

2023. 4. 1(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 225 号)」

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。**

御挨拶の上、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、のちとくらし非営利・協研研究所のホームページに掲載されています：

<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

225 号の目次以下の通りです (29頁)

1. 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
(「二木教授の医療時評(209)」『文化連情報』2023 年 4 月号 (541 号) : 32-44 頁) …2 頁
2. 投稿：No. 5154 「“かかりつけ医機能”のエビデンスは？」草場鉄周氏(日本プライマリ・ケア連合学会理事長)の論説に対して一紹介論文をエビデンスとするには無理がある(『日本医事新報』2023 年 2 月 18 日号(5156 号) : 65 頁。「識者の眼」に対する読者の声) …14 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205回:2023 年分その1 :5論文) …15頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その219)ー最近知った名言・警句……………19頁
5. 私が毎月読めどチェックした日本語の本・論文の紹介(第23回)……………21頁

お知らせ

1. 論文「今後中小病院は再編・統合を強いられるか？」を『日本医事新報』2023 年 4 月 1 日号に掲載します。本「ニュースレター」226 号(2023年5月1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。

2. WEB 講演「日本医療の歴史と現実を踏めたかかりつけ医機能の強化ー半年間の論争を踏まえて」(神奈川県保険医協会・医療問題研究会)を、本年 4 月 18 日(火)午後 7 時～9 時に行います。保険医協会会員でなくても、無料で視聴できるそうです。

参加ご希望の方は以下より直接、ウェビナーに事前登録してください。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_R1MRPNVfS0av-dQRdb01_g

登録後、ウェビナー参加に関する確認メールが届きます。

申し込み締め切りは 4 月 17 日です。

3. 私は、2022 年度で日本福祉大学大学院非常勤講師を終了しました。それに伴い、毎年 4 月に作成していた「大学院『入院』生のための論文の書き方・研究方法論等の私的推薦書」リストは今年度から作成しません。なお、大学院講義「医療福祉経済論」のみは今年度に限り行います。昨年と同じく、リアル講義と zoom による遠隔講義を併用した「ハイブリッド講義」です。その私的聴講の応募方法は、本「ニュースレター」227 号(2023 年 7 月)でお知らせします。

1. 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

（「二木教授の医療時評（209）」『文化連情報』2023年4月号（541号）：32-44頁）

はじめに

岸田文雄内閣は2月10日、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定しました。これは、昨年12月の全世代型社会保障構築会議報告書や社会保障審議会関係部会の取りまとめを踏まえたもので、健康保険法の一部改正、医療法の一部改正（以下、医療法改正案）等、11本の関係法律案を含む「束ね法案」です。

医療法改正案は「かかりつけ医機能の確保に関する事項」を含みます。昨年6月の閣議決定「骨太方針2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との一文が盛り込まれて以降、「かかりつけ医機能の強化」・「かかりつけ医の制度化」をめぐる激しい論争が繰り返されてきましたが、これは現時点の法的決着と言えます。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を見た」と秀逸に評しています（M3.com レポート 2月15日。以下年号のない場合はすべて本年）。

本稿では、「かかりつけ医機能の確保に関する事項」自体の評価に加えて、今後日本でかかりつけ医機能を強化するための視点や診療報酬改革等について包括的に検討します。まず、私の医療制度改革についての基本的スタンスを述べます。次に、プライマリケアをめぐる日本医療の歴史と現実（フランス・ドイツとの違い）を指摘します。さらに、かかりつけ医機能を含め、平時（平常時）と非常時（感染症有事）の医療機能は区別すべきことを強調します。その上で第4に、医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価を行います。私は今回の改正案は大枠では妥当・現実的と評価していますが、「火種」が残っていることも指摘します。これが本稿の中心です。さらに、医療法改正案には含まれていないかかりつけ医機能に関わる診療報酬について検討し、現行の地域包括診療料の拡充が合理的・現実的と主張します。最後に、患者の大病院志向の是正は「かかりつけ医機能の強化」とそれ以外の改革により相当進むと予測します。

1 私 の 医 療 制 度 改 革 に つ い て の 基 本 的 ス タ ン ス

「かかりつけ医機能の強化」について検討する前に、医療制度の改革全般についての私の基本的スタンスを述べます。それは、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。私は、このことを2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』で初めて主張し、同書の副題を「幻想の『抜本改革』を超えて」としました(1)【注1】。このことを大前提として、以下、4点述べます。

第1は、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なことです。私は長年医療経済・政策学の研究を続けてきましたが、そこから得た経験則の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ことです。この点はプライマリケアの拡充、「かかりつけ医機能の強化」でも同じであり、本連載(205)で「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」ことを詳述しました(2)。私には、「かかりつけ医の制度化」で医療費を抑制できるとの主張は、安倍内閣時に経済産

業省等が主張した、予防医療の推進で医療費が抑制できるとの主張と同根の、「エビデンスに基づく」ことのないファンタジーに見えます(3)。

第2は、各国の医療制度は各国の文化的・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なことです。そのために、私はどこの国であれ、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」は有害無益と思います。20年前の小泉純一郎政権時代に医療分野への市場原理導入が叫ばれた時は「アメリカ出羽守」が一時優勢に見えましたが、彼らの主張は「マネジドケアの導入」を含め、何一つ実現しませんでした。「かかりつけ医の制度化」論者には「イギリス出羽守」が少なくありませんが、後述するように、彼らの主張も現実の改革にはまったくつながりませんでした。

第3に、私は医療は医師と患者との「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。

第4に、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(4)。私は、コロナ報道と「かかりつけ医の制度化」の空騒ぎを通して、医療団体、特に日本医師会が積極的に情報発信・広報を行わないと、医療情報でも「悪貨が良貨を駆逐する」と感じています。

なお、私が「空騒ぎ」と判断しているのは、「かかりつけ医の制度化」を絶対化する論者の主張で、それを前提としない「かかりつけ医機能の強化」の議論は十分意味があり、後述するように、それを踏まえてまとめられた医療法改正案も大枠では妥当・現実的と判断しています。

2 プライマリケアをめぐる日本医療の歴史と現実—フランス・ドイツとの違い

私は、「かかりつけ医の制度化」論者の多くが、日本と本質的に異なるイギリスNHS（国営医療）の登録制・人頭払い制のGPを理想化・参照枠としたことが、この間の議論に無用の混乱を招いたと判断しています(5)。私は、「かかりつけ医機能の強化」を考える上では、日本と同じ社会保険方式のフランスとドイツが2000年代初頭に導入した制度（それぞれ「主治医」制度、「家庭医」制度）が参考になると思っています(6,7)。しかし、イギリスはもちろん、ドイツとフランスの医療制度も、日本とは相当異なることも見落とすべきではありません。以下、3側面から簡単に述べます。

第1は医療提供体制の違いです。フランスとドイツは、イギリスと同じく、診療所開業一般医による外来医療と病院勤務専門医による入院医療の機能分化が厳格に行われています。それに対して、日本では、医療過疎地を除き、多数の医療機関が共存する多くの地域（特に都市部）では、診療所開業医の大半は相当水準の専門医機能を持ちつつかかりつけ医機能を果たしているし、中小病院の勤務医の大半も外来で専門医機能とかかりつけ医機能の両方を果たしています。

患者の多くも、疾患・症状に応じて適切と判断した医療機関を受診し、事実上複数の「かかりつけ医」を持って（ると認識して）います。例えば、同一月に、内科（診療所・病院）と眼科や耳鼻科、整形外科等（の診療所・病院）を受診することです。これは「ドクターショッピング」とは異なります。指導的なプライマリケア医には「患者は適切な判断をできないので、総合診療医がゲートキーパーになる必要がある」と主張する方が少なくありませんが、これは「上から目線」で、最近の患者は、多くの場合、ネット情報や口コミ等により、どの医療機関・診療科を受診すればよいか判断・選択できていると思います。

第2は患者の窓口負担の違いです。ドイツとフランスは診療所受診時の窓口負担が（実質的に）

ありません。ドイツのかかりつけ医（家庭医）制度導入時には、かかりつけ医以外の医師を受診した場合には自己負担が課されていましたが、2013年1月に廃止されました。フランスでは制度上は、かかりつけ医（主治医）受診時に3割、主治医以外の医師を受診した場合に7割の自己負担が課されていますが、その大半は「共済保険」で償還され、実質的な患者負担はほとんどありません。

それに対して、日本ではすべての外来患者に3～1割の定率負担が課せられています。私自身は、「医療保険の一部負担は究極的に全年齢で廃止すべき」と考えていますが、それが短期的に実現する可能性はありません(8)。そして、窓口負担がある限り、「かかりつけ医」を制度化し、その支払いを包括・定額払い、ましてや人頭払いにすることは不可能です（この点は後述します）。

第3は医療の平等性の違いです。ドイツ・フランスは何らかの2段階医療で、高所得患者は追加負担により別建ての医療を受けられます。ドイツはそもそも国民皆保険制度ではなく、高所得層は民間保険に加入し、開業医は民間保険の患者を優先して診療すると批判されています。フランスの開業医には日本と類似した全国一律の公定診察料がありますが、一部の医師は追加料金を徴収できます。これは一種の「混合診療」です。それに対して、日本の皆保険制度は、貧富の差によらず国民に平等な医療を提供し、国民・患者もそれを支持しています。

私は、以上の日本医療の現実を踏まえて、「平時（平常時）」のかかりつけ医機能の強化を図るべきと考えます。

3 平時（平常時）と非常時（感染症有事）の医療機能は区別すべき

私は、かかりつけ医機能を含めて、医療機能は「平時（平常時）」と「非常時（感染症有事）」とで区別すべきと考えます。この点は、本連載(207)の「【注2】『平時』と『非常時（感染症有事）』の対策は区別する必要」で詳述しました(9)。

「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」との主張も散見されますが、突発的に生じいずれば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。

昨年12月に成立した改正感染症法で、非常時（感染症有事）には、「特別な協定を締結した医療機関が中心に対応する」ことが規定されました。岸田首相も、改正感染症法の国会審議時に、感染症におけるかかりつけ医など一般医療機関の応召義務について、次のように述べました。「**未知の感染症への対応について全ての医療機関に感染症医療を求めることは困難だ。感染症医療を担う医療機関の役割分担を明確にすること**を通じて、受診できる体制を構築する」（2022年10月25日衆議院本会議）。

日本で、コロナ感染爆発時に、特に大都市部で医療機能（入院・外来）が逼迫したこと、また多くの診療所で発熱外来がパンク（オーバーフロー）したことは事実ですが、これは世界共通の現象で、仮に全国民対象の「かかりつけ医制度」があったとしても防げなかったと思います。また、神奈川県保険医協会の調査によると、現在（本年2月）では、かかりつけ医制度がない中でも、発熱外来の全国平均実施率は内科系診療所で61.4%、一般病院で75.2%に達しているそうです【注2】。新聞報道と異なり、コロナ感染爆発後の2020～2022年に出版された文献（研究書・研究論文かそれに準じるもの）で、コロナ対応「失敗」の原因・「犯人」として、診療所（医師）をあげたものはほとんどありません【注3】。

