

2024.1.5(金)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻234号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構ですが、**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、あるいは皆様の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掲載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

234号の目次以下の通りです(21頁+別ファイル)

1. 論文：現行地域医療構想を振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の課題を考える
(「二木教授の医療時評(216)」『文化連情報』2024年1月号(550号)：28-35頁+表は別ファイル) …2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻214回:2023年分その10:7論文) ……8頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その228) -最近知った名言・警句 ……13頁
4. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第32回) ……15頁

お知らせ

1. 論文「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—この間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえて」を『月刊/保険診療』2024年1月号(1月11日発行)に掲載します。

2. 論文「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案のどこが問題か？」を『日本医事新報』2024年1月13日号に掲載します。

これらは本「ニュースレター」235号(2024年2月5日配信)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。

3. 『COML』2024年1月号(401号)に、2023年11月18日に開かれ、私も講演した「COMLフォーラム医療フォーラム 徹底討論!!かかりつけ医機能」のレポートが掲載されます。「報告書」も後日発行されるそうです。

1. 現行地域医療構想を振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の課題を考える

(「二木教授の医療時評」(216)『文化連情報』2024年1月号(550号):28-35頁)

はじめに

浅沼一成医政局長は2023年9月27日の就任インタビューで、2040年に向けての新たな地域医療構想の検討を始めると宣言し、全世代型社会保障構築会議の議論では、従来の地域医療構想にかかりつけ医機能や在宅医療などの課題を盛り込んでバージョンアップする必要があると指摘されていると述べました(『社会保険旬報』2023年10月21日号:24頁)。厚生労働省は新たな地域医療構想の作成論議を2023、2024年度に行い、2026年度から稼働するスケジュールを立てているとも報じられています(Gem. Med 2023年11月13日)。

私は2015年3月に「地域医療構想策定ガイドライン」が公表されてから、継続的に地域医療構想についての厚生労働省の公式文書や新聞報道等について論評してきました(1-4)。本稿では、それらを踏まえて、2025年を目標年次とする現行の地域医療構想の9年間を、以下の7つの柱立てで振り返ります。①「2025年の必要病床数」の虚実、②回復期病床は不足していない、③病床機能区分見直しの必要性、④公立・公的病院再編計画の挫折、⑤地域医療構想は感染症対策を欠いていた、⑥病床削減で医療費は削減できない、⑦地域医療構想には「余裕」が必要。併せて、私が考える新たな地域医療構想の課題を述べます。

ただし、検討の対象は「病院」に限定し、地域医療構想に当初から含まれていた「在宅等」(介護施設や高齢者住宅を含む)、及び新たな地域医療構想に含まれる「かかりつけ医機能の課題」については除きます。

「2025年の必要病床数」の虚実

厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン検討会」は、2015年3月に、地域医療構想を策定するための手順や考え方、実現のための方策を示した「地域医療構想策定ガイドライン」(以下「ガイドライン」)を公表しました。「ガイドライン」には、医師会・病院団体の主張に配慮した柔軟な記述が多く、「(医療機関の)自主的な取組」が18回も使われていました。

病院経営者や医療運動団体の間では、地域医療構想により、今後病床が大幅に削減されるとの不安が根強く聞かれましたが、中川俊男日本医師会副会長(当時)は、「病床削減の仕組みではない」と繰り返し強調しました(1:42頁)。厚生労働省も、現在に至るまで、公式文書では病床削減には触れていません。そのためもあり、当初、地域医療構想の新聞報道は低調でした。

地域医療構想が一般紙でも大きく取り上げられたのは、2015年6月に政府の社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第1次報告が「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)」(以下「2025年の必要病床数」)を発表した時でした。この推計では、現状(2013年)の病床数134.7万床(医療施設調査)に対して、「2025年の必要病床数」は115~119万床程度とされました。そのため多くの新聞が2025年に向けて病床が20万床削減されると報じ、病院経営者の間に不安が一気に広がりました。

しかし、実はこの「推計結果」でも、「現状」の数値としては、2014年の「病床機能報告」の1

23.4万床も併記されており、これと比べると病床数の必要削減数は8~4万床にとどまりました。

その後、2017年3月に全都道府県の地域医療構想がまとまり、全国の2025年の必要病床数は119.1万床に確定しました(4:85頁)。これと23.4万床との差はわずか4.3万床にすぎません。この程度の差は、非稼働病床(休眠病床)の取り消しと介護療養病床等の介護医療院への転換・非病院化により、簡単に達成できる数字でした。

「2025年の必要病床数」には「休眠病床数」は明示されていませんでしたが、『平成29年版厚生労働白書』(315頁)は、「足元の病床機能(2015年7月現在)」133.1万床のうち、8.7万床が「休眠等」であることを初めて示しました【注1】。介護医療院の療養床数は2023年6月30日時点で46,848床に達していますが、そのうち39,047床(83.4%)が病院病床からの転換です(厚生労働省老健局老人保健課「介護医療院の開設状況について」2023年8月25日)。

実際に、2021年の病床機能報告による病床数は121.0万床であり、2025年の必要病床数119.1万床との差はわずか1.9万床にすぎず、2025年の目標はほぼ達成されると見込めます(『令和5年版厚生労働白書』295頁)。直近の2022年度の病床機能報告の病床数は119.9万床であり、すでに2025年の必要病床数119.1万床とほぼ同水準になっています(図。2023年11月9日第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料1,29頁「2022年度病床機能報告について」)。

回復期病床は不足していない

ただし、これは病床総数についての話であり、病床機能別にみると、高度急性期病床と急性期病床は過剰で、回復期病床は大幅に不足しているとの主張もあります。2022年と2025年の差は、それぞれ+2.7万床、+13.2万床、-17.6万床です。

しかし、現実には急性期病床と「報告」されている病床には実質的に回復期の機能を果たしている病床が相当含まれることはよく知られており、急性期と回復期を峻別することに意味はないと思います。

一般には「回復期」には「回復期リハビリテーション病棟」とすべての「地域包括ケア病棟」が含まれていると思われていますが、それは誤解です。「病床機能報告制度」では「地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、**主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択する**」とされています(「令和5年度病床機能報告の実施等について」4頁、2023年5月25日)。

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ座長で、病院の実態を熟知している尾形裕也氏も、急性期病床は過大、回復期は過少との主張は「『見かけ上』のアンバランスである」と批判し、「奈良県が採用したいいわゆる『奈良方式』における重症急性期・軽症急性期の区分を適用すれば、こうしたアンバランスは相当程度解消する」と指摘しています(5)。

なお、私は一部(?)大学病院がすべて~ほとんどの病床を「高度急性期病床」と「報告」しているのは不適切・恠性であり、実際の病床機能に合わせて「高度急性期病床」の「報告」を減らせば、高度急性期病床の見かけ上の「過剰」は解消されると思います。

病床機能区分見直しの必要性

私は、2040年に向けての新たな地域医療構想を検討する際は、急性期病床と回復期病床、さらには軽症救急医療を行っている慢性期病床を含めた、病床機能区分の見直しが不可欠になると思

います【注2】。織田正道氏（全日本病院協会副会長）も、2023年5月25日第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループで、「回復期が足りないということは、実際のところ、無いのではないかと述べた上で、「（医療機能区分の）4つの機能を改めていかないといけない」と主張しています。

