

2022.11.1(火)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 220 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/>。

220 号の目次は以下の通りです (28 頁)

1. 論文：『令和 4 年版厚生労働白書』をどう読むか（「深層を読む・真相を解く(125)」『日本医事新報』2022 年 10 月 1 日号 (5136 号) : 54-55 頁) ……2 頁
2. 論文：地域共生社会の理念と現実、および地域包括ケアとの異同（「二木教授の医療時評(206)」『文化連情報』2022 年 11 月号 (536 号) : 18-26 頁) ……5 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 (通算 200 回 : 2022 年分その 8 : 8 論文) ……14 頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 214) —最近知った名言・警句……20 頁
5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第 18 回) ……22 頁

お知らせ

論文 「『かかりつけ医の制度化』が閣議決定されたとの言説はどこが誤りか？」を『日本医事新報』2022 年 11 月 5 日号に掲載します。本「ニュースレター」221 号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：『令和4年版厚生労働白書』をどう読むか？

（「深層を読む・真相を解く」（125））『日本医事新報』2022年10月1日号（5136号）：54-55頁

厚生労働省は2022年9月16日、『令和4年版厚生労働白書』（以下、『白書』）を公表しました。副題（第1部のタイトル）は「社会保障を支える人材の確保」で、「現役世代が急減していく人口構造を踏まえ、医療・福祉サービスの提供の在り方、人材確保に関する今後の対応の方向性について検討」しています。

本稿では、第1部で注目した記述を紹介し、併せて物足りなさ・疑問を感じたことを指摘します。

「人材」を論じるのは35年ぶり

実は、『厚生（労働）白書』が社会保障の人材について論じたことは、今回を含め2回しかありません。最初に論じのは、「社会保障を担う人々—社会サービスはこう展開する」を副題とした『昭和62〔1987〕年版白書』で、今回は35年ぶりです。『平成3年版白書』も、「広がりゆく福祉の担い手たち」を副題にしていますが、内容は「民間〔福祉〕サービス」の分析・推奨が中心で、「福祉の担い手たち」についてはほとんど言及していませんでした。

しかも、『昭和62年版白書』が「社会保障を担う人々」について、第1編の第1章（48頁）だけで論じていたのに対して、今『白書』は第1部全体（全2章、158頁）で、「人材の確保」について包括的に論じており、この点では画期的と言えます。

第1章はデータブックとして有用

第1章「社会保障を支える人材を取り巻く状況」は、医師、歯科医師、看護師等の職種・職場別に、就労状況と人材確保の取り組み成果の最新数値を紹介しており、データブックとして有用です。

私がかつとも注目したのは、「社会保障を支える人々」に、「医療・福祉分野の就業者数（事務職を含む）」だけでなく、都道府県・市町村の「行政機関の保健福祉担当職員」（2021年現在37万9087人）を加えていることです（68頁）。「社会保障を支える人々」と銘打つのであれば、これに厚生労働省や日本年金機構、診療報酬支払基金の職員等も加えていただきたかったと思います（2021年現在それぞれ、約3.2万人、約1.1万人、約4000人）。

2番目に注目したのはこれらの医療・福祉の就業者数とその全就業者数に対する割合が、2002年の474万人・7.5%から、2021年の891万人・13.3%へと、19年間で417万人・5.8%ポイントも増加していることです（5頁）。このことは、この間、医療・福祉分野が日本経済の成長を「下支え」してきたことの表れと言えます。

「就業者数シミュレーション」はコピペ

しかし、第1章第2節の「小括」（本来は第2節で書いたことのまとめを書く欄）

で、唐突に、「2019年6月に策定した『医療・福祉サービス改革プラン』により単位時間サービス提供量を5%（医師は7%）以上改善し、男女ともに健康寿命を3年以上延ばすことにより、より少ない就業者数で〔医療や介護ニーズの増加に一二木〕対応が可能という推計もある」と超楽観的に書いているのはいただけません（75頁）。76頁の図「2040年に向けた医療福祉分野の就業者数のシミュレーション」も、2年前の『令和2年版白書』141頁で使った図の再掲（コピペ）であり、芸がありません。

この図の元資料（「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）に基づくマンパワーシミュレーション」（2018年5月現在。『白書』の2019年との記載は誤記）には、上記推計が「一定の仮定の下でシミュレーションを行ったもの」、つまり不確実であるという「留意事項」が書かれていますが、引用時にそれを省略すると読者に誤解を与えます。

今後も医療・福祉従事者数の増加は可能

『白書』は、今までの実績・人口構造を踏まえた2040年（2021年から19年後）の医療・福祉分野の就業者数の必要人員が1070万人（総就業者の18～20%）に達することを危惧しています（7頁）。そして、「経済成長と労働参加が進むケース」ではそれが974万人に、96万人減少するとしています。

1070万人という数値は、2021年実績（13.3%）より4.7～6.7%ポイントも高いですが、2002～2021年の19年間の上昇5.8%ポイントと同水準です。

私は、ポーモル（アメリカの経済学者）の有名な「コスト病」仮説に基づけば、医療・福祉分野の財源を確保し、『白書』も強調している従事者の「処遇の改善」を実施すれば、今後も医療・福祉分野の就業者数を増やすことは可能と判断しています。

「コスト病」という名称は否定的印象を与えますが、ポーモルは物的生産部門とサービス生産部門との労働生産性の上昇率格差により、サービス部門の比重が高まり続けることを理論的かつ経験的に説明し、それにより社会が今後も「支払い不能になることはない」と主張しています（Baumol WJ: The Cost Disease. Yale University Press, 2012）。この仮説は、日本を含めたすべての高所得国のこの数十年間の「サービス経済化」により実証されています。

業務効率化と労働環境の改善

第2章「担い手不足の克服に向けて」は、「担い手不足の克服に向けて、医療・福祉サービスの提供の在り方及び人材確保に関する今後の方向性等を論じて」います。

本章の中心は第2節2「医療・福祉現場のサービス提供の効率化と労働環境の改善」で、職種別の厚生労働省の最新の施策を知る上では便利です。

対策の枠組みは以下の3本柱です。(1)組織マネジメント改革、(2)タスク・シフト／シェアの取り組みやロボット・AI・ICTの活用、(3)多様な人材の確保や参入促進。私は(1)と(3)は理解できるし、大賛成ですが、(2)のうち、タスク・シフト／シェアの促進には強い疑問があります。

タスク・シフトへの疑問

『白書』はタスク・シフト／シェアについて、各専門職別に、非専門的業務の補助者へのシフトを詳細に書いています。しかし、今後、就労人口が急速に減少する中で、ある程度の経済成長を維持しつつ、社会の格差・分断を縮小するために求められているのは、就業者の高学歴化・高スキル化・高賃金化であり、低学歴・低スキル・低賃金の補助者の大幅増加を目指す対策は持続可能性に欠けると思います。

また、私はロボット・AI・ICTの活用には賛成ですが、医療技術進歩の歴史を踏まえると、それにより医療の質向上は期待できるが、医療・福祉人材を減らせる保証はないとも判断しています。

なぜなら、資本集約的な一般の産業の技術進歩と異なり、労働集約的な医療・福祉分野の技術進歩では、人材は物的技術進歩により必ずしも置き換えられないからです。そのマクロなエビデンスとしては、この50年間、医薬品や診断・治療機器の進歩にもかかわらず、国民医療費中の人件費割合が約50%でほぼ固定していることがあげられます。これは日本に限らず、高所得国に共通する経験則です。「今度は違う(This time is different)」と言える否か、現段階で判断するのは早計と思います。

成功事例のみの分析の限界

『白書』は、今回もコラムで、海外のものも含めて、医療・福祉分野の様々な先進事例をたくさん(合計27)紹介し、「先進的な事例の調査・横展開を実施」しようとしています(147頁)。それらには興味深いものも少なくありません。

しかし印南一路氏が鋭く指摘したように、「成功事例のみの調査からは成功要因はわからない」のです(「成功例の共通要因サーチの致命的欠陥」『Monthly IHEP』2014年7月号)。このことは、『平成30年版白書』を論評した時にも指摘しましたが、方法論的に重要なので、繰り返します(『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,137頁)。

2. 論文：地域共生社会の理念と現実、および地域包括ケアとの異同（「二

木教授の医療時評(206)」 『文化連情報』 2022 年 11 月号（536 号）：18-26 頁）

はじめに

本稿では、地域共生社会の理念と現実、およびそれと地域包括ケア（システム）との異同について、私が 2014～2022 年の 9 年間に出版した 6 冊の著書で書いたことを紹介しつつ、その後の最新の動きも盛り込んで述べます(1-6)。私が地域共生社会についてもっとも強調したいことは、それが崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との「二重構造」になっていることです。本稿では、まず地域共生社会と地域包括ケアの理念を述べ、次に両者の施策の現実を紹介し、さらに両者の関係について検討します。「おわりに」で、私の考える地域共生社会づくりの現実的方法を述べます。

1 地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念

まず、地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念 について説明します。（システム）と記述する理由は後述します。

共生社会と地域共生社会の理念

「地域共生社会」は「パラダイムシフト（転換）」と称されることがあります。例えば、『平成 28 年版厚生労働白書』は「暮らしと生きがいをもとに創る『地域共生社会』へのパラダイムシフト」と書いています（第 1 部第 4 章第 4 節：201 頁）。

しかし、それは過大評価です。と言うのは、地域共生社会の類似概念である「**共生社会**」は、地域福祉分野では 1970 年代以降使われ、国も 2000 年以前から個別施策で使っていたからです(3:83-84 頁)。

日本の地域福祉研究や「共生社会」研究の出発点は、故岡村重夫先生が 1974 年に出版した『地域福祉論』（光生館）で、これは現在も流通している名著です。ただし、この本では「共生社会」という用語そのものはまだ使われていません。

