

2024年12月5日(木)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻245号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構です。御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様に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/>。

245号の目次以下の通りです(22頁+別ファイル)

1. 論文：医療・社会保障の選挙公約での与党と一部野党の「逆転現象」
(「二木教授の医療時評」(226)『文化連情報』2024年12月号(561号)：22-25頁) …2頁
 2. 最近発表した興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻225回：2024年分その9：9論文) ……6頁
 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その239) -最近知った名言・警句 ……12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43回) ……14頁
- 補. 「ニュースレター」2024年総目次(234~245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：24 二木 NL 目次.docx)

お知らせ

論文「診療報酬の地域差はいかにして導入・撤廃されたか？」を『日本医事新報』12月7日号に掲載します。次の「ニュースレター」246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下さい。

1. 論文：医療・社会保障の選挙公約での与党と一部野党の「逆転現象」

（「二木教授の医療時評」（226）『文化連情報』2024年12月号（561号）：22-25頁）

はじめに

10月27日投開票の衆議院議員選挙で、与党（自民党・公明党）は大敗し、過半数を大きく割り込みました。その結果、長く続いた「与党一強」が終わり、当面は、自公両党と国民民主党との「部分連合」が始まる見込みです。

私は、医療・社会保障改革という視点から見ると、議席を減らしたとは言え野党第2党の地位を維持した日本維新の会と、議席を4倍化させた国民民主党の医療・社会保障政策に注目すべきと考えています。というのは、両党は総選挙公約で、高齢者負担の引き上げによる社会保険料の引き下げと、混合診療・保険外併用療養費の拡大等をストレートに訴え、現状維持的な自民党・公明党の政策よりはるかに「先鋭的」だからです。この点は、与党が医療保険の患者負担増や保険給付範囲の縮小を目指し、野党がそれに反対するという伝統的構図と「逆転」しています。従来、医療・社会保障政策は与党（自民党・公明党）がほぼ独占的に策定していましたが、今後は、国民民主党だけでなく、日本維新の会もそれに関与する可能性があるため、両党の医療・社会保障政策の特徴を理解しておくことが必要になると思います。

本稿では、各党の総選挙公約中の医療・社会保障部分について、自民党・公明党と対比しながら、日本維新の会、国民民主党の公約の特徴を示し、最後にそれが今後の医療・社会保障改革に与える影響を考えます。用いるのは、「自民党政策BANK」、「公明党衆院選政策集」、「日本維新の会第50回衆議院議員選挙マニフェスト」、「国民民主党が提唱する政策の4本柱 政策各論」です。

自民党・公明党は高齢者の負担増等に沈黙

自民党と公明党の医療・社会保障についての公約は、ともに、政府の方針（法改正や閣議決定等）を踏まえており、この点では現状維持的です。後述する日本維新の会と国民民主党に比べるとはるかに「穏健」にさえ見えます。

特徴的なことは、高齢者・患者の負担増や保険外負担の拡大にまったく触れていないことです。岸田文雄内閣の閣議決定には、75歳以上の後期高齢者の窓口負担が3割となる対象の拡大の検討、及び保険外併用療養費制度の対象拡大と民間保険の活用が盛り込まれていますが、両党の公約ではすべて封印しています（それぞれ、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（昨年12月）と「高齢社会対策大綱」（本年9月）、及び「骨太方針2024」（本年6月））。

日本維新の会は高齢者3割負担、混合診療の解禁を主張

それに対して、日本維新の会は、はるかに「先鋭的」な公約を掲げています。最も先鋭的なのは、「医療・介護政策」のトップに掲げられている次の公約です。「医療制度改革『医療維新』により、医療の質を高めつつ社会保険料負担を軽減します。具体的には、高齢者の

窓口負担を現行の『9割引き』から『7割引き』に見直し、現役世代と同じ負担割合とすることで、現役世代の社会保険料負担の軽減を図ります」。

このような、後期高齢者の窓口負担の大幅引き上げ（原則1割から原則3割化）を行い、それを原資として社会保険料負担を引き下げる提案は、石破首相も以下のように痛烈に批判しました。「そんな政治を許してはならない。われわれは高齢者が安心して生きられる制度を守る」（10月21日の大阪府寝屋川市での街頭演説。「共同通信」10月21日）。

もう一つ先鋭的な公約は、「患者の選択肢を拡大し、先進的な医療技術の導入を促進するため、混合診療の解禁についても積極的に検討を進めます」です。上述したように岸田内閣も「骨太方針2024」に保険外併用療養費制度の対象拡大を盛り込んでいます。しかし、「混合診療」という強い用語、ましてやその「解禁の検討」は近年の政府文書では封印されています。それだけに、日本維新の会が敢えてこの表現を使ったのは「確信犯的」と言えます。

ちなみにこの表現のルーツは、日本維新の会の前身である大阪維新の会の「維新八策」原案（2011年3月）に「混合診療の解禁による市場メカニズムの導入」が含まれていたことです。これは国民皆保険制度の事実上の解体を意味します。日本維新の会は現在はずがにそこまでは主張していませんが、自民党と異なり公約のどこにも「国民皆保険制度の堅持」は書いていません。「維新八策2024 基幹政策」では、「社会保障改革」に代えて、「社会制度改革（医療・年金・多様性等）」と書いています。

日本維新の会は医療保険の「保険料割引制度」も提案

もう一つ私がアブナイと思うのは「医療保険に保険料割引制度を導入」することです。「具体的には、定期的な検診受診者や健康リスクの低い被保険者などの保険料を値引きすることで、一人ひとりが健康価値を高める行動を起こすインセンティブを設けます」とされています。しかし、これは近年その重要性が強調されるようになってきている「健康の社会的要因（SDH）」を無視した、典型的な健康の自己責任論であり、国民皆保険制度の基礎になっている「社会連帯」と相容れないと思います。

実は、小泉進次郎議員が中心になって2016年に取りまとめた自民党の「人生100年時代の社会保障へ（メッセージ）」も、日本維新の会と同様に、「『病気にならないようにする』自助努力を支援していく必要がある」として、「健康管理にしっかり取り組んだ方に「健康ゴールド免許」を付与し、「自己負担を低く設定する」ことを提唱しました。しかし、この提案はその後自然消滅(?)し、小泉議員も2019年には、「この問題で大事なものは、予防と健康づくりは財政のためではないということ、あくまで一人ひとりの幸せのため、そこを置き去りにしてはいけません」との見識ある発言をしました（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,34-35頁）。

なお、日本維新の会の公約は「老後のセーフティネット（年金）は積立方式あるいは税方式へと抜本的に改革する」とも書いていますが、この方針は2009年の総選挙時に民主党（当時）が掲げたが、政権についた後も法案すらまとめられなかった代物で、論評に値しません。

国民民主党は医療費抑制のため終末期医療の見直しを主張

国民民主党の医療・社会保障の公約は、全体としては日本維新の会の公約を少しマイルド(?)にしたものと言えます。具体的には、「後期高齢者の医療費の自己負担について原則

を2割、現所得者を3割にします」、「保険外併用療養費制度（評価療養、選定療養など）の弾力化を図る」です。

しかし、日本維新の会よりもはるかに「先鋭的」なのは、玉木雄一郎国民民主党代表が、10月15日の党首討論会で、以下のように発言したことです。「社会保障の保険料を下げるためには、我々は高齢者医療、特に終末期医療の見直しにも踏み込みました。尊厳死の法制化も含めて。こういったことも含めて医療給付費を抑えて若い人の社会保険料を抑えることが、消費を活性化して次の好循環と賃金上昇を生み出すと思っています」。

この発言は即座にSNS上で炎上し、玉木代表もXで「雑な説明になったことはお詫びします」と弁明しました。しかし、国民民主党の公約では、「法整備も含めた終末期医療の見直し」は、「現役世代・次世代の負担の適正化に向けた社会保障制度の確立」の1項目としてあげられており、終末期医療の見直しが「現役世代・次世代負担の適正化」＝保険料率引き下げの手段とされているのは明らかです。

