

2022.12.1(木)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 221 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・新聞に転載することを希望される方は、事前に初出誌の編集部と私の許可を求めて下さい。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様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/>。

221 号の目次は以下の通りです (25 頁)

1. 論文：「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間違っている（「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) …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 201 回: 2022 年分その 9 : 7 論文) ……11 頁
  3. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 215) –最近知った名言・警句……16 頁
  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 19 回) …18 頁
- 補. 「ニュースレター」2022 年総目次 (210~221 号)。全 12 号。医療経済・政策学関連の英語論文抄訳の目次、名言・警句の人名索引付き (別ファイル: 22 二木 NL 目次.docx)

### お知らせ

論文「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？」を『日本医事新報』2022 年 12 月 3 日号に掲載します。本「ニュースレター」222 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ください。

# 1. 論文：「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説 は二重に間違っている

（「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）

## はじめに

本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2022」（以下、「骨太方針2022」）には、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と書かれました。これを受け、第8次医療計画等に関する検討会や社会保障審議会医療部会で、「かかりつけ医機能」の明確化等の議論が活発に行われています。私も、かかりつけ医機能の強化には大賛成です。

しかし、「日本経済新聞」や一部のジャーナリスト、研究者は、上記決定を「かかりつけ医の制度化」と読み替え、かかりつけ医の登録制と人頭払い制が既定の事実、不可避であるかのように論じています【注1】。例えば、日本経済新聞・日本経済研究センターの9月16日シンポジウムで、司会の佐藤恭子氏（センター常任理事）は「岸田政権は骨太の方針でかかりつけ医制度の整備を表明した」と述べました。高名な福祉ジャーナリストの浅川澄一氏（元日本経済新聞記者）も、「かかりつけ医の制度化が骨太の方針に盛り込まれた」と書きました(1)。

本稿では、そのような言説が二重に誤りである理由を説明します。併せて、2014年度に新設された「地域包括診療料」の意義を、宇都宮啓氏（当時・保険局医療課長）のインタビューを紹介しながら指摘します。最後に、2024年度診療報酬改定で、地域包括診療料等を大幅に拡充すれば、平時に「かかりつけ医機能が発揮される」第一歩になると主張します。

## 「かかりつけ医の制度化」は未決定

**第1の誤り**は、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と「かかりつけ医の制度化」とは異なることです。後者は前者の一部・選択肢とも言えますが、政府の公式文書で「かかりつけ医の制度化」を決定したり、それを指すとしたものではありません。

私は今回、2014年以降の毎年の「骨太方針」とそれを踏まえて策定される「（新）経済・財政再生計画改革工程表」（2018年から「新」付与。以下、「改革工程表」）の「かかりつけ医」関連の記述をチェックし、次の2点を確認しました。

①「かかりつけ医機能の強化」または「かかりつけ医の普及」的な表現は「骨太方針」・「改革工程表」とも2015年から毎年用いられていますが、「かかりつけ医の制度化」は一度も使われていません。

②「かかりつけ医」は、2015年の両文書から2018年「骨太方針」または2019年「改革工程表」まで、「外来時の定額負担」と結びつけられていました。2015年の「改革工程表」では、以下のようにストレートに書かれていました。「かかりつけ医の普及の観点から、**かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入**することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」。

私は、今後、もし何らかの形で「かかりつけ医の制度化」が実施された場合は、一度取

り下げられた外来時の定額負担もセットで導入される可能性があると思います。

なお、2021年の「改革工程表」（同年12月決定）では、上述した「骨太方針2022」の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との記述に先だて、「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について、2022年度及び2023年度において検討する」とされました。

### 岸田首相も「制度化」とは言っていない

以上の事実は、「骨太方針」や「改革工程表」を読めば明白です。そのためか、「日本経済新聞」は、繰り返し、「岸田首相は『かかりつけ医』に関する制度づくりに取り組むと表明した」と書いています（6月20日朝刊「日経・日経センター改革提言 最終報告」、5月6日朝刊「『かかりつけ医』巡り日医抵抗 制度化をけん制」など）。

しかし、何事にも慎重で調整型の岸田文雄首相（ただし、故安倍晋三元首相の国葬決定と長男・翔太郎氏の唐突な政務担当秘書官起用人事を除く）はそんな踏み込んだ発言は一度もしておらず、例えば5月30日の参議院予算委員会では次のように、極めて回りくどい答弁をしています。「かかりつけ医については、今後その機能を明確化しつつ、患者と医療者双方にとってその機能が有効に発揮されるための具体的な方策を検討していることとしており、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築する観点から、国民・患者等の理解が得られるよう、速やかにかつ丁寧に制度整備を行っていきたい」。

これは明らかに上記「改革工程表2021」の表現をベースにしており、それを「かかりつけ医の制度づくり」とするのは無理筋です。

### 「かかりつけ医機能」は病院も含む

「かかりつけ医の制度化」論者の主張の**第2の誤り**は、「かかりつけ医」が診療所医師のみを指すと思込み、それに病院（特に中小病院）が含まれることを見落としていることです。例えば、日経・日経センターシンポジウム（9月16日）で、翁百合氏（日本総合研究所理事長）は、「医師がかかりつけの診療所を持つこと」、「患者がまずかかりつけの診療所に行き」とナイーブに述べています。印南一路氏（慶應義塾大学教授）も、「登録制・人頭払いによるかかりつけ医制度は、診療所のみが対象になる」と断言しています（2）。

しかし、「かかりつけ医の定義」を示した日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」（2013年8月）は、定義の冒頭、「『かかりつけ医』は、以下の定義を理解し、『かかりつけ医機能』の向上に努めている医師であり、**病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない**」と明記しています。

この「提言」は「かかりつけ医機能」を4つあげたのですが、次の「社会的機能」が盛り込まれたことは画期的です。「かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する」。

横倉義武日本医師会長（当時）によると、この規定は、横倉氏が地元の福岡で取り組んで

きたことを踏まえて、「理想は高く掲げて、少しでもそこに近づこうという考え方」から提案し、「病院団体のトップも理解してくれ」たそうです(3)。

2014年度の診療報酬改定で新設され、かかりつけ医機能（当時は「主治医機能」）の最初の制度化と言える「地域包括診療料」の対象には、「許可病床数が200床未満の病院または診療所」が含まれます。

私は、在宅医療（かかりつけ医機能の重要な構成要素）の旗手である長尾和宏医師が名著『痛い在宅医』の「あとがき 在宅医療の理想と現実」で、以下のように率直に書いていることに注目しています。「町の平均的な開業医が提供する在宅医療には、ある一定の限界があると考えます。（中略）長期的には地域密着型の中小病院が提供する在宅医療（在宅療養支援病院）であろう。私はこれに大いに期待している。マンパワーが圧倒的に違う。若いスタッフが多い、当直制があるので夜間対応に慣れている、などがその理由だ」(4)。

### 宇都宮啓氏の地域包括診療料についての証言

上述した地域包括診療料については、その「生みの親」とも言える宇都宮啓元保険局医療課長の最近のインタビューが注目されます(5)。

宇都宮氏は、厚生労働省が今まで「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」を定義してこなかったとの批判に強く反発し、2014年度診療報酬改定で「主治医機能」への評価として地域包括診療料と地域包括診療加算を新たに作り、それまでの診療報酬が「医療機関による治療のみを評価していた」が、「日ごろの健康管理や重症化予防、服薬管理なども含めて対応できる医療機関を評価することにした」と強調しています。「主治医機能」という用語を用いたのは、上述した日本医師会・四病院団体協議会「提言」の「かかりつけ医」の定義が「我々が考えた内容と全く同じというわけではなかったため」だそうです。ただし、2016年度改定では、「かかりつけ医」という言葉も初めて使ったそうです。

地域包括診療料の算定に、「常勤医師が3人以上在籍」という厳しい要件を加えたのは、「今後の地域医療の確保や働き方改革を考えると」、身を粉にして働く医師や「スーパードクター」などの「医師個人ではなく、組織的に『主治医機能』を果たす医療機関を診療報酬で評価したかったから」だそうです。

この算定要件に対しては、「1人で頑張っている開業医も算定できるようにすべきだ」とも要望されたが、それでは「『国は1人で24時間365日間働く医師を奨励する』という誤ったメッセージとなる可能性があるし、そのような働き方があるべき姿ではない」と考え、応じなかったそうです。現在、焦眉の課題となっている「医師の働き方改革」を考えると、8年前のこの判断は先駆的だったと思います。