政府も 2000 年以前から、男女共生社会、農村と都市の共生社会、障害者と非障害者の共生社会等を掲げていました。特筆すべきは、内閣府が 2004 年以降、政策統括官を配置し「共生社会政策」を推進していることです(5：123-124 頁)。

内閣府の「共生社会政策」のサイトの冒頭には次のように書かれています。＜国民一人一人が豊かな人間性を育み生きる力を身に付けていくとともに、国民皆で子供や若者を育成・支援し、年齢や障害の有無等にかかわらず安全に安心して暮らせる「共生社会」を実現することが必要です。／このため、内閣府政策統括官（政策調整担当）においては、社会や国民生活に関わる様々な課題について、目指すべきビジョン、目標、施策の方向性を、政府の基本方針（大綱や計画など）として定め、これを政府一体の取組として強力に推進しています。＞

このサイトの右側には、その「政策」として、「子供・若者育成支援」、「子供の貧困対策」、「高齢社会対策」、「障害者施策」等、8つの領域が示されており、

それぞれについて詳しい解説がされています。「共生社会」でイメージできる領域で、これに含まれないのは、「(狭義の)社会福祉」・「地域福祉」だけとも言えます。いくつかの領域では「白書」も出されています：「子供・若者白書」、「障害者白書」、「高齢社会白書」等です。さらに、「共生社会促進に対する指標体系」もできており、ウェブ上に公開されています。

それに対して、「**地域共生社会**」は2016年6月の安倍晋三内閣の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」で初めて用いられた、新しい用語です。そこでは地域共生社会は以下のように説明されました。「**子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがい**を共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、**福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らす**ことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る」（引用文中のゴシックは二木。以下同じ）。

それ以降6年が経過しましたが、現在でも、地域共生社会の法的定義はもちろん、政府文書による公式の定義も定められていません。この点は、後述する「地域包括ケア（システム）」とまったく異なります。

この閣議決定を受けて厚生労働省は、2016年7月に「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を立ち上げましたが、会議を1回開いただけでその後6年間、開店休業の状態が続いており、HPも更新されていません。この点は、2022年8月26日に改めて確認しました。

なお、「**我が事・丸ごと**」という言わば枕詞は当時の塩崎恭久大臣の発案と言われており、一時は福祉系の研究者・団体の間でこの言葉が大流行しました。しかし、塩崎氏が2017年8月に大臣を退任後ほどなく「厚生労働省内死語」となり、現在ではほとんど使われていません(4:26頁)。例えば、『厚生労働白書』の「地域共生社会」の説明をみると、平成28年版と平成29年版には「我が事・丸ごと」が使われていましたが、平成30年版以降は使われていません。厚生労働省のホームページの「地域共生社会のポータルサイト」(2021年4月1日公開)の「地域共生社会とは」でも、「我が事・丸ごと」は使われていません。その理由を一言で言えば、塩崎大臣が在任中独断専行を繰り返し、人望がなかったからと言われていいます。

「はじめに」で述べたように地域共生社会の理念は一見崇高ですが、医療は含まれていません。2016年時点では住まいも含まれていませんでした(後述するように、2022年からは含まれるようになりました)。

地域包括ケアシステムの法的定義

それに対して、「**地域包括ケア（システム）**」は法的に定義され、構成要素に最初から「医療」も「住まい」も含んでいます。しかし、法律上の対象は現在でも高齢者に限定されています【注1】。

地域包括ケアシステムの法的定義は以下の通りです。「地域の实情に応じて、**高齢者**が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができ

るよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」。つまり、地域包括ケアシステムの法律上の構成要素は5つとされています。この定義は2013年の「社会保障改革プログラム法」に初めて盛り込まれ、2014年の「医療介護総合確保推進法」でもそれが改めて明記されました。

私が地域包括ケアでもっとも強調したいことは、地域包括ケアの実態は、医療保険制度や介護保険制度のように国が制度設計し全国一律に実施する「システム」・制度ではなく、それぞれの地域で自主的に推進される「ネットワーク」であることです。私はこのことを2013年からずっと主張しています(1:98-100頁,2:6-7頁等)。

しかもこれは私の独断ではなく、厚生労働省高官や『厚生労働白書』も認めています。例えば『平成28年〔2016年〕版厚生労働白書』は、「地域包括ケアシステムとは『地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり』に他ならない」と明記しています。

地域包括ケアの性格をもっとも明快に説明した厚生労働省高官は原勝則老健局長（当時）で、2013年の「全国厚生労働関係部局長会議」での次のように述べました。

「『地域包括ケアはこうすればよい』というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」（1:104頁）。

以上を踏まえて、以下、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」と呼称します。

「権利としての地域共生社会」

地域共生社会と地域包括ケアに対しては、国の公的責任を放棄し、自己責任・自助のみを強調しているとの厳しい批判もあります。私はこの批判にも一理あると思いますが、両者は決して自助一辺倒ではなく、伝統的な意味での「共助」や「互助」を強化し、地域社会の再建・再興を目指していることも見落とすべきではないと思います。原田正樹氏（日本福祉大学教授。日本地域福祉学会会長）は、この点を踏まえて、「権利としての地域共生社会」を提唱しており、私も同感です(7)。

2 地域共生社会施策と地域包括ケア（システム）施策の現実

次に、地域共生社会施策と地域包括ケア施策の現実について述べます。

厚生労働省内の縦割り行政

その前に注意を喚起したいことは、両施策については、厚生労働省内の縦割り行政があることです。具体的には、地域共生社会施策は社会・援護局所管ですが、それは狭義の社会福祉施策（特に生活保護制度と生活困窮者自立支援制度）に限定されており、医療は含まれていません。それに対し、老健局は介護保険制度の枠内で、高齢者に限定した「地域包括ケア（システム）」づくりを推進しています。毎年の『厚生労働白書』でも、「地域共生社会」

と「地域包括ケア（システム）」は分離・縦割りで記述されています。

具体的施策としては、予算規模・実績の両面で、老健局が推進する地域包括ケア（システム）が圧倒しています。

地域共生社会施策はごく狭い

社会・援護局の地域共生社会施策がごく狭いことは、山本麻里社会・援護局長（当時）の「（講演録）コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」からも分かります(8)。この講演は、本年4月に地方議員を対象にして開かれた第26回地方から考える「社会保障フォーラム」セミナーで行われたものですが、講演タイトルが「地域共生社会」でありながら、内容は生活困窮者自立支援制度と生活保護に限定されています。

縦割りは自治体でも基本的には同じですが、少数ながら、地域共生社会施策と地域包括ケア施策を統合して実施している市区町村もあります。

これは意外に知られていないことですが、専門職団体でも地域共生社会と地域包括ケアに対する位置づけ・取り組みには大きな違いがあります。具体的には、ほとんどの医療系団体は地域包括ケアに注力しているのに対して、福祉系団体は地域共生社会を重視しています。例えば日本社会福祉士会は、2018年度臨時総会の「基本指針」で、「地域共生社会の実現に資する体制構築の推進」を掲げましたが、地域包括ケア（システム）の推進・構築にはまったく言及していません(5:126頁)。

地域共生社会施策で特に重要なのは、**2020年改正社会福祉法**で福祉分野の地域共生社会づくりの具体化が進んでいることです。具体的には、福祉分野の地域共生社会づくりを促進するために、**市区町村が任意で行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」**が盛り込まれました。私は、この法改正についてはもう1つ、参議院「附帯決議」で、重層的支援体制整備「事業を実施するに当たっては、社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」と記載されたことに注目しています。意外なことに、地域共生社会の公式文書に、社会福祉士と精神保健福祉士の両国家資格が明記されたのはこれが初めてです(6:153頁)。

地域共生社会施策では、最近（2022年）、「**住まい**」が重視されるようになってきました。先ほど述べた山本麻里会・援護局長は講演で、自立支援制度の改革課題として、「ホームレスに限らない『住まいの不安定』問題に対応」していくことを強調し、質疑応答時にも、「居住支援は大変重要で、社会保障政策としてもこれから最も取り組みを進めるべき部分」と述べました。

さらに本年6月に閣議決定された「骨太方針2022」にも、「**医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくり**に取り組む」ことが初めて明記されました(9)。日本の広義の社会保障では、歴史的に住宅政策が極端に弱かったことを考えると、これは一歩前進と言えます。

地域包括ケアの概念・範囲は拡大

地域包括ケアの概念・範囲も拡大・進化し続けています(2:22-34頁)。地域包括ケアシステム」が政府関係文書で最初に提案されたのは2003年に発表された高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」なのですが、それは介護保険制度の改革とされ、医療も診療所

医療に限定され、病院は除外されていました。今では信じがたいことですが、当時は診療所医療の対象は状態が安定した要介護者に限定され、看取りの医療は含まれませんでした。

しかし、2012年頃から厚生労働省の有力高官が地域包括ケア(システム)での**病院・医療法人の役割**を強調する発言を相次いで行いました。さらに、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」は医療と介護の一体改革や、「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」・「地域完結型医療」へのパラダイム転換を提唱しました。これは、医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージでもあり、事実、この報告書を契機にして、医師会・病院団体の地域包括ケアシステムへの取り組みが急速に強まりました(以上2:29-30頁)。これ以降、地域包括ケアに病院も含むことが関係者の共通の理解になっています。病院の範囲は公式には示されていませんが、概ね200床未満の地域密着型の中小病院が想定されています(4:13頁)。

2015年頃から、厚生労働省は地域包括ケアで「**地域づくり**」を強調するようになっていきます(4:35頁)。それに先だって、地方の有力病院グループ・複合体は、2000年前後から、先駆的に独自に「地域づくり」、「地域振興・地域経済の活性化の取り組み」を行っています(10)。