玉木発言は、「共同通信」の論説（10月16日「ファクトチェック 終末期医療見直しと尊厳死法制化 医療費抑制にはつながらない 根強くはびこる誤解」編集委員内田泰 <https://www.47news.jp/11632545.html>）や「朝日新聞」社説（10月18日「衆院選 社会保障政策 信頼に値する議論を」）等も批判しました。

前者は、私の研究を紹介しながら次のように指摘しました。「日本福祉大の二木立名誉教授によれば、医療費全体に占める死亡1カ月前の費用は3%に過ぎない。このデータは2005年発表の厚生労働省調査に基づくものだ。約20年前の調査とはいえ、高齢化の進行を加味しても現状にさほど変化はあるまい。しかも、このデータには現役世代の死亡や救急医療も含まれているから、高齢者に限れば数値はもっと小さくなる。つまり、終末期医療を見直しても医療費は大して抑制できない。従って、若年世代の社会保険料の負担軽減や手取り増にはつながらない」。

しかし、それ以上の批判の広がりはなく、逆に「手取りを増やす。」とのわかりやすい国民民主党の公約は、特に20代・30代の有権者の心を捉え、同党は大躍進を遂げました。社会保険料の引き下げで「手取りを増やす」ことは、即社会保障・医療保障の縮小を意味するのですが、国民の多くにそこまでの理解はされなかったようです。

おわりに

以上、日本維新の会と国民民主党の医療・社会保障公約が自民党・公明党の公約と異なり、後期高齢者の負担増や混合診療・保険外併用療養費制度の拡大をストレートに掲げていることを示してきました。

ただし、この方向は岸田内閣時の諸閣議決定にも婉曲に(?)盛り込まれています。そのため、今後、両党が医療・社会保障政策への関与を強めた場合には、この方向が促進され、その結果、現役世代と高齢世代の「世代間対立」がさらに強まり、「社会保障の機能強化（充実）」のための財源確保がますます困難になる可能性があります。なお、本文では両党の政策を「先鋭的」とカッコ付きで書きましたが、もちろんこれは褒め言葉ではなく、「一見改革派風だが内容的には陳腐」といった皮肉表現です。

両党の世代間対立を煽る公約は、「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）が力説した「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それ

ぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある」（9 頁）との指摘と真逆と言えます。

ただし、以上の見通しは「医療保障（保険）制度」について言えることであり、地域医療構想・かかりつけ医機能の強化や地域包括ケア等の「医療・介護提供体制」の改革については、岸田内閣時に検討されていた方向がそのまま踏襲されることは間違いありません。その理由は二つあります。一つは、日本維新の会も国民民主党も、この面では独自の改革を示していないこと、もう一つは、2009 年と 2012 年の二度の政権交代においてさえ、医療・介護提供体制の転換はほとんどなかったことです。

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算225回)(2024年分その9:9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。

※今回は2024年に発表されたプライマリケア、一般医(GP)についての論文をまとめて紹介します。非常に良質な文献レビューと、ヨーロッパ6か国・カナダの医療(改革)についての論文です。

○プライマリケアの場での糖尿病マネジメントへの経済的インセンティブは高所得国における[糖尿病に関連した]避けられる入院と死亡を減らすか?体系的文献レビュー

Thavan T, et al: Does financial incentives for diabetes management in the primary care setting reduce avoidable hospitalizations and mortality in high-income countries? A systematic review. Health Policy 150, December 2024, 105189 [文献レビュー]

効果的な糖尿病マネジメントは糖尿病に関連した避けられる入院を予防できる。本文献レビューは、プライマリケアの場における糖尿病マネジメントへの経済的インセンティブが糖尿病関連の入院、入院費用、及び早すぎる死亡に与える影響を検証する。エビデンスを評価するために、Medline等5つのデータベースを用いて文献検索した。医療保障制度、研究の質及び糖尿病患者の種類(新たに診断された患者)も考慮して評価した。最終的にマアママ(fair)~良質の32論文を同定した。19論文は経済的インセンティブと入院との関連を、8論文は入院費用との関連を、15論文は死亡との関連を評価していた。

19論文中12論文は経済的インセンティブによる入院減少を見いだしていたが、4論文はそれを確認できず、残りの3論文は結果がまちまち(mixed results)であった。同様の結果が入院費と死亡についても見られた(入院費用は、8論文中6論文で減少し、2論文で減少していなかった)。結果は、医療保障制度の違いによっては変わらなかったが、研究の質では変わった:最も良質の研究(台湾の成果に基づく支払い(P4P)の研究)では入院または(and/or)死亡が明らかに減少していた。経済的インセンティブの効果は新たに糖尿病と診断された患者で特に大きかった。以上から、上手くデザインされた糖尿病マネジメントの経済的インセンティブは、糖尿病に関連した入院を減らせるし、この効果は特に新たに糖尿病と診断された患者で大きいと結論づけられる。強力な経済的インセンティブを新たに糖尿病と診断された患者に焦点化することは、政策決定者にとって有効な戦略と言えよう。

二木コメント—非常に良質な文献レビューであり、糖尿病マネジメントの研究者必読と思います。ただし、経済的インセンティブと入院費用との関連を検討した8論文は、いずれも「入院費」のみを検討し、介入費用(経済的インセンティブに伴う費用増)を含めた「総費用」の検討はしていないようです。

○フランスの[開業]一般医(GP)は医療需要の増加と医師不足にどのように対処しているか?パネルデータ調査と階層的クラスター分析

Davin-Casalena B, et al: How general practitioners in France are coping with increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering. Health Policy 149, November 2024, 105175 [量的研究]

フランスでは一般医（GP）は患者需要と医師不足についての質的・量的変化に直面している。本研究の目的は開業 GP（以下 GP）が医師不足問題にどのように対応しているかを調査することである。2019年と2022年に行われた1530人のGPの全国代表標本パネルの横断面調査により、医師不足、1週当たり労働時間（WHW）、及び適応行動（下記）についての医師の認識について調査した。適応行動は以下の8種類に区分した：労働時間の延長、診察予約間隔の延長、新規患者の主治医（preferred doctor）登録の拒否、継続研修の時間の削減、医療が必要だが登録していない患者の診療拒否、定期的に診ている患者の一部について診察頻度を減らす、患者1人当たり診察時間の短縮、以前は行っていた業務の他職種へのシフト。多重ポアソン・ロジスティック回帰モデルを用いて、GPのタイプ（profile）と専門的特性の関連を検証した。

主な結果は以下の通りである。GPの84.4%は少なくとも1つの適応行動により、患者の医療需要を調整していた。24%はタスク・シフティングを行い、それにより2019年と2022年の間に、WHWは2.6時間減少していた。2019年と比べて2022年で最も増えた適応行動は新規患者の主治医登録の拒否で、2019年の53%から、2022年の65%に増加していた。回帰分析により、4種類のGPタイプを見いだした。「低適応・低WHW」群と「低適応・高WHW」群（それぞれ全体の25%）は平均して2.4種類の適応を行い、前者では75.5%が新規患者のかかりつけ医登録を拒否していたが、後者ではその割合は5.1%にすぎなかった。「高適応・診療時間不変」群（30.7%）と「高適応・診察時間短縮群」（18.9%）が行っている適応行動数はそれぞれ4.8種類、6.1種類であった。両群は共に、最初の2群に比べて、医療資源不足地域（underserved areas）で開業している傾向があった。以上の結果は、フランスの医療制度におけるGPのゲートキーパー機能に疑問を投げかけている。さらに、医療資源不足地域でのWHWの著名な減少は、医療資源分布の不均衡をさらに悪化させている可能性がある。医療専門職（HCP）間の垂直統合を奨励し、彼らの協同とタスク・シフティングを強めることが、相対的GP不足を改善する道筋であろう。

二木コメント—医師不足に対する開業GPの適応行動を8種類に分類して、多面的に調査・分析した初めての調査だそうです。私は、2023年6月に行われた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参加して、フランスでは全国民が主治医登録を義務化されているにもかかわらず、医師不足のために新規患者の登録を拒否するGPが少なくないことを知りましたが、本論文を読んでそれがGPの主要な適応行動になっていることが分かりました。

