

2023. 11. 5(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻232号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構ですが、**他の雑誌に発表済みの拙論全文を別の雑誌・新聞に掲載することを希望される方は、事前に初出誌の編集部と私の許可を求めて下さい。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様のご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。

本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に掲載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

232号の目次以下の通りです (5頁)

1. 論文：私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだことー診療所医師のコロナ対応を中心に（「二木教授の医療時評(214)」『文化連情報』2023年11月号（548号）：28-37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212回：2023年分その8：論文）…1頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介（その226）ー最近知った名言・警句……………1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30回）……………1頁

訂正：230号（本年9月）と231号（同10月）の表紙目次の「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」の「通算」番号が誤っていました：230号の209は210、231号の210は211です。

お知らせ

1. 論文「**コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？**」を『日本医事新報』2023年11月4日号に掲載しました。本「ニュースレター」233号（12月5日配信）に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. **【再掲】講演を「COML医療フォーラム 徹底討論！！かかりつけ医機能」**（11月18日、日比谷図書文化館日比谷コンベンションホール）で行います。他の講演者は、横倉義武氏（日本医師会元会長）、草場鉄周氏（日本プライマリ・ケア連合学会理事長と山口育子氏（ささえあい医療人権センターCOML理事長）です。参加を希望される方は、COMLまでメールや電話でお申し込み下さい（参加費4000円。詳しくは添付するチラシ参照）。

1. 論文：私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査 で学んだことー診療所医師のコロナ対応を中心に

(「二木教授の医療時評」(214)『文化連情報』2023年11月号(546号):28-37頁)

はじめに

私は本年5月下旬から6月上旬の2週間、日本医師会の西欧医療調査団(団長・鈴木邦彦茨城県医師会会長)の一員として、イギリス、ドイツ、フランス3か国の研究機関・研究者、医療保険団体、医師会・保険医協会・家庭医協会等の担当者にインタビュー調査をすると共に、コロナ診療に携わった病院・診療所(一般医・家庭医)の訪問調査も行い、各国のコロナ禍対応を中心に調査しました【注1】。調査団のメンバーは全員医療制度・政策に精通しているため、一方的に話を聞くだけでなく、積極的に質問や疑問を出し、実質的に相手側との「討論会」になることも少なくありませんでした。

日本では「日本経済新聞」や一部の研究者等は、日本のコロナ対応は失敗したと批判する一方、かかりつけ医制度が確立し、医療施設の機能分化も進んでいるヨーロッパ諸国を高く評価しています。しかし、実地調査の結果、その主張の多くが事実誤認であることが分かりました。

本調査の公式報告書は後日、日本医師会から公表される予定です。本稿では、それに先立ち、私が調査で学んだこと(私見)を、診療所(一般医、家庭医)のコロナ対応を中心に、訪問した国順に「スナップショット」的に紹介します【注2】。

1 イギリス(イングランド)の現地調査で学んだこと

イギリス(連合王国)の医療制度・政策は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドで微妙に異なります。後述する『世界の社会的処方』のように、これらは4か国と表現されることもあります。以下、「イギリス」は「イングランド」を意味します。

GPはコロナ診療をしなかった

日本では、医療機関、特に診療所のコロナ対応の遅れを「かかりつけ医制度」の欠如と結びつける主張が根強くなされています。しかし、全国民がGP(general practitioner. 一般医)に登録することになっているイギリスでは、コロナ禍、特に第一波と第二波中はほとんどの診療所はコロナ患者(疑い患者を含む。以下同じ)の診療をしませんでした。

政府は、この期間、特にロックダウン中は、医療機関受診を含めて国民の外出を厳しく制限し、国民もコロナ感染を恐れて、診療所受診を控えました。診療そのものを中止(休診)した診療所も少なくなかったそうです。そのため、コロナ禍以前から社会問題となっていた、診療所への患者アクセスの悪さはさらに悪化しました。

第二波からは、地域のGPグループ等が自主的に、コロナ患者の診療に特化した「ホット・ハブ」を開設しましたが、その大半は診療所外に設置されました。ここでの診療は、GP登録とは無関係に行われました。つまり、GP登録制度はコロナ・パンデミック中は機能しなかったのです。

イギリスは2020年12月から、世界に先駆けてコロナワクチンの接種を開始しましたが、その大

半は診療所以外の大規模会場での「集団接種」で、診療所での「個別接種」はほとんど行われませんでした。「集団接種」はG Pや看護職等だけでなく、緊急の法改正により、短期間の研修を受けた非専門職（例：航空会社のキャビンアテンダント）も実施しました。

コロナ禍による診療所へのアクセスの悪化により、国民のGPに対する満足度は急速に低下しました。GP満足度はコロナ禍前は国民保健サービス（NHS）全体に対する満足度よりかなり高かったのですが、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りました(1)。

プライマリケアはGPの上位概念

日本では、イギリスではGPがプライマリケアを提供しているとの紹介が一般的で、私もそう理解していました。しかし、現在のイギリスでは、プライマリケアはいわば「上位概念」で、それはGP等の診療だけでなく、それとは別建てで「コミュニティ・サービス」も含んでいることを知りました。これには医療以外のサービスも含まれており、日本の地域包括ケアに類似していますが、NHSの管轄・予算で行われています。

この点は、日本で「コミュニティ・サービス」がほとんど「地域福祉サービス」を意味するのとは異なります。イギリスには介護保険制度も租税負担方式の包括的な介護保障制度もなく、地方自治体が提供する地域福祉サービスも保守党政権による連続的予算削減で手薄になっているため、NHSがこのような対応を余儀なくされているのだと思います。

GPのうち常勤は4分の1！

日本では、イギリスのGPは登録患者の疾病の診療だけでなく、予防・リハビリテーション・生活問題等に幅広く対応していると紹介されることが多いと言えます。その場合、1人のGPが登録患者を「丸ごと」診てしていると想定されています。

しかし、近年、イギリスでは、そのような「単独開業」は激減し、大半の診療所が「グループ診療所」となっています。その結果、複数の医師で患者情報を共有するための患者情報の電子化が日本とは比較にならないほど進んでいます。患者情報の共有は診療所と病院間でも進んでいる反面、診療所医師の入力した患者情報をキチンと見ない病院医師も多いそうです。

ここまでは、私にも「想定内」でした。私が驚いたのは、診療所で働くGPのうち常勤はわずか4分の1にすぎず、残りは非常勤なこと。法令上も、非常勤の診療所長も認められています。非常勤GPの多くは、残りの時間を病院での診療や研究等に充てているそうです。

また、GPの実際の退職年齢は非常に若く、ほとんどが60歳前に退職して、年金生活に移行するそうです。この点は、日本の診療所医師の平均年齢が60.2歳で、70歳以上が21.8%もいるのとまったく違います（『2020年医師・歯科医師・薬剤師調査』）。

患者情報の電子化は、非常勤医師間の情報共有にも有効ですが、日本の「かかりつけ医」の多くが患者と個人的に濃密な関係を継続して「ハイタッチ」な医療を行っているのとは異なります。

とはいえ、NHSの「医療情報ネットワーク」（日本流に言えば、医療DX）の進展ぶりは、それが立ち後れている日本はもちろん、ドイツやフランスとも隔絶した水準です。ただし、それにより実際の医療の質・アウトカムがどこまで向上したかは疑問で、例えば病院の入院待ち患者数はコロナ禍前には約440万人だったのが、コロナ禍後の2022年8月には700万人を超えました。

「社会的処方」をするのは医師ではない

日本では近年、イギリス生まれの「社会的処方」が注目されています。日本ではそれは以下のように紹介されることが多いと思います。①診療所のG Pが患者の抱える社会・経済・心理的困難を見いだして、リンクワーカーに「社会的処方」を行う。②リンクワーカーは診療所には所属せず、大半が地域在住の一般市民であるが、地域の医療以外の社会資源に精通しており、患者を社会的資源に結びつけ、上記困難を軽減できている(2, 3)。リンクワーカーを日本の民生委員に似ているとする紹介もあります。

今回の訪問調査では、社会的処方の「伝道師」とも言えるボグダン医師 (Bogdan, CG. Global Social Prescribing Allianceの責任者。病院の救急医も兼務) の講義を聞くと同時に率直な質疑応答を行い、上記の日本での社会的処方の紹介が実態と相当異なることが分かりました。以下、私が学んだことを4点、箇条書き的に紹介します。

①G P受診患者の5分の1、病院の救急外来受診患者の4分の1が、「純粹に社会的理由」(雇用、住宅、借金、孤独等。社会的問題と関わる精神衛生上の困難を含む) であり、社会的処方 は、N H S の医師の負荷を減らすために導入した。今まで医師がしていた仕事の一部(社会的問題への対処) をリンクワーカーが行うことにより、医師は医療に集中できるようになった。日本では、社会的処方は医師が行うとの説明・誤解に基づいて、それが社会的問題の「医療化」(medicalization)だと批判されることもありますが、イギリスの実態は逆です。

私は、社会的処方導入の背景としては、イギリスでは医療以外の社会(福祉)的サービスが手薄で、しかもN H S は原則無料のため、社会的問題を抱える国民が病院やG P診療所に集中するという「構造問題」があると感じました。

