

2021.12.1(水)

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 209 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/>。

209 号の目次は以下の通りです (24 頁+別ファイル)

1. 論文：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（「二木教授の医療時評(197)」『文化連情報』2021年12月号(525号)：22-28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189回：2021年分その9：6論文) ……10頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その203) –最近知った名言・警句…15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7回) …18頁

補. 「ニューズレター」2021年総目次(198～209号)。全12号。医療経済・政策学関連の英語論文抄訳の目次、名言・警句の人名索引付き(別ファイル：21 二木 NL 目次.docx)

お知らせ

1. 論文「コロナ危機後の医療提供体制—予測と選択(上)」を『文化連情報』2021年12月号(29-36頁)に掲載します。これは、同誌2022年1月号に掲載する(下)と併せて、本「ニューズレター」210号(2022年2月号)に掲載します。
2. 論文「岸田文雄内閣の医療・社会保障政策をどう見通すか？」を『日本医事新報』2021年12月4日号に掲載します。本「ニューズレター」210号に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. 論文：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

（「二木教授の医療時評（197）」『文化連情報』2021年12月号（525号）：頁）

はじめに

今回は「医療政策」の分析はお休みし、「医療経済学」の原理的・批判的検討を行います。

医療経済学の最重要古典は、アメリカの理論経済学者アローが1963年に発表した「不確実性と医療の厚生経済学」（以下、この論文またはアロー論文または1963年論文）とされています(1)。この論文発表から60年近く経ちますが、現在でも英語だけでなく、日本語の医療経済学教科書で引用されています(2-4)。

医療経済学に限らず、古典の多くが「誰もが知っているが誰も読まない」と異なり、2012年には、アローの母校コロンビア大学で、この論文の歴史的・現代的意義を学問的に検討するシンポジウムがアロー自身も参加して開かれています(5)。それに参加した、アメリカの医療経済学の重鎮ニューハウスは、大学院2年生対象の医療経済学の講義で、毎年、この論文とグロスマンの「健康に対する需要」論文(1972年)の2つを必読論文に指定しているそうです(5:1頁)。

しかし、私は、この論文を初めて読んだ1981年(ちょうど40年前)から強い違和感・疑問を持ち、それが日本福祉大学大学院で毎年「医療福祉経済論」講義をする中で、徐々に膨らんできました。本稿では、アロー論文に対する以下の3つの疑問を率直に述べます。①医療サービスの経済的特徴を過大評価、②「不確実性」は医療に固有の特徴・専売特許ではない、③医療保険の分析に、保険論の「モラルハザード」概念を無批判に持ち込んだ。

①については、最初の単著『医療経済学』で指摘しました(6:7頁)。②については、私の尊敬するアメリカの医療経済学者フックスの研究業績を回顧した時にチラリと指摘しました(7)。③については、2018年に発表した論文「『モラルハザード』は倫理の欠如か？」で少し言及しました(8)。

アローの研究業績と1963年論文誕生の舞台裏

本題に入る前に、アロー(2021-2017年。95歳で死去)の研究業績とこの論文誕生の舞台裏を簡単に紹介します(9-11)。

アローは新古典派の理論経済学者で、1972年にノーベル経済学賞(正確には、「アルフレッド・ノーベル記念経済学スウェーデン国立銀行賞」)を、「一般的経済均衡理論および厚生理論に対する先駆的な貢献」で、当時史上最年少の52歳で、イギリス経済学の重鎮ヒックスと共同受賞しました。アローの功績は、新古典派(ミクロ)経済学のほとんどの分野—社会選択理論、一般均衡理論、個人選択理論、一般均衡モデルにおける不確実性の処理、情報理論等—toわたっており、「20世紀の経済理論の巨人の一人」であり、「経済学が数理科学に変容するのを助けた」とされています(9)。

1963年論文は、現代医療経済学を基礎づけるとともに、モラルハザード概念を初めて経済学に導入したと評価されており、アローの膨大な業績の中でも「もっともよく引用される論文の1つ」だそうです(10)

「はじめに」で紹介した2012年のシンポジウムでは、アロー自身がこの論文執筆の舞台裏を率直に語っています(5:56-59頁)。それによると、この論文はアメリカを代表する医療経済学者フックスから依頼されて執筆したそうです。フックスはフォード財団の助成により、医療経済学についての実証研究と理論研究の両方を行う研究プロジェクトを構想し、後者をアローに執筆するよう依頼し、アローも「経済学理論を医療に応用するのに良い機会」と考えて引き受け、医療についての大量の文献を読み(つまり医療の分析を独自に行うことなく)、論文を書きあげたそうです。

また、アローの生家は世界大恐慌で経済的打撃を受けたため、研究者になることなど考えられず、「安全な職業」につくために、若い頃、保険数理士(actuary)になろうとして、保険論についての文献を読んでいて、モラルハザードや逆選択という概念に出会ったそうです。そして、その10~20年後に、1963年論文の執筆を準備していた時、「これらは保険会社の関係者がいつも話していたことだ」と「これらの概念を突然思い出した」そうです。

医療の経済的特徴を過大評価

前置きはこのくらいにして、アロー論文への私の第1の疑問を述べます。

この論文は、冒頭で「医療特有の経済問題は、疾病の発生や治療の効果に不確実性があるということに着目すれば説明しうる」と宣言して、医療の経済的特徴と医療保険のあるべき姿について規範的・理論的に分析しています。アローは「医療」を「医師、個人及びグループ診療、病院そして公衆衛生を中心とするサービスの複合」と定義しています。

アローは、この視点から、医療の経済的特徴を、「経済学の教科書にある[競争市場の下の二木]一般的な商品」と対比させながら、①需要の性質、②医師の期待行動、③生産物の不確実性、④供給条件、⑤価格設定の方法の5つの側面から分析しています。具体的に対比される商品は、製造業分野の食品や衣料、住宅や自動車、サービス分野の理髪業、ホテルサービス、葬儀業、金融的取引、法律的サービス等多様または雑多です。

私も医療の経済的特徴を検討することは医療経済学の出発点と思っていますが、アローのように、医療の経済的特徴を医療以外の商品全体(物質的財貨と医療以外のサービスの両方)と直接比較すると、医療の特徴が過大評価されてしまうと思います。これが、私がアロー論文を最初に読んだ時に感じた違和感・疑問です。

フックスの2段階の特徴付け

それに対して、アメリカの医療経済学者フックスは、まず物質的財貨と比べたサービス一般の特徴を分析し、次に他のサービスと比べた医療サービスの特徴を示すという2段階の方法を採用しています。フックスは、サービスの経済学研究から出発し、後に医療経済学研究にも取り組み、しかもアローと異なり、理論研究だけでなく、実証研究と政策研究を言わば三位一体的に行いました。

私は、最初の単著『医療経済学』で「医療サービスの経済的特性」を説明した時、フックスの『サービスの経済学』と論文「医療サービスのアメリカ経済への寄与」に依拠し

て、フックス説を以下のように紹介しました（6,12,13）。

物質的財貨と異なるサービス一般の経済的特徴は5つある。①財貨が有形であるのに対して、サービスは無形。②財貨が在庫変動によって需給を調整するのに対して、サービスは貯蔵できないから、時間によって調整する。③サービスの生産には消費者の協力が重要な役割を果たす。④サービスの価格はコスト基準というよりも、消費者がそのサービスに満足してどれだけ自発的に支払おうとするかという需要側の要因によって影響される。⑤物質的財貨の生産では技術進歩は大部分物的資本に体化されるが、サービスの生産では、機械設備の役割は比較的小さく技術進歩は労働力に体化される。

なお、③は医療については、市場原理で提供されているアメリカ医療が念頭におかれています。

これら5点を前提として、サービス一般と比べた医療サービスの経済的特徴には以下の3つがある。①消費者の無知（consumer ignorance）と医師への依存（現代的に言えば、医師と患者間の「情報の非対称性」）。これの原因は以下の4つである：(1)個々の患者に対する医療サービスの効果の不確実性、(2)多くの医療サービスはたまにしか購入されない、(3)患者は医療サービス購入時に冷静で合理的な判断をしにくい状況にある、(4)専門職である医師は患者にほとんど情報を伝えない。②競争制限：消費者である患者の知識の欠如のために医師にはモラルが求められるため、医療を自由競争で提供するのではなく、競争制限—参入制限、広告禁止、価格競争の禁止等—が行われる。③一般の商品・サービスでは売買を決めるのは「需要」（消費者の購入意思と支払い能力）だが、医療サービスでは「ニード」（患者の支払い能力の有無を問わない「必要」）が重視される。

