

2024.5.5(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻238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も結構です。

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様が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/>。

238号の目次以下の通りです(28頁)

1. 論文：2024年度診療報酬改定を複眼的に評価する（「二木教授の医療時評（219）」『文化連情報』2024年5月号（554）：36-44頁）……………2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文（通巻218回：2024年分その2：7論文）……………11頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介（その232）—最近の名言・警句……………17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36回）……………19頁

お知らせ（詳しくは28頁）

「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）夏季特別講義・医療経済学」を、7月24日～9月4日の毎水曜日午後7時半～9時、全7回、zoom開講します。

○定員は30人、受講料は6000円です。海外在住者は受講料を免除します。

○受講希望者は5月末までに、私にメールで申し込んで下さい。先着順で受け付けます。申し込み時に、所属と簡単な自己紹介と受講動機を書いてください。

1. 論文：2024年度診療報酬改定を複眼的に評価する

(「二木教授の医療時評 (219)」 『文化連情報』2024年5月号 (554号) :36-41頁)

はじめに

本年度の診療報酬改定は、介護報酬、障害者福祉サービス等との6年ぶりの同時改定で、眞鍋馨保険局医療課長が明言したように、「目の前の課題と中長期的な課題の双方に対応」し、しかも「『触っていないところがない』ほど多岐にわたる改定」となりました(1)。

本稿では、紙数の制約と私の能力不足のため、その網羅的な検討は行わず、次の5点に絞って、改定の特徴と問題点・今後の見通しを検討します。①診療報酬「本体」引き上げと職員の賃上げに資する措置、②入院医療で新設された「地域包括医療病棟入院料」、③医療・介護連携と医療DX、④特定疾患療養管理料の対象疾患限定と生活習慣病管理料への誘導、⑤長期収載品の選定療養費化。①～④は複眼的に評価しますが、⑤は今改定の最大の問題点と批判します。

1 診療報酬「本体」引き上げと職員の賃上げに資する措置

病院は増収減益、診療所は減収減益か

今回の診療報酬改定は、「本体」改定率が0.88%増、「薬価等」改定率が1.00%減で、「全体」改定率は0.12%減になるとされています【注】。

「本体」の0.88%引上げは、本年の消費者物価増(内閣府予測2.5%)と全産業の賃上げ見通し(厚生労働省予測3.95%)を考慮すると、きわめて不十分です。コロナ禍中は、医療機関には「余裕」が必要なことが医療関係者、厚生労働省や有力政治家の間の共通認識になりましたが、前回改定に続き、今回もそれは実現しませんでした。

しかも「本体」部分の大半は、職員の賃上げ分に充当しなければならず、医療機関の経営改善(収支差増)にはほとんどつながらないと思います。私は、病院の多くは「増収減益」、診療所の大半は「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」(0.25%減)の直撃を受け、「減収減益」になる可能性が大きいと思います。相澤孝夫日本病院会会長は「使途がほぼ賃上げに限定されているため、病院の経営安定化や赤字を解消できる改定になってはいない」と厳しい評価をされており、私も同感です(MEDIFAXdigest 2024年2月22日。以下、2024年は略)。

勤務医の賃金引上げを40歳未満に限定

言うまでもなく、本年度改定の最重要課題は職員の賃上げに資する措置です。2年前の改定が急性期大病院の看護師に限定した賃上げにとどまったのと異なり、今回の改定が他の国家資格保持医療専門職、福祉関係の専門職、事務職員等の賃金引上げ分を明示したのは、公平と言えます。しかし、これで2024年度に2.5%、25年度に2.0%のベースアップが実現したとしても、他産業との比較では低いままで、これが新たな人材獲得策にはなり得ず、せいぜい人材流出防止策にとどまると思います。

賃金引上げ措置で最大の問題は、医師のうち賃金が上がるのは40歳未満の勤務医に限定

されていることです。『令和2年（2020年）医師・歯科医師・薬剤師統計』によれば、病院・診療所の医師総数32万3700人のうち、40歳未満は9万7800人です。仮に40歳未満の医師がすべて勤務医であるとすると、賃上げ対象の勤務医は全医師の30.2%にすぎません。

働き盛りを含む40歳以上の勤務医は賃金が上がらないだけでなく、本年度から始まる「働き方改革」による労働時間制限で手取り収入が減る可能性が高いと思います。診療所開業医の多くも、上述したように医業所得が減る可能性が強いと言えます。そのために、今回改定は7割もの医師の勤労意欲（モチベーション）を低下させる危険があります。

そもそも診療報酬の配分は、医療機関の裁量のはずですから、今回の診療報酬改定は行き過ぎた官僚統制とも言えます。しかし、現在の国民世論やマスコミの論調を考慮すれば、賃上げの大義名分がなければ診療報酬本体の引上げは政治的に不可能だったと思います。

意外なことに眞鍋医療課長も「給与は本来、労使交渉で決められるべきものと認識はしていますし、他にも補助金を支給する方法もあったかもしれません」と認めています。その上で、「ただ、賃上げは政府の最重要事項なので、継続性のある対応が必要だろうと。それで、大臣折衝に基づく政策判断で、診療報酬による対応になった」と率直に説明（弁明）しています(2)。

2 地域包括医療病棟診療料の新設

地域包括医療病棟の理念と施設基準は妥当

入院医療関連の改定で最大の「目玉」は、地域包括医療病棟入院料の新設で、多くの病院関係者の関心もこれに集中しています。

この病棟は、施設基準面では、既存の急性期一般入院料4（10対1看護。平均在院日数21日以内）にリハビリテーション・栄養・口腔管理機能を付加した病棟と言えます。私は地域で高齢の救急患者等を受け入れ、在宅復帰を目指してリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的・包括的に提供するという地域包括医療病棟の理念・目的には賛成ですし、施設基準も概ね妥当だと思います。

実は、厚生労働省と中医協の支払側委員は、昨年中は、軽症・中等症の高齢患者の急性期病院への集中を防ぐために、地域包括ケア病棟の活用を主張していました。それに対して診療側は看護体制が13対1の地域包括ケア病棟で救急患者を受け入れるのは困難と繰り返し主張しました。その結果、厚生労働省は昨年12月15日の中医協総会で、「高齢者の救急患者等に対応する入院医療」を行う病棟を新たに類型化することを提案し、2月14日の中医協答申で「地域包括医療病棟」が新設されることになりました。

ただし、地域包括医療病棟の施設基準がきわめて精密であることから、厚生労働省はこれの準備を相当早くから行ってきたと推測できます。眞鍋医療課長も、「昨夏から検討を始めた」とサラリと(?)述べています(MEDIFAXweb 3月16日)。

地域包括医療病棟は急性期病床

地域包括医療病棟を「回復期病床」と見なし、これにより「2025年の医療機能別必要病床数」の「回復期病床」の目標値37.5万床（2022年現在19.9万床）が一気に達成できるとの（私からみた）穿った見方もあります。

しかし私は逆に、医療政策的に見れば、地域包括医療病棟の新設は、（一般）急性期病床を減らし、回復期病床を増やすという「地域医療構想」の破綻を意味すると理解しています。

眞鍋医療課長もM3.comのインタビュー（Vo1.3）で、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の機能や包括範囲は異なることを強調し、「地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しており、ポストアキュートではなく、アキュートを診る」、「より急性期の医療が可能」と説明しています(1)。

ただし、厚生労働省は診療報酬改定の公式文書では、地域包括医療病棟を「急性期病床」とは明記していません。これは、厚生労働省が、現在も急性期病床の大幅削減を強く求めている財務省や官邸に遠慮（忖度）したためと推測されます。

なお、医療費レベルで考えると、地域包括医療病棟はかなりの高点数で、それにより医療費の節減は期待できません。入院料は3050点ですが、加算を全部算定できれば4000点になり、しかも手術トリハビリテーションは出来高で別に算定可能です。そのため、今後、内科系救急の民間中小病院の急性期一般入院料1から地域包括医療病棟への転換が進んでも医療費はほとんど減らず、急性期一般入院料2～6からの転換では医療費はむしろ増えると思います。もちろん地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟に転換した場合には、医療費は大幅に増えます。医療の質が向上して医療費が増えるのは当然です。

地域包括医療病棟は小さく産んで大きく育てる

私自身は、（一般）急性期病床と回復期病床の区分は意味がなく、2040年に向けた新たな地域医療構想では、現行の「病床機能報告制度」における病床機能の4区分を見直し、（一般）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必要があると考えています（3）。

3月5日発表の「令和6年度診療報酬改定 II-2」の「地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制の移行のイメージ」図からは、厚生労働省も急性期・回復期の区分にこだわらず、両者を急性期一般病棟入院料1（急性期一般入院料1。7対1看護）、地域包括医療病棟（10対1看護）、地域包括ケア病棟（13対1看護）の3類型に集約することを目指していると読み取れます。

厚生労働省は、上記「II-2」の「想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ」図で、次の3つを示しています：①急性期一般入院料1からの一部の転換、②急性期一般入院料2-6からの転換、③地域包括ケア病棟からの転換。

私も今改定で、急性期一般入院料1の基準が一段と厳しくなったため（平均在院日数の16日以内への短縮と重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し）、民間中小病院で内科系救急を行い、ギリギリで急性期一般入院料1を算定している病院の相当部分は、地域包括医療病棟への移行を検討すると思います。データ上は、現在、急性期一般入院料1を算定している病院の15-20%が地域包括医療病棟に移行するとの予測もあります。

しかし、地域包括医療病棟の施設基準は、急性期一般病棟（入院基本料1,2-6）と地域包括ケア病棟の両方にとってハードルが高く、すぐに移行・転換が進むとは考えにくいと思います。私は特に次のハードルが高いと思います。①急性期一般入院料1を算定しているが病室面積の狭い民間中小病院では、病室面積は1人当たり6.4平方メートル以上が「望ま

