レベルでも請求数は減少していた。以上から、PC+モデル事業は、複雑でない専門医診療の増加と関連していたと言える。このことはPC+モデル事業が地域レベルで病院の専門医診療を代替する能力は限定されていることを示唆している。代替効果はもっと長い期間で生じる可能性があるのも、この事業のモニタリングと評価を継続することが重要である。

ニホコメントーこれも、オランダの「PC+」事業についての研究ですが、その事業内容は、上述したSingh論文とは全く異なります。「新しいプライマリケア・モデル事業」というタイトルは魅力的ですが、事業の中身は大学病院の専門医外来を大学の近くの専門医診療所（日本流に言えば門前診療所）に外部化・シフトしただけで、しかも代替効果は限られているという、なんとも拍子抜けの結果です。しかも、プライマリケア医の請求数の変化は調べていません。医療保険の医療費請求額ではなく、請求数を用いている理由は不明です。なお、要旨の最後の一文（研究を「継続することが重要である」）は、予期した効果が得られなかった場合の「言い訳の定番」ですが、Singh等のコメントで書いたように、ほとんどの介入研究の効果は時間が経つと共に逆に弱まるか消失します。

○アメリカ医療における【医療】負債の回収—その歴史

Messac L: Debt collection in American medicine - A history. NEJM 389(17):1621-1625, 2023 [歴史研究]

近年、調査ジャーナリストや法的権利の擁護者は、病院が強引な方法で低所得者から医療負債を回収していることを告発している。それらには負債の第三者（負債回収会社）への売却、負債滞納者のクレジット会社への通知、訴訟、賃金の差し押さえ、銀行口座等の差し押さえ、不動産の抵当権設定、医療の拒否、さらには逮捕が含まれる。しかしこれらの物語の多くは新しいものではなく、以前から起こっていたことで、根本的な解決のためにはその原因についての深い理解が必要である。歴史的に見ると、1980年代以降、医療負債は医師・患者・病院の問題から、医療とは関係のない第三者（負債回収会社）への売却・購入にシフトしている。1990年代には患者自己負担と免責額が高い保険が増えたため、病院は患者の支払い滞納増加に直面するようになり、病院管理者はそれまで行っていた慈善医療から、強引な負債回収を選択するようになった。以下、アメリカにおける医療負債回収の歴史を振り返る。

- ・19世紀には病院の多くは慈善医療を提供していたので、医療負債は医師の問題だった。
- ・1920年代には、病院が医療費を支払えない患者の入院を拒否するようになった。
- ・1980年代に、メディケイド（医療扶助）の予算削減に加えて、民間医療保険が無保険者医療費の肩代わりを拒否するようになったため、一部の民間病院は「患者ダンピング」や支払い能力のない重症患者の公的病院への「経済的転送」を行うようになった。
- ・それと並行して、病院は医療負債を負債回収会社に売却するようになった。負債回収会社は1930年代から存在していたが、1990年代前半には病院が最大の顧客になった。同時期に医療負債が競売にかけられるようにもなった。
- ・2000年代になると、病院の医療負債の取り立てはさらに強引になり、訴訟に持ち込まれる例も増えた。

- ・オバマケアは非営利病院に低所得者への支援を求めたが、それを規定する連邦法はない。
- ・現在の医師は負債回収についての知識をほとんど持っていない。医師が独立した専門職というのははるか昔のことで、2022年には全医師の74%が病院（グループ）や営利企業、保険会社の被雇用者になっているからである。
- ・20世紀の最後の四半世紀には、連邦レベルで「過度な」医療負債の予防が試みられてきたが、状況は大きくは変わっていない。最近10年間の前進は、オバマケアに基づいてメディケイドを拡大した州では医療負債が減ったことである。
- ・この問題の解決に寄与したい医師は、草の根レベルの組織に参加することができる。

二木コメント—医療負債は、全国民を対象とする公的医療保障制度のない唯一の高所得国であるアメリカ医療の歴史的・構造的問題であることがよく分かり、**アメリカ医療の研究者必読**と思います。私は、このような「社会医学的論文」が世界最高峰の臨床医学雑誌に掲載されたことに驚きました。著者は全米有数のBrigham and Women's Hospital病院（ハーバード大学医学部の関連病院）の救急部門の医師です。

○イギリスの精神保健の混乱 あまりにも多くの患者が医療化され、あまりにも多くの重症患者が無視されている

Britain's mental-health mess Too many mild cases are being medicalized; too many severe ones ignored. The Economist December 9th 2023:p.12, 51-53 [レポート]

イギリス人 (Britain) は精神保健について非常にオープンであり、精神疾患を、スウェーデンを除くどの国よりも、他の疾患と同様に考えている。良質の精神保健は超党派で支持されている。多くの豊かな国々は、特にCOVID-19パンデミック以来、精神衛生上の問題を抱えていると訴える人々の増加に苦闘しているが、イギリスではそれが特に顕著であり、2021-2022年には450万人が精神衛生サービスを受診しており、これは5年前より100万人も多い。過去10年間の向精神薬利用増は他のどのヨーロッパ諸国よりも多い。NHSの2023年調査によると、8~16歳で精神的不調を訴える児童は、2017年の8人に1人から、5人に1人に増えている。精神衛生上の問題で就業不能になった人々は2019-2023年に3割も増加した。

