

2022.1.1(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 210 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/>。

210号の目次は以下の通りです(34頁)

1. 論文：岸田文雄内閣の医療・社会保障政策をどう見通すか? (「深層を読む・深層を解く(117)『日本医事新報』2021年12月4日号：54-55頁) ……2頁
2. 論文：コロナ危機後の医療提供体制—予測と選択(「二木教授の医療時評(198)」『文化連情報』2021年12月号(525号)：29-36頁、2022年1月号(526号)：24-30頁) ……5頁
3. 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190回：2021年分その10：8論文) ……20頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その204) —最近知った名言・警句……26頁
5. 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) ……29頁

お知らせ

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」を『日本リハビリテーション・施設協会誌』2022年冬号(1月15日発行)に掲載します。これは、次の次の「ニューズレター」212号(2022年3月1日配信)に掲載予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

1. 論文：岸田文雄内閣の医療・社会保障政策をどう見通すか？

（「深層を読む・真相を解く」（117）『日本医事新報』2021年12月4日号（5093号）：54-55頁）

今回は、10月4日に発足した岸田文雄新内閣の医療・社会保障政策について「試論的」に考えます。まず岸田首相が意外にしたたかだと私が判断する理由を述べます。次に、岸田首相は今まで医療・社会保障改革の提言をしたことがないことを指摘します。さらに医療・社会保障改革に関連した岸田内閣の「目玉政策」である看護師、介護職、保育士等の賃上げ方針を複眼的に評価し、そのためには診療報酬等の大幅上げが不可欠だと主張します。

岸田文雄首相は意外にしたたか

岸田首相は8月26日の自民党総裁選挙出馬で、「新自由主義的政策からの転換」、「金融所得の課税強化」、分配重視の「新しい資本主義」等をぶち上げ、私も注目しました。しかし、「金融所得の課税強化」は早々と取り下げ、10月8日の首相所信表明演説からも消えました。

そのために総裁・首相就任直後は、岸田政権は安倍・菅政権の亜流や傀儡とも評されました。しかし、10月末の総選挙での「絶対安定多数」獲得と、安倍元首相の意向を無視した幹事長・外相人事等を見ていると、私は独自カラーが出てきたとも感じました。

この点に関連して私が一番注目したのは、11月9日発足の「全世代型社会保障構築会議」の構成員に、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」（消費増税を財源とした「社会保障の機能強化」をデザイン）で中心的役割を果たした権丈善一慶應義塾大学教授と香取照幸上智大学教授の2人が加わり、権丈氏はその下部組織の「公的価格評価検討委員会」の構成員にもなったことです。このような人選は、安倍・菅政権時代には考えられませんでした。

他方、「デジタル田園都市国家構想実現会議」の構成員に、小泉政権時代に新自由主義改革を主導した竹中平蔵氏が入ったことは、「社会保障の強化」にとっては不安材料と言えます。ともあれ、岸田首相が意外にしたたかであるとは言えます。

医療・社会保障についての独自提案なし

ここで強調したいことは、岸田首相が今まで、医療・社会保障改革について独自の提案をしたことはないことです。例えば、今年の総裁選挙時に発表した『岸田ビジョン』（講談社）と『文藝春秋』2020年10月号論文「アベノミクスの格差を正す」には、社会保障についての記述はまったくありませんでした。

公平のために言えば、自民党政調会長時代に、「人生100年時代戦略本部」報告書を取りまとめましたが、これは「充て職」にすぎません。岸田首相の総裁選の政策作りには優秀なブレーンが大きな役割を果たしたと報じられていますが、少なくとも医療・社会保障に詳しいブレーンはいなかったようです。

この点で、岸田氏は「真空総理」（故小渕恵三首相の評）とも言えます。そのため、

近年発言力を強めている財務省主導の医療・社会保障改革が進む可能性があります。同省の11月8日財政制度等審議会提出資料「社会保障」には、同省が願望する改革提案がストレートに書かれています。

看護師、介護職、保育士等の賃上げ方針

岸田首相の政策で、医療・社会保障改革に関係するのは、看護師、介護職、保育士等の賃金引上げだけです。これは、菅前首相の医療改革の「二点突破」（オンライン診療の恒久化と不妊治療の保険診療化）に相当するとも言えます。

私は、「社会の基盤を支える現場で働く方々の所得向上」という岸田首相の方針・スタンスには大賛成です。しかし、以下の2つの懸念があります。

第1は、賃金水準という点では、全産業平均と同水準の看護師と、全産業平均を大幅に下回る介護職と保育士を同列にして、賃金引上げを論じるのは政策的に無理があることです。なお、上述の財務省資料（24頁）では、看護師の2020年の賃金は39.4万円、全産業の35.2万円を4.2万円も上回るとされていますが、これは過大です。看護師賃金には夜勤手当が含まれており、それを除いた「所定内給与」は29.0万円で、全産業と同水準です（「賃金センサス」）。

介護職、保育士の賃金が看護職に比べて非常に低い要因の1つ、特に女性で非正規の割合が非常に高いことです。上記財務省資料（24頁）によると、その割合は看護師24.6%に対して、介護職は50.5%、保育士でも43.2%に達しています。介護職、保育士等の賃金を引上げるためには、正規職員を増やす方策を立てることが不可欠です。また、介護職・保育士の賃金を安定的に引上げるためには、従来のような「処遇加算」の積み上げではなく、基本報酬の見直しで行うべきです。

第2の懸念は、「チーム医療」の時代に、看護師の賃金のみを引上げるのは、医療職種間の分断を促進する危険があることです。この点に関して、医労連（日本医療労働組合連合会）の森田進書記長が、政府が検討を進めている新経済対策で、新型コロナウイルス対策医療などを担う医療機関の看護職員を対象に月4000円賃上げする方針が取り沙汰されていることについて、「コロナに対応する看護職だけを対象にする、職場に分断を持ち込むやり方」と批判したのは大変見識があると思います（「MEDIFAX web」11月18日）。

私は、医療職、介護・福祉職、保育士等の賃金水準を恒常的に引上げる一番確実な方法は、国家公務員の各職種の俸給表を改定することだと考えます。そうすれば、それがすぐに地方自治体の医療・介護施設等、次で公的医療機関、ひいては民間医療機関・介護事業所等の従事者の賃金増に波及するからです。上述した財務省資料（30頁）によると、「フランスにおける看護師・パラメディカル等の報酬引上げの合意」に、「フランスの看護師・パラメディカルの大部分は公的セクターで勤務しているため、俸給表を改定することにより、実質的に賃金引上げが行われやすい」そうです。

なお、岸田首相は、10月4日の首相就任記者会見で、「医師、看護師、介護士、幼稚園教諭、保育士などの社会の基盤を支える現場で働く方々の所得向上に向け、公的価格の抜本改革を行う」と表明し、日本医師会会長も10月6日の定例記者会見でそれに賛意を表しました（m3.com レポート 10月6日）。しかし、10月8日の所信表明演説では、

