

2021.9.1(水)

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 206 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/>。

206 号の目次は以下の通りです (24 頁)

1. 論文：『令和3年版厚生労働白書』の複眼的検討
(「二木教授の医療時評(194)」『文化連情報』2021年9月号(522号)：18-22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186回：2021年分その6：9論文) …………… 7頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その200)－最近知った名言・警句…………… 13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) …………… 16頁

お知らせ

論文「財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化をどう判断するか？」を『日本事新報』2021年9月4日号に掲載します。本「ニューズレター」207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：『令和3年版厚生労働白書』を複眼的に読む

（「二木教授の医療時評(194)」『文化連情報』2021年9月号（522号）：18-22頁）

厚生労働省は7月30日、『令和3年版厚生労働白書』（以下、『白書』）を公表しました。『白書』の副題（第1部のタイトル）は「新型コロナウイルス感染症と社会保障」で、「新型コロナウイルス感染症の感染拡大による国民生活への影響とその対応について、リーマンショック時との対比や国際比較を交えつつ、分析を行い、社会的危機における社会保障の役割について検討を行う」ており（2頁）、以下の2章構成です（全181頁）。第1章「新型コロナウイルス感染症が国民生活に与えた影響と対応」、第2章「社会的危機と社会保障」。

本稿では、第1部を読んで私が注目したか、物足りないと感じた記述を、章別に述べます。併せて、『白書』第2部「現下の政策課題への対応」（令和2年度の行政報告）のうち、医療・福祉関係者が特に注意して読むべきと思う部分を紹介します。

国民生活に与えた甚大な影響

第1章第1節はコロナを契機に国民生活がどう変わったかを、第2節は「特に大きな影響を受けた人々・活動への対応」を、①仕事や収入が急減した人への対応、②孤立の深刻化への対応、③女性、④子ども、⑤医療・福祉現場への影響別に、ていねいに書いており、コロナの影響の全貌を理解できます。

コロナによる雇用の減少は、正規に比べて非正規の職員・従業員で大きいことはよく知られていますが、特に女性の非正規雇用が大きく減少しました（6頁）。また、自粛生活で家事・育児負担の絶対量が増加し、特に女性の負担が増え、生活満足度が低下したことも示されています（11頁）。

第1節で私はテレワーク実施状況の業種別・雇用形態別の差に注目しました。実施率は全体の34.6%に対して、業務の大半が対人サービスである医療・福祉・保育関係では9.8%にとどまり、正規雇用全体の42.2%に対して非正規雇用全体では18.0%にすぎません（9頁）。

医療機関への影響と看護職員配置の強化

第2節の5「医療・福祉現場への影響」では、医療機関への影響を多面的に書いています。私が一番深刻だと思うのは、医療機関への受診控えで、持病を有している者の18.3%が通院頻度を減らし、6.5%が通院自体を取りやめています（17頁）。受診控え等が、「医療機関の経営に大きな影響」を与えたこともていねいに書いています（89-98頁）。例えば、患者数、医療費とも、昨年4月、5月に大幅に減少し、診療科別では小児科や耳鼻咽喉科で減少幅が大きかったことなどです。ただし、これらは医療関係者にはほとんど既知のことと思います。

私が第2節の5で最も注目したのは、(3)「医療・介護現場における従事者への影響や対応」の冒頭で、「新型コロナウイルス感染症患者受け入れ病院を中心に医療従事者への負荷が高まった」ことを、以下のように具体的数値を示して書いていることです。「看護師

を例にとると、集中治療室の場合、通常は常時2：1（患者1人に対して看護師0.5人）の配置であるが、重症患者の診療経験が豊富な医療施設であっても、人工呼吸器の場合には、患者1人に対して、導入時に2人、維持管理時には1人・ECMO治療の場合には、患者1人に対して、導入時2人、維持管理時には1.5人の看護師の配置が必要とされる」（103頁）。

日本看護協会は、このようなコロナ対応の現実を踏まえて、「『7対1』を上限とする現行〔看護職員〕体制の限界」を指摘し、「平時からの手厚い人員配置への評価が必要」と主張しています。具体的には、「急性期病棟は7対1を基本とし、さらに5対1等の手厚い配置を評価」し、「ICUは諸外国並みに1.5対1を基本」とすること等をあげています（6月14日の日本記者クラブでの福井トシ子日本看護協会会長の記者会見。『Medical QOL』8月号:20-24号）。このような看護職員配置の強化は、2022年度診療報酬改定の重要な論点になると思います。

リーマンショック時との比較

第1部第2章は以下の3節構成です。第1節「リーマンショック時との比較」、第2節「海外の取組み」、第3節「新型コロナウイルス感染症の感染拡大と社会保障」。

ただし、コロナ「感染者の把握、まん延防止等の直接的な感染防止対策に関する課題」については、「現在、日々進行中」であるため、書かれていません（113頁）。なお、第2部第8章1（1）では、2020年1月～2021年3月の「保健医療分野における新型コロナウイルス感染症への対応」が時系列でかなり詳しく報告されています（373-389頁）。

私が第2章で一番勉強になったのは、第2章第1節で「リーマンショック時との比較」が行われていることです。これにより、経済への影響、及び経済対策の規模（対GDP比）と個々の支援策とも、リーマンショック時を上回ることがよく分かります。

私が一番驚いたことは、「これまでのところ、賃金は低下したものの各種給付金等がその低下を補ったこともあり、所得には大きく影響していない」ことです（129頁）。ただし、『白書』冒頭で田村憲久厚生労働大臣が率直に認めていた「デジタル化の遅れなどから、各種の給付金等のお届けに時間がかかった」点についての分析がなされていないのは残念です。

第2章第2節では「海外の取組み」が紹介されています。日本のコロナ患者・死者数は他の「主要国」より少なかったにもかかわらず、経済の落ち込みは同程度であり、それに対応してコロナへの経済対策支出のGDP比が4割を超え、「主要国の中でも大きなものとなっている」ことが示されています（132頁）。

私は「失業給付の取組みを強化した国では、失業率が上昇した一方、我が国のように雇用維持の取組みを強化した国では失業率の上昇が抑えられた」との指摘は説得力があると感じました（135頁）。

他面、「海外の取組み」の紹介が欧米諸国に限られ、アジア諸国、特に日本と経済水準が同等で、しかもコロナ対策に成功したと国際的に高く評価されている韓国や台湾に触れていないのは残念です。

社会保障改革の課題は医療を含め短期的

第2章第3節は、これまでの経験から見えてきた課題を以下の5つに整理しています。①危機に強い医療・福祉現場、②社会保障におけるデジタル技術の実装化、③多様な働き方を支えるセーフティネット、④性差によって負担に偏りが生じない社会づくり、⑤孤独・孤立を防ぎ、つながり・支え合うための新たなアプローチ（137頁）。

これらは重要な課題ですが、「新たな感染症発生を見据えた今後の医療提供体制の構築」（152頁）を含め、5つの課題への対策はいずれも数年間の短期的なものであり、長期的な対策は書かれていません。この点は『令和2年版厚生労働白書』が、総論レベルとは言え、「人生100年時代に向けて」「今後、2040（令和22）年を見据え」た社会保障制度改革を展望し（135,170頁）、「2040年に向けた医療福祉分野の就業者数のシミュレーション」も示していた（141頁）のと、大きく異なります。これは、この1年間、厚生労働省全体がコロナ対策に忙殺され続け、長期的な対策を考える余裕がなかったためと思います。

ただし、この点は、「骨太方針」の方がより顕著です。2年前の「骨太方針2019」では「2040年」は8回も使われ、そのうち4回は医療・社会保障改革についてでした。それに対して、昨年の「骨太方針2020」では、1箇所のみ、「2040年頃までの課題の視野も入れた持続可能な地方自治体の実現」（24頁）と書かれていましたが、医療・社会保障改革では使っていませんでした。そして、「骨太方針2021」では「2040年」という表現自体がなくなっていました。このことは、安倍内閣末期と菅内閣はコロナ対策とオリンピック強行に忙殺され、長期的な医療・社会保障改革や長期的な日本社会のあり方を検討することができなくなっていることを示しています。

（民間）病院バッシングへの反証

私は、社会保障改革の課題の第1に「危機に強い医療・福祉現場」をあげていることに意を強くしました（138-157頁）。

ここでは、「患者の受け入れは、病床規模が大きい医療機関を中心に、地域の実情に応じて行われた」ことが示され、「100床当たり常勤換算医療従事者数が多いほど受入可能とする医療機関の割合が高くなって」おり、「受入可能医療機関の確保に当たっては、医療従事者の手厚い配置がポイントの一つであることがわかる」と指摘しています（145-146頁）。