他面、精神疾患の過剰診断の疑いも生まれている。精神疾患との診断はNHSの医師だけでなく、多数の私的診療所も行うようになっている。企業は、従業員のストレスが貧弱な労働条件のために生じたと認めて対処するのではなく、病気と見なしている可能性がある。うつ病との診断はイングランドのもっとも貧しい人々でもっとも高いが、政府は貧困を解決するより向精神薬の処方優先しているようにみえる。軽い不調の医療化は患者の利益にならない。NHSは理論的には患者のニーズに応じてトライアージを行うことができるが、実際には職員が不足し、しかも彼らが適切に配置されていないため、需要の急増には対応できていない。精神保健従事者は過去5年間に22%しか増加しておらず、これはNHS全体の医療従事者の伸び44%の半分にすぎない。過去10年間に救急医療の専門医 (consultants) は86%も増えたが、精神科専門医の増加は6%にすぎない。その結果、少なくとも180万人が精神疾患の治療を待たされている。需要の増加により、精神保健従事者の私的診療への移動が進んでいる。重症精神疾患の治療で燃え尽きた精神科医は、私的診療所で注意欠陥障害の評価を1回するだけで1000ポンド (1265ドル) を稼ぐことができる。

イギリスの精神衛生の対処法を変えるためには多くの課題がある。精神疾患患者が適切な

治療を受けるための研究費を増やすべきである。精神疾患の社会的要因にもっと注意を向けるべきである。本年（2023年）前半に政府は精神疾患の背景にある文脈（貧困から孤立まで）を調査するための意欲的な計画を棚上げしたが、それを再開すべきである。さらに、軽度の精神的不調の医療化もやめる必要がある。

二木コメントー上記はリーダー欄の抄訳ですが、イギリス欄ではさらに3頁にわたって詳細にレポートされており、**イギリスの（精神）医療研究者の参考になる**と思います。私は昨年5月、イギリス医療の現地調査時に、社会的処方（処方箋）の伝道師とも言えるBogdan医師の講義を聞いたのですが、彼が最初に強調したことは、G P受診患者の5分の1、病院の救急外来受診患者の4分の1が、「純粋に社会的理由」（雇用、住宅、借金、孤独等。社会的問題と関わる精神衛生上の困難を含む）であり、社会的処方はNHSの医師の負荷を減らすために導入したことでした。私はそのとき、「社会的問題と関わる精神衛生上の困難」の意味がよく理解できなかったのですが、このレポートを読んで、社会処方の背景にこの問題があることが理解できた気がします。ただし、このレポートは社会的処方についてはまったく触れていません。

○ [イタリアの市町村における個人の医療] サービスの過剰消費、過少消費、あるいは代替？医療費の説明のつかない割合の空間的 [地理的] パターン

Torrini I, et al: Under-spending, over-spending or substitution among services? Spatial patterns of unexpected shares of health care expenditures. Health Policy 137 (November 2023)104902 [量的研究] 個人レベルの行政データを用いて、イタリアの市町村レベルの医療費のうち、一般的に知られている要因では説明の付かない割合の空間的（地理的）パターンを調査した。イタリアのPriuli-Venezia Giulia州の高齢者（約33万人）を対象として、2017-2019年のデータを用いた。医療費は入院医療費、外来医療費、薬剤費、在宅医療費に区分した。実証分析は次の2段階で行った。まず、ランダム効果2部門モデルを用いて、年齢、性、罹病、死亡が個人の総医療費に与える影響を推計した。次に、市町村レベルでの医療費の（これらの要因では）説明の付かない部分を調査し、サービスの過剰消費、過少消費及び代替消費の市町村を同定した。その結果、第1段階の調査では医療費の説明要因についての既存の知見が確認されると共に、第2段階の調査で医療費の（それらの要因では）説明できない割合について地理的パターンがあることを確認した。1人当たり医療費が予測されるより多い市町村のクラスターと、在宅ケアとその他のサービスの間に代替関係のある市町村のクラスターを見いだした。これらの知見は当該地域の都市化の程度、即ち医療へのアクセスの良さに関連していた（最初のクラスターは都市部に多く、2番目は農村部に多かった）。このことは公的医療介入のために政策上のターゲットがあることを示しており、政策的見地から重要である。

二木コメントー本研究の优点是、1つの州の大量の個人レベルの行政データを用いたこと、及び空間的（地理的）要因を加えたことだと思います。ただし、後者は日本の地域医療構想で各構想区域（ほぼ二次医療圏）の医療ニーズ・需要の分析を行う際にもなされていると思います。農村部では在宅サービスとその他のサービスとの代替関係があるとのイタリアの知見は、在宅サービスが主として（大）都市部で普及している日本と異なると感じました。

○貧弱な尺度に依拠した医療政策は効果がない：[アメリカ・メディケアの] 病院の再入院削減プログラムの教訓

Sheehy AM, et al: Health care policy that relies on poor measurement is ineffective: Lessons from the hospital readmission program. Health Services Research 8(3):549-553, 2023 [評論 (コメント)]

2009年にJencks等はNEJM誌に、メディケア出来高払いプログラムの再入院についての画期的論文を発表した。その結論は単純明快だった：「メディケア加入者の再入院は非常に多く費用がかかっている」。翌2010年に成立した「患者保護・医療費負担適正化法 (ACA) 」

(通称オバマケア)には「病院再入院削減プログラム」(HRRP)が含まれ、それは再入院の削減により医療の質を改善することを目指していた。本法に基づいて、2012年12月から保健福祉省長官は特定疾患について急性期病院退院後30日以内の再入院の支払いを減額した。HRRPのロジックは、ドラッカーの「測定しなければ、改善できない」との教えに従えば合理的に見える。