医師は対象から取り下げ、「看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を増やす」と述べました。また、以前は「介護士」を常用していましたが、所信表明演説では「介護」に修正しました。これらは岸田首相の医療・介護の基礎知識の欠如の表れと言えます。

賃上げと診療報酬等抑制は両立しない

私は、医療・介護・保育職等の賃金水準を大幅かつ安定的に引上げるためには、必要な財源を確保した上で、診療報酬等を引上げることが不可欠だと判断しています。私とは診療報酬等に対するスタンスが違いますが、上記財務省資料（31頁）が、「看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を引き上げていくには、安定財源の確保が必要である」と述べているのは正論です。

逆に、診療報酬等を大幅に引上げずに、医療機関等に賃金引上げを強制した場合、それだけでなく低水準である医療機関等の利益が圧縮され、介護保険事業者では「労務倒産」が生じる危険があります。

なお、診療報酬等を大幅に引上げて、医療機関等の利益（収支差額）と従事者の賃金を上げると、他国に比べて低いと批判されている日本医療の「付加価値生産性」も向上します。なぜなら、付加価値生産性＝（利潤＋賃金）÷労働者数、だからです。私は、上記「公的価格評価検討委員会」がこの点にまで踏み込むことを期待しています。

財務省は上記資料（10頁）で、来年度の診療報酬改定に関して「躊躇なく『マイナス改定』をすべきである」と主張していますが、これでは、岸田首相が掲げる「社会の基盤を支える現場で働く方々の所得向上」は実現できないと思います。

2. 論文：コロナ危機後の医療提供体制—予測と選択

(「二木教授の医療時評(198)」『文化連情報』2021年12月号(525号)：29-36頁、2022年1月号(526号)：24-30頁)

はじめに

私は、2020年3月に新型コロナウイルス感染症(正式名称はCOVID-19。以下、コロナ)患者が急増して以降、4か月間、コロナの勉強とそれが日本や世界の医療に与える影響の検討・研究に没頭し、2020年5月～9月に集中的に8つの論文・インタビューを発表しました。それらでは以下の2つのことを強調しました。①コロナで社会は「大きくは」変わらない。②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。2020年9月に緊急出版した『コロナ危機後の医療・社会保障改革』には、主な3論文を収録しました(1)。

本稿では、同書序章第1・2節と2020年7月のBuzzfeed Japanインタビュー(2)をベースにしつつ、その後、2021年10月までに明らかになるか、新たに得た情報を加えて、コロナ危機が今後の日本の社会と医療提供体制に与える影響について、以下の4つの柱で述べます。①コロナが世界と日本社会に与える影響、②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、③医療機関への財政支援のあり方、④医療機関(特に民間中小病院)の「自助努力」と生存戦略。最後に、国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見(価値判断)を述べます。

1 コロナが世界と日本社会に与える影響

まず、コロナが世界と日本社会に与える影響について述べます。コロナは世界と日本の経済に重大な影響を与え、それによるGDPの落ち込みは2008年のリーマンショック(世界金融危機)や2011年の東日本大震災・東京電力福島第1原子力発電所事故を上回りました。これは確定した事実です。

「社会が一変」、は歴史を顧みない過剰反応

しかし「100年に一度の危機」、「社会が一変する」、「これからはポストコロナ時代になる」との主張は過剰反応だと思います。理由は単純です。この10数年間にも、それぞれの分野で「100年に一度の危機」が3度も生じているからです。

俯瞰的に考えるのが好きな方は、コロナを14世紀に欧州を襲ったペストと比較しますが、それは無理です。フランコパンが指摘しているように、ペストの致死率は35～40%で人口の1/3が亡くなり、これが中世が終わり近世が始まる社会変革的ショックになりましたが、コロナは致死率も死者数も桁が違います(3)。

100年前の1918～20年の「スペイン風邪(インフルエンザ)」と比較する方もいますが、これも無理です。スペイン風邪の日本本土(植民地は除く)の死者は39～45万人と言われていました。当時の日本本土の人口は約5千万人なので、現在の人口に換算すると89～103万人です。それに対して、コロナによる死者数は2万人弱(2021年10月28日現在、1万8237人)にとどまっており、スペイン風邪の50分の1です。ここで見落としてならないことは、スペイン風邪により現在の人口に換算して100万人も死亡したにもかかわらず、その後、日本社会は大きくは変わらなかったことです。

例えば、スペイン風邪の感染爆発が生じて、日本の都市化、人口に対する都市部人口の占める割合は全く減らず、逆に増え続けたのです(4)。これが大きく減ったのは第二次世界大戦中です。

コロナ危機後、速水融先生の『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』が再評価され、読まれた方もいると思いますが、速水先生はスペイン風邪が日本でもアメリカでも「忘却された」ために、記録を残そうと思い、この本を書かれたのです(5)。

コロナが日本社会にさまざまな影響を与えるのは当然ですが、それで世の中が一変するというのは過剰反応です。

国家の役割の復権の光と影

一番目の柱の2番目に私が強調したいことは、コロナによって、政府の役割が復権したことです。政府は中央政府・国家と地方政府に分かれますが、私は中央政府に限定しています。その結果、新自由主義的改革は世界的に頓挫して、医療・社会保障費の大幅抑制の見直し、日本だけでなく、世界的に起きているのです。

コロナ危機が始まってこのことに最初に注目したのは、自由主義の旗手であるイギリスの雑誌、「The Economist」の2020年3月28日号で、特集のタイトルは"The state and covid-19 Everything's under control"「国家とコロナ すべてが[国家の]コントロール下にある」でした(6)。

主要国の首脳で、最初にスタンスを変えたのもイギリスのジョンソン首相です。ジョンソン首相はほんの10年前まではNHS（国民保健サービス）を馬鹿にし、社会保険方式に変えた方がいいと公言していたのですが、コロナに罹患して、NHS職員の献身的な治療・看護で生還して、開口一番なんと言ったか。「コロナウイルス危機がすでに証明したと私が考えることは、社会なるものは現に存在するということだ」との声明を出したのです。これだけだと分かりにくいですが、1980年代に世界に先がけてイギリスで新自由主義的改革を推進したサッチャー首相が1987年に言った、「社会なるものは存在しない。あるのは個人と家族だけだ」という有名な言葉、それを同じ保守党の首相が正面から否定したのです。

イギリスに続き、2021年1月に就任したアメリカのバイデン大統領も、コロナ危機でさらに深刻化したアメリカ社会の分断・格差を克服するために、1930年代のルーズヴェルト大統領の「ニューディール政策」を超える「大きな政府」の実現を目指しています。日本の岸田文雄新首相が、自民党総裁選挙時に、「新自由主義からの決別」や高額な金融所得への課税強化、看護・介護・保育労働者の賃金引上げを訴えたのは、このような世界的動きの反映とも言えます。ただし、首相になった後は、大半の主張を封印しています(7)。

