

2021.8.1(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻205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・新聞に転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/>。

205号の目次は以下の通りです(24頁)

1. 論文：菅内閣の「骨太方針2021」の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む
 (「二木教授の医療時評(193)」『文化連情報』2021年8月号(521号)：18-24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(通算185回：2021年分その5：8論文) ……9頁
 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その199)ー最近知った名言・警句 ……14頁
 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3回) ……17頁
- 番外：日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で後期に開講する「医療・福祉経済論」の〈私的聴講〉または〈科目等履修生〉のお知らせ ……24頁。**

お知らせ

論文「『令和3年版厚生労働白書』をどう読むか?」を『日本事新報』2021年8月7日号に掲載します。本「ニュースレター」206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ください。

1. 論文：菅内閣の「骨太方針2021」の社会保障・医療改革方針

を複眼的に読む

（「二木教授の医療時評(193)」『文化連情報』2021年8月号（521号）：18-24頁）

菅義偉内閣は6月18日「経済財政運営と改革の基本方針2021」（以下、「骨太方針2021」）を閣議決定しました。今回はその社会保障・医療改革方針を、安倍内閣時代の「骨太方針」との違いに注目しながら検討します。併せて、「骨太方針2021」に先だって、5月21日に取りまとめられた財政制度等審議会「財政健全化に向けた建議」（以下、「建議」）との記述の異同についても簡単に触れます。

「骨太方針2021」はグリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策を4つの柱・「原動力」にしており、それらが副題にもなっています。ただし、安倍内閣時代の「骨太方針」と同じく、総花的・網羅的です。

小さいことですが、私は、「骨太方針2020」のキーワードで、見出しだけで9回も使われていた「新たな日常」が「骨太方針2021」の見出しから消失していることに注目しました（本文では23頁で1回だけ使用）（1:155頁）。このことは、安倍内閣だけでなく菅内閣も言葉の使い方が軽いことを示しています。

「応能負担（の強化）」が初めて登場

「骨太方針2021」閣議決定の翌日、「朝日新聞」は「選挙念頭 財源論先送り」・「目立つあいまい記述」、「東京新聞」は「もはや骨太ではなく、予算獲得を狙った各省庁の要望の寄せ集めに」と批判的に報じました。私もこれらは的を射ていると思います。

と同時に、経済産業省主導だった安倍内閣の最後の「骨太方針2020」と比べて、微妙な違いがある—財務省の復権を示唆する記述が少なくない—ことも見落とすべきではないと判断しています。以下、社会保障・医療改革に関わる2点を指摘します。

私が「骨太方針2021」全体で一番注目したのは、第2章4「少子化の克服、子供を産み育てやすい社会の実現」の項で、以下のように書かれたことです（17頁）。「将来の子供たちに負担を先送りすることのないように、応能負担や歳入改革を通じて十分に安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、速やかに必要な支援策を講じていく。安定的な財源の確保にあたっては、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みについても検討する」。

これは今後の負担増を示唆しており、菅首相が安倍前首相の方針を引き継いで、総裁選挙時に述べた、消費税は今後10年引き上げないとの言明と異なります。「安定的な財源の確保」という表現は「骨太方針2020」「同2019」にもありましたが、高所得者の負担強化を意味する「応能負担」という表現は、第二次安倍内閣時代の「骨太方針」では一度も使われず、今回が初出です。よりストレートな「応能負担の（を）強化」は、3回も使われています（36頁で2回、38頁）。「企業負担」の引上げを示唆する表現も「骨太方針」では初めてだと思います。実は、これは2021年度予算で一部実現しています（待機児童解消策における事業主拠出金の追加醸出）。

以上の変化は、菅内閣成立後、正確に言えば安倍内閣の末期から、政権内での経済産業省の影響力が失墜し、財務省が復権したことの反映と言えます。

「応能負担の強化」は、コロナ危機を契機にして、高所得者や大企業への負担増（の検討）が進められている国際的流れとも合致しており、歓迎できます。

なお、「応能負担の強化」には税・社会保険に関わるものだけでなく、患者・利用者負担に関わるものがあります。6月に成立した「一定以上所得」の後期高齢者の2割負担化法はその典型です。しかし、「骨太方針2021」には後者の意味での応能負担の強化は明示されていません。それどころか、「団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革」の項には、後期高齢者2割負担化法案への立憲民主党の対案の柱だった「保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方なども含め、…検討を進める」と書かれています（33頁）。

これは、今秋に予定されている衆議院議員選挙に配慮したためと思います。それに対して、「建議」は、2つの「応能負担の強化」を併記しています（35,38頁）。ただし「応能負担」ではなく「応分の負担」を使用）。別に詳しく述べたように、私は応能負担原則は税と保険料に対してのみ適用すべきと考えています(2)。

「予防・健康づくり」の項目が消失

もう一つ私が注目したのは、安倍内閣時代の「骨太方針」にはほぼ毎年（2014年を除いて）あった「予防・健康づくり」の項目（見出し）が消失したことです。安倍首相（当時）は、予防・健康づくりを強化すれば、健康寿命が延伸し、それにより医療・介護費を抑制できるので負担増は不要だし、「ヘルスケア産業」も育成できるとの経済産業省系の官邸官僚の「エビデンスに基づく」ことのない進言を真に受けて、「予防・健康づくり」を極端に重視していました(1:第1章)。

「骨太方針」での「予防・健康づくり」の記述は2017年と2018年にピークに達しましたが、2019年に「記述は穏健化」し、2020年では「後景」に退きました(1:152, 159頁)。そして、「骨太方針2021」では、「予防・健康づくり」が見出しから消失したのです。

これは決して偶然ではなく、予防・健康づくりによる医療費抑制方針に一貫して懐疑的であった財務省の影響力が、上述したように安倍内閣末期から徐々に強くなったことの表れと私は判断しています。その傍証は、「建議」が、予防・健康づくりによる医療費抑制方針を厳しく批判していることです。「建議」は「医療」の①総論の冒頭で、2005年に厚生労働省が「ミクロ対策の柱」とした「生活習慣病対策」の医療費抑制効果をエビデンスを示して否定し、最後を「15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められている」と結んでいます（23-25頁）。

なお、「骨太方針2021」にも、安倍内閣時代の「骨太方針」の常套句だった「予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化」がチラリと書かれています（31頁）。また、6月9日に公表された「骨太方針2021（原案）」に比べると、「骨太方針2021」の本文では、「予防・重症化予防・健康づくり」の記述が少し追加されました（31頁）。これらは、菅内閣で財務省が影響力を回復したとは言え、それはかつてのような絶対的なものではないことを示唆しています【補足】。

社会保障関係費抑制の「目安」と「都道府県医療費適正化計画」の強化

「骨太方針2021」のマクロな社会保障・医療改革の柱は、社会保障関係費（国費）の抑制と「都道府県医療費適正化計画」の強化です。

前者については、第3章7「経済・財政一体改革の更なる推進のための枠組構築・EBPM推進」の（財政健全化目標と歳出の目安）の項で、「2022年度から2024年度までの3年間について、（中略）以下の目安に沿った予算編成を行う」として、次のように書いています。

「①社会保障関係費については、基盤強化期間〔2019年度から2021年度までの3年間〕においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する」（37頁。②③は略）。これは、菅内閣も安倍内閣と同様の厳しい社会保障費抑制政策を続ける宣言と言えます。「目標」ではなく「目安」とされてはいますが、安倍内閣時代の経験に基づけば、財務省はそれを事実上「目標」と見なし、毎年の予算編成時に、厚生労働省に厳しい社会保障費抑制策の導入を求めると思います。

社会保障費のうち医療費の抑制を確実にするために、「骨太方針2021」で初めて打ち出されたのが、都道府県が策定する「都道府県医療費適正化計画」の強化で16行に渡って詳述されています（33頁）。具体的には、計画の実効性を高めるために、医療費の見込みを精緻化し、見込みを実績が大きく著しく上回る場合の対応について都道府県の責務を明確にしています。そして最後に、「2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる」と結んでいます。この方針は、「建議」中の「都道府県医療費適正化計画の在り方の見直し」（36-37頁）のほぼ丸呑みと言えます。

これは、今後の医療費「高騰」の予防策と言えます。しかし、コロナ危機のため2020年度は「前年度比1兆円超の医療費減」となる見込みであること（6月25日社会保障審議会医療保険部会）、及び特別の施策が実施されない限り、2021年度以降も、医療費の実績が見込みを大きく上回る可能性は極めて少ないと考えられることを踏まえると、「必要な法制上の措置」は不要と思います。