②イギリスでは「社会的処方者(social prescriber)」は、医師(G P)ではなく、リンクワーカーを意味する。日本でしばしば言われる「医師が社会的処方をする」との表現は間違いである(この点は、何回も確認しました)。別の講演で、ベテランGPであるコン医師も、リンクワーカーのことを何度も「社会的処方者」と呼びました。

③リンクワーカーの大半は診療所に雇用されており、その費用はN H S が補填している。その結果、社会的処方が2019年に始まった時、リンクワーカーは1000人だったが、2023年には3400人になった。

④リンクワーカーの国家資格はなく、業務のガイドラインが示されているだけだが、大半のリンクワーカーは大卒で、しかも看護師やソーシャルワーカー等の資格を持っており、無資格者の割合は30%以下である。彼らの年収は約3万ポンドで、新卒理学療法士並みである。

なお、ボグダン医師は、社会的処方の導入により、GP診療の予約が大幅に減り、リンクワーカーの雇用費用増を上回るG P費用の削減が生じたとの試算も紹介しました。ただ、この計算にはN H S 以外の社会サービスの「機会費用」等は含まれていないため、鵜呑みにはできません。

『世界の社会的処方』の概要

ボグダン医師からは、彼が中心になってまとめた冊子『世界の社会的処方』もいただいたので、その内容を簡単に紹介します(4)。この冊子は、まず「社会的処方とは何か?」について簡単に説明した上で、各国で社会的処方に取り組んでいる専門家へのオンライン半構造化面接に基づいて、世界24か国の社会的処方(運動)の最新動向・「ケーススタディ」を紹介していま

す。ただし、イギリス（UK）は、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの4か国扱いで、フツの数え方では21か国です。

これを読むと、社会的処方（運動）発祥の地であるイングランドを超えた広がりを見せていることが分かります。ただし、イングランドのように国の医療制度（NHS）に公式に組み込まれた国はまだごく限られており、アメリカ等では社会的処方への関心が高まったレベルです（19頁）。

そもそも国によっては社会的処方という用語を用いていません。イングランドの社会的処方の鍵とされている「リンクワーカー」という呼称も一般的ではなく、他の用語が使われているか、ソーシャルワーカーや看護師等の既存の専門職を活用している国（ポルトガル、スペイン、オランダ、オーストリア等）も少なくありません。これはボグダン医師が講演でも述べたことですが、イギリス全体（上記「4か国」）では「リンクワーカー」に75の異なった名称が使われています（4頁）。

日本の「ケーススタディ」では、西智弘医師と「社会的処方ラボラトリ」、埼玉医療生協病院（埼玉協同病院）、及び石坂脳神経外科の活動が紹介されていますが、「厚生労働省には医療、看護、疾病予防、住居、及び生活支援を、生活支援ワーカー（Seikatsu Shien workers (life support workers))を通して提供する『地域包括ケアシステム』を確立する計画がある」との意味不明な記述もありました。

2 ドイツの現地調査で学んだこと

ドイツのコロナ対応が他のヨーロッパ諸国と比較して、高く評価されていることは、日本でも報道されています。今回の調査でも、調査した組織・医師等がそのことを誇りにしていました。以下、診療所（家庭医。一般医もほぼ同義）に限定して述べます。なお、ドイツでは保険診療をする医師は州の「保険医協会」に加入義務がありますが、「家庭医協会」への加入は任意です。

ドイツでは第一波から多くの診療所がコロナ対応

大半の診療所はコロナ感染第一波から、コロナ患者の診療を行いました。日本と異なり、第一波から、コロナ診療に不可欠なPCR検査体制が迅速に整備されましたが、PPE（個人防護具）は不足していたようで、この点は日本と同じです(5)。それだけに、ドイツの診療所医師の「勇敢さ」には驚かされました。初期には電話診療が中心でしたが、オンライン診療も急増したそうです。診療所がコロナ患者の90～95%に対応した結果、イギリスやフランスのようなコロナ患者の病院への集中による病床逼迫を防げました。

手厚い診療所への所得補填

ただし、これはドイツの家庭医が「勇敢だった」だけでなく、上述したようにPCR検査や電話・オンライン診療が第一波から広く可能であったことに加え、政府・医療保険による手厚い所得補償があったことも見落とせません。

今回の調査団に同行された吉田恵子氏によると、「ドイツでは感染症予防法56条により、保健所から就業禁止や隔離が命じられた自営業者・被用者は、休業・休職期間に対して所得補償が得られ」、「自営業者である医師には前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額（6週間後からは減額）が補償され」、連邦保険医協会（KBV）は第一波初期からホームページなどを通じ、

このことを医師等に伝えました(6)。

さらに、「COVID-19病院負担軽減法」は、病院だけでなく、「開業医による外来医療の確保、つまり診療所の閉鎖回避を目的として、患者の診療控えによる収益減も補償」しました(6)。

この点は、コロナ対応の所得補償がほとんど病院に限定された日本と大きく異なります。

診療所と病院救急外来の線引きはない

コロナ患者を大量に受け入れた病院のホットエンバッハー医師によると、ドイツでは、診療所と病院の救急外来との厳格な線引きはなされておらず、患者は、自分が救急と判断した場合は、診療所を受診せずに、病院の救急外来を直接受診することもできるため、救急外来は日常的に患者であふれているそうです。また、ドイツでは、コロナ患者の診療は病院の裁量にまかされ、コロナ患者をまったく診ない「白い病院」もあったそうです。医療施設間の電子カルテ情報の共有化もまだ進んでおらず、この点ではイギリスに比べて立ち後れています。

家庭医制度は義務化されていない

日本では、ドイツは2004年に社会法典に明文化された「家庭医制度」（日本流に言えば、「かかりつけ医制度」）を導入し、それに「参加しない場合は金銭的ペナルティを受けることになる」とも紹介されます(7)。しかし、その説明は不正確で、ドイツでは、現在でも、国民が「家庭医」を登録する義務はなく、「フリーアクセス」が保証されています。ただし、実態的には国民の90%がかかりつけの家庭医を持っているそうです。

日本でドイツの「かかりつけ医制度」として紹介されるのは「家庭医中心医療制度」(Hausarztzentrierte Versorgung)で、これはイギリスのGPに近い診療形態(ゲートキーパー制)と支払い体系(包括払い制)ですが、それに参加するか否かは患者・医師とも自由です。この制度を選択している国民はまだ少なく、一部の州(例:ブランデンブルク州)ではこの制度はまだ実施されていません。

吉田恵子氏の調査によると、ドイツ家庭医協会のホームページでは、この制度に参加している国民は約600万人と示されており、これはドイツ国民8360万人の7.2%にすぎません。分母を公的医療保険加入者としても1割を下回ると思います。

診療所は現在でも単独診療が主流

ドイツの診療所で印象に残ったことは、①現在でも医師1人の単独開業が多く、②日本の診療所に比べると、人員・設備の両面で「軽装備」なことです。①についてはフランスも同じ(フランスの単独開業率は80%)、②についてはイギリス・フランス(つまり3か国とも)も同じです

例えば、訪問調査した診療所は、コロナ初期から、マスクがない中でも、庭にテントを張り、ドアの小窓越しにコロナ患者の診療を積極的に行っていましたが、職員は共同経営者である家庭医夫妻と「医療専門職」(Medizinische Fachangestellte. 職業訓練校で3年間の専門教育を受けて得られる資格で、日本の准看護師と医療事務職を合わせた業務を行う(8))2人だけで、レントゲン撮影装置もありませんでした。血液検査も地域の検査センターが行うそうです。患者の胃内視鏡検査を専門医に紹介しても、6週間待ちとも聞きました。

ドイツ家庭医協会の説明では、ドイツ全体の家庭医総数は約5.5万人で、住民1607人に1人ですが、近年は、若手医師の開業(特に単独開業)志向が低下し、全国で5000人の家庭医が不足して

いると推計されているそうです。それでも、住民の90%が（車で）10分以内に家庭医（診療所）に受診できるそうです。

診療所開業の親子間での承継は困難

ドイツでは医師数の地域別上限（人口当たり）が、一般医（家庭医）、一般専門医、専門化された専門医別に厳格に定められており、医師が過剰な都市部では新規開業は困難です。地域の範囲は、家庭医では狭く、専門医では広く設定されています。医師の地域別定員制は、医師過剰地域の対策としては有効だが、医師不足地域の解消にはあまり効果が無い、つまりそのような地域に医師を強制的に配置することはできないとのことでした。

私が（日本的感覚から）一番驚いたのは、開業医の子息が医師である場合でも、地域の診療所の開設は入札制のため、親の診療所をそのまま引き継いで開業することはきわめて困難なことです。吉田恵子氏によると、この面を含めて、ドイツにおける開業は公的性格が強く、「自由開業医制」の日本とは大きく異なるそうです。

3 フランスの現地調査で学んだこと

次にフランスで学んだことを述べます。一言で言えば、フランスのコロナ対応は第一波時にはイギリスと似ていました。しかし、イギリスと異なり、診療所医師（一般医）の多くは、第二波以降はコロナ診療に積極的に参加したことが分かりました。