しい」（「全面的な改築等を行うまでの間はこの要件を満たさずとも良いが、全面的な改築等の予定を年1回報告」とされていること。②地域包括医療病棟では平均在院日数21日以内とCT撮影・MRI撮影に「常時対応可能」であることです。

私は、厚生労働省は将来的に軽症・中等症の急性期病床の診療報酬を、回復期病床と同じく、包括払いをベースにしたものに変えることを目指しており、地域包括医療病棟の施設基準を相当高く設定したのは「小さく産んで大きく育て」ようとしているからだと推測します。これは2000年度に新設された回復期リハビリテーション病棟と同じです。同病棟も高い施設基準のために当初は伸び悩みましたが、その後は質も担保されながら急増しました(4)。

「看護補助体制充実加算」に介護福祉士

私が地域包括医療病棟でもう一つ注目したのは、同病棟と療養病床で算定できる「看護補助体制充実加算」（新設）の施設基準に「介護福祉士の資格を有する者」が含まれたことです（正確には、この加算は両病棟と地域包括ケア病棟、障害者施設等入院基本料の4つで算定可能）。

療養病床の看護補助体制充実加算の施設基準にこれが含まれることは想定内でしたが、急性期病床である地域包括医療病棟にも含まれたことは想定外で、厚生労働省が日本看護協会の反対を押し切ってよく導入したと驚いています。例えば、昨年8月24日の中医協総会で、看護協会副会長の任和子委員は、「病院での介護福祉士の配置」について、「介護福祉士を診療報酬で評価することにつきましては、私どもとしては反対」と断言しました。

「看護補助体制充実加算」により、看護補助者のレベルがアップすることと併せて、介護福祉士と看護補助者の賃金水準が最低限、介護保険施設の介護職員並みに上がると期待できます。他面、「看護補助体制充実加算」算定病院が拡大すれば、看護師の法定2大業務のうち「療養上の世話」の比重はさらに小さくなり、ますます「診療上の補助」偏重になるように思います。

なお、「看護補助体制充実加算」を算定するためには、「直接ケアを行う看護補助者」が「修了証が交付される12時間程度の研修」を受けることが必須とされていますが、「介護福祉士資格を持つ者は受講不要」とされており、合理的と言えます。

3 医療・介護連携、医療施設間連携と医療DX

今回は6年ぶりの診療報酬・介護報酬の同時改定でもあるため、両改定で医療・介護連携が、診療報酬改定では医療機関間の連携が重視され、共に医療DXの推進が強調されています。

前者では、介護保険施設の入所者の病状急変時に適切な対応が行われるよう、介護保険施設と協力医療機関の連携を深める対応がちりばめられています。後者では、「初期診療後の救急患者の転院搬送（「下り搬送」）に対する評価」が注目されます。

私は以前から、「今後、民間中小病院が生き残るためには、他の医療施設（病院・診療所）や介護・福祉施設、行政機関等との地域連携・ネットワークの形成・強化が不可欠」と主張しています(5)。上記改定はこの方向に沿っており、私は大賛成です。

ただし、今回新設された「医療DX推進体制整備加算」が、レセプトのオンライン請求、オンライン資格確認、電子カルテ共有サービス活用体制、マイナンバーカードの健康保険証利用についての一定の実績等の施設基準を設けているのは、いわば「先物買い」的な点数設定であり、不適切だと思います。なお、島崎謙治氏（国際医療福祉大学大学院教授）は、2022年までの診療報酬改定の手法を緻密に分析して、後発医薬品調剤体制加算やマイナンバーカードと一体化した被保険者証を使用する場合の加算、急性期充実体制加算+データ提出加算など、診療報酬における政策誘導の乱用と法的統制を、具体例を挙げて厳しく批判しており、同感です(6)。

求められる「ハイ・テック&ハイ・タッチ」

上述したように私は医療DXの推進に大卒では賛成ですが、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、高名な未来学者のネイスビッツが、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に挙げた「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(7)。ネイスビッツは「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・タッチ』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、ネイスビッツは、医療が「ますますハイ・タッチになる」と強調しました。私は、医療DXに象徴されるハイ・テックの推進だけでは国民、患者の理解と満足は得られないと思います。

「全国医療情報プラットフォーム」には疑問

診療報酬改定の検討からは離れますが、私は医療DXの最終目標とされている「全国医療情報プラットフォームの構築」には、以下の2つの理由から、強い疑問を持っています。

1つは、今後の超高齢社会では、公式にも「地域完結型の医療」が目指されており、しかもコモディティーズや高齢者の軽症・中等症の急性疾患が医療の中心になることです。そのような疾患の診療では全国データや過去の古いデータなど必要ありませんから、全国医療情報プラットフォームはコスパが悪く、牛刀を以て鶏を割こうとするものと言えます。

もう1つは情報漏洩のリスクです。究極の個人情報ともいえる医療情報の全国一元管理は情報漏洩の危険を増し、漏洩した場合の被害を極めて甚大にします。これは決して杞憂ではなく、医療DX先進国のアメリカでは、メディケアでも大手民間医療保険でもすでに大規模な情報漏洩・ハッキングが生じています。西村由美子氏（在米のメディカル・ジャーナリスト）によると、本年2月には、米国証券取引委員会が、総合医療サービス大手ユナイテッドヘルス・グループ傘下のチェンジ・ヘルス社の情報システムがサイバー攻撃による不正アクセスを受けつつあると警告を発したそうです(8)。同氏は「医療情報はハッカーのブラックマーケットではきわめて人気の高い商品である」とも指摘しています。

そのため私は情報漏洩が生じることを前提にして、データ共有の範囲を狭める必要があると思っています。具体的には、既存の「地域医療情報連携ネットワーク」を活用・整備することです。

医師であり弁護士でもある古川俊治参議院議員も1月11日の「医療介護福祉政策研究フォーラム」講演で「医療DXの課題」を指摘した際、「重要なことはデジタルとアナログの

使い分けであり、必要なところを最低限システム化し、電子メールを活用していけばいい。全部を電子化することはコストに見合う実利を考えると良くないだろう」と警告しています（『社会保険旬報』2月11日号：27頁）。

4 特定疾患療養管理料の対象限定と生活習慣病管理料への誘導

本年度の改定で、診療所にとって最大の打撃になるのは特定疾患療養管理料の対象疾患限定（糖尿病、脂質異常症と高血圧の除外）、およびそれと外来管理加算料や特定疾患処方管理加算の同時算定の廃止、処方箋料の減額等です。糖尿病等の3疾患は特定疾患療養管理料対象疾患の9割を占めているため、影響は甚大です。これは昨年12月に、中医協を飛び越えて決められた厚労・財務両大臣合意中の「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋等の効率化・適正化」（0.25%減）の具体化です。

私は、このような診療所を狙い撃ちにした改定は、短期的には、診療所医師の勤労意欲（モチベーション）をそぐ危険が大きいと思います。

他面、ほとんどの診療所は「生き残るという意味での活力」を持っていますから、厚生労働省の誘導に沿って、新設される「生活習慣病管理料(Ⅱ)」を算定する診療所が今後急増し、財務省がめざしたほど大きな医療費削減（医療費ベースで1200億円）は生じないと予測します。

私は、特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への誘導自体はそれなりに合理的だと思います。生活習慣病管理料では、療養計画書の作成が義務化されており、その分医師の負担が増えますが、患者の納得・医療の質の向上のためには必要と思います。すでに介護保険では類似した「計画書」が義務化されています。しかも、今後、日本医師会の強い働きかけにより、計画書が従来より「簡素化」される可能性もあります。

なお私は、2022-2023年にかかりつけ医機能強化の議論が盛り上がったことから、今回の改定では「地域包括診療料」の見直し（対象疾患の拡大と施設要件の緩和）が行われるのではないかと期待していましたが、点数は据え置きな上に、施設要件が逆に厳しくなりました。これでは普及は期待できません。この点に限らず、今回の改定では「かかりつけ医機能の強化」を促進する評価は、生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設以外ありません。これは、「かかりつけ医機能の制度整備」の議論がまだ煮詰まっていないためと思います。

5 長期収載品の選定療養は禁じ手

最後に、長期収載品への選定療養の仕組みの導入を批判します。私は、これは保険外療養費制度の理念を逸脱した「禁じ手」であり、今回の改定の最大の問題点だと思います。

保険外併用療養費制度は、評価療養・患者申出療養と選定療養に分かれます。評価療養・患者申出療養は、ある程度の効果と安全性は確認されているがまだ十分に普及していない新規治療法や新薬などを、とりあえず中二階で認め、将来的には保険収載することを予定した療養で、合理的だと思います。

それに対して選定療養は、特別の療養環境（差額ベッド）や紹介状のない大病院の受診など、患者本人が自由意思で希望する療養で、保険収載を前提にしていません。それには

市場メカニズムが働き、患者と医療機関が相対で価格を決めればよいことになっています。

もし長期収載品に選定療養を導入するのであれば、健康保険法の改正をすべきですが、厚生労働省はそれを避け、告示等で実施しようとしています。この手法を使えば、今回はごく限定的にとどまっている患者負担割合が今後拡大するだけでなく、将来的には、厚生省（当時）が2000年の医療保険制度「抜本改革」で導入を目指したものの、診療側・支払側の双方、さらに米国政府と米国のメガファーマの圧力を受けて撤回された「参照価格制度」の導入までも法改正なしに可能になってしまいます。

しかも、選定療養は制度上自由料金であるのに、今回の改革では患者負担分が公定されますから、これは制度の根幹の否定とも言えます。ただ、診療側も、患者負担が大幅に増えるのを避けるために患者負担を公定にするよう要求せざるをえなかったと言えます。