しかし、HRRP開始後10年以上経過して、この問いは「測定したが、改善したか？」に反転しなければならない。判定尺度自体に欠陥があり、しかもアメリカ医療の背景が急激に変化しているため、再入院は当初期待されたほどには減少していない。PubMedでHRRPについて検索すると、1200以上の論文がヒットするが、HRRPが再入院を大きく減らしたことは明確には示されていない。再入院尺度の最大の欠陥は、再入院の定義から「経過観察滞在 (hospital observations)」（仮訳。経過観察のための概ね2日以内の入院だが、メディケア・医療保険上は外来扱い）を除いたことである。この間の再入院の減少の半分は「経過観察滞在」の増加のためとの報告もある。HRRPのこれ以外に改善すべき点は、健康の社会的要因により再入院が多い低所得地域の病院に対する配慮を含めることである。

二木コメント—Wright等論文「メディケアの再入院プログラムと経過観察滞在の増加」(554-559頁)へのコメント論文ですが、メディケアの「再入院削減プログラム」の欠陥と改善すべき点が良く理解できます。「経過観察滞在 (hospital observations)」というメディケア・医療保険上の規定は初めて知りましたが、アメリカ医療にも、「上に政策あれば、下に対応あり」があることがよく分かりました。

○ [アメリカにおける] 経過観察滞在を統合した別の再入院尺度の下での病院のパフォーマンス

Sabbatini AK, et al: Hospital performance under alternative readmission measures incorporating observation stays. Medical Care 61(11):779-786, 2023 [量的研究]

本研究の目的は、経過観察滞在（事実上の短期入院だがメディケア上は外来扱い）を急性期病院退院後30日以内の再入院に加えた場合の病院のパフォーマンスの変化を調べることである。本研究は、2017年の出来高払い制メディケア加入者の入院と経過観察滞在についての後方視的研究である。30日以内の再入院について以下の3つの尺度を作成した：①メディケア・メディケイド・サービスセンターが用いている「病院の再入院」(hospital-wide readmission. HWR)で、これは退院後30日以内の再入院のみを含んでいる。②「拡大HWR」で、退院後30日以内の予定外の再入院と経過観察滞在の両方を含んでいる、③「総再入院 (all-hospitalization readmission)」で、経過観察滞在后の退院を含むすべての退院後30日以内の

再入院と経過観察滞在（経過観察滞在は計算式の分母と分子の両方に含む）。(①～③は二木が便宜的に付けた)。過剰再入院を3つの尺度別に推計した。高（低）パフォーマーは期待値よりも再入院数が少ない（多い）病院と定義した。

メディケアの出来高払いを受けている全病院（2286病院）の5,749,779入院のデータを分析した。経過観察滞在は総入院の0%から41.7%だった。平均（標準偏差）再入院率はHWRで16.6%（5.4）、拡大HWRで18.5%（5.7）、総再入院で17.9%（5.7）だった。経過観察滞在を再入院に含めた場合、概ね7病院中1病院（14.9%）が高パフォーマーから低パフォーマーに変わるか、逆の変化が生じた。セーフティネット病院と経過観察滞在が多い病院はパフォーマンスが悪化した。以上から、経過観察滞在をすべて再入院尺度に含めると、価値に基づく支払いにおけるセーフティネット病院と経過観察滞在の多い病院のパフォーマンスが相当変わると結論づけられる。

二木コメント—ビッグデータを用いての、退院後30日以内の再入院と「経過観察滞在」の最新の推計です。

○1990-2021年に【アメリカの】研究著者が用いている費用対効果の閾値

Neumann PJ, et al: Cost-effectiveness thresholds used by study authors, 1990-2121.

JAMA 329(15):1312-1314, 2023 [文献研究]

アメリカの費用効果分析の研究著者は、何十年もの間、健康改善が価値ある(“worth”)と見なすベンチマーク・閾値としてQALY当たり5万ドルを主に用いてきたが、これを正当化する理論的・経験的根拠はほとんどない。タフト医療センターのCEA登録データベースを用いて、1990～2021年に発表された費用効果分析で、研究著者が閾値として用いている数値の分布の変遷を、10年ごとに区切って調査した（最後は2020-2021年）。対象はアメリカで行われた研究3376に限定した。閾値がQALY当たり5万ドルの研究の割合は1990～1999年の19.6%から、2000-2009年の33.6%へと増加したが、その後減少し、2020-2021年には12.6%になった。10万ドルの割合は1990-1999年の9.1%から増加し続け、2020-2021年には47.0%になった。15万ドルの割合は1990-1999年には0%だったが、その後漸増し2020-2021年には23.6%になった。残りは他の閾値（1人当たりGDP比、QOLY当たり20万ドル等）を用いているか、閾値自体を用いていなかった。多変量ロジスティック回帰モデルを用いたところ、医薬品・医療機器企業がスポンサーの研究が閾値を15万ドルとするオッズ比は1.44（対照は企業がスポンサーでない研究）、悪性腫瘍関連の研究のオッズ比は2.22倍（対照は悪性腫瘍非関連の研究）だった。

