

2023.7.1(土)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻228号)」 since 2005

228号の目次以下の通りです(8頁)

1. 講演録「地域共生社会の理念と現実、及び社会医学への期待」(『社会医学』40-1:39-48頁, 2023年3月) ……2頁
2. 講演要旨: 日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化—半年間の論争を踏まえて(「神奈川県保険医新聞」2023年5月25日号3面) ……2頁
3. 書評: 藤島一郎・責任編集『はじめてのリハビリテーション臨床倫理 ポケットマニュアル』(『民医連医療』2023年7月号: 59頁) ……5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(通巻208回: 2023年分その4: 6論文) ……6頁
5. 私の好きな名言・警句の紹介(その222) —最近知った名言・警句 ……2頁
6. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第26回) ……2頁

### お知らせ

#### 1. 本「ニュースレター」は次号(229号)から、原則として、毎月5日に配信します

本「ニュースレター」は、今まで、「二木教授の医療時評」が掲載される『文化連情報』の発行日に合わせて、毎月1日に配信してきました。しかし、同誌の発行が2022年9月号から毎月5日に変更されたことを編集部から教えていただきました(その旨、告示されていたのですが、私が見落としていました)。そのため、今後、「医療時評」を転載する「ニュースレター」は、毎月5日配信に変更します。転載しない時は、今まで通り、1日に配信します。

#### 2. 論文『骨太方針2023』の少子化対策・子ども政策と社会保障・医療制度改革方針をどう読むか?』を『日本医事新報』2023年7月1日号に掲載します。本「ニュースレター」228号(2023年7月5日配信)に掲載する予定です。

#### 3. 日本福祉大学大学院特別公開セミナーで「ハイブリッド講義」を行います(案内添付)。

○時: 7月9日(日) 13時15分~16時30分(90分講義×2)。

○所: 日本福祉大学名古屋キャンパス北館(JR中央線鶴舞駅下車)+zoomで同時配信

○テーマ: 複眼で読む今後の医療と医療政策

① 2040年に向けての日本の医療と病院: 予想と改革提案

② 日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化

<受講申込方法>

1. 本学大学院HPまたはメールにて、①氏名、②ふりがな、③連絡先(住所、E-Mail、TEL)、④職種名、⑤参加したい講義(例…第2講)、⑥受講方法(対面、Zoomのどちらか) ⑦本学院生の場合は学籍番号、をお申込いただく。

◇メール(大学院特別公開セミナー事務局): gp-event@ml.n-fukushi.ac.jp <mailto:gp-event@ml.n-fukushi.ac.jp>

#### 2. 受講料の振込

郵便振替(郵便局備え付けの用紙を使用)にて受講料(1講5,000円)をお振込みいただく。

◇加入者名: (学) 日本福祉大学、◇口座番号: 00860-8-017408

※通信欄には、「大学院セミナー受講料」と記載する。

3. 受講申込締め切り：セミナー開催日の5日前＝7月4日までをお願いします。

## 1. 講演録：地域共生社会の理念と現実，および社会医学への期待

(2022年8月27日名古屋大学医学部で開催された第63回日本社会医学学会総会の基調講演。  
『社会医学研究』40-1：39-48, 2023年3月15日)

### はじめに

#### ー自己紹介と私の「地域共生社会」・「地域包括ケア」

##### 研究

本日の講演では、主として地域共生社会の理念と現実について話し、併せて、社会医学と日本社会医学学会への期待を述べます。八谷大会長から当初依頼されテーマは「地域共生社会」についてでしたが、「地域共生社会」は「地域包括ケア（システム）」と密接に関わっているため、講演では両者を対比させながら話します。

本題に入る前に、簡単に私の自己紹介と「地域共生社会」・「地域包括ケア（システム）」研究について説明します。

1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業した「学生運動世代」です。当時は卒業生の大半は、卒業後母校の大学病院で研修をしていましたが、その道は選ばず、1972～1984年度の13年間、東京の財団法人（当時）代々木病院で常勤医として働きました。最初の2年間代々木病院で内科の初期研修を行い、1974年度、東大病院リハビリテーション部の研修医となり、上田敏先生の指導を受けました。その後、1975～1984年度の10年間、代々木病院で脳卒中患者の早期リハビリテーションの診療と臨床研究を行いました。リハビリテーションは、医療と福祉の接点にあるので代々木病院の**リハビリテーション医療チームには最初から医療ソーシャルワーカーも参加**していました。1982年、「脳卒中患者の障害の構造の研究」で医学博士号を取得しました。

代々木病院に就職した時点から、将来は「医療問題の研究者」になることを計画し、病院勤務の13年間、医師で医事評論家の故川上武先生の指導を受け、病院勤務医と医療問題・医療経済学の勉強・研究の「二本立て」の生活を続けました。

そして、医学博士号を取得したことが決め手となって、1985年度、日本福祉大学社会福祉学部教授に採用されました。当初の担当科目は「障害児の病理と保健」、つまり「障害児医学」でした。その後、専門を徐々に、リハビリテーション医学から医療経済学・医療政策研究（医療経済・政策学）に移行しました。1995～1996年度には「(公的)介護保険論争」に積極的に参加し、2006年度、「介護保険制度の総合的研究」（勤草書房, 2007）で第2の博士号（社会福祉学）を取得しました。

2013年度に日本福祉大学学長に就任し、その3年目の2015年に日本社会事業教育学校連盟会長に就任しました。それに伴い、**医療政策に加えて福祉政策の研究も本格的に始めました**。そして、2014～2022年の9年間に『安倍政権の医療・社会保障改革』、『地域包括ケアと地域医療連携』、『地域包括ケアと福祉改革』、『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』、『コロナ危機後の医療・社会保障改革』、『2020年代初頭の

『医療・社会保障』の6冊の単著を出版し、全著作で「地域共生社会」または「地域包括ケア（システム）」の分析を行いました（1-6）。本日は、これら6冊の本で述べたことを中心にしつつ、その後の最新の動きも盛り込んで話します。

## 1 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との「二重構造」

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。以下、4つの柱を立てて話します。

### （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。

「地域共生社会」は一部で「パラダイムシフト」と称されていますが、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（共生社会政策担当）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」。

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、昨日 [2022 年 7 月 26 日]、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・団体の中でこの言葉が大流行しました。しかし、塩崎氏が 2017 年 8 月に大臣を退任後すぐ「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）。その理由を一言で言えば塩崎大臣に人望がなかったからです。

先に述べたように地域共生社会の理念は一見崇高ですが、医療が含まれていません。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）。

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。

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」としています。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。

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。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（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、同感しています（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お話しします。

ここで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・援護局の所管ですが、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、山本真理社会・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いきます。先ほど述べた山本真理社会・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、「住宅支援は大変重要で、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。更に2022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**

次に、**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、現在では、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。

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）。

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。講演資料では省略しましたが、私は、『2020年代初頭の医療・社会保障』の第1章第1節で、「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。興味のある方はお読みください。

### **（3）「地域包括ケアから地域共生社会へ」、地域共生社会が「上位概念」、とは言えない**

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。一言で言えば、法・行政的には両者の関係はアイマイです。一般には地域共生社会が「上位概念」と言われていますが、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。

「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ります。ちなみに、woollyはwool (羊毛) によく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。この点について、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」と強調しています (5:128-129頁)。

#### (4) 地域共生社会づくりの現実的方法

最後に、地域共生社会づくりの現実的方法について述べます。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)。

そして、その際のキーワードは「多職種連携」で、専門職に限定していないことです。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。

## 2 社会医学(会)への期待

この点とも関わらせて、社会医学と日本社会医学会への期待を述べます。

日本の社会医学には、第二次大戦前から、「病気と貧乏の悪循環」に取り組んできた蓄積があります。現代的に言えば、これは「健康の社会的要因」(social determinants of health, SDH)への取り組みと言えます。私も、1974年度、約50年前にリハビリテーション医学の研修・勉強を始めた時に、疾病や障害を医学的側面からだけでなく、社会的側面からも把握することを、恩師の上田敏先生から叩き込まれました。

### 日本の「社会疫学」研究への疑問

しかし、現在、日本のSDH研究の主流となっている「社会疫学」は、このような「社会医学」の蓄積を無視・軽視し、(方法論では)アメリカの輸入学問的側面が強いとも感じています。

この点について少し古いですが、私は2013年に日本福祉大学健康社会研究センターが主催したシンポジウム「日本における健康格差と『健康の社会的決定要因』」の学長挨拶で、社会疫学研究への期待を述べた上で、次のように2つの苦言も述べました。

