

2023. 12. 5(火)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻233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。**

御挨拶の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様から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/>。

233号の目次は以下の通りです(24頁+別ファイル2)

1. 論文：コロナ禍による国民の医療満足度の変化の検証ーコロナ禍で日本の医療制度の根幹は揺らいだか? (「二木教授の医療時評(215)」『文化連情報』2023年12月号(549号)：20-25頁+表は別ファイル) …2頁
 2. 投稿：プライマリケア機能強化による医療費減少効果は諸外国でも明らかになっていませんー青木拓也氏論文へのコメント……………8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(通巻213回:2023年分その9:6論文) ……10頁
 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その227)ー最近知った名言・警句……………14頁
 5. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第31回)……………16頁
- 補. 「ニュースレター」2023年総目次(222~233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:23二木NL目次.docx)

お知らせ

論文「**現行の地域医療構想をどう評価し、新しい構想に何を期待するか?**」を『日本医事新報』2023年12月2日号に掲載しました。本「ニュースレター」234号(2024年1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. 論文：コロナ禍による国民の医療満足度の変化の検証

ーコロナ禍で日本の医療制度の根幹は揺らいだか？

（「二木教授の医療時評」(215) 『文化連情報』2023年12月号(547号)：20-25頁）

はじめに

本稿では、各種の世論調査を用いて、新型コロナウイルス感染症パンデミック（以下、コロナ禍）により国民の医療満足度は、コロナ禍前に比べて変わったか否かを検証します。

過去3年間、コロナ対策で指導的役割を果たした尾身茂氏は新著でこう述懐しています。「パンデミック初期には、医療関係者の貢献に対し多くの人たちが感謝の気持ちを表明した。しかし、パンデミック後期になると、医療が逼迫するのは医療界・医療関係者の努力が足りないのではないかと非難の声が聞こえるようになった」(1)。

尾身氏は控えめに書いていますが、2021年以降、財務省、指導的プライマリケア医やジャーナリズムの多くは、日本では医療機関から診療を拒否されるコロナ（疑い）患者が続出し、それにより日本の医療制度の歪み・弱点が露呈したと主張・報道しました【注1】。もしそれが本当なら、コロナ禍で、国民の医療満足度は大幅に低下したと想定されます。実際、イギリスNHS（国民保健サービス）のGP（一般医）は、政府の指示もあり、コロナ感染爆発後、コロナ（疑い）患者の診療をほとんどせず、国民のGP満足度は2019年の68%から、2021年の38%へと急減しました(2,3)。

そこで、コロナ禍前とコロナ禍中（2020～2022年）、またはコロナ禍中に複数回、医療満足度（または医療への信頼度等）を調査した6つの世論調査の結果を分析しました。

6つの世論調査の概要

それらの調査者は、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）、厚生労働省（厚労省）、国際比較調査グループISSP、中央調査社、健康保険組合連合会（健保連）、日本医療政策機構です。これらの調査結果はすべてウェブ上に公開されています。

厚労省調査のみは一般病院の患者を対象にしていますが、他の調査は国民を対象にしています。調査回答者数はすべて1000人以上です。

6つの調査は調査方法や設問、および設問への回答の選択肢が異なるため、各調査の結果の横断的比較はできませんが、各調査ごとに、コロナ禍前とコロナ禍中の結果を比較することは可能です。日本医療政策機構調査を除いた5つの調査の正式名称、調査方法、回答者数、設問、および設問への回答の選択肢は表に示しました（日本医療政策機構を除いた理由は後述します）。

以下、6つの調査の結果を、コロナ禍中の調査の実施時期順に検討します。見出しの調査名の後のカッコ内はコロナ禍中の調査年です。

日医総研調査（2020・2022年）

日医総研は2002年以降、2～4年おきに「日本の医療に関する意識調査」を行い、第1回から毎回、同一の設問で医療満足度を調査しています。最新の正式調査（第7回調査）は2020年7月に、その前の第6回調査は2017年に行っています。2022年3月には「臨時中間調査」もしました。正式

調査の特徴は、医療満足度を「受けた医療の総合満足度」と「日本の医療全般の満足度」に二分して調査していることです。

2020年には「受けた医療の総合満足度」は92.4%（満足36.7%+まあ満足55.7%）に達しており、2017年の92.3%と同水準ですが、「満足」の割合が28.8%から36.7%へと増加しました。「日本の医療全般の満足度」は76.1%（満足17.5%+まあ満足58.6%）で、前回の74.2%よりわずかながら（1.9ポイント）上昇しました。私は2020年調査を初めて分析した時、「コロナ蔓延という非常時にもかかわらず、2つの満足度が高い水準を維持していることは注目に値する」と評価しました(4)。

2022年調査は、「日本の医療全般の満足度」のみ調査し77.8%でした。これは2020年より高く、2017年の74.2%と比べると3.6ポイントの上昇です。

厚労省「受療行動調査」（2020年）

厚労省「受療行動調査」は3年おきに実施され、最新の調査は2020年10月に、その前の調査は2017年に実施されました。上述したように、本調査は他調査と異なり、一般病院の外来・入院患者を対象にしています。

2020年の外来患者の「全体的な満足度」は64.7%で、2017年の59.3%から5.4ポイント上昇しました。入院患者の満足度も、67.8%から69.4%へと微増（1.6ポイント増）しました。

「ISSP国際比較調査」（2021年）

ISSP国際比較調査はNHK放送文化研究所も参加している調査で、2021年調査のテーマは「健康・医療」です。このテーマは2011年に続いて10年ぶりで、村田ひろ子氏が日本の結果を2022年に紹介しています(5)。全体の調査結果は2024年春に公開予定だそうです。

2021年調査はコロナ感染が蔓延していた2021年11～12月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、大幅に上昇していました。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、村田氏は「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」と解釈しました。

中央調査社調査（2021,2022年）

中央調査社（世論調査・市場調査の専門調査機関）は、2021年3月と2022年3月の2回「新型コロナウイルス感染症に関する意識調査」を行い、新型コロナウイルス感染症に対する政府、地方自治体、医療機関の対応を10点満点のスコアで示しました（まったく評価できない:0～十分評価できる:10）。

三者のうち、両年とも、医療機関の平均スコアが飛び抜けて高く、2021年7.46、2022年7.40で、政府の2021年4.41、2022年5.21、地方自治体の2021年5.14、2022年5.71を圧倒していました。

2022年には報道機関・マスコミも評価していますが、わずか4.93にすぎず、政府よりも低くなっています。私自身もこの間のマスコミのコロナ報道（の一部）には不信を持っていたので、この結果は当然と感じました。

2021年調査ではスコアの分布も示されており、医療機関では7～10（高評価）が66.5%もあり、0～3（低評価）はわずか3.5%にすぎませんでした。それに対して、地方自治体と政府では0～3がそれぞれ19.1%、32.5%ありました。

健保連調査（2022年）

健保連も2007年以降、数年おきに「医療・介護に関する国民意識調査」を実施しており、最新調査は2022年7月に、その前の調査は2017年に実施しました。

健保連調査は他の調査に比べて「日本の医療の状況に対する満足度」（かなり満足+やや満足）がかなり低くなる傾向があり、2007年には31.2%、2011年には20.3%にとどまっていたが、2017年に48.8%に急増しました。2022年も47.4%とほぼ同水準（厳密には1.4ポイントの微減）でした。

2022年調査で興味深いのは「**新型コロナウイルス拡大期以降（第1波以降）体の具合が悪い時に、診療を拒否された経験の有無**」も調査していることです（25頁）。私が調べた範囲では、診療拒否についての全国調査はこれだけであり、貴重です。なお、健保連は2020年9月に「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」もしていますが、診療拒否や医療満足度については調査していません【注2】。

それによると、「拒否されたことがある」との回答はわずか3.3%で、「拒否されたことはない」の36.0%の十分の一にすぎませんでした（残りは「『第一波』以降、受診を検討するような体調不良を経験していない」60.0%。「その他」0.7%）。

さらに「拒否されたことがある」との回答者(99人)について、診療を拒否された医療機関の種類を問うと、「かかりつけ医療機関」、「かかりつけ医療機関ではないが、過去に受診したことがある医療機関」、「初めて受診する医療機関」のいずれの回答も35%前後（それぞれ37.4%、36.4%、34.3%。複数回答）でした。〔診療拒否されたことがある+医療機関を受診したが受診拒否されたことがない=39.3%〕を分母とすると、かかりつけ医療機関から診療拒否されたことがある回答者は3.3%となります（ $[3.3 \times 0.374] \div 39.3$ ）。