感染症対応の医療提供体制改革への疑念と改革私見

医療提供体制の改革は第3章の2「社会保障改革」の(1)「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」（30-32頁）に書かれています。第1章4の(1)「感染症に対し強靱で安心できる経済社会の構築」（4-5頁）や第1章2の（財政健全化の堅持）（1-2頁）にも書かれています。重複が目立つので、第3章2の(1)の記述を中心に検討します。

その冒頭では、新型コロナウイルス感染症に対する今までの対応を踏まえ、「平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠」と強調しています。

それに続いて、「症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約などについて、できるだけ早期に対応する」と書かれています。菅首相の記者会見によれば、「早期に対応」は新たな法制化を意味します。

私も「早期に対応する」ことには賛成です。しかし、以下の2つの疑念を持ちます。第

1の疑念は、過去の保健所数の大幅削減と急性期病床の削減方針、さらには過度に厳しい医療費抑制政策に対する検証・反省が全く欠けていることです。田中秀明明治大学教授は、「骨太方針2021（原案）」を「計画ばかりで検証が欠落」と厳しく批判しました（「毎日新聞」6月15日）が、このことは医療提供体制改革にもそのまま当てはまります。

この点で私が特に強調したいことは、民主党政権時代の2011年に「社会保障・税一体改革」が検討されていた当時、厚生労働省が発表した「医療・介護に係る長期推計」（2011年6月2日）には、以下のような病床機能別の大幅な職員数増加が在院日数短縮とワンセットで提案されていたことです。①高度急性期：2倍化、②一般急性期：6割増、③亜急性期（現・回復期）：3割増(3,4)。このような職員増計画は画期的でしたが、その後なし崩し的に撤回され、安倍内閣時代に確定した「地域医療構想」ではこのような職員増計画は完全に消失しました(4)。

もう1つ強調したいことは、安倍内閣時代の7年間に小泉内閣時代にも匹敵する厳しい医療費抑制政策が継続された結果、民主党政権時代に一時回復した病院の利益率が再び大幅に低下し、大半の民間病院がギリギリの経営を強いられ「内部留保」を確保できていなかったことです(5)。歴史にIFは禁物ですが、病院の職員数の大幅増加が実現し、民間病院がある程度の「内部留保」を確保していたら、コロナ危機に際して、コロナ対応可能な急性期病床が逼迫する事態は避けられていたと思います。

第2の疑念は、「病院の連携強化や機能強化・集約化の促進」が前面に出され、コロナへの対応で明らかになった日本の病院のスタッフ不足・「余裕のなさ」、及び病院の「集約化」により日本医療の特徴である「アクセス」の良さ（病院へのかかりやすさ）が低下することへの言及と対策がないことです。

私自身は、**コロナ病床逼迫に対して政府（国・自治体）と医療機関がとるべき対応**について、以下の「私見」を持っています(6)。

①財政力のある都府県・市は、長期的視点からも、公立のコロナ専門病院・病棟を、空き病棟の活用等により開設すべき。

②国公立病院だけでなく、設備・スタッフの余裕のある中核的民間病院は中等症のコロナ患者を今後も積極的に受け入れるべきだが、その大前提は国・自治体による万全な減収補填であり、それには院内感染・クラスターが発生した場合の減収補填、さらには風評被害に対する補償も含むべき。

③「中小病院が直接新型コロナに対応するのは、公立・公的・民間を問わず難しく、退院基準を満たした患者の受け入れ先となることが突破口になる」(中川俊男日本医師会会長。「日医ニュース」2月5日)。

④今後は、自宅療養の軽症コロナ患者やコロナ回復患者の診療・支援を行う診療所の役割が大きくなる。

なお、「骨太方針2021」にはコロナ危機に対応した（民間）病院の批判は書かれていませんが、「建議」は「医療提供体制の脆弱さ」、「低密度医療」批判のオンパレードです。特に、「人口当たり病院数・病床数が外国に比べて多い」という、虚構の数字に基づく「日本経済新聞」張りの批判を何度も繰り返していることには疑問を通り越して、虚脱感にとられました。

医療提供体制改革の大半は既定方針の確認

「骨太方針2021」が閣議決定される前は経済財政諮問会議民間議員や「建議」が、医療提供体制改革の「尖った」提案を行っていましたが、それらは採用されず、抽象的または両論併記的記述に落ち着きました。

例えば、「更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進」、「OTC類似医薬品等の既記載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直しを図る」、「感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施する」等です（以上31頁）。

菅首相が官房長官時代から執拗に求めてきた「オンライン診療の恒久化」についても、「オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する」との、穏当な表現に落ち着きました。

菅首相は政権発足時、「オンライン診療の恒久化」と並んで「不妊治療の保険適用」を、医療制度改革の二枚看板にしていますが、オンライン診療と異なり、第3章2の(1)ではそれを具体化する方針は示されていません。「不妊治療の保険適用」は第2章4の「少子化の克服、子供を産み育てやすい社会の実現」の17頁で12の個別施策の1つとして書かれているだけです。私はこれは「不妊治療の保険適用」の法技術的困難さを反映していると推察しています。

これらの論点については、秋に予定されている衆議院議員選挙後、年末までの2022年度予算案の編成に向けて、政権内外で激しい攻防が繰り広げられると思います。

財政制度等審議会「建議」の医療制度改革提案は重い

なお、私は経済財政諮問会議民間議員の提案（例：4月26日の「社会保障改革—新型感染症を踏まえた当面の重点課題」）は現実離れしておりまともな検討に値しないが、「建議」の「医療」部分（23-46頁）は、上記の不正確な認識・医療機関批判を別にすれば、質量とも充実しており、個々の提言に対する賛否は別にして、真摯な検討に値すると判断しています。私は、特に、「建議」の参考資料が、「骨太方針2021」だけでなく、安倍内閣の一連の「骨太方針」がほとんど無視してきた「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月）が提起した今後の医療提供体制改革のキーワード（「治し、支える『地域完結型』の医療」、「緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及」等）を再発掘していることに注目しました。それだけに、「令和4年度（2022年度）診療報酬改定においては…『医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし』と考えるべきである」（32頁）との問いかけ・挑発（？）は重いと思います。

医療・介護の情報共有と利活用

「骨太方針2021」の医療改革方針で「骨太方針2020」と比べた数少ない新しさは、医療・介護における情報共有と利活用が強調されていることです。しかも、この部分は6月9日に公表された「原案」よりだいぶ補強されました。具体的には、以下の通りです。

「①医療機関・介護事業所における情報共有とそのための電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進、②医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方の検討、③画像・検査情報、介護情報を含めた自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備、④科学的介護・栄養の取組の推進、今般の感染症の自宅療養者に確実に医療が全員に提供されるよう医療情報を保健所と医療機関等の中で共有する仕組みの構築（必要な法改正を含め検討）、⑤審査支払機関改革の着実な推進など、データヘルス改革に関する工程表に則り、改革を着実に推進する」（32頁。番号は二木）。

それに続いて、次のようにも書かれています。「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する」。これは「建議」の提案（35頁）をそのまま採用したものであり、しかも法改正は不要なため、早晩実現すると思います。

これらは「骨太の方針2021」を超えて菅内閣の表看板になっている「デジタル化」の医療版と言えます。コロナ危機への対応で明らかになった、諸外国に比べた日本の社会と医療におけるデジタル化の遅れを挽回するためには、このような改革は不可欠であり、特に①～④のためには、長年懸案となっている**電子カルテの規格統一**が不可欠と思います。上述したように、「建議」は「骨太方針2021」に比べて遙かに詳細な医療提供体制の改革提案を示していますが、なぜかこの点には触れていません。

【補足】「社会的処方」は「予防・健康づくり」から「孤独・孤立対策」に移動

「骨太方針2020」の「『新たな日常』に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進」の項では「いわゆる『社会的処方』」が唐突に取り上げられていました。それは「骨太方針2021」でも取り上げられていますが、新設された「孤独・孤立対策」の項に移されています（22頁）。昨年はこの用語は本文ではなく注でのみ用いられていましたが、本年は本文に「格上げ」されています。ただし、「いわゆる社会的処方」についての注での説明は、「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域資源と連携する取組」で、昨年とほぼ変わりません。