フランスでは初期には診療所のコロナ対応禁止

フランスでは、マクロン大統領が2020年3月（第一波時）にコロナとの闘いを「戦争状態にある」と宣言し、厳格なロックダウンを行いました。そのため、医療機関受診のために外出しても罰金を科すなどして、国民の診療所受診を（事実上）禁止し、コロナ疑い患者には15番（日本の119番に相当）に電話して救急車を呼び、直接病院の救急外来を受診するよう勧めました。

そのため、診療所はコロナ第一波時にはコロナ患者の診療はせず、休診した診療所も少なくなかったそうです。特に専門医の診療所はほぼ100%休診したそうです。政府が第一波時に作成したコロナ対応の「非常計画」(plan blanc)にもGPは含まれませんでした。なお、フランスでは他国と同じく、第一波時にはマスクが極度に不足しましたが、政府はマスクは不要と国民に広報したそうです。

その結果、コロナ患者が集中した病院で極度の病床逼迫が生じました。この状況は、イギリスと類似しています。ただし、フランス政府は2020年4月には必要な時には医療機関（診療所）を受診するよう、方針を転換したそうです。

なお、フランスでは現在でも、診療所の80%は単独開業であり、この点ではドイツと似ています。また、これもドイツと同じく、医師同士の患者情報の電子的共有はなく、必要な情報は医師が患者に直接聞いているそうです。

「コロナ禍が主治医制度を壊した」

フランスでは2004年に国民が「主治医」(medecin traitant. 日本流に言えば「かかりつけ医」)を登録することが義務化され、患者が登録した主治医を受診した場合の自己負担が3割であるのに対して、主治医以外の医師を受診した場合の自己負担は7割となりました。ただし、患者が

主治医を登録しないことによる他の経済的ペナルティはなく、一般医だけでなく専門医も主治医になれます。

しかし、コロナ感染爆発後は、それを白紙にして、コロナ患者だけでなく、一般診療の患者も含め、すべての診療所受診患者の自己負担がゼロとなりました。そのために、全国疾病保険金庫（CNAM）の担当者は、「コロナ禍が主治医制度を壊した」と嘆いていました。

なお、その担当者は、主治医制度導入の目的の1つは医療費の適正化だったが、それは（患者1人当たり）医療費の抑制には効果が無かったとも明言しました。

1割超の国民が主治医の登録をしていない

私がフランスの現地調査で一番驚いたことは、2004年の主治医登録義務化にもかかわらず、それを登録をしていない国民の割合が全国レベルで12%、貧困者の多い地域（例えば住民の2割が移民のパリ8区）では17%にも達していること、及びこの割合が近年漸増していることでした。医療費の自己負担が免除されるALD（長期給付）の対象疾患患者ですら、7%が主治医の登録をしておらず、上記の疾病金庫の担当者もこれが「大きな問題だ」と認めていました。

これには2つの原因があるそうです。1つは、フランスでは政府の厳しい医師数（医師養成数）抑制政策で、主治医となる医師が大幅に不足し、医師側で患者の希望に応えられないことです。フランス政府は、コロナ禍に直面して、長年続けてきたこの政策を見直したが、医師不足は今後あと10年続くと見通されています。

医師が（なじみの患者以外の）患者の主治医登録を受け入れたがらないことには、経済的理由もあるようで、健康人の場合、医療保険から主治医に年末に支払われる登録料は1年当たりわずか5ユーロ（約750円。1ユーロ150円換算）に過ぎないのです（最重度患者では75ユーロ）。訪問調査を行った診療所のある医師はこの数字をあげて、「我々を馬鹿にするな！」と憤っていました。

主治医登録料に限らず、フランスの一般医の診察料も25ユーロ（3750円）でヨーロッパ諸国で一番低い（しかし一般医の医療の質は高い）と、フランス医師会の代表も嘆いていました。一見すると25ユーロは日本の初診料（2880円）・再診料（730円）よりは高いですが、フランスの診察料は包括払いに近く、しかも日本の診療所医師と異なり、フランスの一般医は診療所で心電図やレントゲン撮影等を行いません。

主治医の登録率が低いもう1つの理由は、働き盛りの国民の相当数は健康に自信があり敢えて主治医の登録をしないからです。その方が、（重大な病気にならない限り）安上がりだからです。

なお、フランスでは医師の間での医療情報の（電子的）共有も行われていないようで、この点はドイツと同じです。

開業看護師法制化の賛否は分かれる

フランスでは昨年末に、開業看護師（*infirmiere de pratique avancee* (IPA).以下、日本流にNPと略記）が法制化されました。これの最大の理由は特に地方で深刻な医師（一般医）不足に対応するためとされています。

これに対して、フランス医師会（強制加入制）は強く反対し、史上初めて街頭行動も行いました。彼らは、医師から看護師への「タスクシフト」には賛成だが、診断と治療方針の決定といういわば医師業務の「聖域」への参入は認められないと、積極的なロビー活動を行いました。その結果、上述した全国疾病保険金庫の担当者は、NPの診療が保健センターのみに限定されるなど、

制度が「完全に骨抜きになった」と冷静に評していました。

それとは逆に、フランスを代表する急性期病院でコロナ患者も大量に受け入れた病院の医師（3人）は皆、NPに肯定的で、特に病院内でNPは大きな役割を果たすと述べました。ただし、彼らも、NPが地域、特に僻地で開業するのは困難とも予測していました。

同じ医師でも、診療所医師（一般医）と病院専門医とでNPに対する評価が異なるのは、日本でも同じと言えます。診療所医師が主体の日本医師会がNPの法制化に反対する一方、急性期高機能病院の経営者・医師には賛成論が多いからです。

おわりに

以上、イギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で、私が学んだことを「スナップショット」的に述べました。それにより、同じ西ヨーロッパでも、3か国の医療制度・政策とコロナ対応には大きな違いがあることが分かりました。

日本では、「かかりつけ医の制度化」（登録制）で迅速なコロナ対応が可能になるとの主張も見られますが、今回の調査でその主張は棄却されたと言えます。3か国のうち一般医（診療所）がコロナ第一波からもっとも積極的に対応したのは、家庭医（かかりつけ医）の義務的登録制がなく、フリーアクセスが保証されているドイツでした。

これは余談ですが、イギリスの研究者とフランスの一般医からは、インタビューの合間に、「日本でコロナ対策がうまくいった理由を聞きたい」と真顔で質問されました（さすがに、ドイツではこのような質問は出されませんでした）。

私は、以前から、「**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**」と主張してきましたが、今回の現地調査でそのことを再確認しました（9）。

本稿は「臨場感」を出すために、現地調査で聞いたり入手した「生の情報」を中心に書き、紙数の制約から各国の医療制度の概要や最近の改革動向、病院のコロナ対応、及びマクロ・データは一部しか紹介できませんでした。これらについては、日本医師会の公式報告書と医療経済研究機構の3か国の「調査研究報告書」、及び奥田論文をお読みください（10-13）。

【注1】調査団のメンバーと訪問施設・個人

調査団のメンバーは、以下の7人です（敬称略）：鈴木邦彦（茨城県医師会会長・団長）、森井大一（日医総研主席研究員・実務責任者）、香取照幸（元厚生労働省局長・兵庫県立大学特任教授）、武田俊彦（元厚生労働省局長・岩手医科大学客員教授）、松田晋哉（産業医科大学教授）、新田國夫（新田クリニック院長・日本ケアアライアンス議長）及び私。3か国すべての調査参加は鈴木・森井・私の3人で、香取・武田はイギリス調査に、松田・新田はドイツ・フランス調査に参加しました。ドイツとフランスの調査には、それぞれ現地在住の吉田恵子（医療ジャーナリスト・産業医科大学訪問研究員）と奥田七峰子（日医総研フランス駐在研究員）も参加し、二人は調査報告書の作成にも参加しました。それ以外に、厚生労働省から3か国の日本大使館に出向されている皆様（氏名略）にも同伴いただきました。

訪問先は以下の通りです（合計23施設・個人。訪問順。施設で対応していただいた個人名は略、日本医師会の公式報告書参照）。イギリス（9施設・個人）：ナフィールド・トラスト、GPグループ診療所、ボグダン医師、王立一般医学会、別のGP診療所、コン医師、インペリアル大学病院、米澤ルミ子氏、ロンドンブリッジ病院。ドイツ（6施設・個人）：家庭医診療所、ベルリン・ブランデン

ブルク州家庭医協会、連邦保険医協会、ドイツ家庭医協会、ブランデンブルク州保険医協会、ホッテンバッハー医師（急性期病院救急部門責任者）。フランス（8施設・個人）：MG フランス（一般医の組合）、全国疾病保険金庫（CNAM）、ジルバート教授、CPTS地域計画外プライマリ・ケア・センター、グループ診療所、フランス医師会、共済保険の高度救急病院、医療付き高齢者施設。