2014年度診療報酬改定時、宇都宮氏はさまざまな媒体でインタビューに応じていましたが、地域包括診療料については、『日本医事新報』と『週刊社会保障』で詳しく説明していました(6,7)。『日本医事新報』インタビューで氏は「主治医機能」と「かかりつけ医のあるべき姿」を同じ意味で使っていました。氏は、「1人開業の時代から変わる必要がある」と率直に問題提起もしました。氏は、『週刊社会保障』インタビューでは、この点についてさらに踏み込んで、次のように述べました。「個人的には、これからは医師が一人で苦勞して全てを背負って診療する時代ではないと思います。もちろん、一人で頑張っている先生方の努力には頭が下がりますが、これからは有床診療所、在宅を担う

診療所、かかりつけ医機能を担う診療所は医師一人ではだんだん難しくなってくるでしょう」。

私は、地域包括診療料が単純な包括払いではなく、「患者の病状の急性増悪時」には出来高払いも併用できることに先駆的意味があると思います。この点について、宇都宮氏も、「今回は包括点数と出来高の加算の両方を新設して、とにかく芽出しをしたかった。走りながら考えるという感じにはなっているが、包括化を前提としたものではない」と明言しています(6)。

### 地域包括診療料のその後

地域包括診療料の診療所医師の配置要件は 2018 年度改定から、「常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師」に緩和されています。対象患者は当初「脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 つ以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者」でしたが、2022 年度改定で、慢性心不全と慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）に拡大されました。

ただし、その施設基準を届けている医療施設は、2021 年 7 月でも、診療所 48、病院 230 にすぎません（中央社会保険医療協議会 2022 年 9 月 14 日資料「主な施設基準の届出状況等」）。それよりも基準が緩い「地域包括診療加算」（診療所のみ。出来高払い）の届け出診療所も 5873 にとどまり、これは同年 10 月の一般診療所数 104,292 の 5.6%に過ぎません。このことは地域包括診療料の施設基準・要件がまだ極めて厳しいことを示唆しています。

直近では、眞鍋馨保険局医療課長が 2022 年度診療報酬改定についてのインタビューで、地域包括診療料等について、以下のように述べました。「かかりつけ医機能に対しては、すでに、機能強化加算、地域包括診療料・加算という診療報酬上の評価があり、現時点で一定の見解は示されているようにも思います。現行の評価で足りない点があれば、その部分についてご議論をいただくことになるのかもしれませんが」（8）。

この発言は、厚生労働省が「かかりつけ医機能の強化」について、「かかりつけ医の制度化」論者が主張するような大幅な制度改革（登録制・人頭払い制等）ではなく、既存の診療報酬改定で対応しようとしていることを示しています。私は、眞鍋氏の発言を読んで、宇都宮氏の「DNA」が現在も厚生労働省内で引き継がれていることを知り、意を強くしました。

### おわりにー2024 年度改定で地域包括診療料等の大幅拡充を

以上から、「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説が二重に誤っていること、及び 2014 年に新設された地域包括診療料（正確に言えば、眞鍋氏が言及した機能強化加算、地域包括診療料加算、及び小児診療かかりつけ診療料等を含む）が「かかりつけ医機能」強化の出発点になりうることを示せたと思います。

私は、「平時」【注 2】には、かかりつけ医を必要とするか希望する患者の大半は高齢患者・慢性疾患患者と小児患者に限られることを考えると、「かかりつけ医機能」の定義等についてゼロスタートで議論するよりも、2024 年度の診療報酬改定で、地域包括診療料等の対象患者の大幅拡大と施設基準の大幅緩和を行うことが、合理的かつ現実的であり、「かかりつけ医機能が発揮される」第一歩になると思います。

施設基準の大幅緩和について、1 人診療所が他の診療所や病院と公式の連携協定を結ん

で「ネットワーク」を形成しているか、地域連携推進法人に参加している場合も認めること（ただし、現行の病院の施設基準と同じく、個々の患者について「担当医」を明示しておく）が考えられます。また、「慢性疾患の指導に係る研修を修了した医師」に、日本医師会が横倉会長時代に創設した「日医かかりつけ医機能研修制度」修了者を含めるべきと思います。そのためにも、現在非公開とされている修了者の名簿を公開すべきと考えます。

今後、社会保障審議会医療部会や中央社会保険医療協議会等で、地域包括診療料等の拡充のための制度設計が行われ、それが2024年度診療報酬改定から実施されることを期待します。

### 【注1】イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制の導入はありえない

日本で、イギリスのGP（一般医・家庭医）制度に範をとった、かかりつけ医の制度化、特に登録制・人頭払い制の導入論が一気に盛り上がったのは、財務省・財政制度等審議会が2022年春の「建議」で、かかりつけ医の登録制や患者がかかりつけ医を受診しなかった場合の負担増等について詳細に提案してからです。「日本経済新聞」はその直後から、それを支持する記事や論説、「改革提言」を継続して掲載しています(9)。

なお、「日本経済新聞」は3年前の2019年6月25日朝刊1面トップで、「厚生労働省は患者が自分のかかりつけ医を任意で登録する制度の検討を始め」、「診察料を月単位の定額とし」、「かかりつけ医以外を受診する場合は負担を上乗せ」すると報じたものの、根本匠厚生労働大臣（当時）が同日の記者会見でそれを否定する失態（誤報）をしたことがあります。そのため、私は同紙の医療記事は「割り引いて読む」必要があると思っています。

「日本経済新聞」には、印南一路氏のかかりつけ医制度化には「登録制・人頭払いが大前提」との大胆な論説も掲載されました(10)。氏はそこで、「建議」よりもさらに踏み込んで、「かかりつけ医登録医師・診療所に対しては、一般の出来高払いの患者を診ることを禁止すべきだろう」とさえ述べました。

そのために、医療関係者を含めて、「日本経済新聞」しか読んでいない（またはそれを主な情報源としている）人々の間では、登録制・人頭払いのかかりつけ医制度が近々、または将来的に導入されると期待するか、逆に心配している方が少なくありません。

私も、今後、もし「総合診療専門医」の養成が急速に進み、かつて高久史磨先生が願望を込めて述べた「日本でも地域包括ケアに本格的に取り組んでいくのであれば、専門医の半分くらいは総合診療専門医にしていく必要がある」(11)ことが実現した場合には、**緩やかな「かかりつけ医の制度化」**がなされる可能性はあると思います。しかし、その場合にも、**イギリス型の全国民を対象にした厳格な登録制・人頭払いの制度**が導入される可能性はまったくないと判断しています。その理由は3つあります。

**第1のそして根本的理由**は、横倉義武日本医師会会長（当時）が鋭く指摘されたように、「医療というのは、それぞれの国の歴史があるわけ」で、「イギリスの場合はNHS主導で、全部税金でやっていて、社会保険方式をとっている日本とは財政方式が違う」からです(3)。

**第2の理由**は医療経済学的な理由で、「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」ことが、過去20年間の、イギリスを含めた国際的な実証研究で明らかにされているからです(12)。医療費抑制が国是となっている日本で、医療費増大を招く制度化

が導入されるわけがありません。

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

皮肉なことに、かかりつけ医の制度化を提唱している健康保険組合連合会の 2020 年の国民意識調査でも、フリーアクセス制限に不安を持つ人が多かったとの結果が出てきます(13)。この調査は、「持病あり」群 (3500 人) と「持病なし・体調不良あり」群 (1123 人) の合計 4623 人を対象にしたインターネット調査です。その中の「医療機関の受診のあり方」についての調査で、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」に対する賛成は 57.0% で、「病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する」に賛成の 31.3% をほぼダブルスコアで上回っていました。

しかし、前者に賛成した方のうち、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した診療所の医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外に病院を自由に受診できない」とした場合に「不安を感じる」が全体でも 59.5%、「持病なし・体調不良あり」群では実に 68.7% に達していました。このことは回答者全体の約 65% がフリーアクセスの厳しい制限に反対していることを意味します (31.3%+57.0%×59.5%)。私は、反対の割合は「健康人」ではさらに高くなると思います。

なお、イギリスでは病院入院だけでなく、GP・診療所受診にも相当待ち時間(日数)があります。これのデータにはバラツキがありますが、非緊急受診の場合平均 10 日という報告や、先進的な改革事例で平均 19 日から 10 日に 49% 低下したとの報告もあります(14,15。いずれもコロナ感染爆発前)。「かかりつけ医の制度化」論者の大半は、イギリスの GP を理想化して紹介していますが、この点に沈黙しているのは不公正と思います。

以上は、長期的な見通しですが、私は**短期的に見れば、イギリス型のかかりつけ医の登録制・包括払い制導入論は、すでに「死に体」となっている**と判断しています。論より証拠。「はじめに」で書いた、厚生労働省の第 8 次医療計画等に関する検討会や社会保障審議会医療部会の議論では、イギリス型のかかりつけ医の登録制・包括払い制導入を主張した構成員・委員は皆無です。

私が注目したのは、財務省の主張を代弁する傾向が強いと言われる「自由民主党財政健全化推進本部 次世代のための財政戦略検討小委員会」が 5 月 26 日に発表した「財政健全化推進本部報告」には、前日に発表された財政制度等審議会「建議」が主張した、かかりつけ医の登録制や患者負担増が書かれていなかったことです。

