

2022.2.1(火)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 211 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/>。

211 号の目次は以下の通りです (26 頁)

1. 論文：「維持期リハビリ」から「生活期リハビリ」への用語変更の経緯を探る（「二木教授の医療時評(199)」『文化連情報』2022 年 2 月号 (527 号) : 30-39 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 191 回 : 2021 年分その 11 : 10 論文) ……………11 頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 205) -最近知った名言・警句…………18 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 9 回) ……20 頁

### お知らせ

1. 論文「**新自由主義と新自由主義的医療改革**」を『日本医事新報』2022 年 2 月 5 日号に掲載します。本「ニュースレター」212 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。

2. **新著『20 年代初頭の医療・社会保障 コロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬』** (勁草書房) を本年 3 月に出版します。その章立ては以下の通りです。

- 第 1 章 コロナ危機後の医療提供体制
- 第 2 章 安倍・菅・岸田内閣の医療・社会保障改革
- 第 3 章 全世代型社会保障改革の批判的検討
- 第 4 章 財務省の 20 年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の検討
- 第 5 章 社会保障・社会福祉の理念と社会的処方
- 第 6 章 医療経済・政策学の論点
- 補章 『厚生労働白書』と日医総研調査を複眼的に読む

# 1. 論文：「維持期リハビリ」から「生活期リハビリ」への用語

## 変更の経緯を探る

（「二木教授の医療時評（199）」『文化連情報』2022年2月号（527号）：30-39頁）

### はじめに

リハビリテーション医療では、従来、高齢者リハビリテーションの流れ・時期区分は、「急性期・回復期・維持期」に3区分するのが一般的でした。しかし、近年は、リハビリテーション医療団体も厚生労働省も、「維持期」に代えて「生活期」を用いるようになってきました。しかし、この用語変更がなされた時期と経緯を説明した文書はありません。そこで、この点を探索的に検討しました。

その結果、「維持期」（リハビリ）から「生活期」（リハビリ）への用語変更は、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」の提案が契機となり、2011～2012年に厚生労働省（老健局）主導で行われたことが分かりました。

### 文献・資料の調査方法

論文はCiNii（国立情報研究所の論文データベース）を用いて検索しました。厚生労働省関係のホームページで同省関連の資料・情報を検索するとともに、国会会議録検索システムで国会での「生活期」の用語使用例を検索しました。日本福祉大学附属図書館の蔵書を検索すると共に、私の手持ちの図書・論文・資料も見直しました。日本リハビリテーション病院・施設協会事務局で「協会誌」のバックナンバーを閲覧しました。さらに、本稿の謝辞欄に書いた人びとから、非公開のものも含めて、貴重な資料・情報を提供いただきました。

### 2009年までは「維持期」が使われていた

「急性期」、「回復期」、「維持期」は、医学用語としては古くから使われています。特に「急性期」と「回復期」は第二次大戦前から使われていました。それに対して、「維持期」が医学論文で広く使われるようになったのは、1980年代以降です。それ以前は、もっぱら「慢性期」が使われていました。

「維持期リハビリテーション」が使われるようになったのはさらに新しく、1996年以降です。具体的には、介護保険制度について検討していた老人保健福祉審議会が「第二次報告」（1996年1月）と「最終報告」（同年4月）の「リハビリテーションの充実」の項で、「急性期等の医療的リハビリテーションと維持期リハビリテーションとの機能区分を明確にした上で、維持期リハビリテーションを介護給付の対象とする」（両報告で同文）と提案してから、この用語が多用されるようになりました。

1996年には『医療'98』11月号が「『維持期のリハビリテーション』を誰が担うのか？」との49頁もの大特集を組み、竹内孝仁、大田仁史、石川誠、伊藤利之、伊藤隆夫氏等、地域リハビリテーションの代表的研究者・実践家20人が寄稿しました(1)。ただし、竹内孝仁氏をはじめ少なくない執筆者がこの用語には批判的で、栗津原昇氏は「自立支援期」と、遠藤尚志氏は「交流期」または「社会生活期」と呼びたいと述べました(1:23,33頁)。河本の

ぞみ氏も 1998 年に出版した近森リハビリテーション病院と石川誠院長の実践を活写した著書で、「維持期リハビリテーション」に強い疑問を呈し、「支持期」と呼びたいと述べました(2)。

「維持期リハビリテーション」は「地域リハビリテーション」と混同されやすいこともあり、1998 年に「維持期におけるリハビリテーションのあり方検討委員会」が「平成 9 年度報告書」(厚生省老人保健推進事業)と取りまとめ、「維持期リハビリテーションとは、障害のある高齢者等に対する医学的リハビリテーションサービスの一部を構成し」「高齢者等の体力や機能の維持向上を図るだけでなく、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、その自立生活を支援することを目的としている」と「概念整理」しました(3)。

「急性期・回復期・維持期リハビリテーション」という表現を最初に用いたのは 1993 年の藤原秀臣氏等の心筋梗塞のリハビリテーションについての論文です(4)。ただし、この 3 区分が広く用いられるようになったのは、日本リハビリテーション病院協会が 1996 年に発表した『リハビリテーション医療のあり方(その 2)』の第 1 部「リハビリテーション医療施設の位置づけ」で、「リハビリテーション医療の時期別分類」として、「急性期リハビリテーション」、「回復期リハビリテーション」、「維持期リハビリテーション」の定義をしてからです(5)。ただし、「急性発症する疾患ではなく、慢性進行性の疾患ではこの時期分類は適応できない」とも注意喚起しました。

この報告書はリハビリテーション医療界に大きな影響を与え、3 区分が定着しました。特に 2002 年以降は、この用語を用いた論文が急増しました(2003 年 4 論文、2003 年 7 論文等)。これは 2000 年度診療報酬改定で「回復期リハビリテーション病棟」が創設され、それが急速に普及したことと対応していると思います。

なお、老人保健福祉審議会の上記 2 報告も、報告の参考図「リハビリテーション体制の確立について」で、「急性期リハビリテーション→回復期リハビリテーション→維持期リハビリテーション」と表現していますが、それについての説明はありません。河本氏は、この 3 つのステージは「日本リハビリテーション病院協会と厚生省の話し合いの中から固まってきたようだ」と書いています(2:173 頁)。河本氏にお尋ねしたところ、石川誠氏(「リハビリテーション医療のあり方(その 2)」第 1 部の執筆責任者)からこう説明されたそうです(2021 年 12 月 29 日私信。引用許可済み)。

21 世紀に入ってから「維持期リハビリテーション」について詳しく論じた書籍としては、日本リハビリテーション病院・施設協会が 2008 年に出版した『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』と 2009 年に出版した『維持期リハビリテーション』の 2 冊が代表的です(6,7)。前者は、「リハビリテーションの医療連携」を「急性期リハ(急性期病院)→回復期リハ(回復リハ病棟)→維持期リハ(在宅・施設)」と説明するとともに、「維持期」を「慢性期」とも表記しました(7:17, 43-47 頁)。

『維持期リハビリテーション』は『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』の「維持期リハビリテーション」特化版と言えますが、副題の「生活を支えるリハビリテーションの展開」は、その後の、「維持期」から「生活期」への用語変更を予感させるとも言えます。ともあれ、2009 年まではリハビリテーション医療では「維持期」(リハビリ)が広く用いられていました。

## 2010年に地域包括ケア研究会が用語変更を提案

厚生労働省関係の組織で、「維持期」（リハビリ）から「生活期」（リハビリ）への用語変更を最初に提案したのは、地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶應義塾大学教授・当時）が2010年3月に取りまとめた「平成21年度報告書」です(8)。

この報告書は、「介護分野における生活期のリハビリテーション」等、「生活期」（リハビリテーション）を6回も使い、最後の40頁の（訪問看護、リハビリテーションの推進）の項で、以下のように提案しました：「『維持期リハビリテーション』という言葉が『生活期リハビリテーション』に改めて、自己能力を活用し、在宅生活を自立して過ごせるようにするためのサービスであることを広く国民に徹底する」。

地域包括ケア研究会は厚生労働省の正規の研究会ではなく、局長クラスの私的諮問組織でもありませんが、老健局長をはじめ老健局の職員も討論に参加しており、その後の厚生労働省の地域包括ケア（システム）政策の発展・「進化」に大きな影響を与えています。そのため、私はこの用語変更提案は、後述する厚生労働省（老健局）による「維持期」から「生活期」への用語変更にも影響を与えたと推察します。

ただし、地域包括ケア研究会の議事録は残念ながら公開されていません。そこで、同研究会の田中滋座長に、この用語変更提案の経緯・趣旨についてお聞きしたところ、以下のようなお返事をいただきました。「2009年度の地域包括ケア研究会における議論（「生活期リハビリテーション」を含め）はとても活発で、委員同士の事後？交流も未だに続いています。／『維持期』という用語が感じさせるニュアンスは、『もはや大きな状態改善は望めないものの、不活発な状態では悪化・劣化しかねない心身の状態を何とか保つ』ではないでしょうか。／それよりも、介護の上位目的である、『加齢や疾病によって低下したADL/IADLに応じた、人としての尊厳をもった生活の再構築』にふさわしく、生きる喜びを求める生活を支えるリハビリテーションとの表現がよいと考えていました。／言葉は私たちの発案ではなく、二木先生ご指摘のように、既に使われていた用語を、委員たち、老健局幹部、事務局合意の上で活用することに決めました」（2021年11月28日私信。引用許可済み）。

なお、この研究会にも積極的に参加していた宮島俊彦老健局長（当時）は、報告書公表の1年前の2009年4月22日の衆議院厚生労働委員会で、「政府参考人」として、「地域における維持期というか生活期のリハビリ」と発言しました。宮島局長は、地域包括ケア研究会での討論を踏まえて、いわば先行的にこの発言をしたのだと思います。