私は、日本のかかりつけ医が「予防・健康づくり、重症化予防の推進」に積極的に参加することには賛成ですが、「孤独・孤立対策」に取り組むとの方針は現実離れしていると思います。ここにも、イギリス生まれの「社会的処方」を、日英の医療制度の大きな違いを無視して、安易に日本に直輸入しようとする一部の政治家の「腰の軽さ」が表れています。

「孤独・孤立対策」は菅首相の肝いりの施策であり、私も対策を勧めることに賛成です。しかし「骨太方針2021」はこの対策を進める上で不可欠なソーシャルワーカー（社会福祉士や精神保健福祉士等）や社会福祉法人・社会福祉協議会の役割にはまったく触れていません。それどころか、社会福祉という用語すら使っていません。これは、本年4月に施行された改正社会福祉法に「地域社会からの孤立」への支援が明記されていることを無視しています（第4条第3項と第106の4条第2項第4号）。

それと対照的に「孤独・孤立対策」の項（12行）では、NPOが4回も使われています。

このことは、菅内閣が「孤独・孤立対策」を社会福祉関係予算の増額（「公助」）ではなく、NPO等の「共助」に依存して進めようとしていることを示唆しています。

文献

- (1) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020。
- (2) 二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由—二つのジレンマにも触れながら」『文化連情報』2021年6月号（519号）：18-25頁。
- (3) 香取照幸・武田俊彦「医療・介護改革の羅針盤：シミュレーションの概要と診療・介護報酬改定の今後」『病院』病院 71(11):862-869, 2012。
- (4) 二木立『地域包括ケアと地域医療構想』勁草書房,2015,65-70頁。
- (5) 二木立「第二次安倍内閣の医療・社会保障改革の総括」『文化連情報』2021年1月号（514号）：12-22頁。
- (6) 二木立「1月前半に突発した（民間）病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか？」『文化連情報』2021年4月号（517号）：20-26頁。

[本稿は、『日本医事新報』2021年7月3日号（5071号）に掲載した「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？」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185回)(2021年分その5:8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。

○[日本における]コロナ流行第1波時の[介護保険利用の]在宅長期ケアと女性の就労

Sugaya S (菅原慎矢・東京理科大学), et al: Long-term care at home and female work during the COVID-19 pandemic. *Health Policy* 125(7):859-868,2021 [量的研究]

本研究はCOVID-19の次の2点への影響を分析する:自宅生活している介護保険で要介護・要支援と認定された人びとが受ける自宅での長期ケアと日本での労働条件。2020年2~5月のコロナ流行1波中の市町村データを用いた回帰分析により、デイケア利用者数はCOVID-19と、全国レベルでも地域レベルでも負の相関があることを明らかにする。このことは直感的にも明らかである。というのは、要介護者・要支援者は感染への曝露リスクを増すデイケア利用を控えるからである。他面、在宅ケアの利用者数はデイケア利用者と正の相関があり、このことは政府が在宅ケアをデイケアの代替として推奨しているにもかかわらず、在宅ケアはそのようには機能していないことを意味している。都道府県データを用いた回帰分析により、労働時間の長さは男女とも、全国的感染状況と負の相関があるが、感染の都道府県レベルでの状況は女性の労働時間とのみ相関していることを明らかにする。このことは、日本では女性の就業形態(labor status)は男性より感染流行の影響を受けやすいことを意味している。さらに、家族によるインフォーマルケアがデイケア利用を代替しているとの一貫した結果も得られた。インフォーマルケアは主として、COVID-19流行中労働時間を減らした女性が提供している。

二木コメント—日本におけるコロナ感染第1波時の状況を分析した貴重な報告ですが、内容的にはまだ予備的報告レベルと思います。

○オランダ[のプライマリケア]における慢性疾患の包括払いは[総]医療費を増加させた、特に多疾患罹患患者で

Karimi M, et al: Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy* 125(6):751-759,2021. [量的研究]

包括払いは医療サービスの統合を促進し、医療の質を改善しつつ究極的には医療費を抑制することを目的としている。オランダは2010年に、積極的で(proactive)患者中心の統合的プライマリケアの実施を促進するために包括払いを慢性疾患の支払いに導入し、多専門職で構成されるプライマリケア提供者に対して、慢性閉塞性肺疾患、2型糖尿病および心血管リスク管理(cardiovascular risk management.以下VRM)に関連したプライマリケア・サービスの1年当たり包括払いとした。この包括払いへの参加は任意で、支払いにはG P診療、専門看護師の診療、患者の自己管理とライフスタイルへの支援(禁煙や栄養の指導)、糖尿病的足治療、複雑な問題を抱える患者に対する専門医の診察、さらにはケア・コーディネ

ーション、個別化されたケア・プランニングや統合的ICTシステムへの支援を含む。包括払いでは、オランダの社会保険で義務化されている患者負担（1年当たり385ユーロの免責制）も免除される。このような包括払いの1人当たり総医療費（急性期入院医療費も含む）に対する長期的影響を評価した。

2008-2015年の医療費請求データを用い、包括払いの対象になった全患者と対照群（包括払い不参加の患者）との医療費を比較した。差の差法とプロペンシティスコア・マッチングを組み合わせて分析したところ、包括払い群の医療費は7年間一貫して、対照群に比べ高かった。新たに包括払いとなった患者の半年当たり医療費増加の各期平均は対照群に比べ、2型糖尿病では233ユーロ（95%CI: 204-262）、慢性閉塞性肺疾患では609ユーロ（同533-686）、VRMでは231ユーロ（同208-254）高かった。これらは包括払い開始前の2008年の半年間の医療費より、それぞれ13%、52%、20%高かった。医療費増加は多疾患罹患患者の方が単一疾患患者より高かった。以上の結果は、包括払いに対する期待はまだ実現していないことを示唆している。

二木コメント—高水準の「プライマリケアへの包括払い導入が1人当たり総医療費を減少させるとのエビデンスがまったくなかった」ことを示した社会実験的研究です。ただし、包括払いによる医療の質の変化の有無は調査されていません。入院医療については同様の報告は少なくありませんが、プライマリケアでこのことを示した研究は貴重と思います。プライマリケアでも、医療の質を改善しつつ医療費を抑制することは困難で、「良かろう高かろう」であると言えます。

○ [南米・コロンビア共和国の] 規制された市場における [患者] 自己負担と医療サービス需要

Serna N: Cost sharing and the demand for health services in a regulated market. *Health Economics* 30(6):1259-1275,2021 [量的研究]

本論文は、回帰不連続デザインを用いて、医療における自己負担に対する消費者（患者）の反応を測定する。コロンビア共和国の医療市場の新規で詳細な医療費請求データを用いる。同国の社会保険（人口の51%をカバー）では、政府（保健省）が加入者の1月当たり所得に基づいて、2段階の自己負担を設定している。所得が最低賃金（993,800ペソ＝約462米ドル）の2倍を超えると自己負担率17.3%＋免責額7600ペソだが、所得がそれ以下の場合自己負担率11.5%＋免責額1900ペソとなる。

調査対象は、社会保険加入者のランダム化標本のうち、2009年の所得データが得られた1,001,159人（高自己負担714,627人、低自己負担286,532人）である。回帰不連続デザイン分析の結果、高自己負担患者の医療サービス需要は、低自己負担患者に比べて低いことを見いだした。この需要減少は、患者の自由裁量の余地があるサービス（discretionary services. 画像診断や理学療法等）と予防的サービス（前立腺がん、乳がん、子宮頸がんのスクリーニング等）の両方で生じていた。需要の価格弾力性は-0.054で、高所得国の文献で報告されている値より有意に小さかった。医療利用の低さが、価格の安いサービスの利用を促進することはなかった。つまり、自己負担を高くすれば患者が医療費の安い医療事業者を求めて「価格ショッピング」を行うと期待するのは誤りである。

二木コメント—相対的高所得者でも、自己負担が高いと、患者の自由裁量の余地がある

サービスだけでなく、必要なサービスも抑制されることを示した貴重な研究と思います。なお、コロンビア共和国は人口約5100万人（南米で第3位）、1人当たり所得約6500ドルの「中所得国」です（2019年）。

○ [アメリカにおける66-69歳の] メディケア加入者とそれより若い [60-64歳の] 無保険者のがんのアウトカム [比較]

Silverstri GA, et al: Cancer outcomes among Medicare beneficiaries and their younger uninsured counterparts. *Health Affairs* 40(5): 754-762,2021 [量的研究]

