

2021.10.1(金)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 207 号)」

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

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

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

207号の目次は以下の通りです(26頁)

1. 論文：財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の検討—混合診療全面解禁からの転換時期を中心に(「二木教授の医療時評(195)」『文化連情報』2021年10月号(523号)：20-27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187回：2021年分その7：9論文)……………9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その201)—最近知った名言・警句……………17頁
4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介(第5回)……………19頁

お知らせ

1. 論文「高額新薬で医療費は高騰するか?再論」を『日本事新報』2021年10月2日号に掲載します。本「ニュースレター」208号に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

2. 10月18日「朝日地球会議2021」(オンライン開催)のパネルディスカッション「新型コロナで逼迫した日本の医療を考える」(19時45分頃スタート。60分)に出演します(司会・辻外記子編集委員、出演は忽那志氏・宮田理香氏・私の3人)。後日、朝日新聞デジタルに動画を掲載する予定だそうです(無料)。

※事前登録は公式サイトから：<http://t.asahi.com/tokushu1>

3. 10月30日午後1～2時、オンラインで第59回日本医療・病院管理学会学術総会・特別講演「コロナ危機後の医療提供体制—予測と選択」を行います。講演レジュメ(全6頁)は学会のプログラムページにアップされています。<https://procomu.jp/jsha2021/program.html>

1. 論文：財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の

検討—混合診療全面解禁からの転換時期を中心に

（「二木教授の医療時評(195)」『文化連情報』2021年10月号（523号）：20-27頁）

はじめに

社会政策学会関東部会は本年7月24日に拙著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』の合評会を開催してくれました(1)。同書第1章第1節では「経産省と厚労省の医療・社会保障改革スタンスの3つの違い」を述べていました。

このことに関連して、尾玉剛士氏（獨協大学外国語学部准教授）から以下の質問を受けました。「[最近]財務省の医療改革への関与はすっかり定着したように思われる。この20年間に、著者[二木]は医療改革に関する財務省の姿勢や主張について顕著な変化を観察されておられるのだろうか、もしそうであれば、その潮目はいつ頃になるのであろうか」。

私はこの点について、今まで著書で断片的に述べてきましたが、まとめて論文化したことはありません。そこで本稿では、私の今までの著書の記載を整理して、私の認識（の変化）を述べます。併せて、財務省の見解をほぼストレートに反映している財政制度等審議会の2001～2021年の「建議」の社会保障・医療部分の記述の変化を指摘します【注1】。最後に、財務省の「ワル」の変わり身の早さ・非情さに注意を喚起します。

結論的に言えば、財務省のスタンス・「潮目」の変化（新自由主義からの転換）は2005年後半～2006年に生じたと、私は判断します。

2000年前後は混合診療解禁を主張

私は2001年に「21世紀初頭の医療・社会保障改革の3つのシナリオ」を提起した時、第1のシナリオとして「新自由主義的改革」をあげ、「これは財界、**経済官庁**、及び『外圧』＝アメリカが押し進めようとしている改革」と説明しました(2)。2004年出版の『医療改革と病院』でも同じ説明をしました(3)。

この時点で私は「経済官庁」としては、経済産業省と財務省を念頭に置いていました。私がこう判断した根拠は2つあります。1つは大蔵省（当時）の中川真主計局厚生第三係主査が1996年に、医療分野での新自由主義的改革の「本丸」と言える混合診療の全面解禁を精力的に主張したからです。中川氏は『ばんぼう』2月号のインタビューで、「特定療養費制度[現・保険外併用療養費制度]を活用し、初診料、看護料、薬剤費等、「あらゆる診療を混合診療的なものに組み替えていくこと」を主張しました(4)。同氏は6月の「財政問題と社会保障制度の変革」と題する講演でも、「官民の役割分担」に関して、次のように訴えました。「今後は公的保障は基礎的なサービスに限定し、それ以外の上乗せ部分は、自己選択、自己責任、自己負担により民間サービスを受けるという形に進めていくべきではないか」(5)。

もう一つは、2003年（平成15年）春の「建議」が、「公的保険がカバーする範囲の抜本の見直し」の一つに、「いわゆる混合診療、特定療養費の抜本的拡充」をあげていたことです。同じ主張は2004年春、2005年春の「建議」にも盛り込まれました。

2005 年後半～2006 年に方向転換

しかし、2005 年後半に財務省が軌道修正したことに気づきました。そのきっかけは同年 8 月に日本病院会が主催したシンポジウム「国家財政と今後の医療政策」（私が司会）で、財務省の向井治紀主計局法規課長が「オリックス [宮内規制改革・民間開放推進会議議長一木] の混合診療解禁、株式会社参入の主張に与するつもりはない。公的保険の枠組みを崩すようなやり方をやめるべき」と明言したことでした (6)。その後、2006 年春の「建議」では混合診療への言及がなくなっただけでなく、[資料Ⅱ-2] の「過去 3 年の『建議』における指摘事項について」（一覧表）の [医療] 部分に、なぜか、過去 3 年主張していた混合診療の「抜本的拡充」が含まれませんでした。

そのため、2006 年出版の『医療経済・政策学の視点と研究方法』第 3 章では、「第 1 のシナリオ」は「内閣府の経済財政諮問会議（民間議員）や規制改革・民間開放推進会議、財界や**経済官庁の一部**、および『外圧』＝アメリカが押し進めようとしている改革」と分析的に書き、同章の注では、「最強官庁である財務省は、内閣府や経済財政諮問会議等と共に公的医療費の抑制を強力に推進しているが、株式会社の病院経営解禁、混合診療の全面解禁には慎重である。それらが結果的に公的医療費の増加をもたらすことを懸念しているためである」と指摘しました (7)。翌 2007 年に出版した『医療改革』でも、同じ指摘を繰り返し、その根拠として上記向井氏の発言を引用しました (8:100 頁)。

その後 2010 年に、香取照幸厚生労働省政策統括官も「混合診療」について、以下のように述べました。「保険給付の範囲の問題では（混合診療を認めると）保険診療分の価格が維持できなくなる。診療側の価格形成の影響力が強い以上、医療コストは恐らく上がる。財務省も混合診療に反対なのはブーメランのようにコスト増に跳ね返り医療費が増えるからだ」 (9)。

以上から、財務省の医療改革のスタンスの変化が生じたのは 2005 年後半～2006 年頃と推定できます。この背景としては、次の 2 つが考えられます。①2004～2005 年に政府内外で繰り広げられた混合診療解禁論争で、混合診療の全面解禁が否定され、特定療養費制度を衣替えした保険外併用療養費制度による部分解禁の拡大で決着した (8:45-57 頁)。②財務省がこの論争を通じて、混合診療全面解禁が医療費（総医療費と公的医療費の両方）増加を招くことに気付いた。

スタンスの変化を明確にした 2013 年の新川主計官発言

ただし、これは水面下の動きに近く、財務省のスタンスの変化が明確になったのは、政府の方針が、小泉内閣時代の厳しい社会保障費抑制から「社会保障の機能強化」へと転換した麻生・福田内閣～民主党政権時代だと思います。

財務省のスタンスの変化が誰の目にも明らかになったのは、新川浩嗣主計局主計官が、2013 年 10 月、つまり第二次安倍内閣成立後に開かれた「医療経済フォーラム・ジャパン」シンポジウムで、「私個人は、混合診療の全面解禁には反対である」と明言して、大きな話題を呼んでからです (10)。新川氏は、反対する理由として以下の 2 つをあげました。「理由の 1 つは、保険診療の単価引き上げのプレッシャーが働いて、結果として税や保険料で賄う保険診療部分の負担増につながる。もう 1 つは、治療効果が定かでない医療に対して、公費が使わ

れるのではないか」。この2つの理由は真っ当だと思います。新川氏は「個人」の考えと控えめに(?)に述べましたが、政府高官が公の場で個人的見解を述べることはありえず、これは財務省の公式見解と理解すべきです。

ただし、ここで見落としてならないのは、新川氏が「混合診療の全面解禁には反対」する一方、混合診療の部分解禁である「保険外併用療養費制度の評価療養・選定療養」を「うまく活用することが必要」、それによって「成長戦略の中で医療や介護に関連する産業を成長セクターととらえて、そのマーケットを伸ばしていけばよい」とも指摘したことです。なお、上述した向井氏も「特定療養費の拡大」は主張していました。

村上正泰氏(山形大学大学院教授)は、新川氏の発言のこの部分に注目して、「財務省は、医療への市場原理の導入には否定的であっても、公的医療費を充実させようとしているわけではない」と指摘しています(11)。

国民皆保険制度の枠内で保険外併用療養費制度を活用・拡大する財務省のスタンスは、私が2001年に提起した「21世紀初頭の医療・社会保障改革の3つのシナリオ」で、次のように示した「第2のシナリオ」そのものです。「国民皆保険・皆年金制度の大枠は維持しつつ、公的費用抑制を継続し、公的な一階部分を超える二階部分は全額私費負担(自費または民間保険給付)にし、しかもこの二階部分を公認・育成する」(2)。保険外併用療養費制度の「活用」・拡大またはそれにつながる主張は、2015年以降の「建議」でも繰り返し主張され、しかもその範囲が拡大し続けています【注2】。

厚生労働省との「戦略的互惠関係」

権丈善一氏(慶應義塾大学商学部教授)は、「[民主党菅・野田内閣時代の一二木]2011年からスタートする社会保障・税一体改革というのは、財政再建と社会保障の機能強化を両睨みしながら財務省と厚労省との戦略的互惠関係の下に進められ」と説明しています(12)。「戦略的互惠関係」は、当時外務省が日中関係を表す言葉(根本的な価値観、利害が異なっても、当面の課題についての協力が互惠を生むの意味)で、それが「社会保障・税一体改革」の議論時にも使われたようです。ただし、日中関係とは違って、財務省と厚生労働省の担当者間には基本的な信頼関係があったとも聞いています。

この「戦略的互惠関係」は第二次安倍内閣が成立した直後も続き、2014年と2015年(春・冬)の「建議」には「社会保障の機能強化」と同義の「社会保障の充実」が繰り返し登場しました。「社会保障・税一体改革」についての言及も2016年(春・冬)の「建議」まで頻回にありました。