## 2007・2008年に片山・椿原医師が「生活期」を使用

田中氏の回答にあるように、地域包括ケア研究会報告書以前から、「維持期」に代えて「生活期」を個人的に用いていた人びとはいました【注】。

書籍で最初に「生活期」を用いたのは、片山壽尾道市医師会会長（当時）で、2009年11月に出版した『父の背中での地域医療』の第3章で「患者本位の多職種連携と生活期リハビリの重要性」について詳述しましたが、「維持期」はまったく使いませんでした(9)。片山氏はこの著書の出版に先立って、2009年2月25日の参議院少子高齢化・共生社会に関する調査会でも、以下のようにストレートに発言しました。「急性期、回復期、生活期。維持期という言葉は大変失礼な言葉なので使わないようにしています。生活期としています」。この

発言が、国会での「生活期」（リハビリ）の最初の使用です（2番目が上述した宮島氏の発言です）。

そこで片山氏に直接お尋ねしたところ、氏が「生活期」（リハビリ）という用語を最初に用いたのは、2007年2月の第15回高度先進リハビリテーション医学研究会での講演「地域医療の立場から：地域包括ケアの構築：在宅医療と地域医療連携」においてであり、「急性期・回復期・生活期のトータルマネジメントとリハビリテーション」と用いたと教えていただきました（そのスライドもいただきました）。また、片山氏は上述した国会での発言では、意識して「生活期」にこだわったそうです（2021年12月12日私信。引用許可済み）。

椿原彰夫川崎医科大学リハビリテーション医学教授（当時）も、個人的に、2008年から「生活期」を用いていました。具体的には、2008年6月の「吉備の国クラスター記念講演」の「脳卒中のリハビリテーション：介護の要否はリハビリテーションのプログラムによって変わる」で「生活期」という言葉を公の場で初めて使い、同年7月の「FMくらしき」（ラジオ番組）の「リハビリテーション・ハートフルトーク」で「生活期」の説明を市民に行ったそうです（番組で用いた原稿もいただきました）。さらに同年8月に片山医師の依頼で行った「第109回尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会」で「生活期につなげる嚙下リハビリテーション」を講演されたそうです。椿原医師は、尾道市医師会でこのテーマで4回も講演し、講演後の食事会で、片山医師と「維持するという概念は好ましくない」ことで意気投合したそうです（2022年12月21日私信。引用許可済み）。

## 2008～2009年にはリハビリ医療関連団体も検討

「維持期」という用語の変更の検討は、「リハビリテーション医療関連5団体協議会」でも「地域包括ケア研究会報告書」に先だって、2008～2009年に（ほぼ水面下で）行われました。

ただし、このことが分かる公開資料は、『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』116号（2009年1月：26頁）に掲載された「**【おしらせ】『維持期』に代わる新名称を募集します**」だけです。そこには以下のように、格調高く書かれていました。「これまで私たちは、リハビリテーションの流れを『急性期→回復期→維持期』、あるいは『川上から川下へ』という言葉で表現してきました。しかし、『維持期』は低下しないように現状をなんとか保つという意味があり、言葉から受ける印象は明るくありません。また、社会参加を促し、生活環境を整備することなどによって身体的・精神的にも安定した自立生活を送れるよう支援し、高齢者によっては最後のときにまでかかわってくるこの大事な時期は、『川下』というにはあまりにも広く深いと思います」。

これの「応募期間」は「平成21年〔2009年〕2月末まで」とされ、「リハビリテーション医療関連5団体協議会で審査のうえ、本会誌・当協会ホームページ等で発表する予定です」と書かれていたのですが、その後、同誌には新名称は発表されませんでした。

「維持期」の名称変更については、日本リハビリテーション医学会の2008年9月と11月の理事会で、「維持期という言葉は『発展期』あるいは『生活期』と表記する」ことが議論されたそうです。この件については、最終的に2009年4月のリハビリテーション医療関連5団体会議で議論されましたが、各団体から「生活期」以外にも、「生活適応期」、「活動期」、「安定期」等さまざまな用語が提案され、まとまらなかったそうです。

その「会議録」によれば、この名称変更の検討は、厚生労働省（老健局の担当者）から、「厚労省では維持期という名称に維持していればいいというネガティブな印象があり、できれば新しい名称がないかどうか」と非公式に相談されたのが始まりです。ただし、老健局の担当者は最終的には厚生労働省が決定するとも明言していたとのことです。

## 2011～2012年に老健局が「生活期」を使用し始める

厚生労働省（老健局老人保健課）が、公式資料で、「維持期」に代えて、「生活期」を初めて用いたのは2011年2月です。具体的には、2月2日中医協総会の資料「医療介護の連携について（リハビリテーション）」（総-2-1）の1.「リハビリに係る医療保険と介護保険の給付について」の冒頭の（基本的な考え方）で、「生活期（維持期）における、心身機能やADL、生活機能を維持し、QOLを向上させるためのリハビリを介護保険より提供することとなる」と書かれました。ただし、「生活期」の使用はこの1回のみです。同日の議事録をチェックしたところ、「維持期」（リハ）は7回、「リハビリ」は85回も使われていましたが、「生活期」はまったく使われていませんでした。また、「リハビリテーションの役割分担」図（総2-2-2）では、急性期・回復期・維持期が使われていました。

それに対して、同年7月28日の社会保障審議会介護給付費分科会に提出された同名の図では「維持期」が「生活期」に変わっていました（資料1）（**図**）。しかし同年12月7日の中医協総会に提出された同名の図（総-1-1）では「維持期・生活期」という折衷の用語に戻りました。この3つの図はすべて老健局「老人保健課において作成」と書かれており、当時は、同課担当者も用語変更について方針が定まっていなかったことを示唆しています。図に示したように、急性期と回復期は「主に医療保険（の分担）」、生活期・維持期は「主に介護保険（の分担）」とされていました。

同じ2011年12月7日に承認された社会保障審議会介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」の「今後の課題」では、「生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供する（以下、略）」と記されました。「生活期」は「通所リハビリテーション」の項でも使われましたが、「維持期」は一度も使われませんでした。

このような曲説はありましたが、翌年の「平成24年度介護報酬改定の概要」（2012年1月25日社会保障審議会介護給付費分科会）では、「通所系サービス」の「リハビリテーションの充実」の項で、「医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から（以下、略）」と「生活期」のみが使われました。ただし、議事録では、宇都宮啓老健局老人保健課長は「以前から、急性期リハは医療保険、維持期、生活期のリハは介護保険という役割分担をしようということを平成18年度から言われてございます（以下略）」と「維持期」と「生活期」を併用しました。

2012年度は介護報酬と診療報酬の同時改定の年でしたが、「平成24年度診療報酬改定の概要」（保険局医療課）は、「生活期」をまったく用いず、「維持期」を6回も用いました。しかも、維持期について「標準的算定日を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション」との古色蒼然たる説明をしていました（76頁）。この傾向は、「平成26年度診療報酬改定の概要」でも続き、「維持期」が15回も使われる一方、「生活期」は

1回しか使われませんでした。このことは、用語変更において老健局と保険局に温度差があったことを示唆しています。

また以上の事実は、「維持期」から「生活期」への用語変更は、維持期（生活期）のリハビリテーション給付を医療保険から介護保険に純化する厚生労働省の方針の一環であることを示唆しています。2012年度診療報酬改定では、医療保険における「要介護保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年〔2014年〕3月31日までとする」とされましたが、私は当時、それは不可能と予測し、実際に2014年度診療報酬改定でも「経過措置」が延長されました(10)。最終的に「医療保険による維持期・生活期の疾患別リハビリテーション」が介護保険に完全移行したのは、7年後の2019年4月です。

## 2012年以降は「生活期」が主流となる

2012年度介護報酬改定後は、リハビリテーション医療界でも、「維持期」から「生活期」への用語変更が徐々に進みました。専門雑誌で「生活期」を最初に用いたのは『地域リハビリテーション』で、2012年7月号で早くも特集「生活期（在宅）におけるチーム医療」（7論文）を組み、同年11月号では特集「急性期・回復期から生活期につなげる訪問リハビリテーション」（5論文）を組みました(11,12)。『総合リハビリテーション』における「生活期」の初出は、2012年9月号の岡光孝・岡本隆嗣「在宅生活者の生活期リハビリテーションに関する介護支援専門員へのアンケート調査」です(13)。ただし、いずれの論文も「維持期」から「生活期」への用語変更には触れませんでした。

リハビリテーション医学の教科書で「生活期」を初めて用いたのは、前述した椿原彰夫氏編集の『リハビリテーション総論 改訂第2版』（2011年11月）で、これは2012年度介護報酬改定の前でした(14)。椿原氏は、同書の初版（2007年）では「維持期」を用いていましたが、第2版でそれを「生活期」または「生活期（維持期）」に変え、しかもその項の最後に「生活期は軽視される傾向にあるが、何年あるいは何十年にも及ぶ長い重要な時期であることを忘れてはならない」との一文を追加しました。

2013年に出版された日本リハビリテーション医学会監修『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』では、「維持期（生活期）リハビリテーション」が用いられました(15)。

それに対して、2018年に出版された日本リハビリテーション医学会監修『リハビリテーション医学・医療コアテキスト』の総論1では、「急性期・回復期・生活期のリハビリテーション治療」と書かれ、「生活期リハビリテーション医学・医療の考え方」が、以下のように説明されました：「生活期のリハビリテーション医学医療の目的は、『できるようになる』だけでなく生活の中で『実際に行っている』ことが重視される。改善できた活動を長期にわたって維持し、実生活を通じてさらなる活動の向上を目指すのが生活期のリハビリテーションである（以下略）」(16)。この本では「維持期」は使われませんでした。

2020年には、この本の姉妹書とも言える『生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト』が出版されました(17)。同書では、生活期リハビリテーションの対象が高齢者（特に急性発症する脳血管疾患患者）から、ほぼすべての疾患・障害に拡張されました。