以上の結果は、少なくとも全国レベルで見れば、「コロナ拡大期以降、体の具合が悪い時に、診療を拒否された経験」のある回答者はごく限られていることを意味し、「コロナ禍で受診できない患者が相次いだ」等の言説には信憑性がないことを示しています。

日本医療政策機構調査（2022年）

日本医療政策機構は、2006年から「日本の医療に関する調査」を行っており、最新調査は2022年3月に、その前の調査は2019年に実施しました。いずれもインターネット調査です。

健保連調査と同じく、「日本の医療および医療制度」についての「全体的な満足度」は2006年の39.6%から漸増し、2018年には68.1%、2019年には62.0%になっていました。残念ながら、2022年には「全体的な満足度」は調査されていません。しかし、「全体的な満足度」の下位項目で、2019年、2022年とも調査された「医療の安全性」の満足度は2019年71.8%、2022年71.4%、「技術の質」の満足度は2019年68.4%、2022年66.1%で、共に安定していました。さらに202

2年のみ調査されている、「国民が公的医療保険に加入している」と「医療機関へのアクセス」の満足度はそれぞれ72.9%、72.0%と非常に高かったことを踏まえると、2022年の「全体的な満足度」は（もし調査されていたなら）2019年と同水準だったと推定できます。

ただし、本調査は2022年の「全体的な満足度」を調査していないので、表には含めませんでした。

おわりに

以上検討してきた6つの世論調査の結果を総合的に判断すると、2020～2022年の3年間のコロナ禍中にも、国民の医療満足度はコロナ禍前と比べて同水準か、多少上昇していると言えます。少なくとも、大幅に下がっていないことは確実です。

「はじめに」と[注1]で紹介した言説のように、日本の医療機関の多くがコロナ（疑い）患者の診療を拒否していたとしたら、国民の医療満足度は相当低下したと想定されるので、以上の結果はそのような言説への（間接的）反証になっていると言えます。

ただし6つの調査結果はすべて全国の平均値であり、一時的に「医療崩壊」（に近い事態）が生じたとされる首都圏や大阪圏の住民の意識とは異なる可能性があります。しかし今回の調査結果は、そこで生じた事態が全国で広範に起きたわけではないことを示唆しています。

これはすでに書いたことですが、私の地元の愛知県・名古屋市では、コロナ禍の2020～2022年に、上述した言説や報道（新聞・テレビ）はほとんど聞いたことがありません(6)。尾身茂氏の言葉を借りれば、首都圏や大阪圏とそれ以外の大半の地域では、ジャーナリスト等に「見えている景色がまったく異なる」可能性があります(1:237頁)。

【注1】 コロナ禍で日本医療の弱点が露呈したとの主な言説

もっとも重大なのは、草場鉄周日本プライマリ・ケア連合学会理事長が、2012年10月11日の財政制度等審議会財政制度分科会の「有識者ヒアリング」で、「コロナ禍による医療逼迫でわが国のプライマリ・ケアの限界が露呈した、日本のコロナ対応は「失敗」と主張し、それを受けて、財政制度等審議会が同年12月3日の「令和4年度予算の編成等に関する建議」で、以下のように断じたことです。「コロナ禍では…外来医療・在宅医療のアクセスの機会は限られていたことが指摘されている。世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかったと言えよう」（39頁）。

翌2022年にも全国紙の社説・主張や解説が同様の主張を繰り返しました。主なものを発表順に紹介します。「日経」6月20日「社説」：「日本では感染防止を理由に発熱患者を拒む医療機関が相次ぎ、政府が慌ててオンライン診療を認めても実施は限られた。コロナを恐れて通院を控えた一般患者にも医療は遠い存在になった」。「読売」10月27日「解説」：「『かかりつけ医』の制度化を巡る議論が活発化している。コロナ禍で受診できない患者が相次ぎ、その役割が注目されたためだ」。「産経」11月18日「主張」：「政府内での[かかりつけ医制度化]検討の背景には、新型コロナウイルス禍で、医療機関が発熱患者を受け付けられない事例が相次いだという反省がある」。有力な福祉ジャーナリスト・浅川澄一氏も以下のように論難しました。「コロナ禍で多くの日本の医療制度の歪みが露呈した。責任をもって住民を診察する医師が明確でないことが明らかになった。『受診の自由』（フリーアクセス）を否定され、診察を受けられない患者が続出した。医療制度の根幹が揺らんでいる」（『Wedge』2022年9月号：53頁）。

これらの言説には、①伝聞のみで具体的エビデンスを示していない、②この問題を「かかりつけ医の制度化」と結びつけているという2つの共通点があります。そして、「かかりつけ医の制度化」論者は、日本にもヨーロッパ諸国のような「かかりつけ医制度」（登録制）があったなら、迅速なコロナ対応が可能になったはずだと主張しました。しかし、別に詳しく報告したように、日本医師会のイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査により、そのような主張は「棄却」されました(2)。

【注2】国民の7割は登録制のかかりつけ医制度化を望んでいない

健保連は「かかりつけ医の制度化」の急先鋒ですが、皮肉なことに、健保連の2020年調査は、国民の7割が、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」制に反対していることを示しています。このことはすでに紹介しましたが、きわめて重要なので、再掲します(7)。

本調査は、「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。

文献

- (1) 尾身茂『1100日間の葛藤』日経BP社、2023年9月、278頁。
- (2) 二木立「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—診療所医師のコロナ対応を中心に」『文化連情報』2023年11月号（548号）：28-37頁。
- (3) Annonym: 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.
- (4) 二木立「日医総研『第7回日本の医療に関する意識調査』から何が読みとれるか？」『日本医事新報』2020年12月5日号（5041号）：52-53頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、228-232頁）。
- (5) 村田ひろ子「世論調査からみえる健康意識と医療の課題」『放送研究と調査』2022年9月（ウェブ上に公開）。
- (6) 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。
- (7) 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」『文化連情報』2022年12月号（537号）：16-24頁。

[本稿は『日本医事新報』2023年11月4日号掲載の「コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？」に大幅に加筆したものです。]

2. 投稿：プライマリケア機能強化による医療費減少効果

は諸外国でも明らかになっていませんー青木拓也氏論文

（「週刊医学界新聞」2023年10月30日）へのコメント

（「週刊医学界新聞」に投稿したが不掲載）

青木拓也氏の寄稿「かかりつけ医機能の強化によって期待される効果とは」を読みました。私は青木氏の主張に以下の3点で同感・共感します。①日本での「かかりつけ医機能の強化」に大賛成です。②日本でも今後総合診療医が増えることに期待しています。③プライマリケアの強化により医療の質や患者満足度が向上するとの実証研究は諸外国に少なくありません。

しかし、私が2022年に示したように、「**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**」（『文化連情報』2022年10月号：24-31頁）のが過去20年間の医療経済学の実証研究の結論と思っています。そのため、青木氏がプライマリケア機能の強化やアメリカのpatient-centered Medical Home（より進んだプライマリケア・ネットワーク。以下、メディカルホーム）で「医療費の減少効果も報告されている」と主張していることに違和感を持ちました。そこで青木氏が根拠として示した3論文(5, 7, 10)を読んだところ、この主張は「国内外のエビデンスを踏まえて」いる（寄稿副題）とは言えないことを確認しました。

まず文献(5) (PMID:16461452)は文献レビューですが、家庭医（プライマリケア医）とそれ以外の医師との比較ではなく、家庭医の諸特性(attributes)と医療費との関連・相関を検討し、「継続性、診療時間、医師・患者のコミュニケーションと予防がプライマリケアでは費用効果的」と結論づけています。しかし、横断面調査で関連・相関関係があるから因果関係があると言えないことは、統計分析の常識です（中室牧子・津川友介『原因と結果の経済学』ダイヤモンド社, 2017等）。

次に文献7 (PMID:25969397) も家庭医（プライマリケア医）とそれ以外の医師との比較ではなく、家庭医のみを対象とし、提供するサービスの「包括性指数」が高い家庭医ほどプライマリケア医療費が少ないと主張していますが、これも因果関係ではありません。