【注2】一般医・家庭医・主治医、「かかりつけ医」の使い分けは悩ましい

本稿では、従来慣行に従い、3か国の診療所医師を「一般医」または「家庭医」、または「主治医」（フランス）と訳しましたが、日本医師会の公式報告書では、日本を含めた4か国の診療所医師の統一的呼称として「かかりつけ医」を用いる予定です。私自身も、『日本医事新報』論文では、フランスの「主治医」を「かかりつけ医」と表記しました。

ただし、日本の「かかりつけ医」は、厚生省が1980年代に構想した「家庭医制度」に対抗して日本医師会が生み出した言葉であるため、それを3か国の診療所医師にも用いることに抵抗がありません。そこで、「私見」である本論文では、従来慣行に従った表記をしました。「総合（診療）医」は一般医を美化した呼称と思い、使いませんでした。

文献

- (1) Anonym: 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.
- (2) 高守徹「英国で取組みが進む社会的処方」「損保ジャパン日本興亜総研レポート」2019（ウェブ上に公開）。
- (3) オレンジクロス財団「英国社会的処方現地調査報告書」2019年（ウェブ上に公開）。
- (4) Global Social Prescribing Alliance, et al (Khan & Giurca et al): Social Prescribing Around the World A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts. National Academy for Social Prescribing, 2023（ウェブ上に公開）。
- (5) 吉田恵子「ドイツの対COVID-19戦略（最終回）ドイツへの高い評価の理由」『文化連情報』2023年9月号（546号）：36-39頁。
- (6) 吉田恵子「ドイツの対COVID-19戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか」『文化連情報』2023年8月号（545号）：42-45頁。
- (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) 松田晋哉『欧州医療制度改革から何を学ぶか』勁草書房, 2017, 148頁。
- (9) 二木立「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化」『文化連情報』2023年4月号（541号）：32-44頁。
- (10) イギリス医療保障制度に関する研究会（座長：池上直己）編『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2019年度版』2021年3月。
- (11) ドイツ医療保障制度に関する研究会（座長：田中耕太郎）編『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年度版』医療経済研究機構, 2023年3月。
- (12) フランス医療保障制度に関する研究会（座長：加藤智章）編『フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年度版』医療経済研究機構, 2023年3月。
- (13) 奥田七峰子「フランスの社会保障制度と病院経営」『病院』2023年1月号（82巻1号）：63-66

頁。

[本稿は『日本医事新報』2023年9月2日号掲載の「私はイギリス医療の現地調査で何を学んだか？」と同年10月7日号掲載の「私はドイツ・フランス医療の現地調査で何を学んだか？」を統合した上で、大幅に加筆しました。]

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

212回)(2023年分その8:5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。

※今号では社会医学的研究・評論をまとめて紹介します。

○異なった福祉国家 [レジーム] における非正規労働者の不安経験: 質的国際比較研究

Bosmans K, et al: Experiences of insecurity among non-standard workers across welfare states: A qualitative cross-country study. *Social Science & Medicine* 327(2023) 115970, 9 pages [質的研究・国際比較研究]

過去数十年、経済危機と雇用の柔軟化に焦点を当てた政治改革により非正規雇用(NSE)の利用が増加した。国の政策と経済的文脈が雇用主がどのように労働者と関係し(interact)、国がどのように労働市場と関係し社会福祉政策を管理するかを規定する。このような要因はNSEの普及とそれが生む雇用の不安定さに影響するが、各国の政治的文脈がNSEの健康への影響をどの程度和らげるかは不明である。本研究は労働者がNSEが生む不安定をどう経験し、それが彼らの健康とウェルビーイングにどのように影響するかを、6つ福祉国家(ベルギー、カナダ、チリ、スペイン、スウェーデン、アメリカ。福祉レジームは5種類)について記述する。250人の非正規労働者にインタビュー調査を行い、多数事例研究法(multiple-case study approach)で分析した。

その結果、すべての国で非正規労働者は複数の不安(例:所得と雇用の不安定)と雇用主・クライアントとの緊張関係を経験し、それが健康とウェルビーイングに影響していた。福祉国家の型(レジーム)の違いは、非正規労働者の社会的保護からの排除、不安定の時間尺度(日々の生き残りや長期間の人生設計が脅かされる)、及び彼らのNSEからの自己コントロール感を引き出す能力に反映していた。ベルギー、スウェーデン、スペインというより寛大な福祉システムの非正規労働者は、不安感を克服しやすく、NSEの健康やウェルビーイングへの負の影響も小さかった。本研究は、異なった福祉レジームにおいてNSEが健康とウェルビーイングにどのように影響するかについての理解を深め、6か国すべてで国がNSEに強力に対応する必要があることを示唆している。NSEに対する普遍的でより平等な権利と社会保障給付により、正規労働と非正規労働との格差の拡大を抑制することができよう。

二木コメント—質的研究としては

異例なことに、27人の共同執筆者による大規模研究です。結果も妥当と思いますが、予定調和的な傾向もあると感じました。

○ [アメリカの] 中年労働者における低時給歴と全死因死亡率 [との関連]

Kezios KL, et al: History of low hourly wage and all-cause mortality among middle-aged workers. *JAMA* 329(7):561-573, 2023 [量的研究]

低賃金労働は公衆衛生的懸念事項と認識されるようになっているが、その継続が健康に

与える長期的影響についての研究はほとんどない。本研究の目的は、低賃金の継続と全死因死亡率（以下、死亡率）との関連を、中年労働者の時給の隔年調査を用いて検討することである。この縦断調査には50歳以上のアメリカ人4002人が参加し、12年間に3時点以上で時給を報告した。低時給は連邦の貧困線以下と定義し、回答者の賃金歴に基づいて、低賃金は一度もない、一時的に低賃金、継続的に低賃金に3分類した。Cox比例ハザード・付加的ハザード回帰モデルを用いて解析した（詳細は略）。

4002人（調査参加時50-57歳。最終的に61-69歳）のうち、1854人（46.3%）が女で、718人（17.9%）が不安定雇用を経験していた。366人（9.1%）に継続的低賃金歴があり、1288人（32.2%）が一時的低賃金を経験し、2348人（58.7%）は低賃金の時期が一度もなかった。社会人口学的要因を調整したモデルでは、継続的低賃金は高死亡率（ハザード比 [HR], 1.35; 95%信頼区間 [CI], 1.07-1.71）、超過死亡（66; 95%CI, 6.6-125）と関連していた。この結果は、経済的・健康面での共変量で追加的に調整すると、弱まった。顕著な超過死亡と死亡率上昇のリスクが継続的低賃金労働に曝露され、しかも雇用状態が動揺している労働者で観察された（例：継続的低賃金×雇用状態の動揺では、HR, 2.18; 95%CI, 1.35-3.53。継続的低賃金×安定雇用では、HR, 1.17; 95%CI, 0.89, -1.54; 交互作用に対するP値=0.003）。

以上から、継続的低賃金は死亡リスクと超過死亡の上昇と関連する可能性があり、それが不安定雇用と重なっている場合は特にそうであると結論づけられる。もしこれが因果関係なら、この結果は低賃金労働者の経済状態を改善する社会・経済的政策（例：最低賃金法）が死亡率を改善しうることを示唆している。

二木コメント—継続的低賃金は特に不安定雇用と結びついた場合、死亡率を高め、超過死亡を増やすことを示した貴重な社会医学・社会疫学研究、今流に言えば「健康の社会的要因（SDH）」研究です。このことは日本人の感覚では直感的に明らかですが、膨大な縦断データを用いて実証的に検証し、しかも両者は「関連する可能性がある(may)」と奥ゆかしく(?)表現するのが、アメリカの主流研究者らしいと感じました。なお、mayは受験英語的には「かもしれない」と訳されますが、私は、学術論文では「可能性がある」と訳す方がこなれていると考え、特別のことがない限り、そう訳しています。

古い話で恐縮ですが、私は、1974年（=49年前）に東大病院リハビリテーション部の研修医だった時、医局でブルストロームの『片麻痺の運動療法』（佐久間穰爾・松村 秩訳、医歯薬出版, 1974）の勉強会で、指導医の上田敏先生から、**<英文の翻訳には「メイ訳」が3つある。「名訳」と「迷訳」、そして原文に“may”と婉曲に書かれているのを見落として断定形で訳す「may訳」だ>**と（ダジャレ的に）教えていただきました。それ以来、英文を訳す時は常に“may”の有無に注意するようになりました。

○ [アメリカの] 立ち後れ：アメリカと他国との平均寿命格差は1933～2021年に拡大し続けている

Woolf SH: Falling behind: The growing gap in life expectancy between the United States and other countries, 1933-2021. AJPH 113(9):970-980, 2023 [国際比較研究]

本研究の目的はアメリカの平均寿命の立ち後れの経過とアメリカ国内での平均寿命のバラツキを明らかにすることである。国連とアメリカの公式統計を用い、1933-2021年の平均寿