ここで政府の役割の復権についてひとこと付け加えます。先ほど述べたように政府には中央政府と地方政府があります。コロナによって都道府県＝地方政府の役割がすごく大きくなったと書いている本が少なくありませんが、私は、法律上はともかく、実態的には コロナ危機で都道府県の役割が大幅に拡大したとは言えないと思っています。

この点については、片山善博氏（以前、鳥取県の知事で改革派知事として、全国的に有名になった方）の『知事の真贋』が参考になります(8)。片山氏は、コロナ対策についての各知事の勤務評定をしています。小池百合子東京都知事はコロナについての「広報係長」と酷評しています。大阪の吉村洋文知事も批判しています。それに対して和歌山県や山形県の知事などは評価しています。面白いのは、片山氏がこう書いていることです。「日本では感染が拡大した地域ほど、知事の人気が高まる。逆に早期に抑えた知事はメディアに評価されない」。これは小池知事や吉村知事に対する痛烈な皮肉

です(8:119頁)。

では国家の役割が大きくなるのは良いことかという、私はそう単純ではないと思います。コロナ対策を名目とした「監視国家」化が進む危険があるからです。日本ではまだ「危険」のレベルですが、コロナを早々と封じ込めたとされる中国では、コロナ以前から監視国家が実現して、コロナ対策でそれが加速しています。この点は、コロナ危機前に書かれた『幸福な監視国家・中国』とコロナ危機の中で書かれた『新型コロナ VS 中国 14 億人』の2冊が活写しています(9,10)。

これは純粋な個人的見解ですが、私は中国国家とアメリカ国家は大国主義で大嫌いです。しかし、両国は"Too big to ignore" (大きすぎて無視できない) であり、両国の歴史と最新動向はきちんと学ぶ、知る必要があると考え、日常的に両国についての本や論文を読んでいます。

日本のコロナ対策とその結果は複眼的に見る必要

1 番目の柱の最後で強調したいのが、日本のコロナ対策とその結果は複眼的に評価する必要があることです。一方的に失敗だとみなすことはできませんが、逆に安倍晋三元首相や麻生太郎前財務大臣のように「日本モデル」が成功したと主張するのは幻想です。

国際比較に一番適している指標は、人口当たり死者数です。それで見ると確かに日本は欧米、イタリア・英国・米国等の数十分の1です。それに対して、これはあまり知られていないのですが、2021年1月時点でアジア13か国・地域で見ると、日本は4番目に多かったのです。一番多いのはフィリピン、二番目にインドネシア、三番目がミャンマーで、その次が日本でした。日本の死者数はコロナ発祥の地である中国の10倍、世界で一番コロナ対策が成功したといわれている台湾と比べると100倍も多いのです。

最近驚いたことに、1日当たりの新規患者数で見ると、第5波時の9月上旬には、日本はアメリカやイギリスよりは少ないが、ドイツやフランス等の大陸ヨーロッパ諸国並みになっていました。ただし、その後日本の患者数は激減しました。

日本のコロナ対策については、2021年7月末に公表された『令和3年版厚生労働白書』**第1部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」**が包括的な分析を行っているので、ご一読をお薦めします(11)。私は『日本医事新報』と『文化連情報』でその論評を行いました(12,13)。

2 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

次に、第2の柱、コロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になるとの、私の「客観的」将来予測について述べます。私は将来予測を行う場合、必ず、プラス面とマイナス面を「複眼的」に指摘しています。ただし、コロナ危機の「マイナス面」は周知なので、敢えて「プラス面」に力点を置いて述べています。

私はこの予測を、コロナの第一波がまだ収束していなかった2020年5月に初めて発表しました(14)。当時は、多くの方から楽観的に過ぎると笑われました。その後、感染爆発が波状的に何度も起きるたびに、この予測を変えないのか?と質問されましたが、私は今でも変える必要はないと判断しています。

私の予測のポイントは2つあります。1つは、「中期」、概ね5年の予測で、短期ではありません。もう1つは、「弱い」追い風が吹くと述べ、強い追い風が吹くとは言っていません。「中期」で「弱い」追い風、これが私が強調したいことです。

医療者の献身へ国民・報道・財務省が謝意

私が2020年5月の時点で、「追い風」という予測をした出発点・根拠は、コロナ禍で、国民、ジャーナリズム、そして政府の医療に対する意識・認識がガラリと変わったことです。

具体的に言いますとコロナで、国民が、非常時にも貧富や年齢の区別なく、必要な医療を平等に受けられることの大切さに気づき、コロナと闘う医療機関・医療従事者に対する強い感謝の気持ちを持ったことが決定的だと思います。

ジャーナリズムは、以前は、医師・医療機関批判の報道が中心だったのですが、コロナ危機後は、医療機関・医療従事者の奮闘を大きく報道するだけでなく、医療機関が大変な経営危機に陥っていることも、継続的に報じています。ほんの10年前は、乱診乱療や病院の儲けすぎなどの報道が主流だったことを考えると、まるで違う世界になっています。私は1972年に医学部を卒業して以来、約50年間、日本の医療と医療政策を観察してきましたが、こんなことは初めてです。

2020年5月以降の動きで、私がかつとも注目したのは、ふだんは医療機関に対して厳しい態度をとっている財務省・財政制度等審議会の2020年11月の「建議」です。その「社会保障」の項の「新型コロナへの対応」の冒頭で、「新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい」と書いているのです(34頁)。これは世の中の医療機関に対する認識が変わった、一つの歴史的な文書になると思います。

ただし、残念ながら、2021年5月に大々的に報じられた「まん延防止等重点措置」期間中の日本医師会執行部による政治資金パーティー開催等の一連の不用意な行動は、このような「追い風」をかなり弱めています。

新自由主義的医療改革の復活はない

このような変化を考えると、今後、政府が国民皆保険制度の根幹を揺るがすような極端に厳しい医療費抑制政策や医療分野への本格的市場原理導入を強行することは困難だと思います。このことを、2021年8月に私の地元の名古屋市のある医療団体での講演で話したところ、政府・厚生労働省が、今後、再び厳しい医療費抑制政策を実施するのは確実で、それは「新自由主義的改革」と言えるのではないかと質問され、以下のようにお答えしました。

「新自由主義」という用語は多義的ですが、私は医療費抑制政策とは区別しています。医療費抑制は1980年代前半から40年間続けられている伝統的政策・「国是」で、ほとんどの場合「規制強化」を伴います。それに対して、「新自由主義的医療改革」は2000年前後に、「規制緩和」を旗印にして新たに登場しました。それには、①株式会社の医療機関(病院)経営の解禁、②混合診療の解禁、③保険者と医療機関との直接契約の3つがあり、それらは小泉純一郎内閣時代の2001年の閣議決定「骨太の方針」に盛り込まれました。しかし、その全面実施は、小泉内閣時代に頓挫しました(15)。それに対して、伝統的な医療費抑制政策は安倍・菅政権まで継続しています(16)。