最後に、文献(10) (Nielsen M, et al. 2016)はメディカルホームの医療費削減効果を検討した30論文の文献レビューです。これは一種の介入研究で因果関係を検証できます。そして、論文冒頭の「ポイント」には「メディカルホームが医療費節減をもたらすことを示す明確なトレンドがある」と書いています。

しかし、30論文のうち、査読付き雑誌に掲載された17論文の要旨をみると、総費用が節減されたと明記している論文は3つ（文献番号53, 55, 58)にすぎず、総費用は不変が4論文(44, 48, 50, 52)、総費用増加が1論文(49)、救急医療費は減ったが入院医療費は不変が1論文(43)でした。残りの8論文は、救急外来受診件数または入院件数が減少したとのみ報告し、総医療費の変化には触れていません。しかし、特定の医療改革により、一部の医療利用が減るが、他の医療利用が増え、総医療費は不変または増加することは少なくありませ

ん。

残りの13論文は州・自治体や産業界の報告で、そのほとんどがメディカルホームで費用が削減したとしています。しかし、州・自治体や業界団体の報告が「結論先にありき」で信憑性に欠けるのは、日本と同じです。

文献(10)は、「メディカルホームの実施期間が長くなり評価が続けられれば、費用と医療利用の改善が明らかにされるであろう」と書いています。しかしこれは希望的観測で、私の経験では、改革初期の効果は「ビギナーズ・ラック」であることが多く、その効果は長期的には消えるのが普通です。その後も、メディカルホームが医療費を削減することを明示した実証研究は発表されていないと思います。青木氏が示した3論文が2006～2016年と7年以上前のものであるのはその証左とも言えます。

結論：私は一般の医療と同じくプライマリケアでも、医療の質を改善しつつ、医療費を削減することは困難であり、必要なのは、財源を確保した上で、医療の質を改善しつつ、それが大幅な医療費増加を招かない改革を進めることだと思っています。なお、青木氏は「医療の効率向上」と「医療費減少」を同じと見なしていますが、それは経済学的に間違いで、医療では、医療の効率向上（限られた資源の有効利用）で医療費が増えることは少なくありません。“cost-effectiveness”はほぼこの意味で使われ、英語論文を読む際注意が必要です。

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213回)(2023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。

○COVID-19パンデミックがアメリカの病院に与えた初期の財政的影響

Li K, et al: Early financial impact of the COVID-19 pandemic on U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management* 68(4):268-283, 2023 [量的研究]

COVID-19パンデミックは病院の運営、支出と収益に重大な影響を与えた。しかし、パンデミックが地方と都市の病院に与えた財政的影響はほとんど知られていない。本研究の主目的は病院の収益性がパンデミック1年目(2020年)にどう変わったかを分析することである。特にCOVID-19感染と入院率と郡レベルの諸変数と、営業利益率(OMs)と総利益率(TMs)との関連を調べた。メディケア費用報告、アメリカ病院協会年次調査データベース、疾病登録予防センター・有害物質疾病登録局(CDC/ATSDR)の2012-2020年データを用いた。最終的なデータセット(パネルデータ)には、都市病院17,510と地方病院17,876病院が含まれる。都市と地方の病院別に、営業利益率と総利益率の固定効果モデルを推計した。

その結果、営業利益率は、都市と地方の両方で、病院の感染への曝露期間と負の関連があった。それと対照的に、総利益率は病院の感染への曝露期間と正の関連があった。非営業収益である連邦政府救済基金が明らかに病院がパンデミックで財政危機に陥るのを予防していた。都市と地方の両方で、1週当たり成人入院患者数と営業利益率との間に正の関連があった。病床規模、グループ購入組織(GPOs. 医薬品、医療材料、医療機器その他のサービスを複数の病院が共同で購入する仕組み)への参加と病床利用率は営業利益率と正の関連があった。病床規模とGPOsへの参加は規模の経済の反映であり、病床利用率は資本効率を反映している。病院の営業利益率は2014年以降減少し続けており、パンデミックは特に地方の病院でこの減少に拍車をかけた。連邦政府救済基金は投資所得と共に、パンデミック中に病院が財政的に生き延びるのを助けたが、それらは財政的余裕(well-being)を維持するには不十分であったと言える。

二木コメント—アメリカでもコロナ・パンデミック1年目には、連邦政府の資金援助が病院が経営危機に陥るのを予防したことが良く分かります。本文では上記要旨よりはるかに詳細な分析が行われており、コロナ・パンデミックが病院経営に与えた影響の日米比較研究も可能と思います。

○「企業集中 実に巨大な医療【企業】 誰がアメリカの不可解な医療制度から最も利益を得ているか？」

Corporate concentration Really big health Who profits most from America's baffling health-care system? *The Economist* October 14th:53-55 (紙版), 2023 [レポート]

アメリカでは医療費総額のGDP比は17%に達しており、製薬企業と病院が医療費増の主因と批判されるが、複雑な医療制度からはるかに多くの利益を得ている少数の仲介企業に関心

が払われることは少ない。それは、患者と治療（医師・病院・製薬企業）の中間に位置する企業であり、具体的には保険会社、医薬品給付管理企業（PBMS）、薬局チェーン、医薬品卸（drug distributor）である。過去10年間これら企業はアメリカの巨大な医療産業で静かに存在感を増した。本レポートはそれらうち上位9社を「ビッグ・ヘルス」と呼び、その最新動向を示す。

それら9大ビッグ・ヘルスの医療費総額シェアは2013年の25%から2022年には45%に急拡大している。4大保険企業の保険加入者数は全加入者総数の50%を占め、最大手のUnited Healthグループの昨年の売り上げは3240億ドルで、これはWalmart, Amazon, Apple, ExxonMobilに次ぎ、税引き利益は250億ドルに達している。4大薬局チェーンの売り上げは薬局総数の総売上上の60%に達し、最大手のCVSだけで四分の1（25%）を占めている。3つのPBMSが処方薬給付管理額の80%を占めている。

オバマケアは医療保険企業の利益を総保険料の15-20%に制限したが、医師と仲介企業はこのような制限を受ず、これが医療保険企業に診療所、薬局等を買収するインセンティブを与えた。United Health(医療保険最大手)とCVS(PBMSと薬局チェーンの両方で最大手)とも、医療供給者の買収を続けている。United Healthの子会社であるOptum Healthは全米2200の診療所のネットワークを通して2000万人以上の患者を診療している。同社の雇用・提携医師は7万人で、全米最大の病院チェーンよりも多い。CVSも約1100の「近隣(neighbourhood)診療所」を運営している。

これら企業のトップは医療の全ての部分を1つに統合すると費用を抑制できると主張しているが、多くの研究はそれを否定している。PBMSが製薬企業との価格交渉で得た利益を医療保険に還元していないことが問題視されている。ビッグ・ヘルスの破壊者はAmazonであろう。同社は2021年の最初の参入ではつまづいたが、現在も試みを続けている。ビッグ・テックの失敗の理由は、医療ビジネスの複雑さを過小評価したためだと指摘されている。ビッグ・テックは強力だが、現時点ではビッグ・ヘルスに屈している。

二木コメント—私もアメリカの医療保険会社や医薬品給付管理会社（PBMS）、薬局チェーンがM&Aで急成長し、巨利を得ていることは知っていましたが、これほどとは知りませんでした。ウェブ版の同一記事の3番目の見出しは「ヒント：巨大製薬企業ではない」で、このことは「ビッグ・ヘルス」がアメリカでもまだあまり知られていないことを示しています。「ビッグ・ヘルス」はRelman（NEJM編集長）が1980年に警鐘乱打した「医療産業複合体」の最新版と感じました。ただし、「ビッグ・ヘルス」はまだ病院部門には本格的には参入できておらず、これは病院部門では既存の病院グループのM&Aによる寡占化がほとんど完成しているためだと思います。学術論文ではありませんが、アメリカ医療の企業化の研究者必読と言えます。

○ [入院医療費の] 包括払いは医療の質に影響するか？体系的文献レビュー

Pott C, et al: Does prospective payment influence quality of care? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 323(2023)115812 [文献レビュー]