さらに、「地域医療構想の構想区域の人口規模別で見ると、受入実績のある医療機関数は、（中略）100万人以上の区域では民間が最も多い結果となっており、人口100万人以上の区域では民間の果たした役割が大きかった」と指摘しています（148頁）。

これらの事実は医療関係者にとっては周知のことですが、一部のメディアが、現在でも、日本の病床数が世界一多いとの虚構の数値に基づいて、コロナによる病床逼迫が（民間）病院の責任とするキャンペーンを繰り返していることに対する反証になっています（本連載（189回）：2021年4月号）。

孤独・孤立対策は地に足が付いている

私は社会保障の5つの課題の最後に掲げられている「孤独・孤立を防ぎ、つながり・支え合うための新たなアプローチ」が本年4月から実施された改正社会福祉法を踏まえ

て、以下のように書いていることに注目しました。「国としても、地域住民が抱える複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援に一体的に取り組む自治体への支援を行っており、つながりを保ちながら多機関協働による伴走型支援の実現を目指している（177頁）。178頁の図表では、「重層的支援体制整備事業」が「社会福祉法に基づく新たな事業」であることも明記しています。

私がこのことに注目するのは、本連載(193)（2021年8月号）で指摘したように、菅義偉内閣が6月18日に閣議決定した「骨太方針2021」中の「孤独・孤立対策」（22頁）がNPO法人や「社会的処方」を強調する一方、孤独・孤立対策で重要な役割を果たしている社会福祉法人・社会福祉協議会の役割に触れないだけでなく、「社会福祉」という用語すら使っていなかったからです。これと比較すると、『白書』の記述は地に足が付いていると言えます。

ただし、「骨太方針2021」と同じく、『白書』もソーシャルワーカー（社会福祉士や精神保健福祉士等）に触れていません。このことは改正社会福祉法の参議院附帯決議（昨年6月）で「社会福祉士や精神保健福祉士の活用」が明記されていただけに残念です。

第2部で注意して読むべき部分

最後に、第2部（令和2年度の行政報告）で、医療・福祉関係者が特に注意して読むべきなのは次の2つです。

第1は第7章「国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現」第2節「安心で質の高い医療提供体制の構築」の1「質が高く効率的な医療提供体制の構築」です（337-349頁）。私は「2019年病床機能報告について」の図で、2019年度病床報告制度における全病床数が123.3万床で、「地域医療構想における2025年の病床の必要量」119.1万床との差が4.2万床にとどまることに注目しました（339頁）。この程度の病床削減は、介護療養病床の介護医療院への転換で無理なく「超過達成」できます。病床機能別に見ると、高度急性期病床は15.3万床から13.1万床へと2.7万床、急性期病床は55.3万床から40.1万床へと15.2万床も削減されることになっています。しかし私は、コロナ蔓延中に中等症～重症のコロナ患者を受け入れ可能な高機能の急性期病床の不足が何度も社会問題になったことを踏まえると、（高度）急性期病床の大幅削減は困難と思います。

第2は残念なことですが、『令和2年版白書』と同じく、「地域共生社会」と「地域包括ケア（システム）」が分離・縦割りで報告されています。前者は第4章「自立した生活の実現と暮らしの安心確保」第1節「地域共生社会の実現の推進」（283-285頁）で報告されていますが、2017年の社会福祉法改正（2021年4月施行）の枠内で書かれており、医療には全く触れていません。後者は第7章「国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現」の第4節「地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度」（362-363頁）で報告されていますが、節名でも分かるように65歳以上の高齢者を対象とした介護保険制度、せいぜい「医療・介護連携の推進」の枠内での取り組みに終始しています。

【校正時補足】鈴木俊彦前事務次官の最新講演録は『白書』の弱点を補っている

本文では、『白書』の記述で物足りないこととして、①社会保障の改革課題は医療を含め

て短期的であることと、②第2部で「地域共生社会」と「地域包括ケア（システム）」が分離・縦割りで報告されていることをあげました。

鈴木俊彦前厚生労働省事務次官の最新の講演録「社会保障を取り巻く状況と展望～新型コロナを通して考えたこと～」（『社会保険旬報』2021年8月1日号：6-13頁）は、これらの弱点を補っており、『白書』との併読をお薦めします。

①について、鈴木氏は、新型コロナウイルス感染拡大時に陣頭指揮をとった時に考えたこと、取り組んだことを紹介した上で、**感染対策のため一時停止している「2040年スキーム」を再起動**させるための2つの課題（財源問題の克服と人口減少問題の克服）について展望しています。財源問題に関して、氏は「若年世代への支援を手厚くするために高齢者世代の給付減・負担増を行うというゼロサムの発想をとると、低所得高齢者の生活破綻を招きかねない」と警告しています。

②について、鈴木氏は、「次の一手を考える3つの視点」の第2に「地域共生社会の構築」をあげ、図4で、地域共生社会の基礎・柱として、「地域包括ケア」、「障害者自立支援」、「生活困窮者自立支援」の3つをあげ、それらが「全世代・全対象型地域包括支援」を通して地域共生社会に繋がることを示しています。この説明は、塩崎恭久厚生労働大臣（当時）が2017年の「地域包括ケア強化法案（介護保険法等改正案）」の国会審議時に、地域共生社会は「地域包括ケアシステムのいわば上位概念」と説明したことの具体化とも言えます（4月5日衆議院厚生労働委員会）。

[本稿は、『日本医事新報』2021年8月7日号（5076号）に掲載した「『令和3年版厚生労働白書』をどう読むか？」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186回)(2021年分その6:9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。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○医療へのアクセス改善:医療分野ごとのテレメディスン

Barbosa W, et al: Improving access to care: Telemedicine across medical domains. Annual Review of Public Health 2021 42:463-481,2021 (open access) [文献レビュー]

過去20年間、テレメディスンの利用は幾何級数的に増加した。その根本的理由は医療へのアクセスを改善することである。本文献レビューでは、テレメディスンがこの約束をどの程度実現しているかを、医療の分野ごとに評価する。併せて、テレメディスンが健康アウトカムを改善したか否かも評価する。最後に、この新しい医療提供形態から誰が利益を得たかを決定する。文献レビューから以下のことが分かった。①テレメディスンは脳卒中から妊娠までさまざまな疾患・領域で医療アクセスを改善した。②テレメディスンは一部の領域では健康アウトカムを改善した。③テレメディスンは医療への地理的障壁の改善に取り組んでいるが、社会的バリアにはあまり取り組んでいない。テレメディスンが当初の約束を実現するためには、健康アウトカムと費用抑制についての追加的エビデンスを集め、デジタル・デバイドの架橋を行い、テレメディスンの医療費支払いを支える政策変化を実現する必要がある。

二木コメント『公衆衛生年鑑2021年版』に掲載された、主としてアメリカのテレメディスンについての最新かつ簡潔な文献レビュー(引用文献107)で、関係者必読と思います。著者はテレメディスンに極めて好意的ですが、それによる費用抑制についてのエビデンスが不足していることは認めています。

○日本におけるアルツハイマー型認知症の経済的負担

Ikeda S (池田俊也), et al: Economic Burden of Alzheimer's disease dementia in Japan. Journal of Alzheimer's Disease 81:309-319, 2021 (open access) [量的研究(シミュレーション)]

アルツハイマー型認知症(ADD)は日本における長期ケアの主要な原因となっている。本研究は2018年度の、65歳以上の日本のADD患者の年間医療費と長期ケア(介護保険)費用、及び家族のインフォーマルな介護費用と生産性損失を推計する。体系的文献レビューにより得られた文献を用いて、ADDの医療費と長期ケア費用を、臨床認知症尺度(CDR)指数により分類された疾病重症度に従って推計した。介護活動のために使われた時間費用を用いて、ADD患者の20-29歳の家族介護者の生産性損失と、全ADD家族介護者のインフォーマルな介護費用を推計した。

ADD患者総数は360.7万人と推計された。ADDの年間総医療費は1兆734億円(①)であり、そのうち86%(922.5億円)はADD治療薬費用(1508億円)以外の医療費だった。ADD治療薬以外の医療費を重症度別にみると、CDR 0.5,同1,同2ではいずれも2000億円未満だったが、CDR 3(重度認知症)では4469億円に跳ね上がった。公的長期ケア

(介護保険)費用は総額4兆7832億円(②)であり、これは重症度が高まると増加した。ADD患者の20-69歳の家族介護者の生産性損失総額は1兆5470億円(③)、ADD家族介護者のインフォーマルケア費用は6兆7718億円(④)だった。これらを合算した総費用は、①+②+④の場合12兆6283億円、①+②+③の場合7兆4036億円となる(③と④は共に家族介護者の「アンペイドワーク」であるが、社会的損失と見なす時間の範囲が異なり、推計方法も③は機会費用法、④は代替費用法で合算できない)。