この点で、もっとも踏み込んだ問題提起をしているのは、古城資久氏（第22回日本医療経営学会学術集会会長）です。古城氏は、人口の急速な高齢化により「患者にとって適した病院は変化しつつある」として、高度急性期→急性期→回復期→慢性期へと患者が一方向的に紹介されると想定した現在の医療連携モデルを批判し、次のように述べています。

「今後必要なのは、軽症～中等症のcommon diseaseを取り扱う比較的軽装備の急性期病床ではないか」。高度急性期以外の「急性期、回復期、慢性期病床はそれぞれ単独の機能で病院を成立させず、急性期病床に医療資源を多く充てる複合型、回復期病床に医療資源を多く充てる複合型、慢性期病床に医療資源を多く充てる複合型と分化することが今後増加する患者にとってはより適した病院の機能分化と連携ではないか」（6）。古城論文は、新たな地域医療構想を考える上での必読文献と思います。

公立・公的病院再編計画の挫折

地域医療構想、特に「2025年の必要病床数」は、2015年の発表後、2回挫折を経験しました。第1の挫折は、厚生労働省が、2019年9月に、今後再編統合を検討すべき公立・公的病院として424病院を公表したものの、自治体病院・自治体関係者の猛反対を受け、すぐにそれを事実上棚上げしたことです。

しかも翌2020年に突発したコロナ感染爆発で、再編統合の対象とされた病院を含め、自治体病院の多くが積極的役割を果たしました。吉田学医政局長（当時）は2020年6月9日の衆議院厚生労働委員会で、以下のように答弁しました。①厚労省が2019年9月再編統合の検討を迫った全国424の公立・公的病院のうち、把握できているだけで72病院が新型コロナウイルス患者の入院を受け入れた。②新型コロナ対策として設置した医療機関の状況把握システムに登録している病院（6922病院）のうち、コロナ患者を受け入れた病院は922あり、そのうち637（69.1%）が公立・公的病院（4:79-80頁）。

高市早苗総務相（当時）も同年6月25日の「全世代型社会保障検討会議」で、公立病院は新型コロナの感染症患者の受け入れで非常に大きな役割を果たしていると強調し、こうした役割を踏まえて地域医療構想の実現に向けた議論を進める必要があると主張しました（4:80頁）。

このような自治体病院の復権（リハビリテーション）からも、今後、高度急性期・急性期病床の大幅削減は困難になったと言えます。

地域医療構想は感染症対策を欠いていた

地域医療構想の第2の挫折は、2020年のコロナ禍突発で、地域医療構想及びその上位政策といえる「地域医療計画」が、2009年の新型インフルエンザ対策の教訓・提言を忘れて、新興感染症の出現をまったく想定していないことが明らかになったことです。歴史に「イフ」は禁物ですが、日本が台湾や韓国のように、2009年の教訓・提言を生かしていたなら、コロナ感染爆発直後の政府対応と医療機関の大混乱は防げたと思います。

しかし、政府・厚生労働省はその後比較的速やかに対応し、2021年5月に成立した医療法改正によ

り、「新興感染症発生・まん延時における医療」が医療計画の6事業目として追加されました。さらに、2022年12月に成立した感染症法等改正により、病床確保や発熱外来、人材派遣等に関する協定を、予め都道府県と医療機関の間で締結することになりました。

コロナ禍の反省を踏まえれば、「今後の新興感染症発生・まん延時における医療」を確保するためにも、高度急性期・急性期病床の大幅削減はすべきでないと考えます。

病床削減で医療費は削減できない

上述したように、厚生労働省は地域医療構想で病床削減を図ると公式に述べたことは一度もなく、病床削減により医療費を削減できると主張したこともありません。しかし、経済界や一部の経済学者は、地域医療構想が始まってから、病院病床を削減すれば医療費を大幅に削減できると主張しました。

例えば、2019年10月28日の経済財政諮問会議で新浪剛史民間議員は「無駄なベッドの削減は増加する医療の抑制のために非常に重要」と発言しました。それに先立ち土居丈朗慶應義塾大学教授も「計画通りに病床数を削減できれば、入院医療費を3兆円削減できる」と試算しました（「読売新聞」2019年9月28日朝刊）（4:89-90頁）。最近では、日本総合研究所「医療データの利活用促進に関する提言」（2023年3月）も、「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」（18頁。図表3）とし、「過剰病床」の改善で約2.2兆円削減可能と主張しました（18頁。図表3）。以上、3つの主張は根拠を明示していない点で共通しています。

しかし病院統合・病床削減のモデルケースと言われた山形県酒田市の県立病院と市立病院の統合（日本海ヘルスケアネット）により、医療機能は大幅に向上した反面、医療費（医業収益）も増加したことが示されました（2019年2月22日の第19回地域医療構想に関するワーキンググループ資料1-4）（4:93-94頁）。

同様の事例はその後も報告されています(7, 8)。複数の公立病院の病床削減を伴う合併による巨大化・三次救急医療機能の強化が、周辺の二次救急機能を担う民間病院の経営危機を招いている事例は全国的に生じており、民間病院の側からは、以下のような批判もなされています。「（公的病院の合併により出現した）巨大公的病院、急性期の病院の幾つかは、病床が減少したにもかかわらず合併前の繰入金が増加している。つまり、病院自体の効率性とサステナビリティという視点で問題がある。（中略）さらに公的医療機関、巨大医療機関が高次救急の名の下に近隣の〔民間病院の〕二次救急の存続を危うくする事例もある」（2023年5月25日第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ）での伊藤伸一氏（日本医療法人協会会長代行）の発言）。

財務省も、最近はこのことに気付いたようで、財政制度等審議会の2023年春の「建議」（63頁）は、以下のように警告（？）しています。「公立病院の経営改善については、収入増が主因となっているケースが多いが、それは地域の医療費の増加につながり、地域の医療費適正化の取組と齟齬を来しかねない。例えば、薬剤・医療材料等の共同購入、委託業務の効率化、人件費の抑制など費用面からの具体的取組を進めるべきである」。

新たな地域医療構想は、医療費抑制という呪縛、または幻想から解放されて検討することが期待されます。

地域医療構想には「余裕」が必要

私は、コロナ感染爆発を通して、地域医療構想が2025年の必要病床を推計する際、高度急性期病床の病床利用率を75%、（一般）急性期病床のそれを78%に設定したことは、結果的に極めて適切だったことを発見しました。実は私は、2015年にこの数字をみたときは、現実の数値よりずいぶん低いと感じたのですが、コロナ危機を踏まえると、この程度の病床利用率の「余裕」があれば、危機が突発しても十分に対応できると思に至りました（4:19頁）。

コロナ禍中には、医療には「余裕」が必要なことは、病院関係者や著名な厚生労働省OB（武田俊彦氏等）だけでなく、有力政治家（河野太郎議員等）も主張しました（4:10-11頁）。

コロナ禍の3年間、政府・厚生労働省でコロナ対策の陣頭指揮をした迫井正深医務技監も、当時を振り返って以下のように述懐し、普段から病院が「余裕」を持つことの必要性を示唆しています。「…そして働き方改革。（コロナ対策で）『サージキャパシティが無いじゃないか』と言われても、普段からレッドゾーンで運転している車をそれ以上”吹かす”のは無理。普段からある程度合理的に、安定的な運転をしていて、いざとなったときにアクセルをバンと踏める。『ヨーロッパとかアメリカでのコロナ対応を調査したときに、サージキャパシティーがあったのは、普段からそれなりの労働環境が整っていた』という指摘もある」（9）。