時期は前後しますが、2017年6月には「日本生活期リハビリテーション医学会」（代表理事：水間正澄氏）が設立されました。これは、日本リハビリテーション医学会が2015年から開催していた「在宅生活期リハビリテーション研修会」を受け、日本リハビリテーシ

ン医学会のサブスペシャリティの学術団体として設立されたそうです。

以上から、「生活期」（リハビリ）は、現在ではリハビリテーション分野ではほぼ定着したと言えます。ただし、「維持期」（リハビリ）は最近でもまだかなり使われています（2021、2020年にそれぞれ6、9論文）。

## おわりに

以上の探索結果は、「維持期」（リハビリ）から「生活期」（リハビリ）への用語変更は、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」の提案が契機となり、2011～2012年に厚生労働省（老健局）主導で行われ、現在では、リハビリテーション医療関係者の間では「生活期」がほぼ定着しているとまとめられます。「維持期」（リハビリ）は厚生省自身が介護保険創設を見込んで1996年から積極的に使い始めたことも見落とせません。

私も「維持期」という医学用語が、患者・障害者や国民にネガティブな印象を与えることを考慮すると、「生活期」への変更は妥当だったと思います。また、「生活期」に変更することで、リハビリテーションが（理想的には）ほぼすべての対象疾患・障害に拡大したとも言えます。

ただし、この用語変更はいわば「なし崩し的」に行われた点で、次の2つの用語変更と異なります。①「老人性痴呆」から「認知症」への変更は厚生労働省の「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」（座長：高久史磨）で公式に検討され、2014年に「報告書」が発表された後は、マスコミを含めて速やかに用語変更が行われました(18)。②日本精神神経学会は全国精神障害者家族会連合会の要請を受けて2002年に「精神分裂病」を「統合失調症」に変更し、それが社会的に広く認知されました(19,20)。

そのために、「維持期」（リハビリ）から「生活期」（リハビリ）への用語変更から10年が経過したにもかかわらず、「生活期」は社会でまだ認知されていないと思います。医療関係者の中でさえ、リハビリテーション医療関係者以外はほとんど知られておらず、リハビリテーション医学・医療関連の論文でも「生活期」と「維持期」がいまだに併存しています。

時機を失した感はありますが、厚生労働省やリハビリテーション医療関係団体は、「維持期」から「生活期」への用語変更とその意義を広く広報すべきと考えます。

## **【注】日本聴能言語学会は1988年に「生活期のリハビリテーション」シンポジウムを開催、石川誠氏も1995年に「生活リハビリ」を使用**

「生活期リハビリテーション」が最初に用いられたのは、1988年の第14回日本聴能言語学会の学術講演会シンポジウム「生活期のリハビリテーション」においてです(21)。このシンポジウムでは鹿内みどり、遠藤尚志、竹内孝仁、辻郁、三好春樹の5氏が報告しました。ただし、5氏の報告（要旨）を読んだところ、鹿内・竹内・三好氏は「生活の場」の重要性を強調していましたが、「生活期」は鹿内氏しか使っておらず、しかもその説明はしていませんでした。そこで竹内氏に「生活期のリハビリテーション」が使われた経緯をお尋ねしたところ、氏自身はその言葉は意識的に使わず、他の報告者が盛んに「一種の流行」のように使っていたとのことでした（2021年12月10日私信。引用許可済み）。そのために1988年時の使用と、2010年前後から、「維持期」（リハビリ）に代えて「生活期」（リハビリ）が使われるようになったこととは断絶していると思います。

石川誠氏（近森リハビリテーション病院長・当時）も、1995年発表の論文で、急性期の「治療的リハビリ」と対比させて、「維持期リハビリ」を「生活リハビリ」と呼びました(22)。石川氏は1996年発表の論文でも、この区分を用いると共に、「維持期リハビリテーションとは、生活障害のある高齢者や障害者とその生活の拠点において継続的に安全でかつ安心でき、質の高い生活が送れるようリハビリテーションの立場から支援していく活動」と説明しました(23)。これは、その後の「生活期リハビリテーション」に通じる先駆的説明と言えます。ただし、石川氏は、その後「維持期リハビリテーション」が厚生労働省を含めて広く使われるようになってからは、「生活リハビリテーション」を使わなくなりました。

## 謝辞

本論文執筆のための貴重な資料・情報を提供していただいた以下の皆様に感謝します（あいいうえお順、敬称・所属先略）：岡野英樹、岡本隆嗣、片山壽、河本のぞみ、斉藤正身、竹内孝仁、田中滋、田中智香、椿原彰夫、水間正澄、宮島俊彦。

## 文献

- (1) 特集「『維持期のリハビリテーション』を誰が担うか」『医療'96』1996年11月号（12巻11号）：13-61頁。
- (2) 河本のぞみ・石川誠『夢にかけた男たち ある地域リハの軌跡』三輪書店,1998, 127-133, 172-177頁。
- (3) 維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会「平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会報告書概要」日本公衆衛生協会,1998（平成9年度厚生省老人保健推進事業）。
- (4) 藤原秀臣・他「心筋梗塞の運動療法 回復期監視型運動療法の効果」『日本農村医学会雑誌』42(2):55-60頁,1993。
- (5) 日本リハビリテーション病院協会編『リハビリテーション医療のあり方（その2）』1996年3月。
- (6) 日本リハビリテーション病院・施設協会編『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』青海社,2008。
- (7) 日本リハビリテーション病院・施設協会編『維持期リハビリテーション 生活を支えるリハビリテーションの展開』三輪書店,2009。
- (8) 「平成21年度地域包括ケア研究会報告書」2010年3月（ウェブ上に公開）。
- (9) 片山壽『父の背中の地域医療 「尾道方式」の真髓—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム』社会保険研究所,2009。
- (10) 二木 立「医療保険の維持期リハビリテーションは2年後に廃止されるか？」『文化連情報』2012年6月号(411号)：18-23頁（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,136-145頁）。
- (11) 英裕雄（企画担当）、特集「生活期（在宅）におけるチーム医療」『地域リハビリテーション』2012年7月号（7巻7号）：530-564頁。
- (12) 伊藤隆夫（企画担当）、特集「急性期・回復期から生活期につなげる訪問リハビリテーション」『地域リハビリテーション』2012年11月号（7巻11号）：894-923頁。

- (13) 岡光孝・岡本隆嗣「在宅生活者の生活期リハビリテーションに関する介護支援専門員へのアンケート調査」『総合リハビリテーション』2012年9月号(40巻9号)：1245-1251頁。
- (14) 椿原彰夫編著『リハビリテーション総論 改訂第2版』診断と治療社,2011,5-8頁。
- (15) 日本リハビリテーション医学会監修『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』診断と治療社,2013。
- (16) 日本リハビリテーション医学会監修、久保俊一総編集、加藤真介・角田亘編『リハビリテーション医学・医療コアテキスト』医学書院,2018,5,11頁。
- (17) 日本リハビリテーション医学教育推進機構・日本生活期リハビリテーション医学会・日本リハビリテーション医学会監修、久保俊一・水間正澄総編集、三上靖夫・角田亘編『生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト』医学書院,2020。
- (18) 「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書」2004年12月24日(ウェブ上に公開)。
- (19) 佐藤光源(監修)「呼称変更の経緯」日本精神神経学会ホームページ(最終更新:2015年1月28日)。
- (20) 佐藤光源「障害こと始め 精神分裂病から統合失調症へーその経緯と波及効果」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』2006年6月号(通巻299号)：(ウェブ上に公開)。
- (21) 「第14回日本聴能言語学術講演会シンポジウム 生活期のリハビリテーション」『聴能言語学研究』5(2):72-86頁,1988(ウェブ上に公開)。
- (22) 石川誠・他「地域リハビリテーションの計画と実践 近森リハビリテーション病院の取り組み」『公衆衛生』1995年9月号(59巻9号)：601-604頁。
- (23) 石川誠「地域リハビリテーションにおける現在の課題」『理学療法ジャーナル』1996年7月号：452-458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191回)(2021年分その11:10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。

### ○プライマリヘルスケアに対する経済的障壁は不健康のリスクを増すか?ニュージーランドで得られた縦断的エビデンス

Jatrana S, et al: Do financial barriers to access to primary health care increase the risk of poor health? Longitudinal evidence from New Zealand. *Social Science & Medicine* 288 (2021) 113255, 9 pages [量的研究]

ニュージーランドのプライマリヘルスケア政策は、他国と同じように、医療アクセスの障壁を減らすことに焦点化している。タイムリーに医療を受けることへの経済的障壁は、唯一の重要な障壁ではないにしても、最も重要な障壁であり、しかも政策変更で対応可能である。しかし、費用関連の障壁が健康アウトカムの悪化とどの程度関連しているかについての頑健な実証的エビデンスはほとんどない。今までに示されたエビデンスは、特定グループや特定のプライマリヘルスケアの横断研究に限られており、それは測定されなかった交絡バイアスの影響を受けやすい。固定効果回帰モデルと、SoFIE-Health パネルデータ(ニュージーランドの成人を対象にした縦断的全国パネル研究)に参加し3回の調査(2004-05,2006-07,2008-09年)のうち少なくとも2回の回答が得られた17,363人のデータを用い、プライマリヘルスケア(GPと歯科医)に対する障壁が健康状態に与える影響を検証した。

健康アウトカム尺度として、SF-36 質問票から得られた自己評価の健康(SRH)、身体的健康(PCS)、及び知的健康総合指数(MCS)を用いた。曝露(exposure)は、過去1年間に少なくとも1回は費用が理由で医師または歯科医師を受診しなかったこととした。併せて、曝露(医師・歯科医師への受診控え)と年齢、ジェンダー、エスニシティ及び3つの健康アウトカムとの相互作用も検証した。