権丈善一氏は続けて、「しかしながら、2012年8月に消費税の増税が決まると、財務・厚労は力尽きたのか油断したのか知りませんが、主導権を経済産業省に握られてしまいました」とも指摘しています(12)。その結果、安倍内閣は中期・後期には経産省主導内閣と言われるようになり、財務省は厳しい「冬の時代」を迎え、「『ポスト安倍』時代に備えて捲土重来を期」すこととなります(1:28頁)。財務省が、2020年の安倍内閣末期～菅内閣でほぼ復権を果たしたことについては、「骨太方針2021」を分析した本連載(112)で述べました(13)。

財務省の「ワル」の変わり身の早さ

ここで視点を変えて、財務省の「変わり身の早さ」・「非情さ」に触れます。この視点は、「建議」を中心とした財務省の文書を読解する場合、不可欠と思うからです。

私がこのことに最初に気付いたのは、第二次安倍政権発足後の最初の「建議」である、2013年（平成25年）冬の「建議」が、それまでは財務省も容認していた、診療報酬改定時の薬価引き下げの診療報酬への振り替えを突然「フィクション」と断じ、激しい調子で撤廃を求めたことでした。私は、この主張について検証し、振り替えが「フィクション」ではなく、1972年の中医協「建議」や歴代の大臣・首相答弁といういくつかの「根拠に基づく」慣行であることを示しました。まだ若手だった安倍晋三議員も1997年にこれを容認していました（13）。

もう1つは、昨年冬の「建議」では、「新型コロナへの対応」に関して、「医療従事者の方々に深い敬意とともに心からの感謝の意を表」していたのに対して（34頁）、本年春の「建議」が手のひらを返したように、「新型コロナへの対応の過程で顕在化した、医療提供体制の脆弱さ」や「低密度医療」の批判を執拗に繰り返したことです（1,27,31頁等）。

公平のためにいえば、本年春の「建議」にも医療従事者への「深い敬意」と「感謝の意」は書かれています（27頁）。しかし、昨年冬の「建議」には今年春の「建議」のような「医療提供体制の脆弱さ」や「低密度医療」の指摘はありませんでした。私は、今年春の「建議」の医療提供体制批判には、日本医師会等の医療団体への批判だけでなく、財務省の望むように医療提供体制を改革できない厚生労働省に対する強い不満も現れていると推察しました。

ともあれ、このような目的（財政再建のための公的医療費抑制）のためには手段を選ばない財務省の変わり身の早さには驚かされます。

岸宣仁氏の名著『財務省の「ワル」』によると、「ワル」は大蔵省・財務省に古くから伝わる隠語で、「悪人」ではなく、「できる人」「やり手」といったニュアンスの、一種の「尊称」だそうです。岸氏は「ワル」を以下のように定義しています（15）。「湧き出るアイデアを手品のようにちらつかせながら、人垂らしの本性そのままに清濁併せ呑む泥臭さをもって相手を説き伏せ、知らず知らずのうちに政策を実現させてしまう賢さ」。私は「清濁併せ呑む」と「ずる賢さ」がポイントと思いました。さらに、岸氏は財務官僚の「出世の条件」は「センス、バランス感覚、胆力」に収斂し、センスは「アイデア豊か」と言い換えられ、財務省の場合「アイデアとは“悪知恵”を指す場合が多い」と説明しています。上記の変わり身の早さも「ワル知恵」・「ワル」の現れと言えます。

おわりに

以上から、財務省は2000年前後に混合診療の全面解禁を志向したが、2005年後半～2006年にそのスタンスをコッソリ修正し、第二次安倍政権成立以降は混合診療の全面解禁を否定する一方、保険外併用療養費制度の拡大を目指していること、及び後者の時期は、財務省と厚生労働省が「社会保障・税一体改革」実現に向けて「戦略的互惠関係」を結んだ時期でもあることを示せたと思います。

私は、今後は、財務省主導、より正確には財務省主導による厚生労働省との緩やかな「戦略的互惠関係」により、医療・社会保障改革が進められる可能性が大きいと判断しています。ただし、菅義偉首相が、安倍晋三前首相と同様に「消費税は今後10年間引き上げない」と言明しているため、現内閣が続く限り、「社会保障・税一体改革」時のような新たな社会保

障財源の確保は難しいため、「社会保障の機能強化」や、コロナ禍で必要が明らかになった医療提供体制の大幅強化は困難と思います。他面、コロナ危機を通じて、国民が、非常時にも貧富や年齢の区別なく、必要な医療を平等に受けられることの大切さを肌感覚で理解したことを考えると、国民皆保険制度の根幹を揺るがすような極端な医療費抑制政策や混合診療の全面解禁等が復活する可能性はごく小さいとも考えています。

もう一つ見落とせないことは、第二次安倍政権の下で、特に2014年の内閣人事局設置を契機として、官邸による各省幹部人事への介入が常態化し、それにより官僚の士気が低下すると共に、官邸・政治家と官僚との断絶・亀裂が深刻化していることです。これは、今後の良質で合理的な医療政策の立案にも暗い影を落としています。

【注1】財政制度等審議会「建議」と医療改革への言及

財政制度等審議会は、2001年1月の中央省庁再編に伴う財務省の発足時に設置された財務大臣の諮問機関で、前身は大蔵省の財政制度審議会です。例年、春（5月または6月）と冬（11月または12月）に「建議」を取りまとめています。春の「建議」は、例年6月に閣議決定される「骨太の方針」への反映を目指しており、冬の「建議」は次年度の予算編成に関する考え方をまとめています。ただし、民主党政権時代の3年間は「建議」は取りまとめられませんでした。

財務省は、1990年代までは他省の個別の政策に対する表立った批判はしていませんでしたが、小泉内閣発足直後の2001年11月に、厚生労働省の医療保険制度改革案とは異なる「財務省案」を公表しました。それに対して、坂口力厚生労働大臣は、「財政上の問題を指摘するのは当然だが、各省が出す政策案まで作って公表するのはいささか越権行為ではないか」と抗議しました(16)。しかし、財務省は意に介さず、それ以降の「建議」では独自の医療制度改革を提案するようになりました。

小泉政権～第一次安倍・福田・麻生内閣時代の「建議」の医療制度改革提案は、ほぼ医療保険制度改革（保険給付範囲の縮小や混合診療の「抜本的拡充」等）が中心でしたが、第二次安倍政権成立後の2013年冬の「建議」以降は、「医療提供体制の改革」についても積極的に提案するようになり、しかもその範囲がほぼ毎年のように拡大しています。直近の本年春の「建議」では、「医療」が20頁を占め、そのうち11頁が医療提供体制に関わるもの（「新型コロナへの対応」を含む）です。

「建議」の医療制度改革提案には、医療提供側には厳しすぎたり、的外れなものも含まれますが、全体としてはきわめて緻密であり、「突っ込みどころ満載」の経済産業省文書とは大違いです(1:28,17頁)。

今回、20年分の「建議」をまとめて読んで、「建議」・財務省が、財政再建・公的医療費抑制のために、倦まず弛まず、いわばレンガを積み重ねるように、財務省なりの改革提案を積み重ねてきたことがよく理解できました。ただし、それらのすべてが後に実現したわけではなく、実現していない改革も少なくありません。例えば、「公的医療保険と民間保険の守備範囲の見直し」は平成13年（2001年）冬の第1回の「建議」から、「一定金額までの保険免責制度の導入」は平成15年冬の「建議」から、繰り返し提案されていますが、実現していません。この点を踏まえると、財務省の力を過大評価すべきではないと思います。

【注2】「建議」の保険外併用療養費制度の拡大提案

第二次安倍政権成立後の「建議」には、「混合診療」という言葉は全く登場しません。保険外併用療養（費）制度の拡大が初めて提起されたのは、意外に新しく平成30年（2018年）春の「建議」ですが、それ以降着実に（？）トーンが強まり、その範囲も医薬品だけでなく技術料にまで拡大されています。各「建議」の主な記載は以下の通りです。

○平成30年春：（費用対効果評価の活用）の最後にチラリと、「保険収載が見送られた医薬品等について、安全性・有効性があれば、保険外併用療養により柔軟に対応するか否かの検討も行う必要がある」と控えめに（？）書かれました（22頁）。

○令和元年春：「保険給付範囲の在り方の見直し」の「主な改革の方向性」の最後に、「保険収載とならなかった医薬品等については、安全性・有効性があれば保険外併用療養費制度に新たな分類を設けてより柔軟に対応しつつ、併せて、民間保険の積極的な活用を促進していくことも検討すべきである」と断定的に書かれました（15頁）。これは、「保険外併用療養費制度の新たな分類」と「民間保険の活用」の初出です。

○令和元年冬：やはり「保険給付範囲の在り方の見直し」の「主な改革の方向」の最後に「…保険給付範囲の見直しに当たっては、新たな類型の創設も含めて保険外併用療養費制度の更なる活用を行うべきである」と書き、「新たな類型」以外の保険外併用療養費制度の活用を提起しました（18頁）。

○令和2年冬：22頁の「既存医薬品の保険給付範囲の見直し」の項で、「保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が患者負担となりかねないことから、保険外併用療養費制度に新たな類型を設けるなどの対応が必要となる」と提起しました。46頁の「不妊治療の保険適用」の項で、「一部の高度な不妊治療へのニーズに対応して、保険外併用療養費制度の柔軟な活用も検討すべきである」としました。このように、保険外併用療養費制度やその「新たな類型」の対象を医薬品だけでなく、技術料まで拡大することを提案しました。

○令和3年春：平成2年冬と同じく、「医薬品の保険給付範囲の見直し」の項で、「初診料などの技術料も含めて」「保険外併用療養費制度に新たな類型を設けるなどの対応が必要である」と提案しました（44頁）。

