

2026年10月5日(月)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻267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転載されています: <http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>

266号の目次は以下の通りです(25頁)

1. 論文:「医療政策のトリレンマ」「オレゴンルール」説が不適切で時代遅れな理由ー「三重(四重)の目標」の同時達成を目指すべき
(「二木教授の医療時評」(246)『文化連情報』2026年10月号(582号):22-30頁)……2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算247回:2026年分その7:6論文)……10頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その261)ー最近知った名言・警句……15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65回)……17頁
5. はあとふるグループ80周年&理事長交代披露パーティ・祝辞……25頁

お知らせ

1. 論文「医療・社会保障についての意識調査の結果は質問が違うとどう変わるか？」(『深層を読む・真相を解く(171)』が『日本医事新報』2026年10月3日号に掲載されました。本「ニュースレター」268(11月5日配信)に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載紙誌をお読みください。

2. 論文「『令和8年版厚生労働白書』をどう読むか？」(「深層を読む・真相を解く」(172))が「WEB医事新報」に10月2日にアップされました。これは、『日本医事新報』(紙版)10月下旬に掲載予定(掲載号は未定)」ですが、編集部のご好意で「WEB医事新報」に先行アップしていただきました。https://www.jmedj.co.jp/blogs/product/product_29309
プレミアム会員向けコンテンツですが、画面右上の「会員登録」をクリックして、「無料会員」の登録をしていただければ、無料で閲覧できます。

二木 立

日本福祉大学名誉教授

1. 論文：「医療政策のトリレンマ」「オレゴンルール」説が不適切で時代遅れな理由－「三重（四重）の目標」の同時達成を目ざすべき

（「二木教授の医療時評（246）」『文化連情報』2026年10月号（581号）：22-30頁）

はじめに－財政審「建議」が突然「医療政策のトリレンマ」を主張

前回の連載で書いたように、2026年6月26日の財務省・財政制度等審議会の春の「建議」（以下、財政審「建議」）は、「医療」部分の冒頭（65頁）で、唐突かつ出所も示さずに「医療政策のトリレンマ」（医療の質の確保、患者アクセスの保障、医療提供のための負担の抑制の「3つを同時に達成することはきわめて困難」）を主張しました(1)。「建議」はこの認識に基づいて、従来から提唱している高齢者医療の原則3割負担化に加え、新たに高額療養費制度中の特定疾病制度の自己負担の見直し、医療機関における窓口業務費用の保険給付外サービス化等を提案しました。財務省の主計局で医療分野の予算を担当する永安俊介主査は、6月18日の全自病定時総会の特別講演で、「医療の『トリレンマ』」の概念を国民全体で共有する必要性を強調した」そうです(<https://www.m3.com/news/iryoishin/1344667>)【注1】。しかし、7月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2026」（以下、「骨太方針2026」）はこれらすべてを採用しませんでした。

私は、2019年と2021年の本連載で、「トリレンマ説」について検討し、それがアメリカ生まれの「ローカルな仮説」で、その根拠は示されておらず、逆に反証はいくらでもあると指摘していたので、この結果は当然だと思いました(2,3)。

しかし、複数の友人から、最近でも、多くの有力医師等が、「トリレンマ」やそれと同義の「オレゴンルール」を中医協等の公式会議やSNS上で、「世界の常識」、「世界で認められている」と主張していると教えていただきました。医療経営士（民間資格）の試験対策本としても用いられている『医療経営用語集』にも、「オレゴン・ルール」が掲載されていました(4)。そこで、本年8月8日に、5年ぶりにPubMed等を用いて、内外の最新文献・情報を検索しました。

本稿では、まず上記2論文のポイントを紹介し、次に今回の文献検索で得た知見を示し、「トリレンマ」「オレゴンルール」説が不適切で、しかも「時代遅れ」である理由を述べ、「おわりに」で、日本で求められているのは「三重（または四重）の目標」の同時達成であると主張します。

日本で最初に紹介したのは李啓充医師

財政審「建議」を含めて、最近「トリレンマ」「オレゴンルール」を主張している人々・組織は、その根拠も出所も示していません。しかし、日本でそれを最初に紹介したのはアメリカ在住（当時）の李啓充医師です。氏は2000年前後に、著書、論文、講演でそれと同じ内容を精力的に主張しました。例えば、『市場原理が医療を亡ぼす』で、以下のよう

「米国オレゴン州の低所得者用医療保険 [正確には医療扶助—二本] 『オレゴン・ヘルス・プラン』の管理部局には、『Cost, access, quality. Pick any two (コストとアクセスと医療の質。このうち、2つまでなら選んでもよい)』という言葉が額に入れているというが、この言葉ほど医療保険政策のエッセンスを的確に言い当てた言葉はないだろう」。

氏は、その根拠を書きませんでしたが、この主張は一見直感的に明らかであり、しかも氏が日米の医療への市場原理導入を厳しく批判していたので、小泉純一郎政権による厳しい医療費抑制政策に苦しんでいた医師・医療団体の心に刺さったのだと思います。実は、李医師は、「トリレンマ」「オレゴンルール」という表現は使いませんが、氏の説明が伝播する過程で、言わば詠み人知らずで両用語が使われるようになったようです。しかも、両用語はアメリカでもほとんど使われておらず、PubMedで検索しても文献は1件もヒットせず、「和製英語」と言えます。

なお、「オレゴン・ヘルス・プラン」は、オレゴン州で1990年代に導入された費用対効果分析を全面的に用いたメディケイドの野心的な拡充プログラムで、アメリカだけでなく日本でも注目され、私も、アメリカUCLA留学中の1993年12月に現地調査をしました。しかし、「オレゴンルール」とは直接の関係はありません。

アメリカでは「医療の鉄の三角形」説

「トリレンマ」説と全く同じ主張は、アメリカでは1994年に「メディケアの父」とも呼ばれるキシック医師が著書『医療のディレンマ』のなかで、以下のようにごく簡単に（英文で10行）「医療の鉄の三角形」として述べていました(6)。

「我々の社会の黄金律は誰もが最高の医療を受けるに値するであるが、それには誰かがその費用を支払うという条件がつく。しかし、私が医療の鉄の三角形(iron triangle of health care)と呼ぶものにおいては、アクセス、質と費用抑制(access, quality and cost containment)

は同等のアングル(角度)を持っており、それらは同一の優先順位であり、どの1つのアングルの拡大も残りの1つまたは2つを損なう。すべての社会は医療のアクセス、医療の質、及び費用抑制の間の共通の緊張状態に直面している。トレードオフは、三角形の大きさにかかわらず、不可避である」。

李医師が紹介したオレゴン・ヘルス・プラン管理部局の標語はこれを採用したものと思います。しかし、キシック医師もその根拠については全く書いていませんでした。

なお、キシック医師も李医師が紹介したオレゴンの標語も、「コスト」は総医療費の意味で、患者負担ではありません。日本では、「トリレンマ」「オレゴンルール」の「費用」が「患者負担」を意味するとの誤解があると聞いているので、念のために付言します。

「鉄の三角形」説は、1990～2000年代初頭には、アメリカの医療界でそれなりに知られ、一部の連邦政府文書や教科書等でも引用されました。しかし、その根拠を理論的または実証的に示した研究は現在に至るまで、ほぼ皆無です。私が調べた範囲では、ヴォーヴェは、2021年に、アメリカの2018年の病院データを用いて構造方程式モデリングを行い、キシック医師のモデルを初めて定量的に支持する結果を得たと主張しています(7)。しかし、この論文は、横断面分析で、しかも質が向上すると費用が増加する、アクセスが改善すると質が向上する、及びアクセスが改善すると費用が増加することを別々に示した

だけで、これで「医療の鉄の三角形」説が支持されたというのは無理があります。

この用語は英語版 Wikipedia にも載っていますが扱いは小さく、しかも「鉄の三角形に対する批判」の記述が中心です。2020 年 11 月の検索時には、「鉄の三角形」を説明した後に、それを（根拠も示さずに）肯定的に引用した文献も示されていましたが、今回の検索では、それを否定・批判する文献だけが示されていました。

この用語は PubMed にも収録されていましたが、2021 年 2 月の検索では 32 論文しかヒットせず、今回の検索でも 52 論文にとどまりました。しかも、大半の論文がアメリカ発でした。

「トリレンマ」説に対する 3 つの反証

私は、2019 年論文で、「トリレンマ」説に対する以下の 3 つの反証をあげました(2)。

第 1 の反証は、マクロ的に国際比較の視点から見ると、日本は、人口高齢化率が世界一高くなる以前は、①医療の質（平均寿命や乳児死亡率は世界トップ水準）、②アクセス（国民皆保険制度により、医療機関を自由に受診できる）、③医療費（総医療費の対 GDP 比は高所得国中最低水準）の 3 点で、国際的な「優等生」と評価されていたことです（ただし、①と②は③（厳しい医療費抑制政策）の下、医師・医療従事者の献身的で過酷な労働によって支えられていた）。

第 2 の反証は、歴史的に見ると、疾病の根本的治癒を実現する「高度技術」（トーマス）・「本質的技術」（川上武）では、医療の質の向上とアクセスの改善、医療費の抑制の 3 つは並立してきたことです。なお、「鉄の三角形」説を批判するアメリカの論文の多くは、「破壊的イノベーション」（クリステンセン）や医療 IT の進歩で 3 目標の同時達成が可能と（理論的に）主張していました(8,9)。

