

2021.7.1(木)

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 204 号)」

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構ですが、**他の雑誌に発表済みの拙論全文を別の雑誌・新聞に掲載することを希望される方は、事前に初出誌の編集部と私の許可を求めて下さい。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様をご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。

本「ニューズレター」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/>。

204号の目次は以下の通りです (27頁)

1. 論文：厚生労働省が用いる「長瀬式」「長瀬効果」の出自を調べ信頼性を評価する
(「二木教授の医療時評(192)」『文化連情報』2021年7月号(520号)：24-30頁) …2頁
2. インタビュー：高齢者医療費2割負担法案、「若い世代のため」は本当か(「朝日新聞デジタル」2021年6月2日) …9頁
3. 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184回：2021年分その4：8論文) …12頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その199)－最近知った名言・警句 …17頁
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2回) …19頁

お知らせ

論文「菅内閣の「骨太方針2021」の社会保障・医療改革方針をどう読むか?」を『日本事新報』2021年7月3日号に掲載します。本「ニューズレター」205号に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. 論文：厚生労働省が用いる「長瀬式」「長瀬効果」の出自を調べ信頼性を評価する

(「二木教授の医療時評(192)」『文化連情報』2021年7月号(520号)：24-30頁)

はじめに—厚生労働委員会で「長瀬効果」について質問された

本連載(191)で述べたように、私は4月20日の衆議院厚生労働委員会で、「一定所得以上」の後期高齢者の窓口一部負担の2割化に反対する意見陳述をしました(1)。その後の質疑応答で、複数の議員から、厚生労働省が一部負担増による医療費抑制効果を推計する際に用いている「長瀬式」・「長瀬効果」(以下、長瀬式)について意見を求められ、大要、以下のように述べました。

①長瀬恒蔵氏の研究は1935年当時としては画期的だが、いわゆる長瀬式はごく簡単なデータに基づいて推計されており、そのままでは使えない。②厚生労働省も、オリジナルな長瀬式ではなく、その後の新しいデータに基づいた、係数が異なる別の長瀬式を作っているが、用いたデータも推計プロセスもまったく公表していないので、その式に基づいて受診率低下がわずかだとの説明が妥当か否かは判断できない。③議会は、厚生労働省が今回長瀬式による推計で用いたデータと推計プロセスを公開するように求めるべき。

長瀬式をめぐるのは、4月14・23日の厚生労働委員会でも、厚生労働大臣や政府参考人(保険局長)と野党議員との間で激しい論戦が行われました。そこで、長瀬氏の原著『傷病統計論』にまで遡って、長瀬式の信頼性について検討しました(2)。

その結果、以下の3つが分かりました。①長瀬式はオリジナル版も、厚生労働省の修正版も「算出の方法」が不明で信頼性に欠ける。②長瀬式に対してはすでに2人の研究者が的確な批判を行っている。③仮に厚生労働省の修正版長瀬式を用いると、後期高齢者の2割負担化は、3年間の「配慮措置」(後述)終了後には、外来受診を1割減らす。

『傷病統計論』には長瀬式の算出方法は示されていない

長瀬恒蔵氏は内務省社会局(厚生労働省の前身)の保険数理技師で、「医療問題解決の基調を為すものは傷病の調査であると信じ」(序)、『傷病統計論』で当時入手できる限りの国内外の傷病データや保険データを用いて、「疾病統計」と「廃疾[障害]統計」を、日本で初めて包括的に作成しました。後に長瀬式と呼ばれるようになった数式は、第一編「傷病統計」の第18章「医療費用と個人経済との関係」で、以下の二次式で示しました(150頁)。

$y = 1 - 1.6x + 0.8x^2$ ここで x は医療費負担(自己負担)の割合、 y はそれに応ずる医療費の割合です。

この式は、健康保険(無料)、警察共済組合(2割負担)、国有鉄道共済組合(無料と5割負担の2種類)、保険適用のない国民等の、1人・一月当たり平均医療費データを用いて、算出したそうですが、「算出の方法」は示していません。長瀬氏は、この式は「著者の創意に基づくもので、その算出の方法は他の機会に譲る」と書いていますが、いろいろ調べた限りでは、その後「算出の方法」を示した論文等は発表していないようです。私は、長瀬氏が、4つの自己負担率別の平均医療費データ(集計データ)を用いて、直感的に二次式を

当てはめた可能性が強いと思います。

ここで見落としてならないことは、この医療費は「開業医の通常額」、つまり外来医療費を指すことです。この点は、次に述べる厚生（労働）省の修正版長瀬式の医療費が、外来医療費と入院医療費の合計であるのと異なります。

厚生省の修正版長瀬式は2つある [校正時補注]

厚生（労働）省は、第二次大戦後も現在に至るまで、長瀬式を用いて、保険給付率引き下げによる医療費削減額を推計してきたようです。

国会会議録検索システムを用いて「長瀬式」「長瀬効果」「長瀬計数」「長瀬指数」で検索したところ、今国会の論戦を除いて30件ヒットし、初出は1967年8月16日の参議院社会労働委員会でした（「長瀬指数」）。しかし、長瀬式そのものが明示されたのは、1997年6月10日の参議院厚生委員会1回だけで、高木俊明保険局長が野党議員の質問に答えて、次の式を示しました。

$y=0.760x^2-0.678x+0.918$ オリジナル版と異なり、 x は自己負担率ではなく、給付率になっていますが、式を変えた理由も算出根拠も示さず、「これまでの過去の経験則で割り出した係数」とのみ説明しました。

厚生労働省はその後、長瀬式をさらに修正し、2007年の「第2回医療費の将来見通しに関する検討会」で次の2式を示しました（資料1-3の2頁「長瀬効果」。ウェブ上に公開）。

一般式 $y=0.475x^2+0.525$ 老人保健 $y=0.499x^2+0.501$ (x は給付率)

資料には「一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に」推計したと書かれていましたが、1997年に国会で示した式から2つの式に変えた理由と式導出のプロセスの説明は書かれていませんでした。「議事録」でも、この点についての説明や質疑応答はありませんでした。

長瀬式を批判した2つの先行研究

私が調べた範囲では、長瀬式を批判した研究論文は2つあります。

1つは、鈴木亘氏（大阪大学助教授・日医総研客員研究員・当時、現・学習院大学教授）の「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」です(3)。鈴木氏は、長瀬式を「理論的な背景もない素朴な関係式」と呼び、以下の4つの問題点を指摘しました。①統計的に推定されたものではないため信頼性が低い。②操作性が高いことから恣意的となる可能性がある。③集計データを利用しているため、様々な結果が混在している。④医療経済学の先行研究と大きく異なる結果である。

なお、宮崎岳志議員は、2012年7月25日の衆議院厚生労働委員会で、鈴木亘氏のこの研究を紹介して、長瀬式は「実態に合っていない」と批判しました。過去の国会会議録を読んだ限りでは、長瀬式について本格的な論戦が行われたのは、このときと、上述した1997年6月10日の参議院厚生委員会の2回だけです。

さらに鈴木氏は、長瀬式に代えて、健保組合及び国保のレセプトデータ（個票）を用いて、一般医療と高齢者医療の入院・外来別の自己負担引き上げによる医療需要の「価格弾力性」（価格が1%変化した時に需要が何%変化するかを示す指標）を計算しました。それによると、価格弾力性は、一般医療の外来で約0.08、同入院0（有意差なし）、高齢者

医療では外来約 0.4、入院約 0.1 でした。鈴木氏は、これらと氏が長瀬式から計算した価格弾力性（一般医療 0.24、高齢者医療 0.097）との間には「大きな隔たりがあり、問題である」と指摘しました。

もう 1 つの先行研究は、佐藤英仁氏（東北福祉大学准教授）の「長瀬式の概要と問題点」です(4)。氏はオリジナルな長瀬式と厚生労働省の 2 つめの修正版長瀬式についてていねいに解説した上で、「精度の高い回帰式を推定するためにはデータの連続性が求められる」にもかかわらず、2 つの推計とも「極端に不連続」なデータを用いており、「信憑性が疑われる」と批判しました。

鈴木、佐藤両氏の批判は的を射ていると思います。さらに、鈴木氏の価格弾力性の推計結果は、自己負担増による医療費抑制効果は、入院・外来別に推計すべきことを示しています。

2 割負担化で受診は 2.6%しか減らない？

これらの批判にもかかわらず、厚生労働省は、今回の法改正案時に、上記 2 つめの修正版長瀬式を用いて、後期高齢者の 2 割負担化による医療費・医療受診の減少を推計しています。

この数値は昨年 12 月 17 日の社会保障審議会医療保険部会には示されず、4 月 14 日の衆議院厚生労働委員会で初めて示され、医療費抑制効果は約 900 億円であるが、受診日数の減少は 2.6%にすぎないとされました。しかし、計算の根拠は公開されていないので、この数値の妥当性の検証・追試はできません。非公式に得た情報によると、この推計は入院・外来の合計で、しかも今回の法改正で 2 割負担となる高齢者（後期高齢者の 23%）だけでなく後期高齢者全体を対象にしているため、2 割負担化による受診日数減少の過少推計になっているようです。

しかも、4 月 24 日の衆議院厚生労働委員会での長妻昭議員と田村憲久厚生労働大臣との論戦により、厚生労働省は、試算にあたって、①現行高額療養費制度と、②外来医療における「配慮措置」（法施行後 3 年間、1 月当たり自己負担増の上限を 3000 円とする）を、該当患者全員が申請・利用するという、私からみると現実離れした仮定を設けていることが明らかになりました。

