

2023. 2. 1(水)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 223 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/>。

223 号の目次は以下の通りです (28 頁)

1. 短文：「敵を憎むな、判断が狂う」（『月刊保団連』2023 年 1 月号 (1388 号) : 7 頁) .....2 頁
2. 論文：複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営－悲観論を超えて（『病院』2023 年 1 月号 (82 巻 1 号) : 25-27 頁) .....3 頁
3. 論文：「全世代型社会保障構築会議報告書」の複眼的検討（「二木教授の医療時評 (208)」『文化連情報』2023 年 2 月号 (539 号) : 28-34 頁) .....7 頁
4. 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 203 回 : 2022 年分その 11 : 7 論文) ...13 頁
5. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 217) -最近知った名言・警句.....18 頁
6. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第 21 回) ...20 頁

### お知らせ

1. 論文「『日本医事新報社 100 年のあゆみ』をどう読んだか」を『日本医事新報』2023 年 2 月 4 日号に掲載します。本「ニュースレター」224 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。

### 2. 講演「『かかりつけ医の制度化』の空騒ぎは何だったのか? -半年間の論争の検証」

(熊本県保険医協会勤務医部会企画 WEB 講演会) を、本年 2 月 22 日 (水) 午後 7 時~8 時半に行います。保険医協会会員でなくても、無料で視聴できるそうです。

申込フォームの URL : <https://forms.gle/vSwaAhmC7jtJQepZ9>

# 1. 短文：「敵を憎むな、判断が狂う」

（『月刊保団連』2023年1月号（1388号）：7頁。「道」（巻頭エッセイ））

「敵を憎むな、判断が狂う（Never hate your enemies. It affects your judgement）」。古い話で恐縮ですが、この言葉は、1991年春に公開されて話題を呼んだ、巨匠 Coppola 監督の映画「ゴッドファーザー・パート3」で、アル・パチーノ演じるニューヨーク・マフィアのゴッドファーザー、マイケル・コルレオーネが、亡き兄の私生児ビンセントを諭して言った言葉です。ビンセントは暴力志向が強く、マイケルの子分がニューヨークの「しま」を奪おうとして、マイケルの暗殺を謀ったことに逆上し、すぐに報復しようとするのですが、マイケルは、ビンセントを制して、この名言を吐くのです。そして、彼は、独自の情報網を使って「敵」の動きをじっくりと把握した後に、慎重に反撃の手はずを整え、最後には「敵」を完膚なきまでに打ちのめしてしまいます。

私は、当時、医療福祉士（仮称）制度化をめぐる、厚生省と激しく対立していた医療ソーシャルワーカー団体の講演でこの言葉を紹介し、次のように述べました。「厚生省を『敵』とみることには異論があるかも知れませんが、私は、厚生省の政策を分析し、それへの対応を考える場合にも、このような冷静な態度が不可欠だと思っています」。

私は、それ以降、このような態度で、政府や厚生（労働）省の医療・社会保障政策を「複眼的」に分析してきました。1991年に出版した『複眼でみる90年代の医療』（勁草書房）の終章では、「厚生省の医療保障改悪政策と医療供給制度再編政策とでは評価と対応を変える必要がある」、後者には「部分的にせよ改善点が含まれている」ので、機械的に全否定するだけでは、多くの医療関係者や国民の支持は得られないと強調しました。

このような態度・視点は、岸田文雄内閣の医療・社会保障政策を分析する際にも不可欠と感じています。「全国保険医新聞」や各地の「保険医新聞」には、岸田内閣を安倍・菅内閣と変わらない新自由主義と切り捨てる主張や論説が散見されますが、それでは岸田内閣の政策の新しさを見落としてしまいます。私も岸田首相の「新しい資本主義」は空疎であると思いますが、全世代型社会保障構築会議の検討事項には、安倍・菅内閣時の全世代型社会保障検討会議にはなかった積極的改革案が含まれていることも見落とすべきではありません。被用者保険の適用拡大を目指す「勤労者皆保険」や包括的な子育て支援策等です。

新年にあたり、保団連・保険医協会が、敵を憎むことなく、冷静で複眼的な政策対応をし、医療運動を発展させることを期待します。

## 2. 論文：複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営―悲観論を超えて

（『病院』2023年1月号（82巻1号）：24-27頁）

### はじめに

どんな分野でも将来展望を行う際には、何が変わり、何が変わらないかを複眼的に検討することが不可欠です。本稿では、高齢者数が頂点に達する2040年頃までを射程にして、今後の医療と病院経営を概括的に展望しますが、敢えて「変わらない」面に焦点を当てます。医療界では、コロナ危機を契機にして、悲観論が過度に強まっているからです。その際、各種の公式文書だけでなく、私自身が今までに行った判断・予測の適否についても触れます。

### 今後も「医療は安定的な成長産業」

実は、医療関係者の間で、最初に悲観論が広まったのは、吉村仁保険局長（当時）が「医療費亡国論」を唱え、健康保険法等の抜本改革（当時の呼称）を断行した1980年代でした。それ以前は「病院は倒産しない」と信じられていたのですが、病院の大型倒産も生じるようになりました。そのために、1990年前後には、医療界では「医療冬の時代」論が一世を風靡しました。「氷河の時代」と呼ぶ方さえいました。

それに対して、私は1986年に「医療は今後も安定的な成長産業である」ことを強調しました(1)。その最大の根拠は、厚生省（当時）が発表した「高齢者対策企画推進本部」の「参考資料」で社会保障給付費中の「医療等」（医療と社会福祉）の国民所得比が1986年度の7.5%から2000年には9.0～11.5%と予測されていたことでした。この数値は、国民医療費の伸び率を国民所得の伸び率以内に抑えよとの当時の政府・厚生省の公式方針とは異なっていました。1990年に出版した『90年代の医療』は副題を「『医療冬の時代』論を越えて」とし、この点を改めて強調しました(2)。

その後も、政府・厚生労働省は厳しい医療費抑制政策を継続していますが、国民医療費の国民所得・GDPに対する割合は長期的には漸増し続けています。少し古いですが、2018年の政府（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省）の「将来見通し」でも、社会保障費総額・医療給付費のGDP比は2018年のそれぞれ21.5%、7.0%から2040年には23.8～24.0%、8.7～8.9%へと漸増するとされています(3)。政府が2040年までGDP比が増え続けると「お墨付き」を与えている分野・産業は医療・社会保障以外ありません。

これは日本に限らず、コロナ危機後の世界共通の現象です。例えばマーク・ロビンソンは、コロナ危機後の「これからの30年という時間枠で[2050年までの]先進国の公的支出の未来を展望」し、「医療、気候変動、介護はすべての国の政府が今後支出を増やさざるをえない」ため、「大多数の国の対GDP比で最低でも7% [ポイント] の増加となる」と予測しています(4)。しかも、7分野の政府支出（社会保障費も含む）の中では、医療が長期の支出増で突出した最大の領域になるとしています。氏の分析で注目すべきは、「これは『大きな政府』論者が政治的に勝利するからではない。政府のイデオロギー上の姿勢とは関係なく、政府支出に大きく影響する外部要因の圧力の結果として、大幅な支出増が起きる」と、いわば「中立的」に指摘していることです。

## 医療費増に対する逆方向の2つの悲観論

それに対して、日本国内では、今後の医療費・保険診療費に対して、逆方向の2つの悲観論があります。1つは、今後は高額新薬が急増するため医療費が急騰し、国民皆保険制度は財政破綻に直面するので、保険給付範囲の縮小・「混合診療」の拡大が不可避になるとの悲観論です。この主張は2015年に国頭英夫医師が「オブジーボ亡国論」（オブジーボ「登場を契機として、いよいよ日本の財政破綻が確定的になり、“第二のギリシャ”になる）を唱えて以降、何度も繰り返されています(5)。

しかし、現実には逆です。2016年の政府決定「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づいた一連の強力な医薬品費抑制政策により、国内医療用医薬品市場は2016年度以降ほぼ10兆円で固定され、完全に「アンダー・コントロール」となっています。逆に最近では、過度の医薬品費抑制が画期的新薬の開発を阻害するとの批判が高まり、厚生労働省内でも再検討が始まっています（「医薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会」2022年8月31日発足）。

私は、今までの日本における医薬品費を含めた技術進歩と医療費（抑制）政策との歴史を分析し、「今後、新医薬品・医療技術の適正な値付けと適正利用を推進すれば、技術進歩と国民皆保険制度は両立できる」と結論づけています(5,6)。

もう1つの悲観論は、今後、軍事費が急増するため、その財源確保のために社会保障費・医療費が圧迫されるとの主張です。これは古典的な「大砲かバターか」論の復活とも言えます。現実にも、政府は防衛予算を今後5年をめぐり現行のGDP比1%から2%へと倍増することを決定しています。もしこれが実現すれば、日本はアメリカ、中国に次ぐ世界第3位の軍事大国になり、そのしわ寄せが社会保障分野にまで及ぶ可能性は否定できません。

しかし、私は、コロナ危機を通して、国民が平等な医療を受けることを当然の権利と理解し、それを支える国民皆保険制度の重要性を「肌感覚」で知ったことを踏まえると、この権利の制限に繋がる医療費の大幅抑制・医療給付範囲の大幅縮小を断行することは、政治的にきわめて困難になっていると思います。そのために、私は「コロナ危機は中長期的には日本医療への『弱い』追い風になる」と予測しています(7)。

## 病院は今後も医療の中心であり続ける

2010年には、「病院の世紀の終焉」論（猪飼周平氏）が提起され、医療関係者にもそれに幻惑された方が少なくありませんでした(8)。

しかし、21世紀に入って20年間の現実はその否定をしています。まず、国民医療費中の病院医療費（入院・外来の合計）の割合は2000～2019年度に5割強で安定しています。厳密に言えば、2000年度の53.6%から2008年度の49.5%へと微減しましたが、これは医薬分業の進展による「薬局調剤医療費」割合の急増（9.2%から15.5%）によるものです。逆に薬剤費抑制政策が本格化した2016年以降は病院医療費の割合は漸増に転じています（2015年度50.0%、2019年度51.9%）。

1990年以降続いている病院病床数の減少が病院産業の衰退の指標と見なされることもありますが、一般病床数は2005年の90.4万床から2021年の88.6万床へと2.0%の微減にとどまっています（2000年代初頭は医療法第4次改正による、旧「一般病床」の新「一般病床」と療養病床への区分変更により、「一般病床」は減少）。病院機能で重要なのは、病床数ではなく職員（従事者）数ですが、病院総数の従事者数は2000年の164.1万人から2020年の210.3万人へと20年間で28.1%も増加しています。100床当たり従事者数は同じ期間に98.7人から141.8人へと43.7%も増えています（以上、厚生労働省「医療施設調査・病院報告」）。この傾向が今後も継続することは確実と私は判断してい