新たな地域医療構想でも上記の病床利用率は維持されると思いますが、今後の診療報酬改定では、この病床利用率でも病院が健全経営を続けられる点数が設定されることを期待します。

おわりに

以上、現行地域医療構想の9年間を振り返ってきました。最後に、本文でも断片的に述べた、私が考える2040年に向けた新たな地域医療構想の課題を以下に3点示し、まとめに代えます。

- 地域医療構想を「病床数抑制」と「医療費抑制」の呪縛・幻想から解放する。
- 病床機能の現在の4区分を見直し、急性期病床と回復期病床、及び軽症救急医療機能を有する慢性期病床を統合した新たな病床類型を検討する。
- 今後の新興感染症の出現に迅速に対応するためにも、医療には「余裕」が必要であることを確認し、それを支える医療計画と診療報酬体系を作成する。

【注1】「2025年の必要病床数」論評時の私の反省

私は2015年に、「2025年の必要病床数」を検討した時、「病床の大幅削減が困難な理由」を3つあげ、「2025年の病床数は、『第1次報告』の「機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ」152万床（上限）と『目指すべき姿』115～119万床（下限）の中間、現状の135万床前後になる」と「結論」づけました（1:55-56頁）。現在から振り返ると、「病床の大幅削減が困難」との判断・予測は妥当だったと思いますが、医療施設調査の病床数に「休眠病床等」が含まれることに思い至らず、その134.7万床を実際の病床数と思い、「病床機能報告」の123.4万床を無視したのは不適切だったと反省しています。

【注2】民主党政権と安倍政権初期には「地域一般病床」・「地域に密着した病床」

民主党政権時代の2011年に厚生労働省が取りまとめた「医療・介護に係る長期推計」においては、2025年度の「改革シナリオ」の1つとして、一般急性期病床35万床と亜急性期（現回復期）病床26万床にまたがる病床として「地域一般病床」24万床が示されていました（2011年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議「参考資料1-2 医療介護に係る長期推計」22頁）。

第二次安倍政権初期の2013年9月に厚生労働省が社会保障審議会医療保険部会・医療部会に提出した「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方（概要）」の病院の「2025年の姿」（有名な砲弾型・ヤクルト型図）にも、一般急性期約35万床・亜急性期等約26万床・長期療養28万床にまたがる病床として「地域に密着した病床」24万床が示されていました。この図は現在もしばしば引用されますが、これに類似した図は上記「参考資料1-2」の「将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性のイメージ」（9頁）にも載っていました。

しかし残念ながら、その後の地域医療構想の「医療機能別必要病床数」の検討では、この病期横断的病床は消失しました。

文献

- (1) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房, 2015, 第2章「地域医療構想と病院再編」（41-88頁）。
- (2) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房, 2017, 第1章「地域包括ケア政策と地域医療構想の展開」（15-54頁）。
- (3) 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, 第1章「地域包括ケアと地域医療構想」（11-47頁）。
- (4) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 第2章「日本の病院の未来と地域医療構想」（73-96頁）。
- (5) 尾形裕也『「志なき医療者は去れ！」岩永勝義、病院経営を語る [増補改訂版]』日本看護協会出版会, 2023, 165頁。
- (6) 古城資久「高齢化社会により良い医療体制は病院機能分化か複合型病院か」『社会保険旬報』（印刷中）。
- (7) 石野敏也「病院統合の意義と戦略～事例からの検証」『病院羅針盤』2023年5月15日号：24-30頁。
- (8) 特集「民間病院と公立病院はどう向き合うべきか」（遠藤浩介、満武里奈、井上俊明）『日経ヘルスケア』2023年10月号：24-41頁。
- (9) 迫井正深「コロナが迫った3つのダイナミックな体制転換」2023年10月14日の第64回全日本病院学会特別講演。m3.com 2023年10月19日（ウェブ上に公開）

[本稿は、『日本医事新報』2023年12月2日号掲載の「現行の地域医療構想をどう評価し、新たな構想に何を期待するか？」に大幅に加筆したものです。]

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

214回)(2023年分その10:7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] 職場での差別 スケールの経済 肥満による賃金格差は以前考えられていたより深刻だ

Workplace discrimination Economics of Scale The obesity pay gap is worse than previously thought. The Economist November 25th 2023, page 62 [レポート]

肥満者は生活の様々な場面で差別を受けており、職場も例外ではない。先行研究は、肥満者(BMI 30以上)は、以前から、非肥満者より賃金が低いことを明らかにしてきた。一部の州や地方政府はこれを禁ずる法を検討しており、ニューヨーク市は2023年11月に肥満に賃金差別を法で禁止した。

体重による差別は以前考えられていたより大きい可能性がある。本誌は、労働統計局の「アメリカ人時間利用調査」から得られる23,000人の常勤労働者(25~54歳)のデータを分析し、肥満者は男女とも賃金が低いことを確認した。平均値で見ると男のBMI値は賃金とは関連しなかった。しかし、大卒者(以上)に限定すると、年齢、人種等を調整しても、肥満は賃金が8%低いことと関連していた。保健・人的サービス省の90,000人のデータで再計算しても結果は同じだった。この結論は男女で同じだった。さらに、学歴が高くなるほど肥満による賃金格差は大きくなっていった。男の大卒では賃金格差は5%だったが、男の大学院卒では賃金格差は14%だった。女では賃金格差はより大きく、それぞれ12%、19%だった。業種別にみると、賃金格差は高学歴・高賃金の業種ほど大きく、例えば医療では、(男女合計で)11%の格差があった(以下略)。

二木コメント—私もアメリカでは肥満者差別があることは知っていましたが、高学歴者ほど肥満による賃金差別が大きいことは初めて知りました。このレポートには書かれていませんが、私は、アメリカでウゴビー等の肥満症治療薬(持続性GLP-1受容体作動薬)の売り上げが爆発的に増加しているのは、日本と桁違いに肥満者が多いだけでなく、高学歴の肥満者ほど賃金差別を受けているという特殊事情もあるからだと感じました。

○ [アメリカの] アージェントケア・センター(応急医療クリニック)はメディケア費用を削減するか?)

Currie J, et al: Do urgent care centers reduce Medicare spending? Journal of Health Economics 102753 [量的研究]

アージェントケア・センター(UCCs.予約なしで受診し応急的処置を受けられる診療所)は医療費、特に高額な救急医療費を抑制するとしばしば見なされている。しかし、その多くは病院または病院グループまたは病院と契約している企業が開設しており、患者を病院(グループ)に送り込むために用いられているとも批判されている。本論文の問いは、UCCsは近隣のメディケア加入者の医療費と医療利用にどのような影響を与えているかであり、こ

の点をメディケアの2006～2016年のデータを用いて検証した。メディケア加入者が居住地と同じ郵便番号のUCCsを受診した場合、メディケアの総医療費は上昇するが死亡率は変わらなかった。UCCsが参入して6年目で、UCCsと同じ郵便番号の地域のメディケア加入者の4.2%はUCCsを1回以上受診しており、その地域の1人当たり平均メディケア費用は268ドル高かった。このことは、UCCsの新規参入ごとに6335ドル費用が増加することを意味する。UCCsの参入は入院の有意な増加と関連があり、入院費用の増加によりメディケア総医療費増加の半分が説明できた。以上の結果は、UCCsが患者を病院に誘導することにより医療費を増やす可能性を示唆している。

