

2022.3.1(火)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 212 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。**

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/>。

212 号の目次は以下の通りです (31 頁)

1. 論文：新自由主義と新自由主義的医療改革についての私の理解（「二木教授の医療時評(200)」『文化連情報』2022 年 3 月号 (528 号) : 10-15 頁) ……2 頁
2. 講演録：地域包括ケアの過去と現在ーコロナ収束後の「再起動」のために（『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2022 年 [冬] (第 182 号) : 11-14 頁) ……8 頁
3. 新著『2020 年代初頭の医療・社会保障 コロナ禍・全世代型社会保障改革・高額薬剤』（勁草書房,2022 年 3 月）の「はしがき」と章立て……………14 頁
4. 書評……………17 頁
- A 田倉智之『医療の価値と価格』医学書院,2021 年
- B 伊関友伸『新型コロナから再生する自治体病院』ぎょうせい,2021 年
5. 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 192 回：2021 年分その 12：9 論文）……………19 頁
6. 私の好きな名言・警句の紹介（その 206）ー最近知った名言・警句……………25 頁
7. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第 10 回）……………28 頁

お知らせ

オンライン講演「岸田内閣の医療・社会保障政策の見通しー『新自由主義からの転換』の意味」を、3 月 11 日（金）午後 7 時半～9 時に行います（主催：神奈川県保険医協会・政策部主催。参加費：無料）。参加希望の方は 3 月 9 日までに、以下のアドレスに空メールを送信して下さい：メールアドレス seisaku.kanagawa@gmail.com

自動返信にて、研究会参加申込み用の専用メールが送られるので、そちらから zoom のウェビナーに事前登録をしてください。ウェビナーに事前登録することで、研究会参加が可能となります。空メールを送っただけでは参加できないのでご注意ください。

<講演は次の 3 本柱でお話しします。まず、岸田内閣の医療・社会保障政策の見通しを述べます。次に、岸田首相が強調している「新自由主義からの転換」の意味を考えた上で、新自由主義と新自由主義的医療改革についての私の理解を述べます。第 3 に、菅内閣・岸田内閣で影響力を回復した財務省の過去 20 年間の医療改革スタンスの変遷を簡単に振り返り、同省は厚生労働省に比べてはるかに厳しい医療費抑制を目指しているが、新自由主義的改革は現在は目指していないことに注意を喚起します。>（講演資料「はじめに」より）

1. 論文：新自由主義と新自由主義的医療改革についての私の理解

（「二木教授の医療時評（200）」『文化連情報』2022年3月号（528号）：10-15頁）

はじめに

昨年9月から、「新自由主義」に対する関心が高まっています。その契機はもちろん、岸田文雄首相が自民党総裁選挙以来、「新自由主義からの転換」と「新しい資本主義」を提唱しているからで、それに期待する方も少なくありません。他面、逆に、コロナ禍が収束した後は、政府が厳しい新自由主義的医療改革を復活させると心配している方もいます。

そこで、今回は「新自由主義」と「新自由主義的医療改革」についての私の理解を述べます。私が強調したいことは、①新自由主義はきわめて多義的であること、および②小泉政権以降の医療政策には「新自由主義的医療改革」が含まれるが、改革の中心は伝統的な医療費抑制政策であり、新自由主義的改革はごく一部しか実施されていないことです。

岸田首相の「新自由主義からの転換」論

その前に、岸田首相の「新自由主義からの転換」論を簡単に検討します。岸田氏は首相就任後もこのことを繰り返していましたが、それは枕詞あるいは「スローガン語」とどまっていました。2020年9月の自民党総裁選挙出馬時に出版した『岸田ビジョン』には新自由主義への言及はまったくありませんでした(1)。

しかし、『文藝春秋』本年2月号の「緊急寄稿」論文「私が目指す『新しい資本主義』のグランドデザイン」で初めて具体的な説明をしました(2)。

岸田首相は、本論文の冒頭で、新自由主義を「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、続けて以下のように述べました。「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」。

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）政策について論じています。

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」）に触れています。しかし、賃上げと並ぶ分配・再分配政策の柱である「社会保障の機能強化」やそのための財源確保についてはまったく触れていません。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』」も封印しています。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、今後の負担増を否定しています。これは、「今後10年間は消費税を引き上げる必要はない」との安倍晋三元首相・菅義偉前首相の主張を踏襲しているためと思います。

新自由主義は多義的概念

新自由主義について、まず指摘しなければならないことは、それがきわめて多義的で、論者によって定義が大きく異なり、学問的にも、政治的にも合意はないこと、および多くの場合新自由主義は否定的・批判的意味で用いられていることです。稲葉振一郎氏（明治学院大学教授）は、新自由主義は「寄せ集めの雑多な現象に対して貼り付けられた外在的なレッテルとでも考えた方がいい」と主張しています(3)。

このことを踏まえた上で、私は、新自由主義を特定の「思想」（イデオロギー）と狭く理解する見方と、現代資本主義の体制概念と広く理解する見方の2つに分けるのがわかりやすいと考えています。前者は、新自由主義を、市場原理を「市場」（経済活動）の枠を超えて、政治・社会のすべての分野に導入し、（巨大）企業の利潤の極大化と社会保障制度の縮小・（究極的）解体を目指す政治・経済「思想」（イデオロギー）とし、その象徴はいわゆる「ワシントン・コンセンサス」とされています。「市場原理（至上）主義」もほぼ同義です。私もこの理解です。岸田首相の上記の定義は、これの穏健版（？）と言えます。

それに対して、新自由主義を現代世界の「体制概念」と広く定義し、それを厳しく批判する研究者で世界的にもっとも著名なのはデヴィッド・ハーヴェイ（ニューヨーク市立大学教授。地理学者）で、氏の名著『新自由主義—その歴史的展開と現在』は、日本でもよく読まれています。ハーヴェイは、「新自由主義とは何よりも、強力な私的所有権、自由市場、自由貿易を特徴とする制度的枠組みの範囲内で個々人の企業活動の自由とその能力とが無制約に発揮されることによって人類の富と福利が最も増大する、と主張する政治経済的実践の理論」と定義し、「ソ連崩壊後に新たに生まれた国々から、ニュージーランドやスウェーデンのような古いタイプの社会民主主義にいたるまで、ほぼすべての国家が、時に自発的に、時に強制的な圧力に応える形で、何らかの新自由主義的理論を受け入れるか、少なくとも政策や実践の上でそれに適応している。…今日の中国でさえも、…この方向に向かって突き進んでいる」と主張しています(4:10-11頁)。

本書の「付録 日本の新自由主義」を執筆した渡辺治氏は、「ハーヴェイが新自由主義を、経済グローバリゼーションの下で先進資本主義諸国が採用した新たな国家体制あるいは政治制度と捉えるのではなく、途上国・旧社会主義諸国を含めて展開される一個の世界体制・現代資本主義の一時代であると捉えている」と解説しています(4:292頁)。

この定義は非常に包括的で、現代世界を大局的に把握する上ではそれなりに意味があるのかもしれませんが、私から見ると、♪なんでもかんでもみんな♪新自由主義で、日本の医療・社会保障政策を分析的に検討する上では無力と思います。

新古典派経済学とは異なるが…

医療関係者には、新自由主義と新古典派経済学を同一視する方が少なくありませんが、それは誤解です。新古典派経済学は、市場メカニズム（原理）による資源配分がもっとも効率的と主張しつつ、古典派経済学が依拠した「労働価値説」を廃棄し、「効用価値説」に依拠する経済学の主流派「理論」です。なお、田倉智之氏は、「労働価値説」と「効用価値説」の両方が健康・生命の価値を考える上で有用と指摘しています(5)。

ただし、新古典派経済学そのものも、それを信奉する経済学者の政治思想も多様であり、新古典派理論を純化させると新自由主義・市場原理主義になるとも言えます。現実には新自由主義派の経済学者はほとんど新古典派です。しかし逆は必ずしも真ならずで、少なくとも日

本では、新自由主義とは一線を画している新古典派経済学者の方が多と思います。

日本の経済学者で新自由主義派と自称している方はごく少なく、私の知る限り社会保障改革について発言している経済学者では、八代尚宏氏だけです(6)。八代氏は、最近も、岸田政権の「新しい資本主義」論を正面から批判し、「新自由主義の規制改革」を推進すべきと主張しています(7)。なお、八代氏は、まだ経済企画庁官僚だった1980年に、日本で初めて国民皆保険制度を否定し、アメリカ型の民間HMO(マネジドケアの一形態)の導入を主張した、筋金入り(?)の新自由主義者です(8)。

逆に、小泉政権下で「構造改革」(一般には新自由主義改革と呼ばれる)を推進した竹中平蔵氏は、福田政権時代(2008年)からこの「レッテル」に激しく反発し、「私のどこが新自由主義者なのか」と述べていました(9)。最近も、「私は新自由主義者ではない」と断言しています(NHKラジオ第1「三宅民夫のマイあさ!」。2021年12月17日)。

私が最近注目していることは、アメリカ経済学会会員に対する2020-2021年の意識調査で、「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」との設問に対する支持・条件付き支持が88%にも達していたことです(10)。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、彼らの認識が大きく変わったのかもしれませんが。

小泉政権の新自由主義的医療改革

このような事情から、私は、「新自由主義」、「新自由主義的医療改革」という用語は抑制的に使っており、使う場合はその意味を明確にしています。

例えば、中曽根康弘首相が1980年代前半に推し進めた「臨調・行革路線」は日本における新自由主義改革の出発点と言われることが少なくありませんが、私は、1980年代の日本の医療費抑制政策の「成功」の要因を分析し、「臨調行革路線が建前としては規制緩和を強調したにもかかわらず、厚生省は、医療費抑制のために、逆に、一貫して規制強化の政策を採用し続けた」と指摘しました(11)。

私が日本の医療政策の分析で初めて「新自由主義」という表現を用いたのは、1999年2月に経済戦略会議「最終答申」に国民皆保険解体を意味する「日本版マネージド・ケアの導入」が盛り込まれた時で、「社会的弱者を切り捨てるアメリカ流の市場原理的・新自由主義的改革は簡単には実施されないだろう」と予測しました(12)。

私が「新自由主義的医療改革」という表現を本格的に用いたのは、小泉政権が2001年6月に、経済財政諮問会議「今後の経済運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(後に「骨太の方針」と略称)が閣議決定された時です。私は、その「医療制度の改革」に含まれる次の3つの改革方針を「市場メカニズムに基づく資源配分を絶対化する新自由主義的医療改革」と位置づけました：①株式会社方式による医療機関経営、②保険者と医療機関との直接契約、③公的保険による診療と保険によらない診療との併用(混合診療)(13)。

当時、医療(運動)団体の多くは、小泉政権の医療制度改革全体を「新自由主義的改革」と見なし、しかもそれらがすべて実施されると思い込んでいました。

それに対して、私は、①小泉政権の医療改革は伝統的な医療費抑制政策(医療費総額の伸びの抑制)と新自由主義的医療改革の両方を含んでいる、②医療経済学的にみて、上記改革はいずれも医療費増加を招くだけでなく、厚生労働省も日本医師会も強く反対しており、「全面実施は困難」と予測しました。