財務省は2024年度予算編成に当たり、選定療養の導入は「イノベーションの更なる評価等を行うため」と説明し、革新的新薬の薬価維持や有用性系加算の充実のために、薬剤費の中での資源の再配分を行ったことを強調しています（『社会保険旬報』1月11日号：24頁）。しかし、長期収載品の選定療養化による患者負担増はマクロ的にはごくわずかで、これで医薬品のイノベーションの促進やドラッグラグ／ドラッグロスの解消が進むとは考えられません。

堤修三氏は、長期収載品への選定療養導入を「悪手」と断じた上で、医療保険制度（診療報酬改定を含む）を産業振興のツールにすることを批判しており、同感です(9)。

選定療養費化は「よりましな悪魔の選択」

実は私は当初、これによる患者負担増・薬剤給付費減が医療機関の収益に振り替えられると期待したことから診療側は黙認した（強くは反対しなかった）と想像しました。なぜなら、日本医師会（村瀬敏郎会長）は1993年に、厚生労働省が病院給食の保険外しを提案したとき、それが診療報酬引上げに振り替えられるとの思惑から容認したからです（その後、全国栄養士会、病院団体や患者団体等が次々に反対表明を出した後、反対の態度表明をしました）(10, 11)。

しかし、これは私の誤解で、中医協や社会保障審議会医療保険部会の内情に詳しい方から、診療側は以下のような苦しい選択を迫られたとお聞きしました。厚生労働省は中医協と医療保険部会で、当初、薬剤自己負担の見直しについて以下の4案を示しました。①定額負担の拡大、②薬剤の種類に応じた自己負担設定（フランス方式）、③市販類似品すべての医療保険給付外し、④長期収載品の選定療養。診療側は、これら4案からどれかを選ぶように求められ、患者にとって一番被害が少ない④にしぶしぶ同意したそうです。悪の程度がより小さいものを選ぶ、英語で言えば「レッサー・イーブル（lesser evil）」の選択です。

ただし診療側の強い主張で、医療上の必要性により医師が後発品不可の処方判断をした場合や後発品の在庫がない場合などは選定療養の対象から除外されました。この点に対して、昨年11月19日の社会保障審議会医療保険部会で、中村さやか委員は「医療上の必要性」について、「医師が自由に判断できるようにせず、医療上の必要性を限定すべき」と、医療の実態と医師の処方裁量権を無視した主張を行い、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会）から「医療上の必

要性を医師が判断するのが一番明快だ」とたしなめられました（『社会保険旬報』2023年12月11日号：4頁）。

【注】診療報酬「全体」という概念はもはや意味がない？

従来は、診療報酬改定の度に「本体」と「全体」が示されてきました。医薬分業が進展する前は、薬価差が医療機関の収入源（潜在技術料）となっていましたから、薬価の引き下げはすなわち医療機関の利益の減少であり、この点を加味した診療報酬「全体」という概念にも意味がありました。

しかし、武田俊彦氏が共同代表を務めるくすり未来塾が昨年5月に発表した提言における分析では、「販売先別薬価差額ベースでのシェア」は薬局が64.1%を占め、医療機関の35.8%を圧倒しています(12)。しかも200床未満の病院・診療所のシェアはわずか12.6%にすぎませんでした。これは薬価差がもはや中小病院・診療所の大きな収入源にはなっていないことを表しています。厚生労働省もこの事実を承知しているため、近年は、公式には診療報酬「全体」という表現は使わなくなっています。

文献

- (1)「眞鍋馨・厚生労働省保険局医療課長に聞く Vol.1～Vol.5」M3.comインタビュー（全5回。2024年2月29日インタビュー、3月4～13日配信。聞き手・まとめ：橋本佳子・水谷悠）。
- (2)眞鍋馨「（インタビュー）『賃上げ』『医療DX』『同時改定』が改定の”3本柱”」『月刊／保険診療』2024年3月号：2-5頁。
- (3)二木立「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」『文化連情報』2024年1月号（550号）：28-35頁（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房, 2024, 17-27頁）。
- (4)二木立「石川誠さんの業績—回復期リハビリテーション病棟を中心に」『回復期リハビリテーション』2022年4月号（21巻1号）：13-22頁（『病院の将来とかかりつけ医機能』178-196頁）。
- (5)二木立「今後の中小病院のあり方を改めて考える」『文化連情報』2023年5月号（542号）：24-27頁（『病院の将来とかかりつけ医機能』9-15頁）。
- (6)島崎謙治「診療報酬および薬価の算定をめぐる法的課題」『社会保障法研究』18号：113-139頁, 2023。
- (7)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！』三笠書房, 1983, 61-79頁。
- (8)西村由美子「サイバーギャング」『Monthlyミクス』2024年4月号：94-95頁。
- (9)堤修三「医療保険制度を産業振興のツールにはしていないか」『国際医薬品情報』2024年3月25日号：36-37頁。
- (10)「病院給食費に患者負担は必要か—村瀬敏郎・日本医師会長に聞く（インタビュー・解説 有岡二郎）」「朝日新聞」1993年7月2日朝刊。
- (11)二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 27-31頁。
- (12)武田俊彦「（講演録）薬価／流通政策の課題と提言—くすり未来塾の活動と提言内容」『LEGALMIND』457号：1-65頁, 2023年7月（講演は同年5月。ウェブ上に公開）

[本稿は、『国際医薬品情報』2024年3月25日号インタビュー「診療報酬改定が誘導する医療提供体制を検証する」と『日本医事新報』2024年4月6日号・同5月4日号掲載の「診療報酬改定をどう読むか? (上) (下)」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

218回)(2024年分その2:7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。

○2024年 [アメリカ] 大統領選挙の保健医療上の4つの論点

Parekh A: Four defining health issues for the 2024 presidential election. JAMA 331 (7):561-562, 2024 [評論]

2024年大統領選挙では経済と国の安全(治安)が最大の焦点になると思われるが、世論調査は医療問題も重要であることを示唆している。ただし、共和党は4年前と異なり、今回はオバマケアの全面廃止は正面から掲げないだろう。それが国民に非常に人気があるからである。それよりも以下の4つが論点になるだろう。①インフレ削減法による医薬品・医療費の患者負担削減、②女性の健康と中絶の権利の擁護、③コロナ禍後顕著になった政府権限の過剰拡大(overreach)、④不法移民の増加による(と主張される)薬物中毒死の増加。①と②には民主党が攻勢をかけて共和党が反撃し、③と④は逆に共和党が攻勢をかけて民主党が反撃する。これら4つ以外では、精神衛生危機が両陣営から提起される可能性がある。

二木コメント日本の新聞はほとんど報じない、大統領選挙における4つの論点について簡潔に解説しており便利です。2頁の短文ですぐ読めます。4つの論点についての明快な2×4分割表もついています。私は2番目の論点に関連して、本年半ばに最高裁が経口避妊薬mifepristoneの使用継続を認めるであろうと(楽観的に)書いていることに注目しました。The Economist 3月23日号(紙版10, 32頁)が、共和党側が、長年使われているこの薬の使用禁止・制限を求める馬鹿げた(spurious)裁判を起こし、3月26日に最高裁での弁論が始まったと報じていたからです。

○アメリカの病院医療の復活,2004-2019年

Quinn K, et al: The revival of US hospital care, 2004-2019. Medical Care 62(3):140-150, 2024 [量的研究]

アメリカの病院産業の国民総保健医療費に対する割合は2013年まで21年間低下していたが、2014-2019年にその趨勢が逆転した。本論文の目的は、この期間の病院利用、費用、病院の患者への請求額、および入院患者のケースミックスの変化を測定し説明することである。主な資料は「アメリカ病院協会年報」、「全国入院患者標本調査」、及び「保健医療費報告情報システム」である。本研究は全米のすべてのコミュニティ病院を含んでいる(2019年で5141病院)。要因分解により、人口、病院利用、単位当たり費用、病院の請求額のマークアップ(実際の費用への利益の上乗せ)の変化が、全国及び各州の入院・外来医療の費用と請求額の変化に与える影響を分離して計算した。単位当たり費用(入院では退院患者1人当たり平均費用、外来では1受診当たり平均費用)については、入院価格インフレーションと治療密度の変化を分離して計算した。入院患者のケースミックスを測定するため、全患者のDRGアルゴリズムを用いた。

2004-2019年に、病院の請求額は3倍以上増加し、4.11兆ドルになった。費用は2倍以上増加し、9110億ドルになった。この期間の費用増加額は4910億ドルで、そのうち入院費用の増加が2230億ドル、外来費用の増加が2680億ドルであった。入院医療については、退院患者数は5%減少し、人口当たり退院患者数は15%も低下したが、退院患者1人当たり費用は88%増加し、病院請求額のマークアップは43%増加した。外来患者については、外来受診数は36%、人口当たり受診数は21%、1受診当たり費用は119%、医療費請求のマークアップは52%、それぞれ増加していた。治療密度は退院患者1人当たり33%、外来1受診当たり55%増加した。全国では、入院患者のケースミックスは34%増加し、これは患者の重症化と臨床記録の改善を反映している。本研究では、重要な趨勢として、外来受診の急速な増加、治療密度の上昇、病院請求のマークアップの継続的増加の3つを定量的に示した。治療密度の上昇は2004~2019年の病院費用の増加4910億ドルの最大の要因であった。

二木コメントー全米の全コミュニティ病院を対象にした病院の医療費と請求額等の増加の詳細な要因分解研究で、日本でも同様な研究が期待されます。この間の病院の外来医療費増加が入院医療費増加を上回っていることは、「アメリカの病院は入院医療に特化しており、救急医療を除けば外来医療を行わない」とのかつての（日本での）常識がもはや通用しないことを示しています。この研究により、日本だけでなく、アメリカでも「病院の時代の終焉」説（猪飼周平氏）は否定されたと言えます。私が一番驚いたのは、アメリカの病院では患者への請求額と実際の費用とが大きく乖離していることで、この論文も考察の最後で、以下のように批判的に書いています：「少なくとも過去30年間、病院は医療価格（請求額）を費用の2倍の速さで増やしてきた。（中略）2019年には、請求額は費用の4.52倍に達しており、この比率は他の多くの産業では信じがたい(far-fetched)と見なされる」。