<私は、現在の社会疫学研究、「健康の社会的決定要因」研究には、2つの寂しさ、または疑問を持っています。

1つは、その研究で鍵概念の1つとなっている「ソーシャルキャピタル」、あるいは「ソーシャルネットワーク」や「絆」のプラス面のみが強調され、そのマイナス面（個人を共同体に縛りつける一方、異質な他者を排除する因習的側面）を無視または軽視していることです。公平に言えば、それらの概念が説明されるときにはマイナス面にも触れられることが多いのですが、ほとんどの実証研究ではそれらのプラス面のみが指摘されると思います。

もう1つの寂しさまたは疑問は、日本では第二次大戦前から「社会医学」とそれから派生した「農村医学」が、「健康の社会的決定要因」について着実に研究成果を積み重ねているにもかかわらず、それと現在の社会疫学研究が「断絶」しているように見えることです。しかし私は、医学、社会福祉学、あるいは経済学等、どんな学問分野でも、それぞれの学問の「歴史」を学ぶことは不可欠だと思っています。この点について詳しくは、私の恩師の故川上武先生の『現代日本医療史』（勁草書房、1965）や『日本の医者』（勁草書房、1961）をぜひお読み下さい。>

この点については、本講演の要旨を作成した後に、うれしい発見をしたので紹介します。それは近藤克則さん（千葉大学教授）が本年6月に出版した『健康格差社会【第2版】』が、第4章の「健康格差は過去の話か」の項（56-57頁）で、石原修等の第二次大戦前の社会医学の研究を紹介していることです（11）。2005年に出版されたこの本の初版は「健康格差社会」という用語・概念を日本に定着させた名著ですが、この点についての言及はありませんでした。

### 「健康の社会的決定要因」は不適切訳

なお、“Social determinants of health”は「健康の社会的決定要因」が公式訳とされており、先ほど紹介した学長挨拶のように、私も以前はその訳語を用いていました。しかし、2020年頃からはこの訳語は不適切と考えるようになりました。その理由を簡単に述べます（6:174-175頁）。

まず、英語的には、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。WHOはそのものズバリ、SDHを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である）。

内容的にも、「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ので、私はSDHを「健康に影響する社会的要因」または「健康の社会的要因」と訳すのが適切と思っています。

私には、個人の生活習慣が病気の「決定的要因」だと連想させる「生活習慣病」という用語と、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させる「健康の社会的決定要因」と



いう訳語とは、ベクトルは逆でも、極端だという点で共通していると思います。

### 「健康の社会的要因」に対する英・米・日の取り組み

次に、「健康の社会的要因」に対する取り組みは各国（英・米・日）で異なることを説明します。以下、拙著『2020年代初頭の医療・社会保障』の第5章第4節「健康の社会的要因の重視には大賛成。しかし、日本での『社会的処方』制度化は困難で『多職種連携』の推進が現実的だ」のエッセンスを述べます（6:168-175頁）。

まず、イギリスでは、国営医療（NHS）の下で、GP（一般医）の一部が「患者の健康やウェルビーイングの向上などを目的に、医学的処方に加えて、治療の一環として患者の地域の活動やサービス等につなげる社会的処方と呼ばれる取り組みを行う」ようになっています。社会的処方には様々なスキームが存在しますが、その肝は「リンクワーカー」と呼ばれる人材が介在することで、GPが患者をリンクワーカーに紹介し、リンクワーカーが当該患者に地域の活動やサービスを紹介しています。リンクワーカーは医療専門職とは位置づけられておらず、「元々なんらかのコミュニティ活動や福祉に従事していた人」、「地域のNPOで活躍していた人たち」等多様ですが、ソーシャルワーカーは含まれないようです。

よく知られているように、GPに対する報酬支払いは登録患者数に応じた人頭払いが原則で、GPは登録患者の治療だけでなく、予防・健康増進活動にも責任を持っています。この土壌の上に、イギリスではGP中心（主導）の「社会的処方」が普及しつつあるのだと思います。

それに対してアメリカには伝統的に、「生物医学モデル」に依拠する臨床医学と「社会モデル」に依拠する公衆衛生学との長い対立の歴史があります。しかし、最近では、臨床医学の側でも「健康の社会的要因」の重要性が見直されるようになっています。2020年、世界最高峰の臨床医学雑誌New England Journal of Medicineに、臨床医学と公衆衛生との「分極化に架橋する」論評が掲載されました。最近の動きで決定的だと思うのは、米国科学工学医学アカデミーが2019年に報告書「社会的ケアを医療提供に統合する」を発表したことです。本報告書は、「社会的ケア」を「健康関連の社会的リスク要因や社会的ニーズに取り組む活動」と定義し、その医療提供への統合を促進するための活動を提起すると共に、5つの包括的目標を示し、それを促進するための諸勧告を行っています。その際、医師・医療職の業務を拡大するのではなく、ソーシャルワーカー等の福祉職を活用し、それをメディケア・メディケイドの償還対象に加えることを提唱するとともに、「多専門職チーム」、多職種連携の重要性を繰り返し強調しています。30年以上、英文の医療政策・医療経済学関連雑誌20誌以上を毎号チェックしていますが、この報告が出された後、健康の社会的要因についての論文（実証研究と評論）が急増していることを体感しています。

日本では、健康の社会的要因にストレートに取り組む動きは、まだ、ごく一部の医師・医療機関に限られています。しかし、2000年前後から全国で草の根的に行われるようになり、厚生労働省も積極的に後押ししている「地域包括ケア（システム）」の先進事例で、患者・障害者が抱える社会的問題の解決に積極的に取り組んでいることに注目すべきと思います。その鍵が多職種連携であり、ソーシャルワーカーが「医療と社会（福祉）」をつなぐ上で大きな役割を果たしています。

健康の社会的要因に対する取り組みを含むものとして、もう1つ期待できるのが「地域共生社会」づくりです。先に述べたように、2020年に成立した改正社会福祉法には、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。地域共生社会と地域包括ケア（システム）の法的関係は曖昧ですが、今後は、両者を一体的に実施する市町村が増えると予想しています。

### 日本に「社会的処方」制度化の条件はない

以上、3か国の健康の社会的要因に対する取り組みを紹介しました。それにより、イギリスの社会的処方が「国際標準」でないことは示せたと思います。

個人的には、社会的「処方」という、医師主導を含意する用語に強い違和感があります。現行の医事法制と診療報酬制度の下で社会的処方を制度化するためには、診療報酬上、医師が行う社会的処方に何らかの「加算」をつけることが一番簡単ですが、医療以外の「社会的」領域にまで医師の処方権を拡大することは「医療化」（メディカリゼーション）そのものであり、現代日本の保健医療福祉改革（地域包括ケアや地域共生社会づくり）で鍵概念となっている「多職種連携」とも相容れません。

残念ながら、日本の大半の医師は、イギリスのGPのように、予防・健康増進活動や健康の社会的要因についての教育はほとんど受けていません。私は、今後、日本の医学教育でもこの領域の教育を強めることが不可欠だと考えていますが、それを抜きにして、診療報酬上の社会的処方「加算」を制度化すると、コロナ危機等により経営困難に陥っている診療所や病院の医師が「加算」により収入を増やすために社会的処方を乱発し、医療費が不必要に増える危険もあります。医療費抑制を至上命令としている厚生労働省が、そのような「加算」を認めることはありません。

そのために、実現可能性がない社会的処方の制度化を夢見るのではなく、法・行政的な裏付けを持って全国で進められている地域包括ケアや地域共生社会づくりの成功の鍵となっている多職種連携チームに医師、医療機関や医師会が積極的に参加し、チーム全体として健康の社会的要因への取り組みを強める方が合理的・現実的だと思います。

なお、2020年の「骨太方針」に「社会的処方」が明記されたことでその制度化が近いと期待している方もいますが、その後、政府内でもその動きは失速・迷走・あるいは「竜頭蛇尾に終わりつつある」ようです（12）。

その象徴は、社会的処方が「骨太方針2020」では『『新たな日常』に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進』の項で位置づけられたのに対して、「骨太方針2021」では、新設された「孤独・孤立対策」の項に移されたことです。しかし、その理由はまったく説明されていません。日本でも診療所医師が「予防・健康づくり、重症化予防の推進」に積極的に参加することには大賛成ですが、「孤独・孤立対策」に主導的に取り組むとの方針は現実離れしていると思います。ここにも、イギリス生まれの「社会的処方」を、日英の医療制度の大きな違いを無視して、安易に日本に直輸入しようとする一部の政治家、研究者や実践家の「腰の軽さ」が表れています（6:79頁）。

### おわりに

以上、地域共生社会と地域包括ケアの理念と現実を中心に述べてきました。最後に、社会医学の研究者と日本社会医学회가、戦前からの伝統を受け継ぎ、「健康の社会的要因」と

それを軽減するための実証研究を積み上げることを期待して、私の話を終わります。

## 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・社会保障改革』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ー理論と先進事例』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: 18-22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『TPP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) 近藤克則『健康格差社会【第2版】』医学書院, 2022.
- (12) 三原岳「『竜頭蛇尾』に終わった社会的処方 の 制 度 化 」 ニ ッ セ イ 基 礎 研 究 所 レ ポ ー ト, 2021年5月21日 (ウェブ上に公開).

