

2024年7月5日(金)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻240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、あるいは皆様を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/>。

240号の目次以下の通りです(24頁)

1. 論文：日本の診療所は非効率で集約が必要か？－財政審「建議」の新説の検討
〔二木教授の医療時評〕(21)『文化連情報』2024年7月号(556号):364頁……………2頁
2. 最近表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻220回:2024年分その4:9論文)……………7頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その234)－最近知った名言・警句1……………14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38回)……………16頁

お知らせ

1. 論文『骨太方針2024』の医療・社会保障改革方針をどう読むか?』を『日本医事新報』2024年7月6日号に掲載します。次の「ニュースレター」241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. ドイツ社会保障研究の泰斗・田中耕太郎氏のホームページ「比較社会保障研究室」に<岡嶋道夫アーカイブ>が掲載されました：<https://ktanaka-ssri.net/>

「(故)岡嶋道夫・東京医科歯科大学名誉教授が生前に運営しておられた、ドイツの医学教育や医療に関するホームページに掲載されていたデータを引き継いで、このホームページのナビゲーションメニュー<ドイツ社会保障>のプルダウンメニューに<岡嶋道夫アーカイブ>を新たに設置しました。／ここをクリック頂くと、すぐに岡嶋氏のホームページが立ち上がり、同氏が生前に執筆されたドイツの医学教育や医療制度に関する膨大な量の貴重な研究成果を参照することが出来ます。」(田中氏のHPより)

岡嶋先生は、東京医科歯科大学を退官された1993年以降、2011年にお亡くなりになるまで、ドイツの医療制度全般の資料の収集・翻訳・分析を続けられ、それらをご自身のホームページに公開されていました。その原動力は、最近の日本におけるドイツ医療の紹介は「表面的な情報の紹介だけ」にとどまっているとの危機感だったそうです。私は、00年代の前半に、「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」を提案した時、その柱の1つとして、「医療専門職の自己規律」をあげました。その際、アメリカとヨーロッパ諸国の専門職団体の自己規律の仕組みを調べたのですが、ドイツの制度・政策については岡嶋道夫先生がきわめて緻密な研究をされていることを知りました。

私は、昨年5-6月に、日本医師会調査団の一員として、イギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査をして、日本が一番参考にすべきはドイツだと改めて感じました。ドイツ医療に関心を持たれている方が<岡嶋道夫アーカイブ>をご覧になることをお勧めします。

1. 論文：日本の診療所は非効率で集約が必要か？－財政審

「建議」の新説の検討

〔二木教授の医療時評〕(21)『文化連情報』2024年7月号(556号):364頁

はじめに

財務省の諮問機関である財政制度等審議会は5月21日、「わが国の財政運営の進むべき方向」の建議（以下、「建議」）を取りまとめました。「建議」は、軍事費増額を前提にして、少子化対策以外の社会保障の「給付の適正化」のための改革を網羅的に求めています。ただし、医療・介護の改革の大半は従来の主張の繰り返しであり、変わりばえしません。

私が「医療」で唯一「新しい」と感じたのは、「医療提供体制」の「質の高い外来医療の効率的な提供」の項で、「診療所については、医師1人で運営するところが多く、複数の医師で医療を提供する場合と比べて事務職員の割合が高くなり、効率的ではないとの指摘もある」として、「各地域の実情に応じて、診療所を含めた外来の医療機能の転換・集約を推進していくべきである」と主張していることです（62頁）【注1】。

「建議」は今まででなんども、病院が非効率であるとして病院「機能の転換・集約」を求めてきましたが、診療所についてこのように主張するのは初めてです。そこで今回は、この主張の妥当性を検討し、それが不適切であることを明らかにします。最後に、財務省・「建議」が地域別診療報酬についての主張をわずか1か月間で訂正したことを指摘し、それが財務省の医療分野の実証分析・政策立案能力の劣化を表していると指摘します。なお、本稿では「診療所」は「一般（医科）診療所」のみを指します。

非効率の理由が薄弱でアクセスの低下に触れず

「建議」は上記主張の根拠として「資料IV-2-33」に「1診療所（無床）当たりの平均従事者数」の表（医師1.3人、看護師1.4人、准看護師0.7人、事務職員1.7人）を示しています。

「効率」は多義的な概念で、最低限、様々な費用（インプット）と効果（アウトプット）の割合・関係を示すべきですが、インプットとして診療所の事務職員数のみを示し、アウトプットにまったく触れずに、「効率」を論じるのはあまりに粗雑です。最低限、医師1人の場合（ソロプラクティス）と「複数の医師で医療を提供する場合」（グループ診療）の数字を示すべきです。仮に、後者の方が医師1人当たりの職員数が少なかったとしても、アウトプット（医療費、患者数、医療の質の諸指標）を示さずに、医師1人の診療所が「効率的ではない」とは言えません。

また、「効率的ではないとの指摘もある」と書きながら、この数字以外の根拠（論文・資料）を示していないのも誠実さに欠けます【注2】。

私が一番問題だと思うのは、医療で「効率」以上に重要な「アクセス」の問題に、

「建議」がまったく触れていないことです。「診療所を含めた外来の医療機能の転換・集約」を進めると、当然診療所数は大幅に減少し、患者の居所と診療所の距離が長くなる結果、患者の診療所への物理的アクセスが低下します。

私は、以前から、「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」と主張していますが(1)、今後、全国で急増する後期高齢者の医療アクセスを保証するために、診療所は病院以上に分散している必要があると思います。

日本と欧州では診療所の機能・役割が異なる

「建議」は書いていませんが、ソロプラクティスが大半である日本の診療所と異なり、イギリス等では診療所の大半がグループ診療であるとして、日本の診療所が非効率とする批判は以前からあります。私自身も、4月から始まった「医師（勤務医）の働き方改革」から除外された診療所医師（開業医）の過重労働を軽減し、ワークバランスを確保するためにも、グループ診療を増やすことは重要な選択肢の1つだと思います。

しかし、各国で診療所が果たしている機能・役割の違いを無視して、各国の医療の優劣を論じるのは有害無益です。私が昨年参加した西欧3か国医療の現地調査では、イギリスだけでなく、ドイツ、フランスでも、診療所の大半を占める一般医（家庭医）診療所の従事者数はごく少なく、グループ診療の場合でも、事務職員が1人なのが一般的で、看護職員もいないかごく少数でした(2)。これは、診療所がプライマリケアのみを行っており、入院や専門的な診療・検査が必要な患者はすべて病院または専門医の診療所に紹介しているためでした。

それに対して、日本の診療所開業医の多くは相当水準の専門医機能を持ちつつプライマリケア（かかりつけ医）機能を果たしており、そのために上記3か国に比べてはるかに多くの職員を雇用しています。このような各国の診療所の機能・役割の違いを無視し、事務職員数の多さを根拠にして、日本の診療所が非効率と断ずることはできません。

なお、日本の病院（特に200床未満の中小病院）では、欧米の病院と異なり、医師が外来で専門的診療と同時に「かかりつけ医機能」も果たしており、事実上「グループ診療」を行っています。この事実を無視して、日本の診療所におけるグループ診療の「遅れ」を批判するのは非生産的です。

高機能な診療所が総医療費の高騰を抑制している可能性

日本の診療所が、欧州の診療所に比べて、職員数だけでなく、各種の医療機器装備率が高いことはよく知られています。それが他国に比べて診療所医療費の割合が高い要因になっているとの指摘もあります。しかし、診療所が高機能なことが、病院医療費の膨張を相当程度抑制している可能性もあります。私は、このことが日本の総医療費の水準（対GDP比）が、他の高所得国に比べ、長年低かった理由の1つと判断しています（もう1つの理由は、医師・医療従事者の長時間・過重労働です）。

実は、この可能性を日本で最初に指摘したのは、広井良典氏（京都大学教授）で

す。氏は、まだ厚生省官僚だった 1994 年に、以下のように主張・警告しました。氏は、一般には非効率とみなされやすい日本の「外来主導型」医療が、「外来のアクセスがきわめて良好であることから、疾病が特に重度に至る以前にその早期治療ないし発見が行われやすく、このことが全体の医療費の抑制に相当程度寄与し」、「結果的には医療費の“効率的な”使用を実現している面があること」に注目し、「今後の医療供給体制のシステム化を考えるに当たっては、…『外来主導型』というわが国の医療の特性…のメリットが失われないように最大限注意しながら…検討する必要がある」と主張しました(3)。