二木コメント—アージェントケア・センターが医療費に与える影響の初めての全米踏査だそうです。上記要旨は簡単ですが、本文では緻密な分析が行われています。日本の診療所や中小病院の多くは、事前の予約なしでも外来患者を受け付けているので、アージェントケア・センターの参入余地はないと思います。

○ [アメリカにおける] 在宅リハビリテーションプログラムの急性期後スキルド・ナーシング施設ケアと比べての安全性、再入院及び地域復帰での効果 [プロペンシティ・] マッチング・コホート分析

Augustine MR, et al: Effects of a rehabilitation-at-home program compared to post-acute skilled nursing facility care on safety, readmission, and community dwelling status A matched cohort analysis. Medical Care 61(11):805-812, 2023 [量的研究]

本研究の目的は、在宅リハビリテーション（以下、在宅リハ）—高頻度で多職種参加の急性期後リハを患者の自宅で行うこと—の効果と安全性を評価することである。メディケアの出来払いサービスを受けている患者で、2016-2017年に1つの急性期病院退院後メディケア・メディケイド・イノベーションセンターのモデル事業に参加し、メディケア・スキルドナーシング施設（SNF）と同等の在宅ケアを1か月間受けた患者（N=179）と、その病院が所在する郡に存在するSNF入居者（N=5535）である。在宅リハ群とSNF入居群の、臨床的・人口的特性と、外科的・非外科的入院についてプロペンシティ・マッチングした。アウトカムには急性期病院入院後30日以内の再入院、急性期病院退院後30日以内の死亡、在院日数、転倒、向精神薬の使用、及び地域への退院を含んだ。

在宅ケア患者は85歳以上の者（57.8%）、白人（72.2%）が多く、急性期病院の平均在院日数は8.1日（SD 7.6）であった。プロペンシティ・マッチング分析では、在宅リハ患者の死亡と再入院率は、SNF入居者に比べ、それぞれ10.1%（95%信頼区間：0.5-19.8%）、4.2%（同：0.1-8.5%）低かった。在宅リハ患者の急性期後ケアは2.8日短かく（95%信頼区間：1.4-4.3）、転倒は11.4%少なく（95%信頼区間：5.2-17.7%）、本プログラム終了後の地域生活への復帰は25.8%多かった（95%信頼区間：17.8-33.9%）。向精神薬の使用に差はなかった。以上から、急性期後の在宅リハはSNFケアへの有望な代替案と言える。本プログラムは安全で、再入院率は低く、地域への復帰も改善した。

二木コメント—本研究で評価されているのは、日本流の長期間の「在宅リハ」ではなく、急性期病院退院後1か月間の「移行期在宅リハ」です。その枠内では、「有望な」(promising)結果に見えますが、ランダム化試験ではないため、効果は割り引く必要があります。2群の総費用の比較もされていません。私の経験ではこのような場合、総費用の差はなかった

か、むしろ在宅リハ群の方が高かった可能性があります。

○救急外来での治療前後の患者のパスウェイ【かかりつけ医または専門医の受診】：ドイツにおける二次データを用いた後方視的分析

Droege P, et al: Patients pathways before and after treatments in emergency departments: A retrospective analysis of secondary data in Germany. Health Policy 138, December 2023, 104944 [量的研究]

ドイツでは、病院救急外来（ED）の受診増加が、救急外来スタッフと組織を相当圧迫している。一部のED受診は病院外の医療の継続性が不十分なために生じていると見なされている。ドイツでのED受診前後の医療利用パターンを探究するために、9つの法定医療保険金庫の医療費請求データを用いた。これは医療保険の被保険者総数の約25%をカバーしている。2016年に救急外来を受診した成人患者の社会人口学的特性と診断名を分析した。救急外来を初めて受診した患者の受診前後180日間の医療利用を調査した。全体では、3,164,343被保険者のうち延べ4,757,536人がEDを受診していた。

ED受診で一番多かった病名は腰痛の5.0%であった。ED受診患者のうち、80.2%がED受診前180日間にプライマリケア医または専門医を受診し、78.8%はED受診後にそれらを受診していた。救急外来受診後入院した患者についてみると、病名では心不全が最も多く（4.6%）、74.6%が入院前に、65.1%が退院後に、プライマリケア医または専門医を受診していた。ED再受診についてみると、腰痛の割合が少し高く（4.9%から7.9%へ）、心不全の割合が少し低下していた（13.4%から12.6%へ）。

二木コメントドイツの医療保険の被保険者総数の約25%をカバーするビッグデータを用いた記述的分析です。救急外来受診前後180日間の外来医療受診を調べたのは貴重と思います。

○認知症ウェルビーイング・サービスがイングランド・ブリストル市の認知症者の回避可能な入院【等】に与えた影響の中断時系列評価

Jones T, et al: Interrupted time series evaluation of the impact of a dementia wellbeing service on avoidable hospital admissions for people with dementia in Bristol, England. Journal of Health Services Research & Policy 28(4):262-270, 2023 [量的研究]

本研究の目的は、認知症者をコミュニティ・サービスにつなげる「認知症ウェルビーイング・サービス（DWS）」が、回避可能な入院、院内死亡、入院の複雑性（併発症の数）、及び在院日数を減らせるか否かを検討することである。中断時系列分析により、DWSの上記病院関連アウトカムに与える影響を推定する。認知症と登録されている人々の、ACSC(適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院のリスクを減らせる状態)による計画外の全入院（「回避可能な入院」）を含んだ。本サービスの介入地域と人口学的に類似している対照地域との、サービス開始2年間、開始後3年間、合計5年間（2013年10月～2018年9月）のデータを比較した。

その結果、本サービスで入院率が減少するとの強いエビデンスはまったくなく、平均在院日数の趨勢が低下するとの弱いエビデンスのみが得られた。サービス開始直後に介入地域の

入院死亡は対照地域に比べて低下したが(0.64 95%信頼区間: 0.42-0.97, p=0.037)、この効果はその後徐々に弱まった。併発症の数もサービス開始直後に減少したが、これは対照地域でも同じだった。以上から、DWSは「回避可能な入院」に大きな影響を与えないが、在院日数がわずかに短縮し、入院時の併発疾患数がわずかに減るとの弱いエビデンスはあった。認知症者の入院を減らすためには、対象をもっと限定した介入が必要かも知れない。

二木コメント—ネガティブデータ（に近いデータ）の報告は貴重と思います。本論文で「認知症ウェルビーイング・サービス（DWS）」の費用（介入費用）を含めて、費用計算はまったく行われていませんが、上記結果は介入費用を含めた総費用はDWS群の方が高いことを示唆しています。

○病院入院の削減と長期入所ケアへの移行 [のためのケースマネジメントの便益] : 体系的文献レビュー

Herberg S, et al: Reducing hospital admissions and transfers to long-term inpatient care: A systematic literature review. *Health Services Management Research* 36(1): 10-24, 2023 [文献レビュー]

長期ケアを必要とする個人とその家族は、現在の環境（急性期病院）でできるだけ長く医療を受けることを希望し、長期入所施設でのケアをできるだけ避けようとする。ドイツの「地域ケア能力センター」(ReKo)は2019年10月に開始され、「イノベーションファンド」の資金提供を受ける準実験的研究である。ReKoプロジェクトの一環として、長期ケアを必要とする患者と家族はケースマネジメント(CM)システムの支援を受ける。独立したCMは、重要なサービス提供者を含むITネットワークの支援を受け、ケアニーズのある人々に包括的なCMを確立することになっている。

