

2024年10月5日(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻243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。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/>。

243号の目次以下の通りです(21頁)

1. 論文：「こころの健康」を初めて論じた『令和6年版校正労働白書』第1部
〔二木教授の医療時評〕(224)『文化連情報』2024年10月号(559号)：28-32頁 …2頁
2. 最近読まれた興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻223回：2024年分その7：7論文) ……7頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その237) -最近読んだ名言・警句……………12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41回) ……………14頁

訂正とお詫び

「ニュースレター」242号の16頁11行目で、小豆畑丈夫氏の『在宅医療の真実』を『在宅医療の現場から』と誤記してしまいました。大変失礼しました。「いのちとくらし非営利・協同研究所」のHPへの転載時には訂正しました。

お知らせ

1. 論文「岸田内閣の『高齢社会対策大綱』をどう読むか？」を『日本医事新報』10月5日号に掲載します。次の「ニュースレター」244号に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読み下さい。
2. 論文「自民党総裁選挙と石破新総裁・首相をどう見るか？」を『日本医事新報』10月19日号に【緊急掲載】します。
3. (再掲)講演「地域共生社会と地域包括ケアについて」を10月21日(月)午後4時20分～5時50分、日本赤十字豊田看護大学大学院で、ハイブリッドで行います。日本赤十字豊田看護大学大学院のご厚意で、本「ニュースレター」読者のzoom聴講をお認めいただきました。もちろん無料です。聴講を希望される方は、10月14日(月)午後5時までに私に直接メールでお申し込み下さい。その際、ご所属と簡単な自己紹介をお書き下さい。同日午後6時以降、聴講のためのURLをお知らせし、講演資料をお送りします。

1. 論文：「こころの健康」を初めて論じた『令和6年版厚生労働白書』第1部

〔二木教授の医療時評〕(24)『文化連情報』2024年10月号(59号)：28-32頁 …2頁

はじめに

厚生労働省は8月27日、『令和6年版厚生労働白書』（以下、「白書」）を閣議報告し、公表しました。副題（第1部のタイトル）は、「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」です。今回の「白書」は昭和31年度版以来66回目の白書ですが、副題が「こころの健康」の白書は初めてです。過去の白書では第1部で、精神関連のテーマ（精神疾患、精神障害、精神障害者福祉等）が取り上げられたこともありません。

この点について「白書」は、「こころの健康は、すべての人に関係があり、私たちの社会においても大切なテーマである一方、身近な課題であるが故に、まっすぐに向き合うことが難しいテーマであったのかもしれない」と率直に書いており、好感を持ちました（3頁）。近年は、私からみるとカタログ的・官僚的記述の白書が多かったのですが、今回の「白書」は当事者や国民に寄り添う姿勢・視点を貫いており清々しさも感じました。

本稿では、まず第1部の構成・概略と勉強になったことを紹介し、次に特に注目・共感したことを3つ述べ、最後に少し疑問に思った2点について率直に書きます。

1 第1部の構成・概要と勉強になったこと

第1部は以下の3章構成です。第1章 こころの健康を取り巻く環境とその現状、第2章 こころの健康に関する取組みの現状、第3章 こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に。

「こころの健康」と「心の不調」の定義 ←小さい活字（番号のない見出しは同じ）

第1章に先立つ「はじめに」の冒頭では、有名な世界保健機関（WHO）憲章の健康の定義（1948）についていねいに説明し、最後に、「WHO 2022 報告書」（World mental health report: Transforming mental health for all）を参考にして、「こころの健康」と「こころの不調」を定義しています（4頁）。

「こころの健康」の定義は、「人生のストレスに対処しながら、自らの能力を發揮し、よく学び、よく働き、コミュニティにも貢献できるような、精神的に満たされた状態」です。「こころの不調」の定義は、「精神障害や社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態を指し、重大な苦痛、機能障害、自傷行為のリスクを伴う精神状態を含むもの」です。両者はそれぞれ、WHOの mental health と mental health condition の定義を参考にしているそうです。

「こころの健康とこころの不調の関係性」について、「精神障害を含むこころの不調を抱える人であっても高い水準でこころの健康を保持することも可能」であることを強調

していることに注目・共感しました（4頁）。

古い話で恐縮ですが、私は、1974年（今からちょうど50年前）に、東大病院リハビリテーション部でリハビリテーション医学の研修を始めた時に、上田敏先生から、リハビリテーション医学では、「機能障害」（運動障害等）と「能力障害（ADL〔日常生活動作能力〕の低下等）」と「社会的不利」を峻別し、たとえ患者・障害者の機能障害が重くても、適切なリハビリテーションにより、「能力障害」や「社会的不利」を大幅に軽減できると教えていただきました（WHO『国際生活機能分類』の日本語訳（2002年）では、「能力障害」は「活動制限」、「社会的不利」は「参加制約」と訳されています）。私は「こころの不調」が「機能障害」、「こころの健康」が「社会的不利（の克服）」に近いと理解しました。

ストレス要因等を整理

第1章では、生まれてから老いに至るまでのライフステージ全般におけるストレス要因について整理し、また現代社会の特徴的な側面であるデジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化などについても、こころの健康の観点から取り上げています。第1章に限らず、「白書」全体でも「ストレス」が鍵言葉の1つになっています。

私は「労働者を取り巻くストレスの現状」の項で、「就業形態別にみると、正社員は『仕事の量』、『仕事の失敗、責任の発生等』の順に高くなっているが、契約社員や派遣労働者では『雇用の安定性』の割合が高い傾向があり、特に派遣労働者では突出して最も高い」と書いていることに注目しました（21頁）。これを読んで、日本福祉大学学長をしていた時（2013～2016年度）に、毎年行っていた「助教」（任期制の教員）との懇談会で、「雇用の安定性」についての不安・悩み・ストレスがいつも出され、任期制の枠内で助教の教育・研究条件を改善したものの、彼らの納得は十分に得られなかったことを思い出しました。

「こころの健康」からは少し離れますが、第1章第1節で、（暮らしを支える地縁・血縁といった「つながり」は、希薄化の一途をたどってきた）（38頁）と認めているのもリアルと感じました。

最近の法改正や現状の概観

第2章は、こころの健康に関する最近の法改正や施策の現状を概観しています。これは通常の白書の記述とほぼ同じで、2020年代に入ってこの分野の法改正や施策が急速に進んでいることがよく分かり、大変勉強になりました。

驚いたのは、「勤務間インターバル制度」が2019年に法制化され、事業主の努力義務になったにもかかわらず、その「導入予定はなく、検討もしていない企業は、80%を超えている」ことです（115-116頁）。ただし、法改正・施策と現実とのギャップの記述があるのはここだけです。このような記載がもっとあれば、「白書」の信頼性がより増したと思います。

「心のサポーター養成事業」と「睡眠ガイド」

第3章は、あらゆる人が自らの心身の状態と上手に付き合いながら、こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会づくりに必要な取組みについて考えていま

す（第3章の構成が優れていることについては後述します）。

本章を読んで、2021年から「心のサポーター養成事業」が開始されていることを初めて知りました（162頁）。実は、私は日本福祉大学学長時代に、若手・新任教員の悩みを減らすために、ベテラン教員に相談する「メンター制度」を導入したので、意を強くしました（義務ではなく、若手・新任教員が自主的に申請し、メンターも自分で選ぶ）。