「中期的」には3つの保健医療改革—2020年5月の予測

このような「追い風」によって、私は、「中期的」には保健医療で以下の3つの改革がなされると、2020年5月に予測しました。

第1は、厳しい医療費抑制策には歯止めがかかることです。実は安倍内閣は結果的には小泉内閣以上に厳しい医療費抑制をしていたのです(16)。私は「ステルス作戦」と呼びましたが、それは繰り返せないと判断しました。

第2は、保健所の機能強化が図られることです。この数十年、保健所の数も機能も低下してきましたが、この逆転が起こります。2021年1月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会では、感染症対応業務に従事する保健師数を2年間で約900人増員（現行の1.5倍）とすることが決まったと報じられました。

第3に、地域医療構想では、次の3つの「見直し」がなされる。これは、「見直し」であり決して「停止」ではありません。地域医療計画にはさまざまな問題がありますが、計画そのものは今後の人口高齢化・人口減少に対応して進めるべきと思います。

①「医療機能別必要病床数」に感染症病床が含まれると、拙著では書きましたが、これは不正確な表現でした。正しくは、地域医療構想の上位概念として、医療計画があり、その医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が加えられることで、これは2021年の医療法改正に盛り込まれました。ただし、これが具体化されるのは2024年度から始まる「第8次医療計画」からとされています。

②高度急性期、急性期病床の大幅削減方針の見直しが図られる。2019年9月に発表され、自治体病院や自治体関係者に大きな衝撃を与えた公立・公的病院の再編・統合の再検証要請提案は無期限延期されました。その主な理由は、再検証対象とされた424病院（最終的には436病院）の半数（212病院）を含め、多くの公立・公的病院がコロナ診療で積極的役割を果たしたからです。コロナに対する自治体病院の対応・実績と「アフターコロナ時代の自治体病院」のあり方については、伊関友伸氏が新著『**新型コロナから再生する自治体病院**』で詳細に述べているので、ご一読をお薦めします(17)。

私は、コロナ対応を契機にして、今後、強引な病床削減は政治的に不可能になったと判断しています。なぜなら、患者が「人質」になるからです。この点については、あの強気な菅首相（当時）が2021年1月26日と27日の衆参の予算委員会で、自宅療養中のコロナ患者の死亡多発に「責任者として大変申し訳ない」と陳謝したのです。そのため、今後は、患者が医療を受けられずに亡くなるような、ドラスティックな急性期病床の強引な削減はできなくなると思います。

③今まで「効率」一辺倒で進められてきた余裕のない地域医療構想のスタンスが見直される。

その後もう1つの「追い風」が生まれたー医療には「余裕」が必要

この③に関して、拙著出版後、もう1つの「追い風」が生まれました。それは、コロナ危機により、それまでの「効率」一本槍の医療提供体制改革への反省が生まれ、医療には「余裕」・「冗長性」が必要であることが、医療関係者以外にも広く認識されるようになったことです。

私が最初に注目したのは、武田俊彦元医政局長の発言です。この方はとても見識のある方ですが、2020年11月の雑誌座談会で、「コロナ感染症が起きてみると、医療提供体制はある程度余裕をもった形でないとな事には備えられないということが分かりました」と、率直に発言しました(18:26頁)。

私が最近もっとも注目したのは、2021年9月の自民党総裁選挙で、当初は最有力候補と見なされていた河野太郎衆議院議員が、選挙直前に出版した『日本を前に進める』で、次のように述べたことです(19)。「感染症が国内で拡大したときに備えて、医療の冗長性（同じ予備機能が複数あること）を確保することの重要性を、私たちは身にしみて感じました」。

河野氏は、「徹底した新自由主義者」(20)と評されていますが、菅内閣の下で「ワクチン接種推進担当大臣」を務める中で、この点に限っては、認識を変えたのだと思います。

そのために、私は、今後は、病院経営に「余裕」を持たせるための診療報酬改革が不可欠になると判断しています。ただしこれは**私の価値判断**で、「客観的」将来予測ではありません。私はその具体的目安としては、入院医療では、「地域医療構想」が想定する病床利用率(高度急性期75%、一般急性期78%)でも十分に経営が成り立ち、適正利益(売上高比で概ね5%)が確保できる水準が目指されるべきと思います。

実は、私は2015年に地域医療構想が発表されたときに、70%台の病床利用率は、随分ゆるい数字と感じました。なぜなら、実際の病院経営では急性期病院は病床利用率90~95%を維持しないと、適正利益を確保できないからです。しかし、コロナ危機が生まれて、この数字が非常に合理的だったと気づきました。

この点について武田元局長も「厚労省を辞めたから言うわけではないのですが、私の理想は、病床利用率7割で採算がとれる病院なのです」と率直に発言しました(1837頁)。相澤孝夫日本病院会会長も2021年6月の講演で、「病床の稼働率が今70%程度だったとすれば、今回のコロナの経験から、一般病床を感染症が起きたときに転用する備えをしておけば、なんとかなる」と力強い発言をされています(21)。

私は、コロナ危機が収束後も、患者の入院・外来受診がコロナ危機前に完全に戻らない可能性は十分あり、その場合、病床利用率7割が常態化する可能性が大きいと判断しています。なぜなら、人口当たりの入院・外来患者数減少はコロナで突然出現したわけではなく、1990年代後半から徐々に進行しており、これがコロナ危機で加速したと理解すべきだからです。この点は、相澤氏が、「コロナ禍の『医療崩壊』は『10年後の日本社会』だ」と指摘された通りです。

今後の医療提供体制改革についての私の価値判断・提言

ここで、今後の医療提供体制改革についての現時点での私の価値判断・提言を3つ述べます。

第1に、私はコロナ患者に限らず重症患者を受け入れる「高度急性期」病床の集約化は不可欠だが、中等症~軽症の急性期患者を受け入れる「(一般)急性期」病床を持つ病院は分散しておく方が、患者の医療アクセスが良いと判断しています。

「地域医療構想」では病床数のみが問題にされますが、重要なのは、病床数ではなく、職員(特に看護師)配置の強化です。具体的には、急性期病床の看護師配置基準の上限(患者7人に対して看護職1人)を、日本看護協会が求めているように5対1に引き上げ、ICUの看護師配置基準も現在の2対1から1対1に引き上げるべきと思います。『令和3年版厚生労働白書』も、コロナの「重症患者を受け入れた医療現場」では、ICUの現行基準の2倍~4倍の看護師の配置が必要とされたと認めています(11:103頁)。

第2は、現在8.7万床存在する「休眠病床」(長期間利用されていない病床)のうち、財政的保障のある公立病院の休眠病床を、新たなパンデミックに備え、「医療安全保障」の視点から確保しておくことです(8.7万床は『平成30年版厚生労働白書』371頁に示された2015年7月現在の「休眠等」病床の数値ですが、その内訳は不明です)。

第3は、コロナ危機により活動を停止・縮小している地域包括ケアを再起動し、そのための「マネジメントコスト」の財源を確保することです。これについては第4の柱で述べます。