本研究は、文献レビューにより、ReKoプロジェクトに役立つ概念的アプローチをする。PubMedとGoogle Scholarを用いて、270論文をチェックし、最終的に8つのランダム化試験、2つの他の研究、及び7つの文献レビューを選んだ。本論文では、レビューで得られたCMの臨床的・医学的便益(benefits)、コミュニティ及び公衆衛生上の便益、経済的便益、及び政治的・立法的便益を示す。それにより、ケアの質の改善、無駄なサービス費用の回避、及びCMを確立するための費用についての課題が提起されるが、明確なエビデンスを提供するのは困難である。

二木コメント—論文のタイトルは魅力的ですが、論文要旨はきわめて抽象的で、「あんこがないまんじゅうの皮だけを食べさせられた」感じですか（これは、私が日本福祉大学勤務時代、大学院生の研究計画書のレベルが低い時に使っていた表現）。ただし、本文はもう少し具体的に書かれており、ケースマネジメントの便益について関心のある研究者は読んだ方がよいと思います。

○やっかいな問題を転嫁する。財政的圧迫を受けているオランダの市町村は高齢者の社会的ケアの費用を中央政府にシフトするインセンティブを持つ

Portrait F, et al: Passing on hot potato. Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government. *Health Policy* 137, November 2023, 104914 [量的研究]

人口高齢化が差し迫っているため、国々は社会的ケアシステムの再構築を模索している。改革はしばしば、中央政府から地方政府への権限の分権化を含む。そのような分権化は社会的需要に敏感になる好機となるが、費用を負担する地方政府に（部分的に）自分たちの負担する費用を中央政府に移転するインセンティブも与える。

本研究では、オランダにおいて、財政困難を抱えている市町村が中央政府の管理する長期ケアシステムにコスト・シフティングする影響を検証する。2016-2019年の市町村レベルとサービス受給を申請した個人レベルの両方のデータを用いて、社会的ケアで財政困難を抱える市町村ほど、申請の多くを中央政府の管理する長期ケアに移転しやすいことを見いだした。しかし、申請率の高さと申請拒否率には正の相関があり、このことはオランダの独立したニード評価者はコストシフトされた申請を（部分的に）拒否することができることを示唆している。

二ホコメントー社会的ケア費用負担について中央政府と自治体の関係だけでなく、サービス受給の申請と拒否との関係を含めて、立体的に検討しているのは優れていると思います。日本では、社会的ケア費用の転嫁・コストシフティングはほとんど国から自治体に対して行われていると思いますが、オランダでは逆の流れがあるようです。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その228)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○ポール・コリアー（英オックスフォード大学教授。アフリカなど途上国分析の権威で、世界銀行の研究開発部門のディレクターを務めた）「**迅速な学習を可能にするには3つの異なるアプローチがあり、それらは同時に実行できる。／第一は試行錯誤を重ねることである。**（中略）／**第二は、他人から学ぶことだ。**（中略）**第三は複数の事実から共通点を導き出す帰納的な視点だ**」（「日本経済新聞」2023年12月7日号朝刊、「グローバルオピニオン」）。**ニ木コメントー**政府・組織についての提言ですが、個人研究でも同じと思います。

○奥山陽子（スウェーデン・ウプサラ大学助教授。専門は実証政治経済学、労働経済学、ジェンダー格差の実証研究）：①「彼女（クラウディア・ゴールデン教授）はそもそもデータの無いところに対して、データを探し出してくるという貢献もしている。それ自体を評価すべきだろう」。②「最近、因果推論が広く知られるようになり、相関関係を見せる研究はダメとか、意味がないといったような論調も散見されるが、**因果推論と相関に基づく研究の役割はそもそも違う。／相関関係に基づく研究の役割とは、まず我々は何を観察しているのかを明らかにすることにある。これは仮説を立てる時に、非常に有効だ。たとえば、XYに相関があることを見て、我々はなぜこの二つが関連しているかという仮説を立てる。その後その仮説を、因果推論していく。データに基づいて仮説を立てるときに、相関係数は非常に重要だ。仮説提示のための研究をしてきたという意味で、とても価値がある**」（『週刊エコノミスト』2024年1月2日号：45-46頁、「（インタビュー）ゴールディン教授にノーベル経済学賞」。相関関係の強さを指摘するゴールディン教授の実証研究は説得力に欠けるとの指摘があることに対してこう答えた。①・②は二木が付けた）。**ニ木コメントー**私は長年、保健・医療・福祉複合体の全国調査等、「データの無いところに対して、データを探し出してくる」研究をしてきたので、①に大いに共感しました。②は相関関係に基づく研究の役割、それと因果推論との役割の違いを明快に説明していると感じました。

○東浩紀（批評家。株式会社ゲンロン創業者）「**日本の保守思想はもっとリベラル的観点から読み替えてよい…。保守派の知識とリベラル派の語彙を組みあわせると、かなり豊かな思想が生まれてくるのではないか**と思っています」（『訂正する力』朝日新書, 2023年, 196頁）。**ニ木コメントー**私は、日本の保守派（政権）が導入した国民皆保険制度を「日本社会の統合を維持する最後の砦」（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 2頁）と位置づけていますが、これは「日本の保守思想をもっとリベラル的観点から読み替え」たとも言えると感じました。本書の詳しい紹介は本「ニューズレター」15-16頁でしました。

○仁平典宏（東京大学大学院教育学研究科教授。社会学者）（「**教育から変えていかなければならない**」という常套句）の気持ちは分かります。でも**教育ってそんな簡単に人の意識を変えられるのかな**。（中略）これだけ価値観が多様化し、情報があふれている現代において、学校が特権的な場所として人々のマインドセットを変える力があるといわれれば、微かな気がします」（『世界』2024年1月号：12-19頁。武田砂鉄「最後は教育なのか？ 『お

花畑』は現実化する（仁平典宏さんに聞く））。**二木コメント**—私も、「教育から変えていかなければならない」との常套句に疑問を感じていたので、大いに共感しました。

○西村淳（神奈川県立保健福祉大学教授）「私は社会保障の法制度について大学で教えているので、**制度というのは使うべきものであって使われるものではない、またそれだけでなく変えていくものだ、いつも学生に言っているのだが、ITに対する態度も同じであるべきことに気づいた。**使われ、振り回されるのではなく、使い、使い方を変えていくのが大事なだろうと思う」（『厚生指針』2023年11月号：41頁、「ITに振り回される生活？」）。**二木コメント**—社会保障制度とITに対する態度は「同じであるべき」との視点は新鮮です。

<その他>

○高田彩葉（広島市の安田学園安田小学校5年。「第14回いっしょ読もう！新聞コンクール」の小学生部門で最優秀賞。「朝日新聞」2023年8月12日朝刊の記事「子どもの遊ぶ声 騒音ですか」（長野市の公園が、近隣住民の「遊び声がうるさい」という苦情をきっかけに廃止になったことを報じた）についての感想を書いた）**「今の大人も子どもだったときがあるの、ちょっとだけ大目に見てほしい」**（「朝日新聞」2023年12月17日朝刊、「異なる立場 記事から学んだ 新聞表彰式」）。**二木コメント**—社会保障費の負担をめぐる世代間対立をあおる言動に欠けているのはこの視点だと、大いに共感しました。なお、**権丈善一氏**は、世代間対立の構図・損得論を誘発しやすい「現役世代」・「高齢者世代」に代えて、「**現役期**」・「**高齢期**」という用語を用いることを提唱しており、同感です。