その後、日本の医療費水準は急激な人口高齢化のために、OECD加盟諸国中の上位になっていますが、人口構成の違いを補正すれば、現在でも、OECD平均以下にとどまっています。『令和 2 年版厚生労働白書』も、医療費ではなく、社会保障費全体についてですが、「我が国は最も高齢化が進んでいるが、社会支出の対 GDP 比は、我が国よりも高齢化率が低いフランス、スウェーデン、ドイツの方が我が国を上回っている」と指摘しています(123-124 頁)。

補足すると、2000 年以降、一般診療所医療費(入院・外来合計)の国民医療費に対する割合は漸減し続けています: 2000 年度 25.3%、2010 年度 22.4%、2021 年度 20.3%。

おわりに―地域別診療報酬の軌道修正

以上、日本の診療所が非効率で、外来医療機能の転換・集約の推進が必要との「建議」の主張の問題点を 3 側面から指摘しました。

最後に、「建議」の「医療」部分を読んで、私がもう 1 つ注目したことを指摘します。それは、「地域間の偏在対策」の項の、「地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置」の記述が変化したことです。具体的には、財務省が「建議」の 1 か月前の 4 月 16 日の財政制度等審議会財政制度分科会に提出した資料「こども・高齢化」の 3「医療」の「診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について」(69 頁)では、診療費所不足地域での単価引き上げ(1 点 = 10 円 + α 円)と診療所過剰地域での単価引き下げ(1 点 = 10 円 - β 円)がセットで提案されていたにもかかわらず、「建議」の資料 IV-2-30 では、診療所不足地域での単価引き上げが削除され、診療所過剰地域の単価引き下げだけが示されました。提案を変えた理由は説明されていません。

私は、財務省が「資料」発表後、診療所不足地域で単価を引き上げると、その地域での患者負担が増加し、患者の医療機関へのアクセスが経済的にも抑制されるという当たり前のことに、遅まきながら気づいたためと思います。このことは、財務省が医療の実態を無視して、診療所(開業医)の医療費・所得の抑制のため、「現場の認識とはなはだしく乖離している机上の空論」(松本吉郎日本医師会会長)を繰り返していることの表れと言えます(4)。

私は以前、『建議』の医療制度改革提案には、医療提供側に厳しすぎたり、的外れなものも含まれますが、全体としてはきわめて緻密であり、『突っ込みどころ満載』の経済産業省文書とは大違い」と評したことがあります(5)。しかし、今回

の「建議」を読んで、財務省（及び同省が依拠する研究者。以下、財務省）の医療の実証分析・政策立案能力が劣化していると感じ、少し寂しい気持ちになりました【注2】。

【注1】河本滋史氏は「診療所の集約化・大規模化」を、高久玲音氏は「グループ診療の義務付け」を主張

河本滋史・健康保険組合連合会専務理事は、「建議」が発表された翌日の5月22日に開かれた第3回新たな地域医療構想等に関する検討会に提出した資料5で、「外来」について、「短期的には連携による面での対応が現実的。長期的には診療所の集約化・大規模化も視野」（9頁）と「建議」とほぼ同じ主張をしました。財務省以上に医療費抑制に熱心な健保連が、確実に医療費増加を招く「診療所の集約化・大規模化」を主張するのは不思議です。

高久玲音氏（一橋大学准教授・当時）は、健保連が本年3月4日に開催したシンポジウムで、「今後、イギリスのグループプラクティスのように、集まって開業することを義務づけたり、インセンティブを与えることは可能であろう」と発言しました(6)。グループ診療の拡大を主張する医師や研究者は少なくありませんが、その「義務づけ」を主張したのは、私の知る限り高久氏だけです。高久氏は最新論文で、「建議」とほぼ同じ表（「診療所で誰が働いているのか？」）を示して、日本の「人員効率の悪い solo での開業」の見直し、グループ診療化を主張しています(7)。

【注2】大道久・寺崎仁氏等の「グループ診療」についての研究と提言

「建議」が特に不誠実かつ不勉強なのは、大道久氏と寺崎仁氏等（当時日本大学医学部病院管理学教室）が、1990年代から先駆的・継続的に行っていた「グループ診療」についての研究を無視していることです。両氏等は、1980年代に厚生省の「家庭医構想」が頓挫した後、1994年に「日本グループ診療研究会」を設立し、1998年には報告書「グループ診療を促進するための法制上の整備について」を発表しました。2012年にはそれまでの研究・提言の集大成として『期待されるグループ診療』を出版しました。

寺崎氏は、同書の総括的論文で、グループ診療は「単に開業時のインシヤルコストの低減や経営の効率化など、経済合理性の観点からのみ主張しているのではない」と断言し、以下のように格調高く述べました(8)。「日本の開業医の特徴でもある専門医の能力を持った診療所医師が複数集まることで、相互の専門性を補完し合うこともできるようになる」、「一人の医師単独で診療し続けることで、往々にして独善的な医療に陥りがちになるが、それを防ぐことも期待できると考えており、ひいてはプライマリ・ケアの質向上にも繋がる」。しかし、この本の出版後、残念ながら、グループ診療についての本格的な研究は中断し、現在に至っています。

【注3】「開業医へシフトする流れを止める」は15年前の「建議」の蒸し返し

私が「建議」を読んで、財務省の医療の実証分析・政策立案能力の劣化を感じた理由はもう1つあります。それは「病院・診療所間の偏在対策」の項（61頁）で、「開業医の一定数が病院勤務にシフトすれば、病院の勤務医不足は相当程度改善さ

れるとの指摘もある。／病院勤務医から開業医へシフトする流れを止めなければならぬ」と、なんともナイーブに書いていることです。実は、今から15年前の2009年春の「建議」も、「病院・診療所間における医師の偏在…医師の病院離れ」を指摘し、それを是正する「経済的手法」を提案していたからです。

それに対して、私は同年、2000～2006年の6年間で医師総数に対する開業医（診療所開業医）の割合は27.1%から25.6%へと漸減しており、「勤務医の開業医志向」の高まりは生じていないと指摘しました(9)。さらに、2012年には、「病院の勤務医の開業医志向は本当に生じたのか？」を多面的に検証し、医師総数に対する診療所開業医の割合は2010年には24.6%にまで低下していること等を示しました(10)。この割合はその後も低下し続け、2022年には20.5%になっています。「建議」がこのような歴史事実を無視して、「エビデンスに基づく」ことのない主張を繰り返すことは、財務省の医療分野の実証分析・政策立案能力の劣化のもう1つの表れと感じた次第です。

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している方が合理的であるー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。
- (2)二木立『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,第3章「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ー診療所医師のコロナ対応を中心に」(95-112頁)。
- (3)広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社,1994,67-72頁。
- (4)「財政審『春の建議』、『賃上げを阻むもの』と日医問題視 都市部の診療所報酬単価引き下げ『現場の認識と乖離、容認できず』」m3.com 2024年5月22日(橋本佳子)。
- (5)二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,125頁。
- (6)「保険給付範囲、自己負担の在り方、医療DXの推進が今後の課題に 健保連がシンポジウムを開催」『健康保険』2024年5月号：6-15頁(高久氏の発言は11頁)。
- (7)高久玲音「大局としてのプライマリーケア重視と診療所の在り方」『週刊社会保障』2024年5月20日号：38-43頁。
- (8)寺崎仁「これからのプライマリ・ケア体制とグループ診療」。日本プライマリ・ケア連合学会グループ診療の実践に関するワーキンググループ編『期待されるグループ診療』社会保険研究所,2012,27-38頁。
- (9)二木立『民主党政権の医療改革』勁草書房,2011,第5章第1節「財政制度等審議会2009年『建議』の医療改革方針を読むー時代錯誤の主張と診療報酬抑制の新たな手法」(128-137頁)。
- (10)二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第5章第1節「病院勤務医の開業志向は本当に生じたのか？ー全国・都道府県データによる検証」(176-183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(通算

220回)(2024年分その4:9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。

○病院の収益性とデジタル成熟度との関連—ドイツ・デジタルレイダー計画のデータを用いた探索的研究

Vogel J, et al: The association of hospital profitability and digital maturity - An explorative study using data from the German Digitalradar project. Health Policy 142(2024) 105012, 8 pages [量的研究]