ます。

### 病院の中心は地域密着型の中小病院

しかしこのような数字を見ても、民間病院経営者の中には、今後は公的病院主導の急性期病院の再編・統合が進み、民間中小病院は淘汰されるか、回復期・慢性期医療のみを担わざるをえなくなると悲観的に考えている方が少なくありません。

実は、このような悲観論は20年前、医療法第4次改正により旧「一般病床」の新「一般病床」と療養病床への区分が行われる前にもまことしやかになされました。それに対して、私は、2000年に以下のように述べました。「…一部の私的病院経営者が懸念しているように、急性期病床が公的病院によって占有され、ほとんどすべての私的病院が慢性病院化するとは考えにくい。なぜなら、公的病院の1日当たり入院医療費は私的病院に比べてはるかに高いため、公的病院が急性期病床を占有すると、医療費が現在よりもはるかに増加するからである。ただし、私的病院の機能分化が今後さらに促進されることは確実である」(9)。

そして、現実に2000年以降も、私的病院(特に医療法人病院)の割合は漸増し続けています。医療法人病院の病院総数に対する割合は2000年の58.1%から2021年の69.2%へ、医療法人病院病床の病床総数に対する割合は2000年の48.3%から2021年には55.8%へ増加しています。

私は、1991年に、旧「厚生省の政策選択基準はあくまで医療費抑制(正確には公的医療費抑制)であり」、「厚生省は医療費増加を招くことが明らかな政策は、特別の事情がない限り選択しないという視点から、厚生省の医療政策を評価すること」を提唱し、以来、この視点から医療政策の将来予測を行っています(10)。この視点は、今後の医療・病院経営を考える上でも有効と考えています。

民間中小病院が淘汰されない理由はもう1つあります。それは、大部分の民間病院が「活力(バイタリティ)を有しているからです(11)。一般に「活力」には、時代の変化に対応して新しい事業・試みに挑戦するという意味での「創造的活力」と危機に際して「生き延びる」という意味での活力の2つがあります。この区分は、かつてアメリカの大学教育の歴史研究により発見されました。医療における「創造的活力」は1990年代以降の大規模な保健・医療・福祉複合体の誕生・拡大の原動力になったと言えます。このような活力を持っている民間病院は限られていますが、「生き延びる」という意味での活力は大半の民間病院が持っていると思います。私は、これが1980年代以降、40年以上も厳しい医療費抑制政策が続けられているにもかかわらず、日本で病院倒産がごく低水準にとどまっている最大の理由だと考えています。

今後、入院患者数は全国的には2040年まで増加し続け、そのうち65歳以上の高齢者が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割になると見込まれています(厚生労働省「今後の医療提供体制改革の方向性」2022年11月28日)。そして高齢者入院医療の大半は「高度急性期病床」ではなく、「(一般)急性期病床」や「回復期病床」、「療養病床」で提供され、それを中心的に担うのは民間中小病院です。そのため、私は民間中小病院が、地域包括ケアに積極的に参加し、地域に根ざした保健・医療・介護サービスを展開すれば、大半が生き延びられると判断しています(12)。

### おわりにー求められる「ハイテック&ハイタッチ」

本稿では、紙数の制約のため、今後の医療DXが病院(経営)に与える影響については、触れることができませんでした。今後それが進むのは確実だし、私もそれに賛成ですが、対人サービスが医療DXで代替されることはないとも判断しています。

この点で示唆に富むのは、高名な未来学者のトフラーが、1980年代に世界的ベストセラーになった『メガトレンド』で今後生じる10の社会的潮流の第2にあげた「ハイ・テックとハイ・タッチの共存テクノロジー崇拜の時代は終わった」です(13)。トフラーは、「人間が技術に対して反応してきた過程を描くために私がいつも用いている公式」として、「新技術が社会に導入される時には、いつでも平衡を取り戻そうとする人間的反応があり、それがすなわち『ハイ・テック』であって、ハイ・タッチがなければ技術は拒絶される。ハイ・テックであるほど一層ハイ・タッチが必要とされるのだ」と喝破しました。その上で、トフラーは、医療が「ますますハイ・タッチになる」と強調しました。

近年、日本でも、世界でも、プライマリケアの拡充、「かかりつけ医の機能強化」が政府の政策としても重視されています。これも「ハイ・テックとハイ・タッチの共存」を目指す動きの1つと理解すべきです。

ここで重要なことは、プライマリケア医が診療所医師に限定されている欧米諸国と異なり、日本の「かかりつけ医機能」は診療所医師だけでなく、病院（特に地域密着型の病院）医師も担うことが公式に確認されていることです(14)。この点でも、中小病院の未来は明るいと言えます。

## 文献

- 1) 二木立：リハビリテーション医療の社会経済学, p7, 勁草書房, 1988（元論文は1988）。
- 2) 二木立：90年代の医療 「医療服の時代」論を越えて, p7, 勁草書房, 1990.
- 3) 二木立：地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク, pp138-142, 勁草書房, 2019.
- 4) マーク・ロビンソン（著）、月谷真紀（訳）：政府は巨大化する 小さな政府の終焉, pp13-146 日本経済新聞社, 2022（原著2020）。
- 5) 二木立：地域包括ケアと福祉改革, pp148-162, 勁草書房, 2017.
- 6) 二木立：2020年代初頭の医療・社会保障ーコロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬, pp178-189, 勁草書房, 2022.
- 7) 二木立：コロナ危機後の医療・社会保障, pp2-10, 勁草書房, 2020.
- 8) 猪飼周平：病院の世紀の理論, pp205-232 有斐閣, 2010.
- 9) 二木立：介護保険と医療保険改革, pp118, 勁草書房, 2000.
- 10) 二木立：複眼でみる90年代の医療, pp13-14, 勁草書房, 1991.
- 11) 二木立：TPPと医療の産業化, pp91-99, 勁草書房, 2012.
- 12) 二木立・今村英仁：（対談）日本の病院の未来, pp255-260, 2020.
- 13) ジョン・ネイスビッツ著、竹村健一訳：メガトレンド 10の社会潮流が近未来を決定づける！, pp61-79, 三笠書房, 1983.
- 14) 二木立：「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に間違っている, pp(537号)16-24, 文化連情報.

### 3. 論文：「全世代型社会保障構築会議報告書」を複眼的に読む

（「二木教授の医療時評（208）」『文化連情報』2023年2月号（539号）：28-34頁）

#### はじめに

全世代型社会保障構築会議（座長・清家篤元慶應義塾長。以下、「構築会議」）は昨年12月16日に「報告書」をまとめ岸田文雄首相に提出し、同日、全世代型社会保障構築本部はそれに基づく取り組みを進めることを決定しました。本年（以降）の社会保障改革は、「報告書」で示された改革の方向性・提案の社会保障審議会各部会等での議論・具体化を経て、進められることとなります。本稿では、「報告書」の内容を過去の類似の報告書と比較しつつ、複眼的に検討します

#### 「報告書」の構成と過去の2つの報告書との比較

「報告書」は本文25頁で、短い「Ⅰ. はじめに」を除いて、「Ⅱ. 全世代型社会保障の基本的考え方」（総論）と「Ⅲ. 各分野における改革の方向性」（各論）の2部構成です。Ⅲは次の4本柱です。「1. こども・子育て支援の充実」、「2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築」、「3. 医療・介護制度の改革」、「4. 『地域共生社会』の実現」。

4本柱の各論の最後に、それぞれ「今後の改革の工程」が示されています。「医療・介護制度の改革」では、それは①足元の課題、②来年〔2023年〕、早急に検討を進めるべき項目、③2025年度までに取り組むべき項目の3つに分けて示されています（他の柱は①と②、または①のみ）。これにより、「構築会議」の考えている改革の優先順位が分かります。

菅義偉内閣時代の「全世代型社会保障検討会議最終報告」（2020年12月）がわずか5頁にすぎず、内容的にも少子化対策と医療改革（後期高齢者の2割負担導入）のみで、分量・内容とも史上「最薄」であったのと比べると、よほど充実しています(1)。「最終報告」がごく短期の検討をしていたのに対して、「報告書」は「2040年頃までを視野に入れ」ています。

しかし、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」（本文46頁。以下、2013年報告書）と比べると新味に欠けます。2013年報告書は、「医療・介護分野の改革」に限定しても、「医療・介護サービスのネットワーク化」、「競争よりも協調」、「データに基づく医療システムの制御」、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、「治す医療」から「治し・支える医療」への転換等、その後の医療制度改革の指針となった多くの斬新な提案をしましたが、今回の「報告書」にはそれに匹敵する提案は含まれていません(2)。

以下、報告書の記述順に検討します。

#### 「社会保障の機能強化」の消失と財源確保の先送り

「全世代型社会保障の基本的考え方」（総論）は、「最も緊急を要する取組は、『未来への投資』として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力で整備すること」であり、「子育て費用を社会全体で分かち合い、こどもを生き育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている」と強調し、「全世代型社会保障の基本理念」として、以下の5点を提起しています（5-7頁。番号は二木）。①「将来世代」の安心を保障する。②能力に応じて、全世代が支え合う。③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする。

④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する。⑤社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む。

私は、少子化・人口減少が日本に限らず世界的趨勢であること、特に日本も属する東アジアの諸国・地域では少子化（出生率低下）が日本を上回るスピードで進んでいることを考えると、少子化対策の有効性（出生率低下の反転・急上昇）には疑問を持っていますが、この「基本理念」、およびこの理念に沿った取組を「時間軸」と「地域軸」の2つの視点から進めることには大賛成です。私は、特に「基本理念」の③が、社会保障における「消費」の重要性を繰り返して強調していることに大いに共感しました。

しかし、「報告書」からは、2013年報告書が強調していた「社会保障の機能強化」が、「こども・子育て支援の充実」を除いて消えており、今後の社会保障費増加を賄う「財源確保」の具体策・選択肢についてもほとんど触れていません。ただし、この点で構築会議を責めるのは酷で、「報告書」取りまとめ時期に、岸田首相が防衛費の対GDP比2倍化のための財源確保のために全力を注ぎ、社会保障の財源確保の議論が封印されたためと言えます。

しかも2013年報告書が、前年に当時の与野党（民主党と自民党・公明党）合意で成立していた「社会保障・税一体改革」（消費税率の5%から10%への引き上げによる安定税源確保）の具体化のためにまとめられたのに対して、今回の「報告書」は財源の裏付けのないまま、いわば片肺飛行で社会保障改革をまとめざるを得なかったという根本的違いがあります。