「性別役割分業意識を乗り越える必要性」の項で、「若い世代に根付きつつある新たな人生観」として、（育児などを「自分が率先してすべき」と考える人は、20代ではほぼ男女差がない）ことを知り、若い世代に希望を持つと共に、「昭和世代の男」としての反省もしました（166頁）。

もう一つ、「こころの健康と向き合う一人ひとりの取組み」（第4節）で、2023年に（より多くの国民が良い睡眠を習慣的に維持するために、睡眠ガイドが策定された）ことを知り、勉強になりました（167頁）。睡眠時間がこころの健康を確保する上で重要な要素であるにもかかわらず、日本の睡眠時間が国際的にみても短いことは第1章でも指摘されていました。白書で良い睡眠の重要性がこれほど強調されたのは初めてと思います。

第1部の「おわりに」は、WHOの健康に関する格調高い一文で結んでいます。

2 特に注目・共感した3点

次に「白書」を読んで、特に注目・共感したことを3点述べます。

「社会環境」「社会的要因」等を重視

最も注目・共感したのは、第1部全体で何度も、「こころの健康」を取り巻く「社会環境」、「社会的要因」、「経済的な事情」、「社会的環境や職場環境」、さらには「関係性の貧困」を強調していることです。第3章で、今後「必要な取組み」について、まず「当事者の意思の尊重と参加」を挙げ、次に「地域や職場におけるこころの健康づくり」と「社会の意識変容」を挙げ、最後に「一人ひとりの取組み」を挙げているのはその表れと感じました。

この点は、いわゆる「生活習慣病」について、従来の白書等が、患者の自己責任・個人的要因（生活習慣）偏重の説明をしているのと対照的です。この点については、＜『厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点—用語見直しを検討する時期』で詳述しました（『文化連情報』2017年9月号。『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,150-161頁）。

それだけに、「白書」が「生活習慣病」という用語を何度も（無批判に）使っているのは少し残念です。ちなみに天畠大輔参議院議員は、本年5月14日の参議院厚生労働委員会で、私の上記主張を引用しつつ、武見敬三厚生労働大臣に、「生活習慣病の名称見直しを重ねて求め」ました。

なお、公平のために言えば、2024年度から始まる「健康日本21（第三次）」では、「国民一人ひとりの健康への取組みの基盤として、社会とのつながりやこころの健康の維持・向上などの社会環境の質の向上が必要」としています（2頁）。

デジタル化のマイナス面も指摘

2 番目に共感したのは、「急速なデジタル化の進展」・「社会のデジタル化」・インターネットの影響について、そのプラス面だけではなく、マイナス面にも触れていることです。この点も、最近の政府・厚生労働省文書が、医療DX、介護DXをはじめ、DXのプラス面のみを強調しているのと対照的です。

私は特に、「デジタル庁が実施したアンケート調査によると、社会のデジタル化を良いと考える人は全体の半数をわずかに下回っており、急速なデジタル化にとまどいを覚えている人も少なくない」と明記していることに注目しました（38 頁）。この調査結果は、紙の健康保険証の発行を本年 12 月 1 日で終了するとの政府方針（閣議決定）がいかに無謀かを示していると思います。

「にも包括」について詳しく説明

3 番目に注目し、勉強になったのは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）について詳細かつ踏み込んで書いていることです（132～151 頁）。「にも包括」について、白書が、第 2 部「現下の政策課題への対応」を含めて、これだけ詳しく書いたのは初めてと思います。

私は特に、（精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会を実現する仕組みである）と明言し、「制度・分野の枠や『支える側』と『支えられる側』という従来の関係を超えて…」との地域共生社会の鍵概念を用いて説明していることに注目しました（132 頁）。

「にも包括」の説明で、「長期在院者などの地域社会への移行」に触れ、（長期在院者への支援に当たっては、医療機関と市町村等の連携強化が必要である）と強調していることにも注目・共感しました（150 頁）。厚生労働省の従来の「にも包括」の説明は、なぜか、この点に触れていませんでした（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,223 頁）。

3 少し疑問に感じた 2 点

最後に、2 つの小さい疑問を書きます。

高齢期の記述はステレオタイプ

第 1 は、第 1 章第 1 節中の「高齢期・老年期」の記述（①喪失体験と生活の不活発、②高齢者のこころの特徴）がステレオタイプかつネガティブなことです（19-20 頁）。高齢期・老年期は、それ以前の時期に比べはるかに個人差が大きいことも指摘すべきだったと思います。

過去の白書を振り返ると、平成 12 年版（2000 年。副題「新しい高齢者像を求めて」）が、「高齢者を社会的・経済的弱者として固定的で画一的にとらえる」「高齢者に関する通念の払拭」を初めて提起し（159 頁）、平成 15 年版（2003 年）は、副題を「活力ある高齢者像と世代間の新たな関係の構築」としていました。

障害者権利条約は「社会モデル」??

もう1つの疑問は、第2章第2節で、改正障害者差別解消法は「障害者権利条約の理念である障害の『社会モデル』の考え方を踏まえている」と書いていることです(129頁)。

私も障害者運動団体等の中でこのような主張があることは知っていますが、「社会的要因がある」ことと、社会の側にすべて(または大半の)原因があるとする「社会モデル」は異なります。

2006年に国連で採択された障害者権利条約に先立って、2001年にWHO総会で可決された「国際生活機能分類(ICF)」は、障害を個人の問題にとらえる「医学モデル」と障害は社会によって作られた問題と見なす「社会モデル」の「2つの対立するモデルの統合に基づいて」おり、「生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で、『生物・心理・社会的アプローチ』を用い」ています(『ICF国際生活機能分類』中央法規,2002年,18頁)。そして障害者権利条約はこのICFを前提にして作成されました。

「白書」自身が、先述したように、4頁では「こころの不調」を「**精神障害や社会的障壁により…**」と定義し、「社会的障壁と共生社会」の項で、「『こころの不調』は、**精神障害による心身の機能の障害に加えて、社会的障壁と相対することによって生じる障害を含む**」(57頁)と、ICFに沿った説明をしているだけに、上記記述は残念です。

なお、ICFについては上田敏先生が『ICFの理解と活用(第2版)』(萌文社,2021年。初版2005年)で、大変分かりやすく、しかし深く解説しているのでお読みください。

おわりに

以上、『令和6年版厚生労働白書』第1部の構成・概略と勉強になったことを紹介した上で、特に注目・共感したことを3点、少し疑問に思ったことを2点述べました。私は「白書」第1部を大枠では高く評価しており、「こころの健康」に関わる仕事をしている医療・福祉職はもちろん、できるだけ多くの方が読まれることをお薦めします。

[本稿は『日本医事新報』2024年9月7日号掲載の「『令和6年版厚生労働白書』第1部をどう読んだか?」に加筆したものです] t

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

223回)(2024年分その7:7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。

○ [アメリカにおける] 病院統合と医師の組合結成

Schulman K, et al: Hospital consolidation and physician unionization. NEJM 390(16):1445-1447,2024 [評論]