以上から、ADD費用は公的医療保険制度と介護保険制度と家族に重大な影響を与えていると結論づけられる。ADDの経済的負担を最小化するためには、健康余命を伸ばす取り組みが鍵になる。

二木コメント—日本でも認知症患者全体の経済的負担の粗い試算は発表されています(「認知症の社会的費用を推計」(慶應義塾大学佐渡充洋氏等,2015):年間14.5兆円=医療費1.9兆円、介護費6.4兆円+インフォーマルケアコスト6.2兆円。ウェブ上に公開)。しかし、国内外の膨大な文献に基づいて、日本のアルツハイマー型認知症の経済的負担を、医療費、公的長期ケア費、家族のインフォーマルな介護費用または介護家族の生産性損失別に詳細に推計したのは、本論文が最初だそうです。

○死亡前1年間の入院患者のケースミックス、費用と在院日数は過去10年間でどのように変わったか?イタリアで得られたエビデンス

Berta P, et al: How have casemix, cost and hospital stay of inpatients in the last year of life changed over the past decade? Evidence from Italy. Health Policy 125(8):1031-1039,2021 [量的研究]

入院患者の医療利用と費用は一部の患者に集中しており、このことは終末期医療で顕著であり、そのピークは死亡前1年間に生じ、しかもこの傾向は患者の年齢に関わりない。終末期の入院と入院費用を調査した科学的研究はごく少なく、それがどのように変化したかについての研究はさらに少ない。本研究では、イタリア・ロンバルディア州の入院データを用い、慢性患者の入院時のケースミックス、費用と在院日数の変化を調査し、2005年と2014年の死亡患者の2つのコホートの死亡前1年間を比較した。費用は医療分野の消費者物価指数により、2014年価格に調整した。ただし、対象からがん患者は除外した。その理由はこの期間にがん患者の診療報酬支払い基準が変わったためである。

死亡総数は2005年の67,172人から2014年の78,926人へと増加した。9年間で死亡時平均年齢は3歳上昇したが、死亡前1年間の入院とその費用は有意に減少しており、これは死亡前1年間の治療介入と在院日数が減ったためであった。具体的数値は以下の通り:死亡前1年間の1人当たり平均入院医療費は10,120ユーロから9916ユーロへと減少。急性期入院医療の利用割合は78%から69%に減少し、入院での緩和ケアの利用割合は5%から8%へと微増。死亡前1年間の平均総在院日数は17.4日から14.3日に減少。

しかし以上の変化は終末期患者の生命・疾病の質(臨床的ケースミックスを代理変数とした)の改善とは関連していなかった。具体的には、患者のケースミックス特性と臨床状態を、併発疾患数、疾病の重症度、呼吸器疾患と心不全の頻度により測定したところ、それらは過去9年間に有意に悪化していた。この結果は、医療組織における効果的な政策と可能な改革を見だし、病院中心の医療から地域基盤の医療へと移行するにはどうすべき

かという重要な医療政策的課題を提起しており、その価値は COVID-19 パンデミックにより示されている。

二木コメント—ビッグデータを用いた興味深い分析です。本研究は入院医療のみを分析していますが、「考察」によると、入院以外の医療サービス費用は死亡前1年間の公的総費用の約20%とのカナダの報告があるそうです。本論文のように「終末期」を「死亡前1年間」と見なすのは国際的には一般的ですが、私は、日本のように「死亡前1か月」に限定する方が実態に合っていると思います。

○終末期患者の人生の質と長さの利得に対する支払い意思額の年齢による違い [についてのオランダの一般人を対象にした仮想評価法による調査]

Reckers-Droog V, et al: Willingness to pay for quality and length of life gains in end of life patients of different ages. *Social Science & Medicine* 279(2021)113987, 5 pages [量的研究]

健康利得(health gains)についての重み付けは、新医療技術の経済的評価で重視されるようになっており、それは医療における資源配分の決定に資するためである。ノルウェーとオランダでは患者の疾病の重症度が重視される。イングランド・ウェールズでは終末期の延命治療から得られる QALY (質調整生存年) がより重視されている。終末期患者の QALY 改善に対する社会的選好についての調査が増えている。今までに得られたエビデンスからは、健康関連 QOL の改善が余命 (LE) の延長より好まれることが示唆されているが、終末期患者の年齢がこの選好にどう影響するかについてはほとんど知られていない。

本研究では、年齢が異なる終末期患者の QOL と LE の改善に対する支払い意思額を、オランダの一般人 803 人 (平均年齢 52.4 歳) を対象にして、仮想評価法 (contingent-valuation) を用いて調査した。仮想的患者の年齢区分は 10,20,40,70 歳とした。その結果、QOL と LE の改善に対する支払い意思額は、相対的に若年の終末期患者を想定した場合の方が高かった。支払い意思額は終末期では QOL 改善に対しての方が大きいことも示唆された。ただしこれには例外があり、20 歳の患者を想定した場合、LE 改善に対する支払い意思額の方が大きかった。以上の結果は、終末期患者の QOL と LE の改善についての重み付けは年齢によって変え、社会的選好に基づいた資源配分と整合させるべきとの議論に資する可能性がある。

二木コメント—終末期患者の QOL や LE 改善についての社会的選好 (一般人の支払い意思額) は、想定する患者の年齢により違うことを明らかにした世界で最初の研究の 1 つだそうです。しかし私には、一般人を対象にした仮想評価法による支払い意思額調査は「頭の体操」「研究のための研究」に過ぎないと思えます。

○「大事なのは科学的数ではなくフィーリングだ」：熟議法を用いて多次元的な終末期の意思決定の枠組みを導入する

Coast J, et al: "It is not a scientific number it is just a feeling": Populating a multi-dimensional end-of-life decision framework using deliberative methods. *Health Economics* 30(5):1033-1049, 2021 [質的研究 (探索的研究)]

アマルティア・センが提起したケイパビリティ (潜在能力) アプローチは、終末期の経済評価にとって潜在的に有益である。なぜなら、それにより、自由をウェルビーイングと

して概念化し、終末期にある患者と彼らに近い人々（家族・友人）にとってのアウトカムを把握できる可能性があるからである。しかし意思決定のためには、このような情報を現行の評価パラダイムに統合する必要がある。本研究は熟慮法を用いて、統合された経済評価の分析枠組みのための重み付けを探究する。そのために、イギリスで12組のフォーカス・グループインタビューを行った（一般人38人、政策立案者29人と7つのホスピスのボランティア）。予算パイ法(budget pie tasks。回答者は健康利得と善き死(a good death)等の自己の重み付けに基づいて、丸いパイを分割する)を用いて、一般的な重み付けを行った。constant comparison (グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を用いて、質的データを分析し、個々人の重み付けの背後にある原理を探索した。一般人と政策決定者が、患者本人ではなく家族・友人に与えるべきと判断した平均的重み付けは非常に類似しており、約30%だった。政策決定者とボランティアから導出された、健康利得と善き死のためのケイパビリティ間の重み付けのスライディング・スケールでは、死が近づくほど善き死のためのケイパビリティの重み付けが増した。このような重み付けを用いて、終末期の経済評価を行うための、より包括的な分析枠組みを開発することができるであろう。

二木コメント—英文要旨も、本文も極めて抽象的・難解ですが、健康利得（延命等）のみを尺度とする終末期緩和ケアの伝統的経済評価法には限界があり、それに加えて、自由をウェルビーイングとする「統合されたケイパビリティ基盤の枠組み」を導入すべきとの主張は重要と思います。この種の研究としては世界初だそうです。終末期医療の概念の研究に興味のある方は必読と思います。

○ [オランダにおける] 独立したニーズ評価は公的長期ケア [保険の] 利用を制限するか？

Bakx P, et al: Does independent needs assessment limit use of publicly financed long-term care? Health Policy 125(1):41-46,2021 [量的研究]

医療では患者のニーズ評価は医療提供者に任されるのが一般的である。対照的に、公的長期ケアではニーズ評価はしばしば独立した評価者に委託される。ニーズ評価を分離する理由としては、ケア提供者のモラルハザードや提供者誘発需要の抑制があげられる。これらは公的長期ケア保険では特に強い可能性がある。独立したニーズ評価が公的長期ケアの利用を大きく抑制するか（特に利用者が長期ケアの適格性の評価を受けた後に）を、オランダで調査した。オランダの長期ケア費用の94%は公的長期ケア保険が賄い、残りが社会サービス法による公費負担となっている。オランダでは、長期ケアのニーズ評価は1998年以前はケア提供者が行っていたが、1998年からは地域(region)の独立した評価機関に委託され、2005年にはすべての地域評価機関が「全国ニーズ評価機関」に統合された。