なお、平成25年～平成29年の「建議」は、保険外併用療養費制度には直接触れていませんでしたが、「保険給付範囲の見直し」として、「市販品類似薬の保険適用除外」を最初から提起提起していました。平成27年（2015年）春（24頁）の「建議」では、「国民皆保険を維持するための公的保険給付範囲の見直し」の項で、「後発医薬品がある先発医薬品や、個人が日常生活で通常負担するようなサービス・金額について、公的保険給付の範囲を見直し、全体として公的保険を真に必要な場合に重点化していく必要がある」と提起し、それに加えて、「公的保険給付の範囲の重点化は、保険給付額を抑制して制度の持続性に貢献すると同時に、**公的保険から外れた市場を産業として伸ばしていく**ことにより、経済成長とも整合的であり、社会保障の雇用・成長市場としての側面を損なわずに社会保障改革を進めることができる」と経済産業省張りの主張をしました。「**公的サービスの産業化**」という表現は平成27年冬と28年春の「建議」でも使われましたが、その後は使われていません。2015～2016年は安倍政権の絶頂期とも言われており、当時権勢を振るった経済産業省や同省出身の官邸官僚に財務省が相当押し込まれ、その結果、「建議」が経産省寄りの書きぶりになったのかもしれない

ん。

保険外併用療養費制度の拡大とは離れますが、私がこの間の「建議」の提案でもっとも「正論」と注目しているのは、平成28年冬の「建議」が、（高額薬剤の薬価等の在り方）を初めて提起したことです（26頁）。そこでは、「オプジーボ」を明示して、「次回薬価改定を待つことなく、速やかに適正水準まで薬価改定を行うとともに、その適正な使用に係るガイドラインを早急に策定して、その遵守を保険償還の条件とすべきである」と主張しました。

文献

- (1) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020。
- (2) 二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001、8、10頁。
- (3) 二木立『医療改革と病院』勁草書房、2004、54頁。
- (4) 中川真「（インタビュー）特定療養費制度を活用し混合診療へ方向転換」『ばんぼう』1996年2月号（176号）：30-31頁。
- (5) 「（ニュース）大蔵省主査が社会保障制度改革の視点を提示」『日本醫事新報』1996年6月29日号（3766号）：65頁。
- (6) 田中滋・向井治紀・武田俊彦・三上祐司・石井暎喜・二木立「（病院長・幹部職員セミナー・シンポジウム）国家財政と今後の医療政策」『日本病院会雑誌』2006年7月号（53(7)）：920-988頁（向井氏の発言は979頁。ただし、シンポジウム当日の発言をややぼかしている）。
- (7) 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006、48、66頁。
- (8) 二木立『医療改革』勁草書房、2007。
- (9) 香取照幸「政策統括官（社会保障担当）就任インタビュー」『社会保険旬報』2010年9月1日号（2434号）：7-8頁。
- (10) 新川浩嗣「（レコーダ）医療経済フォーラム・ジャパン主催第12回公開シンポジウム」『社会保険旬報』2013年12月11日号（2552号）：29-30頁。
- (11) 村上正泰『医政羅針盤』医薬経済社、2016、132-134頁（「全面解禁に否定的な財務省」）。
- (12) 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護 増補版』勁草書房、2018、366頁。
- (13) 二木立「菅内閣の『骨太方針2021』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2021年8月号（521号）：18-24頁。
- (14) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014、58-66頁（「財政審『建議』の診療報酬引き下げ論の検証」）。
- (15) 岸宣仁『財務省の「ワル」』新潮新書、2021、18、58-61頁。
- (16) 清水真人『財務省と政治』中公新書、2015、134-137頁（「『財務省案』を出す変身」）。
- (17) 二木立「全世代型社会保障検討会議『最終報告』と財政審『建議』を複眼的に読む」『文化連情報』2021年2月号（515号）：8-15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187回)(2021年分その7:9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]論文のサワリ(要旨の抄訳±α)の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

<健康の社会的要因(social determinants of health)関連:6論文>

※social determinants of healthの定訳「健康の社会的決定要因」に対する疑問(本「ニューズレター」197号(2020年12月)33頁より再掲)

"social determinants of health"(SDH)の定訳は「健康の社会的決定要因」とされています。しかし、determinantの動詞determineには「決定する」という強い意味だけでなく、「影響を与える」という弱い(?)意味もあります(『ランダムハウス英和大辞典[第2版]』他)。アメリカ政府のサイト(healthypeople.gov)も、“determinants of health”を以下のように説明しています:The range of personal, social, economic, and environmental factors that influence health status are known as determinants of health. (健康状態に影響を与える個人的、社会的、経済的、環境的要因は"determinants of health"と呼ばれる)。WHOはそのものズバリ、以下のように定義しています:The social determinants of health(SDH) are the non-medical factors that influence health outcomes. (SDHは健康アウトカムに影響する非医療的要因)。

私は以前から、「健康の社会的決定要因」という訳語は、健康の大半は社会的要因で決定されるとの誤解を与えるし、実際に社会構築主義者や公衆衛生学者の一部はそう主張していることに疑問を感じていました。そのような誤解を生まないために私は、SDHは「健康に影響する社会的要因」または「健康の社会的要因」と訳す方が適切と思います。

○[アメリカの]Bon Secours病院の「健康のための住居」支払い可能な住居[を提供する]プログラムの社会的投資収益率

Drabo EF, et al:A Social-return-on-investment analysis of Bon Secours Hospital's 'Housing for Health' affordable housing program. Health Affairs 40(3):3:513-520, 2021 [事例研究]

健康の社会的要因に取り組むための地域健康プログラムは、それらの効果を伝統的な経済評価法—投資収益率分析、費用効果分析、費用便益分析—によって示さなければならないとの課題にしばしば直面する。社会的投資収益率分析を用いて、Bon Secours病院が行っている「健康のための住居プログラム」の、より広い社会的・環境的・経済的便益を評価した。Bon Secours病院(フランス語で発音は[ボン・セコース]。英語訳はgood help)は、カトリック系の病院システム(Bon Secours Mercy Health System)に属するカトリック系の72床のコミュニティ病院で、低所得者が多く住んでいるメリーランド州ボルティモア市の西ボルティモアにある。同病院は、1990年代から、地域住民の健康に影響を与える社会的・環境的要因に対処するために、当時増えていた空き住居を購入してリノベートし、低所得者に支払い可能な低家賃の住居として提供し始め、2019年には801ユニットを保有し

ていた（同病院はその後、非宗教系の非営利病院システムに買収され、現在は Grace Medical Center となっている）。

このプログラムの社会的投資収益率を計算したところ、1年当たりの運営費1ドル当たり、1.30～1.92ドルの社会的収益を地域に生み出していた。この知見は、支払い可能な住居へのアクセスを増やすことはプラスの社会的価値を生み出すことを示唆しているし、社会的投資収益率により地域健康プログラムの影響を適切に定量化できることを示している。

ニホコメント—アメリカの医療政策関連の専門誌では、近年、医療機関・医療が「健康の社会的要因」（SDH）に取り組む重要性を強調したり、取り組んだ成果を報告する論文が増えており、医療経済・政策学関連のものは本「ニューズレター」でも154号（2017年5月：Fuchs）、170号（2018年9月：Cantonら）、191号（2020年6月：Horwitzら）で紹介してきました。最近は、特に居住条件を改善すると医療費を抑制できるとの研究が目につくので、本号では2021年に発表された3論文を紹介します。

本論文は社会的投資収益率を用いた居住支援プログラムの便益についての詳細な事例報告です。社会的投資収益率は1997-98年に、アメリカのRobertsEnterprise Development Fund (REDF)が、主に雇用創出に取り組む非営利組織や社会的企業に対して、資金提供と経営能力の向上の支援を行う際の指標として開発した手法だそうです（「About SORI 社会的投資収益率について」ウェブ上に公開）。著者によると、本論文は、アメリカにおける病院主導の住居改善プログラムの定量的評価にこの手法を初めて応用したそうです。

○住居は医療の利用と費用を改善するか？ [カナダ・オンタリオ州での] ホームレス経験のある人々のコホートを医療行政データとリンクさせた縦断的分析

Wiens K, et al: Does housing improve health care utilization and costs? A longitudinal analysis of health administrative data linked to a cohort of individuals with a history of homelessness. Medical Care 59(4, Suppl 2):S110-S116,2021 [量的研究]

ホームレスの人々は複雑な医療ニーズを持っており、頻回に医療サービスを利用する。本研究では、カナダ・オンタリオ州の2市（トロントとオタワ）に居住するホームレス経験のある成人における居住と医療利用の関連を調査した。調査参加者は2009年に2市でシェルターと食事サービスを利用していた人びとから募集し、最終的に642人が参加し、これらの人々を4年間追跡調査した。4年間の前向きコホートの調査データを「オンタリオ州医療保険制度」（全居住者をカバー）の医療記録とリンクした。調査参加者の毎年の医療受診と平均医療費を居住区分(housing categories)と比較した。居住区分は、調査参加者の住居ありの期間に基づいて、ホームレス（0-10%）、不安定居住（11-99%）、住居あり（100%）に3分した。調査開始1年後の人数はそれぞれ129人、271人、232人であった（10人が脱落）。一般化推定方程式を用いて居住区分が毎年の医療利用・医療費に与える影響を推計した。

4年間に住居ありの割合は37%から69%に上昇した。調整前データでは、外来医療、医薬品の処方、検査を受けた割合は住居ありまたは不安定居住ではホームレスに比べて高く、救急外来受診は住居ありでもっとも低かった。調整済みデータでも、医薬品の処方を受けた割合は住居ありまたは不安定居住で高かった。他の医療利用では3群に有意差はなかった（ $P>0.05$ ）。総医療費については時間経過と居住状態との間には相関が見られ、住居ありの日数の割合が増えると、平均費用は1年目に増加し、2～4年目に減少した。以上から、居住

状態は4年間にわたって医療受診と医療費に影響すると結論づけられる。この結果は、ホームレスの人々に住居を提供すると医療費が削減できる可能性を示唆している。

二木コメント—私はこのような研究は、ホームレスの人々が他国に比べて桁違いに多いアメリカの専売特許だと思っていたのですが、本論文はカナダ発です。本論文の（隠れた）目的は、公的住居支援プログラム（housing program）によりホームレスが減少し、その結果彼らの医療費を抑制できることを示すことだと思いますが、残念ながら、そのプログラムと費用についての説明はありません。なお、本論文を掲載している Medical Care 2021年4月増刊号は「ホームレスの人々の多疾患罹患」（multimorbidity among homeless populations）を特集し、合計15論文を掲載しており、（医療的アプローチからの）ホームレス研究者必読と思います。

○居住の不安定性を経験した [アメリカの] 退役軍人への期間限定の経済的支援は医療費を減らした

Nelson RE: Temporary financial assistance decreased health care costs for veterans experiencing housing instability. *Health Affairs* 40(5):820-828,2021 [量的研究]