メディケア保険の給付をメディケア適用年齢である65歳に近づいている無保険のアメリカ人にまで拡大する提案は激しい論争テーマになっている。60-64歳の無保険者（以下、無保険者）と65-69歳のメディケア加入者（以下、メディケア加入者）間のがんの生存の差を、2004-2016年の全国がんデータベースのデータを用いて、Kaplan-Meier法により評価した。主要アウトカムは、1,206,821人の患者の16種類の癌腫別の1年、2年、5年生存率である。

その結果、無保険者はメディケア加入者に比べ、末期でがんと診断される割合が2倍高かった。無保険者はメディケア加入者に比べ相対的に若年のため、併発疾患は少ないにもかかわらず、手術、化学療法、放射線治療を受けた割合は有意に低かった。無保険者はすべてのがん種で、5年生存率が低かった。例えば、末期の乳がんと前立腺がんの5年生存率は5-17%低かった。以上から、相対的に若年の無保険者のがん診断後の生存は相対的に高齢なメディケア加入者に比べ相当低いと結論づけられる。包括的医療保険（メディケア）給付をメディケア適用年齢に近づきつつある人びとにも拡大すれば、アメリカにおけるがんのアウトカムが改善する可能性がある。

二木コメント—60代前半の無保険者のがんのアウトカムが、彼らより平均5歳も高齢な65-69歳のメディケア加入者と比べ有意に低いことをビッグデータで示した貴重な実証研究です。全国民を対象にした医療保障制度がないアメリカでしかできない研究です。両群の平均年齢が同じだったら、差はもっと大きかったと思います。

○市場化されたプライマリケアで社会的公平を保つ：スウェーデンの戦略

Winblad U, et al: Preserving social equity in marketized primary care: Strategies in Sweden. *Health Economics, Policy and Law* 16(2):216-231,2021 [政策研究・事例研究]

スウェーデンでは2010年にプライマリケアで患者選択を認める改革が行われ、その結果、私的事業者が急増した。これの批判者は、この改革により新規参入した営利追求の事業者の間で、健康リスクの小さい患者を選択する傾向が強まると恐れた。あからさまなリスク選択は禁止されているが、事業者はもっと巧妙なやり方、例えば事業を健康水準の高い地域で展開することで、患者を選択できる。本論文は、医療の提供・財政に責任を持つ21の地方政府（landsting）がリスク選択を予防するためにどのような戦略を立てているか、及びこの面について左派と右派の地方政府で差があるかを調査する。

地方政府が採用している戦略は次の3つであった：①登録された患者の健康及び・または（and/or）社会経済的状态に基づく償還によるリスク調整、②患者の登録方式のデザイン、③すべての事業者が提供しなければならないサービスの幅と内容についての規制要件（regulatory requirements）。左派の地方政府は右派の地方政府に比べ、改革の出発時には①

のリスク調整戦略を採用する傾向があったが、後には右派政府もこれを採用するようになったため、両者の差は時が経つにつれて縮小していた。本論文で得られた知見は、患者選択の導入といった市場指向型のモデルが導入された場合にも、租税負担方式の医療制度では社会的な不平等がいかんして除去されるかを理解することに貢献する。

二木コメント—スウェーデンのプライマリケア改革は、内容的には「市場化」というより「擬似市場化」と言えます。言うまでもありませんが、このような改革の評価は研究者の政治的立場によって大きく異なります。本論文はそれに肯定的ですが、本論文も認めているように否定的評価もあります。少し古いですが、本「ニューズレター」53号（2009年1月）で紹介した次の論文もその1つです。併読をお勧めします：Dahlgren G: Neoliberal reforms in Swedish primary health care: For whom and for what purpose? *International Journal of Health Services* 38(4):697-715,2008 「スウェーデンのプライマリケアの新自由主義的改革：誰のために？そして何の目的で？」

○選択により分断される？イングランド国民保健サービス（NHS）における営利施設、患者の選択と患者選別のメカニズム

Beckert W, et al: Divided by choice? For profit providers, patient choice and mechanisms of patient sorting in the English National Health Services. *Health Economics* 30(4):820-839,2021
[量的研究]

イギリス政府は21世紀初頭に、イングランドNHSの給付を営利医療施設にも認める一連の改革を行った。本論文はその一環として行われた営利手術センターが既存の公的NHS病院と競合することを認めた改革後の、患者の医療施設選択について検討する。営利手術センターは、手術待ち期間の短縮など、様々な利益(benefits)を提供する。2012/2013年度にイングランドNHSで大腿骨置換術を受けた患者62,695人（営利手術センターで手術12,357人、NHS病院で手術50,525人）を対象にして、どんな患者タイプがこの改革でどの程度の利益を得たかを推計し、このような差を生むメカニズムを調査する。

反実仮想シミュレーション(counterfactual simulation)は、アクセスの価値については、営利施設の参入は高所得患者(上位1/5)に低所得患者(下位1/5)の2倍の利益を、白人患者にマイノリティーグループ患者の6倍の利益をもたらすことを示す。これらの差の半分は医療施設所在地の地理的不均衡と患者の健康で説明できるが、プライマリケア医による紹介もそれよりは小さいが無視できない役割を果たす。さらに人頭払いの下では、営利手術センターと既存の公的病院間の患者リスクの構成の違いが、公立病院に競争上不利に働くことも示す。

二木コメント—興味深い論点で、医療の営利化研究者の参考になると思います。上記要旨(標本数等を除き英文要旨のほぼ直訳)は思弁的ですが、本文では厳密な統計的検討がなされています。ただし、記述は、英語と統計用語の両面で高難度です。

○イングランドの【高齢者】ケアホーム市場における公私間の料金差を探究する

Allan S, et al: Exploring differences between private and public prices in the English care homes market. *Health Economics, Policy and Law* 16(2):138-153,2021 [量的研究]

本研究はイングランドの高齢者ケアホーム入居者が私費で、あるいは自治体が全額また

は一部補助して支払っている料金の差の背後にある潜在的理由を量的に評価する。得られたエビデンスは、私費支払者の料金は、自治体の補助を受けている入居者より高い(平均32.3%)ことを示唆しており、このことはしばしば、自治体が地域市場でサービスの支配的な購入者として行使している市場支配力(market power)のためである。2008-2010年のデータを用いて、自治体レベルでの私費支払いの料金を推計し、公私料金の差を評価した。地域特性とケアホームの特性を標準化すると、得られた結果はケアホームと自治体の市場支配力の両方が、市場の料金決定で役割を果たしていることを示している。

二木コメント—この論文も英文要旨はごく短いのですが、本文では詳細な統計的検討が行われています。日本的感覚では、同一ホームに私費支払い者と自治体が料金を全額または一部負担する入居者が混在し、しかも両方で料金に大きな差があることは驚きです。

○緊縮政策のアウトソーシングかサービスの改善か？擬似市場における社会的ケアの事業者とコミッショナーの経験についての体系的文献レビューと主題合成

Bach-Mortensen AM, et al: Outsourced austerity or improved services? A systematic review and thematic synthesis of the experiences of social care providers and commissioners in quasi-markets. *Social Science & Medicine* 276(2021)113844 (14 pages) [文献レビュー]

社会的ケアサービスは一般的には営利、公的、非営利の3部門の事業者が提供している。これらのサービスはしばしば擬似市場に委託され、そこでは3部門の事業者は公的サービスの契約を求めて競争する。社会的サービスのアウトソーシングでは結果的に営利事業者が優位となっている。理論的には公開入札はサービスを向上し、消費者の選択を改善するとされているが、社会的ケアのアウトソーシングは費用対効果をサービスの質や効果より優先させていると批判されている。しかし、擬似市場(事業者とコミッショナー)の枠内でのこれらの事業の経験と見通し(perspectives)についての理解は不十分である。

このギャップを埋めるために、2000-2020年に発表された社会的ケアのコミッショナーと事業者(営利、公的、非営利)についての既存の質的研究を同定し、評価し、主題合成を行った。最終的に、社会的ケアの擬似市場での提供に関連した社会的ケアの事業者とコミッショナーの見通しを検証した26文献を選んだ。主題合成により、非営利や公的事業者は社会的ケア部門での費用抑制についての懸念を持っているのに対して、営利事業者は主に利益を得られる市場戦略について懸念していることが分かった。全てのタイプの事業者が、コミッショニング過程には、特に契約条件について欠陥があり、そのために事業者は雇用条件を引き下げざるをえず、ケアの質にも否定的影響があると述べていた。以上の知見は、緊縮政策と公的予算削減に特徴付けられるコミッショニング環境においては、非営利事業者の市場シェアを増やしても、資金不足や歪んだ契約基準に根ざす諸問題を改善できるとは期待できないことを示唆している。言い換えれば、どんな所有形態も社会的ケアサービスの予算不足を埋め合わせることはできない。