## 2. 講演要旨：日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ 医機能の強化—半年間の論争を踏まえて

(「神奈川県保険医新聞」2023年5月25日号：2面。文責・事務局)

当協会政策部は4月18日、二木立・日本福祉大学名誉教授を講師に、「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化—半年間の論争を踏まえて」の演題で医療問題研究会をWEBで開催。医師・歯科医師64名、報道関係10名を含め、計94名が視聴参加した。

二木氏はプライマリケア充実による医療費節減は幻想であることを世界の研究成果をもとに反証。また、「骨太方針2022」に盛り込まれた「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を、登録型の「かかりつけ医」制の導入だ等とする誤解や議論の錯綜を解き、今国会提出の医療法改正法案は患者の自由な選択の「手上げ方式」での穏当な着地となったことを丁寧に解析。総合診療医を増やすことと、登録型の「かかりつけ医」の制度化は別次元であり、制度化は今後も不必要であり、実現しないと、日本の医療の歴史を俯瞰し提示した。

### 「かかりつけ医」制度化は医療費抑制に反し導入されず

二木氏は過去20年の実証研究の結論としてプライマリケアの充実で医療の質が向上することは確認できるが、医療費抑制が図れるとするものはない、逆に増加するとし、欧米の代表的な9本の論文を紹介。日本プライマリ・ケア連合学会理事長・草場鉄周氏が節減効果ありと『日本医事新報』で示した論文の粗雑さを二木氏が指摘し、氏も率直にそれを認めたことなどにも触れた。

その上で、「骨太方針2022」で「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとする誤解に話を展開。登録制、人頭払制が不可避と主張する、その理解は、骨太方針の「かかりつけ医機能」を「かかりつけ医」と我田引水で読み替えたに過ぎないと喝破。過去に一度たりとも政府の公式分文書で「かかりつけ医の制度化」は決定されたことがないし、岸田首相も「制度化」に言及していないと提示。峻別理解が肝要と説いた。

また「かかりつけ医機能」の向上に努めている「かかりつけ医」は、診療所、病院、診療科目の別を問うものではないと、日医と病院団体の合同提言の定義を引き強調。提言が地域保健や保健介護福祉連携などの「社会的機能」を定義に盛り込んでいる点は画期的だとも指摘した。

更には診療報酬でかかりつけ医機能を2014年に初めて制度化をした「地域包括診療料」の精神を当時の宇都宮医療課長の言に触れ詳述。24時間365日、一人で身を粉にする医師ではなく、働き方改革の観点から複数の医師により組織的に「かかりつけ医機能」を果たすことを後押する点数だと説明。眞鍋・現医療課長が今後の算定要件緩和に余地を残す発言をし、「かかりつけ医機能の強化」を診療報酬改定で対応する意向を示しており、登録型のかかりつけ医を念頭に制度化ではないと、釘を刺した。

### 保健所調整の感染症医療とかかりつけ医機能は別問題

二木氏はコロナ禍の経験を踏まえ、「平時」と「非常時（感染症有事）」の対策の区別を説くとともに、「かかりつけ医」制度化論者が非常時に速やかに対応できると主張していることへ反論。①コロナ

禍の初期は主に重装備の急性期病院の対応であり、プライマリケアの出番が限定的なのは世界共通、②自見参議院議員の岸田首相への国会質問のとおり、感染症法の規定により保健所が入院調整や発熱外来を限定措置する特殊事情に重ね、20年来の予算縮減で弱体化した保健所機能がパンクし入院困難、受診困難が発生、③フリーアクセスではない感染症医療と「かかりつけ医機能」を混同した議論や医療側の責任とする論は「誤りだ」と在宅医療の先駆者や橋本衆議院議員が指摘している、などを挙げた。

また、大病院への紹介状なし受診の際の「特別料金」請求により、「制限されたフリーアクセス」（山口育子COML理事長）となっており、現実には適切な役割分担が図られていると説いた。

### **英国のGPは待ち日数 10 日 コロナ禍で信頼は半減**

英国型の「かかりつけ医」、登録制・人頭払い制導入がされない理由も論述。①英国NHは全部税金、日本は社会保険で財政方式が違ふ、②医療費抑制が国是の日本で、逆に医療費増大を招く制度化はありえない、③フリーアクセスに慣れ親しんだ国民の大反対は必至。健保連調査の結果数字は、65%が厳しいアクセス制限に反対と示していると提示。英国のGP（家庭医）受診は平均待ち日数 10 日等と長いことを沈黙して理想化した主張は不公正だと指摘。しかもコロナ禍で受診待機日数が増え、英国でのGPへの信頼は半減した事実も明らかにした。

全世代型社会保障制度構築会議報告書にも触れ、「議論の中間整理」にあった、コロナ禍で「かかりつけ医」機能が十分に作動しなかった旨の不正確、侮蔑的な表現が消え、昨年 11 月の日医提言と大枠共通の穏当な内容で落ち着いたと紹介。「かかりつけ医」制度化の急先鋒が敗北宣言をしている、とした。

### **コロナ禍、日本医療は奮闘**

#### **評価高め、87%が信頼**

二木氏は、歴史的俯瞰の上で、▽医療制度改革は部分改革の積み重ねが本道であり、医療の質改善に医療費増加が要ること、▽医療制度は各国の文化・社会・政治経済的条件に規定され部分的移植は不可能なこと、▽医療は医師と患者の信頼関係と協働作業が基礎であり、医療者の自己改革が不可欠、と強調。

仏独との対比で、日本の診療所開業医の専門医機能が高いこと、仏独と異なり患者負担があるため包括定額・人頭払い制は不可能、逆に混合診療禁止で平等性が高いことに触れ、現実感をもって平時のかかりつけ医機能の強化を図るべきと提示。

感染症有事の非常時には事前に協定締結し医療機関の役割分担、体制構築が必要で昨年末法改正が行われたと紹介。コロナ禍での感染爆発で発熱外来がオーバーフローしたのであり、かかりつけ医の制度化があっても防げなかったこと、かかりつけ医が機能しなかったとの言説にエビデンスはなく、COMLの電話相談での受診お断りはほぼ皆無と強調。国際的に見ても日本の医療機関は奮闘しており、コロナ感染蔓延期に行ったISSP国際比較調査で、日本は医療制度を「信頼できる」が87%（前回2011年の65%）と高く、コロナ感染対応がその信頼を「高めた」が41%と、「低下させた」の21%を大きく上回っていると提示した。

### **かかりつけ医を持つのは権利、義務ではない 自由選択**

国会審議中の医療法改正案に触れ、かかりつけ医の制度化、登録制・包括払い・認定制は法案では

全て否定されていると教示。かかりつけ医機能の報告制度創設と院内掲示、継続的治療が必要な患者への書面等での適切な説明が法文化され、情報提供と患者の選択の自由が大幅に強化されると期待した。

ただし、かかりつけ医機能を①外来機能、②休日急患対応、③入退院支援、④在宅医療、⑤介護サービス等との連携と、施行規則レベルの具体的事項を法律本法に明示したことは、規制強化の梃になる危険があると警鐘。

昨年の医療部会資料に◎・○・×と医療機関ごとの星取り表が例示された際に、全機能の実施を求めるべきではない、特に休日・夜間対応は他医療機関との連携を認め開業医の長時間労働を予防すべきと感じたとした。

二木氏は、地域包括診療料の拡充や、日医の「かかりつけ医機能研修」修了者名簿の公開、予防・健康増進への公費補填への期待を表明。

「かかりつけ医を（必要に応じて複数）持つこと・選ぶことは国民・患者の「権利ではあるが「義務」ではないし、義務にすべきではない」「中小病院外来と診療所のフリーアクセスは今まで通り維持し、「かかりつけ医」を必要と感じる患者は自由にそれを選択すればよい」と結んだ。

### 3. 書評：藤島一郎・責任編集『はじめてのリハビリテーション臨床倫理 ポケットマニュアル』 医歯薬出版, 2023年2月

(『民医連医療』2023年7月号：59頁)