地域包括ケアの範囲の拡大でもう1つ注目すべきことは、「**精神障害にも対応した地域包括ケアシステム**」(通称:「**にも包括**」)の構築が模索されていることです。これは2017年の「これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会」報告書で初めて提案され、それが「骨太方針2019」にも盛り込まれました(5:154頁)。2021年3月に発表された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書は、構築のための詳細な青写真を示しました。これらを受けて、都道府県・自治体による精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の取り組みを支援する「予算事業」が始まっています(厚生労働省ホームページの「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」2022年9月5日閲覧)。

私は、精神障害にも対応した地域包括ケアを本気で進める場合には、「精神科病院に長期入院している者(長期在院者)」を減らす方策(地域移行)が不可欠と思いますが、なぜか、上記検討会報告書も、厚生労働省の説明も、そのことにほとんど触れていません。

一般の地域包括ケア(システム)が地域でのネットワーク形成を重視しているのに対して、「にも包括」は自治体(市町村)主体のものでモデル事業として行われています。また、この事業(社会・援護局障害保健福祉部所管)は、老健局が推進している「地域包括ケア(システム)」とはまったく別個に行われています。例えば、『令和3年版厚生労働白書』でも、『令和4年版厚生労働白書』でも、「にも包括」は「精神保健医療福祉」の項で、一般の地域包括ケアシステムは「介護保険制度」の項で別個に説明されており、ここにも厚生労働省の縦割り行政が現れていると言えます。

2020年に突発したコロナ・パンデミックにより、地域包括ケアはごく一部の地域を除いて停止しました。私は、『2020年代初頭の医療・社会保障』の第1章第1節で、**コロナ危機後「地域包括ケアを再起動するための3条件**」として、以下の3つをあげました(6:18-21頁)。**①**地域包括ケアの参加組織とサービス提供対象を拡大する。**②**地域包括ケアでもICT・デジタル技術を積極的に活用する。**③**地域包括ケアにおける、マネジメントコストは誰が負担するか?について検討する。

ごく最近では、本年8月25日・9月12日の社会保障審議会介護保険部会で、「地域包括

ケアシステムの更なる深化・推進」について多面的に検討され、8月25日の資料2の「検討の視点」②では、以下のように書かれました。「医療・介護・住まい・生活支援・社会参加の支援が必要な者は高齢者に限られず、経済的困窮者、単身・独居者、障害者、ひとり親家庭や、これらの要素が複合したケースも含め、**究極的には、全ての人が地域、暮らし、生きがいと共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現が、「地域包括ケアシステム」の目指す方向**であるとも言える」。

しかし、残念ながらこれはあくまで「究極的」「方向」とされ、「当面は」現行介護保険法を前提として、高齢者に対象を限定した「介護サービス等の基盤整備」と「高齢者等を支える相談支援や予防・健康づくりに係る地域づくり」が検討されています。

3 地域共生社会と地域包括ケアの関係ー地域共生社会が「上位概念」の意味

3番目の柱として、地域共生社会と地域包括ケアとの関連について述べます【注2】。一言で言えば、法・行政的には両者の関係はアイマイで、それを明示した公的文書はありません。

2017年の介護保険法等改正案の国会審議でもこの点が議論されましたが、塩崎大臣は、地域共生社会は「地域包括ケアシステムのいわば上位概念」と抽象的に答えただけでした（2017年4月5日衆議院厚生労働委員会）。この論法では、地域包括ケアシステムは地域共生社会の「下位概念」ということになります(4:26頁)。しかし、これは、これは地域共生社会の「理念」についてのみ言えることです。福祉関係者の一部は「地域包括ケアから地域共生社会へ」をスローガンにしていますが、これは不正確・誤解を招くと思います。

と言うのは、「地域共生社会」はアイマイ用語(woolly word)の典型であり、それがどの意味で使われているかに注意する必要があるからです。ちなみに、woollyはwool(羊毛)のようにふわふわしたという本来の意味から転じて、「曖昧な」「ぼんやりした」という否定的意味で用いられます。

私は、2019年7月に発表された「地域共生社会推進検討会中間とりまとめ」が地域共生社会の理念にまったく触れず、最初から最後まで「福祉政策の新しいアプローチに基づく制度を検討」することに終始しているのを読んで、地域共生社会は崇高な理念と社会福祉施策との「二重構造」であることに気づき、「中間取りまとめ」を検討した論文(2019年10月発表)の最後で、以下のように述べました：「医療・福祉の団体・個人が今後『地域共生社会』について論じる時には、それが理念としての地域共生社会を意味するのか、社会福祉・地域福祉施策としての地域共生社会なのかを明示する必要があると思います。私自身は、地域共生社会は『上位概念』＝理念としてのみ位置づけ、地域包括ケアを含め、その『下位概念』としての個別の施策・改革にはそれぞれの固有の名称を用い、地域共生社会という多義的な用語は使わない方が安全だと感じています」(5:125頁)。

その後、2019年12月に発表された「地域共生社会推進検討会最終とりまとめ」も、地域共生社会の理念と個別施策とを区別し、「この言葉を用いた政策論議においては、いかなる分野での問題提起をしているのかを明確にしつつ議論を進める必要がある」と強調しました(5:128-129頁)。

おわりにー地域共生社会づくりの現実的方法

以上、地域共生社会の理念と現実、およびそれと地域包括ケア（システム）との異同について述べてきました。

最後に、私の考える、地域共生社会づくりの現実的方法について述べます。私は、各地域で、**医療を含んだ地域共生社会づくり＝全年齢・全対象型地域包括ケアを進める**のが現実的と考えます。これは、法改正を伴わなくても、各自治体や各地域の裁量で実施可能です。地域包括ケアの理念・概念整理と政策形成の「進化」を長年主導してきた「地域包括ケア研究会」（座長：田中滋慶應義塾大学院名誉教授）も、2012年度報告書で、「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである」と主張し、2015年度と2016年度の報告書でも、そのことを繰り返し確認しています(3:27-28頁,4:41頁)【注3】。

そして、その際のキーワードは「多職種連携」と「専門職に限定しない」です。多職種連携は、従来医療界で一般的に使われてきた「チーム医療」と次の3つ点での違いがあると私は理解しています(5:100-102頁)。第1は、多職種連携の範囲は医療の枠を超えることです。第2に、それに伴い多職種連携のリーダーが医師とは限らないことです。第3に、チーム医療の参加者がほとんど医療専門職に限定されているのに対して、多職種連携には医療・福祉の専門職以外に、地方自治体の職員、地域住民、地域の企業・団体等も含むことです。

私はこのような医療を含んだ地域共生社会づくり＝全年齢・全対象型地域包括ケアを進める上で、医療職が特に力を発揮できるのは「健康の社会的要因」への取り組みだと考えています。

【注1】 塩崎大臣は2016年に地域包括ケアを「すべての住民のための仕組みに深化」させると約束したが… (4:46-47頁)

塩崎厚生労働大臣(当時)は、2016年5月11日の経済財政諮問会議に提出した資料「経済・財政再生計画に沿った社会保障改革の推進②」の「地域包括ケアの深化に向けた新たな施策展開」の「基本的な考え方」で、以下のように述べました。「今後はさらに、地域の生活支援サービスの育成・支援を図る仕組みを整備しつつ、医療、介護等の公的サービスとの適切な組み合わせにより、**高齢者のみならず、地域で支援を必要とする方々の暮らしを支えられるよう、地域包括ケアを深化させていく**」。私は、このような「地域包括ケアの深化」は、厚生労働省プロジェクトチームが2015年9月に発表した「新福祉ビジョン」や「地域包括ケア研究会2015年度報告書」で示された、地域包括ケアシステムの対象拡大と同一の改革提案と評価しました(3:31頁)。

塩崎大臣は、2016年10月に刊行された『平成28年版厚生労働白書』冒頭の「刊行にあたって」でも、地域包括ケアを「高齢者施策の問題にとどめることなく、すべての住民のための仕組みに深化させたい」と述べました。

しかし、残念ながら、塩崎大臣退任と共に、この「地域包括ケアの深化」も「厚生労働省内死語」となったようです。

【注2】 地域共生社会と地域包括ケア（システム）の関係についての諸説明

地域共生社会と地域包括ケア（システム）との関係についての3説を紹介します。

「**地域包括ケア研究会**」2017年3月に発表した平成28年度報告書「(副題)2040年に向けた挑戦」は、以下のように述べました：○地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」とは、今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。／○高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、したがって、地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえるだろう(6頁)。

本文で紹介した「**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会**」報告書(2021年3月)も、以下のように述べました：「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人や社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」である(4頁)。

両報告書の整理・説明は、地域共生社会の理念に注目していますが、個別施策としての地域共生社会には触れていません。それに対して、**鈴木俊彦前厚生労働省事務次官**は、「2040年スキーム」を考える3つの視点の第2に「地域共生社会の構築」をあげ、**地域共生社会の基礎・柱として、「地域包括ケア」、「障害者自立支援」、「生活困窮者自立支援」の3つ**をあげ、それらが「全世代・全対象型地域包括支援」を通して地域共生社会に繋がると説明しました(11)。この説明は、**【注1】**で紹介した塩崎大臣(当時)が地域共生社会を「地域包括ケアシステムのいわば上位概念」と説明したことの具体化とも言えます(6:239頁)。ただし、このような明快な説明は厚生労働省の公式文書(『厚生労働白書』等)にはありません。

【注3】田中滋氏等の地域包括ケアシステムの新しい定義

田中滋氏は本年6月出版の『地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり』の巻頭論文で、地域包括ケア研究会の各年版報告書の深化のプロセスを紹介しながら、「政策論としての地域包括ケアシステム」を包括的に論じており、地域包括ケア(システム)研究の「必読文献」と言えます(12)。