高額療養費制度の現実の利用率は、医療政策を立案する際のごく基本的数値ですが、驚いたことに、田村大臣は、長妻議員の質問に対して、「保険者がそういう数字を持っていませんので、どれぐらいの方が高額療養費を利用されているか、本来利用される資格のある方と言っていいかも分かりませんが、それはちょっと分からない」と（平然と）答弁しました。

「配慮措置」が終了すると 2 割負担で外来受診は 1 割低下

ただ、私も、入院医療については、多くが高額療養費制度の対象になり、しかも上記の鈴木氏の実証研究により、価格弾力性がごく小さいことが確認されていることを踏まえると、大幅な受診減は生じないと思います。外来医療についても、3 年間の「配慮措置」が設けられている間は、大幅な受診減は起きないと判断しています。

しかし、仮に 2 つめの修正版長瀬式を用いると、「配慮措置」が終了する 3 年後には相当の外来医療費・外来受診の減少が生じることになります。具体的には、上記の老人保健の修

正版長瀬式($y=0.499x^2+0.501$)を用いて計算すると、無料医療に比した1割負担時の医療費は0.905、同2割負担時は0.820となるため、1割負担から2割負担になった時の医療費は $0.820/0.905=0.906$ 、つまり9.4%減となります。外来医療では受診日数は医療費に比例すると考えられるので、2割負担化で受診日数も9.4%減少することになります。なお、『令和元年社会医療診療行為別統計』の第32表の後期高齢者医療の外来1件当たり点数割合等から計算したところ、外来医療のうち高額療養費制度の対象になるのは1.7%にすぎないため、上記推計では無視しました【注】。

外来医療費＝外来受診件数9.4%減は、厚生労働省が示している（当面は）2.6%減に比べるとはるかに大きい数値です。前回連載で紹介したアメリカ「ランド医療保険実験」の結果等を踏まえると、外来受診が1割近く減少した場合には、受診を控えた後期高齢患者、特に中等度以上または複数の慢性疾患を持つ患者の相当数の健康状態が悪化する危険があります。そのために、厚生労働省は、2割負担化後の、患者の医療受診と健康状態の変化を丁寧に「前向き調査」する必要があると思います。

おわりにー長瀬氏の警告

最後に、『傷病統計論』を読んで、感銘を受けた「序」の最後の一節を、少し長いですが紹介します。「本書の内容に就いて**成るべく断定的の所論を避けた**るは、決定的の説明を為すまでには未だ資料の不十分なるものがあり、或る種の統計事実に就き一定の原理原則を発見するまでには、其の原因たるべき事象を一層詳細に分析したる後に非ざれば為し得ざるものなるに依り読者の判断に委したるもの少なくないのを諒とせられたい。蓋し**統計を過信するの弊は統計を軽視するの弊と選ぶところがない**。特に**傷病統計の如き複雑多岐に互るもの**に就いて然りである。故に本書の統計を利用する場合この点を十分考慮に入ること必要とするものである」（旧字体は常用漢字に書き換え。ゴチックは二木）。

賢明な厚生労働省の皆さんには、厚生統計の祖とも言える偉大な先輩長瀬恒蔵氏のこの警告に真摯に耳を傾けて「断定的の所論を避け」、現代では信頼性に欠けることが明らかになっている長瀬式を「過信する弊」に陥らないよう、切に期待します。

【注】高額療養費制度対象の外来医療の割合の計算方法

『令和元年社会医療診療行為別統計』の第32表の医科診療・入院外（外来）の一般・後期高齢者別の1件当たり点数階級割合と「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況」（これが最新版）の最後に示されている参考6「高額療養費の所得区分別の加入者数」を用いて計算しました。なお、以前の『社会医療診療行為別調査』には、1件当たり点数階級の累積百分率の表と図も示されていたのですが、最近は示されておらず、自作する必要があります。

後期高齢者（制度上は70歳以上の高齢者）のうち「一般」（自己負担1割。「医療保険に関する基礎資料」によると後期高齢者の52.6%）の外来医療の1月当たり自己負担限度額は18,000円ですから、高額療養費制度の対象になる医療費の下限は18,000点になります。

「社会医療診療行為別統計」から計算した、後期高齢者の入院外の10,000点の累積百分率は98.1%、20,000点の累積百分率は99.0%で、18,000点は両者の間になります。この累積百分率を「線形補間法」で計算すると、 $98.1+8000/10000*0.9=98.8\%$ となり、後期高齢

者の「一般」の高額療養費制度の対象（1-0.988）は1.2%となります。

2種類の「低所得者」（自己負担1割。後期高齢者の40.5%）では、外来医療の1月当たり自己負担限度額は8000円、高額療養費制度の対象となる医療費の下限は8000点ですから、「一般」と同様の計算をすると、高額療養費制度の対象は2.4%になります。「一般」と「低所得者」を合わせると後期高齢者全体の93.1%を占めます。両者の加入者割合から按分した、外来医療における高額療養費制度の対象は1.7%となります。

なお、3種類の「現役並み所得」の後期高齢者（自己負担3割）では自己負担限度額も高額療養費制度の対象になる医療費の下限も異なり、計算が複雑になりますが、これらの人びとは合わせても後期高齢者の6.9%にすぎないので、略しました。

【校正時補訂】厚労省の修正版長瀬式は新旧2系統が併存

本文では、厚生（労働）省の修正版長瀬式には、1997年の国会審議で高木保険局長が示した式と、2007年の「第2回医療費の将来見通しに関する検討会」資料で示された式の2つがあると書きました。私は本文執筆時、前者が後者に「進化した」との単線的イメージを持っていました。

しかし、これは二重の意味で不正確・誤りでした。①厚生労働省は、少なくとも1970年代から、1997年に高木保険局長が示した式を含む3つの修正版長瀬式（A・B・C式）を作成・使用していました。②この3式は2007年に上記検討会（保険局調査課所管）でまったく新しい2つの式が示された後も廃棄されず、保険局国民健康保険課は少なくとも2016年までB式を使い続けていました。つまり、新旧2「系統」の修正版長瀬式がつい最近まで、併存・共存していたのです。以下、簡単に説明します。

修正版長瀬式の旧版は3式

旧版の修正版長瀬式についてもっとも詳しく説明しているのは、野々下勝行氏（元保険局調査課長）の2005年の著作で、以下の3式を示し、その実績評価を行いました(5)。

$$\text{A式 } y=0.760x^2-0.678x+0.918$$

$$\text{B式 } y=0.784x^2-0.536x+0.752$$

$$\text{C式 } y=0.783x^2-0.175x+0.392$$

野々下氏は、この長瀬式は「実用的な評価としては概ね許容できる範囲にある」とした上で、「新長瀬式の作成に向け努力しなければならない」と述べました。

保険局国民健康保険課は、野々下氏の著作に先立って、1993年の編著で、上記3式を示し、「現実に国保では、療養給付費等負担金の計算や調整交付金の交付金額を算出するとき計算過程における調整対象需要額の算出の際、長瀬効果の式を用いている」と説明していました(6)。

これら3式は構造・符号が同じで、係数が少しずつ違うだけですが、両書とも、算出方法と算出に用いたデータについては書いていませんでした。両書は、3式の「適用」についても書いていましたが、その説明は異なっていました。つまり、どの式を用いるかについての基準は明確にされていません。この点は、鈴木亘氏が長瀬式を「操作性が高いことから恣意的となる可能性がある」と指摘していた通りです(3)。

私が調べた範囲で最も古い3式の紹介は前田信雄氏（国立公衆衛生院社会保障室長・当

時)の1978年の労作で、係数も全く同じでした(7)。ただし、前田氏は長瀬式は用いず、各制度の「給付率変更前と変更後における診療諸費関係傾向線[すべて一次式-二木]の変化」を推計しました。なお、1970年代までは、「給付率変更」=給付率引き上げでした。

国会会議録検索システムで再検索したところ、1984年の「健保国会」での論戦で、吉村仁保険局長が「長瀬係数」について5回も答弁し、7月24日の参議院社会労働委員会では、「長瀬係数にもいろいろな数式がありまして[今回は]B式というのを使いまして」と、数式を示して説明しました。氏は、その際、「長瀬係数というのは、給付率と医療費の大きさを事実の数値に基づいて観察をした係数でございまして、なぜそうなのかという理由まで追求をした係数ではない」と率直に認めました。本文を書いた時にこの発言を見落とししたのは、「長瀬式」「長瀬効果」等の4語で検索し、「長瀬係数」での検索を怠ったためです。

それに対して、本文で紹介した1997年の国会で高木保険局長が説明した「長瀬式」はA式でした。

旧版の修正版長瀬式についての直近の公式の言及は、2016年2月25日の「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」(国民健康課所管)の資料3-2で、「現在国民健康保険の国庫負担の調整に用いられている長瀬式」として、B式(のみ)を示しました(ウェブ上に公開)。

この検討会は、小児医療の自治体補助に対する国民健康保険の国庫補助金減額の是非を検討するために設置され、その過程で長瀬式が一躍脚光を浴びたそうです。

以上の文献・情報は、本文を事前に読んでいただいた厚生労働省OB、研究者や医療運動団体事務局幹部の友人に教えていただきました。

私の3つの驚き

以上の事実を知って、私は次の3点に驚きました。第1は、少なくとも1970年代から2016年まで、約40年(以上)も旧版の修正版長瀬式(の一部)が、係数をまったく変えることなく、厚生(労働)省内で使われていたことです。この間の医療保険制度の改革、医療費の急増及び人口構成の急速な変化を考慮すると、「惰性」・「マンネリ」にすぎると思います。