藤島医師は聖隷三方原病院と浜松市リハビリテーション病院で長年、摂食嚥下障害のリハビリテーション等に取り組む中で、リハビリテーションにおいても臨床倫理が不可欠であることに気づき、浜松市リハビリテーション病院で多職種参加の「倫理カンファランス（事例検討会）」を開催し、「一人で考える倫理」を「仲間と考える倫理」に高めるとともに、臨床倫理学会理事としても活動してきました。

本書はその成果をまとめた、日本初の（特に回復期）リハビリテーションの臨床倫理の生きた教科書です。類書と異なり、臨床倫理の基礎知識だけでなく、臨床倫理カンファランスの進め方等のノウハウを示し、さらに実際のリハビリテーション場面で経験した「悔しかった」24事例を「Jonsenの4分割表」（患者情報を【医学的事項ないし適応】【患者の意向】【QOLなど】【周囲の状況】の4つのいずれかに分類し整理）を用いて簡潔に示し、その大半に「Dr. 藤島の視点」（コメント）を付けています。個人ワークやグループワークで事例検討会を開催できるよう、各事例の事例検討シートのPDFデータを読者に提供するのも親切です。

私は各事例を「予定調和的」にまとめるのではなく、各職種が感じた「ジレンマ」や「悩み」等も率直に書き、しかも第7章で「それでもジレンマは残る」ことを強調していることに藤島氏等の知的誠実さを感じました。この章を読むと、臨床倫理は医療安全と密接な繋がりがあってもよく分かります（この点は、板井孝老郎氏が第4章「医療安全と倫理」で詳しく解説）。本文・コラムの執筆者の職種も多様で、本書が多職種連携の成果物であることがよく分かります。リハビリテーション専門職だけでなく、広く医療・介護・ソーシャルワークの従事者も得るものは多いと思います。

## 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 208)

### 回：2023 年分その4：6 論文)

#### ○『世界の社会的処方 異なる医療制度の文脈での社会的処方のグローバルな発展の世界地図』

Global Social Prescribing Alliance, et al (Khan & Giurca et al): Social Prescribing Around the World A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Context. National Academy for Social Prescribing, 2023 (パンフレット, 56 ページ。ウェブ上に全文公開) [国際比較研究]

「社会的処方とは何か？」について簡単に説明した上で、各国で社会的処方に取り組んでいる専門家へのオンライン半構造化面接に基づいて、世界 24 か国 (イギリス (UK) は、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの 4 か国扱い) における社会的処方 (運動) の最新動向・「ケーススタディ」を紹介。

これを読むと、社会的処方 (運動) が発祥の地であるイングランドを超えた広がりを見ていることが分かるが、イングランドのように国の医療制度 (NHS) に公式に組み込まれた国はまだごく限られていること、アメリカ等では社会的処方への関心が高まったレベルであること (19 頁)、そもそも国によっては社会的処方という用語を用いていないこと分かる。イングランドの社会的処方の鍵とされている「リンクワーカー」という呼称は必ずしも一般的ではなく、他の用語が使われているか、ソーシャルワーカーや看護師等の既存の専門職を活用している国 (ポルトガル、スペイン、オランダ、オーストリア等) も少なくないことも分かる。驚いたことに、イギリス全体 (上記 4 か国) では「リンクワーカー」には 75 の異なった名称が使われている (4 頁)。

日本の「ケーススタディ」では、西智弘医師と「社会的処方ラボラトリ」、埼玉医療生協病院 (埼玉協同病院)、及び石坂脳神経外科病院の活動が紹介されているが、「厚生労働省には医療、看護、疾病予防、住居、及び生活支援を、生活支援ワーカー (Seikatsu Shien workers (life support workers)) を通して提供する『地域包括ケアシステム』を確立する計画がある」との意味不明な記述もある。

**補足：**私は日本医師会「欧州医療調査団」の一員として、5月30日に、本パンフレットを作成したGlobal Social Prescribing Allianceの責任者 (Lead) であるBogdan医師のヒアリングに参加し、このパンフレットをいただきました。そこで、氏から聞いたイングランドの社会的処方についての話しは、日本で紹介されている社会的処方とはかなり異なっていました。私が特に興味を持ったのは以下の諸点です。

○社会的処方の背景として、患者・利用者負担のないNHSが医学的問題以外のあらゆる問題の窓口になっていることがある。

○社会的処方は、NHSの医師の負担を減らすために導入した。今まで医師がしていた仕事の一部 (社会的問題への対処) をリンクワーカーが行うことにより、医師は医療に集中できるようになった。

○社会的処方を提案した当初、医師は業務量が増えると反対したが、医師の負担を減らすために提案したと説明し、理解を得た。社会的処方後、59%の医師の業務が減ったとの調査も



ある。

- 「社会的処方者 (social prescriber)」はリンクワーカーを指す。「医師が社会的処方をする」との理解は間違い (この点は、何回も確認)。
- リンクワーカーの大半は診療所に雇用されており、その費用はNHSが補助している。
- リンクワーカーの大半は大卒で、看護師やソーシャルワーカー等の資格を持っている。無資格者の割合は30%以下。彼らの年収は約3万ポンドで、新卒理学療法士並み。
- 社会的処方が2019年に始まった時、リンクワーカーは1000人だったが、2023年には3400人になった。
- Bogdan医師は、社会的処方の導入により、GP診療の予約が大幅に減った (NHS費用も削減できた?) との試算も示した。このことは上記パンフレットの「結論」にもチラリと書かれている (53頁)。ただし、この点については慎重な評価が必要と思う。

### ○公的医療サービスにおける慈善の位置：イングランドのNHSトラストへの慈善的支援の不平等と持続性

Bowles J, et al: The place of charity in a public health services: Inequality and persistence in charitable support for NHS trusts in England. *Social Science and Medicine* 322(2023)115805, 9 pages [量的研究]

イングランドNHSの財政の大半は直接税に依存しているが、NHSへの慈善による収入の寄与はよく理解されていない。それについての調査は、マクロレベルでの所得と費用に限られている。現時点では、NHSトラストの部門 (sector) 別の違いや慈善の収入へのアクセス面でのトラスト間の不平等についてはごく限られた知見しかない。本論文は、NHSトラストの慈善による所得の総所得に対する割合 (以下、慈善所得割合) の分布についての新奇な分析を示す。イングランドの2000年以降のNHSトラスト数及びNHS関連慈善団体数についてのデータをリンクさせた時系列データセットを作成した。各トラストへの慈善所得は年による変動が大きいので、3年移動平均を用いた。最終年は2018～2020年で、コロナ禍による慈善所得急増はほとんど反映されていない。

分析の結果、慈善所得割合はトラスト間で差が大きく、総トラスト (217) では、0.1%未満が71、0.1～1%が129、1～10%が16、10%以上が1であった。6部門のトラストのうち、急性期病院トラストへの慈善的支援は、外来、地域、精神保健のトラストと比べると高いが、専門医医療を提供しているトラストよりはるかに低かった：慈善所得割合が10%以上、1～10%のトラストは、急性期病院トラスト (122) ではそれぞれ0,6であり、専門医トラスト (17) では1,9であった。ロンドンのトラスト (34) ではそれぞれ1,8であり、ロンドン外のトラスト (183) では0,8であった。

以上の結果は、慈善部門の医療ニーズに対する反応が不均一であるとの理論的主張を支持する稀な定量的エビデンスと言える。この結果は、慈善活動の重要な特性 (そしておそらくは弱点)、即ち「慈善的特殊性」 (philanthropic particularism. 慈善的支援が特定の問題・目的 (cause) に焦点化される傾向) の重要なエビデンスともなっている。この「慈善的特殊性」 - 異なる部門のNHSトラスト間の慈善所得割合の非常に大きな格差 - は時間の経過と共に顕著になっており、しかも空間的不平等 (特にロンドンのエリートトラストとそれ以外の地方のトラスト間の) も相当大きいことも示せた。

**二木コメント**—NHS トラスト全体及び 6 部門間の慈善所得割合の平均値ではなく、各トラストでの慈善所得割合の分布（の違い）を調査した実に丁寧・詳細な研究です。日本でも医療・福祉分野において、公的収入の補完または代替として慈善による所得が増える可能性があることを考えると、「慈善的特殊性」という概念は今後重要になると感じました。

### ○ドイツの病院計画への質指標の導入—結果は質の改善を示しているか？

Klein S, et al: Introduction of quality indicators in German hospital capacity planning -Do results show an improvement? Health Policy 133(2023)104830[量的研究]