ドイツの病院部門はドイツの他の産業部門、他国の病院部門に比べて、デジタル化(電子医療記録の採用等)が遅れている。その理由はデジタル投資が足りないからであるとされている。この遅れを取り戻すため、ドイツは2020年に「病院将来法」を成立させ、2021年に「デジタルレイダー(DR)計画」(2021)を始めた。これはデジタル成熟度のデータ(DR指数。0-100の連続量で7側面200以上の設問に対する病院の回答に基づいて作成)を含んでいる。病院将来法以前から、ドイツの病院はデジタル化については公的投資に大きく依存していたが、それは不十分なので、病院は利益をデジタル・トランスフォーメーション促進のために使わなければならなかった。そこで、病院将来法制定前に、病院の収益性がデジタル成熟度に影響したか、及びそれ以外の要素が影響するかを評価した。上記DR指数と2017-2019年の病院機能評価報告中の財務諸表データを用いた(n=860)。DR指数を従属変数、3年平均のEBITDA(税引前利益に利息、減価償却費を加えて算出される利益。営業利益+減価償却費)を独立変数とする線形回帰分析を行った。さらに病院チェーンによって層別化してサブグループ分析も行った。

病院のEBITDA利益率の平均は5.3%、最低は-19.9%、最大は40.4%、DR指数の平均は34.9、最低は3.3、最大は63.9だった。EBITDA利益率の1ポイント増加は、DR指数の0.359ポイントの増加と関連していた(p<0.01)。この有意な関係は、開設者等他の要因を含んだ計算式でも同じか、強化された。病院チェーンへの参加と当該病院チェーンの規模(病床数)は病院のDR指数と正の有意の関連があった。「大規模チェーン」(総病床1000超)と「3大チェーン」のサブグループの病院のEBITDA利益率はDR指数と強い関連があった(EBITDA利益率1%の増加でDR指数はそれぞれ2.685, 3.197ポイント増加。p<0.01)。以上から、病院の高い収益率は高いデジタル化成熟度と関連すると結論づけられる。大規模チェーンのデジタル成熟度が高いのは、以下の3つの要因によると言える:(1)チェーン全体のIT戦略を実施できる、(2)ITのアーキテクチャーと方針を標準化できる、(3)クロス・ファイナンス投資が可能である。

二木コメント—ビッグデータ(ドイツの全病院のデータ)を用いた精密な分析により、病院の利益率と病院チェーンの規模が病院のデジタル成熟度に影響することを初めて示した研究だそうです。結果・結論は常識の確認とも言えますが、それを定量的に示したこと

に意義があるのだと思います。

○治療の遅れは健康アウトカムにとってどれほど重要か？ [イタリアにおける] 救急車の応答時間と心循環器系疾患の事例

Lucchese E: How important are delays in treatment for health outcomes? The case of ambulance response time and cardiovascular events. *Health Economics* 33(4):652-673,2024 [量的研究]

医学的治療の費用対効果は、たくさんの要因の交絡効果のために厳密には分からない。救急車の応答時間（救急コールセンターが救急車依頼の電話を受けてから救急車が患者を運んで病院に到着するまでの時間。以下、AR）を利用して、イタリアの一地方（北西部のリグーリア州。人口約 150 万人、州都はジェノヴァ）における、治療の遅れの健康アウトカムへの影響を調査した。雨天が AR の遅延をもたらすショック（自然実験）と見なすことにより、因果的関係を見いだした。その結果、心循環器疾患の患者では、AR の応答時間の 1 分の遅れが同地方での 105 人の死亡増加をもたらすと計算された。最後に、AR の 1 分短縮により同地方で救命される命の経済的価値を 1 年当たり 780 万ユーロと推定した。

二木コメント—見魅力的なタイトルの 20 頁の長大論文ですが、雨天を「自然実験」と見なすのは？？で、私には「牛刀をもって鶏を割く」論文に見えます。救命される命の価値の計算も頭の体操に過ぎません。私が驚いたのは、救急車の応答時間、特に現場までの到着時間が日本とは桁違いに長いことです：救急車依頼の電話があってから、救急車が患者のいる場所に到着するまで 28 分、病院に到達するまで 51 分。日本の現場到着所要時間は全国平均で約 10.3 分、病院収容所要時間は全国平均約 47.2 分です（総務省「令和 5 年版救急・救助の状況」）。

○医療企業化の政策と政治：イングランドNHSの事例

Sheaff R, et al: The policy and politics of healthcare corporatisation: The case of the English NHS.

Social Science & Medicine 342(2024) 116505, 10 pages [定量的政策研究・理論研究]

医療企業化の報告書で 2008 年の世界金融危機の影響を検討したものはほとんどない。「福祉国家の新しい政治」（NPWS）理論（Pierson,1994）は危機の重要性を認識しているが、体系的（構造的）縮減より主にプログラムの縮減に注意を払い、医療の企業化にはほとんど言及していない。本研究の目的は 2008 年金融危機が（それ以前から進んでいた）医療企業化のパターンにどんな変化をもたらしたか、及びその NPWS 理論への含意を検討することである。イングランド NHS の 1995-2019 年の行政データを用い、企業化の多面的指数を作成し、妥当性を検証した上で、それを用いて金融危機が管理者の権限強化（responsibilization）と再商品化（市場的診療の導入）のバランスにどのように影響したかを経時的に分析した。

金融危機は、それに対応して政府が実施した財政引き締めを通して NHS の企業化（政策）に影響した。NHS のサービス提供者の再商品化は停止したが、NHS 管理者の権限強化は停止しなかった。つまり、NHS の再商品化は金融危機後でつまづいたと言える。これらの知見は、NPWS 理論の一部を確認したが、同時に医療制度における体系的縮減の説明をもっと練り上げる余地があることも明らかにした。

二木コメントタイトルは魅力的です。上記要旨（Abstract の全訳）は抽象的ですが、本文では緻密な分析が行われており、NHS（の企業化）の研究者には有用と思います。

○ [アメリカで] プライベート・エクイティ [企業] に買収された医師診療 [所] とその市場浸透は 2012-2021 年に大いに増加している

Abdelhadi O, et al: Private equity-acquired physician practices and market penetration increased substantially, 2012-2021. Health Affairs 43 (3):354-362,2024 [量的研究]

プライベート・エクイティ（PE）企業（未公開株の取得・引き受けを行う企業）の医師診療（所）買収が加速しており、PE 企業の医師レベルでの地域市場への参入と医療の質・価格についての懸念を生んでいる。しかし、PE 企業の地域市場でのコントロールの程度はほとんど知られていない。PE 企業のデータと医師データをリンクし、常勤換算医師数を評価の基礎として、10 の専門診療科別に個々の PE の地域市場シェアを、都市圏統計区域群（MAS）レベルで推計した。

PE 企業に買収された医師診療（所）は 2022 年には 119 の MSA で 816 あったが、2021 年には 307 の MSA で 5779 へと激増していた。単一の PE 企業が大きな市場シェアを持っており、108 の MSA の専門医市場では 30 % を超えており、50 の市場では 50 % を超えていた。10 の専門診療科別に見ると、2021 年で胃腸科と皮膚科では、専門医総数の 10 % 超が PE 企業に買収された診療（所）で働いていたが、プライマリケアではその割合は 3 % にとどまっていた。以上の結果は、競争についての懸念を生み、連邦公正取引委員会、州規制当局および政策決定者が詳細に検討することを求めている。

二木コメント一本「ニューズレター」230 号（2023 年 9 月）でも、プライベート・エクイティ企業による医療機関の買収についての以下の 2 つの文献を紹介しました。これらの文献を読むと、アメリカでは PE 企業による診療所の買収が、企業の診療所開設が原則として禁止されている日本とは「異次元」の速さと規模で進んでいることがよく分かります。ただし、本論文では、PE による医師診療所の買収が医療の質と価格に与える影響は検討されていません。

* プライベート・エクイティ [・ファンド] によるアメリカ医療の略奪：過小評価され規制もされていない災難

Geymn J : Private equity looting of U.S. health care: An under-recognized and uncontrolled scourge. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services 53 (2): 233-238,2023 [評論]

* [アメリカにおける] プライベート・エクイティに買収された診療所と買収さなかった診療所の労働力構成 [の変化]

Bruch JD, et al: Workforce composition in private equity-acquired versus non-private equity-acquired physician practice. Health Affairs 42 (1):121-129,2023 [量的研究]

○ [オーストラリアにおける] プライマリケア提供者の企業所有と医師のウェルビーイング、労働量、組織効率とサービスの質との関係

Scott A, et al: Associations between corporate ownership of primary care providers and doctor wellbeing, workload, access, organizational efficiency, and service quality. Health Policy 142