第 3 の反証は、このような高度技術・本質的技術が開発される以前でも、医療技術の提供システムを改革することにより、3 つの目標を同時達成することは可能なことです。私はその例として、脳卒中患者の発症後早期からのリハビリテーションと医療・福祉施設間のネットワーク形成をあげました。アメリカのアーチャリヤも、2025 年に、AI、テレヘルス等を用いた「インテリジェント医療エコシステム」を確立すれば、「医療の鉄の三角形」の制約を克服し、3 つの目標を同時に達成できると主張しています(10)。

「医療の鉄の三角形」説はアメリカのローカルな仮説

このことを踏まえて、2019 年・2022 年論文の「おわりに」では、以下のように書きました(2,3)。

＜私は、トリレンマ説は、日本医療の歴史と現実から導き出されたものではなく、国民皆保険制度をいまだに持たない唯一の高所得国・アメリカで生まれたいわば「ローカル」な仮説であり、それを日本に直輸入すべきではないし、できないと感じています。／なぜなら、アメリカ以外の高所得国では、全国民またはほとんどの国民を対象にした公的医療保障制度が確立・定着しているため、「医療アクセス」・「公平」問題は基本的に解決されているか、医療政策・医療改革の大前提とされており、政策選択の焦点は医療の質（効果）と医療費水準（敢えて医療費抑制とは表現しません）とのバランスにあると

考えるからです。(中略) 3つの目標を同列に論じるのではなく、アクセス・公平を最優先すべきと私は考えます。＞

なお、アメリカ以外の高所得国でも、「医療アクセス」・「公平」問題はあくまで、「基本的に解決されている」ととどまり、現実には、医療アクセス面での地域格差や所得格差による医療アクセス・健康格差が存在します。

以上から、「トリレンマ」「オレゴンルール」説は、1994年に提唱された時点から不適切だったと言えます。

アメリカでは「鉄の三角形」説から「三重の目標」説へ

それに加えて、今回の文献検索では、アメリカでは2010年以降、「鉄の三角形」説を真っ向から否定する「医療の三重の目標(triple aim)」説が主流になっていることを確認しました。この点では、「トリレンマ」「オレゴンルール」説は時代遅れとも言えます。

「三重の目標」説は、アメリカの有力な非営利組織である医療改善研究所(Institute for Healthcare Improvement. IHI)とバーウィック医師が2008年に提唱したもので、医療政策では患者エクスペリエンス(質と満足を含む)の改善、国民の健康の改善(improving the population health)、1人当たり医療費の抑制[正確に言えば伸び率の抑制―二本]の三重の目標の同時達成を旨とすべきであり、それは可能だと主張しました(11)。このスタンスは「鉄の三角形」説と真逆です。

バーンズ氏は2019年の論文で、キシック氏の著書とバーウィック氏の論文を比較し、2010年代の政策担当者は「三重の目標」説を支持していると評価しました(12)。と同時に、「医療保険者または医療提供者による三重の目標の達成はまだ実証されていない」、「両説の決闘はまだ続いている」とも指摘しました。

バーンズ氏の評価は、今回のPubMedの文献検索でも確認できました。先述したように、「鉄の三角形」は52論文しかヒットしませんでした、「三重の目標」はその10倍以上の562論文もヒットしました。

医療分野の理論・仮説がどのくらい普及しているかは、それについての「文献レビュー」がどのくらいあるかでも判断できますが、「鉄の三角形」説は1994年の提唱以来、30年以上経っているにもかかわらず、文献レビューはありませんでした。それに対して、「三重の目標」は提唱以来まだ18年しか経っていないのに、私が確認できた範囲で4本の厳密な文献レビューが発表されていました(13-16)。最新のレビューは2022年のコッコ論文で、これを読むと「三重の目標」説が、アメリカ以外の国でも検証されていること、しかし国・州レベルで三重の目標が同時に達成されたとする報告はごく少ないことが分かります(13)。

ガジックの『アメリカの医療産業入門』

私が調べた範囲では、「三重の目標」について一番詳しく書いている著書は、ガジック氏(医師・医療経済学者)の『アメリカの医療産業入門』です(17)。この本は、アメリカの医療の質・費用・アクセスのバランスを改善する道を、最新の情報とデータを用いて包括かつ分析的に検討した名著です。「医療の鉄の三角形」説のように、医療の3要素の同時達成が不可能と決めつけるのではなく、**さまざまな阻害要因のために、現実には3要素の不均衡**

がある事実を認めた上で、3 要素の「バランスを改善する」道を探し、最後を以下のように結んでいます。「現在の医療産業の漸進的改良は一強固な利害関係者を脇に置けば一可能であり、それにより医療 [の質] を大幅に改善しつつ、費用を抑制し、しかも現在無保険者であるか低レベルの保険に加入しているアメリカ人の、全部ではないにせよ、相当部分の医療アクセスを改善できる。アメリカの医療産業の複雑さを切り裂き、完全な解決を包括的に達成できる魔法の弾丸はない」(498 頁)。

私は、アメリカの医療政策(研究)での「三重の目標」説への支持の拡大の理由として、「鉄の三角形」説が硬直的で運命論的かつ「ゼロサムゲーム」的であるのに対して、3 目標のバランスを追求する「三重の目標」説が政策的に前向きで、データによる検証も可能なことがあると判断しています。

「四重(五重)の目標」への拡張

上述した医療改善研究所はその後、「三重の目標」説を拡張し、2014 年には医師・医療従事者のウェルビーイング(workforce wellbeing)の改善を加えた「四重の目標」(quadruple aim)を提唱し、2022 年には「健康の公平の改善(advancing health equity)」を加えた「五重の目標」(quintuple aim)を提唱しています(18,19)。

日本的感覚では、「三重の目標」中の「国民の健康の改善」や「医療の鉄の三角形」説の「アクセス」の改善は、「健康の公平の改善」とほとんど同義にも思えます。しかし、アメリカでは元々医療・健康格差が非常に大きいにもかかわらず、「健康の公平」が軽視されていたが、2020 年以降のコロナパンデミックを契機にして、健康の不公平の拡大が注目され、敢えて「健康の公平の改善」を独立した目標にする必要があったそうです(19)。

実は、「鉄の三角形」説が提唱される前は、アメリカだけでなく、国際的にも医療政策の目標の一つに「公平」があげられていました【注2】。しかし、同説が提唱されてからは、少なくともアメリカでは、それは「アクセス」に置き換えられるようになったようです。「五重の目標」説は、医療政策で公平を重視する伝統への一種の<先祖帰り>とも言えます。

ただし、今回の PubMed の文献検索では「四重の目標」「五重の目標」はそれぞれ、345 論文、114 論文であり、「五重の目標」はアメリカでもまだ広く普及してはいないようです(ただし、それでも「医療の鉄の三角形」論文の 2 倍です)。

おわりにー日本でも「三重(四重)の目標」の同時達成を目ざすべき

以上から、日本で今でも主張されている「トリレンマ」「オレゴンルール」説は、根拠・出所が示されておらず、反証も示されている点で不適切であるだけでなく、アメリカでの 2010 年代以降の医療政策(研究)における「三重の目標」説の主流化を踏まえると、「時代遅れ」でもあると言えます。

私は、日本で現在求められているのは、原則として全国民・居住者が加入し、アクセスが非常に良く、しかも「質が高く最適の医療」を提供しつつ、医療費の対 GDP 費を適正に保っている「国民皆保険制度」の基本的枠組みを堅持しつつ、必要な部分改革を行うことだと思います。これは、アメリカの「三重の目標」の同時達成と大枠では同じですが、医療費大国であるアメリカでは、論者の政治スタンスの違いにかかわらず、医療費(伸び率)の大幅抑制を目ざしているのと異なり、人口高齢化で補正すると医療費の対 GDP 比、1

人当たり医療費が低い日本では、そのヨーロッパ水準への引き上げを目ざすべきと私は考えます【注3】。

さらに、日本ではアメリカ以上に医師・医療従事者の不足と疲弊が強いことを考えると、日本でも「医師・医療従事者のウェルビーイング改善」を含んだ「四重の目標」の同時達成を目ざすべきと考えます。

前回の連載で指摘したように、近年、日本だけでなく、アメリカ、他の OECD 諸国でも、医療費の増加率、対 GDP 比の増加が鈍化していることを踏まえると、日本で過度な医療費抑制政策を進めると、医療政策の他の目標（質とアクセスと医師・医療従事者のウェルビーイング改善）に悪影響を与えるので避けるべきだと思います(1)。

【注1】松本日医会長の「トリレンマ」説への反論は見識がある

松本吉郎日本医師会会長は、財政審「建議」公表直後の7月1日の定例記者会見で、「トリレンマ」説に反論しました(<https://www.m3.com/news/iryuishin/1344000>)。この反論は、迅速かつ見識があると思い、m3.com 報道の該当か所を全文紹介します。

＜「フリーアクセスは、日本の医療の非常に素晴らしい点だ。いつでも気楽にアクセスしたり、医療に関する相談がしっかりとでき、しかも親身になって受け入れてもらえる。そういったかかりつけ医を私どもは増やすことを目指しているため、日本の医療保険の素晴らしさを考えてもらいたいと思っている」と述べた上で、なぜ現状の仕組みが成り立たないのかは理解できず、抑制をしなければいけないのか疑問だと指摘した。