医療費増加に対応して、質の高い入院医療の費用・効率的提供が世界的に政策決定者の関心事となっている。過去数十年間、入院医療の包括払い方式が医療費を抑制し、提供されるサービスの透明性を高める手段として用いられてきた。先行研究で、包括払いが入院医療の

構造とプロセスに影響を与えることはよく示されているが、医療の質の鍵になるアウトカム指標に与える影響は十分知られていない。本文献レビューでは、包括払いが誘発する財政的インセンティブが医療のアウトカム指標（例：健康状態、患者が評価するアウトカム）にどのように影響するかを調査する。英語、ドイツ語、フランス語、ポルトガル語及びスペイン語で書かれ、1983年以降に発表された論文のエビデンスのレビューを行い、諸研究の結果を統合し、異なる包括払い介入の影響の方向性と統計的有意性を示す。

最終的に64研究を選んだ。それらの研究の質は、10が高レベル、18が中レベル、36が低レベルだった。もっとも広く観察された包括払い方式は、事前に支払い額を設定した入院1件当たり支払いだった。死亡率、再入院率、合併症、退院先については、結果は一致しなかった(inconclusive)。そのため、包括払いが重大な害をもたらすとか、医療の質を有意に改善するとの主張はともに支持されなかった。本研究では、包括払い導入により、病院の在院日数が短縮し、治療の場が急性期後施設にシフトする可能性が示唆された。そのため政策決定者は、包括払い導入に際して、急性期後施設の確保も検討すべきである。

二木コメントー従来の包括払いについての文献レビューがほとんど英語論文のみを検討していたのと異なり、本研究は他のヨーロッパ言語の論文も検討しています。これは、執筆者3人がいずれもドイツの研究機関所属であるためだと思います。日本の研究（英語論文）も2つ含まれています。それだけに、包括的・多面的な分析がなされており、包括払いまたは支払方式の国際比較の研究者必読だと思います。私は要旨の最後の1文に大いに共感しました。

○ [アメリカの] 営利病院の相対的生産性：たいしたことかそうでもないか？

Sloan FA, et al: Relative productivity of for-profit hospitals: A big deal or a little deal? Medical Care Research and Review 80(4):355-371, 2023 [総説・文献レビュー]

本研究の問いは以下の通りである：実証研究のエビデンスは、営利病院が民間非営利病院や非連邦立公立病院より生産性が高く効率的という結論を支持するか？まず、非営利組織の代替的諸理論を紹介する。次に、アメリカで2000年以降に発表された、病院の質、サービスマックス、地域貢献、及び費用／効率についての実証研究をレビューし、これらの指標に関して営利病院とそれ以外の病院とで系統的な差はないことを示す。ただし営利病院は利益の多いサービス、高密度のサービスを提供する傾向があり、無保険やメディケイドの患者の割合が低く、外的な財政的インセンティブに反応しやすい。営利病院は財産権理論の主張と異なり、より効率的に運営されているわけではないが、この理論が示すように財政的インセンティブにはより速やかに反応する。営利市場の存在が非営利病院の行動を変えるというエビデンスはほとんどない。営利病院と非営利病院との間に観察される差異はほとんど「たいしたことがない」(a little deal)。

二木コメントーアメリカ医療経済学の大御所による、営利病院の相対的生産性・効率についての長く続く（永遠の？）論争についての、最新の総説・文献レビューで、この分野の研究者必読と思います。

○ アクティビティ基準の支払いとックインセンティブへの病院の反応：アイルランドからのエビデンス

Valentelyte G, et al: Hospital response to activity-based funding and price incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy* 137(2023)104915 [量的研究]

アクティビティ（活動・実績）基準の支払い（ABF）とは、医療サービスをより効率的に提供するように病院にインセンティブを与える支払い政策である。ABFは2016年に、アイルランドの公立急性期病院に入院し公的医療を受ける患者の支払いに導入された。さらに2018年には腹腔鏡下胆嚢摘出術を日帰り手術で行うことを促進する価格インセンティブも導入された。公立急性期病院に入院した私費診療患者はこれらの適応外だった。2013～2019年の全国入院患者アクティビティ・データを用い、プロペンシティスコア・マッチングによる差の差法により、上記2政策の影響を評価した。アウトカム指標として、腹腔鏡下胆嚢摘出術の日帰り手術実施割合と病院の在院日数の変化を用いた。

その結果、ABF支払い導入後、両指標の有意な変化はなかった。価格インセンティブについても同じだった。このことは腹腔鏡下胆嚢摘出術の実施者（病院）は新しい支払方式に反応しなかったことを意味している。支払方式の変更は病院の効率性を向上させなかった。

二木コメントこの10年間、世界的に流行しているアクティビティ基準の支払方式（ABF）貴重な「ネガティブデータ」と思います。ただし、対象が公立病院であることが結果に影響している可能性は十分あります。

○ [デンマークでのG P（一般医）対象の出来高払いと人頭払いの] 混合支払方式における人頭払いの増加：[G Pによる] サービス提供と医療プロセスの質への影響

Skovsgaard CV, et al: Increasing capitation in mixed remuneration schemes: Effects on service provision and process quality of care. *Health Economics* 32(11):2477-2498, 2023 [量的研究]

多くの医療制度はG P（一般医）に対する、出来高払いと人頭払いの混合支払い方式を採用しているが、両支払いの比重の変更がサービス提供に与える影響についてはほとんど知られていない。デンマークは2018年1月に2型糖尿病診療のG Pへの支払いを、出来高払い8割・人頭払い2割から、出来高払い2割・人頭払い8割に変更した。本研究では差の差法を用いてこの改革を評価した。

その結果、対面サービスでは、新たに人頭払いになったサービスと、出来高払いのままのサービスの両方が減少していた。ガイドラインで推奨された「プロセスの質サービス」（糖尿病関連の諸検査とインフルエンザワクチン接種等）も減少していた。このような影響は、主に、併発症を有する糖尿病患者、糖尿病患者をたくさん診療している高所得のG P、および単独開業のG Pにより主導されていた。混合支払方式で人頭払いの割合を増やすことは、G Pが管理している2型糖尿病患者へのサービス提供を減らし、意図せざる質の低下を招くリスクがある。

二木コメントデンマークで実施された医療費抑制を目的とてG Pに対する人頭払いの割合を増やす「改革」が、2型糖尿病患者へのサービスを減らすことを示した貴重な計量経済学的研究です。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その227)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○岩井克人（経済学者・東京大学名誉教授。学会から距離を置き、独自の経済理論を打ち立ててきた。2023年度の文化勲章受章、76歳）「**まだまだ使命感を持って発信しつづけたい**」（「日本経済新聞」2023年10月21日朝刊）。**ニ木コメント**ー私も岩井氏と同じ年齢で、まったく同じことを考えていたので、大いに共感しました。

○梅原猛（哲学者。2019年死去、93歳）「**先生は年々偉くなってる**」（畏敬する大先輩・白川静に面と向かってこう言い放った。鷺田清一「折々のことば」（2568）」「朝日新聞」2023年10月26日朝刊で紹介。初出は2人の対談録『呪の思想 神と人との間』平凡社、2011、14頁。対談時、白川は91歳、梅原は76歳で、共に「超バリバリの現役」）。**ニ木コメント**ー私は1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業してすぐ、医師で医事評論家の故川上武先生の勉強会・研究会に参加したのですが、その後10年くらいは、いくら勉強しても、先生との差が開くばかりと感じ続けたことを思い出しました。この感触を払拭できたのは、1982年に「脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測」（『リハビリテーション医学』19(4):201-202, 1982)を書き上げ、それを先生に「予後学」の視点から高く評価された時でした。