ただし、以上3点は、私の価値判断であり、現在の政策の延長では、医療分野に継続的に大幅な税財源が投入される可能性は大きくはありません。なぜなら、菅義偉前首相だけでなく、岸田文雄現首相も、安倍晋三首相（当時）の、「消費税は今後10年間あげる必要がない」との方針を踏襲しているからです。そのために、私は、コロナ危機後、医療分野には「強い」追い風ではなく、「弱い」追い風が吹くと判断しています。

「日本の病床数は世界一多い」？

第2の柱の最後に、2021年1月に突発し、現在も、経済紙や経済界が繰り返している「日本の病院病床数は世界一多いのに、病床逼迫が生じるのは、コロナ患者を受け入れない病院、特に民間病院の責任」との言説について簡単に述べます。

私は、コロナ危機で、①日本の医療提供体制改革が「平時医療」のみを念頭に置き、感染症爆発等の「災害医療」の準備をまったくしていなかったこと、および②コロナ対応が感染症法でのみなされ、ごく一部の地域を除けば、「地域医療構想」による病院間の機能分担と連携がほとんどなされなかったことは大きな反省点だと思っています。

しかし、「日本の病院病床数は世界一多い」との言説は、「統計で嘘をいう方法」の典型であると考え、2021年4月に発表した論文「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？」で、以下のように指摘しました(22)。①日本の「総病床数」には、他国では「施設」扱いされる精神病床や慢性病床が約4割含まれる。②日本の「急性期病床」には、他国では急性期には含まれないリハビリテーション病床等の「回復期病床」が約四分の一含まれる。その結果、コロナに対応できる高機能の急性期病床数は欧米に比べてむしろ少ない。一番大事なことは、日本の病院のベッド当たり職員数は、欧米に比べてはるかに少ないことです。「患者を診療するのはベッドではなく、医療スタッフだ！」これは、私の友人である東京の病院長の叫びです。

尾形裕也氏（九州大学名誉教授）も2021年7月に出版した新著『看護管理者のための医療経営学 第3版』で、日本の病院病床総数153万床弱のうち、コロナ患者に対応できる「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」であり、「最初の153万床から見ると、2割程度の水準となり、これは先進諸国の中ではむしろ低い方に属する」と指摘しています(23)。

相澤氏も、先述した2021年6月の講演で、日本病院会会長兼長野県松本市の相澤病院最高経営責任者の両方の経験に基づいて、新型コロナウイルス感染症の拡大に病院がどう対応したかを医療現場の実情を踏まえて率直に説明すると共に、新型コロナに関する疑問—日本は一般病床が欧米諸国より多いのに病床が逼迫するのはなぜか—に対して、データに基づいて日本の病床の現状と問題点を述べています。相澤氏が厚生労働省の公開資料を用いて独自に作成した、全国及び都道府県別の病床の4グループ化に基づく説明は圧巻であり、ご一読をお薦めします(21)。

3 医療機関への財政支援のあり方の論点

次に、第3の柱、医療機関への財政支援のあり方に関する私の考えを述べます。医療機関への財政支援の最大の論点は、支援の対象をコロナ患者を受け入れた医療機関に限定すべきか否かです。

私は、医療機関は、公私の区別を問わず、国民の健康を守るために公的役割を果

たしている「社会的共通資本」（故宇沢弘文氏(24)）であり、「医療安全保障」の視点からも、医療機関の倒産や機能低下を防ぐために、経営困難に陥っている医療機関全体に対する公的支援が必要と思っています。

日本医師会の近年の歴代会長も、医療は「社会的共通資本」と位置づけています。例えば、横倉会長（当時）は『日本の医療のグランドデザイン 2030』の序文で、「医学の社会的適応である医療は、また社会的共通資本であるべき」と明言しました(25)。横倉氏は、2021年10月に出版した新著『新型コロナと向き合う』で、「『コロナ医療』と『通常医療』の両立が重要」であること、「すべての医療機関は各々の地域における役割や機能を果たすなかで、様々な形で新型コロナウイルス感染症対応に携わっている」ことを繰り返し強調し、すべての医療機関への財政支援を求めました(26)。

この点については、迫井正深医政局長（当時。この方は技官のエースと言われています）が、2020年8月の局長就任インタビューで「新型コロナ患者の有無にかかわらず、医療機関をつぶさない対応は必要であり、支援策を財政当局と協議しているところだ」と述べました。

それに対して、「日本経済新聞」は特異な論調で、「コロナ治療を阻むのは誰」（2021年1月25日朝刊）では、医療を一般の「商売」と同列に扱い、お客さんが少なくなったんだから価格を下げるのが当たりという立場から、2021年4月からの診療報酬の特例的引き上げを厳しく批判しました。

財政制度等審議会も2021年5月の「建議」では、先述した2020年11月の「建議」から一転して、医療機関に対する厳しい態度に転じ、医療費抑制の施策を網羅的に提案しています。経済産業省主導内閣と言われた安倍内閣と異なり、菅内閣・岸田内閣では財務省が相当復権していますが、それでも、財務省の提案がそのまま実現する可能性は低いと私は判断しています。

なお医療関係者には、財務省が新自由主義的改革を推進していると思いついでいる方がいますが、それは誤解で、財務省は2005年後半～2006年以降、混合診療の全面解禁や株式会社の病院経営解禁には明確に反対しています。その理由は簡単で、それにより医療費（私的医療費だけでなく公的医療費も）が増加するからです(27)。

医療機関への短期的な財政支援の方法と財源の選択

次に医療機関への短期的な財政支援の方法と財源の選択について私見を述べます。

2020年度は、医療機関に対する租税による緊急支援（第一次・二次補正予算の「緊急包括支援交付金（医療分）」）が約3兆8700億円も用意されました。これは2020年度の保険診療費の前年度に比した減少額1.4兆円を大幅に上回ります。そのうち年度中に交付されたのは6割弱でしたが、それによりコロナ患者を多数受け入れた急性期病院の多くは当初予想されていた大幅赤字から脱することができました。

しかしコロナ危機は2021年度以降も継続しているので、診療報酬による支援も必要です。この点で、2021年度前半の特例的措置として、事実上すべての医療機関を対象にして初診料・再診料等の加算が行われたことは評価できますが、それが同年9月で終了したのは残念です。

私は、コロナ危機により生じた患者の医療機関の受診控えによる医療機関の減収を補填する方法として、神奈川県保険医協会が提案した診療報酬の「単価補正」支払いのアイデアは非常に優れていると思います。これは、簡単に言うと、コロナ危機前の2019年度に比べて、各医療機関（病院と診療所の両方）が支払基金に毎月請求する診療報酬点数が例えば2割下がったら、

その逆数で2割増しにする、1点12円にするという提案です。これにより、税金に比べて迅速な支払いが可能になります。しかもこの提案では、患者負担は1点10円のまま増やさないとされており、患者目線に立った提案です。ただし、残念ながら、この提案は保団連（全国保険医団体連合会）内での合意も得られておらず、短期的には実現可能性はほとんどないようです。