ドイツでは、病院計画を支援するための質的データ利用が 2017 年に導入された。連邦合同委員会の委託を受けて、IQTIG（医療の質・効率研究所）は 11 の質指標（プロセス指標 9、アウトカム指標 2）を示唆し、臨床領域（婦人科手術、産科、胸部外科）のデータを収集・評価・報告するプログラムを開発した。2015～2022 年のデータの分析により、プログラム導入の効果を検証した。合わせて、病院計画への影響も検討した。

ドイツの総病院 1942 のうち、1084 病院（56%）が質評価記録を提出した。プログラム開始後、指標の結果はすべての臨床領域で改善し、統計的乖離と不適切な質との評価は減少し、これは質標準とデータの妥当性への遵守が向上したためだった。ただし、病院計画あるいは病院の配分への影響は生じなかった。ドイツでは病院の質データを病院の規制に用いるアプローチは発展途上であり、今後は、質と病院計画とのリンクを改善する法的手段の導入が推奨される。

**二木コメント**—ドイツで病院への医療の質指標の導入により質指標は改善したが、病院計画への影響はなかったとの結果は、日本にも示唆的です。

### ○医師の診察料と追加的料金の空間的依存性：フランスのエビデンス

Montmartin B, et al: Spatial dependence in physicians' prices and additional fees: Evidence from France. Journal of Health Economics 88(2023)102724, 24 pages [量的研究]

フランスでは、（医療保険で定められた協定料金を超える）医師の追加的料金が過去 20 年間に 3 倍化しており、医療の購入可能性(affordability)についての懸念が強まっている。本論文では、イノベーティブな構造的空間的分析枠組みを開発し、自由に請求する医師の料金設定行動についての新たな知見を得る。異質な医師を含む循環型都市モデルの閉鎖式解(closed-form solution)を、3 種類の専門医（眼科、産科及び小児科）4000 人を含む地理局所的(geolocalized)データベースを用いて、解いた。

その結果、3 種類の専門医とも、医師の追加的料金には正の空間的依存があり、医師密度が増加すると追加的料金も増加していた。この結果は、医師市場では料金は戦略的補完物であり、質の競争のインセンティブは小さいことを反映している。2 つの専門科（婦人科と眼科）では、料金と競争の尺度には正の関連があるとの潜在的な非競争的行動のエビデンスも得られた。これらの知見は、自由に追加料金を請求する医師の空間的集中が強まっている文脈では、追加的料金の引き上げを説明する主要なメカニズムを強調していると言える。

**二木コメント**—フランスの開業医の追加的料金設定についての興味深い研究ですが、24 頁もの計量経済学の大論文で、要旨と本文を拾い読みしただけでは、要旨は今ひとつ理解でき

ず、訳文もこなれないものになりました。本論文は、大枠では、アメリカで1970年代に見いだされ、その後大論争を生んだ医師誘発需要仮説（医師の地理的密度が高まっても、医師料金は下がらず、逆に高くなる）のフランス版に思えます。

### ○デンマークでの[病院の]救急部門の全国的再編成前後の再入院トレンド

Bogh SB, et al: Readmission trends before and after a national reconfiguration of emergency departments in Denmark. *Journal of Health Services Research & Policy* 28 (1):42-49, 2023 [量的研究]

デンマークでは他国と同様に人口高齢化に伴い救急入院が増加している。良質で効率的な医療を実現するために、デンマークの公立病院体制を再編成し、救急医療を行う病院を44病院から21病院に集約し、救急部門を強化した。デンマークの4地域の公立非精神科病院に2007年1月～2017年12月に入院した、18歳以上成人の非計画的入院を調査した。分割時系列デザインを用い、再入院率のトレンドの変化を検討した。救急部門再編成の全体的効果の分析に加えて、入院時刻及び平日・週末で層別化した分析も行った。患者特性と他の制度変更の影響を調整した。

その結果、退院後1週間以内の再入院率は2007年の2.6%から2017年の3.8%に増加し、30日以内の再入院率も同じ期間に8.1%から11.5%に増加していた。しかし、2017年の再入院率は、救急部門の再編成が行われなかったと仮定した場合の再入院率よりは低かった。再編成は7日以内再入院率を毎年1.4%、30日以内再入院率を毎年1%減らしたと計算された（ハザード比、95%信頼区間は略）。救急部門の再編成は再入院の上昇率を抑制したが、それにもかかわらず、再入院は調査期間中増加し続けた。病院と政策決定者は入院患者数を減らすための別の道を見いだす必要がある。

**二木コメント**—デンマーク（本土）の国土面積は日本の1割で、人口は580万人にすぎず、しかも病院はすべて公立であるため、救急部門の大胆な全国的再編成・強化が一気にできたのだと思います。しかし、それにもかかわらず、再入院率が漸増している事実は重いと感じました。

### ○公的医療保障が支配的な国【イタリア】の私的医療保険利用の地理的バラツキ

Gavazza M, et al: Geographical variation in the use of private health insurance in a predominantly publicly-funded system. *Health Policy* 130(2023)104720, 8 pages[量的研究]

イタリアの私的医療保険利用の地理的バラツキのエビデンスを示す。ある大企業が全従業員と退職者20万人以上に提供している私的医療保険の2016年の利用データベースを用いる。従業員1人当たりの平均請求額は925ユーロであり、これは1人当たり公的医療費の約50%に相当し、そのうち歯科医療が27.2%、専門医外来受診が26.3%、入院医療が25.2%であった。北部・中部と大都市圏の住民の請求額は、南部と非大都市圏の居住者より、それぞれ164ユーロ、483ユーロ高かった。供給要因と需要要因の両方がこのような大きな地理的格差を説明できる。本研究は、社会的、文化的、及び経済的条件が医療需要を形作っていることを明らかにし、政策決定者にイタリアの医療制度における大きな格差に取り組むことの緊急性を示唆している。

**二木コメント**—イタリアの南北格差が日本の都道府県格差よりはるかに大きいことはよく知られていますが、私的医療保険利用にもこれほど大きな格差があるとは驚きです。私的保険の医療費が公的医療費の5割にも達していることも驚きです。ただし、本論文で用いられているのはイタリアの巨大企業が提供する私的医療保険のデータなので、全国民レベルで見ると、私的保険の医療費の公的医療費に対する割合はかなり下がる可能性もあると思います。

## 5. 私の好きな名言・警句の紹介 (その222) —最近知った名言・警句

### <研究と研究者の役割>

○ピーター・バラカン (ラジオDJ) 「[ボブ・] ディランのライブって毎回、やる曲が違っていても彼の独特の雰囲気は基本的に同じなんです。好きな人と興味のない人ははっきりと分かれると思う。それでも、ディランは間違いなく進化している。人の期待に応えようとせず、自分のやりたいことをやり続けている。妥協のない人はやっぱり面白い」(「日本経済新聞」2023年5月6日朝刊、北村光「変化をやめぬ81歳の新天地」。2023年4月12日のディランの公演を聴いた感想)。二木コメントー私は現在も、現役教員時代以上に勉強・研究しているし、「自分のやりたいことをやり続けている」と自負していました。しかし、研究面については、毎月、連載論文を書くのが精一杯a/oそれに安住し、「進化している」とは言えない?と自問・反省しました。これを読んで、次の言葉を思い出しました。

○大村文子 (大村智氏 (ノーベル生理学・医学賞受賞) の母。小学校教員・当時) 「教師の資格は自分自身が進歩していることである」(「日本経済新聞」2016年8月3日朝刊、大村智「私の履歴書③」。智氏が小学生の時に見た母の日記帳に書いてあった言葉)。二木コメントーこの資格(条件)は、教師にも研究者にも不可欠と思います(本「ニューズレター」146号(2016年9月)で紹介)。

○藻谷浩介 (日本政策投資銀行地域企画部地域振興グループ参事役・当時) 「…小売販売額や課税対象所得額、あるいはこの先で使う国勢調査のような、確固たる全数調査の数字は、現場で見える真実と必ず一致しますし、お互いの傾向に矛盾が出ません。一致しないのは、得体の知れない世の空気だけです。こういう空気というのは、数字を読まない(SY)、現場を見ない(GM)、空気しか読まない(KY)人たちが、確認もしていない嘘をお互いに言い合っ