○分割時系列分析を斬新に応用して、[市場化と民営化を促進する]プライマリヘルスケア改革が成人スウェーデン人口における避けることが可能な入院の交差的不平等に与えた影響を同定する

Gustafsson PE, et al: A novel application of interrupted time series analysis to identify the impact of a primary health care reform on intersectional inequalities in avoidable hospitalization in the adult Swedish population. Social Science & Medicine 343 (2024) 116589 [量的研究]

プライマリヘルスケア (PHC) システムは平等な集団的健康 (equitable population health) を達成するための重要な方法だが、PHS 改革がそれにどのように影響するかについてのエビデンスはほとんどない。スウェーデンは 2010 年に PHC の市場化と民営化を促進する改革を実施した。本論文は、交差性についての情報 (intersectionality-informed) と評価的な疫学的分析枠組みを斬新に統合することにより、2010 年の PHC 改革が避けることが可能な入院面での交差的不平等に与えた影響を解明する。対象はスウェーデンの 18-85 歳の 2001-2017 年の全人口のうち、社会経済的特性と ACSCs (適切な介入により、重症化による入院を予防できる可能性のある疾患群) による入院の有無が登録され、毎年観察された 129 百万人・年である。MAIHDA (個々の不均一性と差別的精度のマルチレベル分析) により、改革前 (2001-2009 年) と改革後 (2010-2017 年) の期間の不平等のマッピング (地図) を作成した。さらに、交差性の階層の識別精度を反映したランダム効果推計を 2001-2017 年の MAIDA により行った。この推計は、改革による避けることが可能な入院における交差性の不平等への影響を同定するために、TISA (分割時系列解析) で再分析した。

その結果、改革後の社会的不平等の複雑な構造変化 (reconfiguration) が明らかになった。改革後は、予防可能な入院は減少し、その年齢による差も低下したが、避けることが可能な入院における社会経済的不平等と複雑な社会的地位間の相互作用の重要性はともに増加した。北欧諸国で生まれた社会経済的に不利な立場にある集団はこの改革からほとんど利益を得ていなかった。本研究は、改革が健康と医療の不平等に与えた潜在的に複雑な結果に注意を向けるべきことを示している。このような結果は、人口全体の平均的なアウトカムや不平等の影響を単純に評価する伝統的評価では短期的には明らかにならない可能性がある。複雑な不平等の影響の評価のための方法論を発展させる必要がある。

二木コメント—交差性とは、フェミニズムや国連の女性差別撤廃委員会勧告などで用いられている概念で、「人種、エスニシティ、ネイション、ジェンダー、階級、セクシュアリティなど、さまざまな差別の軸が組み合わさり、相互に作用することで独特の抑圧が生じている状況」を指します。本論文は、短期的かつ平均値偏重の伝統的な評価方法では見逃される交差的不平等への改革の複雑な影響を、約 20 年間の長期データを用い、MAIHDA 等の最新の統計手法により定量的に示した精緻な研究です。ただし、その分、要旨も本文もきわめて難解です。なお、本論文は 2010 年改革を「プライマリヘルスケアの市場化と営利化を促進した改革」と表現していますが、全面的な市場化・営利化ではなく、限定された擬似市場化と見なすべきと思います。

○カナダ・オンタリオ州でのプライマリケアの支払い諸モデルと避けることが可能な入院：多値割り当て効果分析

Some NH, et al: Primary care payment models and avoidable hospitalizations in Ontario, Canada:

A multivalued treatment effects analysis. Health Economics 33 (10) :2288-2305,2024 [量的研究]

プライマリケア医サービスへのアクセス改善は「適切な介入により、重症化による入院を予防できる可能性のある疾患群 (ACSCs)」の入院を減らす可能性がある。カナダで人口の一番多いオンタリオ州では、21 世紀 00 年代の初頭と中程にプライマリケア死のためのいくつかの混合 (blended) 支払いモデルを導入して、プライマリケア、予防ケア及びより良い慢性疾患マネジメントへのアクセスを改善しようとした。本研究は、諸支払いモデル

の ACSCs に与える影響を、支払いモデルにより経済的インセンティブを与えられた 2 疾患（糖尿病とうっ血性心不全）、与えられなかった 2 疾患（狭心症と喘息）について検証した。オンタリオ州の就業プライマリケア医の 2006-2015 年の医療業務データを用いた。3710 人のプライマリケア医のパネルデータを用いて、2 段階推計戦略を採用した（混合出来高払いモデル 1158 人、混合人頭払いモデル 1388 人、専門職間チームモデル 1164 人）。（詳しい統計手法の説明は略）。

その結果、混合型出来高払いモデルから人頭払いを基本にしたモデルへの変更は、狭心症と心不全による予防可能な入院を増やした（10 万人中それぞれ 7 人、40 人）。人頭払いモデルから専門職間チームモデルへの変更は、うっ血性心不全による予防可能な入院を 10 万人中 30 人減らし、これはチーム医療によりプライマリケアと慢性疾患マネジメントへのアクセスが改善したためだと示唆された。

二木コメント—この論文も緻密な、または込み入った医療計量学研究です。プライマリケア医への支払い方式の出来高払いモデルから人頭払いモデルへの転換が、一部疾患では避けることが可能な入院を増やす、控えめに言っても減らさないとの結果は、通説と異なります。

○デンマークの糖尿病患者の医療利用:救急受診を減らす上でのプライマリケアの役割

Laudicella M, et al: Healthcare utilisation by diabetic patients in Denmark: The role of primary care in reducing emergency visits. Health Policy 145, July 2024, 15079 [量的研究]

糖尿病患者のマネジメントの改善についての関心が医療政策で強まっており、それは患者が増加し医療資源に対する圧力が増しているからである。本論文は 2 型糖尿病患者の医療サービス利用の要因を調査し、プライマリケアの強化が救急部門受診の代替になるかを検討する。デンマークの豊富な時系列データと医療需要についての二値経済モデルを用いて、通常のプライマリケアサービスに比べて、予防評価受診 (preventive assessment visits) を加えた「強化型プライマリケアサービス」は、社会経済的に恵まれない患者グループや高齢患者では、救急部門受診の弱い代替となっていることを示す。社会経済的に不利な患者や高齢患者で、プライマリケアへの代替を見つけるのに困難を抱えている弱い立場の集団に、特別の注意を向けるべきべきである

二木コメント—論文タイトルは非常に魅力的なのですが、英文要旨はきわめて抽象的です。ただし、本文では数値も少し示されています。私は、著者がプライマリケア一般の救急部門受診抑制効果ではなく、強化型プライマリケアが社会経済的に恵まれない患者の救急部門受診の代替になり得ると控えめに述べていることに注目しました。ただし、本論文では、強化型プライマリケアによる総医療費の増減については検討していません。

○距離を [実際よりも] 長くする? [デンマークの] 一般医の往診料についてのアップコーディング [の有無の検証]

O'Halloran J, et al: Going the extra mile? General practitioners' upcoding of fees for home visits. Health Economics 33 (2):197-203,2024 [量的研究]

一般医 (GP) の所得はしばしば自己申告の活動とパフォーマンスに依存している。そのため彼らは「制度を悪用して」(game the system)、自分たちが得る診療報酬を最大化でき

る。デンマークの医師が往診の移動料金について不正をしているか否かを調査した。行政データと地理データを結合して、GP の往診時の実際の移動距離と請求された移動距離の差を測定した。2018 年に行われた往診料の引上げ時のデータを用いた（デンマークでは往診料は移動距離が長いほど高くなる）。もし往診料引き上げとアップコーディングがリンクしていれば、それは制度悪用の指標と解釈した。往診総数中のアップコーディングの割合はダウンコーディングよりわずかに多かった（16%対 13%）。GP を固定効果とする線形確率モデルを用いたところ、往診料金の引上げは往診のアップコーディングの 0.6%の減少と関連しており、ダウンコーディングの割合は変わらなかった。重要なことは、往診の移動距離区分間の料金引上げには大きな幅があったにもかかわらず、移動距離区分間のアップコーディングの割合の変化に統計的有意差はなかったことである。そのため、GP がこの分野で制度を悪用しているとの因果的エビデンスはないと結論づけられる。