全国の約60万人の長期ケア利用についての行政データセットと、独立した評価者による適格性判定の2012年の結果をリンクした。その結果、ほとんどすべてのケアの種類、人口のサブグループ、及び地域で、患者の実際の長期ケア利用量は、独立したニーズ評価者が認めた最大ケア量よりも相当少なかった。このことはオランダでは、公的長期ケアニーズの適格性が認められた後は、長期ケアにおける独立したニーズ評価はケア利用を強制的に抑制してはいないことを示唆している。ただし、独立したニーズ評価が長期ケア利用を大幅に抑制している可能性はある。というのは、長期ケア申請者の相当部分(16%)が、それを否認されているからである。それに加え、独立した評価が一部の人々の申請を抑制し

ている可能性もある。

二木コメント—重要な論点についての、バランスがとれた実証研究と思います。私は、独立したニーズ評価が長期ケアの利用を抑制するか否か、どの程度抑制するかは、利用可能なケア費用の総額が、国レベルまたは地域レベルでどの程度制約されているかで異なると思います。

○韓国における公的介護保険の10年間：高齢化しつつある国々への政策的教訓

Kim H, Kwon S: A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. *Health Policy* 125(1):22-26, 2021 (open access) [政策研究]

韓国は、高齢人口が総人口の10%にすぎなかった2008年に、先を見通して公的長期ケア保険（「老人長期療養保険制度」）を導入した。その時点で、韓国は租税を財源とし地方政府が運営し低所得者に対象を限定した長期ケアプログラムから、単一保険者である「国民健康保険公団」が運営する現行の普遍的公的介護保険に転換した。公的介護保険は在宅ケアと施設ケアの包括的なパッケージを、主として日常生活の介助を要する高齢者に提供している。過去10年間で、本プログラムは給付人口とサービス給付の範囲を拡大するのに貢献した：ニーズが多い高齢者がカバーされ、サービス提供のインフラが整備された。

今後の課題は、財政的持続可能性、ケア・コーディネーション、地方政府の役割である。韓国の経験は、公的介護保険の国民医療保険からの分離には、長期ケアの脱医療化（de-medicalization）をもたらすという利点があるが、他面、それにより医療と長期ケアとのコーディネーションという課題が生じることを示唆している。単一支払者の集権化した公的介護保険にはリスク・プール機能を強める利点があるが、それが地域レベルでの統合された地域ケアシステムをデザインする上での障壁となる可能性もある。カバーする人口、給付の便益と費用、そして財政的持続可能性の間にはトレードオフが存在する。

二木コメント—韓国の介護保険の10年間で簡潔かつ複眼的に概観しています。2人の著者は国立ソウル大学所属の保健医療や福祉・介護政策の第一線の研究者で、この論文は今まで発表してきたものを英語論文としてコンパクトにまとめたものだと思います（知人の韓国の福祉政策の研究者からの情報）。韓国の公的介護保険導入は日本の8年後ですが、日本が高齢人口割合が17.4%だった2000年に導入したのと比べると、「先を見越した」

（proactive）導入であったことがわかります。ちなみに、日本の高齢人口割合が10%だったのは1980年で、人口の高齢化という視点から見ると、韓国は実質的に日本より28年も早く公的介護保険を導入したとも言えます。

○イングランドにおける2001～2011年のフォーマルケアとインフォーマルケアとのバランスの変化：国勢調査データから得られたエビデンス

Zigante V, et al: Changes in the balance between formal and informal care supply in England between 2001-2011: Evidence from census data. *Health Economics, Policy and Law* 16(2): 232-249, 2021 [量的研究]

インフォーマルケアはイングランドの社会的ケア制度で重要な役割をはたしており、長期ケアシステムの将来的持続可能性の鍵になるとの認識が強まっている。本論文はインフォーマルケアの変動の経時的変化を探究するが、その際特に地方政府が公費負担で提供す

るフォーマルな長期ケアの2008年以降の急激な削減がインフォーマルケアの提供にどのように影響したかに注目する。2001年と2011年の国勢調査から得られた小地域データを用い、人口全体でのインフォーマルケアの頻度と密度（インフォーマルケアの提供時間）を測定した。年齢構造、健康、剥奪、所得、雇用及び教育の変化は調整した。フォーマルケア提供の変化がインフォーマルケアに与えた影響は操作変数法により分析し、よく知られている内因性に対処した。

その結果、インフォーマルケアの提供は10年間で増加し、それは特に高密度の介護者（1週間当たり20時間以上の介護）で著しかった。公的長期ケアの削減が高密度のインフォーマルケアの提供増加と有意に関連していることも分かった。このことは、イングランドの現行制度では、フォーマルケアと高密度のインフォーマルケアの間に代替的關係があることを示唆している。

二木コメント— 19頁の長大かつ堅固な論文です。本論文の新規性は、国勢調査から得られた小地域データ(small area data)を用いたことにあるそうです。私には、フォーマルケアの削減がインフォーマルケアの増加を招くことは想定内でしたが、フォーマルケアが高密度のインフォーマルケアに置き換えられたことは衝撃的です。日本でも介護保険制度の給付範囲は介護報酬改定の度に限定される傾向があるので、「追試」が期待されます。

○高齢者ケアの【急性期病院から在宅への】移行プログラムに【インフォーマルな】ケア提供者を含めることの価値：体系的文献レビュー

Meulenbroeks I, et al: The value of caregiver inclusive practices in geriatric transitions of care: A systematic review. *Health Policy* 125(7):888-898,2021 [文献レビュー]

世界的に病院の在院日数が減少しているが、退院後も複雑なケアを必要とする高齢患者数は増加している。その結果、より多くの患者とインフォーマルなケア提供者（家族等。以下介護者）が急性期病院退院後、地域で自己管理を行うようになってきている。本研究の目的は、インフォーマルな介護者を組み込んだ病院から地域への移行プログラムが、通常のプログラムよりも価値の高いケアを提供できるか評価することである。Medline Ovid、EMBASE Ovid、CINAHL EbscoHOST、Scopus 及び Proquest を用いて、高齢期の症状を有する人々に対する介護者を含んだ移行ケア介入について調査し、対照群があり、対象の健康、経験、またはかつ(a/o)費用とアウトカムを調査している文献を検索した。文献選択のバイアスのリスクは2人のレビュアーがROBINS 1とRoB 2を用いて評価した。

最終的に23文献を選んだ。結果は全体にバラツキが大きかったが、患者本人と家族の満足に関しては常に肯定的な結果が得られていた。介護者を加えたプログラムでは費用は増加する傾向にあった。ほとんどの文献では、健康アウトカムの差はなかった。医療専門職の経験（満足）についての十分なエビデンスは得られなかった。現時点では、介護者を組み込んだ移行ケアが通常のケアに比べてよりよい価値を生み出すか否かについての十分なエビデンスはない。

二木コメント— なかなか味深いテーマ・論点についての文献レビューですが、確たるエビデンスは得られていません。退院支援に関する研究者の参考になると思います。私は介護者を加えたプログラムでは費用が増加する傾向にあったとの結果に注目しました。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 200)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○奥田知志 (NPO法人抱樸理事長。1988年より33年間、北九州を拠点に、困窮孤立者の生活再建を包括的に支援) 『学ぶ』と言うことは、自分を一旦切開し自分の闇を見つめることから始まります。単なる知識の上塗りではなく自己批判を伴う営みだと考えています。本当の『学び』は知識を得ると言う事では全くなく自分のしてしまったこと、あり方を一旦否定することから始まると考えます。それを棚上げにして『学ぶ』ことは出来ません。DaiGo氏は、一旦ひとりになり、自分を見つめて欲しいと思います。そして今回傷つけた人々の痛みを全身で感じてもらいたいと思います。『学び』とはそういう事だと考えています」(「DaiGo氏の差別発言に関する見解と経緯、そして対応について」2021年8月16日。 <https://www.houboku.net/> DaiGo氏はYouTubeでの差別発言を謝罪し、奥田氏に会いNPO法人抱樸に学ぶことを表明した。それを引き受けるに当たっての声明)。

二木コメントー奥田氏の声明は情理を兼ね備えており、全文を読まれることをお勧めします。私は上記引用部分は、サルトルの次の名言に通じると思いました。

○ジャン・ポール・サルトル (フランスの実存主義哲学者。1905年生～1980年没) 「理解するとは変わることであり、自己の彼方へ行くことである」(『方法の問題ー弁証法的理性批判序説(サルトル全集第25巻)』白水社、1962、26頁)。二木コメントー大学1年時(1966年)にサルトルに心酔して全集を読みふけた時にこの名言に出会い、以来55年間、「座右銘」にしています(以上、本「ニューズレター」48号(2008年))。