て拡大再生産しているものです。本当に問題なKYというのは『空気読めない』ではなくて、この『空気しか読まない』なのです」(『デフレの正体—経済は「人口の波」で動く』角川新書, 2010, 69-70頁。ゴチック部分を、藻谷氏が、『週刊新潮』2023年5月18日号の大西康之氏との対談「少子化対策の勝ち組 流山の何がそんなに凄いのか」(40-43頁)で引用。二木コメントー私は2010年に『デフレの正体』を読んだ時、この指摘に注目し、余白に「ニューズレター名言に使える!」と書き込んだのですが、紹介し忘れていました。

○ベン・フィリップス (経済格差を告発するオックスファムなどの国際NGOを率いてきた市民活動家。SDGsの目標に不平等の削減を盛り込ませる活動をしたことでも知られる) 「人々を動かすもの 進歩主義者には自分たちを感情よりも理性を、神話よりも数字と事実を重んじる人間と捉える傾向のある者が存在する。これは理解できるのだが、運動を成功させるための姿勢とは言えないし、社会変革を促進する方法としても間違っている。(中略) 私たちは人々を考えさせるだけでなく、泣かせ、笑わせ、怒らせ、希望を持たせ、高揚させ、決意をさせるような会話にもっと寛容になり、それを可能にする必要がある。

私たちはより賢い世界を目指す先生という役割を担うだけでなく、より良い、優しい、幸せな世界を目指す指導者でなければいけない。平等に対する闘いは理性的であるだけでなく、美しいものである」(山中達也・深澤光樹訳『今すぐ格差を是正せよ!』ちくま新書

2022, 209-210 頁)。二木コメント—これを読んで、1987 年＝ 36 年前に読んで、「目から鱗」だった、次の言葉を思い出しました。私は骨の髄まで「数字と事実を重んじる人間」ですが、数字と事実だけで多くの人を説得できないことは肝に銘じています。

○島田豊（哲学者・日本福祉大学教授。1997 年死去）「日本の民主主義を大事にする人たちは科学という言葉が愛されます。理性も好きです。知性もとっても好きです。ところが**感性という途端にうさんくさいと思う習慣**があります。しかし、巷では感性の時代だとか、センスがいいとかわるいとか、**感じることは考えることと同じ程度の重要性**をもって語られています。**わかることと感じることは同格であり、感性というの知性の低い段階というわけではない**のです。（中略）とりわけ、価値観というのは、日常生活では、感情の言葉でしか表現されません」（『文化の時代に—今日の考察』椋の木社, 1987, 16 頁。本「ニューズレター」52 号（2008 年 12 月）で紹介）。

○永江朗（作家）「**どんな本を読もうかと迷ったとき、古典の新訳を選ぶと高い確率で両書に当たります**。なぜなら、その原典は多くの人に長く読み継がれてきた名作であり、新訳は訳文を現代日本の読者に合わせてバージョンアップしたのだからです。（中略）新訳のほか『復刊』や『新装版』に注目してみるのも面白いでしょう」（『週刊エコノミスト』2023 年 5 月 30 日号：82-83 頁、「新訳は良書のしるし」）。二木コメント—私も、このことを近藤和彦氏訳の、E. H. カー『歴史とは何か 新版』（岩波書店, 2022）を読んだ時に感じました。ただし、不遜ですが、少なくとも 18 世紀以前の古典の多く（例：デカルト『方法序説』）については、1995 年に知った立花隆さんの次の独断（？）にむしろ惹かれます。少なくとも、立花氏の古典の 3 分類（予測）は普遍性があると思います。

○立花隆（ジャーナリスト・ノンフィクション作家・評論家。1940 年生まれ、当時 55 歳。2021 年死去、享年 80）「…文学の世界だけではなくて、**哲学書などでも、カントとかヘーゲルという 18 世紀から 19 世紀にかけて成立したお化けのような思弁哲学**というものは、やはり文学の世界におけると同様に、**歴史のふるい**にかけられると、結局は誰も読まなくなるたぐいのものではないかと思います。（中略）／で、**古典といわれるものは、どの辺で線を引くかが問題**ですけれども、結局、①最終的には**歴史家とディレッタントだけが読む対象として生き残ってゆくものと**、②時代を越えて**一般人が読んでゆくものと**、それから③もうディレッタントさえ読まない、**歴史書にタイトルだけは残っているが誰も読まない本**というふう**に別れてゆくだろう**と思います」（『僕はこんな本を読んできた』文藝春秋, 1995, 48-49 頁。本「ニューズレター」170 号（2018 年 9 月）で紹介。①～③は二木）。

#### <その他>

○杉下茂（プロ野球中日ドラゴンズの往年のエース。2023 年 6 月 12 日死去、97 歳。中国に出征し、捕虜経験もあり、生前、過酷な戦争体験から反戦の思いを訴えてきた）「**人の未来を奪う戦争は、何があっても二度と起こしてはならない。あのときのことを言葉にして残しておくのが、生き残ったわれわれの役目でもある**」、「**おかしいことをおかしいと言えない空気が悲劇を生んだ。誰もが自由に声を上げられる世の中、『そうじゃない』と批判ができる世の中をいつまでも残してほしい**」（「中日新聞」2023 年 6 月 17 日）。

## 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26回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」64号（2023年6月12日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/私好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○ジャン・E・プレゲنز『トップジャーナルに学ぶセンスのいい科学英語論文の書き方』医学書院, 2022年1月。

…日本の大学での長年のサイエンスライティング指導の経験に基づいて、「科学的な文章であっても、そこにストーリーがある」英語論文を書くための簡潔に伝授。本文142頁の薄い本で、しかも読みやすい。「付録」の「シグナルワード [文章の流れをコントロールする単語またはフレーズ] 一覧」は便利：◎◆×のランク付き。最近は、より端的・簡単な表現が好まれるようになってきたことを強調（私も同感）。**英語論文に挑戦する時は読むべき。**

○斎藤兆史『英語達人列伝Ⅱ かくも気高き、日本人の英語』中公新書, 2023年2月。

…嘉納治五郎、南方熊楠等、日本に居ながら工夫と努力によって英語力の基礎を身につけた英語の達人8人の列伝。彼らは「当たり前の学習法—『音読、素読、文法解析、辞書の多用、暗唱、暗記、作文』等—を、とてつもない時間をかけ、とてつもない情熱と根気を持って実践しただけ」（あとがき）。著者は、近年の「コミュニケーション重視の英語教育」、「ペラペラ英語推進派」、「小器用に英語を話すことに憧れる日本の英語学習者」を随所で痛烈に批判。著者の主張は**研究者に必要な英語力を身につけるためには正論**であり、私も作文以外は長年実行。「英語話者は、ほんとうに英語ができる外国人に対してはそういう [英語がうまいとの] お世辞を言わない。英語がうまいとほめられて喜んでいるようでは駄目だ」（51頁）は私の実体験でも分かる。**より進んだ英語の勉強をするための「副読本」・「教養書」。**

○井頭昌彦編著『質的研究アプローチの再検討 人文・社会科学からEBPsまで』勁草書房, 2023年3月。

…社会科学方法としての質的研究アプローチについて、特定の手法を絶対化せず、「他の研究手法との比較を視野に入れた方法論的議論」・対話を行った学際的研究会のまとめ。序章・終章を含め全12章。第1・2章は編者（哲学）が社会科学方法論の「古典」と考えている『社会科学のリサーチデザイン 定性的研究における科学的推論』（原著1994、訳書2004。キング、コヘイン、ヴァーバ著＝KKV）の解説とそれをめぐる論争の紹介。第3～9章は思想史、教育学、社会学、アクションリサーチ、政策学、エスノメソドロジー・会話分析、文化人類学における質的研究のあり方と分野事情の解説。第10章では統計的因果推論の整理を通して、量的研究がどのように質的知見に依存しているかが示される。終章は編者による論争の整理（以上、序章より）。ただし、編者の予想と異なり、執筆者の大半は上記KKV書に強く反発したとのこと（あとがき）。社会科学研究方法論の原理的検討に興味のある方向けの本で、まず序章（後半は各章の概観）読んで興味を持てば、全文を読めば良い。

### B. 医療・福祉・社会保障関連

○『医療白書 2022年版 DXがもたらす日本の医療の新潮流』日本医療企画, 2022年11月。

…副題に沿った論文は前半の特別企画（鼎談と【論稿】）だけで、後半の「オピニオン」は、働き方改革、医療ツーリズム、プライマリケア・コロナ対応等で、医療DXにはほとんど触れていない。前半も、「骨太方針 2022」で示された医療DXの政策的 3 本柱にまったく言及せず、医療DXを個々の医療機関の経営改革・業務プロセス改善のためのICT活用、「データヘルス改革」という意味で用いている。このことは一つの見識だが、医療には「余裕」・「冗長性」（特に人材面での）が必要であるとのコロナ禍の教訓には触れていない。本書で誰も、医療DXでマクロの医療費を抑制できると主張していないのは見識がある。