二木コメント—往診料金請求について（も）医師誘発需要があるか否を検証し、その存在を否定した実証研究です。なお、日本では往診・訪問診療ともそれに「要した交通費は、患者の負担とする」とされ、保険給付されないので、本研究で検討しているような「制度の悪用」（医師誘発需要）は起こりえません。

○オランダにおいて一般医の電子的医療記録を用いて適切な処方をするための成果に基づく支払い(P4P)方式から得られた教訓

Arslan IG, et al: Lessons learned from a pay-for-performance scheme for appropriate prescribing using electronic health records from general practices in the Netherlands. Health Policy 149, November 2024, 105148 [質的研究]

オランダでは成果に基づく支払い（P4P）方式が 2018-2023 年に順次導入され、それは一般医（GPs）に適切な処方をするインセンティブを与えることを目的としていた。適切な処方とは処方フォーミュラリーを遵守することと操作的に定義し、ルーチンに収集され、医師に特別の追加的負担をかけない医療電子記録（EHR）データに基づいて測定した。この P4P 方式を学習する（learning）医療制度の視点・枠組みで評価した。半構造化インタビューをこの方式の利害関係者を代表する以下の 15 人に対して行った：GP、保険者、薬剤師、EHR 提供者とフォーミュラリー委員会。テーマ分析を用いてデータ分析を行った。

主な結果は以下の通りである。EHR の使用にはいくつかの便益があるが、EHR 方式の統一性が欠けていることが一貫した測定をする上での障害となっていた。特異的な指標が一般的な指標よりも好まれており、その理由は GP が自己のパフォーマンスを自由に調整できるからであった。ほとんどのインタビュー参加者は、GP が共同して自分たちのパフォーマンスを検討することが必要だと強調した。GP に対するコミュニケーションが今後の課題とされていた。一部の参加者はこの課題のために、P4P 方式が処方行動に与える影響には限界があると見なしていた。しかし、P4P 方式には、GP が EHR に記録する習慣がつく等、いくつかの予期せぬ肯定的効果があることが指摘された。その結果、EHR データを用いて適切な医療を促進する上での、P4P 方式の便益と課題が明らかになった。EHR の統一性を高めることが、より一貫した質測定の上では決定的に重要である。将来の P4P は、良質のフィードバック、GP どうしの学び合いに焦点を当て、医療提供者が一堂に会してのコミュニケーション（a single point of communication）を確立すべきである。

二木コメント—EHRを用いてP4Pを促進する方策を検討したことに本研究の新しさがあ
ると思います。EHRの仕様がバラバラな日本とは次元が違いますが、オランダでもEHR
の統一性がまだ不十分であることもわかります。

○研修期間の延長が家庭医学診療医の供給と質に与える影響：カナダにおける家庭医学研 修の義務化から得られた差の差分法によるエビデンス

Strobel S: Effects of extending residencies on the supply and quality of family medicine
practitioners: Difference-in-differences evidence from the implementation of mandatory family
medicine residencies in Canada. *Health Economics* 33(3):393-409,2024 [量的研究]

研修期間の延長がプライマリケア診療を行う医師の供給と質に与える影響を検討した。
カナダでは、全州で、プライマリケア医になるための義務的研修期間の1年から2年への
延長が始まって20年になる。プライマリケア医と研修期間が延長されなかった他の専門医
との比較、及び義務化前後の比較を行い、医師の供給がそれにどのように反応したかを評
価した。人口10万人当たりプライマリケア医数は政策変更後9年間で5%減少していた。
減少は特に医学部の新規卒業生と若い医師で顕著であり、このことは、政策変化が医師に
プライマリケア研修を始めるのを思いとどまらせたことを示唆している。しかし、医師の
公的処分(public censure)数で見ると、改革は医師の質には影響していなかった。このこ
とは、研修期間延長により医師供給は減ったが、医師の質の向上は生じなかったことを示
唆している。

二木コメント—義務的研修期間の延長がプライマリケア医の供給を減らしたのは想定内
ですが、処分された医師数で医師の質を測定するのは粗雑と思います。

○ [オーストリアにおける] プライマリケア医の退出 [の患者の医療利用と健康状態、医 療費への影響]

Zocher K: Exiting primary care providers. *Health Economics* 33(6):10333-1054,2024 [量的研究]

本論文は、プライマリケア提供者(医師)の地域医療システムからの退出が患者の医療
利用に与える影響を検討する。医師が引退、開業地の変更、その他の理由によって退出し
た前後で、その医師の患者の医療利用がどう変化したかを比較する。対象は、オースト
リアにおいて自己のプライマリケア医が退出した患者79,339人で、そうでない患者78,523
人を対照群とした。推計の結果、退出直前の医師は自己の診療行動を変え、それが患者の
医療費を有意に増やしていた。さらに、退出した医師を引き継いだ新しいプライマリケア
医は前医の退出後、患者への予防サービス提供と専門医への検査のための紹介を、前医よ
りも有意に増やしていた。新しい医師の紹介による入院医療費も増加していた。患者自身
の判断による行動の代替的变化(プライマリケア医への受診減、専門医受診増)もあつた
が、ごくわずかだった。総医療サービスの増加が観察されたが、前医退出後の患者の死亡
率は有意に上昇していた。この理由としては、前医により病院に紹介された患者のフォロ
ーアップ診療の頻度が減少したことが考えられた。

二木コメント—医師の退出の影響という<小さい>テーマに21頁もの詳細な分析をし
ていますが、私には「鶏を割くに牛刀を用いる」と思え、しかも結果もSo what?(Et alors?)
です。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 239)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○ビル・コバッチ、トム・ローゼンステール（アメリカのジャーナリズム専門家）「**不偏不党や中立性はジャーナリズムの根本原則ではない**」、「**ジャーナリストが重点を置き続けなければならないのは、魂と心のこの独立性であり、中立性ではなく真の独立性である**」（澤康臣訳『ジャーナリストの条件 時代を超える 10 の原則』新潮社,2024 年 4 月（原著第 4 版 2021,同初版 2001）,254,258 頁。「ジャーナリストが任務を果たすための 10 か条」の解説。この 10 か条には、日本で強調される「中立」「公平」はない）。**二木コメントー**このスタンスは、私が医療政策研究で 30 年以上遵守している次のスタンスに通じると感じました。

○M・I・ローマー（アメリカの医療政策研究の泰斗）「**医療制度のような社会現象の分析は常に研究者の視点に影響される。私は、得られる諸事実がすべてしかも誠実に示されている限り、その解釈が特定の社会的又は倫理的価値判断に基づいている場合にも、これを『偏っている』とみなすべきだとは考えない**」（National Health System of the World Volume 1. Oxford University Press, 1990,p.ix.『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,74 頁で引用）。

○上野千鶴子（日本のフェミニズム研究・実践の草分け）「**設立趣旨にはこんなことを書いた。／『上野千鶴子基金は公平・公正・中立などをめざしません。学歴や所属、性別や国籍も問いません』**／この部分がネットでバズった。『公平・公正・中立』とはしばしば、**強者や既得権益を持った側に立つことを意味するからだ**」（『マイナーノートで』NHK 出版,2024 年,196-197 頁）。**二木コメントー**上野さんのスタンスも、コバッチ&ローゼンステール、ローマーのそれに通じると思い、大いに共感しました。

○森本あんり（東京女子大学学長。「女子大学不要論」がまかり通る風潮に真っ向から異を唱える）「**リベラルアーツを一言でいえば反時代精神だ**。開学当時、女子に求められたのは良妻賢母や職業教育だったが、そういう時代の要請を断り、**独立した知性と責任ある人格を育てたい**といってスタートした。**政府や経済界の意向に唯々諾々と従わないのがリベラルアーツであり、大学の本来の使命だ**。世界大学ランキングで何位以内を目指せとか外からアジェンダを設定され、ハイハイ分かりましたというのでは恥ずかしい。大学は受注生産をしているのではない」（『週刊エコノミスト』2024 年 11 月 5 日号：85 頁、インタビュー「国会議員が男女同数になったら女子大であることを再考する」）。**二木コメントー**「リベラルアーツ」には教養という意味を超えて、これほど深い意味があることを知り、感銘を受けました。