そのためか、大林尚「日本経済新聞」編集委員も財務省案の「実現には、多大な政治的エネルギーと時間を要する」と認め、「成否は岸田首相しだいである」と、岸田首相に下駄を預けています(9)。しかし、元々調整型で、しかも、最近内閣支持率が急落し、政権の存続自体に黄色信号が点灯している岸田首相が、「国民・患者の理解が得られ」ないまま、「官邸主導」で、財務省案に沿ったかかりつけ医の制度化を強行することはありえません。

## 【注 2】「平時」と「非常時(感染症有事)」の対策は区別する必要

私が本文で「平時」という表現を使ったことには理由があります。私は、「平時」の医

療政策・医療改革は「非常時（感染症有事）」（以下、非常時）のそれとは区別する必要があると判断しているからです。

「かかりつけ医の制度化」論者は、例外なく、コロナ危機時に日本医療の脆弱性が明らかになったと主張し、平時に「かかりつけ医の制度化」をしておけば、非常時にも速やかに対応できるとしています。しかし、今回のコロナ危機の初期には、効果的な治療法はほとんどなく、死亡率も相当高いと想定されたため、患者に対応できたのは、主に重装備の急性期病院であり、プライマリケアの出番はごく限られていました。このことは、日本に限らず、世界共通です。今臨時国会に提出されている感染症法等改正案でも、「感染初期は特別な協定を締結した医療機関〔公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院、民間医療機関など、約 1500 の医療機関（病院）を想定〕が中心的に対応」するとされています。

日本の場合は、コロナ危機直後は、感染症法の規定により、一般の医療機関でのコロナ患者の受け入れが制限されたという特殊事情もあります。この点について、**自見はなこ参議院議員**は、5月30日の参議院予算委員会で、以下のように切々と述べ、岸田首相に質しました。少し長いですが、極めて重要な発言なのでほぼ全文を紹介します。

「それ〔法律上の位置づけ〕に基づきまして、政府が保健所に入院調整をさせたり、感染対策の観点から発熱外来の限定を行ったりしたものであります。ですから、**そもそもかかりつけ医のフリーアクセスを制限したのは政府**でございます。これは感染症の対策、拡大の対策としてとられた措置でありまして、結果として、二十年にわたり予算が削られて人員不足や機能が弱体化していた保健所がパンクをしてしまいました。そして、コロナ禍において入院困難事例や受診困難事例が生じたことは本当に残念なことではありますが、これをかかりつけ医をはじめとする医療側の責任とするのは、私は大きな誤りであると考えております。（中略）政府には感染症の医療と一般の医療を混同することなく正しい議論を行っていただきたいと思っております」。

「平時」と「非常時」の区別に関連して、都市部の在宅医療のパイオニアである**新田國夫医師**（日本在宅ケアアライアンス理事長）も、コロナ対応と「かかりつけ医機能」の議論が混同され、コロナ対応がうまくいかない責任を「かかりつけ医機能」、医療の現場に押しつけていると批判しています(16)。氏は、長年の臨床経験に基づいて、「かかりつけ医」を必要とする人は、「高齢者、特に85歳以上の超高齢者だと考え」、「若く健康な人が果たして、平時から『かかりつけ医機能』を必要としているのでしょうか」と疑問も呈しています

自民党の**橋本岳衆議院議員**（同党社会保障制度調査会事務局長）も、「かかりつけ医機能」制度のあり方について、「新型コロナウイルス対応のようにフリーアクセスとはなっていない感染症医療の在り方とは『区別して議論を進めるべき』だ」と主張しています(17)。

最後に、**山口育子氏**（COML理事長）も、初期のコロナ禍の「状況を指して日本の医療提供体制を論じるのは、問題の核心を突くことにはならない」と指摘し、「患者の立場から」、（平時において）「必要なときに必要な医療が受けられる」ようなかかりつけ医のあり方を多面的かつ具体的に検討しています(18)。

「平時」・「非常時」の区別とは離れますが、山口氏は、かかりつけ医の議論でも、「日本の医療の特徴の一つとして『フリーアクセス』があげられるが、実際には1996年以降、大病院に紹介状を持参せずに受診した場合に「特別料金」を請求されるようになっているため、「今や国民の意識は“制限された”フリーアクセス」になっているとのきわめて重要な

指摘もしています。「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）は、「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」（35頁）と提起しましたが、この「”制限された”フリーアクセス」は結果的にその機能（の一部）を果たしていると考えられることもできます。

## 文献

- (1) 浅川澄一「曖昧すぎる日本のかかりつけ医 実現に必要な『公』の視点」『Wedge』2022年9月号：52-55頁。
- (2) 印南一路「かかりつけ医の制度化（下）」『週刊社会保障』2022年9月26日号（3187号）：26-27頁。
- (3) 横倉義武・渡辺俊介「（対談）医療のグランドデザインを考える－医療のミッションとかかりつけ医の役割」『社会保険旬報』2019年9月1日号（2758号）：6-16頁。
- (4) 長尾和宏『痛い在宅医』ブックマン社,2017,241頁。
- (5) 宇都宮啓「（どうする、どうなる！？「かかりつけ医機能」の定義【インタビュー編】）既に明確化」『CBnews マネジメント』2022年10月11日。
- (6) 宇都宮啓「（インタビュー）地域包括診療料はモデル的な医療機関に算定してもらうよう厳しい要件にした」『日本医事新報』2014年4月26日号（4696号）：98-101頁。
- (7) 宇都宮啓「（インタビュー）平成26年度診療報酬改定③地域包括診療料等で主治医機能を評価」『週刊社会保障』2014年6月2日号（2778号）：24-27頁。
- (8) 眞鍋馨「（インタビュー）生活の視点を医療に入れていくことが重要」『週刊社会保障』2022年10月10日号（3189号）：24-27頁。
- (9) 大林尚「家庭医とは似て非なるかかりつけ医 まずは定義明確に」『日本経済新聞』2022年9月28日朝刊。
- (10) 印南一路「『かかりつけ医』制度化の論点（上）登録制・人頭払いが大前提」『日本経済新聞』2022年7月13日朝刊。
- (11) 高久史磨「（インタビュー）専門医取得の義務化、『崩れてしまった』」m3.com 2017年11月4日（聞き手：橋本佳子）。
- (12) 二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する－過去20年間の実証研究の結論」『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁。
- (13) 健康保険組合連合会「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」2021年2月,第5章「医療機関等のかかりかたに関する意識」（55-62頁）（ウェブ上に公開）。
- (14) Siddique H: NHS patients waiting over two weeks to see a GP, shows survey, August 12,2019（ウェブ上に公開）。
- (15) Anonym: Routine GP appointment waiting times reduced by 47% - Piker Medical Practice,North.（ウェブ上に公開）
- (16) 新田國夫「（インタビュー）かかりつけ医機能とコロナ、分離して議論を」m3.com 2022年8月16日（聞き手・まとめ：橋本佳子）。
- (17) 橋本岳「（インタビュー）かかりつけ医機能の議論『コロナ対応とは区別を』」MEDIFAXweb 2022年6月6日。

(18)山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能 必要な時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。

[本稿は、『日本医事新報』2022年11月5日号に掲載した、「『かかりつけ医の制度化』が閣議決定されたとの言説はどこが誤りか?」に大幅に加筆したものです。【注1】と【注2】は新たに書きました。]

**謝辞：**本稿またはそのベースになった『日本医事新報』論文の執筆・推敲にあたっては、友人の医師会・保険医協会・病院団体・医療団体・市民団体の役員・職員、病院(グループ)・診療所の経営者、国会議員、厚生労働省OB、大学教授(OBを含む)・大学院生、専門誌記者等27人から率直なコメントや貴重な情報(私が見落としていた文献やオフレコ情報を含む)をいただきました。心から感謝します。

## 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200回)(2022年分その9:7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。

### <英仏の医療統合・ネットワーク(4論文)>

#### ○多専門職統合医療が医療利用に与える影響:イギリスにおける自然実験からのエビデンス

Goldzahal L, et al: The effects of multi-disciplinary integrated care on healthcare utilization:

Evidence from a natural experiment in the UK. Health Economics 31(10):2142-2169,2022 [量的研究]