菊池亮医師（「ファストドクター」創業者・代表取締役）の「事例研究」は、医療DXにより（というよりICTを活用して）夜間・休日医療の効率化&患者サービスの向上を実現した超先進例で、「潜在需要の顕在化」により、医療費は間違いなく増えている。また、この「ビジネスモデル」は、日中は大学病院・大病院に勤務している医師を夜間の「待機」医師＝契約医として大量に（1500人も！？）確保できる首都圏等、大都市部でのみ実行可能と思う。松山幸弘『名ばかり医療DX』にならないための絶対的必要条件』の主張は大半が我田引水的空想だが、「**医療DXのインフラ整備には巨額のICT投資を一定期間続ける必要がある**」（104頁）との指摘だけは的を射ている。政府の公式文書も、他の医療DX推進論者もこの点にまったく触れていないが、新しい事業を始める際、費用対効果を検討するのは当然。

○JAHIS(保健医療福祉情報システム工業会) 編『医療情報システム入門 2023 病院の情報システムを基礎から学ぶ』社会保険研究所, 2023年2月(初版2008)。

…医療情報システムに初めて携わる方を対象にした入門書で、2020年版を3年ぶりにリニューアル。基礎知識から業界の最新動向（医療DX、データヘルス、オンライン資格確認、PHR [Personal Health Record. 個人の生涯にわたる医療や健康等の情報を経年的に管理・活用する仕組み]、HL7FHIR [電子カルテ情報の国際的な標準規格] 等)まで、図表を多用して、「現場感覚」で解説。全11章。第11章「地域医療システム」以外は、1医療機関で完結する医療情報システムについて解説。

○「医療データの利活用促進に関する提言 ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル」(事務局・日本総合研究所) 2023年2月9日(ウェブ上に公開)

…グランドデザインの構築、データ基盤の整備、データガバナンス実装の3本柱の包括的提案。「医療DX」という流行語を使っていないのは1つの見識と思うが、「データを活用し非効率な領域を改善することで経済的効果も見込まれる」との試算(18頁)は現実無視の机上の空論:「過剰病床」の削減(約2.2兆円減)と「長期入院」の削減(2.6兆円減)は、2015年に「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果」が発表されたとき、一部の研究者が、推計通りに2025年までに病床が削減されると仮定して試算した「捕らぬ狸の皮算用」とほぼ同じで、「医療データの利活用」とは無関係。しかも、その後8年で、介護療養病床の介護医療院への転換分を除けば、病床数はほとんど変化していない。

○立石清一郎「産業医が行うがん患者の就労支援」『日本医事新報』2023年5月6日号: 28-39頁。

…「治療と仕事の両立支援が広まった社会的背景」、「産業医が行う両立支援は就業能力の評価が基本」、「両立支援を行うに際しての留意事項」、「労働者が職場復帰する際の意思決定支援」をていねいに解説。産業医(医師)だけでなく、他の医療職・MSWにも有用。



**○三原岳「『かかりつけ医』の議論はなぜわかりにくいのか～昨年末までの論議を歴史から読み解く」『月刊／保険診療』2023年5月号：43-48頁。**

…「ゼミ通信」62号（2022年4月）で紹介・推薦した「基礎研レポート」の長大論文（2023年2月。36頁）を6頁に圧縮し、1985年の「家庭医構想」以降の40年間の「かかりつけ医（機能）」をめぐる議論を包括的かつ簡潔に説明。私は「基礎研レポート」の事実認識・スタンスにはかなり疑問を感じたが、本論文は「角がとれ」ており、スラスラ読めた。ただし、最後に「『医療の入口』を1カ所に絞ろうとしている問題意識は3カ国〔日英仏〕に共通して」と書いているのは三原氏の「主観的願望(wishful thinking)」：5月12日に成立の医療法改正には「『医療の入口』を1カ所に絞」る規定も方向も書かれていない。

**○特集「社会保障の財源はどこにあるのか？—適正な所得再分配のために」『月刊保団連』2023年5月号：3-35頁。**

…5つの論文・インタビュー。テーマは時宜に揃っているが、いずれも現行制度・政策の批判が中心で、「社会保障の財源」・「適正な所得再分配」の方策の具体的言及はない。伊藤周平氏は「消費税が社会保障財源として最も適していない」と主張し、犬飼淳氏は本年10月開始予定の「インボイス制度」の問題点を指摘。諸富徹氏は「多国籍企業の租税回避がもたらす深刻な税収減」を示し、最近の「多国籍企業への課税強化」の2つの動き（法人税率に関する最低税率導入とデジタル課税導入での国際合意）に注視。半田滋氏は防衛費の膨張で対米従属が加速すると指摘し、今後「増税や国債発行は避けられない」と予測。山口慎太郎氏は、子育て支援についての自身の研究と国際的動向を分かりやすく紹介し、意外な事実も示す：**現金給付により「子育てに使えるお金が増えると、量【もう1人子どもを持つ】ではなく、【子育ての】質の方に向かってしまう傾向が先進諸国に共通して見られ**る、日本の保育所の利用調整ではパワーカップル〔夫婦で正規雇用のフルタイム就労をし高学歴・高収入〕に「優先的に利用枠が回る」「本末転倒なことが起きて」いる等。ただし、若者の非正規労働者の結婚・出産が少ないことには触れていない。

**○田中秀明「異次元の少子化対策の財源を問う—社会保険料と税の比較」『社会保険旬報』2023年5月21日号：14-19頁。**

…田中氏は財務官僚OBで明治大学公共政策大学院教授。岸田内閣の「異次元の少子化対策」を「財源論も費用対効果の検証もなければ、たたき台は、思いつく施策を並べた『wish list』」と厳しく批判した上で、権丈善一氏の「子育て支援連帯基金」が契機となって、政府・与党が財源として検討している保険料や拠出金が問題な理由を5つあげる。さらに、税財源について、「将来的には消費税の引き上げも必要になるが…当面は所得税〔累進性の回復〕と〔金融〕資産税の引上げなどを優先すべき」と主張し、少子化対策や財源についてはフランス・ドイツ・オランダの経験に学ぶことを推奨。併せて、支出面での効率化も必要として、「医療の標準化、高所得者の基礎年金なども考えられ」と指摘。

私は、所得税の累進性の回復等には大賛成だが、社会保障の「財源は全員野球」（権丈善一氏）であり、そのためには少子化対策の財源の一部に保険料を用いることを否定すべきでないと考える。なお、権丈氏は子育て費用の社会化の財源としては「付加価値税（消費税）」がファーストベスト（最善）だが、それが難しいならば次善の策として…『子育て支援連帯

基金』が考えられる」と述べている（公明党 2040 検討委員会講演。公明新聞」2023 年 4 月 28 日）。医療の標準化で大幅な医療費抑制はできないことは、2000 年に指摘済み（『介護保険改革と医療保険改革』勁草書房, 2000, II-5「医療効率と医療の標準化」（145-158 頁：過剰診療の是正で医療費は抑制されるが、過少診療の是正で医療費は逆に増加））。

○一戸和成「**出産の保険適用にむけて**（有事斬然第 41 回）」『社会医療ニュース』574 号 3 面, 2023 年 5 月 15 日。

… 2026 年の診療報酬改定に向けて、出産費用の保険適用の検討が「トントン拍子で進んでいる」ことを踏まえ、その課題が「費用の透明性と医療機関の透明性」であることを、「**出産育児一時金（出産費用）に関する研究**」（後述）の結果を紹介しながら、強調。その上で、「**保険適用の考え方**」について述べ、保険適用する場合も「アメニティ部分については、差額ベッド代との整合性からすれば、一部選定療養とし、妊婦の自己負担が残る制度設計とするのが妥当だろう。それが地域差（物件費等相当分）として理解されるなら致し方ないのではないかと述べる。私もここが<落とし所>と考えている。最後に、「**出産と結びつく『結婚』をしたいと思います若者を増やす努力をしなければ、少子化の解決にはならない**」と結ぶ。この指摘にも大賛成。

○「**出産育児一時金（出産費用）に関する研究**」（令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（生育疾患克服等世代育成研究事業）…分担研究報告書。研究分担者：田倉智之）2022 年 3 月公開（国立保健医療科学院HPに公開）