私自身は、コロナ感染爆発直後から、東日本大震災後の「復興特別税」と同様の「コロナ復興特別税」（仮称）を導入し、それを保健・医療の充実等に使うことを提唱していました(3)。しかし、「復興特別税」が防衛費倍増の原資に（私からみると）「流用」されることになり、この可能性がなくなったのは残念です。医療団体が以前から医療費増の財源として提案していたたばこ税増税も、防衛費増に使われることになりました。

### **こども・子育て支援と勤労者皆保険は評価できる**

各論の4つの柱のうち、「1. こども・子育て支援の充実」は、唯一「充実」を謳い、「将来的にこども予算の倍増を目指していく」としています(9頁)。私もそれに賛成ですが、そのためには数兆円の新たな財源が必要です。しかし、「報告書」は「恒久的な施策には恒久的な財源が必要」と抽象的に書いているだけです。

これの唯一の例外は、「報告書」に先だって岸田首相が公約した出産育児一時金を本年4月から50万円に引き上げるための財源で、「現役世代・後期高齢者の保険料負担額に基づいて、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入すべきである」と明言しています(10頁)。これは、「世代間対立に陥ることなく」「能力に応じて、全世代が支え合う」という「全世代型社会保障の〔第2の〕基本理念」に沿っているので、「制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮」(17頁)されるなら、私もこの方向に賛成です。

各論の「2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築」の中心は「勤労者皆保険の実現に向けた取組」です(13頁)。これらは国民皆保険・皆年金制度の実質化（対象拡大）と財政基盤の強化に資するため、私も賛成です。



## 医療・介護制度の改革

各論の「3. 医療・介護制度の改革」は、①医療保険制度、②医療提供体制、③介護、④医療・介護分野等におけるDXの推進の4区分です。

①のうち、「後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し」（賦課限度額及び所得割率の引き上げ）と「被用者保険間の格差是正」（17-18頁）は、応能負担は保険料を対象にして、窓口自己負担には適用すべきでないとの社会保険・社会保障の原則に照らせば、妥当と思います。私は応能負担を徹底させるために、保険料の賦課対象に金融資産を含めることも検討すべきと考えます。

①と逆に③で、介護保険料の応能負担の強化にまったく触れていないのは、岸田政権からの「先送り」要請があったためと推察します。④には特に新味はありません。

小さいことですが、③介護の項で、「報告書」は地域包括ケア（システム）について「**高齢者が**できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう…」と書いています（20頁）。これは、現在の地域包括ケア（システム）が対象を高齢者に限定していることの追認であり、「全世代型」地域包括ケア（システム）への「深化・推進」をめざしていないのは残念です。

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大学院教授。当時）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(4)。

この点とも関わりますが、「報告書」が地域包括ケア（システム）と地域共生社会を、それぞれ各論の3と4で別個に縦割りで論じているのも残念です。私は両者を統合し、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**のが現実的と考えています。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(4)。

### 「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は妥当

順番が逆になりましたが、②医療提供体制は全体の4分の3（72行中39行）を「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が占めます（18-19頁）。これはこの種の報告書としては異例です。

実は、2013年報告書も「かかりつけ医（診療所の医師）」については5回も言及していました。特に有名なのは、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」、「医療機関間の適切な役割分担を図るため、『緩やかなゲートキーパー機能』の導入は必要」という問題提起です（24, 35頁）。しかし、この問題提起に沿った制度改革はその後9年間行われませんでした。他面、実態的には、この間、地域医療構想と診療報酬改定による誘導、及び医療機関の「自助・互助」により、多くの地域で「医療機関間の役割分担」、機能分化と連携が相当進んだと思います。

「かかりつけ医」がクローズアップされた直接のきっかけは、昨年6月の「骨太方針2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との一文が盛り込まれたことです。それ

以降、「日本経済新聞」や一部の研究者・ジャーナリスト、指導的プライマリケア医はそれを「かかりつけ医の制度化」と読み替え・誤読し、さらに彼らの一部はイギリス流の登録制・人頭払い制の導入が必要・必至と主張しました(5)。

しかし、大山鳴動鼠一匹。「報告書」の提案はごく穏当なものに落ち着きました。「報告書」は6つの「制度整備」を提案していますが、私は以下の4つめの制度整備が一番重要と考えます。

「かかりつけ医の活用については、**医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる**。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設する…。(中略)また、**医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明すること**が重要である」(19頁)。

「報告書」の提案は、日本医師会が昨年11月に発表した「地域における面としてかかりつけ医機能を発揮する制度整備に向けた」提言とも大枠で共通しており、今後、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が進むと思います。社会保障審議会医療部会は「報告書」がまとめられた直後の12月23日に「医療提供体制の改革に関する意見」をまとめ、その中で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について、「かかりつけ医機能報告制度の創設」等、「報告書」よりもさらに踏み込んだ「意見」を述べています。

ここで一言。私は「報告書」を読んで、昨年5月に発表された「議論の中間整理」(5頁)に書かれていた、「**今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかる**などの課題に直面した」という(私から見て)不正確で、しかも診療所医師に侮蔑的とも言える表現が削除されたことに注目しました。なお、「総合病院」という名称は1997年施行(26年前)の第三次医療法改正時に廃止されており、法的には「死語」であり、公式文書に用いるのは不適切です。

「報告書」ではこれに相当する部分は、以下の中立的表現に変わりました。「コロナ禍での経験は、今後の高齢者人口の増加と生産年齢人口の急減を前にして、限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応することの必要性を強く意識させるものとなった」(17頁)。「議論の中間整理」の表現の削除理由は不明ですが、これにより今後、制度整備について医療者側と行政側、利用者側との冷静な対話が進むと期待できます。

#### 「『地域共生社会』の実現」で注目すべき3点—「ソーシャルワーカー等の確保・育成」等

最後に「4. 『地域共生社会』の実現」(23-26頁)について、簡単に検討します。私は、以下の3つの記述に注目しました。

**第1**は、2013年「報告書」と同様に、「住民同士が助け合う『互助』」という表現が使われた反面、社会保険という意味での「共助」がまったく使われていないことです。それどころか、従来の同種報告書で定番的に使われていた「自助・共助・公助」もまったく使われていません。

ちなみに、2013年報告書は、「共助」を「自助の共同化」と説明した上で、社会保険の意味で用いていました(2)。菅内閣時の「全世代型社会保障検討会議最終報告」は「共助」を(菅首相の

用法に合わせて?)「家族や地域」の意味で使いましたが、「互助」は用いませんでした(1)。

なお、報告書は「地域における支え合い機能の低下」を「人口減少が急速に進む地域」に限定していますが(23頁)、支え合い機能の低下は都市部でも生じており、「互助」に依存した「コミュニティー機能の強化」は困難であり、「公助」(国・自治体の財政的支援など)の強化も不可欠だと思います。私ごとで恐縮ですが、これは昨年4月に地元の町内会長をお引き受けし、「地域デビュー」した私の実感でもあります。

**第2**は、同じく政府の検討会の公式文書に初めて、「ソーシャルワーカー等の確保・育成」が盛り込まれたことです(24頁)。実は、厚生労働省の公式文書も、同省の社会福祉分野の検討会の報告書も、「地域力強化検討会最終とりまとめ」(2017年)を唯一の例外として、ソーシャルワーカーという用語の使用をほとんど(恐らく意識的に)避けています(6)。このような厚生労働省のソーシャルワーカー軽視を踏まえれば、「地域共生社会の実現」の「(2)取り組むべき課題」の「①一人ひとりに寄り添う支援とつながりの創出」に「ソーシャルワーカー等の確保・育成」が掲げられたこと、及び「来年度、実施・推進すべき項目」に「多様な専門性や背景を持つソーシャルワーカーの確保・活用のための取組」が含まれたことは、画期的と言えます(24頁)。このような記述が加わったことには、2020年に成立した改正社会福祉法の参議院附帯決議に、地域共生社会を実現するための重層的支援体制整備「事業を推進するに当たっては、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」という表現が含まれたことが影響しているのかも知れません(6)。

私は「ソーシャルワーカー等の確保・育成」の項で述べられている、「一人の人材が複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫」や、「学び直しや中高年の参加の促進」にも賛成です。しかし、「複数分野の資格の取得」には理想的にも実務的にも課題が多いので、医療・福祉の専門職団体や養成校組織の意見を踏まえ慎重に検討すべきと思います。実は、「医療・介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け」ることは、2016年の安倍内閣の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」に初めて盛り込まれました(7)。しかし、その後社会保障審議会各部会や各種検討会での公式の議論はほとんどされておらず、厚生労働省社会・援護局内で「水面下」の検討が進んでいるようです。

**第3**に、「『地域共生社会』の実現」の「取り組むべき課題」の第2に「住まいの確保」が掲げられ24行も記述されたことです(25頁)。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画期的です。これは、昨年6月の閣議決定「骨太方針2022」に「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」とチラリと、しかし初めて書かれたこと具体化とも言えます(4)。

私は、「報告書」が「住宅政策」ではなく、「住まい政策」という新語を、国レベルの報告書としては初めて用いていることも非常に重要と思います。日本の住宅政策は伝統的に「持ち家政策」偏重で、持ち家を購入できない低所得層への施策が軽視されてきたからです。それに対して、「報告書」は「②住まいの確保」の冒頭で、以下のように格調高く書いています。「今後、地域社会を取り巻く環境が変化する中で、独居高齢者、生活困窮者をはじめとする地域住民が安心して日々の生活を営むことができるよう、入居後の総合的な生活支援も含めて、地域住民の生活を維持するための基盤となる住まいが確保されるための環境整備が必要である」(25頁)。

なお、「地域共生社会」と異なり、「地域包括ケアシステム」には法律上の定義でも、5

本の柱の一つに「住まい」が含まれています（2013年の社会保障改革プログラム法第4条第4項及び2014年の医療介護総合確保推進法第2条第1項）。これに先立って、宮島俊彦前老健局長は、地域包括ケアシステムの「住まいとケア」について検討した際に、「低所得者の高齢者の住宅問題」の深刻さを詳細に述べ、「低所得者の住宅手当について、本格的に検討する時期を迎えている」等と先駆的に主張しました(8)。

ただし、「報告書」が、地域共生社会や地域包括ケアの実践で模索されている「街（地域）づくり」については、チラリとしか触れていないのは残念です。

## おわりに

以上、「全世代型社会保障構築会議報告書」の内容を、過去の類似の2つの報告書と比較しつつ、複眼的に検討しました。私は「社会保障の強化」に不可欠な社会保障費の財源確保は、厳しい国家財政に加え、岸田内閣が断行しようとしている防衛費倍増の財源捻出のためますます厳しくなる、しかも社会保障の各分野では「こども・子育て支援の充実」が「最も緊急を要する」とされているため、今後、医療費の財源確保はさらに厳しくなると考えています。