(2024) 105028, 7 pages [量的研究]

歴史的には、多くの国の一般診療所は個人所有の独立した小規模経営である。しかし、過去 30 年間に (1980 年代中葉以降)、「大規模企業医療グループ」一定義は、私企業で医師以外の株主を持ち多くの場所で診療所を開設する診療所 (以下、企業医療グループ) が増えてきた。利潤動機を強く持つことは費用、医療へのアクセスと医療の質に影響する可能性がある。オーストラリアの GP (一般医) の 45 %は、私企業である診療所で働いており、このうち 3 分の 1 以上 (総数の 19.9 %) が「企業医療グループ」で働いていると推定される。企業医療グループで働くことと、19 のアウトカムを以下の 5 つのアウトカムに統合したものととの関係を調査した: GP のウェルビーイング、労働量、患者アクセス、組織効率及びサービスの質。

企業医療グループで働く医師は、それ以外の医師と比べて (以下同じ)、高齢で、海外で医師資格を得、慎重な性格 (conscientious personality) が多い傾向があった。GP のウェルビーイングについてはエビデンスはまちまちで、企業医療グループで働く医師の転職率は高い反面、仕事と満足度は同レベルだった。仕事の労働量は、所定労働時間と時間外の労働時間とも同様であったが、ワーク・ライフバランスの自己評価は低かった。患者アクセスは患者に請求される料金という点では安かったが、診察待ち時間は長いとの弱いエビデンスがあった。企業医療グループの医師は組織効率が高いと報告する傾向があり、その理由は管理・マネジメント業務に費やす時間が少なく、医師 1 人当たりの看護師が多いからだった。ただし、彼らはもっと低資格の職員でもできる仕事をやる傾向があり、このことは看護師が医師の代替ではなく補足となっていることを示唆していた。サービスの質 (教育、患者の不満、診察時間の長さ、1 時間当たりの患者数) に差はなかった。オーストラリアでは企業医療グループがプライマリケア提供で重要な役割を果たすようになっている。それらは効率が良く、患者アクセスが良く、患者の保険外負担も少ないとのエビデンスがあり、今回用いた指標で見るとサービスの質にも差はない。しかし、GP のウェルビーイングとワーク・ライフバランスについては懸念が残る。医療の継続性、患者経験価値と健康アウトカムについてはさらなる研究が必要である。

二木コメント—私は、アメリカだけでなく、歴史的にはイギリス型の医療提供制度を有していたオーストラリアでも、現在は大規模企業医療グループ (10 以上の診療所を開設する「診療所チェーン」) で働く GP が 2 割もいることに驚きました。

○高所得 12 か国の社会的処方アプローチの比較

Scarpetti G, et al: A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries. Health Policy 142 (2024) 104992, 10 pages [国際比較研究]

社会的処方とは患者を地域の資源と結びつけ、患者の健康とウェルビーイングの改善をめざす。それは国際的にも注目されつつあり、その理由は、疾病の非医療的原因に対処でき、既存の資源を用いて実施でき、しかも比較的安価な費用で総合的健康を改善できるからである。本論文の目的は、以下の 12 か国における社会的処方の概念化と実施状況のエビデンスを示すことである: オーストラリア、オーストリア、カナダ、イングランド、ドイツ、ポルトガル、スロバキア、スロベニア、オランダ、アメリカ、ウェールズ。12 か国は「医療システム・政策モニター」(HSPM) と「ユーロヘルスネット・パートナーシップ」によ

り同定した。情報は、WHOの「医療制度分析枠組み」に触発されて作成した分析枠組みモデルに基づいて作成した、12のオープンエンドの質問紙調票により収集した。その結果、社会的処方それぞれの国で多様な形態をとること、及び実施の規模も国により大きく異なることを見いだした。その効果についての頑健なエビデンスはほとんどなく(scarse)、しかも高度に文脈依存的だった。いくつかの指標では、社会的処方が費用対効果的であり、ウェルビーイングに肯定的影響があることも示された。

二木コメント 23人の多国籍研究者の共同研究で、12か国の比較表も付いており、イングランド以外の高所得国における社会的処方の現況について知ることができます。なお、「社会的処方が費用対効果的である」は一部の国の回答者の主観的判断で、本論文で明確なエビデンスが示されているわけではありません。

○支援付き住宅居住者の全米コホートから得られた死亡者の特徴と終末期ケアの経路

Belanger E, et al: Characteristics and end-of-life care pathway of decedents from a national cohort of assisted living residents. *Medical Care* 62(2):125-130,2024 [量的研究]

アシステッド・リビング(支援付き住宅。以下、AL)は、死につつある人々がケアを受けるふつうの場所になっている。しかし、入居者がいつまでALで過ごせるか、及びそこで死を迎えられているかについては、はっきりしていない。本論文の目的はAL居住者の社会人口学的特徴、併発症、医療利用、及び死に至る経路を調査することである。出来高払いのメディケア加入者で、大規模なAL(定員25以上)に居住し、2017年1月から3年以上追跡できた人々(268,812人)の全国コホート調査を用いた。

2017～2019年の間に、調査対象者の35.1%が死亡した。死亡者は対象者全員に比べて、85歳以上の割合が高く(76.5%対59.5%)、アルツハイマー病や関連する認知症の割合も高かった(70.3%対51.6%)。死亡者の大半(96.2%)は死亡前1年間のいずれの時期にALに居住していたが、1/5以上は死亡月の1か月以上前にALを離れていた。死亡の30日前にALに居住していた死亡者のうち、約半数(46.4%)は病院・ナーシングホーム・入所型ホスピスに移ることなくALで死亡したが、13.2%は死亡までに3回以上病院・施設に移されていた。以上から、ALは死にゆく人々、特にアルツハイマー病を有している人々の重要なケアの場所になっていると結論づけられる。

二木コメント 従来の類似研究のほとんどが後方視調査であったと異なり、本研究は、前方視調査により死亡直前の終末期ケアの経路を調査していることに新しさがあると思います。

○【アメリカの】ナーシングホームは直接的看護[・介護]をますます人材紹介会社に依存するようになっている

Bowblis JR, et al: Nursing homes increasingly rely on staffing agencies for direct care nursing. *Health Affairs* 43(3):327-335,2024 [量的研究]

ナーシングホームは雇用している看護・介護職員が不足した時、人材紹介会社からの派遣職員(temporary workers.以下、派遣職員)に依存して、欠員を埋めようとする。本論文は、メディケア・メディケイド・サービスセンター(CMS)の3種類の公表データセットを用いて、ナーシングホームの人材紹介会社の利用トレンドを、コロナパンデミック前及び

パンデミック中（2018-2022年）について調査する。2018年に、ナーシングホームの23%は派遣職員を雇用し、彼らの労働時間は総看護・介護時間の3%を超えていた。雇用された場合、彼らは年間90日以内労働するのが一般的だった。2022年には、ナーシングホームのほぼ半数（49.1%）が派遣職員を雇用し、彼らは総看護・介護時間の11%を担っていた。派遣職員は慢性的な職員不足を埋めるためにますます雇用されるようになり、ナーシングホームの13.8%には毎日派遣職員がいた。派遣職員の労働費用は直接雇用の職員より50-60%高く、派遣職員を雇用しているナーシングホームの「ケア比較ウェブサイト」の5つ星評価はしばしば低かった。政策決定者は、コロナ禍後のナーシングホーム労働力の変化をナーシングホーム改革の一部として考慮すべきである。というのは、派遣職員への依存はナーシングホーム職員を増やしケアの質を引き上げるために使える経営資源を減らす可能性があるからである。

二木コメント—コロナ禍を契機としたナーシングホームの人材紹介（派遣）会社依存の高まりを定量的に示しており、貴重と思います。アメリカのナーシングホームの看護・介護職員の大半は無資格介護職員であるため、nursing staffは看護・介護職員と訳しました。本文では、3職種（看護師、准看護師、看護助手）別の数値も示されていますが、3職種の構成割合は書かれていません。

○ [アメリカの] ナーシングホームの職員配置：2010-2021年に移民の認定看護助手の割合が増加し、自国出身の職員は減少している

Jun H, et al: Nursing home staffing: Share of immigrant certified nursing assistants grew as US-born staff numbers fell ,2010-21. Health Affairs 43(1):108-117,2024 [量的研究]