○岡留安則 (『噂の真相』元編集長、2019年死去) 「大手メディアの君たちが書くべきことを書かないから、『噂の真相』は成り立っているんだよ。知ったことは全部書かなきゃ」(「朝日新聞」2021年8月12日夕刊「一語一会」、青木理氏(ジャーナリスト。元共同通信記者)が、岡留氏との馬鹿話の合間にこう言われたことが胸に刺さったと述懐)。二木コメントー私も、「一切のタブーにとらわれず、事実と“本音”を語ること」(『90年代の医療』勁草書房、1990、218頁(あとがき))をモットーにしているので、大いに共感しました。

○加藤陽子 (東京大学教授。専門は日本の近代史、特に1930年代の日本の外交と軍事) 「時代の風潮が、理性の指し示すところとズレていくような場合、過去の歴史に対する正確な理解は、死活的に重要となろう。そのような時、歴史的な考え方は、理性に耐性を付けてくれるはずだ」。「世界経済の行方を予測しろと言われれば、歴史学者は黙るほかない。だが、ピューリツァー賞に輝いたアメリカの歴史学者ジョン・ダワーが『歴史家とは何か』と聞かれ、それは『複雑さの中からパターンを探し出す人』と答えているのは参考になるだろう。世界経済の大変動が私たちの社会をいかに変化させるか。変化が問題になった時、複雑さの中からパターンを探しだす歴史学の手法は、初めて意味を持つてくる」(『この国のかたちを見つめ直す』毎日新聞出版、2021、127、203頁)。上記2つは、それぞれ、リーマンショック後の2011、2010年に発表された評論中の言葉ですが、現在のコロナ禍にもそのまま通じると思っています。

○宇野重規 (東京大学教授。専攻は政治思想史、政治学史) 『『進歩』が見えにくい時代だ

からこそ、過去を振り返る。過去を確定した一枚岩として捉えず、むしろ再解釈や再編集が可能なものとして理解する。その場合も、独善的な『原理主義』を排し、より多くの人々が共有可能なものとして過去を開かれたものにしていくことが重要である。21世紀に、もし保守主義がなお一つの英知としてあり続けるならば、これらの課題は明らかだろう。「過去を直視し、そこに何らかの連続性を見いだす努力をしなければ、議論は迷走を続けるばかりである」(『保守主義とは何か』中公新書,2016,17-18,202頁)。二木コメント一言うまでもなく、宇野氏は、上記加藤氏と共に、2021年10月に、菅義偉首相によって日本学術会議会員の任命を拒否されました。保守主義の意義を強調する宇野氏がなぜ任命を拒否されたのか、この本を読んでますます分からなくなりました。

○加藤陽子「文章を書くのは孤独な作業なので、読者からのお便りは、私の大切な宝物となる」(『この国のかたちを見つめ直す』毎日新聞出版,2021,194頁)。

…私自身の経験でも、著書を出版したり、論文を発表したりしても、読者からの反応はごくたまにしか来ないので、加藤氏の気持ちが大変よく分かります。ただ、私の場合は、『日本医事新報』や『文化連情報』の連載原稿を書き上げたら、それをすぐ、いつも意見・情報交換をしている友人の研究者、医師、ジャーナリスト等(全員が本「ニューズレター」の読者)に送り、意見を求めると、ほとんどの方から、率直な意見やコメント、厳しい批判や疑問、さらには私の知らなかった貴重な情報を知らせて頂き、それが「私の大切な宝物」になっています。それらに基づいて、元論文を加筆修正することも少なくないので、最近、これは一種の「私的査読」でもあることに気付きました。逆に、私は、友人の論文やレポート、著書を読んで注目した場合には、そのことをすぐメールで伝えるようにもしています。もちろん、著書や論文をいただいた場合は、すぐに「拾い読み」した上で、感想を含めた礼状を出すことを励行しています。

○エピクテトス(古代ローマ時代のストア派の「奴隷哲学者」)「われわれの力の及ぶものは、最も善いように処理しなければならないが、力の及ばないものは自然のままに扱うようにしなければならない」(國方栄二訳『人生談義 [上]』岩波文庫,2020,23頁 [第1巻第1章]。二木コメント一この言葉は、私が好きな次の2つの名言に通じると思いました(共に、本「ニューズレター」51号(2008年11月)で紹介)。有名なニーバーの名言はこれを踏まえている?と想像しました。

○イチロー(アメリカ・メジャーリーグ・シアトルマリナーズ外野手)「自分にコントロールできることと、コントロールできないことを分ける。コントロールできないことに関心を持たない。そしてできるだけ準備をする」(「朝日新聞」2008年9月22日夕刊、西村欣也「イチローが作る記録」で、イチローが繰り返し言ってきた言葉と紹介)。

○ラインホルト・ニーバー(神学者。第一次大戦のときの米軍の従軍牧師)「神よ、変えることのできるものについて、それを変えるだけの勇気をわれらに与えたまえ。変えることのできないものについては、それを受け入れるだけの冷静さを与えたまえ。そして、変えることのできるものと、変えることのできないものを、識別できる知恵を与えたまえ」(これの由来と原語表記は英語版 Wikipedia の"Serenity Prayer"参照)。

○西村秀一（国立病院機構仙台医療センター臨床研究部ウイルス疾患室長）「隣の席からの飛沫が一番近くて多いという、わざわざお金をかけてコンピューターを使わなくても常識であることを見せて、危ないから飲食店ではここに仕切り板を置きましょうとか、真向かいには危ないのでたすき掛けに座りましょうとか。でも、こんな対策はエアロゾルの広がり方から言えばほとんど意味がないんです。それがまことしやかに有効な対策だと流布されている。（中略）シミュレーション予測とコンピューターを過信した結果です」（『新型コロナ「正しく恐れる」Ⅱ 問題の本質は何か』藤原書店,2021年105頁）。**二木コメント**ー私もテレビがスーパーコンピュータ「富岳」のシミュレーション結果を報道するのを見て同じ疑問を持っていたので、ウイルス学の専門家がこう断言したことに大いに共感しました。医療経済学でも、膨大なデータを用いて、「常識であること」を再確認するだけの、So what? (Et alors?) 研究が少なくないと思います。

<その他>

○長谷川聖天（愛媛・新田高校野球部中堅手。第103回全国高校野球選手権大会、1回戦第一試合7回裏一死一塁、静岡高校の打球を好捕して素早く好返球し、静岡高校の逆転を防いだ）「**ミラクルではなく実力だと思う**」（『日本経済新聞』2021年8月11日朝刊）。

○新渡戸稲造（明治時代の政治家）「**勇気には進むほうの勇ばかりでなく、退いて守る方の『沈勇』も必要**」（『毎日新聞』2021年7月28日朝刊・愛知版、「うなぎ『しら河』女将・森田さん 退いて守る『沈勇』。森田桂子さんは、コロナ禍の影響で、女将として半世紀近くを切り盛りした料亭を今年3月に閉店したが、名古屋市内に5店舗あるうなぎ・和食の「しら河」各店を飛び回る。新渡戸のこの言葉を引いて、前を向く）。**二木コメント**ーこれを読んで、リーマンショック時に知った湯浅誠氏の次の言葉を思い出しました。

○湯浅誠（NPO法人自立生活サポートセンター・もやい）「**ダメならもう一歩、引いてみる『後退戦』**」（中略）[東京大学の大学院生時代の]博士論文のテーマは、戦前の左翼です。関心があったのは、小説家の中野重治や哲学者の三木清。私は“後退戦”と呼んでいるのですが、特高に監視されながら、**状況が悪くなると、一歩引いて、戦線を立て直す。玉砕も転向もしないで、それでもダメなら、もう一歩引くという人たちです**」（『月刊ケアマネジメント』2009年5月号,9頁「私のターニングポイント」。本「ニューズレター」59号（2009年7月）で紹介）。

○田中友幸（「ゴジラ」第1作のプロデューサー。1997年86歳で死去。この映画は、1954年の米国の水爆実験と第五福竜丸の被爆をもとに発想が生まれた）「**おい出演者諸君、日本は昭和20年の8月6日、9日、広島、長崎で被爆した国家だ。日本は世界に向けて堂々と核反対を訴えるべき国なんだ。単なる怪獣映画じゃないぞ**」（『朝日新聞』2021年8月6日夕刊、「国際平和シンポジウム2021 核廃絶への道 ゴジラも『ヒバクシャ』描いた二面性」。この映画で主役を務めた宝田明氏が田中氏のこの言葉を紹介）。

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4回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」42号（2020年8月16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