住居のある人々と比べると、ホームレスの人々は入院の在院日数が長く医療費も高く、しかも救急外来受診も多い。ホームレスの人々に安定した住環境を提供すれば、医療費を減らせす可能性がある。退役軍人庁は「退役軍人家族支援サービス」（SSVF）により、地域の非営利団体に委託して、最近ホームレスになったかその危険のある退役軍人に対して、家賃や公共料金の支払い等に充てるための経済的支援を期間限定で行っている。2018年にはSSVFは全50州で、308団体を通じて実施され、総費用は3.13億ドル（約330億円）であった。

2016～2018年のデータを用いて、差の差法・多変量混合効果線形回帰モデルにより、この経済的支援が医療費に与える影響を推計したところ、経済的支援を受けた人々（41,969人）の総医療費（退役軍人庁分のみ）は、それを受けなかった人々に比べて、4半期で352ドル安かった。この結果は住居の不安定性の適切な解決策についての国レベルの政策論争に有用な情報を与える。

二木コメント—興味深い論文ですが、まだ「予備的報告」のレベルで、しかも退役軍人庁の宣伝臭が強いと感じました。

○アメリカにおける平均寿命の短縮 健康政策としての社会政策の必要性

Venkataramani AS, et al: Declining life expectancy in the United States The need for social policy as health policy. *JAMA* 325(7):621-622,2021 [評論]

コロナウィルスのパンデミックが生じる40年も前から、アメリカは国民の健康危機に直面していた。1980年からアメリカの平均寿命の伸びは他の先進国に遅れを取るようになり、2014年からは平均寿命が史上初めて短縮し始めた。このような長期的趨勢の駆動力は生産年齢人口の死亡率の上昇であり、それは特に社会経済的地位が低い人々で顕著である。生産年齢人口でも、4年制大学卒以上の学歴の人々の平均余命は延長し続けており、低下は高卒以下の学歴の人々に限られている。家計所得が最上位5%と最下位5%の人々の平均寿命格差は2001～2014年に2.6歳も増えており、2014年の両階層の40歳の平均余命格差は9.7歳

(89.4 歳対 79.7 歳) に達している。人種・エスニシティ間の格差も拡大している。

次の 3 つの社会経済的趨勢がこのような平均寿命の短縮の要因となっている。①低所得者の経済的環境がこの 40 年でますます不安定になっている。②低学歴でも高賃金の雇用の機会が減少し、多くの人々が経済階層を上昇することができなくなっている。③社会的セーフティネットが弱体化している。社会福祉総費用は増加したが、それらの大半は雇用された人々を対象とし、労働力市場からはみ出し、もっとも大きな経済的困難を抱えている人々には届いていない。これらの趨勢は、低学歴で低所得の生産年齢人口の死亡率上昇（薬物嗜癖や自殺による）と関連している。これらの趨勢はすべてコロナパンデミックで悪化したため、2020 年のアメリカの平均寿命は前年よりさらに短縮すると見込まれている [米疾病対策センター (CDC) は 2021 年 7 月 21 日、2020 年の平均寿命が 2019 年に比べ 1 歳半も短縮した & 短縮の 74% がコロナに起因すると発表—二木]。

医療の提供者と支払者は健康の社会的要因への対処に関心を深めており、例えば居住プログラムや医療を社会サービスにつなぐことに投資している。しかし、医療部門主導の努力だけでは不十分である。というのは医療部門は平均寿命の短縮の背後にある構造的要因には取り組めないからである。次の 2 つのエビデンスが、社会政策が決定的に重要であることを示している。①死亡率の社会経済的格差は子どもや思春期では縮まっており、これは子どもや家族のウェルビーイングを改善するための施策の導入時期と一致している。②州レベルの平均寿命の格差は、各州が 1980 年以降採用した社会政策と相関している。政治における党派間闘争が強まっているが、来るべきバイデン・ハリス政権が、上述の 3 つの要因に取り組み、数十年に及ぶ平均寿命の短縮を逆転させ始めることが期待される（以下略）。

二木コメント—バイデン政権が発足した直後、JAMA (アメリカ医師会雑誌) 2 月 7 日号に掲載された論説です。日本でも、アメリカの平均寿命が短縮し始めたことはよく知られていますが、本論文を読むと、既存の一部の社会政策がその趨勢を止めていることが分かりました。私も、本論文の執筆者と同じく、バイデン政権が、「健康政策としての社会政策」を強めることが期待します。

私はこの論文を読んで、フランスの人口学者・歴史学者のエマニュエル・トッド氏が、1970 年代に WHO の世界年鑑を読んで、ロシアとウクライナで乳児死亡率が高まっていることを知り、その後の (1991 年の) ソ連の崩壊をいち早く「直感」したことを思い出しました (『エマニュエル・トッドの思考地図』筑摩書房, 2020, 96 頁)。

なお、**アン・ケース／アンガス・ディートン著、松本裕訳『絶望死のアメリカ資本主義がめざすべきもの』** (みすず書房, 2021 (原著: 2020)) は、最近急増している低学歴の中年白人の「絶望死」(deaths of despair) について、経済との関係を中心に詳細に分析しながら、アメリカ資本主義の諸側面を批判しています。第 13 章「命をむしばむアメリカ医療」も舌鋒鋭いのですが、やや通俗的です。

○ [アメリカにおける] 健康の社会的要因としての医療費債務

Mendes CF, et al: Medical debt as a social determinant of health. JAMA 326 (3):228-229, 2021 [評論 (原著論文に関する編集委員の論評)]

健康の社会的要因 (人びとがその下で生まれ、学び、働き、年を重ねる条件) の重大な影響は広く認識され受け入れられている。最近の大半の研究は、貧困や所得の不安定、住居

と雇用の不安定、構造的レイシズムやそれ以外のさまざまな差別に焦点を当てている。それに対して、資産(wealth)と健康との関係については十分に注意が払われていない。本号 JAMA 掲載の Kluender 等の論文「米国の 2009-2021 年の医療費債務」(250-256 頁)は、医療費債務を資産の重要な側面とみなし、それと健康・医療との関係を検証している。2020 年の 4000 万人近い個人のデータ分析によれば、1 人当たりの医療費債務の平均は 429 ドルであり、アメリカ全体での医療費債務は 1400 億ドル(約 15 兆円)に達すると推計されている。2014 年前後から医療費債務とそれ以外の債務は減少しており、2014 年以降医療費債務総額はそれ以外の債務総額を上回るに至っている。この研究は医療費債務の社会的・地理的バラツキも示している。例えば、オバマケア(ACA)で規定されたメディケイドの対象拡大を実施した州では実施しなかった州に比べ、2014 年以降の医療費債務の減少幅がはるかに大きかった。

この研究で得られた以上の知見は、健康の不平等が支払い不能な医療費の請求や債務を生むとの先行研究の知見とも照応している。適切な医療保険に加入していない人びとは、医療費債務のリスクが大きいことも示されている。医療費債務とそれに伴う経済的困難は健康への悪影響とも関連している。この因果関係についての情報はほとんどないが、資産と死亡率や障害、疾病からの回復との関連については確実なエビデンスがある。医療費債務は、健康と医療利用への影響だけでなく、経済的・社会的影響も大きい。アメリカの医療制度における医療費債務問題への対処には高い優先順位が与えられなければならない。Kluender 等の知見は、効果的な医療政策は医療費債務を相当減らせることを示唆している。

二木コメント—医療費債務が重要な健康の社会的要因であるとの指摘は新鮮です。ただし、これは、高所得国の中で全国民を対象にした公的医療保障のない唯一の国であるアメリカに特有の要因と思います。なお、本論文が引用した Kluender 等論文は、医療費債務が社会的要因であるとは指摘していません。

○ [イギリスにおける] 社会的処方と社会階層による不平等：健康の上昇移動の旅？

Gibson K, et al: Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? *Social Science & Medicine* 280 (2021) 114037 (8 pages) [エスノグラフィー]

社会的処方は健康や安寧(well being)に影響する社会的要因に対処し、健康の不平等を減らす有効な方法と称揚され、特に慢性の身体疾患や精神疾患を抱える人びとを対象にしている。社会的処方の特徴は、医療専門職ではないリンク・ワーカーが患者を地域の人びとやサービスと結びつけることである。社会的処方の効果の頑健なエビデンスはないが、それは近年イギリス(UK)で大規模に導入されており、国際的関心も集めている。

本研究は社会的処方介入についての患者の経験を、北部イングランドで 2019 年 11 月～2020 年 7 月に聴取し、エスノグラフィーの方法を用いて、社会的処方が提供される複雑な社会的文脈を探究する(2020 年 3 月以降はコロナのため電話インタビュー)。ブルデュール(フランスの社会学者)の社会階層の分析に基づいて、2 型糖尿病で社会的処方を受けた 4 人の事例をグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて、健康資本が生まれるであろう日常的な文脈と社会階層に関連したプロセス(classed processes)との関係について詳細に分析する。4 人のうち 2 人は中間層の、2 人は疾病が重度・動揺性でしかも低所得の患者である。クライアントの経験、及び時間と共に変化するポジションの軌跡—それにはしばしば緊張

と分断の瞬間が含まれる一を追跡し、社会階層による不平等 (classed inequality) が社会的処方との関わりにどのように関係するかを探究する。

その結果、構造的文脈とそれと関連して資本の所有が、社会的処方介入によって提供される文化的健康資本への投資に対するクライアントの優先順位を形作ることが示される。重要なことは、不平等は参加者の社会的処方介入に関わる能力を形作るが、全参加者は提供された健康資本の価値を認識していることである。結論として、個別ケアの提供時に個人に焦点を当ててもうまく対処できないと主張し、社会的処方が健康の不平等を減らすという社会・政治的仮定に対するカウンター・ナラティブ (対抗的な語り) を提起する。最後に、そのような仮定は人びとが皆一様に自己の将来の健康に関わりたいと思っていると想定しているがそれは誤りであると主張する。