厳しい言い方をすれば、コロナ感染爆発という「惨事」を理由（口実）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、私には一種の「ショック・ドクトリン」（ナオミ・クライン）に見えま

す(10)。

かかりつけ医が機能しなかったと言説への疑問 ←小見出し

さらに、私は、ジャーナリズムや一部のプライマリケア医は、コロナ患者激増時に大都市部（特に東京と大阪）で局所的に生じた混乱現象を、あたかも全国で生じたかのように報じ、それが国民・患者の医療不信・不安を増幅した面が強いのではないかと疑っています。この点についての大規模調査は行われていませんが、私が疑う理由は以下の3つです。

第1に、私の地元の愛知県・名古屋市ではそのような報道（新聞・テレビ）は、現在に至るまでほとんどありません。これが私の「肌感覚」での疑問です。

第2に、私の調べた範囲では、全国紙でも、診療所がコロナ疑い患者を拒否したとの報道はほとんどエピソード・レベルにとどまり、大量の「エビデンスに基づく」調査報道はありません。この点は、2012年1月に突発した、（民間）病院はコロナ患者を受け入れていないとの「病院バッシング」報道が、曲がりなりにも統計数値を示していたのとまったく異なります（ただし、その大半は「統計でウソをつく法」でしたが…）(11)。

しかもエピソード・レベルですら、患者の訴え・不満のみを報じ、診察を拒否した（大半はできなかった）診療所側の事情－医師が高齢、空間的・時間的にコロナ診療と一般診療の動線を分けられない等－についての報道はほとんどなく、バランスを欠きます。

第3に、日本で一番患者・家族からの電話相談を受けている認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（累計66,000件、毎月100件以上）の山口育子理事長に、「電話相談で、2020年のコロナ禍後、診療所またはかかりつけ医（と思っていた医師）に診療を断られたとの苦情は増えましたか？」とお尋ねしたところ、「ほぼ届いていません」、「私も非常に個別的な事例をさもどこでも起きているかのように利用されているように思っています」とのお返事をいただきました（1月20日私信メール。公開許可済み）。

コロナ禍を通して国民の医療に対する信頼は高まった ←小見出し

私は国際的にみれば、日本の医療機関（病院・診療所）は奮闘したと思っています。これはまだほとんど知られていないことですが、上述したジャーナリズムの否定的報道とは逆に、コロナ感染拡大期の医療機関の対応は、国民の医療への信頼を高めたことが2021年11～12月に行われた「ISSP国際比較調査『健康・医療』」の日本分の結果から示されています(12)。本調査は、コロナ感染の蔓延時期に行われたにもかかわらず、日本の医師や医療制度に対する信頼は非常に高く、「信頼できる」は医師で70%、医療制度では87%に達し、前回2011年のそれぞれ60%、65%より相当高まっています。その上、**コロナの感染拡大への対応は医療制度に対する信頼を「高めた」が41%で、「低下させた」の21%を大きく上回っていました。**それに対して、政府への信頼を高めたは18%にすぎず、低下させたが44%でした。この結果について、執筆者（村田ひろ子氏）は「ワクチンの十分な確保や、医療従事者の献身的な治療によって、感染拡大を抑えていたことが、医療や医療制度に対する人々の信頼を高める要因の1つになった」と解釈しています。

厚生労働省の2020年「受療行動調査」（2020年10月実施。調査対象は病院の患者）でも、病院に対する全体的な満足度は外来では64.5%で、コロナ禍前の2017年の59.3%から5.2%ポイントも上昇しています。日医総研「第7回日本の医療に関する意識調査」（2020年7月実施。調査対象は国民）でも、「受けた医療の総合満足度」は92.4%、「日本の医療全般の満足度」は76.1

%と非常に高く、しかもコロナ禍前の2017年調査よりも微増していました(18頁)。

これらの結果は、ジャーナリズム等の日本医療・医師会に対する否定的報道に対する有力な反証になっています。

それに対して、「かかりつけ医の制度化」論者が美化することが多いイギリスのGPに対する満足度は、コロナ禍前の2019年度の68%から、2021年には38%へと激減しました(13)。

4 医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価

次に、医療法改正案中の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の評価を行います。

「かかりつけ医機能の確保に関する事項」のポイント ←小見出し

「かかりつけ医機能の確保に関する事項」は多岐にわたりますが、私は以下の3つが重要と思います。

第1は、「病院、診療所又は助産所」(以下、病院等)は、「**医療を受ける者が身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能**(以下、**かかりつけ医機能**)その他の病院等の機能」についての情報を、「所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない」ことです。この「**かかりつけ医機能報告の創設**」は2025年4月に施行予定で、これを踏まえた既存の「**医療機能情報提供体制の刷新**」は2024年4月施行予定です。これらに加え、各病院等のかかりつけ医機能の報告に基づいて、地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映するとされています。

第2は、上記「かかりつけ医機能」を、以下の5つと明示(法定)したことです。①外来医療の機能、②休日・夜間の対応、③入退院時の支援、④在宅医療の提供、⑤介護サービス等と連携。条文はもっと長い表現ですが、ここでは、簡略化のため、昨年11月28日の社会保障審議会医療部会に提出された「資料1-1」の表現を用いました。

第3は、「かかりつけ医機能」の確認を受けた病院等の管理者は、「**慢性の疾患を有する高齢者その他の「継続的な医療を要する者**に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、当該**継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあったときは**、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他[書面等—二木]の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該継続的な医療を要する者又はその家族に対し、次に掲げる事項[疾患名、治療に関する計画等]の適切な説明が行われるよう努めなければならない」ことです。条文は難解ですが、要は、医師は「継続的な医療を要する」と判断した患者又はその家族から「求めがあったときは」、「疾患名、治療に関する計画等」について、書面等で「適切な説明」を行うように「努めなければならない」ということです。

改革の総括的な評価—大枠では妥当・現実的 ←小見出し

以上の「かかりつけ医機能の確保」策は、「全世代型社会保障構築会議報告書」の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」の「かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実強化」を踏まえています。

「骨太方針2022」中の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」を「かかりつけ医の制度化」と読み替えるか、誤読した人々・組織は、「かかりつけ医」は診療所医師に限られるとの初歩的誤認に基づいて、登録制・包括払い(または人頭払い)で、国または知事認定の「かかりつけ医の制度化」を求め

てきましたが、今回の法案ではそれらはすべて否定されました。

私は、先述したように、医療制度の「抜本改革」は不可能であり、日本医療の歴史と現実を踏まえた「部分改革」を積み重ねる必要があると考えているので、今回の改革案は大枠では妥当・現実的だと思います。この改革が実施されれば、平常時の「かかりつけ医機能」が強まり、かかりつけ医を持つことを希望する国民・患者への情報提供と彼らの「選択の自由」が大幅に拡大・強化すると思います。この改革が「かかりつけ医機能の強化」の「第一歩」となり、「小さく産んで大きく育つ」ことを期待しています。

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、医師会が会員にそれを督促することが求められます。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います。

ただし、「火種」は残る ←小見出し

ただし、「かかりつけ医機能」の定義だけでなく、5つの細かい機能までも医療法の条文に書き込んだことには疑問を持っています。このような具体的事項は医療法の本体ではなく施行細則等を書くという慣例に反し、将来的に、医師に対する規制強化のテコになる危険があるからです。

私は、昨年、医療部会の11月28日会議に提出された「資料1-1」の「地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ」で5つの機能が◎・○・×と星取り表的に「例示」された時、以下のように感じました：この5つの機能そのものに異論はないが、今後も5つの機能は「例示」にとどめ、「かかりつけ医機能」を有する医療機関を、5つの機能すべてを実施できる（フルスペックの）医療機関に限定すべきではない。特に「②休日・夜間の対応」を「単独で提供できる」一人医師診療所はごく限られるので、この「機能を他の医療機関と連携して提供できる」方式を幅広く認めるべき。この点は、現在の「医師の働き方改革」の対象外となっている開業医師の長時間労働・疲弊を予防するためにも重要。

私は、休日・夜間の対応は、個々の医療機関のかかりつけ医機能の枠を超えて地域全体で対処すべきであり、地域医療構想調整会議や市区町村レベルの会議で、行政・医師会・医療団体代表が責任を持って調整するのが合理的だと思います。この視点から、私は松本吉郎日本医師会会長の「**医師会がリーダーシップをとって、地域における面としてのかかりつけ医機能を発揮していく**」とのスタンスに大いに大賛成です（2月3日医療関連サービス振興会シンポジウム。『週刊社会保障』2月20日号：17頁）。

条文では、上記5つの機能のうち、日常的な診療以外の②～⑤を「相互に連携して…確保する」ことを認めているので、法改正ですぐにかかりつけ医機能を担う医療機関の選別が起こることはありません。しかし、将来的な「火種」は残るとも言えます。例えば、法改正ではなく、診療報酬で5つの「かかりつけ医機能」の実施数に基づいて機械的加算を行い、事実上かかりつけ医のランクづけをすることです。日本医師会の監視が求められます。

今回の制度改革について、国は医療費抑制のために「かかりつけ医の制度化」を通じた医師の統制を志向していると心配する声も聞きますが、以下の理由から、杞憂に終わると思います。厚生労働省は、医師に関わる政策については、伝統的に医師会との協調路線で、少なくとも医師会が了解しない政策を実施することはありません。厚生労働省は、民間医療機関主体の日本の医療提供体制の改革は、医師会・病院団体との合意、最低限了解を得ないと進められないことをよく理解しているからです【注4】。

財務省は、公的（正確には国費）医療費の抑制にしか関心がなく、今回の「かかりつけ医の制度化」提案も、それにより医療費を抑制できるとの誤解に基づいており、国家による統制までは志向していないと思います。しかも、私が本連載（205）で詳しく示したように、国際的にはプライマリケアの拡充で医療の質は向上するが、医療費は多くの場合増加することが確認されています(2)。賢明な財務省も最近はこのことに気付いているようなので、今後、従来の強硬な「かかりつけ医の制度化」提案の軌道修正を図る可能性もあります。

5 かかりつけ医機能に関わる診療報酬—地域包括診療料の拡充を

医療法改正案は、当然のことながら、かかりつけ医機能を担う医療機関の診療報酬については触れていません。私は医療機関が「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います。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ます。

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・現実的だと思います(9)。地域包括診療料は、かかりつけ医機能（当時は「主治医機能」）を最初に制度化したものでしたが、施設基準が厳しく、対象疾患も限定されているため、あまり普及していません。私は、包括払いと出来高払いの併用を維持した上で、施設基準と対象疾患を大幅に緩和すべきだと思います。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だと思います。そのためにも、修了者名簿の公開は不可欠です。将来的には、研修制度の内容も強化すべきです。