○鈴木龍司（「中日新聞」社会部記者。現役記者の仕事をしなが、41歳の若さで、名古屋市北区のUR団地の町内会長を続けている）**「程よく、無理なく、意味ある町内会」**（2021年度に町内会長になった時の所信表明。2023年11月23日の名古屋市瑞穂区役所での講演「コロナ後の地域社会の在り方と担い手不足の解消に向けて」で紹介）。**二木コメント**—私も2022年4月から地元の町内会長を、ほぼ同じ気持ちでしているの、大いに共感しました。鈴木氏は、講演の最後に、現在の町内会長の仕事について、「程よく、無理なく、そして楽しく」とまとめましたが、私はまだ「楽しく」の域には達していません。

○鈴木龍司「『**ご近所を大切に**なさせて』— [2023年1月に北区や北区地域包括ケア推進会議が企画した]ンポジウムに参加した学区長の**山崎【悦男】**さんも、[オンライン参加した]**樋口【恵子】**さんのメッセージを記憶していた。**遠慮なく、頼み合える地域。今の時代、その難しさは誰もが理解している。『でも、超高齢社会の日本の未来を考えると、早くその形をつくらないといけない』**。わが学区では、樋口さんが言う『ヨロヘタ期』の年齢に達しても若々しい山崎さんや同年代の役員が、先頭に立っている」（「中日新聞」2023年11月26日朝刊、「<町内会長日記 コロナ時代の共助>（91）老いの大冒険 遠慮なく、頼み合おう」（ウェブ上に公開））。**二木コメント**—私も町内会長の仕事を始めて、政府や厚生労働省が掲げている「地域共生社会」づくり・「地域力強化」の「難しさ」を肌で感じていますが、傍観的になるのではなく、「ゆるいつながり」を持つ町内会（活動）をなんとか維持しなければならないとも思っています。

4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第31回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」70号（2023年12月10日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私の読めぬ/好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○セシリア・ワトソン著、荻澤大輝・他訳『セミコロン かくも控えめであまりにもやっかいな句読点』左右社, 2023年9月。

…セミコロン（;）が15世紀にイタリアで誕生して以来、300年にわたる愛憎・論争の歴史を詳細に跡づける。私はセミコロンは、コロン（:）とピリオド（.）の中間と軽く考えていたが、その位置づけ・用法をめぐってこれだけ延々と論争が続けられていることに驚いた。ただし、日本語表記とは無縁の話で、ほとんどの日本人には不要の「趣味の本」。

○東浩紀『訂正する力』朝日新書, 2023年10月。

…私は、以前から、自己の事実認識や価値判断、将来予測を変えたり、それらが誤っていると判断した時には、新しい著作・論文で必ず「訂正」しているので、書名に惹かれて読んだ。

「はじめに」で次のように書かれているのは、私の日本医療の改革のスタンスと共通していると大いに共感した。「そこ〔日本の改革〕で必要になるのは、**トップダウンによる派手な改革ではなく、ひとりひとりがそれぞれの現場で現状を少しずつ変えていくような地道な努力**だと思えます」。東氏はそれを「訂正する力」と呼び、それについて多面的に論じている：第1章は時事篇、第2章は理論編、第3章は実存篇、第4章は応用編。本書は「書き下ろし」ではなく「語りおろし」のため、理論編を含めてスラスラ読める。

「訂正する力」とは何かについては、第1章で簡潔に標語的に説明されており、私はそのほとんどに賛成：「訂正する力とは現実を直視する力」（43頁）、「老いることは訂正すること」（52頁）、「訂正する力は記憶する力でもある」（58頁）、「訂正には『外部』が必要」（70頁）、「訂正する力とは『読み替える力』のこと」（72頁）等。第2章は「訂正する力」の哲学的な側面を掘り下げており教養が身につく。第3章は東氏の経営する「ゲンロン」の経営経験の開陳、第4章では「訂正する力」を使って日本思想と日本文化をどのように批判的に継承していくべきかを論じている。私には東氏の「リベラル派」への上から目線a/o機械的批判が気になったが、他面「日本」のみを用い、「この国」や「我が国」は使っていないことには好感を持った。

東氏は、第4章の「保守思想をリベラルに読み替える」の項で、以下のように書いている：「日本の保守思想はもっとリベラル的観点から読み替えてよい…保守派の知識とリベラル派の語彙を組みあわせると、かなり豊かな思想が生まれてくる…」（196頁）。私が、日本の保守派（政権）が導入した国民皆保険制度を「日本社会の統合を維持する最後の砦」（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 2頁）と位置づけているのは、「日本の保守思想をもっとリベラル的観点から読み替え」たものとも言えると感じた。

【補足】私は今まで、細かい訂正はほとんどの著書で【訂正】と明示して行った。医療改革についての価値判断での大きな訂正は過去2回行った。

*2001年出版の『21世紀初頭の医療と介護』（勁草書房）で、それまでボンヤリと考えていた

「抜本改革」論から決別し、「医療保険の『抜本改革』は幻想であり、我が国に必要なのは部分改革の積み重ねと医療者の自己改革である」と明言し、本の副題も（清水の舞台から飛び降りる気持ちで）「幻想の『抜本改革』を超えて」にした。

*2009年出版の『医療改革と財源選択』（勁草書房）の第1章の「補論」では、「医療費財源についての私の考えの変化－主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤」を正直に書いた。

B. 医療・福祉・社会保障

○児玉安司『医療と介護の法律入門』岩波新書, 2023年7月。

…児玉氏は法学部を卒業した後、医学に入り直して医師になり、今は弁護士として活動しているが、医学部と法学部の両方で教員をしたことがあり、シカゴとロンドンの法律事務所で勤務して日本の法制度や医療制度を外から眺めた経験もある稀有の人。本書は、過去20年間ほどの間に急激に変化し複雑化した医療と介護の法律を、2023年成立の最新の法律も含めて、包括的かつ「普通のことば」で読み解いている。本書を読み、「法制度は、生き物であり、時代の子」（62頁）であることがよく分かった。私は、医療と介護について、近年、実にたくさんの法律が制定されていることに驚いた。

類書と異なり、医療安全と医療事故調査（第2章）、医療訴訟（第3章）、研究倫理（第6章）について、日本だけでなくアメリカやヨーロッパ（EU、フランス、イギリス）の最新の法・政策動向を詳しく解説。第1章の「医療法改正の歩み」（11-20頁）は大変分かりやすいが、残念ながら2021年と2023年の法改正には触れていない。第4章「超高齢社会の介護と医療」と第5章「人生の最終段階の医療」に書かれている知識は、医療・福祉・介護関係者必須と思う。私は、第6章を読んで、「医療情報の利活用」面で日本が「OECDで最下位」であること（200頁）、日本では個人情報の保護が徹底していると紹介されるEUの「一般データ保護規則」でも「本人の同意なく要配慮個人情報を取り扱える例外がいくつも規定されて」いること（206頁）を知り、勉強になった。

「共助」を「社会保険」とアッサリ説明していることには、違和感を感じた（iv頁他）。政府・厚生労働省は2005年以降こう説明することが多いが、これでは従来「共助」とされてきた「地域の人々の助け合い」・「互助」の居場所がなくなる。本書7頁の「医療にかかわる法制度」の総括図でも、社会保険は公助・共助・自助のすべてにまたがって（私から見ると正しく）書かれている。