さらに、「日本の医療の良さを、これからの国民の活力に結びつけるためにも医療は欠かせない。そこはしっかりと伸ばした上で、国民の健康を守るという理念をもう少し持ってほしい。これこそが日本の産業力を向上させる源だと思っている。私どもとしてはしっかりと手当てをしていただきたいという態度に変わりはない」と続けた。＞

【注2】『医療制度の評価』や『ケアリング・ワールド』は「公平」を掲げていた

私が1993年（『医療のジレンマ』出版の前年）のUCLA留学中に読んだ「医療サービス研究」(Health Services Research)の代表的な教科書『医療制度の評価－効果、効率と公平』は、効果・効率・公平の関係について詳しく述べていました(20)。同書は、第1章の冒頭で、医療政策の3つの目標である効果・効率と公平の定義を示した上で、3つの目標は「しばしば(often)補足的である」と同時に、「互いに対立しうる」と指摘し、「3つの目標間の適切なトレードオフを見つけることが、医療サービス研究の重要な成果物である」と主張していました。

OECDが1999年に発表した『ケアリング・ワールド』は、第6章「保健とケアサービスの改善における政策課題」で、従来の単純な医療費抑制に代わる「ヘルスケアの新しい枠組み」として、「同時に[次の]4つの目標をめざす」ことを提案しました：「今まで以上に公平であること、一層のエンパワーメント（内在能力の発揮向上）、効率性を増大させること、効果を高めること」(21)。これらは英語では、equity, empowerment, efficiency, effectivenessであり、「4E」と言えます。これは伝統的な3つの目標に「エンパワーメント」を加えたものです。現代の医療と医療政策では患者の権利・役割の強化が強調されていることを考慮すると「エンパ

ワーメント」の付加は大きな意味があると思います。「医療の鉄の三角形」説が3つの目標の同時達成が不可能・困難と主張したのと異なり、OECDは「同時に4つの目標を目ざし」ていました。ただし、この4目標は固定的ではなく、OECDは2004年には「医療の質、医療へのアクセス、満足した患者・消費者、医療費支出、効率性」の5つの目標を提案しています(22)。

【注3】私は1994年から医療費・病院職員のヨーロッパ並みへの引き上げを主張

私はアメリカ UCLA 留学の翌年に出版した『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』で、「先進国医療の『三極構造』論（仮説）を提起しました。それまで日本では、国際比較という日本対「欧米」という比較が普通でしたが、医療に関しては、アメリカは過剰、日本は過小の両極端で、ヨーロッパ（カナダ、豪州を含む）が主流・「国際標準」と指摘しました。その上で、「医療（保険・供給）『制度』は、各国の歴史・文化に根ざしているため、安易な『平準化』は避けるべき」だが、「医療『サービス』は労働集約的（医療費の5割は人件費）なため、医療費・病院職員の『国際的平準化』＝ヨーロッパ並みへの並みへの引き上げをしない限り、わが国で『豊かな社会』にふさわしい良質の医療を実現することは不可能だ」と主張しました(23)。それから32年経ちましたが、この事実認識と主張は今も変わりません。

文献

- (1) 二木立 『骨太方針 2026』の医療・社会保障改革方針の複眼的検討『文化連情報』2026年9月号（581号）：30-40頁。
- (2) 二木立 「医療政策の3大目標（質・アクセス・費用）のトリレンマ説の妥当性を考える」『文化連情報』2019年12月号（501号）：16-22頁（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020、第5章第3節）。
- (3) 二木立 『医療の鉄の三角形』説の文献学的検討ーアメリカのローカルな仮説で実証もされていない』『文化連情報』2021年5月号（518号）：18-23頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第6章第3節。収録時【補注】を追加）。
- (4) 日本医療法人協会東京都支部編著『病院経営・運営の実務に役立つ医療経営用語集』日本医療企画、2022、10頁。
- (5) 李啓充『市場原理が医療を亡ぼす』医学書院、2004、197-198頁。
- (6) Kissick WL: Medicine's Dilemmas - Infinite Needs versus Finite Resources. Yale University Press, 1994, p.2.
- (7) Beauvais B, et al: Testing Kissick's iron triangle - Structural equation modeling analysis of a practical theory. Healthcare (Basel) 9(12):1753, 2021.
- (8) Davis LIU : The iron triangle of health care is not law, but an observation. October 26,2012（ブログ論評。ウェブ上に全文公開）。
- (9) Ball HC: Improving healthcare cost, quality, and access through artificial intelligence and Machine learning applications. Journal of Health Management 66(4):271-279,2021.
- (10) Acharya V: Intelligent healthcare ecosystems: Optimizing the iron triangle of healthcare

- (access, cost, quality). arXiv preprint arXiv:2510.03331, 2025•arxiv.org,2025.
- (11) Berwick DM, et al: The triple aim: Care, health, and cost. Health Affairs 27(3):759-769,2008.
- (12) Burns LR, Pauly M: Transformation of the health care industry: Curb your enthusiasm? Milbank Q 96(1):57-109,2018.
- (13) Kokko P : Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review. Health Policy 126(4):302-309, 2022. ((9)～(12)は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」214号(2022年5月)でまとめて紹介)
- (14) Hendriks RJ, et al: Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy. 120(5):471-485,2016.
- (15) Mery G, et al: What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. Health Policy 121(6):629-636,2017.
- (16) M. Obucina N, et al: The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. Health Policy 122(8):900-907,2018.
- (17) Guzik, DS: An Introduction to the US Health Care Industry: Balancing Care, Cost, and Access, Johns Hopkins University Press, 2020, pp.435-498.
- (18) Bodenheimer T, et al: From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. Annals of Family Medicine 12(6):573-576, 2014.
- (19) Nundy S, et al: The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. JAMA 327(6):521-522,2022.
- (20) Aday LA, et al: Evaluating the Medical Care System - Effectiveness, Efficiency, and Equity. Health Administration Press,1993,pp1-2.
- (21) OECD : A Caring World.OECD,1999 (牛津信忠・他監訳『ケアリング・ワールド』黎明書房,2001,106頁)。
- (22) OECD: Towards High-Performing Health Systems. OECD, 2004 (阿萬哲也訳『世界の医療制度改革－質の良い効率的な医療システムに向けて』明石書店,2005)。
- (23) 二木立『「世界一」の医療費抑制策を見直す時期』勁草書房、1994、13-17頁。

[本稿は、『日本医事新報』2026年9月5日号(5341号)に掲載した『医療政策のトリレンマ』『オレゴンルール』はなぜ不適切で時代遅れなのか?』に大幅に加筆したものです。]

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

247 回)(2026 年分その 7 : 6 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。

※お断り: 「ニューズレター」266 号(2026 年 9 月)から、原著論文の紹介・抄訳は英文 Abstract の AI(Gemini) 翻訳を基本として、本文にのみ書かれている記述で私が重要と判断したものを【 】で補足しています。「二木コメント」は従来通り、私が作成します。評論や小論文(速報等)には Abstract が付いていないので、私が要旨・コメントを書きます(今回は、最後=6 番目の論文)。

○アメリカにおけるプライベート・エクイティ(PE)によるホスピスの買収は、提供されるケアの質に影響を及ぼすか?

Watanabe Y, et al: Does private equity acquisition impact the quality of care provided in US hospices? Social Science & Medicine 397(May 2026):119113, 7 pages [量的研究]

背景: ホスピス分野におけるプライベート・エクイティ(PE)の存在感が高まっているにもかかわらず、PE による買収がホスピスで提供されるケアの質に与える影響は不明である。

方法: M&A(合併・買収)データを用いて、2018 年から 2020 年の間に PE に買収されたホスピスを特定した。PE 買収が「CAHPS ホスピス調査(医療提供者・システムに関する消費者評価調査)」の結果に与える影響を評価するため、差の差(DID)推定法を用いた。PE に買収されたホスピスは計 80 施設特定された。【買収されたホスピスの大半(69)が営利であった。また 53%が「在宅ホスピス」、23 %がケア付き住宅内ホスピス(assisted living facility)であった。】これらのホスピスに対し、州、所有形態、年による完全一致(exact matching)およびホスピス規模による最近傍法(nearest-neighbor matching)を用いて、480 の対照施設をマッチングさせた。CAHPS ホスピス調査のスコアは、各調査項目において最も好ましい回答および最も好ましくない回答を選択した回答者の割合を示す「トップボックス(top-box)」スコアおよび「ボトムボックス(bottom-box)」スコアに加工された。

結果: PE に買収された 80 施設と対照施設 480 施設を含む主解析において、介入群(買収された施設群)のトップボックススコアは、「家族とのコミュニケーション」、「タイムリーなケアの受領」、「ホスピスの評価」の各項目で、それぞれ 0.81 (95%信頼区間: -1.49 ~-0.14、 $P < 0.05$)、2.01 (95%信頼区間: -2.94 ~-1.08、 $P < 0.001$)、0.88 (95%信頼区間: -1.73 ~-0.02、 $P < 0.05$) 低下した。PE 買収後 2 年間のウォッシュアウト期間(影響が安定するまでの移行期間)を設けた感度分析では、「情緒的・精神的サポート」を除くすべての項目でトップボックススコアの有意な低下が認められた。また、「情緒的・精神的サポート」、「痛みや症状への対処」、「患者のケアに関する家族への指導」、「ホスピスの評価」を除くすべての項目で、ボトムボックススコアの上昇が認められた。