○共同通信社編『記者ハンドブック 新聞用字用語集 第13版』共同通信社,2016。
…「数字の書き方」の項（549頁）で、<【助数詞適用の基準】1人間 人 人間は「人」で数える。「名」は使わない。ただし、「2名連記」などは別 [例] 1人死亡 3人が重症 5人委員会 300人が集合>と、誤解の余地のないように記載。

○大栗博司『探求する精神 職業としての基礎科学』幻冬社新書,2021年3月。
…世界的理論物理学学者で、社会へのアウトリーチにも務めてきた著者が、前立腺がん発見を契機に執筆。自分史は臨場感に溢れており、世界史的視点からの（基礎）科学と社会の関係の考察も興味深い。哲学と歴史はともに自然科学と関係が深いと強調。

○加藤憲「[巻頭言]研究における謙虚さ」『日本医療・病院管理学会誌』58(2):25,2021年4月（ウェブ雑誌。実際の発行は2021年7月。J-Stageに掲載）

…科学研究には誤謬が伴う可能性があり、しかも現代では社会的多様性が重視され、価値が多様化しているため、研究における謙虚さが必要であり、それを「自らに問うことが、研究倫理を考えることと言えよう」と格調高く主張。

○小谷太郎『なぜ科学者は平気でウソをつくのか 捏造と撤回の科学史』フォレス出版,2021年6月。

…2015年出版のほぼ同名書に、COVID-19 治験データの捏造事例を追加。世界または日本に深刻な影響を与えた9つの捏造事例を、撤回された論文を読み込み分析：日本の捏造事例はSTAP細胞と旧石器遺跡。著者は捏造を科学から根絶することはできないとしつつ、科学は異物を排除する免疫機構を備えていると主張するが、例外も認める。科学史の読み物。

○中村好一『基礎から学ぶ学会発表・論文執筆 [第2版]』医学書院,2021年6月（初版2013）。

…保健領域の学会発表から論文執筆・刊行までのプロセスとポイント、注意事項を丁寧に解説。近年の学会発表・論文公表の環境の激変を踏まえ全面的に改定。第2版は、「特に現場の方々 [コメディカルスタッフ] の学会発表や論文執筆を促進し、保健科学の発展の一助」とするため、国内学会と日本語論文に特化。「おわりに」で、「初心者が研究を始めるには、本書で学ぶことも重要だが、研究に関する指導者を得ることが重要」と強調。

B. 医療・福祉関連

○平野隆之『地域福祉マネジメント 地域福祉と包括支援体制』有斐閣,2020年3月。

…本年度日本社会福祉学会学術賞受賞！昨年3月の日本福祉大学（普通任用教授）

定年退職時に出版した全面的な書き下ろし。前著『地域福祉推進の理論と方法』(2008)はヘーゲルを彷彿させる難解な原理(展開)論だったが、本書は、地域福祉についての長年の深い思索と全国の自治体(市町村&県)でのフィールドワーク、「事例研究」が統合されており、しかも「ですます」調で書かれているので、比較的読みやすい。書名・副題・目次に社会福祉業界のペットワードになっている「地域共生社会」を全く使っていないことに、氏の覚悟と見識を感じる。

○長谷川匡俊『仏教福祉の考察と未来－仏教の死生観』国書刊行会,2021年3月。
…著者は淑徳大学理事長&仏教(社会)福祉の高名な研究者&浄土宗教師。Ⅰ仏教と福祉の結合、Ⅱ仏教福祉の思想と実践、Ⅲ「死」の福祉の3本柱の論文集。私はⅠで、浄土宗の「共生(ともいき)」が「生者と死者とのつながり」、「生者と死者と共に生きる」ことであることを初めて知った。遅ればせながら、最近、私もこのことの重要性を認識し始めている。Ⅱ第五の仏教社会福祉とキリスト教社会福祉との比較は深まっている:宗教的な救いの理解において、日本の鎌倉仏教はルターの宗教改革より300~400年先がけていた等。

○武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方 病院の入り口に立てない人々を支えるSDH(健康の社会的決定要因)の視点』日本看護協会出版会,2021年4月。

…日本でも「社会の変化に伴って顕在化してきた『健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health: SDH)』とは何か、それがどのように私たちの健康に影響しているのか、SDHとは何か、SDHの視点で患者さんや地域を見ると何が分かるのかを概説」。第4章「SDHの視点を取り入れた[12の]医療・地域活動の実践」報告は貴重&大半の報告は多職種連携。書名には「社会的処方」が入っているが、不思議なことに、この言葉は編者の「はじめに」にはなく、個々の論文でもほとんど使われていない!?論文名でそれを使っているのは第3章1「健康格差に対する社会的処方の可能性」のみ(西岡大輔・長嶺由衣子)だが、同論文の「社会的処方の定義」は、イギリス型の医師による「処方」ではなく、事実上の多職種連携。ただし、同論文が「医学モデルではなく、社会モデルの視点をもつ」(50頁)と書いているのは古い:本書4頁にも書かれているように、現在では、両モデルを統合したWHOの「ICF」(国際生活機能分類。「生物・心理・社会的アプローチ」)が国際標準となっている。なお、私はSDHの訳語は「健康の社会的要因」が妥当と考える(本「ゼミ通信」39号(2021年5月10日)の15頁【参考1】=私の「ニューズレター」197号(2020年12):33頁)。

※ICFは「医学モデルから社会モデルに転換した」と主張する人がいるがそれは**事実誤認**『ICF 国際生活機能分類』(中央法規,2001)の序論の「医学モデルと社会モデル」の項は、対立する「医学モデル」と「社会モデル」について簡単に説明した上で、以下のように結論づけている。「ICFはこれらの2つの対立するモデル**【医学モデル対社会モデルー二木】の統合に基づいている。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』アプローチを用いる。**したがってICFが意図しているのは、1つの統合を成し遂げ、それによって生物学的、個人的、社会的観点における、健康に関する異なる観点の首尾一貫した見方を提供することである」(18頁)。

OL・J・シュナイダーマン・他著、林令奈・他訳『間違った医療 医学的無益性とは何か』 勁草書房,2021年5月（原著第2版2011年、同初版1995）。

…医学的無益性・無益な治療(futility)を古代ギリシャ（ヒポクラテス、プラトン）にまで遡って検討し、「患者に利益を与えようとしても**失敗する可能性が高い**あらゆる試み」、「**最小限の量的・質的な閾値を超えて**何の利益も患者にもたらさないもの」と定義。これには「終末期医療」だけでなく、「あらゆる治療」を含む。その上で、医師はそれを控えることを倫理的に許されるべき&促されるべき&義務づけられるべきと主張し、それへの批判・反論に逐一反論。無益性に注意が払われる理由として「資源配分」（資源制約）もあげるが、両者の倫理的含意は異なるとも主張。ただし、著者は「医学的無益性の概念は患者の年齢とは独立したもの」とも指摘。**アメリカ的な功利主義的医療倫理学<穏健派>の主張・論理を知ることができる**（<強硬派>は命の価値付け・老人差別等を主張）。原著は10年前の出版。

※「医学博士（MD）」は「医師（MD）」の誤り（本書の編集担当者へのメール。8月9日）

<小さいことですが、最後のページの原著者紹介のシュナイダーマンの「ハーバード大学医学部で医学博士（M. D.）を取得は「…医師（MD）…」の間違いです。アメリカは、日本と異なり4年制大学を卒業した後、4年制の医学部（School of Medicine）に入学し、そこを卒業して国家試験（正確には州試験だが、全国で通用する）に合格したら Doctor of Medicine（MD）資格を取得します（略号にピリオドを付けないのが普通です）。日本流の「医学博士」はほとんど PhD（Doctor of Philosophy「学術博士」）と呼びます。日本では、かつては「医学博士」を"Doctor of Medical Science"と訳し、名刺等に"DMS"と書いていましたが、この略語はアメリカ人にはほとんど通じないため、近年は PhD と書くのが主流になっています。なお、多くの医師が「医学博士」を取得する日本と違い、アメリカでは PhD を取得する医師は大学の教員等に限られます。>

○上白木悦子「緩和ケア・終末期医療におけるソーシャルワーカーの役割の必要性—患者への質問紙調査の因子分析結果」『社会福祉学』62(1):14-25,2021年5月。

…癌治療中だが医療ソーシャルワーカー（MSW）への相談経験のない患者188人に対して質問紙調査を行って、その回答の因子分析を行い、5因子を抽出。しかし、MSWへの相談経験のない患者を対象にした調査で、「MSWの役割の必要性」を示すのは無理筋と思う。因子分析で得られた5因子の「命名」は「患者に対する支援計画の策定」、「多職種との情報共有」等、当たり前のことばかりで、新しい知見はなく、現実のソーシャルワーク業務には役立たない（この点は、GTA等の質的調査における「カテゴリー」の生成・命名も同じ）。