○カール・ヘラップ著、梶山あゆみ訳『アルツハイマー病研究、失敗の構造』みすず書房, 2023年8月（原著：2021）。

…神経生物学・アルツハイマー病研究の泰斗が、空転するアルツハイマー病研究の現状－アカデミズム・製薬産業・研究助成機関三つ巴の迷走－を痛烈、しかし学術的に批判し、「アミロイドカスケード仮説」に代わる「新しいモデル」と研究戦略の多様化を提唱。「日本語版へ寄せて」では、アメリカFDAのアデュカヌマブとレカネマブの迅速承認への3つの懸念を簡潔に書いている。認知症医療の研究者・実践家は必読と思う。

○尾藤誠司『患者の意思決定にどう関わるか？ ロジックの統合と実践のための技法』医学書

院, 2023年9月。

…ベテラン内科医（プライマリケア医）が、意思決定コミュニケーションの視点から、「患者中心／医療者中心」の二項対立からの脱構築を目指す。意思決定「支援」ではなく、意思決定「関与」を主張。第1部「理論編」と第2部「実践編」に分かれるが、著者も自認するように、「自省のテキスト」（230頁）・エッセイ。

○黒川奈緒「『地域共生社会』と福祉専門職の養成－社会福祉士と養成新カリキュラムのねらいと課題」『月刊国民医療』No. 360:18-27, 2023年11月。

…政府の「地域共生社会」政策をその前史にまで遡って批判的に検討した上で、社会福祉士養成カリキュラムの2007年改定と2019年改定をやはり批判的に検討。1987年に社会福祉士が制度された時、その援助対象から「経済的理由」が除外されていた（福祉事務所が対応するため）等、鋭い指摘もあるが、「これからの福祉専門職のあり方」はスローガンの的。

○白澤政和『ソーシャルワーカー養成教育の回顧と展望』中央法規, 2023年11月。

…日本ソーシャルワーク教育学校連盟会長、ソーシャルワークケアサービス従事者研究協議会会長（現・ソーシャルケアサービス研究協議会）、日本学術会議会員（社会学委員会社会福祉学分科会委員長）等として、長年、日本のソーシャルワーカーの教育改革を研究者の側から主導してきた白澤氏が、このテーマについて過去37年間（1987～2023年）に発表した主要論文33本を、9期（9章）に時系列別に整理した「歴史の証言」。全章の冒頭に各論文執筆時の時代背景や白澤氏の思いが書かれている。2度の社会福祉士のカリキュラム改正を核にして、その前後の対応が中心的な内容になっており、ソーシャルワーカー&ソーシャルワーカーの養成教育の歴史の研究者必読。現役のソーシャルワーカー教育担当教員には、最低限第9章「ソーシャルワーカー養成教育の今後の展望」を読むことを薦める。

○平野隆之『地域福祉マネジメントと評価的思考 重層的支援体制整備の方法』有斐閣, 2023年11月。

…著者の地域福祉研究（単著）の第3作。著者は、2020年の社会福祉法改正で「できる規定」として登場した「重層的支援体制整備事業」を推進するためには著者の提唱する「評価的思考」・「評価活動」が不可欠と考え、それに賛同する8つの自治体関係者の参加を得て1年間「所管課との評価活動の応用実験」を行った。本書はその実験仮説の枠組みと、実験のプロセスと成果をまとめている。本書の構成・論理はレンガを積み重ねるように堅固だし、著者の「現場で実験を組み立てる」という研究方法は貴重。記述はかなり難解だが、地域福祉の実践的理論の探求者必読と思う。私は、「地域共生社会」という用語がほとんど使われていないことに、著者の矜持を感じた。

○藤澤理恵（OECD雇用局医療課）『図表でみる医療2023：日本』2023年11月7日（ウェブ上に公開）

…“OECD:Health at a Glance 2023”（2023年11月7日公開。全234頁。無料でダウンロードできる）のポイントを日本に焦点を当てて解説・要約しており、日本の健康・医療と医療政策を国際比較の視点から鳥瞰するには便利。ただし、詳しく知るためには原著を読む必要。

私は、日本では「質の良い医療が提供されていることに満足している人の割合は高い」という結果に注目した（76%で38か国中11位。50頁）。実は、かつては日本人の医療満足度は国

際的にみると低いとの言説が多かった（「医療満足度の国際比較調査の落とし穴」『医療改革』勁草書房, 2007, 184-199頁）。それに対して、日本人の健康状態の自己評価は相変わらず低い（48, 29頁）。日本の「GDPに占める医療支出の割合はOECDで4番目に高い」（9頁）、
「人口当たり病床数はOECD平均の3倍に上る」（12頁）と書いているのは誤解を招く（人口高齢化率で補正した医療支出の対GDP比はOECD平均以下。急性期病床に限定すると、日本の人口当たり病床数は多くはない）。

○特集「限界を生きる－超高齢社会の老後問題」『世界』2023年12月号：87-124頁。
…「家族」をベースに作られきた社会保障制度や、住まい、人間関係は、限界点に達してしまっており、社会をアップデートしない限り、この「限界」は変わらないとの強い危機意識から書かれた、以下の4論文を掲載：筒井淳也「家族のアップデートはいかにして可能か」、小島美里「訪問ヘルパーがいなくなる」、葛西リサ「深刻化する単身高齢者の住宅問題」、小林江里香「中高年者の孤立と孤独」。それぞれのテーマを鳥瞰するには便利。

○西村由美子「（連載：アメリカの最新医療事情）（第116回）ウォルマート・ヘルス、（第119回）プライマリ・ケアの新時代、（第134回）ポスト・コロナ：米国医療はどう変わる？、（第135回）アマゾンの医療改革、（第165回）プライマリケアの新しい形」『Monthly ミクス』（それぞれ）2019年10月号、2020年1月号、2021年5月号（2回）、2023年12月号。
…西村氏は滞米40年以上のメディカル・ジャーナリストで、私が1992-1993年にUCLA公衆衛生大学院に留学して以来の友人。上記5回の連載では、テレヘルスとデジタル・ソリューションの普及を背景にして、アメリカの巨大小売企業（ウォルマート、アマゾン、コストコ）が2010年代以降、プライマリケアを中心として医療分野に怒濤のように進出している様子を活写し、アメリカでは（巨大小売企業主導で）「プライマリケアの新しい形」・「構造改革」が起きつつあると展望。もちろん、無保険者問題等、「米国医療は課題山積」なことにも注意を喚起している。なお、アメリカ医療における「ビッグ・ヘルス」と「ビッグ・テック」の激しい攻防&現時点では前者がまだ優勢であることは、The Economist 2023年10月14日号が詳報している（Corporate concentration Really big health Who profits most from America's baffling health-care system? The Economist October 14th:53-55（紙版）, 2023. 私の「ニューズレター」233号（2023年12月5日号：10-11頁）で抄訳：「**企業集中 実に巨大な医療【企業】 誰がアメリカの不可解な医療制度から最も利益を得ているか？**」）。

私は、アメリカ留学直後に、以下のように書いた。＜アメリカの医療と医療政策は、外側から、観客として観ている分には、最高に「面白い」。ただし、そこから日本が学べる（日本にも応用できる）ことは、日本の現行の制度と政策（特に国民皆保険制度と「世界一」の医療費抑制政策）を前提にする限り、ほとんど何もないが。＞（『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 214頁）。このことを再確認した。