命の伸び（1年当たり）の変化、アメリカの国際的位置（順位）と州レベルの趨勢を計算した。アメリカの平均寿命の1年当たりの伸びは1950-1954年、1955-1973年に鈍化し（それぞれ0.21年、0.10年）、1974-1983年には大幅に上昇した（0.34年）。しかし、その後は連続的に鈍化し、1983-2009年に0.15年、2010-2019年に0.06年となり、2020-2021年にはマイナス0.97年になった。他国の平均寿命の伸びは、1974-1983年を除いて、アメリカよりも高かった。1933-2021年全体でみると、6大陸の56か国がアメリカを上回っていた。アメリカ国内の平均寿命の延長は中西部と南中央部の州でもっとも低かった。以上から、アメリカの平均寿命の他国と比べての立ち後れは1950年代に始まり、過去40年間に徐々に悪化し続けた、立ち後れは中西部と南部に集中していると結論づけられる。

二木コメント—アメリカと世界56か国（高所得国だけでなく中所得も含む）の88年間もの長期間の平均寿命の伸びを計算したスケールの大きい研究です。アメリカの平均寿命が2020年以降低下しており、その重要な要因が中年白人の「絶望死」の増加であることは日本でもよく知られていますが、本論文は、平均寿命の伸びの低下・他国と比べての立ち後れが1950年代以降（1974-1983年を除いて）継続していること、それが中西部と南部の諸州で顕著なことを初めて明らかにしており、貴重と思います。AJPH（アメリカ公衆衛生学雑誌）2023年9月号は「アメリカの平均寿命」（US life expectancy）を特集し、この原著論文と7つの評論を掲載しており、平均寿命の研究者必読と思います。

○ [アメリカにおける] 無料・慈善診療所の重要性の再発見

Hall MA: Rediscovering the importance of free and charitable clinics. NEJM 389(7):585-587, 2023 [評論]

無料・慈善診療所（以下、それ）は、アメリカの医療セーフティネットの中で最も歴史が長い、ほとんど研究されていないものの1つである。コロナパンデミックに直面して、公衆衛生資金提供者（funders）はその価値を再認識しつつある。現在それは全国に約1400あり、毎年200万人の患者に医療を提供している。その形態と運営方法は様々で、伝統的診療所、移動診療所、週1回開く診療所等がある。それはボランティア精神と慈善に依拠しており、そこで働く65,000人の臨床家の約90%はボランティアで、その多くは退職者である。オバマケア開始から10年以上経ったが、今後も無保険者はなくなりそうもなく、それに対するニーズも減るとは考えられない。コロナパンデミックにより無保険者が増加したため、ニーズは逆に増加している。

無料・慈善診療所は長らく「つなぎ」のサービスと見なされてきたため、つい最近まで、どのレベルの政府もそれに対する財政支援をほとんど行ってこなかった。しかし、コロナパンデミックにより、政策決定者はそれが連邦認定ヘルス・センターや公衆衛生部局のサービスを補強することに気付いた。連邦政府のセーフティネット診療所への財政支援はまだ伝統的な地域ヘルス・センター中心だが、州・地方政府はその重要性に気付いている。コロナパンデミックによりそれと公衆衛生コミュニティとの新しいパートナーシップも形成されている。一部の州や地方公衆衛生当局はそれに恒常的な財政支援を始めているが、まだ成功例はエピソードのレベルにとどまっている。どんな資源がどこで必要とされているかについてのデータや知識が決定的に不足している。

二木コメント—日本では、アメリカ医療のセーフティネットとしては、メディケイドや公

立病院が紹介されることがほとんどなので、無料・慈善診療所について包括的に論じた本論文の価値は大きく、日本の無料低額診療事業等の研究者必読と思います。

○健康の社会的要因の分析枠組みを採用し歪めようとする【アメリカ】企業の企て

Himmelstein DU, Woolhandler S: Corporate efforts to adopt and distort the social determinants of health framework. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services* 53(3):249-252, 2023 [評論]

過去2世紀、進歩的研究者は過酷な生活・労働条件が健康に悪影響を与えることを強調してきた。初期の研究は、健康の社会的要因における不平等のルーツとして、資本家の搾取を描いた。健康の社会的要因の枠組みを採用した1970年代と1980年代の研究は、貧困の有害な影響を強調したが、そのルーツが資本家の搾取にあることにはほとんど言及しなかった。最近、主要なアメリカ企業は健康の社会的要因の枠組みを採用し、歪め、些細な介入を実施して、健康を害する彼らの無数の行動を覆い隠そうとしている。トランプ政権も社会的要因を引用し、人々をメディケイド適用から遠ざけるために、労働要件を課すのを正当化しようとしている。進歩派は企業の権力を強め健康を害する健康の社会的要因のレトリックの使用に対して警鐘を鳴らすべきである。

二木コメント—アメリカの最左派の医師研究者・運動家の重鎮であるヒンメルシュタインとウールハンドラーによる、アメリカ企業の健康の社会的要因概念の悪用に対する厳しい告発です。健康の社会的要因概念をめぐるアメリカの状況は、それが（まだ）超党派的に肯定的に用いられている日本とは相当異なるようです。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その226)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○田中裕子（江戸文化研究者、元法政大学総長。1950年生まれ、73歳）「本来私にとって最も大切に最も好きな作業は『書くこと』である。そして書くために読む。そして年をとるとともにわかったのは、書くためには歩くことが欠かせない、ということだった。歩いている最中に原稿の構想が浮かび、書いている途中の原稿のテーマや組み立てが変わることもある（「書くこと読むこと歩くこと」『作業療法ジャーナル』2023年9月号：1111頁）。**二木コメント**私も日本福祉大学を定年退職した直後の2018年4月から、毎日30分以上歩くことを日課にしているの、大いに共感しました。私は「なんとか会話ができる程度」の速歩き（青柳幸利『やってはいけないウォーキング』SB新書, 2016, 63 頁）が多いので、「歩いている最中に原稿の構想が浮かぶ」ことはまずありませんが、たまに書きかけの原稿に補足すべきことに気づくことはあります。

○WHO危機管理担当事務局長補「英語が母国語の僕だって、発言原稿を用意する。フランス語で発表するときは、読み上げ原稿を用意してかなりの準備をする。〔中谷〕祐貴子は英語が母国語じゃないから準備がたいへんになるね」（中谷祐貴子「ジュネーヴ便り②WHO総会」（『社会保険旬報』2023年10月11日号：18頁。中谷祐貴子氏（WHO本部医薬品・医療材料担当事務局長補。前職は厚生労働省健康局がん・疾病対策課長）は、本年5月2日に着任した直後の5月21日から開かれるWHO総会で、自己の担当する議題で発言することになり、その準備中に、こう「思いがけないアドバイス」をもらった。中谷氏は、「その日から、部下にももらった発言案をもとに発言原稿は自分で作成することにした。自分で作ってみると、部下の発言案には意味がつかないところがあることがわかった。（中略）さらに、前日には何度も声に出して練習した。総会中は帰宅が午後10時を過ぎることもあったが、翌日に自分の出番があるときは、必ず練習し」、総会を無事乗り切った）。**二木コメント**私も、国際学会で英語で発表する際は、同じ努力をしたのでなつかしく感じました。ただし、中谷氏はWHOを代表して発言するので、たいへんな努力に頭が下がりました。なお、私は、日本福祉大学学長時（2013～2016年度）、（もちろん日本語で）重要な報告・発言をする時も、事前に読み上げ原稿を作成し、なんども（多い時は10回以上も）、読み上げ練習をしていました。

<その他>

○杉山修一（日本聖公会退職司祭。1948年生まれ）「私は神の存在を信じる者だが、科学的に証明することについては不可知と考える。そして、**神は直接的に歴史や世界に介入していない「神の不在」を直視して、この世界の現実とどう向き合い、キリスト教信仰の上に成立した働きはどうあることが望ましいかを問わなければならない**と考えている。（中略）**たとえば世界がどのように悲惨で、人間が苦難の中にも、神は直接働きかけることはない。**D・ボンヘッファーの言うように、世界を人間に委ねている」（「神の不在と祈り」『新世』第46号巻頭言）。**二木コメント**私は神の存在を信じない者ですが、杉山氏のこのスタンスには大いに共感しました。

4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第30回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」68号（2023年10月15日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○川口 敬之・他『地域精神保健福祉研究における患者・市民参画の研究段階および研究テーマに関する見解－複数の立場の視点に基づく質的内容分析』『医療と社会』33（2）：257-270, 2023年8月（ウェブ上に公開）

…本論文は、近年注目されている「患者・市民参加」（PPI）の実証研究としても興味深い
が、「質的内容分析」の記述の仕方に2つの新しさを感じた。①Elo and Kyngas（2008）に
依拠して、帰納的方法と演繹的方法を併用してコーディングとカテゴリー化を行っているこ
と、②カテゴリー名を示したすべての表で、カテゴリーごとの「記録単位（1つの内容を含
む）」の出現割合（各記録単位数÷総記録単位数）を示していること（ただし、本文ではこ
のことに触れていない）。

私は日頃、カテゴリー抽出型の質的研究（GTA等）の多くが、①帰納的方法のみを用い
ている（と称している）こと、②抽出・生成されたカテゴリーやコード等を一律＜対等・平
等＞に扱い、それらの重み付けや出現頻度等を考慮しないどころか、（私から見ると）頑な
に拒否していることに強い疑問を持っていたので、大いに共感した。②については、例え
ば、戈木クレイグヒル滋子『グラウンデッド・セオリー・アプローチ 改訂版』（新曜社, 2
016）はこう書いている：「カテゴリーには重みの違いはありません。よく、自分が分析して
いるデータの中に、そのカテゴリーを含んだデータがたくさんあったから重要なカテゴリー
だとか、1事例だけからしか見いだせないカテゴリーなので脆弱だなどと考える人がいます
が、いったん抽出されたら、カテゴリーは対等で重みも同じです」（138頁）。

【補足】萱間真美氏（高名な看護分野の質的研究者。国立看護大学校長）も、「データのス
ライス数という表現で出現数や頻度による分析をすることがありますが、質的データが示す
事実として重要と考え」、「下記、BMJ openに掲載されたコロナ禍の医療スタッフへの実態
調査自由記載の分析でも、このようなデータを用いてい」るそうです（10月4日私信。公開
許可済み）。

BMJ Open. 2022 Jan 7;12(1):e051335. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051335.