第2の驚きは、2007年にせっきく新しいデータを用いてまったく新しい修正版長瀬式が作られたにもかかわらず、旧版も使われ続けていたことです。同じ保険局の中の2つの課(調査課と国民健康保険課)が全く別の修正版長瀬式を使っていたとは理解に苦しみます。その事情・理由は分かりませんが、これでは「局あって省なし」どころか、「課あって局なし」と言われても仕方ありません。

もう1つ、過去の国会(1984年と1997年)では、一部負担を引き上げる法改正に際して、保険局長が長瀬式そのものについていねいに説明していたことに驚きました。この点は、今国会では、野党の要求にもかかわらず、大臣・保険局長とも長瀬式を説明せず、ごく簡単な推計結果(医療費は900億円削減、受診日数は2.6%低下)だけを繰り返しているのと対照的です。これは行政・官僚の劣化の現れとも言えます。

文献

(1)二木立「『全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正す

る法律案』に対する意見—中所得の後期高齢患者の一部負担の2割引き上げに反対します」
2021年4月20日衆議院厚生労働委員会（「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」202号:9-12頁,2021）。

(2)長瀬恒蔵『傷病統計論』健康保険醫報社出版部,1935。

(3)鈴木亘「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」 「日医総研ワーキングペーパー」 No.97,2004（ウェブ上に公開）。

(4)佐藤英仁「長瀬式の概要と問題点」 『国民医療』 336号：54-60頁,2017。

(5)野々下勝行『保険者のための医療保険統計入門』法研,2005,36-41頁（「長瀬効果と長瀬式」）。

(6)厚生省保険局国民健康保険課編『平成4年度版・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所,1993,850-851頁（「長瀬効果（波及効果）」）。

(7)前田信雄「給付率等の変更による医療費への波及に関する研究」『季刊社会保障』14(2):2-32頁,1978（ウェブ上に公開）。

[本稿は、『日本医事新報』2021年6月5日号(5067号)に掲載した「厚生労働省が用いる『長瀬式』『長瀬効果』は信頼できるか？」に大幅に加筆したものです。]

2. インタビュー： 高齢者医療費 2割負担法案、「若い世代のため」は本当か

（「朝日新聞デジタル」2021年6月2日7時30分。

https://digital.asahi.com/articles/ASP61575FP50UTFL00K.html?iref=comtop_7_07)

一定以上の収入がある75歳以上の人を対象に、病院など医療機関の窓口で支払う医療費の割合を1割から2割に引き上げる法案が国会で議論されています。高齢者の医療費は現役世代が支えています。政府は今回の見直しで、現役世代の払う保険料の「負担上昇を抑える目的がある」と説明します。これに対し、医療経済・政策学が専門の二木立（にき・りゅう）・日本福祉大学名誉教授は、その効果を疑問視しています。どうなのでしょう。

Q 4月20日の衆院厚生労働委員会に参考人として出席し、改正案で目的とされる現役世代の負担増抑制は「ダシに使われた」と話しました。

A 改正で削減される保険の給付費（改正直後の場合、1年間で1880億円減）の中で、一番多いのは税金からの支出（980億円減）です。一方、主に現役世代の保険料でまかなう支援金（720億円減）は、1人あたり約700円の抑制となります。ただし、保険料は基本的に労使折半なので、事業主の負担を取り除くと、本人分は年約350円弱。1カ月あたり30円ほどにすぎません。これは平均なので、給料が比較的安い若い世代だと効果はさらに少ないはず。

Q 若い世代の負担抑制効果として、十分な実態を伴っていないということですか。

A はい。現役世代は高齢者よりも健康だと思えますが、70歳未満の窓口負担は3割です。収入が低いと、その負担が厳しい人もいます。もし現役世代の負担を減らすことが目的なら、保険料を月30円抑えるより、例えば働き盛りでも、非正規雇用で働き、かつ収入が低い人の窓口負担額の上限を下げるといった仕組みを導入するほうがいいと思います。

Q 一方、2割負担の対象となる75歳以上の場合、窓口での自己負担は年間1人あたり平均で約8.3万円から約10.9万円へと、2.6万円増えます。

A この数字は負担が急増しないように、外来患者に限って、ひと月の負担増を最大3千円以内におさめる措置が反映されたものです。ただ、この措置は3年間限定。終わってしまうとさらに負担が増えます。

Q 多くの現役世代の窓口負担が3割なのだから、高齢者も近づけるべきだという意見もあります

A 若い時は健康でも、いずれ高齢者になって病院や診療所にかかるが増えるので、無関係ではありません。実際は高額療養費制度といって、一定額以上は負担なくていい仕組みがありますが、いずれにしても高齢者の負担は大きい。将来の自分の首をしめることにも

つながってしまうと思います。今回の法改正でも、毎年の保険料軽減額はわずかなので、いまの現役世代にとっても、生涯を通じた負担が結果的に増える可能性が大きいと思います。

2割負担対象拡大、政令で可能に

Q 国会の参考人質疑では「病気の人に負担してもらいよりも、病気があるがなかろうが、患者であろうが健康な人であろうが、負担を分かち合うことが大事」と話していました。

A 日本では、病気になったときに備えてみんなが普段から保険料を支払います。さらに病気になった人から窓口で負担をお願いするのは、患者に負担を押しつけているということです。窓口負担は、医療サービスをうける患者と、利用しない健康な人との公平を確保するため、といった理由で意味があると言われていました。しかし、医療サービスで手に入るものは、体調が悪いマイナス状態を回復させて、ゼロに近づくことです。

Q 医療サービスを利用した人も、プラスの利益を得ているとは考えられないということですか。

A はい。ふつうの消費者が商品を買って得られる利益や満足感とは違います。ですから、収入による支払い能力で負担に差をつけるのは保険料に限る、というのが本来あるべき姿だと思います。そうした社会保障の原則をふまえると、とりわけ医療費がかかりやすい高齢者の窓口負担割合を増やすことには反対です。

Q 国会では野党側が、窓口負担が増えると低収入の人ほど受診を控えるようになり、健康にも悪い影響が出るのではないかと指摘しています。

A まず過去のデータ上、収入が低い人ほど受診控えは起きます。一方、受診控えによって低所得者ほど健康が悪化するとのアンケートはありますが、患者の主観が混じっているなど、日本では厳密な調査がないのが現状です。日本の今までの研究はほとんど「平均値」しかみておらず、人数が少ない低所得者の実態は明らかにできないのです。

Q 政府は今国会の答弁で「ただちに患者の健康への影響を意味するものではない」（菅義偉首相）、「さまざまな要因がかかわるため調査は困難」（田村憲久厚生労働相）として、健康への影響の調査には消極的です。

A いろいろな要因を分析するために、統計学があります。さまざまな公式データを組み合わせれば、窓口負担割合の影響を調べることは可能だと思うので、特に収入が低い人にどんな影響がでるのか、厚労省は調査を約束すべきです。データを提供すれば喜んで解析する研究者はいくらでもいると思います。

Q 健康への影響がわからないままだと、今後どのような問題が起こりえますか。

A まず政府が建前として強調しているEBPM（エビデンスに基づく政策立案）に反します。さらに、健康への影響がよくわからないまま、将来も医療費の財政が厳しいという理由で、財政優先で患者負担を増やす議論が続くと思います。

Q 2割負担の対象者は今後増えるということでしょうか。

A 今回改正される2割負担の対象となるライン（単身世帯の場合は年収200万円以上）を決めているのは政令と言って、法律の条文ではないため、政府は今後、国会での議論をしないまま、対象者を拡大できます。保険財政を考えれば十分ありえる話で、これが一番怖いと思います。（聞き手・滝沢卓）

3. 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184回)(2021年分その4:8論文)ープライマリケア、医師関連

※「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]論文のサワリ(要旨の抄訳±α)の順。論文名の邦訳中の[]は私の補足。

○ [OECD 加盟 34 か国において] プライマリケアへのより多くの投資は医療制度のパフォーマンスを改善するか?

van Gool K, et al: Does more investment in primary care improve health system performance?

Health Policy 125(6):717-724,2021 [量的研究・国際比較研究]

本研究は、プライマリケア投資と医療制度パフォーマンスとの関連を、OECD 加盟 34 か国の 2005-2015 年のデータを用いて検証する。プライマリケアへの投資増加はパフォーマンスを改善するか、組織と医療提供の特定の性質がプライマリケアのよりよい投資収益と関連するかを探究する。各国の健康と医療制度、及び経済的・分配的特性についての豊富な新しいデータソースを利用した。マルチレベル・モデリングを用いて、各国間の変動を分析した。従属変数は 6 つあり、外来で多くを対処可能な 3 疾患(慢性閉塞性肺疾患・喘息、心不全、糖尿病)の入院率、65 歳以上の高齢者のインフルエンザワクチン接種率、および乳がんと子宮頸がんのスクリーニング実施率である。説明変数は 2 つあり、1 人当たり外来医療費と人口当たりプライマリケア医数である

その結果、プライマリケア投資の多さは、複雑な目標に対する医療制度のパフォーマンスを改善しなかった(例:予防可能な入院の減少はなし)が、乳がん・子宮頸がんのスクリーニング実施率は多少(modest)改善した。GP が健康増進・予防活動を重視している国では、同量の投資でもスクリーニング実施率が高かった。以上の結果は、プライマリケア投資戦略では、単なる費用増加やプライマリケアの強みの特性を超えて、制度的・資金的調整を検討し、それらが政策目標とどうリンクするかを考えるべきことを示唆している。プライマリケア政策は医療制度のパフォーマンスを改善することに焦点を当てるべきである。

二木コメント最後の「結論」は回りくどいですが、単刀直入に言えば、「プライマリケア投資と医療制度パフォーマンスとの間に単純な関連はない」ということです(本文の結論部分)。一見緻密な研究ですが、変数の選択は粗雑・表面的です。このテーマについては、本「ニューズレター」187号(2020年2月)と189号(同4月)で紹介した、以下の論文とそれへの批判・反論を読むことをお勧めします。

*プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減されるか?