③は医療関係者にとっては当然のことですが、新古典派経済学の市場原理では、支払い能力に裏打ちされた消費者の「需要」のみが分析対象とされ、「ニード」の存在自体が無視・否定されるのです。

私は、医療の経済的特徴を検討する上では、アロー説よりもフックス説の方がはるかに有効であると思い、大学院講義等では長年、フックス説を中心に教えています。

「不確実性」は医療の専売特許ではない

アロー説への第2の疑問は、上述したように、医療の特徴を「不確実性」を出発点にして分析していることです。

医学・医療では、物理学・天文学・化学等の自然科学と比べると不確実性が大きいのは自明です。また、日本で2005～2006年に医療事故・医療不信が社会問題化した時、小松秀樹医師は、それが生じた理由として、医師と患者・家族間で医療に不確実性があることについての意識に大きな差があることをあげ、多くの医師の共感をえました(14,15)。なお、日本で医学・医療の不確実性を最初に指摘した著書は、中川米造『医学の不確実性』です(16)。

しかし、「不確実性」がある・大きいのは医療に限られず、福祉・教育でも同じです。医療、特にアローが想定した急性期医療の結果・効果が比較的早く明らかになるのとは比べると、福祉・教育の結果・効果が明らかになるのはずっと先か、それが曖昧なままに終わることがむしろ普通なので、不確実性は医療より大きいと言えます。その評価尺度が医療に比べて未確立なことも、福祉・教育の不確実性を増幅しています。これは、病院勤務

医と福祉系大学教員の両方を経験した私の実感でもあります。

福祉や教育と異なり、医療で誤診や医療過誤が大きな問題になるのは、急性期医療の結果・効果が比較的短期間に明らかになるためでもあると思います。この点とも関連して、私の恩師の川上武医師は、1982年に、医療と教育の類似性に着目して、「“誤診”と同じように、生徒の可能性の開花という視角からみたとき、“誤教育”という問題がある」と提起しました(17)。川上医師は、「教育の成果は予想以上に長く続く」として、「医師の世界でいう予後学にあたる分野が教育の世界でも必要になるのではないか、その場合に“誤教育”といった発想が突破口になるのではないか」とも指摘しました。私はこれらはきわめて重要な提起であると考え、日本福祉大学在職中、この視点から私や同僚の教育を点検していました(18)。

さらに、「不確実性」は、医療・福祉・教育に限られず、経済・経営、社会、政治・行政、司法等、人間社会のすべての制度や現象に存在します。少し古いですが、『週刊東洋経済』は2008年に「経済・金融情勢から日々の暮らし、犯罪、自然災害まで、われわれの不確実性は高まっている」として、「『不確実性』の経済学入門」を特集し、医師不足・年金問題を含め20の領域の不確実性を論じました(19)。

「不確実性」より「情報の非対称性」が重要

そのために、私は医療の経済的特徴としては、「不確実性」より「情報の非対称性」の方がはるかに重要と考えています。上述したように、フックスはこれをサービス一般と比べた医療サービスの経済的特徴の第1にあげています。実は、アローも医療の不確実性の1つとして、医師と患者間の「情報量の格差」(the informational inequality, the difference in information)・「医療の購入の結果に対する知識の差」をチラリと指摘しています(1:翻訳59頁)。上述した誤診・医療事故問題について、私は、「医療の不確実性」を指摘することに加えて、医師と患者の「情報の非対称性」を減らすための方策も必要だと考えています。

後藤励・井深陽子『健康経済学』は、アローに依拠し「情報の非対称性と不確実性は、以前より医療の最も重要な経済学的な特徴とされてきました」(20:36頁)と述べていますが、著書全体では、不確実性の具体的分析はなく、逆に情報の非対称性が医療サービスにどのような影響を与えているかについて、9か所で詳細に検討しています。

なお、20世紀前半を代表するアメリカの経済学者ナイトは主著『リスク、不確実性、利潤』(原著1921)で、「測定可能な不確実性」を「リスク」と呼び、「測定不可能な不確実性」と峻別しました(21:42,309頁)。この区分は現在では経済学で広く共有されています。アローはこの区分をしておらず、「参考文献」にナイトの著書も引用していませんが、「医療の不確実性」は両方を含むと言えます。

ただし、現実には両者の区別は必ずしも簡単ではありません。橋本英樹・泉田信行は、医療における「リスク」と(ナイト流の)「不確実性」は、医師と患者では異なることをわかりやすく説明しています(4)。例えば、医師は患者から得られた様々な情報と既存の疫学情報を総合して、患者の入院確率等を計算することが可能なので、それは「リスク」と言えるが、患者個人にとっては、今後入院するかどうかは全く予測がつかないので「不確実性」の範疇にとどまるのです。

ちなみに、ナイトは「不確実性は人生の基本的事実の 1 つである」とも述べています (21:447 頁)。中川米造も、医学・医療の不確実性を多面的に論じた後に、「考えてみれば、人生においては確実なことはほとんどない」と認めています (16:152 頁)。

「モラルハザード」を医療保険に無批判に持ち込む

アロー説に対する第 3 の疑問で、しかも私が一番重大だと思っていることは、アローが保険論で使われていた「モラルハザード」概念・用語を医療保険の分析に無批判に持ち込んだことです。具体的には、アロー論文は、医療の経済的特徴の分析に続いて、不確実性下における医療保険の在り方について規範的に論じた時に、保険論 (特に火災保険論) で 1940 年代以降否定的な意味で用いられるようになった「モラルハザード」概念 (保険を掛けた安心から気が緩んで火災発生率が高まる等。ただし、実証はされていない) を、「医療保険の場合も同様である」とそのまま医療保険に持ち込みました (1:翻訳 67 頁。モラルハザードは「道徳的危険」と訳)。

これは、医療保険加入により自己負担が減り、そのために医療需要が増加することは消費者の「合理的行動」であり、モラルの問題ではないとの経済学の本来の説明と明らかに異なります (7)。上掲の『健康経済学』も、モラルハザードを情報の経済学に基づいて説明し、「個人の倫理観の欠落を表しているかのように受け取ることは「誤りです」と強調しています (20:146 頁)。

実は、アロー論文が発表された 5 年後の 1968 年にポーリーは、この点を以下のように的確に指摘・批判しました (22)：「医療保険における『モラルハザード』問題は道徳とはほとんど関係がなく、正統的経済学モデルで分析可能である」、「医療保険に加入すると、加入していない場合に比べてより多くの医療を求める反応は道徳的背信 (moral perfidy) の結果ではなく、合理的な経済的行動の結果である」。アローは、すぐポーリーのこの批判を大枠で受け入れたのですが、モラルハザードという用語は変えませんでした (23)。

アロー論文はきわめて影響力があったため、この論文が「重大な歴史的転換点」となり、本来経済学的には価値中立的 (value-neutral) であった医療保険加入による医療需要増加を、否定的・侮蔑的価値判断を含んだ (value-laden) 「モラルハザード」と呼ぶことが一般化し、それを用いた研究論文が大量生産されるようになりました (24)。私はこの点でアローの「罪は重い」と思っています (7)。

2012 年シンポジウム基調講演への疑問

「はじめに」で紹介した 2012 年のシンポジウムで「医療保険におけるモラルハザード」についての基調講演を行ったフィンケルシュタインは、医療保険の「モラルハザード」を「事前のモラルハザード」 (ex ante moral hazard. 保険加入者が保険に加入することにより自分の健康管理を怠る) と「事後のモラルハザード」 (ex post moral hazard. 医療保険に加入することで医療受診が増え、医療費も増加する) に 2 分した上で、アメリカで行われた 2 つの医療保険のランダム化比較試験の結果、「事前のモラルハザード」が存在するとのエビデンスは認められず、「事後のモラルハザード」の存在のエビデンスのみが確認されたと指摘しました (5:15-16,21-23 頁)。

フィンケルシュタインは (事後の) モラルハザードは供給側＝医師側にも存在すると指摘

し、その後の「コメント」でグルーバーやスティグリッツもその主張に同意しました。実は、アローも 1963 年論文で、医師側のモラルハザードもチラリと指摘していました (1:翻訳 67 頁)。私は、これは医師・供給者誘発需要と呼ぶべきと思いますが、この点は、フィンケルシュタインだけでなく、シンポジウム参加者の誰も指摘せず、シンポジウム報告書の索引にも医師誘発需要はありませんでした。

私が一番驚いたのは、フィンケルシュタインが伝統的な保険論の主張する「(事前の)モラルハザード」の存在を否定したにもかかわらず、保険加入者の合理的な行動に対して「(事後の)モラルハザード」という否定的価値判断を内包した用語をそのまま使ったことです。この点については、すべてのコメンテーターも同じで、「モラルハザード」という否定的保険用語の医療経済学への流用・(私から見ると)誤用の根は深いと感じました。