…協力医療機関の正常分娩・異常分娩の 480 万件の医療費データ、公知の統計情報、妊婦（家族）に対するアンケート調査等を用いて、**出産費用の実態**を初めて明らかにした画期的調査（全 137 頁）。このポイントは、「**出産費用の実態把握に関する調査研究（令和 3 年度）の結果等について**」（2022 年 8 月 19 日第 152 回社会保障審議会医療保険部会・資料 5。全 11 頁）に示されている（「ゼミ通信」57 号（2022 年 11 月）で紹介）。

C. コロナ関連（今回はなし）

D. 政治・経済・社会関連

○杉谷和哉『**政策にエビデンスは必要なのか EBPMと政治のあいだ**』ミネルヴァ書房, 2022 年 3 月。

…京都大学の博士論文をベースにした研究書。全 3 部、序章と終章を含め全 12 章。第 I・II 部で、米国と英国と日本の EBPM（エビデンスに基づく政策形成）の起源と展開、現状を記述・比較・分析。第 III 部は EBPM の理論的検討で、第 9 章「**行政責任論と EBPM**」の 2 では「**行政責任論と医療におけるエビデンス論**」についてもサラリと検討している。本書の大半は総論的検討で、医療・社会保障分野での EBPM についての具体的検討はしていない。第 1 章で著者が**英国と米国の EBPM をそれぞれ「科学指向型 EBPM」、「実用指向型 EBPM」と対比**させているのは、私が 1994 年に「テクノロジー・アセスメントにも『国籍』がある」－「情報志向のアメリカ型」対「政策施行のヨーロッパ型」－と指摘したことと重なると感じた（『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 202-207 頁）。

○郡山幸雄・宮本幸一『**多数派の専横を防ぐ意思決定理論と EBPM**』日本経済新聞出版, 2023 年 3 月。

…医学（宮本氏）と経済学（郡山氏）の共通点から、「多数派が専横するのではなく、少数派の意見が尊重され、多様な意見が上手に集約された合意形成」を科学的に決める諸理論・手法を解説した意欲作。序章を含め全6章。第1～3章は、疫学における様々な実践例と理論を、第4章は集団的意思決定（CDM）の理論を紹介し、第5章でそれらを総括。私は「多数決には大きな問題がある」、「人のココロにひびく施策を選ぶ」等の指摘には共感するが、「社会制度も工学的に設計できるという、考え方」（いわゆる社会工学（social engineering））、「イデオロギーに左右されない数学的な議論や適切なデータ解釈といった共通言語を多くの人が身につけ、様々な立場の人が自分ごととして議論していく基礎を作ることは、時代や場所を問わずよりより社会的制度設計に資する」との考え（28頁）は超甘く、現実の政策形成や政策分析には使えないと思う。

○ベン・フィリップス著、山中達也・深澤光樹訳『今すぐ格差を是正せよ』ちくま新書、2022年8月（原著2020）。

…著者は経済格差を告発するオックスファムなどの国際NGOを率いてきた市民活動家。本書の内容は本のタイトルの通りの「社会運動本」。私は第1章の「**私たちはどうやって論争に勝ったのか？**」の項で、SDGsの開発目標の原案には「不平等」が含まれておらず、運動家の多くもそれを入れるのは無理とあきらめていたが、著者等の運動で2015年に不平等を減らすことが含まれたこと、同じ時期に、IMFやウォール街等も不平等の是正を正面から認めるようになったことが書かれていることが勉強になった（52-62頁）。と同時に著者は、現実には不平等の是正はそれほど進んでおらず、次の項で「なぜ論争ではなく闘いに勝たなければならないのか」について論じている。著者の前向き&ダイナミックなスタンスは、斎藤幸平『人新世の『資本論』』（集英社新書、2020。本「ゼミ通信」43号（2021年9月）で紹介）が「はじめに」で、「SDGsは『大衆のアヘン』である！」と高踏的・傍観者的・上から目線で断じていたのとは真逆と感じ、好感を持った

○宮川努「（インタビュー）宇沢弘文の『制度主義』経済分析が今こそ、必要とされている」『週刊エコノミスト』2023年5月2・9日号：52-54頁（聞き手＝佐々木実）。

…「ゼミ通信」63号で紹介・推薦した特別号「これまでの100年これからの100年」に含まれるインタビューで、**社会的共通資本についての最新の研究動向が分かる**。宇沢ゼミOBである宮川氏は、1990年代に宇沢先生から社会的共通資本の共同研究を誘われた時には断ったが、「コロナ禍を契機に社会的共通資本と真剣に向き合うようになった」。「自然」も「自然資本」と捉える宇沢氏の社会的共通資本論は、1990年代以降環境経済学で試みられている「**キャピタル・アプローチ**」を先取りしたものと言える。宮川氏の社会的共通資本の実証研究では、まだ試論的段階だが、「**教育部門、医療部門について『間宮仮説』[社会的共通資本が十分に蓄積されていないと、市場経済は不安定化し、不均衡状態を招く]が緩やかに成立する**」との結果が得られている（ただし、私には宮川氏が作成した図1・2とその解釈は「素朴すぎる」と思う）。

○特集2「もう一つの資本主義へー宇沢弘文という問い」『世界』2023年6月号：158－211頁。

…6つの座談会・インタビュー・論文・対談で構成。ただし、宇沢氏の社会的共通資本論を正面から論じているのは、**佐々木実・若森みどり・間宮陽介「（座談会）カール・ポランニ**

一と宇沢弘文『人間の自由』と『制度』をめぐって』のみ。私は次の3点が勉強になった：①宇沢氏の社会的共通資本論とポランニーの「経済人類学」には共通点が多い、②2人とも「デューイ的リベラリズム」の強い影響を受けている、③宇沢氏は晩年「コモンズという自治的な管理形態があることに気づき」、「徹底して個別のコモンズの事例、歴史的な事実」を調べていた。ただしいずれの論点についてもスケッチにとどまっているのが残念。松島齊「新しい資本主義、新しい社会主義」は、「社会的共通資本は社会における共有財産、つまり『コモンズ』に該当する」との理解に基づいて、「現行の資本主義に代わる新しいレジームとして『新しい資本主義』と『新しい社会主義』を提案し、『宇沢問題』への突破口を示す」ことを試みているが、序論・試論・スケッチのレベル。

○島田裕巳『教養としての世界宗教史』宝島新書, 2023年1月。

…私は無宗教・無神論だが、世界と日本の宗教についての「教養」は不可欠と思い、以前から宗教関係の教養書(not研究書)を幅広く読んでいた。本書は、私が今まで読んだ中でもっとも枠組みが広く、ユダヤ教、キリスト教、イスラム教、仏教、イランの宗教(ゾロアスター教、マニ教)、バラモン教・ヒンドゥー教、日本の宗教の歴史と教義、現状を簡潔に解説。ただし、キリスト教のうちプロテスタントの説明は弱い。私が特に勉強になったことは以下の通り：①同じ一神教でもユダヤ教とイスラム教には「原罪」概念がない、②著者はブッダの存在に否定的、③日本のキリスト教と韓国のキリスト教は相当違う、④先進国で宗教が衰退している背景には死生観の転換(高齢まで生きることが当然視されるようになった)が影響しているとの著者の指摘(おわりに)。

+○深井智朗『プロテスタンティズム 宗教改革から現代政治まで』中公新書, 2017年。

…1517年、神聖ローマ帝国での修道士マルティン・ルターによる呼びかけに端を発する、聖書の解釈を最重要視するプロテスタンティズム諸派の読み応えある通史。プロテスタンティズムは、ナショナリズム、保守主義、リベラリズムなど多面的な顔を持つことを示す。私は以下が勉強になった：①英語圏と異なりドイツでは今日も「プロテスタント」ではなく「福音主義教会」と呼ばれている(プロテスタントはルター達への「文句ばかり言う人々」というあだ名だった。vi頁)、②ルターは保守主義で彼の反ユダヤ主義の言説は、後にナチスに利用された(139頁)、③アメリカに渡った「新プロテスタンティズム」にはリベラリズムの色彩が強い(第7章)。ただし、現在のアメリカのプロテスタントで主流になっている「福音派」が極めて保守的で、共和党の強固な支持基盤になっていることには触れていない。

+○古屋安雄『なぜ日本にキリスト教は広まらないのか 近代日本とキリスト教』教文館, 2009年。

…国際基督教大学教会牧師、同大学宗教部長、教授を長年務めた著者が、日本プロテスタント・キリスト教の歴史を批判的に考察し、日本でのキリスト教受容の問題点を晋氏に探った本。書名は「キリスト教」だが、ほとんど「プロテスタント」のみを検討。これは雑学的知識だが、「戦前のキリスト教大学はキリスト教を隠して、時代や地名を大学の名前にしたものがほとんど」との指摘は目から鱗だった(143頁)。