二木コメント—ていねいな文献レビューにより、社会的ケアサービスを擬似市場化すればサービス向上と消費者の選択の拡大が生じるとの主張は、緊縮政策の下では実現していないことを明らかにしています。擬似市場の研究者必読と思います。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その199)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○忽那賢志(感染症専門医。国立国際医療研究センター国際感染症対策室医長・当時。2021年7月から、大阪大学医学部感染制御学講座教授)「根拠のない情報で安心してしまうことほど怖いことはありません。／不安は解消されなくても、安全のためには根拠に基づいた慎重な見方をしなければなりません。分からないことを正しく「分からない」と言える人こそ、信頼できる情報発信者だと思います」(『専門医が教える新型コロナ・感染症の本当の話』幻冬舎新書,2021年,240頁)。二木コメントーこの本は、2021年2月12日時点の情報に基づき、分かっていることと「わからない」ことを平易かつ誠実に書いた、優れた一般読者向けの本です。ご一読をお薦めします。

※本「ニューズレター」で紹介した「分からない(わからない)」関連の主な名言

私は「分からない(わからない)」に関する名言が好きで、本「ニューズレター」(以下、NL)で随時紹介してきました。忽那氏の上記名言に触発されて、今までに紹介した主な名言を以下にまとめました(1~204号で紹介した9人。ペレス氏以外は、紹介順。所属・肩書きは紹介時のもの。「二木コメント」は略)。私のコメントを含んだ「分からない(わからない)関連の全名言のファイルも作成しているので、希望者にお送りします。

○フランシス・ペレス(スペインの経験豊かな科学者)「科学者にとって、『わかりません』は、『私は自信があります』と同義語です。自信がない人間だけが、知っているふりをする必要があるのですから。『わかりません』は、『私を信じて大丈夫です』という台詞とも同義語です。自分の知っていることと知らないことを、必ず区別して話します、という意味なのですから」(スティーブ・デスーザ、ダイアナ・レナー著、上原裕美子訳『「無知」の技法 Not Knowing』(日本実業出版社,2015,190頁)で紹介。NL141号(2016年4月)で紹介)。

○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」。NL27号(2006年11月)で紹介)。

○益川敏英(物理学者。2009年ノーベル物理学賞受賞)「教師は聞かれたことを知っているか知らないかがすべてだが、研究者は分からなければ調べればいい」(「日本経済新聞」2009年11月8日朝刊「私の履歴書⑧」。NL66号(2010年2月)で紹介)。

○白波瀬佐和子(東京大学大学院人文社会系研究科准教授)「ものごとを認識するには、ある程度の距離が必要です。少し離れるからこそ、そこに『ものごと』があるとわかります。その距離こそが、ある事柄の只中にいる当事者では見えにくい『ものごと』を見ることにつながります。もちろん当事者でないとわからないこと、わかりえないこともたくさんあります。しかし、当事者だから見えないこともあるのです。近すぎると『ものごと』は見えませんが、かといって、遠すぎても見えなくなりますし、わが身が当事者でないことを常に自覚しないと、単なる他人ごとの傍観者になってしまうでしょう」(『生き方の不平等』岩波新書,2010,4頁。NL73号(2010年8月))。

○与謝野馨(「立ち上がれ日本」共同代表、元官房長官・財務大臣。政界屈指の政策通)「政策はわかっても政局はわからない」(『AERA』2010年12月13日号,73頁。NL78号(2011

年1月)で紹介)。

○**額綱一起** (こうけつ・かずき。東京大学地震研究所の看板教授。3・11東日本大震災を予測できず、打ちのめされた)「研究者は政策にも責任を持つべきだと言われても、残念ながら今の『地震の科学』の実力ではできない。学者として分かっていること、分からないことを伝え、それを元に国民に判断していただく。伝え続けることが、社会に対する科学者の一番の責任の取り方だと思います」(「毎日新聞」2012年9月2日朝刊、「予想超えた大地震 学者たちの限界と使命」。NL101号(2012年12月)で紹介)。

○**小谷野敦** (作家)『なぜ』という問いは教育の場などで重要だと思われているが、歴史においては、確固たる答えがあるとは決まっていない。問われること自体、分からないから問われるのだということだ。問うこと自体は無意味ではないが、最終的には、『分からない』ということも、少なからずあるのだ、ということは心得ておくべきだろう」(『オレの日本史』新潮新書,2015,9頁。NL132号(2015年7月)で紹介)。

○**外山滋比古** (お茶の水女子大学名誉教授、95歳)「年を取るとみんな昔話ばかりしますが、僕に言わせたらあれは面白くない。過去はどんなに面白くても、もう変えられないから。面白いのはやっぱり未来ですよ。未来はある程度自分の力で動かすことができる。そして未来が面白いのはわからないからですよ。(中略)わからないから不安じゃなくて、わからないから面白いと思うのが一番いい」(「読売新聞」2019年10月27日朝刊、「あすへの考【人生100年時代を生きる】」。NL185号(2019年12月)で紹介)。

○**岩田健太郎**「質問する能力というのは、『私には分かりません』と認識する能力のことを言います。私にはここが分かっていない、理解できない、という自覚があるから、そこを質問するのです。質問とは『私には分からないことの自覚』に他ならないのです。／(中略)『私にはここが分かっていない』ことが分かっていないということは、その人は自分の持っている知識体系『だけ』で勝負していることを意味しています。自分の知っている世界がすべてなのです。その世界の外にどのような世界が広がっているのか、全く分からないし関心もない、要するに『井の中の蛙』ということですよ」(『「感染症パニック」を防げ!』光文社新書,2014,122頁。NL190号(2020年5月)で紹介)。

○**知念実希人** (ちねん・みきと。小説家、医師。医療ミステリーの旗手)「作品が面白ければ、なぜ面白かったのか、感覚的にはなく言語化して説明できるようにします。特に勉強になるのは、つまらない作品の分析です。何が原因でつまらなくなってしまったか考え、さらに同じモチーフで面白くすることはできるのか。その場合、どのパターンを使えば面白くすることが可能か、自分なりに深掘りしていきます」(『週刊エコノミスト』2021年7月6日号:50-51頁、「ワイドインタビュー 問答有用」848)。**二木コメント**—私も、同様の視点から、大学院生の「研究計画書」や「医療・福祉研究塾(二木ゼミ)」の報告の添削を行っているので、共感しました。

○**康永秀生** (東京大学医学系大学院教授臨床疫学・経済学 教授)「査読者の心得7ヶ条 その1: 私情を挟むべからず、その2: 建設的・教育的コメントに徹すべし、その3: アラ探しに終始するべからず、その4: limitationを許容すべき、その5: 自己流を押しつけるべからず、その6: 背伸びするべからず、その7: 品位と礼節を保つべし…(その2に関して)「どのように分析を追加・修正すれば、論文の質が向上するか」「どのように原稿を書き直せば、

論文がもっと魅力的(attractive)になるか」を考え、positive feedbackすることに全力を尽くすべきである。**到底対応できないような修正を無理強いすることは、非建設的である。**最終的にrejectとなっても、著者にとって有意義な示唆(suggestion)を一つでも多く提供すべきである」『必ずアクセプトされる医学英語論文 完全攻略50の鉄則』金原出版,2016,184-186頁)。**二木コメント**—この「心得」を含む同書第11章「査読コメントの書き方」(177-188頁)は、学術論文の査読だけでなく、大学院生の研究指導や修論・博論を審査する際の「必読文献」です。ご一読をお薦めします。

○**大橋謙策** (日本社会事業大学名誉教授)「筆者が大学院時代、研究報告をする際に、テーマを『○○と○○に関する研究』等とテーマ設定すると、恩師は必ずと言っていいほど、その『○○と○○』の『と』の意味はどういうことですかと聞かれた。『と』を安易に使うと、分かった気になるが、何も分かっていないということをもっと自覚しろ。何を論じたのかをより明確に示せ」ということであつた」(「地域共生社会政策と地域福祉研究」『日本の地域福祉』34号37頁,2021)。**二木コメント**—重要な指摘と思います。私は、2つの事柄・文書等を同等に扱う場合以外は、論文名で「と」は使わないようにしているツモリですが、以後徹底したいと思いました。例:「全世代型社会保障検討会議『最終報告』と財政審『建議』を複眼的に読む」(『文化連情報』2021年2月号=本「ニューズレター」199号)。