○藻谷浩介（日本総合研究所主席研究員、地域エコノミスト）「**“政局”ではなく“政策”を愚直に論じ続ける**」（『誰も言わない日本の「実力」』毎日新聞出版,2024 年,63 頁）。**二木コメントー**私もまったく同じスタンスで、医療政策の分析と将来予測をしているので大いに共感しました。

○藻谷浩介「『**やれることとやれないことを見分ける知恵は、経験から得られる。最近の経験を客観化した『統計』と長い人類社会の『歴史』に学び、己の行動を律することを『教**

養ある態度』と呼ぼう。教養があればやれないとわかることを、『やれるはず』と押し進め、結果としてさらに悪い状況を創り出しているのが、トランプ政権や安倍政権だ。そんな彼らの行動の根底には、『**何もしなければじり貧だ』という、根拠なき絶望感**があるのではないか」（上掲書 83 頁）。

二木コメントー私も「統計」と「歴史」の重要性をいつも強調しているので、大いに共感しました。と同時に、知恵を得るための「経験」には統計と歴史を学ぶことに加え、自分自身の経験（研究・実践）の蓄積とそれについての自己反省も加えるべきだとも思いました。

〇トマ・ピケティ（フランスの経済学者）「これ [ピケティの提唱する分権化した自主管理による民主社会主義] はまた 20 世紀に多くの国々が取り組んできた社会・税・法制度の改革をさらに進展させるものだが、**こうした改革は、パワーバランス、民衆運動、数々の危機や緊張と引き換えに実現したものであることを忘れてはならない**」（広野和美訳『平等についての小さな歴史』みすず書房,2024(原著 2021),145 頁）。**二木コメント**ー「数々の危機や緊張と引き換えに」という記述を読んで、私の尊敬するアメリカの医療経済学者の次の予測を思い出しました。

〇V・R・フックス「しかし長期的には、国民医療保険は実現不可能とは決して言えない。保険加入者を拡大しつつ、医療費を抑制するという社会的必要が、国家を国民医療保険の方向に押していくだろう。（中略）**おそらく国民医療保険が米国で実現するのは、政治的環境が激変しているときであろう。そしてこのような変化は、戦争、不況、あるいは大規模な社会不安に伴って生じる**」（江見康一・二木立・権丈善一訳『保健医療政策の将来』勁草書房,1995(原著 1993) 260-261 頁）。

〇トマ・ピケティ「だが注意してほしい。**もっぱら環境指標だけに目を向け、所得に関する社会・経済指標を見ないなら、問題は解決できない**」（上掲書 23 頁）。

<その他>

〇リチャード・アスクウィズ（英国のジャーナリスト。英国で最も著名なランニングに関するライターのひとり）「**どれほどの困難があろうとも、諦めるよりは続けるほうがはるかに報われることが多いからだ。**（中略）**希望をもって前進していけば、活動的にすごせる期間が何年か長くなり、人生に輝きをもたらすことができるのだから**」（栗木さつき訳『80 歳、まだ走れる』青土社,2024 年（原著 2023）,181 頁。「読売新聞」2024 年 10 月 20 日、近藤雄二「富士を駆け上って知った継続の尊さ」：「加齢による記録低下が避けられない高齢者が走る理由」として、こう説いていると紹介。**二木コメント**ー高齢になっても研究を続ける理由も同じと思います。

〇玉鷲関（「鉄人」と謳われる幕内最年長力士。40 歳の誕生日を迎えた九州場所 7 日目に、翠富士を力強い押し倒しで圧倒）「『ハタチの気持ちで、若々しい気持ちで相撲とって

な』と言われるのが（褒め言葉で）一番うれしい」、「[40代の抱負は] 三役に戻りたい。

新しく化けて、もっと強く。人間の体がここまで成長できるんだと見せたい」（「朝日新

聞」2024年11月17日朝刊、「不惑の玉鷲 心はハタチ」（内田快））。**二木コメントー**

私の印象では、幕内力士の40歳は、研究者にとっての80歳に相当し、私にはまだ3年先

です。

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43回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」81号 (2024年11月9日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私の好み/a/o 好み

A. 論文の書き方・研究方法編関連

○ビル・コバッチ、トム・ローゼンステール著、澤康臣訳『ジャーナリストの条件 時代を超える10の原則』新潮社,2024年4月 (原著第4版2021,同初版2001)。

…アメリカの2人のジャーナリズム専門家が、多数のジャーナリストたち、研究者と議論し、豊富な実例、実話を挙げて解き明かした、ジャーナリズム論を代表する本。索引・注を除いても517頁の大著 (序章を含めて全12章)。ジャーナリスト&早稲田大学教授である訳者の「訳者あとがき」も迫力がある。

序章で「ジャーナリストが任務を果たすための10か条」(「第一の責務は真実である」等。32頁)を示し、第1章以下でそれらについて詳述。訳者が指摘しているように(512頁)、10か条には、日本で強調される「中立」「公平」はなく、逆に、「不偏不党や中立性はジャーナリズムの根本原則ではない」、「ジャーナリストが重点を置き続けなければならないのは、魂と心のこの独立性であり、中立性ではなく真の独立性である」と明言(254,258頁)。

○藤沢晃治『日本人が英語を話せないたった3つの理由』三笠書房 (知的生き方文庫),2024年8月。

…タイトルは入門書のように見えるが、「TOEICで考えれば700点レベル」&「英語ペラペラを目指す」人向きの上級指南書(244頁)。「たった3つの理由」とは①音響語彙力の不足、②発信力の不足、③反射力の不足で(7頁)、これらを克服するために著者が独力で身につけたノウハウを開陳。第3章「『音声語彙力』の不足を解消(発音編)」、特に「藤沢式片カタカナ英語」(①音声レベルに一番近いカタカナ音、②アクセント位置を守る、③存在しない母音を発音しない)(138頁)はその通りと思うが、著者が主張するように「所要時間1年3か月」(245頁)で身につけるのは不可能。英語圏の大学への留学予定者向き。

○オリヴァー・ジョンソン著、水谷淳訳『数学志向のエッセンス 実装するための12講』みすず書房,2024年6月 (原著2023)。

…身近な問いをもとに、数式をほとんど使わずに、数学者や統計学者の考え方の勘どころを、「構造」「ランダムさ」「情報」の3つのパート(全13章)で伝授する実用的数学入門。第13章「過ちから学ぶ」(もっと一般に通用する10の原則)も有用。ダレル・ハフ『統計でウソをつく方法』(講談社ブルーバックス,1968)の現代版と言える。

○河口洋行『文系のための統計学入門 データサイエンスの基礎(第2版)』日本評論社,2024年9月 (初版2021年)。

…大学1年生と社会人大学院生への教育経験に基づき、「数学が苦手でも、グラフ(図表)で統計学やデータ分析の本質を[直感的に]理解できる」ことを目指したユニークな統計学入門書。各章の内容を解説したYouTube動画やそこで使用したパワーポイントにアクセスできる

のは初学者に親切。文系の大学1年生の半期講義のレベルで、統計学の基礎知識・考え方と統計を使う上での勘所が分かるので、社会人院生にもお勧め。多変量解析のうち重回帰分析のみを取り上げているのは見識がある&実用的。ただし内容は濃いのでじっくり読む必要（以上、初版の「ゼミ通信」44号（2021年10月）の紹介・推薦文）。

【補足】第2版は、初版を「教科書として使用している講義で得られた学生からのフィードバックをもとに」して、第6章（信頼区間）、第9章（t検定）、第15章（機械学習）等を改訂。以下の3点は、初版にも書かれていたことだが、初学者には特に重要と思う。①「**相関係数の数値と相関関係の表現**（「強い相関がある」と表現できるのは r が ± 0.7 以上等）」（161頁）。②「**相関係数を利用するときの4つの注意点**」（166-171頁）。③「**重回帰分析特有の問題**」（「重回帰分析に用いる変数は、経済理論や実態に基づいて選択する」等、「2つの注意点」。204-205頁）。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○岩田健太郎『サルバルサン戦記 秦佐八郎 世界初の抗生物質を作った男』光文社新書,2015年）。