結論: ホスピスに対する PE の買収は、家族介護者の体験における複数の側面での質の低下と一貫して関連している。

ニ木コメントーアメリカでは、近年、プライベート・エクイティ（PE）による病院、診療所グループ、ナーシングホーム等の買収が急速に進んでおり、ほとんどの実証研究で、買収によりケアの質が低下することが示されています。本論文はそのことを、ホスピスでも確認したと言えます。ホスピスの性格上、ケアの質は患者ではなく患者介護者の体験で測定されています。本論文の3人の著者の1人は、社会疫学の世界的権威である、イチロー・カワチハーバード大学公衆衛生大学院教授で、このことはアメリカにおけるPE買収研究の広がりを象徴していると感じました。

○【アメリカでの】特定の企業や法人によるホスピス買収は、2010年から2021年にかけてケアの強度低下と関連していた。

Wen J, et al: Hospice acquisitions by certain firms and corporations were associated with reductions in care intensity, 2010–21. Health Affairs 45(8):897-905,2026 [量的研究]

ホスピスにおけるプライベートエクイティ（PE）および上場企業（PTC）の所有の急速な増加は、投資家主導の利益追求がケアの質を損なう可能性があるという懸念を引き起こしている。これらの買収がケア提供にどのような影響を与えるかについての証拠は限られている。我々は、2010年から2021年の期間の受益者サンプルについて、全国的なPEおよびPTC買収データベースをメディケア請求にリンクし、差分の差分イベントスタディを使用して、買収された営利ホスピスと買収されていない営利ホスピスをプロセスベースの品質指標とメディケア償還で比較した。

【PE買収前のホスピスケアの提供場所を見ると、在宅の割合は、PEに買収されたホスピスでは54.99%、上場企業に買収されたホスピスでは63.09%、非買収のホスピスでは70.71%で、この差は有意であった。】PE買収後、登録看護師、ソーシャルワーカー、および在宅ホスピス助手による30日あたりの訪問時間は、それぞれ5.14%、12.32%、および6.62%減少した。PTC買収後、登録看護師と在宅ホスピス助手による30日あたりの訪問時間は、それぞれ4.63%と9.09%減少した。訪問時間の減少は、人生の最後の7日間でも観察された。訪問時間の減少は、4つの大規模な買収企業によって引き起こされた。これらの調査結果は、透明性と監督体制の強化、そして医療の強度と質に見合った報酬体系への改革の必要性を浮き彫りにしている。

ニ木コメントー先に紹介した研究は、PEによるホスピス買収によるケアの質の低下を患者家族の体験という主観的尺度で評価していましたが、本研究は、ケアの強度（密度）の低下という客観的尺度で測定しています。ホスピスケアがほとんど入院・入所で提供されている日本と異なり、先に紹介した論文と本論文では、アメリカではホスピスケアの過半が、買収の有無にかかわらず、在宅で提供されていることを定量的に確認できます。

○【アメリカでの】プライマリケアにおけるプライベートエクイティによる買収：利用状況、支出、および人材の変化

Singh Y, et al: Private equity acquisitions in primary care: Changes in utilization, spending, and workforce. Health Affairs 45(6):629-636,2026 [量的研究]

プライマリケアは国民の健康増進に不可欠であるが、米国では投資不足と人材不足に直面している。プライベートエクイティ（PE）投資は、価値に基づく契約への参加を促進し、

情報技術能力を強化することで、アクセスを拡大できる可能性がある。しかし、PE が短期的な収益性を重視する傾向は、医師に生産性のプレッシャーを与え、患者ケアへの影響は不確実である。我々は、スタック差の差分法と全米メディケア請求データを用いて、2016 年から 2022 年の期間に行われた 225 件の PE によるプライマリケア診療所【(大半はグループ診療)】の買収を調査した。【買収された診療所の平均医師数は 30.65 人、臨床家のうちプライマリケア医の割合は 76 %だった。】

PE による買収は、プライマリケア医が請求したサービス数と診察した患者数をそれぞれ 30%と 11%増加させた。PE に買収された診療所の患者は、検査とメディケアの年間健康診断によって、12.9%多くの追加サービスを受けた。PE による買収は、プライマリケア医と高度臨床提供者【(advanced practice provides (ナースプラクショナーやフィジシャン・アシスタント等)】の総数も増加させ、後者はより速いペースで増加した。総合的に見ると、我々の研究結果は、プライベートエクイティ投資が、高度臨床提供者への依存度を高めることなどを通じて、プライマリケアサービスの利用を増加させる可能性を示唆している。

二木コメントー PE によるプライマリケア診療所買収の影響を検証した最新論文で、先行研究と同様に、買収により医療利用が増加することを示しています。なお、"advanced practice providers"は、医師以外の有資格診療行為提供者で、ナースプラクティショナー、フィジシャン・アシスタント、麻酔専門看護師等を含みますが、定訳がなく、「高度臨床提供者」と仮訳しました（AI 訳は「高度専門医療従事者」でしたが、不安定）。最近の英語文献では"clinician “に、医師だけでなく、これら職種も含むことが多いので、翻訳時注意が必要です。私は以前から、「臨床家」と訳しています。次の論文は、Clinicians に両者を含んでいます。

○【アメリカでの】プライベートエクイティによるプライマリケア診療所の買収：臨床家の緩やかな増加は、臨床家の退職の増加によって相殺される

Zhu JM, et al: Private equity acquisition of primary care practices: Modest growth in clinicians offset by increased clinician Exits. Health Affairs 45 (3):261-268,2026 [量的研究]

プライベート・エクイティ (PE) によるプライマリケア診療所【(大半はグループ診療)】の買収は、ケアの継続性とアクセスを左右する重要な要素である臨床家の労働力への影響について疑問を投げかけている。我々は、2,241 のマッチングされた独立対照診療所を用いた差分の差分法を用いて、2018 年から 2022 年の期間に PE が米国のプライマリケア診療所 451 を買収した後の労働力の変化を調査した。

結果には、診療所あたりの臨床家数と臨床家の離職が含まれ、医師と高度臨床提供者のステータス別に層別化した。買収後、診療所あたりの臨床医の数は相対的に 0.39 人増加し、買収前の平均 3.2 人から 12.2%増加した。医師の数 (0.21 人) と高度臨床提供者の数 (0.18 人) の両方で増加が見られた。離職は診療所あたり 0.22 人増加したが、これは主に高度臨床提供者の離職によるものであった。PE 買収は、緩やかな成長と高度臨床提供者の離職率の上昇に関連しており、患者中心の医療提供において人材の安定性が極めて重要なプライマリケアにおける人員配置のダイナミクスに、所有権【の変化】がどのように影響するかという重要な疑問を提起している。

二木コメントー PE によるプライマリ診療所が医師・高度臨床提供者の離職を増やすこ

とを示したユニークな研究です。

○病院統合は質の向上につながるか？：組織的および戦略的な課題

Burns LR, et al: Does hospital consolidation promote quality?: Organizational and strategic issues. Health Care Management Review 51(1):2-11,2026[理論研究]

課題： 過去 37 年間で研究されてきた医療経営における最も重要なテーマのうち 2 つは、病院統合と医療の質である。統合が医療の質に及ぼす影響の詳細は、統合後に通常発生する組織変更という「ブラックボックス」の中に埋もれている。医療分野内外の研究者たちは、統合による医療の質の向上効果に疑問を呈している。本稿では、なぜ医療の質の向上効果がしばしば見られないのかを考察する。

批判的理論分析： 戦略理論と経営理論は、統合が品質に及ぼす影響について相反する見解を示している（つまり、プラスの効果とマイナスの効果の両方を示唆している）。このような相反する見解は、統合が品質に及ぼす影響を 2 段階で説明する概念モデルにも表れている。統合には、品質向上につながる投資を伴う戦略的な取り組みや組織改革が伴う一方で、品質を損なう可能性もある。

考察／進展： 本論文は、統合が医療の質に及ぼす相反する影響について論じており、その影響は理論、概念モデル、および複数の文献レビューにおいて繰り返し現れている。結果がまちまちである理由の一つは、モデル推定を妨げる方法論上の問題であり、もう一つの説明は、2 段階の概念モデルである。第 1 段階では、病院は組織改革と戦略目標を追求するために統合するが、その目標の中には医療の質を対象とするものもある。第 2 段階では、こうした改革が医療の質に影響を与える可能性があるが、必ずしもそうとは限らない。ほとんどの研究は第 1 段階よりも第 2 段階に焦点を当てており、第 1 段階に関する研究はより間接的である。

実践上の示唆： 病院の経営幹部や研究者は、統合によって必ずしも質の向上がもたらされるとは限らないことを念頭に置くべきである。経営幹部は統合の目標として質の向上を掲げることが多いが、実際に質の向上に向けた取り組みに投資するかどうかは定かではない。たとえ投資したとしても、そうした取り組みが必ずしも質の向上につながるとは限らない。

二木コメント—本論文の問いについての研究は、37 年間どころか、私が医療経済学の勉強・研究を始めた 1970 年代から 50 年以上続けられており、「統合によって必ずしも質の向上がもたらされるとは限らない」こと、及び統合によって総医療費は増加することが繰り返し確認されています。本論文はその理由を理論的に検討しており、理論研究好きの方向きと言えますが、私には「屋上屋を架す」研究に思えます。

○大きすぎて成功できない？規模が医療における重荷になるとき

Ford EW: Too big to succeed? When scale becomes a liability in Health Care. Journal of Healthcare Management 71(3):153-155（編集長の巻頭言）