ナーシングホームは長年直接ケア労働者の不足に直面しており、この問題はコロナパンデミック中に強まった。3種類の全国代表標本調査のデータを用いて、アメリカのナーシングホームでは認定看護助手(certified nursing assistant, CNA)の多くが移民労働者で満たされていることを見いだした。自国生まれのCNAの人数は2010年代半ばから急速に減少し続けている反面、外国生まれのCNAの人数は相対的に安定している。コロナパンデミックの最初の2年間（2020-21年）、ナーシングホームにおける外国生まれのCNAの割合は急上昇した（2000-2009年13.6%、2010-19年16.5%に対し2020-21年は19.1%）。これは同時期に生じた自国生まれのCNSの割合減少で説明できる。パンデミック中の職員不足は、もし外国生まれのCNAが労働力としてとどまらなかった場合、さらに悪化したと推定される。外国生まれのCNAの割合の州間格差は大きく、ウエストヴァージニア州では1%未満であるのに対して、ハワイ州では70%を超えていた。パンデミック前のデータを分析したところ、外国生まれのCNAの割合が高い地域は、ナーシングホーム入居者1人当たりの直接ケア時間の長さ、及び高い質パフォーマンスと関連していた。長期ケアの需要の増大に対応して職を求める移民のための経路を作り、直接ケアにおけるギャップを埋めることは、今後の職員ニーズを満たすために不可欠になるであろう。

二木コメント—アメリカで以前から続いていたナーシングホームのケア職員不足がコロナパンデミック期間中にさらに悪化し、その不足を移民労働者が相当程度を埋めていたことが良く分かります。外国生まれ（移民）のCNAの割合が高いナーシングホームほど、入居者1人当たり直接ケア時間が長く、ケアの質も高いとの結果は興味深いと思います。

なお、CNA（認定看護助手）は（ほとんどの）州が認定している「初級資格」で、高卒かそれと同等の能力を有していれば、最低4～8週間の訓練プログラムを受けた後、各州が実施する簡単な筆記試験（多肢選択の60の設問）と実技試験に合格すればなれるそうです。ただし、全国共通の基準はないそうです（What is a CNA (<https://www.nu.edu/blog/what-is-a-cna/>) 2024年5月23日閲覧）。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 233)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○マハティール・ビン・モハマド (元マレーシア首相。98 歳) 「80 年近く政治に関わってきたが、**私たちは経験や歴史から学ばない**ということに気づいた。**同じことを繰り返し、同じような結果を生み出してしまう**」(「日本経済新聞」2024 年 5 月 25 日朝刊)。**二木コメントー**私も、日本の医療・社会保障政策 (の議論) についても同じことが言えると感じ、意識的に、過去の医療政策の議論を回顧・総括した論文を書いています。例: 「私が在宅ケアの『リアルコスト』・社会的費用を計算した経緯を振り返る」(『文化連情報』2024 年 6 月号 (555 号) = 「ニューズレター」239 号)、「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」(『文化連情報』2024 年 2 月号 (551 号) = 「ニューズレター」235 号)。

○植田まさし (漫画家。1982 年 4 月以来、「読売新聞」朝刊に 4 コママンガ「コボちゃん」を連載中。77 歳) 「人や笑いの本質は変わりません。4 コマ漫画を描いて、**自分が『面白い』と思ったものは、受け取り手にも良いと思ってもらえる。自分は最初の読者。面白いと思うものを描いていきたいです**」(「読売新聞」2024 年 5 月 27 日朝刊、「植田まさしさん『コボちゃん』描き続けて 77 歳)。**二木コメントー**私も論文を書いている、同じ気持ち・経験をしています。ただし、私は自分&自身の研究の評価が甘い傾向があるとも自覚し、論文を書いた直後に信頼する友人に送って、率直な意見・感想を聞くようにしています。これを読んで、次の言葉を思い出しました。

○妹尾堅一郎 (産能大学経営情報教授・当時) 「**ワクワクする研究を！…** 研究計画書をうまく書くコツは、書類の形式ではない。計画書の筆者が、**これを研究したい、というワクワク感と熱意が自然と伝わってくるものが一番**。それをやることは、表面的に策を弄することではない。(小賢しさは研究を矮小化する) そうではなく、**どんな研究をしたいかを本質的に考えること**なのである」(『研究計画書の考え方 大学院を目指す人のために』ダイヤモンド社、1999 年、145-146 頁 (同書の「結論」)。

○小峰隆夫 (経済企画庁調査局長等を経て、法政大学教授に就任。現在は大正大学客員教授。専門は、日本経済論、経済政策論、人口と経済。77 歳) 「**日本経済について何を書くべきなのか。次に自分は何を論じるのか**。役人だったときも民間に転じたとき後も、**何十年にわたって毎日考えています。エコノミストは発信することで磨かれます**。私は企画庁にいたときから、**2 年に 1 冊は本を出し、連載も続けてきました**。／**エコノミストは本を書くことで成長します。本を書くとき必ず行き詰まる。これは苦しい。しかし、抜けると新しい世界が開ける**。／当面は私の代表作である『平成の経済』と『人工負荷社会』の続編を書けないか、構想を練っています。企画庁で働く中で、**自分の“比較優位”は書くことにある**と気がきました。日本経済について書きたいことはたくさんあります」(「日本経済新聞」2024 年 6 月 7 日夕刊、「日本経済と歩む人生」⑤)。**二木コメントー**小峰氏の日本経済・経済政策研究についての発想・自負と実践・実績 (特にゴチック部分) は私の医療政策研究についてのそれと似ていると感じました。違いは、私が毎月の『日本医事新報』と『文化連情報』の連載の執筆に追われ (またはそれに安住し)、書き下ろしの本の構想を練

っていないことです。

○畑村洋太郎（東京大学名誉教授・工学博士。専門は失敗学等、83歳）「記憶の減衰に対抗するのを意識していたわけではありませんが、昔からやり続けている習慣があります。それは書類の右上に、必ず日付を入れるというものです。（中略）／脳の記憶は時系列で行われているようで、日付があると時間の糸をたぐることができます。あることについて考えるとき、いまを基準にして「これは何年前」「こっちは何年前」とやっていくと、そのことに関する全体の流れのようなものをつかむことができるので、これにはかなり助けられています」（『老いの失敗学 80歳からの人生をそれなりに楽しむ』朝日新書,2024,142-143頁）。二木コメントー畑中氏にこのやり方を伝授してくれたのは、定年退官した東大工学部の先輩教授だそうです。私も、東京医科歯科大学医学部在学中の1969年に読んだ梅棹忠夫『知的生産の技術』（岩波新書,1969）の「カードとそのつかいかた」の項で、「カードにもかならず日づけをいれる習慣をつけたほうがいい」（56頁）に書いてあったのを読んで以来、55年間、カード（B6判の特製「京大型カード」）だけでなく、書類・論文、本、手紙等、すべての「資料」に日づけを書き込んでいます。そののコツは、月日だけでなく、必ず年を入れることです。光陰矢の如しなので、数年たつと、書いた年を忘れるからです（私のカードの書き方は、『医療経済・政策学の視点と方法』（勁草書房,2006）の「カード書きの技法ー特注B6判カードに『いつでも、どこでも、なんでも』書く」（159-160頁））。

<その他>

○ホセ・ムヒカ（清貧な生活ぶりで「世界一貧しい大統領」と呼ばれた。2023年9月29日の記者会見で、食道に腫瘍が見つかったと発表。88歳）「人生は美しく、消え去るものだ」、成功を収めるには倒れるたびに立ち上がることが必要だ。もし怒りがあるなら、希望に変えよう。憎しみにだまされず、愛のために闘おう」（「中日新聞」2024年5月1日朝刊、「ムヒカ元大統領 食道に腫瘍」。後半は、若者に伝えるメッセージ）。二木コメントー「もし怒りがあるなら、希望に変えよう」は、私が自分の戒めにしている次の名言に通じると感じました。

○「敵を憎むな、判断が狂う」（Never hate your enemies. It affects your judgement）（映画「ゴッドファーザー・パート3」で、アル・パチーノ演じるニューヨーク・マフィアのゴッド・ファーザー、マイケル・コルレオーネが亡き兄の息子を諭していった言葉。詳しくは『医療経済・政策学関連の視点と研究方法』勁草書房,2006,44頁。本「ニューズレター」223号（223年2月）にこの名言をタイトルにした『月刊保団連』2023年1月号冒頭の「道」を転載。