しかし、私はこのことを踏まえた上でも、医療関係者の間に根強い「悲観論」には与せず、今後も、「医療は安定的な成長産業」であり続けると判断・予測しています。私がこう考える理由は別に詳しく述べたのでお読みください(9)。

## 文献

- (1)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（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 92-104頁）。
- (2)二木立「社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し『プログラム法案』を批判する」『文化連情報』2013年10月号(427号)：16-22頁（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014, 46-57頁）。
- (3)二木立「コロナ危機は中期的には日本医療への『弱い』追い風になる」『文化連情報』2020年7月号(508号)：6-11頁（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 2-10頁）。
- (4)二木立「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」『文化連情報』2022年11月号(536号)：18-26頁。
- (5)二木立「『かかりつけ医の制度化』が閣議決定されたとの言説は二重に誤っている」『文化連情報』2022年12月号(537号)：16-24頁。
- (6)二木立「改正社会福祉法への参議院附帯決議の意義とソーシャルワーカー（専門職・団体）に求められる役割」『文化連情報』2020年10月号(第511号)：10-19頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 153-168頁）。
- (7)二木立「『ニッポン一億総活躍プラン』と『地域共生社会実現本部』資料を複眼的に読む」『文化連情報』2016年10月号(463号)：18-23頁（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房, 2017, 68-79頁）。
- (8)宮島俊彦『地域包括ケアの展望 超高齢社会を生き抜くために』社会保険研究所, 2013, 1

09-131 頁。

(9) 二木立「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営 悲観論を超えて」『病院』2023年1月号（82巻1号）：24-27頁。

[本稿は、『日本医事新報』2023年1月14日号に掲載した「『全世代型社会保障構築会議報告書』をどう読むか?」に大幅に加筆したものです。]

## 4. 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202回)(2022年分その11:7論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名:論文名・雑誌名 巻(号):開始ページ-終了ページ,発行年) [論文の性格] 論文要旨の抄訳±αの順。論文名の邦訳の [ ] は私の補足。

### <アメリカの小規模医療グループ及び地方病院の閉鎖の経済的影響(4論文)>

#### ○大きいことは良いことか? アメリカの小規模医療グループの精査

Is bigger better? A closer look at small health systems in the United States. *Medical Care* 60(7):504-511, 2022 [量的研究]

アメリカの医療グループの研究は医師が50人以上いる大規模グループに焦点を当てており、小規模グループについてはほとんど知られていない。本研究の目的は、小規模と大規模の医療グループの特徴、医療の質と費用を比較することである。医療グループは、一般的には所有関係または契約関係を通じて結合している医療提供組織(病院、医師診療所等)と定義されている。本研究では、医療グループのうち、傘下の医師診療組織が50人以上の医師を有するものを大規模グループ、同5~49人のものを小規模グループと分類した。なお、2018年にはアメリカの医師総数の51%が医療グループの傘下にある(*be affiliated*)と推計されている。

研究デザインは後方視的な繰り返し横断面分析であり、調査対象は2013と2017年に出来高払いのメディケア・サービスを提供していた大規模グループ(それぞれ468,479)と小規模グループ(同608,641)である。両グループの組織、医師等の医療提供者及びメディケア受給者(*beneficiary*)の特徴と地理的分布をメディケアと内国歳入調査庁のデータを用いて比較した。混合効果回帰モデルを用いて、両グループの各種の差を推計した(詳細は略)。

その結果、両グループとも2013年から2017年にグループ数が増加していた。両グループの地理的分布は大きく異なり、小グループは43.1%が郡部・小規模自治体(*rural areas or small towns*)に所在するのに対して、大規模グループではその割合は11.7%にすぎなかった。両グループを受診しているメディケア受給者の居住地についても同じで、小規模グループでは郡部・小規模自治体居住者が51.4%であるのに対して、大規模グループではその割合は15.5%に過ぎなかった(以上、2017年の数字)。合成質指標は小規模グループの方が低く(-0.52 SDs)、傘下医師数が75人になるまで、規模が大きくなると共に高くなっていった。総費用は両グループで差がなかった。以上から、小規模医療グループは地方(郡部)のメディケア加入者に対する役割が高まっているが、大規模医療グループに比べると質パフォーマンスという点では後れを取っていると結論づけられる。今後の研究で、質の差が生じるメカニズムを究明することが期待される。

**二木コメント**—アメリカの小規模医療グループの大規模医療グループと比べた特徴、医療の質と費用に焦点を当てた初めての研究だそうです。日本でも、アメリカの医療提供組織の紹介はほとんど大規模医療グループ中心ですが、アメリカでも地方(郡部)では小規模医療グループが現在でも健闘していることがよく分かります。ただし、本研究は医療グループを傘下の医師数で2分しており、病院数・病床数は調査していません。なお、「health syste

m) は、その実態を踏まえて、「システム」ではなく「グループ」と訳しました。

### ○アメリカにおける地方（郡部）の病院の閉鎖前後の【当該地域の】経済的アウトカムの変化：差の差法分析

Chatterjee P, et al: Changes in economic outcomes before and after rural hospital closures in the United States: A difference-in-difference study. Health Services Research 57(5):1020-1028, 2022 [量的研究]

アメリカでは2010年以降地方（郡部、非都市郡）の病院の閉鎖が加速していること、及び地方では医療部門の雇用が雇用全体の10%超を占めることが知られている。本研究の目的は、地方の病院の閉鎖前後の地域経済のアウトカムの変化を評価することである。2005年1月1日～2018年12月31日の地方の病院の閉鎖のデータは医療サービス研究シェプス・センターから得た。同じ期間の経済的アウトカムのデータは、労働統計局等から得た。研究デザインは2094非都市郡（「コアベース統計地域」コード5,6）を対象にした差の差法分析である。一次曝露（被説明変数）は、郡レベルの病院閉鎖である。一次アウトカム（説明変数）は郡レベルの以下の10指標である：失業率、雇用の人口対比、労働力参加の人口対比、1人当たり所得、総雇用、医療部門の雇用、障害プログラム参加の人口対比、サブプライム・クレジット・スコアと評価された要注意顧客の人口対比、人口1000人当たり破産申請総数、人口規模。

上記期間に地方の病院のうち104病院が閉鎖し、1990病院が存続していた。地方の病院の閉鎖は医療部門の雇用の有意な減少と関連していたが（-13.8%;95%信頼区間：-22%～-5.6%:p<0.001）、それ以外のどの経済的尺度とも関連していなかった。失業率、雇用の人口対比、1人当たり所得、障害プログラム参加の人口対比、及び総雇用については、病院閉鎖に先立って逆の趨勢が存在するとのエビデンスが得られた。これらの知見は様々な調整をしても頑健だった。以上から、医療部門の雇用減少を除けば、地方の病院の閉鎖と郡レベルの経済的アウトカムとの間には何の関連もなく、病院閉鎖が生じた郡では病院閉鎖前から経済的アウトカムは悪化していたと結論づけられる。

**二木コメント**—ほとんどの先行研究が、病院閉鎖後の経済的アウトカムを検討していたのとは異なり、閉鎖前の経済的アウトカムにも着目したのは優れていると思います。指摘されればその通りと言える「コロンブスの卵」的研究です。

### ○【アメリカの】地方（非都市郡）の病院の経済財的影響

Malone TL, et al: The economic effects of rural hospital closures. Health Services Research 57(3):614-623, 2022 [量的研究]

本研究の目的は、地方の病院閉鎖の経済的影響の最新の分析をすることである。2001～2018年の非都市郡の病院閉鎖の全米データを用いる。差の差法を用いて、病院閉鎖が郡の総所得、人口、失業率、労働力人口に与えた影響を推計する。上記期間において、病院閉鎖が生じた非都市郡とそれが生じなかった非都市郡の経済的影響を比較した。（用いた統計・資料の説明は略）。

非都市郡1759のうち、109郡（6.2%）で調査期間中に病院閉鎖が生じていた。病院閉鎖のなかった郡に比べて、病院閉鎖のあった郡では労働力人口は有意に減少していた（平均1.

4%減、95%信頼区間：-2.1%~0.8%）。定額払い(Prospective Payment System, PPS)の病院が閉鎖した場合、critical access hospital (1997年に地方病院閉鎖への対策として制度化。病床数25床以下、隣接入院施設と35マイル以上離れていることが条件)が閉鎖した場合に比べ、人口が有意に減少していた(平均1.1%減、信頼区間：-1.7%~0.5%)。それに対して、病院閉鎖が失業率に与える影響は郡によって異なっていた。以上の結果は、地方の病院の閉鎖はしばしば地域経済アウトカムに悪影響をもたらすことを示唆している。悪影響は定額払いの病院で特に大きかったが、閉鎖された病院が病院以外の医療施設(救急、リハビリテーション、外来医療等)に転換された場合、入院医療以外のサービスが継続して提供されるため、悪影響は弱められていた。

**二木コメント**—調査期間と調査対象は上記 Chatterjee 等論文と似ていますが、分析方法は(よくいえば)伝統的で、結果とその解釈は月並み、“Et alors (So what)?”です。

### **○[アメリ・テキサス州における]地方(郡部)の病院の閉鎖 民間医療加入者の[医療]利用と医療費への影響**

Andreyeva E, et al: Rural hospital closures Effects on utilization and medical spending among commercially insured individuals. Medical Care 60(6):437-443, 2022 [量的研究]

医療アクセスは、特に地方で課題であり続けている。2013年以降、アメリカでは地方(郡部)にある70病院が閉鎖し、地方での医療アクセスの障壁が高くなっている。本研究の目的は地方の病院閉鎖が民間保険に加入している地方居住者の医療費と医療アクセスに与える影響を明らかにすることである。病院閉鎖の影響を受ける地域の居住者と受けない居住者を対象にして、前後比較デザイン(pre-post design)を用いた。病院閉鎖と同時期に起こったのではない(noncontemporaneous)要素を調整するために差の差法を用いた。テキサス州に居住している民間保険加入者の個人レベルの2014-2014年の医療費請求データをメディケア・メディケイドセンター・医療サービス提供者現況ファイル等とリンクした。イベントスタディ(ある出来事が分析対象に影響を与えているか否かを調べる手法)を用いて、病院閉鎖前の趨勢を調べた。標本は、民間保険に加入し、テキサス州に住んでいる19-64歳とした。尺度として、総医療費と医療機関受診回数を用いた。

病院閉鎖後、テキサス州の地方(郡部。非都市郡)居住者の外来と救急外来受診回数は、病院閉鎖がなかった居住者に比べて有意に減ったが、総医療費には有意の変化はなかった。具体的には、外来受診回数と救急外来受診回数はそれぞれ13.3% ( $p < 0.1$ )、1.5% ( $p < 0.05$ )減少した。ただし、受診回数の減少は病院閉鎖後2年間に限られ、3年目には病院閉鎖前に戻っていた。異質性分析(heterogeneity analysis)の結果、病院閉鎖が生じた都市部の居住者の総医療費は1月当たり12.2ドル ( $p < 0.01$ )増加したことが分かり、この結果は医療費のサブカテゴリーでも同じだった。以上から、地方の病院閉鎖は外来・救急外来の有意な減少をもたらすが、医療費には影響しないと結論づけられる。