すべてのアウトカムについて、経時的に変化する(time-varying)交絡要因の調整後は、健康は受診控えの回数が増えるほど悪化していた。さらに、どの健康悪化の効果量も、歯科医師の受診控えの方がGPへの受診控えより大きかった。ジェンダーと年齢(MCSと医師受診に関して)とジェンダーとエスニシティ(SRHと歯科受診に関して)以外には、相互作用のエビデンスは得られなかった。以上の結果は、アクセスへの経済的障壁を減らすことに焦点化した政策対応を支持している。ニュージーランドでは、この知見は特に歯科医療について重要である。

**二木コメント**—経済的障壁がプライマリケアの受診控えを生み、それが健康状態を悪化させることを示した貴重な縦断研究で、受診控えは歯科の方が大きいことも理解できます。ただし、ニュージーランドのプライマリケアにおける自己負担については詳しい説明はありません(歯科の方が多いようですが)。

### ○フィンランドの2型糖尿病患者に対する自己負担増が薬剤使用と患者が報告するアウト

## カムに与える短期的影響

Lavikainen P, et al: Short-term impact of co-payment level increase on the use of medication and patient-reported outcomes in Finnish patients with type 2 diabetes. *Health Policy* 124 (12):1310-1316 [量的研究]

フィンランドでは2017年1月1日に、2型糖尿病による高血糖治療用の非インスリン薬剤（経口糖尿病薬）に対する新しい償還方式が導入された。この改革では、医療費節減のため、インスリン以外の経口糖尿病薬の償還率は100%から65%へと35%ポイント削減された（インスリンは従来通り100%償還）。本研究の目的はこの自己負担増が患者が報告する3つのアウトカム（治療満足度、薬剤使用、及び経済的困難）に与える影響を評価することである。ベースライン・データは2016年11月に114の薬局で集め、そこで2型糖尿病患者に質問票に記入してもらった。追跡調査は6か月後と12か月後に行った。

955人の2型糖尿病患者がベースライン調査に参加した。追跡期間に、糖尿病患者の治療満足度は有意に低下した( $p < 0.001$ )。インスリン使用は有意に増加した反面（オッズ比 1.16, 95%信頼区間 1.06-1.27）、メトホルミンとDPP-4阻害剤の使用は有意に減少した（メトホルミン：オッズ比 0.80, 95%信頼区間 0.70-0.90、DPP-4阻害剤：0.82, 0.73-0.93）。ベースライン時に比べて、糖尿病薬を購入するときに経済的困難を感じるとの回答は6か月後（オッズ比 2.44, 95%信頼区間 1.96-3.03）、12か月後（2.70, 2.18-3.35）とも多かった。このような短期的な否定的影響は研究の継続を求めている。もし影響が永続的である場合、治療満足度の低下と経済的困難の増加は糖尿病コントロールを阻害し、合併症リスクと医療費を増やす可能性がある。今後の政策形成では患者の視点を考慮するべきである。

**二木コメント**—糖尿病経口治療薬の自己負担増が、1年後にも患者が報告する3つのアウトカムを低下させるとの貴重な「自然実験」で、今後の継続調査の結果が楽しみです。本文によると、フィンランドでは、フランスと同様に、薬剤の償還率は40%、65%、100%に3分されていますが、その基準はかなり恣意的なようです。なお、フィンランドの別の研究者は、この改革前後の薬剤使用の変化を、全国レベルの行政データを用いた分割時系列分析により解析し、「自己負担の増加は、負担上限があるにもかかわらず、必要な薬剤の消費を減らすことを示唆している」と結論づけています：Raetoe H: The impact of a co-payment increase on the consumption of type 2 antidiabetics - A nationwide interrupted time series analysis. *Health Policy* 125 (9):1166-1172.

## ○ [アメリカ・ニューヨーク州における] 迅速なテレヘルス [オンライン診療] への移行とデジタルデバイド：ポストコロナ時代のプライマリケアへのアクセスと平等性への含意

Chang JIE, et al: Rapid transition to telehealth and the digital divide: Implications for primary care access and equity in a post-COVID era. *Milbank Quarterly* 99 (2):340-368,2021 [量的研究]

コロナ・パンデミックはアメリカの医療提供システム全体の根本的シフトの触媒となり、そのシフトにはテレヘルス（オンライン診療。電話のみの診療と画像利用の診療の両方を含む）への急激な移行が含まれる。テレヘルスには様々な利点があり、それらには重要な医療アクセスを維持しつつ、患者と医療提供者の両方をコロナウイルスへの不必要な曝露から守ることが含まれる。しかし、すべての医療提供者と患者が平等にこのデジタル革命に参加できる条件があるわけではなく、そのことはコロナ・パンデミック中及びパンデミック後の

健康の平等についての懸念を生んでいる。

本研究は小規模プライマリケア提供者のテレヘルスの利用と障壁についてのデータを分析する。データはニューヨーク市健康・精神衛生局平等な健康システム部とニューヨーク大学が2020年4月中旬から6月中旬に実施した迅速対応調査(rapid-response surveys)から得た。この調査はニューヨーク州が3月22日に外出禁止命令を出した後、プライマリケア診療所がどのようにコロナ・パンデミックに対応したかを明らかにするために行った。小規模プライマリケア診療所(常勤の医師等が4人以下)に焦点を当てたのは、それらがプライマリケア提供者の40%を占め、しかも低所得、マイノリティや移民が多く、コロナ罹患がもっとも多かった地区に特に多く所在するからである。テレヘルスの利用と障壁が、これらの診療所が所在する地域の社会経済的特性により差があるか否かを調査するために、「疾病管理予防センター(CDC)社会的脆弱性指数」(SVI。0~1の連続量で数値が高いほどリスクが高く支援の必要性が大きい)を用いて、回答を高SVI地区(SVIが0.75以上)と低SVI地区(SVIが0.75未満)に層別化した。その後、回答者のテレヘルスの利用と障壁の平均値と95%信頼区間を計算した。5回の調査のプールされたデータを用いた基本分析に加えて、回答者の回答回数データを用いて感受性分析を行った。

その結果、すべての医療提供者が迅速にテレヘルスにシフトしたが、テレヘルスの主な方法(modality)と医療提供者が経験した障壁のタイプには、地域の特性により差があった。高SVI地区の提供者は低SVI地区の提供者より電話利用率がほぼ2倍高かった(41.7%対23.8%; $p<0.001$ )。画像利用のテレヘルスの利用率には逆の関係が見られた(高SVI地区18.7%、対低SVI地区33.7%; $p<0.001$ )。高SVI地区の医療提供者は低SVI地区の事業者に比べて、患者と医療提供者に関連した障壁に直面していた。結論:2020年4~6月、テレヘルスはニューヨーク市のプライマリケア提供の主要手段となった。しかし、テレヘルスへの移行は地域全体に同様のやり方では広がらなかった。平等なテレヘルスを保証するためには、特に恵まれない(marginalized)患者層と彼らに奉仕する人びとに集中しているバリアに対処するよう政策変更すべきである。

**二木コメント**—日本とは桁違いに深刻なコロナ・パンデミックに襲われたニューヨーク市でも、テレメディスンの利用とその方法には各地域の社会経済的特性で大きな差があったことを実証した感動的論文です。それにしても、医療崩壊の極限でも、このような高水準の調査研究を迅速に実施したニューヨーク市とニューヨーク大学の底力には圧倒されます。なお、本論文の「小規模」診療所の基準は常勤の「医療提供者」(providers。医師だけでなく、ナースプラクティショナーも含むと思います)が4人未満であり、医師単独開業が中心の日本の「小規模」診療所とは異なります。

### ○情報技術による医療イノベーション：インセンティブの役割

Zweifel P: Innovation in health care through information technology (IT): The role of incentives.

Social Science & Medicine 289(2021)114441, 6 pages [理論研究・概説]

最近数年、情報技術(IT)は医学・医療の革命を起こすともて囃されている。しかし、医療部門における新しいITの導入は緩徐で、それは恐らく関心の欠如の反映である。経済学的に言えば、医療における主なプレイヤーのインセンティブは、新しいITに不利に作用する。というのは、それはプロダクト・イノベーションよりもプロセス・イノベーションや

組織的イノベーションを促進するからである。プロダクト・イノベーションは医療消費者の支払い意思を強めるため、医療部門で働く人びとに歓迎されるが、プロセスイノベーションはしばしば同じサービスをより安価に提供することを意味するため、彼らから抵抗される。このことは組織的イノベーションについても同じである。なぜならそれは、垂直統合をもたらし、専門職の自律性喪失を生むからであり、そのエビデンスはマネジドケア組織創設の困難さである。本論文の目的は、(現在の及び潜在的)患者、医師、病院、保険者及び政府がITによる医療イノベーションを支持するような環境(経済的インセンティブ)を予測することである。

**二木コメント**—ヨーロッパの医療経済学の重鎮(チューリッヒ大学名誉教授)であるツヴァイフェルによる概説です。本文では医療における3種類のイノベーションと、ITの医療イノベーションへの(潜在的)寄与がていねいに説明されており、医療イノベーションの経済的特徴がよく分かります。本論文を読むと、日本でも一部で主張されているITによる医療革命論の底の浅さか分かります。

**オマケ**：1990年にスイス・チューリッヒで開かれた第2回世界医療経済学会で事務局長を務めたツヴァイフェル氏の閉会の辞でのジョーク。「最後に皆さんにお伝えしたいことが3つあります。第1は～。第2は～。第3は、…忘れまして(The third point.....which I have forgotten)」。私は以前から、講演時に話しのポイントを3つにまとめるようにしていたので、この表現が気に入り、ポイントを2つしか思い浮かべない時に借用しました。古い本ですが、飛岡健『「3」の思考法 三位一体、三すくみ、正反合…にひそむ考え方の知恵』(ごま書房,1987)も面白い本です。

## ○【オランダにおける】経済評価に余命延長費用を含むことの分配面での影響

Kellerborg K, et al: Distributional consequences of including survivor costs in economic evaluations. *Health Economics* 30(10):2606-2613,2021 [量的研究]