Concerns and desires of healthcare workers caring for patients with COVID-19 in Ap
ril and July 2020 in Japan: a qualitative study of open-ended survey comments

上野千鶴子氏（東京大学名誉教授）も、KJ法を独自に発展させた「うえの式質的分析
法」（コード・マトリックス分析）で、「分析の際に情報の分散（量）を考慮して、重み付
けをします」、「もちろん質的研究ではサンプル数が少ないので分散を統計的に有意とは言
えませんが、少なくとも対象サンプルにおいて帰納的に『事実』としてエビデンスを示すこ
とはできるはずです」、「情報の構造のみならず分散を分析するのは意味のあることで、そ
れを『禁止』する原理主義にはまったく同意できません」と述べています（10月5,6日私
信。引用許可済み）。「うえの式質的分析法」は、『情報生産者になる』（ちくま新書, 201
8）のIV章11「KJ法には書いていないこと」で詳しく紹介されています。

私自身は、GTA等のカテゴリー抽出型の質的研究法には疑問を感じていますが、若い研究者がそれに取り組む場合、質的研究の大御所や査読者の「原理主義」的批判にめげず、必要と感じた場合はカテゴリー等の重み付けを行うことを期待しています。私自身は、**特に福祉・看護領域では混合研究法（質的調査と量的調査の組み合わせ）を推奨**します。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○河岸秀叔「社会保障制度における応能負担と、金融資産把握について考える」〔（ニッセイ基礎研究所）基礎研レポート〕2023年3月8日（ウェブ上に公開）。

…このテーマについての議論を丁寧に解説。要旨2番目の●「金融資産の把握による応能負担の実現には、マイナンバー〔notマイナンバーカード。二木〕と預貯金口座のひもづけが必要となる。しかし、手続きが煩雑なことや国民に根強い抵抗があることから、その実現はまだ道半ばにある」に尽きる。**社会保障制度の財源を考えたい人必読。**

○川越正平編著『医師アウトリーチから学ぶ地域共生社会実現のための支援困難事例集ーセルフ・ネグレクト、8050問題、ひきこもり、虐待、ヤングケアラーへの対応』長寿社会開発センター、2023年6月。

…2015年度の介護保険法改正により、地域ケア会議が市町村の努力義務になり、川越氏（松戸市医師会会長・あおぞら診療所理事長）の地元の千葉県松戸市でも、困難事例を中心に、年間120例に上る事例の検討を重ねてきた。その経験に基づいて、困難事例について医師が現場に赴いて現認する「医師アウトリーチ」という取り組みを医師会が松戸市に提案し、2016年度から事業が開始されている。同様な取り組みは全国に複数あり、本書は、千葉県内・県外の実践者の協力を得て作成された。

総論では支援困難事例への対応向上や「相談支援のみで解決に至らない事例に対する医師アウトリーチ」等について簡潔に説明されている。事例編では16の困難事例（高齢6例、青壮年7例、児童生徒3例）について、「ポイント」、「在宅医療・介護連携支援センターが覚知するまでの経過」の簡潔な説明に続いて、「医師アウトリーチ」の実際が詳細に説明され、最後に「事例の包括的な検討」がなされている。川越氏は、本書で強調したい点として、「対応力の基盤強化」と「専門性と協働する力量の向上」をあげている。介護保険・福祉分野の「支援困難事例集」は少なくないが、医師・医療抜き（軽視）のものがほとんどだった。それに対して、本書が提起した「医師アウトリーチ」という視点・実践は新鮮・貴重であり、**地域・在宅ケアに携わる人々の力量向上に大いに貢献する**と思う。

○国立社会保障・人口問題研究所「2022年社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査結果」（旧・社会保障実態調査）2023年8月23日公表（ウェブ上に公開）。

…「人々の生活、家族関係と社会経済状態および相対的剥奪状態の実態、社会保障給付などの公的な給付と、社会ネットワークなどの私的な支援とが果たしている機能を把握すること」を目的にして、ほぼ5年ごとに行われている調査。「結果の概要」だけで182頁！私は以下の結果に特に興味を持った（カッコ内は概要の頁数）。

*「寝たきりになった場合にどこで介護を受けたり療養したいか」：ほとんどの年齢で介護保険の施設とする者が最も多く、自宅を上回る。所得、貯蓄が多いほど、有料老人ホームな

どの高齢者専用住宅とする者の割合が高い（148-151頁）。

*「受診や治療が必要と思われる病気やけがをした際に実際に必要な受診、治療をしなかった者の割合」：5.3%で前回（2017年）の3.3%から2ポイント上昇。ただし、（意外なことに）所得階級別でこの割合はほとんど変わらない（165-168頁）。

*「生活満足度」：所得が高いほど生活満足度を相対的に高く評価する者の割合が大きい（第1十分位38.2%<<第10十分位75.6%）。「暮らし向きが良い」とした者の割合は第10十分位で突出して多い（第9十分位28.8%<<第10十分位51.3%）（179-180頁）。残念ながら「医療満足度」は調査されていない。

○宮本太郎・菊池馨実・田中聡一郎編著『生活困窮者自立支援から地域共生社会へー証言からたどる新しい社会保障の創造』全国社会福祉協議会, 2023年8月。

…厚生労働省担当者に対して、「オーラルヒストリーの手法を用いて、困窮者支援から地域共生社会への政策展開を記録」。この「刊行にあたって」の表現から分かるように、本書で述べられている「地域共生社会」は「困窮者支援制度の発展」＝社会福祉施策としての狭義の「地域共生社会」であり、広義の「地域共生社会」（今後のあるべき地域社会の理念。

「包摂社会」とほぼ同義）ではない（両者の違いについては、『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 118-127頁（第3章第3節「『地域共生社会』は理念と社会福祉施策との『二重構造』」））。

証言の大半は生活困窮者自立支援制度についてのものだが、第3部の本後健「制度改正と困窮者支援制度の発展」の一部と野崎伸一「地域共生社会の構想」は、狭義の地域共生社会の生成・発展過程と担当者の「思い」を証言している：地域共生社会という用語は塩崎大臣サイドで作られ、社会・援護局はほとんどかかわっていない（本後氏, 285頁）等。野崎氏の証言は詳細だが、法技術的話しが中心。本書全体で特徴的なことは「地域包括ケアシステム」についてほとんど触れていないこと（例外は289-290頁）で、医療・福祉関係者の一部が愛用している「地域包括ケアシステムから地域共生社会へ」というスローガンの外れであることが分かる。また生活困窮者自立支援制度と地域共生社会を、本書の副題のように「新たな社会保障の創造」と呼ぶのは誇大だし、2022年の改正社会福祉法第4条第1項が「地域共生社会の理念を明文化した」との菊池氏の解釈にも疑問（388頁。同法は地域共生社会という用語をまったく用いていない）。最後の菊池論文は担当者の証言のつぎはぎ的で「他人の禰で相撲をとっている」、宮本論文は逆に証言から離れた「ファンタジー」と感じた。とは言え、**生活困窮者自立支援制度と狭義の地域共生社会の歴史研究者は必読**と思う。

<マイナンバーカード・マイナ保険証関連－意外な人が批判>

○金野充博「マイナカード、トラブル多発 対応誤れば政権の命取り（時流探訪）」『健康保険』2023年8月号：20-21頁。

…金野氏は元「読売新聞」の社会保障・医療専門記者。2009年に高齢者保健制度が後期高齢者医療制度に切り替わった時に生じトラブルを振り返り、「資格確認書の配布に当たっても同じような状況が生まれる可能性が強い」と予測。さらに、「デジタル化と『質の高い医療』や『持続可能な医療』は次元が異なる話だし、トラブルや混乱が続けば『効率的な医療』の実現は吹き飛んでしまう」と警告。最後に、「増加の一途をたどる1人暮らし高齢者

は容易に『IT難民化』する。(中略)マイナ保険証一本化は国民の大多数がパソコンを使いこなせる時代が来てからやればいい」と結ぶ。私も地元の町内会長をして、同じように感じている：町内会員には高齢者が多く、主な連絡手段は今でも紙の「回覧板」。私は、健康保険証廃止に賛成している健保連の機関誌に、それを批判する論文が載ったことに驚いた。