アメリカの医療提供体制は大規模な再編途上にある。2つの変化がこの変容を特徴付けている。1つは、1990年代以降、病院統合が進んで「医療システム」(病院を中核とする大規模医療グループ。以下、「医療グループ」)を形成し、多くの医療市場で独占力を行使していることである。2番目の変化は、2010年のオバマケア法成立以降、これらの医療グループが大規模保険会社やそれ以外の企業体(corporate entities)と共に積極的に医師診療グループの買収を始めたことである。その結果、医師の診療構造に大きな変化が生じている。2012年には病院に雇用されている医師は医師全体の5.6%に過ぎず、他に23%の医師が自己の診療所を病院に部分的に所有されていた。2022年には、病院に雇用されている医師の割合は52%に上昇し、それ以外に22%が他の企業体に雇用されている。この変化により、医師の診療構造は変化し、医師は「資本主義の歯車」になりつつあるとの警告もある。

これらの動きと同時に、別の変化が徐々に生じている。それは医師の組合結成である。2014-2019年の間に組合に加入した医師の割合は26%も増加し(ごく低いレベルからではあるが)、その趨勢は近年加速している。2023年には全国で多くの新聞が医師の組合結成を報じている(具体例は略)。医師の組合結成は医師のフラストレーションによる一時的爆発でも、新興的な左翼運動の表れでもなく、病院統合と医療提供体制の企業化への自然な反応である。組合結成は労働側と経営側の団体交渉を法的に可能にし、次の2つの機会を与える。1つは独占体と賃金交渉をする機会であり、もう1つは組合が賃金関連以外の事項にも声をあげられるようになることである。最近の医師の組合結成の努力が、主に非賃金事項(職員配置、バーンアウト、患者のケアの質等)で駆動されていることは驚くべきことではない。団体交渉は病院統合の最も否定的結果への直接的反応と言える。医師コミュニティと政策決定者は組合結成の動きを注視すべきである。

二木コメント—私も、アメリカで近年、病院統合の進展に対応して医師の勤務医化が急速に進んでいることは知っていましたが、それに対抗して、医師の組合結成が(まだ萌芽的ではあれ)進んでいることは初めて知りました。

○ [アメリカの] 病院統合での医師[雇用]の選択:理論的考察と実証的知見

Alinezhad F, et al: Physician selection for hospital integration: Theoretical considerations and empirical findings. Health Care Management Review 49(2):94-102,2024 [量的研究]

アメリカ医療では病院・医師統合が増加しており、それにより病院による医師診療所の買収（病院による医師の雇用）も増えている。このシフトは、質の改善を伴わない医療費増加とリンクしている。本研究の目的は独立診療から病院統合へ移行した医師の特性を見いだすことである。医師変数として、個々の医師の質スコア、卒業した医学部のランキング、経験年数、社会的・医学的に複雑な患者の治療経験、診療スタイル、所在地を選択し、それに加えて医療マーケットと郡レベルの変数も選択し、固定効果ロジスティック回帰分析をおこなった。

対象は66診療科の101,746人の医師で、そのうち3656人が2018-2022年に病院に統合された（雇用された）。統合された医師は概して、経験が少なく、質スコアが低く、メディケア診療の収入も少なかった。これら医師の患者は、平均して、合併症保有指数が高く、メディケアとメディケイドの重複受給が多く、貧困率が高い郡に居住していた。以上の結果は、もっとも病院に統合されやすいのは、複雑なケースミックスのために医療費償還の圧力と質指標を高める圧力を受けている医師であることを示している。病院・医師統合には反競争的側面もあることも分かった。病院は比較的経験が少ないが、社会経済的に複雑な患者を診療できる医師を統合（雇用）しつつあることも示唆された。医師統合により医療の質を改善することに関心のある病院は、医師の質にもっと注意を払うべきである。

二木コメント—論文タイトルと英文要旨では"hospital(-physician) integration"が用いられていますが、本文ではそれが病院による診療所の買収と医師の雇用であることが明示されています。これは一種の婉曲語法(euphemism) と思います。「病院・医師統合」により、医師の選別が進んでいることが良く分かります。

〇コロナ・パンデミックにより【アメリカの】全診療科の医師の総収入が大幅に減少した Parikh RB, et al: The covid-19 pandemic led to a large decline in physician gross revenue across all specialties in 2020. Health Affairs 43 (7):994-1002,2024 [量的研究]

アメリカの医療利用は2020年のコロナ・パンデミックの第一波時に減少した。医療利用は2021・2022年に回復したことは知られているが、2020-2022年に医師収入が診療科と診療スタイルによりどのくらい変動したかは知られていない。本研究は、大規模な営利医療保険連合体（Blue Cross Blue Shield Axis）の2018年1月～2022年6月の診療報酬請求データを医師・診療状況データとリンクし、パンデミック関連の影響が医師所得（保険から医師への支払いと定義）に与えた影響を、診療科別及び診療形態別に推計する。

標本の医師数は427,140人であった。外科系診療科、救急医療、内科のサブスペシャリティの医師の調整済み総収入は、パンデミック前に比べて、いずれも9%以上低下した。2022年には、病理科と精神科の医師の収入は手堅く回復したが、外科系と腫瘍科の医師の収入はパンデミック前と同水準かそれ以下にとどまっていた。2022年の収入回復は、病院所有の診療所で診療している医師、及びACO（責任ある診療組織）に参加している医師で、より大きかった。2021・2022年のパンデミック関連の収入回復は、診療科及び診療スタイルで異なっていた。医師の経済的不安定が医療統合と診療からの退出と関連していることを踏まえると、政策決定者は医師の収入の趨勢を、診療科または診療環境別に、しっかりモニターすべきである。

二木コメント—コロナパンデミック中も病院所有診療所の医師の収入が比較的安定して

いたことが分かります。これは、近年、病院統合（病院・医師統合）により医師の被用者化が進んだ理由の一つと思います。

○医療における公的資金の徴収は累進的であり得るか？ 29 か国のアセスメント

Rice T, et al: Can revenue collection for public funding in health care be progressive? An assessment of 29 countries. *Health Policy* 148 (2024) 105147, 10 pages [国際比較研究・量的研究]

医療の平等についてのほとんどの研究はサービスアクセスに焦点を当てており、各国の医療費用を賄う収入がどのように徴収されているかには関心を払っていない。本論文は、次の3つの公的資金徴収の累進性を検討する：所得税、社会保険（しばしば給与税 (payroll taxes)）、及び消費税（付加価値税等）。調査対象は29の高所得国であり、そのうち26か国は「ヨーロッパ医療制度・政策協同体（HSPM. WHO 欧州地域事務所が運営）に参加しているヨーロッパ26か国で、他はカナダ、イスラエル、アメリカである。上記3方式別に、29か国の収入徴収の累進性・逆進性を評価する質的指数を開発した（指数の算出方法は略）。

その結果、累進性が高い所得税制度を有する国は所得をベースにした税率区分 (tax brakes) を用いている傾向があり、税率区分間の限界税率には大きな差があった。累進性が高い社会保険方式の国では、保険料徴収の上限がなく、低所得者からの保険料徴収を免除または減額していた。消費税について唯一共通しているパターンは、総合的所得不平等がもっとも少ない国々では消費税の逆進性が少ない傾向があることであった。本論文は、いくつかの国の経験を示して、医療の公的資金の財源調達をより累進的にするための方法も提供している。