<https://www.ovid.com/jnls/jhmonline/abstract/10.1097/jhm-d-26-00078~too-big-to-succeed-when-scale-becomes-a-liability-in?redirectionsource=fulltextview>

医療分野のリーダーは規模（が大きいこと）は美德だと教えられている。大きなグループは固定費を分散させられ、支払い者や業者と効果的に交渉でき、技術投資ができ、収益

源を分散でき、小さな組織では維持不可能な特別なサービスを提供できる。成長は戦略的義務と扱われる。

しかし、あるポイントで、規模拡大では問題を解決できなくなり、逆にそれらを生み出すようになる。規模の不経済は医療では理論上の懸念ではなく、大規模組織で日常的に見られている。決定権限は分散し、コミュニケーション・チェーンは長くなる。現場の知恵は多段階の管理機構を通して薄められ、もしそれが採用される場合にも、開始が遅れる。質改善のために始められる標準化の努力は硬直した規則をもたらさう。リーダーと現場の距離は拡大する。大きな組織は内部取引費用を増やす傾向もある。会議は増え、コーディネーションが業務となる。小規模病院では明らかな問題は組織の中に埋もれ、それは権限（responsibility）がさまざまな委員会や報告制度に分散させられるからである。

ただし、規模の大きさが常に悪いわけではなく、それにはさまざまな利点もある。しかし、規模拡大は常にそれが業務の遂行を改善するか否かで判断すべきであり、規模拡大を自己目的化してはならない。そしてこのことは現代の医療戦略で無視されてきたことである。成長はそれでも正当化されるかもしれないが、それにロマンを抱いてはならない。

二木コメントーすべての医療分野で規模拡大、M&A が追求されてきたアメリカの医療経営専門誌の編集長がその見直しを提案したことに注目しました。日本の医療界（の一部？）で強まっている「大きいことはいいことだ」的発想に対する解毒剤になると思います。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 261)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○荻谷剛彦（社会学者。上智大学特任教授・オクスフォード大学名誉教授）「**根拠もなしに広く人びとに受け入れられた『常識』が私たちの認識のフィルターになれば、そのフィルターを通して論じられ、語られる政策や改革も、『当たり前』のこととして大きな抵抗なく受け入れられています。**しかも、そのような改革立案、改革の実施過程に含まれる神話は、人びとを魅了すると同時に、**たとえ根拠を持たない事態の確認だとしても、政策の立案者、改革の実施者に与えるに足る正統性の基盤を提供する**—そのような事態を 30 年以上にわたって実感してきました」（『不平等と教育』中公新書、2026 年、251－252 頁（あとがき）。
二木コメントー私も、医療政策分野で同じ「事態を 30 年以上にわたって実感」し、それを少しでも正す努力をしてきたので大いに共感しました。最新の、根拠を持たない「常識」「当たり前」のことが、本「ニューズレター」で批判した「トリレンマ」「オレゴンルール」説です。

○井上浩輔（京都大学大学院医学研究科健康増進・行動学分野教授、医師）「**記述統計の強みは、その分かりやすさにあります。数字や割合として現状を示すことは、専門家だけでなく、政策立案者や市民にとっても理解しやすい。**難しい数理モデルを使わなくても、『若年層の糖尿病管理が悪化している』といった事実は、そのまま社会的メッセージとして伝わります。／そして**多くの場合、そのような記述的な知見こそ、政策変更や資源配分を動かすきっかけになります。**／もちろん**記述統計は因果を示すものではありません。**なぜそうになっているのかを明らかにするには、さらに踏み込んだ分析や研究が必要です。しかし、**記述があるからこそ次の問いが生まれ、因果推論につながって行きます。現状の把握なしに『なぜ』を問うことはできません**」（『「もしも」で命は救えるか 因果推論入門』光文社新書、2026 年 5 月）。
二木コメントー井上氏が、因果推論についての優れた入門書で、記述統計の重要性を強調していることに大いに共感しました。私も、「現状の把握なしに」、一見精緻な手法を用いて、「政策変更や資源配分」にはなんの貢献もしない、「研究のための研究」に対して、2022 年に以下の警告をしました。「**量的研究のうち政策に役立つのはクロス表等を用いた、誰でも容易に理解できる研究であり、多変量解析を用いた高度な量的研究は現実の政策形成にはほとんど役立ちません。**理由は簡単で、高度な手法を用いた難解な研究は政策担当者が理解できないからです。量的研究以外にも、先駆的活動をしている団体・個人の実践報告＝「見える化」は有効です」（『2020 年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房）、2022、167 頁）。

○山形浩生（評論家・翻訳者。2024 年に新訳版『1984』を手掛けた）「今ある自由がいつか取り上げられることもありうる。デモなどの抗議活動だけが自由の発露ではない。**自由の領域を守るためには、自由を活用して物を作ったり書いたりし続けるべきだ**」（「中日新聞」2026 年 8 月 30 日、インタビュー「自由 フル活用し守れ」）。
二木コメントーこの言葉は、私が 1976 年以来、50 年間、座右の銘にしている次の言葉に通じると思います。

○**工藤晃**（日本共産党経済政策委員会責任者。1976年の衆院選に東京7区から出馬し初当選）「書くこともたたかいだ」（『日本経済の進路』新日本新書、1976、まえがき。本「ニューズレター」11号（2005年7月）で紹介）。

○**星新一**（SF作家。1997年死去）「**要約の習慣**（中略） …といっても作家も商売である。プロであるからには、どこかにアマとの差があるはずだ。そこに能率に類したものが存在しているように見える。他の作家のことは知らないが、私の場合それをひとつあげるとそれが、**ダイジェストの習慣**のようだ。／つまり要約である。読書したあと、その内容を二分間ほどで他人に話せるよう要約する習慣が身についているのだ。要約といっても、いろいろなやりかたがある。新聞雑誌にのっている映画ストーリー紹介もそのひとつの型。機械的に無難に短縮するという方法である。／しかし、それよりも**作品の狙いに焦点をしばり、その特異さを中心に要約**したほうがいいことはいうまでもない。作品のどこが面白かったかを再確認することでもある。／この習慣には利点がある。**ダイジェストの思考の過程で記憶に残ることだ。だから、もちろん正確にはいえないが、その過程を逆にたどれば、なんとかその全貌を思い出せる**」『気まぐれカプセル』新潮文庫、2026、170-173頁〔初出は、『NOMA プレスサービス』No.150,1969年、「私の能率学」第126回〕。二木コメントー私も「ニューズレター」の「**私の毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介**」欄で、**推薦**と判断した本・論文は、その「どこが面白かったか」を中心に紹介しているので、大いに同感しました。私の経験では、要約（私の場合は「紹介・推薦文」）は、本や論文を読了後すぐには書くのではなく、しばらく間を空けてから書いた方が、良くまとまったものが書けます。なお、**齋藤孝『頭がよくなる！要約力』**（ちくま新書,2022）は、「要約力」がない人のための基本技、「要約力」トレーニング、さらに高い「要約力」をつけるためのテクニックを伝授しているユニークな本です（本「ニューズレター」213号（2022年4月）で紹介・推薦）。

<その他>

○**佐々木昌弘**（厚生労働省医政局長）「…よく『**良い医療を**』とか『**患者さんのための医療を**』とか言います。でもそのような医療を行うのは誰か。医療人です。その医療人がモラルやモチベーションが下がるような、医療人魂が汚されるような政策は絶対に行いません。

（中略）前のポスト、危機管理・医療技術総括審議会の時は、よく『国民の生命や生活を守るために』とい、この『**守る**』という単語をよく使っていましたけど、**医政局長に異動してから1か月、よく使っている表現は『闘う』です**。（中略）そのことをこれからは**皆さんと一緒に闘って、そして守るべきを守る**」（2026年9月12日の第67回全日本病院学会での特別発言。m3.com 2026年3月13日 配信 橋本佳子）

https://www.m3.com/news/iryoishin/1357751?dcf_doctor=false&dcf_doctor=false&portalId=mailmag&mmp=MD260914&mc.l=1319374411&eml=c4fe7c0676d616f995fd353e5c82d4ca

二木コメントー私は50年以上、厚生（労働）省高官の発言ウォッチングを続けており、迫井正深現医務技監をはじめ、多くの見識ある高官の発言を読んできましたが、「闘う」というストレートな表現で、しかも「私は」を主語として、発言したのは高官は初めてと思い、感銘を受けました。

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65回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」103号（2026年9月12日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は[私の読書・論文の好み](#)

A. 論文の書き方・研究方法編

○近藤康太郎『本をすすめる 書評を書くための技術』本の雑誌社、2026年1月。

…「朝日新聞」の名文記者（現・コラムニスト）兼百姓・猟師で、『AERA』を中心に書評を書き続けている著者に「書評の書き方を、教えて教えてほしい」と依頼してきた女性ライターとの1年間にわたる濃密な「セッション」の記録。全5章。15頁もの長い「まえがき」＝近藤ワールドに心を動かされたら読めば良いと思う。私はとても読み通せない。

なお、「私の書評パターン」は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房、2006年）の124頁（コラム7）に書いた。

○産経編集センター校閲部『いじわるな日本語 校閲の現場から』産経新聞出版、2026年3月。

…「産経新聞」に連載中のニュースサイト（コラム）「産経ニュースを書籍化。全9章。校正の本質は、単に「文章の間違いを正すこと」ではなく、原稿が「間違えていないことを保証すること」との主張は新鮮。校正についての教養 a/o 雑学が身につく。