より良い医療統合は、国際的にみてほとんど国の医療制度で高い優先順位になっている。しかし、しばしば多面的な介入が同時に行われるため、その評価は困難であり、政策担当者に特定の介入についての限られたエビデンスしか提供できていない。本論文では、イングランドの社会・経済的に恵まれない(deprived)一地域に2015年春に導入されたありふれた(common)一般的統合医療介入ーハイリスク患者を対象にした多専門職グループ(MDG)の会議(月1回開催)ーについて評価する。全国GP患者調査と病院状況調査の複数年のデータを用いて、上記介入がプライマリケアと二次医療の利用と費用、健康状態及び患者のエクスペリエンスに与えた影響を評価する。対象は65歳以上の患者で、同時期に実施された住民レベルの他の介入の影響も精査した。介入によりプライマリケア看護師の受診確率は3%ポイント減少し、緊急入院の在院日数は1日減少した。しかし、計画的な医療利用は増加したため、総費用は変わらなかった(減少しなかった)。MDG会議は、在院日数の削減とアンメット・ニーズの発見により、事前に定められた公衆衛生上の目的を達成できたと言える。しかし、MDG会議の医療システム費用への影響は不明確であり、住民の健康状態も変わらなかった。特定の統合医療介入の評価は財政制約に直面している公的意思決定者には有用であろう。

**二木コメント**ー標題中の"integrated care"は内容的には「組織的統合」ではなく、「機能的統合」(本論文では、多専門職グループが月1回開催する会議)を意味します。イギリスを含め、ヨーロッパではこの用法が一般的です。イギリスの研究らしく、現実に実施されているプログラムを対象にして、手堅い地に足のついた分析が行われています。多専門職グループによる介入により、個別の医療利用・医療費は削減されたが、計画的な医療受診が増加したため、総費用は変わらなかった(減らなかった)という結論は妥当と思います。

#### ○[多専門職参加のケアマネジメント型]統合医療介入がイングランドの恵まれない地域における死亡率と計画外入院に与える影響:差の差法研究

Piroddi R, et al: The impact of an integrated care intervention on mortality and unplanned hospital admission in a disadvantaged community in England: A

difference-in-difference study. Health Policy 126(6):549-557,2022 [量的研究]

多くの医療制度が統合医療モデルによりアウトカムを改善し、入院需要を減らそうと試みている。その医療利用への影響のエビデンスはバラバラで、死亡率や社会経済的集団別の差を調査した研究はほとんどない。本研究の目的は、多専門職による統合医療チーム介入が緊急入院と死亡率に与える影響、及びその影響が社会的に恵まれない(deprived)人々で異なるか否かを調査することである。差の差法を用いた、経時的マッチド比較研究により、介入前後 12 か月間の計画外緊急入院の変化を比較し、介入による重み付けをした生存分析の逆確率により介入群と対照群の死亡率を比較した。イングランドの相対的に貧しい市で、多専門職種が参加するケースマネジメントによる統合医療プログラムを実施し、複雑なニーズや入院リスクの高い患者に焦点を当てた。

その結果、介入群では対照群に比べて、緊急入院が少し、しかし有意に増加していた(患者 1000 人・1 月当たり 15 回増、95%信頼区間(CI) : 5-24, p=0.003)。両群で生存率に有意差はなかった(ハザード比 0.9, 95%CI 0.84-1.13, p=0.7)。介入の影響はどの年齢でも、恵まれない群でも類似していた。以上から、同様の介入が緊急入院の減少や生存率の改善をもたらすとは考えにくいと結論づけられる。今後の研究では、実験的介入を行い、QOL への影響も評価すべきである。

**二木コメント**—本論文では触れていませんが、介入群の総費用(医療費+介入費用)が対照群より高くなっているのは確実です。最後の 1 文中の「QOL への影響も評価すべき」には私も賛成ですが、より厳密な「実験的介入」(ランダム化試験など)を行うと、ほとんどの場合、2 群間の差はより小さくなります。

## ○統合医療は入院の減少を意味するか？フランスのフィールド実験の評価

Gaillard A, et al: Does integrated care mean fewer hospitalizations? An evaluation of French field experiment. Health Policy 126(8):786-794,2022 [量的研究]

本研究の目的は、実験的医療政策が高齢患者の病院利用(入院)に与える影響を評価することである。2017~2017年にフランス政府は統合医療モデル「デジタルヘルス領域(TSN)プログラム」を導入した。このプログラムは医療コーディネーションを改善し、医療情報技術の利用を維持するようデザインされ、病院医療利用を減らすことを期待されていた。Aquitaine 地方の Landes 地区で実施された TSN プログラムでは、サポート・プラットフォームが創られた(詳細略)。対照地域では統合医療モデルは上記期間中実施されなかった。フランス全国医療保険の医療費請求データを用いて、実験地域と対照地域の 2012~2017年のデータを得た。TSN プログラムの 3 種類の入院医療アウトカムへの影響を推計するために、マッチングと差の差法を結合した。TSN プログラムは統計学的には有意ではあるが弱い救急外来受診の減少をもたらしたが、退院後 30 日以内の再入院率や回避可能な入院への有意な影響はなかった。以上の結果は、この統合医療改革の中心的目的を入院医療を減らすことに置いた場合、このプログラムの目的はまだ達成されていないことを示唆している。

**二木コメント**—上記イギリスの論文と同じく、この論文でも「統合医療」は「組織的統

合」ではなく、「機能的統合」です。最後の持って回った1文は、「要旨」ではなく、「結論」の最後にひっそりと(?)書かれていました。これは執筆者の良心の証かもしれません。

## ○医療・ソーシャルケア組織の垂直統合は機能するか？スコットランドからのエビデンス

Alonso JM, et al: Does vertical integration of health and social care organizations work? Evidence from Scotland. *Social Science & Medicine* 307(2022) 115188, 12 pages.

医療組織とソーシャルケア組織の垂直統合は、これら組織が提供するサービス利用者のアウトカムを改善する効果的な方法と広く見なされている。この仮説を検証するために、スコットランドにおける公的統合組織の創設の影響を調査した。この組織は法定機関で、地域レベルでの成人のソーシャルケア、プライマリケア、地域保健及び予定外の入院の計画と財政を担っている。差の差法を用いて、2013-2019年のスコットランド統合組織内の退院の遅れと早期死亡率（両者の定義と測定方法は略：本文3頁）を、イングランド北部の地域と比べた。

その結果、医療・ソーシャルケア統合によりスコットランドの退院の遅れは改善したことが示唆された（点推計,-0.236;95%信頼区間,-0.443,-0.029）。しかし、早期死亡率の差は変化しなかった。この結果は、地域レベルでの医療・社会サービス組織の垂直統合は、組織効率と患者のエクスペリエンスを高める可能性があるが、地域住民の健康のより広い指標の改善を実現するのはより困難であることを示唆している。

**二木コメント**—ヨーロッパ諸国の医療統合研究には珍しく、「機能的統合」ではなく、(公的)医療・社会サービス組織の「組織的統合」(垂直統合)の効果の効果を検証した研究です。結論が謙抑的なことに好感を持ちました。

## <その他(3論文)>

### ○【アメリカにおける】コロナ・パンデミック中の稀少な資源の配分についての世論にある【障害への】偏見を確認・探究する

Ne'eman A, et al: Identifying and exploring bias in public opinion on scarce resource allocation during the COVID-19 pandemic. *Health Affairs* 41(10):1513-1522, 2022 [量的研究]

コロナパンデミックは稀少な医療資源の配分についての世論を調査する絶好の機会になった。アメリカの成人の全国代表標本を用いたコンジョイント実験により、短期の生存確率が同等な2人のコロナ患者の間での、病院にある最後の人工呼吸器の配分についての回答者の意思に、患者の様々な特性がどのように影響するか、及びこの意思が回答者の特性によってどのように異なるかを調査した。患者の特性には、ジェンダー、人種、年齢、コロナ・パンデミック前の就業状況、CDC(米国疾病予防管理センター)のソーシャルディスタンス・ガイドライン遵守の有無、及び障害の有無・種類・程度・原因・予後を含んだ。YouGove社提供のオンライン調査を2021年1-2月に行い、最終的に2500人から回答を得た。この時期にはコロナ患者数が多く、ワクチン接種はまだ進んでいなかった。

回答者の、障害を持つ患者への人工呼吸器配分意思是、非障害者へのそれより 5.5%ポイント低かった。障害に対する偏見は回答者の年齢が高いほど、教育年限が長いほど強かった。リベラルおよび穏健な(moderate)回答者は白人患者より黒人・アジア系の患者に人工呼吸器を配分する傾向があった。保守的な回答者は、トランスジェンダーの患者より非トランスジェンダー(cisgender)の患者に人工呼吸器を与える傾向が非常に強かった。以上の知見は、障害を持つ人々の権利を守る戦いはまだ終わっておらず、特に資源の稀少性下の医療政策の決定では、障害をもつ人々への偏見の軽減及び公民権の強化が重要であることを示している。

**二木コメント**—コロナ・パンデミック下の人工呼吸器の配分意思により障害への偏見を評価するという視点は斬新ですが、日本では決してできない調査だと思います。執筆者も強調しているように、私も「高等教育が障害への偏見を予防するのではなく、むしろ強めている可能性がある」という結果に驚きました。なお、Health Affairs 誌 2022 年 10 月号は、「障害と健康 [の関係]」の大特集で、17 論文を掲載しています。