二木コメント—高所得国の「医療の平等」のアセスメントの新しい切り口を示している斬新な国際比較研究です。上記要旨はやや抽象的ですが、本文では各国の特徴にも触れており、医療保障制度・医療財源の国際比較の研究者必読と思います。本研究では患者自己負担や民間医療保険が補填する医療費は分析の対象から除外されていますが、これらを含んだより包括的分析は近々発表予定とのこと。なお、筆頭著者のライス氏（UCLA 所属）はアメリカの医療経済学界の重鎮&アメリカでは数少ない制度派経済学者です。

○ヨーロッパにおける[破滅的医療費に対する2つの]経済的保護指標の公平・給付施策[評価]の感受性の評価

Cylus J, et al: Assessing the equity and coverage policy sensitivity of financial protection indicators in Europe. *Health Policy* 147(2024) 105136, 7 pages. [国際比較研究・量的研究]

ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ (UHC) に向けての進歩は、破滅的医療費 (catastrophic spending. 経済破綻を招く高額な自己負担医療費) の頻度でモニターされている。ヨーロッパでは次の2つの指標が主に用いられている：国連のSDG 指標の3.8.2とWHO 欧州地域事務所 (WHO/Europe) 指標。異なった指標の使用は混乱を招くし、混乱は矛盾する結果や政策的意味合いが生じる場合は特に大きい。ヨーロッパ連合 (EU) 加盟27か国の統一基準の (harmonized) 家計費調査のデータ (505,217 世帯) を用いて破滅的医療費のリスクを推計し、その際家計の特性と医薬品の自己負担のデザインを考慮した。医薬品の自己負担施

策と結びつけた、個々の家計別の破滅的医療費の予測確率（LISAs と呼称）を、2つの指標で計算し、両者の予測精度を比較した。

WHO/Euro 指標を用いると、2つ以上の保護施策（定率自己負担ではなく低額かつ定額の自己負担、低所得家計に対する自己負担免除、所得レベル別の自己負担上限）のどの組み合わせも、破滅的医療費の低いリスクと関連していた。SDG 指標を用いると、どの保護施策の組み合わせの信頼区間も、保護施策がない場合と重なっていた。どちらの指標でも、医薬品の自己負担は破滅的医療費の強い予測因子だったが、WHO/Europe 指標の方が SDG 指標よりも、医薬品自己負担施策に対する感度がより高く、ヨーロッパにおける医療制度の公平と進歩をモニターする上ではより良い指標となっていた。

二木コメント—日本と異なり、ヨーロッパでは国連の SDGs 指標が医療の公平性の評価に使われていることを初めて知りました。ただし、それはヨーロッパ独自の指標より感度が低いようです。

○医療経済学の視点からの健康の不平等のモニタリング：過剰体重に焦点を当てて

Mujica FP, et al: Taking a health economics perspective in monitoring health inequalities: A focus on excess weight. *Health Policy* 148 (2024) 105144, 8 pages [量的研究]

健康の不平等のモニタリングの伝統的方法は主に人口調査(headcount methods)を用いている。しかし、この方法は疾病の重症度の変化の非線形の医療経済学的意味を反映できていない。代替的で、分布に敏感な計量的評価法(metrics)で、医療財政・計画の意思決定にもっと有効なものがある。本論文では、Foster-Greer-Thorbecke (FGT) 指数のデザインについて説明し、その人口の健康不平等の総合的モニタリング指標としての相対的利点を示し、Erreygers 集中指数と比較する。イングランドの 2009-2019 年データを用いて、FGT 指数によりイングランドにおける成人の過体重不平等の縦断的分析を行う。

過体重（頻度）の不平等はイングランドの成人人口で直近 5 年間に徐々に拡大した。人口調査では分からないが、FGT 指数の分析により、他の人口集団と異なり、もっとも社会経済的に恵まれない集団の平均過体重成人集団は肥満(oebese.女で BMI 30.3)または肥満の一步手前(男で BMI 29.1)であった。この結果は地域間の肥満重症度の格差が拡大し、最も社会経済的に恵まれていない集団で特に肥満が増加していることを裏書きしている。FGT 指数は伝統的な不平等計測の弱点を補うことができるので、地方政府はそれを、代替的な人口健康指標として用いるべきである。

二木コメント—FGT 指数(1984)は、ベイジアンの手法を用いた総合的貧困尺度で、日本でもこれを用いた実証研究が行われています。本論文は、肥満頻度の地域別の違いを健康格差の1つと見なし、医療経済学の視点から FGT 指数を用いて分析したたことに新しさがあると思います。

○費用効果分析が【すでに存在する】健康格差を永続化するリスク

Basu S, et al: The risk of perpetuating health disparities through cost-effectiveness analysis. *Health Affairs* 43(8):1165-1171,2024 [理論研究]

費用効果分析は医療・公衆衛生政策の意思決定に情報提供するために広く用いられている。しかし、標準的方法は、現存する健康不平等の前提を組み込むことで、周縁化された

人々に体系的に不利益を与えている可能性がある。競合するリスク、ベースラインの医療費用、間接的費用（生産性損失）が人種的／エスニックなマイノリティ人口の費用効果分析にいかにか差別的に影響しているかを検討する。これらの構造的要因が、社会的に不利な集団(disadvantaged groups)の QALY や費用節減の過少推計をもたらし、これらの集団を対象にした介入が費用効果的ではないことにしうることを示す。例えば、砂糖入り飲料への課税の QALY 当たり費用の黒人と白人の推計であり、競合するリスクと保険加入率の違いにより、白人が疾病回避した場合の費用節減が大きく推計される可能性がある。費用効果評価が不平等を永続化しないようにするために、構造的要因が異なった集団に与える影響を考慮し、健康不平等が軽減削減されるシナリオを考慮することが求められる。健康不平等に焦点を当てた感受性分析が、不利な集団により大きな利益を与える介入を推進するのを助ける可能性がある。

二木コメント— 一見中立的に見える費用効果分析が、既存の健康格差を固定・永続化する危険があるとの指摘は重要と思います。なお、日本と異なり、アメリカの「費用効果分析」(CEA)には「費用効用分析」(CUA。アウトカムに QALY を用いる)も含まれます。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 237)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○上野千鶴子（日本のフェミニズム研究・運動の大御所）「フェミニズムは全体理論であることを主張したことは一度もない。フェミニズムがジェンダーに関する問いに対して答えることができても他の問いに答えることができない限界をもつことは、フェミニズムにとって恥でも限界でもない。反対にあらゆる理論がそのような限界を持っているともいえる」（『挑戦するフェミニズム ネオリベラリズムとグローバリゼーションを超えて』有斐閣,2024,54 頁）。

○リー・マッキンタイヤ（科学否定の問題を長年研究してきたアメリカの科学哲学者・科学史家）「不確実性を科学の『弱み』ではなく『強み』として受け入れることが、科学否定に対抗する大きな武器になる」（西尾義人訳『エビデンスを嫌う人たち 科学否定論者は何を考え、どう説得できるのか』国書刊行会,2024（原著 2021）,343 頁）。