その後、私の予測通り、新自由主義的3改革はいずれも頓挫しました。株式会社方式による医療機関経営は、当初、新自由主義的改革(医療分野への市場原理導入)の最大の争点でしたが、最終的に全面解禁は見送られ、医療特区で自由診療に限定して認められました(14)。しかし、最終的には、神奈川県に再生医療に特化した診療所が1か所設立されたにとどまりました。混合診療についても全面解禁は否定され、部分的・限定的混合診療である「特定療養費制度」が「保険外併用療養費制度」に衣替えしただけに終わりました(15)。

「新自由主義的医療改革のジレンマ」と安倍政権の医療改革

この経験を踏まえて、私は 2004 年に、以下のような「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」概念を提起しました：「企業の医療機関経営を含めた医療の市場化・営利化は、企業にとっては新しい市場の拡大を意味する反面、医療費増加（総医療費と公的医療費の両方）をもたらすため、（公的）医療費抑制という「国是」と矛盾する」（16）。私はこの概念は、その後の歴代の政権の医療政策を分析する上でも有効だと判断しています。

2012～2020 年の 8 年間も続いた第二次安倍政権は、小泉政権時代並みの厳しい医療費抑制政策を強行しましたが、新自由主義的改革はごく限定的にしか実施していません（17）。例えば、安倍政権の規制改革会議は 2014 年に混合診療の全面解禁につながる「選択療養制度の創設」を提案しましたが、厚生労働省や日本医師会の強い反対を受けて、最終的に、保険外併用療養費制度とほとんど変わらない「患者申出療養」に落ち着きました。同じく安倍政権の「産業競争力会議」は 2013 年にアメリカ型の「巨大ホールディングカンパニー」を提案しましたが、同じく、厚生労働省や日本医師会の強い抵抗により、非営利性が非常に強い「地域医療連携推進法人」に落ち着きました（18）。

これらの動きに先立って私は、「安倍内閣の医療政策の中心は、伝統的な（公的）医療費抑制政策の徹底であり、部分的に医療の（営利）産業化政策も含んでいる」と位置づけていました（19）。この複眼的把握は、菅内閣、岸田内閣でも同じです。

「医療・社会保障改革の 3 つのシナリオ」

このこととも関連して、私は、2001 年に小泉政権の医療・社会保障改革を分析した時から、以下のような「21 世紀初頭の医療・社会保障改革の 3 つのシナリオ」を提起しています。第 1 のシナリオは、「アメリカ型の新自由主義的改革、つまり市場原理・市場メカニズムを万能視し、医療・社会保障もそれに基づいて改革すべきという主張」、第 2 のシナリオは、現行の医療・社会保障制度の解体ではなく、国民皆保険制度の大枠は維持しつつ、それを部分的な公私 2 階建て制度に再編成しようとするもの、第 3 のシナリオは「公的医療費・社会保障費用の総枠拡大、せめてヨーロッパ並みの医療費水準にするという改革案」です（20）。上述した「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」は、この分析枠組みから論理的・経験的に導き出しました。

3 つのシナリオ説で重要なことは、政府・体制を一枚岩とは見なさず、第 1 のシナリオを目指す経済官庁・経済界と第 2 のシナリオを目指す厚生労働省とを区別することです。両シナリオを混同すると、理論面と実践面で 2 つの実害が生まれます。理論面は単純で将来予測を誤ること、実践面では新自由主義的医療改革に反対する運動の輪を狭くすることです（21）。

おわりにー財務省は新自由主義ではない

以上から、①新自由主義はきわめて多義的であること、および②小泉政権以降の医療政策には「新自由主義的医療改革」が含まれるが、改革の中心は伝統的な医療費抑制政策であり、新自由主義的改革はごく一部しか実施されていないことを示せたと思います。

最後に、財務省は、新自由主義的改革は主張していないことを再確認します。このことは本連載（195）「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」で詳細に述べました（22）。

しかし、菅義偉内閣～岸田内閣で財務省が復権し、しかも同省・財政制度等審議会の昨年 5 月と 12 月の「建議」が医療機関に対してきわめて厳しい提案をしたために、そう心配している医療関係者が少なくないので、改めて強調します。財務省は確かに 2000 年前後は混合診療の全面解禁等を主張していましたが、2005 年後半からはそれを撤回して、保険外併用療養費の拡大＝混合診療の部分解禁（上述した第 2 のシナリオ）に転換し、この点では厚生労働省と「戦略的互惠関係」にあります。

昨年の「建議」でも混合診療の部分拡大は主張されていますが、改革の主眼は公的医療

費の厳しい抑制です。しかも、「建議」で示された改革メニューのうち実際に本年度の診療報酬改定で制度化されたものはほとんどありません。

しかもコロナ禍で医療機関が疲弊していることを考えると、岸田内閣が、医療機関の経営危機を招いたり、国民皆保険制度の根幹を揺るがすような極端な医療費抑制政策は実施できないと思います。本年度の診療報酬改定で、財務省の強い要求にもかかわらず、診療報酬「本体」のマイナス改定が見送られたのはその表れとも言えます。

文献

- (1)岸田文雄『岸田ビジョン』講談社,2020。
- (2)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。
- (3)稲葉振一郎『「新自由主義」の妖怪』亜紀書房,2018,157頁。
- (4)デヴィッド・ハーヴェイ著、渡辺治監訳『新自由主義—その歴史的展開と現在』作品社,2007〔原著2005〕。
- (5)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,2021,48-72頁。
- (6)八代尚宏『新自由主義の復権』中公新書,2011。
- (7)八代尚宏「新しい資本主義より優先すべき『新自由主義の規制改革』」『週刊ダイヤモンド』2021年12月25日号：30-31頁。
- (8)八代尚宏『現代日本の病理解明 教育・差別・福祉・医療の経済学』東洋経済新報社,1980:159-210頁。
- (9)竹中平蔵・山口二郎「(対談)新自由主義か社会民主主義か」『中央公論』2008年11月号(123(11))：54-63頁。
- (10)Geide-Stevenson D, et al: Consensus among economists 2020 - A sharpening of the picture. Weber State University, December 2021 (ウェブ上に公開)
- (11)二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時機』勁草書房,1994,7頁。
- (12)二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,26,109頁。
- (13)二木立「小泉政権の医療制度改革を読む—経済財政諮問会議『基本方針』の批判的検討」『社会保険旬報』2001年7月1日号(2102号)：10-16頁(二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,53-76頁)。
- (14)二木立「株式会社の病院経営参入論の挫折」、二木立『医療改革と病院』勁草書房,2004,111-147頁。
- (15)二木立「混合診療問題の政治決着の評価と医療機関への影響」『月刊／保険診療』2005年2月号(60巻2号)：87-92頁(二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房,2006,45-57頁)。
- (16)二木立「小泉政権の医療制度改革の中間総括」『社会保険旬報』2004年2月21日号(1999号)：12-19頁、2004年3月1日号(2000号)：12-19頁(『医療改革と病院』勁草書房,2004,1-45頁。引用箇所は21頁)。
- (17)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(二木立『20年代初頭の医療と社会保障』勁草書房,2022,第2章第1節)。
- (18)二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,78-88,154-172頁。
- (19)二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,はしがき。
- (20)二木立「21世紀初頭の医療・社会保障改革—3つのシナリオとその実現可能性」『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,1-50頁)。
- (21)二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2007,55-56頁。
- (22)二木立「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—混合診療全面解禁からの転換時期を中心に」『文化連情報』2021年10月号(523号)：

20-27 頁（二木立『20 年代初頭の医療と社会保障』勁草書房,2022,第 4 章）。

[本稿は『日本医事新報』2022 年 2 月 5 日号（5102 号）に掲載した「新自由主義と新自由主義的医療改革をどう理解するか？」に加筆したものです。]

2. 講演録：地域包括ケアの過去と現在—コロナ収束後の「再起動」のために

（『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2022年〔冬〕（第182号）：11-14頁,2022年1月15日発行。リハビリテーション・ケア合同研究大会 兵庫2021（2021年11月18日）。引用文献は紙数の制約のため削除されたが、当日配付資料に基づいて復元）

■進化・拡大し続けた地域包括ケア（システム）の概念・範囲(1)

地域包括ケア——「地域包括ケアシステム」ではなく、あえてこう呼ぶ。理由は後述する——、またはそれに類似するものの実践は、1970年代より各地域で自発的に積み重ねられてきた。以後、その概念・範囲は、進化・拡大し続けている。

「地域包括ケアシステム」なる言葉が誕生したのは、その過程においてである。命名者は、広島県公立御調総合病院（当時。現在は、尾道市総合医療センター公立御調総合病院）の山口昇院長（当時、現在は名誉院長）。ただし、それは当初、あくまでも山口先生の個人的な提案だった。

公的に「地域包括ケアシステム」という単語が使われ始めたのは、2003年以降だ。厚生労働省老健局長の私的検討会「高齢者介護研究会」において『2015年の高齢者介護』という報告書が発表され、そこに記されたのが発端だ。ちなみに、ここには、高齢者の身体的自立のさらに上位概念として人間の尊厳が強調されるなど、非常に意義ある報告書であった。ただ、当時、地域包括ケアは「新しい介護サービス体系」の一部とされた。

その後、地域包括ケアの理念や概念を発展させたのは、「地域包括ケア研究会」（2008年～2018年度。座長：田中滋埼玉県立大学理事長）である。ここで、地域包括ケアの包括的定義（自助、互助、共助、公助の4区分を含む）が示され、さらに、あの有名な植木鉢のイラストなども作成される。このイラストも概念の進化と共に微修正され、2013年度版からは、それまで医療とは在宅医療だったのが、急性期病院や入所施設も含むようになり、さらには多職種連携や専門職の育成の重視、地域マネジメント、対象者を高齢者に限定しない、などなど新しい提案が行われていく。

そして、その間、2011年の第3次介護保険法改正で、地域包括ケアの理念が規定される。しかしながら、そこではまだ地域包括ケアシステムという言葉は使われていない。

地域包括ケアシステムが法律に初めて明記されたのは、2013年の社会保障改革プログラム法である。同年の『社会保障制度改革国民介護報告書』が、「医療と介護を一体化する地域包括ケアシステムというネットワーク」と提起したことを受けている。さらに、翌2014年の医療介護総合確保推進法にも、地域包括ケアの法的定義が盛り込まれる。

ちなみに、この2つの法律で見落としてならないことは、地域包括ケアシステムは、単体で提起されたものではなく、医療機能の分化・連携と地域包括ケアがセットで使われている点である。この医療機能の分化・連携とは、いまでいう「地域医療構想」であり、したがって、地域包括ケアを考える場合には、必ず、地域医療構想もセットにしてとらえなければならないと考える。

また、指摘しておきたいのは、地域包括ケアの法律上の構成要素は、①医療、②介護、③

介護予防、④住まい、⑤自立した日常生活の支援——の5つとなっているが、条文を読む限り、ここに地域づくりが含まれていないこと。さらに、2017年の介護保険法改正でも、地域包括ケアの対象者は65歳以上の高齢者に限定していることである。私は、これは大きな問題だと思っている。法律に規定されていないが故に、自治体のなかには、地域包括ケアの対象者として高齢者以外を入れることを頑なに拒否しているところがあるのは事実である。