○中村秀一「マイナンバーカード問題私見(霞が関と現場の間で 43)」『社会保険旬報』2023年9月1日号：20頁。

…「番号制度の原点」が、民主党政権が「増税を目指す消費税の逆進性の緩和のため、低所得者にピンポイントで現金給付を行うことを目指していた(給付付き税額控除)」ことであり、コロナ禍前はマイナンバーカードは「主役の番号に対し、いわば脇役であった」が、コロナ禍を通して、「脇役がいつのまにか主役になってしまった」との事実認識を書いた上で、「カードに国民生活に不可欠な健康保険証機能を持たせることは、カードの究極の普及促進策ではある。[しかし二木]医療保険者の立場からすれば、カード普及の手段にされたこととことに他ならず、政策の正当性が問われる事態である」と(批判的に)論じ、最後を以下のように結ぶ：「医療DXという『未来の便益』のために『現在の保険証を手放すということ自体、理解が難しい。加えて、カードの普及のために保険証が廃止されるという『被害者意識』は容易に払拭できない。問題の根深さがここにある」。

中村氏は、社会保障・税一体改革の立役者の1人であり、現在でも厚生労働行政に影響力を持っている。氏が、同省が公式に(表向き)マイナ保険証のプラス面としていることにまったく触れず、これだけ厳しいことを書いているのは一つの「事件」とも言える。

○大前研一「“マイナンバー戦争”は敗戦必至…終戦の詔勅に倣ってゼロから再興を目指すべきだ(「ビジネス新大陸の歩き方」第829回)」『週刊ポスト』2023年9月29日号：58-59頁。

…冒頭、マイナンバーカードを巡る混乱の「本質的な問題は20年以上前の古い技術や仕組みで構築された住基ネットシステムに無理やり税・所得、年金、健康保険証などを“接ぎ木”していること」と喝破。「今後もトラブルが絶えないだろう」として、「現行保険証を存続させて併用すべきであることは論を待たない」と主張し、最後に、「このままだと、日本は大東亜戦争と同じく、“マイナンバー戦争”に惨敗して、『デジタル焦土』と化す」と警告。「生体認証のないマイナンバーカードなどありえない」として、「インドの国民データベース『アドハー』を移植すればよい」とも主張。

私は、日頃、「デジタル(シフト)革命」の推進を主張している大前氏が、マイナンバーカードを激しく批判していることに驚いた。氏は10年前から、マイナンバーカードの問題点を指摘しているそうで、Googleで検索した所、1年半前の予測「マイナンバー制度のシステムは破綻するのが確実」(『週刊ポスト』2022年1月1・7日号)がアップされていた。

補足：香取照幸氏(元厚生労働省局長。社会保障・税一体改革にも関わる)も「マイナンバーカードの失敗[の原因]」として、「マイナンバーカードの発想は良いんだけど、それを支えるサブシステムが全然IT化されてないので、話にならない」と指摘。例：「読み仮名がない漢字だけのマイナンバーカードと、漢字のないカタカナだけの銀行口座情報を突合して紐づけしようとしているわけで、システム的には無理だから人間が突合している…。だからミスが起きます」(「鼎談 10年後の医療をどう構想するか」『月刊/保険診療』2023年9月号：14頁)。

○特集「炎上するマイナ保険証 現場置き去りのままでいいのか？」『月刊保団連』2023年9月号：4-38頁。

…来年秋に予定（法定）されている現行の健康保険証廃止とマイナ保険証への一本化の問題点を多面的に指摘する6論文を掲載。社会福祉法人理事長・井上ひろみ氏の「**健康保険証廃止による介護・高齢者施設への影響**」－「最も必要な人の医療アクセスを阻む」、「施設ではマイナ保険証は扱えない」－は痛切。最後の「保険証廃止で、トラブルはどれだけ増加するのか 保団連調査からシミュレーション」は視点は面白いが、試算結果は説明不足。

○特集「ある日突然、電カルが停まった どうする、病院のサイバーセキュリティ」『病院』2023年9月号：741-747, 746-807頁。

…病院ICT化に不可欠であるサイバーセキュリティに焦点を当て、その対策を検討した11論文と巻頭対談を掲載（企画・太田圭洋氏）。太田氏と長島公之氏（日本医師会常任理事）の**巻頭対談「医療の安心・安全を守るICTシステムの課題と対策」**は、サイバーセキュリティの枠を超えて、「医療機関のICTシステム整備の課題や対策」を幅広く論じており読み応えがある。太田氏の以下の指摘・対比は的を射ていると思う：「全国医療情報プラットフォームが高速道路であるならば、地域医療情報システムは生活道路です。つまり、そもそも役割と機能が違うので、上手に両方を併用するのが一番有効」、「地域医療連携システムで特に役立っているのがコミュニケーション機能…みんなで相談できる機能なのですが、全国医療情報プラットフォームにはその機能はない」。

○木下翔司「**リハビリテーション医療に係る厚生労働省の施策**」『総合リハビリテーション』2023年9月号：909頁（巻頭言）。

…木下氏は東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座所属のリハビリテーション科専門医で、厚生労働省老健局老人保健課に人事交流の医系技官として勤務した経験を簡潔に紹介。まずリハビリテーション医療に関わる厚生労働省及び他省の部署を紹介し、次にリハビリテーション医療の市場規模は約2兆円と推計。最後に、「アカデミア・業界団体についても、学術的な意味での研究のみならず、制度的な面での研究や提言によりコミットしていく必要がある」とまとめる。

○特集「これからの訪問リハビリテーションはどうあるべきか」『総合リハビリテーション』2023年9月号：915-970頁（912-913頁に各論文のハイライト）。

…6論文を掲載：冒頭の総論に続き、高齢者、言語聴覚療法士、小児、不登校児の訪問リハビリテーションについて論じ、最後は「地域へつなぐ」。「**不登校児の訪問リハビリテーション（作業療法）**」はおそらく本邦初報告（3事例の紹介等）。

○佐々木淳「**患者のニーズに応える在宅医療とは**」『月刊／保険診療』2023年9月号：31-34頁 [特集 10年後の“未来予想図”]。

…在宅医療のオピニオンリーダー（悠翔会理事長・診療部長）が、自己の豊富な経験・実績を踏まえて、「10年後、在宅医療はどう変わるか」を、在宅医療技術の進歩、患者像・意識の変化と患者負担の変化（増加）の複眼的視点から、率直に展望：(1)在宅医療のスタンダードは「月2回の訪問診療」から「月2回未満の訪問診療」+オンライン診療へ、(2)軽症中

心から重症中心へ（軽症患者に必要なのは、医療というよりケア）、(3)慢性期・安定期から急性期・不安定期へ。「10年後に向けて在宅医療が取り組むべき課題」として、「退院調整を、病院ではなく、それぞれの地域を熟知する在宅医療機関が中心となって行うべき」、「在宅医療の主役は医師から看護師へ」、「介護・在宅ケアの充実」と提起。本特集は9論文（鼎談を含む）で構成されているが、本論文が一番地に足がついており、しかも具体的。**在宅医療・ケアの研究者や実践家必読**。それに比し、特集の他の論文・鼎談の執筆者の大半は医療の実態を知らないコンサルタントや研究者で、机上の空論か上から目線に見える。

○近森正幸「高知市・近森病院にみる看護師から多職種へのタスクシフト（インタビュー）」『機関誌 JAMHC（日本医療経営コンサルタント協会）』2023年9月号：1-5頁。
…病院全体でタスクシフト・多職種連携を推進し、それにより医療の高度化と生産性向上、及び医業収益の改善を同時に実現した近森理事長がその軌跡と実績を率直に語る。まず、「従来型チーム医療」と異なり、近森病院の「病棟常駐型チーム医療」が「すべての職種についてタスク・シフト」を行い、各職種が「自律、自働」して医療を提供していることを強調。その具体例として、NST（栄養サポートチーム。1病棟に1.5人の管理栄養士を配置）により、入院の回転率が上昇し、入院単価も高まった（11～12万円）と紹介。さらに、チーム医療の基盤整備のためには①電子カルテと、②診療報酬のDPCによる1日包括払いが必要と述べる。最後に、人口70万人を切っている4つの県の中で「民間の急性期病院として残っているのは近森病院だけ」である事実を指摘。**急性期病院の経営者・看護管理者必読**。

○近森正幸「アウトカムが出てペイするチーム医療のためのチームビルディングーケア業務に専念する多職種による多数精鋭の病棟常駐型チーム医療」『病院経営羅針盤』2023年10月1日号：18-25頁。

…近森病院で試行錯誤しながら確立した「多職種による多数精鋭（not少数精鋭）の病棟常駐型チーム医療」の特徴・優点を、伝統的な「医師中心の少数精鋭のチーム医療」と対比させながら簡潔に述べる。その上で、近森病院のチーム医療での8つの職種（医師、看護師、…MSW（13人も病棟に配属））の役割と7つの職場（外来、ER、…一般病棟）でのタスク・シフトのポイントを簡潔に述べる。上記インタビューと相補的なので、併読を勧める。