二木コメント—この30年間に、アメリカの費用効果分析における閾値の<インフレーション>がここまで進行しているとは驚きです。閾値が15万ドル（約2000万円）なら、ほとんどの新医療技術が<費用効果的>になると思います。ただし、この30年間デフレが続いている日本と異なり、アメリカでは1990～2021年に消費者物価指数が2.07倍に上昇していることも考慮すべきかも知れません（IMF:World Economic Outlook Database, October 2023）。企業がスポンサーの研究では閾値が高くなる傾向があるのは<想定内>ですが、論文を読む場合注意する必要があると思います。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その229)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○小野寺拓也（東京外国語大学大学院准教授。専門はドイツ現代史）・田野大輔（甲南大学教授。専門は歴史社会学、ドイツ現代史）「**歴史的事実**をめぐるこうした問題を別の観点から整理すると、**<事実><解釈><意見>**の三層に分けて検討することができるかもしれない」、「一次史料ばかり収集しても関連する研究論文をキチンと読み込んでいなければ、研究者ですら思い違いを免れない。歴史学で卒業論文を執筆する学生が『**研究史が何よりも大事だ**』と耳にタコができるほど聞かされるのも、基本的には同じ理由による」、「過去を扱う場合にも、自分の政治性と無関係に**<意見>**をもつことは難しいだろう。それでもなお、**私たちはこれまでの歴史研究において何が適切なく解釈>**とされているのか、それを踏まえて自分の**<意見>**を形成する努力を放棄すべきではないだろう」（『ナチスは「良いこと」をしたのか?』岩波ブックレット, 2023, 6, 8, 20頁）。二木コメントー「それでもなお」が重要と思います。医療政策の研究でも、一次資料（法律や厚生労働省の公式文書等）だけを読んで、先行研究を読まずに、独自の解釈をする初学者が時々います。

○間宮弘晃（国際医療福祉大学薬学部准教授。2023年3月まで厚生労働省薬系技官で、2018年の薬価制度抜本改革等に携わる）「『海外に良い制度があります』や、『複雑すぎる日本の制度を単純化しましょう』と各立場で都合の良い面を切り取った主張をしがちですが、**今の制度も日本の歴史の中で、その都度議論されて修正を加えられてきた制度ですので、単純に『一から作り直そう』『海外のマネをしよう』という考えは少し違うのではないかと思います。**制度を変えるべき時は、つくったときの前提条件が変わっているか、制度に対して得たい結果が得られていないときだと思いますが、そのあたりが有耶無耶のまま議論だけ進んでいるような気がしています」（『国際医薬品情報』2023年12月25日号18-21頁、インタビュー「毎年対象範囲の見直しが供給安定に寄与する」の最後の言葉）。二木コメントー私も「日本医療の歴史と現実を踏めた」医療制度の部分改革」を提唱しているので、大いに共感しました。

○井上ひさし（小説家・劇作家。2010年死去、75歳）「**世の中まだ希望があると一晩でも勇気づけられるようなものが好きです。つまり、書き手が、人間を信じているかどうか、好き嫌いの分かれ道になる。そして、人を励ますのが、もの書きの大切な仕事と信じているのですが、その意味でも鎌田【慧】さんのお仕事は大好きです**」（『世界』1992年2月号、鎌田慧氏との対談「<現場>にこだわる、<日本>にこだわる」。鎌田慧『忘れ得ぬ言葉 私が出会った37人』岩波書店, 2023, 20頁で引用）。二木コメントー私も、長年、医療界・医療政策には「まだ希望がある」と医療関係者を「励ます」ことを心がけて来たので、大いに共感しました。

○井上ひさし「『**部外者**』ではなく『**当事者たれ**』」（上掲書21頁で、「井上さんの口癖だった」と紹介）。二木コメントー私自身もこの気持ち・志を持っていますが、福祉関係者・若手研究者には、長年、「**研究と現場・実践を直結させない**」・「**同時期に研究者と政治スタッフの兼業を試みるな**」とも「忠告」してきました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房, 2006, 108-109頁）。

○**上野英信**（作家。中国文学を学んでいた京都大学を中退して、みずから筑豊炭鉱の坑夫となり、彼らの悲惨な生と死を書き続けた。1987年死去、64歳）「**なぜしょうこりもなく書き続けてこなければならなかったのか…私以外にだれひとりとして書く者がいなかったからだ**」（『追われゆく炭夫たち』あとがき。鎌田慧『忘れ得ぬ言葉 私が出会った37人』岩波書店、2023、121頁で引用）。**二木コメント**ー私が現在も医療政策の論文を書き続けている理由の1つも氏と同じ「使命感」・「自負心」です（もう1つの理由は知的好奇心）。

○**上野英信**「**金を惜しむな。時間を惜しむな。命を惜しむな**」（上掲書123頁で、上野氏の「取材魂」と紹介）。

○**斎藤茂男**（ジャーナリスト。1999年死去、71歳）「**事実が『私』を鍛える**」（上掲書152頁で紹介）。

○**小島寛之**（帝京大学経済学部教授。故宇沢弘文先生の「最後の弟子」と自認）「（宇沢弘文先生からの自著に対する）短いコメントでした。それでも私には心に染みましました。彼は弟子には決してお世辞を言いませんでした。だからコメントは彼の本心であり、私への最大級の褒め言葉でした」（『シン・経済学』帝京新書、2023、205頁。小島氏の著書『確率的発想法』を宇沢氏に進呈したところ、宇沢氏からすぐに以下のコメントが届いたと紹介：「自分の単細胞的な考えを思想にまで高めてくれて感謝します。自分はこの本から新しくたくさんのことを学びました」）。**二木コメント**ー私も、教え子には「決してお世辞を言わない（むしろ他の研究者より厳しく接している）ので、大いに共感しました。

<その他>

○**斉藤正身**（埼玉県川越市・かすみケアグループ理事長・医師。同グループは2022年に創立50周年を迎えた）「先ほどから出ている『これからの50年』が大事だと思うんだよね。もちろんその50年先を僕は見ることはできないけれども、50年先を『夢見ること』はできるので、『こんなふうになったらいいな』ということをも考えながら仕事をしたいなと思っています」（『かすみケアグループ創立50周年記念誌』2023、17頁。「かすみケアグループ 感謝の集い」の特別鼎談の最後での発言。その前に、栗原正紀氏は、「斉藤さんは右脳がものすごく発達している」と評した）。**二木コメント**ー「左脳」偏重でリアリストの私にはとてもこんな、職員・参加者を元気づける「夢見る」発言はできないと感服しました。