Song Z, et al: Will increasing primary care spending alone save money? JAMA 322(14):1349-1350,2019 [評論]

*「プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減できるか?」への批判と反論 Young RA vs Gonde S, Song Z: (Comment & Response) Increasing spending on primary care to reduce health care costs. JAMA 323(6):571-572,2020.

○ [デンマークにおける] 中等度の 2 型糖尿病患者の治療の場の違い(病院対一般診療)が

費用と質に与える影響

Pulleyblank R, et al: Cost and quality impacts of treatment setting for type 2 diabetes patients with moderate disease severity: Hospital- vs GP-based monitoring. Health Policy 125 (6): 760-767,2021

[量的研究]

本研究の目的は中等度の2型糖尿病患者の通常管理(regular monitoring)を病院の専門外来から地域の一般診療(GP)に移すことが医療費と医療の質に与える影響を明らかにすることである。デンマークの行政データベースからアルゴリズムを用いて、2016年の中等度の2型糖尿病患者(GP管理の152,632人と病院管理の21,359人)を同定した。年間総医療費はGP、医薬品、病院以外の専門医、病院外来、入院医療に分解した。入院(緊急入院と計画的入院の合計)を医療の質の近似として用いた。治療の場が費用と質に与える影響は操作変数法により評価した。患者の様々な交絡因子を用いて選択バイアスを減らし、患者に一番近い(病院外来の)専門医とGPへの通院時間の違いを、治療の場の違いに関連する残りの内生性を調整する変数として用いた。アウトカムにゼロが多かったため(zero-inflated outcomes)、two-partモデルを用いた。

その結果、平均年間総医療費は病院で管理されている患者の方が14,056 DKK(デンマーク・クローネ。1DDKは約20円)高かった。治療の場の内生性を考慮した操作変数法でも、病院での管理が年間総医療費の高さと因果関係があった。入院をエビデンスとする治療の場による質の違いはなかった。以上の結果から、病院からGPへの治療の場の移行は、期待された効率改善(質の低下を伴わない費用削減)をもたらしたと結論づけられる。

二木コメント—ビッグデータを用いた精緻な研究で、中等度の2型糖尿病患者の管理は病院外来で行うより一般診療で行う方が費用対効果に優れるという結論も妥当と思います。著者は本文の「結論」の最後で、本研究では重度化した患者を一般診療に移行することの費用対効果は検討していないとし、トップダウンで「高額」患者の「安い」一般医療への移行を強制的に進めるのは危険だと注意喚起しています。

○内発的に動機づけられた[デンマークの]GPが外発的規制に曝露された時のバーンアウト 複合パネルデータ調査とクラスター・ランダム化フィールド実験

Pedersen LB, et al: Burnout of intrinsically motivated GPs when exposed to external regulation A combined panel data survey and cluster randomized field experiment. Health Policy 125 (4):459-466,2021 [量的研究]

一般医(GPs)のバーンアウト(燃え尽き)が多く、多くの国で問題になっている。先行研究では、バーンアウトは内発的に動機づけられた被用者では少ないことが明らかにされている。自己決定理論に基づいて、以下の2点を調査した。①内発的に動機づけられたGPは、対照のGPに比べてバーンアウトしにくいのか?②もっとも内発的に動機づけられたGPは、外発的規制である認証プログラムに曝露された時、バーンアウトしやすいのか?デンマークのGPが、2016,2017,2018年に強制的認証にクラスター・ランダム化された。認証プロセス導入1年後と2年後にGPの内発的動機づけとバーンアウト・レベルを測定した。GP(n=846)のバランス・パネルを用い、順序ロジット・モデルの混合効果を測定した。

その結果、高度に内発的に動機づけられたGPは対照のGPと比べると、バーンアウトしにくかった。しかし、もっとも内発的に動機づけられたGPでも対照の同僚に比べると、認

証に曝露された場合は有意にバーンアウトしやすかった。以上から、内発的動機づけは、外的規制が課された時はバーンアウトを遮断できない可能性がある」と結論づけられる。

二木コメント—内発的動機づけは有効だが、強い外発的規制を遮断できないとのある意味で常識的結論です。それにしても医師に認証を外的に強制するとは、日本の感覚では、なんとも凄い「社会実験」です。

○ [アメリカの] バーンアウトが生じないプライマリケア診療の文化的・構造的特性

Edwards ST, et al: Cultural and structural features of zero-burnout primary care practices. Health Affairs 40(6):928-936,2021 [量的研究]

プライマリケアの場でのバーンアウトの個人レベルでの要因 (drivers) には焦点を当てられているが、バーンアウトが生じない診療環境についての組織的・文化的要因を検討することで、バーンアウト予防の解決策を同定できる可能性がある。「医療の研究・質庁」(AHRQ) が資金提供したエビデンス NOW 事業に参加した全米の 715 の中・小規模のプライマリケア診療所から得られた調査データを用いて横断面分析を行い、主要アウトカムは診療所レベルでのバーンアウト発生率とした。

バーンアウトは 5 点法の尺度で測定し、全体では診療スタッフ (clinical members) の 18% がバーンアウトしていた。スタッフにバーンアウトが生じていなかった診療所 (全体の 30%) はスタッフの 40% 以上がバーンアウトしていた診療所 (全体の 13%) と比べて、単独診療や医師所有の割合が高く (オッズ比がそれぞれ 5.31、2.57)、ACO やそれ以外のモデル事業への参加率が低かった。このような診療所は「適応的予備 (adaptive reserve) 実践文化尺度」の設問 (リーダーシップの促進、労働環境、チームワーク、学習の文化等 7 側面) に同意する回答が多く、特にリーダーシップと労働環境についての 4 つの設問ではオッズ比が 5 を超えていた。プライマリケアにおけるバーンアウトを予防するには組織や診療文化の強化に焦点を当てると効果があがる可能性がある。

二木コメント—タイトルは魅力的だし、結果もそこそこ面白いのですが、結果の解釈において著者は「有意差症候群」にとらわれているように思えます。

○ 一般医はもっと生産的になりうるか? [フランスにおける] チームワークと看護職との連携が一般医の活動に与える影響

Loussouarn C, et al: Can general practitioners be more productive? The impact of teamwork and cooperation with nurses on GP activities. Health Economics 30(3):680-698,2021 [量的研究]

多くの国で、プライマリケア組織の統合と多職種連携 (interprofessional cooperation) が、医療提供の生産効率と配分効率を改善するとともに、一般医 (GPs) の地理的分布の不均衡に対処するために推奨されている。フランスでは、GP と看護職間の垂直統合とチームワークを促進するためのモデル事業が行われた。この事業のポイントは看護職の配置と訓練であり、それには GP から看護職へのタスクシフトや新しい支払方式が含まれる。本研究はこのモデル事業の 2010-2017 年の GP の活動への影響を包括的に評価し、その際以下の指標を用いる: GP の労働日数、最低 1 回は診療を受けた患者数、登録患者数、及び訪問診療回数。内生性を調整し、選択バイアスを減らすために、ケース・コントロール・デザインを用い、それと「粗い (coarsened) 完全一致マッチング」(共変量を粗い指標に落とし込んだうえで完

全一致を目指すマッチング) とパネルデータによる差の差法推計を結合した。

その結果、事業開始後 GP の労働日数のわずかな増加 (+1.2%) と、診察を受けた患者と登録患者の明らかな増加 (それぞれ+7.55%、+6.87%) が見られた。しかし、診察室での診療と訪問診療の変化はなかった。この文脈においては、GP と看護職間の協働とチームワークは患者の医療アクセスを改善したように思われる。

二木コメント—タイトルは魅力的でしかも 19 頁の長い論文ですが、結果はパッとせず、最後の一文も取って付けたように思えます。一番の問題は本モデル事業の費用がまったく書かれていないことです。

○ [アメリカにおけるプライマリケアの] 医療提供者チームは単独診療よりも慢性疾患管理に優れ、医療の価値を改善しうる

Pany MJ, et al: Provider teams outperform solo providers in managing chronic diseases and could improve the value of care. Health Affairs 40 (3):435-444,2021 [量的研究]

職種別の診療範囲規制 (scope of regulation) には処方制限や管理規則を含むが、それは医療提供者がチームを形成する特性に影響を与える可能性がある。そのために政策決定者は、チーム医療のタイプと医療提供者のタイプの両方が臨床的アウトカムに与える影響を理解する必要がある。3 種類の慢性疾患 (2 型糖尿病、高脂血症、高血圧) 発症後の医療マネジメントとバイオマーカー検査 (HbA1c と LDL) ・収縮期血圧の結果がチーム医療対単独診療、医師対非医師 (ナースプラクティショナー (NP) とフィジシャン・アシスタント (PA)) でのように違うかを調べた。チーム医療は、医師のみのチーム、非医師のみのチーム、医師と非医師のチームの 3 つに区分した。2013 ~2018 年の匿名化されたアメリカのプライマリケア診療の電子医療記録を用いた。

その結果、チーム医療はチームの構成によらず単独診療よりも優れていた。単独診療間では、医師と非医師のパフォーマンスの差はほとんどなかった。政策決定者は診療範囲規制の改革を検討する際、医療提供者のタイプだけでなく、チーム医療もアウトカムに影響することを考慮すべきである。診療範囲規制の改革を含むチーム形成を推奨する政策介入は医療の価値を改善する可能性がある。