■地域包括ケアが「分かりにくい」とされる3つの理由(2)

①概念・範囲の説明が変化・進化し続けている

例えば、皆さんもご存知の有名な地域包括ケアのイラスト。最初に提起されたときは、五輪マークのようなものだったが、2012年度版の報告書では、植木鉢図に変わった。最も重要な基礎にあたるところに、「本人・家族の選択と心構え」と記されたのだ。これは非常に画期的な変化であった。

ところが、「本人と家族は決して一体とは限らない」との批判もあり、2015年度版の報告書では、イラストを微修正、構成要素も再整理されて、ベースの部分は「本人の選択と本人・家族の心構え」となった。つまり、決めるのは本人である、と。その決定を本人自身と家族が受け入れるのだと示したわけで、一見すると、ささいな表現の変化だが、これは、大きな意味のある改訂だったと思う。

ただ、私のような専門の研究者は、そうした変遷を逐一細かく追っているが、忙しい現場の方々は、そうはいかない。故に認識が更新されず、古い理解のままの人も少なくない。それが、わかりにくいとされる理由の1つではないか。周知が徹底されていない現状に対し、「きちんと理解していないほうが悪い」とは言い切れないだろう。

②実態は「ネットワーク」であるのに、「システム」と命名された

実は、これこそが最大の理由である考える。冒頭で私が「あえて地域包括ケア“システム”とは呼ばない」と述べた理由もここにある。というのも、地域包括ケアの実態は、全国一律に法律や制度に規定される「システム」ではなくて、「ネットワーク」に他ならないからだ。それなのに、システムと命名されてしまったことが致命的であった。

実態を的確にとらえ、柔軟に対応できる現場の方は別として、自治体レベルで考えれば、「システムなのだから、法律や通知等で規定される全国一律のもので、国からお達しがあるのだろう」との理解となり、指示待ちとなる。結果、なかなか自発的に動かなくなってしまうのだ。実際、そうした自治体が増えてしまった事実は否めない。

ただし、厚労省もそこは認識しており、軌道修正はしている。例えば、2016年度版の厚生労働白書では、「地域包括ケアシステムとは、地域で暮らすための支援の包括化、地域連携ネットワーク化づくりに他ならない」と明記している。

③地域包括ケアの源流には、保健医療系と（地域）福祉系の2つの潮流がある

これはあまり知られていないかもしれないが、上記2つの源流が、それぞれ独自に発展してきたという経緯がある。1970年代から90年代、ともすれば2000年ぐらいまでは、医療側は福祉の視点を全く入れずに、一方、福祉側（社会福祉法人や社会福祉協議会など）は、医療はほとんど入れない形で、それぞれが別々に地域包括ケアを進めていたのである。そして、両者の交流はほぼなかった。いまでこそ、両者は少しずつ近づいているが、まだまだ

一部の地域を除いては、両者が統合されているとはいえないだろう。

さて、ここでもう1つ補足するが、「地域共生社会」。これと地域包括ケアの関係も非常にわかりにくい。多くの人が曖昧に使用しているように思う。

まず、「地域共生社会」とは、2016年の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」で初めて提起された概念である。あくまでも閣議決定で、これに対する法的規定はない。一方、前述のように、地域包括ケアは法的規定されている。この違いは非常に重要で、法・行政の世界では、法的規定があるものとなないものは、扱いが全く異なる。

また、地域共生社会は広義と狭義の二重構造になっているという点にも注意しなければならない。広義においては「誰もが支え・支えられ、1人ひとりが役割と生きがいをもった…」等々の美しく崇高な理念が掲げられているが、狭義では生活困窮者自立支援・生活保護、あるいは障害者支援といった、要は福祉施策である。厚生労働白書における地域共生社会の記述でも、両者が併存している。

地域共生社会についての説明では、鈴木俊彦前厚労次官の以下の文章がわかりやすい。「地域共生社会とは、地域包括ケア、障害者自立支援、生活困窮者自立支援を3つの柱とする全世代・全対象型地域包括支援の延長にある」

そうした理解で考えるなら、最近、よく見かける「地域包括ケアから地域共生社会へ」というスローガンは、少し誤解を招く表現かもしれない。

■地域包括ケアが「ネットワーク」であるなら、その推進について留意すべき3つのこと

(3)

①全国共通・一律の中心はない

地域包括ケアが「システム」であるなら、上意下達の面もあり比較的シンプルだが、実態はあくまでも「ネットワーク」であるから、誰が中心を担うかは地域によって異なる。この点については、2013年の全国厚生労働関係部局長会議において、当時の原勝則老健局長が実に的確に説明している。

「地域包括ケアは、こうすればよいというものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が、地域の自主性や主体性、特に、地域に基づきつくりあげていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことはどの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」

これは私見だが、地域包括ケアを発展させるための必要条件の1つは、基礎自治体と地区医師会が密接に連携していることが重要だと思う。このことは故石川誠氏も言っておられた。

その上で、自治体は前面に出ないこと。「自治体は黒子の応援者になるべき」とは、先駆的に地域包括ケアを進める岐阜県大垣市の担当者の弁である(4)。逆に、自治体主導は危ないとも言える。

②多職種協働が不可欠

これは地域リハビリテーションに携わる方々にとっては当たり前の話だと思うが、ここで強調しておきたいのは、多職種が「領地争い」をしないことだ。とかく職能団体は「地域包括ケアの中心的役割を果たすのは〇〇である」の〇〇のところに、自分たちを入れたがる

が、それは違う。あくまでも多職種協働で、それも医療・福祉の専門職だけでなく、行政関係者、地域のサービス事業者、地域住民も巻き込んだ協働が重要である。

③2015年以降、「地域づくり」が加わった

本来、地域包括ケアの法律の条文では、地域づくりは定義されていないが、2015年頃より地域包括ケアが含まれるようになった。この背景には、安倍内閣が2016年に発表した「ニッポン一億総活躍プラン」がある。これに伴い、厚生労働行政の枠を超え、いわば国策として、地域づくり、まちづくりが地域包括ケアに含まれるようになってくる。

そうした観点で見ると、地域づくりを含む、地域包括ケアの元祖は、地域リハビリテーションといえるだろう(5,6)。私は、医療政策という点では、地域リハビリテーションは、地域包括ケアと比較し、その定義において2つ優れている点があると考えられる。1つは、地域包括ケアは、法律的にはいまでも65歳以上の高齢者限定であるのに対し、地域リハビリテーションは対象を高齢者に限定していないこと。2つ目は、医療に限定せず、保健医療福祉との連携が必須であることを最初から述べていること。これらが非常に優れた視点だと思っている。

■コロナ危機からの教訓 共助と公助の定義を再考する

約2年弱が経過したコロナ危機であるが、ここから得た大事な教訓としては、社会保障制度（国民皆保険制度、介護保険制度等）により、必要なサービスを全ての国民が平等に受けられることの大切さを、皆が肌感覚で理解したことだと思う。

それを根拠に、「コロナ危機は、中長期的には、日本医療への弱い追い風になる」と、私は主張し、拙著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（勁草書房、2020年刊）でも述べている(7)。現在でもその認識は変わっていない。

というのも、政府や一部の研究者は「地域包括ケアの中心は自助と互助。助け合いこそが大切だ」などと言うが、それ任せでは、地域包括ケアは成り立たないだろうと考えるからだ。

ここで再度、地域包括ケアにおける「自助・互助・共助・公助」（四助）を考えてみたい(8)。四助は厚労省老健局や地域包括ケア研究者らが使う業界用語であり、一般的にはほとんど普及していない。多くは「自助・共助・公助」（三助）を用いている。厚労省内でも、四助を使っているのは老健局のみで、特に、社会・援護局などは三助を好んで使っているように見てとれる。

もともと、伝統的には、三助が一般的に語られており、三助における公助とは社会保障（社会保険と税金で提供されるもの）を意味していた。ところが、2006年の「社会保障のあり方に関する懇談会報告」が、共助＝社会保険、公助＝公的扶助や社会福祉という、それまでの伝統とは異なる解釈を示し、厚労省もそのままそれを採用してしまった。

そうすると、それまで共助とされていた“近隣住民との助け合い”の居場所がなくなり、そこで、地域包括ケア研究会が2008年度の報告書で、従来の共助にあたるものを「互助」と言い換えたわけである。そうして四助が誕生し、地域包括ケアを後押しする老健局もそれらを採用するようになった。

ただし、前述のように、厚労省内でも老健局以外は、いまでも三助が主流であるし、政府も同様だ。

それでいて、三助における共助・公助の意味もまちまちである。ちなみに、菅前首相は「自

助・共助・公助。そして絆」と言っており、ここでいう共助とは、伝統的な三助の解釈としての共助であり、中味は四助の定義における互助を指していた。社会・援護局も、共助を互助の意味で使用している。

これではかえって混乱を招く。実際、論理的にも矛盾している。四助の定義では、介護保険は公助に分類されるが、財源的にみると、5割が公費、4割が保険料、1割が自己負担となり、公助と共助と自助の組み合わせで成り立っていることがわかる。

かくいう理由から、私は共助と公助は区別せず、「社会保障」として一括し、その費用負担方式には社会保険方式と公費（租税）負担方式の2つがあるも、両者に優劣はないときちんと説明すべきだと考えている。

■地域包括ケアの新しい課題 再起動するための3条件(9)

① 参加組織とサービス提供対象を拡大する

今回、コロナへの対応を通し、保健所と医療機関との連携の重要性が再確認された。保健所を積極的に活用し、連携を平時でも継続すべきである。

それから、サービス提供対象の拡大。軽症のコロナ患者とコロナ回復後の患者も含むことが求められるのではないか。また、先程から述べているが、高齢者に限定しないサービス提供も同時に進めるべきである。その点においては、地域リハビリテーション推進の観点から地域包括ケアにアプローチするほうが、効率的かつ効果的かもしれない。

②ICT・デジタル技術を積極的に活用する

コロナ禍を通じて、日本ではICT・デジタル技術の積極的活用が、諸外国に比べて大幅に遅れていることが明らかとなった。それは医療・福祉分野でも同様だ。そのため、菅前内閣の閣議決定「骨太方針2021」の社会保障改革の項では、医療・介護における情報共有と利活用が詳細に提起され、そのトップに「医療機関・介護事業所における情報共有とそのため電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進」が挙げられた。

ICT・デジタル技術の積極的活用は、医療機関や介護事業所に限らず、今後、地域包括ケアに参加する事業者全体で求められ、それにより迅速な連携が可能になると思っている。

③地域包括ケアのマネジメントコストは誰が担うか、検討する

これは新しい問題提起だと感じている。ここでいうマネジメントコストとは、地域包括ケアに参加する組織間の調整コスト、ネットワークを維持するための管理コストで、大半が人件費だが、そのほとんどは地域包括ケアに積極的に参加する事業者の職員や地域住民のボランティア的活動で支えられている。ここをどうするか。