患者の余命を延長する医療的介入(medical interventions. 以下、医療)は「余命延長」(added life years)中の医療以外の財貨・サービスの追加的消費をもたらす。本論文はこれらの費用を費用効果分析に含むことが社会経済的集団に与える分配面での影響に焦点を当てる。この文脈で、余命の延長中のQOLと家計の規模の利益の役割にも注目する。オランダの家計消費調査データを用いて、非医療消費(家計の総消費から医療関連消費を除いたもの)と年齢・教育年限(3区分)別の家計規模を推計した。これらの推計を生命表と結合し、余命延長による非医療費用が、特定年齢での死亡予防の増分費用効果比(ICER)に与える影響を推計した。

その結果、余命延長による非医療消費を加えると、医療が高学歴の人びとを対象にした場合、推計ICERがもっとも増加した。家計規模を調整したり(低学歴の人びとは余命延長時に一人暮らしが多い)、及びQOLを調整したところ(低学歴の人びとは平均して余命延長中の健康状態が良くない)、これらの差は和らいだ。経済評価において非医療消費を無視することは、暗黙のうちに高学歴な人びとの医療を優先し、その結果健康における社会的不平等を強めることになる。

**二木コメント**—医療の経済評価でICERに非医療費用を加えないと健康における社会的不平等を強めるとの指摘は私には新鮮でした。

## ○ [ドイツとスペインでは] 患者の [健康] 選好は一般住民の選好とどの程度異なるか？

Ludwig K, et al: To what extent do patient preferences differ from general population preferences? Value in Health 24(9):1343-1349,2021 [量的研究]

費用効用分析では一般住民の健康について選好（以下、健康選好）を用いることが推奨されているが、ドイツを含む一部の国では、一般住民の選好に基づいたバリューセット（効用値換算表）は医療の政策決定者に受け入れられていない。というのは、参照群—一般住民对患者—の効用減少に対する影響に疑問が投げかけられているからである。本研究の目的は患者と一般住民間の健康選好についての潜在的差異と経済評価における両方の選好を結合する道を探ることである。EQ-5D-5Lによる一般住民の健康選好はドイツとスペインの全国バリューセットから得た。患者選好はドイツとスペインでリウマチ患者と糖尿病患者に対して、オンラインで離散選択実験を行って得た。計量経済学的手法として条件付きロジットモデルを用いた。潜在的価値判断(latent values)は全国のバリューセットとした。

合計 1700 人の患者（ドイツ 937 人、スペイン 763 人）を分析対象とした。両国とも、患者は一般住民と比べて、移動の程度、身の回りの管理やふだんの活動を重視し、痛み／不快感や不安／ふさぎこみをあまり重視しなかった。両群の差はドイツの方がスペインより大きかった。ドイツでは、2つの患者グループ間の選好の差はスペインよりも小さかった。以上から、患者の健康選好は一般住民の選好とは異なると結論づけられる。両国とも、一般住民に比べて患者は主観的症状よりも機能的側面を重視した。両群の差は疾患と国によって異なった。本論文では、患者の健康選好を重視する国における患者の選好と一般住民の選好の統合を可能とする方法についても示唆した。

**二木コメント**—健康選好は患者と一般住民とでも、国によっても異なることは以前から指摘されていますが、その最新の研究です。

## ○ [アメリカにおける] 費用効果分析で QALY を用いることについての論争：体系的文献レビュー

Rand LZ, et al: Controversy over using quality-adjusted life-years in cost-effectiveness analyses: A systematic literature review. Health Affairs 40(9): 1402-1410,2021 [文献レビュー・評論]

アメリカの研究者と政策決定者は医療技術評価と価値に基づく価格設定を導入し、薬剤価格について交渉し費用を抑制する道を探求している。QALY（質調整生存年）は、経済的アウトカム測定時にもっともよく用いられているが、それに対する反対論が医療技術評価導入への障壁となっている。本論文は QALY に対してなされている批判の広がりを示し、対処法を検討する。PubMed を用いて、QALY 批判について言及した査読付き論文を検索し、最終的に 88 論文を選択した。

QALY に対する批判は以下の 3 つに大別できる：QALY の方法論への批判、それが中立的に応用されないとの批判、及び差別の危険性である。方法論への批判に対しては、QALY のよく知られている弱点に対処し一貫性を保証することが求められる。それに対して、倫理的批判は QALY に限定されておらず、社会的価値判断についての政治的意思決定が求められる。QALY に対する批判を理解し乗り越え、QALY を医療技術評価と価値に基づく価格設定で用いることができるようにすることは、アメリカの政策決定者が高額な薬剤費と医

療費に対処するために決定的に重要である。

**二木コメント**—QALY 使用についての論争の文献レビューと言うよりは、QALY を擁護する立場から、それへの批判を分類して対処法を論じた評論と言えます。アメリカにおける QALY 批判の広がりを見極めるには便利な論文です。日本では QALY に対する体系的批判はほとんどなされていないため、医療の経済評価・QALY 研究者必読と思います。

### ○死亡前 1 年間のケースミックス、費用と入院は過去 10 年でどう変わったか？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]

医療利用と費用は入院医療、特に死亡前 1 年間の終末期医療に非常に集中しており、これはどの年齢でも同じである。終末期の入院費用と入院を調査した科学研究は少ないし、とくにその趨勢を分析した研究はきわめて少ない。本研究ではイタリア・ロンバルディア州の入院データから、慢性期患者の死亡前 1 年間のケースミックス、費用と入院のデータを抽出し、2005 年と 2014 年の 2 つの患者コホートを比較する。がん患者は 2005 年と 2014 年で医療保険上の扱いが変わったので除外した。日帰り入院患者も除外した。

10 年間で死亡時平均年齢は 3 歳上昇したにもかかわらず、入院医療費（急性期医療・緩和ケア・リハビリテーションの合計）は 10,120 ユーロから 9,916 ユーロへ、在院日数は 17.4 日から 14.3 日へ、入院回数は 2.17 回から 1.99 回へとすべて有意に減少していた。入院医療費の減少は侵襲的措置 (intervention) と在院日数が減ったためだった。ただしこの変化は、終末期患者の QOL/疾病の質（ケースミックスを代理変数として測定）の上昇とは関連していなかった：患者のケースミックス特性、合併症数で測定した臨床像 (clinical condition)、疾病重症度、呼吸器疾患と心不全の頻度は、10 年間で有意に悪化していた。この結果は、医療制度における効果的政策と可能な改革を見だし、入院中心の医療からコロナパンデミックで価値があることが示された地域中心の取り組みに移行するという重要な政策上の課題を提起している。

**二木コメント**—死亡前 1 年間の医療費についての調査研究は少なくありませんが、入院医療費・入院諸率と入院医療の質の 10 年の変化を比較した研究はほとんどなく貴重と思います。日本での追試が待たれます。ただし、本研究では外来・在宅の医療・ケア費用の変化は検討されていません。

### ○アメリカの過去 50 年間の医療利用・費用の趨勢 1977-2017

Mortensen K, et al: Trends in health care utilization and expenditures in the United States across 5 decades 1977-2017. *Medical Care* 59 (8):704-710,2021 [量的研究]

アメリカの医療費は高くしかも過去数十年間顕著に増加している。医療制度の提供、組織及び財政も、技術進歩、政策変更、患者選好、支払方式の変化、人口構成の変化等の要因により、時と共に発展してきた。本研究の目的はアメリカにおける医療利用・費用の経時的変化を調査することである。そのために記述統計を用いて、医療研究・品質庁 (AHRQ) が収集した 1977-2017 年の各種統計を統合して、過去 50 年間の医療利用・費用を調査する。入

院医療、救急医療、病院外来の医師受診(outpatient physician visits)、病院外来の医師以外専門職受診、診療所医師受診(office-based physician visits)、歯科受診、処方薬の自己負担分の利用と費用(請求額ではない)を測定した。すべての費用は2017年ドル表示とした。

50年間に医療費総額、医療区分別医療費は顕著に増加したが、医療利用の趨勢の変化は大きくなかった。1977-2017年にアメリカの人口は53%増加したが、年間総医療費は208%も増加した。予期せぬ医療費請求による自己負担が注目される中で、医療費自己負担の総医療費に対する割合は1977年の32%から2017年の12%に低下したが、自己負担の実額は増加した。本研究はアメリカの医療利用・費用増加のダイナミックスを示した最初のスナップショットである。医療の諸側面は過去に比べると大きく変わっているが、入院医療が現在でも医療費の首位を占めている(dominate)。

**二木コメント**—アメリカの過去50年(1977-2017年)の分野別の医療費だけでなく医療利用の趨勢を鳥瞰できる便利な論文です。

## ○経済学の新しい合意 新しい調査は[アメリカの]経済学者間の合意が増えていることを示す

Economics The new consensus A new study finds that economists are agreeing with each other more. The Economist January 8th 2022: p.60 [経済誌記事]

原著論文: Geide-Stevenson D, et al: Consensus among economists 2020 - A sharpening of the picture. Webster State University, December 2021 (ウェブ上に公開)

経済学者の政策についての意見はバラバラだと長く揶揄されてきたが、最近の調査はもうそうは言えないことを示唆している。この調査は、アメリカ経済学会会員を対象にして1976年以来ほぼ10年おきに行われており、最低賃金の経済的影響からユニバーサルな医療保険の望ましさまで46項目について支持する(agree)か否かを質問している。2020-2021年の最新の調査結果では、46項目の質問のうち3分の1で強い合意が見られた。強い合意は2011年調査では15%、2000年調査では10%未満だった。経済的問題の診断についての合意は高く、驚くべきことに強い政策についての支持も高かった。例えば、アメリカの所得分布はもっと平等であるべきとの設問への支持(やや支持も含む)は2000年の68%から、2020-21年にはめて86%に増加していた。85%が企業の力が強すぎるとの設問を支持し、独占の規制や積極的財政政策への支持も増加していた。