○歴史的なパンデミックから何を学べるか？ 体系的文献レビュー

Doran A, et al: What can we learn from historic pandemics? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 342(2024)116534, 19 pages [文献レビュー]

現代の政策決定にとって歴史的なパンデミックからの洞察とは何か？この問いに答えるために、産業革命からコロナ禍前まで、過去200年間に起こったパンデミックの影響を検討した文献の体系的レビューを行った。文献検索は2020年6月~2023年9月に行い、最終的に、パンデミックの人口または経済への影響を理解するのに参考になる169研究論文を選んだ。文献は知識ベースを最大化するために、様々な学問領域から選び、普通なら社会科学者の目には触れないようなたくさんの論文を発見できた。その結果、以下の2つの文献上のギャップ（ニーズ）を見いだした。(1)パンデミックを個別に研究するだけでなく、パンデミックとそのその影響をまとめて(collectively)研究する必要。(2)1918年のスペイン・インフルエンザ以外のパンデミック、とくにもっと穏やかなパンデミックについてもっと研究する必要。これらのギャップは研究者がたこつぼに入って研究し(working in silos)、他の学問分野のスキルや知識を見落とすために生じている。パンデミックについての既存知識の統合は、将来生じる可能性がある危機的パンデミックに備えるための教訓を見いだす基礎になる。

二木コメントー上記要旨は簡潔ですが、本文ではパンデミックの死亡、経済、後遺症、胎

児への影響が分析的に検討されており、パンデミックの歴史研究者必読と思います。

<アメリカのプライマリケア関連研究(4論文)>

○ [アメリカの] プライマリケア [医] 不足地域では緊急手術、重篤合併症と再入院が多い 2015-19年

Schefer SL, et al: Higher rates of emergency surgery, serious complications, and readmissions in primary care shortage areas, 2015-2019. *Health Affairs* 43(3):363-371, 2024 [量的研究]

プライマリケア医は多くの場合、「アクセスの影響を受ける外科疾患」(access-sensitive surgical conditions. ASSC)の患者を最初にスクリーニングし発見する。これらの疾患は十分に計画された(待機的)手術が必要とされるが、医療アクセスが制限されている場合は、治療が遅れて症状が悪化し緊急手術(例:結腸ガン切除術、腹部大動脈瘤修復術、ヘルニア切開修復術)となる可能性がある。しかし、プライマリケア医不足地域とASSC手術との関係はほとんど知られていない。そこで、「プライマリケア医療専門職不足地域(連邦政府が認定)に住んでおり上記3種類のASSCの手術を受けた患者の、待機手術と緊急手術の割合を、2015-2019年の全国データを用いて比較した。「プライマリケア医療専門職不足地域」は人口当たりプライマリケア医数に応じて、「(不足は)わずか(very mild)」から「(不足は)非常に深刻(very severe)」の5段階に区分した。

その結果、メディケア加入者でプライマリケア医不足が深刻な地域に住んでいる患者はそうでない地域の患者に比べて緊急手術の割合が高かった(37.8%対29.9%)。同地域の患者は重篤な合併症の割合も高く(14.9%対11.7%)、再入院率も高かった(15.7%対13.5%)。両地域での外科医不足を調整しても、結果は同様であった。以上の結果は、プライマリケア医がより不足している地域の住民は待機手術へのアクセスに困難を抱えていることを示唆している。政策決定者は「プライマリケア医療専門職不足地域」への投資を考慮しているが、本研究はプライマリケアへのアクセスが(プライマリケアの枠を超えた)より広いサービスに重要な役割を持っていることを示している。

二木コメント—メディケアの全数データを用いて、プライマリケア医不足地域に焦点を当てたデータ解析を行い、プライマリケア医が、プライマリケア医療の枠を超えて、待機手術が可能な「アクセスの影響を受ける外科疾患(ASSC)」患者を早期に発見し、緊急手術を減らす役割も持っていることを示唆した貴重な研究と思います。この研究が医療費(抑制)にはまったく触れていないのも自制的と好感を持ちました。

○ [アメリカの] メディケア・アドバンテッジ [保険と契約している] プライマリケア医は、同じ地域の平均と比べて、費用が安いと同様の質の医療を提供している

Politzer E, et al: Primary care physicians in Medicare Advantage were less costly, provided similar quality versus regional average. *Health Affairs* 43(3):372-380, 2024 [量的研究]

メディケア・アドバンテッジ(MA。「二木コメント」で説明)は伝統的メディケアに比べて、多くの医療サービスの利用が少なく、それが保険者(民間企業)に利益を生んでいるが、外来医療の質は高い。本研究は、これらのアウトカムを生む上で、MAが行っている医師

との選択的契約の役割を、プライマリケア医に焦点を当てて検討する。プライマリケア医の医療費について、契約医の実測された医療費と伝統的メディケア加入者の推測医療費の差を評価したところ、MAネットワークのプライマリケア医の患者1人当たり年間医療費（以下、医療費）は同一地域の平均と比べて433ドル（2.9%）安かった。このことはMAが医療費が安いプライマリケア医と選択的に契約していることを示していた。MAと契約しているプライマリケア医が患者を選択していることもこの結果を生んでいた。反対に、すべてのMAネットワークから排除されたプライマリケア医の医療費は地域平均より1,617ドル（13.8%）高く、質も低かった。小規模ネットワークのMAと契約しているプライマリケア医の医療費は大規模ネットワークのMAと契約しているプライマリケア医より212ドル（1.4%）安かったが、医療の質はわずかに低かった。以上の結果は、MAにおける医療費削減にプライマリケア医の選択的契約が潜在的に果たしている役割を示している。

二木解説・コメント・メディケア・アドバンテッジ（別称：メディケア・パートC）は、伝統的な出来高払いのメディケアに代わる「オールインワン」・包括払い保険で、政府と契約した民間企業が運営し、患者の自己負担は少ない反面、患者はMAが契約している医師・病院のネットワークを受診する必要＝アクセス制限があります。MA加入者は過去20年間に漸増し、2023年1月にメディケア加入者全体の50%を超えました。MAの医療費が安い理由として、従来はMAによる保険加入者の選択・選別とケアマネジメントがあげられていましたが、本論文は第3のメカニズムとして、MAが契約医師を選択・選別していることを明らかにしています。日本ではMAの（好意的）紹介が少なくありませんが、MAによる契約医師の選択・選別にはほとんど触れていません。私は、このような医師の選択・選別は民間保険だから可能なのであり、国民皆保険制度の日本では不可能・タブーと思います。

○ [アメリカにおける] 4種類の先進的プライマリケア再設計事業がメディケア費用に与えた影響のメタアナリシス

Smith KW, et al: Meta-analysis of the impact of four advanced Primary care redesign initiatives on Medicare expenditure. Medicare Research and Review 81(1):49-57, 2024 [メタアナリシス]

全米の22拠点(sites)で行われた4種類のプライマリケア再設計事業の（一次）評価の二次解析を行った。4種類の事業は以下の通り：「多数支払者先進的プライマリケア実践モデル事業」、「包括的プライマリケアモデル事業」、「プライマリケア再設計受賞事業」、「連邦政府認証保健センター先進的プライマリケア実践モデル事業」。これらの事業はメディケア・メディケイド・センターまたはメディケア・メディケイド・イノベーション・センターの資金で実施された。

本研究の目的は、これら事業のメディケア費用に与える全体的影響、及び個々の拠点レベルの事業の特色が費用に影響するか否かを判断することである。拠点全体では、サービス利用者1人1年当たりの介入（による費用削減）効果は統計的に有意ではなかった（26ドル）。メタ回帰分析の結果から得られた政策的含意は、資金提供者は各事業への技術的支援を考慮すべきこと、及び費用節減を増やすためのパフォーマンス・インセンティブに注意を払うことである。メディカルホームへの移行の費用負担が総費用を節減するとのエビデンスはまったくなかった。今後の評価でサービス利用者1人1年当たり300ドルの費用節減効果を検出す

るためには 35拠点以上のデータが必要であると推計する。

二木コメントー全米22拠点で行われたプライマリケアの4種類の先進的モデル事業の費用削減効果のメタアナリシスにより、全体では有意の削減効果が認められなかったとの結果は、先行研究の結果の再確認と言えます。執筆者は、削減効果を検証するためには拠点を35以上に増やす必要があると主張していますが、私にはそれは「往生際が悪い」、あるいは「有意差症(significantosis。佐久間昭教授)に罹患していると思えます。

○ [アメリカにおける] 多職種連携チームのケアマネジメントは医療の質を改善し、費用対効果が良いことを示すか？

Feagin Jr, FC et al: Does interdisciplinary care team care management improve health quality and demonstrate cost-effectiveness? *Medical Care Research and Review* 81(1):19-30, 2024 [量的研究]

一部のケアマネジメントはケア・医療の質を改善することが確認されているが、医療費を減らせることを示したものはごく少ない。本研究は多職種連携チーム (IDCT) のケアマネジメント・プログラムが費用と質アウトカムに与える影響を評価する。本研究のIDCTは2010年に開始され、ケア・ナビゲーター、地域保健ワーカー、ケア・コーディネーター、ケア・マネージャー、薬剤師、精神衛生臨床家(behavioral health clinicians)、内科医、精神科医、老年科医、ソーシャルワーカー、看護師とメディカル・ディレクターが参加している。