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・健康増進に積極的に取り組むようになると思いますが、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ます。その線引きは重要な論点です。

私は、上述したように、地域包括診療料の対象患者を拡大していくことに賛成です。しかし、それを大幅に拡大すること、ましてや国民全体（または大半）に広げて、包括報酬制（または人頭払いの）「かかりつけ医の制度化」をはかることは、外来診療時の自己負担がある限り、不可能だと判断しています。なぜなら、医師から「継続的な医療を要する」と判断されず、不定期にしか医療機関を受診しない青壮年者の大半は、医療機関を受診しない月にも、いわば「健康管理料」として相当額（3割）の自己負担を支払うことに同意するはずがないからです。

私は、**かかりつけ医を（必要に応じて複数）持つこと・選ぶことは国民・患者の「権利」ではあるが、「義務」ではないし、義務にすべきでもない**と思っています。現実にも、固定したかかりつけ医を持つことを希望する国民・患者は、少なくとも現時点では、地域包括診療料の対象になりうる高齢患者・慢性疾患患者や（一部の）小児疾患患者（の保護者）等、かなり限られていると判断しています。医療法改正後そのような患者が増えるのは確実ですが、国民の大多数にはならないと思います。

この点に関連して、山口育子COML理事長も、日本医師会・四病協の「合同提言」（2013年）のかかりつけ医の定義に「最も当てはまるのは小児と生活習慣病を有する高齢者でしょう」、「若い年齢層を中心に、とくに受診が必要な疾患を有していない人もいます」とした上で、「私たち患者・市民にできることは、**自分たちにとって『かかりつけ医』が必要かどうかを考え、必要であれば**

ばどのような医療機関の何科の医師にその役割を担ってもらうのかを決めることです」と述べています(14)。

6 患者の大病院志向の是正—「かかりつけ医機能の強化」以外の改革も有効

最後に、「かかりつけ医機能の強化」による患者の大病院志向の是正について触れます。本稿では、コロナ禍を契機(口実)にして、「かかりつけ医の制度化」の議論が突発したと述べました。しかし、「かかりつけ医機能の強化」のための改革は、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も提案されていました。

もっとも有名なのは、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」が、今後「構築される新しい医療提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない」として、「**フリーアクセスの基本は守りつつ、(中略)医療機関間の適切な役割分担を図るため、『緩やかなゲートキーパー機能』の導入は必要となる**」と提案したことです。具体的には、報告書は、「**大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来診療は『かかりつけ医』に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須**」として、「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、(中略)一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである」と提案しました(24, 35頁)。

私は、これは重要な問題提起だと思えます。その後、1996年に導入された紹介状なしで大病院を受診した場合の「特別料金」賦課の対象病院は、2016、2018、2020、2022年度の診療報酬改定時に徐々に拡大され、2022年10月からは一般病床が200床以上の病院にまで拡大されています。山口育子COML理事長はこれを「**制限されたフリーアクセス**」と呼び、今や患者に「大きな病院は紹介状がないと受診できないという認識は広まって」いる・「定着しつつある」と判断しています(14)。

私は、「制限されたフリーアクセス」が現実には「緩やかなゲートキーパー機能」を果たし、患者の大病院志向は徐々に抑制され、大病院勤務医の外来医療負担も軽減されつつあったが、コロナ禍でそれが一時頓挫していると判断しています。厚生労働省「受療行動調査」(各年版)によると、特定機能病院(ほぼ大学病院)の外来患者のうち、「予約をした」患者の割合は2011年の88.1%から2020年の93.8%へと漸増し、「大病院」(500床以上の一般病院)でもこの割合は同じ期間に80.4%から91.2%へと増加しています。

しかも、2010年代以降、地域医療構想と診療報酬改定による経済的誘導、及び各地域の医療機関の「自助・互助」により、多くの地域で「医療機関間の役割分担」、特に大病院と地域密着型の中小病院・診療所との機能分化と連携が相当進み、この面からも患者の大病院志向は是正されていると思えます。さらに今後は、外来機能報告制度による「紹介受診重点医療機関」(他医療機関からの紹介患者への外来を基本とする一般病床200床以上の病院。都道府県が決定し、2022年度内に公表予定)の明確化、及び勤務医の働き方改革(2024年4月実施。実質的には大病院勤務医の勤務時間制限)によっても、患者の大病院志向がさらに是正されるのは確実です。

以上の動き、及び医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」策により、長年、日本医療の課題だった患者の大病院志向の是正は今後着実に進むと予想できます。

おわりに

本稿では、医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価を含め、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包括的に検討しました。私は、

法改正による「かかりつけ医機能の強化」と6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、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る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」は、総合診療医の増加とは別次元であり、今後もないし、実現しないと判断しています。以上が本稿の結論です。

【注1】医療制度の「地道な改善の積み重ね」を最初に提起した研究者は池上直己氏

池上直己氏（慶應義塾大学医学部教授・当時）は、名著『日本の医療』の「あとがき」で以下のよう
に書きました(15)。「[医療分野に]市場原理を単純に適用することはきわめて困難であり、したがって、医療分野においては理論よりも実践的な経験則が、また上からの抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうがそれぞれ効果的であるように思われる」。池上氏は、「医療において競争原理を導入する可能性を分析し、『医療の政策選択』[1992]という本にかつてまとめ
たが、本書を執筆した結果、その難しさを改めて認識し」、上記の見解に達したそうです。

なお、高木安雄氏（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授・当時）は、2016年に、「1981年当時、厚生省保険局の取材の中で、若手官僚から[以下の]貴重な見方を教えてもらった」と証言
しています(16)。「抜本改革がよく強調されるが、厚生行政全般は深く国民と結びついており、抜本改革はかえって混乱を招き、実現できるものではない。むしろ、角度にして3度のわずかな改革を毎年続けて、30年で90度、60年で180度の変化を目ざすしかない。毎年3度の変化は誰も意識
しないが、60年後には反対側が変わっているという改革こそ求められるだろう」。これは、上記池上氏の発言より15年も早い発言です。しかも、厚生労働省が公式には（建前としては）、2001年1月まで「抜本改革」の必要性を訴えていたことを考えると(17)、超先駆的と言えます。残念ながら、高木氏は2022年に死去されたため、この「若手官僚」が誰かは永遠に分からなくなりました。

【注2】神奈川県保険医協会の都道府県別発熱外来の実施状況調査

神奈川県保険医協会・医療政策研究室は、本年2月に、全国の都道府県のホームページから発熱外来の公表医療機関の実施状況を集計した結果、全国平均の実施率は診療所（分母は内科系・小
児科・耳鼻科診療所の合計数）では61.4%、一般病院では75.2%だったと報告しています。ただし、各都道府県のホームページで一目で「発熱外来」と分かるのは岡山県、福岡県、神奈川県くらいで、過去の発熱外来実施医療機関に対する住民側の差別事情もあるせい
か、多くは「診療・検査医療機関」と表示されており、すぐには「発熱外来」と理解できなかったそうです。また、都道府県が公表している発熱外来実施医療機関には、診療所か病院かが不明なものが相当数含まれていた
そうです。そのために、上記数値は「参考的資料」ととどまりますが、それでも現在では、病院だけでなく、内科系診療所の過半数が発熱外来を実施していることが分かります。

【注3】コロナ対応「失敗」の「犯人」として、診療所（医師）をあげた文献はほとんどない

2020～2022年に発表された文献（研究書・研究論文かそれに準じるもの）で、日本のコロナ対応を「失敗」と断じ、その原因・「犯人」を探したものは少なくありませんが、それらの大半は

政府の医療政策や日本の病院（制度）を批判しており、診療所・かかりつけ医を正面から批判したものはほとんどありません。主な文献は以下の通りです。

最も早い批判は、2020年11月出版の上昌広『日本のコロナ対策はなぜ迷走するのか』で、日本のコロナ対策を全面批判しましたが、診療所・かかりつけ医にはまったく触れませんでした(18)。2021年1月に出版され大きな話題を呼んだ渡辺さちこ・アキよしかわ『医療崩壊の真実』は、病院医療の批判に終始し、やはり診療所医療やかかりつけ医については全く触れませんでした(19)。2021年11月出版の鈴木亘『医療崩壊 真犯人は誰だ』は、医療崩壊の容疑者を7つあげましたが、それには診療所・プライマリケア医は含まれていませんでした(20)。正確に言えば「容疑者1：少ない医療スタッフ」の項で、開業医にも触れていますが、「開業医たちがコロナ入院患者に対する即戦力となるかと言えば、それはかなり難しい」、「年配の開業医たちがコロナ患者に対応することは、相当にハードルが高かったと言える」と開業医を容疑者から外していました(40-42頁)。直近の英語論文として、2022年11月発表の井伊雅子・渡辺さちこ「コロナパンデミックの逆説：日本の病院での患者需要への影響」は、コロナ医療逼迫の原因として日本の病院医療と医療政策を厳しく批判していますが、プライマリケアについては言及していません(21)。

これら4文献と異なり、2021年11月出版の山岡淳一郎『コロナ戦記』は医療者に寄り添って病院医療・保健所への密着取材をしています。診療所・プライマリケアについては触れていません(22)。

私が調べた範囲で唯一の例外は土居丈朗氏（慶應義塾大学経済学部教授）で、2020年7月出版の『コロナ危機の経済学』の中で、今回のコロナ危機で日本医療では「かかりつけ医制度と病床機能の連携が未整備であった」ことが露呈したと主張しました(23)。しかし、その根拠は示さず、しかも「かかりつけ医制度が整備されている国が多い」と土居氏自身が認める西欧諸国で、コロナの患者数・死亡者数が日本より2桁多く「医療崩壊」が生じていることには触れませんでした。

【注4】フュックス教授が紹介したメイヨークリニック出身医師との対話

私が尊敬しているアメリカの医療経済学者・フュックス教授も、医療改革には医師を中心とする医療専門職の協力と自己改革が不可欠で、逆に、医師のやる気をそぐ改革は成功しないことを随所で強調しています。この点について、フュックス教授が紹介した、次のエピソード（メイヨークリニック出身医師との対話）は示唆的です。

<私は講義で、メイヨー [クリニック] では、医師と経営者間で [さまざまな適切な] 妥協が成立していることを話していた。その時、私の講義を聞いていた医師で、メイヨーで専門研修をしたこともある医師が、私の話をさえぎってこう発言した。「フュックス教授、先生は間違っておられます。メイヨーの医師たちは自分たちが今でも権力を保持していると思っています」。それに対して私は笑いながら、こう答えた。「どうもありがとう。その点こそ私が強調していた点なのです。／（中略）医師が、このような年間収益が2億5000万ドルに達する経営体を円滑に、効率的に、利潤を生み出しながら経営することは不可能だろう。しかし、もし医師が今でも自分たちが実権を保持していると感じているとしたら、それはそれで良いことである。なぜ良いかといえば、このことはメイヨーの医師たちが、自分たちにとって重要なことを支配していると今でも信じていることを示しているからである。彼らは誰か、他の人間が彼らの診療スタイルに指示を与えようとしているとは感じていない。私は、他の組織もメイヨーのように妥協点を見つけ、戦いを避けることを望んでいる。>(24)