最後に、これに関しての私見、試論を述べる。私は、地域包括ケアがネットワークであることを考えると、今後も、公的財源（診療報酬と介護報酬、補助金等）は、地域包括ケアのマネジメントコストのごく一部を補てんするに留まるだろうと考える。であるなら、公的財源についても、「出来高払い」に加え、何らかの「定額（包括）払い」の導入も今後検討すべきではないか。そのほうが活動の自発性・創意性を保持できる気がする。ただし、そのためには、主導的に動く事業所が健全経営できていることが大前提。したがって、そのために、国が必要な財源を確保した上で、事業者が適正な利益を確保できるよう、診療報酬、介護報酬、補助金単価を設定することが不可欠である。

また、マネジメントコストの補てんには、寄付金を募ることも有効であると強調しておき

たい。

引用文献

- (1) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,22-34 頁（第 1 章第 2 節）。
- (2) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,16-24 頁（第 1 章第 1 節）。
- (3) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,98-107 頁（第 3 章第 1 節）。
- (4) 社会保障審議会・介護保険部会（2016 年 4 月 22 日）参考資料 1（保険者等による地域分析と対応） 39 頁（報告者は篠田浩氏）。
- (5) 澤村誠志・太田仁史・浜村明德、他「地域リハビリテーションシステムの構築について」『日本リハビリテーション病院協会報』第 10 号：7-9 頁,1991。
- (6) 浜村明德「地域リハビリテーションの定義改定について」『地域リハビリテーション』12(4):286-295,2017。
- (7) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』1-10 頁（序章第 1 節）。
- (8) 二木立『『自助・共助・公助』と『自助・互助・共助・公助』の法令・行政での使われ方—探索的研究』『文化連情報』2021 年 3 月号:20-30 頁(ウェブ上に公開)。
- (9) 二木立「地域包括ケアを再起動するための 3 条件とは？」『日本医事新報』2022 年 1 月 8 日号（5098 号）：54-55 頁。

3. 新著『2020年代初頭の医療・社会保障 コロナ禍・全世代型社会保障改革・高額薬剤』（勁草書房,2022年3月）の「はしがき」と章立て

A はしがき

本書の目的は、2020・21年の医療・社会保障（改革）を事実に基づいて多面的に分析し、今後数年間の中期的見通しを示すことです。その際、単なる現状分析にとどまることなく、常に歴史的視点を持って分析しています。

併せて、医療経済・政策学の論点の深掘りも行っています（第6章）。

本書は補章を含めて全7章構成です。各章の要旨は、各章冒頭に示したので、以下、各章で私が特に強調したいことや私の「思い」が強い論文を紹介します。

第1章「コロナ危機後の医療提供体制」は、前著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（2020）序章の続編で、第1節でコロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になると私が判断している根拠をさらに詳しく示します。新たにコロナ危機が収束した後の医療機関（特に民間中小病院）の生存戦略について具体的に問題提起します。第2節では、2021年に突発し、現在も一部続いている「日本は世界一病床が多いのに病床が逼迫したのはおかしい」との病院バッシングが「統計でウソをつく法」であることを示し、ベッドが患者を治療するのではなく、医師や看護師等が治療に当たる」ことを強調します。

第2章「安倍・菅・岸田内閣の医療・社会保障改革」で一番力を入れたのは、第1節「第二次安倍内閣の9年間の医療・社会保障改革の総括」です。ここでは安倍内閣の医療費抑制政策は小泉政権時代のそれに匹敵するほど厳しかった等、一般にはほとんど知られていない事実を明らかにします。

第3章「全世代型社会保障改革の批判的検討」で一番「思い」が強いのは、第1節の2021年4月の衆議院厚生労働委員会で生まれて初めて行った、「一定所得以上」の後記高齢者の一部負担2割化に反対した意見陳述で、第2・3節はそれの根拠論文とも言えます。第3節では、「医療保険の一部負担は究極的に全年齢で廃止すべき」との反時代的（？）主張をしますが、この問題には2つの「ジレンマ」があることも率直に指摘します。

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」では、財務省が医療分野への市場原理導入を目指しているとの主張が事実誤認であることを強調しますが、財務省の変わり身の早さ・「ワル」ぶりにも注意を喚起します。

第5章「社会保障・社会福祉の理念と社会的処方」で特に強調したいことは、医療・福祉関係者の間でも広くかつ無批判に用いられている「自助・共助・公助」や「自助・互助・共助・公助」には大きいな問題があることで、それに代えて伝統的な「社会保障」を用いるべきと主張します。

第6章「医療経済・政策学の論点」で一番強調したいのは、高額新薬で医療費が高騰するとの通説が理論的・歴史的に誤っていることです（第1節）。一番「思い」が強いのは、医療経済学の最重要古典とされているアロー論文「不確実性と医療の厚生経済学」に対し

て長年抱いていた疑問を包括的に述べたことです（第3節）。

今はまだコロナの第6波が続いていますが、2022年中にはコロナ危機が収束することを期待しています。本書が、国民・患者本位で、しかも財源に裏打ちされた医療・社会保障改革を考える一助になることを願っています。

B 章立て

第1章 コロナ危機後の医療提供体制

第1節 コロナ危機後の医療提供体制ー予測と選択

第2節 2021年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？

第2章 安倍・菅・岸田内閣の医療・社会保障改革

第1節 第二次安倍内閣の医療・社会保障改革の総括

第2節 菅義偉首相の社会保障・医療改革方針を複眼的に予測・評価する

第3節 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

第4節 岸田文雄内閣の医療・社会保障政策をどう見通すか？

第3章 全世代型社会保障改革の批判的検討

第1節 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する意見ー中所得の後期高齢者の一部負担の2割引き上げに反対します

第2節 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

第3節 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ー2つのジレンマにも触れながら

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ー混合診療全面解禁からの転換時期を中心に

第5章 社会保障・社会福祉の理念と社会的処方

第1節 「自助・互助・公助」という分け方は適切なのか？～三助の変遷をたどって考える（インタビュー）

第2節 「自助・共助・公助」と「自助・互助・共助・公助」の法令・行政での使われ方ー探索的研究

第3節 改正社会福祉法への参議院附帯決議の意義とソーシャルワーカー（専門職・団体）に求められる役割

第4節 疾病の社会的要因重視には大賛成。しかし、日本での「社会的処方」制度化は困難で「多職種連携」推進が現実的だ

第6章 医療経済・政策学の論点

第1節 高額新薬で医療費は高騰するとの言説の再検討

第2節 厚生労働省が用いる「長瀬式」「長瀬効果」の出自を調べ信頼性を評価する

第3節 「医療の鉄の三角形」説の文献学的検討ーアメリカのローカルな仮説で実

証もされていない

第4節 医療経済学の最重要古典「不確実性と医療の厚生経済学」への3つの疑問

補章 『厚生労働白書』と日医総研調査を複眼的に読む

第1節 『令和2年版厚生労働白書』をどう読むか？

第2節 日医総研『第7回日本の医療に関する意識調査』から何が読みとれるか？

第3節 『令和3年版厚生労働白書』の複眼的検討

4. 書評

A 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
(『週刊医学界新聞』2021年11月15日号(3445号)、他)

歯ごたえのある本だが、最後まで読み通せば、「医療経済の本質」(田倉氏)である「医療の価値と価格」についての理解と知識が深まる。これが本書を読んだ感想です。

田倉さんは、医療経済学研究者には珍しい工学系大学院出身で、そのためもあり主流派経済学(新古典派経済学)の狭い枠組みにとらわれず(ただし、それにやや軸足を置いて)、新古典派以外の経済学、医学(社会医学を含む)、哲学、倫理学、心理学、社会学等の知見も活かしながら、「ひとり学際」(森岡正博氏)的に縦横無尽に論じています。

本書は序章と終章を含め、以下の7章構成です。「序章 なぜ医療経済学を学ぶのかー医療の価格と価値の説明が求められる時代」、「第1章 医療を取り巻く社会経済の動向」、「第2章 健康・生命の価値の考え方と表現」、「第3章 医療市場の価格水準の成り立ち」、「第4章 医療分野の価値と価格のケース」、「第5章 医療の価値の議論と価格のあるべき姿」、「終章 医療に対する価値観を共有し価格水準を考えることの重要性」。

私は以下の3点に注目または共感しました。第1は、本書の原理論とも言える第2章で、新古典派の価値論(効用、主観的価値説)だけでなく、古典派・マルクス経済学の価値論(使用価値と交換価値、客観的価値説)も同等に紹介し、「公益性の高い医療分野において、価格水準の適正化を論じるにあたり」、両説を「スタートラインとする整理が不可欠」と主張していることです(54頁)。私の知る限り、日本語・英語の医療経済学の教科書で、古典派・マルクス経済学の価値論を紹介している本は他にありません。

第2は、第4章を中心として、本の随所で、田倉さんが今まで発表してきた、さまざまな医学分野の経済評価・「価値評価」のエッセンスが簡潔に紹介されており、それが本書の説得力を増していることです: 疾病予防、血液・腹膜透析、白内障手術、薬物療法、服薬アドヒアランス、人工呼吸器、神経内科等。ただ、第4章A1で「多くの予防介入は医療費の適正化につながらないとされている」(186頁)と明記しながら、疾病予防で費用が削減する可能性を示唆する文献ばかり紹介していることには疑問も感じました。

第3は、本書全体で、繰り返し、「わが国の国民皆保険制度は、世界的にみて大きな経済価値を有している」との認識に基づいて、「国民皆保険制度の持続的な発展に向けて一享受者と提供者の双方が納得できるような改革を提唱していること」(例: 222頁)。

残念なことが1つあります。それは、本書が主としてミクロの医療経済学について論じているため、「制度派経済学」について触れていないことです。私は、医療・「社会保障の機能強化」、そのための資源・所得の再配分を考える上では、制度派経済学の知識が不可欠と思っています。それを学ぶためには、権丈善一『ちょっと気になる政策思想 社会保障と関わる経済学の系譜』(勁草書房,2018)の併読をお勧めします。

B 伊関友伸『新型コロナから再生する自治体病院～成功事例から学ぶ経営改善ノウハウ～』ぎょうせい,2021年11月

(『病院』2022年2月号(81巻2号):163頁)

日本で最も多く全国の自治体病院を回っている著者の渾身の書き下ろしで、臨場感にあふれ、叙述はフェアで清々しい。これが本書を読んだ感想です。

本書は6章構成です。各章とも時系列的に書かれ、しかも文献・根拠を示した上で、著者自身の判断を明記しています。

第1章「新型コロナウイルス感染症と自治体病院」と第2章「新型コロナに対する国・地方自治体の病床確保政策」は、新型コロナウイルス感染症(以下、コロナ)患者を中心的に受け入れた自治体病院の奮闘と国・地方自治体の病床確保策をていねいに述べています。第2章後半の都市部10都道府県の事例分析は貴重です。コロナ患者の治療の先頭に立った「自治体病院への国民の評価は確実に高まった」との著者の評価に同感です。