○大野和基『懐に入る英語』集英社、2026年4月。

…1988年から40年間、執筆・取材のため、ほとんど英語でインタビューをしてきた国際ジャーナリストが、日本の読者に、「ビジネスでもプライベートでも、相手との親密な関係を築くための英語」＝「ふとろこに入る英語」のコツを「惜しみなく披露」した本。全7章。

『懐に入る英語』には、英文そのものよりも、文化的背景や自国との違いも含めて相手に対する深い理解が必要（5頁）との指摘は、私も同感。英語中上級者で、アメリカに留学を予定している人や、英語でのインタビューを予定している人には大いに参考になると思う。第3章「ボキャブラリーを増やす」に書かれている「コツ」等は、私が現在でも続けていることと同じで意を強くした。（インタビューで）「緊張しない方法は意外に簡単で、"self-confident enough"（緊張しないで済むほどの自信を持っている）になることである」（163頁）に著者の自信 a/o 上から目線が現れている。

○杉谷和哉『エビデンスの罠 数字と物語に囚われない思考法』PHP新書、2026年5月。

…副題に著者の思いが凝縮されている。村上靖彦『客観性の落とし穴』、成田祐輔『22世紀の民主主義』等の話題書やテイラー『科学的管理法』等の古典も幅広く取り上げ、大変分かりやすく記述しており、エビデンスに関連した教養・センス（バランス感覚）が身につく。終章を含めて全6章。終章「エビデンスとの賢い付き合い方」で提示している以下の5点の「チェックリスト」は「凡庸な結論」（37頁）ではあるが、重要と思う：1. 数字・データを使うことを目的にしない、2. 指標が人の行動を変えることを理解する、3. 過剰な「アウトカム」志向を避ける、4. データがない場合もあると認識する、5. それでもなお、数

字を使うのは大事である。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○厚生労働省医政局「地域医療構想策定ガイドライン」2026年7月3日。

…行政や医師会・病院団体等の地域医療構想担当者向けに書かれたと思われ、記述はきわめて細かく、しかも重複的記述が非常に多いので、担当者以外の人間が読み通すのは至難。日本医師会・病院団体との合意を基にして書かれているので、きめ細かく、柔軟に書かれてはいる。例：「場合も(が)ある」が32回、「地域ごと(に、の)」が30回、「考えられる」が60回も使われている。上記担当者以外は、このベースになった、新たな地域医療構想及び医療計画等に関する検討会「**新たな地域医療構想に関するとりまとめ**」(2026年3月19日)を読めば十分と思う。<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>

一点気になったのは、医療法第1条の「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」の理念に反する「効果的かつ効率的な(医療)」という、効率優先の表現がもっぱら使われ、上記条文に沿った「効果的かつ効率的」という表現は1か所しかないこと(21頁)。この点に関して、私は『地域包括ケアと福祉改革』(勁草書房、2017、117-120頁)で、以下のように述べた。＜医療サービス・技術の大前提はその質・効果が確認されていることであり、それが確認された後に、「効率」(費用対効果)を検討する必要がある…。逆に言えば、効果が確認されていない医療サービス・技術の効率を検討する意味はありません。これは医療経済学、医療の経済評価の基本中の基本です。＞

○尾藤廣喜「厚生労働省は変わったかー私が厚生官僚だったころ、そして、いのちのとりで裁判の今」『賃金と社会保障』1902号(7月下旬号):23-37号。

…尾藤氏は現在は、「いのちのとりで裁判(生活保護基準引下げ訴訟)全国アクション共同代表」を務めているが、1970年から3年間、厚生省に「キャリア」として勤めていた。その当時と、現在を比較し、「厚生省は大きく変わった」と結論づけている。

まず、生活保護法の立法の中心を担った小山進次郎氏の『生活保護法の解釈と運用』のポイントと意義を紹介し、次に1957年-1960年代前半の朝日訴訟、1973年の生活保護における人工透析への対応に端を発する速やかな高額療養費制度創設、1970年代の「薬害スモン訴訟」では厚生省は担当者を中心に(それなりに)積極的な役割を果たしたと回顧。**高額療養費制度創設のプロセス・内幕が具体的に入省1年半の若手官僚・尾藤氏の提案を、保険局の担当者が真剣に検討し制度を創設した！ーに書かれている(27-28頁)のは極めて貴重な「歴史の証言」と言える**(このことは、後述する岩永直子氏のインタビューで、より詳しく語られて)。それに対して、1990年代の「薬害ヤコブ訴訟」と1998～2002年の「ハンセン病」訴訟では、政治家(特に坂口力厚生労働大臣)は積極的な役割を果たしたが、「厚生労働省官僚の動きはほとんど見えなかった」と指摘。さらに、2013年には、政権復帰した自民党の方針通りに、社会保障審議会生活保護基準部会の報告を無視して、生活保護基準を大幅に引き下げ、2025年に最高裁がその違憲判決を出した後も、誠実な対応をとっていないと厳しく批判。

最後に、厚生労働省が変わった一番大きな要因として同省を取り巻く経済・政治情勢の変化をあげ、それに加えて「厚生労働省を担う官僚の姿勢と資質の問題」・「劣化」も挙げる。

尾藤氏は、厚生省在職中から省内の「3、3、4」（福祉充実派3割、財政重視派3割、風見鶏派4割）という雰囲気を実感してきたが、今は、それぞれ2割、4割、4割に「変わっているかもしれない」と述べた上で、「しかし、憲法第25条あるいは権利としての社会保障を展開する方向に世論が変われば、7割あるいは6割の官僚がこれになびく可能性がある」とも述べる。私は、厚生労働官僚にきわめて厳しい尾藤氏が、現在でも福祉充実派が2割いると見立てていることに、少し希望を持った。本論文は、1970年代前半に厚生省で高い志を持って働いた尾藤氏にしか書けない「もう一つの厚生（労働）省史」とも言え、社会保障研究者必読と思う。

＋○医療記者岩永直子のニュースレター「高額療養費制度創設の提案者が、今回の改正に疑問を抱く理由 元厚生官僚と制度の恩恵を受けた法律家にインタビュー（前編）」2026年6月3日

<https://naokoiwanaga.theletter.jp/posts/ba3b944c-108e-464d-850f-6cf20ddd3bb7>

…このインタビューの主題は、高額療養費制度の見直しで、尾藤氏（と青木志帆氏）が厚生労働省が、「所得の多い人も少ない人も給付を受ける場合は平等に受ける」という医療保険の「原則」「普遍主義」を破り、給付面でも応能負担を強化したことを鋭く批判。尾藤氏は、岩永氏の質問に応じて、高額療養費制度創設のプロセスと内幕についても、上記論文より詳しく述べている（5-8頁）。

＋○立岩真也・尾藤廣喜・岡本厚『生存権—いまを生きるあなたに—』同成社、2009年。
…本書は上記3人へのインタビュー集。尾藤氏は、57-60頁で、「高額療養費の公費負担制度は、生活保護の現場から生まれた」ことを、厚生省勤務時代の実体験に基づいてチラリと述べている。岩本氏はこの記述に注目して、上記の質問をしたとのこと。

○箕浦洋子・許斐正啓『2026（令和8）年度診療報酬改定対応版 いまさら聞けない入院基本料』メディカ出版、2026年8月

…「ゼミ通信」91号（2025年9月）で紹介した『いまさら聞けない入院基本料』の、2026年度診療報酬改定に対応した新版（第2版。入院基本料の選択と管理は病院経営の要の一つだが、看護職も理解できるように体系的にまとめた本はほとんどない。本書は、入院基本料について精通し、看護局長・副院長を努めた箕裏氏と現在も愛知県・公立西知多総病院で事務局長を務める許斐氏が、入院料等と入院基本料、主な入院基本料、主な算定要件、加算・減算（要件）について、分かりやすく解説し、最後に2人のうんちくある対談を収録（全5章）。本書の主たる想定読者は看護管理者だが、院長等の病院経営者や事務職にも大いに参考になると思う。

残念なのは、在宅復帰率の分子の説明が簡単すぎる（108-109頁）：本文には分子に「自宅以外にどのような場所が認められるかが入院料等によって多少異なります」と書かれているが、図表ではその詳細が書かれていない（例：老人保健施設は、急性期一般入院基本料の退院・転院先の「自宅等」には含まれるが、回復期リハビリテーション病棟等では含まれない）。

○五十嵐中「医療を『コスパ』で測る落とし穴（学者が斬る視点・争点）」『週刊エコノミスト』2026年9月1日号：42-43頁。

…費用対効果・医療経済評価は、医療を良いものと悪いものに切りわけける方法として、一見魅力的に映る。しかし、偏頭痛予防薬を例にして、同じ医薬品でも、企業による分析と公的分析では、「偏頭痛が生活の質（QOL）に与える影響をどのように点数化するかの方法を変えるだけで10倍以上の差が生じる」ことを示す。これを踏まえて、「国際的な医療経済評価の流れは、単にコスパだけでなく、多様な価値軸へ評価の裾野を広げる遠心的な方向にある」ことを指摘し、コスパのみを測定する日本の医療経済評価の運用を批判。