二木コメンター自身が専門とする学問・科学の持つ「不確実性」、「限界」を認めることは、研究者に不可欠な「知的正直(intellectual honesty)」の重要な要素と思います。お二人の言葉と共通すると思う、次の警告にも共感しました。

○前嶋和弘（上智大学総合グローバル学部教授）「現時点でどちらが勝つと断言する人がいたら、その言葉を信用してはいけない」（『週刊エコノミスト』2024年9月10日号：19 頁「インタビュー トランプ、ハリス両氏は『弱い候補』 大接戦は必至、政治的な分極化が続く」）。

○栗原俊雄（毎日新聞専門記者）「国家は今後も『正史』を編纂するだろう。『ウソは書かないが、都合の悪いことは史実でも書かないという【昭和天皇】実録のノウハウが再現されるかもしれない。実録は歴史書であると同時に、私たちが『正史の文法』を学ぶ教科書でもある」（『毎日新聞』2024年9月7日朝刊、「(オピニオン) 昭和天皇実録 『雄弁な沈黙』。宮内庁が2014年に公開した「昭和天皇実録」＝「国の正史」に、「きわめて重要ないくつかの事実が、まるでなかったかのように記されていない」ことを発見し、その2つの例（「大日本帝国の終戦構想」と「敗戦までの経緯」）をあげ、上記の様に結ぶ）。二木コメンター私も政府・厚生労働省の公式文書を読む時に、「最近の公式文書と以前の公式文書の異同を分析的に検討」し、「何が新しく書かれたのかと同時に、何が書かれていないのか（特に何が削除されたのか）に注目する必要がある」と強調しています（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,「政府・厚生労働省の公式文書の分析の3つのポイント」(34-36 頁)。講演等では、「公式文書を読む際、新しく書かれたことだけに注目するのはアマチュアし、それに加えて、書かれていないことにも注目するのがプロ」と説明しています。

○藻谷浩介（日本総合研究所主席研究員。平成大合併前の約 3200 市町村のすべて、世界 136 か国を自腹で巡り、地域特性を多面的に把握して、地域振興や人口問題に関して精力的に研究、執筆、講演）「一貫性というのは、筆者が公の場でものを言う際に特に強調していることだ。その保ち方は簡単で、『どうもまだよく分からないことについては、余計な言及は

しない』というルールさえ守っていただければいい。事実裏打ちされた、明確に分かったことだけ発言していれば、自ずと一貫性は生まれる」(『誰も言わない日本の「実力」』毎日新聞出版,2024,30-31 頁)。二木コメントー私も藻谷さんと同じスタンスで、講演の質疑応答やインタビュー等で「分からないことは分からない」とはっきり言うようにしています。これを読んで、以前共感した次の名言を思い出しました。

○藤原帰一(東京大学教授)「学者は『分からない』と言う権利や、むしろ責任があるけど、記者は言えないんですね」(「朝日新聞」2006年10月9日朝刊「世界は単純じゃない」。本「ニューズレター」27号(2006年11月)で紹介)。

○青峰大輝「諦めなければ必ずできるとは言わねえけど諦めたら何も残んねえ」(藤巻忠俊「黒子のバスケ」の登場人物。『AERA』2024年9月2日号、「[巻頭特集]人生を支える言葉100」で紹介)。二木コメントー私も、医療政策についての自分の主張や提言がほとんど採用されなくても、諦めずにずっと研究・発言を続けているので、大いに共感しました。

<その他>

○国枝慎吾(元車椅子テニス選手。日本パラスポーツ界のレジェンド、国民栄誉賞受賞)「…そもそも試合で実力が100%出せるとは思っていなかったですね。よく、試合後のインタビューで『今日は実力が出せなかった』と話すアスリートがいますが、僕とは違うんだなと感じていました。試合で出せる実力なんてせいぜい70%程度です。(中略)テニスの試合は1月から11月までありますが、『私の日』になるのはせいぜい年に2日ぐらい。残りの日は普通の日か調子が悪い日なので、不安があっても勝てるように準備していました」(『AERA』2024年9月9日号:65頁)。二木コメントー私は、スポーツに限らず、実力が出せなかった』という弁解が嫌いなので、大いに共感しました。これを読んで、1997年に知った次の名言を思い出しました。

○内野雅一(『エコノミスト』編集部)「大事なところで、『勝てた試合を落とした』と。そう言いたい気持ちはよく分かる。分かるが、『勝てなかった』ことに変わりはない。技術力や精神力など実力の証明は『いい試合をする』ことではなく、『勝つ』ことでしかない。『いい試合』は記憶には残っても、記録に残らない。それが勝負の世界だ」(『エコノミスト』1997年10月28日号,106頁「編集部から」。本「ニューズレター」67号(2010年3月)で紹介)。

○藻谷浩介(日本総合研究所首席研究員)「惜敗とは、負けという"結果"を横に置き、惜しいところまで行ったという"途中経過"を評価する語である(中略)…日本の世論のように、一貫性なく何でも褒めては、次のより良い結果につながらない(『誰も言わない日本の「実力」』毎日新聞出版,2024,30-31 頁)。

○田口浩正(俳優。連続テレビ小説「虎に翼」に出演)「心がけているのは『引きづらないこと』です。ずっと失敗したことを考えていたら次にいけない。せりふも人生で一番覚えましたが、一個も覚えていない(笑)。次、次、次…。終わった瞬間、忘れていきます」(「しんぶん赤旗日曜版」2024年7月21日)。二木コメントー私も日常生活&大学教員時代の公務・管理業務ではこれを徹底していました(います)。それが「精神衛生」を保つ秘訣だからです。ただし、研究のこと、本や論文で書いたことは、忘れないようにしています。

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41回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」79号（2024年9月14日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連（今回はなし）

B. 医療・福祉・社会保障関連

○川島聡「2つの『障害モデル』をめぐって」『季刊福祉労働』175号：24-35頁,2023年。

…川島氏は「社会モデル」派だが、機能障害そのものを否定する「英国社会モデル」ではなく、機能障害の存在自体は認め、障害は「機能障害と社会的障壁との相互作用から生じる」との「米国社会モデル」派（この区別は、氏独自のものと思う）。私は後者はWHOのICF（国際生活機能分類）の考えに近いと思うが、川島氏は今まで一貫してICFをシカトしていた。しかし、この論文では初めてICFに言及し、しかも障害者権利条約の障害の定義（前文の(e)。「機能障害を有する者とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用」）は、ICFでも米国社会モデルでも説明できると認める！？ただし、ICFは「機能障害と社会的障壁のどちらが重要であるかを示さない」と批判し、「実質的には社会的障壁の問題性のみを強調する」「米国社会モデル」が優れており、障害者権利条約の障害の規定はこれを「採用していると解しうる」と主張。しかし、これは説得力に欠ける。川島氏は、障害者権利条約は（社会モデルが否定する（嫌う））「健康やリハビリテーションを重視する」ことも認めるが、これは「義務づけ」ではないと、苦しい弁明もしている。