田中氏は、その「おわりに」で「地域包括ケアシステムの役割は高齢者ケアに限定されるものではないことを明確にするために」、2020年に作成した以下の地域包括ケアシステムの新しい定義を示しています。「日常生活圏域を単位として、何らかの支援を必要としている人びとを含め、誰もが、望むなら、住み慣れた地域の住みかにおいて、自らも主体的な地域生活の参加者として、尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けられるための仕組み」。私には、この定義は、地域共生社会の理念とほとんど一致すると思えます。

文献

- (1)二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014。
- (2)二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015。
- (3)二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017。
- (4)二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019。

- (5) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房,2020。
- (6) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022。
- (7) 宮城孝・菱沼幹男・大橋謙策編集『コミュニティソーシャルワークの新たな展開－理論と先進事例』中央法規,2019,59頁（原田正樹「地域福祉の政策化とコミュニティソーシャルワーク」）。
- (8) 山本麻里「（講演録）コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」『社会保険旬報』2022年7月1日号（2860号）：18-25頁。
- (9) 二木立「岸田内閣の『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2022年8月号（533号）：32-38頁。
- (10) 二木立『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,165-177頁（「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」）。
- (11) 鈴木俊彦「（講演録）社会保障を取り巻く状況と展望～新型コロナを通して考えたこと～」（『社会保険旬報』2021年8月1日号（2827号）：6-13頁）。
- (12) 田中滋監修、田城孝雄・内田要編『地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり ソーシャルインクルージョンとSDGs』東京大学出版会,2022,第1章「政策論としての地域包括ケアシステム 深化の歴史をたどり、将来を展望する」（3-21頁）。

[本稿は、2022年8月27日に名古屋大学医学部で行った第63回日本社会医学会総会・基調講演「地域共生社会の理念と現実、および社会医学への期待」の前半（地域共生社会は崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策の「二重構造」）に加筆したものです。講演全文は『社会医学研究』40巻1号（2023年1月刊行予定）に掲載します。]

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199回)(2022年分その8:8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。

<プライマリケア関連(5論文)>

○[アメリカ・ミシガン州の]民間保険の「包括的プライマリケア・プラス[モデル]は[医療の]質改善も、費用削減ももたらさなかった

Markovitz AA, et al: Comprehensive Primary Care Plus did not improve quality or lower spending for the privately insured. Health Affairs 41 (9):1255-1262,2022 [量的研究]

「包括的プライマリケア・プラス(以下、CPC+)は、メディケア・メディケイド・イノベーション・センターが2012年に開始した、複数の保険者が参加する支払い改革モデルで、事業に参加するプライマリケア提供者に経済的インセンティブ(ケアマネジメント費用の支払い+一定の条件でのボーナス支払い)を与えることにより、医療費を削減し、質パフォーマンスを改善することを目指している。CPC+はメディケアではすでに評価が行われ、提供者への追加支払いを相殺するほどの費用削減は生じないし、医療の質の大きな改善もないことが確認されている(Peikes et al:2018)。しかし、CPC+の民間部門における影響はほとんど知られていない。

そこでミシガン州の2つの大規模民間保険の2013-2020年の医療費請求・加入者データを用いて、差の差法分析を行ったところ、CPC+は総費用の変化(加入者1人1年当たり-44.7)とも、総合的質パフォーマンス(6つの質尺度の合成)の変化(-0.1%ポイント)とも有意の関連がなかった。これらの変化は、各コホート、2つの支払い方法(tracks)、プライマリケア・イノベーション・モデルへの参加の有無によっても、大きくは変わらなかった。以上から、ミシガン州の民間保険ではCPC+は、プライマリケア提供者にインセンティブ支払いをする前にさえ、費用削減も質改善ももたらさなかったと結論づけられる。今回の分析は、CPC+は、医療の質を改善せずに、保険者の負担を短期的に増やすという既存のエビデンスを補強することになった。

二木コメント—他国での検証と同じように、アメリカでもメディケアについては、プライマリケアの拡充(オリジナルのCPC)が医療費抑制も、医療の質向上ももたらさないことは確認されていましたが、それが民間医療保険でも確認された意味は重いと思います。本論文が引用しているPeikes等論文の抄訳は、本「ニューズレター」173号(2018年12月)に掲載し、それを「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去20年間の実証研究」(『文化連情報』2022年10月号:24-31号。本「ニューズレター」219号)でも再掲したので、お読みください。

○プライマリケアのスキル・ミックスとアウトカム: イングランドの一般診療所の2015-2019年の縦断的分析

Francetic I, et al: Skill-mix change and outcomes in primary care: Longitudinal analysis of general

practices in England 2015-2019. *Social Science & Medicine* 308 (2022) 115224, 9 pages [量的研究]

プライマリケアにおいて新しい臨床的役割を持った職員の雇用を増やすことが、一般医（以下、GP）・看護師不足の解決策として提案されている。しかし、これが診療アウトカムに与える影響のエビデンスは限られている。イングランドの一般診療所のスキルミックスの変化によりアウトカムがどのように変化したかを調査した。イングランドの 6296 一般診療所の 2015-2019 年の毎年の職員データを入手し、専門職を以下のように 4 分類した：GP、看護職（正看護師と准看護師 (practice nurse)）、医師・看護職以外の医療専門職 (health professionals. 薬剤師、理学療法士、準医師等)、医療行為補助職 (healthcare associate professionals. 社会的処方に関わるリンクワーカーも含む)。アクセスの良さ、臨床の有効性、利用者のエクスペリエンスおよび医療費の 4 側面をカバーする 10 の医療の質指標をリンクした。診療所と人口の要素を調整した上で、固定効果モデルと段差 (first-difference) モデルの 2 つの回帰分析により、職員構成とアウトカムの変化の関連を調査した。

その結果、職員は 4 分類すべてで経年的に増加しており、増加が一番多かったのは医療行為補助職だった（1 診療所当たり常勤換算は 2015 年の 0.04 人から 2019 年の 0.28 人へ増加）。増加が一番少なかったのは看護職で 4 年間で 3.5% の増加にとどまった。GP 数と看護職数の増加は、診療活動とアウトカムの変化と正の関連があった。医師・看護職以外の医療専門職と医療行為補助職の導入は患者満足度と負の関連があった：医師・看護職以外の医療専門職の常勤換算 1 人の増加は、全体的患者満足度、診療予約をする際の満足度と、それぞれ負の関連があった。ただし、薬剤師の増加は医薬品処方アウトカムを改善した。全職種とも、職員数の増加は少額の医療費増加と関連していた。異なる職種間の直接的な相補性と代替性のエビデンスはほとんどなかった。以上から、GP を支援するための新職種の導入は医療の質や患者満足度に対する直接的効果はないと結論づけられる。診療組織を変更するのに複雑な調整が必要であること、及び新職種が患者にとって新奇であることから問題が発生しうる。以上の知見は、プライマリケアで異なった専門職の雇用を奨励する政策を実施する際には注意が必要であることを示唆している。

二木コメント—大規模かつ縦断的なリアル・ワールド・データの精緻な研究です。プライマリケアにおける医師と看護職以外の職種の雇用増加は患者満足度を下げる一方、費用増加をもたらすことが示されたことは重いと思います。

○ [イギリス NHS における] 1 地域のプライマリケアへのインセンティブ事業：差の差法研究

Morasae EK, et al: Evaluating the effectiveness of a local primary care incentive scheme: A difference-in-difference study. *Medical Care Research and Review* 79 (3):394-403,2022 [量的研究]

イギリス(連合王国)の NHS 全体で 2004 年以降実施されている、プライマリケアの質改善を目指した経済的インセンティブ事業（「質と効率の枠組み」。いわゆる P4P）は効果を示せていないと批判を浴びており、地域レベルでの代替案が求められている。本研究は、イングランド西北地方の 1 市で、96 の一般診療所 (GP practices) を対象にして、2011 年から実施されている経済的インセンティブを用いたプライマリケアの質改善事業が全疾患の緊

急入院の減少と関連しているか否かを調査した。

差の差法を用いて、同市と適切にマッチした比較対照人口との緊急入院率の変化を比較したところ、人口 1000 人当たり緊急入院率は、2011-2016 年の 6 年間で 19%減少していた（信頼区間：17-21）。この効果は、社会的に恵まれない人口で特に大きく、その結果、緊急入院における社会経済的不平等が縮小していた。本事業による 6 年間の入院費用の削減額は約 3900 万ポンドと推計され、6 年間の事業費用 3000 万ポンド（1 年当たり 500 万ポンド）を 900 万ポンド上回った。この知見は、同様な方法は他の地域でも非計画的緊急入院を減らす有効な戦略の一部になりうることを示唆している。

二木コメント—イギリスの 1 地域の GP 診療所を対象にした P 4 P（質に応じた支払い）事業により、介入費用（経済的インセンティブの費用）を上回る入院医療費の削減が生じたことを示したほとんど初めての報告のようです。ただし、参加した GP 診療所は 96 とごく少数であり、この結果がどの程度普遍化できるかは不明です。医療費総額が示されていないので、医療費削減率も不明です。私は、本論文が序文で、既存の P 4 P 事業がプライマリケアと対象人口の医療の質指標の改善をもたらしていないと示唆する論文を 21 もあげ、同事業の質、費用、効率及び公平を調査した論文・体系的文献レビュー²⁷ の結果もまちまちであったことを示し、その上で効果があったことを示唆している論文が少数であると正直に書いていることに、「知的誠実さ (intellectual honesty) を感じました。