○**武田徹** (専修大学教授、評論家)「**菅義偉**首相は」自民党総裁に選ばれた際には自らが目指すものとして『自助、共助、公助、そして絆』を挙げていた。**菅首相は名詞の羅列がお好きのようだ。**／そうした言葉遣いに触れて思い出したのは哲学者の**鶴見俊輔**氏が『思想の科学』の創刊号(1946年5月)に発表した『言葉のお守りの使用法について』という論稿だ。鶴見氏は『**社会の権力者によって正当と認められている価値体系を代表する言葉を、特に自分の社会的・政治的立場をまもるために、自分のうえにかぶせたり、自分の仕事のうえにかぶせたりすること**』を言葉のお守りの使用法と考える。／お守りの御利益は、“思考停止”である。(中略)／だが、そこで思考停止してはいけない。お守り言葉がもたらす不幸を防ぐには、それらの言葉が本当に人びとの幸福に繋がっているのか、具体的に照らし合わせる習慣が必要だと鶴見氏は書いていた」(「朝日新聞」2021年6月28日朝刊、「為政者の『お守り言葉』 思考止めず政策吟味を)。**二木コメント**—私の論文の柱の一つは、このような「お守り言葉」の再検討・否定だと気付きました。

○**草薨剛** (俳優、声優、歌手、司会者、YouTuber。NHK大河ドラマ「青天を衝け」の徳川慶喜役が評判になっている)「評価されるのはすごくうれしいし、おもしろくないと批判されたらつらいけど、それをいちいち気にしていたら何も生み出せないですよ。きっと下手でもいいんだよ、見ている人に響けば。うまくやらなくてもいいんじゃないかな。これまでの経験から、そう思います」(「朝日新聞」2021年7月6日朝刊「下手でもいいんだよお、響けば)。**二木コメント**—同じことが論文や講演についても言えると思います。

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3回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」41号（2020年7月12日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○野村拓『医療・福祉職の生涯学習 うたおう「人生のエリア」を』錦房,2020年11月。

…医療政策研究の重鎮（1927年生まれ）による、医療・福祉職向けの、体験的生涯学習・自分史づくり論。野村節満載：「**大志であっても、小志であってもいい、まず『志』をもつこと**」、「『自前の情報空間』をもち、必要に応じた『情報フラッシュ能力』を身に付ける」等。

○麻生一枝『**科学者を惑わす魔法の数字，インパクトファクターの正体 誤用の悪影響と賢い使い方を考える**』日本評論社,2021年1月。

…書名通りの内容をデータに基づいて論じる。162頁の薄い本。科学読み物としても面白い。私は、ある自然科学者が、菅義偉首相の日本学術会議会員任命拒否を、候補者の研究のインパクトファクターの小ささを根拠にして擁護したことを思い出した（桂秀光「菅義偉首相の日本学術会議会員6名任命拒否問題の本質をなぜ誰も語らないのか？」2020年10月8日）。

○エリオット・ソーバー著、森元良太訳『**オッカムのかみそり 最節約性と統計学の哲学**』勁草書房,2021年5月（原著2015年）。

…第1章でオッカムのかみそり（単純性を美德とする「最節約性原理」。原著は複数形）が使われてきた20世紀までの歴史を、第2章でその20世紀における確率論的展開を解説。第3～5章は各論で、進化生物学、心理学、哲学における最節約性を論じている。科学哲学の高水準＝相当難解な概説書。

○古賀史健『**取材・執筆・推敲 書く人の教科書**』ダイヤモンド社,2021年4月。

…次代のライターたちにとっての教科書を目指した全10章・476頁の大著。「教科書」とは言えず、著者の仕事への姿勢や考え方を熱く書いている。研究者を目指す者や若手研究者が見出しとゴチック部分を拾い読みするだけでも、得るものは多い。私好みの記述：「**多読より大切な乱読**」（67頁）、「**きれいごとばかりの文章は、どこかで嘘をついている**」（77頁）、「取材を『面接』にしてはいけない」（85頁）、「[[インタビューで録音した]音源はかならず自分で起こす」（134頁）、「**最良の反対意見を探す**」（149頁）、「**見た目の読みやすさをつくる**」（341頁）、「**推敲とは自分への取材である**」（391頁）、「**推敲で最も難しいのは、『言葉の間違い』を見つけることではなく、『論理の間違い』を発見することである**」（415頁）等。

○芝藤亮介編『**役に立たない** 研究の未来』柏書房,2021年4月。

…基礎科学等、一見「役に立たない」ように見える研究の21世型の在り方を論じたシンポジウムの記録。この問題について積極的に発言している、ノーベル賞受賞者・大隈良典氏も参加。人文科学系における「在野」の研究の在り方も議論されている（158頁）が、**私は、医療・福祉分野では専門職が「実践報告・研究」を積極的に**

発表することが重要と思っている。

○奥原剛『実践 行動変容のためのヘルスコミュニケーション 人を動かす10原則』大修館書店,2021年5月。

…著者が整理した、ヘルスコミュニケーションの場で「人を動かす10原則」（驚きを与える、情報量を絞る、中学生でもわかるように伝える、受け手の視点で考える等）を視覚的に分かりやすく示す。**大学の講義や講演等を改善する参考になる。**絵や図が多くサラリと読める。

B. 医療・福祉関連

○稲葉陽二『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書,2011。

…10年前＝東日本大震災直後に出版された、ソーシャルキャピタルについての先駆的入門書。第5章「健康と福祉の向上」で、日本の研究も紹介。第7章「社会関係資本を壊す」で、経済専門家の「格差は問題ではない」等の7つの議論を紹介し、一つづつ批判的に検証。私は第8章「社会関係資本のダークサイド」に注目：村八分を生む、反社会的ネットワーク、外部不経済を生む、しがらみの弊害、格差を助長等。当時、ソーシャルキャピタルの研究者はほとんどそのプラス面のみを強調していたことを踏まえると、画期的。

○山田篤裕「ポーモルの『コスト病』50周年：公的介護保険サービス研究への示唆」『医療経済研究』29(1):3-17,2017（ウェブ上に全文公開）。

…浜田陽太郎氏が『大阪保険医雑誌』7月号掲載予定論文で、「働いている人の5人に1人が医療福祉分野で働くなると、そんなことが実現可能なのか？」と書いていたのに対して、「私は今後の、技術進歩を考えれば十分に可能と楽観しています。その経済学的根拠は、ポーモル理論・説（「コスト病」）です」とコメントし、この論文を読むよう勧めた。5.「ポーモルのコスト病は受け入れ可能か」で、ポーモルの最新著作『コスト病』（2012。邦訳なし）について簡潔に解説し、「コスト病は受入可能であるとの（ある意味で楽観的な）政策含意をポーモルは導く」とその節を結んでいる。

○中村秀一「社会保障と税の一体改革は何であったか－社会保障の充実・安定化の側面」『社会保障研究』5(4):435-448,2021年3月（奥付上。実際の発行はもっと遅い）。

…「社会保障と税の一体改革」の事務局を務め、改革の渦中にいた立場からのリアルな報告・歴史の証言。2回の「政権交代の最中で行われた改革」、「負担増に正面から取り組んだ改革」を強調。特集「社会保障と税の一体改革の成果とその後」（全8論文）の巻頭論文。

○醍醐聰「富裕税の導入を－社会保障財源の租税化の流れの中で」『月刊／保険診療』2021年6月号：55-59頁。

…前半でフランスとドイツの社会保障財源の租税化の流れを紹介し、「日本への示唆」を述べ、後半で富裕税の導入を提唱：その根拠・異論への応答・増収試算（2019年ベースで8.04兆円）。私は、以前から、醍醐氏の保険料嫌い→租税化の主張は現実の力関係を無視していると思っているが、今回は、フランスだけでなくドイツでも「社会保障財源の租税化が進行している」との指摘に新しさがある。富裕税について、

かつての廃止・縮小の流れが、2020年以降、仏・独・米で変わりつつあるとの指摘も参考になる。参考文献も豊富だが、フランスのCGSの紹介では、尾玉剛士『医療保険改革の日仏比較』（明石書店,2018）に触れず。

○日本老年医学会・全国老人保健施設協会「介護施設内での転倒に関するステートメント」2021年6月11日（ウェブ上に公開。全30頁）。

…①転倒すべてが過失による事故ではない、②ケアやリハビリテーションは原則として継続する、③転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る、④転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る。転倒の背景には老年症候群があり、この事実を入所時に家族と情報共有することが重要と強調。**施設だけでなく、高齢入院患者が多い病院（つまりほとんどの病院）の関係者も読むべき。**「シルバー新報」2021年6月18日号（5面）が詳報。