第3章「総務省の自治体病院政策と新型コロナウイルス」は、新自由主義的考えが強かった「旧公立病院改革ガイドライン」(2007年12月)が自治体病院関係者の強い批判を受けて修正され、「新公立病院改革ガイドライン」(2015年3月)に変わった経緯、およびコロナ蔓延後は総務省の自治体病院政策が前向きになったことを述べています。本章を読んで、小泉・第一次安倍内閣の置き土産でもある「旧ガイドライン」通りに自治体病院の縮小・再編が実施されていたら、自治体病院の多くはコロナに対応できなかつたとゾッとしました。

第4章「厚生労働省の進める地域医療構想と新型コロナウイルス」は、コロナ蔓延前の「地域医療構想」では自治体病院の統合・再編が大きな焦点になっており、その頂点が2019年9月の再検証要請424病院名の実名公表であったことを示すとともに、コロナ蔓延後その見直しが始まっていることを述べています。地域医療を守るために主に都市部の自治体病院の統合・再編や病床削減をする必要があるとのスタンスを明示した上で、病院名公表の問題点を指摘し、「一方的な論理の押しつけはかえって地域医療を壊すことにつながる」と警告し、それに代えて「自治体の手上げ方式」を推奨しているのは説得力があります。

第5章「アフターコロナの時代の自治体病院」は、今後の展望です。第6章「アフターコロナの時代の中小自治体病院再生」は、著者が「市政アドバイザー」として病院の再建・バージョンアップに協力している香川県の三豊市立永康病院の「事例報告」で、著者オリジナルの病院建築や病院再生の方法を詳細に紹介しています。

本書を読んで一番印象に残ったことは、著者の「フェアプレー精神」です。さまざまな施策・担当部門を批判する際も、相手側の事情に常に目配りしており、それが本書の記述の信頼性を増しています。例えば、第4章で厚生労働省による再検証要請病院の実名公表を厳しく批判しつつ、その背景として、「少ない職員数で多くの仕事をしなければならない」同省職員側の事情も指摘しています。第6章では、病院の職員増に抵抗する市人事課の硬直的対応を批判しつつ、人事課の職員配置の余裕のなさも指摘しています。

5. 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192回)(2021年分その12:9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。

○ [アメリカにおける] 住民の健康 [改善] のための病院の [地域を基盤とした組織との] パートナーシップ:体系的文献レビュー

Hilts KE, et al: Hospital partnerships for population health: A systematic review of the literature. *Journal of Healthcare Management* 66(3):170-199, 2021 [文献レビュー]

アメリカ医療では高額医療と最適とは言えない健康アウトカムがずっと続いており、それには健康の社会的要因が大きく影響している。オバマケアや価値に基づく支払い改革は病院(healthcare systems)に対して住民の健康を改善する戦略を立てるインセンティブを与えている。病院は、地域を基盤とした組織との新しいパートナーシップをますます拡大・開発して、この課題に応えようとしている。アメリカの査読付き論文の体系的文献レビューを行い、病院・地域パートナーシップの実例を集め、パートナーシップの主な目的やゴール、パートナーシップ評価のために用いられている研究デザイン、パートナーシップに伴う潜在的なアウトカム(プロセスまたは健康に関連した)を検討した。頑健なキーワード検索と徹底的なレファレンスのレビューにより、最終的に、2008年1月~2019年12月に発表された37論文を選んだ。

大半の研究は記述的研究デザイン(n=21)であり、健康ニーズの評価がもっとも一般的なパートナーシップの焦点であり(n=15)、パートナーの種類で特に多かったのは地域/社会サービス(n=21)と公衆衛生組織(n=15)であった。質的調査は病院・地域パートナーシップは縦割りを打ち破ったり、セクター間のコミュニケーションを改善したり、特定の住民に対する適切な介入を確実に行う上で期待が持てることを示唆している。定量的結果の報告はごくわずかだった。それを報告した論文では、結果は全体としてはまちまちであったが、入院の減少は強く支持されていた。本レビューは、地域住民の健康に対処するための病院のパートナーシップについての初めての体系的文献レビューであり、病院管理者、特に住民の健康改善を主導している管理者に貴重な知見を与える。

二木コメント—アメリカでのこのテーマについての初めての体系的文献レビューだそうです。日本でも近年、病院が地域包括ケアや地域づくりに積極的に参加することが推奨されており、今後、この面での日米比較研究が行われることが期待されます。なお、アメリカでは"healthcare system"は多くの場合「医療(提供)制度」を意味しますが、「病院(グループ)」 「医療提供側」の意味で使われることも少なくなく、本論文では「病院」と同義で使われています。

○ [アメリカの] メディケア医療費の高さは患者が感じる医療連携の強さと関連している

Kerrissey MJ, et al: Higher Medicare expenditures are associated with better integrated care as perceived by patients. *Medicare* 59(7):565-572, 2021 [量的研究]

継続的で連携された (coordinated)、患者中心の統合された医療(以下、医療連携) はメディケア受給者に不可欠で、それは医療費を抑制するとも期待されているが、患者が感じる医療連携と医療費との関連についての実証研究はない。本研究の目的は、患者の視点で測定された医療連携と医療費の関係を、初めて探究することである。対象は2015年の「全国メディケア現況調査」中の「医療連携についての患者評価」(patient perception of integrated care) 部門」調査に回答した、出来高払いのメディケアに継続加入していた8,807人である。患者が感じる医療連携は、すでに妥当性を確認されている以下の7つの指数(1~4の4段階で回答。数字が高いほど統合が高い) で測定した: ①医師(プライマリケア医)の患者についての知識(臨床的ニーズや社会的文脈を含む)、②患者が自ら行う医療(patient's self-directed care)への医師の支援、③服薬遵守と在宅医療マネジメントについての医師の支援、④専門医の患者の病歴についての知識、⑤診療所職員の患者の病歴についての知識、⑥検査結果についてのコミュニケーション、⑦診療所外の医療組織との連携。以上のデータを2015年の医療費についての行政データと結合した。患者の感じる医療連携と医療費との関係は、包括的対照指標を含む一般化線形モデルで評価した。

その結果、医療連携が進んでいると感じている患者は、5つの医療分類(入院医療、医師診療、在宅医療、画像診断、検査)の多くで費用が高かった。プライマリケア医と専門医に関わる医療連携の側面は医療分類のいくつかの高医療費と関連が強く、特に入院医療費と専門医の患者についての知識との関連が強かった。診療所職員の患者の病歴についての知識は在宅医療費の低さと関連していた。以上から、医療連携が進んでいると感じる患者ほど平均して医療費が高くなる可能性がある結論づけられる。患者が医療連携をより安い費用で、または今より費用が高くない範囲で感じられるようにする、思慮深い政策選択、研究とイノベーションが求められる。

二木コメント-"integrated care"は多義的で、医療組織の統合、または医療・介護施設の統合を意味するものが多いですが、本論文では患者が感じた継続的で連携された医療を意味しているので、敢えて「医療連携」と意識しました。医療連携は医療費を抑制するとの「期待」に反した調査結果ですが、私には「良からう高からう」という結果は当然・自然に思えます。要旨の最後の1文は蛇足または超希望的観測(wishful thinking)です。

○個室利用は高齢患者の院内感染発生率を減らす可能性がある：中央デンマーク地域[の大学病院]での後方視的コホート研究

Gregersen M, et al: Use of single-bed rooms may decrease the incidence of hospital-acquired infections in geriatric patients: A retrospective cohort study in Central Denmark region. *Journal of Health Services Research & Policy* 26(4):282-288,2021 [量的研究]

個室で治療を受けた患者は、多床室の患者よりも院内感染のリスクが低い可能性がある。本研究は高齢者病棟に入院した高齢患者における個室の治療効果を検証する。研究方法は「中央デンマーク地域」の大学病院に入院した患者の後方視的コホート研究である。同病院の高齢者病棟は以前は多床室だったが、2017年3月に全室個室の新病棟に移転した。旧病棟に2016年9月15日~11月19日に連続的に入院した患者220人と、新病棟に2017年の同一月に連続的に入院した患者226人の合計446を対象とした。両方の患者について、電子医療情報記録を後方視的に調査し、入院後48時間以内~退院後48時間以内に細菌学的

検査またはレントゲン検査で確認された感染を抽出した。

多床室、個室での院内感染の発症率はそれぞれ 30%、20%であった。個室の多床室に対するハザード比は 0.62 (95%信頼区間 0.43-0.91, $p=0.01$) であった。この結果は、年齢、性、入院時の感染、敗血症リスク、カテーテル使用、プレドニソンまたはメトトレキサート使用、合併症指数で調整しても頑健であった。以上から、個室での治療は多床室での治療に比べて院内感染を減らせると結論づけられる。この知見は、観察研究による仮説生であり、今後、実験的デザインを用いて追試すべきである。

二木コメント—日本では重症患者以外では個室利用は患者の「アメニティ」向上のためと見なされ、「選択療養」として全額自己負担とされています。しかし、本研究は個室には院内感染減少という治療効果があることを示唆しています。本研究の「考察」によると、個室の同様の院内感染減少効果は 2019 年と 2020 年にも発表されているそうです (文献 19,20)。なお、デンマークでは 2007 年の自治体改革で、従来の 13 の「県」が 5 つの「地域」に再編されています。

○ [台湾における] 医師チームに対するインセンティブ：[個々の医師への] パフォーマンスのフィードバックと医師への [報奨金] 支払いの影響

Liang LL, et al: Incentives for physician teams: Effectiveness of performance feedback and payment distribution. Health Policy 125 (10):1377-1384,2021 [量的研究]

チーム単位でのインセンティブ・デザインにおけるベストプラクティスについての研究は遅れている。本研究は診療所医師グループ単位の成果に基づく支払い (pay-for-performance) において、台湾の全国医療保険庁の各支部のマネージャーがどのように内在的フィードバックと報奨金支払い方法を用いて医師にチームワークへのインセンティブを与えているかを調査する。台湾では全国医療保険庁が 2006 年に「台湾家庭医プラン」を開始した。同プランには診療所医師の 38% が参加している。著者は台湾家庭医協会と協働して、同プランに参加している診療所医師グループの全国調査を行い、48% から回答を得た。134 グループ (医師総数 1245 人) を対象にしてマルチレベル線形回帰分析を行った。アウトカム変数は 2 つあり、マネージャーが採点した (a) 包括的、協働的、継続的医療と (b) 患者の健康改善の達成についてのパフォーマンスとした。

その結果、個々の医師に同僚のパフォーマンスをフィードバックすることは、しないより優れていた。同僚のパフォーマンスを知らせる場合、同僚の名前を匿名化の方が名前を示すより優れていた。これらの知見は社会的比較原則の応用が有効であることを示している。しかし、同僚の実名を出すと、同僚間の競争を強め、チームに基づく医療の協働を妨げる危険があることに注意する必要がある。さらに、報奨金を全医師に平等に支払う方が、各医師の受け持ち患者数に応じて支払うより、パフォーマンスが良かった。これらの知見は小規模チームで、個々の医師が治療プロセスとアウトカムを全面的にコントロールしておらず、グループとしての支払いを最大化するためには協働して働く必要がある状況に当てはまる。