○ [アメリカにおける] プライマリケア医の [診療] 継続、[がん患者の] 生存、及び終末期医療の密度

Hung P, et al: Primary care physician continuity, survival, and end-of-life care intensity. *Health Services Research* 57(4):853-862,2022 [量的研究]

本研究の目的はプライマリケア医（以下、PCP）の診療継続とがん特異的生存率・終末期医療の密度との関連を検討することである。「調査・疫学・最終結果 (SEER) メディケア・データベース」と 2001-2015 年のメディケア医療費請求データをリンクした。混合効果型コックス比例ハザードモデルと階層的な一般化ロジスティックモデルを用いて、PCP の診療継続とがん特異的生存率、終末期医療の密度との関連を調査した。PCP の診療継続は、患者が、がんの診断前にもっとも頻繁に受診していた PCP をがんの診断後 6 か月以内に最低 1 回受診したと定義した。PCP は、総合診療、家庭診療、内科、産婦人科または老年科の専門医とした。終末期医療の密度は、死亡前 14 日以内の化学療法実施、死亡前 30 日以内の ICU 入院等の 5 つの指標で測定した。66.5-94 歳のメディケア患者で 2001-2012 年にステージ 4 または 5 で予後不良のがんと診断された患者を同定し、彼らを 2015 年まで追跡した。診断後 6 か月以内の死亡患者は除外した。

主要コホートには 85,467 人の患者が含まれ、生存期間の中央値は 22 か月で、71.7%が PCP の診療を継続していた。PCP 診療継続患者は、非継続患者に比べて、より高齢で、既婚、非黒人、非ヒスパニックが多く、併発疾患が少なかった（いずれも $p < 0.001$ ）。PCP 診療継続患者は、非継続患者に比べて、がん特異的死亡率が統計的に有意に低かった（調整済みハザード比：0.93、95%信頼区間：0.01~0.05; $p=0.001$ ）。2000-2003 年のコホート（ほぼ全員が 2015 年までに死亡）では、終末期医療の全体的密度と PCP の診療継続との間に関連がなかった（調整済み限界効果：0.005;95%信頼区間：-0.0016~0.026; $p=0.264$ ）。以上から、メディケア

の予後不良のがん患者では、PCP の診療継続は、集中的な終末期医療を増やさずに、多少 (modestly.本文では slightly) 改善された生存率と関連すると結論づけられる。

二木コメント—本研究は予後不良ながん患者の大規模コホートを用いて、プライマリケア医による診療継続と生存率・終末期医療の密度との関連を調査した初めての調査だそうです。ただし、プライマリケア医の診療継続を、がん診断後 6 か月以内に最低 1 回受診と定義しているのは緩すぎると思います。執筆者も、考察で、この定義では診療継続の効果が過小評価された可能性があると書いていますが、なぜこの定義にしたかの理由は書いていません。

○ [オーストラリアにおける] 政策転換期の [プライマリケア] 一般医への継続的受診と糖尿病関連の入院

Youens D, et al: Regularity of contact with general practitioners and diabetes-related hospitalisation through a period of policy change: A retrospective cohort study. Health Service Management Research 35 (3):134-145,2022 [量的研究]

本研究は、一般医(GP) に対するケアコーディネーション・インセンティブ事業導入前後の、GP 受診の継続性 (以下、継続性) の変化とそれが糖尿病関連の入院に与えた影響を評価する。西オーストラリア州在住の全成人住民の 1991-2004 年のプライマリケア受診、入院、及び死亡の記録をリンクし、インセンティブ事業実施前後の 3 期で比較した。継続性の変化は GP 受診日数の変動から計算し、順序ロジスティック回帰を用いて、継続性が入院率と費用に与える影響を評価した。

調査時期は、インセンティブ事業実施前 (1991/2-1993/4, 1994/5-1998/9) と実施後 (1999/0-2002/3) の 3 期に分けた。糖尿病関連の入院リスクがある患者 153,455 人では、第 2 期に GP 受診の継続性はわずかに低下したが、第 2 期と第 3 期では変化がなかった。機関全体では、継続性をもっとも高い上位 10% の患者は、継続性が最も低い下位 10% の患者に比べて、入院が 5.5% 少なく (95% 信頼区間: -0.9%~ -9.9%)、1 人当たり医療費も 115 オーストラリアドル少なかった (同上: 63 ドル~167 ドル)。この関係は 3 期で同様だった。

二木コメント—要旨・本文ともなんとなく読みにくい論文ですが、インセンティブ事業の事業費は、2007/08 会計年度で 2 億 380 万オーストラリアドルにも上るにもかかわらず、GP 受診の継続性や入院率に影響を与えていないようです。

<その他 (3 論文) >

○混合研究法の医療サービス・マネジメント研究への応用：体系的文献レビュー

Lee S-Y D, et al: Application of mixed methods in health services management Research: A systematic review. Medical Care Research and Review 79 (3):331-344,2022 [文献レビュー]

量的研究法と質的研究法を融合する混合研究法 (MMR) は用途が広く (versatile)、実用的で、研究プロセスにおける制約や好機に対応できる。MMR は医療サービス・マネジメント研究で人気が出ているが、それがどのように用いられているか、及び研究の質についてはほとんど知られていない。アメリカまたは国際的な医療サービス・マネジメント雑誌 (それぞれ 11,4) に 2000~2018 年に発表された 198 の MMR 論文を選んで体系的文献レビューを行

い、MMR の応用の広がり と科学的頑健性を調査した。その結果、MMR の利用は限定的ではあるが増加していること、及び MMR のデザインと研究目的の間に高度の一致 (correspondence)があることが分かった。しかし、大半の論文は MMR デザインを用いる正当性を明確に書いておらず、相当数の論文で方法の詳細と研究統合の記述は不適切だった。そこで、MMR 論文の準備とレビューを助けるためのチェックリスト (3 側面 13 項目) を提案する。併せて、MMR の透明性、頑健性、及び質を改善するための含意と勧告についても述べる。

二木コメント—医療サービス・マネジメント研究に混合研究法を用いた論文の研究の質についての初めての文献レビューのようです。本論文で提案されている「MMR 論文の準備とレビューのためのチェックリスト」(本文 340 頁)は簡潔で、医療サービス・マネジメント分野に限らず、混合研究法を用いて論文を書こうとしている方には便利と思います。私は「質的データの収集プロセスを記述する」が特に重要と思います。

○州政府による有給休暇の義務化はアメリカの 2011-2019 年の救急外来受診の減少と関連していた

Ma Y, et al: State mandatory paid sick leave associated with a decline in emergency department use in the US, 2011-19. *Health Affairs* 41 (8):1169-1175,2022 [量的研究]

有給休暇は労働者に、職務を保障されて、自分自身または家族の短期の疾病に対処したり、予防医療を受けられる時間を与える。州レベルの有給休暇義務化が救急外来受診に与える影響を、医療研究・品質調査機構 (AHRQ) の「医療費・医療利用プロジェクト」の 2011-2019 年の全医療保険の縦断的データを用い、差の作法により研究した。その結果、州レベルでの有給休暇の義務化は、導入前に比べて、救急外来受診総数の 5.6%減少と関連していることが分かった。これは人口 1000 人当たり年間 23 日の救急外来受診減少に相当する。この減少はメディケイド受給者に集中していた (9.9%減。民間保険では 3.5%減、メディケアでは 2.0%減)。特に大きな減少は、歯科、成人の精神疾患、薬物嗜癖、および小児喘息と関連する救急外来受診で生じていた。有給休暇の義務化は、救急外来の過剰利用と費用を減らす効果的な政策手法 (lever)になる可能性がある。

二木コメント—本論文の冒頭にも書かれているように、アメリカは高所得 t 民主主義国のなかで、全国 (連邦) レベルで有給休暇の義務化をしていない唯一の国で、全労働者の 23% には有給休暇がないそうです。しかし、州レベルでは 2012 年以降、16 州とワシントン DC が義務化を導入しています。本研究は、そんな「例外国家」アメリカでしかできない「健康の社会的要因」(SDH)の研究と言えます。

○健康の営利的要因に取り組む上での公衆衛生の役割

Lee K, et al: Public health roles in addressing commercial determinants of health. *Annual Review of Public Health* 2022, 43:375-395 [総説]

健康に有害な製品の生産と流通がもたらした共通の課題は、問題群、住民 (populations)、及び社会的文脈全体についての政策の学習と転移 (transfer)が必要だと認識を強めている。「健康の営利的要因 (CDoH)」は、営利的なアクターと活動から生じる

住民の健康への影響、及びそれを維持する社会構造を記述する上での統一概念として使用である。CDoH がもたらす害悪を弱める戦略では、行動変容、市場・非市場の規制、財政政策、消費者・市民の活動強化(activism)、及び法制化に焦点が当てられている。個々の戦略を適切に測定できるとのエビデンスはあるが、諸戦略を結合する方法の方が一般的にはインパクトが大きい。エビデンスのギャップを埋れば、これらの諸戦略を特定の住民と社会的文脈に応用する道が開かれうる。総括的に言えば、CDoH にもっとも効果的に取り組むためには、タバコなど健康に有害な製品の消費を減らすたこつぼ的努力(siloed efforts)をするのではなく、健康に害を与える営利的なアクターと活動に対する曝露を減らすための一連の統合的戦略が必要である。