文献

- (1) 二木立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房, 2001。
- (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」（「二木教授の医療時評(205)」）『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁。
- (3) 二木立「経済産業省主導の予防医療推進政策の複眼的検討」『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 27-72頁。
- (4) 二木立「私の『医療者の自己改革論』の軌跡」『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 199-210頁。
- (5) 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。
- (6) 松田晋哉『欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆』勁草書房, 2017。
- (7) 飛田英子「『かかりつけ医』の制度化と定着・普及に向けて」『JRIレビュー』No. 81, 2020（ウェブ上に公開）。
- (8) 二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 104-116頁。
- (9) 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」（「二木教授の医療時評(207)」）『文化連情報』2022年12月号（537号）：16-24頁。
- (10) ナオミ・クライン著、幾島幸子・村上由見子訳『ショック・ドクトリン 惨事便乗型資本主義の正体を暴く』岩波書店, 2011（原著2007）。
- (11) 二木立「2021年前半に突発した（民間）病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか？」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 26-38頁。
- (12) 村田ひろ子「世論調査からみえる健康意識と医療の課題～ISSP国際比較調査『健康・医療』・日本の結果から～」『放送研究と調査』（NHK放送文化研究所）2022年9月号：20-40頁（ウェブ上に公開）。
- (13) General practitioners. The doctor won't see you now. Fixing the problems of the NHS means fixing the problems of GPs. The Economist January 14th, 2023, pp. 12, 50-52.
（「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」225号（2023年4月）に抄訳）
- (14) 山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能—必要な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。
- (15) 池上直己、J.C. キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書, 1996, 234, 233頁。
- (16) 高木安雄「医療経済学の『夜明け前』—診療報酬改定の歴史の変節点を考える」『医療経済学会10周年記念誌』2006, 46頁。
- (17) 二木立『医療改革と病院』勁草書房, 2004, 72-74頁。
- (18) 上昌広『日本のコロナ対策はなぜ迷走するのか』毎日新聞出版, 2020。
- (19) 渡辺さちこ・アキよしかわ『医療崩壊の真実』エムディエヌコーポレーション, 2021。
- (20) 鈴木亘『医療崩壊 真犯人は誰だ』講談社現代新書, 2021。
- (21) Ii M, Watanabe S: The paradox of the COVID-19 pandemic: The impact on patient demand in Japanese hospitals. Health Policy 126(11):1081-1089, 2022.
- (22) 山岡淳一郎『コロナ戦記 医療現場と政治の700日』岩波書店, 2021。
- (23) 土居丈朗「コロナ危機で露呈した医療の弱点とその克服」、小林慶一郎・他編『コロナ危機の

経済学 提言と分析』日経BP社, 2020, 155-165 頁。

(24) フュックス、VR 著、江見康一・二木立・田中滋訳『保健医療の経済学』勁草書房, 1990 (原著 1986), 119 頁 (「医療支配権の戦い」)。

[本論文は、日本医師会「役員勉強会」講演での同名の副報告(2月21日)及び『日本医事新報』2023年3月4日号掲載の「医療法改正案の『かかりつけ医機能の確保』策をどう読むか?」(「深層を読む・真相を解く」(130))に大幅に加筆したものです。]

2. 投稿：No. 5154 「“かかりつけ医機能”のエビデンスは？」草場

鉄周氏（日本プライマリ・ケア連合学会理事長）の論説に対してー

紹介論文をエビデンスとするには無理がある

（『日本医事新報』2023年2月18日号(5156号)：65頁。Reader's Voice 「識者の眼」に対する読者の声）

草場氏が、プライマリケアの水準が医療費と負の相関があることを示した国際比較研究として紹介した論文（Starfield B, et al: Health Policy. 2002; 60(3): 201-18.）を読んだが、これを「エビデンス」とするのは無理がある。この論文は、日本を含む高所得13カ国を対象とし、独自に計算した「プライマリ・ケア指数」と「1人当たり医療費」（1997年）との相関図を描き、相関係数が Δ 0.6だったため、「プライマリ・ケアが強固なほど、医療費は安い」と主張している。

しかし、わずか13カ国の横断調査に基づいて相関係数を1つだけ計算して、こう主張するのは無理がある。しかも、国別の「プライマリ・ケア指数」は、日本が中位で、フランス、ドイツはアメリカと並んで「下位」とされている（「上位」は北欧諸国やイギリス等）。ドイツ、フランスの1人当たり医療費はアメリカに次いで高く、そのために上記の負の相関が出たと思われる。しかし、その後、ドイツは2004年に「家庭医制度」を、フランスは2005年に「主治医制度」を法定化している（飛田英子：JRI レビュー. 2020; 81.）。そのため、現在の両国の「プライマリ・ケア指数」が上位にランクされるのは確実である。しかし、両国の1人当たり医療費が高いのは現在も同じであるため、最新のデータで相関図を描くと、負の相関が消失しているのは間違いない。

草場氏には、私が本誌（No. 5132、右記 QR コード）で紹介した、プライマリケアの拡充で医療の質は向上するが、医療費は減らない（多くの場合増加する）との最新の実証研究も読んでいただきたい。

補足：草場鉄周氏は同誌3月11日号（59頁）の「続：“かかりつけ医機能”のエビデンスは？」で、上記の私の指摘を受け、「『プライマリ・ケアを強化すれば医療費が減る』という主張ができないの二木教授のおっしゃる通りだと考える」、「二木教授が紹介された実証研究は筆者も拝読したが、説得力のあるものと考え」と率直に認めました。併せて、草場氏は、「二木教授よりプライマリ・ケアの拡充が医療の質を引き上げるというエビデンスが少なからず報告されていることも紹介されている点は心強い」と述べたうえで、「改めて医療費に関するエビデンスを探索することの難しさを今回の議論で実感している」とも書きました。

これにより、今後は、かかりつけ医の制度化で医療費が削減できるとの主張がなくなることを期待しています。私は、草場氏が迅速かつ率直な回答をされたことに清々しさを感じました。

この点は、文科系（経済学、社会学等）の研究者の多くが、明らかな誤りを指摘されても、無益な反論をするか、黙殺するのと大違いです。

3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算205回)(2023年分その1:5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。

○「[イギリスの] GPはもうあなたを診ない NHS問題の修復はGP問題の修復を意味する」

General practitioners. The doctor won't see you now. Fixing the problems of the NHS means fixing the problems of GPs. The Economist January 14th, 2023, pp.12, 50-52 [レポート]

イギリスのGP制度は崩壊しつつある。GP需要は増加しつつあり、それはパンデミックによる患者増のため、およびそれ以前から複雑な慢性疾患を抱える患者が増加していたためである。しかし、GP数は漸減しつつある。2019年に比べ、病院の junior doctors は15%増えたが、常勤換算のGP数は2%減少した。その結果、何百万人もの患者が必要な医療を受けられず、多くの患者は病院の救急外来 (Accident-and-Emergence) を直接受診している。ある世論調査によると、GPに診てもらえない患者の5人に1人は救急外来を受診している。この問題解決の1つの選択肢は全GPを勤務医にすることであり、労働党はそれを検討しているが、本誌はそれを推奨しない。それよりもNHSの内部改革の方が良い。NHSは「質とアウトカム・フレームワークの外れな pay-for-performance 方式」を廃棄すべきである。これのために、GPは患者を診察する時間を書類書きに費やしている。慢性疾患に特化したGPや、貧困地域のGPへの支払いを増やすべきであり、それにより健康の不平等も減らせる。NHSの最も緊急の課題は入院医療であるが、GP制度の修復がなされない限り、NHSサービスは修復されない。

2022年10月には、530万人以上がGP受診まで2週間以上待たねばならなかった。それよりも多くの人々が診察の予約すらできなかった。病院の入院待ちはパンデミック後、420万人から720万人に激増した。入院手術を受けられない患者の多くが元のGPに戻り、それがGPの負担を増やした。患者の激増(the jams)により、GPへの不満が高まっている。**GPに対する国民の満足度は、以前はNHS全体に対する満足度よりかなり高かったが、2019~2021年に、68%から38%へと激減し、NHS全体に対する満足度と同レベルになった。**多くの患者はGPがコロナ・パンデミック直後に、診療所を閉めたことを許せないでいる。ただし、パンデミック後ほとんどの医療サービスが減ったのと異なり、GPのサービス提供はパンデミック後、増えている。(最初の段落は leaders 欄の要約、次の段落は Britain 欄の記事のうちGPについての記載を選択)

二木コメント—私は2003年から20年間エコノミスト誌を定期購読し、毎号、愛読・熟読しています。同誌には、イギリスNHSの記事は時々掲載されますが、大半は医療政策や病院についての記事であり、GP(の実態)についてこれほど克明かつ深刻な記事が載ったのは初めてです。日本の「かかりつけ医の制度化」論者の多くは、イギリスのGP制度やGPのコロナ対応を賛美していますが、本レポートを読むとそれが幻想であることが分かります。同誌の記

事はこの記事を含めてバランス感覚があり、ここに書かれていることは決して大げさではないと思います。なお、“NHS is buckling”（NHSは崩壊しつつある）という表現は、他号の記事にも載っており、現在のNHSの危機的状況を示す決まり文句になっているようです。

○「ポストコロナ問題－【高所得国における】医療崩壊」

Post-covid problems The health-care collapse. The Economist Jan 21st, 2013, pp.60-62 [レポート]

二木コメント・解説－各国の公式発表に Economist 誌の独自取材を加味して、英語圏の国々（イギリス、オーストラリア、カナダ）だけでなく、最も包括的な医療制度を有するスイスやドイツ、シンガポールも、コロナ禍前の2019年はもちろん、2020、2021年に比べても、2022年は医療逼迫し、医療崩壊寸前に陥ったことを生々しく報じています。私の記憶では、同誌が2週連続で医療問題の大きなレポートを掲載するのは初めてです。しかし、日本はとり上げられていません。同誌は、悪い見本として日本を取り上げることが多いことを考えると、これは異例です。「日本経済新聞」や一部の論者は、コロナ禍で日本医療の脆弱性が明らかになったと批判する一方、欧米の医療制度はコロナに十分対応できていると主張していますが、それが事実誤認であることがよく分かります。

○「2022年【アメリカ連邦議会中間】選挙の結果が医療政策に与える意味」

Blendon RJ, et al: (Special report) The implications of the 2022 election outcomes for health policy. NEJM 388(5):470-475, 2023 [評論]