**二木補足・コメント**: 記事は医療保険についての結果を書いていなかったのだから、原著論文を読んだところ、45番目の質問が"universal health insurance coverage will increase economic welfare in the United States" (ユニバーサルな医療保険はアメリカにおける経済的厚生を増す)で、それへの支持・条件付き支持が実に88%にも達しており、強い合意(strong consensus)と判定されていました(20頁)。この質問は今回が初めてだそうです。9頁の結果表とその解説によると、今回強い合意があった15項目のうち新たに強い合意になった4項目の1つがこの質問45でした。アメリカの経済学者の大半は新古典派で、新古典派経済学によれば公的医療保険は「経済的厚生」を減らすとされていますが、コロナ感染爆発により、彼らの認識も変わったのかもしれませんが。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 205)－最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○ガーラマンションのテレビCM（「今日は答えが欲しくて」と問われ）「**答えをもらった**らそこで終わり。問いを持ったらそこが始まり。分からないことのほうがワクワクしない？」（「**答えをください**」とまた問われて）「**答えは……。私も知らん**」（2021年8月19日より放映、ウェブ上にも公開。主演は尾野真千子さん）。

○半藤一利（ジャーナリスト、近現代史（特に昭和史）研究者、作家）「間もなく〔戦争〕体験者は皆死んでいく。うそも書ける時代がすぐそこまで来ているということです。せめて、なるべくうそが交じらないものを残しておかないと。**歴史は書かれない限り歴史にはならないんです。きちんと書くことは、私たちに与えられた仕事だと思っています**」（『半藤一利 語りつくした戦争と平和』東京新聞,2021,130 頁）。**二木コメント**ー私も本「ニューズレター」に転載した論文「『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る」を準備すると共に、2月5日の回復期リハビリテーション病院協会第39回研究大会で行う故石川誠さんの「追悼講演」の準備ため回復期リハビリテーション病棟制度化の経緯を調べていて、どちらについても、関係者にとっては明らかな事実であるにもかかわらず、それらがきちんと公文書や論文等として残されていないことが少なくないことに気付き、自分がそれらを「きちんと書く」使命があると感じました。

○五木寛之（作家）「〔親鸞の研究者からは、親鸞本人ではなく弟子の唯円が記録した〕『歎異抄』はなんとなく大衆的な第二級の資料として扱われている。でも、やはり私は異論があるんです。『歎異抄』には親鸞の息づかいが色濃く出ているし、ものすごく誤解を招きやすいことを承知で言うなら、本人が書いたものよりも他人が書いたものの方が大事なのではないか。私はそう思っているんです。／逆に、その人自身が書いたものというのはそれほど大事ではないのかもしれない。私自身、自分で字を書く人間だからよく分かります。／**机に向かって文字を書くとき、人は必ず修飾するものです。自分の考えを矯正したり、こう読まれたらいいという欲が出たり、いろいろな操作をします。／しかし、人に語ってしまったことは事実として、動かすことのできない記録として後に残る。だから本人が書いたものより本人が語ったこと、あるいは本人がこう振る舞っていた、といった第三者の記録のほうが、じつはその精神や真実をより深く伝えているのではないのでしょうか**」（『私の親鸞 孤独に寄りそうひと』新潮選書,2021,37-38 頁）。

**二木コメント**ー五木さんの指摘・「異論」は、政策研究（特に政策の歴史的研究）でも重要と思い、大いに共感しました。私は、自然科学研究や純医学的研究では学術雑誌に掲載された「査読付き論文」（のみ）を用いるのは当然と思いますが、生きた政策研究を行う場合には、政府の公式報告・調査やそれについて研究・解説した本や論文だけでなく、学術雑誌以外の「商業雑誌」・「業界誌」に掲載された講演・座談会・インタビュー等の記録や各種のマイナーな報告書も丁寧に読み解く必要があると思います。それらに重要・意外な事実や、公式説明とは異なる当事者・関係者の「本音」が書かれていることが少なくないからです。ただし、本や論文が図書館に保存されているのと異なり、それらの文献は散逸しがちな

ので、収集に相当の努力が必要なことが少なくありません。

○**本田哲郎**（カトリック司祭。長年大阪の釜ヶ崎市で、日雇い労働者や野宿生活をするかたの生活支援活動と聖書の勉強会を行っている）「[いままで『悔い改める』『回心』と訳されてきた『聖書』の]『メタノイア』とは、本来、『視座の転換』を意味することばです。『判断の筋道』(nous)を『変える』(meta-)ということで、要するに『視座を移す』ことです。人は視座を移すことによって初めて、今まで見えなかったことも視野に入ってくるようになる。新しい視座から自分を振り返り、社会を見直す。そして自分と人、自分と社会の関わり方を見つめ直す。ここに大きな自己変革への可能性が開かれるのです」（五木寛之氏との共著（対談）『聖書と歎異抄』（東京書籍,2017,81-82 頁）。**二木コメント**—これは私がモットーにしている「複眼でみる」と同じと大いに共感しました。

○**田原総一郎**（87 歳の現役ジャーナリスト）「僕は物忘れこそ、脳をきたえるチャンスだととらえている。なぜなら、物忘れをそのままにしたら、記憶はそこで完全に途切れてしまう。しかし、**思い出そうと努力をすれば、記憶を整理する脳の回路を鍛えることになり、結果として物忘れを防止することにつながっていくからだ。**（中略）なにしろ**調べる時間はいくらでもある。興味のあることに自由に没頭できるのも、我々高齢者の特権なのだ。**／繰り返しいうが、**思い出せないことは何度でも調べればいい。調べるたびに脳の回路が鍛えられ、記憶をしっかりと脳内に格納することができるのだ**」（『堂々と老いる』毎日新聞出版,2021,42-43 頁）。**二木コメント**—ここに書かれていることにすべて同感です。記憶の強化について、私は、1991 年から現在まで 31 年間、英語の本や論文を読んだり、洋画を観て知った単語や気に入った表現を「英単語帳」に書き込み、その記載を細切れ時間に復習しています（現在 67 冊目）。そのために、英語の語彙は現在も増え続けています。私も大学を定年退職後、自由時間が桁違いに増え、「好きなことを好きなだけできる」ようになっています。私は自由時間をほとんど研究と勉強に充てており、2020 年は年間 250 日間「蟄居」しました（1 日 8 時間以上研究・勉強する。研究会参加等は含まない）。

#### <その他>

○**石破茂**（自民党衆議院議員。議会制民主主義を機能不全に陥らせないためには、異論との対話、野党との議論こそ丁寧なすべきとの「原則」に忠実であろうとした結果、党内で「冷や飯」を食わされている）「私が尊敬している**藻谷浩介**さん（日本総研研究員・主著に『里山資本主義』ほか）が、主張されている点は、鋭いと思いました。**菅総理が原稿を読まれることについて、“愛の告白をするときに、原稿を棒読みするものはいない”という指摘**でした。確かにそのとおりで、相手に愛を伝えたい時に原稿を棒読みしませんよね。相手の心に届きませんから」（『自民党 失敗の本質』宝島新書,2021,97 頁）。**二木コメント**—菅義偉前首相の言葉が国民に届かなかった理由をズバリ指摘していると感じました。

## 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9回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」47号（2022年1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

○猪木武徳『経済社会の学び方 健全な懐疑の目を養う』中公新書,2021年9月。

…経済学の教育と研究に50年間携わる中で実感してきたことを踏まえ、「複雑な経済社会[を中心とする社会-二木]を少しでも正確に把握し、問題点を抽出し、いかに対応すれば良いか考える際のヒントを示す。著者の指摘には私もほとんど同感:「自分の内発的な関心に沿って何かを徹底的に調べる作業を重ねる」、「現場の空気を吸う」、「無茶な議論」・「勇ましい議論」をしない、社会研究では「真理」ではなく「真らしい」もの(蓋然的知識[probability:確率])を求める、「演繹論理はドグマを生む」、「歴史は重要だ」、「抜本的改革」という掛け声には注意が必要等。第6章で、マーシャルの"cool heads but warm hearts"の真意を掘り下げる。入門書ではなく、中級書で、**経済学を学ぶ大学院生や若手研究者は必読と思う。**

○石黒圭『文系研究者になる「研究する人生」を歩むためのガイドブック』研究社,2021年10月。

…文系の大学院に入学して「研究する人生」を始めるにあたり、研究者の世界がどのような仕組みで成り立っているのか、その世界を生き抜くために必要な知識は何かといった情報を網羅したマニュアル。「研究者すごろく」に沿って、Q&A形式で記述。Aを1~2行で簡潔に書いた上で、ていねいに解説。ほとんどのAは私が日頃指導していることと一致。例:2.3.2Q問いを立てるとはどのようなことですか→A研究をとおして自分が明らかにしたいことを、1文の疑問文の形で示すことです。2.3.3Q問いが思いつかない場合はどうしたらよいですか→A問いを思いつくのが得意な人に相談し、そこからヒントをもらうことです。5.1.2Qゼミ発表の準備は、発表者にとってどんな意味がありますか→A自らの研究を言葉にし、研究内容が可視化できることに意味があります。第8章生きる(生活)はリアル。はじめにで「私自身は若い人に、『研究する人生』を積極的に勧めようとは思いません」と率直に書いていることにも同感。研究者を目指す院生・実践者だけでなく、教員にも有用。

○福原俊一・他『臨床研究21の勘違い』医学書院,2021年11月。

…臨床研究は難解な数式を使う統計解析と同義と誤解され、高度な解析のテクニックに走る研究の「タコツボ現象」が生じているという危機意識から、臨床研究に関するよくある勘違いを分かりやすく解説した上で、簡潔にポイントを示す。「新規性のみを求めるあまり、既存の研究の対象だけを変えて、同じような研究を大量生産することを『研究のサラミ化』、その結果できた論文を『サラミ論文』という」(20頁)に同感(私は「**犬の実験を猫で繰り返すような論文は書くな**」と言っている)。第5章「研究抄録の5つのチェックポイント」は、文系の量的研究論文の執筆、査読・審査にも有用。**量的研究予定者必読。**「序」の以下の警告は重要:「臨床研究を真にマスターするためには、書籍や講義などの系統的学習だけでは不十分で、**実際のデータを使った実**