二本コメント—本「ニューズレター」212号(2022年2月)と214号(2022年4月)で紹介した「健康の営利的要因」についての高水準の総説で、文献も128示されており、この概念を学ぶ上での「必読文献」と思います。本論文を読むと、「健康の営利的要因」の概念と対象がこの10年間で大きく拡大していることが分かります。また、「健康の営利的要因」の総説が権威ある『[アメリカ]公衆衛生年報誌』に掲載されたことは、この概念がアメリカの公衆衛生学界で市民権を得たことを示していると思います。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 213)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○井口哲也（「日本経済新聞」編集局長）「社会をゆがめる問題の本質に迫り、解決策を示すことで経済や民主主義の健全な発展に寄与する新しい報道を確立したいとの思いがあります。／**根幹となるのが『事実への誠実さ』です。データや調査で掘り起こした事実**に誠実に向き合い、**虚心坦懐に結論を導く。その原則をなおざりにし、結論をゆがめるようなことがあれば、報道への根幹は根底から揺らぎます**」（「日本経済新聞」2022年9月28日朝刊、「本社報道に誤解を与える表現や誤り 編集幹部の認識・確認不十分 事実への誠実さ、報道の根幹に」）。**二木コメント**ー私も、「何よりも事実に忠実なことを、研究者としてのプロ意識の第一にあげているので、大いに共感しました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,163頁）。ただし、近年の、「日経」の医療記事や医療改革提言には、「**事実への誠実さ**」に欠け、「**結論を歪め**」ているものが目立ちます。その極端な例は、「日経・日経センター改革提言 最終報告」（2022年6月20日朝刊）で、現在の保険診療・診療報酬で内視鏡手術が広く認められ、しかもそれが開腹手術よりはるかに多く実施されている「**事実**」を無視して（おそらく知らずに）、内視鏡手術を「**病気やケガを治療する**という範囲を超え、より早期に回復させたり、より快適な療養を提供したりする目的で提供される医療行為」の代表例にあげ、「**こうした医療行為の全部または一部を自己負担とする**仕組みを検討すべき」としたトンデモ提案です（詳しくは、「日経・日経センターの医療制度『改革提言』で特に問題なこと」（『文化連情報』2022年9月号。本「ニューズレター」218号））。しかし、2022年10月25日現在、この訂正は行われていません。

○野中郁次郎（一橋大学名誉教授、国際的に著名な経営学者。87歳）「**事例研究とは、一つのパターン認識です。人間は、事例を通じて物事の因果関係を理解していきます。事例研究を豊富にしないといいアイデアは出てきません**。企業を訪問し、人に会って話を聞くと、その事例のなかに、必ずどこか一つ、面白いところがあります。様々な企業を訪問すると、新しい命題が次々と湧き出てくるのです。（中略）／**ただ、企業を訪問する事例研究には制約がありました。企業が協力してくれるのは、成功事例として取り上げてもらえる**と期待しているからです。**成功事例だけでなく、失敗事例の研究をしたい**と思っても、協力してくれる企業は現れません」（『「失敗の本質」を語る なぜ戦史に学ぶのか』（日経プレミアシリーズ,2022,19-20頁。野中氏はこのジレンマから抜け出すために、奥住高彦氏のヒントを得て、日本軍の『失敗の研究』（1984）に着手した）。**二木コメント**ー私もコロナ禍前は、地元の名古屋市以外で講演をする場合、当該地域の病院グループ（ほとんどが保健・医療・福祉複合体）を見学させていただいていたので、大いに共感しました。私は、「**企業（複合体）を訪問する事例研究**」だけでは「**失敗事例**」の研究ができないだけでなく、訪問した組織（形態）の弱点やマイナス面も分からないと思います。『保健・医療・福祉複合体』（医学書院,1988,41-43頁）では「**複合体**」の「**光の面（経済的効果と患者の利便性の向上）**」に加えて、「**4つのマイナス面**」も書きましたが、これらは非複合体の医療・福祉関係者の証言や新聞・雑誌の報道、及び先行研究に基づいてまとめました。

○アンソニー・ファウチ博士（アメリカ大統領首席医療顧問。2022年8月22日、今年末で職を辞任することを声明で明らかにした。81歳）「**現職を退くが引退するわけではない。50年以上にわたって公職に就いてきたが、この分野へのエネルギーと情熱があるうちに、次のキャリアを追求しようと考えている**（I plan to pursue the next phase of my career while I still have so much energy and passion for my field）」（「朝日新聞」2022年8月23日朝刊、「米国の感染症専門家ファウチ氏『次のキャリアへ』」。原文はBBCの報道より）。

○玉鷲関（大相撲東前頭3枚目。2022年秋場所、幕内最年長（37歳10か月）優勝。2004年初場所で初土俵を踏んでから連続出場を続けている「角界の鉄人」は、工夫を凝らした稽古で若さを保っている）「**玉鷲の相撲が面白くないと言われるまで取りたい**」（「毎日新聞」2022年9月26日朝刊。優勝後のインタビューで、いつまで現役を続けるつもりかと問われこう答えた）。

○横山寛（きわむ。1970年に日本初のファミリーレストラン「スカイラーク」を創業した「伝説の経営者」。2008年に経営悪化の責任を問われ社長を解任されたが、2013年に「カフェ」と呼ぶ新業態のチェーン店づくりを始め、84歳の今も現役にこだわり続ける）「**外食経営者は味が分からなくなったらおしまい。でも、僕にはまだまだやらないといけないことが、残さないといけないものがある。命との勝負です**」（「毎日新聞」2022年10月2日朝刊、「スカイラーク創業『伝説』の経営者。「いつまで現役を続けますか？」との質問の間髪を入れず、こう答えた）。

二木コメントー私も、「今後も研究と言論活動および社会参加を、可能な限り長く続けよう」、「『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ようと考えているので、3人の発言に大いに共感しました（それぞれ、『2020年代の医療・社会保障』（勁草書房,2022）、『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（勁草書房,2020）の「あとがき」）。ただし、私は、故円楽さんの次の境地にはまだ達していません。

○六代目三遊亭円楽（落語家。2022年9月30日、肺がんのため死去、72歳）「**みっともないけど、死ぬまでやります**」（「毎日新聞」2022年10月4日朝刊、「円楽さん 夢だった落語会統一」。ここ数年は肺がんや脳腫瘍などの病と闘いながらの日々が続き、人気番組「笑点」にも出演し続けた。2022年1月に脳梗塞で入院した後、2022年8月に、国立演芸場の高座に復帰し、こう言い切った）。

○広瀬和生（落語評論家）「**[六代目三遊亭円楽師匠は] 誰が伸びていて面白いかをよくつかんでいた。気遣いはしても妙な村度はせず、客観的で素直にほめていましたね**」（『週刊新潮』2022年10月13日号：10頁、「墓碑銘 『笑点』人気はほんの一面 六代目三遊亭円楽さんの信念」。円楽師匠は、2010年、落語協会、会派の違いを超えた「博多・天神まつり」を実現して、毎年の名物にし、その後同様のイベントを札幌、東京でも成功させた）。

二木コメントー私も、若手・中堅研究者を公平に評価・激励するように努力しているので、大いに共感しました。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第17回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」56号（2022年10月15日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○瀬口至『詳解公用文の書き方 分かりやすく正確な公用文を書くために 改訂版』夢の友出版,2022年4月。

…2020年出版の初版を、2022年1月の文化審議会国語分科会の建議「公用文作成の考え方」に基づいて改訂。普通の目次に加えて、各章の重要項目を抽出した「事項目次」を付け、実際の文書作成に対応できるようにしているのは親切。

○八木欣之助『令和4年公表「公用文作成の考え方」のポイントと文例』新日本法規,2022年7月。

…八木氏は元内閣府法制局参事官で、「公用文作成の考え方」を、各章・節の冒頭に「ポイント」を示すなどして、簡潔に解説。一部批判的意見も交えている。私は「はしがき」を読んで、本書は一般の「公用文」を対象とし、法令文は除外していること、及び「障害者」の表記は「今後の課題とされていること」を初めて知った。

公務員はどちらか1冊をサラリと通読した方が良い。

○ジュリア・ガレフ著、小島修訳『マッピング思考 人には見えていないことが見えてくる「メタ論理トレーニング」』東洋経済、2022年7月。

…「マッピング思考」とは、「人は自分の欠点やミスを認めるのがおそろしく下手」というリアルな人間観に基づいて、「物事を“こうあってほしい”という視点ではなく、まるで地図を描くように“俯瞰的に”とらえようとする考え方」。そのために、「成功の確率を冷静な目で見る」、「自分の確信度を0~100%の数値で計る」等の手法を推奨（以上、「はじめに」より）。本文では、「人間の心が持つ合理性と非合理性」を具体的に指摘。自己啓発本に近いが研究方法論としても有用。重要な個所がゴチック表示されているので、見出しとそこを拾い読みするだけでも得られるものは多い。私が一番共感・同感したのは、「自分が描いた地図が間違っている可能性も忘れず、考えを改めることをいとわない」（43頁）、「間違いを率直に認めることを、自分の将来の評判への投資ととらえる」（189頁）。

○出口治郎『「捨てる」思考法 結果を出す81の教え』毎日新聞出版,2022年7月。

…ビジネスマン向けの自己啓発本としてはそれなりに有用かもしれないが、研究者にとって「捨てる思考」は、実証研究をする上でも理論研究をする上でもアブナイ。「最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き延びるのでもない。唯一生き残るのは、変化できる者である」をダーウィンが『種の起源』で述べた言葉とするのは俗説・事実誤認（31頁）。これに象徴されるように、本書には「孫引き」が多いようだが、これも研究者にとってタブー。なお、私の資料の入手・整理・保存・活用の技法は『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房,2006）第5章「資料整理の技法」で詳述した。