ただし、この論文の「2つの障害モデル」は＜社会モデル vs ICF＞ではなく、＜社会モデル vs 人権モデル＞で、氏は、国連障害者権利委員会が条約解釈で人権モデルのみを採用し、（米国）社会モデルについて「沈黙」していることを批判している。しかし、これは重箱の隅をつついた議論。本論文を読んで、障害の社会モデル（全体）が不毛であることを再確認した。『日本医事新報』論文の最後で書いたように、＜「社会的要因がある」ことと、社会の側にすべての原因があるとする「社会モデル」は異なり、障害の総合的・包括的把握は「生物・心理・社会的アプローチを用い」ているICFでこそ可能だし、それが国際的合意と思う。

○【参考】上田敏『ICFの理解と活用（第2版）入門編』萌文社,2021年（初版2005年）。…ICFの作成にも参加した上田敏先生が、ICFについて、大変分かりやすく、しかし深く解説した名著。初版は5.5万部のベストセラーになったとのこと。

○岩澤倫彦『がん「エセ医療」の罨』文春新書,2024年5月。

…がん患者に奇跡的な治療効果を期待させて莫大な費用を取る免疫療法等の自由診療のがん「エセ医療」の「最悪の現実」を、綿密・執拗な取材に基づいて、医療機関・医師の実名をあげながら、厳しく告発。再生医療等安全法（2014年施行）によって、「国が自由診療の免疫細胞療法を実質的に公認した」として、「医療の基本原則を壊したアベノミクス」も厳しく批判（182頁）。身の危険を感じながらも、「え

せ医療」と闘う勝俣範之教授の奮闘には頭が下がる。

○特集「ビッグデータと保健医療の未来」『社会保障研究』9(1):2-113頁,2024年6月。

…ヘルスケア分野におけるデータサイエンスの最近の潮流について、「背景・期待」「技術」「ケース」「環境」の4分野の視点から論じた9論文を掲載。最後に、本特集を企画・編集した田倉智之氏が「ビッグデータが支える保健医療の未来：人工知能と共存する健康行動がもたらす価値」を展望。

○甚野博則『ルポ超高級老人ホーム』ダイヤモンド社,2024年8月。

…元『週刊文春』エース記者が、入居金3億円超えの超富裕層向けの超高級老人ホームの実態に迫る「驚愕のノンフィクション」との触れ込みだが、ほとんどはホームと入居者に正式にアポイントを取った取材であり、表面的。「高級老人ホームは決してユートピアではない」との結論は陳腐(247頁)。「悪徳施設への潜入取材」(第4章)は、超高級老人ホームではなく「入居金は約140万円と安い」(197頁)ホームの批判で、羊頭狗肉。

○(内閣府)「高齢社会対策大綱の策定のための検討会報告書」2024年8月5日(ウェブ上に公開)

…以下の5部構成で、今後の高齢社会対策について包括的に提言(私個人は、「高齢社会対策」という表現には抵抗がある。これは「少子化対策」でも同じ)。第1部 基本的な考え方、第2部 生涯を通じて活躍できる環境の整備、第3部 高齢期の一人暮らしの人の増加に対応できる環境の整備、第4部 身体機能・認知機能の変化に配慮した環境の整備、第5部 今後の高齢社会対策の推進について(全27頁)。私は「報告書」全体が「高齢者」を引用文でしか使わず(12回)、それに代えて「高齢期」を用いている点(113回も!)に注目した。この言い換えは、検討会構成員の権丈善一氏が以前から提唱しており、検討会の第2回会議でも改めて強調していた(議事録23頁)。この言い換えが、今後閣議決定される新しい「高齢社会対策大綱」でも踏襲されることを期待したい。

各論では第3部(3)健康づくり・介護予防の最後に、以下のように書かれたことに注目・共感した。「なお、**健康寿命**は必ずしも指標と施策との因果関係が明確でないことや、またその言葉のイメージが、その時々状況に応じた健康・活動の姿がある中で、加齢に伴う心身の変化を経験する人の生きづらさを助長するとの指摘もあることから、**KPIとして活用することについては慎重に考えるべき**である」(14頁。これも権丈氏が、検討会の第2回会議で提案)。第3部(7)に「高齢期における身寄りのない人への支援の充実」が新たに加えられたことにも注目した。なお、報告書全体で、「地域共生社会」はまったく使われず、「地域包括ケアシステム」も1回しか使われていない。

【追記】9月13日に閣議決定された新たな「高齢社会対策大綱」では、高齢期と高齢者がそれぞれ59回、141回使われた。健康寿命は本文では使われなかったが、最

後の「数値目標及び参照指標」では従来通り使われた。新しい「大綱」の論評は『日本医事新報』10月5日号で行う予定。

○塩澤拓亮・他「地域で生活する精神疾患当事者が抱く自身の目標や期待する将来像－アンケート調査の内容分析」『医療と社会』34(2):201-216頁,2024年6月。(ウェブ上に公開)

…地域で生活する精神疾患当事者で、当事者・支援者団体の機関誌のライターとして登録されている約500人を対象にインターネットを用いたアンケート調査を実施。135人から得られた357回答(複数回答を含む)を分析対象とし、得られた**回答を精神疾患当事者として社会的活動を行っている者と共同して、内容分析**を実施。Elo and Kyngaes(2008)の質的内容分析の手法により、自由記述の回答を質的にカテゴリー化し、13の大カテゴリーと40のカテゴリーを抽出するとともに、**各カテゴリーにどの程度の回答が集まっているのかを数量的に示す**(カテゴリーの詳細は略)。

私は、同じ研究グループの前の研究(川口敬之・他「地域精神保健福祉研究における患者・市民参画の研究段階および研究テーマに関する見解－複数の立場の視点に基づく質的内容分析」『医療と社会』33(2),2023。「ゼミ通信」68号(2023年10月)で紹介・推薦)では、回答数が表にのみチラリと掲載されていたのと異なり、本論文では、本文(研究方法と結果の項)でも回答数とその割合が本文でも明示されていることに注目した。この研究の方法上のもう一つ優れている点は、精神疾患当事者の協力を得るだけでなく、彼らと共同して、得られた回答の内容分析を行っていること。内容分析を含めて、質的研究でのカテゴリー抽出は、分析者の視点によりずいぶん変わってくるので、これは貴重・重要と思う。

○【参考】山崎喜比古・井上洋士編『薬害H I V感染被害者遺族の人生－当事者参加型リサーチから』東京大学出版会,2008.