## ○パンデミック効果と景気後退効果がアメリカの死亡に与えた影響—COVID-19 第 1 年

Ruhm CJ: Pandemic and recession effects on mortality in the US during the first year of COVID19. Health Affairs 41(11):1550-1558, 2022 [量的研究]

アメリカでは 2020 年 3 月 1 日～2021 年 2 月 28 日に、70 万人近い超過死亡が生じ、それは効果が相殺する (counterbalancing) ことが多い 2 つのメカニズムの結果である。1 つはこの期間に生じた失業率の変化 (以下「景気後退効果」) によるもの、もう 1 つは「パンデミック効果」であり、SARS-CoV-2 感染と COVID-19 の直接的影響 (健康や医療への影響) と失業率の上昇によらない他の変化を反映している。疾病コントロール・予防センターのデータを用いて、上記期間の総死亡をパンデミック効果と景気後退効果に分解した。性、人種、エスニシティ、年齢および 14 の死亡原因 (内因死 9、外因死 5) ごとの追加的推計も行った。

パンデミック効果は多くの原因の死亡を増やしたが、景気後退効果は逆にほとんどの原因の死亡を減らした。もし景気後退効果がなかったとしたら、超過死亡はさらに 4 万人近く増えていたと推計された。ただし、特に外因死に関しては別の(disparate) 影響もあり、交通事故死、アルコール関連死と殺人は増加し、これは強いパンデミック効果と見なされた。対照的に、景気後退効果は薬物中毒死の上昇に寄与していた。パンデミック効果と景気後退効果の相殺により、自殺は減少していた。これらの多様な影響を理解することは、現在及び将来のパンデミックの健康への影響を和らげるための政策的努力に有用な教訓を与える。

**二木コメント**—パンデミック効果 vs 景気後退効果という分析枠組みは興味深いのですが、実際のデータの分析と解釈には恣意性が強いと感じました。日本では景気後退は死亡 (特に自殺) を増やすと理解されていますが、アメリカでは違うようです。

なお、Health Affairs 2022 年 11 月号は「COVID-19 に対する経済的支援」を特集し、12 論文を掲載しています。上記論文は特集の巻頭論文ですが、これ以外にも興味深い論文

が少なくないので、このテーマに興味のある方必読と思います。

## ○公的長期ケア保険制度における長期ケアの利用と費用のバラツキの原因を説明する：韓国と日本の事例比較研究

Kim H, et al: Explaining variations in long-term care use and expenditures under the public long-term care insurance systems: A case study comparison of Korea and Japan. *International Journal of Health Policy and Management* 10(10):1-11,2022 [量的研究・2国間比較研究]

フォーマルな長期ケアサービスの普遍的給付の実現は、質と財政の両面で効率的なマネジメントが求められる人口高齢社会での緊急の政策課題となっている。国家間および一国内での長期ケアサービス利用にバラツキがあることは、効率的なマネジメントにより改善できる可能性を示唆しているが、このテーマについての研究は遅れている。長期ケアの利用と費用のバラツキの原因を明らかにするために、日本と韓国の比較を行う。両国はともにフォーマルな長期ケア保険を有しており、それらは類似しているが、運営方法と人口構造は異なる。分析単位として行政区域（日本は47都道府県、韓国は17「第一級行政区画」（ソウル特別市、6広域市、8道等）を用い、2013-2015年の65歳以上人口1人当たり長期ケア利用率と利用者1人当たり費用のデータを収集し、これらをアウトカム（被説明）変数とした。説明変数には需要関連要因（行政区域の人口学的・経済的条件）と供給要因を含んだ。これらのデータは既存の公的データベースから得た。プールドデータに対する固定効果モデルの加重最小二乗回帰分析を行い、Blinder-Oaxaca分解により両国間のアウトカムのバラツキの原因を調べた。

その結果、高齢者の長期ケア平均利用率は韓国では6.8%、日本では18.2%であった。利用者1人当たり費用は、日本の方が韓国より4割多かった。利用率の差の大半は、両国の供給・需要要因の差で説明できたが、利用者1人当たり費用の差の大半は、今回の研究では調べられなかった両国独自の要因によるものであった。以上の知見から、長期ケアの利用は主として高齢者の人口学的・機能的（障害）特性によって規定されるが、費用は保険のガバナンス方式と対象とする人口の選択、給付についての政策選択等の制度的要因に影響されると結論づけられる。

**二木コメント**—韓国の3人の研究者（教授）と東京大学大学院医学系研究科橋本英樹教授による堅実な共同研究です。筆頭著者のキム・ホンスソウル大学保健大学院教授は、長期ケア分野の著名な研究者です。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 213)ー最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○藤井渉（日本福祉大学准教授。専門領域は障害者福祉論、研究テーマは戦争と障害者、障害者福祉政策など）「視野を広げて『いま』を認識するためには、『いま』をどこまで奥行きをもって振り返ることができるかが重要です。広く深い視野から現場を覗いたとき、ふだんは見えなくなっていたいろんなことへの気づきが見えてきます。その気づきは困難を抱える現場を少しでも『前へ』と進めるためのきっかけになるはずです」（『ソーシャルワーカーのための反「優生学講座」』現代書館,2022,2頁）。二木コメントー私も、「いま」の医療政策を分析する際、常に、「単なる現状分析にとどまることなく、常に歴史的視点を持って分析」しているので、大いに共感しました（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,「はしがき」i頁）。

○伊藤真（伊藤塾塾長・弁護士。1958年生まれ、64歳）「決断の際、私には『五つのルール』があります。一つ目は、迷ったらワクワクする方を選ぶこと。二つ目はリスクで比べず、思い通りにいったゴールを想像すること。三つ目はあえて困難な方を選ぶことです。（中略）四つ目はあえて二兎を追って、努力すること。最初から自分で限界を決めてあきらめるべきではありません。最後は、自分の選択に後悔をしないこと。自分が一生懸命考えて決断した選択は、結果がどうあれ、自分にとって意味があるものになると思います」（「朝日新聞」2022年9月5日朝刊、「決断 私の『五つのルール』」）。二木コメントー私も、二つ目のルール以外は、長年実践しているツモリなので大いに共感しました。伊藤氏の四つめのルールについて、私は、自分の名前（二木立）をもじって「二本立」（の生活・研究）と称してきました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,73,76,97,112,163頁）。

○高橋海人（アイドル・俳優、23歳。King & Princeとしてデビューしてから4年半。テレビドラマ「ボーイフレンド降臨！」で単独初主演を果たした。努力家で負けず嫌いと言われている）「小さい頃からのダンスを通じて、努力することが自然と身につきました。成長が感じられると、楽しいんです。僕にとって努力するとはゼロカロリーなんです」（『AERA』2022年11月21日号:9頁。ライター:小松香里）。二木コメントー私も、日本福祉大学教員だった2006年＝16年前に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,162頁）では、研究することが「完全に生活化または『趣味』化しており、『努力』しているという意識は皆無です」と書きました。しかし、最近、『日本医事新報』と『文化連情報』の連載テーマを決めるために、ほとんど毎月、悪戦苦闘＝大変な「努力」をしています。

○小平奈緒（スピードスケート選手（相澤病院所属）。2018年平昌のオリンピックで日本女子スピードスケート史上初の金メダル獲得。現役最後のレースとなった2022年10月22日のスピードスケート・全日本距離別選手権・500メートルで8年連続13度目の優勝を果たした。ひた向きに努力を重ねる姿から「氷上の求道者」と呼ばれる）「人生に満点はない。数字で測ると自分の限界を決めてしまうことになる」（「読売新聞」2022年10月23日朝刊）。二木コメントー私は、自分の目標・成果についても「数字で測る」癖があるので、大

いに反省しました。

### <その他>

○小平奈緒（札幌オリンピックの誘致活動への参加を要望されたが辞退した）「スポーツの純粋な楽しさをもう一度考えたいので、今は札幌五輪に関していったん置いておいてほしい。いろいろと問題も耳にする。五輪がスポーツをする人にとって必要なものであってほしい。それを利用されたくない」（「日刊ゲンダイ DIGITAL」2022年10月29日。峰崎直樹「チャランケ通信」444号（2022年10月31日）が紹介）。二木コメントー峰崎氏と同じく私も、「まさに、一服の清涼剤であり、スポーツ関係者への警鐘でもある」と感じました。