なお、ツヴァイフェルとマニングは 2000 年に発表した「医療におけるモラルハザードと消費者インセンティブ」についての膨大な総説で、「事後のモラルハザード」を通常の「静学的事後のモラルハザード」と、新医療技術の選択を含んだ「動学的事後のモラルハザード」に二分し、モラルハザード全体を 3 種類に分類することを提唱しました(25)。しかし、私には「動学的事後のモラルハザード」の意味が理解できません。この 3 区分説は、提唱から 20 年以上経ちますが、私の知る限りほとんど普及していません。ツヴァイフェルらも「モラルハザード」という否定的用語の使用に対しては何もコメントしていませんでした。

おわりに

以上、医療経済学の最重要古典とされているアロー論文に対して私が長年抱えてきた疑問を述べました。これにより、無批判に引用・言及されることの多いアロー論文の問題点・限界を示せたと思います。

最後に一言。私は、アローが、新古典派による伝統的な競争的市場理論をそのまま医療の分析に持ち込まず、医療の経済的特徴を「不確実性」を鍵概念にして包括的に分析し、それにより規範的経済学の枠組みを拡張しようとした姿勢は高く評価しています。西村周三氏も、アローの「指摘は、経済学を知らない人にとっては、何ら新味のない当たり前のことに映るが、経済学の発展の歴史を知ると、その意義が明らかになる」と指摘しています(3)。この点は、日本で、一部の経済紙誌や経済産業省系の研究者が、市場原理を絶対視し、それに合致しない日本医療を「上から目線」で粗雑に批判し続けているのとは大違いです。

文献

- (1) Arrow KJ: Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53:941-973,1963 (田畑康人訳「不確実性と医療の厚生経済学」『国際社会保障研究』27:51-77,1981) .
- (2) 漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会,1998,12 頁。
- (3) 西村周三・田中滋・遠藤久夫編『医療経済学の基礎理論と論点 (講座*医療経済・政策学第 1 巻)』勁草書房,2006,64-66 頁。
- (4) 橋本英樹・泉田信行編『医療経済学講義』東京大学出版会,2011,10-11,61 頁。
- (5) Finkelstein A with Arrow KJ, et al: Moral Hazard in Health Insurance (Kenneth J. Arrow Lecture Series). Columbia University Press, 2014.

- (6) 二木立『医療経済学』医学書院,1985,7-13 頁。
- (7) 二木 立「フックス教授の『医療経済・政策学』から何を学ぶか?」『文化連情報』2018年12月号(489号):22-24頁(『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,228-233頁)。
- (8) 二木 立「『モラルハザード』は倫理の欠如か?—医療経済学での用法」『日本医事新報』2018年1月13日号(4890号):20-21頁(『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,210-213頁)。
- (9) McDonough: Kenneth Arrow, Nobel laureate and seminal economist with wide impact, dies at 95. The Washington Post February 21,2017 (ウェブ上に公開)
- (10) Salles M: (Obituary) Kenneth J. Arrow 1921-2017. The European Journal of the History of Economic Thought 24(5):1123-1129,2017 (ウェブ上に公開)
- (11) Anonym: Kenneth J. Arrow, 1921-2017. Institute for New Economic Thinking, 2017. (山形浩生訳:ケネス・J・アロー(Kenneth J. Arrow),1921-) (共にウェブ上に公開)
- (12) V・R・フックス著、江見康一訳『サービスの経済学』日本経済新聞社,1974 [原著1968]。
- (13) Fuchs, VR: The contribution of health services to the American Economy. In: Fuchs, VR (Ed): Essays in the Economics of Health and Medical Care. National Bureau of Economic Research,1972,pp3-38.
- (14) 小松秀樹『医療崩壊 「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社,2006,11-19 頁。
- (15) 小松秀樹『医療の限界』新潮新書,2007,13-39 頁(「死生観と医療の不確実性」)。
- (16) 中川米造『医学の不確実性』日本評論社,1996。
- (17) 川上武「誤教育と誤診—斎藤義博と私」『回想 出隆』1982(『私の戦後』ドメス出版,2005,62-66 頁に収録)。
- (18) 二木立『福祉教育はいかにあるべきか』勁草書房,2013,72 頁(「私からみた悪い研究(論文)指導」)。
- (19) 特集「『不確実性』の経済学入門」『週刊東洋経済』2008年9月6日号:36-79 頁(「⑬『医師不足』はなぜ起きたのか」、「⑱年金問題はなぜもめるのか」は、権丈善一監修)。
- (20) 後藤励・井深陽子『健康経済学』有斐閣,2020。
- (21) フランク・H・ナイト著、桂木隆夫・他訳『リスク、不確実性、利潤』筑摩書房,2021 [原著1921]。
- (22) Pauly M: The economics of moral hazard: Comment. American Economic Review 58(3):531-537,1968.
- (23) Arrow KJ: The economics of moral hazard: Further comment. American Economic Review 58(3):537-539,1968.
- (24) Dembe AE, Boden LI: Moral hazard: A question of morality? New Solutions 10(3):257-279,2000 (ウェブ上に公開)。
- (25) Zweifel P, et al: Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Eds.): Handbook of Health Economics Volume 1A, Elsevier, 2000, pp.409-459.

[本稿は『日本医事新報』2021年11月6日号(5089号)に掲載した「アローの医療経済学の最

重要古典に対する3つの疑問」に大幅に加筆したものです。]

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算189回)(2021年分その7:6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。

○医薬品の迅速承認に対する中間(第3の)の立場—アデュカヌマブの教訓

Emanuel EJ: A middle ground for accelerated drug approval - Lessons from Aducanumab. JAMA 326(14):1367-1368,2021 [評論]

アメリカ食品医薬品局(FDA)によるアデュカヌマブ(商品名アデュヘルム)のアルツハイマー病に対する迅速承認は論争を引き起こした。FDAは、HIV患者とがん患者の要望に応じて1992年に迅速承認を導入し、それは2012年に法制化された。1992~2020年に、迅速承認は253の新薬に適用され、その後、125(49.4%)が正式承認され、16(6.3%)が承認を撤回された。迅速承認については賛否両論があるが、筆者は両論の中間(第3)の道、つまり迅速承認制度の改善が必要だと考える。アデュカヌマブの経験は、以下の4つの改革を示唆する。

第1に、迅速承認試験における主要アウトカム指標としては、医薬品の長期的な臨床便益(生存率やADLの改善等)と強いまたは中等度の相関が確認されている代理変数が用いられるべきである。アデュカヌマブの場合、代理変数とされた脳内βアミロイド斑減少と認知機能改善等との相関は示されていない。第2に、迅速承認はFDAと製薬企業間で確証試験とそのための参加者募集のプロトコールについての合意が成立するまでなされるべきではない。アデュカヌマブの迅速承認の段階では、そのようなプロトコールはなかった。第3に、確証試験の参加者募集、確証試験の進め方、およびその締め切りについての透明性が確保されなければならない。アデュカヌマブでは確証試験の期間は9年間とされているが、長すぎて非合理である。第4に、明らかな科学的エビデンスがない限り、医薬品の適応は迅速承認のための臨床試験で用いられたものと同じであるべきである。FDAは当初、アデュカヌマブの適応を、この臨床試験で用いられた範囲を超えてアルツハイマー病全体としたが、それに対する批判を受けて、臨床試験時と同じに変更した。

アデュカヌマブは迅速承認後の薬価設定にも問題があることを明らかにした。現行法制ではFDAはそれに介入できないが、メディケア・メディケイド・サービス・イノベーション・センターは、モデル事業または議会を通して、医薬品の迅速承認の過程で、当該医薬品の価格設定に関与することができる。

二木コメント—執筆者(単独)はペンシル大学医学部医療倫理・医療政策部門の、医師資格を有する教員です。執筆者の提唱する迅速承認制度の4つの改革提案は、日本でも創設が検討されていると報じられている医薬品の「緊急時薬事承認」制度設計の参考になると思います(「毎日新聞」2021年11月18日朝刊)。私は、執筆者が最後に、今後の新規医薬品の価格規制の可能性に言及していることに注目しました。従来、アメリカでは製薬企業の医薬品価格設定に政府が介入する議論はタブーだったことを考えると、バイデン政権成立後に政策選択の「潮目の変化」が生じているのかもしれないと感じました。

○ [臨床的・行政的] 保健医療ガイドライン遵守の促進ツールとしてのナッジの効果とそれの組織的含意：体系的文献レビュー

Nwafor O, et al: Effectiveness of nudges as a tool to promote adherence to guidelines in healthcare and their organizational implications: A systematic review. *Social Science & Medicine* 286(2021) 114321, 11 pages. [文献レビュー]