二木コメント—アメリカでは、プライマリケア場面での医師と NP、NA のパフォーマンス・費用の比較研究はたくさんありますが、医師と非医師 (NP、NA) について、チーム医療と単独診療別にパフォーマンスを比較した大規模調査研究はこれが初めてだそうです。ただし、診療アウトカムをバイオマーカー検査・血圧測定の実施率とその値の改善率中心に評価していることには疑問を感じました。

○ 最良の情報があれば十分か? [アメリカ軍医療システムにおける] 患者である医師から得られたエビデンス

Frakes M ,et al: Is great information good enough? Evidence from physicians. Journal of Health Economics 75 (2021) 102406 (20 pages) [量的研究]

患者の情報不足を改善することを目指した政策が、患者の診療ガイドラインと推奨された診療の遵守 (adherence) の改善に貢献する上限を考えた。そのために、アメリカ軍医療システムのデータを用いて、診療の実際について最良の情報を持っているはずの患者グループ、

すなわち医師である患者の遵守率を対照グループ（非医師の患者）と比較した。その際、いくつかの手順を踏んで、両グループの観察されない差を除いた。その結果、価値の低いガイドラインと価値の高いガイドラインに対する医師である患者の遵守率は、せいぜい(at best)非医師の患者よりわずかに高いだけだった。

二木コメント—日本の古いことわざ「紺屋の白袴、医者の不養生」を確認した研究と言え、診療ガイドラインの有効性についての先行研究の文献レビューもていねいに行っています。ただし、論文名、要旨、本文の結論にはどこの国のどんな対象を用いた研究かは書かれておらず、本文の「軍医療システム、データと方法論」の項にもどの国の「軍医療システムのデータ」を用いたかは書いていません。

○医師の頭脳流出：どのくらい、どこで、そしてなぜ？

Aovor E, et al: Medical brain drain: How many, where and why? Journal of Health Economics 76(2021) 102409 (16 pages) [量的研究・国際比較研究]

過去 25 年間（1990-2014 年）の医師の海外移住の進展（192 か国から 22 か国への移住）を記録した新しいデータベースを作成し、その要因を実証的に検討した。相対的に言えば、海外への移住率が最も高い国は小さな島嶼国家や低所得国家であり、これらの国々は医療ニーズに比べた医療従事者不足がもっとも重大であった。経年的に見ると、カリブ海諸島、中央アジアおよび東ヨーロッパで海外への移住が増えていた。対照的に西ヨーロッパへの移住は増えていたが、サハラ以南のアフリカからの移住は安定しているか、減少傾向にあった。

本実証分析は、医師の海外移住は複雑な現象であり、たくさんのプッシュ、プル、及び双方向的(dyadic)要因から生じることを示している。それは海外移住する国と受け入れ国の経済的特性から強い影響を受ける。これらのプッシュ・プル要因は国家間の言語的および地理的な結びつきの影響も受ける。興味深いことに医師の頭脳流失の展開は高度熟練労働者を引きつけようとする移民受け入れ政策にも影響される。特に、医師の海外移住は、移住希望者に対するビザの制限、資格認証、ポイントに基づく受け入れ制度、税制優遇、及び永住権の取得条件に大きく左右される。

二木コメント—おそらく世界初の、医師の頭脳流出の縦断的国際比較研究と思います。もちろん(?)、日本は含まれていません。なお、"medical"は多くの場合、「医療」ではなく、「医師」または「医学」を意味し、本論文タイトルの"medical brain drain"は"physician migration"と同義です。ちなみに、"medical staff"は「医療職」ではなく「医師」です。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 198)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○橋本英樹（東京大学大学院行動社会学講座教授）「必要なのは自分たちが当たり前だと思っている足元を崩すこと 自分の育ってきた環境の外の世界を想像し感受性を広げるといふ作業はものすごく難しいのです。自分が知っている地平の外に真実がある、と信じられるか信じられないかは、我々の世界で言うと、科学者に向いているか向いていないかの違いです。自分の見てきたことがすべてだと思っていたら研究なんてやる気が起こりません」

（「（インタビュー）『生活習慣病という用語は廃止すべきだ』東大教授がそう訴えるわけ」 BuzzFeed Japan インタビュー」2021年6月10日（聞き手：岩永直子））。

二木コメントー科学者論として深い！と感じました。全く同感です。この言葉は、私の好きな次の2つの名言に通じると思います。

○福岡伸一（青山学院大学教授。分子生物学者）「知的であることの最低条件は自己懐疑が出来るかどうかということになる」（『生物と無生物とのあいだ』講談社現代新書,2007,67頁。本「ニューズレター」37号（2007年9月）で紹介）。

○カール・マルクス「もし事物の現象形態と本質とが直接的に一致するならば、およそ科学は余計なものであろう」（長谷部文雄訳『資本論ー経済学批判（八）』第三部第三分冊：301頁。第七編第四十八章Ⅲ）

○御厨貴（政治学者。東京大学名誉教授）「ぼくは歴史家ですから、歴史と見比べて、もちろん現象的に似ているところがないとは言えないけれども、『その歴史をたどることになる』とか『いつか来た道だ』とか『形を変えた1930年代だ』というのは少し単純な議論だと思います。／やはり、今の時代にはいまの時代の個性があるのであって、どの時代と似ているといった瞬間にこの時代の個性を暴くというか、この時代の個性はなんだと考える姿勢が失われます。（中略）似ているから同じといった瞬間に人間はものを考えなくなるから、そこは相当じっくり、本当にああいふ [中国のような] 権威主義、統制主義になっていいのかと考える」（御厨貴・芹川洋一『日本 政治コロナ敗戦の研究』日本経済新聞出版,2021,244-245頁）。二木コメントー歴史に対するこの複眼的視点は、上記マルクスの名言にも通じると感じました。

○御厨貴「日本をそんなに悪い国だと思う必要はありません。だらしのない国だとは思いますが、最低のところにはいません。ちょっとは頑張っている。さらにもうちょっと頑張らしよう、という程度で私はいいいのではないかと思います」（『日本政治 コロナ敗戦の研究』日本経済新聞出版,2022,245頁）。

二木コメントー政府のコロナ対策だけでなく、医療政策を研究する際にも、このような醒めた複眼的視点が必要と思います。

○ジャン・ポール・サルトル（フランスの実存主義哲学者。1980年死去、74歳）

「もっといい時代はあるかもしれないが、これは我々の時代なのだ（There may be more beautiful times, but this one is ours）」（AsahiWeekly June, 2021で紹介。1966年の言葉とのことだが出所は示されず）。二木コメントー「我々の時代」は御厨氏の「日本」に置き換え

られると感じました。

○木村草太（東京都立法学部教授、専攻は憲法学）「先日、日本史の先生と話したとき、若い人は従来の学説とは違うことを言わないと目立たないので、若い優秀な人たちが信長平凡説みたいところにまずは行く、という話題になりました。平凡説は面白そうですが、歴史の大勢からすると…」（大澤真幸・木村草太『むずかしい天皇制』晶文社,2021,170頁）。
二木コメントー医療経済・政策学分野でも、目立ちたいがために敢えて「従来の学説とは違うこと」を言う（比較的）若い研究者が時々いるので、納得・共感しました。

○木下斉（「都市経営プロフェッショナルスクール」設立者、高校在学時からまちづくり事業に取り組む）「若いからといって考えまで若いかと言えば、保守的で、伝統的な補助金を活用した地域活性化にのみこまれていく人たちもいる。若いけれど年寄りより凝り固まった人もいる」（『まちづくり幻想ー地域再生はなぜこれほど失敗するのか』S B新書,2021,128頁）。
二木コメントー「こういう若い人もいる、いる！」と共感しました。

<その他>

○宇佐美典也（元経済産業省若手官僚。2012年退職し、現・制度アナリスト）「**菅義偉首相は**『やってる感』を出して、達成できなくても**官僚や医療業界のせいにして『さらなる改革が必要だ』**と言えば頑張ったと評価されると思っているのだろう」（「中日新聞」2021年5月26日朝刊、「[ワクチン接種] 予約難民の嘆き聞こえますか」で、菅首相がワクチン接種について無責任な発言を続ける理由について、こうコメント）。
二木コメントー「官僚や医療業界のせい」にするとの指摘は、1月上旬に突発した、「民間病院バッシング」の背景にも通じると感じました。なお、氏の新著『菅政権 東大話法とやってる感政治』星海社新書,2021年4月）は、菅首相の首相就任後4か月間の公式発言を詳細に分析し、「東大話法とやってる感政治」・「ビジョンなき官邸主導」が完成したと指摘しています。

○立川談四楼（落語家）「**周りから『コロナが憎い』という声が聞こえてきます。私はいちいち『コロナじゃない。コロナ対策が憎いだ。人災だ』**と言っています」（「しんぶん赤旗日曜版」2021年6月20日号、インタビュー）。
二木コメントー私はこの「人災」の出発点は、安倍晋三首相（当時）が昨年5月25日の第1回の非常事態宣言解除時、「『日本モデル』の力を示せた」と主張し、専門家が秋には必ず生じると警告していた第2波への対策を怠ったこと、それを増幅したのは菅義偉官房長官（当時）主導で、本来コロナ感染が収束した後に始めるはずだった「Go To トラベルキャンペーン」を7月に開始し、患者数が急増したにもかかわらずそれを12月末まで続けたことだと思っています。