…高名な感染症専門医による「史実をもとにして作られた物語」。ドイツに留学し、エールリッヒと共に、当時難病だった梅毒の特効薬、サルバルサン（世界初の抗生物質）を開発し、多くの人命を救った秦佐八郎の「**呼吸をするように研究を行う**」（60頁）人生と名だたる研究者との交流、葛藤を描く。読み物としては面白いが、「実在しない人物、場面、会話」＝「時空を超えた展開」はご愛敬。

○新村拓『北里柴三郎と感染症の時代 ハンセン病、ペスト、インフルエンザを中心に』法政大学出版局,2024年5月。

…著名な医学史研究者による、北里柴三郎がドイツ留学から帰国後に、日本の近代医療と公衆衛生を作りあげていくプロセスに焦点を当てた研究書。付論を含めて全7章。類書と異なり、ハンセン病に対する取り組みを軸に据えている（第1~3章）。第6章では大逆事件を契機に誕生した恩賜財団済生会での「学用患者」の扱いと北里院長の対応について論じている。

○相澤好治『北里柴三郎と高木兼寛—受け継がれるべき二人の"医"志』バイオコミュニケーションズ,2024年7月。

…ほぼ同時代に生き、「強固な意志と実行力により大業をなした」北里柴三郎と高木兼寛の生涯を、「生い立ち」「東京での生活」「留学と就職」「研究活動」「学会・社会とのかかわり」「日本医師会の設立」「医学校の設立と社会貢献」「晩年」の順に対比しながらいねいに跡づけた「偉人伝」。

○アメリカ医療保障制度に関する研究会（座長・西村周三）『アメリカ医療保障制度調査研究報告書 2023年度版』医療経済研究機構,2024年3月（実際の発行は同年秋）。

…数年おきに改定される報告書の最新版。アメリカの医療政策・医療保障についての百科事典・データブックとしても使えるが、残念ながら索引は付いていない。従来の報告書と異なり、今回は各委員が執筆した章節が明示されている。

○磯部哲、河嶋春菜、ギョーム・ルセ、フィリップ・ペドロ編『公衆衛生と人権 フランス

と日本の経験を踏まえた法的検討』尚学社,2024年3月。

…コロナ禍を挟んで、日本とフランスの医事法研究者等がチームを組んで2年以上行った共同研究の報告書。コロナ禍・コロナ対応についての両国の比較研究が多数含まれており、この分野の日仏比較研究者には有用と思う。ただし、執筆者に医療の実態を知る研究者（医師や医療政策担当の行政官等）が含まれていないため、私から見ると記述は「臨場感」に欠ける。

○黒木登志夫『死ぬということ 医学的に、実務的に、文学的に』中公新書,2024年8月。

…終章を含めて全13章。導入的2つの章の後、日本人の主な死因（がん、循環器疾患、糖尿病、認知症、老衰死）についての最新の知見を簡潔に説明（第3～8章）。その上で「在宅死、孤独死、安楽死」、「最期の日々」、「遺された人、残された物」、「理想的な死に方」について考察し（第9～12章）、終章で「寿命死」という新しい概念を提唱。「終末期の患者の場合、『食べないから死ぬ』のではない。『死ぬから食べない』のである」215頁）は至言。上野千鶴子『在宅ひとり死のススメ』は「困った本」と批判（200頁）する一方、（上野氏と同じく）「『ゆっくり死』の方が、『 कोरोリ』よりも、本人にとっても周りの人にとっても『やさしい死に方』だと思っている」とも書く（263頁）。各章の冒頭で、短歌・俳句・詩を引用した後、著者自身が関わった「症例」を紹介し、「文理融合」を試みる。しかし「宗教と哲学についてはまったく触れていない」し、「死後の世界はないと信じている」と断言している（のは私好み）。一般読者向けの本だが、**医療・福祉専門職も得るものが多い**。中村秀一氏は本書を「多死社会の参考書」と推奨（『社会保険旬報』2024年10月1日号：27頁）。

著者は世界的に高名な癌の基礎医学研究者。本年米寿（88歳）になるが頭脳は明晰。インターン時代の1年を除いて、臨床の場面に出たことのない「経験なき医師団」の一員と称するが、「医学的センスだけはある」と自負し、内外の膨大な文献（大半は査読付き）を渉猟した上で執筆し、しかも全章の草稿をそれぞれの分野の第一線の専門家に点検してもらっている。ただし、基礎医学研究者のためか、疾病の説明を含め、「健康の社会的要因（SDH）」という視点がほとんどなく、「生活習慣病」という用語を無批判に使う。「孤独死」も「孤立死」が妥当と思う。コラム「糖尿病という名前が嫌いな糖尿病専門家」は、糖尿病という病名で差別や偏見を受けている患者の気持ちを逆なです（131頁）。

○黒木登志夫『死ぬということ 医学的に、実務的に、文学的に』中公新書,2024年8月。

…終章を含めて全13章。導入的2つの章の後、日本人の主な死因（がん、循環器疾患、糖尿病、認知症、老衰死）についての最新の知見を簡潔に説明（第3～8章）。その上で「在宅死、孤独死、安楽死」、「最期の日々」、「遺された人、残された物」、「理想的な死に方」について考察し（第9～12章）、終章で「寿命死」という新しい概念を提唱。「終末期の患者の場合、『食べないから死ぬ』のではない。『死ぬから食べない』のである」215頁）は至言。上野千鶴子『在宅ひとり死のススメ』は「困った本」と批判（200頁）する一方、（上野氏と同じく）「『ゆっくり死』の方が、『 कोरोリ』よりも、本人にとっても周りの人にとっても『やさしい死に方』だと思っている」とも書く（263頁）。各章の冒頭で、短歌・俳句・詩を引用した後、著者自身が関わった「症例」を紹介し、「文理融合」を試みる。しかし「宗教と哲学についてはまったく触れていない」し、「死後の世界はないと信じてい

る」と断言している（のは私好み）。一般読者向けの本だが、**医療・福祉専門職も得るものが多い**。中村秀一氏は本書を「多死社会の参考書」と推奨（『社会保険旬報』2024年10月1日号：27頁）。

著者は世界的に高名な癌の基礎医学研究者。本年米寿（88歳）になるが頭脳は明晰。インターン時代の1年を除いて、臨床の場面に出たことのない「経験なき医師団」の一員と称するが、「医学的センスだけはある」と自負し、内外の膨大な文献（大半は査読付き）を渉猟した上で執筆し、しかも全章の草稿をそれぞれの分野の第一線の専門家に点検してもらっている。ただし、基礎医学研究者のためか、疾病の説明を含め、「健康の社会的要因（SDH）」という視点がほとんどなく、「生活習慣病」という用語を無批判に使う。「孤独死」も「孤立死」が妥当と思う。コラム「糖尿病という名前が嫌いな糖尿病専門家」は、糖尿病という病名で差別や偏見を受けている患者の気持ちを逆なです（131頁）。

○小谷紀子「（インタビュー）糖尿病や肥満のある人のスティグマをなくすには」『日本医事新報』2024年9月28日号：6-7頁。

…小谷氏は、糖尿病専門医であり1型糖尿病の当事者として、糖尿病や肥満のスティグマ（社会的偏見による差別・烙印）の解消に取り組んでいる。日本糖尿病学会・日本糖尿病協会アドボカシー委員会委員も務める。糖尿病や肥満のある人に対するスティグマをなくすために、医療者がすべきことを分かりやすく解説：「医療者の言葉でセルフスティグマが生じる恐れ」、「糖尿病や肥満のある人の声に耳を傾け、言葉を大切に使い、一人ひとりであったケアの提供を」等。