2022年のアメリカ連邦議会中間選挙では、民主党が上院の多数派を維持した反面、共和党はわずかの差で下院多数派を奪還した。本稿では、中間選挙時に行われた出口調査等から有権者・投票者の医療政策に対する関心を検討し、今後2年間の連邦レベルでの医療政策を展望する。

出口調査では、5つのテーマのうち投票者がもっとも重要とみなすテーマの第1位はインフレ（31%）であり、僅差で中絶が2位となった（27%）。2022年6月に、連邦最高裁が、女性の人工妊娠中絶権を認めた1973年の「ロー対ウェイド判決」を破棄して以来、これが選挙の重要争点に急浮上した。民主党支持者と共和党支持者では中絶に対する見解は真つ二つに分かれ、民主党投票者の88%がその合法化を支持したのに対して、共和党投票者の68%がその非合法化を支持した。オバマケアに関しても、2022年3月調査では、民主党支持者の87%が支持する一方、共和党支持者の支持は21%に留まった。ただし、両党投票者・支持者の見解が似ているテーマもあり、別の調査では、医療が極めて重要だと答えた投票者のうち、民主党投票者の43%、共和党投票者の48%が高医療費と高薬価が一番重要な問題とあげた。ただし、これは総医療費が高いことへの懸念ではなく、2021年調査では、アメリカが国家として医療費を使いすぎていると見なす国民は11%にとどまっていた。

以上の調査結果を踏まえ、今後2年間の連邦レベルでの医療政策を以下のように展望する。妊娠中絶の権利が2年間の間に連邦レベルで法制化される見込みはなく、2024年大統領選挙でも重要な争点になる。オバマケアの廃止・縮小、給付拡大とも法制化されそうにない。医療費抑制と医薬品価格抑制は両党とも重視しているが、超党派の合意が実現するかは不透明である。COVID-19対策についても同じである。共和党は政府支出の削減を主張する可能性が強い

が、メディケアに対する国民の支持は非常に高いので（民主党支持者の 84%、共和党支持者の 83%が支持）、その大幅改革は行われそうもない。テレヘルスと医薬品価格については 2022 年選挙で争点にならなかったが、超党派の合意が可能かもしれない。

二木コメント—医療政策についての世論調査分析の大御所のブレンドン氏（ハーバード大学公衆衛生大学院）等による、2022 年中間選挙時の出口調査やその直前の世論調査結果を踏まえた、今後 2 年間の連邦レベルでの医療政策の展望です。私は国民の 8 割超がメディケアを支持している反面、オバマケアへの支持は共和党支持者ではいまだに 2 割にとどまっていることに驚きました。

○ [一人前の] 医師のように働く：高所得 14 개국におけるレジデント医師の労働時間規制の国際比較

Breuer PM, et al: Work like a Doc: A comparison of regulations on residents' working hours in 14 high-income countries. Health Policy 130(2023)104753, 9 pages [国際比較研究]

レジデント医師 (medical residents, 以下、レジデント) は長時間、継続して働く。過労状態で働くことは医療の質と安全性、及びレジデントの生活の質に重大な影響を与える。多くの国がレジデントの労働時間の規制を試みている。本研究の目的は、各国のレジデントの労働時間規制を、特に夜勤に重点を置いて、比較調査することである。レジデント労働時間についての標準化された質的データを、世界の高所得 14 개국の専門家の協力を得て収集し、国際比較を行った。それらの国は以下の通りであり、北米 2 개국、ヨーロッパ 11 개국、その他 1 개국（イスラエル）であった：カナダ、チェコ、イングランド、エストニア、フィンランド、ドイツ、ハンガリー、アイルランド、イスラエル、ラトビア、オランダ、スロベニア、スペイン、アメリカ。

調査した全 14 개국とも週労働時間の上限規制を設けており、上限は北米諸国では 60-80 時間、ヨーロッパ諸国では 48 時間であった。大半の国（10 개국）では、レジデントは 24~26 時間連続で働いていたが、1 月当たり夜勤回数の上限は 2~8 回とバラツキが大きかった。多くのヨーロッパ諸国は週労働時間の上限とそれを超える例外契約 (opt-out contracts) との調整で困難を抱えていた。

二木コメント—英文要旨はごく簡単ですが、本文には 14 개국の詳細なデータも示されており、1 年後に迫った日本の勤務医の働き方改革の参考になると思います。

○ エストニアにおけるプライマリヘルスケア改革の 30 年：多専門職プライマリヘルスケア制度を実現するための経済的インセンティブの役割

Habicht T, et al: 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system. Health Policy 130(2023):104710, 7 pages [医療政策の事例研究]

エストニア（人口約 133 万人）には他の旧東ヨーロッパ諸国と同じように病院中心のサービス提供の遺産があるが、1990 年代以降、一連の改革を行いプライマリヘルスケア (PHC) を強化してきた。最近の改革は、訪問看護師、助産師、理学療法士を含む多専門職 PHC を重視し、医師の 1 人開業より PHC センターを強調している。これらの改革は漸進的であり、法的裏付けは

なく、明確なスケジュールも目標もないが、経済的インセンティブが改革の駆動力となることが示されている。特に EU 構造基金が PHC のインフラ投資の重要な原資となっている。ただし、すべての利害関係者がこの事業に賛成しているわけではなく、その主な理由は基金の持続が不確実だからである。EHIF（エストニア医療保険基金）は契約と支払いの両面で PHC 改革を支援しているが、1 人開業医と多少の妥協も行った。過去 30 年で多専門職 PHC へのシフトはかなり進んだが、改革を妨げる重要なボトルネックも存在する。それらは、伝統的 PHC 提供者の 1 人開業の自由を放棄することへのためらい、専門医の PHC レベルで仕事を始めることについての無関心、及び PHC サービスを拡張するための経済的インセンティブと適切な資金の欠如である。家庭医の半数近くが 60 歳以上であるため、この問題は今後さらに重要になると思われる。2023 年の新しい PHC 戦略は、これらのボトルネックに対処し、エストニアにおける PHC の将来ビジョンを示す上で、大変時宜に適っている。

二木コメント—日本ではほとんど知られていないエストニアにおける 30 年間のプライマリケアの漸進的改革のプロセス、到達点と今後の課題がていねいに書かれています。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 219)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○セネカ（古代ローマのストア派哲学者）「**教えることによって私たちは学ぶ** (Docendo discimus)」(川本隆史が『<共生>から考える 倫理学集中講義』(岩波現代文庫, 2022)の「岩波現代文庫版へのあとがき」182頁で引用。柳沼重剛編『ギリシャ・ローマ名言集』岩波文庫, 2003, 94頁によると、この言葉の出所はセネカ『道徳書簡集』7.8)。二木コメントー本「ニューズレター」に転載した論文「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」は日本医師会「役員勉強会」を始め、複数の講演で出された質問や、講演資料に対するたくさんの友人・知人からの助言や注文、批判や疑問に答えるために、何度も推敲し、ようやく納得できるものになりました。その直後に、川本氏の本を読んで、この名言を知り（思い出し）、大いに納得しました。

○夏川草介（医師・作家。消化器専門の内科医だが、悩みを抱えながらコロナ患者の診療にも従事し、コロナ診療の現場を描いた『臨床の砦』、『レッドゾーン』を出版）「今の時代、攻撃的で過激な表現があふれ、人の心がささくれだっているように感じます。だからこそ、理想や人間の美しさ、希望を書き残しておくことに意味があると考えています。**コロナ診療の現場は希望よりも絶望の方が圧倒的に多いのですが、あえて希望を探ろうと自分に課しています**」（「朝日新聞」2023年1月24日朝刊、「コロナ診る現場 希望探る小説」）。二木コメントー私も、小泉政権による厳しい医療費抑制政策で医療危機が頂点に達していた2007年に、ルイ・アラゴン（フランス・レジスタンスの詩人）にならって、「あえて『希望を語る』」ことにしたので、大いに共感しました（『医療改革 危機から希望へ』勁草書房, 2007, 15頁）。

○松田晋哉（産業医科大学教授）「**現場で新型コロナウイルス患者の治療にあたった経験のない筆者のような者が、今回の流行の経験を踏まえて医療提供体制の在り方についてあれこれと提言をすることについて、実は後ろめたさを感じながらこの本を書いた。ただ、筆者は現場の関係者に対するリスペクトがある。**本の内容に関して、いろいろと違和感や異論を持たれる箇所もあると思うが、筆者のこの思いに免じてご容赦願いたい」（『ネットワーク化が医療危機を救う 検証新型コロナウイルス感染症対応の国際比較』勁草書房, 2022, 305頁）。二木コメントー私も医師出身の研究者として、いつも同様の「後ろめたさ」と「リスペクト」を持っているので、大いに共感しました。本書には、この「リスペクト」が随所で感じられ（35, 121, 133, 140, 294頁「医師会への誤解」等）、爽やかな気持ちになりました。逆に、一部のジャーナリストや研究者の、医療の実態を無視した「上から目線」の医療界・医師会批判や医療改革提言には強い違和感を持っています。自分自身が「上から目線」にならないよう、私は佐高信氏の次の警告をいつも胸に刻んでいます。

○佐高信（評論家）「**学者はどんなに努力しても、学者であるというだけで現実に対する勝負勘のようなものに欠ける。それを自覚して自らの務めを果たした方がいい**」（「筆刀直評」『エコノミスト』1994年4月12日号104頁。本「ニューズレター」19号（2006年3月）で紹介）。

○杉本昌隆（将棋棋士・8段）「さて**プロの資質として『その仕事にどれだけ時間を費やせる**

か』があると私は思っている。／義務感に駆られてするようではアマ。たとえば呼吸をするように、気がついたら将棋盤を眺めているぐらいでなくてはいけない」（『週刊文春』2023年3月9日号：41頁「師匠はつらいよ（連載第92回）アマとプロの境目」）。**ニ木コメント**ー研究についても、同じことが言えると思います。本「ニューズレター」224号の本欄の貴景勝関の名言へのコメントでも書いたように、私が一番嫌いな研究者の言い訳は、「時間がなくて十分にまとめられなかった」です。この名言を読んで、研究の姿勢についての次の究極・超絶名言を思い出しました。

○**佐藤幹夫**（京都大学数理解析研究所元所長、91歳 [2023年1月9日死去、94歳]。関数を極限まで一般化した「佐藤の超関数」等を開拓し、数学や物理学に大きな影響を与えた）「**朝起きた時にきょうも一日数学をやるぞと思っていたら、ものにならない。数学を考えながらいつの間にか眠り、目覚めた時にはすでに数学の世界に入っていないといけない**」（「朝日新聞」2020年4月8日夕刊、「『ABC予想』望月教授の京大数理研 数学漬けの『聖地』」。佐藤氏が弟子に伝え、現在も研究所で語り継がれている。本「ニューズレター」191号（2020年6月）で紹介＋「朝日新聞」2023年1月24日朝刊の、佐藤氏の追悼記事もこの言葉を紹介して締めくくる）。