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2回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」40号（2020年6月14日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨め a/o 私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○谷本寛治『研究者が知っておきたいアカデミックな世界の作法 国際レベルの論文執筆と学会発表へのチャレンジ』中央経済社,2021年1月。

…著者自身の経験と反省に基づき、日本の社会科学研究者が国内にとどまらず、国際的な研究・教育の場において役割を担い、貢献していくことを後押しする解説書と自負。ただし、大半（1～5）は一般的な大学・研究論、論文の書き方や研究発表の仕方の解説。6「グローバルなアカデミック・コミュニティ」は浅く、7「海外での適応力、変化へのチャレンジ」は精神論。本書全体で、**世界＝欧米という古い観念にとらわれ、アジアの視点が欠落。**

○青島矢一編著『質の高い研究論文の書き方 多様な論者の視点から見えてくる、自分の論文のかたち』白桃書房,2021年3月。

…11人の経営学研究者等が「経営現象を扱う社会科学の研究者たちにとって『質の高い研究』とは何か」を自由に論じている。『組織科学』誌の特集を拡張。論文集の常として玉石混淆だが、**浅川和宏「経営研究の国際標準化時代における質の高い論文の条件 日本からのアプローチ」中の「アメリカ流国際標準への過度の同質化による弊害」**は優れている：①「地域特性、文脈を活かした研究がしにくい」、②「凡庸な三流研究で溢れる」、③「一か八かのインパクトのある研究を狙えない」、④「極端に面白い、斬新な研究がしにくい」、⑤「実践的関連性の軽視」（13-28頁）。160頁の薄い本で、**経営学研究に興味のある者にはお薦め。**

○宮野公樹『問いの立て方』ちくま新書,2021年2月。

…学問論・大学論について思考をすすめ、人一倍哲学への思いが強い著者が、「いい問い」とは何か、「いい問いにする方法」、「いい問いの見つけ方」について原理的に考察。

「自分が読みたいものを書く」ことだけを頭に置いて書き進めたと自認しているが、私には自己満足としか思えず、哲学（的思考）の不毛性を再確認。

※医学生時代は「哲学青年」に近かった私が、「哲学は不毛」と悟った（？）原点は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,78-79頁参照。

○尾形裕也「後輩諸氏に贈る言葉」 in 「この国の医療のかたち(85,86)」

『MEDIFAX web』2021年5月19日、6月20日。

…九州大学専門職大学院（医療経営・管理学講座）開講20周年記念公開講座（2021年2月）での講演での、現役の院生及び卒業生OBに向けた尾形氏の10のメッセージ・「十戒」。私はそのすべてに大賛成&私自身が大学院教育で行ってきたツモリ。

B. 医療・福祉関連

○有馬斉『死ぬ権利はあるか 安楽死、尊厳死、自殺幫助の是非と命の価値』春風

社,2019。…555 頁の大著。自分の考えで死に方や死ぬタイミングを選ぶ権利があるかについて、擁護派の 3 つのタイプの議論と反対派の 2 つのタイプの議論をていねいに紹介し、前者を反駁し、後者を擁護（人の存在に内在的価値があるというカントの見方を擁護）。賛成派の第 3 のタイプとして、マクロレベルの「医療費の高騰」を取り上げ、私の本も引用（第 I 部第 3 章）。ただし、著者は「死ぬ権利」も副題の 3 語も曖昧だと批判し、代わりに「生命維持医療の見送り、致死薬の使用、持続的で深い鎮静」を使い、しかもこれら三者を同時並行的に考察。これらの問題についての個人と第三者（医療者、家族）の両方のふるまいの倫理性を問うている。今までに明らかにされている事実を踏まえつつ、「もっぱら概念分析と推論および価値にかんする判断を頼り」にしている。「まえがき」は明快だが、本文の記述は厳密な半面、かなり難解・回りくどい。「人間の尊厳」について理論的に考えたい人は必読。ただし、「パーソン論」（重い心身障害、認知症、重度の統合失調症などの人は「人格」（自己意識と理性）がなく「人間」ではないとする、シンガー等の主張）には触れていない。「ケア」にも全く触れていない。著者は 44 歳（出版時）の若手研究者だが、本書出版前に 2 つの学会賞を受賞。

OH・S・フリードマン著、南沢篤花訳『命に＜価格＞を付けられるのか』慶應義塾大学出版会,2021 年 4 月(原著 2020)。

…9・11 同時多発テロ被害者の補償、司法、環境規制、企業の新商品開発、生命保険、民間健康保険等を例にして、現実世界（アメリカ）では人命は常に金銭換算されているという事実を示し、金銭換算の方法と限界・欠陥を解説し、最後に「人の命に価格が付けられるときは、公平につけられて、必ず人権と人命が守られるようにしなければならない」と結ぶ（257 頁）。統計的生命価値（VSL）と環境規制における費用便益分析の説明と限界・欠陥の指摘が特に参考になる（それぞれ第 2 章、第 4 章）。第 7 章の「健康の価値と〔民間〕医療保険」の分析もそこそこ参考になる。「すべての人に対して等しい価格を採用すれば最もシンプルで最も理にかなった選択になる」（84 頁+247 頁）、費用便益分析における現在価値分析で「人命の金銭的価値を割り引くことには問題がある」（92 頁）、「価値は複数存在する」（246 頁）との主張・指摘は重要と思う。

○筒井孝子『地域包括ケアシステムの深化 integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント』中央法規,2019。

…理論編と評価編と実践編の三本柱で、462 頁の分厚い本。理論編の第 2 部で示されている

「Integrated care 理論」（その中心は「規範的統合」論）は外国直輸入的で、地域包括ケアが「ネットワーク」であることと乖離していると思う。全体に top-heavy（頭デッカチ）。

○『筒井孝子論考集 地域包括ケアシステムの理論と政策』カイ書林,2020 年 3 月。…著者が 2014～2018 年に発表した地域包括ケアシステムに関わる論文、随筆、講演録を収録（4 部構成。571 頁）。「はじめに」は晦渋&高踏的、「おわりに」は COVID-19 発生に対する著者の思いの吐露で、どちらも本文を読む気力をそぐ。索引がない

のは読者に不親切。

○松村むつみ『「エビデンス」の落とし穴 「健康にいい」情報にはランクがあった!』
青春新書,2021年2月。

…著者は医師（画像診断医）・医療ジャーナリスト。第1・2章で医学の「エビデンス」について分かりやすく説明し、第3章で新型コロナウイルスの感染予防対策を含む8つの「エビデンスが分かれる健康情報」について文献に基づいて両論を紹介した上で「現時点での結論」を示す。前者では「『エビデンス』とは絶対の真実ではない」ことを強調し、後者では「欧米のエビデンスをそのまま日本人に当てはめられない可能性が高い」ことに注意を喚起（コレステロール、赤肉ダイエット等）。著者はバランス感覚があり、センスも良い。

◎橋本英樹「『生活習慣病』というラベルの歴史と国内外の動向、そして功罪」『糖尿病プラクティス』38(2):164-168頁,2021年3月。（特集「社会的スティグマへのアドボカシー活動の現状」）

…アメリカでは1960～70年代に「生活習慣病」概念が興隆したが、1980年代以降その概念の限界が知られ見直しが始まった時代背景をダイナミックに描く。「生活習慣病」は国際的に見ればローカル方言・死語となっていると指摘し、「捨て去る」ことを主張。私の「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」（2017。『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）と相補的と思う。

**+○橋本英樹『生活習慣病という用語は廃止すべきだ』東大教授がそう訴えるわけ
「メタボ健診、必要か？費用対効果が立って続けに否定された政策にもの申す」**
「BuzzFeed Japan インタビュー」2021年6月10-11日（聞き手：岩永直子。ウェブ上に公開）

○木下斉『まちづくり幻想—地域再生はなぜこれほど失敗するのか』S B新書,2021年3月。

※2か月余で4刷、Amazonで120件の評価！（5月31日）

…高校在学中から20年間まちづくり事業に取り組んできた著者が、「街づくり幻想」（間違った思考の土台・勘違い）を5つに分類し、事例を紹介しながら解説。記述はリアルで、算盤勘定も重視しており、地域包括ケア・地域共生社会づくりのヒントも少なくない。私が共感したのは、「なんでも『成功事例』を求める病」・「横展開が失敗を大量生産する」（72-73頁）、「地域最大産業年金とタイムリミット」（157頁）、「若いけれど年寄りより凝り固まった人もいる」（128頁）、「なぜ『ハイエナコンサルタント』は現れるのか」（171頁）、「自己犠牲の地域事業をやめよう」（188頁）等。スラスラ読めるが、最後の第5章「幻想を振り払うための『12のアクション』」は陳腐。

+○印南一路「成功例の共通要因サーチの致命的欠陥」『Monthly IHEP（医療経済研究機構）』2014年7月号:24-28頁。

…成功事例のみの調査からは成功要因は分からない理由を明快に説明。

○三原岳「『竜頭蛇尾』に終わった社会的処方制度の制度化」『医薬経済』2021年5月1日号（ウェブ雑誌）

…「社会的処方」は昨年6月の「骨太の方針」に唐突に入ったが、その後「急失速」し、本年4月の介護報酬改定でもそれへの言及はなされなかった。この「竜頭蛇尾」で「問題含み」のプロセスを簡潔に説明すると共に、その「最大の理由としては、英国の医療制度との違いがある」と説明。**ソーシャルワークと社会的処方の「発想は逆」との指摘は鋭い。**

○舟越光彦「医療現場における生活困窮者への支援～『医療・介護スタッフのための経済的支援ツール』と『症例事例集』の開発と活用」『民医連医療』2021年6月号：24-27頁。