二木コメント—チーム (グループ診療) 単位の「成果に基づく支払い」(P4P) についてのユニークな報告です。台湾は歴史的には日本と同様の単独開業の診療所が中心でしたが、政府 (全国医療保険庁) 主導でグループ診療化が進んでいること、及びそのパフォーマンスが評価されていることに驚きました。

○ [アメリカにおける] 医師の病院への投資：循環器診療における専門化、選択及び質

Swanson A: Physician investment in hospitals: Specialization, selection, and quality in cardiac care. *Journal of Health Economics* 80 (2021) 102519, 16 pages [量的研究]

医師の病院所有にはいくつかの競合する経済的要因が関わっている。病院所有医師には「良いとこ取り」(cherry-pick)の誘因が働き、自病院で儲かる患者を治療する可能性がある。しかし、医師所有病院は多くの場合専門病院で、適切な患者に良質な医療を提供する可能性もある。本研究の対象は全米の医師所有循環器病院 20 で、そのうち 12 病院は医師グループ所有か医師グループと私企業との共同所有、8 病院は医師グループと他の非営利病院(グループ)とのパートナーシップであった。1 病院当たりの医師投資者数はすべて 2 桁(13-106 人)だった。

多重識別法(multiple identification approaches)を用いた結果、医師所有病院で治療された心臓疾患患者の(術後 3 か月間の)死亡率の改善は認められなかった。病院所有についての集合的データを用い、病院選択モデルにおける医師所有選好を推計したところ、医師所有病院の患者における優位な「良いとこ取り」は否定された。医師所有病院の所在地とその病院では健康な患者の割合が多いことの両方が、患者の医師所有病院への有利な選択を誘導していた。

二木コメント—テーマは興味深いし、著者が医師所有の循環器病院のデータ収集・分析に大変な努力をしたことも分かりますが、病院数が 20 しかないため、断定的なことは何も言えないと思います。要旨・本文とも主に「医師所有病院(physician-owned hospitals)」が用いられていますが、これらの病院は日本流の個人(医師立)病院とはまったく異なり、実態は医師(グループ)が病院開設に「投資している」病院のようです。

○ [アメリカにおける] 医師所有診療所と病院所有診療所における医師報酬

Whaley CM, et al: Physician compensation in physician-owned and hospital-owned practices. *Health Affairs* 40 (12):1865-1874,2021 [量的研究]

アメリカでは医師診療所はますます病院と病院グループ(hospital systems)(以下、病院(グループ)と表記)により買収されつつある。この種の垂直統合が病院の利益を増すとのエビデンスはあるが、買収と買収された診療所の医師所得との関連は不明である。診療所所有についての全国調査データと医師所得のデータを結合し、病院(グループ)の医師診療所所有は 2014-2018 年の医師所得の違いと関連しているかを調査した。調査期間中、病院(グループ)の診療所所有は 89.2%も増加し、調査標本の全診療所医師のうち、病院(グループ)所有診療所の医師の割合は 24.1%から 45.6%となった。

診療所医師全体で見ると、多変量の調整後、病院(グループ)との垂直統合は、独立型診療所の医師と比べて、平均して、0.8%の所得低下と関連していた。専門診療科別に見ると、垂直統合は非外科の専門医では低い所得と関連していたが、プライマリケア医では変わらず、外科系専門医では所得は少し高かった。医師診療所の病院(グループ)との垂直統合は急速に進んでいるが、医師は統合により生じた経済的利益を受けているとは言えないようである。

二木コメント—アメリカでは、20 世紀までは診療所の大多数を占めていた医師所有診療

所が病院（グループ）によって次々に買収されつつあることがよく分かります。ただし、日本と違い、診療所開業医と病院所有診療所医師（勤務医）との所得差はごく小さいことが分かります。

○企業所有の医療：アメリカの「制度」の隠された荒廃

Geyman J: Investor-owned health care: The hidden blight on America's "system." *International Journal of Health Services* 51 (4):494-500,2021 [評論]

アメリカの企業所有医療は過去 50 年間に急増し、ウォールストリートの企業利益との結びつきがかつてなく強まっている。2016 年の医療部門別の総収益 (total revenues) に対する営利企業のシェアは以下の通りである：一般病院 11%、精神科・薬物中毒施設 27%、専門病院 37%、ホスピス 63%、ナーシングホーム 65%、在宅ケア 76%、透析 90%、手術センター 95%、独立型検査・画像診断施設 100% (商務省調べ)。最近では未公開株式投資会社がこのプロセスを促進し、適切な医療へのアクセスと医療の質に悪影響を与え、説明責任をほとんど果たさず、不当利益を得ている。これらの影響は以下の最近のいくつかのトレンドにより強まっている：(1) 民営化の増加、(2) 医療機関の統合と合併、(3) 官僚化の促進と浪費、及び(4) 明らかな不正につながるもうけ主義。

本論文は過去数十年の医療費・医療価格の制御不能な増加を跡付け、医療提供制度全体で生じている、営利主導の企業所有医療が患者診療を害している実例を示す。それらには、病院、救急医療、ナーシングホーム、精神衛生、及び産婦人科や眼科の専門施設を含む。これらの事業は、コロナ感染爆発と景気後退の最中でも患者診療を害しており、医療提供制度改革が必要なことを示している。政府の役割を強めるとともに、「全ての人びとのためのメディケア」(Medicare for All. 全国民を対象にした公的医療保険) を実現し、医療を支払い能力に応じた特権ではなく人間の権利とすることが求められている。

二木コメント「すべての人びとのためのメディケア」実現を訴える旗幟鮮明な評論ですが、アメリカにおける医療営利化の最近の動向と分野別の営利企業のシェアの概略が分かります。日本では「国民皆保険の維持・堅持」は全政党の支持を得ていますが、アメリカでは「すべての人びとのためのメディケア」は左派・革新陣営のスローガンにとどまっており、民主党内での合意も得られていません。なお、"investor-owned" は直訳すれば「投資家所有」ですが、本文では "(for-profit) corporation" と同義に用いられているので「企業所有」と訳しました。

○オーストラリアのナーシングホームの所有形態、質と価格：なぜ私的セクターの参入拡大はパフォーマンスを改善しないか？

Yong J, et al: Ownership, quality and prices of nursing homes in Australia: Why greater private sector participation did not improve performance. *Health Policy* 125 (11):1475-1481,2021 [量的研究]

本研究の目的は私的セクターの高齢者ケアへの参入拡大が高齢者入所施設のアウトカム改善につながるかを、高齢者ケア施設のケアの質と価格を 3 種類の所有形態 (公立、非営利、営利) 間で比較することにより、検証することである。オーストラリアでは、他の多くの国と同様に、高齢者ケアに市場志向の改革を導入し、消費者の選択と市場の役割を増すため

に、私的セクターの参入を促進した。本研究では、後方視的に施設レベルのデータを用い、ケアの質の11尺度と所有形態別の価格指標とを関連させた。その際、施設の特性は標準化した。オーストラリアのほぼすべての高齢者入所施設（2900）の6会計年度（2013/14年度～2018/19年度）のデータを用いた。それら施設の約55%は非営利、30%は営利、15%は公立であった。この割合は6年間大きくは変わらなかったが、営利の割合は29.7%から31.1%へと微増していた。

公立施設は、非営利施設と営利施設の両方に比べて、ほとんどの質尺度で質がもっとも高く、平均価格がもっとも安かった。この結果は、高齢者ケアにおける私的セクター参入を促進する改革は、市場の失敗の原因に対処しない限り、効果的な競争により、質を改善したり価格を引き下げることが困難であることを示している。オーストラリアでは、質についての公的報告制度がなく、価格構造が複雑で透明性に欠けることが、市場の力と消費者選択が意図した通りに働かない主な理由と言える。

二木コメント—オーストラリアでも高齢者入所施設の「民営化」促進政策が当初の目的を達成できなかったことがよく分かります。

○健康の営利的要因の行動と研究のための優先順位を定義する：概念上の文献レビュー

Freudenberg N, et al: Defining priorities for action and research on the commercial determinants of health : A conceptual review. American Journal of Public Health 111 (12):2202-2211,2021 [文献レビュー（論説）]

近年、健康の営利的要因(CDoH)の概念が研究者、公衆衛生、および活動家の関心を呼んでいる。しかし、現時点では、この新しい関心は、その明確で一貫した定義、影響を定量化するための明確な評価基準、研究と介入のための明確な方向を示せていない。市場の力と公衆衛生活動と研究との相互作用についての2世紀に及ぶ源流を跡づけ、以下のCDoHの拡張された概念と定義を提案する。「社会的、政治的および経済的な構造、規範、規則及び実践で、国民・諸国民の健康、疾患、外傷、障害および死亡に関連して利益を生み市場支配力を増すもの」。この概念化により公衆衛生専門職・研究者は、CDoH概念の潜在力を現実化し、それにより国際的・国内的健康を改善し、国内・国家間の深刻な健康不平等を減らすことができる。さらに現在、非感染性疾患研究で主に用いられているCDoHを、感染性疾患、精神疾患、外傷、環境への脅威等、他の健康阻害要因に拡張できる。

二木コメント—私は、CDoHという用語は初めて知りましたが、SDH (social determinant of health.健康の社会的要因)を意識した新語と思います。ただし、本論文も指摘しているように、このような考え方は世界的に古くからあります。"commercial"は一般には「商業的」と訳されることが多いですが、上記のCDoHの定義（要旨ではなく本文で示されている）を踏まえて、「営利的」と訳しました。

6. 私の好きな名言・警句の紹介(その 206)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○宮本憲一（大阪市立大学名誉教授。現役最高齢の経済学者、1930年2月生まれ）「私は、研究者に対して、**研究には1次産業、2次産業、3次産業というのがある**と言ってきた。現場に立って**研究の対象をオリジナルに分析して、そこから議論をつくっていく、こういうのは一次産業**だと思う。2次産業というのはいくつかのオリジナルな調査や分析をしたものをどう組み立てていくか。**3次産業というの、人のいろんな言ったことをかき集めてきてそれを整理して論文にする**。特に日本は外国の論文を集めて整理するという第3次産業的な論文が多い。それは必要ではあるが、**やっぱり残る仕事は1次産業といえるオリジナルな研究だ**。／1次産業的にやる場合に方法論として何を使えばいいかとなるとやっぱり古典だと思う。（以下略）」（宮本背広ゼミナール編『宮本憲一先生卒寿記念 未来への航跡 環境と自治の政治経済学を求めて』かもがわ出版,2021年,29頁）。**二木コメント**ー私も、長年、大学院生や若手研究者に、宮本先生のおっしゃる「1次産業的研究」（地に足の着いた実証的研究。「論より実証」）をすることを推奨してきたので、大いに共感しました。私の経験でも、「3次産業的研究」（特に理論研究）は、一見スマートに見えても、ほとんどが先人や指導教員の研究の解釈・追従に過ぎず、すぐに忘れ去られます。ただし、「1次産業といえるオリジナルな研究」でも後世に「残る」のはごくごく一部であることも冷厳な事実です。