財政制度等審議会の2020年11月「建議」も、「新型コロナへの対応」で、「仮に措置が必要とすれば」という条件付きですが、「執行の迅速性や措置の継続性を含めた予見可能性、さらには診療科別のばらつきへの対応可能性からは、緊急包括交付金のような交付金措置よりも診療報酬による対応の方が優れており、新型コロナの流行の収束までの臨時の時限措置としての診療報酬による対応に軸足を移すべき」（35頁）と提案しました。しかし、この提案も厚生労働省と日本医師会の両方が反対し、当面は実現可能性はありません。

実際に実施された改革として私が注目しているのは、**2021年度介護報酬改定**で、通所介護について利用者が減った実績を基準にした加算を時限的に導入したことです。それまでは「実際に提供した報酬より2区分上位の区分を算定できる」（ただし、利用者の同意が条件）との奇妙な「コロナ特例」でしたが、それに代え、これからは大規模型と大規模以外別に実績対応に切り替えて大規模以外は、延べ利用者が減少した月の実績が、前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、基本報酬に加算として3%算定することになりました。この特例は、「感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点」から導入するとされています。介護報酬では神奈川県保険医協会や財政制度等審議会のアイデアが部分的に採用されたとも言えます。

4 医療機関の「自助努力」と生存戦略—地域包括ケア・地域づくりへの積極的参加

次に第4の柱、医療機関（特に民間中小病院）の「自助努力」と生存戦略—地域包括ケア・地域づくりへの積極的参加について簡単に述べます。

この点は、拙著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』の第2章第1節「日本の病院の未来」で提起しました（1:80-81頁）。中医協では本稿執筆時（2021年11月）、2022年度診療報酬改定に向けた議論が行われていますが、厚生労働省提出資料を読むと、2022年度以降、急性期病院の絞り込みがさらに進むのは確実です。そのために、私は、本格的な急性期医療機能を有していない民間中小病院は、地域包括ケア・地域づくりに積極的に参加することがますます必要になってくると考えています。

地域包括ケアは「ネットワーク」で近年は地域づくりも含まれる

その前提として、私が強調したいのは、①地域包括ケアの実態は「システム」ではなく「ネットワーク」であり、そのあり方は地域によって異なること、および②「地域包括ケア」の概念・範囲はどんどん拡大しており、最近では「地域づくり」が強調されるようになっていくことです。

①について、私は2013年以来いつも強調しており（28）、『平成28年版厚生労働白書』も、「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、ネットワークづくり』に他ならない」と説明しています（201頁）。

②のうち「地域づくり」については、政府・厚生労働省の2015～2016年の公式文書で強調されるようになっていきます（29）。ただし、地方の保健・医療・福祉複合体（同一法人また

は関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスのすべてまたは一部を一体提供するグループ。以下「複合体」)の一部は、2000年前後から、先駆的に、街づくり・地域振興や地域経済の活性化に積極的に取り組み始めていました。歴史的には、病院による地域づくりの元祖は長野県の佐久総合病院と言えます(30)。

もう1つ私が注目しているのは、**厚生労働省は2018年度診療報酬改定で、医療機関の「複合体」化奨励に舵を切ったこと**です(31:931頁)。その最大の理由は、地域密着型の「複合体」は単独施設より地域包括ケア・地域づくりに参加しやすいからです。

地域包括ケアを再起動するための3条件

しかし、地域包括ケアはコロナ危機によりほとんどの地域で停止しています。私は、それを再起動するためには次の3つが不可欠だと考えています。**①地域包括ケアの参加組織とサービス提供対象を拡大する。②地域包括ケアでもICT・デジタル技術を積極的に活用する。③地域包括ケアにおける、マネジメントコストは誰が負担するか?について検討する。**以下、順に説明します。

①の参加組織の拡大で特に強調したいのは、保健所の積極的参加です。コロナへの対応を通して、保健所と医療機関の連携の重要性が確認され、それを「平時」にも継続すべきです。サービス提供対象の拡大では、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と思います。対象の拡大については、もう1つ、高齢者に限定しないサービスの提供も進めるべきです。介護保険法では地域包括ケアの対象は高齢者に限定されていますが、厚生労働省の社会・援護局が中心になって推進している「地域共生社会」づくりは全年齢を対象にしています。

②に関して、コロナ禍を通して、ICT・デジタル技術の積極的活用が日本で諸外国に比べて大幅に遅れていることが明らかになり、それは医療・福祉分野でも同じです。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ました。そしてそのトップにあげられたのが「医療機関・介護事業所における情報共有とそのための電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進」です(32頁)。私は「骨太方針2021」を検討した時、この部分は骨太方針2021の医療改革方針で「骨太方針2020」と比べた数少ない新しさであり、「『デジタル化』の医療版」(正しくは、医療・介護版)と位置づけました(32)。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います。

「地域マネジメントのコストは誰が負担するのか?」

③はまったく新しい提起です。実は、「地域マネジメントのコストはだれが負担するのか?」という問いは、2021年7月に社会政策学会関東部会が行ってくれた拙著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』の合評会で、中野航綺氏(東大大学院生・社会学)から出された質問です。氏は、「地域包括ケアの議論では調整コストが軽視されている」、「こうしたコストを緩和するか、人的・財源的支援は非常に重要」と発言され、これは現在の地域包括ケアの議論の盲点とも言えます。

ここで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コストで、大半が人件「費」ですが、そのほとんどは地域包括ケアに積極的に参加してい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ます。

これは（医療）経済学的には、「アンペイドワーク」（無報酬労働）であり、これをどう評価・補填するかは、家事労働の経済的評価や、在宅ケアにおける家族介護の経済的評価の問題と類似しています。この点については、私もまだ確固とした見解は持っていないため、今まで行った地域包括ケア関係者に対するヒアリングを踏まえて、私見・「試論」を述べます。

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填するにとどまると思います。公的財源についても、医療保険や介護保険で伝統的な「出来高払い」に加えて、何らかの「定額（包括）払い」（事業者単位または地域単位）の導入も検討すべきと思います。

私の経験では、地域包括ケアに積極的に参加している事業者の経営者・職員の多くは、勤務時間外でボランティア的に活動していますが、勤務時間内での活動も認めている事業所も少なくありません。事業者の一部は、診療報酬等の対価が得られる「本来業務」で相当の利益を確保し、その一部を割いて、本来業務と「兼任」しながらボランティア的に活動している職員に「手当」を支給して職員の努力に応えています。ごく一部の大規模事業者は、地域包括ケアマネジメント業務の専任職員を配置しています。

私は、公的財源丸抱えよりも、この方が活動の自発性・創意性を保持できる気がします。ただし、そのためには、国が必要な財源確保をした上で、事業者が適正利益（先述したように、売上高比で概ね5%）を確保できるような診療報酬・介護報酬・補助金単価を設定することが不可欠です。