○池谷裕二（脳卒中研究者・薬学者。東京大学大学院薬学系研究科・教授）「**脳の能力は掛け算で成長します**。たとえば、現在の実力が1だとし、目標を100に設定しましょう。勉学に励めば1が2倍になり2になります。さらに努力すれば、いずれ2の2倍、つまり4へと成長します。さらに努力を継続すれば、8、16と伸びていきます。とはいえ、これほど努力しても、いまだ16。目標値100からは遠いレベルで停滞しています。**この時点で多くの方は自分の不甲斐なさに落胆します。私には才能がない、と。**／言うまでもなく、その後は目覚ましい成長を遂げます。32、64、128となり、目標値をクリアします。**努力を始めてから成果が見えるまでに一定の時間がかかるのは、脳のこうした原理によるものです。**／そしてこのまま成長を続ければ、255、512となります。ここまでくると、もはや1や2のレベルで苦闘している初心者からは想像のできない世界線に突入します」（「読売新聞」2023年10月17日朝刊、「藤井現象を語る（上） かけ算式成長、圧倒的」）。**ニ木コメント**ー池谷氏の説明を読んで、私がかつて川上武先生との差が開くばかりだと感じ、「落胆」した理由が分かった気がします。ただし、私は「掛け算」で差が開くのは「研究」についてであり、「勉強」や「教育」では差は「足し算」で開くと感じています。私の大学教員としての経験（というより独断？）では、教員間の教育力の差は最大限1桁（数倍）だが、実務能力の差は2桁（十数倍）、研究能力・実績の差は3桁以上（百倍以上）です。

○旧新聞倫理綱領「**人に関する批評は、その人の面前において直接語りうる限度にとどむべきである**」（「読売新聞」2023年10月16日朝刊「編集手帳」で引用。1946年7月制定、第2報道、評論の限界 二）。**ニ木コメント**ー私も長年、批判は「その人の面前」ですか、論文等で実名をあげてしているので、大いに共感しました。

○岩尾俊平（慶應義塾大学商学部准教授）「人の行動を重要業績評価指標（KPI）によって測定し評価する管理手法は、もはや常識になりつつあります。しかし、KPIは必ずといっていいほど、“ハッキング”されるという事実は、十分に認識されていません。／例えば、教師を『名門大学の合格率』で測ると、名声を得るために『元から優秀な生徒以外は相手にしない教師』が現れます。医師を『患者の治癒率』で測ると、『難病患者を門前払いする医師』が高評価されます。（中略）／大学でもしばしば『論文数』がKPIとして設定されます。すると、頭のいい大学教員は『1つの論文で書ける内容を上・中・下の3本に分ける』という裏技を考えつきます。（中略）本来のマネジメントは『人間の能力を引き出す技法』ですが、人間を何かの指標に押し込めるKPI頼りの管理評価は『KPIハッキングという無意味な能力しか引き出せない危険性』をはらんでいるのです」（『Wedge』2023年11月号：83頁、「誰かに話しかけたくなる経営学 第3回 KPIはいらない？業績測定の不都合な真実」）。二木コメントー人の行動をKPIで測定・評価する危険を簡潔に示しており、大いに共感しました。

<その他>

○与良正男（毎日新聞客員編集委員）<最近、誰も口にしなくなった言葉がある。／『黄金の3年間』である。／2021年秋、岸田政権が誕生した当時は、「岸田氏には『黄金の3年間』が待っている」と言われたものだった。（中略）ところが、絶好の政治環境を手にしていながら、今や「首相は何をしたいのか分からない」というのが定番の評価になっている」（『週刊エコノミスト』2023年11月14日号：68頁、「[東奔政走]」自ら手放した『黄金の3年間』岸田首相に挽回策はあるのか」。二木コメントーまさに「政界の一寸先は闇」と思いました。なお、2022年7月の参議院議員選挙で自民党が大勝し、「黄金の3年間」が確定したと思われる時、権丈善一氏は、以下のように真逆の予想をしました。：「今後3年間、政治が安定すれば、逆に何も動かないかもしれない」（『週刊東洋経済』2022年7月9日号：50－51頁）。

○安藤大介（『週刊エコノミスト』編集部）<イタリア、ドイツ、フランスと国によって言語も文化も違う。全てを理解して「欧米人」を説明するのは困難だ。／一方、インドは欧州に匹敵する面積の国土に、言語、宗教などが異なる14億人が暮らす。「『インド人って何？』というのは『欧州人って何？』と同等です」。そう指摘され、難しい相談をしていたことに気付いた。>（『週刊エコノミスト』2023年11月14日号：51頁、「編集室」から。同誌11月7日号の特集「踊る！インド経済」を担当し、インド研究者に「『インド人って何？』と易しく理解できるページを設けたい」と相談したところ、その研究者は「それは難しい」と答え、欧州を例に挙げた。>。二木コメントー私も本年5～6月に行ったイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査を通して、「ヨーロッパ」と一括りにできないことを実感しました。今まで何冊か本を読んでも「インド（人）」のイメージが湧かなかったので、このインド研究者の説明を聞いて、それが当たり前なのだと納得しました。

5. 私毎月読かチェックした日本語の本・論文の紹介 (第31回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」 69号 (2023年11月19日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私の愛読書/好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○デニス・ダンカン著、小野木明恵訳『索引 ～の歴史 書物を変えた大発明』光文社, 2023年8月 (原書2021)。

…著者はイギリスの書物史研究家。「索引というニッチなテーマに着目し、[ヨーロッパ中世の写本時代からの一木] その歴史をたどることによって、本の形式と読書形態、紙から電子データへの媒体の変化などという、索引周辺のあらゆる文化の変遷についても語りつくしている」(訳者あとがき, 335頁)。訳者の各章の要約はきわめて分かりやすい。著者は、第8章で「優れた索引は、優れた生身の人間にしか作り出せない」と強調している。私は経験的に「**優れた索引は、著者しか作れない**」(編集者任せはダメ)と考え、2000年の『介護保険と医療保険改革』(勁草書房)から励行している。そのような索引は著者自身にとっても非常に有効。429頁の大著&エピソードも豊富で、読書好きのための「趣味の本」。

○トーマス・S・マラニー+クリストファー・レア著、安原見訳『リサーチのはじめかた「きみの問い」を見つけ、育て、伝える方法』筑摩書房, 2023年8月 (原著2022)。

…「はじめに」で、「自分中心的研究」(実践の面からは、まさに自分がいまいる場所から研究の道程に踏み出すこと)を宣言し、「この本の使い方」として「書きながら読む」ことを推奨。「よくある失敗」として、「批判を恐れて予防線を張る」・「自分の声に耳を傾けない」・「メモをとらない」の3つをあげる。私はこのすべてに大賛成。本文もきわめて実践的で、重要な点はゴチック表示なので、そこを拾い読みするだけでも得るものは多い。

○野口悠紀雄『「超」創造法 生成AIで知的活動はどう変わるか?』幻冬舎新書, 2023年9月。

…著者自身が「何度も繰り返して得た結論」として、「少なくとも現状では、生成系AIは、正しい情報を提供することができません。また、新しいアイデアを創造することもできません」と断言。その上で、第I部「ChatGPTを使う」で、「周辺作業の効率化に対話型AIを用いるべき」とし、文章の校正と要約に集中的に用いることを推奨。第II部「どうすればアイデアを生み出せるか」では、カード式発想法は有効ではなく、「**材料を頭に詰め込み、いつも考えていると、偶然にアイデアが生まれる**」と主張し、氏が開発した「クリエイティング・バイ・ドゥーイング」(仕事をしながらアイデアを生み出す)のノウハウを開陳。私の恩師の故川上武先生も「**日常的に考えていると自然に分かる**」と言われていた

(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房, 2006, 161頁)。第III部「生成的AIは社会をどう変える?」は評論。生成AIを研究(活動)で使いたいと思っている方は読んだ方がよいと思う。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○杉田米行『国際関係の変動と日本医療保険制度史』国際書院, 2022年3月。

…19世紀末から1950年代までの「国際関係の変動」＝「アメリカ的行動原理」の台頭が、日本の医療保険制度に様々な影響を与えたことを「実証的に論証」。「従来の研究では医療保険制度の形成・展開を単なる国内問題としてとらえる傾向」があったが、「外交・国際関係分野と医療保険（社会保険）分野という、ふたつの異なる学問分野を融合したことが本書の特徴」（以上、「序」）。私には、「日本が、ワシントン体制から離脱して大東亜共栄圏の地域ヘゲモニー国家へと移行する過程で、日本政府は国民の結束を強化する手段としての国民健康保険を創設し、日本における平等主義と生活安定化政策の採用に重点を置くようになった」（「序」）という指摘が新鮮。