このIDCTは、新規性のあるアルゴリズム (膨大な患者データに基づいて作成) を用いて、48,235人のメディケア・アドバンテッジ保険加入者から入院のハイリスク者400人を同定した。400人のうち、252人はIDCTケア・マネジメント介入群に振り分け、残り148人を(第1の)対照群とした。第2の対照群はIDCT群に紹介されたが、アルゴリズムでは選ばれなかった660人である。プログラムの効果は介入後1年間の入院率と医療費を3群で比較した。分析の結果、アルゴリズムでIDCTプログラムに振り分けられた群 (介入群) の1人1月当たり医療費は第1対照群に比べて1,121.76ドル、第2対照群と比べて1,625.61ドル低かった。本プログラムによる純費用節減は、費用にプログラム費用を加えても190万ドルであった。以上の所見は、IDCTは、患者を適切に選択し、職種間の相互依存を強めれば、ハイリスク患者を費用効果的にマネジメントできることを示唆している。

二木コメントー本論文の執筆者は多職種連携の医療費抑制効果を示したと主張していますが、それはメディケア・アドバンテッジ (MA) 保険加入者48,235人から入院のハイリスク者400人 (0.83%) のみを選択したからです。この論文を読んで、私はWeissertが1985年に「在宅ケアが費用効果的ではない7つの理由」で以下の5番目の理由をあげたことを思い出しました。「⑤高いスクリーニング費用：地域ケアを費用効果的にするためには、対象を施設入所のハイリスク群に限定する必要があるが、そうしようとすると、事前のスクリーニング・評価費用が膨大になってしまい、実際のサービス費用を上回ってさえしまう」 (Weissert WG: Seven reasons why it is so difficult to make community-based long-term care cost-effective. *Health Services Research* 20:423-433, 1985. 要旨は『日本の医療費』医学書院, 1995, 191頁&『医療経済・政策学の探求』勁草書房, 2018, 74-75頁で紹介)。現在は医療ITの進歩でスクリーニング費用が40年前より大幅に減少していると思いますが、MA加入者のわずか1%に対象を限定して、費用対効果を論じるのは「誇大宣伝」・「羊頭狗肉」と言え

ます。なお、“interdisciplinary”は通常は「学際的」と訳されますが、本論文のチームの構成職種を踏まえて「多職種連携」と訳しました。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その232)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○今野敏（作家。デビュー45周年を迎える）「だいたい月に5本か6本書いているから、5日に1回、締め切りが来る感覚です」、「僕はデビューしてから『隠密捜査』シリーズで吉川英治文学新人賞をとるまで、27年かかっています。来た仕事は断らない、締め切りも破らない、そうしないと仕事がもらえなくなる。この初心を胸に、これからも書き続けるのだらうと思います」、「我々みたいな平凡な作家は、締め切りを守るのが最低限なんですよね。締め切りを守って、ようやくスタートラインに立てる」（『小説新潮』2024年2月号：47, 53頁。上田秀人氏との対談「締め切りは守ってなんぼ、書いてなんぼ」）。二木コメントー今野氏のプロ精神に脱帽です。私は毎月、『日本医事新報』と『文化連情報』の2本の連載を持っていますが、締め切りを守るのにいつも青息吐息で、時々数日遅れることはしばしばで、たまにどうしても書けず書けず「穴をあける」こともあり、編集者に迷惑をかけています。なお、『小説新潮』2月号は特集「世界は締め切りできている」というタイトルに惹かれて購入したのですが、この対談以外は特集テーマについての短編小説ばかりでした。

○守田省吾（哲学・思想書出版で定評あるみすず書房の編集歴40年超のベテラン編集者。昨年28歳の思想史研究者、林大地氏の『世界への信頼と希望、そして愛』を刊行）「特に若い人を応援したいというビジョンは持っていない。20代でも80歳の著者でも、書くテーマや内容、質を平等に見るだけ」（「日本経済新聞」2024年3月16日朝刊、西原幹喜「活字の海で26歳院生の清新な思想史読解 院生の熟練編集者が注目 異例の単著で」で紹介。西原氏はこれを受けて、「つまるところ若い書き手の発掘・育成に大切なのは、若いからと侮ったり、逆にゲタを履かせたりをしない姿勢かも知れない」と述べる）。二木コメントー「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」のゼミ生の年齢も20代から80代まで幅がありますが、毎月、守山・西原氏と同じスタンスでレポート添削をしているので、大いに共感しました。

○操上和美（写真家。広告写真の第一人者。1936年生まれの88歳）「基本的には年は考えちゃだめなんです。俺は今いくつだと思えば、無理をしなくなる。年齢を言い訳にするのは格好悪いでしょう」（「朝日新聞」2024年2月19日朝刊）。二木コメントー私も「年齢を言い訳にする」ことは絶対にしませんが、まだ操上氏の境地には達していません。実は、以前は著書のあとがきで、「少なくとも〇〇歳までは」研究等を続けると書いていたのですが、2022年に出版した『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房）からは、年齢を書くのを止め、「可能な限り続ける」に変えました（242頁）

○伊集院静（作家。2023年11月死去、享年73歳）「挨拶というものはまず短いことが肝心である。（中略）／次によく聞き取れる声（または発声）でなくてはいけない。（中略）そうして最後に、これが大切なことだがユーモアがなくてはいけない」（『風の中に立てー伊集院静の言葉』講談社、2024、17-18頁）。二木コメントー特に「よく聞き取れる声（または発声）でなくてはいけない」は、声量が落ちやすい高齢者で重要と思います。私はそのために、2014年＝10年前から、横隔膜呼吸トレーニングと滑舌トレーニングをして続けていま

す。次の2冊の本で、その方法を学びました：永井千佳『リーダーは低い声で話せ』（中経出版, 2013）と魚住リエ『たった1日で声まで良くなる話し方の教科書』（東洋経済, 2015）。「挨拶というものは短いことが肝心」については、医療経済学面での恩師の故江見康一先生の次のお言葉を今でも肝に銘じています。

○江見康一（一橋大学名誉教授。2011年死去、90歳）「私の老化度判定法（中略）／ひとつは奥さんや友人と会話している場合に、20分以内に同じ話を二度繰り返す人は、かなり高齢化が進んでいると思います。／もうひとつは、**スピーチを求められた場合に、スピーチを3分以内にうまくまとめ上げられるかどうかという能力**をみます。／大学や懇談会などで、先生方の話を聞きながら、ちょっと意地悪ですけれども、**3分以内にきちっとまとめられるかどうか、私は時計を眺めております**」（『老いるショックは3度来る！～人生90年の時代』かんき出版, 2005, 63頁。本「ニューズレター」58号（2009年6月）で紹介）。

<その他>

○岩田健太郎（神戸大学医学研究科感染症治療学分野教授）「**ガザの虐殺を止めよ**（中略）こういう話をすると、必ず『そもそもハマスがテロ行為を……』などと賢しらに言う人がでてくるが、**この問題には『そもそも』を設定すること自体が不毛である。どこまで『そもそも』を遡及すればいいというのか。ガザ地区に大量の難民を発生させたイスラエルなのか、イスラエルをそうさせた、第一次中東戦争を起こしたアラブ諸国なのか、合意もなくユダヤ人を入植させた三枚舌のイギリス、あるいはフランスやロシアなのか、**（中略）世界史上の数多のエピソードが現在の遠因のパズルの1ピース、1ピースになっている。『**そもそも論**』は**永遠の水掛け論しか生まない**。／だから、ネルソン・マンデラがそうしたように、我々は『**そもそも誰が悪かったのか**』という議論を『**一回、脇において**』虐殺を止めることだけをイスラエルに要求すべきなのだ。国連で拒否権を発動させ、虐殺を黙認したアメリカ合衆国を難じるべきなのだ』（『日本医事新報』2024年3月16日号：58頁）。**二木コメント**「『**そもそも論**』は**永遠の水掛け論しか生まない**」とい指摘は新鮮です。岩田氏の勇氣ある発言に感銘を受けました。

○竹中淳（漫画家）「（夢子）[自分で思いつく長所がなきゃ]作っちゃいなよ。**なりたいたい自分になるために長所を作っちゃおうよ。長所と短所なんてさ、となりあわせだと思わない？もっとポジティブにいこうよ**」。「（蓮）**目標にした長所はあきらめず続けることでボクに力をくれ作ることができる**ことが分かりました。長所も短所もとらえ方一つで、となり合わせということです」（『法音』（日蓮宗法音寺の月刊誌）2024年4月号の連載マンガ「ひまわり #135 長所を作ろう」。夢子はポジティブ思考の小学生、蓮は気の弱い同級生。蓮は、夢子に強く背中を押されて、別の友達からの長距離走に出ないかという誘いに乗り、練習を続けたところ、この心境に達した）。**二木コメント**「なりたいたい自分になるために長所を作る」、「目的にする長所を作る」という姿勢が新鮮でした。

○A w i c h（ラッパー）「**自分が自分らしくいること、弱さも強さもさらけ出すこと。そして相手にもそれを許すこと**」（『A E R A』2024年3月11日号：9頁。新しいアルバム「THE UNION」に込めた思い）。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第36回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」74号（2024年4月14日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私の好み/私好み

A. 論文の書き方・研究方法編（今回はなし）

B. 医療・福祉・社会保障編

○川内潤・日経ビジネス編集部『わたしたちの親不孝介護 「親孝行の呪い」から自由になるう』日経B P, 2023年11月。

…川内氏（NPO法人「隣の介護」代表）と8人の介護予備軍、経験者、専門家（佐々木淳医師）との対談集。氏と山中浩之氏の前著『親不孝介護 距離を取るからうまくいく』（日経B P, 2022）の続編。「介護＝親のそばにいる＝親孝行」という「常識」こそが、子どもにとって親の介護をつらくする原因」として、「『親孝行の呪い』を断ち切ろう」、「介護に限っては、[介護保険の利用等で親の世話を他人に任せ] 親と距離を取るほうが本当の『親孝行』」と主張。前著で書かれ、本書のはじめにでまとめられている「親不孝介護」の考え方9か条（27項目）も妥当と思う（例：「『介護は治療ではなく、撤退戦』という意識を持つ」、「『堂々と公的支援を受ける』と、ハラを据える」）。