…本通信39号で推薦した「経済的支援ツール」と「症例事例集」の開発プロセスを丁寧に解説。最後は、「経済的に困窮した患者さんを支援するために、既存の社会保障制度を活用し尽くすことが今ほど重要な時期はありません」と強調。**医療ソーシャルワーカー必読**と思う。

◎小豆畑丈夫『在宅医療の真実』光文社新書,2021年5月。

…著者は救急医出身の医師。故郷の茨城県那珂市で、実父の後を継いだ地域密着型の小規模病院を中核とする「保健・医療・福祉複合体」で、救急医療と在宅医療に従事する傍ら、日本在宅救急医学会の設立に尽力。その経験・実績を踏まえて、「**在宅医療に関わる救急医の立場から見た『もう一つの在宅医療』**」について、その問題点・改善策などを系統的・包括的に論じる。「在宅医療＝在宅での看取り」、「在宅医療は在宅医療だけで完結する」との俗説を、実体験・事例とデータに基づいて否定し、「生きる」を支える医療が在宅医療だと主張。さらに、「**在宅医療の落とし穴は『急変時の対応』**」であるとして、那珂市での「在宅医療と救急医療の連携」の実践・実績を示す。「施設より自宅のほうが社会的コストは高いこと」も示し、私の著書も引用。類書ではほとんど取り上げられない、障害当事者が運動で勝ち取った「重度訪問看護」の意義を熱く語る。一般読者向けの本だが、**在宅医療・ケアに関わる医療・福祉関係者・研究者、特に医療ソーシャルワーカーの必読書**と言える。

＋○長尾和宏『痛い在宅医』ブックマン社,2017年。

…長尾医師の本をほとんど読み、「病院ではなく家で死んだほうが平穏死できる」「在宅医療は素晴らしい」と信じ込んだ「長尾信者」の東京在住の女性が、肺ガン末期の父親を（私からみると）無理に自宅に引き取ったものの、わずか4日で苦しみながら死亡したことに対する恨みを長尾医師にぶつけ、それに長尾医師が長時間、丁寧に答えている「ドキュメンタリー本」。長尾医師は、この女性の厳しい（&相当身勝手な）追及にたじたじとなり、最後は、「病院か在宅か、という二元論でしか僕が今まで語っていなかったとしたら、そして在宅医療の美談しか語っていなかったとしたら、心から謝ります」（177頁）と述べ、それを受けて、「あとがき」で、本書を「**在宅医療の負の側面を、正面から扱**」った本邦初の一般書と位置付け、「もはや美談だけで在宅医療を語る時代ではない」と述べる（239頁）。長尾氏は、同じく「あとがき」で、「在宅医選び」の3つの選択肢として、「一般的な開業医、在宅専門クリニック、そして中小病院」をあげた上で、「長期的には[中心は]地域密着型の中小病院が提供する在宅医療（在宅療養支援病院）であろう。私はこれに大いに期待している。マンパワーが圧倒的に違う、若いスタッフが多い、当直制があるので、夜間対応に慣れ

ている、などがその理由だ」とも述べている（241頁）（2018年5月の第2回ゼミで配布した、私の友人へのこの本の紹介メールより）。

※上記2冊は、上野千鶴子氏の、超高齢社会での日本人の死は「加齢に伴う疾患からくる…予期できる死、緩慢な死」とする（私から見ると）トンデモ主張（『おひとりさまの最期』朝日新聞出版,2015。『在宅ひとり死のススメ』文春新書,2021等）の解毒剤・反証になる。

○特集「回復期リハビリテーション医療—これまでの20年、これからの20年」

『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine リハビリテーション医学』

58(5):467-527頁,2021年5月。

…2000年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション」病棟入院料が創設されてから20年になるのを記念して、これまでの20年を振り返るとともに、同病棟における様々な取り組みや今後目指すべき方向を示した7論文を掲載。**回復期リハビリテーション関係者必読**。私のお勧めは、岡本隆嗣「回復期リハビリテーション病棟における多職種連携」（482-489頁）。

○日下部雅喜「2021年度介護報酬改定の特徴と問題点 介護現場の変質を迫る『科学的介護』と『生産性向上』」『国民医療』350号：38-50,2021年5月。

…前半で今回改定の特徴を包括的に指摘し、後半で改定の「目玉」である「科学的介護情報システム（LIFE）」の問題点を多面的に指摘。「自立支援は、国の言うような身体的自立でも要介護度の改善でもない。**日常生活の継続性の確保、自己決定も含めた全人的な支援がケアの原則**であることを忘れてはならない」との指摘は重要と思う。

○結城康博「科学的介護は『価値』を軽視していないか？」「介護経営ドットコム」（有料ウェブ雑誌）2021年6月25日。

…2021年度介護報酬改定の目玉とされた「科学的介護」（LIFE）に対する介護経営者と介護現場の受け止め方の違いを対比し、「科学的介護と意思決定の背景」を説明。さらに、「自立支援・重度化防止」についての疑問を述べ、「『介護』は生活の一部」であることを強調。最後に、科学的介護が「画期的な出来事」と認めた上で、「考え方によれば『生活モデル』よりも『医療モデル』に偏ってしまう危険性もはらんでいる」と指摘。

○須田木綿子「介護保険制度における競争原理とサービス供給組織の適応」『社会政策（社会政策学会）』13(1):96-106頁,2021年6月。

…介護保険制度における市場化と管理主義のバランスの変化（後者の強化）が、介護保険事業者に与える影響を、社会学領域の組織理論に基づき、東京都の2つの区の通所介護・訪問介護事業者（全数）を対象にした2005年～2018年の3時点の調査により検討。その結果、管理主義が強調される介護保険制度では、戦略的退出による適応をはかる事業者（主として営利）と継続して存在する事業者（主として非営利）が存在し、それら多様な事業者の相補的關係が存在することが示唆された。**日本には珍しいアメリカ流の、理論に基づく仮説検証型の実証研究（量的研究）で、その書き方・作法に興味のある研究者には参考になる**と思う。

C. コロナ関連

○友寄英隆『コロナパンデミックと日本資本主義 科学的社会主義の立場から考える』学習の友社,2020年11月。

…『経済』（マルクス経済学雑誌）元編集長が、新型コロナウイルス感染症・疫学についての「初歩的学習」を踏まえて書いた「研究ノート」。最初に取り組んだのが、マルクスとエンゲルスがパンデミックをどう捉え、どう分析したかなのは、著者らしい。第4章「コロナショックによる経済危機と回復過程」（諸説の批判的検討）と第5章「デジタル化社会の可能性と限界」（全否定ではない）はそれなりに興味深い、スケッチのレベル。

○近藤大介『ファクトで読む米中新冷戦とアフター・コロナ』講談社現代新書,2021年1月。

…著者は北京大学に留学後、中国・アジア諸国の取材・分析を続けているジャーナリスト、親中でも反中でもなくファクトから分析。**第2章「『コロナ対応』の東アジア比較」では、中国・台湾・韓国に比した日本の「一人負け」がよく分かる**：コロナ対策には「政府による個人情報統制とプライバシーの尊重という二律背反」があるが、東アジア各国・地域は政府が個人情報を管理・統制することを優先させた。第3章「韓国と台湾を見ると5年後の日本が分かる」はユニーク：現在の韓国・台湾は決して日本の「弟分」ではなく、多くの面で日本を追い越している。日本はASEANの大臣からも**「年老いた金メダリスト」**と蔑視されている！？第1章「米中、七つの戦争」は米中対立を多面的に分析：中国の共産党政権は、中国伝統の皇帝制度の延長であり、「経済成長を続ける限り」、今後も持続すると予測。第4章「日本は中国とどう付き合うか」からも学ぶことが多いが、「尖閣を死守する」ためには憲法改正すべきとの「私見」は？？

○鳥集徹『コロナ自粛の大罪』2021年4月 ※2か月で4刷&Amazonで212個の評価！？

…自称「媚びないジャーナリスト」が、過剰なコロナ自粛に対して積極的に警鐘を鳴らしてきた7人の医師たちに緊急インタビュー。玉石混淆だが、行き過ぎた「自粛」の「副作用」やワクチンへの過剰な期待の陥穽を知る上では参考になる。私は、大規模無床診療所でコロナ診療に積極的に取り組んで200人のコロナ患者を診断した**長尾和宏医師**の発言に一番説得力を感じた：**「コロナは高齢者問題」、「コロナワクチンは高齢者だけに打つもの」**等。**高橋泰医師**の**「新型コロナウイルスの7段階モデル」**（国民を「ローリスク・グループ」、「ハイコンタクト・グループ」、「ハイリスク・グループ」に3分し、ハイリスク・グループを集中的にガード。本通信38号で紹介した『社会保険旬報』本年年3月1・3月11日号論文のエッセンス）は論理的には極めて魅力的だが、現実に国民を3区分するのは困難と思う。鳥集氏の「Go To トラベル」中止批判論や日本の病床数が世界一の粗雑な主張には強い疑問を持つ（後者は森田洋之・木村盛世医師も主張）。また、コロナ対策として「グレートバリントン宣言」のみを紹介し、その対極にある「ジョンズノウ宣言」をシカトしているのは不公正（両宣言は、本通信38号で紹介した武藤正樹論文が簡潔に紹介）。