○井口拓治「地方の社会福祉法人 首都圏進出224法人」『週刊福祉新聞』2023年12月5日号3面。+同年12月12日号に「続報」

…WAMNETに掲載されている福祉施設を運営する全国18,802法人の22年度財務諸表のデータを元に、同紙が独自調査。首都圏（4都県）に進出し施設を運営経営しているのは43道府

県の224法人（社協、共同募金会を除いた全法人15827の1.4%）を同定。同紙は2019年1月14日号にも同種調査を発表しており、それ以降5年間に、新たに7県54法人が進出。地方法人の首都圏進出が本格的に始まったのは2004年度からで、11年度からは毎年10法人以上が新たに進出しているが、2018年度以降はペースが緩やかになっている。一方、首都圏から撤退する法人や、首都圏に本部を移転する法人も現れている。私の経験では、これら法人のうち相当数は医療機関を母体とする「保健・医療・福祉複合体」だが、残念ながら、法人名は非公表。

○久繁哲徳「アルツハイマー病の期待の新薬 臨床的意味とお金に見合う価値」『社会保険旬報』2023年12月11日号：24-29頁。

…日本の医療経済評価研究の草分け&重鎮が、「期待の新薬」レカネマブ（商品名：レケンビ）の臨床効果と経済評価を、公表文献を用いていねいかつ厳密に検証。まず、レカネマブは「臨床効果が微少であるが、それに反して有害事象が大」で、脱落率の差もあり、「レカネマブの健康利益は、危険を下回っている可能性が高い」として、「迅速に承認することには無理がある」と指摘。次に経済評価について、「効果が不明確な薬剤の経済評価は実施すべきではない」とした上で、企業側の経済評価と米国の非営利研究機関（ICER）の経済評価が矛盾していることを指摘。さらにレカネマブの「経済評価には基本的な難題」があるととして4点をあげる。第3点では、「1年半の短期データを、生涯（約80歳まで）まで延長、推定している」ことを問題視し、「観察した確実な1年半のデータに基づく経済評価を基礎分析とすべき」と主張。それに続いて、レカネマブの診療には薬剤以外にも多額の費用（アミロイドPET検査等）がかかることに注意を喚起。最後に、「限られた医療費という大原則が蔑ろにされないよう、製造承認の厳密化・適正化を進めるとともに、それに基づく経済評価を適確に行い、最適な薬剤の利用を図ることが重要である」と結ぶ。レカネマブだけでなく、**医薬品・医療技術の経済評価を行う上での必読文献。**

C. コロナ関連

○明石順平『全検証 コロナ政策』角川新書, 2023年8月。

…著者はブラック企業被害対策弁護士団代表事務局長を務める弁護士&「データ解析の職人」。公開資料から作成した膨大な図表（170点）を用いて、コロナの現状、感染対策の効果、経済対策の効果、財政・金融に与えた後遺症を「横断的に分析」。ただし、第4章「医療崩壊」は表面的：日本の急性期病床の少なさを無視して、「日本の病床数は世界トップクラス」という言説を肯定（145頁）。第6章「経済へのコロナ後遺症の大半は、コロナ禍前（から）のアベノミクス批判。「コロナについては今後も年に2~3回のペースで感染の大きな波が来て、大量に感染者が出るでしょう」（330頁）との予測は誇大と思う。

○岩田健太郎『ワクチンを学び直す』光文社新書, 2023年10月。

…感染症の専門家が、一般読者向けに、最新の動きを含めて、ワクチンの歴史、効果と安全性、種類、活用法を説明。著者の研究と臨床経験に基づいて政府のワクチン政策を率直に批判。ただし、ワクチンに特化し、医療政策的視点はない。著者は、日本が政府の信頼度が非常に低い国である「にもかかわらず」、コロナワクチンの接種率が非常に高いことに注目し、そ

れが「ノリ」・「空気」のおかげと推測（20頁）。

D. 政治・経済・社会関連

○京極高宣『社会保障と「資本論」 新しい理論構築のための50問50答』花伝社, 2023年3月。
…「マルクスは社会保障制度誕生以前の間人であり、たしかに社会保障制度そのものは論じていないが、その分析と方法は今日の社会保障の理論的理解に鋭い視座を与えている」（1頁）との信念から、新しい社会保障理論の構築を展望。第1部は『資本論』の視座について、第2部は京極氏の構想する社会保障の理論について、それぞれ1問1答形式（合計50問50答）で平易・簡潔に解説した小著（全93頁）。ただし氏も自認するように、「第1部と第2部には、理論的な乖離が相当ある」（61頁）。氏の壮大な構想のスケッチ・序論。

○デヴィッド・グレーバー／デヴィッド・ウエングロウ著、酒井隆史訳『万物の黎明 人類史を根本からくつがえす』光文社, 2023年9月（原書：2020年。原題：The Dawn of Everything A New History of Humanity）。

人類学者と考古学者が共同で、ルソーとホッブスの両極の人類史観、さまざまな「革命史観」（技術や知識、イノベーション）、及び最近の「ポップ人類史」（ハラリやダイヤモンド、ピンカー等）を根本から批判したと話題を読んでいる本文600頁の大著(tome)。私は「訳者あとがきにかえて」（46頁）を読んだだけだが、「文明」の書き換えを試みた壮大な野心作であることは理解できた。私は、本書が「ケアと支配・暴力の結びつき」を論じていると、ある書評で紹介されていたので興味を持ったが、それは第12章「結論」でチラリと書かれているだけだった。

○岡野原大輔『大規模言語モデルは新たな知能か ChatGPTが変えた世界』岩波書店（岩波科学ライブラリー）2023年8月。

…一般読者向けに、ChatGPTに代表される大規模言語モデルについて（比較的）分かりやすく説明。第2章はそれが可能にすることを、第3章はそれの持つ「巨大なリスクと課題」を教科書的に説明。第4・5章は大規模言語モデルが登場してくるまでの歴史を1948年の情報理論の発見に遡って紹介。第6章はそれを使ったシステムが具体的にどのように実現されているかを、数式を用いずに（比較的）平易に説明し、終章では「大規模言語モデルを使ったA Iは不完全だが、人とは違う新たな知能を持ったシステム」（122頁）と位置づけ、「人が新しい知能とどのようにつきあっていくのか」について考察。大規模言語モデルの解説書としては優れているが、第4章以降は文系には難しいと思う。

○西垣通『デジタル社会の罠 生成A Iは日本をどう変えるか』毎日新聞出版, 2023年10月。
…「日本を代表する情報学者が、デジタル社会の行方を語り尽くす。研究活動50年間の集大成！」との宣伝に惹かれて読んだ。全3部だが、第I部は「毎日新聞」連載のエッセー、第II部は同紙掲載の書評集で、書き下ろしは第III部「生成A Iは汎用知になるか」だけ（43頁）。著者は、現在主流の「コンピューティング・パラダイム」を批判し、「サイバネティック・パラダイム」を支持（ウィーナーが開始した古典的サイバネティクスを発展させた「ネオ・サイバネティクス」と「オートポイエーシス理論」）（83, 237頁）。「人間はデータではない」との著者の主張（第I部2）や「天才フォン・ノイマンの悪魔的価値観」批判（78頁）、

マイナンバーカードと保険証の一体化批判（108, 262頁）等には共感するが、全体的に掘り下げ不足と感じた。