アメリカでは近年、価値に基づく医療提供モデルへのシフトが生じており、医療組織は、良質の医療をより安価に提供するようにデザインされた臨床的・行政的ガイドラインを遵守する圧力にさらされている。しかし、臨床家にこれらのガイドラインを遵守させるのは医療組織にとって厄介な問題であり続けている。ナッジの利用は医療分野で、両方のガイドライン遵守を促進するための人気のある介入法となっている。本文献レビューの目的は様々な種類のナッジの使用と、ガイドライン遵守を促進するツールとしての効果についての実証的エビデンスを評価すること、及びそれらが効果的であるための「境界条件」(boundary conditions)を明らかにすることである。

最終的に 83 の実証研究を選択し、そのうち 38 がアメリカの、15 がイギリスの研究であった。83 論文から、ナッジがガイドライン遵守を促進する効果的なツールであるとの強い(compelling)エビデンスを見いだした。ただしこのエビデンスの多くは、セイラーとサンステーションが提唱した 6 種類のナッジのうち、3 種類のナッジ(情報やインセンティブの見える化(increasing salience)、フィードバックの提供、デフォルト)に焦点化した研究に依存していた(83 論文中 75 論文)。他の 3 種類のナッジ(予期されたエラーの予防、複雑な問題の構造化、マッピングの理解)についての関心は弱かった。しかも、これらの研究はナッジ介入が機能するか否かに焦点を当てており、組織的問題—費用対効果、医療従事者への影響、既存の一連の業務手続きの流れ・仕組み(workflows and routines)の破壊等—はほとんど検討していなかった。

二木コメント—保健医療分野のナッジについてのなかなか深みのある文献レビューで、ナッジ研究者必読と思います。ただし、ナッジの(患者の)健康増進効果ではなく、臨床家の診療ガイドライン遵守促進効果に限定した文献レビューです。私自身は、ナッジの費用対効果はまだほとんど検討されていないとの指摘に注目しました。

○ コロナ・パンデミック期間の医療労働者の精神衛生問題の国際的出現率：体系的文献レビューとメタアナリシス

Saragih ID, et al: Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 121(2021) 104002, 12 pages [文献レビュー]

医療労働者はコロナ・パンデミックの期間、精神衛生問題を発症するリスクが高く、その全体像を包括的に分析する必要がある。本文献レビューの目的はコロナ・パンデミック期間中の様々な国における医療労働者の精神衛生問題を体系的に明らかにすることであり、体系的文献レビューとメタアナリシスを行った。体系的文献レビューは PubMed 等 6 つのデータベースを用いて行った。文献検索期間は 2019 年 12 月 1 日～2020 年 11 月 2 日である。すべてのコホート研究、ケース・コントロール研究および横断面分析研究を含め、Joanna

Briggs Institute ツールを用いてそれらの質を評価した。メタアナリシスの際は、ランダム効果モデルを用いて、精神衛生問題のプールされた出現率を合成した。異質性(heterogeneity)はI²統計量を用いて測定し、Egger 試験により出版バイアスを評価した。

コロナ・パンデミック期間中の医療労働者の精神衛生問題を報告した 38 の英語論文を同定し、研究参加者は合計 53,784 人だった。研究を報告した国は合計 19 か国で、中国が最も多く 9 論文、以下、イタリア 4 論文、インドとアメリカが 3 論文等であった（日本からの報告は含まれていない）。文献レビューで用いた医療労働者の分布は医師 27.9%、看護師 43.7%、それ以外の医療労働者(allied health workers) 7.0%であった。精神衛生問題のプールされた出現率は、PTSDが最も高く 49% (95%信頼区間 [CI] : 22-75%) であり、以下、不安 40%(CI:29-52%)、抑うつ 37% (CI:29-45%)、疲労困憊(distress) 37%(CI:25-50%)の順であった。

二木コメント—このテーマについての初めての国際的文献レビュー・メタアナリシスのようです。ただ今回の対象は記述的研究であり、「介入研究」の検討はなされていません。

○ヨーロッパとアメリカにおける [50 歳時] 平均余命の不平等

Bohacek R, et al: Inequality in life expectancies across Europe and the US. Health Economics 30(8):1871-1885,2021 [国際比較研究]

ヨーロッパ（大陸ヨーロッパとイングランド）とアメリカの調整された(harmonized)世帯パネルデータ及び3条件生存分析を用いて、教育（大学教育の有無）とジェンダーの差が、50歳時の総余命、健康余命、不健康余命に与える影響を比較する。3条件生存分析では、死亡=0、不健康生存=1、健康生存=2とした。ヨーロッパ、アメリカとも、大学教育（を受けたこと）は男の総平均余命の延長に女より大きな影響を与えていたが、女では男より、大学教育が不健康余命の短縮に影響していた。反実仮想分解(counterfactual decompositions)によると、これらの結果は大学教育による条件付き生存確率の延長は相対的に男で大きく、女では大学教育により健康への移転がより大きいために生じると言える。ヨーロッパと比べると、アメリカでは大学教育による健康余命の延長効果ははるかに大きかった。

二木コメント—上記要旨は簡単ですが、本文では緻密な計量経済学的分析が行われており、健康寿命の研究の参考になると思います。方法的には、3条件生存分析を行ったことに新しさがあるようです。Freiの「罹病期間圧縮(compression of morbidity)」仮説(1980年)が大学教育を受けた階層で(のみ)生じているとの知見は、先行研究と一致していると思います。例：「罹病期間圧縮概念の再訪と21世紀の健康格差」Lantz PM: Revisiting compression of morbidity and health disparity in the 21st century. Milbank Quarterly 98(3): 664-667,2020 (本「ニューズレター」200号(2021年3月)に抄訳)。

○30 か国の国民の医療制度に対する満足：個人の [社会・経済的] 特性と社会的文脈の影響

Yuan Y: Public satisfaction with health care system in 30 countries: The effects of individual characteristics and social contexts. Health Policy 125(10):1359-1366,2021 [国際比較研究]

本研究は個人の社会経済的特性、医療制度の制度的構造(set-up)、及び医療制度に対する全体的満足(以下、医療制度満足度)との関連を調査する。2011年「国際社会調査プログラム」(日本を含む30か国の34,212人が回答)のデータを用いた。国家間の差を比較するマルチレベル分析は、各国の財政方式が個人レベルの満足に影響することを示した。先行研究と一致して、個人レベルでは、回答者の医療従事者との経験、年齢、ジェンダー、及び所得は医療制度満足度の有意な予測因子だった。国レベルでは、医師密度や病院病床密度のような実質インプット指数は医療制度満足度の負の予測因子だったが、総医療費中の公的医療費の割合は正の予測因子だった。しかし、クロスレベル交互作用から得られた知見は、低所得であることの医療制度満足度に対する負の影響は、主として租税方式の医療制度でより顕著であった。特に、租税方式の医療制度では、モデルから予測される医療制度満足度は実際の数値よりも高かった。しかし、そのような国での低所得の回答者と高所得の回答者間の医療制度満足度確率のギャップは、ほとんど私的財政の医療制度の国におけるそれより大きかった。本研究は、医療制度改革の将来的方向の検討では私的部門と公的部門との資源分布のバランスに焦点を当てるべきことを示唆している。

二木コメント—30 か国の医療制度満足度(比較)というタイトルは魅力的なのですが、私には"significantosis" (「有意症」)に陥っているように思えます。「有意症」は故佐久間昭先生の造語で、統計的に有意なことを即実質科学的にも有意なことと誤解する「病気」のことです(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,123頁で紹介)。上記要旨の最後の1文も恣意的です。論文本体の「結論」に書かれている、「個人レベルの特性と国レベルの特性が国民の医療制度満足度と関連している」との知見は陳腐です(So what? Et alors?)。

○ [福祉国家の] 標準的な分類は現在でもヨーロッパの福祉 [体制] の類型を代表するか? 医療と社会的ケアについての研究から得られた斬新なエビデンス

Bertin G, et al: Do standard classification still represent European welfare typologies? Novel evidence from studies on health and social care. *Social Science & Medicine* 281 (2021) 114086, 9 pages. [メタアナリシス・理論研究]

従来の福祉体制の特徴は21世紀に入ってから大きく変化したために、エスピン=アンデルセンの『福祉資本主義の3つの世界』(原著1990、訳書2001(ミネルヴァ書房)。以下TWW)に代表される標準的な福祉体制分類の代表制についての疑問が出されている。福祉サービスが政策領域をまたぐ共通の原理を有していないのではないかと懸念に答えるために、福祉提供のサブ領域(医療や社会的ケア等)に焦点化した新しい諸類型が提唱されている。しかし、それらの個々の政策に特化した類型が、①標準的TWW分類と矛盾しないか、②政策領域をまたいで同じであるかについてのエビデンスはほとんどない。