二木コメント 日本ではプラス面のみが紹介されているイギリスの社会的処方に対するエスノグラフィーによる詳細な事例研究に基づく、厳しい「異議申し立て」です。イギリスの社会的処方の研究者必読と思います。著者は社会的処方を全否定しているわけではありませんが、社会的にもっとも弱い立場にある人びと (most disadvantaged participants) においては、個人に焦点を当てた社会的処方は既存の健康の不平等を悪化させる危険があると主張し、論文の最後では社会的処方は蜃気楼だとまで述べています。本論文を読むと、非専門職であるリンク・ワーカーが、複雑なニーズを抱えている重度の慢性疾患患者に対処することの困難性がよく分かります。ただし、本論文の英語表現もブルデュー理論の説明もきわめて難解です。私はウィキペディア日本版で、「ピエール・ブルデュー」の長文の解説 (本文だけで 12 頁) も読みましたが、直訳調でこの論文以上に難解でした。

<その他：3 論文>

○予防に焦点を当てた統合 [ケアモデル] は三重の目的を達成できるか？ イングランドにおける 2 つの新しい [統合] ケアモデルの評価

Stokes J, et al: Does prevention-focused integration lead to the triple aim? An evaluation of two new care models in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 26(2):125-132,2021 [量的研究]

本研究の目的はイングランドのサルフォードと南サマセットの 2 地点で実施された 2 つの統合ケアモデル (「先駆者」) の効果を、患者の経験、健康アウトカムおよびケア費用という「三重の目標」と関連させながら検討することである。差の差法分析とプロペンシティブ・スコアによる重み付けを結合し、2 つのケアモデルと対照群 (イングランドの他地域で行われている「通常ケア」) とを比較した。新しいモデル導入後 3 年間全体および各年の効果を推計した。その際、全国 G P 患者調査を用いて患者経験 (慢性疾患マネジメントの組織間支援についての患者の評価) とジェネリックな健康状態 (EQ-5D) を測定し、病院入院データを用いて二次医療 (病院医療) の総費用を測定した。二次的アウトカムとして、予防改善の以下の 3 つの代理変数を測定した：二次医療の 1 人当たり費用、避けられることのできた緊急入院、及びプライマリケアの利用。

2 つの介入地点とも、二次医療の総費用は増加した (サルフォードで登録患 1 人当たり年平均 74 ポンド増、南サマセットでは同 45 ポンド増)。同二次医療の 1 人当たり費用 130-138 ポンド増加した。健康状態や患者の医療経験については統計的に有意な効果はなかつ

た。南サマセットでは、費用増加および避けることのできた救急入院面で明らかな短期的マイナスが生じたが、時間の経過と共に縮小した。結論として、新しいケアモデルは二次医療費の増加という予期せぬ結果を短期的または中期的に生んだ可能性がある。費用増加は病院を退院した患者の平均重症度の増加をもたらした。予防に焦点を当てた人口全体の統合ケアのマネジメントは、かつての対象をより限定したモデルと同じように、医療システムの三重の目標をすぐには改善できなかった。

二木コメント—本「ニューズレター」203号（2021年6月）の15頁で紹介した、「**【イングランドにおける】複雑な【ケア】ニーズを持った人びとを対象にした【2つの】統合ケアを評価する**」（Kasteridis P, et al: Evaluating integrated care for people with complex needs. *Journal of Health Services Research & Policy* 26(1):46-53,2021)の続報です。2つの事業についてはこちらをお読みください。第1報では、統合ケアモデルでもサービス利用・死亡率は低下しないとの結果でした。今回は費用の変化を中心に検討していますが、いわゆるポピュレーションアプローチによる包括ケアモデルでも、健康アウトカムは改善せず、総費用は増加するという結果は重いと思います。

○【イングランドにおける】構造、プロセスおよびアウトカムに関わる【経済的】インセンティブがプライマリケア医の全国【糖尿病】予防プログラムへの患者紹介に与える影響

McManus E, et al: The effects of structure, process and outcome incentives on primary care referrals to a national prevention programme. *Health Economics* 30(6): 1396-1416, 2021 [量的研究]

医療における経済的インセンティブ（成果に基づく支払い（P4P））は過去20年広く用いられているが、それを構造、プロセスあるいはアウトカムとリンクさせるべきか否かについてのエビデンスは乏しい。異なったタイプの経済的インセンティブが、イングランドでの新しい全国糖尿病予防プログラムに対する一般医の患者紹介数と効果に与える影響を検討した。効果の指標として、患者紹介数と実際へのプログラム参加を用いた。各地域の臨床委託グループ（Clinical Commissioning Groups (CCG)）. NHSの法定組織で、医療ニーズ査定、優先度決定、サービス調達、サービス提供者との契約等を行う。以下、コミッショナー）の経済的インセンティブの利用状況を調査し、それを2016年4月～2018年3月の5170人の一般医からのプログラムへの患者紹介数の情報とリンクした。多変量プロビット回帰により、異なったタイプのインセンティブの使用に関連したコミッショナーの特性を同定した。負の2項回帰によりそれが一般医の患者紹介とプログラム参加に与える影響を推計した。

コミッショナーはほとんどの地域（89%）で経済的インセンティブを提示しており、そのうち38%は構造に関わるインセンティブを、69%はプロセスに関わるインセンティブを、22%はアウトカム（プログラムに紹介された患者数）に関わるインセンティブを用いていた。経済的インセンティブがない場合と比べ、構造またはプロセスに関わるインセンティブは共に、患者紹介やプログラム参加の増加と有意な関連はなかった。しかし、アウトカムに関するインセンティブは84%の患者紹介増加及び93%のプログラム参加と有意に関連していた。成果に基づいた支払いのうちアウトカムに関するインセンティブのみがこの全国糖尿病予防プログラムへの参加を促進していた。

二木コメント—論文テーマは魅力的ですが、「アウトカム」指標が「プログラムに紹介された患者数」なのは羊頭狗肉です：健康アウトカムとは一般的には健康状態の改善（本論文

の場合は、糖尿病の症状や検査値の改善、合併症の予防等)を意味し、これは「プロセス指標」です。

○「カナダ加齢に関する縦断調査」において[障害者に対する]インフォーマルな在宅ケアとフォーマルな在宅ケアは代替か補足か：作用修飾因子としての活動制限

Zhang W, et al: Substitutes or complements between informal and formal home care in the Canadian longitudinal study on aging: Functional impairment as an effect modifier. Health Policy 125(9):1267-1275,2021 [量的研究]

カナダでも世界でも、政策決定者はインフォーマルな在宅ケアとフォーマルな在宅ケア(以下、インフォーマルケアとフォーマルケアと略記)との間の財源配分と格闘している。この2つのタイプのケアの関係を理解することは財源配分にとって有用である。本研究では、「カナダ老齢に関する縦断調査」(CLSA)を用いて、インフォーマルケアとフォーマルケアとの関係を調査し、この関係が活動制限(日常生活活動または手段的日常生活活動の制限)のレベルによって変わるか否かを評価した。調査対象が過去12か月間に受けたと自己申告したインフォーマルケアとフォーマルケアの総時間を用い、両者の関係を2部門モデルと操作変数法を用いて評価した。活動制限は7つの日常生活活動(更衣、食事、歩行等)と7つの手段的日常生活活動(電話かけ、買い物、食事の準備等)の制限の合計(1-14)により評価した。調査対象は活動制限のある5219人であり、平均年齢は65.6歳で、女が72.1%を占めていた。CLSAはフォーマルケアを、有償の労働者またはボランティア団体が、疾病または日常生活活動制限のため在宅生活を続けている人びとに提供する専門的援助と定義している。

その結果、インフォーマルケアの潜在的内生性(endogeneity)を考慮することが非情に重要であることが分かった。中年(45-64歳)、高年(65歳以上)とも、インフォーマルケアの時間とフォーマルケアを受ける確率との間には負の相関があること、及びインフォーマルケアの時間と活動制限レベルの間の相互作用項の係数は負であることを確認した。以上の結果は、インフォーマルケアとフォーマルケアの間には代替関係があること、及びこの代替関係は活動制限が重度な中年・高年者でより強いことを示唆している。本研究は、インフォーマルケアとフォーマルケアとの関係において活動制限が作用修飾因子であることを示した数少ない研究の一つであり、政策決定者がインフォーマルケアとフォーマルケアとの複雑な関係を理解し、適切な政策を実施することを助けるだろう。

二木コメント—活動制限のレベルがインフォーマルな在宅ケアとフォーマルな在宅ケアとの関係に大きな影響を与えることを定量的に示した貴重な研究で、在宅ケア研究者必読と思います。なお、"functional impairment"は直訳すると「機能的障害」となり、「国際生活機能分類(ICF)」の「機能障害」(心身機能または身体構造上の問題)を意味すると誤解されるので、「活動制限」(個人が活動を行うときに生じる難しさ。旧称は能力低下または能力制限)と訳しました(WHO『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版』中央法規,2001,9頁)。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 201)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○菊池馨実（早稲田大学法学部教授。専門は社会保障法）「…『孤独』と『孤立』の違いである。孤立は周囲とのつながりを欠く状態であり、生活困窮者自立支援制度をはじめとした施策により対応が図られるべき社会課題であるといえる。一方、**孤独とは主観的なものであり、個人の内心領域にかかわる。本来的には、国家（公権力）が個人の精神活動に関与することに対しては、思想・良心の自由（憲法 19 条）との関係で、慎重な対応が求められる**といわねばならない。**隣人やコミュニティによるボランタリーな働きかけと、国による政策関与は厳然と区別されなければならないのである**」（『週刊社会保障』2021 年 8 月 9-16 日号、「社会保障制度の課題と将来」158-163 頁。「骨太の方針 2021」中の「孤独・孤立対策」についてのコメント）。**二木コメント**－「孤独」と「孤立」を峻別する菊池氏のスタンスは、「孤独死」という用語を批判し、「在宅ひとり死のススメ」をする上野千鶴子氏と同じと感じました。

○上野千鶴子（社会学者、東京大学名誉教授、認定NPO法人WAN理事長）「『孤独死』なんて怖くない　孤独死した人びとは、生きているうちから孤立した生を送っています。**孤立した生が孤独死を招くので、生きているあいだに孤立していなければ、孤独死を恐れることはありません**」（『在宅おひとり死のススメ』文春新書,2021,79, 81 頁）。