…保健医療分野での日本の当事者参加型研究の白眉・金字塔。面接調査＝質的研究と質問紙調査＝量的研究をリンクした凄い研究。以下は、山崎氏へのお礼の手紙(2008年3月19日)。

この度は、御高共編著『薬害H I V感染被害者遺族の人生－当事者参加型リサーチから』(東京大学出版会,2008.2.28)を御恵贈いただき、ありがとうございます。御本の出版は新聞広告で知り興味を持ち、本学図書館に購入申込をしておりましたので、さっそく山崎さんの書かれた第1章を中心に拾い読み(browsing)させていただきました。

なによりも、山崎さん達が長期間にわたって、当事者(H I V被害者・遺族)との深い信頼関係と研究者としての使命感に基づいて「当事者参加型リサーチ」を継続され、それを一般の読者にも入手可能な本にまとめられことに感服しました。つい最近いただいたと思っていた『H I V感染被害者の生存・生活・人生－当事者参加型リサーチから』(有信堂,2000)出版からすでに8年間も経っているのですね。

「面接調査による質的研究と質問紙調査による量的研究のリンク」(10頁)という方法論は手堅く、調査結果は説得力があると思いました。恥ずかしながら、「方法

論的トライアングレーション（三角測量）」という言葉は初めて知りました。御本を拝見して、質的研究のみでは限界があることを再確認しました。質問項目が膨大であるにもかかわらず、有効回答率が6割近いことは驚異的で、遺族の方々の山崎さん達への信頼の強さの現れと感じました。

さらに、第1章で調査のプロセスが詳細に書かれ、第11章で調査を通じて若手研究者が学んだことも書かれているため、御本はこれから「当事者参加型リサーチ」をしようと考えている若手研究者・院生への生きた手引き書にもなっていると思います。さっそく来年度の大学院の演習・特講で紹介させていただきます。その際、御本を参考にして、質的調査（本学でも最近ではグラウンデッド・セオリーが流行しています）のみではなく、できるだけ量的調査も合わせ行うよう話します。

○三原岳「『地域の実情』に応じた医療・介護の体制整備はどこまで可能か」『医療経済研究機構レター』343号,2024年8月：25-40頁。

…「地域の実情」が、医療制度改革や介護・福祉制度の見直しで流行語(?)になっていることをていねいに示した上で、この言葉の意味や自治体の実情—「制度改革疲れ、分権疲れ」、「制度頭、事業頭の悪弊」、「好事例病の悪弊」—を示す。その上で、自治体、国に問われる対応について提言。「『地域の実情』を巡る自治体の『実情』」の項（特に「好事例病の悪弊」）は深まっている。

しかし、「国の対応」の最後の「一層の分権化」の方法として「地域別診療報酬」を挙げ、その「活用」を示唆しているのは唐突。「**地域別診療報酬**」は都道府県単位で設定されており、「**地域の実情**」が想定している市町村またはそれよりも狭い地域での医療・介護制度改革とは次元が異なる。

○高橋理智・他「死亡前の介護保険制度利用状況に関する遺族の評価」『厚生指標』2024年8月号：40-47頁。

…日本の主要死因疾患（脳血管疾患、心疾患、肺炎、腎不全）で亡くなる前6か月の介護保険利用状況等を明らかにした初めての研究で、多くの興味深い結果が得られている。人口動態調査死亡票（個票）を用いて抽出した患者の遺族に無記名自記式の調査票を郵送し、有効回答を得た43,940人を解析対象とした。死亡前6か月に介護保険サービスを利用していた患者の割合は、がん（56.6%）以外は7~8割。ロジスティック回帰分析の結果、満足度のオッズ比は死亡場所では病院・診療所を基準とすると、介護老人保健施設・老人ホームでは1.75、自宅では2.21だった。死亡前1か月間に支払った医療費・介護費が高くなるほど、満足度のオッズ比は減少し、回答者（遺族）の健康状態が悪くても満足度のオッズ比は減少していた。回答者の負担感がない方が満足度のオッズ比が高かった。

私は、少なくとも死亡場所別の満足度については、オッズ比（平均値）だけでなく、分布も示すべきと思う。

○中村洋「薬価制度ならびに費用対効果評価を取り巻く課題と課題解決の方向性—イノベーションの評価向上と薬剤費の適正化の両立のために」『国際医薬品情報』2024

年 8 月 9 日号：10-14 頁。

…論文名に沿って 8 つの論点を取り上げ、短期～中期的な視点から、議論の整理ならびに課題解決の方向性を簡潔かつバランス良く提示。例えば、第 1 の論点「費用対効果評価の更なる活用：アクセス制限の懸念と適正使用の拡大」では、「評価対象の品目自体の保険償還の可否判断よりも適正使用の拡大」を主張しており、私も賛成。第 6 の論点「長期収載品の選定療養化の背景：政策実現を左右する代替容易性と今後」では、選定療養費への「批判は強い」として、私の『文化連情報』5 月号論文（「2024 年度診療報酬改定を複眼的に評価する」）を引用した上で、1990 年代に議論されたが見送られた参照価格制度と異なり、現代ではジェネリック医薬品への「代替の選択が容易になったことが大胆な政策転換の背景にあった」と解説しているのは参考になった。

○無署名「[特別解説] 開錠前のプロトコル変更は許されるのかーゾコーバ審査報告書が投げかけた問題点」『国際医薬品情報』2024 年 8 月 9 日号：69-70 頁。

…最終審査で効果の有意差を示せなかったゾコーバの審査報告書を多面的に検証し、「開錠前に対象症例の選択と種々の解析を繰り返した結果であろうと推察され」る、「合格点に達しなかったのに、試験終了後に合格点数を下げて合格させたようなものであろう」、「事前に定めた基準を達成しなかったのは事実であり、先に示したアビガンの状況と極めて類似している」等と厳しく批判。冒頭のリード文で、「審査当局にも丁寧な説明が求められる」と釘を刺す。私は、1980 年代前半に、故佐久間昭先生が主催されていた薬効評価のための臨床統計講座を聴講した際、開錠前のプロトコル変更は絶対にしてはならないと厳しく教えられただけに、現在でもそれがまかり通っていることに驚いた。

○名郷直樹「レカネマブの効果を吟味する～統計的有意差と臨床的意義」『日本医事新報』2024 年 8 月 24 日号：39-40 頁。

…著者は第一線のプライマリケア医&日本における EBM (エビデンスに基づく医療) の第一人者。レカネマブを含む抗アミロイドβ抗体薬についての最新のメタアナリシス (2024) の内容を紹介しつつ、保険薬の承認とは別の視点で、レカネマブの効果と害について検討し、「統計学的な効果のみで保険薬として承認が行われ、重大な副作用の危険性について効果とのバランスで評価されないまま使われ始めたのが、レカネマブである」と結論づける。

C. 政治・経済・社会関連 (コロナ関連) の柱立ては終了)

○宇野重規『トクヴィル 平等と不平等の理論家』講談社学術文庫,2019 (原本は 2007)。

…トクヴィルの思想を「平等化」をキーワードにして、『アメリカのデモクラシー』を中心に、ていねい・端正に解説・解読。そのため、トクヴィルと『アメリカのデモクラシー』についての教養は身に付く。『アメリカのデモクラシー』が歴史的名著であることも理解できた。しかし、「結び」(トクヴィルの今日的意義)と補章 (21

世紀においてトクヴィルを読むために)は、私には蛇足、So what (Et alors?)と思える。

著者は「本書を執筆した最大の動機は、トクヴィルのこの予言がはたして正しかったのかどうかを、現在の時点から改めて検証することにあつた」(171頁)と書いているが、200年前に、いくら優秀とはいえ25歳の若者が、わずか9か月のアメリカ滞在(それもほとんど東部のみ)に基づいて書いた本の「予言」の検証に意味があるとは思えない(鼻眞の引き倒し)。そのためもあり、私は、本書を読んで、著者が「あとがき」で職場の同僚に言われて、「10秒ほど失語症状態に陥った」と紹介している次の疑問に共感した:「なんで、今頃になって、あらためてトクヴィルがそんなに話題になるんでしょうね。自分には、最近、多くの人々がトクヴィル、トクヴィルという理由が、どうもよくわかりません」(200頁)。