ヨーロッパ12か国を対象にして、医療と社会サービスという経済学的に類似した領域に焦点化した、2000年以降に発表された22の福祉類型論の文献レビューを行った。これらのうち7は医療を、15は社会的ケアを分析していた。医療と社会的ケア別に「福祉類似性」(welfare similarity)という斬新な指数を作成し、これらの研究で福祉体制がグループ化されている程度を測定した。その結果、以下の2つの知見を得た。①医療と社会的ケア政策には複数のレジームの共存と重複、即ちオリジナルなTWW分類のハイブリッド化という特徴

がある。②各国の分類は医療と社会的ケアで相当異なり、このことは政策領域をまたいだ一貫した福祉体制原理がないことを示している。これらの知見は福祉体制の比較分析は個々の政策領域に焦点化すべきであり、それにより福祉体制の一般分類より多くの情報が得られることを示唆している。

二木コメント—2000年以降の福祉国家類型研究の「メタアナリシス」に基づいて、エスピン＝アンデルセンの標準的な福祉レジーム分類がもはや無効であると結論づけており、福祉国家の比較研究者必読と思います。ただかなり難解で、私は執筆者が斬新と自賛する「福祉類似性」指数はよく理解できませんでした。私は、以前から、エスピン＝アンデルセンの福祉レジームの3分類説は、少なくとも医療制度の国際比較にはまったく役に立たないと判断していたので、著者の結論には納得しました（『医療改革と病院』勁草書房,2004,62-64頁、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房,2006,56-58頁）。また、国際的にみれば類似性が強いヨーロッパ諸国の医療や社会的ケアの類型を論じるのは、私には「重箱の隅をつつく」ように思えます。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 203)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○小山秀夫（社会医療研究所所長）「COVID-19によって、いろいろなものが変わったと言われます。不確実な世の中になって、先が読めなくなったとも言われます。けれど、考えてみると、そんなに先が見えた時代がこれまでにありましたか。私自身、大学生のときに今の自分の姿は考えられなかった。ですから、今が特別に不確実だという話ではないと思います」（『日本慢性期病院医療協会誌』137号（2021.10 隔月号）：59頁。インタビュー「社会医療研究所の歴史とこれからの取り組み」）。

二木コメントー私も、2020年春のコロナ感染爆発後、「コロナで世の中・医療環境が激変・一変することはない」と主張し続けてきたので、大いに共感しました。なお、私は東京医科歯科大学医学部6年時から、将来的には、医師を辞めて医療問題の研究者になると決意し、1972年4月に代々木病院に内科研修医として入職する前から、そのことを病院長に「宣言」していました。

○菅原琢磨（法政大学経済学部教授）「これら[E B P M（エビデンスに基づく政策形成）やE I P M（エビデンスを踏まえた政策形成）]の政策、制度設計でやや気懸かりなのは、その差を生じさせている固有の要因について十分な検討、考慮がなされないまま、いわば標準値、目標値への収斂を、個々の地域、機関の努力と責任において暗黙裏に求めている点にある。（中略）／今後も、さまざまな大規模データの利活用が進むにつれて、多くの暗黙の『標準値』が生み出されていくとも考えられる。しかし仮にその『標準値』で構成された環境が、思いの外、実態にそぐわないケースもあるのだとすれば、それに対する制度対応として、特異的かつ固有の実態、事情に合わせるための調整機能や調整余地を我々は同時に考えておかななくてはならない」（巻頭言「標準化と多様性を両立させる制度対応」『医療経済研究』33(1):1-2頁,2021）。二木コメントー今後行政でもビッグデータの利活用が増えるので、このような「制度対応」が不可欠になると思います。しかし、現実とは逆で、特に「地域医療構想」では、すでに「暗黙の『標準値』」への事実上の強制が、一部で生じているようです。これを読んで、次の2つの警告を思い出しました。

○ジョセフ・E・スティグリッツ（経済学者・コロンビア大学教授）「おかしなことはたくさんあります。例えば、経済学者が使う標準モデルや『代表的個人』です。主流派の経済学者は『（消費者は）全員同じだ』というわけですが、全員が同じなら、不平等や格差は生じず分配の問題は起こらないはず」（『欲望の資本主義4 スティグリッツ×ファーガソン 不確実性への挑戦』東洋経済新報社,2020,149頁）。二木コメントー私も、本ニューズレター論文で引用した『Moral Hazard in Health Insurance（医療保険におけるモラルハザード）』（2014）を読んでいて、基調講演だけでなく、スティグリッツを除く他のコメントーターが、「平均人」（the average person）についてのみ論じて、アメリカに大量の無保険者が存在することを当然視し、彼らを含む低所得者の医療アクセスを改善する課題にほとんど触れていないことに違和感を持ちました。アローが、最後の討論時に、「無保険者は社会の少数者(marginal group)でたった5000万人しかいない」と本音発言していたのには驚きました（79頁）。

○ニール・ファーガソン（歴史学者・ジャーナリスト）「政策決定の問題の一つは、社会の複雑さを理解しようとする経済学者の影響が大き過ぎることだと言えます。（中略）／経済学者は社会が複雑であることを認めるのを嫌います。彼らは社会を単純化された線形のモデルで説明することを好みます。（中略）闇雲に経済モデルを崇拝していると、間違えた予測をし続けることになります。単純化されたモデルは複雑なモデルへの通過点と考えたほうがいいのです。起こる確率を予測できるリスクよりも、予測できないリスクのほうが遙かに多いことを認識すべきです」（上掲書,30-31頁）。

○松田晋哉（産業医科大学教授・公衆衛生学）「私たち研究者は問題を単純化したモデルを用いて、合理的に考えようとする。その合理性は多くの場合、人口や財政のシミュレーションである。確かにそこに平均的な真理はあるかもしれない。しかし、現場の医療や介護の実践とは感覚が大きくずれたものになっている可能性がある。なぜなら、問題は多くの場合、平均値では分からない外れ値だからである。また、しばしば問題は複合的である。そのずれが意識されていなければ、分析に基づく施策は支持されることはないだろう。そればかりか、間違った施策を誘導してしまう可能性もある」（『日本の医療・介護の未来 複合ニーズに対応する地域包括ケア構築のために』勁草書房,2021年,205頁）。二木コメントー松田氏のこの真摯な内省も、上記、菅原氏、スティグリッツ、ファーガソンの自戒・警告に通じると思います。

○矢野健太郎（数学者。1912-93年）「ちょっと考えると判りきったことにみえることでも、それらをよく考察して、それらを基礎の知識として、それらに立脚してつぎの問題を考えていこうとするのは、これも立派な科学的なものの見方、科学的なものの考え方であるとわたしは思います」（「科学的なものの考え方」1963。中央公論社編『教科書名短篇 科学随筆集』中公文庫,2021,197-198頁）。二木コメントー私は、昔から、直感的に「判りきったことにみえること」を「考察」するのが苦手でした。例えば、高校の数学の時間に、数式の証明問題の答えが直感的にすぐわかり、解き方のプロセスを省略して答え（正解）だけを書き、教師に怒られました。矢野氏の指摘は、本「ニューズレター」論文で引用した西村氏の次の指摘に通じると思います。

○西村周三（京都大学経済学部教授・当時）「[アローの「不確実性と医療の厚生経済学」論文の] 指摘は、経済学を知らない人にとっては、何ら新味のない当たり前のことに映るが、経済学の発展の歴史を知ると、その意義が明らかになる」（西村周三「医療保険の経済理論」。『医療経済学の基礎理論と論点（講座＊医療経済・政策学第1巻）』勁草書房,2006,64頁）。

○梅津時比古（「毎日新聞」特別委員・桐朋学園大学学長。1971年に毎日新聞社に入社してから10年超を校正記者として過ごした。辞書は校正記者に欠かせない道具で、現在でも、とりわけ紙の辞書への思い入れが強い）「紙の辞書の面白さは、探したい言葉に至るまで、“寄り道”ができる点です。電子辞書はストレートに言葉にたどり着けて便利ですが、途中の言葉に目が向くことはありません。（中略）辞書を引くときにはコストパフォーマンスを求めるのではなく、寄り道自体が資産になると思えばいい。（中略）無駄がな