○特集「空洞化する介護保険」『月刊保団連』2021年7月号：3-34頁。

…「介護保険をこれ以上『空洞化』させず、介護の社会化を進めるためには今何が必要なかを考える」上で参考になる5論文。上野千鶴子「介護の社会化は実現されたのかー介護保険20年の歩み」、日下部雅喜「介護保険からの『卒業』に潜む落とし穴」、結城康博「介護職員の担い手をどう確保するか」等。

○権丈善一「子育て支援連帯基金という考え方」『日本病院会雑誌』2021年7月号：793頁。

…「子育て支援連帯基金」は権丈氏が小泉進次郎議員等が提唱した「子ども保険」を契機にして提唱したアイデアで、「年金保険、医療保険、介護保険など各種保険が…子育て支援連帯基金に資金を拠出する構想」。この意義を菅内閣が重視している「少子化対策」との関連で簡潔に解説。子育て支援連帯基金は、後期高齢者医療保険における現役世代（事業主を含む）の「支援金」醸出方式を全保険・全年齢（高齢者も含む）に拡大したもの。私は、子育て支援の財源としてはこれの方が税財源を増やすより実現可能性が高いと思う。

○権丈善一「子育て支援と介護保険」（「医療と介護2040」（有料ウェブ雑誌）2021年6月10日。→権丈氏のHPに転載：news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/2040.html）

…権丈氏が2017年に提唱した「子育て支援連帯基金」についての最新の解説。これが考えられる5つの理由を述べており、「納得感のある財源の模索」から出てきたことがよく分かる。上記『日本病院会雑誌』論文（随想）はこれのエッセンス。

C. コロナ関連

○日本看護協会出版会編集部編『新型コロナウイルス ナースたちの現場レポート』日本看護協会出版部,2021年3月。

…「現場レポート」、「日々の暮らし」、「組織とコミュニティ」、「私の『コロナ日記』」の5つのパートに、ナースたち162人の生々しいレポートと解説・コラムを収録した、全756頁の大著。冒頭は大規模クラスターが発生した東京・永寿総合病院山川順子看護部長のレポート。**看護職が自病院等のコロナ対応をまとめ・発信するためのヒント満載。**

○岡田行雄編『患者と医療従事者の権利保障に基づく医療制度 新型コロナウイルス

ス禍を契機として考える』現代人文社,2021年3月。

…患者の権利保障を定めた医療基本法の制定を展望して医事法の教科書を準備してきた刑事法研究者が、コロナ禍で露呈した日本の医療制度の脆弱性の原因と今後の対策を、患者と医療従事者の人権保障の基軸に据えて多面的に分析。**第4章「新型コロナウイルス禍に考える精神科医療の在り方」はPSW関係者必読**と思う。207頁のコンパクトな本。

○龍野隆浩「コロナ死亡患者の4割が元々『寝たきり』の波紋」「東洋経済オンライン」2021年4月21日（ウェブ上に公開）

…毎日新聞記者の厚生労働省DMAT（災害派遣医療チーム）事務局・近藤久禎次長等へのインタビュー。近藤氏は新型コロナには「5つの死」があり、札幌市にDMATが入った時のデータによれば、コロナ死亡患者の多くは「元々状態がよくなって最後の死がたまたまコロナだった死亡（「最後の一滴死亡」）であることを示す：クラスターが発生した後に亡くなった患者の「感染した場所」の半数は療養型病院、死亡患者総数のうち45%が「寝たきり状態」等。

○伊藤周平「コロナ禍による医療崩壊・医療壊滅と医療政策の課題」『賃金と社会保障』2021年5月上旬号：4-11頁。

…3「菅政権の対応策とその限界」は舌鋒鋭い。

○井艸恵美「医療従事者の重圧と苦悩 コロナが招くメンタル危機」『週刊東洋経済』2021年6月5日号：20-22頁。

…医療従事者に寄り添った好レポート。医療機関や自治体のメンタルヘルスの先進事例も紹介しているが、やはり日本赤十字社医療センターの取り組みがダントツ：昨年4月に職員支援の専門チーム「スタッフサポートチーム」を作り、全職員のメンタルケアに取り組む等。「個別の励ましやねぎらいの言葉より、拾い上げた声を組織づくりに生かすほうが、ずっと大きな心理的サポートになる」は至言（同センター・メンタルヘルスケア科の臨床心理士、秋山恵子氏）。

○慎重虎・他「新型コロナウイルス感染症の医療システムへの影響と対策・政策の日韓台比較」『社会保険旬報』2021年6月11日号：18-25頁。

…今中雄一教授グループ（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野）の研究。第1部で、全国500以上の公私病院が参加しているDPCデータを用いた解析で2020年度1年間の入院症例が前年に比べ10.4%減少したことを示し、第2部でCOVID-19対策が成功したと見なされている日本、韓国、台湾を比較し、日本の対策は韓国、台湾と比べ強制力がなかったこと等が、両国より人口当たり患者数が多かった要因と示唆。

○小宮山亮磨「休校は感染を抑えたか 847自治体を分析した政治学者」『朝日新聞デジタル』2021年6月17日11:00（有料会員記事）

…政治学者の福元健太郎・学習院大学に、同氏グループの研究者が実施し、4月末にプレプリント版（査読前）を発表した調査のポイントを聞いている。27都道府県の847自治体から得られたデータを用い、休校したか否か以外の43要素が類似している自治体をペアにして比較。その結果、休校したところとそうでないところで、感染者数に統計的な有意な、はっきりとした差は認められず、むしろどちらかと言えば休校にしていた方で、感染者が多かった。

プレプリント版：Shut down schools, knock down the virus? No causal effect of school closures on the spread of COVID-19. <http://doi.org/10.1101/2021.4.21.21255832>

小中高の教育関係者必読と思う。

○山岡淳一郎「菅ワクチン政局<上>接種後の死亡、重篤の救済を 紆余曲折の調達と副反応」『週刊金曜日』2021年6月25日号：17-19頁。

…菅首相が、ワクチン接種を支持率向上のツールとして、副反応の救済を置き去りにしたまま接種を進めていることを批判。本「ゼミ通信」40号で紹介した**神奈川県保険医協会理事会「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」**声明も紹介。

○**薬のチェック編集委員会「COVID-19情報 ワクチン後に脳出血・血管壊死が多発 脳出血・血栓・突然死に強い関連あり」**『薬のチェック』96号：89-91頁、2021年7月。

…ワクチン接種後死亡者196人との厚生労働省発表データ(6月9日)を、疫学的手法を用いて独自に分析。接種医療従事者は一般人口よりはるかに健康であるにもかかわらず、男女とも出血性による死亡の危険度が一般人口に比較して著しく高い(オッズ比12.61)等の衝撃的事実を示す。

○特集「エッセンシャルワーカーと日本社会～コロナ禍で浮き彫りになった構造的な問題」『大阪保険医雑誌』2021年7月号：3-45頁。

…「医療従事者の必要性はコロナ禍で可視化されてきたが、その下層に位置づけられている看護助手や介護士、福祉の従事者や地域に欠かせない地方公務員などの労働環境・雇用問題については依然として埋もれている」との課題意識から、「コロナ禍のなか最前線で働く…医療従事者はもちろん、福祉の現場で働く人たちの実態についても取り上げ、現代の『職業格差』の闇について」も触れている。全8論文で、**浜田陽太郎氏も「医療・介護エッセンシャルワーカーの実相に迫る 『住みます記者』はただ今研修中**」を寄稿(20-25頁)。

○特集「**新型コロナ患者に積極対応する病院・介護施設の“勝算”**」『日経ヘルスケア』2021年7月号：32-51頁。

…「**総論・病床不足の背景と改善策を探る 『有事』を想定していない医療体制の弱点曝露**」の「病床不足を招いた3つの理由」(①感染症対応の経験のある病院・人材の不足、②『裏目』に出た急性期病床の絞り込み、③中小規模病院が中心の入院機能)は大変バランスがとれており、親会社の「日本経済新聞」が延々と病院バッシング報道を続けているのとは大違い。4つのケース編に、「5病院63床で680人の患者に対応」した白鳳会グループ等と共に、「12人の回復後患者受け入れが低迷脱却の契機に」なった鈴木学氏の笠寺病院も登場！