○安井理子（名古屋市・南山（なんざん）中女子部1年）「特技？ 2021年の自民党総裁選後の両院議員総会で、岸田文雄総理は『自分の特技は、人の話をしっかり聞くこと』と語った。私はその話を耳にし、『特技？』と驚いた。なぜなら、それまで私は、特技とは特別な技や技術のことだと思っていたからだ。／私には、ピアノや料理など趣味はたくさんあるが、胸を張って『特技』と言えるほどの自信はなかった。／しかし、岸田さんの特技を知り、私にもちょっとした特技があることに気付かされた。それは『人に話しかけること』だ。私は、中学校に入学し、新しく出会った同級生にどんどん声をかけ、友達の輪を広げている。この気付きは、私にとってうれしい発見であった。／これから私は、自分の特技を聞かれたら『人に話しかけること』である、と自信を持って言おうと思う。そして、これからもこの特技を続けていきたい」（「中日新聞」2022年10月23日朝刊、投稿「特技？」（全文）。二木コメントーさすが名門中学の生徒はセンスが良いと驚きました。ちなみに、私は「人にどんどん話しかける」特技はないと自覚しています。教え子からは、「人の話をしっかり（最後まで）聞かない」ともよく言われます。

○出久根達郎（作家）「あなたは思ったことを口に出さずにはいられないタイプでしょうか。おかしいと感じた時に本当におかしなことかどうか、疑ってみることはないのでしょうか。／黒か白かをはっきりとさせずにはいられない、とおっしゃいますが、黒でもなく、白でもない、グレーのこともあるでしょう。その時は、どうしますか。／自分の感覚や尺度だけで物事を判断してしまうと、勇み足になりがちです。後先を考えずに発言したり、行動したりすれば、もめ事にもなりやすい。（中略）手続きの問題でしょう。正義を通すときも、その場に応じた手続きを踏む必要があります。気配りができるかどうかは大切です。これで、人間性を問われることもありますよ」（「読売新聞」2022年10月23日朝刊、「人生相談」。「周りの人から面倒くさい人と思われている」と感じている、50代の会社員女性からの、「おかしいと思うことをおかしいということが、なぜいけないのでしょうか？」との相談への回答）。

## 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18回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」57号（2022年11月13日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

### 4.

#### 2. 二木からの情報提供とその説明

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

※注意：論文のPDF等の申し込み締め切りを毎回ゼミの翌日（今回は11月20日）とします。

#### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○数馬恵子「nursing intervention（ナーシング・インタベンション）」〔特集●理解度を再確認しよう“気になることば”〕『看護』1992年12月号：46-54頁。〔樋口佳耶さん提供〕

…nursing intervention を「看護介入」と訳すことに違和感を感じる方も多いいことを踏まえ、まず米国の文献に基づいて、nursing intervention とは何か、その定義と類語及び用法について調べ、米国でもこの用語が「さまざまに用いられ、混乱を生じていること」を示す。次に一般用語としての intervention、intervene の語義を英語辞書と英和辞典で検討し、両者とも、「干渉」「介入」の意味は最後に示されていることを紹介する。最後に、「nursing intervention にはどのような訳が適切か」について考察している。数馬氏は、特定の訳語を推奨していないが、「看護援助」や「看護活動」に好意的と読める。私はこの論文が30年も前に発表されていたことに驚いたが、残念ながら、今でも、看護領域だけでなく福祉領域でも、「介入」が無批判に使われている。その理由の一つは、数馬氏も自認しているように、この論文が「非常に読みにくい」こと、及び、氏が「介入」に代わる適訳を明示しなかったことにあると思う。この論文を読んで、「読みやすく分かりやすい論文を書くこと」、特に、**自己の提案を「はじめに」または「おわりに（結論）」で明示することの重要性**を改めて感じた。

○山口尚『難しい本を読むためには』ちくまプリマー新書,2022年8月。

…難しい本を読むための「必勝法」・便法は存在しないが「正攻法」は存在するという姿勢で、哲学者の文章を取り上げて、原理的な指針と読解において活用されるテクニック、「読書会」のやり方などを紹介。「キーセンテンスを見つける」、「長い文章は分けて読む」、「前提と結論を見極める」、「批判しながら理解する」、「すべてわからなくても大丈夫」、「必要な箇所だけ理解すればよい」等のテクニックは汎用性がある。本書は哲学・思想の研究者を志望する者 a/o オタク向きの本。私は、**医療・福祉分野等では、「難しい本」・論文を書くのは避け、「読みやすく分かりやすい論文を書く」ことに注力すべきだ**と思う。

#### B. 医療・福祉関連

○金谷信子『介護サービスと市場原理 効率化・質と市民社会のジレンマ』大阪大学出版会,2022年2月。

…準市場化された日本の介護保険サービスを対象に、市場化の成果と弊害、および市

場化が「市民社会」（国家とも市場とも異なる領域）に与えた影響を、営利事業者と非営利事業者の行動を比較しながら、計量分析・実証分析により検証。全8章。第6章では、一部の介護保険サービス事業者の中で進む大規模化・多角化がもたらす規模の経済効果および範囲の経済効果を検証し、次にそれと介護保険サービスの質との関係进行分析し、「生産の効率化や規模の経済や範囲の経済の追求は、サービスの質を部分的に犠牲にする可能性があることを明らかに」する。手堅い分析だが、全額自費の保険外サービスの分析はしていない。本書の鍵概念は「準市場」であるため、書名は『介護サービスと準市場』の方が適切だったと思う。

**○富永真紀『介護職が「働きたい」と思える職場のつくり方 事例研究で変わる！ 介護現場の心理的安全性』中央法規,2022年9月。**

…介護職員の離職の大きな理由の一つである「職場の人間関係」に焦点を当て、介護現場における心理的安全性とは何か、なぜ必要なのか、どうしたら高めることができるのか等を、離職につながりかねない介護現場の人間関係の9つの「あるある事例」を示しながらわかりやすく解説。その上で、「職場内研修」を通して心理的安全性の高い職場の雰囲気をつくっていく方法も提案。「心理的安全性」は、「仕事に関連する考えや感情を気兼ねなく職場や組織の人々に発言できる雰囲気」と説明。私はこれなら、psychological safetyの訳は「心理的安心（感）」の方が良いと改めて思った。単なるハウツー本ではなく、著者の科研費研究等で得た知見とデータを用いているので深みがある。医療・看護職（特に管理職）にも有用。

※psychological safetyの定義・説明を、Macmillan Dictionaryと英語版Wikipediaで調べたところ、a briefやbelieving（共に、確信）、an atmosphereやa climate（共に、雰囲気）という「主観的」単語を用いて説明していた。松原由美氏によると、psychological safetyは当初は「心理的安全感」と訳されたが、その後「心理的安全性」が定訳になったとのこと。

**○『ハスカップ・レポート 2021-2022 2024年の介護保険制度』（編集・制作：小竹雅子）**

2022年10月。頒価：1000円（送料無料）、申込：FAX 03-3303-4739 <http://haskap.net/>  
…介護保険制度の見直しが社会保障審議会介護保険部会で年末までにまとめられ、2023年の通常国会に改正法案の提案が予定されている。9月末までに公開された資料・情報・提案に基づいて、極めて複雑な見直し案を、主なパターンに整理。最新データだけでなく、2000年度の介護保険制度開始からの様々なデータと「給付と負担」の見直しの経緯を、時系列的に分かりやすく示す。

**○香取照幸『高齢者福祉論 介護保険制度の理念・意義・課題』東洋経済新報社,2022年10月。**

…「介護保険制度の生みの親」の1人である香取氏が、上智大学総合人間科学部の専門課程での同名講義をベースにして、「教科書風」に書き下ろし。全14章。介護保険制度創設に到る歴史的背景、その理念と意義（パラダイム転換、「ケアの哲学」）、及び論争（現金給付と介護手当、家事援助・生活援助）について、「対外非公表資料」も使って縦横に語る。最後の第14章で、氏が「介護保険の到達点」と位置づける「地域包括ケアネットワーク」について詳述。私は、香取氏が法律用語である「地域包括

ケアシステム」を用いず、「地域包括ケア（ネットワーク）」のみを用いていることに共感し、「地域共生社会」についてまったく言及していないことに注目した：「地域包括ケアは、制度や体制ではなく、ケアのネットワークである」（468頁）。他面、介護保険制度により在宅サービスについては営利企業の参入を認める「（擬似）市場原理」が導入されたことや、2003年以降の介護報酬改定や法改正で給付範囲の縮小や利用者負担の引き上げが連続的に行われたことについての言及・評価がないのは残念。また、自助・共助・公助について、①「段階的に存在している」と説明していること（192頁）、及び②本書で肯定的に引用している「地域包括ケア研究会」が提唱している「互助」について触れていないことには疑問を感じた。**介護保険の研究者には、『介護保険制度史』（社会保険研究所,2016）と共に必読。二木立『介護保険制度の総合的研究』（勁草書房,2007）も、「公式の解説や通史には欠落している重要な事実や視点を多数含んだ『もうひとつの介護保険史』」になっているので、併せ読んでほしい。**