○中嶋亮太『狙って獲りにいく！科研費 採択される申請書のまとめ方』すばる

舎,2022年8月。

…著者の申請経験に加え、職場内の審査委員経験者、科研費をいつも獲る人、申請書の採否を見届けてきた事務担当者等に、採択の秘訣を尋ね歩いてまとめた労作。全3章。第1章で審査委員が読んで「心地よい」申請書のポイントを、第2章で審査委員がどんな申請書に高評価を与えるかを解説。第3章は実際に提出された申請書の「ケーススタディ」で、「採択・不採択のできばえ比較」、「不採択申請を刷新して翌年採択を獲得したケース」などを紹介。論文査読と異なり、申請書は当該分野外の研究者にも審査されるので、書き方の二大ルールは、「高校生にもわかるように書く」と「専門用語は（なるべく）使わない」。理系・文献の別なく、**申請に落ち続けている人や初めて申請するので勝手が分からない人必読。**

B. 医療・福祉関連

○尾内康彦著、日経ヘルスケア編『ケースに学ぶ患者トラブル対応の心得』日経BP社,2021年12月。

…尾上氏は、大阪保険医協会で長年、医療機関から患者トラブルの相談を受けてきた。第1章では、厚生労働省が、2019年に「応召義務」についての従来の解釈を変え、診療を拒むことができる「正当な事由」を整理する通知を出したことの意義を強調し、医療機関の患者トラブルへの心構え、「3大原則」を示す。第2章では、『日経ヘルスケア』に2005年から長期連載している「病医院トラブル110番日記」を8つのテーマ別に分類し、再構成。第3章では日経ヘルスケア編集部が取材した事例を紹介。

○小野太一『戦後日本社会保障の形成 社会保障制度審議会と有識者委員の群像』東京大学出版会,2022年3月。

…著者は厚生労働省OBの政策研究大学院大学教授。本書は、「社会保障制度審議会が我が国の社会保障の生成、発展に重要な役割を果たし、今日の社会保障の姿をあらしめることにいかに貢献したかを論証」した高水準・ガチガチの学術書で、大阪市立大学博士論文に加筆・修正したもの。前半で、社会保障審議会という組織の活動の重要性を示し、後半で主要有識者委員であった近藤文二、末高信、大河内一男、隅谷三喜男の社会保障・社会政策論を検討。私は、「あとがき」で、「時に異論をも示す組織〔社会保障制度審議会〕が内部に抱えることを許容する度量が、〔2001年1月までは一木〕社会に存在していた」ことを、「決められた期限内での意見集約を旨とする」現在の協議機関と対比していることに、著者の思いを感じた（294頁）。**社会保障・社会政策の歴史・思想史研究者必読。**

○山崎章郎『ステージ4の緩和ケア医が実践する がんを悪化させない試み』新潮選書,2022年6月。

…日本の在宅緩和ケア医の草分け・第一人者である山崎医師は、2018年9月に大腸癌と診断されて腹腔鏡手術を受けた後、再発予防の抗がん剤治療を受けたが、2019年5月、両肺への多発転移がみつき、ステージ4との宣告を受けた。主治医からは現在の「標準治療」である抗がん剤治療を勧められたが、「日常が壊れるほどの副作用を体験」していたため、それを断る一方、「無治療で、がんの自然経過に委ねる選択」もせず、自身の診療所で診療を続ける傍ら、「自身を実験台にして、少しでも穏やか

にがんと共存でき得る方法を探し求め」、最終的に「抗がん剤治療は選択したくないステージ4の固形がん患者の役に立ちうる、副作用の少ない、高額ではない治療法である『がん共存療法』の基本形に辿り着いたと確信を持ち、今後は「がん共存療法」外来での臨床試験を計画している。「がん共存療法」は、「クロノセラピー」（時間療法）をベースとして、「MDE糖質制限ケトン療法」を中核に「クエン酸療法」と「少量抗がん剤治療」をその支持的療法と位置づけ、丸山ワクチンも併用する。本書は、著者の闘病体験と「がん共存療法」に辿り着くまでの試行錯誤、失敗と反省を詳細に書いている。私は「がん共存療法」の医学的適否を判断できないが、その基礎のほとんどが民間療法的であり、「理路整然と間違えている」気がする。また、著者の指摘する「公的保険の不条理」（56-58頁）は的外れな愚痴であり、それを克服するための4つの提案（④が「がん共存療法」）のうち、②「生きがい給付金」（抗がん剤治療を選択しないがん患者の「生き方を支援する」現金給付）はがん患者を特権化しているし、実現可能性ゼロ。In a word,著者は政策音痴。

○下坂厚・下坂佳子『記憶とつなぐ 若年性認知症と向き合う私たちのこと』双葉社,2022年4月。

…2年半前、46歳の時に「若年性アルツハイマー型認知症」と診断された下坂厚氏が、その後、どんなことに絶望し、どんなことに救われたか、妻（佳子氏）と一緒にどのような日々をすごしてきたか、どのようにしてポジティブにものを考えられるようになったかを、夫婦が交互に、包み隠さずに語る。

○小島美里『あなたはどこで死にたいですか？ 認知症でも自分らしく生きられる社会へ』岩波書店,2022年7月。

…私たちはいずれ認知症になることを前提に、どこでなら安心して最期を迎えられるのかを見極めなくてはならないとの視点から、必要なサービス、実際に必要な介護費用、そして介護保険制度の限界と福祉の今後を考えている。沢山の事例を紹介しながら、「在宅一人暮らしが不可能になる状況」（29頁）、「在宅ひとり死」をするためには「介護保険利用分に加えて、自費分が毎月30万円超」必要（76頁）等、厳しい現実をリアルに描く。「介護保険は20年で前進せずに、後退してしまった」（152頁）等、政策批判も鋭い。「根本的な制度改革ができるまでの間」、「多少は介護サービスの使い勝手がよくなる」ための8つの提案は説得力がある（188頁）。私は「健康寿命という言葉の裏側には、『ピンピンコロリと逝け』という冷たさがある」という指摘に共感した（181頁）！

○結城康博編『介護人材が集まる職場づくりー介護リーダーだからこそできる組織改革』ミネルヴァ書房,2022年8月。

…近年の深刻な介護人材不足の原因は職員の低賃金だけではなく、「時代錯誤」的な40歳以降の（中間）管理者にもある。本書は、この強烈的な危機意識に基づいて、「適切な現場リーダーの育成・養成」の方策を、次の3部構成（序章・終章を除き全12章）で多面的に論じている：第Ⅰ部「介護職員を悩ませる問題」、第Ⅱ部「介護現場のリーダーが取るべき態度と責務」、第Ⅲ部「事例で見る介護人材を養成・定着させる取り組み」。結城氏が長年の淑徳大学での福祉・介護職の養成教育と卒業後フォローアップに基づいて作成した「安心して卒業生を送り出すためのチェックリスト」（7

頁)、及び「介護事業所の4類型」と「四象限分析」(93-97頁)はユニーク。結城氏は、終章で、このままでは「2030年過ぎには在宅介護は困難」になると警鐘を鳴らし、それを避けるためには「訪問介護職員を中心に公務員もしくは準公務員として雇用の安定を図れば、安定志向を望む若者は介護職へのイメージが変わり、介護分野は他産業の労働市場とも勝負できる」と主張。

○権丈善一・権丈英子『もっと気になる社会保障 歴史を踏まえ未来を創る政策論』勁草書房,2022年9月。※本書を2023年度前半(4~9月)のゼミ第1部のテキストにします

…「ちょっと気になる」シリーズを大幅にパワーアップした権丈善一・英子氏の最新の「経済政策としての社会保障論」。副題通りの内容で、『ちょっと気になる政策思想』の続編・発展編とも言える。ただし、それだけに「歯ごたえ」があり、心して読む必要がある。次の5つの柱建て(全18章)で、**社会保障の全分野と周辺領域をカバーしており、現在進行中の社会保障改革論議とその歴史的背景が分かる**:年金、医療と介護、労働、税の理解、政策論としての社会保障、未来に向けた社会保障。研究論文として圧巻なのは、第1章「不確実性と公的年金保険の過去、現在、未来観」(それだけに難解)。第14章「再分配政策の政治経済学という考え方」は、権丈善一氏の最初の著書・大著『再分配政策の政治経済学』(2001)のエッセンスとも言える。権丈善一氏が最初に提案し岸田内閣も検討し始めた「勤労者皆保険」に加えて、「子育て支援連帯基金」と「国民奨学金制度」も提案。医療分野では、地域医療連携推進法人を社会的共通資本と見なすことを提案。私個人は、第13章「国民経済のために、助け合い支え合いをかたちにした介護保険を守ろう」が一番面白く、かつ共感した:「今後、労働力が医療福祉にシフトしていったとしても、それ自体に問題はない。(中略)社会的に確実に大きな意義を持っている医療福祉産業に従事してもらって、意義ある活動であるからと、あたかも参加型所得のように**安定した所得をしっかりと準備することができるのであれば**、それは需要サイドが見ればマクロ経済には不可欠な政策となる(205-206頁。ゴチックは二木)。この認識は、ボーモルの「コスト病」仮説に通じると思う。本書のキーワードは、不確実性、労働力希少社会、負担者の納得、力と正しさ、財源調達等、**灌漑施設としての社会保障**。

○特集「諸外国における健診・検診について」『健保連海外医療保障』130号:1-74頁,2022年9月。

…ドイツ、フランス、イギリスと韓国の健診・検診の歴史と現況を詳しく紹介しており、一般医療と健診・検診の関係は国ごとに異なることが分かる。私は拾い読みしただけだが、日本と同じく、どの国でも、厳密な実証研究により健康増進効果や医療費抑制効果を示してはいないよう。例えば、ドイツでは、「健診は、定期的な受診により病気が予防され、寿命が延びるといった確たるエビデンスがないまま行われている」(渡辺富久子氏:17頁)。韓国では、検診の健康増進・医療費抑制効果があるとする報告もかなりあるが、「他の要因も深くかかわっている」ため、「調査結果だけをもって健康検診の成果を評価することには注意が必要」(金成垣氏:72頁)。