○岡本隆司（京都府立大学文学部教授。東洋史、近代アジア史を専攻）「東洋史学の先達・宮崎市定氏は『**ないものを探す**』ことの大切さを指摘されていました。一般的に語られる『日本史』には農耕民と遊牧民のせめぎ合いも、都市国家も騎馬民族も登場しません。しかし、**なかったことをなかったまま、意識しないままにしてやり過ぎると、アジアに位置する日本の歴史を東洋史・アジア史、ひいては世界史の中で位置づけることは難しいのです**」（『中国史とつなげて学ぶ日本全史』東洋経済新報社,2021,23頁）。**二木コメント**ー日本に「ないもの」を自覚するためにも、国際比較は重要と思います。

○猪木武徳（経済学者、大阪大学名誉教授）「実は、この『**同じ**』ではなく『**類似性がある**』というのが重要ポイントとなる。**全く違う社会であれば、比較しても、違いだけを浮き彫りにすることで話は終わってしまう。『類似性』があるという場合、似ているからこそ、逆に違いが問題になる。似ているところから違い（同じでない点）を論じるという方法を可能にするのが、各国史と地域研究なのである**」（『経済社会の学び方 健全な懐疑の目を養う』中公新書,2021,73頁）。**二木コメント**ー私は、医療・社会保障については、日本と「『同じ』ではなく『類似性』」があって比較研究に最適なのは韓国とドイツ（および台湾とフランス）だと感じています。岡本氏と猪木氏の名言を読んで、日韓の社会福祉比較研究の意義を指摘した、朴光駿氏の次の言葉を思い出しました。

○朴光駿（佛教大学社会福祉学部教授。専門・関心領域は、社会福祉思想と歴史、東アジア高齢者社会政策比較研究等）「本書は比較研究にこだわるが、その理由は、**比較研究方法には『起きなかった歴史的事実』の発見を可能にする効用がある**からである。（中略）要するに、比較研究の観点から朝鮮王朝の貧困政策を研究するということは、史料に記されている

制度や政策を探究・解釈することはもちろんのこと、それに加えて〔同時代の中国と江戸日本で施行された政策で一二木〕『朝鮮王朝が施行しなかった政策は何か』までも探究するという意味である。**比較研究は、単にある事象を他の事象と対照するだけの作業でなく、それ以上のものである**」（『朝鮮王朝の貧困政策―日中韓比較研究の視点から』明石書店,2020,19頁。本「ニューズレター」192号（2020年7月）で紹介）。

○猪木武徳「物事や制度の歴史的な側面を十分に学んでいないと、観察結果を非歴史的に一般化してしまい、検証できないような『命題』を蔓延させることになる。こうした悪弊に陥らないためにも、**現代の問題を現代の観察事実とデータだけから説明してしまうことには慎重でなければならない**」（上掲書、177頁）。二木コメント―私は医療制度・政策についての論文を書く時も、大学院で「医療福祉経済論」を講義する時も、いつも「現代の観察事実とデータ」と「歴史的な側面」の両方から説明しているので大いに共感しました。この言葉を読んで、ケインズが、「経済学の大家」の資質の1つとして、「歴史家」でもあることをあげたことを思い出しました。

○ケインズ「経済学の大家はもろもろの資質のまれなる組み合わせを持ち合わせていなければならない…。（中略）彼は、ある程度まで、数学者で、歴史家で、政治家で、哲学者でなければならない。〔以下、延々と続くが略〕」（大野忠男訳『ケインズ全集 第10巻 人物評伝（第14章アルフレッド・マーシャル）』東洋経済,1980,232-233頁。本「ニューズレター」10号（2005年6月）で紹介）。

○五木寛之（作家、1932年生まれ・89歳）「とにかく捨てない。愚直にそのことを続ける。（中略）／モノもコトも、長く持続するところに大事な意味があるような気がするのです。振り返ってみると、私の歩いてきた道も、持続することにずっとこだわり続けてきたような気がしてなりません。（中略）／原稿を書くほうも『持続すること』を大事にやってきました。（中略）／長くやればいい、というものではないことは分かっています。しかし、ひとつのことを投げ捨てずに続けるのが私のモットーです。（中略）／『捨てない』というのは、そういうことです。モノを溜め込むだけではありません。人との縁も捨てない。いったん始めた仕事も捨てない。書く力があるあいだは書き続ける。命ある限りは生き続ける。そんな感じですよ」（『捨てない生き方』マガジンハウス新書,2022,16-21頁）。二木コメント―私も、勉強と研究面については、「持続することにずっとこだわり続けてきた」し、研究関係の本・資料は「捨てない」ようにしているので、大いに共感しました。

<その他>

○宮本憲一（大阪市立大学名誉教授。現役最高齢の経済学者、1930年2月生まれ）「住民運動はいうまでもなく、最初は自覚せる個人あるいは少数のサークルとくに革新的な人びとから始まるかもしれない。しかし、もしこの少数の先覚者が市民を組織したり、主義主張の違う種々の組織の連帯することの困難を避けて、**少数の方が有利だとか、少数だけでやればよい**といって孤塁を守っていたとすれば、その運動は過激であっても失敗する。たとえ少数で多数になることが困難であっても常に多数になる努力をしている場合には住民運動は**成果を得ることができる**」（『戦後日本公害史論』岩波書店,2014,180頁。1964年に静岡県

三島・沼津市で石油化学コンビナート進出反対の市民運動が成功した要因の第1に「草の根民主主義による連帯」をあげて、こう述べた）。**二木コメント**ー医療改革（運動）でも同じことが言えると思い、大いに共感しました。

○**宮本憲一**「**勝つまでやりましょう**」（宮本背広ゼミナール編『宮本憲一先生卒寿記念 未来への航跡 環境と自治の政治経済学を求めて』かもがわ出版,2021年,331頁（栗本裕見氏の「あとがき」。2018年7月に開かれた「第4回『原発と人権』全国研究・市民交流集会 in ふくしま」の「夜の部」（懇親会）での「あいさつ」で、宮本氏は、原発の裁判や運動の先行きは決して楽観できるものではなく、その道のりは険しいだろうという見通しを述べた上で、こう締めくくった）。

○**C・W・ニコル**（ウェールズ生まれの日本の作家、環境保護活動家。2020年4月死去、79歳）「（『日本人のいいところは？』と問われて）いっぱいありますけど、いちばん悪いところは、いい人が黙るからとんでもない破壊が続く。僕は日本のために戦います、悪いと思ったらいうから」（「NHKあの人に会いたい」（2020年 File No.604））。本田宏氏が『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）の「あとがきにかえて」で紹介）。

○**智鈴**（ペンネーム）「**明けぬ夜などないがまた夜となり**」（「毎日新聞」2022年2月8日朝刊、「仲畑流万能川柳『秀逸作』」）。**二木コメント**ー私は「明けぬ夜はない」という循環的な自然現象を一回性の社会現象にも当てはめる物言いには以前から強い疑問を感じていたので、この川柳は正に「秀逸」と感じました。これを読んで、シェイクスピア「マクベス」の有名な一節の松岡和子訳を思い出しました。

○**マルカム**（シェイクスピアの戯曲「マクベス」の登場人物。マクベスに殺されたスコットランド王の息子で、マクベスへの復讐を誓う）「さあ、ありったけの元気をふるい起こせ。**朝が来なければ夜は永遠に続くからな(The night is long that never finds the day)**」（松岡和子訳「マクベス」ちくま文庫,1996,150頁。「従来『どんな長い夜もやがては明ける』という趣旨の楽観主義的（と言わないまでも、希望的）な訳がなされてきた。（中略）この一行は希望を持ってと臣下たちを励ます言葉というより、覚悟を促す言葉だと思う」（150頁）。「なぜなら、マクベスを倒してこそ『夜明け』が迎えられるのだが、そうでなければスコットランドのすべての民が、…『永遠の夜』に突き落とされるのだから」（189頁）。本「ニューズレター」66号（2010年2月）で紹介）。

○**村明子**（認定NPO法人「国際ビフレンダーズ東京自殺防止センター」相談員）「**拡大自殺という呼び方には違和感がある。他人をあやめるのは犯罪です。自殺のバリエーションのようなニュアンスが広まるのはまずい**と思います」（『AERA』2022年2月14日号：29頁、「『拡大自殺』が全国で相次ぐ理由 孤立と放置に蝕まれる」）。**二木コメント**ー私も「殺人」を拡大自殺」という呼ぶことに強い疑問を持っていたので、大いに共感しました。

7. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第10回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」48号（2022年2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

○上野ゼミ卒業生チーム『情報生産者になってみたー上野千鶴子に極意を学ぶ』筑摩新書,2021年12月。

…2018年度の本ゼミで紹介・推薦した上野千鶴子『情報生産者になる』（ちくま新書,2018）の「親子本」で、元上野ゼミ生が在学中に教えられた「技を具体的にどう使ったのか」について書いている…という触れ込みだが、中身は卒業生有志による上野ゼミの回顧と「上野ゼミを社会学する」本。第3章はKJ法の発展版である「うえの式質的分析法」の実践例。

◎文化庁文化審議会「公用文作成の考え方（建議）」2022年1月7日（ウェブ上に公開）。

…1951年の「公用文作成の要領」を70年ぶりに見直し、「表記、用語、文章の在り方等に関して留意点をまとめた」。「建議」（8頁）&その「解説」（36頁）。「読み手に伝わる公用文作成」のポイントを簡潔かつ包括的に書いており、研究論文や業務文書を書く上でも参考になる。例：「一文を短くする」（「50～60字ほどになってきたら読みにくくないか意識する」）、「受け身形をむやみに使わない」。表記上の大きな変更は、公用文の句読点の原則を「，。」から「、。」を変えたことや、！？の使用を認めたことだが、これは一般の文書の表記の追認。

○前田樹海「誰も教えてくれなかったオーサーシップ」（①日本のオーサーシップ基準の現状、②不適切なオーサーシップをめぐる話題、③著者順よもやま話）「週刊医学会新聞」2021年7月26日号、同12月13日号、2022年1月24日号（ウェブ上に公開）。

…オーサーシップ（「誰が共著者にふさわしいのか」・「著者資格」）について、事例も紹介しながら分かりやすく解説。サラリと読めるので、共同研究をしている者は必読。

B. 医療・福祉関連

○上田敏『ICF（国際生活機能分類）の理解と活用 人が「生きること」「生きることの困難（障害）をどうとらえるか【第2版】入門編』萌文社,2021年10月（初版2005）。

…ICFの解説書の最高峰で、5万5000部のロングセラーになった「初版」と内容はほぼ同じだが、説明を丁寧にして、読みやすく心がけた（9頁増）。本書に続いて、姉妹編として『ICFの理解と活用・応用編』を出すことになり、本書を「入門編」としたとのこと。

○松尾睦編著『医療プロフェッショナルの経験学習』同文館出版,2018。

…編著者が行った共同研究や、指導した修論・博論等をまとめ、以下の9つの医療プロフェッショナルの成長プロセスを「経験学習」という切り口によって検討：看護師、保健師、薬剤師、診療放射線技師、救急救命士、病院事務職員、救急救命医師、公衆衛生医師、病院長。成長プロセスを初期（1～10年目）と後期（11年目以降）に分けて検討し、職種を超えた共通点と職種ごとの違いを明らかにしている。各章で調査方法は異なるが、いずれも各プロフェッショナルの「生の声」を伝えることを重視。