○畑香理「高齢者の大腿骨骨折患者への支援に関する一考察—患者の性別に注目した医療ソーシャルワーカーの支援の特徴」『厚生学』2021年7月号：6-11頁。

…大腿骨骨折患者への医療ソーシャルワーカー（MSW）による退院前後の生活支援に着目した初めて（？）の量的研究。全国の回復期リハビリテーション病棟を有する医療施設に勤務するMSWに対して、これまで担当したことのある65歳以上の大腿骨骨折患者についての質問紙調査を実施。有効回答339人の男女別の支援実施

状況（19項目）を比較し（t検定）、MSWが行う支援は8項目で男性患者より女性患者に対して多く行われていたことを見だし、支援に差が出る背景について考察。検定手法・分析は素朴だが、結果は興味深い。

○特集「患者自己負担の在り方をめぐる諸問題」『医療と社会』31(1):5-154,2021年7月。

…序文を含め8論文と厚生労働省大物OBの座談会を収録。患者自己負担についての、史上最大の雑誌特集。ただし、患者自己負担のマイナス面に触れたのは橋本等論文のみ。「社会保障の機能強化」のための財源について論じた論文もない。以下、私好みの3つを紹介。

*橋本英樹・他「医療介護負担による家計影響と負担公平性－2014年全国消費実態調査個票の分析結果」（61－69頁）。…世帯の支払い能力別に、公的医療保険と介護保険の狭義の自己負担と健康医療用品等も含む広義の自己負担を検討し、狭義の自己負担が及ぼす家計破綻的影響は限定的だが、広義の自己負担は、特に支払い能力の低い高齢者・要介護世帯では家計破綻的影響は約17%程度の世帯に見られることを確認。ガチガチの実証研究。

*中村洋「患者自己負担増の議論に必要となる患者視点からの診療報酬の見直しと『賢い選択／節約』推進に向けた患者自己負担額の軽減についての考察」（97-106頁）…①患者自己負担増、②診療報酬体系の患者視点でのわかりやすさ・納得性の向上、③「賢い選択／節約」の推進インセンティブとしての患者自己負担増の軽減の「三位一体」改革を提案。

*和田勝・堤修三・中村秀一（＋島崎謙治、江利川毅）「医療保険制度の一部負担の歴史に関する座談会録」（107-154頁）。…1984～2002年の医療保険制度改革における患者一部負担増の公式の「説明」・「大義名分」と「本音」の違いや、個々の制度改革に対する個人的評価（反対・不愉快等）を率直に語っており、医療政策研究者必読。例：『『受益者負担』という説明…よく考えると制度的には説明になっていないと思いますが。そのために保険料を払っているのになぜ定率負担だと』（和田。121頁）、子供の医療費は「無料化してもよい」（中村。147頁）。

○中芝健太・橋本英樹・他「『健康概念』の多様性と既存評価尺度との整合性に関する考察」『医療と社会』31(1):155-163,2021年7月。

…「健康経営」概念が「百花繚乱」＝バラバラで、国レベルでも経済産業省、労働省保険局、同労働基準局の縦割りであることが分かる。3つの健康経営「評価指標」が示されているが、いずれも理念（目と構え）レベルで、実際の評価には使えないと感じた。

○全日本病院協会『病院のあり方に関する報告書 2021年版』2021年7月（ウェブ上に公開）

…2015-16年版以来、5年ぶり・8度目の報告書。第1章で、2000年版報告書の「未来予測」の点検をし、第2章と第3章で「2040年」を展望して「理想的な医療介護提供体制」を論じている。この点は、「骨太方針2021」と『令和3年版厚生労働白書』が短期的な方策のみを書き、「2040年」問題に全く触れていないことと対照的。ただし、46頁で、唐突に、①混合診療の拡大＝「公的医療保険適用基準を設定した

上で、民間保険を利用する形での導入は必要」と断言し、②報告書が設立を提案している「資本の共有が可能な『地域医療・介護・福祉連携推進法人』」（私はこれには賛成）に「株式会社も含めた統合が必要」と書いていることには疑問。また、1個人のコラムが報告書全体の3分の1も占めているのは「公私混同」。

○田倉智之『医療の価値と価格 決定と説明の時代へ』医学書院,2021年7月。

…「経済学や医学はもとより、哲学などの各種知見を駆使しながら、医療分野の価値と価格の理論や手法をまとめ、その相互作用について解説」することに挑戦。「学際的な観点を軸に置いている」ため、現行の制度や病院経営の動向等は詳しくは論じていない。議論の抽象度が高く、医療の価値と価格について原理的に考えたい人向き。

○李蓮花「中国 近づく人口減少社会と社会保障」『世界』2021年8月号：120-129頁。

…中華人民共和国の1949年の建国以来の人口変動と人口政策の変遷を振り返った上で、急速な少子高齢化と人口減少が社会保障制度に与える影響を概観。中国の2020年の高齢化率（13.5%）は1990年前後の日本に近いが、合計特殊出生率（1.3）は当時の日本より低い。現在の1人当たりGDP（名目値）は日本の4割にとどまっており、「未富先老」（豊かになる前に高齢化が進む）。著者は、少子化は効率・競走優先社会の必然的な帰結と評価。高成長を続ける中国のアキレス腱が人口減と低水準の社会保障であることがよく分かる。本論文は、特集「サピエンス減少—人類史の折り返し点」（全7論文）の1つ：東アジア各国で生じている人口減少を論じた3論文、超マクロ的分析の3論文、白瀬佐和子氏の日本の人口減少を分析した卒ない論文。

+○尾形勇・他『日本にとって中国とは何か（中国の歴史⑫）講談社学術文庫,2021年6月（単行本は2005）。…日中6人の研究者が、中国の大自然、中国文明、中国人の歴史意識、世界史のなかの中国、中国史の中の日本、日本にとって中国とは何かを論じる。

○高山一夫「アメリカ雇用計画の行方とACA法違憲訴訟の顛末 [アメリカの医療政策動向(13)]」『文化連情報』2021年8月号：50-53頁。

…1年前の本「通信」30号で紹介した連載の最新回。アメリカ最高裁が本年6月17日に出した、保守派によるACA（オバマケア）違憲訴訟に対する3回目の棄却判決を「速報」し、「今回の判決によって、連邦最高裁は、新たな立法行為によらずACA法を廃止しようという動きに歯止めをかけた」と解説。このことは日本ではほとんど報じられておらず、貴重。高山氏の連載は、最新の情報に基づいてアメリカの医療政策を紹介・分析しており、研究者必読。

○井艸恵美「遅すぎた子育て世代支援、求められる財政拡充 『こども庁』は必要か、現場からあがる厳しい本音」『週刊東洋経済』オンライン2021年8月6日（ウェブ上に公開）

…政府が創設を目指している子ども庁の問題点と課題について、子供の貧困・教育問題に詳しい末富芳・日大教授、虐待の体験者で支援活動を行うブローハン聡氏、「保育園を考える親の会代表・普光院亜紀氏の3人にインタビュー。末富氏は「財源拡

充がなければ意味がない」、こどもたちの支援にはスクールソーシャルワーカーの増員が不可欠だが、「内閣府主導の組織では専門性が生きない」と批判。善光院氏は、幼児教育無償化後、かつては実費程度しか認められていなかった保育園で、幼児教育無償化後、「保護者の選択制で別料金を納めた子どものみが保育園で習い事を受けている」実態を批判。これは、混合診療の保育所版！

C. コロナ関連

○大谷京子「[2020年社会福祉の回顧と展望 原理論・方法論部門] 選別と管理、排除と多様性尊重—社会福祉による貢献」『社会福祉研究』140号：102-107頁,2021年4月。

…①コロナ・パンデミックによって顕在化した社会問題とその背景、②選別と管理、③求められるソーシャルワーカーに焦点を絞って、2020年の研究動向を、多数の(38)文献を紹介しながら、熱くかつ戦闘的に論じる。私は、国際ソーシャルワーカー連盟がパンデミックに対して、いち早く「倫理的な意思決定」についての複数の指針を発表していることに注目した(日本のソーシャルワーカー諸団体は同様の声明・指針はまだ出していないよう)。2020年に(日本の)ソーシャルワーカーの倫理綱領が改定されたことも紹介しているが、新綱領では旧綱領(2005年)を含め社会福祉業界のペットワードになっていた「価値」が「原理」に置き換えられたことには触れていない。