○特集「コロナ禍と医療機関の現実－医療と経営を立て直す7つの方策」『月刊／保

険診療』2021年5月号：2-42頁。

…「新型コロナと医療の現実－総まとめ」（詳細年月表）、3氏の鼎談「医療体制と医療機関をどう立て直すか」、及び「コロナと医療機関経営 7つの改善策」の3本柱。**鈴木学「民間中小病院でコロナ回復患者の受け入れを通じて病床稼働をあげた事例報告」**（3月ゼミでの臨時副報告に加筆）も掲載（24-25頁）。鼎談の、コロナ診療の第一線を担っている内田信一東京医科歯科大学附属病院長と亀田信介亀田総合病院シニア・エグゼクティブ・プロデューサーの発言は迫力がある。それに対して、経営コンサルタント7人の「改善策」は私には一般論に思える。鼎談と鈴木論文は、医療ソーシャルワーカーを含む病院関係者必読。

〇ルチル・シャルマ「コロナ対策、今日の勝利国は明日の敗者」「フィナンシャルタイムズ」2021年5月25日（「日本経済新聞」2021年5月26日、有料会員限定記事）。…<新型コロナウイルスは何度も敗者と勝者を入れ替えてきた。パンデミック初期には、封じ込めに成功した国のサクセスストーリーが語られたが、賞味期限は短かった。最近、ワクチン開発・接種でアメリカが先行しているが、CDCはまだ勝利宣言をしていない。コロナ対策の評価を下すのは歴史であり、文化的ステレオタイプによる成功・失敗の説明がいかに的外れだったかを反省すべき> 私は、昨年5月25日の第1回緊急事態宣言解除時に、安倍晋三首相が「日本モデルの力」を誇示したことが、その後の日本の対策の弛緩を生んだと判断している。

〇神奈川県保険医協会理事会声明「新型コロナワクチン接種での死亡・重篤例の救済を政府に求める」2021年6月11日（ウェブ上に公開）。

…神奈川県保険医協会は、全国保険医団体連合会（保団連）とは独立し、他の都道府県協会に先がけて、いつもユニークでタイムリーな提言を発表している。本声名では、現行の予防接種被害救済制度での救済は制度的に因果関係が明確な健康被害への給付に限定されており、実際にも死亡例についてさえ大半が因果関係が「評価できず」とされ、しかも審査の審議内容は公開されていないことを踏まえて、コロナワクチン接種での死亡・重篤例を「因果関係不問」として救済することを提唱し、その費用は2020年度の第三次補正予算で計上されている「ワクチン接種体制等の整備 5798億円」で賄えると主張。

〇藤原康弘「コロナ禍で誇れる日本のセーフティネット(1)－ワクチンの健康被害救済制度、(2)医薬品の健康被害救済制度」『日本医事新報』2021年5月8日号：94頁、5月15日号：58頁）。

…藤原氏は独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）理事長。上記2制度について紹介・宣伝しているが、①ワクチンの健康被害救済制度が1990年代の予防接種禍訴訟で原告が勝利したことの産物であること、および②2つの救済制度の審査基準がきわめて厳しいことには触れていない。

〇邊見公雄「保健所の再建と機能の再建を」『週刊社会保障』5月31日号：30-31頁。

…邊見医師は、全国公私病院連盟会長・前全国自治体病院協議会会長の見識と行動力ある医師。大阪の医療崩壊は大阪維新の会の10年間の「行政改革」がもたらしたと

厳しく批判。「これら大阪の現状は、地元に住む親しい医療関係者からお聞きしたこと」で、「公文書や数字で事実確認を行ったもの」で、「橋下氏自身のツイッターでの自省も確かめた」。

○大島民簇「(インタビュー) [大阪] 命が守れないー必要な医療が受けられない『医療崩壊』ー維新政治がもたらした保健・救急機能の脆弱化」『前衛』2021年7月号: 36-48頁。

…大島医師は大阪民医連会長。大阪で生じている「医療崩壊」の惨状をリアルに報告すると共に、「役所や公務員を敵とすることにより支持を得て、公務員の削減や公的施設の統廃合を成果として強調し」た結果、「保健・公衆衛生の弱体化が深刻な事態を招いている」維新政治を厳しく批判: 昨年11月に感染の再拡大が明らかであっにもかかわらず、大阪都構想の住民投票を強行し、第三波を大きくした。維新の会は、大阪市独自のコロナ対策を行うことは二重行政に当たるとして、独自の補助や支援策をほとんど行っていない等。

○石川将来「コロナ禍、死者最多の大阪 感染症想定、厳しく改めよ」『毎日新聞』2021年6月9日朝刊。

…大阪府庁を取材してきた記者が、「新型コロナの脅威を真正面から受け止めようとしなかった府の姿勢」・「考えの甘さ」・「『想定内』で対処しようとする考え」が、累計の死者が全国最多で、一切治療を受けられないまま自宅で死亡した患者も多数発生している「惨事を招いた」と、昨年4月以降の事実を具体的に示して、吉村洋文知事・大阪府を厳しく批判。

D. 政治・経済・社会関連

○クーリエ・ジャポン編『新しい世界 世界の賢人 16人が語る未来』講談社現代新書,2021年1月。

…欧米の賢人 16人に 2020年(おそらく前半)に行った、玉石混淆のインタビュー集。私の一押しはトマ・ピケティ「**ビリオネアをなくす仕組み**」: 『21世紀の資本』の2つの弱点を克服し、私有財産の「時限化」(資産に対する累進課税等)を提唱した新著『資本と[不平等を正当化する一二木]イデオロギー』(2019年,1232頁!邦訳はみすず書房から7月頃出版予定)のエッセンスが分かる。マイケル・サンデル「**能力主義の闇**」は彼の『**実力も運のうち 能力主義は正義か**』(早川書房,2021年4月)のサワリが分かる。私は、ピケティとサンデルが共に、欧米の(中道)左派政党が能力主義に陥って高学歴者の政党に代わり、労働者の承認欲求を見落としと批判していることに注目した(160,194頁)。

※ピケティの著書の英訳"Capital and Ideology"(2020)の抜粋(といっても156頁。序文だけで47頁)がウェブ上に公開されている。英文は(比較的)分かりやすい。

○マイケル・サンデル著、鬼澤忍訳『**実力も運のうち 能力主義は正義か?**』早川書房,2021年4月(原著2020)。※発売1カ月半で、Amazonで174個の評価!(6月6日)

…アメリカの政治・社会で1980年代以降40年間強まっている「能力主義」(meritocracy. 功績主義)の風潮が、非大学卒の労働者の尊厳を傷つけ、それへの不満・反抗がトラ

ンプ大統領を生み出した、その責任の一端は歴代の民主党政権やリベラル派、特にオバマ大統領が能力主義・学歴偏重の政策を推進したことにもある。このような強い危機意識から、メリトクラシーがどのように発生したか、その倫理と論理を聖書・宗教改革にまで遡って縦横に論じ、最後に選別や競争を超えた「共通善」・「貢献的正義」が必要と述べる。私は、「**能力主義は共感性をむしばむ**」との指摘に共感（89頁）。高水準の「教養書」であり、アメリカの政治と社会の底流を理解する上では有用だが、日本への示唆は少ない。第5章「成功の倫理学」は超難解で、他章も冗長。**哲学・倫理学オタク向けの本**と思ひ、推薦はしない。

○ニコラス・D・クリストフ、シェリル・ウーダン著、村田綾子訳『絶望死 労働者階級の命を奪う「病」』朝日新聞出版,2021年3月（原著2020。原題は"Tightrope"＝綱渡り）。

…「アメリカは過去50年間にわたって間違っただ道を進んできた」と「労働者の復活なくしてアメリカの復活はあり得ない」との強い課題意識から、見捨てられた労働者階級の実態に肉薄し、「希望」の道を探ったルポルタージュ。「日本版に寄せて」で、「労働者にルーツを持つ」バイデン大統領への期待を語る。2人の著者は夫婦で「ニューヨークタイムズ」記者。

○宇佐美典也『菅政権 東大話法とやってる感政治』星海社新書,2021年4月。

…菅首相の説明責任を拒否する話法を糸口に菅政権の政治システムを分析。第1・2章で「東大話法」は民主党政権時に枝野幸男官房長官が使い始め、「やってる感政治」は第二次安倍内閣で誕生したと指摘。第3章で菅首相の首相就任後4か月間の公式発言を詳細に分析し、「東大話法とやってる感政治」・「ビジョンなき官邸主導」が完成したと評価。「菅首相は政策立案にあたって個人的な『感覚』を重視し、その感覚と適合するブレーンを重用して、有無を言わず官僚に実行させるという『感覚頼り、ブレーン頼り』で方針を決めて、官僚には提言をさせず実行のみになわせる傾向がある」（155頁）との指摘は的を射ていると思う。第4章の玉木雄一郎国民民主党代表との対談は蛇足。著者は1981年生まれの元経産相官僚。

○御厨貴・芹川洋一『日本政治 コロナ敗戦の研究』日本経済新聞出版,2021年5月。
…政治学の重鎮と日経のベテラン政治記者とのzoom対談本。第1章で副題の「コロナ敗戦」を論じ、第2章で安倍政治を総括し、第3章で菅政治を評価。第4章でそれらを踏まえて「これからの日本政治」を展望。明治以降の政治史を踏まえた談論風発で、政治についての雑知識はいろいろ身につく。「コロナで金縛り内閣」、「株価連動政権を継いだコロナ連動政権」、「[日本は]危機時に政権が立ち尽くす国」等のキャッチコピーはウマイ。しかし、コロナ対応の問題は「厚生労働省プロブレム」でその中心は「医系技官の問題」との批判は事実誤認&下品（201頁）。**東日本大震災で『戦後』が終わり『災後』が始まる**とのかつての主張を、「**感染災害**」「**コロナ後の世界**」に言い換えているのは見苦しい（63頁）。