二木コメント－私はお二人のスタンスに共感しますが、上野氏の次の主張は明らかな事実誤認です：「加齢はゆっくり進行しますから、高齢者の死は予測できるゆっくり死」（上掲書 87 頁）、「ひとは徐々に弱っていき、足腰が立たなくなって寝たきりになり、やがて食べられなくなって飢餓状態になり、水も飲めなくなって脱水状態になり、やがて呼吸困難になって下顎呼吸が始まり、最後は文字通り息を引き取ります」（『おひとりさまの最期』朝日新聞出版,2015,38-39 頁）。というのは、このような「老衰の大往生」は高齢者死亡のごく一部にすぎず、多くの高齢者は、他の年齢層と同じく、急性疾患に罹患し、急性期治療を受けた後に死亡しているからです。私はこの事実に基づいて、今後の「後期高齢者急増でも急性期医療ニーズは減らない」と予測しています（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,36 頁）。

○倉科カナ（俳優。テレビ朝日系「刑事 7 人」に出演。こまつ座公演「雨」でヒロインを演じる）「**私一人に世界を変える力なんてないけれど、作品を通してなら、見る方を元気にしたり、考える機会にしてもらえたりできる。それがたくさんつながって、世界は変わるかもしれないと思うんです**」（「しんぶん赤旗日曜版」2021 年 9 月 12 日号、「ひと」）。**二木コメント**－私も同じ期待を持って論文を書き続けているので、共感しました。

○千葉真一（世界的アクションスター。2021 年 8 月 19 日、コロナで死去、82 歳）「**日本で一番たくさん作品を撮った俳優です。それは健康だったからです**」（「読売新聞」2021 年 8 月 21 日朝刊）。**二木コメント**－私も、東京医科歯科大学医学部を 1972 年に卒業して以来 50 年近く、医療経済・政策学関連の論文・著書を一番たくさん書いてきたと自負していますが、「それは健康だったから」と最近感じるようになりました。

○さいとう・たかお（漫画家、84歳。2021年7月に「ゴルゴ13」の単行本201巻が発売され、「最も発行巻数が多い単一漫画シリーズ」としてギネス世界記録に認定された）「**体力が持つ限り描き続けたい。いつも待っていてくれる読者のために、一話一話ひとつずつやっていきたい**」（「朝日新聞」2021年9月6日朝刊、「『ゴルゴ13』発行巻数世界一になったの?」。記録認定時のコメント）。**二木コメント**ー私も、「『文化連情報』と『日本医事新報』の連載、および『二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター』の配信は、編集部と読者からの要望がある限り続けます」と宣言しているので、大いに共感しました（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,あとがき（216頁））。

○杉浦佳子（50歳。2021年8月31日、パラリンピックの自転車競技・女子個人ロードタイムトライアル（C1～3）で優勝し、男女を通じて日本勢最年長金メダリストとなった）「**最年少記録は更新できないけど、最年長記録はまた更新できる**」（「Yahoo!ニュース」2021年9月1日。9月3日の自転車女子ロードレース（運動機能障害）でも優勝し、「[最年長記録を]また更新しちゃいました」と笑顔を見せた）。

<その他>

○平嶋彰英（立教大学特任教授（地方税財政）。総務省自治税局長だった2014年に、ふるさと納税制度を巡って菅官房長官（当時）と対峙し左遷された）「[菅首相はこの1年間に何をし、どんな成果を残したのかとの記者の質問に対して] **何もないと思う**。デジタル庁も効率化だけで理念は感じられない。**強いて言えば国民に首相の選び方が大事だと教えてくれた[こと]**。派閥の都合で首相を決めることがいかにおかしいか分かった。衆院選で各党がシッカリ争点を示し国民が判断できるようにすべきだ」、「[菅義偉首相は]「**官僚に対しても自分の都合のいい話しや自分の欲しいデータだけ持って来いという姿勢で、自分のことを持ち上げてくれる人の言うことしか聞かない**。トップとしての姿勢に問題があった」（「毎日新聞」2021年9月5日朝刊、関谷俊介・金森崇之「首相退陣 『己の都合 優先の果て』 ふるさと納税、異を唱え左遷の元官僚」）。**二木コメント**ー菅首相の自民党総裁選不出馬に対するたくさんのコメントの中で、この平嶋氏のコメントが一番的を射ていると感じました。

○加藤陽子（東京大学教授）「**下駄を履かされた政権**」、長谷部恭男（早稲田大学教授「**突っ込め！内閣**」、杉田敦（法政大学教授）「**見ざる 言わざる 聞かざる**」（「朝日新聞」2021年9月6日朝刊、「総選挙どう向き合うべきか」。3氏が菅義偉政権の約1年間の評価をそれぞれフリップにこう書いた）。

○とみえさん（92歳。老衰で余命2週間だが、延命治療は望まず、介護付き老人ホームで死亡）「**心は元気です**」（「中日新聞」2021年8月11日朝刊、戸上幸子「（くらしの作文）心は元気です」（回診のドクターに「とみえさん、元気かな」と聞かれてこう答えた。「戦争はこりごりや」と平和を愛しており、「百歳まで生きると銀杯がもらえるよ」と無駄口を叩いた娘（戸上氏）を、「**戦争をしたいような首相の銀杯なんて、わしはいらん**」と一喝。

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5回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」43号（2021年9月13日）から転載）

訂正：「ニューズレター」206号で第3回と書きましたが、第4回の誤記です。

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨め a/o 私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○本庶佑『幸福感に関する生物学的随想』祥伝社,2020年。

…2018年のノーベル生理学・医学賞受賞講演を含む6本（2本は英文）の講演・論文を収録。

書名になった論文は、人間が幸福を感じる生物学的仕組みに科学的に迫る。「科学読み物」。

○康永秀生監修、重見大介・岩上将夫著『膨大な医学論文から最適な情報に最短でとり着くテクニック PubMed,Google Scholar,EndNote 活用術』新興医学出版社,2021年7月。

…臨床医向けにPubMedとGoogle Scholarによる英語医学論文の検索テクニックを伝授。

○康永秀生『必ず読めるようになる医学英語論文究極の検索術×読解術』金原出版,2021年4月。

…上掲書より一歩進んだ本。著者のスタンスは「自ら[医学英語]論文を書くために[医学英語]論文を読む」。類書と異なり、「斜め読み」・多読を排し、読むべき論文を厳選し、「精読」することを推奨し、著者が経験的に身に付けたスキルを言語化：各種の「予測読みの極意」は参考になる。ただし、私は英語論文でも、多読・速読と精読の併用が必要・有用と考える。

B. 医療・福祉関連

※私の助言：医療・社会保障政策をフォローするためには『週刊社会保障』と『社会保険旬報』の2誌の個人定期購読が必須。両者は相補的。他の雑誌は図書館等でまとめて読んでも構わないが、両雑誌はそれぞれ週刊、月3回刊なので、身銭を切って、毎号チェックしないと「時代に遅れる」。なお、福祉政策の細かい動きは「週刊福祉新聞」の方が詳しい。

○井伊雅子・五十嵐中・中村良太『新医療経済学 医療の費用と効果を考える』日本評論社,2019。
…医療経済学の教科書ではなく、副題のように、医療の費用対効果評価とその周辺領域（情報、行動経済学、エビデンス等）にテーマを限定。各章は比較的独立しているので、興味のある章から読める。私のお勧めは、第4章「医療経済学と健康行動—行動変容、どうやって起こす？」で、健康行動変容のための政策介入（金銭的インセンティブとナッジ）の文献レビューを丁寧に行い、「ナッジと倫理」についても少し触れる。ただし、「生活習慣病は、その名の通り生活習慣を原因とする病気である」という超ナイーブな記述は困りもの。筆頭著者の井伊氏はかつて国民皆保険制度の解体を示唆していたが、本書では「医療の公共性」を強調し、新古典派経済学の限界も指摘。他面、英国の医療と医療技術評価を礼賛し、それと対比して日本の問題点を指摘するのは一面的。

○後藤励・井深陽子『健康経済学 市場と規制のあいだで』有斐閣,2020年3月。

…通常の「医療経済学」ではなく、「経済学[大半は新古典派、一部行動経済学—二木]の考

え方を用いて健康についての分析」を丁寧に行う。経済学部の学部生・大学院生向けの教科書としてはよくできているが、新古典派経済学の基礎知識のない医療系学生には新古典派のモデル式・図を用いた説明は難しいと思う。「消費者主権の考え方を重視」するのは一つの見識だが、消費者が「保健や予防に関する意思決定では…長期的な意思決定についても問題なく行えるという前提で説明」するのは、浮世離れしているし、第6章で紹介されている行動経済学の多くの知見とも矛盾する。私は、本書が「医療の最も重要な経済学的な特徴」とされている「情報の非対称性と不確実性」のうち、前者のみを論じ、後者はほとんど書いていないことに注目・共感した（私も、『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』（勁草書房,2019）の第7章第3節「フックス教授の『医療経済・政策学』から何を学ぶか？」の【補論1】（233頁）で、「『不確実性』は医療に限定されず、福祉や教育、さらには経済政策を含めた人間社会のほとんどすべての現象に共通しているので、医療サービスの固有の特性としては、不確実性よりも、医師と患者との『情報の非対称性』の方が適切だ」と書いた）。

○齋藤雅俊『自己責任という暴力ーコロナ禍にみる日本という国の怖さ』未来社,2020年。

…ベテランジャーナリストが、2004年にイラクで生じた日本人の若者3人の人質事件をめぐる日本で沸き起こった自己責任論をテーマにして、フランス国立東洋言語文化学院でまとめた修士論文に大幅加筆。ただし、「コロナ禍」は「はしがき」で触れられているだけ！？

○野島那津子『診断の社会学 「論争中の病」を患うということ』慶應義塾大学出版会,2021年2月。

…「痙攣性発声障害」等3つの「論争中の病」を取り上げ、46人の患者へのインタビュー調査などから、当事者が抱える深刻な困難や社会的経験の分析を行っている。医療に対する批判的トーンを前提とする伝統的な医療社会学を批判し、医療に対してよりオープンな態度で当事者の語りを検討。大阪大学大学院人間科学研究科提出博士論文がベース。

○フランス医療保障制度に関する研究会（座長・加藤智章）『フランス医療保障制度調査研究報告書 2020年度版』医療経済研究機構,2021年3月（実際の発行は同年8月）。