○**倍賞千恵子**（女優・歌手。82歳）「死ぬって何だろう？何年か前、答えが知りたくて知り合いの住職に質問してみたことがある。すると、『死ぬとは、即ち生きることです』と言われてハッとした。／（そうか。死ぬとは、死ぬまで生きることなんだ。死があるからこそ生がある。生と死は密接につながっている。…）／『ならば最期まで精一杯生きればいいじゃない』。そう考えたら肩の力がスッと抜け、何だか穏やかな気持ちになった」（「日本経済新聞」2023年12月1日朝刊、「私の履歴書①」）。**二木コメント**ー私も高校2～3年生時に、「何のために生きるのか？」と自問自答し、「命の火を絶やさないために生きる」と悟った（？）ことがあるので、なつかしく感じました。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第33回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」71号（2024年1月14日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私の授けぬ/好み

A. 論文の書き方・研究方法編

○石黒圭『ていねいな「文章大全」 日本語の「伝わらない」を解決する108のヒント』ダイヤモンド社, 2023年9月。

…「日本語を30年以上研究してきた日本語一筋の研究者」が8年もの歳月をかけて完成した、文章を「書くための重要な観点を網羅した…500ページを超える鈍器本」。「はじめに」で「読んでいて途中で読むのをやめなくなる文章」を、「不正確な文章」「わかりにくい文章」「不快な文章」「退屈な文章」の4つに分け、具体例と改善例(Before→After)を例示。目次も内容がイメージできるようにていねいに作られており、本文もすべてBefore→After形式で書かれている。本書をシッカリ読めば、文章をていねいに書く方法・技法を身につけられると思うが、逆に文章を書くのが怖くなる危険もあると感じた。

○多井学『大学教授こそそそ日記』三五館シンシャ, 2023年12月。

…著者（仮名）は関西の大手私立大学（K G大学）の62歳の自称「売れない教授」（ただし、10冊の単著（うち4冊は完全な学術書）を出している）。学生時代に国際関係論の面白さに目覚め、海外留学と銀行員等を経て、29歳で薄給で過酷な勤務の短期大学専任講師になり、そこから脱出するために公募に落ち続けて国立大学専任講に採用され、その後さらに「ステップアップ」してK G大学助教授・教授となりそこで24年間勤務している。その「実体験」を赤裸々に、しかしユーモアも交えながら描く。書かれていることはほとんど私の体験・実感と一致：「牧歌的時代の終焉」、「(教授は)人によってはいくらでも手抜きのできる仕事…自覚がなければ研究がどんどんおろそかになっていく」（27頁）、40代までの優秀な若手教員はより良い大学に移籍（F A宣言）等。現役大学教員の自己点検になる。

B. 医療・福祉・社会保障編

○石川貴裕『コロナから日常医療へ 戦略的病院経営の道標～この難局をどう乗り越えるか～』ロギカ書房, 2023年5月。

…CBnewsマネジメント連載「先が見えない時代の戦略的病院経営」に加筆修正して5章に整理し、6つの対談を加える。地域包括ケア病棟を作った2014年診療報酬改定を担当した宇都宮啓氏の発言（全3回）が参考になる。図表が豊富で、病院経営者には参考になると思う。

○石川結貴『家で死ぬということ ひとり暮らしの親を看取るまで』文藝春秋, 2023年8月。

…仕事上でも、私生活でも、介護については相応の実体験を持っていたベテランジャーナリストが、一人暮らしの父を遠距離介護により家で看取るまでの想定外の事態の連続、医療や介護の「シビアな実態」をありのままに描く。私は、特に以下の記述に共感するか、勉強になった。「『ピンポンコロリ』と言う人ほど、『コロリ』のほうを考えない」（14頁）、「介護保険が打ち切られた」（80頁）、「異性の親の『インセン』（陰部洗浄）」（177

頁)。在宅看取りの研究者・実践家には参考になると思う。

○島崎謙治「診療報酬および薬価の算定をめぐる法的課題」『社会保障法研究』18号：116-139頁, 2023年10月。

…社会保障法学の視点から、診療報酬と薬価の算定をめぐる法的問題を精密に検証。診療報酬の算定については、まず「診療報酬の工程の意義」と中医協が「当事者代表による『価格交渉審議会』」なのであり、我が国の医療保険制度において当事者自治を尊重していることの1つの現れである」ことを強調。その上で、近年の「診療報酬の政策誘導の濫用」を具体例を3つ挙げて厳しく批判。2番目の濫用として、「マイナ保険証を使用する場合の加算」をあげ、「マイナ保険証の使用という国民の賛否が分かれる問題について、診療報酬により政策誘導することは控えるべきであった」と指摘。薬価基準については、市場価格主義の意義を強調し、近年のそれからの逸脱をやはり3つ例を挙げて批判。この項の最後では、「薬価差益を含む剰余金が配当等の形で保険医療分野の外部に流出している」として、「保険薬局は非営利とすること等を検討する必要がある」と指摘。「おわりに」で、「関係者の自己規律の重要性」を強調し、「節度を越えた〔製薬〕業界要望は行政の自由裁量の容認に繋がる」と警鐘を鳴らす。私は島崎氏の事実認識と価値判断・提言のほとんどに共感した。**診療報酬と薬価基準だけでなく、医療政策全般の研究者必読。**