○**井形昭弘**（鹿児島大学医学部・教授（当時）、専門は神経内科。2016年死去）「**高い山の裾野は広いので、しっかりと専門性(神経内科)を持てば、自ずと裾野は広がって、generalにもできますよ。富士山はなぜ美しいか。高くて裾野が広いからです。富士山のような医師を目指してください**」（**橋本洋一郎**医師（熊本県保険医協会副会長。1981年鹿児島大学医学部卒業。専門は神経内科）から、鹿児島大学医学部6年生でどこに入局するか考えていて、井形先生に「神経内科をやりたいが、generalにも患者さんが診られるようになりたい」と話した時、先生はこのような答えられたと、2月22日の熊本県保険医協会での私のzoom講演「『かかりつけ医の制度化』の空騒ぎはなんだったのか？－半年間の論争の検証」の質疑応答時に、教えていただいた。橋本医師は、この言葉を紹介した上で、「**総合医と専門医は対極に位置するものではない**」とコメントした）。**ニ木コメント**ー「かかりつけ医機能の強化」を進める上で、井形先生と橋本医師のご指摘は非常に重要と思います。私のリハビリテーション医学の恩師の上田敏先生（東大医学部第3内科で井形先生の後輩）も、1976年（＝47年前）に井形先生と同じ趣旨で、リハビリテーション医学の発展を富士山にたとえて以下のように述べられました。

○**上田敏**先生（東大病院リハビリテーション部医師・当時）「リハビリテーションが実際の
ニードに答えることができ、同時に学問技術としても着実に豊かな発展をとげていくために

は、**ピラミッドのように、あるいは富士山のように、裾野のひろい、安定した姿のものになら

なければならない**。そのためにはこれまでのように普及すなわち卑俗化と考えるのではなく、

リハビリテーション医学の達成を標準化、技術化して、できるだけ多くの人に実行可能なものとしていくことが必要なのである」（私が1976年4月に『代々木病院医報』8号に発表し、その後冊子化した「脳卒中・片マヒのリハビリテーション—一般病院での運動療法基準化の試み」の「推薦のことば」）。

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23回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」61号（2023年3月19日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○安藤忠雄『仕事をつくる 私の履歴書—改訂新版』日本経済新聞出版, 2022年8月。

…「自分は何のために生きるのか、どこに向かって生きるのか」は、突き詰めれば「社会のために、自分に何が出来るのか」と同義であると断言し、2度のがん手術で5つの臓器を失っても、なお「社会と向き合う緊張の日々」を過ごしている、独学で世界的建築家となった著者の熱い自伝。

○小林昌樹『調べる技術 国会図書館秘伝のレファレンス・チップス』皓星社, 2022年12月。

…国会図書館で15年にわたり、総記・人文科学・「その他」分野でレファレンスサービスに従事した著者が、その実践的な技術を、「Googleがやってくれないこと」を中心に、大公開・「見える化」。「答えを出す手間ヒマを事前に予測すること（25頁）は重要と思う。初学者向けだけでなく、「玄人向け」のチップスも少なくない。「『〇〇がない』と述べるのは、その道のプロか、無謀な素人のどちらかである」との警告（91頁）は、私が大学院の論文指導で口を酸っぱくして言っていたこと！

○梶谷真司『書くとはどういうことか 人生を変える文書教室』飛鳥新社, 2022年12月。

…お手軽なマニュアル本ではなく、「『書く』とはどういうことなのかから説き起こして、一歩一歩進んでいけるステップを記した、いささか回りくどい本」。「内輪に向けた文章」、「“大人”の文章」ではなく、「自分の文章」＝「自分の言葉で書かれた文章」、「自分が書かなければならない文章」を書くべきとの主張に同感（52-58頁）。本書の「類書にはない特徴」は「『対話的文章法』と呼べるグループワーク」（第6章「他者と共に書く」）。これは、私が学部・大学院の論文指導で行った、学生・院生どおしの「ピアレビュー」に近いと感じた。私の経験でも、これの利点は「文章を書ける人が教える必要がない」こと（159頁）。

B. 医療・福祉関連

訂正：224号で紹介・推薦した、村田ひろ子「世論調査からみえる健康意識と医療の課題～I

SSP国際比較調査『健康・医療』・日本の結果から～』『放送研究と調査』（NHK放送文化研究所）2022年9月号：20-40頁（ウェブ上に公開）

…<「コロナの感染拡大への対応は医療制度や政府に知る信頼を『高めた』」が4割で、「低下させた」の21%を大きく上回る>紹介したが、これは誤り。正しくは、<コロナの感染拡大への対応は医療制度に知る信頼を「高めた」が41%で、「低下させた」の21%を大きく上回る（逆に、政府への信頼を高めたは18%にすぎず、低下させたが44%）>。

○村瀬孝性『シンクロと自由 [シリーズ・ケアをひらく]』医学書院, 2022年7月。

…2月ゼミで紹介・推薦した「（インタビュー）『科学的介護』の落とし穴」（「朝日新聞」2023年2月7日朝刊）」の著者は、老人介護の現場で、「お年寄り一人ひとりの実感に、ぼく

の実感をシンクロさせることが面白く感じられた」が、「その一方で、シンクロすることを目指すほど、お年寄りを支配しているのではないか、という疑念が生じた。本書は、この「終わることのない繰り返しのプロセス」をていねいに描いている。「エビデンス重視の時代と逆行する」が、「介護にある深みに触れることができ」る本。

○山本恵子「日英の孤独・孤立対策－英国の事例検討を中心に（後編）」『賃金と社会保障』1819号（2022年9月下旬号）：32-50頁。

…後編では、英国NHSの「社会的処方とリンクワーカー」と英国の孤独対策の「実践事例」を紹介している。著者は「社会的処方の成否の鍵を握る[のは]リンクワーカー」だとして、「総括」では、日本の孤独・孤立対策では、「リンクワーカーの役割を誰が担うかを詰めるべき」と主張しているが、私にはこれは、日本での地域包括ケアや地域共生社会づくりの実践・蓄積を無視した典型的な「イギリス出羽守」に見える。

○村山洋史・他編『ナッジ×ヘルスリテラシー ヘルスプロモーションの新たな潮流』大修館書店, 2022年10月。

…ナッジとヘルスリテラシーが掛け合わされることで、健康づくり分野にさらなる推進力となるのではないかと「思い」から企画された本。前半（1-4章）は理論編、後半（第5・6章）は事例紹介（ナッジ実践のためのツールとプロセスの解説+18事例）。**第2章「行動経済学とナッジ」（後藤励。15-30頁）**は、人間の意思決定の合理性を仮定し、理論的・演繹的思考の伝統的な経済学（新古典派経済学）と、人間の意思決定の非合理性に着目し、実証的・帰納的思考の行動経済学の異同・関係、（伝統的な）インセンティブの限界（外発的動機付けが内発的動機付けを阻害）、「自由と規制の間に立つナッジ」等について、簡潔に説明している。ナッジの効果については、「多くの場合、効果があってもやはり一時的なものであって、行動を完全に変えるところまではいかないことが少なくないことが明らかになった」とも書いている（27頁）。この点は、第5章4「ナッジ活用の留意点」でも指摘されている。実際に、第6章の事例はいずれも「軽く」、効果が持続するとは考えにくい。

○濱田孝一『高齢者住宅バブルは崩壊する 不良債権化する高齢者住宅』花伝社, 2022年12月。

…書名は過激だが、著者が批判しているのは、「介護・高齢者住宅は儲かる」と近年激増している要支援・軽度要介護者向けの「素人経営の高齢者住宅」。その問題点は「重度化対応の不備」と「困り込み」と呼ばれる不正の蔓延との批判は的を射ている。富裕層優先で「あまりに不公平・非効率」なユニット型特養も批判。他方で、著者は、在宅・家族介護が困難な重度要介護・認知症高齢者に対応できる介護機能の整った「要介護者向け住宅」（not 老人福祉施設）は不可欠と強調。「『地域包括ケア』は高齢者施策の地方分権」と位置づけ、その中で分断されている「高齢者の住まい」を整理・統合する視点・手順を提唱（第7章）。著者は介護業界で30年働いてきただけに（現在は経営コンサルタント）、迫力がある。

○川本隆史『<共生>から考える 倫理学集中講義』岩波現代文庫, 2022年12月（2008年出版の『共生から』（双書<哲学塾>に一部加筆）。

…日本におけるローズ研究の第一人者が、倫理学者の視点から「架空講義」（全7日）で、「共生（共に生きる）」の意味について多面的に検討。第1日には、井上達也説に依拠して、「共生」には、生態学からきた「共生」(symbiosis)と社会思想としての「共生」(conviviality)という異なる意味があること、後者は「異なるものの共生」であり「対立緊張」があることを示す。第2日には、「孤独」が後者の意味の共生の基軸をなすことを示す。第3日には、「共生の技法」として広義の「ケア」の重要性を強調し、第4～6日には教育、医療・看護（一部福祉）、エコロジーの3領域における共生について考える。第7日はまとめ。著者が自認しているように、先行文献の「紹介役」に徹していて、「自前の言葉」はほとんどないし（103頁）、「地域共生社会」はもちろん、「共生社会」についての言及もない。しかし、「共生」について幅広い教養を身に付けることはできる。「<共生>から考えるための精選ブックガイド」は充実している。私は、デューイが民主主義を「第一義的に、多様な人びとが共に生きることの態様」と「再定義」していたことに注目した（58-59頁）。

○特集「障害者権利条約 日本への国連勧告を受けて」『賃金と社会保障』1817・1818号（2023年1月合併号）：4-108頁。

…国連勧告を支持する視点から、藤井克徳氏の巻頭論文「初の国際評価を終えて—国連総括所見が語りかけるもの」を含む10論文と資料を掲載。私は、障害の概念を論じている、**川島敏「人権モデルと社会モデル—日本の条約義務履行への視座」**（72-88頁）に興味を持った。著者は、国連障害者権利委員会の「日本への総括所見」は障害の人権モデルに7回も言及している反面、社会モデルには一切言及していないため、委員会ではもはや社会モデルに言及する必要がないと考えたとの疑念も出されているが、両モデルは「補完と緊張の関係」にあり、委員会が社会モデルに明示的に言及すべきと主張している。しかし、著者の主張は重箱の隅をつつく議論にしか思えないし、障害者権利条約が社会モデルとの決めつけにも疑問がある

○**橋本英樹「認知症予防と社会経済的要因」**（特集「認知症の包括的なリスク低減に向けて」『Progress in Medicine』43(1):71-74頁, 2023年1月。