○上野千鶴子「介護の社会化から再家族化・市場化へ」『月刊／保険診療』2023年9月号：46-50頁。

…2000年度に創設された介護保険は「3年ごとの改定のたびに、改悪の一途をたどり」、昨年「史上最悪」と言っていよいよ改悪案が審議会のテーブルにずらりと並んだ。筆者等の運動によりその実施は「先送り」されたが、引き続き監視を続けなければならない。この視点から、過去20年間の「改悪」の歴史と今回の「改悪案」の問題点を指摘し、もしそれが実施された場合は介護の「再家族化」と「市場化」が生じると警告。最後に、介護保険制度によって「福祉最先進国と比べても、日本の介護は質において引けを取らない」とも「証言」。以上については、私もほぼ同じ認識。ただし、介護保険給付の維持・改善の財源確保策にまったく触れていないのは残念。

○三原岳「20年を迎えた介護保険の再考(1)~(25)」ニッセイ基礎研究所HP, 2020年6月24日～2021年3月29日（ウェブ上に公開）。

…「近年の制度改革論議に対する疑問」から、過去20年間の介護保険制度およびそれに関連した諸制度について「長広舌を振るった」（本人の弁）。上記上野論文は、「介護保険制度はスタート以来、一貫して黒字だということ」に注意を喚起しているが、本連載(2),(3),(4),及び(15)では、介護保険に内在している「費用抑制のメカニズム」として、それぞれ、要介護認定、区分支給限度基準額、ケアマネジメント（ただしこれは「諸刃の刃」）、及び「『第2の国保』にしない工夫（保険料の年金天引き、財政安定化基金などの手立て）」について詳述。私はこれらの制度的要因に加え、医療費増加には医療技術の進歩・普及等の「その他要因」が大きく影響するため正確な予測が困難なのと異なり、介護費用の増加は高齢者数・要介護者数の変化のみでもかなり正確に予測できるため、収支予測が医療保険に比べて容易で「黒字財政」を維持できていると判断している。

なお、連載(3)には「限度額に占める平均利用率と、限度額を超えている人の割合」（要介護度別。三原氏推計）も掲載されている（調査年不明）。これによると、要介護1、要介護5で限度額を超えている人の割合はそれぞれ1.7%、4.9%。意外なことに、これは2009年の数値とほぼ同じ（それぞれ1.8%、4.8%。社会保障審議会介護保険部会（第30回）平成22年8月30日、資料：45頁）。このことは、経済産業省や財務省が「混合介護」（介護保険サービスと全額自費のサービスの併用）の拡大をめざしているにもかかわらず、少なくとも全国レベルでは、それが現在でもごく限定的にとどまっていることを示している。

※「介護保険の居宅介護サービス利用者のうち区分限度基準額を超えている者の割合」は不定期に社会保障審議会介護保険部会等で報告されている。2001～2015年の推移は、『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房,2017）126頁の【注】で紹介。

○高山一夫「メディケア薬価交渉をめぐる最近の動向（アメリカの医療政策動向34）」『文化連情報』2023年9月号：40-43頁。

…日本の製薬業界も注目しているバイデン政権のメディケア薬価制度改革について包括的に紹介・分析。まずその「主な内容」を概観し、国民の超党派での支持があることを強調。次に、「メディケア薬価交渉制度の詳細」を書き、最後に「製薬業界からの反発」を紹介した上で、「今後の展望」として、3つの理由をあげて「CMSが定めたルールの見直しはあったとしても、メディケア薬価交渉制度自体が裁判〔最高裁〕によって覆される可能性は低い」と予測。

C. コロナ関連

○吉田恵子「（連載）ドイツの対COVID-19戦略」『文化連情報』2020年6月号～2023年9月号（合計37回。2020年11月号・2021年10月号・2022年10月号・2023年4,5月号は休載）。

…ドイツのコロナ対策は、ヨーロッパ諸国の中で最も高く評価されており、私も本年6月の現地調査でそのことを確認した。吉田氏は、ドイツ在住の医療ジャーナリスト・産業医科大学訪問研究員で、コロナパンデミックの第一波時から3年半弱、ドイツ政府のコロナ対策、医療機関の対応、国民の反応等を多面的に、ライブで報告してきた。最後の2回、「**外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか**」（2023年8月号：42-45頁）と「**ドイツへの高い評価とその理由**」（2023年9月号：36-39頁）は連載全体の「まとめ」ともなっており、これらを読むだけでもドイツのコロナ対応のポイントを理解できる。なお、吉田氏はこ

の連載をまとめた単著を出版準備中とのこと。

D. 政治・経済・社会関連

○岸宣仁『事務次官という謎 霞が関の出世と人事』中公新書ラクレ, 2023年5月。

…「事務次官」一般ではなく、「財務省事務次官」に焦点を当て、著者の豊富な取材メモ等を用いて、その「栄光と挫折の130年間」を描く。第5章「内閣人事局の功罪」では、（私には）意外なことに、内閣人事局の「功」の面にアクセントを置き、その存続を前提にして、「競争原理を導入した抜本的な改革」を主張。しかし私は、官僚制度の改革でも、医療制度改革の場合と同じく、「競争よりも協調」・「部分改革」が現実的と思う。私は、本書より、同じ著者の『財務省の「ワル」』（新潮新書, 2021。本「ゼミ通信」42号（2021年8月））を読むことを薦める。

○小川原正道『福沢諭吉 変貌する肖像—文明の先導者から文化人の象徴へ』ちくま新書, 2023年8月。

…100年にわたる福沢諭吉像・評価・毀誉褒貶の変遷を、膨大な文献を用いて詳細に考察。著者はそれを、福沢自身の議論の変化というよりも、福沢を取り巻く世論の側によるものと解釈。「脱亜論」の主唱者としての福沢への批判も丁寧に跡づけているのはフェアと感じた（第5章）。存命時から指摘されていた「福沢の主張はよく変わる」との批判に対する、鎌田栄吉（慶應義塾長）の福沢「コンパス」論は興味深い：先生は「常在性」と「変化性」の両側面をバランス良く合わせもっている。先生の態度はコンパスに例えられ、「その一脚は中心に固着して毫も移動することなく之に反して他の一脚は自由自在に伸縮張弛して大小何れにても勝手次第の輪郭を画く」（80-81頁）。ただし、『学問のすすめ』（1872～76）にはたびたび言及する反面、権丈善一氏がそれと対をなすものと強調している「**学問に凝る勿れ**」（1890年慶應義塾大学部創設演説）に触れていないのは残念。私は本書を読んで、福沢が、日本の知識人のなかで、100年を超えても作品が広く読みつがれている唯一の人であると再認識した。

○大井赤亥「『3・2・1の法則』と政党対立の再編成 現代日本政治の三極構造」『世界』2023年10月号：160-170頁〔特集2「日本政治の底—ポスト岸田の論点」の巻頭論文〕
…著者の提起する「1993年体制」と「3・2・1の法則」という視点・見取り図を用い、日本の政党政治の現状を確認し、その展望を考える。「1993年体制」とは、「保守」・「革新」に「（保守系）改革派」を加えた3極が日本政治の政治的選択肢を作るようになったこと。「3・2・1の法則」とは、この三極の国政選挙での安定的な比例得票数を意味する。その上で、大井氏は「この力関係にも変化の兆しが見えている」として、三極の最近の動きを、改革保守＝維新を中心に分析。最後に、日本政治の最大の争点は、従来の「外交・安全保障」から「行財政改革・社会保障」に移行しているとして、「政治的選択肢の拮抗のために」「社会民主主義の極」と「新自由主義の極」の両極の結集を提唱。「三極構造」という視点は新鮮で、岸田内閣の「アベノミクスの延長上に位置する『踊り場の政権』との評価も妥当だと思うし、維新の躍進の分析も説得力がある。しかし、他の研究者の諸説を「借り」た立論が多いため読みにくく、社民と新自由主義との結集は机上の空論と感じる。

○ Goliath' s triumph America' s corporate giants are getting harder to topple

(ゴリアテの勝利 アメリカの巨大企業を倒すのはますます困難になっている) The Economist 2023年8月26日号(紙版)(定期購読者向けの専用サイトに日本語訳も公開)。

…経営学の教科書等の決まり文句「ビジネスにおける改革ペースは加速しつつあり、どの企業も破壊から安全ではない」を、データと事例を用いて批判し、既存の大企業の方が新興企業よりも、今までも&これからも生き残りやすいと主張・予測。第2段落では、クリステンセンの有名な「イノベーションのディレンマ」の予測に反して、アメリカの巨大企業はインターネット時代を通してほとんど破壊されなかったと指摘し、以下の段落でその理由を多面的に考察。シュンペーターの「創造的破壊」説にも言及しており、彼は1911年にはイノベーションが新規参入企業に主導されると主張していたが、1941年には考えを変え、イノベーションを主導するのは巨大企業だと主張したことを紹介。既存企業と新規参入企業はイノベーションにおいて「補足的役割」を果たすとも指摘し、ポーモルが2002年に提唱した「ダビデ・ゴリアテ共生(symbiosis)」説を肯定的に紹介。**経営学の研究者と実務家必読。**