**○藤井渉『ソーシャルワーカーのための反「優生学講座」 「役立たず」の歴史に抗う福祉実践』現代書館,2022年4月。**

…「歴史から福祉現場を見るという、かなり挑戦的な企画」。全8章。相模原障害者殺傷事件に象徴される「いまの福祉現場を問うために、まずは〔第1～4章で〕この5年間（2016-2021年）を扱うことから始め、その後、50年、100年、150年、500年〔17世紀のウィリアム・ペティの「命価説」やジョン・グラントの「死亡表」〕と時間軸のスケールを徐々に広げて」いる。書名の「反『優生学講座』」は、約90年前に出版され、優生学を多種多様な切り口から論じたシリーズに対するアンチテーゼ。各章の詳細な注と深い「おわりに」から、著者の歴史研究者としての実力がうかがわれる。ただし、第5章以降はややスケッチ的。内容が豊富なだけに、索引がないのは残念。私は、第1章「狭い現場から距離をとって見つめ直す」という問題提起に、大いに共感した（私も、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房,2006,107-110頁）で、「福祉関係者・若手研究者」に、「研究を現場・実践と直結させない」、「研究者は、実践・運動から一步引かないとマトモな研究はできないとすら考えて」と「忠告」した）。第2章の「被害者匿名化の是非」にも注目した（私は、相模原事件でこのことが一番気になっていた）。

**○黒田研二「社会医学の実践の歴史と未来デザイン」『社会医学研究』39巻2号：104-112頁,2022年9月（実際の発行は同年11月）。**

…日本社会医学会の前進の社会医学研究会は1960年に創立され、2000年に現在の名称に変更した。本論文はまず創立当初の社会医学の位置づけをめぐる議論を紹介し、研究会・学会の60年の歩みを振り返る。そこでは、田中恒男氏の社会医学研究会への批判（社会問題として健康問題をとらえる「社会化医学」）も紹介。次に、1960～70年代に取り組まれた「先達の実践的研究」として、丸山博氏らによる森永ヒ素ミルク中毒被害の解明と、原田正純氏らの水俣病への取り組みについて詳しく紹介する。その上で、「社会医学の展望と未来デザイン」として、氏が社会医学の基本と考える柱を3点述べる。ここでは上記田中氏の批判にもやんわりと反論し、最後に原田正純

氏の「水俣の教訓としての視点」を紹介：「第1は弱者の立場で考えることだ。（中略）第2は、[研究面での]バリアフリーだ。（中略）第3は、現場で学ぶということだ」。私は、黒田氏が、SDH (social determinants of health) の公式訳である「健康の社会的決定要因」ではなく、「社会的要因」、「社会的原因」を用いていることに注目・共感した。欲を言えば、社会医学研究会創立以前、特に第二次大戦（アジア・太平洋戦争）前後の社会医学研究についても簡単に触れて欲しかった。

○金成垣「韓国における『社会保険でないもの』の広がり」『週刊社会保障』2022年10月24日号：42-47頁。

…韓国で20世紀末に社会保障制度が整備されて以降20年間の社会保障制度改革の過程を検討し、「不安定就労層が多数派を占める韓国の現状からして、安定的かつ持続的な保険料納付を前提とする社会保険を中心とした改革には限界が多く、そのため、公的扶助およびそれと同様の税方式の制度の新設と拡充を中心とした制度改革が積極的に行われていることを確認」し、それを「社会保険でないもの」の広がりと呼称。韓国の改革は、日本の改革では社会保険の適用範囲の拡大（「勤労者皆保険の実現」）及び社会保険（特に医療保険）保険料財源の他制度への流用が試みられているのと対照的であり、この点について日韓の社会保障制度改革比較をする必要・意義があると感じた。金氏は新著『韓国福祉国家の挑戦』（東京大学出版会、2022年7月）で、近年、韓国では「『福祉国家的でないもの』へすすもうとする動きがある」（24頁）と主張していたが、その後3か月間で、「『社会保険でないもの』の広がり」と表現または事実認識を変えたことの説明はしていない。また、新興高所得国である韓国の経験を敷衍して、中低所得の「アジアの多くの国において『社会保険でないもの』を中心とした社会保障制度の整備がすすめられている」とするのは論理の飛躍と思う。

○子どもと家族のための緊急提言プロジェクト「出産費用に関するWEB調査の結果（速報値）」2022年4月（ウェブ上に公開）。「日刊ゲンダイDIGITAL」10月30日がこれを紹介（「出産費用は保険適用すべき？一時金の『47万円へ増額』では根本解決にならない理由」）

…2022年4月1～15日に、過去4年間に出産した人（47都道府県の当事者1236人、うち有効回答1228人）が実際に払った金額をアンケート調査し、併せて負担の状況についての感想や考えを尋ねた。主な結果は以下の通り。「出産育児一時金42万円」以下で産めた人はわずか7.0%。半数以上（54.4%）が「入院予約金」を求められており、5万円以上が61.1%。出産費用に「エステ」「マッサージ」が含まれていた人が各1割強、「特別な食事」28.9%。自治体種類別にみると、特別区では「一時金のおかげで自己負担はほとんどなかった」は6.8%にすぎず、他自治体（政令指定都市29.1%、中核市23.6%、その他の市33.8%等）より顕著に少なかった。同「プロジェクト」は、この調査結果を踏まえて、「主要国で実現されている『医療保険適用』や『出産無償化』についても検討すること等3項目を提言。

この調査結果は、2022年8月19日の社会保障審議会医療保険部会に示された「**出産費用の実態把握に関する調査研究（令和3年度の結果等について）**」と相補的。な

お、日本でも 1993 年に医療保険審議会で産科医療（正常な分娩）の現物給付化が検討されたが、日本母性保護協会等の強い反対で見送られた（二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,206 頁）。

○野田京花・他「自宅から入院した高齢患者の自宅外退院に影響する要因の検討：誤嚥性肺炎を中心に」『日本医療・病院管理学会誌』59(3)：88-97,2022 年 4 月（ウェブ雑誌）

…793 の DPC 病院の患者 23,781 人のビッグデータを用いた研究。自宅退院 71.3%、自宅外退院 28.7%。退院先を従属変数、患者背景因子、病院背景因子、看護必要度等の有無を独立変数とするロジスティック回帰分析を行い、多数の有意な要因を見いす。特に重要な要因は ADL 能力と医療的措置（中心静脈栄養）。ただし、これは先行研究の確認で新しい知見はほとんどなく、"Et alors (So what) ?"。「自宅外退院」の内訳や、「自宅外退院に影響する」重大な要因である家族要因をまったく検討していないのは雑い。なお、私は、1983 年=39 年前に、「脳卒中患者が自宅退院するための医学的・社会的諸条件」（これが論文名）を患者 495 人を対象にして検討し、「リハビリテーションにより、歩行が自立すること、少なくともベッド上生活が自立すること」、「もし、全介助にとどまった場合は、最低限常時介護者プラス補助的介護者 1 人が確保できること」等の 3 条件を見いだした（『総合リハビリテーション』11(11):855-899,1983）。

○小坂鎮太郎・松村真司編『外来・病棟・地域をつなぐケア移行実践ガイド』医学書院,2022 年 6 月。

…「ケア移行」（救急外来・急性期病棟・回復期リハビリテーション病棟・退院・地域等、患者の療養場所の変化に伴って短期間で集中的に行われるケア・プロセス。transition of care.本書では patient journey を多用）においてしばしば経験する諸問題をどのように解消すればよいか？について、一般論、医療環境／職種別、疾患別の 3 方向からていねいに整理。主に医療専門職を想定しているが、**「ケアマネージャー・医療ソーシャルワーカーの視点からみたケア移行」**についての special article も収録（94-102 頁）。

○西谷啓太・梅井崇仁・高橋淑郎『医療職のためのバランスト・スコアカード・実践マニュアル B S C を理解し、納得し、実行し、成果をあげる』メヂカルフレンド社,2022 年 8 月。

…「医療 B S C に関して、正確かつわかりやすい内容で著されたものが、これまでほとんどなかったことへの反省から」、それを推進してきた 3 人が責任を持って（責任を感じて？—二木）出版。高橋氏の今までの B S C についての著作が難解・「学問のための学問」的だったのと異なり、本書は病院の実務経験者が中心に書いているので、随所にわかりやすさく読める工夫がなされている：第 2 章で B S C の「正否を分ける勘所」を示す、第 3・4 章は Q & A 形式で B S C の基本+アルファを説明等。

○新田秀樹「『国民皆保険』の意味の変遷」（特別連載「健康保険法制定 100 年を記念して」第 1 回）『週刊社会保障』2022 年 10 月 24 日号：48-53 頁。

…「国民皆保険」の意味の変遷を、①戦前の皆保険、②終戦から [1961 年の] 皆保険達成時までの皆保険、③高度経済成長期の皆保険、④石油危機以降の皆保険の 4 期に