私は佐々木淳医師が、なだらかに健康状態が悪化する「健康老衰モデル」は日本人の5%にすぎず、疾病・転倒等を繰り返すたびに起伏を伴いながら段階的に悪化する「疾病モデル」が日本人の80%を占めるとの対比図を示して、「年をとったら、高カロリー、高タンパクの食生活に切り替えて、最後まで元気に」と主張していることに共感した（101頁）。

○特集「介護 異次元崩壊 ヘルパーが消える、サービスが受けられなくなる日」『週刊東洋経済』2024年2月17日号：34-67頁。

…全4部。経済誌らしく、介護崩壊の実態だけでなく、Part 3「踊る介護企業」に、「大規模化と収益増を図る投資ファンド」、[SOMPOケア実証実験の成否]、「『看取りビジネス』急拡大の危うさ」、「介護保険料が人材紹介会社に流れる」の4本の批判的レポート（すべて野中大樹氏執筆）。2番目のレポートは、SOMPOケアが実証実験の結果、「ICT導入後の業務時間は導入前の76%に減少 [し、人員配置] 3.27対1で対応できると結論づけたこと」を検証し、「24% [減少] のうち、ICT導入による短縮効果は6%にすぎない」と指摘し、「人員配置基準を緩和したのは拙速ではないか」と批判。

○小笠原信実『韓国における公的医療保険と財政 医療の公共性と社会保障財源』ミネルヴァ書房, 2024年2月。

…韓国の主として1990年代以降の歴代政権の医療保険改革とその背景にある医療財政・財源を、日韓等の膨大な先行研究と現地調査に基づいて探究した労作。「韓国における公的医療保険の給付水準の低さと財政における社会保障支出の規模の小ささ」について考察し、それが「財閥が保有する大企業の成長が優先されることにより国民生活に犠牲を強いることを基調とした韓国資本主義の形成過程と結びついている」ことを示し、この流れを変えて、韓国の医療制度を階層型から平等型に転換するための課題を財源政策にも踏み込んで提案。著

者は2000年代以降（2004-2016年）、サムスン財閥と韓国企画財政部を中心とする経済官僚主導で、医療の市場化・新自由主義的医療改革が進められたと位置付け（306頁）、一般には進歩派と見なされているノムヒョン政権も批判。併せて、韓国では医療の市場化に対する市民、労働者等の反対運動も強く、市場化の進行を一部止めるのに大きな役割を果たしたとも指摘。文在寅政権の医療制度改革は（相対的に）高く評価（第6章）するが、同政権の財政政策には批判的（第9章3-5）。私は混合診療の韓国で民間医療保険が普及していることはよく知っていたが、日本ではほとんど普及していない実損〔補填〕型の民間医療保険の加入率が2000年代に急増したことに驚いた。

日韓比較という点では、混合診療と新自由主義的医療改革の日韓比較（第2,3章）が特に興味深い。第2章で詳述されている韓国の混合診療全面解禁の悲惨な実態は、日本にとって他山の石となる。第3章の「韓国と日本においては類似した内容の新自由主義的医療改革の提案がなされたにもかかわらず、異なる過程をたどった」との指摘は重要。**韓国の医療改革や医療制度の日韓比較の研究者必読**。ただし、著者の「新自由主義」の定義はアイマイa/o広すぎだと思う（例例：伝統的な医療費抑制・患者負担拡大も新自由主義に一括する）。終章に書かれている「今後の日本への提言」・「5つの論点」は厚生労働省や日本医師会、私を含めた日本人研究者がすでに指摘しており、目新しさはない。

○西村淳「日本の老年期？（統計の散歩道）」『厚生指標』2024年3月号：34頁。

…著者は厚生労働省OBの見識ある社会保障・社会福祉研究者。公式統計を駆使して、さまざまな「不都合な真実」を示した上で、「この国は、いつのまにか世界の中でも、経済が成長せず、賃金も物価も低く、貧困と格差が大きく、公的な再分配を行わない国になってしまった」&「こうした状況は…もはや一時なものではない」と書いているのは説得力がある。「労働生産性の年1.3%の伸びは賃金に反映していない」とチラリと企業（と政府の無策）を批判し、「少子化対策は子育て支援の意味があるが、『若返り』の効果ではなく、維持的效果がせいぜいであろう」と述べているのも正論と思う。しかし、傍観者的になるのではなく、「国が老年期に入ることは、避けられないことであり、決して悪いことでだばかり捉えるべきではない」と指摘し、「この国のかたちとしても、賃金や社会保障によって限られた富を分配することで豊かな老年期の国を作っていくことが大事」と結んでいる。1頁の短文だが味わい深い。

○小塩隆士「社会活動への参加と健康増進効果」『週刊社会保障』2024年3月18日号：30-31頁。

…社会関係資本が豊富な人ほど健康である等の「山のようにある」実証研究に「素朴な疑問」を抱き、厚生労働省が毎年行っている『中高年者縦断調査』の第1回～第17回データ（2005～2021年）のうち、第1回調査で50～59歳だった約3万人の個票データを用いて、第1回調査時点での5種類の社会活動（元調査は「社会参加活動」）への参加経験が、第17回調査時点における要介護状態とどのような関係にあるかを、社会活動を「娯乐的活動」と「社会貢献活動」に括って、統計的に検討。50歳代における社会活動への参加経験に注目したのは、「健康から社会活動への参加あるいは社会資本へ、といった〔逆の〕因果の流れは、例えば65歳以上の高齢者に対象を絞った研究に比べればそれほど心配しなくてもよい」と考えたた

め。その結果、「健康面にプラスの影響があるのは娯楽的活動であり、社会貢献活動ではない。そして参加している〔社会貢献〕活動に満足していないと、健康面へのプラスの影響は期待できない」との「単純明快な」結果を得、「何かの社会活動に参加し、社会関係資本が充実していればそれでよし、と言った単純な話しではない。楽しく、満足できる活動でなければ、健康増進効果はない」と主張。小塩氏が他の2人と行った下記原著論文のエッセンス。

「社会（参加）活動」をいくつかに分類して、それぞれの健康増進効果を検討した先行研究はあるが、参加している「社会貢献活動」に満足しているか否かで検討したのは初めてと思う。ただし、小塩氏が「社会関係資本（ソーシャルキャピタル）」と「社会活動」を同じ意味で使っていることには疑問を感じた。前者はきわめて多義的で、しかも多くの場合社会・地域レベルで評価されるが、後者は個人レベルで評価されるからである。

原著論文 : Oshio T, et al: Can social participation reduce and postpone the need for long-term care? Evidence from a 17-wave nationwide survey in Japan. Applied Research in Quality of Life. Published on line: 27 February 2024.
<https://doi.org/10.1007/s11482-024-10288-y> (free access)

○『COML 医療フォーラム 2023 徹底討論！！かかりつけ医機能 報告書』COML, 2024年3月（税込み1100円。COMLに申し込み：e-mail:coml@coml.gr.jp）

…2023年11月18日に開かれた「フォーラム」での、山口育子氏・横倉義武氏・草場鉄周氏・私の講演全文とその後の「徹底討論」を収録（全46頁）。徹底討論では、司会の山口氏が、冒頭、私が提起した「かかりつけ医を持つのは国民の権利であって義務ではない」ことについては4人の意見が共通していることを確認した上で、講演者間の意見の違いと共通点について、率直に討論。その後、フロア参加者も交えて「徹底討論」。私と草場氏はお互いに、フォーラム前は激論になると思っていたが、対面で率直に議論することで、むしろ一致点が多いことが分かった。健保連は公式文書では今でも「かかりつけ医の認定制」を提案しているが、フォーラムに参加した河本滋史専務理事はその点については「保留」し、しかも、かかりつけ医を持つことは患者の権利であって義務ではないことは「まったく一緒」と明言（43-45頁）。**「かかりつけ医の機能強化」をめぐる論争の到達点・合意点を理解するための必読文献。**

○森井大ー「『かかりつけ医を考える』英仏独の訪問調査から」日本記者クラブ講演, 2024年3月28日。https://www.youtube.com/watch?v=Pzhrzc_yIJ4&t=141s

…昨年5-6月の日本医師会・欧州医療調査で実務責任者を務め、帰国後膨大な「報告書」をまとめた森井氏が、「私見に基づいて」講演（講演約60分+その後の質疑応答約40分）。**厳しい質問に誠実かつ明快に答えた質疑応答は圧巻・痛快。**例：大林尚氏（日経編集委員）の「イギリスのGPの機能は『全人的医療』で、日本はそこが弱い」とのコメントに、「イギリス的な『全人的医療』と日本の（開業医レベルの高度な）医療の両方を行っている国はどこにもない」と切り返した。私は、イギリス最頂の大林氏が「イギリスの医療崩壊はコロナ前からあった」と認めたことに驚いた。森井氏が最後の総括の言葉として「シジフォスの岩」を選び、「医療（政策）の経路依存性」、「医療（政策）は少しずつ変えなくてはならな