厚生労働省による医薬品の経済評価の限界を数値で簡潔に示した好論。私は、企業分析による費用対効果（1 QOL Y 当たりの増分費用効果比）が公的分析のわずか1割にすぎないことを知って、かつて（1988年に）、日本製薬工業協会委託研究『薬物治療の「技術評価」』が、3種類の新薬の費用便益分析を日本で初めて行い、いずれの医薬品も費用を大幅に削減する（開発前に比べて86.0%～63.4%）と推計したことを思い出した（二木立『日本医療の経済学』医学書院、1995、第5章「医療経済学からみた医薬品の適正使用」）。製薬企業が、医薬品の費用対効果を超過大に推計・主張する体質は40年間変わっていないよう。

○庄司美沙「(事例調査報告) 無料低額診療事業 15年間の振り返り」『民医連医療』2026年9月号：8-11頁。

…2009年度から無料低額診療事業（無低診）を行っている、大阪の社会医療法人・同仁会（耳原病院が中核）の15年間の実施状況（2066件）を、年齢分布、加入保険、主な収入源、収入の生活保護基準比、困窮理由別に報告し、法人の利用者は固定化した低所得層が多数を占めていることなどを明らかにしている。著者はソーシャルワーカー。貴重な報告だが、大半が図で、細かい数値が示されていないのが残念。分析をさらに深めて論文化し、社会福祉または社会医学の専門誌に投稿してほしい。同誌は、これに続いて、「シンポジウム・みみはらの2000事例から見えてくる“くらし”と“社会保障”の課題」も掲載（12-15頁。庄司報告はこのシンポジウムの核で、その後、吉永純、西岡大輔、雨田信幸、大平路子の4人が登壇している。

○「再検証対象424病院のその後（新連載・データで読み解く医療・介護経営）」『日経ヘルスケア』2026年9月号：12-15頁。

…厚生労働省が2019年9月に地域医療構想を踏まえて「再編統合について特に議論が必要」とする病院として公表した全国424の公立・公的病院のうち、翌年除外された7病院を除く417病院のその後を、2017年度と2025年度の公開資料を用いて、個別病院ごとに接合して集計。主なポイントは以下の3つ：①417病院の9割が存続していた一方で、4割超の病院が病床数を減らしていた。②（高度）急性期病棟の稼働率が低い病院ほど、総病床数の削減率が大きい傾向。③再検証対象病院は病床の削減率は対象外の病院の2.6倍。この結果について、尾形裕也氏は、再検証対象病院では想像以上に病床削減と機能再編が進んでいたとコメント。『日経ヘルスケア』誌独自の「調査報道」は貴重。今後の連載にも期待が持てる。

○中村二郎・菅原慎矢『介護政策の経済分析 地域の変容、従事者不足、保険制度の課題』日本経済新聞出版、2026年4月。

…下野恵子『介護保険解体の危機』（法律文化社、2019。「ゼミ通信」21号（2019年11月）で

紹介・推薦)以来、久しぶりに出版された経済学研究者による本格的な介護政策の経済分析。序章・終章を含めて全3部10章で、核は第Ⅱ部(第3～7章)の実証的分析。下野氏が公的サービスの維持・拡充を目ざしていたのと逆に、本書は市場の役割を重視し、民間部門の活用や現金給付の導入を主張している。ただし、7章「介護における営利法人の行動と役割」の実証的分析の結果は、著者の主張を支持していない:①営利法人の立地は利益が得られる地域に優先される、②営利法人の参入によって地域における費用が上昇する、③営利法人の参入が介護の質を高めているというエビデンスはない(223頁)。現金給付についても、その導入に「多くの営利法人が素早く対応することが予想される」「期待できる」と希望的観測(wishful thinking)を述べるだけ(249-250頁)。

○呉紅敏「韓国における社会福祉士の役割と課題ー医療／精神健康社会福祉士を中心として」『週刊社会保障』2026年8月24日号:42-47頁。

…まず韓国における社会福祉士の資格制度について概観し、次に医療社会福祉士及び精神健康社会福祉士の概要を整理し、最後に韓国の社会福祉士制度が抱える課題を4点指摘している。このテーマについて簡潔にまとめており、日本との異同を考えるうえで参考になる。私は、韓国では、医療社会福祉士が国家資格として確立していること(社会福祉士の上級資格)、しかし2023年でも資格取得者は1294人とどまっていることに驚いた。

○結城康博『介護職ゼロ時代がやってくる!「介護の社会化」はどこへ行った』岩波ブックレット、2026年9月。

…長年、福祉系大学で介護職の養成に携わって来た著者が、教え子を含む多くの関係者へのヒアリング調査を踏まえた書き下ろしで、臨場感があり、人手不足を中心にして介護現場の深刻な実態がよく分かる。終章を含めて全5章、86頁の薄い本でスラスラ読める。前著『介護職がいなくなる!』(岩波ブックレット、2019)と同じく、書名は一見扇情的だが、中身はバランスがとれており(例:第2章「それでも介護職員として働く」)、終章で、「どうすればいいのか」について問題提起している。著者は、ここで、介護関連のICT化・DX化は「『負担』軽減に寄与するもので『人[員削減ー二木]』には有効でないこと」を強調している(75-77頁)。前著と異なり、今回は「マナーの悪い高齢者は敬遠される」が独立した章(第4章)となっており、施設側が介護職員の「離職」を防ぐために、患者・家族のハラスメントを懸念して、「利用者を選別している」との証言も紹介している(24頁)。もう1つ新しく書かれているのは「保険外[の自費]サービスの現状」で、その相場は1時間当たり4000～6000円であり、毎月10回以上利用できる高齢者は、都市部の富裕層に限られていると指摘している(54頁)。

○白澤政和『ケアマネジャーの未来図 ケアマネジメントと理論と実践の再構築をめざして』中央法規、2026年9月。

…白澤氏は、2018年にケアマネジメント研究の集大成と言える大著『ケアマネジメントの本質ー生活支援のあり方と実践方法ー』(中央法規、473頁)を出版し、「これ以上はケアマネジメントの著書は書かないことを心に留めてい」た。しかし、「この数年間、ケアマネジャーの人数が減少し、辞めたいと考えるケアマネジャーも多くいる現実」に接して、やむ

にやまれず」、「ケアマネジャーの仕事の醍醐味と可能性を実践していただくとともに、一緒に“未来図”を描きたい」との思いから本書を執筆した。全7章。Ⅰ～Ⅳ章で、介護保険開始後四半世紀のケアマネジメントの変化（深化と後退）と現状について、最新研究を踏まえて鳥瞰し、Ⅴ・Ⅵ章でケアマネジャーの（自己）研修について詳しく論じている。Ⅶ章「ケアマネジメントの未来」の③「AIによるケアマネジメントは可能か」では、あくまで「AIを補助的に活用すべき」と提唱している。「おわりに」で書かれているように、本書には「ケアマネジャーに対するメッセージと、介護保険制度でのケアマネジメント施策に対するメッセージが混在して」おり、ケアマネジャーだけでなく、介護保険制度の研究者にも参考になると思う。私は、「地域包括ケアシステムの評価」で、「高齢者を対象にしたシステムではありましたが、さまざまな世代や領域の人たちにも普遍化できる」と指摘していることに共感した（79頁）。

本書の魅力は、日本だけでなく、韓国を中心として、諸外国のケアマネジメントの最新動向が紹介されていること。特に韓国については、2026年3月に実施された「地域ケア統合支援法」が、日本のケアマネジメントの問題点をよく研究し、①公的機関でケアマネジメントを実施し、②高齢者や障害者と対象を分けずに、ある意味地域住民を対象としていることが紹介されており、興味深い（46,83,180頁）。なお、本書には書いていないが、韓国は、日本と異なり、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」を用いている。

○中村秀一「(インタビュー)『手取り増』絶対化に警鐘 専門家が投げかける社会保障の選択とは」(聞き手：友野賀世)「朝日新聞デジタル」2026年9月15日

<https://www.asahi.com/articles/ASV9C235PV9CUTFL00TM.html>

※本インタビューの要旨は9月27日の紙版に掲載

…2010年代前半に首相官邸に設置された「社会保障制度改革国民会議」で事務局を担った中村氏が、高市内閣が目ざしている「社会保障と税の一体改革」（給付付き税額控除や食料品の消費税率の2年間に限定した1%化）の問題点・疑念を包括的に指摘。まず、高市内閣が設置した今回の社会保障国民会議を、「ボタンの掛け違い」があった会議・「全体として性格が良く分からない会議になってしまっている」と批判したうえで、「日本の社会保障は所得再分配能が弱い」こと、『手取りを増やす王道は賃上げ』であること、「消費減税より給付のほうが効率的」であることをていねいに説明。最後に、「社会保障は『選択』の問題」であることを強調し、今後の予算の議論では「GDPとの関係[を]見て冷静な議論を行うことを提唱」。

私は、特に、以下の3点を指摘していることに注目・共感した。①「新たな所得連動給付制度」で「勤労所得のある人を中心にとすることだと、無職の人、高齢者、生活保護受給者などが外れる可能性が高い」。②社会保障の財源選択について、「防衛費を増やすなら、『大砲かバターか』という歳出の優先順位の議論も避けられません」、③社会保障費は「金額だけでなく、GDPに占める比率で見る必要」、「近年はGDPが増えたため、社会保障給付費の対GDP比は低下」。私は、元政府高官である中村氏が、現政権にまったく忖度せず、現在の議論で見落とされている重要な事実や論点を指摘した勇氣・矜持に感銘を受けた。