いのは文化ではない。効率的なことを求めてはいけないのです」（「毎日新聞」2021年9月23日朝刊、インタビュー「校閲と音楽 意外な共通点」）。**二木コメント**「寄り道の重要性は、文献検索でも同じだと思います。私は、もちろん電子的文献データベース（特にPubMedとCiNii）は使いますが、それよりも重視しているのは新着雑誌（英語・日本語）の現物のチェックです。まだ代々木病院勤務医だった1984年から現在まで38年間、必ず月に1回、図書館（勤務医時代は慶應義塾大学医学部図書館と日本医師会図書室、1985年以降は日本福祉大学図書館）で、医療経済・政策学関連の新着英語雑誌約20誌の現物を手に取って目次をチェックし、興味を持った論文（毎月約20論文）のコピーをしています。ただし、全文をコピーするのは、すぐ読みたい論文のみで、それ以外は要旨のみをコピーし、それを読んで「ニューズレター」に抄訳を書く意義があると判断した場合のみ、翌月、全文をコピーしています。個人的に定期購読している英語雑誌はThe Economist（週刊）とHealth Affairs（月刊）の2誌だけです（詳しくは、『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,23-24,139-140,174-175頁）。

<その他>

○**葛西紀明**（ノルディックスキー・ジャンプ男子選手、49歳。近年の不振で、前人未踏の9大会連続の五輪出場が懸かる代表選考で苦境に立たされているが、「もし北京がダメでも次を目指す」）**「白髪が増えたり、しわができたりはあるが、スポーツで年齢を感じたことがない。チャンスはあると思ってやっている」**（「毎日新聞」2021年10月22日朝刊、「9度目五輪へ 葛西は飛ぶ」）。「**体力は全然衰えていない。来年50歳になるが、まったく止める気はない。いけるところまでいきたい**」（「読売新聞」2021年10月25日朝刊。11月24日の全日本選手権ラージヒル終了後、目指していた冬季五輪史上最多の9大会連続出場は絶望的になったが、こう述べ、現役続行に意欲を示した）。**二木コメント**私も60歳を過ぎてからは、「研究で年齢を感じたことがない」し、研究で「いけるところまでいきたい」と思っているのので、大いに共感しました。葛西選手と違うのは、「外的目標」がないことです。

○**小林よしのり**（漫画家・評論家）「皇族には、マスコミや愚劣な大衆からどんな事実無根の誹謗中傷を受け、名誉毀損をされようと、反論する自由がない。（中略）反論できない皇族に、数年間にもわたって容赦ないバッシングを浴びせる資格が、国民になぜあると思えるのか。**これは無抵抗者への壮大ないじめである。**／さらに、皇族バッシングを楽しむ者たちは、『皇室には、権威はあるが権力はない』という常識すら知らない。（中略）**自称保守派は決まってバッシングを『皇室を思うがゆえの諫言』だとする詭弁を弄するが、それは児童虐待で我が子を殺した親が『子を愛するゆえのしつけだった』と言い訳するのと同じである**」（『週刊エコノミスト』2021年11月16日号：3頁、「闘論席」）。**二木コメント**私は、コロナ問題を含め、小林氏の日頃の主張の多くに疑問を持っていますが、この主張は正論と思い、大いに共感しました。

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8回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ」45号（2021年11月14日）から転載）

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○中央公論新社編『教科書名短篇 科学随筆集』中公文庫,2019年9月。

…第二次大戦後の中学校国語教科書に掲載された高名な自然科学者の随筆集。寺田寅彦（7篇）、中谷宇吉郎（4篇）、湯川秀樹（9篇）他、4人の随筆を収録。私が科学者・研究者論の最高峰と評価し、毎年の大学院統一導入講義でも推薦している**寺田寅彦**「科学者とあたま」が冒頭にある！：科学者は「頭が悪いと同時に頭がよくなってはならない」と「科学が人間の智慧のすべてであるかのように考えること」は錯覚（17頁）。中谷宇吉郎「地球の丸い話」も深い。岡潔「発見の鋭い喜び」、矢野健太郎「科学的なものの考え方」もお薦め。

※「科学者とあたま」はウェブ上にも公開されています（「青空文庫」）。

○川上武「誤教育と誤診－斎藤義博と私」『回想 出陣』1982年（『私の戦後』ドメス出版,2005,62-66頁に収録）。（『日本医事新報』連載(116)のため再読）

…小学校の一教諭として生涯、生徒の可能性を最大限に追求し開花させる姿勢をとり続けた斎藤義博氏に触発されて、一般医と小学校教師の共通性を指摘し、「“誤診”と同じように、生徒の可能性の開花という視角から見たとき、“誤教育”という問題があるのではないかという提起」を1972年に行った。「教育の成果を目先の進学率のみで測定する風潮へのアンチテーゼとして、あえて“誤教育”という言葉を使ってみた」。「教育の成果は予想以上に長い時間つづく」ため、「医師の世界でいう予後学にあたる分野が教育の世界でも必要になるのではないか、その場合に“誤教育”といった発想が突破口になるのではないか」とも提起。私は、「誤教育」は重要な視点と考え、日本福祉大学在職中、この視点から私や同僚の教育を点検していた。『福祉教育はいかにあるべきか』（勁草書房,2013,72頁）では、「誤教育」の例として、大学院での「私からみた悪い研究（論文）指導」を3つあげたが、ウっかりしてこの論文を引用するのを忘れた。なお、誤診や誤審、誤判（誤判決）と異なり、「誤教育」は一般にはほとんど使われていない。

B. 医療・福祉関連

○中川米造『医学の不確実性』日本評論社,1996。（『日本医事新報』連載(116)のため再読）

…医学・医療の不確実性を日本で初めて正面から論じた本。当時、医師は医学の確実性を誇張する傾向があったので、それをゆさぶるために不確実性を強調したが、それだけでは「医療に対するペシミズムを育てる恐れがある」として、「不確実性への対処」についても触れる。『からだの科学』連載をまとめたエッセー的本なので読みやすく、教養も身に付く。

○岩間伸之・野村泰代・他『地域を基盤としたソーシャルワーク 住民主体の総合相談の展開』中央法規,2019。

…2017年に死去した岩間氏の遺稿3論文（理論）と地域を基盤としたソーシャルワークの実践概念である「総合相談」の取り組みを融合。中心は岩間氏執筆の第2章「地域を基盤としたソーシャルワーク」で、その全体像と機能を包括的に示しており、「個別支援と地域支援を地続きのものとしてとらえる点」に特徴がある。4つの実践上の特質の③は「予防的かつ積極的アプローチ」、④は「ネットワークによる連携と協業」。**第2章はこのテーマについて理論的に考えたい者は読むべき**。第3章の「総合相談」の地域拠点、地域包括支援センター等の公的「福祉相談所」を想定。第4章（岩間氏執筆）は「ソーシャルワークの価値」の理論的検討。私は、「『価値』とは専門職として共通に持つべき価値基盤のことであり、『援助を方向付ける理念・思想・哲学』」（149頁）とする岩間氏の説明に賛成だが、それならわざわざ「価値」という多義的・抽象的用語を使う必要はないとも（改めて）感じた。

+◎岩間伸之・原田正樹『地域福祉援助をつかむ』有斐閣,2012。

…「『地域を基盤としたソーシャルワーク』と『地域福祉の基盤づくり』という2つの概念を相互に関連のあるものとして一体的にとらえて展開しようとする」野心的な書で、厚生労働省の2015～2016年の福祉改革文書・方針を、良い意味で先取り。2人の分担執筆ではなく、「二人で議論を重ねながら」執筆した稀有な書。**地域福祉&ソーシャルワークの研究者・実践家必読と思う。**

○矢嶋里絵・他編著『社会保障裁判研究 現場主義・創造的法学による人権保障』ミネルヴァ書店,2021年6月。

…『社会保障裁判－戦後社会保障運動の発展』（小川政亮編。ミネルヴァ書房,1980年）の続編&井上英夫氏の古稀を記念して編まれた484頁の大著。裁判の背景・原告の思い・実務家等との協働を重視する「現場主義」に基づき1980年以降の社会保障をめぐる裁判を分析。社会保障裁判は、社会保障の権利内容を縮減する「改革」の対抗軸としての役割を持っており、「改革」を一定程度阻止し、社会保障を維持・発展させてきたとの評価は妥当と思う。一般の「判例研究」と異なり、裁判記録を掘り起こし、原告等の裁判関係者からも話を聞く。