○西村秀一著・井上亮編『新型コロナ「正しく恐れる」Ⅱ 問題の本質は何か』藤原書店,2021年6月。

…日経記者(井上氏)の問いに国立病院機構仙台医療センター・ウイルスセンター長(西村氏)が丁寧に答える。新型コロナ発生から1年で見えてきたウイルスの実態を踏まえ、「リスクコミュニケーション」の視点から、ウイルスを「正しく恐れ」、罹患の「ゼロリスク」ではなく、限りなくゼロにする方法を詳細に語る。マスメディアやテレビに露出する「専門家」への怒りが溢れている。分からないことは分からないと明言する西村氏の姿勢は清々しいし、氏の主張の大半に私も納得するが、(医療)政策については「上から目線」&素人っぽい。

○特集「“メンタルヘルス”緊急事態!~コロナ禍の医療機関のメンタルヘルスケア」『月刊/保険診療』2021年7月号：2-29頁。

…医療従事者のメンタルヘルスケア緊急事態に対する予防と対処法。第3部「メンタルヘルスケア改善の6つのケーススタディ」は5つが看護師関連で、看護管理者の参考になると思う。

○真野俊樹『新たな医療危機を超えて コロナ後の未来を医学×経済の視点で考える』日本評論社,2021年7月。

…医学と経済学・経営学の視点から、著者の豊富な海外知見も踏まえて、序章~第4章で「日本の医療レベルは高いものの財政面での制約が強くなってきており、そのなかでもがいている病院や医療従事者達の苦悩」をリアルに描き、第5章・終章でコロナ後に「目指すべき医療改革と今後の医療の展望」を、医療のIT化を中心にスケッチ。キラリと光る記述も少なくないが、「口述筆記のスタイル」のため、特に

第5章・終章は「雑感的」。「生活習慣病は生活習慣の問題で疾病になっている」と断定するのはいただけない（149頁）

○鈴木俊彦「[講演録] 社会保障を取り巻く状況と展望～新型コロナを通して考えたこと」『社会保険旬報』2021年8月1日号：6-13頁。

…厚生労働省前次官が、新型コロナウイルス感染拡大時に陣頭指揮をとった時に考えたこと、取り組んだことを紹介し、**感染対策のため一時停止している「2040年スキーム」を再起動**させるための2つの課題（財源問題の克服と人口減少問題の克服）について展望。財源問題に関して、「若年世代への支援を手厚くするために高齢者世代の給付減・負担増を行うというゼロサム的発想をとると、低所得高齢者の生活破綻を招きかねない」と警告。更に、増え続ける高齢世代の低所得者対策は生活保護だけでは不十分であるとして、「住まいをビルトインした総合的な生活保障の仕組みを作る必要がある、それには相当な財源が必要」とも指摘し、財源について「税金に関しては、負担余力はある」と述べる。ただし、財源について具体的には触れていない。図3「社会保障の当面の展開を考える視点」として、「**×国家財政逼迫→社会保障の合理化・削減**」、「**○安心の発信を通じた好循環を目指す**」と明記している！
○「[こちら特捜部] コロナ禍の医療ソーシャルワーカー」『東京新聞』2021年8月2日朝刊

…コロナ禍の医療ソーシャルワーカーの奮闘と苦闘を報じた初めての新聞報道？「ベッド調整 病院と板挟み」、「『追い出し屋』じゃない」、「患者の権利を守りたい」という3つの小見出しと本文はマトモ。しかし、「デスクメモ」は「不勉強にしてMSWという職種を知らなかった」！？

※「中日新聞」8月3日朝刊に記事の一部が掲載。

○内田聖子「パンデミックが映す命の格差 公正な医療アクセス阻むグローバル製薬企業」『世界』2021年9月号：96-105頁。

…コロナワクチンの知的財産権（の一時的）免除を求める南アフリカやインドなどの途上国とそれを拒否する先進国・グローバル製薬企業との攻防を熱く語る。アメリカの市民団体等の運動で、バイデン政権（米国通商代表部）が5月に「米国はインド・南アの知的財産権の免除に賛成する」文書を公表したのがいかに画期的か、よく分かる。新たなメカニズムの鍵となるのは「公的資金」と「技術の共有（オープンソース化）」と展望。

D. 政治・経済・社会関連

○益川敏英『科学者は戦争で何をしたか』集英社新書,2015年。

…本年7月23日に81歳で死去した、ノーベル物理学賞受賞の益川氏は、生涯、「科学者である前に人間たれ」という恩師・坂田昌一の教えを守って、反戦平和活動も続け、ノーベル賞受賞記念講演でも周囲の批判を押し切って「戦争」を語った。本書は、自身の戦争体験とその後の反戦活動を振り返りながら、科学者が過去の戦争で果たした役割を詳細に分析し、日本でも進む軍学協同に警鐘を鳴らす。終章（第7章）で、人類の歴史を踏まえた長期的視野から、世界から「戦争をなくすために今すべきこと」を熱く語る。

○古賀茂明『官邸の暴走』角川新書,2021年6月。

…安倍・菅・官邸官僚が築いた4つの負のレガシー（官邸支配、マスコミ支配、地に墜ちた倫理観、戦争のできる国づくり）について、表に出た事実をベースにしつつ、著者（元経産官僚）が30年以上経験して積み上げた官僚心理の読解法なども使って独自に解析（序章～第6章）。リアルで暗澹たる気持ちになる。第7章「のっぴきならないほど墜ちている日本の国力」を具体的に示す。第8章は著者の改革案：「**公正な社会を作る切り札**」が「**マイナンバーカード**」の預貯金口座との紐付けだとして、「**一般国民に先行して富裕層と政治家に全資産紐付けを義務化**」することを提案（292-295頁）。ただし、それ以外の財源確保策には触れず。

○朝日新聞取材班『自壊する官邸 「一強」の落とし穴』朝日新書,2021年7月。

…新聞連載「未完の最長政権」に加筆。豊富な取材に基づいて、安倍政権と菅政権における「強すぎる官邸」の形成と崩壊の始まりを活写したドキュメンタリー。安倍一強の「絶頂期」は2017年1月だった。「学術会議、任命拒否の伏線」は3年前（2017年。大西隆会長時）に始まっていた。官邸内での4人の識者インタビューでは斎藤環「『ヤンキー政権』が残したものとは」が新鮮：「安倍さんの理想はシンガポール型の開発独裁に近いと思いますが、全体主義的な志向は実は弱い…まさに情にもろい反知性主義」（185頁）。古賀氏の著書と相補的。

○岸宣仁『財務省の「ワル」』新潮新書,2021年7月。

…本書の「ワル」は大蔵省・財務省に古くから伝わる隠語で、「悪人」ではなく、「できる人」「やり手」といったニュアンスの、一種の「尊称」。18頁で著者の悪の定義を示したうえで、随所でその実例を示す（58-61、98頁等）。財務省の「ワル」は、私の尊敬する医療経済学者のフックス先生が、「医療経済学の将来」で、若い医療経済学研究者に対する助言として述べた「同時期に研究者と政治スタッフの兼業を試みるな」の「政治スタッフ」に通じると感じた（「医療経済学の将来」の全訳（拙訳）は『医療経済研究』8号(2000)に掲載&ウェブ上に公開）。ただし、本書は「戦後財務省キャリア列伝」的本で、財務省の社会保障政策の変化、同省と官邸との確執、官邸との距離の取り方についての省内論争等には触れず。

○稲田朋美『強くて優しい国』幻冬舎,2021年7月。

…著者はもともとは安部チルドレンで、かつては日本の核武装を主張したこともあり、本書の第2部第1章でも、憲法や国防に関して＜右翼的＞主張を繰り返している。しかし、第2部第2章「多様性と包摂性のある国」、第4章「LGBT理解推進法案・奮戦記」、終章「保守とは何か」では、（私から見ると）＜保守リベラル＞な主張を展開し、菅義偉首相が日本学術会議会員の任命を拒否した宇野重規氏の『保守主義とは何か』を肯定的に引用（278頁。第1部は自伝）。私は、安部内閣が2016年に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」に「性的指向、性自認に関する正しい理解を促進」が書き込まれ、それを稲田政務会長（当時）が推進したことを知って以来、彼女の言動に注目している。

○加藤陽子『この国のかたちを見つめ直す』毎日新聞出版,2021年7月。

…日本の近代史、特に1930年代の日本の外交と軍事を専門とする歴史学者が、「毎日新聞」に2010～2021年に連載した評論等を、5つのテーマ（国家と国民、東日本

大審査、天皇と天皇制、戦争の記憶、世界と日本) 別に再構成。もちろん、菅義偉内閣による日本学術会議任命拒否についても触れている。加藤氏の評論は、深い学識に基づいて「違った方向からものごとに光を当てること」を旨とし、近現代史についての目から鱗の指摘に満ちている。