**○日本福祉大学 地域ケア研究推進センター編『「0から100歳の地域包括ケア」への挑戦
大学と地域の協働研究』** 大学図書出版, 2024年3月。

…日本福祉大学が2017～2022年度の6年間、全学をあげて行ってきた大学と地域の協働研究の「過程と成果、提言をまとめ」ている。この研究は当初、日本生命財団の特別委託研究として始まったが、委託期間を終了しても、コロナ禍の中、大学として独自に研究組織を再編して継続。この研究プロジェクトで重視したのは、①（地域の実践課題に着目した）地域と大学との「協働」研究の推進、②「開発型」のアクションリサーチ、③「人材」の育成とネットワーク（大学がプラットフォームの役割を果たす）。「0から100歳までの地域包括ケア」は、知多半島のNPO法人「地域福祉サポートちた」が2010年頃から提唱していたスローガンを借用したもので、「すべての人を対象としたという意図」があり、これには「地域共生社会の実現をめざした包括支援体制や重層的支援体制整備事業も含んでいる」（以上、原田正樹学長の「はじめに」より）。白澤政和氏は「推薦の辞」で、「本書の[6つの]アクションリサーチから学ぶこと」を3点に簡潔に整理。

本書の内容は、私が提唱している「全年齢・全対象型地域包括ケア＝医療を含んだ地域共生社会づくり」の実践と言える（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房, 2024, 補章第1節）。私も、日本福祉大学在職中から、(M-)GTAやKJ法等のカテゴリー抽出型の質的研究には強い疑問を感じており、「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）では、詳細な事例研究とアクションリサーチ、またはそれらと量的研究を併用した混合研究法を推奨しているので、本書のがアクションリサーチを重視していることに共感した。研究成果だけでなく、研究プロセスもていねいに書いているので、他の（福祉系）大学が、大学の生き残りをかけて、それぞれの地域で地域貢献活動・地域との協働研究を行う上で大いに参考になると思う。

○医療科学研究所編『虚弱高齢者の終末期ケア—様々な場における課題と対応』 法研, 2024年3月。

…池上直己氏の序文に続いて、虚弱高齢者の終末期ケア・看取りの実態と課題を、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、在宅、救急医療、地域病院（地域包括ケア病棟）、緩和ケア別に報告・考察（第1～6章）。前田正一氏は「人生の最期の場所についての一般国民の希望と死亡診断書に係る医師法20条の解釈・運用」を検討（第8章）。最後の第8章は、医療科学研究所の「美しき有終」プロジェクト最終報告書。本書は**終末期ケアについての最新百科事典**とも言える。

私は、池上氏が、死亡場所割合（2021年）を85歳以上と未満で比較し、前者は後者に比べて病院死が少なく、施設死が多い反面、「自宅・その他」が少ないことを示したことに注目し、この数値は今後の超高齢社会で自宅死を増やすことが困難なことを示唆していると感じた。**佐々木淳医師**は、豊富な臨床経験に基づき、「在宅における看取り」について多面的かつ具体的に論じており、説得力がある（第3章）。私は、特に以下の3点に共感した：①「医学モデル・生活モデルの両面から支援する」。②日本の病院死の高さは世界で突出している反面、「北欧の福祉先進国に遜色のない在宅医療・介護システム」を持っている。③意思決定の形は変化しつつあり、最近「自己決定」から「共同意思決定」に移行している。前田氏の法学的視点からの「（死亡診断・）死亡診断書の交付に関する医師法の規定の解釈と運

用」は勉強になった。

○高山一夫『現代アメリカ医療政策の展開 ポストコロナへの軌跡とバイデン政権』法律文化社, 2024年3月。

…2016年に発足したトランプ政権の医療政策とコロナ対策から、2020年大統領選挙から2022年中間選挙を経て2023年までのバイデン政権の医療政策を、そのときどきの最新文献を用いて精緻に分析。序章と終章を含め全10章。『文化連情報』の2016～2023年の長期連載等をベースにしているため臨場感・迫力があり、両政権期におけるアメリカの医療政策が良きにつけ悪しきにつけ、ダイナミックに動いていることがよく分かる。専門書性格が強く、記述は時に細かすぎると思えるが、各章の「おわりに」と終章の1に、各章のポイント・結論が簡潔にまとめられている。**アメリカの最新の医療政策を知るための必読文献。**

私は、著者が「経済分析と政策研究を総合」し、しかも「特定の理論やモデル、あるいは価値規範を演繹的に適用して制度や政策動向を分析するのではなく、むしろ時々の医療政策上の課題とその背景および帰結とを、医療経済の構造的な分析と関わらせて論じ」ていることに共感した（1-2頁）。「新型コロナウイルス感染症とアメリカの医療制度・医療政策との関わりを意識し…災害の政治経済学の分析視角と知見を、医療政策分析に生かすことを試みた」のも新鮮。

もう一つ共感したのは、著者の評価が「複眼的」かつ公平・公正であること。著者は、オバマケアの廃止・骨抜きを執拗にめざしたトランプ政権には批判的だが、同政権がコロナ禍中に超党派的対策法を成立させ、医療政策を漸進させた面もあることを正当に評価している（第3章等）。バイデン政権が実現したメディケア薬価制度改革を「画期的」と評価しつつ、その萌芽がトランプ政権時代に準備されていたことも指摘（第7章）。連邦最高裁の諸判決（例：人工妊娠中絶に関する2022年判決）にも批判的だが、最高裁の保守派判事も一枚岩ではなく、オバマケアの違憲訴訟では3回続けて合憲判決を出したことに注意を喚起している（第4章3等）。

○特集「地域医療連携推進法人の成功事例」『病院』2024年4月号：259-265, 274-319頁。
…巻頭対談と総論22本、成功事例の報告5本を掲載（企画・川原文貴氏）。対談も日本最大の地域医療連携法人である尾三会（湯澤由紀夫代表理事・藤田医科大学学長）の事例報告と言える。総論では、厚生労働省の担当者（加藤光洋氏）が地域医療連携推進法人の制度創設の経緯と制度概要を述べた後、これまでに設立された35法人を3パターン（地域参加型、グループ型、2病院型）に分けて簡単に解説。**加藤氏が、地域医療連携推進法人は「地域医療構想を達成するための一つの選択肢」とクールに（？）述べているのと対照的に、同法人の生みの親とも言える権丈善一氏は、制度形成のプロセス・アクシデントを指摘した上で、「今の時代のルールは競争ではなく協調であり、最適なツールは、理念を共有する仲間との協調をベースとした地域医療連携推進法人となる」と熱く論じている。**5つの事例報告は、地域医療連携推進法人の設立を検討している病院（グループ）の参考になると思う。

C. コロナ関連（今回はなし。上記森井大一氏講演はコロナにも密接に関連）

D. 政治・経済・社会関連

○岩田明子『安倍晋三実録』文藝春秋, 2023年6月。

…本書の表紙帯には「最も食い込んだ記者による『安倍評伝』の決定版！」と書かれているが、私には期待外れ。安倍氏が2回目の首相退任直後から、第三次政権を本気で目指していたことは確認できたし、それ以外にも、安倍ファン・信者にはたまらない「肉声」「秘話」をたくさん紹介している。しかし、安倍氏の内政については、社会保障政策どころかアベノミクスについても、ほとんど書いておらず、私にとっての「資料的」価値はほとんどない。この点では、『安倍晋三回顧録』のほうがずっと意味がある。建前としてであれ、「不偏不党」であるはずのNHKの幹部記者（当時・解説主幹）がこれほど安倍氏と密着（癒着）していたこと、しかも岩田氏がそのことを本書全体でひけらかしていることに、呆れた。

○神野直彦『財政と民主主義—人間が信頼し合える社会へ』岩波書店, 2024年2月。

…「新自由主義の浸透によって格差や貧困、環境破壊が拡大し、人間の生きる場が崩されている。あらゆる決定を市場と為政者に委ねてよいのか。いまこそ人々の共同意思決定のもと財政を有機的に機能させ、危機を克服しなければならない」と熱く訴える警世の書。私は著者の価値観や改革の方向（第4章「人間の未来に向けた税・社会保障の転換」）には共鳴するが、本書全体を貫く著者の「スウェーデン出羽守」・最良の引き倒しには強い違和感も感じた（例：世界的批判を浴びたスウェーデンのコロナ対応までも美化（116頁））。第2章中の日本の医療制度・政策の批判も浅いa/oズレている。

○宮川努「宇沢弘文 『社会的共通資本』から見た『豊かさ』へのアプローチ（特集：バブルを超え 日本の実力）」『週刊エコノミスト』2024年4月2日号：38-39頁。

…「GDPは経済学の体系の中にきちんと組み込まれているが、多くの『豊かさ』指標は、特定の学問体験と密接なつながりがあるわけではない」と指摘した上で、経済学的な背景を持ちながら、GDPより広範な「豊かさ」を表そうとする「資本アプローチ」を紹介。これはアトキンスらの1992年論文から始まったと言われ、「資本を自然資本、人工資本、人的資本に大きく区分し、これ全体を『インクルーシブ・ウェルス（包括的資産）』ととんでいる」。しかし、日本では、宇沢弘文氏が、それよりも20年前の1970年代から、同様の考え方として「社会的共通資本」の概念を提起していたと指摘し、その骨格と「資本アプローチ」との共通点と違いを簡潔に説明している。

<フェミニズム・ジェンダー・エッセンシャルワークについての5冊>

○長田華子・他編著『フェミニスト経済学 経済社会をジェンダーでとらえる』有斐閣, 2023年10月。

…フェミニスト経済学の教科書で、世界が抱える諸問題・経済学の事象をフェミニズムの視点からどのように分析できるかを示す(9人が執筆、全員が女性)。フェミニズム経済学の特徴はいろいろあるが、本書は「私たちが生きる社会は他者からのケアを絶対的に必要としていることを前提に経済社会のありようを考えること」を強調。全14章で、通常の（主流派）経済学のほとんどの領域をカバー。巻末の「読書案内」も充実。私は、「フェミニスト経済学の核心」とされる「アンペイドワーク」（第2章。藤原千紗）に興味を持って読んだが、