○河村たかし（名古屋市市長。75歳）「引退はせん。戦いの中で死んでいく」（「毎日新聞」2024年5月25日新聞朝刊。残りの任期1年を切った2024年5月のインタビューの見出し。後半の全文は「市長なのか総理大臣なのか分らんが、納税者を大事にする社会の実現に向け、戦いの中で死んでいくんではないですか」）。二木コメントー私は、河村氏の政治信条や政策のほとんどには疑問を持っていますが、この姿勢には共感しました。

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38回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」76号 (2024年6月8日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○阿部公彦『文章は「形」から読む ことばの魔術と出会うために』集英社新書,2024年3月。

…ことばの作用は魔術のように見えるがその秘密は「形」にある&ことばには文章の種類ごとに「ローカルルール」があるという視点から、契約書、料理本のレシピ、広告、ワクチン接種の注意書き、小説、詩など幅広い実例を用いて「形」を読む方法を指南する「画期的な日本語読本」とのことだが、私にはオタク本に思える。根底に、文部科学省が国語教育に導入した「論理国語」とそれが重視している「実用性」の批判があることは分かるが…。

○石井京子・田尾清子『ナースのための質問紙調査とデータ分析 第2版』医学書院,2002 (初版 1999)。

…大阪府看護協会の看護管理研修会 (ファーストレベル) の講義をベースにした入門書。質問紙を作成する上での注意点や、量的データを処理する検定方法を分かりやすく解説。「アンケート」(enquete.フランス語で「調査 (一般)») という俗称を用いず、「質問紙調査」という正式名称を使っていることに象徴されるように、記述は厳密。「第2版改定にあたって」の「改定のポイント」も厳密・誠実。**検定の前に、「一次集計 (単純集計) について分布の特徴を記述する」ことを強調しているのは重要 (71頁)**。私の経験では、分布の特徴を検討しないで、高度な統計手法を用い、実質科学的に意味のない差にこだわる「有意差症」(significantosis.故佐久間昭先生の造語 (詳しくは、二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,123頁)) に陥っている論文が少なくない。二次集計で、ほとんど2変量の検定のみを説明し、多変量解析等に触れていないのも、入門書として見識がある。医学系だけでなく、福祉系の初学者にも有用。

○D・J・グリーンウッド著、小川晃弘訳『アクションリサーチ入門 社会変化のための社会調査』新曜社,2023年7月 (原著第2版 (2007) の一部の章の訳)

…著者の理解するアクションリサーチ は「量的・質的データを用いて、参加型の社会分析と変革のプロセスを構築し、問題の理解を深めるために役立つと思われる理論や方法を用いて、ステークホルダーがより公平で持続可能な生活環境を求めて、自ら主張し行動する能力を強化することを常にめざして」いるとのこと (日本語版への序文 ii 頁)。「入門書」(原著も同じ) と称しているが、内容的にはアクションリサーチの「歴史、哲学、実践を十分に広い範囲の哲学的、科学的、政治的問題と結びつけ」たより進んだ概説書 (4-5 頁。全4部・11章)。2007年出版の原著 (第2版) を16年後に翻訳するのは間延びしすぎ・怠慢と思う。

○井上浩輔・他『医学研究のための因果推論レクチャー』医学書院,2024年3月。

…3人の著者は全員医師で、UCLA 公衆衛生大学院に留学して因果推論の第一人者に学び、日本でそれを生かした研究を行っている。「反事実的思考」を鍵概念にして、因果推論の基本的考え方と因果推論の主な手法の基本（not細かい技法）を説明。「週刊医学界新聞」の連載をベースにしているため、比較的わかりやすい。私は、著者の次の「科学的で節度のある姿勢」に共感した：「因果推論を学ぶと、因果関係に少し近づくことができるが、因果関係を見ることができたと言い立てるよりも、基づく仮定や推定した集団について認識し、あくまで推定であるという科学的で節度のある姿勢が重要である」（6頁）。医学に限らず、他の分野でも、「因果推論の入り口に立ったばかりの方から因果推論を用いたワンランク上の研究をめざす方」にお薦め。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○田倉智之「出産費用の実態と価格形成に及ぼす要因の分析、出産費用の透明化に向けた課題」『社会保障研究』8(4):406-427,2024年3月。

…2016～2020年の全国データの解析と2020年データを用いた多変量解析により「出産費用の実態と価格形成に及ぼす要因」を示した、このテーマについての必読文献。「出産費用が上昇するメカニズム」を示し、費用上昇の多くは、少子化によって説明できる指摘。特に国民の所得は分娩価格との関連性が高い傾向にあり（県民1人当たり所得と県別出産費用の相関係数=0.76）、分娩価格の高い地域（都道府県）は居住地以外での出産（流出率）が上昇する傾向があるとして、その背景に世帯年収の低い群は、費用関連の情報に関心が高いことも示す。最後に、「出産費用にかかる課題（出産費用の透明化も含め）」を論じている。

『社会保障研究』8(6)は「医療保険と妊娠・出産に係る社会保障給付」を特集し、田倉論文を含め5論文を掲載。

○竹田寛「官民病院の統合による地域医療再生への試み」『病院経営羅針盤』2024年4月1日号：24-29頁。

…三重県桑名市を中心とする桑員地区（人口約22万人）には200床前後の3病院（市立病院と2つの民間病院）しかなく、高度医療を実践できていなかったが、2018年5月に3病院を統合・再編した新病院（地方独立行政法人桑名市総合医療センター）を開設し、医療機能は大幅に向上した。構想開始から12年間の経緯と、再編・統合のメリット、成功要因についてレポート。著者の竹田氏は、2013年10月に三重大学病院長を任期途中で辞して医療センター理事長に着任し、新病院開院の陣頭指揮をとった。3病院の統合・再編により、病床数は統合前の620床から400床へと220床も減ったが、医師は85人から121人に、看護師数は325人から434人に大幅に増えた。医師数の増加は、病院機能の向上により、三重大学からの派遣医師が大幅に増えたため。

病院の収支の推移は示されていないが、医師数・看護師数が大幅に増え、医療機

能が高まったことにより、収益・費用とも大幅に増えたことは間違いないと思う（医療センター HP の「病院指標」にも経営情報はなかった）。最後に武田氏は、「3 病院とも『このままでは存続できない』という強い危機意識を持ち、再編・統合へ向けての意欲が高かったことが、成功の最大要因」と結ぶ。私は、竹田氏の強いリーダーシップも大きな要因と思う。新病院の以下の取り組みにも注目した：① 2023 年度から院内保育園を病院直営とした、② 職員の離職防止のために「院内宅老所」の設置を目指している、③ 「次期病院長の選考においては、候補者に対する職員全員の（！）意向投票を行」なった、④ 本年度の診療報酬改定前から「一般企業並みの職員給与のベースアップを実現」した。

○（特集）「地域包括ケアにおけるシームレスな連携の取り組み」『病院経営羅針盤』2024 年 4 月 15 日号：4-20 頁。

… 2024 年度診療報酬改定で改めて重視されている医療機関間の連携、医療介護連携を先進的に行っている以下の中規模 3 病院（いずれも病床数 100 床台の医療法人）のレポート：志村大宮病院（茨城県常陸大宮市）、なぎ辻病院（京都市山科区）、織田病院（佐賀県鹿島市）。

○特集「連携なくして、生き残りなし 医療・介護連携、多職種連携…院内外で求められる実効性」（豊川琢）『日経ヘルスケア』2024 年 5 月号：24-36 頁。

… 「2024 年度診療報酬・介護報酬同時改定で、連携のフェーズは明らかに違う段階に入った」として、診療報酬・介護報酬から連携の全体像を整理すると同時に、猪口雄二全日本病院協会会長と小泉立志全国老人福祉施設協議会副会長のインタビュー、および 2 つの事例報告（篠原湘南クリニック・クローバーホスピタル（神奈川県藤沢市）、日野病院（大阪府堺市））を掲載。総論で「施設との連携は、地域密着型病院にとって患者確保の面でメリットがある」と強調。

○藤井将志「2024 改定は『連携』が肝！連携先の動向を探り、自院の経営戦略に生かす」『日経メディカル』2024/05/14（ウェブ雑誌）

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/clinic/nhc/keieikaizen/202405/584259.html>