私は島崎氏の中医協の位置づけは、私が医療経済学の指導を受けた故江見康一先生の1984年（40年前）の以下の指摘に通じると感じた。「一般の商品の需給であれば、それは市場における価格メカニズムによってその均衡が目指されるが、社会保険医療のように価格が統制されている公共サービスの場合は、審議会〔社会保険審議会と中医協〕の意思決定が市場原理に代位する機能を持っている」（江見康一篇『明日の医療④医療と経済』（中央法規, 1984, 15頁））。

○下妻晃二郎監修・能登真一編集『臨床研究で活用できる！QOL評価マニュアル』医学書院, 2023年11月。

…2001年に出版された『QOL評価ハンドブック』（医学書院）の後継書。総論「QOLとは」、各論「健康関連QOLの活用法」の2部構成。後者では、最新の評価尺度で日本語版がまだないものも含め、包括（一般）的尺度5、疾患・病態特異的尺度（世代特異的尺度も含む）39、その他のQOL尺度2、合計46の尺度が、同じ形式（1尺度の特徴～9エビデンス）で解説されている。私は「6 著作権と使用にあたっての注意点」（著作権やライセンス料等）が示されているのは重要と思う。「QOLという指標を科学的な視点でとらえるということ」に徹しているため、その政策的利用、例えば日本で2019年度に導入された医薬品等の費用対効果評価ではQALY（ICER）が用いられていることには触れていない。

○特集「リハビリテーション関連職種の動向」『総合リハビリテーション』2023年12月号：1367-1327頁。

…リハビリテーション科専門医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、看護師、臨床心理士の卒後研修制度を中心に、リハビリテーション関連職種の最近の動向を解説。各専門職・職能団体の現状や卒後研修制度を横断的に比較する上では便利。ただし、国

家資格である「公認心理師」についての説明がないのは不適切と思う。また、過去の同種特集にはあった、ソーシャルワーカー（医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士）の解説がないのは残念。

○武久洋三「#パレスチナ戦争 #患者への態度 #『差別と見下し』」『日本医事新報』2023年12月9日号：59頁。

…冒頭で、パレスチナ戦争では、「まさにイスラエルのパレスチナに対する差別と見下し」、「人種差別、蔑み」が見られると喝破。次に、「医療に目を向けると、…強くて元気な若人（医師）は、ともすれば弱くて余生の少ない高齢者に優越感を持って差別し見下しの感情を抱いても不思議はない」として、最近増えている在宅専門のクリニックで、「寝たきりの高齢者から訪問診療を拒否される医師が増えて」おり、「その理由は若い医師の患者に対する態度が問題らしい」と指摘。最後に、「医師であるというプライドと優先感と弱い者に対する差別と見下しが直らない医師は、臨床の場からは退出すべき」と結ぶ。私は武久氏の指摘に100%賛成し、大いに共感した。

○武久洋三「（インタビュー）高齢化に対応した病院医療の課題（聞き手：松田晋哉）」『病院』2024年1月号：1-8頁。

…長年、日本慢性期医療協会会長（現在名誉会長）として、日本の慢性期医療の改革・改善を牽引し、医療・病院制度全体の改革にも大胆な提言をしてきた武久氏が、上記テーマについて縦横無尽に語る。氏の持論は「総合入院体制加算と急性期充実体制加算の病院と大学病院が急性期病院、地域急性期から慢性期までを診ている地域の病院が地域多機能病院」。

「[寝たきり老人を受け入れるだけの]昔ながらの慢性期病棟のような慢性期病床がまだ7割も残っています」、「厚労省が出したデータでは地域包括ケア病棟の1/3が全くりハビリテーションをしていませんでした」等と率直に発言。「リハビリテーションは疾患で分けず一緒に行い、リスクがある患者に対しては危険加算をつけるようにした方がよい」も正論。

『病院』1月号の特集は「超高齢者激増時代の病院経営戦略」で、松田氏の「わが国の入院医療における高齢化の現状」など5論文を掲載。亀谷博志「高齢者の入院医療の地域連携の現状と課題」は、函館市医療・介護連絡協議会が2018年より作成・使用している、地域で統一された情報共有ツール「はこだて医療・介護連携サマリー」について詳しく説明。なお、松田氏は、2023年12月17日の地域包括ケア学会第5回大会の基調講演で、これを「完成度が一番高い」と絶賛し、「10年以上運用されている良いものを全国で使うべき」と推奨。

○宮地正彦「（講演録）日本初の自治体病院統合がもたらした成果と将来への可能性—ファーストペンギンになることを恐れない」『社会保険旬報』2023年12月11日号：12-19頁。

…異なる市立病院同士では全国初の統合として2013年に開設した静岡県・中東遠総合医療センターの10年間の成果を報告。旧2病院の850床から350床削減して（△29.1%減）500床とし、2017年からは外来をすべて紹介型にしたため、外来患者数は20.9%減少したが、医療機能の強化で、入院・外来とも単価（1日当たり収入）が増加し、しかも病床利用率が上昇し、在院日数が短縮したため、2022年度の総医業収入（入院＋外来）は統合前の2008年度に比べて22.3%も増加（私が計算）。病院を統合して病床を大幅に削減しても、医療機能が向上すれば医療費は減少せず、逆に増えることを「見える化」。

○青木重孝『医師会仕事は遊びにすぎん 青木重孝自伝』風媒社、2023年12月。

…青木氏は、植松治雄日本医師会会長時代に常任理事を1期、その後三重県医師会会長を3期務めた医師会の重鎮。井口昭久氏が、冒頭書いているように、「自己賛美はなく、客観的で」あり、「当事者でなければわからない記述が多く歴史的にも貴重な資料」。それだけに、「医師会仕事は遊びにすぎん」という書名は誤解を招くと思う。