この点とも関連して、本書を読むと、「国民皆保険制度はGHQが構想した」的な言説が「都市伝説」であることを再確認できる。主な記述は以下の通り：第4・5章で、1940年代前半に、「国民健康保険は制度の適用範囲という点で包括的なものとなり、最終的には国民皆保険へと繋がった」と記述（136頁）、第6章で「占領初期」の社会保障制度改革をめぐる「百家争鳴」を描いているが、日本は「戦時中に目標にした国民皆保険体制を、内容を充実・拡大させながら実現しようと努力した」と明記（176頁）。それに続いて、「GHQにしても、日本が資本主義経済を基盤とした自由主義的な民主主義国家になることを望んでいたため、医療国営化は社会主義的方策だと考え、日本医師会に同調した」と記述（176頁）。

医療保険の歴史研究者必読。

○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（実際の発行は9月）。

○フランス医療保障制度に関する研究会編（座長：加藤智章）『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（実際の発行は9月）。

…医療経済研究機構が、研究者等の参加も得て継続的に発行している、各国の医療保障制度（医療提供体制、介護制度を含む）に関する基礎データと制度改革についての最新情報を掲載した「ハンドブック」・「百科事典」。両報告書とも、冒頭、「COVID-19の感染状況と対策」を特集（全255頁）。**両国医療の研究者は必携。**

○特集「諸外国における予防接種について」『健保連海外医療保障』No. 132, 2023年9月。

…ドイツ、フランス、イギリス、韓国の予防接種（制度・政策）をていねいに解説（執筆者はそれぞれ、渡辺富久子、松本由美、田畑雄紀、金成垣氏）。引用文献も豊富で、**予防接種の国際比較研究者必読**。ただし、4論文とも、コロナワクチン接種には触れていない。

○久本憲夫・他『日本の社会政策 第3版』ナカニシヤ書店, 2023年4月（初版は2010）。

…社会政策は雇用関係システムと社会保障システムの2本柱で構成されるとの視点から、各政策を概観したオーソドックスな教科書・テキスト。

○近森正幸『職員から理事長への質問！に回答』社会医療法人近森会, 2023年8月。

…高知県高知市の社会医療法人・近森会の創立75周年事業として、近森理事長への職員からの質問を募集したところ100を超える質問が寄せられ、そこから厳選した70の質問に理事長が1つ1つていねいかつ率直、時にユーモアを交えて答える。親子二代の理事長の強力なリーダーシップで、全国有数の公的性格を有する民間急性期病院グループに成長した近森会

の歴史を知る貴重な証言であるだけでなく、ユニークな（他に二つとない）病院経営指南書にもなっている。私は今までにたくさんの病院グループの「周年誌」を読んできたが、これが一番個性的。

私が一番感銘を受けたのは、「Q46 近森病院が家業から企業（公的役割を担う医療機関へ）へと変貌を遂げてきたターニングポイント」への回答：「最終的に医療法人近森会が社会医療法人近森会になったということは、民間企業としての病院が日赤や済生会といった公的病院になるということで、『病院は地域の公共財産で持続し続けねばならない』という意味で本来の病院のあるべき姿になれた」（68頁）。

○高橋雄太・他『保健活動で使える！ナッジ 押さえておくべき基本と実践例』医学書院, 2023年8月。

…保健師向けに、保健活動の重要な柱である「予防」活動に、一人一人の行動をそっと後押しする「ナッジ」を応用する方策を体系的に紹介。第6章では、ナッジの限界や失敗事例も紹介し、「エビデンスは大切」と強調。『保健師ジャーナル』連載を書籍化。

○児玉聡『予防の倫理学 事故・病気・災害の対策を哲学する』ミネルヴァ書房, 2023年8月。

…交通事故の予防、公衆衛生と医療、犯罪の予防、及び防災に関わる具体的な事例の（文献学的）検討を通して、予防活動に特徴的な倫理的問題を分析し、それを踏まえて予防活動全般の構造や理論を明らかにすることで、「予防の倫理学」（中心概念や一般理論X）の確立を試みた野心的書。私は、著者が乳房の予防的切除術と認知症の発症予測等を例にあげて、「『予防は治療に勝る』という格言は、事例によっては必ずしも自明ではないということがある」と指摘していることに注目した（79頁）。医療関係者の関心が強いと思われる「COVID-19と資源配分」はスケッチのレベル（146-153頁）。この点については、**児玉聡『COVID-19の倫理学 パンデミック以後の公衆衛生』**（ナカニシヤ出版, 2022年7月）がお勧め（「ゼミ通信」57号（2022年11月）で推薦）。

○佐藤敏信「マイナンバーカード騒動に思う」先見創意の会HP, 2023年9月25日。

…根底にある問題として以下の3つをあげる。①導入が、国民や患者の利便性の向上からスタートしていないこと。②そのために、一連の手続きをマイナンバーカードで完結させようという思想が感じられないこと。③本人確認の手段として、戸籍謄本の提出や印鑑証明、実印押印の原則廃止の方針がないまま、「住民票や戸籍謄本が、コンビニエンスストアで取得でき便利です」と宣伝したこと。最後に、民間企業ができていない簡単な仕組みをなぜ参考にしないのかと、疑問を呈する。佐藤氏は保険局医療課長や健康局長等を歴任し、医療政策・医療保険の仕組みを熟知しているだけに、氏の批判は重いと思う。

○宮武剛「[論説] マイナ保険証 順序を間違えてないか」『週刊福祉新聞』2023年10月31日号。

…「マイナ保険証」に対する、視覚障害者団体連合会、全日本ろうあ連盟、日本認知症本人ワーキンググループ、全国社会福祉法人経営者協議会の痛切な叫び・要望を紹介した上で、「不思議な経緯だ。本来は、”情報弱者”の要望も聞いたうえ3～5年の実施計画を定め難問

を克服していく大事業だ。ところが、苦情や批判が出ると対策を練る泥縄式に陥った」と批判。ふだんは政府の施策には是々非々の重鎮ジャーナリストが、ここまで強く批判するのは重いと感じた。

○伊藤周平『医療・公衆衛生の法と権利保障』自治体研究社, 2023年9月。

…「新型コロナのパンデミックにより引き起こされた医療崩壊と公衆衛生の機能不全という現実を踏まえて、患者の権利…の保障という観点から、医療・公衆衛生の法制度の法的問題点・課題を考察」（序章）。各法の条文解説ではなく、現実の医療政策と関わらせながら記述している。ただし、医療・社会保障強化のために不可欠な財源確保の方策には触れていない。私は日本のコロナ対応とアウトカムは全体としては諸外国よりむしろ進んでおり、著者のように（全国的に）「医療崩壊」が生じたとは、思っていない。

○特集「**韓国の社会保障・急速な少子高齢化の下での制度改革**」『社会保障研究』8巻2号：90-190頁, 2023年9月。

…巻頭言と投稿を含めて8論文・101頁の大特集。韓国の最近（2010年以降）の少子化対策、貧困・格差対策、介護保障、医療及び年金制度、居住支援政策などを鳥瞰できる。投稿の1論文も韓国の国民基礎生活保障制度についての論文。私は、日本と韓国は等身大の二国間比較ができる数少ない国と考えており、本特集は日韓比較の研究者必読と言える。

株本千鶴「韓国の医療政策－保障性・公共性・持続可能性」（146-159頁）も主に2010年代以降の時期に焦点をあてて整理・考察し、特に「文政権の医療政策」について詳しく紹介・評価している（151-156頁）。尹錫悦政権の医療政策は「おわりに」でチラリと書いているだけだが、「基本的には文政権の政策に否定的に反応する」が「基調は大きくは変容していないように見える」とし、「公共病院の建設にも消極的であるため、民間医療機関を生かした政策推進が展開される可能性は大きい」と書いている。株本氏は総括的に、政府の「政策は紆余曲折をへながらも実行されているが、十分な成果をあげているとはいえない」として、「その要因のひとつに民間医療機関を中心とした医療提供体制がある」としている。

○伊関友伸「**韓国の公共病院訪問と日本の自治体病院制度との比較**」『公営企業』2023年10月号：4-23頁。

…日本ではほとんど知られていない韓国の「公共病院」（自治体立の「地方医療院」や赤十字病院）の全体像とコロナ対応等を、以下のように紹介。韓国の病院は日本よりさらに民間病院優位で、病院総数の5.4%、病床総数の9.7%にすぎない。しかも自治体からの財政投資が少ないため中小病院が多い。それにもかかわらず、コロナ禍中にはその多くがコロナ専用病院となり、コロナ患者の90%を受け入れたが、日本と異なり、国・自治体からの財政支援は少なく、財政危機に陥っている。**韓国医療の研究者必読。**