**二木コメント**—地方(郡部)の病院閉鎖の影響を、民間医療保険の医療費請求データで検証したことに新しさがあると思いますが、私には“Et alors? (So what?)”です。

<その他>



## ○ [スウェーデンにおける] 病院病床削減の健康コスト

Siverskog J, et al: The health cost of reducing hospital bed capacity. *Social Science & Medicine* 313(2022)115399, 9 pages [量的研究]

過去 20 年間、ほとんどの高所得国は病院病床を削減してきた。このことは効率改善のサインであり得るが、医療の質の低下を反映している可能性もある。本論文では、スウェーデンの全 21 「県」(region. 原語は Landsting. 歳出の 91% が医療関係) の標準化死亡率(千人当たり。以下、死亡率)と稼働病床数(千人当たり。以下、病床数)についての繰り返し横断面分析により、病院病床削減による潜在的死亡数の変化を推計した。2001~2019 年に、死亡率と病床数は全県で減少したが、病床削減が少なかった県は概して死亡率低下が大きく、これは 3 病床保持による 1 死亡減と同等だった。この推計は、条件をいろいろ変えても、潜在的交絡因子を調整しても安定しており、両指標間に因果関係があるとの推論を指示している。この結果は、スウェーデン医療では 1 病床保持により質調整生存年(QALYs)が 3 年延長しうること、及びその費用は 1 QALY 当たり 400,000 スウェーデン・クローナ(SEK. 40,000 米ドル)であることを含意する。以上の知見は、医療の限界生産性についての情報を与えると共に、財政制約の下で、新しい医療介入を行う際の機会費用推計を試みる実証研究の信頼性を支持している。

**ニホコメント**—斬新な視点の実証研究で、結果も興味深いと思います。ただし、2001~2019 年の県別の千人当たり病床数変化と標準化死亡率変化の相関図(図 3)をみると、データにはかなりバラツキがあります。なお、日本と異なり、スウェーデンの病院病床はすべて急性期病床であることに留意する必要があります。

## ○ 緊縮財政は高所得諸国における死亡率改善鈍化の原因か？パネル分析

McCartney G, et al: Is austerity a cause of slower improvements in mortality in high-income countries? A panel analysis. *Social Science & Medicine* 313(2022)115397, 8 pages [国際比較研究・量的研究]

多くの高所得国では、2010 年以降、死亡率改善が鈍化している。2007-2008 年の世界金融危機後、マクロ経済政策では緊縮財政が支配的になり、各国は政府債務の増加や赤字予算に対処しようとしている。本研究は 37 の高所得国の 2000~2019 年のデータを用いて、緊縮財政が死亡率の趨勢に与えた影響を推計する。様々な死亡率データ(寿命・余命、年齢調整死亡率(ASMRs)、年齢階層化死亡率及び余命の変動)を用いて、固定効果パネル回帰分析を行った。緊縮財政は、以下の 4 つの指標で測定した: Alesina-Ardagna 財政指数(AAFI)、景気循環調整済みプライマリ・バランス(CAPB)、実質指数化(real indexed)政府支出、及び GDP 対比の公的社会支出。

その結果、平均余命と死亡率の改善の趨勢の鈍化または悪化が、大半の国で見られ、その傾向はイングランド・ウェールズ、エストニア、アイスランド、スコットランド、スロベニア及びアメリカで顕著だった。この傾向は、全体的に男より女で強かった。AAFI と CAPB で測定した緊縮財政はすべての国で少なくとも一時期行われ、多くの国では 4 つの指標すべてで(特に 2010 年以降)緊縮財政が行われていた。政府支出と公的社会支出、及び CAPB で測定した緊縮財政は平均余命、ASMR、年齢調整死亡率および余命の変動に悪影響を与えていたが、AAFI とは関連していなかった。しかし、データセットが経済不況の期間、及び炭化水素

生産に支配されていない国に限定された場合、緊縮財政の4指標すべてが死亡率改善を低下させていた。以上から、死亡率停滞の趨勢と緊縮財政は高所得国で広く生じている現象であり、緊縮財政は死亡率停滞の趨勢の原因の可能性があると言える。

**二木コメント**—緊縮財政が各国の死亡率低下の趨勢を鈍化させ、一部の国では死亡率を上昇させていることを示唆した野心的な研究です。この研究は、**D・スタックラー、S・パス** 著、**橘明美・臼井美子**訳『**経済政策で人は死ぬか？—公衆衛生学から見た不況対策**』草思社, 2014 (原著 2013)を拡張させたものとも言えます。

## **○身体障害を持つ成人の外来リハビリテーションサービスの待ち時間を減らす戦略：体系的文献レビュー**

Dupuis f, et al: Strategies to reduce waiting times in outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: A systematic literature review. *Journal of Health Services Research & Policy* 27(2):157-167, 2022 [文献レビュー]

待ち時間を減らす効果的戦略を見いだすことは医療の多くの領域で重要な課題である。リハビリテーションサービスの長い待ち時間は障害を持つ人々にさまざまな悪影響をもたらす。本研究の主目的は、体系的文献レビューを行って身体障害を持つ成人の外来リハビリテーションサービスの待ち時間を減らすサービス再設計戦略の効果を評価することである。3つのデータベース (MEDLINE, CINAHL, EMBASE。サービス開始から 2021 年 5 月まで) を用いて、待ち時間を減らすためのリハビリテーションサービス再設計戦略を評価した比較研究を検索した。「混合研究法評価ツール」を用いて諸研究の方法論的質を評価した。ナラティブ統合を行った。

最終的に、基準を満たす 19 論文を選んだ。サービス提供の状況と対象はさまざまであったが、すべて先進国での研究だった。理学療法に関する研究が最も多く (11)、以下、作業療法 (2)、装具 (1)、運動生理学 (1)、学際的 (4) であった。方法論的質はバラツキが大きかった (高い 10、中間的 6、低い 3)。よく見られる欠陥は、再設計前の状況や対象の特性についての情報が欠けていることだった。7 論文はアクセス・プロセスまたは患者紹介マネジメント戦略 (例: 患者自身の自己紹介) を評価し、4 論文はサービス提供者の役割の拡大・変容 (例: トリアージ) に焦点を当て、6 論文は医療提供のモデルを変更していた (例: 介入方法)。外来リハビリテーションサービスの待ち時間短縮に効果があると期待される再設計戦略は以下の通りである: 医療サービスへの直接アクセスの導入、患者が自分で予約することの承認、補助的専門職の役割拡大、介入方法の変更 (集団訓練や遠隔リハビリテーションサービス)。ただし、本研究ではどの戦略が特に有効かまでは示せなかった。

**二木コメント**—テーマは非常に魅力的で、文献レビューのプロセスも丁寧に書かれているのですが、最後の効果判定は甘すぎると思います。

## 5. 私の好きな名言・警句の紹介(その 215)－最近知った名言・警句

### <研究と研究者の役割>

○ウォルター・ホランド（元 LSE Health and Social Care Center 教授。2017 年死去、88 歳）「君の一番重要な Audience は政策担当者だろう。忙しい政策担当者は、英語で書かれた論文を読む時間はあるのだろうか……。そんな時間は彼らにはないのではないかい。（中略）だから、君が日本の公衆衛生政策を考える上で大切だと思う論文は日本語で書きなさい」（松田晋哉『ネットワーク化が医療危機を救う 検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較』勁草書房, 2022, 299 頁。松田氏が同教授から受けた助言として紹介）。**ニホコメント**ー私も、ホランド氏と同じ趣旨で、友人のブランド大学の公衆衛生学・医療政策研究者に、厳密な実証研究の英語論を書くだけでなく、それを分かりやすく解説した日本語論文も書いてほしいとお願いしているので、大いに共感しました。

○内田樹（フランス文学者・思想家・武道家。石川康宏氏（経済学者）との往復書簡形式で『若者よ マルクスを読もう』（全 5 巻）を出版）「かつて我が師エマニュエル・レヴィナスの口から『マルクスの思想をマルクスの用語を使って語るのがマルクシスト (Marxist) で、マルクスの思想を自分の言葉で語るのはマルクシアン (Marxian) である』という独特の定義を聞いたことがある。この定義に従えば、私は『マルクシアン』である。そして、この立ち位置は『中高生にもわかるようにマルクスを説明する』という仕事にはまことに適切なものように思われる」（『AERA』2023 年 1 月 23 日号：5 頁、「中高生にもわかるように書く それほど易しい仕事ではない」）。この「独特の定義」は初めて知りましたが、新鮮でした。私は、マルクスよりもエンゲルスの方が好きなので、「エンゲルシアン」と言えるかも知れません（笑）。私は、彼の 26 歳時の次の言葉をずっと遵守して研究してきたきたツモリです。

○エンゲルス（19 世紀のドイツの革命家。マルクスの盟友）「ハインツェン氏の想定するところによると、共産主義者とは、核心としての一定の理論的原理から出発して、そこからさらにかずかずの帰結を引き出すところの、ある種の教義である。これはハインツェン氏のとんでもない思い違いだ。共産主義は教義ではなくて、一つの運動である。それは**原理からではなく事実から出発する**。共産主義はあれこれの哲学を前提とするのではなく、これまでの歴史全体、特殊的には、文明諸国における現在の事実上の諸成果を前提とする」（「共産主義者とカール・ハインツェン」（1847 年）『マルクス・エンゲルス全集第 4 巻』338 頁）。上記ゴチック部分は、『複眼でみる 90 年代の医療』（勁草書房, 1991）の序章「将来予測のスタンス」の副題として用い、本「ニューズレター」の「名言・警句」欄でなんども言及しました：131 号（2015）、143 号（2016）、179 号（2019）、192 号（2020）。

○鶴見俊輔（哲学者・評論家・政治運動家・大衆文化研究者。アメリカのプラグマティズムの日本への紹介者のひとり。2015 年死去、93 歳）「ジェイムズのプラグマティズムにおいてもっとも重要な特色は、『例外を愛する精神』である。何かの法則を示す場合にその当てはまらない事実はないかと根気よく探すし、もしそんな事実が見つければ、自分の顔がつぶれるにもかかわらず虚心に喜ぶという態度である。これは一つ一つの事実に溺れるような愛情からきている。（中略）生きてゆくためにはまず若干の自信を持たなくてはならぬ。し