○高橋昌一郎『20世紀論争史 現代思想の源泉』光文社新書,2021年。

…「科学を視野に入れない哲学も、哲学を視野に入れない科学も、もはや成立しなくなつた」との立場から、20世紀に生じた30の論争について簡潔に、教授と助手の対話形式で解説した教養書。著者の「科学」はほとんど「自然科学」。著者の専門である論理学・科学哲学の論争についての解説は分かりやすいが(特に第1~5章)、そうでない論争については浅い(例:第24章「意志」とはなにかで、マズローの自己実現理論を無批判に紹介(350頁)、第27章「正義」とは何か?)すべての章の冒頭で、コーヒー談義(コーヒーについての蘊蓄)を趣味的に書いているのには、辟易とさせられる。

○杉谷和哉『日本の政策はなぜ機能しないのか? EBP Mの導入と課題』光文社新書,2024年7月。

…「政策の合理化」をキーワードにして、英米と日本におけるEBPMおよび、日本におけるその先駆けであった「政策評価」(プログラム評価と業績管理等)の歴史を踏まえつつ、EBPMの特徴や意義と限界を簡潔に描く。**EBPMの入門書・初級教科書としてはよくまとまっている**と思う。全6章。第5章「政策の合理化はなぜ難しいのか」はバランスがとれているが、「難しい」のは世界共通のことであり、「日本の政策は…」という書名には違和感がある(私にはEBPM先進国の英米の現実の政策が合理的とはとても思えない)。著者は現実の(日本の)個別の政策評価・分析を行つたことはないようで、私には「講壇派」政策評価研究に思える。故都留重人先生の、日本の経済学は「経済学・学」との批判に倣えば、「政策評価学・学」。エビデンスの多元化を踏まえて、EBPMに代えて、もっと控えめな**EIPM (evidence-informed policy making)**を用いるべきだと主張する論者もいるとの紹介に注目・共感した(149頁)。これは、最近のアメリカでの、SDH (social determinants of health)に代えて、“social drivers of health”を用いる動きと重なると感じた。

○松島齊『サステナビリティの経済哲学』岩波新書,2024年8月。

…著者は、ゲームの理論と情報の経済学の大家で、学部生時代、宇沢弘文先生のゼ

ミ生だったとのこと。本書は、利己的動機や短期的利益追求を前提とする「従来の経済学」（新古典派経済学。著者はこの用語は用いていない）の「ドグマをあばく」と同時に、それを乗り越える「新しい資本主義」と「新しい社会主義」という2つのシステム構想を提案。さらに、宇沢先生の「社会的共通資本論を超えて」、「サステナビリティの経済哲学」を提唱。

私は著者のスタンス・「従来の経済学」批判の多くに共感するが、現実の社会の具体的分析をほとんど行わず、仮想的な例を多用して哲学的・規範的分析に終始していることには違和感を感じた。著者自身、「余りに抽象的過ぎて、実際には無理ではないかと疑問を持たれるかもしれない」と書いている（99頁）。「新しい資本主義」はなんとか理解できたが、「新しい社会主義」（「サステナビリティのより徹底した実現のために必要となる新しい国際システム構想」146頁）は???宇沢先生の社会的共通資本論が専門家集団偏重であるとの批判は妥当と思うが（198頁）、それ以外に、社会的共通資本をどう「超えた」かは私には分からない。本文で文献の引用がほとんどなく、巻末に「参考・引用文献欄」もないのは読者に不親切を通り越して、研究者として不誠実・傲慢と思う。

○上野千鶴子・江原由美子編『挑戦するフェミニズム ネオリベラルとグローバリゼーションを超えて』有斐閣,2024年8月。

…日本の女性学・フェミニズム研究のパイオニアである上野・江原氏を含む10人の研究者の研究論集。序章「今フェミニズムは何を議論すべきか」（江原氏）と**第1章「再生産費用の分配公正を求めて 家父長制と資本制・その後」（上野氏）**が総括的論文で、フェミニズム研究の過去・現在・将来を概観できる。第3章～第10章の多く（特に第2～4章）は理論・歴史研究で私には難解だが、第5章『『男性稼ぎ主』型が命とくらしを毀損している』（大沢真理氏）の一部と第7章「女性の貧困の再考察」（阿部彩氏）は実証研究で、私にも理解できた。

上野氏の第1章は、借り物でない自身の「分析枠組み」を創っており、氏の事実認識または価値判断の大半に共感・同感した：フェミニズムは多様（50頁）、家父長制と資本制をそれぞれ相対的に自律的な2つのシステムと見なして二元論（多元論）を採用（52頁）、フェミニズムが「あらゆる差別」からの解放の理論だというのは、越権行為（52頁）、気候変動の危機を訴えて環境保護を唱えるだけでなく、「生殖する身体」としての「人間的自然」もまた、保護されなければならない（61頁）。

上野氏の、フェミニズムの新しい構想は、再生産様式の再編成を求めるべきものになる&国家という公的セクナーが労働力の再生産に責任をもつことができるし、もつべき&公私の分離則のもとに不払い労働という私的費用として隠蔽してきた再生産費用を明るみに出し、その分配公正を求めるのがフェミニズムとの主張に注目した（62-63頁）。この点で、私の在宅ケアの社会的総費用（リアルコスト）研究もそれなりに貢献したと感じた。

○今井貴子「ポピュリズム時代の『狭き門』 スターマー労働政権誕生」『世界』2024年9月号：185-193頁。

…日本ではアメリカの大統領選挙報道の影になってほとんど報じられていない、イギリスの政権交代と「新政権の輪郭」を簡潔に紹介。スターマー党首は「再分配を重視したコービン労働党と、対EU強硬姿勢を掲げたジョンソンや大減税策を敢行したトラスの保守党のいずれとも袂を分か」ち、それにより「リベラル層の離反は実際に進行中である」。また、「手堅さゆえの狭き門」に直面している。なお、**ブレディみかこ**氏は、そんなスターマー政権を『AERA』の巻頭コラム「eyes」で厳しく批判し続けている：「エリートに厳しく、庶民に優しく 英労働党の新政権は本気を見せよ」（8月5日号）、「英労働党の極端な権威主義 欧州でも進む政治の三極化の一因に」（8月26日号）等。

○「徹底分析 トランプ vs ハリス」『週刊エコノミスト』2024年9月10日号：16-41頁。

…大接戦になっている米大統領選挙について、ハリス氏とヴァンス氏（共和党の副大統領候補）の素顔、及びトランプ氏とハリス氏の各分野（気候変動対策、経済政策、安全保障、日米関係、産業界への影響）の政策の違いと（意外な）類似点を鳥瞰できて便利。「現時点でどちらが勝つと断言する人がいたら、その言葉を信用してはいけない」（前嶋和弘上智大学教授。19頁）。私はヴァンス氏の寸評が特に参考になった：米「改革保守運動」を体現等。社会保障・医療が取り上げられていないが、これはトランプ氏が2016年・2020年選挙時と異なり、今回はオバマケア廃止を掲げていないためと思う。