○特集「心理的安全性がつくる新しい病院組織 イノベーションとリスクマネジメントの両方を回す」『病院』2022年10月号:831-837,846-899頁。

…「心理的安全性」(psychological safety)とは「人間関係に関するリスクを取っても安全だと信じられる[組織]文化を指す概念」で、近年、病院組織のリスクマネジメントでも注目されている。『病院』が、これについて特集するのは初めてで、巻頭対談と11論文で構成。巻頭論文(松原由美「病院組織における心理的安全性」)は、この概念の定義、先行研究・学問における位置づけ、この概念が必要とされる病院組織の特性を簡潔に示した上で、病院組織における心理的安全性の事例を示し、病院組織でそれを構築するための留意点を述べており、**病院の管理者・中間管理職必読**と思う。なお、私は本論文を読んで、psychological safetyは、「心理的安心(感)」と訳した方が直感的に分かりやすいと感じた

○原昌平「**[鈍考急考 34] 認識のギャップ、問題の混同**」『京都保険医新聞』2022年10月10日号(5面)。

…原氏は社会福祉士・精神保健福祉士資格を有するジャーナリスト(元読売新聞記者)で、読売新聞を定年退職後は行政書士事務所を開業しつつ、「京都保険医新聞」等で健筆を振っている。今回は、患者・家族を含め、一般の人々が抱えている医療行為のイメージと、2000年代後半以降いぶん変わった医療現場の状況には、大きなギャップが生じていることを、終末期医療、栄養補給等を例にして、具体的に説明。それに加え、医療スタッフ(医師、看護師)の側にも混同が生じていることも指摘し、「回復の可能性があるのに積極的な治療を控えていないか。今では、過剰な医療より、早すぎるあきらめが心配だ」と懸念を示す。

C. コロナ関連

○末永カツ子編著『アフターコロナの公衆衛生 ケアの権利が守られる地域社会をめざして』自治体研究所,2022年3月。

…編者の末永氏は保健師出身の研究者で、看護政策論と災害公衆衛生看護学が専門。本書は、氏が福島医科大学教授だった2020年に企画・実施した「公開講座」をベースにして、宮城県の研究者・実践者8人が執筆。コロナ禍によって、保健所や介護施設及び地域では、どんな問題が生じ、どのような取り組みが求められたのかを確認し、それらの事象を人権の視点から捉えなおし、長期的視点でアフターコロナ社会のあり方を考えている。

○岡本悦司「わが国における新型コロナウイルス感染症のパンデミックによる医療費への影響—協会けんぽデータによる分析」『日本医療経営学会誌』16(1):59-69,2022年8月(ウェブ上に公開:J-STAGE)。

…公開されたレセプトデータとしては日本最大の協会けんぽレセプトデータ(2009年4月~2021年9月)を用いて、新型コロナ医療費を分析し、上記期間では、新型コロナの医療費は年間国民医療費の約1%弱と推計。

○山岡淳一郎「**[集中連載] ルポ 副反応 (第1回)なぜ、息子は死んだのか、(第2回)因果関係：遺体は語る、(第3回)救援(リリース)投手の死と『救済』、(第4回)裁判闘争と『三基準』**」『世界』2022年8月号:40-49頁、9月号:94-103頁、10月号:62-71頁、11月号:152-161頁。

…気骨あるノンフィクション作家による、コロナワクチンの知られざる副作用の実態

と政府等の不対応に迫った迫真のルポルタージュ。第4回では、急ピッチで誕生した mRNA ワクチンの作用機序はまだ詳しくはわかっていないことを強調し、「反ワクチンの暴論がはびこるのは、行政当局の副反応被害への対応が遅れているからではないか」とまとめる。1970-1990年代の「予防接種禍集団訴訟」で、被害者が「因果関係の壁」を乗り越え、国を全面敗訴に追い込んだ経緯と教訓にも言及。

D. 政治・経済・社会関連

○近藤和彦『イギリス史 10 講』岩波新書,2013 (2022 第 15 刷!)

…著者はカー『歴史とは何か 新版』(岩波書店,2022)の訳者。先史から現代までのイギリス史を、「学問的にスタンダードな叙述と知的なおもしろさの結合」を目指して記述。日本との関係についても繰り返し言及。著者が専門の 16 世紀以降の近世・近代(第 4~8 講)は迫力がある。「おなじみの教科書の筋書」が「近年の研究によって大きく姿を変えている」ことがよく分かる:ピューリタン革命と名誉革命(第 5 講)、「世界史としての産業革命」(第 7 章)等。政治・経済面だけでなく、社会政策・社会保障にも目配り。例:エリザベス 1 世治下の 1961 年に有名な救貧法と共に「**チャリティ用益法**」が制定。その精神は現在の「チャリティ法」にまで保持され、「イギリスの社会政策の特徴は税(行政)とチャリティ(民間)の二本柱からなる」と評価されている(101 頁)。ただし、チャリティという言葉は「くせ者」(219 頁)。「教養書」としては優れているが、現代(第 9・10 章)はスケッチ的。

○野嶋剛『新中国論 台湾・香港と習近平体制』平凡社新書,2022 年 5 月。

○渡辺靖『アメリカとは何か 自画像と世界観をめぐる相克』岩波新書,2022 年 8 月。

…「私は中国国家とアメリカ国家は大国主義で大嫌いです。しかし、両国は"Too big to ignore"(大きすぎて無視できない)であり、両国の歴史と最新動向はきちんと学ぶ、知る必要があると考え、日常的に両国についての本や論文を読んでいます」(『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,5-6 頁)。両書もこの視点から読んだ。

野嶋氏の著書は、香港の民主派と台湾政府を支持する立場から、習近平体制の中国の最近の政策を厳しく批判:「中国という国家の本質を、台湾と香港を通して、我々が深く知ることをテーマとしている」(10 頁)。「中国崩壊論」はもはや通用しない等、事実認識の多くは勉強になるが、最後の第 7・8 章は「アジ演説」的。意外なことに(?)、野嶋氏は親中と言われる朝日新聞の元記者。

渡辺氏は、「実験国家」と称されるアメリカの研究とフィールド調査を長年続けている。本書は氏の最新刊で、何故トランプは不死身なのか、今の米国をどう理解すればよいのか、米国は大丈夫なのか等の問いに対する氏の見立てを、マクロとミクロの両方の視点から示し、最後の第 5 章「分断社会の行く末」では、「楽観的シナリオ」と「悲観的シナリオ」の両方を示す。私は、「米国例外主義は、米国を米国たらしめている、余りに深く重い、核心的なイデオロギーであるため、今後も覆ることは想像しがたい」という指摘に同感(89-90 頁)。それだけに、医療・社会保障制度の単純な日米比較は有害無益と改めて思った。渡辺氏の視点・記述はバランスがとれ、しかも臨場感があり、今のアメリカを理解する一押しの本。

○野中郁次郎、聞き手・前田祐之『「失敗の本質」を語る なぜ戦史に学ぶのか』日経プレミア・シリーズ、2022年5月。

…日本が第2次大戦で敗戦を喫した原因を解明し、「勝てる組織」になるための方法・教訓を提言した『失敗の本質』（1984）は長く読み継がれている。同書の企画・完成を主導し、国際的にも著名な経営学者である野中氏は、戦史と企業のイノベーションの2本柱の研究を、87歳になった現在も「進化」させ続けている。本書は、共同研究を中心とする氏の研究方法・研究プロセスと経営学の流行の変遷、及び主要著書の「要諦」を簡潔に語っており、「野中ワールド」を鳥瞰するために便利な本。私は、氏が日本の経営学が外国の経営学の解釈学だったと批判し、日米企業の事例研究（氏によると「一つのパターン認識」）を積み重ねたことに大いに共感するし、氏が1990年代に完成した「知識創造の（経営）理論（SEICモデル）」の鍵概念となっている「暗黙知と形式知」の区別と相互作用は、武谷三男氏が提唱し、川上武氏が医療分野に応用した技能と技術の区別と相互作用にソックリだと感じた。しかし、氏の理論・モデルを経営で実践するための「7つのガイドライン」（167頁。第1は「知識ビジョンを語れ」）や『戦略の本質』から導き出したとする「戦略の10の命題」（187頁）、6人の偉人の事例研究から導き出したとする「リーダーシップの4つのモード」（213頁）、さらには「知略が機能するための4つの要件」（234頁。第1は「共通善」）等は抽象度が極端に高く、私には「知のお経」（catechism）のように思える。

○前田裕之『経済学の壁 教科書の「前提」を問う』白水社、2022年8月。

…「日経」記者として長年経済学界を取材対象の一つとしてきた前田氏が、数式やグラフを一切使わず、「主流派」（新古典派）や「異端派」を含めた経済学説の源流や、基本的な考えを総ざらい・一望し、経済学との付き合い方を提言：「主流派経済学の基本（作法）を理解することは大切だが、経済学はもっと多様であり」（69頁）、「異なった状況には異なったモデルが必要になる」（ロドリック。64頁）。第Ⅲ章「ミクロ経済学の奔流」と第Ⅳ章「マクロ経済学の激動」は迫力があるが、第Ⅴ章「『異端派』経済学の興亡」以下はスケッチ・駆け足。「日本の主流派経済学は、大学という閉じられ空間では制度化に成功したものの、政府や世間一般を含めた広い意味で制度化には至っていない」（283頁）との評価は妥当と思う。かなりハイレベルの「教養書」で、「入門書」ではない。なお、私は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房、2006、5-7頁）で「新古典派経済学は日本医療の分析には無力」と考える理由を3つあげたが、16年後の今もその判断は変わっていない。