分けて鳥瞰。皆保険の意味は多義的であり、(a)「人的適用面の皆保険」、(b)「保険給付面の皆保険」、(c)「医療提供体制面の皆保険」の3つの意味が併存し、時期によってそのウエイトのバランスが変化したと指摘。「裁判例に見る皆保険」についてもスケッチしているが、国民皆保険達成前に、国民健康保険強制加入は憲法違反ではないとした1958年の最高裁判決にも触れてほしかった(島崎謙治『日本の医療 [増補改訂版]』東京大学出版会,2020,213-215頁、他)。私はこの判決が日本で国民皆保険の違憲訴訟を封殺・予防したと思っている。新田氏が国民皆保険の意味が多義的であることを肯定的に評価しているのを読んで、国民皆保険という「スローガン」が、ロールズが提唱した「重なり合う合意(overlapping consensus)」(神島裕子・他訳『政治的リベラリズム』筑摩書房,2021 [原著2005],161-208頁。簡潔な説明は、齋藤純一・他『ジョン・ロールズ』中公新書,2021,124-126,134-138頁)に当てはまることを再確認した。**医療保険の研究者・学習者必読。**

○吉沢豊予子・南裕子・西村由美「(座談会)地域に根ざした問題解決をめざす地元創成看護学を知る」「週刊医学界新聞」2022年10月31日号1-3面(ウェブ上にも公開)

…日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会が2020年に「新たな看護学の在り方」として「提言」した「地元創成看護学」について、この概念の「創成」を主導した3人が議論。私は以前「提言」を読んだ時に、この概念の意味も提案理由も理解できなかったが、座談会を読んで、疑念がより深まった。座談会の標題でも本文でも、「地域」と「地元」がチャンポンに使われているのに、なぜ広く使われている「地域」に代えて、敢えて「地元」を使うかの説得力ある説明がなされていない(「『地域』という語もまた不十分…。個別性が薄まること、すでに多様な使い方がされていることなどが理由」(南氏)は???)。「地域によって多様な現れ方をする」保健医療福祉の「課題解決」は、多職種連携による地域包括ケアでなされようとしているのに、「看護学」のみを強調することは、看護学界重鎮の独善性と政策音痴の現れ。なお、「地元」の英語表現"home community"は和製英語と思う。ただし、南氏と吉沢氏の「大学の自治を維持しながら自治体に働きかける」姿勢には共感した。

○太田圭洋「(全日病学会シンポジウム講演録)今一度、地域医療構想を考えるー過度の集約化による副作用を懸念」『社会保険旬報』2022年11月21日号:6-11頁。

…コロナ禍後、地域医療提供体制改革＝地域医療構想が加速されているが、構想の本来の目的から外れ、公立病院の統合により巨艦病院が出現し、地域密着型の民間病院が淘汰される実態を具体例を挙げて指摘し、「過度の集約化により副作用が出ている」と警鐘を鳴らす。さらに高齢者の急性期医療ニーズが急増する2040年を見据え、地域包括ケアシステムを構築するために二次救急が重要であるが、巨艦病院はそれに馴染まず、必要なのは軽巡洋艦駆逐艦のような小回りの利く地域密着型病院であると強調。「回復期病床は不足していない」のに公立病院が参入して民間病院を圧迫している、地域包括ケアでは地域包括ケア病棟が重要な役割を果たすが、現行の13対1の看護基準では「高齢者救急に対応することは難しい」等の「現場の感覚」は説得力がある。**地域医療構想について再考するための必読文献。**

## C. コロナ関連

○宮沢孝幸『ウイルス学者の責任』PHP 新書,2022年4月。

…「ウイルス学の『常識』」（細菌感染とウイルス感染との違い）に基づいて、コロナ・パンデミック時の日本の自粛要請は過剰であり、スポーツやコンサートの中止は不要だったし、ルールを決めれば飲食店を休業にしなくても良かったと主張（第1章）。ただし、宮沢氏も「ある程度の自粛」の必要性は指摘。第2章では、「ワクチンにどのくらいの効果があったのかも現時点では不明」として、子どもがワクチンを打つことに強い疑義を呈す。**第1章・第2章は通説を疑うための貴重な「セカンドオピニオン」**に思える。第3章・第4章はコロナ禍以前に宮沢氏が「ウイルス学者としての責任」を果たした記録。第5・6章の自分史は自慢話が多く、蛇足に思える。ただし、「プロジェクト研究は人を育てない」には共感した。

○広瀬巖『パンデミックの倫理学 緊急対応時の倫理原則と新型コロナウイルス感染症』勁草書房,2021年1月。

…広瀬氏はカナダ・マギル大学哲学部特別教授。2006年に（当時の）新型コロナウイルスのパンデミックの対応策についてのWHO倫理指針作成のためのワーキンググループに参加。本書はそこでの議論とワーキングペーパーの概要を氏自身の理解を通して紹介するとともに、そこでは触れることができなかつたか、想定していなかつた倫理的課題を、2020年の新型コロナウイルス感染症の文脈で分析。全5章。本文152頁の薄い本だが、内容は濃く、「一文一文、そして一語一語が何を含意し何を含意していないかをはっきりさせる」ように極めて厳密に書かれている。「倫理学の理論的基礎の紹介と思考実験による分析を行っている」第1章・第2章はやや難解。第1章では「救命数最大化[死者数最小化]は誰もが受け入れられる大枠の原則であると結論」するが、第2章では「救命措置に関わる医療資源の分配では生存年数最大化が公平性の観点から倫理的に正当化される」と主張。第3章「パンデミック下の医療資源の分配」（「誰に人工呼吸器を優先するか？」等）は危機時の「個別の稀少医療資源の分配について」（のみ）考察し、医療資源の供給を急速に増やすことには触れていない。第5章は「COVID-19パンデミックの哲学的分析」。最後の「結語」では、「哲学的ではない3つの私見」を記し、第3に「世界でも稀」な制度である「保健所という公衆衛生インフラストラクチャーが果たす役割の重要性を強調」（156頁）。

○児玉聡『COVID-19の倫理学 パンデミック以後の公衆衛生[京都大学立ち止まって、考える連続講義シリーズ01]』ナカニシヤ出版,2022年7月。

…「文系の研究者たちが目下のパンデミックに関して何ら役に立つ研究をしようとせず、大学もいつも通りの研究と教育を続けようとしているように見えた」ことに「腹を立て」、2020年7-8月に5回行ったオンライン連続講義とそこでの質疑応答、及び1年後に行った「補講」（毎回講義40分+質疑20分）をそのまま書籍化。コロナ・パンデミックを窓として、公衆衛生の倫理について「そもそも論」・原理原則から多面的に考えている。著者は良い意味でバランスがとれており、第4講で紹介されている井上達夫氏の尖ったソフト・ロックダウン反対論と対照的。第3講「人工呼吸器を誰に配分するか」でのトリアージの考察は興味深い。私は、第4講で紹介されている、平時・緊急時・危機の3つの時期の「医療水準」の区別がトリアージでも重要であり、

「危機的状況」以外では、医療資源（特に物的資源）を急速に増やすことにより、トリアージは回避できるし、日本のコロナ・パンデミック時も回避できたと考える（例：人工呼吸器やワクチンの大量確保）。個人的には、「介入」や「生活習慣病」という用語を無批判に使っているのが気になった。

#### D. 政治・経済・社会関連

○小田中直樹『歴史学のトリセツ 歴史の見方が変わるとき』ちくまプリマー新書,2022年9月。

…主として高校生を対象にして「歴史の面白さ」を伝えるべく、歴史学が科学として成立し、ひとつの学問領域として制度化された19世紀から、21世紀初頭に至るまでの歴史学の歴史を概観。19世紀なかばにランケは、主観・記憶を排除した「実証的歴史学」を確立し、それが歴史学の主流となった。しかし、歴史学はそれ一つでなく、20世紀にはアナル学派、労働史学、世界システム論、社会史学等が成立した。さらに、ポスト・モダニズムの一環である「言語論的転回」（ソシユール）により歴史学は危機を迎え、ポスト・コロニアリズム、記憶研究、グローバル・ヒストリー、パブリック・ヒストリー、エゴ・ドキュメント等、さまざまな潮流が登場している。しかし、現在でも「実証的歴史学」・ランケ学派が歴史学の主流であり続けている。記述は平易で、歴史学の歴史＝「史学史」の教養を身に付けるには便利な本。

○鈴木エイト『自民党の統一教会汚染 追跡3000日』小学館,2022年10月。

…第2次安倍政権発足後、9年間・3000日以上にわたって自民党と統一教会の関係性を、さまざまな圧力に屈せず追及し続けてきた鈴木氏が、安倍元首相が殺害されるに至った道程を経年的に克明に記述。氏のすさまじい取材力には驚嘆したが、読みにくい。