私自身は後半の医師会活動の記述、特に「十八ー日本医師会常任理事になりました」が一番勉強になった。特に刮目したのは、史上初めての診療報酬本体マイナス改定となった2016年改定を、「高所に立ってふり返れば、[日本医師会が主導した国民的運動で小泉首相がめざした混合診療導入が封じられ、]国民皆保険である日本の医療保険制度が守られたという意味で、一時的な診療報酬引き下げより、国民にも医療者にも大変大きな価値のある歴史的な改定であった」と冷静に評価していること（162頁）。

○北島洋孝・柳沢志津子・杉澤秀博「介護支援専門員の貧困観の構造と困窮者への対応に与える影響」『厚生指針』2023年12月号：9-14頁。

…東京都区部の介護支援専門員457人（有効回答は304人）を対象にして郵送の質問紙調査を行い、因子構造の妥当性を確認的・探索的因子分析で検証した結果、貧困の原因認識は「個人的」「社会的」「運命的」の3因子構造が支持され、個人的原因認識の平均が最も高かった。原因認識の中で、社会的要因認識が困難感の増加に、個人的原因認識が支援への肯定的態度の減少に有意に寄与していた。問いの設定は興味深く結果の解釈も概ね妥当と思うが、貧困の原因認識が困窮者への対応に与える影響の検証は簡単すぎる。このテーマを量的調査のみで研究するのは無理があり、質的調査も用いた「混合研究法」を行うべきと思う。

○井上恵美「介護 『他業種に流れる！』法改正で特養は大打撃」（特集：外国人材が来ない！ もはや『選ばれる国』ではない 日本に外国人が来なくなる日）『週刊東洋経済』2023年12月2日号：50-51頁。

…現在、介護現場では外国人職員は欠かせない存在となっており、特定技能の介護職は2万人を超えている。しかし、2023年6月の入管法改正で、特定技能1号のうち、介護を除く9業種と職種が、在留期間制限がなく家族帯同もできる特定技能2号に追加され、日本で長く働くことや家族と一緒に暮らすことを考える外国人にとって業種の選択が広がることになったため、介護職の待遇改善がない限り、他産業に人を奪われる可能性がある。しかし「介護事業者の多くはまだ外国人が日本に来ると思い込んで必死さが無い」との関係者の発言を紹介し、「すでに日本が選ぶ側ではないという自覚が事業者側にも必要だ」と結ぶ。

○工藤高「看護補助者の待遇改善に必要なもの（プロの先読み・深読み・裏読みの技術 第71回）」『月刊／保険診療』2023年12月号：58頁。

…病院の「看護補助者」の採用困難に、他産業の賃金引上げでさらなる負のスパイラルが発生していると指摘し、看護補助者と介護職員の給与差（4万円弱）は介護報酬の介護職員改善加算にあることを数字をあげて示す。最後に、医療保険と介護保険の両方のベッドがある病院がとり得る方策は3つあるが、いずれにも問題があると指摘し、2024年度診療報酬改定において「大いなる配慮が必要」と結ぶ。1頁の短文だが深い。

※日テレ系でナースエイド(看護助手)を主人公にした初めての連続テレビドラマ「となり

のナースエイド」が始まった（第1回は1月10日（水）午後10時から）。原作は、知念実希人『ナースエイド』（角川文庫）で、知念氏は東京慈恵会医科大学出身の内科医&小説家。

○柳本文責「制度より生活を見よう！自費（保険外）サービスの活用」『月刊ケアマネジメント』2024年1月号：42-45頁。

…2007年から指名制ヘルパーなど自費のみの介護サービス事業所（NPO法人。現在は介護保険の指定も受ける）を始め、東京都の三鷹市・武蔵野市を中心に500人以上にケアを提供している柳本氏が7種類の「自費ケアサービスの実践」を紹介。このサービスが「月々15～30万円ほどを自費で払える方が多数」いる上記地域で成り立っていることがよく分かる。「自費で選択肢を増やすこと」は、「社会的な格差の是正」になる、「結果的には社会保障のコストを下げ」との**氏の主張は、2003年に総合規制改革会議が「『混合診療』の意義」を主張した時と同じ虚構のロジック**と感じた（二木立『医療改革』勁草書房, 2007, 47頁）。

○「**薬業時事(1221) 長期収載品の選定療養化を巡る議論の行方と違和感**」『国際医薬品情報』12月11日号：2頁。

…無署名だが執筆者は岩垂廣編集長で、見識と気骨のある方。まずこれまでの経過をまとめ、次に「大きな課題」・違和感を3つあげる：①安定供給の問題、②医療上の必要性の解釈、③長期収載品の使用を選定療養とすることへの違和感。最後に、「拡大解釈が加速しないよう、選定療養制度の原則論への立ち返り、必要であれば制度見直しでの対応が求められよう」と結ぶ。

○**間宮弘晃「（インタビュー）毎年改定対象範囲の見直しが供給安定に寄与する**」『国際医薬品情報』2023年12月25日号18-21頁。

…間宮氏（国際医療福祉大学薬学部准教授）は、2023年3月まで厚生労働省薬系技官で、2018年の薬価制度抜本改革にも携わるなど、薬価算定や新薬の承認審査について熟知している。タイトルは限定的だが、本文は過去10年間の政府・厚生労働省の医薬政策全般とそれへの批判等について、非常にバランスのとれた解説をしており、説得力がある：「（高額な薬剤は）現状の薬価制度でコントロールができています」等。**医薬政策の研究者必読。**