践的演習が必須です。自己流にならないようにメンターからの監修がとても有効です。仲間からのフィードバックは、大きな励ましになります」。

## B. 医療・福祉関連

○宮子あずさ『まとめないACP—整わない現場、予測しきれない死』医学書院,2021年9月。…著者は看護師作家。「病気や人の生き死について、偶然の要素が強い」と考えると同時に、「ACPが推進される中で、積極的な治療を求めずに亡くなることばかりが積極的に推進されてほしくない」、「『人生会議』とも言い換えられるACPを『シネシネ会議』にしてはならない」とも考えている。この視点から、著者が死について経験したこと、考えたことを、事例を交えて分かりやすく述べると共に、「整わない現場」でのACPのシミュレーションを行う。ACPについての「セカンドオピニオン」・「副読本」として有用。

○増田雅暢「韓国の介護保険の現在 2021」『週刊社会保障』2021年12月13日号：44-49頁。

…最新の情報とデータを用いて、韓国の介護保険の概要、特徴、実施状況、改正経緯と今後の課題を簡潔に紹介。サービス受給者の保護者のサービス満足度は約90%で、利用者がもっとも満足しているサービスは訪問介護の「家事支援」。ゼミ生の金道勲氏が資料提供や今後の課題について協力や示唆。

○「<医療政策ヒストリー座談会記録>第7回『2006（平成18）年医療保険制度改革』『医療と社会』31(2):181-288,2021年11月。

…小泉純一郎内閣が2006年に行った医療保険制度改革と診療報酬改定について、厚労省担当者が座談会形式（+追加インタビュー）で、率直に語っている。新田秀樹氏が、それらのポイントを簡潔に解説している（184-189頁）。私は特に、公式文書には書かれていない以下の3つの本音発言に興味を持った。①医療費適正化対策に盛り込まれた生活習慣病対策（特定健診・保健指導等）は経済財政諮問会議の医療費伸び率管理制度提案に対する「対抗策」だったが、辻哲夫審議官（当時）は、それ以前から生活習慣病対策に「根源的な情念」を持っていた。②介護療養病床廃止方針は2005年12月に突然老健局から出され、保険局にとっては「衝撃的」だったが、最終的に「判断」したのは辻氏。③7対1病床の新設は麦谷眞理保険局医療課長が主導したが、当時は、「医療機関は現有看護師で7対1を取るために分母になるベッドを減らす」、「現実には5対1の看護体制でやっているようなところだけが手を上げるだろう」と思っていた。医療政策研究者必読。

○阿部彩・他「子どもの医療費助成制度の受診抑制に対する影響—大規模自治体データを用いた実証研究」『医療と社会』31(2):303-318,2021年11月。

…子どもの貧困研究の第一人者が、3つの都県の子どもの生活に関する調査を統合したデータを用いて、子どもの医療費助成制度が子どもの医療サービス受診抑制〔の軽減〕に与える影響を推計。その結果、中学2年生については、3割負担及び償還払いの自治体に居住している場合、自己負担0円の自治体に居住している場合に比べ、約2倍の確率で受診抑制が起こっている&経済的に厳しい層ではこの関連はさらに大きい等の等の事実を見いだす。文献も豊富。ただし、受診抑制が子どもの健康や医療費総

額に与える影響は検証していない。

○医療情報の公開・開示を求める市民の会編『事例から学ぶ「医療事故調査制度」活用Book』篠原出版新社,2021年12月。

…医療事故調査制度が2015年に発足して以降6年間の運用実績を踏まえて、同制度を「もっと生かしてほしいという思いから企画」された本。医療事故裁判を扱う弁護士、医療事故被害者遺族、医療事故調査制度に積極的に取り組んでいる医師等が執筆。医師・医療界の告発本と異なり、執筆者は皆理性的で、改革提言にも説得力。私は「**産科医療補償制度と医療事故調査制度の大きな違い**」（141-145頁。勝村久司）がいちばん勉強になった。病院勤務者は読んだ方がよい。

○久繁哲徳『図解 医療の世界史 データとイメージで読み解く』丸善出版,2021年12月。

…著者は日本の「医療の経済評価」の草分け・重鎮で、これまでの医療の評価の成果に基づいて、医療の世界的な歴史を鳥瞰し、現状の評価と今後の見通しについてのヒントを提示する。本文は10章構成。第1～5章は総論で、第6～10章は人類の誕生から、古代中世まで。近世、近代、現代の検討は続巻とのこと。「付論 **新型コロナウイルスのパンデミック 事実と根拠に基づく意思決定へ（2020年10月現在の評価）**」は、評価時点で得られた科学的根拠に基づいて、日本の政府、マスコミ、専門家の対応を検証・批判し、世界各国の対策の効果を比較・評価。西浦氏の42万人死亡説を「疑似科学による扇動」と厳しく批判。どんな対策も「感染流行の曲線はほとんど変えることができなかった」として、ロックダウンしなかったスウェーデンの対策を高く評価。私は、「コロナに対する恐れを感じる人の割合が、死亡率が欧米の百分の一である日本が80%近くで、欧州の40%、米国やブラジルの60%を押さえ、韓国と並び、最も高かった」（212頁）ことに注目した。

### C. コロナ関連

○鳥集徹『新型コロナワクチン 誰も言えなかった「真実」』宝島新書,2021年11月。…「媚びないジャーナリスト」を自称する鳥集氏が、コロナワクチンに懐疑的意見を持つ長尾和宏医師、宮澤孝幸氏、森田洋介医師、及び匿名の2人の医師にインタビューし、終章で自己の意見をまとめる。鳥集氏は「新型コロナワクチンが『史上最大の薬害事件』になることは間違いない」と断言するが、教条的「反ワクチン派」ではなく、「ベネフィットとリスクは『年代別』に比較考量すべき」、「接種を強要する思想は分断、差別、暴力を生むだけ」とも指摘。コロナワクチン（接種）についての「セカンドオピニオン」書。

○本田宏編著『日本の医療はなぜ弱体化したのか 再生は可能なのか』合同出版,2021年11月。…新型コロナのパンデミックで生じた「日本の医療崩壊は、1980年代前半から続く医療費抑制政策に起因」、問題が「新型コロナ感染で一気に噴出した」との視点から、16人が執筆。第1章「コロナ禍の病院で起きたこと」、第2章「コロナ以前から医療崩壊は始まっていた」、第3章「医療を再生するために」、第4章「医療再生のラストチャンス」。私は「あとがきにかえて」で書かれている6つの処方箋のうち、③中のフィジシャン・アシスタント、④メディカルスクール、⑥家庭制度の新設・創設・

導入は非現実的（off-the-point）と思う。**私は「医療崩壊」や「ラストチャンス」等のセンセーショナルな表現は好まない。**

○長友薫輝編著『感染症に備える医療・公衆衛生 コロナと自治体』自治体研究社,2021年11月。…「コロナと自治体」シリーズ（全5巻）の最終刊。上掲書と同様に、「新型コロナウイルスによる感染拡大によって医療崩壊となったのではなく、それよりも以前から医療崩壊が起きていた」との視点から政府の医療・公衆衛生政策を批判し、今後の方向性を論じる。

○伊藤周平「コロナ禍による医療崩壊 医療・保健政策の課題」『世界』2022年2月号：146-155頁。

…「繰り返される医療崩壊の様相を振り返り、政府の対応策を検証したうえで、今後の医療・保健政策の課題と医療費抑制政策の転換を提言」したスケッチ論文。

○「特集／730日の“失敗”のメカニズム～我々はなぜこうも失敗し続けるのか～」『月刊／保険診療』2022年1月号：6-40頁。

…政府の新型コロナウイルス感染症対応を「『認めず』『学ばず』『改善せず』という最悪の“メカニズム”」と断じ、失敗のメカニズムを編集部のまとめ（24の失敗）、鼎談、対談、論文で解明。**中島岳志氏、白井聡氏**等、医療分野以外の論客も登場。

○千正康裕『官邸は今日も間違える』新潮新書,2021年12月。

…書名は扇情的だが、中身は真っ当。元厚生労働省官僚が、コロナ禍で明らかになった官邸・日本政治の問題点の背景を解説すると共に（第1～4章）、「国の政策はなぜ国民に伝わらないのか」について分析し（第5章）、よい政策をつくるための霞が関改革・国会改革・国民ができることを具体的かつ熱く提案（第6～7章）。『ブラック霞が関』（新潮新書,2020）の続編。**第1～3章は、コロナ禍の「首相の決断」「官邸主導」の政治プロセス・背景とその限界をリアルに描き、迫力がある。**私は特に、「政治家と官僚の行動原理の違い」、「アビガンをめぐる科学 vs 願望の政治」、「実務と意思決定の乖離」、「日本型のコロナ対策と菅首相の相性の悪さ」等が勉強になった。第4章で書かれている、官僚の書く広報資料が分かりにくくなる3つの背景—①難解な文章を読むことに慣れすぎ、②怒られることが嫌い、③生活者の経験がほとんどない—は説得力がある。第6章（国会改革）の「おかしいことをおかしいと指摘されたら、ちゃんと直す政府であってほしい」、「行政監視、政策の議論、効率化をすべて進める」との著者の意見に私も大賛成。

◎太田圭洋「（インタビュー）新型コロナ感染が落ち着いても…すでに出ている一般医療への影響 オミクロン警戒下で病院が再拡大を恐れる理由」「『病院や医療者の頑張りだけでは乗り越えられない』第6波やオミクロンを前に病院の医師が願うこと」BuzzfeedJapan 2021年12月17-18日（聞き手：岩永直子）※昨年12月19日に緊急推薦済み。