…このテーマについての研究者必読の優れた総説。まず、現時点で最も包括的な認知症発症リスクに関する総説（Lancet, 2020）の概要と結果解釈上の留意点を述べ、「認知症は生物学的基盤を有しつつも、社会的に生成される生活機能障害であると認識することが必要」と指摘。次に、アメリカの最近のコホート研究（Greenfiledら, 2020）を紹介し、高等教育を受ける機会は認知機能に影響を与える重要な社会基盤となること、およびこの研究で示された男女の差は必ずしも生物学的なものだけでなく、ジェンダー的役割規範による制約によりもたらされている可能性が高いと指摘。最後に、欧米各国では2000年以降、認知症の有病率低下が報告されているのと異なり、日本の報告ではそれは上昇し続けているが、それは高齢者の健康状態が近年大幅に改善していることと高齢者の学歴の改善が著しいことを見落としているためであることを示唆。その上で、これらの点を踏まえた、著者等のシミュレーション研究では、日本でも高齢人口中の認知症有病率が2016年頃にピークを打つとの結果が得られていることを紹介（この論文は、私の「ニューズレター」215号（2022年6月）の英語論文紹介欄のトップで紹介している）。

○**五十嵐中「認知症ケアの価値評価—抗体薬の評価とともに」**『Progress in Medicine』

43(1):19-24 頁, 2023 年 1 月。

まず 2 種類の認知症抗体薬（アデュマヌカブとレカネマブ）のアメリカでの最新の承認状況を紹介します、次に認知症治療の価値評価の「むずかしさ」—重症患者では医療費よりも介護費の方が多額になる等—について述べ、最後にレカネマブの V B P（value-based purchasing）について説明。レカネマブについては新聞・雑誌でも報道されているが、2023 年 3 月時点で、その経済的評価について学術的に解説しているのはこの論文だけ。

私は、レカネマブの臨床試験で、「認知症が中程度まで進行した場合には治療終了を仮定している」ことを初めて知った。この基準が市販後も遵守されれば、費用総額の爆発は予防できるが、医師・患者がレカネマブの終了を素直に受け入れるか疑問。アメリカでは Q A L Y（質調整生存年）改善 1 年当たりの価値（価格）が 10~20 万ドルに設定されており、レカネマブの年間薬価も 350 万円に設定されている。しかし、日本の新薬・新医療技術の経済評価では Q A L Y 改善 1 年当たりの価値はアメリカよりかなり低く設定されているので、レカネマブの薬価もアメリカよりはかなり安くなると思う。五十嵐氏も「日本での薬価を年間 150 万円」と仮定して、市場規模は年間 1000 億円と予測・推計している。

○井上俊明「(Report)創業 50 周年迎えた徳洲会の今（上）（下）」『日経ヘルスケア』2023 年 2 月号：71-75 頁、同 3 月号：50-54 頁。

…1973 年 1 月に大阪の徳田病院（現・松原徳洲会病院）からスタートして以来、急成長を続けた徳洲会（グループ）は、2012 年 12 月の衆議院議員選挙の際の公職選挙法違反事件で東京地検特捜部の強制捜査を受け、創業者で理事長の徳田虎雄氏は辞任に追い込まれ、親族や幹部も相次ぎ逮捕・起訴された。しかし、その後 10 年間も、同グループは M & A を積極的に手がけ、医業収益も右肩上がりに増え、2022 年末に 74 病院、2021 年度に医業収益は 5119 億円に達した。本年 3 月には東海病院から大磯病院の事業譲渡を受ける。介護保険施設などを含めた全事業所数は約 400（2022 年 4 月）、職員数は約 3 万 9600 人（同）、総収益は約 5637 億円（2021 年度）に達している。（上）では、この日本最大の民間医療グループの現状と将来戦略を紹介し、（下）では、タイプの違う 3 病院を取材している。

○特集「泣き寝入りしない未収金対策」（遠藤浩介）」『日経ヘルスケア』2023 年 2 月号：53-68 頁。

…患者の未収金は多くの医療機関が長年悩まされているが、コロナ感染流行で深刻化している。本特集では、日本人と外国人別に未収金対策の勘所を示した上で、独自の取り組みによって成果をあげている病院の対策を紹介。済生会・宇都宮病院は「医療ソーシャルワークを活用して自己負担額を軽減」。医事課職員と医療ソーシャルワーカーには参考になると思う。

○無署名（Y. O.）「スポットライト⑪認定 N P O 法人 ささえあい医療人権センター COM L 理事長 山口育子」『ターンアップ』61 号：4-11 頁, 2023 年 2 月（株式会社ファーマシィ）広報誌。バックナンバーは 55 号までウェブ上に公開）。

…この 30 年間、故辻本好子氏と一心同体で、患者本位の医療の実現に邁進してきた山口育子氏へのインタビューに基づく熱いドキュメント。「相手が誰でもひるまずに発言してきた」山口氏の背景には、自身の 20 代での壮絶な闘病体験と、COML の 6 万 6000 件を超える患者からの電話相談で聞いた患者の声があることがよく分かる。

○(参考) 山口氏に出した『賢い患者』(岩波新書,2018)のお礼・感想メール(2018年6月24日。2018年7月のゼミで配付。一部略)

全章とも大変勉強になり、書かれていることのほとんどもに共感しました。読みながら、1990年代以降の30年間で、日本の医師・患者関係がずいぶん良い方向に改善し、それにCOMLが重要な役割を果たしたことがよく分かりました。もちろん私も、COMLの「模擬患者」活動や「病院探検隊」のことは知っていましたが、これほど組織的かつきめ細かく行われ、医学教育、病院運営、行政に大きな影響を与えているとまでは知りませんでした。病院探検隊のチェックポイントに「医療相談室」が入っていることを大変嬉しく思いました(169頁)。病院探検隊の受け入れが「臨床研究中核病院」の早期認定という「実利」を伴っている(らしい)ことには驚きました(174-175頁)。COMLの原点と言える患者・家族からの「電話相談」の記録を読んで、その相談の多くは、本来なら病院のMSWが受けるべきであるのに、そうならない現実があると感じました(第2章)。

COMLの活動で一番驚いたのは、2017年度から「医療で活躍するボランティア養成講座」修了者のアドバンスコースとして「医療関係会議の一般委員養成講座」を始められたことで、COMLというより、山口さんの「戦略性」に感服しました(185頁)。

一番強烈だったのは、導入=序章「私の患者体験」です。山口さんが25歳で進行性の卵巣がんの手術を受け、「臨死体験」すら経験されるほどの壮絶な闘病をされ、それがCOMLに参加する活動のきっかけになったことは初めて知りましたが、それ以上にその若さで、医師から正確な病名を聞き出すために、冷静かつ「戦略的に」行動されたことに驚嘆しました(「知るための闘い」15-18頁)。「10代半ばの決意」にも舌を巻き、山口さんは「生まれながら」の超・超例外的に賢く強い人間→患者であったのだと感じました。

「賢い患者」に関しては、「あとがきにかえて」で書かれている、「患者という集団」は「冷静で自立・成熟した賢い患者」とモンスター患者を両端とする正規分布であるというリアルな認識に基づいて、「COMLでは正規分布曲線の中央値をプラスの方向にずらすことのできる活動に力を入れたい」とのお考えに大賛成です(235頁)。そのために、「新 医者にかかる10箇条」を作成するだけでなく、「子どものための『10か条』」まで作成され、その普及のために「子どもと保護者のためのワークショップ」まで開かれている徹底ぶりに頭が下がりました(116-120頁)。

なお、「どのような集団も、多くの人が集まって統計をとると釣り鐘の形の正規分布曲線を描きます」は、正確には「多くの集団では…」です。例えば、所得分布等は正規分布ではなく、一方の極に偏った非対称分布です。(以下、略)

○日本製薬工業協会「希少疾患患者さんの困りごとに関する調査」報告書,2023年2月(ウェブ上に全文公開。全81頁、9.7MB)

…20歳以上の指定難病と診断された患者や家族、患者団体を対象にして、以下の3つのテーマに沿ったインターネット調査(438人)とインタビュー調査(20人と3団体)を2022年10~11月に実施。●発症、診断、治療、現在に至るまでの道のりの各段階における困りごと。●希少疾患の情報収集や、患者さんの声をステークホルダーに届けるための情報発信に関する困りごと。●国内における治療薬の開発環境や、ドラッグ・ロス等の動向に対する患者さんの考えや要望。調査では多種多様な困りごとが確認され、主要な10項目の課題を特定した。報告

書は、困りごと別に詳細な分析を行い、「資料編」には、定量調査結果と定性調査結果（主要なコメント集）を掲載。難病・希少疾患患者の診療、看護やソーシャルワークの従事者・研究者は必読と思う。

○澤村誠志・浜村明德監修『人間石川誠を語る 証言で辿るリハビリテーション医石川さんの軌跡』 青海社, 2022年2月。

…石川誠医師は、「回復期リハビリテーション病棟」、「在宅障害者のための総合ケア体制の確立」、「地域リハビリテーションの推進」の3本柱で、数々の挑戦を重ね、後世に残る多くの業績を残して、2021年5月に死去した（享年74）。本書は、氏の「医師修業時代」から「医療法人輝生会としての発展」までを縦糸に、氏の多面的業績・貢献、他団体との関わりを横糸にした、68人の「証言」集。第1章に私の2022年2月の追悼講演「石川誠さんの業績－回復期リハビリテーション病棟を中心に」を収録。

○清野裕（日本糖尿病協会理事長）「（インタビュー）糖尿病の病名変更の方針を示した背景とは？」 『日本医事新報』2023年1月28日号：6-7頁。

…2022年11月に糖尿病の病名変更と関連用語の見直しを提案した理由として、①病名が実態に合わないことが分かってきたことと、②糖尿病のある人に対する差別や偏見をなくしたいからの2つをあげ、「糖尿病患者」ではなく、「糖尿病のある人」と表現することを提案。さらに、「生活習慣病」も使うべきではないと主張。最後に、この取り組みを始めたきっかけについて述べる。私は、上記①の説明で、西欧諸国のうち、オランダのみが尿と洪水を意味する「pissvloed」という独特の病名をつけ、日本ではオランダ医学が盛んだった江戸時代にそれが「尿崩」訳されたこと、及び現在でも糖尿病という病名を使っているのは日本と韓国、中国、台湾ぐらいであることを初めて知った。

○日本糖尿病協会「スティグマを生じやすい糖尿病医療用語と代替案」 同協会HP（発表年不明）

…避けるべき言葉として「糖尿」、「糖尿病患者」だけでなく、「療養指導」、「血糖コントロール」、「指導」等もあげ、それぞれについて「適切なことば」を提案。「生活習慣病」も「使用しない、生活習慣病を一括りにしない」と提案。ただし私は、病気・患者へのスティグマを除くためには、「糖尿」→「糖尿病」、「糖尿病患者」→「糖尿病のある人」への言い換えでは不十分で、「尿」を除いた別の用語（例：高血糖症）を使うべきと思う。**糖尿病患者の診療・看護・ソーシャルワーカーに携わる人必読。**