…藤井氏は、熊本市近郊の谷田病院（地域包括ケア病棟と医療療養病床の 99 床。関連する介護施設あり）の事務部長。2 年に 1 度の診療報酬改定は、連携先との関係を強化するチャンスと考え、同病院が実際に行っている「急性期病院」と「介護施設」との連携強化の取り組みを詳しく紹介。

※私は、医療・介護連携の全国一律のモデルはなく、先進事例の取り組みを参考に、自院の医療・介護連携の参考にするのが現実的・合理的と思う。

○井艸恵美「地方創生の模範とされてきたが…女性が犠牲となる福井モデル限界」『週刊東洋経済』2024 年 5 月 11 日号：54-56 頁（特集「溶ける地方創生マネー 喰われる自治体」）

…福井県は共働きの割合が高く女性活躍の先進地・地方創生の模範とされるが、女性たちは本当に幸せなのか？この問いにデータと現地調査（インタビュー等）で挑む。象徴的データは、福井の「女性の 1 日のゆとり時間 全国最下位」。現地調査で、

「長年、数値化されにくい負担を強いられてきた『嫁』たちの存在」を浮き彫りにし、「若い世代の意識は徐々に変わり始めて」おり、「3世代同居や近居を前提とし、女性に過度な負担を強いる子育ては限界を迎えつつある」と主張。

これを読んで、井手英策氏が2018年に『富山は日本のスウェーデン』（集英社新書）という（私から見ると）ノーテンキな本を出版し、『週刊金曜日』2018年12月14日号（30-36頁）が、氏の主張を痛烈に批判した富山県人3人の座談会と井手氏の（反省ゼロの）インタビューを掲載したのを思い出した。

○結城康博「経済政策としての介護保険～抜本的な制度改革の必要性」『週刊社会保障』2024年5月13日号：44-49頁。

…介護保険は「これから勝負の10年」と捉え、既存の枠組みを超えて政策提言。まず、訪問介護は「利用者が介護事業者から選ばれる」という危機的な事象が生じている&介護の基本報酬が引き下げられ事業者は新たな事業展開を躊躇している、特別養護老人ホームの介護人材不足とケアマネジメント不足も深刻と、データに基づいて指摘。さらに、介護保険で導入された競争原理（擬似的市場）はもはや神話であり、「措置」制度はマイナス面だけではないとも指摘。その上で、もはや「介護」は「経済政策の一環で考えていかなければならない」と主張し、以下の「抜本改革への提言」を行う：最も人材不足が深刻であるヘルパーを市町村の公務員として雇用し市町村立「訪問介護事業所」を創設する（過疎地域から進める）、介護保険財源構成で公費負担割合を増額する仕組みに改める、一定の医療行為が可能な「療養介護福祉士（仮）」を創設する。さらに「新たな財源論」として、法人税率の引き上げと「資産税」の強化等を訴える。介護保険「改悪」と介護報酬改定の批判にとどまらず、包括的な制度改革と財源論も示してのは貴重・誠実と思う。

○特集「社会保障 岸田政権との対決点」『経済』2024年6月号：16-70頁。

…岸田政権の社会保障政策・改革を正面から批判（全否定）した6論文を掲載。日下部雅喜「介護職・在宅サービスと報酬改定問題」は、訪問介護費「まさか」のマイナス改定を厳しく批判。

○宮崎大輔・他「入院した心不全患者を対象とした軽症例における救急車利用状況および#7119導入効果の検討—DPCデータベースを利用した全国調査」『厚生 の指標』2024年5月号：22-27頁。

…伏見清秀東京医科歯科大学教授を主任研究者とする、全国の心不全患者136,410人のDPCデータベースを用いた後ろ向き観察研究。地方単位で軽症例（入院2日以内に酸素投与がなかった患者と定義）における救急車利用割合を算出。24時間#7119を導入した地域では、導入前後に軽症例における救急車利用割合が減少したこと、特に府内全域に導入した京都府では有意に減少したこと（22.8%から19.2%へ）を示す。多変量解析を行わず、 χ^2 検定のみを用いているのは見識があると思う。なお、本論文の「軽症例」の定義は、消防庁等が用いている「軽症例」（救急車で病院に搬送されたが入院不要と判断された患者）とは異なる。

○高久玲音「大局としてのプライマリーケア重視と診療報酬の在り方」『週刊社会保障』2024年5月20日号：38-43頁。

…「近年の診療所を巡る政策論議」における「長期的にはプライマリーケアを重視する一方で、短期的には診療所の報酬を削減するというような政策方向については、アクセルとブレーキを両方踏むことになりかねないことから、問題の所在を明確にし、あくまで必要な医療機関には必要な報酬を払うという姿勢は堅持する必要がある」という視点から、「開業医の報酬」と「group診療とsolo診療」の2側面から国際比較を行っている。私は著者の問題意識には共感するが、国際比較の方法は表面的で、日本の診療所が「医師1人で開業して国際的にも高い報酬を稼ぐ」、「人員効率の悪いsoloでの開業」という事実認識は不正確と思う。

なお、著者はアメリカの最新の医療経済学教科書“**Better Health Economics**”（2024。これは非常に分かりやすい入門書）の第6章が「(医療費の適正化を考えるのであれば)薬剤費に関心を持つと同程度には医師への報酬に関心を持つべき」と主張していると紹介しているが、同章が最後に、以下のように述べていることには触れていない：「医師の報酬(salaries)についてのトピックスは明確な政策的含意をもたらさない。上記の数字は、専門医の報酬を削減しても、意図せざる結果は招かないことを示唆しているように見えるかもしれない。しかし、そのような改革は総医療費に対して大きな影響をもたらさない。全医師の報酬は総医療費の10%にも満たないので、医師報酬の一部の削減は総医療費に対しては限定的な影響しかない。／さらに重要なことは、医師の報酬に大きく影響するどんな政策も、政治的に不可能なことである」(90-91頁。このことは同書の「結論」(216頁)でも繰り返されている)。

○石上雄一郎「めざせ『ソーシャルナース』！社会的入院を看護する」『週刊医学界新聞』に月1回連載中(第1回は2023年5月29日号、最新は第13回で2024年5月14日号に掲載。医学書院HPに全回・全文公開)。

…<本来は入院加療の適応でない患者の長期入院を指す社会的入院。患者の医療的課題のみならず社会的課題もケアするために、看護師はどのような視点を持つべきか。医療と社会福祉をつなぐ「ソーシャルナース」(筆者の造語)となるために、看護師が押さえておくべき社会的入院の要点を解説します>(毎回の連載のリード文)。石上氏は医師資格に加え、社会福祉士と公認心理師の資格を持ち、「救急と緩和ケアの統合をめざす」。毎回の連載で、事例を示し、それについてどのような点に配慮したらよいかを考えた上で、「CASEのその後」を紹介し、最後に「看護のポイント」を示す。看護師だけでなく、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)も、看護職のアプローチを理解するために読んだ方がよい。残念なことに、看護師とソーシャルワーカーとの協業、両職種を含めたチームアプローチについてほとんど書いていない。

○笹野美佐恵「韓国の少子化はなぜ加速するのか 日韓少子化背景の『違い』を見つめる」『世界』2024年6月号：138-148頁。

…韓国政府は2006～2023年に少子化対策に380兆ウォン(約43兆円)もの予算を

投じてきたが、日本以上に少子化が加速し、2023年の合計特殊出生率は世界最低の0.72、最低のソウル市では0.55となった（日本は全国1.20、東京0.99）。2006～2022年での韓国滞在経験を踏まえて、「なぜ韓国の出生率は加速度的に低下するのか」を考察。著者は、2000年代に起きた最も重要な変化は「女性教育水準の爆発的上昇」（女性の大学進学率は80%を超え、世界最高水準）」とそれによりもたらされた「若い女性の急激な価値観変化」であり、それにより生じた「労働市場で起きたジェンダー革命」、「男女葛藤の高揚」・男女間の競争激化で少子化が加速したと説明。最後に、「韓国社会を理解するためには、社会全体を一つの集団として捉えるのではなく、世代とジェンダーに注目し、内部で起きている変化とその方向性を捉える視座が必要だ」と結ぶ。

参考：The Economist 5月25日号は世界の少子化&少子化対策について特集（紙版：9,60-62,63頁。表紙のタイトル：**Cash for kids Why policies to boost birth rates do n't work**）。

世界各国で生じている出生率低下を「**韓国化(south Koreanification)**」と命名。結論は、「出生率増加政策は機能しない。そうではなく、各国は子どもの激減に適応する必要がある」。私も同じ認識。