○特集「**薬クライシス 供給不足の深層 がん治療薬から肥満症薬まで新薬の光と影**」『週刊東洋経済』2023年10月14日号：38-73頁。

…新薬と製薬・薬剤業界の光と影を多面的にレポート（全18レポート）。私は、特に、以下の3レポートが勉強になるか、大いに共感した：「肥満症としても承認された糖尿病薬 自由診療”やせ薬”乱発で糖尿病患者が悲鳴」（兵頭輝夏）」「『レカネマブ』使える人は一

握り 期待のエーザイ認知症新薬 副作用対応は不十分（兵頭輝夏）、「薬の処方が前提の自由診療が登場 コロナで規制緩和が進んだオンライン診療の歪み」（井上恵美）。

○特集「民間病院と公立病院はどう向き合うべきか」（遠藤浩介、満武里奈、井上俊明）

『日経ヘルスケア』2023年10月号：24-41頁。

…最近では公立病院の再編・統合で、急性期機能を集約・強化する例が目立ち、それは周辺の民間病院にとって大きな脅威となっている。しかし、公立病院と民間病院の適切な役割分担が成り立たなくなれば、地域医療が崩壊しかねないとの課題意識から、公立病院と民間病院の共存のあり方を検証している。兵庫県尼崎市における自治体病院の再編で揺れる民間病院のレポートは生々しく、公立病院と民間病院とが統合または強調した3つのケースは貴重。

○特集「医療法人の徹底活用」『病院』2023年11月号：948-1000+933-938頁。

…累次に渡る医療法改正（特に2007年の第五次改正）等の経緯を踏まえつつ、医療法人制度の特徴や課題を政策面、経営実務面の両方から論じている（企画・川原丈貴氏）。11論文＋巻頭対談。「総論」では、川原氏が「医療法人制度の目的と変遷」を鳥瞰し、山下護氏（厚生労働省）が第五次医療法改正を振り返り、私的財産である医療法人の持分を規制した「一番の理由」は「病院経営に対する株式会社参入に反対しなければならなかったこと」と率直に述べる。坂口一樹氏（日医総研）は、「医業経営への企業参入」の中心的手段である「営利企業の医療法人の出資持分取得に伴う懸念事項」として、それが「営利企業における医療法人の経営支配の橋頭堡となっている」こと、及び「医療法人の持分放棄の阻害要因となりうる」ことをあげる。その上で、「医業は非営利との法規制を今後も尊重すべきとの立場」から、営利企業の出資持分取得に「何か公の監視の目を入れる必要」があるとし、「例えば、都道府県への届出がある書類などを通じて医療法人の持分保有者や社員総会の構成員について行政が把握するという施策」をあげる。川原氏と加納繁照氏（日本医療法人協会会長）の巻頭対談もバランスがとれており、読み応えがある。私は、加納氏が、「地域密着型の病院」の存在意義を強調しつつも、「経営の要諦は需給を見極めること」として、「地域によっては処分しなければいけない医療法人が出てくる」と述べていることに注目した。

鈴木邦彦氏は、茨城県常陸大宮市での自病院グループの実践を紹介し、医療法人が「まちづくりへの参加が求められる」と強調。私はこのことには大賛成だが、鈴木氏が最後に唐突に、「持分あり社団医療法人の新類型」として、「出資額限度法人の法制化と出口課税」

（医業を継続する限り、出資額しか払い戻しできないが、解散時は時価で払い戻しを認め「出口課税」）を提案していることには疑問を感じた。私は、出資額限度法人自体は検討に値すると思うが、出資額の解散時の時価での払い戻しは事実上の剰余金の配当で、医療の非営利性の原則に反し、法理論的にも政治的にもありえないと思う。

○竹森美穂「社会正義を基盤とするソーシャルワーク実践と専門職団体の機能－医療ソーシャルワーカーへの調査を通じて」『社会医学研究』40(2)：129-142頁, 2023年10月。

…「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」には、医療ソーシャルワーカー（MSW）を含むソーシャルワーカーの中核的価値として、社会正義、人権、集団的責任、多様性の尊重が掲げられているが、MSWの実践では政府の求める効率的・効果的な退院援助への注力

が進んでおり、社会構造上の問題認識も含めた対象者理解を困難にしている。このような課題意識に基づいて、日本医療社会福祉協会（当時）会員を対象とした量的調査（ウェブ調査）を行い、自由記述式回答項目「専門職団体に対して日頃思っていること」への回答についてテキストマイニングを行った。「分析の結果、MSWにとって専門職団体は集団としてのまとまりや開放性、社会への発信力に欠けるため団体への参加意義を感じにくく、加えて参加に対する負担感も相まっている状況を把握することができた」（考察より）。「結論」で、「MSWが社会正義を体現する実践に取り組んでゆくには、専門職団体によるマクロソーシャルワークの強化が求められる」と主張している。

混合研究法により、「グローバル定義」の崇高な理念と現実のMSW業務との大きなギャップを初めて示した研究で、**MSWの専門職団体の役員・幹部と研究者は必読と思う**。

C. コロナ関連

○本田紀子・他「**新型コロナウイルス感染症(COVID-19)による入院患者の療養生活への満足度と看護師の自己評価との相違**」『看護実践学会誌』35(1):36-47, 2023。 ※ウェブ上に公開。

…COVID-19入院患者の療養生活への満足度に影響する要素を抽出し、患者の満足度と看護師の自己評価との相違を明らかにすることを目的にして、ある感染症指定病院に2020年2月～2021年1月に入院した患者と関わった看護師を対象にして、無記名自記式調査を実施。有効回答数はそれぞれ42人（軽症7人、中等症Ⅰ19人、中等症Ⅱ16人）、45人。調査項目は「総合評価」を含めた32項目で、看護師は「患者に満足いただけたか」を自己評価し、患者と看護師の評価のズレをMann-WhitneyのU検定で比較し、総合評価に影響した項目を重回帰分析（ステップワイズ）で抽出。その結果、総合評価は患者が看護師より有意に高かった。総合評価に影響していた項目は、看護師は「通信環境」と「プライバシー」、軽症患者は「看護師の説明」、中等症Ⅰは「食事内容」、中等症Ⅱは「看護師の聴く態度」だった。

患者の満足度と看護師の自己評価のズレに着目した「問いの設定」はセンスが良く、患者を重症度別に検討したことも適切。統計的検討も形式的には妥当だが、3群の患者がそれぞれ10人前後なのに、重回帰分析を行うのは無理がある。可能なら、例数を増やして（多施設共同で）結果の「追試」をしてほしい。質的研究に比べた量的研究の強みがよく分かる研究で、福祉分野の研究者も読むべきと思う。

○牧原出・坂上博『**きしむ政治と科学 コロナ禍、尾身茂氏との対話**』中央公論出版, 2023年7月。

…政治学者と医療・科学の専門記者が、コロナ禍時の「政治と科学 [官邸・厚生労働省と新型コロナウイルス感染症対策分科会—二木] をめぐる深刻な問題をあぶり出す」ため、「コロナ禍当初から、政治と科学の結節点に立ち続ける唯一の人物である」尾身茂氏に合計12回・24時間を超えるインタビューを行った記録。尾身氏は時系列順に、ほとんどの質問に率直に答えている。ただし、本書は「尾身氏から見た『コロナ史観』」（坂上氏）であり、他の関係者の証言と併せて読む必要がある。

○尾身茂『**1100日間の葛藤 新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録**』日経BP社, 2023年9月。

…コロナパンデミックの3年間、新型コロナウイルス感染症対策分科会会長として、コロナ対策の最前線に立ち、分科会等から100回以上も「提言」を出し続けた尾身氏が、ほぼ時系列的に、専門家たちの試行錯誤、直面した困難や葛藤、何回もルビコン川を渡ったと感じたことを率直に語る。「専門家同士の激しい議論、首相や大臣、行政官などとのやりとりなど」も生々しく記述し、上記牧原・坂上氏の著作よりはるかに迫力がある。ただし、パンデミック初期の「PCR検査の『抑制』批判」への弁解は説得力に欠けると感じた（39頁）。