○内閣府「障害者に関する世論調査（概要）」 2023年2月21日発表（ウェブ上に公開。「週刊福祉新聞」2023年3月7日号が簡潔に紹介（井上拓治記者））。

2022年11-12月に全国の18歳以上3000人を対象に郵送調査を実施し、1765人が回答。質問項目は多岐にわたる（全19問）。法令で「障害」を使っている表記のありかたとして、「障がい」がふさわしいと思う人が39.8%で最も多く、「障害」は29.5%、「障壁」は3.0%（問19。40頁。「しょうがい」は回答の選択肢にない）。ただし、性・年齢別の差が大きく、男と70歳以上では「障害」が最も多かった（それぞれ33.2%、43.5%）。その他、共生社会の考え方について94%が「そう思う」と回答した反面、障害者権利条約と障害者差別解消法について

てはいずれも7割超が「知らない」と回答。**障害者福祉の関係者・研究者必読。**

C. コロナ関連

○特集「新型コロナウイルス感染症と社会保障」『社会保障研究』7(3):182-290頁,2022年12月。

…医療提供体制・介護サービスから、非正規雇用の女性、メンタルヘルス、子ども達の学校生活や住宅確保給付金・緊急小口資金の特例給付と幅広いトピックスについての7論文と巻頭言を掲載。そのうち、医療・介護に関わるのは、以下の3論文。

*増原宏明・他「COVID-19パンデミックに日本はどうか対応してきたか」。

*菅原慎矢「新型コロナウイルス感染症と介護」。

***鈴木倫哉・他「新型コロナウイルス感染症パンデミックと公的医療保険財政」**：パンデミックが直後の年度の医療保険財政に与えた影響はほとんどない。これはすべての公的医療保険で観察された受診率の有意で大きな減少とレセプト1件当たり医療費の有意で大きな増加が相殺した結果。

○林謙治編著『ポストコロナの保健医療体制を考える』ロギカ書房,2022年12月。

…ベテランの研究者や実務家等16人の自由論文集。編者の「はじめに」の冒頭に、「死因の第1位は老衰」（正しくは、2021年で第3位）とのトンデモ記述があるのは???大半の論文の分析や展望も通り一遍。しかし、**佐藤敏信**久留米大学特命教授（元厚生労働省保険局医療課長・健康局長）の「**地域医療システムの展望**」は、「地域医療構想の問題点」を9点に整理し、厚生労働省（の政策）を痛烈に批判：「厚生労働省の職員でさえ、病院の運営とその歴史をほとんど知らないままで政策を立案している」（105頁）等。さらに、2013年の社会保障制度改革国民会議報告が提起した病院完結型医療から地域完結型医療への転換論も「都市部でしか成り立たないようなお題目」と批判。**医療政策・地域医療構想の研究者必読**。私は、執筆者の誰も、コロナ対策の問題点として、プライマリケア・診療所医療をあげず、「かかりつけ医の制度化」にも触れていないことに好感を持った。

○伊藤周平『岐路に立つ日本の社会保障 ポスト・コロナに向けての法と政策』日本評論社,2022年12月。

…政府のコロナ対策を「無策・失策」、「医療崩壊」「介護崩壊」を招いたと断じ、医療・公衆衛生、介護、保育、雇用保障、生活保護・年金、社会保障財政の改革の対案・政策課題を示す。ただし、終章では、「現在の自公政権が続く限り、その実現可能性はゼロと断じていい」と率直に認める（197頁）。著者の立場は「日本経済新聞」と真逆だが、同紙と同じ「医療崩壊」というレッテル貼りを安易に行うことには疑問がある。

○玉手慎太郎『公衆衛生の倫理学 国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房,2022年12月。

…パンデミックにおける行動制限から肥満対策、健康格差や自己責任論、健康増進のナッジの問題点に至るまで、健康をめぐる社会のしくみと個人の生き方の複雑な関係をめぐる問いにじっくり向き合った本。著者は政治哲学・倫理学の研究者で、「善が悪に転じてしまう」事態に強い関心を持っており、これが本書に取り組んだ「動機」にもなっているとのこと。**第2章「健康の社会的な格差の倫理」と第3章「健康増進のためのナッジの倫理」**は、社会疫学や行

動経済学の研究者にも有用と思う。巻末の「ブックガイド」もコンパクト。36歳の若手研究者の初めての単著だが、完成度は高い。

○川口俊明「日本の教育は時代遅れなのか 学力調査から考える」『世界』2023年4月号：216-223頁。

…この論文は、コロナ禍についてはまったく触れていないが、著者の以下の「まとめ」・「主張」は、「日本の学校教育」を「日本の医療」に置き換えれば、そのまま、「コロナ禍で日本医療の脆弱性が明らかになった」的な「個人々の経験『だけ』に基づいた」感覚的言説の批判にも使えろと感じた。「国際的な学力調査を見るかぎり日本の学校教育はそれほど悪いとは言えない。もちろん課題もあるが、それは個人々の教育経験『だけ』から語るべきではない。**自身の経験を相対化し、日本全体ではどうなのか、他国と比べてどうなのかといったことを検討する必要がある。**（中略）今必要なことは、『日本の教育は時代遅れ』と焦って改革を繰り返すことではなく、日本の学校教育の実態を把握できる調査を手に入れる努力をすることだ。個人々の経験『だけ』に基づいて教育を論じるのは、もう終わりにすべきなのである」（223頁）。

D. 政治・経済・社会関連

○門間一夫『日本経済の見えない真実 低成長・低金利の「出口」はあるか』日経BP社、2022年9月。

…中期的かつマクロの視点から、金融政策、財政政策を含め、日本経済についての著者の見解を述べている。通説と異なる内容も少なくないが、記述は手堅く、分からないことは分からないと書く「知的正直」(intellectual honesty)に好感を持った。「日本は経済劣等生ではなく普通の先進国」という事実認識に同感。私が一番勉強になったのは、第2章「正しい『成長戦略』の難しさ」の1~3：「日本の生産性は低いという通説」を批判し、「比較すべきは生産性の『上昇率』」として、「生産性上昇率は米欧も低い」事実を示すとともに、『イノベーションはマクロの成長を保障しない』と指摘。第3・4章は金融政策の緻密な分析で、私の理解の外。第5章「重要性を増す財政の役割」では、ドーマー条件は「意味のある論点」とは言えない、国債は「将来世代の負担」ではない等、通説とは異なる主張を行っているが、私にはその可否は判断できない。

○鈴木宣弘『世界で最初に飢えるのは日本 食の安全保障をどう守るか』講談社+α文庫、2022年11月。

…一般には日本の食糧自給率は37%と報じられているが、それに種と肥料の海外依存度を考慮すると日本の自給率は10%に届かないため、今後、世界的な物流停止生じたら日本では大量の餓死者が出ると警告し、国内の食料・農業を守ることが「安全保障」であるとして氏独自の「農業再興戦略」を提唱。私には新見が多いが、インタビューを基にした「語りおろし」であるため、内容にムラがある。記述の根拠となる文献を個別に示さず、巻末にごく小さい活字で一括して「主要参考文献」を掲げるのは読者に不親切と思う。

○安井浩一郎『独占告白 渡邊恒雄 戦後政治はこうして作られた』新潮社、2023年1月。

…読売新聞の政治記者～読売新聞グループトップとして、「取材者」の枠を超え「当事者」と

して、権力の中枢を目のあたりにしてきた「最後の証人」が、歴代総理の素顔、日本外交の裏側、政治家の密約と裏切り等、戦後日本（昭和期）の内幕を生々しく語っている（「平成編」は別途出版予定とのこと）。昭和期の歴代総理大臣がそれぞれの「戦争体験」を持ち、それが政策の「原点」になっていたこと、及び歴代総理の中で岸信介のみが日本の「戦争責任」を認めていなかったこと（109頁）がよく分かった。私は岸のこの「特異性」が孫の安倍晋三に引き継がれたと思う。私にとって意外だったのは、渡邊が、外務省機密漏洩事件で逮捕された西山太吉の弁護側証人として法廷に出廷し、政府が隠そうとする情報を記者が取材で入手することの必要性を訴えたこと（206頁）。

○安倍晋三著、橋本五郎・聞き手等『安倍晋三回顧録』中央公論新社, 2023年2月。

…首相退陣直後の2020年10月から21年10月まで、18回、計36時間にわたって行われたインタビュー。橋本氏は「いわゆる『御用聞き質問』はできるだけ避け、多くの国民が疑問に思っていることや『安倍政治』への厳しい批判も踏まえながら率直に、直裁に」質問し、安倍氏も多くの場合でいねいに答えている（ただし、原発と旧統一協会については質問していない）。私は今まで、厚生（労働）省OBの誠実だが「上品な」オーラルヒストリーをたくさん読んできたが、それらとは異なり、安倍氏は喜怒哀楽を前面に出して語り、それだけに**史上最長政権の検証をする上で第一級の史料**になっている。

一番印象に残ったのは、第一次内閣の挫折を真摯に反省し、それが憲政史上最長政権が実現できた最大の理由としてあげていること（終章）。在任中の様々なスキャンダルや失政（と思われていること）を含め、大半の質問に強気に答えており、特に「森友学園の国有地売却問題は、私の足を掬うための財務省の策略の可能性がゼロではない」とまで述べている（313頁）。しかし、共産党が取り上げた「桜を見る会」事件については「反省しています」、「大変申し訳ないと思っています」等、謝罪5連発（363-365頁）。

本書を読むと、安倍氏が単純なタカ派ではなく、優れた政治勘を持ったリアリストであったこともよく分かる。随所で、保守強硬派とは距離を置いている：「私を支持してくれる保守派の人たちは、常に100点満点を求めてきますが、そんなことは政治の現場では無理なんですよ」（160頁）。ほとんどの人物評も鋭い（例：小池百合子氏は「ジョーカー」、「弱点は、驚くほど実務が苦手な点です」263-264頁）。しかし、プーチンの評価は今となっては超甘い。

社会保障（改革）についての発言はごくわずかだが、私は以下の2つが特に貴重な「証言」と思った。

*「社会保障・税一体改革」については「慎重でした」（94頁）&「私のアドバイザーのほとんどは一体改革を放棄すべきだと言っていました」（102頁）。

*「安全保障関連法で支持率が低下することは分かっていたから、すぐに局面の転換を図ろうという意味でね。1億総活躍、女性活躍を大きな柱に据えて、人口減少社会でも経済を成長させるぞ、と掲げました。（中略）岸、池田内閣がやったことを、1内閣でやっちゃおうと、考えた」（169頁）。「私も、[祖父・岸信介にならって]ハト派と保守派の政策を同時にやればよいと思っていました」（271頁）&「15年の安全保障関連法の整備がタカ派の政策のピークだとすれば、17年から18年にかけて推進した全世代型社会保障や働き方改革は、jハト派的な政策の頂点だった」（272頁）。