C. コロナ関連

○トーマス・フィッシャー著、宮崎真紀訳『いのちの選別はどうして起こるのか ER緊急救命室から見たアメリカ』亜紀書房,2024年2月（原著2022年）。
…日本医学ジャーナリスト協会賞優秀賞、貧困ジャーナリズム賞、平和・協同ジャーナリスト基金賞奨励賞の3賞を受賞したノンフィクション。救急救命医&黒人医師である著者が、2020年、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックのさなか、シカゴ大学医療センターに押しかける患者の治療に奮闘した1年間の克明な記録。著者の主眼は、コロナの恐怖よりも、コロナによる死者に占める黒人の割合が異常に高い状況こそ、黒人アメリカ人がいかに構造的に人種分離され、そのためにどれだけ彼らの体・健康が損なわれているかを如実に示し、告発すること。著者は第1期オバマ政権でホワイトハウス・フェローとして医療保険政策の構築にも貢献したことがあり、視野は広い。

D. 政治・経済・社会関連

○後藤謙次『安倍「超長期政権」の終焉』岩波書店,2024年1月。
…政治記者歴40年の著者がまとめた渾身の政界ノンフィクションシリーズ「ドキュメント平成政治史」の完結編（第5巻）。第二次安倍政権の後半期（2016年8月の第三次安倍再改造内閣）から2021年7月の安倍氏の67歳での衝撃的な死までを描いた、552頁の労作。著者は安倍長期政権には分水嶺があり政権の絶頂期は2016年5～8月の4カ月間だったとし、政権の「陰り」は森友問題が拡大した2017年1-5月、「終わりの始まり」はコロナ禍が突発する前の2019年6月だったと判断。公式資料に著者の取材メモを加味した記述は丁寧で、この期間の歴史を復習できる。私が初めて知る事実も少なくないが「政治史」であるため、社会保障制度改革については

ほとんど触れていない（428行に1行あるだけ）。安倍首相の言葉で一番印象に残る a/o 予言的なのは「築城3年、落城1日」（109,536頁）。

○ダロン・アセモグル『『創造的破壊』のダークサイドを甘く見るな』『週刊東洋経済』2024年4月27・5月4日号：31頁。

…シュンペーターが「創造的破壊」が痛みを伴う潜在的に危険なプロセスであることを認識していたのに対して、シリコンバレーのテック企業家等、現代の破壊的イノベーターたちはその理解が雑でプラス面しか見ていないと批判し、以下の3つの原則を「私たちの指針としなくてはならない」と提唱。①グローバリゼーションと同様、負の影響を被る人々への支援が最重要で後回しにしてはならない、②破壊は避けられないといった前提に立つべきではない、③既存の社会・経済関係の複雑さを肝に銘じる。私はこの原則・指針は、医療DXについても当てはまると感じた。

○小塩隆士『経済学の思考軸－効率か公平かのジレンマ』ちくま新書,2024年5月

…効率と公平という2つの評価軸をもとに、経済学の発想と思考を分かりやすく交通整理（全4章）。しかし、（新古典派）経済学の教科書・通説的な説明にとどまらず、著者が「授業で経済学を教えていて、『これは、いくらなんでもウソだろう』と思っているテーマ」（43頁）についても率直に書いている。「その代表例は、『ライフサイクル仮説』（同頁）。第4章の「現在から将来へという時間の流れを考慮に入れると、市場メカニズムが最適ではなくなり、政府が市場に積極的に介入すべき場合がある」との指摘は新鮮。私が一番注目・共感したのは、新古典派経済学が「医療保険の強制加入」について説明する「逆選択」を「奇妙な理由付け」、「実は生じていない」と批判し、「強制加入が必要な真の理由」は「公平性の観点」であるとしていること（第3章2）。ただし、これは社会政策・社会保障研究では以前から指摘されていること。「社会的共通資本」概念を提唱した経済学者の宇沢弘文先生も、「保健あるいは医療は、近代的社会で市民のもっとも基本的な権利に関わるものである」として、「国はこのような保健、医療サービスを市民に提供する任務を負う」と主張していた（『近代経済学の再検討』岩波新書,1977,179頁）。

「効率性と公平性のトレードオフ（二律背反）」については、「効率性の問題を解決すれば、公平性の問題は解決できると期待しがちな、経済学特有の発想に潜むバイアス（偏り）」をやんわりと（？）批判（21-23頁）。私自身はこの問題については、アメリカの「正統派ケインジアン」であるブラインダーの次の指摘・批判が一番説得力があると思っている。「長年にわたりエコノミストは、衡平と効率の間に横たわる、避けがたいトレードオフ関係を強調してきた。いずれか一方を良くしようとすれば、他方を犠牲とせざるをえない。この診断にはいささかの誤りもない。現行の経済政策が多少とも『正しい』とするなら、私たちは日夜、トレードオフの亡霊に悩まされ続けねばならない。（中略）／しかしながら、本書のほとんどの個所において、このような厄介なトレードオフをあえて私は無視する。なぜならば、現在施行されている政策自体が『正しい』ものとは到底いいがたいため、効率と衡平を天秤にかける必要がないからである。本書で提唱する諸政策は、そのいずれもが効率と

衡平の両方を推し進めるものである。そのため、これら2つの目標のいずれが社会的により重要なのかについて、当座、判断を下す必要に迫られない。すなわち、私たちはあまりにも低い水準から出発するために、トレードオフとの対決を回避できるのである」(佐和隆光訳『ハードハット&ソフトハート』TBSブリタニカ,1988(原著1987),67-70頁)。

○橋木俊詔『資本主義の宿命 経済学は格差とどう向き合ってきたか』講談社現代新書,2024年5月。

…1998年出版の『日本の経済格差』出版以来、経済格差について精力的に研究・提言してきた著者の最新の教養著(全7章)。第1章で日本の「格差の現実」を、第2章で資本主義以前および資本主義の貧困対策をスケッチした上で、第3章で新古典派経済学・マルクス経済学・ケインズ経済学が貧困問題にどう向き合ってきたかを説明。第4章ではドイツ・イギリス・北欧の「福祉国家」と「非福祉国家アメリカ」の「福祉資本主義」を解説。第5章では著者が高く評価するピケティの『21世紀の資本』と『資本とイデオロギー』をかなり詳しく紹介し、第6章ではピケティ以降の格差論について概説。ピケティの格差研究が主として税務統計を使っているため、全国民を対象とした分析は不可能で、高所得者・高資産保有者の分析になっており、貧困者の分析が欠けているとの指摘は重要と思う(114,159頁)。他面、第8章で、日本をアメリカと同列に置いて「非福祉国家の典型」としていることには疑問。

+○橋木俊詔『フランス経済学史教養講義 資本主義と社会主義の葛藤』明石書店,2021。

…以前から「フランス最良」を公言し、『“フランスかぶれ”ニッポン』(藤原書店,2019)という著作もある橋木氏による、一般読者向けのフランス経済学史—フランス人経済学者の貢献—の「教養書」(全11講)。本書でもピケティの格差論を高く評価(第9講)。ケネー『経済表』やワルラスの一般均衡論を高く評価する(それぞれ第2講、第6講)のは「定番」と言えるが、空想的社会主義(第4講)と「エンジニア・エコノミスト」(工業の仕事をする専門家が経済学的な分析にも従事。200年以上の伝統)を高く評価しているのは新鮮だった。

○中井遼『ナショナリズムと政治意識 「右」「左」の思い込みを解く』光文社新書,2024年5月。

…「ナショナリズムという現象が多様な顔を持つ」として、「政治の『左右』とナショナリズムという2つの概念の相互の結びつきや、単純ではない関係」を、歴史的な分析と世界価値観調査等のデータ分析の両方に基づいて整理(全6章)。(今ではほとんど忘れられているが)「日本でも戦後しばらくは、民族の統一や団結といった標語は、右派以上に左派が掲げるメッセージであった」ことを指摘(46,90頁)。ナショナリズムについて、日本は「あまり特殊な国ではない」、アメリカは「かなり外れ値」、韓国や台湾と日本は「相当異なっていた」との説明もよく理解できる(157-159頁)。私は以前から、「日本医療の改革は日本医療の歴史と現実から出発しなければ

ならない」と考える「**左翼ナショナリスト(leftist nationalist)**」と自認しているので
（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,99-100頁）、著者のナショナ
リズムについての認識に共感した。