○特集「保健医療サービスの経済評価 費用対効果評価の応用」『公衆衛生』2021年2月号：76-122頁。

…3つの総論、英国の取り組み紹介、経済評価における人材育成、ワクチンとたばことガン検診の経済評価の合計8つの解説論文。

○権丈善一「不確実性と公的年金保険の過去、現在、未来」。日本年金学会編『人生100年時代の年金制度』法律文化社,2021年1月,2-33頁。

…「不確実性」（将来に起こる主に悪い出来事が、どれくらいの確率で発生するのかを事前に分からないこと）という視点から、不確実性を制御しようとしてきた日本の公的年金保険制度改革の流れを、1941年の労働者年金保険制度（現・厚生年金保険）から2020年の与野党共同の年金改革まで概観し、最後に「被用者保険の適用拡大」が「成長戦略」でもあると主張。**年金研究者必読（プロ向きの論文）**。私はこれを読んで、ヘーゲルの「理性的なものは現実的なものであり、現実的なものは理性的である」（『法哲学』序論）を思い出した。制度の名称の重要性、実態を反映しない用

語の危険性も感じた：「厚生年金保険法」vs「国民年金法」、「基礎年金」vs「基本年金」、いわゆる「支給開始年齢」。脱線するが、「社会的処方」はこの点でも問題があると思う（「社会的」事項にまで医師の「処方」権を拡大！？）

○フランク・H・ナイト著、桂木隆夫・他訳『リスク、不確実性、利潤』筑摩書房,2021年7月（原著1921年＝本年は出版100周年！。旧訳は、奥隅栄喜訳、文雅堂書店,1959年）。

…測定可能な「リスク」と測定不可能な「不確実性」を峻別したことで有名な古典の新訳。私は、以前から、「医療の不確実性」を強調する言説に疑問を持っていたので、「不確実性は人生の基本的事実の1つである」との著者のスタンスに共感（447頁）。超・超難解。

○尾形裕也『看護管理者のための医療経営学 働き方改革と医療機関の健康経営 第3版』日本看護協会出版会,2021年7月（初版2009年、第2版2015年）。

…定評ある教科書を6年ぶりに改定し、データを更新するだけでなく、近年の制度改革の動向、特に「働き方改革と健康経営」（第2部第4章）を加筆。「医療経営」＝医療機関の経営だけでなく、医療機関と保険者の両方を含んだ「医療経営」について包括的に解説。中心は第2部「医療経営学講座」で、社会保障制度・医療制度の概略と最新の改革動向、医療経営学と医療戦略論と経営組織論の基礎と医療分野への応用を解説。**Box2-9「『コロナ禍』と医療提供体制のあり方**」で、日本の病床数は世界一多い（153万床）との俗説を検討し、「高度急性期および本格的な急性期病床と言えるのはせいぜい30万床程度…先進諸国の中ではむしろ少ない方」と指摘（136-138頁）。巻末に、日本の教科書には珍しく、「Glossary（基本用語集）」が付けられている&それに「複合体」も含まれている。**看護管理者だけでなく、医師やソーシャルワーカーを含め、病院「管理者」&ジャーナリスト必読と思う。**

○特集「アメリカの社会保障－オバマ・トランプ政権下における社会保障政策の動向」『社会保障研究』6(2):100-181頁,2021年9月。

…10年越しのアメリカ特集で、直近10年間のアメリカの社会保障政策に焦点を当て、福祉国家と政治、雇用・失業、医療保障、貧困・低所得者、住宅を論じた5論文掲載。**長谷川千春「医療保険改革法（PPACA）の10年－オバマケアの成果と課題」**は、2010年に成立したオバマケアの成果と、その後のトランプ政権から直近のバイデン政権に至るまでの動向を詳述。**新谷祐三子「米国住宅補助デモンストレーション計画（RAD）が子供の成長に与える影響について」**は、カリフォルニア州のフレズノ公営住宅局が実施したRADが子供に与えた影響を混合法によって検証し、住環境は大幅に改善し、住民の住まいの誇りと満足感が向上したと報告。

○特集「公的医療保険における事業主の役割について」『健保連海外医療保障』128号：1-29頁,2021年9月（いずれはウェブ上に公開されるはず）。

…ドイツとフランスの最新状況を丁寧に解説（執筆者はそれぞれ津田小百合氏、柴田洋二郎氏）。ドイツでは、一連の改革による労使自治の変容とそこで求められる事業主の役割について考察。フランスでは、「基礎制度」で職業的な枠組みが取り払われてきた結果、事業主の役割（あるいは存在感）が低下した反面、被用者を一定の内容が保障された「補足制度」（本来は任意加入）に加入させることが事業主の役割とな

ったと説明。

○特集「貧困と医療－貧困大国ニッポンの医療・健康格差」『月刊／保険診療』2021年10月号：3-39頁。

…一般の医療雑誌が初めて「貧困と医療」を特集。編集部の「日本の貧困の現状」の解説に続いて、日本の貧困と（健康）格差についてのインタビュー、鼎談、4論文を掲載。**西岡大輔氏の医師&社会福祉士としてのデビュー論文「診療現場で出会う生活困窮～医療機関に求められる対応とは」は、ソーシャルワーカー必読と思う。**私は、西岡氏が"social determinants of health"を「健康の社会的決定要因」ではなく「社会的要因」と訳したこと、及び「社会的処方」という用語を使わず、「医療と福祉の、顔の見える連携」を強調したことに注目・共感した。後藤澄江日本福祉大学教授も「子どもの貧困の現状と対策」を寄稿。

○松戸徹（千葉県船橋市長）「（インタビュー）船橋市は、子どもも若者も高齢者もみんながつながって大きな夢と希望、そして未来を望むまちです！」『からだサイエンス』2021年10月号：8-13頁。

…私は、以前から、船橋市で、大都市としては珍しく、市と医師会をはじめとした医療・福祉団体が共同で地域包括ケアを進めていることに注目していた。本インタビューを読むと、市長が先頭に立って、地域包括ケアを含めた社会保障・福祉施策を総合的に進めていることがよく分かる。私が特に注目したのは以下の取り組み。①地域包括ケア：「居場所、生活の拠点を確保」することを重視し、平成29年に「居住支援協議会」を千葉県で初めて、全国の市町村でも20番目に立ち上げ、すでに113件の契約が成立。②少子化対策：市独自の施策により、市立の小中学校全校でスクールカウンセラーによる相談体制を整えるとともに、「経済的に困った時は福祉と連携するためにスクールソーシャルワーカーも市独自で配置」、さらに平成26年度から「学習支援事業」を実施し「生活困窮世帯・生活保護世帯・一人親世帯の中学生を対象にして学習をする場を提供」。③新型コロナウイルス感染症対策：2009年に船橋市で起こった新型インフルエンザの集団発生をきっかけにして、医師会の協力も得ながら、防護服やマスクなどをかなりの数備蓄していたため、昨年コロナ感染拡大時には速やかに対応。**自治体関係者は必読と思う。**

○高野龍昭「東内事件1審判決に寄せて 『時代の寵児』による背信の重罪 アンチ派の過度な批判に違和感」「シルバー新報」2021年10月15日（4面）。

…全国的にも有名だった「地域包括ケアシステム・和光方式」を推進してきた東内京一氏は、在職中に複数の高齢者の資産（総額8千万円近く！）を搾取したとして2019年6月に逮捕され、本年9月にさいたま地裁で懲役7年の実刑判決を受けた。東内氏をよく知る高野氏は、東内氏の「背信の重罪」を厳しく批判し、「和光市方式がさほど好きなわけではない」とも述べた上で、東内氏ほど「優秀な福祉分野の自治体行政職員と出会ったことがない」、「賛否は別として、『和光方式』の優れた点は枚挙にいとまがない」とも指摘し、以前からの東内氏に対する「アンチ」派の過度な批判・糾弾も批判。私は高野氏の指摘は理解できるが、東内被告が、この重罪を地域包括ケア・介護保険事業の担当から離れた後ではなく、事業を主導していたまさにその時に、同時並行的・常習的に続けていた理由がサッパリ分からない。

※10月13日に名古屋市の「病院職員」殿山周平容疑者が入院患者のキャッシュカードを使って多額の金を引き出した窃盗容疑で逮捕されたが、容疑者は Facebook に、以前の職業は「元大学病院の医療ソーシャルワーカー」と書いていたとの（未確認）情報が流れている。