これも私の経験ですが、地域包括ケアや地域共生社会、地域づくりに主導的に参加している事業者は、その活動を通して地域住民の信頼を得てそれが「集客効果」（患者や介護保険サービスの利用者増）につながり、収益増を実現しています。自治体もそのような事業者を信頼し、様々な事業を委託し、その補助金からも（わずかだが）収益増が生じています。そして、そのような収益増（の一部）も地域包括ケアのマネジメントコストの原資になっています【注1】。

なお、『日経ヘルスケア』2021年8月号特集「10年後、20年後も地域に選ばれるために医療・介護発！今取り組みたい『街づくり』」は以下の3部構成で、この点について多面的にレポートしているので、ご一読をお勧めします(32)。①医療法人主導型の街づくりのトップランナーである茨城県常陸大宮市・志村大宮病院グループの活動のドキュメント。②「永続的な患者、利用者増の実現を視野に『街づくり』で長期的な課題に向き合う」ための「総論」：医療法人や介護事業者が街づくりに関わることのさまざまなメリット。③事例報告（済生会、医療法人、NPO法人、株式会社）：「街づくり」活動のポイント。

マネジメントコストの補填について、最後に強調したいことは、診療報酬・介護報酬や各種補助金以外に、さまざまな寄付金等を集めることです。この点については、医療・介護系の事業者よりも、社会福祉法人やNPO等の方がはるかに積極的です。寄付金を含めた様々な「財源の確保策」については、「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会」（略称：地域力強化検討会。座長：原田正樹日本福祉大学教授）

の「最終とりまとめ」（2017年9月）が踏み込んだ提起をしています(15頁)【注2】(34)。

おわりに—国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見（価値判断）

最後にコロナの枠を超えて、国民皆保険制度の意義と財源選択についての私の見解（価値判断）を述べます。私は国民皆保険制度に関して、コロナ以前から、以下の3点を強調していました(35)。

第1は、国民皆保険制度は現在では、医療（保障）制度の枠を超えて、日本社会の「安定性・統合性」を維持するための最後の砦となっていることです。第2は、国会に議席を有する全政党が国民皆保険制度の維持・堅持を主張していることです。第3、これはあまり知られていませんが、あの厳しい医療費抑制政策を断行した小泉内閣の2003年の閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」が、今後の診療報酬体系の「基本的な考え」として、「社会保障として**必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される**よう、必要な見直しを進める」と明記したことです。法律の次に重要な公式文書である閣議決定に、医療保障は最低ではなく、最適なレベルにすると明記された意義はきわめて大きく、私は当時、「この『基本的な考え方』が、新自由主義的医療改革の進行に対する歯止めになる」と評価しました(15:17頁)。

そして、国民皆保険制度が社会保険方式である以上、その主財源は保険料で、補助的財源は消費税を含めた各種の租税となります。論理的にこれしかありえないのです。ただし、国民健康保険では低所得者への配慮が不可欠です。

私は消費税は重要な税財源だと考えていますが、税財源を消費税のみに絞るのは危険であり、税財源の多様化が必要で、所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止、内部留保への課税等が必要だと思っています。この点について、権丈善一慶應義塾大学教授は「財源は全員野球」と主張されており、私も大賛成です(36)。

コロナ危機後は「それに加えて、東日本大震災後の『復興特別税』と同様の『コロナ復興特別税』（仮称）が導入され、保健・医療の充実に加えて、コロナにより医療同様に大きな被害を受けた介護・福祉事業や従業員の救済、および失業者・経営困難に陥った企業の救済（額としてはこれが一番多い）等が総合的に進められることを期待している」と主張しています(1:7頁)。もちろん、これはコロナ危機が収束した後の話で今すぐ導入するというものではありません。ただ自民党は、民主党政権が導入した「復興増税」に強硬に反対したので、今後どうなるか分かりません。

財源の問題で、一言触れておきたいのですが、財源を国債発行のみに依存することは長期的には不可能です。もちろん、短期的には別で、日本を含めたすべての国が国債発行で財源を確保しています。これは緊急避難でしかたないと思いますが、MMT（現代金融理論）がいうように主権国家は自由に国債を発行できる、という主張は幻想です。

【注1】「複合体」はコスト削減により追加的利益を得ている可能性

地域包括ケアに積極的・主導的に参加している事業者の中には「複合体」が少なくありません。経済学的には、保健・医療・福祉サービスを包括的・「垂直的」に提供している「複合体」は、「範囲の経済」（複数の類似サービスの生産による費用削減）と「取引コスト」（市場での企業間の一連の取引に伴い発生する費用）の削減により、単独サービスを提供している事業者に比べて、高い利益率を得られる可能性があります(37)。この一端は、荒井耕一橋大学教授による医療法人病院を対象にした実証分析でも確認されています（氏は「多角

経営」と呼んでいます) (38)。私の経験では、一部の「複合体」はこの追加的利益も、地域包括ケアのマネジメントコストに充てています。

なお、かつては「連携」(各組織間のネットワーク。地域包括ケアもその一種)と「複合体」は対立するとの主張もありましたが、私は、2002年に行った「紙上ディベート」で、両者は対立物ではなく「スペクトラム」(連続体)を形成していると指摘し、「それぞれの地域の実態と特性に合わせて、連携と『複合体』の競争的共存の道を探る」べきと主張しました(39)。現実には、地域包括ケア「ネットワーク」で中心的役割を果たしている「複合体」も多数あります。

【注2】地域力強化検討会「最終とりまとめ」が提起した「財源の確保策」

○『我が事』として認識した地域の課題を地域で解決していく際には、そのための財源についても考える必要がある。

○寄附によって財源を集めるためには、用途を明確化し、寄附をする側の共感を得ていく必要がある。加えて、金銭だけでなく、ヒト、モノ、ノウハウの提供を受けることも有効である。

○こうした地域づくりを推進するための財源については、地域づくりに資する事業を一体的に実施するなど各分野の補助金等を柔軟に活用していくことに加え、共同募金によるテーマ型募金や市町村共同募金委員会を活用・推進したり、クラウドファンディングやSIB[ソーシャルインパクトボンド]、ふるさと納税、社会福祉法人による地域における公益的な取組等を取り入れていくことも有効である。企業の社会貢献活動等と協働していく観点も必要であり、財源等を必要としている主体と資源を保有する企業等とのマッチングが必要である。