私は、小谷氏がインタビュー冒頭で、1996年の公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」の歴史的意義を求めつつ、それが糖尿病を「『生活習慣病』としたことが、[糖尿病患者への]スティグマの一因」と指摘していることに、注目・共感した。これを読むと、黒木氏の上記「コラム」の底の浅さ（不勉強ぶり）が良く分かる。

○岩田健太郎「生活習慣病と呼ばないで」『日本医事新報』2024年10月19日号：63-64頁。

…「医学史上に残る大巨人」故日野原重明氏の「2つの大きな失敗」の1つとして、「『生活習慣病』の提唱」をあげる。次いで、「確かに、多くの慢性疾患は生活習慣と深く関係している。しかし、生活習慣が疾患のすべての原因なわけではない」、「そもそも感染症だって生活習慣と深く関係している」、「セックスも立派な生活習慣だから、性感染症だってここにカテゴライズされる」、「『生活習慣病（およびNCDs）は科学的論理的厳密性を書く」と述べ、「粗雑な分類をそのまま放置し、多くの患者にスティグマを与えてきた医学会や厚生労働省の罪は大きい」と批判。最後に、「健康は価値だが、唯一の価値ではない。医療界が一般社会に嫌な顔をされるのはそのためだ。それを我々は、COVID-19で思い知ったはずだ」と結ぶ。残念ながら、私が2017年＝7年前に「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点－用語見直しを検討する時期」で、ほぼ同じ指摘をしたことには触れていない（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,150-161頁）。

○特集「徹底解剖！地域包括医療病棟」『日経ヘルスケア』2024年10月号：32-53頁。

…2024 年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟入院料を 6 月にいち早く届け出た 22 病院を分析し、同病棟の施設基準の達成方法や運用していく上で鍵となる要素を、転換前の病棟種別まとめると共に、転換を果たした 8 病院の具体的戦略を紹介。

【参考】私は別に 2024 年 10 月までに届け出た 50 病院のリストも入手したが、都道府県別にみると大阪府が 13 病院で最多（2 位は東京都の 6 病院）。実は、地域医療連携推進法人認定数も大阪が全国で一番多い（2024 年 7 月現在：総数 44 のうち大阪府は 7。東京都は 0）。これらの数字は大阪の（民間）病院の「活力」の表れと言えると感じた。

○真野俊樹「医療インバウンドの再評価～歴史と現状から未来を見据えて」『病院経営羅針盤』2024 年 10 月 1 日号：11-15 頁。

…特集「医療インバウンドの現状とこれから」の巻頭論文。医療インバウンド（旧称・医療ツーリズム）は 2009 年頃民主党政権が飛びついたが、その後立ち消えた。しかし、「骨太方針 2023」に「医療ツーリズムの推進」が復活し、「骨太方針 2024」には「医療インバウンド」が用いられ、厚生労働省も 2024 年に医療・介護を成長産業にするために国際戦略本部を発足させた。本論文は医療インバウンドの歴史、課題と改善点を簡潔に紹介。著者は、「医療インバウンドの将来は非常に明るい」としつつ、「そんなに簡単なことではない」とも指摘し、「持続可能な日本人向けの医療サービスとの両立を図ることで、長期的な発展が見込まれる」と指摘。特集は他に、2 病院の事例（相澤病院と藤田医科大学）も掲載。

○特集「マイナーカード&マイナ保険証の総検証～なぜ保険証を廃止しなければならないのか～」『月刊／保険診療』2024 年 10 月号：2～40 頁。

…編集部による「総まとめ」、3 人の鼎談、6 人の識者の論文の 3 部構成。識者のうち「マイナ保険証が必要なわけ」を書いているのは武藤正樹氏だけだが、そのわけは私には説得力に欠ける。氏も「G7 のなかで、日本のように全国統一マイナーカードとマイナ保険証を使っている国はない」と証言。

○村上正泰「長期収載品の選定療養化の問題点」『月刊保団連』2024 年 10 月号：28-32 頁。

…2024 年 10 月から施行されている、長期収載品を希望する患者に選定療養の仕組みを用いて追加負担を求める制度は、「アメニティ」的な要素が中心であるはずの選定療養を医療の中身そのものである医薬品にも当てはめる点で、制度本来の趣旨から逸脱しており、「安易できわめて荒っぽい手法」と批判。次に、それによる財政効果（医薬品のイノベーション推進のための原資の確保）はほとんど期待できない理由でいねいに説明。さらに、公的給付範囲縮小論が繰り返される中で、今後も選定療養を安易に利用し、保険給付を患者負担に付け替える動きが拡大すれば、「国民皆保険の空洞化につながる」と警鐘を鳴らす。私が知る限り、長期収載品の選定療養化の問題点を最も包括的かつ理路整然と指摘しており、**医療政策の研究者必読**。

○特集「その政策にエビデンスはあるのか！？ 根拠に基づく健康政策（EBHP）を進めるために」『公衆衛生』2024 年 10 月号：977-1046 頁。

…以下の 9 つの健康政策・事業にどの程度のエビデンスがあるのかを検討した 11 論文：特

定健康診査・特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防、ストレスチェック、保健事業と介護予防の一体的実施、多剤投与・適正受診・服薬、インフルエンザワクチン、乳幼児健康診査・神経芽細胞腫スクリーニング・母子健康手帳、健康の社会的決定要因、ナッジ。「あるんか？」は関西の用語で、「エビデンスがあってほしい」「今はないが、これから」というニュアンスとのこと。事実、期待された効果が確認されている政策・事業はごく限られていることが良く分かる。私は、高橋謙造氏が、「エビデンスに基づいて削除・廃止された神経芽腫スクリーニング」に触れていること（1024頁）に＜懐かしさ＞を感じた（日本福祉大学大学院「医療福祉経済論」講義で、このことを紹介していたため）。成人・高齢者の保健事業は導入時に医療費抑制効果があると喧伝されたが、どの論文もそのことにまったく触れておらず、このことは公衆衛生学研究者も現在ではその効果がないことを（暗黙のうちに）認めていることと理解した。

○2022-2024 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）ヘルスケア社会実装基盤整備事業委託研究「SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済評価の手法開発」研究班（代表者：橋本英樹）「SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済性評価：総括的展望と実践への提言」『医療経済研究』36(1):29-67 頁,2024 年 10 月（ウェブ上に公開）。…39 頁の長大報告書で、**医療の経済評価及び予防・健康づくり評価の研究者にとって必読・熟読文献**（ただし、非常に＜歯ごたえ＞がある）。全 4 節。第 1 節で現在の問題状況を示し、第 2 節で伝統的な医療の経済評価と異なる予防・健康づくりサービス特有の経済評価実施に伴う課題を整理。第 3 節では、予防・健康づくりサービスにおいて特に顕著となる「価値評価」について Value Flower（12 項目の価値基準）の概念を紹介し、これに忠えて「衡平性」価値評価を導入するために提案されてきた新たな経済評価手法（健康衡平性影響評価、機会費用分析、衡平性重み付け分析の 3 つ）について概説した上で、国際事例を紹介。第 4 節では、ワクチン接種と介護予防などの地域介入についての日本の実証研究を概観。

国内外の膨大な最新概念・文献を包括的に紹介し、それぞれの意義と限界も率直に書いている。例 1：Value Flower はアメリカの保健制度や社会環境を前提としているため、日本にそのまま適用できない。例 2：日本及び海外の「コミュニティでの地域公衆衛生的介入の評価」研究のほとんどは、費用に介入費用（事業費、間接費用）を含んでいない。私は、SDH を「健康の社会的決定要因」ではなく、「**社会的健康規定要因**」と訳していることに注目・共感した。

【参考】2023 年 4 月に公表された厚生労働省の令和 6 年版 [2024 年版] 医師国家試験出題基準の「医学総論」の I 保健医療論の 6 地域保健、地域医療の C プライマリヘルスケアとプライマリ・ケア（4 小項目）の③に「**社会的な健康規定要因**」が初めて含まれた