その概念的・規範的説明が中心で、日本または世界でアンペイドワークを最初に「測定」した研究は紹介されておらず、期待外れ。

【参考：私が在宅ケアにおける家族介護者の「リアルコスト」に気付いた経緯】

私は、1970年代に代々木病院で「寝たきり老人」の定期往診（当時の呼称。現・訪問診療）を続ける中で、家族介護者の負担の重さ（時間的・精神的・経済的）を肌で感じ、当時主流だった、家族介護をタダとみなし、施設ケアより在宅ケアの方が安上がりだとする通説に強い疑問を持った。私はその頃、臨床医としての仕事をする傍ら、医療経済学の勉強をしていたのだが、1979年に読んだFuchs教授の“Essays in the Economics of Health and Medical Care”(1972:p. 11)が、リアルコストとマネーコストを峻別し、「最近の病院費用削減を目指した在宅医療プログラムが（家族の負担増加を代償として）実質費用(real cost)以上に名目的な費用(money cost)の減少をもたらす可能性を持っていることを指摘している」ことを知った（その後、『医療経済学』医学書院, 1985, 23-24頁で引用）。

そこで、1983年に発表した論文「施設間連携の経済効果－脳卒中医療・リハビリテーションを例として」で、「社会全体としての資源の利用」という視点から、自宅退院患者のうち「全介助患者」の費用に仮想的な「介助手当」（1日の介護時間6時間×パートタイム女子労働者の産業計の1時間当たり所定内給与額524円×30日＝9.5万円）を加え、「自宅退院した全介助患者の1月当たり月間費用は…総額18.8万円に達しており、長期施設入所患者の費用20万円とほとんど差がない」、「社会全体としての資源の利用」という枠組みで見ると、重度患者の在宅費用は、施設入所の場合に比べて決して安くはない」と主張した（『病院』1983年1月号：37-42頁→『医療経済学』医学書院, 1985, 77-92頁。『医療経済・政策学の探究』勁草書房, 2018, 39-55頁に再掲）。これはシミュレーション研究だが、日本で在宅ケアの「リアルコスト」を最初に推計したものだ。

その後読んだ、『サムエルソン経済学』に「経済学の一般的定義」として「経済学とは、人々ないし社会が、貨幣の媒介による場合、よらない場合いずれの場合も含めて、いくつかの代替的用途をもつ稀少性のある生産資源を使い…」と書かれているのを知り、「貨幣の媒介によらない」場合がreal costに相当すると理解し、大いに共感した（都留重人訳：岩波書店, 1981年, 4頁（原著第11版：1980））。その後、この定義は、日本福祉大学の大学院講義「医療経済学」の「経済学の定義」の項で毎年紹介し、「リアルコスト≠マネーコスト。例：主婦の労働、在宅ケアの『コスト』」と強調した。

○田中洋子編『エッセンシャルワーカー社会に不可欠な仕事なのに、なぜ安く使われるのか』旬報社, 2023年11月。

…エッセンシャルワーカーが置かれている現実の状況とその変化を分析し、それが生み出されている歴史要因を考察し、同書副題の疑問に答えていくことを目指した共同研究（全V部・17章）。エッセンシャルワーカーを、次の5つに類型化し、第I～IV部で事例研究等で深掘り：①小売業における主婦パート、②飲食業における学生アルバイト、③公共サービスの担い手の非正規化・民営化、④女性中心の看護・介護職、⑤委託・請負・フリーランスの担い手。392頁のやや厚い本だが、編者の執筆した序章と第V部と結語に、各部・各章の研究成果のエッセンスが紹介されている。現状分析に加えて、「どうしたら状況を改善できるのか」についても書いており、「救い」がある。

第Ⅲ部「病院、介護の現場はどうなっているのか」を読むと、同じくエッセンシャルワーカーといっても、少なくとも**現在は、看護師と介護職では労働条件と賃金面で大きな違いが生じている**ことが良く分かる。これの背景には、1990年代以降の30年間で、看護教育の大学教育化と看護師の社会的地位の向上が急速に進んだことがあるが、本書はそのことにまったく触れていない。ただし、「2022年の調査では、2009年に〔大学病院勤務の看護師から〕表明されていた希望の多くは新しい制度によって実現されていた」とチラリと書いてはいる（199頁）。

○岡野八代『ケアの倫理－フェミニズムの政治思想』岩波新書, 2024年1月。

…フェミニズム理論の研究者である著者が2002年のアメリカ滞在中に、ケアの倫理という研究領域に出会うと共に、フェミニズム経済学の重要性を知り、それを一から学び始めて以降20年間の思索の総決算。上野千鶴子氏の先駆的ケアワーク論も参照しつつ、ギリガン『もうひとつの声で』を中心にして、アメリカにおけるフェミニズム、ケアの倫理の理論・思想研究の進展を精緻かつ熱く紹介・分析（第1～5章）。終章で現在のコロナ禍後の日本の政治に対して、いまなぜ「ケアの倫理」を論じるのかをスケッチ。終章以外は抽象度が非常に高く、ケアの倫理よりも、フェミニズムの政治思想（史）に興味がある人向けの本。

○上野千鶴子『こんな世の中に誰がした ごめんなさいと言わなくてもすむ世界を手渡すために』光文社, 2024年1月。

…著者は日本の女性学・ジェンダー研究のパイオニア&（私と同じ）団塊の世代（1948年生まれ）。女の人生を「仕事」、「結婚」、「教育」、「老後」の4つのステージに分けて、この50年間の社会と国民意識の変化・不変化を自己の教育・教育・社会活動の経験と結びつけて率直に語る。女の不幸は自己責任ではなく、「社会の構造」にあることを随所で強調。仕事編で「40代、50代で再チャージするのが長く働くコツ」と指摘し、「わたし自身の経験」として、「50代のとき、自覚的に専門分野を介護の領域へシフトし」、10年かけて『ケアの社会学』を出したことを紹介（73頁）。「90年代に介護保険ができたのは奇跡」、介護保険制度は「世界的に見てすばらしい成果」と評価しつつ、「2005年の1回目の改定以降ずっと改悪が続いて」、2024年改定に向けての審議では「ついに介護保険史上最悪の改定案」が並んだと批判し、このまま介護保険の利用抑制が続けば、「再家族化」と「市場化」が生じると警告（185-195頁）。

『フェミニスト経済学』や『ケアの倫理』と異なり、外国（アメリカ）の研究文献は一切引用せず、著者が注目した日本の最近の書籍（多くは新書）を多数引用・紹介していることに好感を持った。また、著者が若い人たちに向かって、自分たちは社会を「大きくは変えることはできませんでした。非力でした」と認めつつ、「わたしたちだって少しは変えられた」、そのことにフェミニズムが貢献したと強調していることに共感した（14頁）。有名な2019年の東大入学式のスピーチで述べたと紹介している「**フェミニズムの定義（弱者が弱者のままで尊重されることを求める思想）**」にも共感した（204頁）。

○姫岡とし子『ジェンダー史10講』岩波新書, 2024年2月。

…岩波新書の歴史学「10講」シリーズの最新刊。私は歴史学についての最新の教養を身につ

けるため、このシリーズはできるだけ読むようにしている。第1～4講は女性史・ジェンダー史の史学史。第5講以降は史学史を重視しながら、ジェンダー史の成果を個別テーマ（家族、ジェンダー、身体、福祉、労働、植民地・戦争・レイシズム）に即して、（社会）構築主義の立場から記述。各章とも、女性史・ジェンダー史の枠内・枠外の論争についてバランス良く紹介している。日本における近代の理解についての「戦後（歴）史学」と女性学の論争（第2講）、及びヨーロッパ啓蒙主義を代表するルソー、カント、フィヒテが女性は男性に服従する性と主張していたことは、勉強になった（第6講）。ただし、著者はドイツ・ジェンダー史が専門であるため、「日本での研究や論争」の紹介は「きわめて限定的。特に第8章「福祉」の記述はほとんどが第2次大戦前までのドイツの紹介で、日本のことはチラリと書かれているだけ。

お知らせ

「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）夏季特別講義・医療経済学」を開講します

○日本福祉大学大学院で1999年度から毎年後期に開講していた「医療福祉経済論（旧・医療経済学）」講義は2023年度で終了しました。しかし、受講希望者が少なくないので、2024年度は「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）夏季特別講義・医療経済学」を7月24日～9月4日の毎水曜日午後7時半～9時、全7回、zoom開講することにしました。

○各回のテーマは以下の通りです。第1～6回は「講義資料集」を用いて行います。

第1回(7月24日):オリエンテーション/「医療経済学の将来」と研究者の政策形成への貢献

第2・3回(7月31日・8月7日)：医療・介護サービスの経済的特性と(労働)生産性

第4回(8月14日):国民皆保険制度の社会経済的分析

第5回(8月21日):医療効率と費用効果分析—地域・在宅ケアを中心として

第6回(8月28日):医療技術の進歩と医療費への影響

第7回(9月4日)：『病院の将来とかかりつけ医機能』の質疑応答

講義は「双方向的」に行います：①毎回の講義の最後に10分ほど質問・要望等の時間を設けます。

②講義日～翌日午後5時までメールで質問を受け付け、回答を全員にメールで送ります。

○定員は30人、受講料は6000円です。**海外在住者は受講料を免除します。**

○受講希望者は5月末までに、私にメールで申し込んで下さい。先着順で受け付けます。申し込み時に、所属と簡単な自己紹介と受講動機を書いてください。

○受講料は5月末までに、6000円の定額小為替証書を郵便局で購入し、私の自宅に普通郵便で送ってください。

〒467-0826 愛知県名古屋市長区瑞穂区白龍町1-56-6。

***定額小為替の「指定受取人おなまえ」欄は空白のままにしてください。**

○受講者には、6月に「講義資料集」のファイルを送り、講義のURLをお知らせします。