○**尾形裕也「この国の医療のかたち（117）辰年及び令和6年度診療報酬改定をめぐって**」MEDIFAXweb 2024年1月21日

…尾形氏は厚生労働省・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座長などを務め、医療政策・診療報酬について熟知。2022年12月20日に大枠が決まった診療報酬等の改定には以下の5つの「特色」（大半は「問題」）があると評価：①今回も改定率+0.88%にたくさん「注」が付記され、用途が予め指定されている。このような「当事者自治」の考え方の弱体化は「問題」。②前回看護職員の処遇改善のための特例的対応としてとられた措置が、対象を大幅に拡大。しかし「賃上げ」を診療報酬として適切に医療機関に配分するのは技術的には難問。③②は医療提供体制への政府の介入が強まることを意味し、「医療機関経営者の経営上の創意工夫の余地を狭めるものであり、個人的には望ましくない」。④「医療制度改革」に「長期収載品の保険給付のあり方」の見直し（選定療養の仕組みの導入）が含まれているが、「竜頭蛇尾」の感がある。⑤国費への影響のみがカッコ書きで初めて示されている。しかし、国は中立的な「裁定者」としてふるまうべきであり、国費だけでなく、保険料、患者負担、地方政府負担への影響を併せて示すべき。

上述したように、私は江見康一先生の「審議会の意思決定が市場原理に代位する機能を持っている」との教えを今でも肝に銘じているので、尾形氏のスタンスに大いに共感した。**医療政策の研究者必読。**

C. コロナ関連（今回はなし）

D. 政治・経済・社会関連

○三牧聖子『Z世代のアメリカ』NHK出版新書, 2023年7月。

…アメリカ政治の最新動向と論争をライブ感覚で活写。サラリと読める。第6章「ジェンダー平等への長い道のり」（「カマラ・ハリスの不人気」等）と第7章「ゆらぐ中絶の権利」（「リベラルが中絶に反対した時代」があった等）は類書にはほとんど書かれておらず、興味深い。私もアメリカ国民の分断についてはよく知っていたが、共和党支持者の67%が「投票は『特権』であり、制限可能」と答えていることには唖然とした（80頁）。著者はZ世代（1997年～2012年の間に生まれ人口の2割を占める）がアメリカ社会を変えると注目・期待し、それが書名にもなっているが、この世代の具体的動きはほとんど書かれておらず、その意識が世論調査等で統計的に紹介されているだけ。

○小野寺拓也・田野大輔『検証 ナチスは「良いこと」もしたのか?』岩波ブックレット, 2023年7月。

…日本でも繰り返されている「ナチスは良いこともした」との言説—「経済回復はナチスのおかげ」～「健康帝国ナチス」等—を、歴史学の観点から、**<事実><解釈><意見>**という**3つの層**に分けて、ていねいに検証。私はナチズムを、「国家社会主義」ではなく「国民社会主義」と訳すことが歴史学だけでなく高校教育でもほぼ定着していることを知り驚いた（第1章）。ただし、第8章「健康帝国ナチス?」はスケッチのレベルで、著者も「日本語で読むことができるほぼ唯一の研究書」と推奨している**プロクター著『健康帝国ナチス』**（宮崎尊訳、草思社, 2002）を読む必要がある。

○児玉真美『安楽死が合法の国で起こっていること』ちくま新書, 2023年11月。

…第一部で、安楽死を合法化した「先進国」—スイス、オランダとベルギー、カナダ等—で起きている安楽死の対象拡大と「日常化」（オランダやカナダ・ケベック州では総死亡の5%を超えている!）、自己決定原則の崩壊等を詳細に紹介。第二部では、安楽死の拡大の理論的基礎ともなっている「無益な治療」論と、コロナ禍で拡散した「無益な患者」論を批判的に検討。これらの記述は全体として濃密だが、「QOLを数値化する医療経済学」との説明は粗雑（115頁）。最後に第三部で「苦しみ揺らぐ人と家族に医療が寄りそう」ことについて、重い障害を持つ娘の親としての体験も踏まえて、（やや情緒的に）考察。

○大西広『人口ゼロ』の資本論—持続不可能になった資本主義』講談社+α文庫, 2023年9月。

…伝統的マルクス経済学ではなく、置塩信雄氏の定式化した「数理マルクス経済学」の立場から、「マルクス経済学の人口論」に依拠して、「人口問題は貧困問題」、「労働者の貧困

化が人口減の根本原因」、「ジェンダー格差は生命の再生産を阻害する」等と指摘し、「資本主義の超克」と「欧米的にならない日本の道」を主張。個々には鋭い指摘もあるが、著者が何度も『資本論』の少数の記述を引用すること（69頁「賃金論」等）、及び最終章（171頁）で唐突にスウェーデンの少子化対策を賛美することには違和感。

○小島寛『シン・経済学 貧困、格差および孤立の一般理論』帝京新書, 2023年12月。

…宇沢弘文氏の「最後の弟子」を自認する著者が、宇沢氏が軽視し関心を示さなかった小野善康氏の理論（ケインズの誤りを乗り越えたと氏が評価する成熟社会の長期不況理論）を使い、「社会的共通資本」を鍵とする「貧困と格差に挑戦する経済学」、「医療を基本に据えた資本主義社会」（第7章）を提唱。本書の大半は講演をベースにしているので、（数式の説明部分以外は）比較的読みやすい。私は氏の新古典派経済学批判には共感するし、「一般理論」形成を目指した真摯な知的格闘も勉強になる。しかし、「一般理論」（シン・経済学）は小野氏、セン、ヴェブレン等の主張を「参考」にしたスケッチ・「想い」のレベルにとどまる。「医療を基本とする資本主義」も津川友介氏の『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』を参考にただけで、底が浅い。しかも、氏が紹介している宇沢氏の「日本の医療の持つ問題点」や「望ましい医療制度」は1990年代(以前)のもので<古い>。