かし自信ばかりで押し切っては、やがていつかは他人を害する立場に立つ。自分たちは、いつも自分たちの信念がある程度までまゆつぼものだと悟り、かくて寛容の精神を養うことができる。自信と疑問、独断主義と懐疑主義との二刀流によって、われわれは世界と渡り合うことにしたい」（『鶴見俊輔集1 アメリカ哲学』筑摩書房, 1991, 178頁。原著は1950年、鶴見氏が27歳時に出版）。二木コメントー最近、上野正道『ジョン・デューイー民主主義と教育の哲学』（岩波新書, 2022）を読んで感銘を受け、鶴見俊輔氏のこの著作を久しぶりに読み返して、上記の文章を「再発見」しました。私は以前からプラグマティズムの「可謬主義」（fallibilism. 鶴見氏は上掲書28頁で「マチガイ主義」と紹介）に惹かれており、そのためかレッテル張りが好きな人に時々「プラグマティスト」と誤解・揶揄されます（苦笑）。

#### <その他>

○櫻井翔（男性タレント、俳優、歌手、作詞家、司会者、キャスターであり、男性アイドルグループ・嵐のメンバー。40歳。日テレ系で2023年1月14日開始の「大病院占拠」に主演）「僕には僕の正義、誰かには誰かの正義があって。正解のない答えに苦悩する姿を見て、正義というもののもろさと、強さを感じてもらえたらと思っています」（「朝日新聞」2022年12月30日、「be 週間番組表 テレビ」。「大病院占拠」の肝となるのは「正義とは何か」という問いだとして、こう述べた）。二木コメントーこの説明は、私の好きな「正義の反対は悪なんかじゃないんだ。正義の反対は『また別の正義』なんだよ」と同じと共感しました（本「ニューズレター」51号（2008年）。「クレヨンしんちゃん」のお父さんの言葉）。

○若元春関（大相撲力士。2023年初場所で新小結に昇進し、4日目に初白星。弟の関脇・若隆景との実績の違いを自嘲的に語ることも多い遅咲きの29歳）「ネガティブじゃないですよ。現実主義と言ってほしい」（「朝日新聞」2023年1月12日朝刊。こう言って、周囲の目は気にせず、自分だけに集中する）。二木コメントーこの発言は、故梅棹忠夫氏の名言「私は自称『明るいペンミスト』です。悲観主義者ですよ。だけど、いつも気分は明るいんです。希望は捨てていませんよ」に通じると感じました。本「ニューズレター」79号（2011年2月）で紹介）。

○吉永小百合（日本を代表する俳優。77歳の今もトップスターとして輝き、核兵器のない世界や平和を願う活動にも積極的に取り組む）「『ずっと戦後であってほしい』『戦争だけは絶対に始めてはいけない』。2021年にお亡くなりになった作家、半藤一利さんの言葉です。（中略）半藤さんの言葉には、日本は二度と戦争をしないと世界に向かって宣言したのだから『ずっと戦後』のはずだ、戦前や戦中という時代はもう絶対に迎えてはならないという強い思いがあると思います。私も同感です」（『中日新聞』2023年1月1日朝刊、「吉永小百合さんが手渡したい思い」）。

○池上彰（ジャーナリスト）「新たな戦争など起きず、これからも『戦後何年になりました』と言い続ける世界にしないといけませんね」、ラサール石井（お笑いタレント・俳優）「そうです。『永遠の戦後』であってほしい」（『毎日新聞』2023年1月15日朝刊、「池上彰のこれ聞いていいですか」）。

## 6. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第21回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」59号 (2023年1月16日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私の奨めa/o好み

### A. 論文の書き方・研究方法編関連

○牟田都子『文にあたる』亜紀書房, 2022年8月。

…出版社に勤務後独立した人気校正者が、日々「ゲラ」(校正用の試し刷り)と向き合うなかで失敗したり悩んだことを、様々な作品の一節や文章を引きながらたんと語る。1冊の本ができていく上での校正の大きな役割が分かり、編集者の校正なしに論文等を(ウェブ上に)直接発表する恐ろしさがよく分かる。

○平尾昌宏『日本語からの哲学 なぜ<です・ます>で論文を書いてはならないのか?』晶文社, 2022年9月。

…副題は、<です・ます>体で書き上げある大学の紀要に投稿した論文が査読で却下された際に著者が抱いた疑問。哲学者である著者はこの疑問を執拗に掘り下げ、<です・ます>体と<である>体は全く異なった二つの世界像=哲学原理との結論に辿りつく。私は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』(勁草書房, 2006)以来、ほぼすべての論文を<です・ます>体で書いているので、副題に興味を持って拾い読みしたが、「スケールの大きな思考実験にして異色の哲学入門」にはついていけなかった。 **哲学オタク向きの本。**

○松澤裕作・高嶋修一編『日本近・現代史研究入門』岩波書店, 2022年10月。

…日本の近現代史を研究した(卒業)論文を書きたいと思っているか、「書く羽目に陥ってしまった人を、励ますために書かれた本」。2部構成。第I部は、テーマを決め、先行研究と史料を探し、読み、論文を書くというプロセスに即して解説。第II部では、さまざまな研究潮流を紹介。

○南塚信吾・他編『歴史はなぜ必要なのか 「脱歴史時代」へのメッセージ』岩波書店, 2022年9月。

…「過去」から教訓や示唆を得ようとする社会の姿勢が薄れている「脱歴史の時代」に抗して、現在の歴史は過去の歴史の蓄積の上に成り立っていることを第一線の歴史家9人が、身近な事例を通してわかりやすく解き明かす: 歴史を知ると村上春樹の小説はもっと面白くなる、なぜラグビーの日本チームには外国出身の選手がおおいのか等。

○ジューディア・パール、ダナ・マッケンジー著、松尾豊監修・解説、夏目大訳『因果推論の科学 「なぜ？」の問いにどう答えるのか?』文藝春秋, 2022年10月。

…伝統的な統計学では、RCT(ランダム化比較試験)を例外として、因果関係を論じることとは異端とされ、論文でも「相関が見られた」と書くのが「お作法」とされてきた。本書は、因果関係を無視してきた統計学の歴史と著者(パール)自身の研究関心の変化や失敗を率直に語りながら、著者が主導した「因果革命」=「因果推論」(その中核は3段階の「因果のはしご」、「因果ダイアグラム」とdo演算子)を用いれば因果関係を数学的に示すことは可能&示すべきと主張: モデルフリーでは「データは基本的には何も教えてくれない

い」。606頁の大著で、読み通すにはかなりの統計学的素養と忍耐が必要だが、**量的研究をしている者は挑戦すべき**と思う。ただし、本書はRCT以外の最新の「因果推論」手法には触れていない。

+○中室牧子・津川友介『「原因と結果」の経済学—データから真実を見抜く思考法』ダイヤモンド社, 2017&伊藤公一朗『データ分析のカー因果関係に迫る思考法』光文社新書, 2017。

…共に数式を使わない統計的因果推論の入門書で、相関関係と因果関係の混同を戒め、因果関係に迫る最新の統計的推論の手法のポイントを、実際の研究事例やごく簡単な図を用いて分かりやすく説明。前者は「経済学」と銘打っているが、中身は「統計学」で、経済学の知識は不要。後者はややアカデミック。両書とも、各手法の限界をキチンと示す。両書ともハウツー本ではなく、読んですぐ各手法を使えるわけではないが、統計手法の誤用や結果の解釈の誤りを防げる。

\*『「原因と結果」の経済学』は「エビデンス・ピラミッド（階層）」（49頁）に基づいて、エビデンスが高い順に、ランダム化比較試験、自然実験、差の差分析、操作変数法、回帰不連続デザイン、マッチング法、回帰分析について、医療と教育分野の事例を示しながら、解説。その際、各手法が「成立するための前提条件」を明快に書いている。私は、回帰分析を「エビデンスレベルが[もっとも]低い」としていることに注目・納得した。

\*『データ分析の力』は、まず、ランダム化比較試験（ビジネス分野では「ABテスト」と呼ぶこともあるそう）、RDデザイン（『「原因と結果」の経済学』の「回帰不連続デザイン」と同じ）、集積分析、パネル・データ分析の概略、強みと弱み等を解説し、次に「実践編」（第6章）で「データ分析をビジネスや政策形成に生かす」ためのポイント・鍵を書いている。最後に「上級編：データ分析の不完全性や限界を知る」（第7章）で、「データ自体に問題がある場合は優れた分析手法でも解決は難しい」等と警告。（以上、2017年8月10日に両書を日本福祉大学教員に紹介・推薦したメール。一部省略）

○黒川清『考えよ、問いかけよ 『出る杭人材』が日本を変える』毎日新聞出版, 2022年10月。

…UCLA、東京大学、東海大学の教授として教鞭を執り、日本学術会議会長、福島原発「国会事故調」委員長を務めるなどして、日本の学術・科学技術振興に貢献してきた黒川氏が、自己の「体験してきたことの振り返りを踏まえながら、日本社会への警告と提言のつもりでまとめた」書。全4章。日本の経済、大学教育と科学技術が停滞から凋落に向かっていくことを強調し、若者に「真のエリートを目指すなら**他流試合**に身を投じよ」と呼びかける（44頁）。著者の「**健全な愛国心**」（56頁）は私も共有するし、著者が強調する留学の効用も実体験からよく理解できるし、「他流試合」にも大賛成。「日本で最高峰とされている東京大学の学生たちがテレビ番組でクイズを反射的に解くを見て、『頭がいいね』などと言っているようでは話にならない」との指摘（帯封）にも大いに共感。しかし、「**実力主義**にもとづく激しい競争社会」を容認し、現行（社会保障）制度を「**極端な『弱者救済システム』**」（47頁）と否定することには疑問。全体に自慢話が多く、第3章の後半は粗雑な放談。

○茂木健一郎『脳は若返る』リベラル新書, 2022年11月。

…著名な脳科学者が、近年の脳科学研究に基づいて、「人間の記憶力は若者の方が優れている」との通説を否定。ワシントン大学の「シアトル縦断研究」によれば、認知力を測る6種のテストのうち、4種で高齢者の成績が20代よりもよかった」（36頁）、「最近の研究では脳トレは意味がない」（4頁）等。著者が書いている「いつまでも健康で若々しい脳を手に入れる」ための心の持ち方やヒントの大半は私も実行：「脳の強化学習」（41頁）、「大事なのは好奇心を持つこと」（54頁）、「社会とのつながりが資産」（66頁）、「ストレスを溜め込まない」（146頁）、「自分の好きなことをやる」（149頁）、「やる気がなくても、やれるように、習慣化する」（177頁）等。「おわりに」は「**嫌われる勇気を持って本音で生きれば長生きできる！**」（216頁）。「**年を取ったので記憶力が落ちた**」と思い込んでいる中高年は必読。