私は本書を読んで、感染状況については「首都圏の特殊性」があったことを再確認した（137,177頁等）。氏の「一般市民と医療・介護関係者の間でのギャップ」、「両者の間で見えている景色が異なる。それは新型コロナが引き起こした社会の『分断』」との指摘は重いと感じた（244-245頁）。ただし、本書も尾身氏から見た記録であり、特に厚生労働省と日本医師会から見た「記録」も不可欠と思う。この点で、次の迫井氏講演録は貴重。

◎尾身茂「（インタビュー）コロナ対応の3年間」 「中日新聞」2023年11月1日朝刊。

…尾身氏は、上記新著出版後、新聞社等のインタビューを多数受けている。「なぜ、日本の死者は比較的少なかったのか」との問いに対する次の回答はバランスがとれていると思う：「三つ理由があると思う。一つ目は、日本人の健康意識の高さ。（中略）二つめは日本の医療の質が良かった。医療システムの良さに加え、保健所や医療の関係者がリスクを負ってずっと頑張ってくれた。三つめは日本の政策。（以下略）」。

◎迫井正深「（コロナが迫った3つのダイナミックな体制転換」 m3.com 2023年10月19日（10月14日の全日病学会の特別講演の詳細）。

…コロナパンデミックの3年間、政府のコロナ対策の最前線にいた経験に基づいて、日本を含めたアジア・オセアニアの新型コロナウイルス感染症対応は、ワクチンや治療薬が登場するまで「時間稼ぎをして」感染症を抑え、結果的に死亡者数を抑える意味では成功したのではないかと述べ、今後の評価に期待を示す一方で、日本の医療提供体制は3つのダイナミックな転換を迫られたと総括し、法改正が必要な部分は手当てし、残る課題は有事への備えも念頭に置き、将来需要にマッチした医療供給体制への転換であると強調（以上、橋本佳子編集長のリード文）。

私は、迫井氏が、「2020年の3月、4月、5月、もうカオスだった」、「一般病床をコロナ病床として稼働させようとする、マンパワーが少なくとも2倍以上かかる」、「ふだんからレッドゾーンで運転している車をそれ以上”ふかす”のは無理」等と率直に語ったことに、氏の誠実さを感じた。と同時に、「感染症法や内閣法等の改正で必要な法的手当は実施済み」と自信を示したことに、意を強くした。最後に、「データによる制御が日本の医療改革の鍵」としたうえで、「私見」として、「最終的には『高い自由度』と『社会の要請』をどうバランスしていくのか、その仕組みが必要」と問題提起・予告したことに注目した。医療関係者や医療政策研究者必読と思う。

○上昌広『厚生労働省の大罪 コロナ政策を迷走させた医系技官の罪と罰』中公新書ラクレ、2023年10月。

…政府のコロナ政策をほぼ全否定し、その主犯・「諸悪の根源」として厚生労働省医系技

官をあげ、最後に「医系技官制度を廃止せよ」と主張。厚生労働省が「PCR検査を抑制し、[積極的疫学調査で]執拗に感染者のプライベートを詮索」したとの批判には頷けるし、「緊急事態宣言と自粛で蝕まれた高齢者の命と健康」(174頁)との批判にも同感した。しかし、氏の批判の多くは「後出しじゃんけんの」的で、しかもエビデンスがあるものと氏の憶測を渾然一体に書いていることには疑問を感じた。氏のスタンスは、氏が2009年の民主党政権成立直後に、政権の医療政策のスポークスマンの役割を果たし、医系技官と日本医師会のバッシングを続けた頃と変わらなないと感じた。

○松田晋哉「フランスの民間病院におけるCOVID-19対応事例(ケースレポート 地域医療構想と病院第55回)」『病院』2023年10月号:919-924頁。

…松田氏はフランスの医療と医療政策について継続的に研究しており、本年6月には日本医師会西欧医療調査団の一員としてフランスとドイツの医療の現地調査を行った。本論文はその両方の経験に基づいて、まず「フランスの病院医療」について概観し、次に「訪問した民間病院[フランス有数の非営利民間急性期病院-二木]におけるCOVID-19への対応」を具体的に紹介し、最後に「(フランス医療の)日本への示唆」として、以下の4点をあげる:①余裕のある人的資源、②医療計画における健康危機管理の明確な位置づけ、③病院規模の適正化、④救急医療体制。松田氏の、「諸外国にわが国が採用すべきベストの仕組みがあるわけでない。(中略)しかし、わが国よりも数倍規模の大きなパンデミックを経験した諸外国の対応からわが国が学ぶべき点は多い」、「海外事例研究は、自国の医療制度の課題を相対化することで明らかにし、その改善策を探ることにこそ意義がある」とのスタンスは重要。

○森井大一「【欧州医療調査報告書 概要版】英・独・仏の“かかりつけ医”制度-平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス」日医総研ワーキングペーパー No. 478, 2023年11月6日(ウェブ上に公開) <https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3943/>

…私も参加した日本医師会の欧州医療調査の最終報告書の発表に先だって、調査の実務責任者で最終報告書のとりまとめを行っている森井氏(日医総研首席研究員)が、「個人的見解に基づいて」発表。「概要版」ではあるが、全72頁(約82000字=400字×205枚。私の『文化連情報』11月号論文の5.4倍!)の大論文。第1章「イギリス、ドイツ、フランスにおける“かかりつけ医”と“コロナ”」は、現地調査で得たたくさんの貴重な「証言」をふんだんに盛り込み、しかもそれをウェブ上に公開されている各国の公開情報で補足し、迫力がある。私の論文ではほとんど触れなかった、各国の病院のコロナ対応についても詳述している。3か国の「コロナ対応の総括」を、「国民に対してかかりつけ医の登録を求め、受診医療機関を限定している国[イギリス-二木]で、コロナ対応が決まらなかつたことは、大きな教訓」とまとめる(26頁)。これを含めて、第1章に書かれていることは、調査参加者全員が共有していると思う。第2章「3か国の“かかりつけ医制度”」は現地調査で得た情報と帰国後に入手した膨大な3か国の文献情報を統合した研究論文であり、私も非常に勉強になった(ただし、かなり難解)。それに対して、第3章「日本のコロナ対応と3か国の比較」には、今回の調査の枠を超えた(と私には思える)森井氏の「個人的見解」が色濃く出ている。私は森井氏の日本のコロナ対応の評価は厳しすぎると感じた。特に「日本のコロナ対応は、典型的にイギリスの対応に類似していた」との評価には同意できない。

D. 政治・経済・社会関連

○塚本恭章『経済学の冒険 ブックレビュー&ガイド100』読書人, 2023年9月。

…「経済学という学問分野をめぐる書籍へのブックレビューであるけれど、一冊をつうじて、一本の『経済学史』となるような本になることを強く願いながら編まれ、作りあげられた」650頁の大著。100冊の本の大半は、21世紀に出版された日本人の著作で、しかも主流派（新古典派）経済学の本はほとんどなく、経済学の「異端派」や「非主流派」の本が多い（岩井克人、伊藤誠、根井雅弘、丸山俊一等）。ほとんどが経済（学）の一般理論の書籍で、現代社会・資本主義の不可欠の柱になっている社会保障・再分配政策についての書籍（例：権丈善一）は書評されていない。経済学にも関心を持つ読書人向けの教養書。

○伊藤宣広『ケインズ 危機の時代の実践家』岩波新書, 2023年10月。

…ケインズが若い時から常に時事的な問題（特に実務レベルでの金融問題）に強い関心を持っていたことに着目して、ケインズと時事問題との関わりを時系列的に分析した、異色のケインズ伝。記述はかなり難しく、読みこなすには金融理論・金融政策についての基礎知識が必要。私はケインズについての以下の4つの記述点が特に勉強になった：①頻繁に主張を変えたが、これは「常に時間の相の下にものを書く」ことが求められたためである。②生前から高い名声があったが、それにもかかわらず、彼の提案が全面的に採用されることはなかった。③ケンブリッジの若手経済学者からの理論的批判を受け入れて新しい理論を模索し、その知的格闘の産物が『一般理論』だった（170頁）。④**世の中でいま何が起きているか、何が問題で、どうすればよいか、つねにアンテナを張りめぐらせ、メッセージを発信し続けた**（203頁）。著者は「はじめに」で、ケインズが青年時代にムーアから学んだ「合成の誤謬」という考え方を強調しているが、本文ではそれは断片的にしか書かれていない。