C. 政治・経済・社会関連

○樋口恭介『21世紀を動かす思想 加速主義・プルラリティ・SFプロトタイピング』集英社新書、2026年2月。

…巨大テック企業主導で生成AIが爆発的に発展し、社会の混乱が日々起っているアメリカで影響力を増している3つの「破滅的思想」を通覧。全4部、序章・終章を含めて14章。著者はSF作家・コンサルタントで、全体に言葉が躍っている。第1部「加速主義の系譜」はそこそこまとまっており、加速主義についての教養が身につくが、第2部以降は、雑多な諸理論・仮説のカタログ的紹介で、読み通すには相当の忍耐を要する。

○アンガス・ディートン著、江口泰子訳『格差の国の経済学 経済学者は世界をどう破壊し、元に戻すために、毎日何をしているのか』みすず書房、2026年3月（原著2023年）。

…「絶望死」の発見で有名な、イギリス出身でアメリカに「移民」し、2015年にいわゆるノーベル経済学賞も受賞した著者が、英国国立経済学会に25年間にわたって寄稿してきた記事をテーマ別に整理。著者が認めているように、「伝記」的側面もある。全11章。私は第2章「アメリカの医療をめぐる冒険」と、アメリカの経済学者の生態と近年の経済学研究の変化を描いた第8～11章を読み、それ以外は拾い読みした。数式は全く使っていないエッセーで、興味深い指摘やエピソードが多く教養が身につく。例：アトキンソンが、著者の草稿を読んで、著者が提唱していた操作変数法では「期待通りの結果はめったに得られないと指摘し」、著者が「アトキンソンの考えが正しかった」と理解するのに10年もの月日が必要だった(196頁)。ただし、第2章を含め、深みはない。

○平岩俊司『北朝鮮の軍事外交戦略』インターナショナル新書、2026年6月。

…北朝鮮研究の第一人者が、「**なぜアメリカはイランを軍事攻撃したのに、北朝鮮に対しては何もしないのか？**」(序章名)という現代的謎を解明した本。序章・終章を含めて全9章。著者は序章で、以下の「北朝鮮をめぐる3つの過小評価」を指摘している：①北朝鮮の権力体制の強靱性についての過小評価、②「北朝鮮の技術力」についての過小評価、③北朝鮮の「プライド」についての過小評価(29-31頁)。この点を含め、序章の記述は迫力がある。第1章以降で、北朝鮮の軍事外交戦略の発展とアメリカ等の対応を、ほぼ歴史的経過に沿って説明しており、北朝鮮が単なる「ならず者国家」ではなく、「自らを国際社会に受け入れさせるために覚悟を持って臨んで」来たことが分かる。著者も認めているように、本書全体のキーワードは北朝鮮の「覚悟」(215-216頁)。ただし、第2～7章は、一般読者には記述が詳しすぎ(boring)、終章「日本の役割」は陳腐。著者が頻用している「国際社会」は、アメリカ、日本、韓国等の「西側世界」の言い替えにすぎず、ロシア・中国はもちろん、グローバル世界も入っていない。

○堀本武功『物語 インドの歴史 インダス文明からムガル帝国、現代まで』中公新書、2026年6月。

…インド研究50年の著者が書き下ろした、インダス文明から20世紀末までの5000年のインドの通史。「政治への視点を重視し、いわば政治的風景の移り変わりを」中心に記述している。序章と終章を含めて全10章で、終章では「21世紀のインド」についてもスケッチしている。

第5章「英国のインド支配」は迫力があり、英国の苛烈・巧妙（分割統治）なインド支配を描くと共に、「植民地支配の最大の遺産は国家体制の構築」、「英語の普及も重要であった」（「反映運動さえも、英語での意思疎通を必要とした」！）ことを冷静に指摘している（121-122頁）。第6章では、1877年の「英領インド帝国」成立直後から始まり、1947年にインド・パキスタンの分離独立に至るまでの独立運動の苦闘が（比較的）熱く語られている。第4章「ムガル帝国の成立と展開」も勉強になり、インドは、1526年のムガル帝国成立以来、ムスリムと英国による2つの異民族支配を400年以上も受けてきたことに、改めて驚かされた。本書では、カースト制についても各章で（批判的に）書いているが、ガンジーがそれを許容したことには触れていない。

【再掲】○鈴木真弥『カーストとは何か インド『不可触民』の実像』中公新書,2024年1月（「ゼミ通信」73号（2024年3月）で紹介・推薦）

…膨大な文献と統計数値と、現地での長年のフィールド調査・聞き取り調査の結果を統合して、インドのカースト制度の歴史（的背景）と実態、カースト制度に基づき今なお続く差別や格差の克服を目ざす取り組みを活写。私は、インド独立の父と言われているガンディーが、不可触民（歴史的呼称。著者は当事者が積極的に用いている「ダリト」を使用）の差別には反対しつつも、カーストそのものには「肯定的立場」だった（職業の世襲を重視した）こと、彼に真っ向から異議を唱えたアンベードカルが死の直前に仏教に改宗し、彼の生地であるマハーラーシュトラ州では仏教徒が現在も39.20%を占めていること（インド全体では2.86%。194頁）等を知り、驚いた。グローバル・サウスの事実上の盟主となり、数年後にGDPが日本を抜くのが確実なインドについて理解するための最良の書。

○高坂勝『人口減少ええじゃないか論』光文社新書、2026年6月。

…30歳で鬱寸前で会社を退職し、紆余曲折を経た後、現在は、千葉県の過疎地・匝瑳（そうさ）で「半農半“マルチワーカー”」をしている著者が、自己の体験を踏まえて、今後の急激な人口減少に対応するための「別の道」を提起。全7章。ややまとまりに欠け、著者も自認しているように、「妄想」「いいことづくめ」の記述もあるが、キラリと光る指摘・提案も少なくない：「グローバル化の先のローカル化へ」（114頁）、「“こうすれば経済成長する”詐欺」批判（220頁）－「人口減るのに、リニア新幹線？」（233頁）等。残念なのは、先人の提案の無断引用が散見されること。例：「FEC自給圏」（Food, Energy, Car あ e）（116頁）は、故内橋克人氏が2000年に初めて提唱（『浪費なき成長―新しい経済の起点』光文社）。

5. はあとふるグループ80周年&理事長交代披露パーティ・祝辞（2026年10月3日）

島田(永和)さん、はあとふるグループの理事長ご退任と勝田紘史さんへのバトンタッチ、おめでとうございます。そして、お疲れさまです。

私が島田さんに最初にお会いしたのは2000年2月9日に、はあとふるグループの病院や老人保健施設などを見学させていただいた時です。私は、1990年代後半から「保健・医療・福祉複合体」の調査・研究をしており、大阪府私立病院協会青年部会等で講演させていただくたびに、吉川病院事務長の吉川美幸さんをお願いして、講演前に、大阪府の先進的の病院・「複合体」の見学をさせていただいていました。私は元リハビリテーション科専門医なので、島田さんの病院・施設が包括的な医療・リハビリテーションと先進的なスポーツ整形外科を行っていることに共感するとともに、島田さんが「高い志をもって合理的経営をされている」こと、「情報公開を武器にした上で、徹底した職員・幹部教育とそれを支える情報システム」を独力で作り上げていることに驚嘆しました。これは、見学直後にお送りしたお礼の葉書に書いたことです。それ以来、今日に至るまで、島田さんとは四半世紀にわたって、率直な意見・情報交換を続けています。

その一環として、島田さんが中心的役割を果たされていた大阪府医師会調査委員会の医療・社会保障についての意識調査の原稿を何度も読ませていただき（読まされ？）、助言させていただきました。私の知る限り、市民（府民）と医師会会員の両方を対象にして、ほぼ同じ質問項目の意識調査を継続的に行っているのは大阪府医師会だけであり、学術的にも大変貴重です。調査結果を論文化したものが専門誌『社会保険旬報』に掲載されたこともあります。（岩本伸一『『かかりつけ医』のイメージは医師と府民の理解に相違がある：大阪府医師会調査委員会の調査結果から』『社会保険旬報』2024年3月1日号。）この調査はぜひ今後も続けていただきたいと思います。

さて私は現在、79歳ですが、後輩の定年退職間近の教員にはいつもこう助言しています。**「大学教員に定年はあるが、研究者には定年はない。定年後も、ぜひ研究を続けてほしい」**。医療法人病院の理事長は、大学教員と違い定年がなく、70歳前後で理事長を退く方は一部で、生きている限り経営の先頭に立ち続ける方も少なくありません。島田さんは75歳で勝田さんに理事長職をバトンタッチされますが、私より4歳も若くかつお元気ですから、今後も診療を続けるだけでなく、グループの「代表」（Chief Visionary Officer）として、新理事長を支え、はあとふるグループと大阪の医療をさらに発展させていただきたいと願っています。この点については、先ほど、島田さんが「グループ代表挨拶」の最後に、**「これからもやるぞと誓います！」**と述べられたので、安心しました。以上です。

[はあとふるグループは、大阪府内で2病院・1老人保健施設・2通所介護施設・1訪問看護ステーション等を開設している「保健・医療・福祉複合体」で、社会医療法人はあとふる（旧・永広会）や社会福祉法人等で構成。同グループの原点は初代理事長が1946年に開設した診療所で、2026年に開設80年を迎えた。2026年10月1日に2代目理事長（島田永和氏）から3代目理事長（勝田紘史氏）へバトンタッチし、10月3日に、大阪市内のホテルで、「グループ80周年&理事長交代、披露パーティー」を開催し、私は来賓挨拶を行った。<https://www.heartful-health.or.jp/>]