○佐々木周作「医療行動経済学をめぐる今日的論点」『社会保障研究』6(3):218-231頁,2021

年 12 月(特集：社会保障と行動経済学)。

…保健医療分野におけるナッジの概念と最新の論点を丁寧に整理した上で、著者等が行った「慢性腎臓病対策としてのナッジ」のランダム化比較試験研究の内容を紹介。ナッジは社会的には注目を集めているが、学術的には分岐点を迎えていると指摘。ナッジによる健康行動の変化はわずかで、健康増進効果はほとんどないように私には思える。

○片岡菜・他「病床数と入院医療費に関する再考：基準病床数を用いた固定効果操作変数推定アプローチ」『社会保障研究』6(3):330-345 頁,2021 年 12 月。

…2000～2007 年度の二次医療圏単位のパネルデータを用いて、千人当たり病床数（設置病床密度）が国民健康保険被保険者の 1 人当たり入院医療費に与える影響を推定し、広く知られている設置病床密度と 1 人当たり入院医療費の強い相関は、病床過剰圏域の傾向が反映されたものであり、しかもその弾力値は低い(0.110～0.182)ことを示す。先行研究と異なり、①都道府県別データではなく二次医療圏のデータを用いていること、②設置病床数の内生性の問題に対応している点が優れている。**医療計画の担当者や研究者必読。**

○一戸和成「(有事斬然第 25 回)電子カルテ標準化への期待とその先に見えるもの」『社会医療ニュース』558 号、2022 年 1 月 15 日。

…著者は元厚生労働省技官(医師)。電子カルテ標準化が進まない理由をあげ、そのために生じている「無駄」を省く方向を示唆。

○松田亮三「健康課題のグローバルな緻密化をふまえた共通理念－健康権と普遍的医療給付」『いのちとくらし研究所報』77 号：38-42 頁,2022 年 1 月。

…コロナ禍の先の社会保障拡充を考える上で松田氏が立ち返るべきと考えている 2 つの概念－健康権(right to health)と"universal health coverage"(UHC)－の最新の国際的動向を解説。UHCはSDGsにも含まれているが、「健康権」と異なり、まだ定訳はなく、厚生労働省も「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」としている。松田氏は「普遍的医療給付」と訳しているが、「普遍的医療制度」、「医療保障」を当てることも考えられるとしている。

○結城康博「介護職の賃上げが人材不足の矛盾」『社会保険旬報』2022 年 2 月 1 日号：38-41 頁。…岸田政権による介護職員の処遇改善を歓迎しつつも、介護職員には主婦パート層が多いため、現行税制の「103 万円」の壁&それに連動した企業の「家族手当」制度のために、彼らが就業調整し、介護人材不足がより深刻化する危険を指摘。それを避けるために、非正規介護職員が年収 103 万円を超えても配偶者控除を受けられる「介護職員扶養控除」制度の導入を提唱。介護職員の(準)公務員化、正規職員増加という抜本的な改革も提唱。

○石川誠・水間正澄監修『輝生会がおくる！リハビリテーションチーム研修テキスト－チームアプローチの真髄を理解する』全日本病院出版会、2022 年 2 月。

…回復期リハビリテーション病棟の「生みの親」ある故石川誠さん(2021 年 5 月死去)が中心になって 20 年かけて創り上げてきた医療法人輝生会の新入職員対象の「新卒者研修」(全職種の共通研修)の内容を一般向けに書籍化。輝生会が誇るチームアプローチとリハビリテーションマインドの伝承をどのようにしているかが分かる。ゼミ生の野口陽介君も「患者・家族の心理と受容のプロセス」を執筆。冒頭に石川さんの生前最後のインタビューを収録。

○村上正泰「(講演録)最近の医薬品政策をめぐる情勢 医療費抑制と保険給付範囲の見直し、薬価問題の議論を中心に」『文化連情報』2022 年 2 月号：40-43 頁。

…副題について、最新の情報とデータを用いて、簡潔かつ分かりやすく解説。私は村上氏の

事実認識と価値判断・問題提起のすべてに賛成。私は、財務省の求めている医薬品に対する保険給付範囲の見直し策が2022年度診療報酬改定では1つも実施されなかった（先送りされた）ことに注目している。

○医療科学研究所監修『徹底研究 医療費の患者負担の在り方』法研,2022年2月。

…本「通信」42号（2021年8月）で紹介・推薦した『医療と社会』31(1)（2021年7月）の特集「患者自己負担の在り方をめぐる諸問題」を書籍化。序文を含め8論文と厚生労働省大物OBの座談会。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はない。「通信」42号で、私好みの3論文を紹介。

○尾形裕也「『新しい資本主義』と社会保障に関する考察」『週刊社会保障』2022年2月21日号:24-29頁。

…岸田首相の掲げる「新しい資本主義」と社会保障との関係を包括的に検討。分配政策のうち、看護等の賃金・所得の引き上げについて政府が直接介入することは「邪道」と批判。岸田政権には、税・社会保障による再分配という観点が弱いと指摘し、今後は、再度、「税と社会保障の一体改革」の再検討が必要になると予測。このテーマについての論文の白眉。

○「身寄りなく意思決定困難な人を支援するガイドライン、病病連携で作成一野田智子・江南厚生病院地域連携部患者支援室長に聞く」（Vol1,vol.2）m3.com 2022年2月11・18日。

…江南厚生病院を中心に地域の医療機関が連携した「病病連携会議」が半年かけて、2021年8月に作成した「ガイドライン」の作成経緯、目的と具体的内容、作成時の苦労、周知方法、今後の課題を解説。厚労省のガイドラインは具体的な内容がなく、実務レベルでは使いにくい部分があるため作成。作成時苦労したのは近隣市町とのやりとり。今後の課題は福祉施設との連携で、厚労省のガイドラインに反して、身元保証人を求めている福祉施設が今でも少なくないと指摘。私は、各地域で、このようなガイドライン&地域包括ケア・地域共生社会づくりが進めば、日本で「社会的処方」を制度化する必要はなくなると思う。医師向けのサイトにソーシャルワーカーが登場したのは画期的。

C. コロナ関連

○大沢真理「生き延びるためにジェンダー平等 パンデミック時代の生活保障システム」『世界』2021年11月号：132-141頁（特集・反平等—新自由主義と日本の病理）。

…著者は長年、ジェンダーの視点から生活保障システムの国際比較を行ってきた。本論文では、コロナ禍以前から、保健医療体制と貧困・不平等（対策）の葉面で「脆弱性」が生まれていたことを指摘。前者について保健所の機能低下が1990年代～2012年に理念的・政策的に進められきたことを跡付け、「『自助』の優先は菅義偉政権が始まったのではない」と指摘。私は、大沢氏が特集名で使われている「新自由主義」まったく使っていないことに注目・共感した。

○原田泰『コロナ対策の費用対効果』ちくま新書,2021年12月。

…「資本主義と市場経済の機能を評価するエコノミスト」の視点から、日本のコロナ対応を、国際比較も交えながら、数量的に評価。欧米諸国だけでなく「アジア太平洋の先進国と比較する」等、評価できることも少しはあるが、第5章「医療資源の動員体制…」は素人談義&上から目線の連続：「医療供給体制の拡充に使った金額7.8兆円…確保した病床数3.9万で割ると、1床当たり2億円かかったことになる」、「医療資源不足は、看護師を感染症病棟の清掃や患者の介護や患者の衣類の洗濯に充てていたから」等。「日経」等の二次資料に依拠。

D. 政治・経済・社会関連

○宮本背広ゼミナール編『宮本憲一先生卒寿記念 未来への航跡 環境と自治の政治経済学を求めて』かもがわ出版,2021年8月。

…社会資本、都市、国家、環境という未踏の領域（総称して、人類の「共同社会的条件。比喩的に「容器」）の政治経済学的分析に切り込んできた「宮本経済学」の到達点を多角的に紹介。巻頭のロングインタビュー「公害と闘い 環境再生の夢を」は圧巻。宮本氏は自己の「容器の経済学」と宇沢弘文氏の「社会的共通資本」との違いについても率直に語る：「宇沢さんにはケインズの賢人主義に似たところがあり、社会的共通資本の政策を決めるのはそれぞれの問題の専門家であるとしている。私の市民参加とは異なっている」等（13頁）。第1部では「宮本経済学」の原論的4部作を解説し、第2部では宮本氏の「人間像」を紹介。

○カトリーン・マルサル著、高橋璃子訳『アダム・スミスの夕食を作ったのは誰か？』河出書房新社,2021年11月（原著2012）。

…アダム・スミスは生涯独身であり、食事・身の回りの世話はすべて母親が行っていた。しかし、スミスの『諸国民の富』は人間の「利己心」・「利益の追求」を出発点としており、「生産活動」からこのような女性の労働（「アンペイドワーク」）を排除し、彼に続く経済学者もそれを踏襲した。本書は、フェミニスト経済学の視点から、既存の男性中心の経済学を厳しく批判し、伝統的に女性の労働とされてきた「ケア労働」の重要性を強調。痛快な読み物。○新村聡「平等と公平はどう違うのか 新自由主義から福祉国家へ」『世界』2021年11月号：122-131（特集・反平等—新自由主義と日本の病理）。

…新自由主義と福祉国家の（思想の）二項対立に基づいて、平等と公平の概念理解をめぐる混乱を整理。平等・単純平等は「人間の多様な属性のうち特定の属性に注目して比較する概念」で、「何の平等化」が問われるのに対して、公平は「比例的平等」を意味し、その原則には「貢献原則」と「必要原則」の2つがあり、新自由主義では貢献原則が基本であり、福祉国家では必要原則が優先されると指摘。その上で「新自由主義から福祉国家へ」の転換を主張するが、それに必要な歳出増を賄う財源にはまったく触れていない。**頭の体操にはなる。**

○小野善康『資本主義の方程式 経済停滞と格差拡大の謎を解く』中公新書,2022年1月。

…先進諸国が直面している長期的な経済停滞と経済格差、及び成長経済から成熟経済への変遷のメカニズムを、たった1つの基本方程式を使って、厳密な数学的展開によって説明。それを踏まえて、成熟経済の時代の「政策提言」。著者独自の解釈に基づくケインズ経済学をベースとして、新古典派経済学だけでなく、旧ケインズ経済学（新古典派総合）、ポストケインジアン、MMTも、「カネの論理に囚われ」、需要不足を無視していると厳しく批判。成熟経済における需要不足対策として、公共的サービスを提供すること、その一環として**「保健・医療インフラは、なにもないときから整備しておくことが重要」**と主張（137,197頁）。日本経済の長期停滞のメカニズムはよく理解できるが、日本の経済成長が他の先進国より低いままな理由の説明はない。基本方程式に関する記述は難解なので、著者が推奨するように、先に第1章と第6章を読み、その後第2～5章を拾い読みするのが無難。