…数年おきに改定される報告書の最新版。今回は「COVID-19の感染状況と対策」を特集。

○村上靖彦『ケアとは何か 看護・福祉で大事なこと』中公新書,2021年6月。

…現象学的質的研究者が、ケアを受ける人びとや医療従事者、ソーシャルワーカーへの聞き取りを通じて、より良いケアのあり方を模索。彼らの「語り」をふんだんに紹介しているので、臨場感がある。現象学のため、「アイテム」や「カテゴリー」等の抽出はしていないので読みやすい。ただし、ケアに携わる専門職にとっては大半が既知のことと思う。

○宮城孝、日本地域福祉学会地域福祉と包括的相談・支援システム研究プロジェクト編『地域福祉と包括的支援システム 基本的な視座と先進的取り組み』明石書店,2021年6月。

…日本地域福祉学会の研究プロジェクトと法政大学大学院人間社会研究科地域包括ケアシステム研究プロジェクトの研究成果のまとめ（執筆者16人）。理論編（5論文）と事例編（全国の13市町の先進事例）の2部構成。13市町は、日本地域福祉学会プロジェクトが2018年に全国の市町村に対して行った「地域包括支援体制の整備と地域福祉計画に関するアンケート調査」の結果等に基づいて選択したよう（この調査のサワリは第1章で紹介）。「はじめに」は、「地方自治体において、いかに…社会福祉以外の他の領域と有機的に連携・協働した包括的支援システムを構築していくか」と書いているが、本文は社会福祉・地域福祉と介護

保険事業の枠内の議論・実践にとどまり、本書執筆の地域福祉研究者の「視野の狭さ」を感じた。

○牧嶋誠吾『福祉と住宅をつなぐ 課題先進都市・大牟田市職員の実践』学芸出版社,2021年6月。

…「福祉＝暮らしと住まい」、「住宅は暮らしを包む風呂敷」と考え、高齢最先進都市と言われる大牟田市で30年余、自治体職員として活躍した著者の自伝。最初は建築技術職として住宅政策（バリアフリー住宅施策）に取り組んだが、介護保険開始まっただ中の時期に福祉行政に自ら手を上げ、地域そのものを元気にする街づくりに携わった。「住宅政策、福祉政策の30年史として読む方法」もある（園田真理子氏）。著者は市役所を早期退職後、大牟田市立病院地域医療連携室にも勤務したそうだが、医療との関わりにはほとんど触れていない。

○柴田英治「（巻頭言）『生活習慣病』四半世紀」『社会医学』38（2）：105-107,2021年7月（実際の発行は8月下旬）。

…1996年の旧厚生省・公衆衛生審議会答申は成人病を「生活習慣病」と改めることを提案し、その際、「生活習慣」は個人での対応が可能とした。しかし旧労働省所管の産業保健分野からは、生活習慣病が職業因子を一つの重要な要因とする観点が欠落しているとの批判が根強く存在する。現在でも、「旧厚生省が生活習慣病、旧労働省が作業関連疾患として対策をとろうとした基本的考え方が統合されているとはいえない」といいたい。生活習慣病対策では「職場の危険因子に着目する視点が弱いことで、十分な効果が上がっているとはいえない」。産業保健分野からの批判は私には新鮮だが、生活習慣病という用語の廃棄は提唱していない。

○飯田高「自助・共助・公助の境界と市場」『経済分析』（内閣府経済社会総合研究所）第203号：285-307頁,2021年7月（ウェブ上に公開。『社会保険旬報』8月21日号：52-53頁に要旨）。

…第2節「『自助・共助・公助』の変遷」は丁寧に書かれているが、私の文献を無視。第3節「補完性原理再考」の補完性原理批判は鋭いが、この原理を福祉分野で最初に提唱した池田省三氏の文献を無視。第3節「市場の位置づけ」は、市場が「互助」・「共助」の新しい担い手になりうる、それにより「冗長性の確保」ができると主張するが、著者が自認するように「市場の機能については抽象的な記述にとどまって」いる（私から見るとファンタジー）。著者は、介護保険制度が擬似市場であること、及び2021年度から施行された改正社会福祉法（重層的支援体制整備事業等）が「冗長性の確保」を目指していることを知らないよう。

○奥田知志・原田正樹編『伴走型支援 新しい支援と社会のかたち』有斐閣,2021年8月。

…新しい支援論として注目を集めている「伴走型支援」についての初めての単行本・論文集。第Ⅰ部でその基本的概念とそれが求められてきた社会的背景を示し、第Ⅱ部で実践家が展開しているその現実や課題と必要性を提起し、第Ⅲ部でその有する価値や可能性、今後の支援や社会のあり方について論じる。伴走型支援の提唱者である奥田知志氏執筆の第1章「伴走型支援の理念と価値」と、本書全体の総括・まとめとなっている原田正樹氏執筆の第7章「日本における伴走型支援の展開」は、ソーシャルワーカー等必読。第8章「伴走型支援と当事者研究」は、北海道・浦河ベテルの家の設立に参加し、当事者研究を創始した向谷地生良氏（PSW）執筆で、当事者研究に興味のある者やPSWの参考になる。

○特集「高齢者介護における家族介護の実態」『社会保障研究』6(1):2-89頁,2021年7月。

…6論文＋巻頭言。①高齢者介護における家族介護者の役割、②家族介護者の介護負担の実態を明らかにすると共に、③「介護に取り組む家族を支える環境整備」に向けての日本の課題に

ついて、政府統計や全国的調査を用いてエビデンスに基づいて検討。海外の事例として台湾を取り上げる。家族介護の研究者必読。

○特集「病いを予測すること—テクノロジーと予測医療」『保健医療社会学論集』32(1):1-54頁,2021年7月。

…5 論文+巻頭言。情報技術を含めた広い意味でのテクノロジーを正面に見据え、医療との関わり、特に病を予測することをテーマにした、おそらく医療社会学の専門誌として初めての特集。このテーマについての理屈っぽい議論が好きな人向き。

○特集「10年後、20年後も地域に選ばれるために 医療・介護発今取り組みたい『街づくり』」『日経ヘルスケア』2021年8月号:34-49頁。

…以下の3部構成。①医療法人主導型の街づくりのトップランナーである茨城県常陸大宮市・志村大宮病院グループの活動のドキュメント。②「永続的な患者、利用者増の実現を視野に『街まちづくり』で長期的な課題に向き合う」ための「総論」:医療法人や介護事業者が街づくりに関わる(コミュニティへのメリット&自施設へのメリット)。③事例報告(済生会、医療法人、NPO法人、株式会社):「街作り」活動のポイントが示されている。

○武藤正樹『医療介護の岩盤規制をぶっ飛ばせ!コロナ禍中の規制改革推進会議、2年間の記録』篠原出版,2021年8月。

…全5章。第2~第4章では、1983年以降の「『新自由主義』の経済思想が流れている」(著者)規制改革の40年の歴史を踏まえながら、著者も専門委員を務める現在の規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループの2年間の足跡を追い、オンライン診療・医療DX、科学的介護、スイッチOTC等の検討・実施状況を詳細に紹介。規制改革の「カタログ本」としては便利だが、それらのデメリットにはほとんど触れず。書名は勇ましいが、検討されている改革は小粒で、「新自由主義」とは結びつかない改革も多い。それに対して、第1・5章は厚生労働省の施策・改革の広報的。

○特集「リスクマネジメント—医療事故そして新型コロナ感染」『日本精神科病院協会雑誌』2021年8月号:8-77頁。

…精神病院・医療における事故・リスクを多方面から検討。「精神科病院における医療事故と予防策」等11論文。うち、コロナ関連4論文。PSWはサラリと目を通した方が良い。

○菊池馨実「社会保障制度の課題と将来—コロナ後を見据えて」『週刊社会保障』2021年8月9-16日号,2021(『社会保障読本2021年版』の「結び」論文)

…「骨太の方針」に2つの疑義:①「孤独・孤立対策」について、「孤独」と「孤立」は違い、「孤独とは主観的なものであり、個人の内心領域に拘わる」ので、国家(公権力)が関与することには慎重な対応が求められると批判。②「NPOの位置づけについても違和感」を表明し、「少なくとも国が直接財源を支出してNPOに実施責任を負わせるのは取り得ない」と指摘。これらについては、社会福祉研究者やソーシャルワーク専門職団体も声を上げるべきと思う。

○株本千鶴「文在寅ケアの到達点—韓国国民健康保険の保障性強化政策」『週刊社会保障』2021年9月6日号:48-53頁。

…韓国の福祉・医療研究の第一人者による「文在寅ケア」=現政権の医療保障強化政策の進捗状況と到達点の評価。このテーマの研究の決定版。

○古川雅子「3千万円、1億円の高額な新薬 問われる費用対効果と医師の悩み」

Yahoo!ニュース オリジナル特集 2021年9月6日配信

<https://news.yahoo.co.jp/articles/98cba021158f65573a9d9670e6deb4ee88f18e41>

オブジーボに代表される高額な新薬にどう向かうべきかについて、現場の医師や私を含めた専門家に取材し、その結果を丁寧かつ、「中学2年生でも読めるように」分かりやすく報告。

「今ある仕組みを使って『適正な値付け』と『適正な薬の利用』を進めていけば、薬剤が高額化しても、国民皆保険制度は守っていただけます」との私の指摘を確認していると思う。

◎村上正泰「**薬剤を中心とした保険給付範囲見直し論について**」 「日医総研ワーキングペーパー」111号、2021年9月10日公開。 <https://www.jmari.med.or.jp/download/RR111.pdf>

…総論で「国民皆保険の理念」を示した上で、以下の4つの見直し論を、歴史的経緯、諸外国の事例、及び「財政効果の見込み」という同じ分析枠組みで検討・批判：①OTC類似薬の保険適用除外、②薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスで実施）、③参照価格制度の導入、④高額薬剤・医療技術の保険適用除外。この領域の「**決定的**」論文。私は③が一番勉強になった。④の「国民皆保険とイノベーションの両立」にも賛成だが、そのためには、著者が主張する価格の適正化に加えて、高額医薬品の適正利用の推進も必要と思う（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,第4章第2節「國頭医師のオブジーボ亡国論を複眼的に評価する」）。

○奥田知志「**DaiGo氏の差別発言に関する見解と経緯、そして対応について**」2021年8月16日。

<https://www.houboku.net/>

…DaiGo氏はYouTubeでの差別発言を謝罪し、奥田氏に会いNPO法人抱樸に学ぶことを表明した。それを引き受けるに当たっての声明。情理を兼ね備え、全文を読むことをお薦め。