…太田医師は、名古屋記念財団理事長・日本医療法人協会副会長で、政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議等の構成員を務めている。自病院（名古屋記念病院と新生会第一病院等）は2020年3月から患者を受け入れており、患者クラスターの発生も経験した。これらの経験を踏まえて、コロナ医療では「要員の確保がすべて」と強く

調し、コロナ病床をすぐに増やせない苦悩を率直に語り、「医療が頑張っても、ただ一般医療によりしわ寄せがいくだけ」と指摘し、国民に「感染を一定程度に抑えるために、感染しない・させない行動を取ってほしい」と切々と訴える。「医療が頑張ればどうにかなるのに、なぜ経済がここまで犠牲にならなければならないのか」、「一般医療を制限すればいい」、「民間病院はあまりコロナ対応をしていない」等のマスコミやSNS、官邸、経済界の批判がいかにも的外れで、頑張っている医療者にとって酷いものであるかがひしひしと伝わってくる。

○「(インタビュー) 太田圭洋・日本医療法人協会会長に聞く Vol.1 2021年、国民の不満のはけ口が医療に向かった、Vol.2 2020年、支援金は『追い風』も恩恵にはバラツキ、Vol.3 2022年医療への『向かい風』を回復する必要」、Vol.4『国民は医療を理解していない』コロナ禍で露呈」m3.com 2022年1月 (Vol.1は1月12日、Vol.2は1月16日公開。聞き手・まとめ：橋本佳子)

…民間病院経営者の立場から、2020年と2021年を振り返り、2022年の医療界を展望。下記座談会の加納繁照氏と同じく、「地域医療は面で支えており、新型コロナ以外の患者を診る病院があって初めて成り立つもの。**発熱で救急搬送されてくる10人のうち新型コロナ患者は1人あるかないか**」で、「新型コロナ医療とコロナ以外の一般医療、その両方の医療機関が成り立つような支援のスキームがないと、地域医療が崩壊しかねません」(Vol.2)。

○中村秀一・加納繁照・平石朗「(座談会) 新型コロナと“ニューノーマル”時代の法人経営」『WAM』2022年1月号：2-9頁。

…中村氏・加納氏(大阪の加納総合病院理事長・日本医療法人協会会長)、平岩氏(全国老人福祉施設協議会会長)による濃密な座談会。大阪の民間病院でコロナ入院患者を最初に受け入れた加納氏の発言は迫力・説得力がある。私は、加納氏の次の発言に注目した：・政府の補正予算による病院への多額の支援は、病院団体が緊急アンケートをとってエビデンスを出し、厳しい状況をはっきり示したために実現した。・日本ではコロナ患者を受け入れなかった病院も含めて二次救急医療を守ったが、欧米では急性期病院の集約化が進みすぎていたため、一般の救急患者が廊下で待機しているところにコロナ患者が救急搬送され、病院そのものが感染源となって大規模な感染拡大が生じた。・大阪では2020年4月でも**救急患者のうちコロナ患者は7%にすぎない**&二次救急は不要不急の医療ではない!・これからは地域包括ケアシステムの中で二次救急をいかに回していくかが重要。・岸田内閣が進める看護師等の給与アップの対象には看護補助者も加えるべき。

○ウォルター・シャイデル「(インタビュー) コロナと不平等 金融緩和で富裕層の資産が増加 拓のロジックが格差を増大させる」『週刊エコノミスト』2022年1月4日号：21-23頁。

…著者は人類の歴史を通じて不平等を研究し、著書『暴力と不平等の人類史』(2017)で、人類の歴史上、平等化は①戦争、②革命、③国家崩壊、④疫病という暴力的かつ悲劇的な「4つの騎士」によって達成されてきたと主張。その上で、今回のコロナ禍は過去の壊滅的な疫病と比較して、死者が相対的に少なかった幸運があったため、格差は

正の役割を果たすことはない」と指摘。氏の研究はピケティ氏の研究に触発されたと認めつつ、「歴史的な現実と、ピケティ氏らが望む非暴力的な格差解消策との間には、分離が生じている」とも指摘。私は「4つの騎士」は、フックス氏があげた、アメリカで将来的に国民皆保険が実現する条件と重なると感じた（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,21-22頁）。

#### D. 政治・経済・社会関連

○ウォルター・シャイデル著、鬼澤忍・他訳『暴力と不平等の人類史 戦争・革命・崩壊・疫病』東洋経済新報社,2019（原著 2017）。

…人類史の夜明けから 21 世紀 10 年代までの超長期的視点から、不平等の歴史を様々な資料から鳥瞰し、各時代のジニ係数と高所得者（上位 1%または 0.01%）の所得・富のシェアを大胆に推計。不平等は経済発展と共に拡大し、平等化は①戦争、②革命、③国家破綻・体制崩壊、④疫病の「4騎士」しか実現できず、その効果も持続しないと主張。「平和的平等化」の効果はほとんどなく、経済危機や民主主義の平等効果もほとんどないとも主張。ピケティ『21 世紀の資本』と同じく、21 世紀の 1980 年代以降、世界的に不平等が拡大していることを示し、クズネッツの逆U字曲線（不平等は経済発展の移行期に拡大するが、それ以降は縮小）仮説を否定。ただし、著者も認めるように大規模な平等化・不平等の「大圧縮」をもたらした①戦争は第 1 次世界大戦と第 2 次世界大戦だけ（両方を一体化して「30 年戦争」）、②革命はロシア革命と中国革命だけであり、共に 20 世紀のみの事象（フランス革命は「地味な革命」で平等化も「地味」！（304 頁）。③と④はほとんど前近代のみに生じている&14 世紀のペスト蔓延で「世界が一変」したのは（今流に言えば）第一波のみ。著者も、現代では、上記「4 騎士は馬から下りた」と認める（553 頁）。著者も自認するように、本書の「メッセージはどこまでも暗く」、本文だけで 582 頁の大著だが、**貧困・格差についての世界史の教養、トリビアが身につくので、それに興味がある人は読んだ方が良い。**

○岡本隆司『中国史とつなげて学ぶ日本全史』東洋経済,2021 年 10 月。

…「東アジアで圧倒的な存在の中国の歴史を抜きにして、空間的にも時系列的にも日本の位置を理解することはできません」との視点から、「中国史、世界史の広がりの中で日本とその歴史を体系的に捉えなお」した啓蒙書で、日本史&日中関係史についての教養が身に付く。「太古まで歴史を振り返ってみても、大陸・[朝鮮]半島と日本列島が蜜月だった時代はほとんどありません。お互いに即かず離れずの状態がもっとも安定し、たまに深入りすると痛手を負うことの繰り返しでした。（中略）その意味では、[現状は]歴史的な状態に回帰していると見ることもできる」（253 頁）との醒めた見方は参考になった。

○柳沢高志『孤独の宰相 菅義偉は何者だったのか』文藝春秋,2021 年 12 月。

…著者は日本テレビ政治部記者で、2015 年に「菅（官房長官）番」になって以来、ずっと菅に密着（癒着？）取材を続けてきており、安倍内閣末期～菅内閣時代の、菅の言動や自民党の党内事情をリアルに描いている。当然のことながら、視点はかなり菅寄りで、「終わりに」の最後では、菅の復活を期待。私は、菅が、①世論調査に一喜一憂していたこと、②岸田を「戦わない政治家」と心底嫌っていた（見下していた）こと、

及び③「自民党が怖い」と本音で思っていたこと（181-192 頁）が参考になった。③の頂点は、菅内閣末期の「苛烈な“菅おろし”」（第 7 章）だが、これは自民党の底力 a/o 「怖さ」（菅）とも言える。菅が、医療改革では、コロナ対策以外に、不妊治療の保険適用に相当こだわっていたことがよく分かった（117,133,143,149 頁）。それに対して、菅の医療改革のもう一つの柱であるオンライン診療の恒久化には、なぜかまったく触れていない。

**＋○森功『菅義偉の正体』** 小学館新書,2021 年 2 月（「ゼミ通信」37 号（21 年 3 月）再掲）

…『総理の影』（2016 年）に大幅加筆修正し、序章と終章を追加。徹底取材と本人インタビューで「庶民宰相」の虚飾を暴く：「政策の根っこは新自由主義と称される市場原理主義」。

**○岸田文雄「私が目指す『新しい資本主義』のグランドデザイン」**『文藝春秋』2022 年 2 月号：94-106 頁。

…岸田首相は昨年 9 月の自民党総裁選挙で、「新自由主義的な政策からの転換」を掲げたが、新自由主義とは何かについては説明しなかった。本論文の冒頭で、それを「市場や競争に任せれば全てがうまくいくという考え方」と定義し、「このような考え方は、1980 年代以降、世界の主流となり、世界経済の成長の原動力となりました。他方で、新自由主義の広がりとともに、資本主義のグローバル化が進むに伴い、弊害も顕著になってきました。／市場に依存しすぎたことで格差や貧困が拡大したこと、自然に負荷をかけ過ぎたことで気候変動問題が深刻化したことはその一例です」と述べる。その上で、「市場の失敗がもたらす外部不経済を是正する仕組みを、成長戦略と分配政策の両面から、資本主義の中に埋め込み、資本主義がもたらす便益を最大化すべく、新しい資本主義を提唱していきます」と宣言し、そのための経済（成長促進）政策について論じる。最後に「若者世代・子育て世帯の所得の引き上げ」（「令和版所得倍増」）に触れるが、再分配政策の要である「社会保障の機能強化」やそのための財源確保については触れていない。総裁選挙立候補時に掲げた「金融所得課税の見直しなど『1 億円の壁打破』」も封印。逆に、「社会保障制度を支える人を増やし、能力に応じて皆が支え合う持続的な社会保障制度を構築することにより、若者、子育て世帯の保険料負担増の抑制を目指します」と述べ、安倍・菅内閣の「全世代型社会保障」とほぼ同じ表現。