○増本康平『**老いと記憶 加齢で得るもの、失うもの**』中公新書,2018年

…高齢者心理学の立場から、若年者と高齢者の記憶の違いや、認知機能の変化など、老化の実態を解説し、「加齢によって記憶力は衰える」等の誤解や偏見を解く。知識の記憶（意味記憶）は文脈情報を伴っており、加齢に伴う低下がみられないとの実験結果を示し、「人生をつうじて獲得した知識は蓄積され続け、年を取っても忘れないし、それが知恵の基盤になります」（44頁）と強調。『脳は若返る』より学術的で参考文献も豊富。

+○南博編『**記憶術 心理学が発見した20のルール**』カッパブックス,1961。

…ルール1「**記憶できるのだという自信を持つこと**」等。私は1961年＝中学2年時にこの本を読んで以来、このルールを遵守しており、記憶力が落ちたと感じたことは一度もない。ちょっとした物忘れや勘違いはよくあるが、それは若い時から（人の話をよく聞かないため）。

○堂目卓生・山崎吾郎編『**やっかいな問題はみんなで解く**』世界思想社,2022年12月。

…「やっかいな問題(wicked problems)」とは、コロナ禍等、「立場や考え方により意見が異なり、『みんな』が合意できる解決策がなかなか見つからない」問題。それにより世界が危機に瀕するなか、目指すべきは「真の『共助社会』」である。この問題を解くためには、さまざまな関係者が取り組む「共創」が必要だが、大学が果たす役割は大きい。本書はこのような問題意識に基づき、大阪大学社会ソリューションイニシアティブが行っている研究プロジェクトの成果物・論文集で15人が執筆。私はこの本をみて、2003～2007年度の日本福祉大学21世紀COEプログラム「福祉社会開発の政策科学形成へのアジア拠点」（私が「拠点リーダー」）の2冊の成果物がほとんど売れなかったことを思い出した。

## B. 医療・福祉関連

○日本医師会監修・日本医師会総合政策研究機構企画総括『**Q&Aで承継のプロセスがよくわかる診療所のための医業承継（第三者承継）のてびき**』東京法規出版,2020年。

…地域医療を支える診療所等の存続が危ぶまれる状況が全国各地で広がりつつあることを踏まえ、医業承継が円滑に行われ、「社会的共通資本」としての医療が維持されていくことを願って、日本医師会総合政策研究機構が外部の専門家の執筆協力を得て作成した実務的手引書。譲渡側・譲受側のいずれにも役立つよう、Q&A形式（合計72）で記述。最後に成功・失敗事例（合計17）を具体的に示す。

○菊池馨実『社会保障法 第3版』有斐閣, 2022年6月(初版2014年、第2版2018年)。  
…法制度の解説・裁判例の動向・法理論の展開などを織り交ぜながら、歴史的経緯を踏まえ  
て社会保障の到達点を明らかにした大著(659頁)。第3版では、第1章導入部の記述を厚  
くしたとのこと。第2章第2款「憲法と社会保障の権利」の説明はバランスがとれている。  
**総論(第1章・第2章)は社会保障研究者必読と思う。**

○黒岡有子『権利としての介護保障をめざして 介護保険20年の問題点とこれから』学習  
の友社, 2022年6月。  
…黒岡氏は1989年に日本福祉大学社会福祉学部を卒業し、1990年からソーシャルワーカー  
として、2000年から介護支援専門員(ケアマネージャー)として、医療・福祉の現場で相談  
援助業務を行う傍ら、2015年に金沢大学で修士号を取得。その経験と学びを踏まえ、介護保  
険が医療・福祉現場や利用者・家族に与えた影響を批判的に一介護保険には構造的欠陥があ  
りそれが拡大しているという視点から一振り返り、社会保障のあるべき姿について問題提  
起。

○村田ひろ子「世論調査からみえる健康意識と医療の課題～I SSP国際比較調査『健康・  
医療』・日本の結果から～」『放送研究と調査』(NHK放送文化研究所)2022年9月号:  
20-40頁(ウェブ上に公開)

…NHK放送文化研究所も参加する国際比較調査グループが世界約40の国と地域の研究機  
関が、毎年特定のテーマと共通の質問文で行っている世論調査。2021年のテーマは「健康・  
医療」で、2011年に続いて2回目。以下、日本の結果について報告。調査は2021年11~12  
月に郵送法で実施し、有効回答1453人。私が一番注目したのは、コロナ感染拡大後2年近  
く経った時期であるにもかかわらず、日本の医師や医療制度に対する信頼が非常に高く  
(「信頼できる」は医師で7割、医療制度では9割!?)、しかも2011年(それぞれ60  
%、65%)より高まったこと。その上、「**コロナの感染拡大への対応は医療制度や政府に知  
する信頼を『高めた』が4割で、「低下させた」の21%を大きく上回る。**このことは、  
「日経」等の日本医療・医師会、厚生労働省に対するネガティブキャンペーンに対する有力  
な反証になっている。医療格差についての認識で、「高所得者が質の高い医療を受けられる  
のは『不公平』」と思う人が48%で、「公平である」の20%大きく上回っているが、半数  
には届いていないという結果の解釈はビミョー。私はこの結果は、「政府の保障する医療の  
範囲は、基本的なものに限るべきだ」という意見に対する回答(「そうは思わない」41%、  
「そう思う」20%)に対応していると感じた。「不公平である」と思う人の割合が、2011年  
調査の60%から12%ポイントも減っている点、特に世帯年収800万円以上(の高所得層)  
で52%から36%へと大きく減ったことについては、今後の推移をみる必要があると思っ  
た。

○出井紳一・他「(連載・作業療法を深める72 Patient Experience(PX)①) **患者中心の  
医療の実現に向けて一患者経験価値(Patient Experience: PX)の可能性**」『作業療法ジャー  
ナル』2022年12月号:1350-1355頁。(②は同誌2023年1月号)



…patient experience (略号PX. 準定訳は「患者経験価値」) についての、日本語で書かれた初めての(?) 連載・解説(の第1回)。PXは「患者中心性」を測る指標であり、イギリスやアメリカで2000年前後から注目され、政府主導のPX尺度の調査も行われている。PXは「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義され、測定するのは入院や外来において、患者が経験するさまざまなケアプロセス。日本では患者中心性の指標としては患者満足度(patient satisfaction) がよく用いられるが、これは単一のアウトカム指標で、しかも医療の質の改善につながりにくいとされている。2016年には「日本ペイシェント・エクスペリエンス研究会」も発足している。私は今までPXとPSの違いを知らず、2021年までは英語論文を抄訳する際、PXを「患者経験」と直訳していたが、2022年からは「患者経験価値」と訳すようにしている。

○「**社会保障改革 気になる財源 有識者報告 大学生が語る**」 「読売新聞」2022年12月28日朝刊(11面)

…猪熊律子編集委員の司会で、首都圏の大学で社会保障を学ぶ学生4人が「全世代型社会保障構築会議報告書」をどう読み、どんな政策を政府に期待しているのかを議論。彼らの意見は新聞各紙の解説よりずっと鋭い&自分たちの生活実感を率直に語っている。見出しにもなっている「少子化 仕方ない」は(女子)学生の本音と感じた。私も「報告者」が提起している「こども・子育て支援の充実」には賛成だが、少子化が世界的趨勢であることを考えると、それによる出生率低下の反転・急上昇は困難と思う。

○特集「**社会保障制度の未来から読む病院経営**」(企画・松原由美)『病院』2023年1月号: 16-66+1-7頁。

…14論文と香取照幸・松原両氏の巻頭対談。私も「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営 悲観論を超えて」を寄稿。一番の力作は松原由美「**社会保障と非営利組織としての病院経営をめぐる神話の検討**」で、以下の3つの「神話」を文献を明示して正面から批判: ①社会保障は経済の足を引っ張り、社会保障が充実すると人間がダメになるという神話、②医療・介護分野の生産性は低いという神話、③非営利組織としての病院経営をめぐる神話(利益を追求するという点では営利組織と同じという神話、営利企業を許さないから中小病院が多いという神話)。特に③は迫力がある。巻頭対談で香取氏も、社会的共通資本である「医療を市場にゆだねること」の弊害を具体例をあげて指摘し、吉田恵子「ドイツの社会保障制度と病院経営 医療の営利主義化によるリスク」はドイツ式包括報酬制度(G-DRG)導入により病院の営利主義化が進んだ結果生じた弊害をリアルに紹介。私は、対談で香取氏が「**地域包括ケアは、システムと言われていますが、提供者側のネットワークです**」と言い切っていることに注目・共感した。私自身は、2013年1月(10年前)から地域包括ケアの「実態は『システム』ではなく『ネットワーク』」と指摘している(『日本医事新報』2013年1月19日号→『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014, 第3章第1節)。

○加古洋輔「**人材紹介会社とのトラブルを回避するために**」 [医療機関で起きる法的トラブルへの対処法・第21回] 『病院』2023年1月号: 67-71頁。

…人材紹介会社とのトラブルを防止するための制度や人材紹介サービスを受けるにあたっての注意事項を述べたうえで、人材紹介会社に対する3つの裁判例を紹介し、トラブルが発生

した後に、人材紹介会社の責任を追及することは難しいと述べ、「各社の人材紹介サービスに関する情報をしっかりと収集し、…比較検討し、よりよい会社と契約することにより、トラブルを少しでも未然に防止するよう努める」ことを勧める。**看護管理者には参考になる？**

**○岡山雅信「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究をひも解く」『月刊ケアマネジメント』2023年1月号：36-40頁。**

…著者を責任者とする平成3年度老人保健健康増進事業の同名報告書（ウェブ上に公開。全142頁）の内容をベースにして、医療介護連携の課題と解決方法、コロナ禍の退院支援の影響、および退院チェックリストについて紹介。医療介護連携や退院支援の関係者必読と思う。

**○香取照幸・前田正子・宮本太郎「（鼎談）『全世代型社会保障』がめざすものと実現のために必要なこと」『月刊福祉』2023年1月号：12-21頁（発行は2022年12月9日）。**

…2009年以降政府の社会保障改革の議論に参加してきた宮本氏、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」を事務局として支えた香取氏等の鼎談。「全世代型社会保障構築会議報告書」の発表よりだいぶ前にされたと思われ、「報告書」の具体的内容にはついては触れておらず、総論的。一番印象的だったのは、宮本氏も香取氏も、安倍・菅内閣の「全世代型社会保障検討会議中間報告」と同「最終報告」にまったく触れていない（シカトしている）こと。宮本氏の、「社会保障と税の一体改革の頃はまだ負担を語る余裕があったけれど、現在はさらに厳しい状況になり、負担が増えるという話に拒絶反応が出るような状況になってしまっている」との指摘は重いと感じた。香取氏は「[社会保障改革は]もはや議論の段階ではなく、安定財源をどう確保して一元的・包括的制度にするかということに尽きます」と強調しているが、氏も構成員である「構築会議報告書」は安定財源には全く触れられなかった。香取氏の報告書についての（本音の）評価を聞きたいと感じた。