※7月ゼミで鈴木氏が特集全体のコピー配布。希望者にはファイルを送ります(鈴木氏提供)。

○宮川努編『コロナショックの経済学』中央経済社、2021年4月。

…9論文掲載。**第2章「コロナショックと日本の医療体制」(増原宏明・細谷圭)**は、コロナ感染が医療機関に与えた影響を概観。多くの経済学者と異なり、医療機関の困難に寄り添

った分析を行い、故宇沢弘文氏が「医療を自身が提唱した社会的共通資本の枠組みの中で把握されていたことはまさに慧眼」と評価。両氏の実証研究論文「コロナショックと日本の医療体制：状況報告と論点整理」（RIEITポリシー・ディスカッションペーパーシリーズ21-P003。2021年2月、57頁）はウェブ上に公開。第3章「感染症モデルと経済」（細野薫）は疫学で用いられている感染症拡大のモデル（SIRモデル）に経済行動を結びつけた著者のモデルを解説。

○特集「新型コロナ危機に経済学で挑む 経済学はパンデミックにどう対峙するか」『経済セミナー』増刊号,2021年7月。

…全19章。第1章井深陽子・橋本英樹対談「科学はパンデミックにどう対応できるか」は、公衆衛生学と経済学とのすれ違いがよくわかる。第2章仲田泰祐・藤井大輔インタビュー「政策と経済学をつなぎ、コロナ危機に挑む」は、2人が継続的に公開している感染症対策と経済活動の両立を分析するモデルについて分かりやすく解説：敢えてシンプルなモデルを選択&同じデータを用いるのであれば、出てくる結果は複雑なモデルとだいたい同じ。第13章高久玲音「医療提供体制への影響」は卒ない：コロナ患者の受け入れと「通常医療との両立」を重視し、「わが国でも大規模な公的病院が財政的支援のもとで積極的にコロナ患者を受け入れ、公的性格の低い病院は通常医療の継続に注力することが必要だった」との見解も妥当と思うが、「人口当たり病床数はOECD加盟国では最多」との表層的表現も。

+○高久玲音「[やさしい経済学]コロナが問う医療提供の課題①～⑨」『日本経済新聞』2021年5月7、10-14、17-19日朝刊。…上記第13章と相補的。

D. 政治・経済・社会関連

○谷田和一郎『立花隆先生、かなりヘンですよー「教養のない東大生」からの挑戦状』洋泉社,2001（もちろん現在は絶版だが、Amazon古書で1円から買える）。

…4月末に死亡していたことが公表された立花隆氏の6月23・24日の新聞各紙の「追悼記事」はほぼすべて氏を「知の巨人」と讃えたが、氏の著作にトンデモ記述が少なくなかったことには触れなかった。本書は、立花氏の1990年代以降の自然科学をテーマにした著作は「初歩的なミス、勘違い、珍説のオンパレード」であり、「その根底には、記述の間違い以上に深刻な病気が潜んでいる！」、立花氏は「知の虚人」と痛烈に批判。私は出版直後に本書を読み、著者の批判は極めて説得力があると感じた。また、著者が「立花氏が急速に怪しくなっていた原因」の一つとして、「**立花氏が読書中心の生活を送るようになり、「現実社会からどんどん遊離」**していったと指摘したことに注目した（258-260頁）。

しかし、立花氏は著者の批判に一切答えなかった。

○枝野幸男『枝野ビジョン 支え合う日本』文春新書,2021年5月。

…政権交代を実現するために、立憲民主党党首の「理念と哲学、『目指すべき社会像』を明確に」した本。氏の主張する「保守であり、リベラル」の「保守すべき歴史」は安倍晋三氏等の「明治維新に始まる150年間」ではなく、1500年に及ぶ日本の歴史や伝統。「効率性に偏重した経済」、「過度な自己責任社会」、「小さすぎる行政」の脆

弱さを指摘し、「支え合い」「分かち合う」社会の理念を示し、「内需拡大こそが経済政策の柱」、「社会」や「社会保障」での「余力」の必要性を強調。そのために「大きな財政」は避けられないとして、「政治はこのことから逃げてはいけない」と主張するが、具体的提案はなく、「まずは支出増の先行を」（218頁）！？「生活習慣病の多くは、栄養過多と言われる」（175頁）も？？？デジタル化には全く触れず。

+○中島岳志『リベラル保守宣言』新潮社,2013（新潮文庫,2015）。

…従来、リベラルと保守は対抗関係とみなされてきたが、真の保守思想家こそ自由を擁護すべきとの視点から、脱原発、政治家橋下徹氏への疑義、貧困問題への取り組み方、東日本大震災の教訓等を論じる。私は出版直後に読み、著者のスタンス・価値判断に大いに共感。

○宇野重規『保守主義とは何か 反フランス革命から現代日本まで』中公新書,2016。

…現代において知っておくに値すると著者が考える保守主義の思想を選び出し、それらの誕生、変質、未来を時系列で概説。終章「21世紀の保守主義」で、枝野氏や中島氏と同じく、「リベラルと保守の接近」を展望。保守主義の原点・源流とされるエドモンド・バークの紹介（第1章）はよくまとまっているが、第2章以降はやや散漫。著者のスタンス・記述は穏健で、菅首相が著者の学術会議会員任命をなぜ拒否したのか？？？著者の『民主主義とは何か』（講談社現代新書,2020。本「ゼミ通信」33号（2020年11月）で推薦）との併読をお薦め。

○ブランコ・ミラノビッチ「（インタビュー）二つの資本主義の行方 強権的な中国型とリベラルな米国型ともに格差を拡大」（聞き手：青山直篤）」「朝日新聞」2021年6月18日朝刊。

…著者の新著『資本主義だけが残った』（みすず書房,2021年6月。世界には米中二つの資本主義が併存しており、中国は「政治的資本主義」だと定義）をベースにした"deep"なインタビュー。バイデン大統領の「路線には同意」しつつ、中国との対立を「民主主義国家と専制国家の戦い」と位置づけていることは批判し、「価値観を巡る対立は本質ではない」、「米中の本質的価値観は同じ」、「腐敗の広がりも米中双方の資本主義に根ざす」と喝破。共産主義は「中国やベトナムのような半植民地や植民地だった国が、地主や外国の支配を打ち破り、独自の資本主義に至るためのシステムだった」との指摘は刺激的・衝撃的。

番外：日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で後期に開講する「医療・福祉経済論」の〈私的聴講〉または〈科目等履修生〉のお知らせ

私は日本福祉大学を定年退職後も、毎年度後期に上記科目を担当しています。今年度は、名古屋キャンパス（JR中央線鶴舞駅下車）でのリアル講義に加えて、zoomによる遠隔講義も併用し、「ハイブリッド講義」とします。

○開講期間・時間：9月15日～12月22日、1月12日の全15回、水曜日7限（夜8時5分～9時35分）に開講します。

○講義方法：第1～7回講義は「講義資料集」（約100頁）を用いて行いますが、第8～14回は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（下記*）と『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（下記**）を用いて、「ゼミ形式」で行います。

○各回の講義テーマ

第1回：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：医療・介護サービスの経済的特性

第4回：国民皆保険制度の社会経済的分析

第5回：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：医療技術の進歩と医療費への影響

第7回：未定（私の最新の研究テーマで院生の希望が多いもの）

第8回：医療政策の分析枠組み、医療政策の将来予測の視点と方法（*）

第9回：私の医療経済・政策学研究の視点と方法、資料整理の技法（*）

第10回：新型コロナウイルス感染症と医療改革（**）

第11回：経済産業省主導の予防医療推進政策の複眼的検討（**）

第12回：日本の病院の未来と地域医療構想（**）

第13回：地域包括ケアと地域共生社会（**）

第14回：医療経済・政策学の論点（**）

第15回：まとめ（レポート講評と質疑応答）

○応募方法

***私的聴講（定員20人・資料代5000円）**：希望者は**8月10日**までに、メールで私に直接申し込んでください。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、受講動機、及び「講義資料集」の送付先（自宅または勤務先）を書いてください。なお、「資料代」は全額、大学に寄附します。

***大学院の正規の「科目等履修生」**：日本福祉大学大学院のHPから「科目等履修生制度」を開き、募集要項や申込書類のフォーマットをダウンロードし、必要事項に記入して、大学院事務室に直接申し込んでください（後期の申込期間は8月16日～8月27日。受講料は合計5万円）。

https://www.n-fukushi.ac.jp/gs/programs/credited_auditor.html