○池田清彦『**「現代優生学」の脅威**』インターナショナル新書,2021年4月。

…著者は構造主義生物学の旗手・評論家。優生学・優生思想についての最新の入門書・啓蒙書。第1章は序論、第2～4章で優生学の歴史（欧米、ナチス・ドイツ、日本）を、第5～7章で優生思想に繋がる現代の動き（「安楽死政策」待望論、遺伝子決定論、コロナ時代の優生思想）を批判的にスケッチし、「新型コロナウイルスの蔓延を奇貨として、権力が優生学的な政策を導入することに対し、我々は最大限の警戒をしなければならない」と主張。

+米本昌平・他『**優生学と人間社会 生命科学の世紀はどこへ向かうのか**』講談社現代新書,2000。

…イギリス・アメリカ、ドイツ、北欧、フランス、日本における優生学・優生思想の展開を丁寧に跡付けた高水準の概説書。「優生学はナチズム」との（当時の）通説に対して、デンマークとスウェーデンの福祉国家がナチスに先がけて断種法を制定した事実を示す（第3章「北欧－福祉国家と優生学」市野谷孝）。池田氏は本書を何度も引用しているが、このことには触れていない。

C. コロナ関連

○大塚英志『**暮らしのファシズム 戦争は「新しい生活様式」の顔をしてやってきた**』筑摩書房,2021年3月。

…著者の強い課題意識は、1940年に成立したく近衛新体制前後に起きた出来事や用いられることばの中には、どういうわけか2020年のコロナ禍の「自粛下」で求められた「新しい生活」を連想させることが、…少なくない。そもそも「新しい生活」という言い方自体、「新体制生活」を連想させる（あとがき）。この視点から、「戦時」（1931～45年の15年戦争）下で、「新

生活体制」の確立に積極的に協力した文化人の言説を、「オタク研究者」らしく、詳細に掘り起こしている。著者は、隣組について、＜「国民」は「[参加型の]新生活体制」末端に配置された「隣組」と、これと同義の「隣保班」によって統治される仕組みである。「隣組」は、当時の文献では「細胞」とも表現される翼賛会とも政治組織の最小単位で、決して牧歌的な隣近所ではない＞（19頁）、＜隣組の組織化は伝統回帰ではなく、「新生活体制」という生活、日常の更新の中核としてあった」（213頁）と強調。「隣組の日常」については、主として第3章で述べている。

○南裕子「（インタビュー）看護師 160 万人の声、医療現場の声に耳を傾けてくださることを願っています」『からだサイエンス』2021年8月号：2-7頁。

…看護界の重鎮（神戸市看護大学学長・看護未来塾理事長）の本音かつ戦場的インタビュー。冒頭2つの「危機感」を率直に語る：①社会保障制度が崩壊していくのではないかという危機感、②看護職者が、物言わぬ集団になっていることへの危機感。それに続き、コロナ危機への看護職の対応や提言を具体的に述べるが、いずれも説得力がある。例：「7対1という配置基準というのは、先進国では非常に恥ずかしい数字です。特に日本の急性期病棟は、少な過ぎます」（5頁）。NPや「地元創生」看護については触れていない。看護管理者必読。

○中村秀一「厚生労働白書への違和感〔霞が関と現場の間で⑱〕」『社会保険旬報』2021年9月1日号：15頁。

…社会保障には公衆衛生が含まれるにもかかわらず、『令和3年版厚生労働白書』第1部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」は、保健所の取組み、海外からの流入防止、緊急事態宣言・蔓延防止対策、ワクチン関連施策についてはほとんど触れておらず、「公衆衛生が社会保障に含まれるという認識がないよう」、あるいは「厚生労働省は感染防止対策は諦め、『被害拡大』の敗戦処理としての…経済対策に集中するという姿勢の表れなのだろうか」との強い違和感を表明。新型コロナウイルス感染症対策は、第2部第8章第3節まで読み進めるとやっと登場するが、それも保健医療分野の対応の記述であり、「これでは国民の健康と生命を守る省としてのメッセージが伝わらない」と酷評。厚生労働省元高官の批判は重い。

◎相澤孝夫「〔講演録〕新型コロナウイルス感染症の対応と病院への影響」『社会保険旬報』2021年9月1日号：16-28頁。

…講師は日本病院会会長兼松本市・相澤病院最高経営責任者。両方の経験に基づいて、新型コロナウイルス感染症の拡大に病院がどう対応したかを医療現場の実情を踏まえて率直に説明すると共に、新型コロナに関する疑問—日本は一般病床が欧米諸国より多いのに病床が逼迫するのはなぜか—に答えて、データを元に日本の病床の現状と問題点を述べる。厚生労働省の公開資料を用いて独自に作成した、全国&都道府県別の病床の4グループ化に基づく説明は圧巻。質疑での、「病床の稼働率が今70%程度だったとすれば、今回のコロナの経験から、一般病床を感染症が起きた時に転用する備えをしておけば、なんとかなる」と「重症の患者を診るベッドはやはり集約化しなければいけない」一方、「軽症の患者を診る病院も絶対に必要だが、こういう病院は分散化して、ある程度の数を確保しておくべき」との主張は説得力がある。 **病院関係者必読！！**

○荒井耕「新型コロナ流行による病院経営への財務的影響と政府支援策の効果」『週刊社会保障』2021年9月6日号：42-47頁。

…厚労科研究班による 2020 年度上半期を対象にした分析の紹介。有効回答 264 病院（有効回収率 10.7%）をコロナ対応実績有病院と対応無病院に分けて、詳細に分析。データの洪水的だが、空床確保料の経営改善効果が大きい等、情報量が多い。

○香取照幸「厚労官僚は心が折れた」『文藝春秋』2021 年 10 月号：162-169 頁。

…日本のコロナ対策の問題を、厚生労働省側と官邸の危機管理能力の欠如の両面から指摘。

D. 政治・経済・社会関連

○斎藤幸平『人新世の「資本論」』集英社新書,2020 年。

…（本書は昨年読んで、ゼミで紹介する必要はないと判断。しかし、ゼミ生を含め複数の方からこの本について質問され、「朝日新聞」8 月 26 日朝刊に「SDGs に騙されるな。地球も、人も壊される。」との巨大広告が載ったのに驚き、私の評価を書くことにした。）

本書は、今まで忘れられていた（と斎藤氏が主張する）晩期マルクスの思想＝「脱成長コミュニティ」を 150 年ぶりに発掘する（第 4 章）など知的エンターテインメントとしては面白いし、筆力もある。気候変動を世界・地球が直面する最大の課題とする主張には迫力があるし、「脱成長コミュニティ」の 5 番目の柱に「エッセンシャル・ワークの重視」をあげていることにも共感する。しかし、現代の課題を晩期マルクスの「レンズ」で読み解くのは強引・飛躍。著者の視野にあるのはほとんど先進国・高所得国のみで、まだ物質的豊かさを達成していない発展途上国の課題にはほとんど触れていない。対案として、「未来のための自己抑制」や著者も「夢物語と聞こえる」と認める、バルセロナ等の超例外的改革を示しているのは拍子抜けで、「あとがき」は煽り行為に思える。私が一番疑問を感じたのは、「SDGs はまさに現代版『大衆のアヘン』」と全否定するだけでなく、資本主義の害悪を減らすために努力しているスティグリッツやピケティ等の進歩的経済学者、さらには左派のハーヴェイまで、上から目線で批判していること：「スティグリッツは真の『空想主義者』」！？。

○石橋克彦『リニア新幹線と南海トラフ巨大地震 「超広域大震災」にどう備えるか』集英社新書,2021 年 7 月。

…著者は高名な地震学者で、1990 年代に原発の地震脆弱性を確信し「原発震災」という概念を提起して警鐘を鳴らしていたが、それが社会に浸透しないまま 2011 年に「福島原発震災」が現出してしまった。この痛恨の思いに基づいて、リニア中央新幹線は地震に耐えられない「第二の原発」となることを、地震学の膨大な知見に基づき丁寧に示し、リニア中央新幹線の再考を訴える。第 1～5 章はかなり専門的だが、第 6 章の「ポストコロナは『大地動乱』の時代」との指摘は迫力があり、第 7 章「『超広域大震災』にどう備えるか」は、ポストコロナの日本社会のあり方を考える上でも参考になる。

○佐橋亮『米中対立 アメリカの戦略転換と分断される世界』中公新書,2021 年 7 月。

…「私は個人的には中国とアメリカは大嫌いだ、両国は“Too big to ignore”（大きすぎて無視できない）であり、最新動向はきちんと学ぶ・知る必要があると考えている」—この視点から読んだ。高水準の教養書。本書は、1979 年の米中国交正常化から 40 年間の、アメリカ側の対中認識・戦略の変化を詳述：中国が変わることを期待し「関与・支援」を 30 年続けたが、オバマ政権後期から徐々にそれを転換・否定し、「対立・分離」に転換。アメリカの、①中国に追いつかれることはないのかつての慢心、②中国は市場化によって変わるとの期待(幻

想)、③世界覇権維持への執念がよく分かる。他面、中国側の認識・政策の変化にはほとんど触れず。欧州、インド太平洋諸国の動向については触れているが、本文では日本に全く触れず、「おわりに」で「日本の立ち位置」を軽く抽象的に述べるだけ。

○河野太郎『日本を前に進める』PHP新書,2021年9月。

…将来の首相就任を念頭に置いた本。第1・章は自伝。第3～5章(安全保障・外交、防災、エネルギー革命)は、担当大臣時代の実績誇示が鼻につくが、それなりに地に足が着いている。それに対し、第6章「**国民にわかる社会保障**」は**社会保障の歴史も理念も知らない、素人談義的断定のオンパレードで危うい**：予防を進めれば医療費を下げられる、社会保障制度の抜本改革が必要&可能、医療保険制度間の拠出金制度は廃止、積立金方式の公的年金制度等。医療・社会保障分野への市場原理導入はストレートに主張してはいないが、著者は「かなり明白な新自由主義者」であり(中島岳志『AERA』2021年9月13日:19頁)、もし著者が首相になったら、社会保障・医療政策の混乱は必至。