（<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001079483.pdf> 33 頁）。これより 4 年前の 2019 年 12 月に、医療経済学会が定めた「**医療経済学会のスコープ**」（7 つの研究領域）も、1 B「健康の要因とその制御」のトップに「**健康の経済的・社会的要因（Social Determinants of Health）**」と記していた。それに対して、医学生の卒業時の到達目標を示す文部科学省の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」（平成 28 年度 [2016 年度] 改訂版）には、「社会構造と健康・疾病との関係（健康の社会的決定要因：SDH）を概説できる」という学修目標が設定され、その「令和 4 年度 [2022 年度] 改訂版」でも、「社会的決定要因」が 5

回も使われている。以上について詳しくは、二木立「『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しの必要性・再論」（『文化動情報』2024年3月号（552号）：4046頁（「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」236号（2024年3月）に再掲））。

○遠藤久夫「医療制度改革の射程と課題—政策手段の有効性をめぐって」『医療経済研究』36(1):3-28,2024年10月（ウェブ上に公開）。

…社会保障審議会会長等として厚生労働省の社会保障・医療政策形成に深く関与している遠藤氏が、医療保険制度、医療提供体制、薬価基準制度の現状と課題、今後の方向性について、特に政策手段に焦点を当てて解説。「個人的意見」とのことだが、厚生労働省の意向や各種審議会・委員会等での諸改革についての賛否両論が鳥瞰できる。医療保険の効率性についての、以下の事実認識は妥当と思う。「i)医療費の自然増は低下している、ii)診療報酬改定率はマイナスが続いている。iii)高齢者の1人当たり医療費の増加率は非高齢者の増加率を下回っており、高齢者の医療費は抑制されている、iv)高齢者の医療費が介護保険にシフトしている有意な証拠はない、ということで、医療保険は効率的に運営されている。むしろ人件費や物価の上昇に対応できるか懸念がある」。他面、私は、「医療保険制度改革の最大の課題は世代間是正である」との認識には疑問がある。「医療提供体制の改革」の項で、かかりつけ医機能についてチラリとしか触れていないのは、厚生労働省の描く医療提供体制改革の中でかかりつけ医機能の強化の位置づけがごく低いことを反映していると感じた。

○早川敦「医療保険医療費の変動の重回帰分析を用いた要因分析」『厚生指標』2024年10月号：39-44頁。

…「医療費は伸び率で議論するほど指数関数的に増加してきているのであろうか」という疑問に対して、平成12年（2000年）3月から20年間の医療保険医療費のデータを用いて回帰分析を行い、各種の攪乱要因を調整すれば、潜在的な1月当たり医療費は定額（約70億円）で増加していること、つまり医療費の対前年伸び率は年々低下していることを定量的に明らかにしている（平成13年度の3.6%から令和元年度の2.0%へ）。上記遠藤論文も、医療費の「自然増」は2005～2023年度まで低下し続けていることを確認している。

○小山秀夫『DX リープ・フロッギング戦略 介護・医療DXはリーダーシップ』日本ヘルステクノ株式会社,2024年10月。

…日本の医療・介護界は、トップダウン型のリーダーシップを発揮して、DXによるリープ・フロッギング（カエル跳び。一気の大改革）をしなければならない。このような「どうしてもDXを進めたい、AIを利用して欲しいという思い」で書かれた本。ただし、「具体的な戦略や事例を示しているわけではない」。全5章で、本書の主題と副題に関わる第2～4章は、著者が『社会医療ニュース』に2021～2024年に掲載した論説を、テーマ別に再編集。そのために読みやすい反面、記述が細切れでまとまりに欠ける。私は、著者が「（国民）連帯」を重視していること（52頁）や、「リーダーシップ論もマネジメント論も論文は山積ですが正答がない世界です」と率直に認めていること（85頁）に好感を持ち、「共通言語として共有化されていないまま言葉だけが飛び交う生産性議論」の批判（127頁）に共感した。著者は現状への強い危機感からDX一点突破的だが、私は「ハイ・テックとハイ・タッチの

共存」(ネイスピッツ)の方を好む。

○迫井正深「地域医療構想は『気づいたら“氷山”』回避の方策」M3.com レポート 2024 年 10 月 7 日 (橋本佳子。第 62 回全日病学会基調講演 (2024 年 9 月 23 日) の骨子)

…厚生労働省の現役医務技監が地域医療構想の過去・現在・将来を包括的に論じており、**地域医療構想に関わる医師・行政官と医療政策の研究者必読**。私は、語られていることのほとんどに共感・同感するか理解できた。

特に共感したのは、次の指摘。<今の世代は社会の未来予想図を基にして自分たちの将来を考える。「ブルーオーシャン、いいじゃないか。起業しよう」という話にもなる。やはり医療は、基本的には社会が求めていることに応える姿勢が重要なのではないかと。そして、このような視点から、医学教育の段階においても「やりたいことをやる」ばかりではなく、「求められることに応える」ことが医療に求められる基本的姿勢であることをもっと強調すべきではないかと考える。>迫井氏は以前から、医療の非営利性、医師の医療倫理の重要性を強調している。私も、「医療の営利化」には①営利企業の医療への参入と、②企業家 (起業家) 的医師の増加の両面があると理解し、前者だけでなく、後者への監視が必要と主張している (『保健・医療・福祉複合体』医学書院,1998,40-41 頁等)。私は、この視点から、最近の、美容整形等の自由診療を選択する若手医師の急増や、エリート大学卒の起業家的医師の増加には強い疑問を持っており、その最大の問題は、彼らが医療倫理・医療の非営利性の重要性を理解していない a/o 無視していることだと考えている。

○鈴木邦彦「かかりつけ医機能を有し地域包括ケアを支える地域密着型中小病院としての在宅療養支援病院の必要性」『病院経営羅針盤』2024 年 11 月 1 日号 : 11-16 頁。…これからの病院は、高度急性期大病院と地域包括ケアを支える地域密着型中小病院が二つの軸となる、「今後のかかりつけ医機能の担い手」は①地域密着型中小病院 (在宅療養支援病院)、②在宅療養支援診療所、③グループプラクティス診療所、ソロプラクティスの 4 つがあると主張。私は、これに大卒では賛成だが、「かかりつけ医機能を有する病院」には在宅療養支援病院がふさわしい」とする理由・根拠は書かれていない。在宅療養支援病院 (許可病床 200 床未満) は着実に増加しているが、2021 年でも 3 タイプ合計でも 1570 病院で、同年の 200 床未満の病院 5742 の 4 分の 1 (27.6%) にとどまっている。日本在宅療養支援病院連絡協議会会長である著者の「ポジショントーク」?

○森戸英幸・長沼建一郎『ややわかりやすい社会保障 (法?)』弘文堂,2024 年 11 月。…労働法と社会保障法の研究者が「苦節 15 年余」を書けてまとめた共著。タイトルは奇をてらっているし、いわゆる「はしがき」といわゆる「あとがき」もくゆるキャラ風だが、本文はオーソドックスで読みやすい本を作ろうとした著者の努力が窺える。全 8 章。各章とも、まず「キホンのキホン」をきちんと書いた上で、(学部)ゼミで討論可能な興味深いテーマ・「小ネタ」を紹介 (「このネタは使えるぞ!」)。それに続いて、森氏が各章に「労働法の方から来ました」を執筆。これは一般の社会保障 (法) の教科書にはない本書の特色。ただし、各種の社会福祉や公衆衛生、住宅対策等は最後で「その他」扱いで軽く触れているだけ。「このネタは使えるぞ!」の多くは学生だけでなく、大学教員・研究者にも参考にな

と思う。

ただし、第1章の小ネタ③（森戸氏）の「社会保障だから当然に国がやらないと、という考えは捨てた方がよいのかもしれない」（23頁）は、世界と日本の社会保障（特に医療保障）の歴史と現実を無視しており、乱暴 a/o 舌足らず。共著のためか、2人の著者で説明が異なる個所もある（例：逆選択。森戸氏は新古典派経済学の型どおりの説明をしているが（12頁）、長沼氏はその概念に疑問を呈している（195-196,302頁））。

C. 政治・経済・社会関連（今回はBが非常に多いので略。「コロナ関連」の柱立ては終了）