○結城康晴『社会福祉学原論 人口減少社会を見据えて（淑徳選書9）淑徳大学長谷川仏教文化研究所,2021年10月。※Amazonでも購入可能。

…著者は介護・介護保険問題のエキスパート。社会福祉系大学院での教育を踏まえ、修士課程1年の教科書を想定して執筆した、新しい「社会福祉原論」（またはその序説・試論）。岡村重夫を中心に、孝橋正一～三浦文夫、京極高宣に至る、代表的研究者の「理論」（私から見ると「学説」）を簡潔に紹介すると共に、現代の福祉問題と照らしながら、それぞれの意義と限界を述べる。研究者により「社会福祉学」の定義が異なるが、それは各学説が発表された時代的背景・課題の違いを反映しているためでもあることが分かる。「**社会福祉学**」と**現場感覚が乖離している、一昔前の「社会福祉学」の定義では現代の「福祉問題」に対応できないことも多々ある**として、著者自身の「新たな社会福祉定義の試み」も提唱（217頁）。**社会福祉学の諸学説とその展開を包括的に学べる労作で、福祉関係者にはお勧め。**

○一戸和成「『社会的処方』なるもの〔連載・有事斬然第22回〕」『社会医療ニュース』Vol.No.555:3面,2021年10月15日。

…一戸氏は元厚生労働省技官で「地域医療構想」具体化に辣腕を振るい、現在は出身地の青森県で公立病院の事業管理者。訪問診療もしている。「骨太方針」に2年連続「『社会的処方』なるもの」が記載されたが、社会的処方の引用方法は一貫性がなく、「単に英国式家庭医モデルをよしとする、一部の政治的な背景から盛り込まれているに過ぎない」と喝破。「社会的処方」に医師を関与させる前に、社会福祉に関する制度や組織の徹底的な見直しと改革を行うことが先決である」とし、特に多額の補助金が交付されているが、機能不全を起こしている社会福祉協議会の改革が必要と主張。最後に、「『社会的処方』という目新しい施策で誤魔化されず、また医師に多くを求めめる前に、やるべきことがたくさんある」と釘を刺す。

○「追悼 石川誠」『回復期リハビリテーション』20巻3号(痛感78号):3-73頁,2021年10月。

…本年5月24日に74歳で亡くなった石川誠医師の追悼集。私を含めた72人の「思い出」を、1980年代～2000年代初頭の4つの時期別に掲載。石川さんが「回復期リハビリテーション病棟」の産みの親であるだけでなく、リハビリテーションの様々な分野で大きな足跡を残したこと、及び石川さんが多くの人びとに信頼され、慕われていたかがよく分かる。

○松田晋哉『ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来』勁草書房,2021年10月。

…医療・介護のビッグデータを用いた量的研究（第Ⅱ部）と先進事例の訪問調査・質的調査（第Ⅲ部）を統合した「混合研究法」を採用。医療・介護の統合・総合の必要性は今や関係者の常識となっているが、その実態と課題を、個票を用いた膨大なデータで明らかにした初めての書。「**高齢者の死亡パターンから考える終末期の在り方**」

のデータは特に貴重と思う（115-122 頁）。「介護の医療化は批判されるべきものではなく、高齢化の当然の帰結」との主張は新鮮（43 頁）。私が 1998 年に提起した「保健・医療・福祉複合体」を高く評価し、今後は「地域ごとに医療介護複合体が中核となって、他の民間事業者も含めて地域レベルでのネットワークを作っていくことが、日本的な地域包括ケアシステム構築の現実的方法論」と主張（132 頁）。これは私のリハビリテーション医学面での恩師・上田敏先生が提唱した「現実主義的理想主義」と言える（『リハビリテーションを考える』青木書店,1983,44 頁）。本書でも、「上から目線」とは無縁の、松田氏の研究者としての謙虚な姿勢が随所に現れている。

C. コロナ関連

○金井利之『コロナ対策禍の国と自治体 災害行政の迷走と閉塞』ちくま新書,2021 年 5 月。

…行政学の観点から、コロナ対策のなかで現象として現れた、現代日本行政の体質と特性と構造を詳細に論じる。「コロナ禍」の対策よりも、行政による「コロナ対策禍」に焦点をあて、「ショックドクトリン」にも度々言及。分析枠組みは堅固、分析も緻密で、鋭い指摘も少なくない：「日本での＜自助・共助・公助＞は、「村八分」に転落しやすい」（268 頁）。ただし、文献に依存した「机上論」が中心で、臨場感はなく、傍観者・上から目線的。医療・福祉への言及はごくわずか&通り一遍（115,200 頁）。**自治体関係者や災害論研究者向き。**

○トピックス「諸外国における新型コロナウイルスへの対応」『健保連海外医療保障』128 号：30-52 頁,2021 年 9 月。

…ドイツとフランスにおける感染拡大状況と政府の対応、及びそれらが医療と公的医療保険に与えた影響を紹介。2 論文とも寺井麻也氏執筆。

○長尾和宏『ひとりも、死なせへん コロナ禍と闘う尼崎の町医者、551 日の壮絶日記』ブックマン社,2021 年 9 月。

…2020 年 1 月～2021 年 8 月までのブログ日記をまとめた貴重な歴史の証言。書名の意味は「自分の患者をコロナで死なせないことが町医者の使命」。2020 年 4 月から「風邪（発熱）外来」を始め、早期から患者にイベルメクチンを処方&コロナ患者の往診も実施。「開業医による早期診断と早期治療で重症化阻止を」と**&コロナに「地域包括ケアで対応」すべきと先駆的に主張**。『週刊新潮』2021 年 6 月 17 日号のインタビュー記事（日本医師会会長批判を含む）に寄せられた意見・批判に率直・丁寧で答える（346-355 頁）。2020 年 2 月から「コロナをインフル並みの 5 類に引き下げよ」と主張し続けている。

○長尾和宏「コロナ後遺症外来の現状と課題ーコロナ後遺症も総合診療医の出番（町医者で行こう！！第 126 回）」『日本医事新報』2021 年 10 月 16 日号：56-57 頁。

…外来で日本で一番コロナ患者を多く診ている長尾医師が、コロナ後遺症らしい多彩な愁訴、ワクチン後遺症らしい症状、コロナ後の認知機能の低下について詳細に紹介し、迫力がある。

◎横倉義武『新型コロナと向き合うー「かかりつけ医」からの提言』岩波新書,2021 年 10 月。

…日本医師会会長だった4期8年間に、「地域医療の再興」・「かかりつけ医」の役割強化に力を入れてきた著者が、2020年1～6月のコロナパンデミック第一波の対応を振り返り、その後たどり着いた教訓・提言を述べる。第1章「新型コロナウイルス感染症との半年間」は、日本医師会会長の目から見た克明な「ドキュメント」で、貴重な「歴史の教訓」になっている。事実だけでなく、時々著者の「思い」や「もどかしさ」、医療機関側の苦渋（風評被害等）も率直に書いている。第2部はそれを踏まえた「新型コロナウイルス感染症政策」の提言、第3部は感染症の教訓と亡父の生き様を踏まえた「『かかりつけ医』の果たす役割」の提言。本書全体のキーワードは「**コロナ医療と通常医療を両立させる医療提供体制の再構築**」で、「医療を守るには安定的財源確保が必要」と考え、すべての医療機関への財政支援を政府や与党、産業界等に粘り強く粘り強く訴え、かなり実現させた手腕・実績（ただし単年度）には刮目する。私は、政府のPCR検査方針が迷走した背景には、PCR検査に医療と公衆衛生の二面があるとの指摘が目から鱗だった（142頁）。書名が「新型コロナと闘う」ではなく「…と向き合う」であること、及び政府・厚生労働省の対応批判（「お役所医療」や「逐次投入」等）が抑制的であることに著者の温厚さとリアリズムが現れている。

○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』誌に書評掲載予定（執筆済み）。

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。以下の6章構成で、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る：第1章「新型コロナウイルス感染症と自治体病院」、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」、第3章「総務省の自治体病院政策と新型コロナウイルス」、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」、第5章「アフターコロナの時代の自治体病院」、第6章「アフターコロナの時代の中小自治体病院再生」。**自治体病院・公的病院職員と医療政策研究者は必読**、民間病院の管理者・職員も読んだ方が良い。

D. 政治・経済・社会関連

○小倉紀蔵『**韓国の行動原理**』PHP新書,2021年7月。

…韓国の現在を正確に認識するためには、朱子学や「東学」、王朝の伝統などの背景を知る必要がある。読んでいて著者の超自信家ぶりには時に辟易するが、韓国を理解する&日韓比較を行う上でのヒントが多い。私には、「法に対して保守的な日本、革新的な韓国」との対比と「移行期正義」という新しい概念（33～36頁）が目から鱗だった。

○倉山満『**嘘だらけの池田勇人**』扶桑社新書,2021年10月。

…右派論客による、岸田文雄新首相が会長の宏池会創設者である池田勇人元首相の最新の伝記。「我々日本人は[高度経済成長を実現した]池田勇人の遺産で生きている」は事実と思うが、「池田勇人が総理を8年やれば、大日本帝国は復活した！」等の右翼的記述が多い。