**○山崎史郎・権丈善一「（対談）社会保障改革の新たなステージが始まるー全世代型社会保障の展望」『社会保険旬報』2023年1月1日号：4-19頁。**

…政府の全世代型社会保障構築会議本部の総括事務局長を務める山崎氏と、全世代型社会保障構築会議の有力構成員の権丈善一氏が報告書の意義とポイント、及び全世代型社会保障の展望を、明るく、（私から見ると）超前向きに語っている。**報告書の背景と内容を理解する上で必読。**なお、おふたりは2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」作成でも重要な役割を果たした。上述したように、報告書は安定財源について触れていないが、対談の冒頭、「入口が社会保障改革、出口が財源」と割り切って（？）説明。上記『月刊福祉』でい談と同じく、両氏も、安倍・菅内閣の全世代型社会保障検討会議の2つの報告にはほとんど触れない（「方向性がちょっと違う」）。報告書の「医療提供体制改革」の大半を占める「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について、両氏ともなぜかまったく言及しない。逆に、私が「特に新味はありません」と評価した「医療DX」と「社会保障DX」の意義を詳しく解説。この部分は落合陽一氏の貢献が大きいとのこと。

**○池上直己「医療改革は実現するか」『社会保険旬報』2023年1月1日号：26-32頁。**

…医療政策研究の重鎮が、かかりつけ医機能制度、医療DX、医師の働き方改革、地域医療

構想の実現可能性を、**診療報酬の観点から分析**。かかりつけ医機能については、イギリスの GP 制度を「日本に導入するのは難しい」理由を説明するとともに、かかりつけ医登録制度が導入された場合、過去に「外総診 [老人慢性疾患外来総合診療料 (1996~2001 年度)] が導入された時と同じように、登録料の分だけ医療費が増える」と予測。私も同感。

### C. コロナ関連

○公募特集「コロナ禍から With コロナ時代へリハビリテーションの変化」『総合リハビリテーション』2022 年 12 月号 (50 巻 12 号) : 1418-1488 頁。

…雑誌発行以来初めて、以下の 4 つの視点別に投稿を特集し、13 論文を掲載。A コロナ対策のためにやめたこと・へらしたこと・減った患者数などと、その対応。B コロナ感染対策のために要したパーティション・PPE・消毒剤・部屋の改装などの具体的な量・コスト。C Web 利用での面会や訓練・指導など、コロナを契機に新たに始めたこと、その導入コスト。D 機器、動画の導入や、Web での勉強会、会議など、コロナ禍で弾みがついたこと、そのコストと利点など。ただし、実際にコストに触れているのは 3 論文のみ。

### D. 政治・経済・社会関連

○ダニー・ドーリング著、遠藤真美訳、山口周解説『Slowdown 減速する素晴らしき世界』東洋経済, 2022 年 7 月。

…20 世紀という「加速の時代」は人類の歴史における例外的な異常事態であり、現在やってきつつある「スローダウンの時代」がむしろ人類にとって当たり前の時代であることを、膨大な情報・データで繰り返し (冗長とも思えるほど) 示し、「スローダウンは歴史の終わりでも、救いの到来でもないが、ほとんどの人の生活はよくなるだろう」と主張。ピケティ『21 世紀の資本』は「経済がスローダウンしている」ことを示したが、本書はそれをより多面的に示す。「加速の国」アメリカを厳しく批判する一方、「日本やスカンジナビア諸国など、世界で最も平等な国」を高く評価: 「東京は、より広く言えば日本は、多くの点で、スローダウンの先頭に立っている」。ただし、第 11 章「大加速化が終わった後の暮らし」を含め、本書は今後の医療・社会保障についてはまったく触れていない。539 頁の分厚い本。

○オデッド・ガロー著、柴田裕之監訳、土井成紀『格差の起源 なぜ人類は繁栄し、不平等が生まれたのか』NHK 出版, 2022 年 9 月 (原題: The Journey of Humanity, 2022)

…著者が作りあげた (と称する) 人類発展の全過程の背後に潜む「統一成長理論」に基づいて、成長と格差の起源を一般読者向けに解説。ただし、本書の「格差」は国家・地域間の格差で、一国内の格差にはほとんど触れていない。第 1 部では、「生活水準は人類の歴史全体を通して少しずつ上がってきた」という長年の通説を否定し、200 年前までは、科学技術が生じてそれによる生産物の増加は人口急増で相殺され、1 人当たり所得 (生活水準) は停滞していたが (「マルサスの均衡 (畏) 」)、19 世紀初頭に突然生じた「産業革命」により、生活水準の急上昇が生じ、それが現在まで続いていると指摘。両方の原動力は「技術進歩と人口 (規模・構成) の間にある相互強化のサイクル」だ主張。第 2 部では、格差が生じた要因・仮説 (制度、植民地主義、文化、地理等) について多面的に検討し、最後に著者が見いだした (と称する) 人類の出アフリカ以降の、「アフリカからの移動距離が人間の多様性に与えた影響」を測定する山形曲線状の計算式を示す。この計算式はよく理解できない

が、「多様性」を説明する式であり、国家間・地球規模の「格差」とは別次元と思う。第1・2部とも、相関関係から交絡要因を除去して因果関係を推測するために、なんども「歴史の自然実験」を用いている。

上記2書はスケールの大きな本で、広い視野や幅広い教養を身につけるためには一読に値。

#### ○上野正道『ジョン・デューイー民主主義と教育の哲学』岩波新書, 2022年10月。

…20世紀前半のアメリカを代表する知の巨人で、日本の教育やソーシャルワーク等にも大きな影響を与えたデューイーの生涯と思想を、最新の研究成果に基づいて包括的に論じた初めての新書。教育・福祉の研究者・実践家必読。「リフレクション」(46, 104頁)や「アクティブラーニング」など、日本の教育・福祉分野でも強調されている方法も、デューイーが初めて用いたことが分かる。私は、デューイーの「相互依存」(interdependence)が、最近、原田正樹氏が提唱している「相互実現的自立」(interdependence)に通じるとも感じた(98頁。原著はデューイー『民主主義と教育(上)』(岩波文庫。78頁)。私はデューイーが、若い頃から様々な二元論・二項対立(教科か子どもか、個人か社会か、知識か経験か等)の克服を目指して、それらの相互作用・連続性を強調し続けたことに共感した。

デューイーはアクティブな「経験」(「問題状況から思考、探究、リフレクションをとおして確実な知識や認識へと至る動的で連続的なプロセス」106頁)を重視し、これは通常はプラグマティズムに共通する特徴と見なされている。しかし、意外なことに、「デューイー自身は、みずからの哲学を『プラグマティズム』と呼ぶことを一貫して避けた」(23頁)とのこと。実は、故宇沢弘文氏も、デューイーの「古典的な名著」『民主主義と教育』を高く評価した時に、「ジョン・デューイーはプラグマティズムの哲学者として知られているが、デューイーの思想はリベラリズムであるといった方が適切である」と指摘し、デューイーの思想を氏が確立した「社会的共通資本」の基礎の一つと述べていた(もう一つはヴェブレンの制度資本論。『宇沢弘文の経済学』日本経済新聞出版, 2015, 223頁)。

デューイーからは少し離れるが、私はプラグマティズムの「可謬的な真理観や知識観」(19頁。fallibilism)を一番評価している。なお、鶴見俊輔氏はこれを「マチガイ主義」と訳し、「自分並びに他人の意見を、常に、まちがっているかも知れぬものとして把握すること」と説明している(『アメリカ哲学』筑摩書房, 1991, 27-28頁, 原著は1950年)。

#### ○佐々木雄一『近代日本外交史 幕末の開国から太平洋戦争まで』中公新書, 2022年10月。

…1853年のペリー来航から1945年の太平洋戦争敗戦までの約100年間の外交史を、本文210頁余でコンパクトに描いた「通史」。本文の記述は簡潔だが、巻末の「文献案内」は充実(小さい活字の2段組で15頁)。日本の近代史を「外交」という窓から復習することができる。私は、弱冠35歳の著者が、草稿を1か月弱で一気に書き上げた筆力に驚嘆した。著者は、幕末から明治時代の日本の外交担当者たちが、国際社会を「力がものをいうが、ルールや規範も確かに存在する世界として、理解していた」(60頁)と指摘し、この視点を本書全体の記述でも貫いている。この複眼的視点は、医療政策の変遷を分析する上でも重要と感じた。年表を含め原則として西暦のみを用いて記述していることに好感を持った(凡例)。

○軽部謙介『アフター・アベノミクスー異形の経済政策はいかに変質したのか』（岩波書店, 2022年12月）

…安倍首相（当時）は、当初は金融政策偏重（「金融政策だけでデフレは解消できる」）だったが、任期途中（2016年頃）から財政政策・「分配」重視へと傾斜し、官邸を去って後はさらに財政政策重視の発言を強めていた。このような「アベノミクス」の構造変化について、関係者へのインタビュー（大半は匿名）、公文書、議事録、メモ、備忘録等を用いて、ほぼ時系列的に詳述したドキュメント。本書を読むと、政権・自民党内では、安倍政権時もその後も激しい党内論争が繰り返されていること、および最近、MMT（現代経済理論）的「積極財政派」・「上げ潮派」が勢いを増し、「財政健全派」議員や財務省は発言力を失っていることがよく分かる。前著『ドキュメント 強権の経済政策』（2020）同様、本書もアベノミクスが重点を「分配」にシフトしたことに注意を喚起しているが（前著172頁、本書223頁）、安倍政権の社会保障制度改革については触れていない。**アベノミクス検証の必読書。**

○濱口桂一郎「日本の賃金が上がらないのは『美德の不幸』のゆえか？」『世界』2022年1月号：90-97頁。

…日本の賃金が上がらない理由が、1970年代のインフレ・「高い日本」時代に、（右派）労働組合が「労使共通の課題」として受け入れた一連の賃上げ自粛の「美德」（生産性基準原理等）にあると指摘。「**生産性の誤解**」の項は、日本の医療・福祉の生産性が低いとの批判への反論にも使えると思う：製造業の「生産性」は「物的生産性」であり、勤勉に働くことによる生産性向上には意味があった。しかし、今やGDPの7割を占めるサービス産業、「とりわけ対人サービス業は生身の人間によるさまざまな行為自体が生産『物』であり」、その生産性は売られた価格で決まる「付加価値生産性」以外にない。「日本のサービス業の生産性が低いというのは、つまりサービスそれ自体である労務の値段が低いということであって、製造業的に勤勉に頑張れば頑張るほど、生産性は下がる一方である」。