文献

- (1) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020。
- (2) 二木立「(インタビュー) (第1回) 医療界には「弱い追い風」 医療経済学者が新型コロナの影響を前向きに捉えるわけ、(第2回) コロナで社会は大きくは変わらない 「100年に一度の危機」が度々訪れる時代にどう備えるべきか」Buzzfeed Japan インタビュー、2020年7月4-5日公開(聞き手・岩永直子。ウェブ上に公開)。
- (3) P・フランコパン「歴史的な大局観を」 「毎日新聞」2020年5月26日朝刊。
- (4) 中川雅之「人口集積と感染症リスク(下)」 「日本経済新聞」2020年7月9日朝刊。
- (5) 速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店,2006,429頁。
- (6) Anonym: The state and covid-19 - Everything's under control. The Economist March 28 : p.10,2020. (ウェブ上に公開)
- (7) 二木立「岸田文雄新内閣の医療・社会保障改革方針をどう読むか?」 『日本医事新報』2021年12月4日号(印刷中)。
- (8) 片山善博『知事の真贋』文春新書,2020。
- (9) 梶谷懐・高口康太『幸福な監視国家・中国』NHK出版新書,2019。
- (10) 浦上早苗『新型コロナ VS 中国 14億人』小学館新書,2020。
- (11) 『令和3年版厚生労働白書』第1部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」2021。
- (12) 二木立「『令和3年版厚生労働白書』をどう読むか?」 『日本医事新報』2021年8月7日号: 52-53頁。

- (13) 二木立「『令和3年版厚生労働白書』を複眼的に読む」『文化連情報』2021年9月号：18-22頁。
- (14) 二木立「[緊急掲載] コロナ危機後に日本の医療はどう変わるか？」『日本医事新報』2020年5月23日号：58-59頁。
- (15) 二木立『医療改革と病院』勁草書房,2004,1-45頁（小泉政権の医療改革の中間総括）。
- (16) 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：12-22頁。
- (17) 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。
- (18) 武田俊彦・福井トシ子・神野正博「(座談会) 今後の医療・看護・介護を考える」『コミュニティ』（第一生命財団）165号：12-61頁,2020。
- (19) 河野太郎『日本を前に進める』PHP新書,2021,131頁。
- (20) 中島岳志『自民党 価値とリスクのマトリクス』スタンダード・ブックス,2019,99-119頁。
- (21) 相澤孝夫「[講演録] 新型コロナウイルス感染症の対応と病院への影響」『社会保険旬報』2021年9月1日号：16-28頁。
- (22) 二木立「1月前半に突発した(民間)病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか？」『文化連情報』2021年4月号：20-26頁。
- (23) 尾形裕也『看護管理者のための医療経営学 第3版』日本看護協会出版会,2021,136-137頁。
- (24) 宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書,2000,4-6頁。
- (25) 横倉義武「日本の医療のグランドデザイン2030作成に向けて」。日本医師会総合政策研究機構『日本の医療のグランドデザイン2030』2019。
- (26) 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,2021,164,126頁。
- (27) 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ー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：20-27頁。
- (28) 二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する」『文化連情報』2013年3月号：12-16頁（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,98-105頁）。
- (29) 二木立「地域包括ケア強化のための医療と福祉の連携をどう進めるか？」『日本医事新報』2017年4月1日号：20-21頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,32-36頁）。
- (30) 二木立「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」『文化連情報』2012年3月号：28-35頁（『TPPと医療の産業化』勁草書房,2012,172-177頁）。
- (31) 二木立「医療経済・政策学の視点から平成30年度同時改定を読む」『病院』2018年12月号：928-933頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,86-96頁）。
- (32) 二木立「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」『文化連情報』2021年8月号：18-24頁。
- (33) 坂野日向子・丸本結実「(特集) 10年後、20年後も地域に選ばれるために医療・介護発！今取り組みたい『街づくり』」『日経ヘルスケア』2021年8月号：34-49頁。
- (34) 二木立「『地域力強化検討会最終とりまとめ』を複眼的に読むーソーシャルワーカー

の役割を中心に」『文化連情報』2017年10月号：;14-19頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,50-59頁）。

(35)二木立「国民皆保険制度の意義と財源選択を再考する」『文化連情報』2018年5月号：20-25頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,1-9頁）。

(36)権丈善一『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房,2017,190頁（増補版,2018,192頁）。

(37)二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院,1998,36-38頁。

(38)荒井耕『病院の財務実態 多角経営時代の医療法人』中央経済社,2020,79-116頁（経営類型別の採算性）。

(39)二木立「医療・福祉の連携か複合かー両者の対立は無意味、真理は中間にある」『Gerontology』14(3):48-52,2002（『医療改革と病院』勁草書房,2004,97-106頁）。

[本稿は、2021年10月30日の第59回日本医療・病院管理学会学術総会で行った同名の特別講演に加筆したものです。]

3. 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190回)(2021年分その10:8論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名:論文名,雑誌名 巻(号):開始ページ-終了ページ,発行年)[論文の性格]論文のサワリ(要旨の抄訳±α)の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○肥満・過体重の成人の体重減少のためのナッジ戦略:体系的文献レビューとメタアナリシス

Li R, et al: The nudge strategies for weight loss in adults with obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. Health Policy 125(12):1527-1535,2021 [文献レビュー]

肥満と過体重は世界的に主要な健康課題となっており、効果的な体重減少戦略の探究はきわめて重要である。ナッジは最近、人びとの行動を変える新しいより良い方法を代表する進んだアプローチとなっている。しかし、ナッジ介入の過体重・肥満の人びとに対する体重減少効果についての文献レビュー・メタアナリシスはまだないので、それを行った。ナッジ戦略には、以下の6つを含めた:①経済的インセンティブ、②社会的規範、③メッセンジャー、④ピア・サポート、⑤リマインダー、⑥フィードバック。試験参加者の基準は以下の通りである:①肥満または過体重(BMI: 25-39.9kg/m²)の18歳以上の成人、②個人を対象にした試験、③対照群は情報提供や印刷物の配布等の体重減少の何らかのアプローチを受けている、④体重減少が主要アウトカム、⑤ランダム化比較対照試験(RCT)、⑦英語論文。

最終的に、5929人を含む25のRCT論文を選んだ。介入期間は2~24か月だった。ほとんどの論文が複数のナッジ戦略を用いていた:経済的インセンティブ8、フィードバック14、リマインダー11、ピアサポート6、メッセンジャー3。これらの文献の結果を統合して、介入前後の平均体重等の差と95%信頼区間(CIs)を要約統計量として計算した。その際、各RCTの異質性が大きいことを考慮して、ランダム効果モデルを適用した。その結果、ナッジ戦略は体重減少(-0.96kg, 95%CI: -1.49~-0.43)、BMI減少(-0.3kg/m², 95%CI: -0.41~-0.19)、および腹囲減少(-0.75cm, 95%CI: -1.23~-0.27)について、有意の効果が観察された。サブグループ解析で、ナッジ介入による体重減少は若年者(45歳未満)、高度肥満(BMI 30超)では有意の程度が大きかった。ナッジの体重減少効果は時間の経過と共に(12か月以上で)弱まっていた。総括的には、ナッジ戦略は成人の体重、BMI及び腹囲の減少を促進することができる。ただし、その程度は大きくはなく(at a mild magnitude)、特定の種類の個人についてである。ナッジ戦略は臨床家と政策決定者に対して肥満マネジメントを促進するために推薦することができる。

二木コメント—執筆者によれば、ナッジ戦略の体重減少効果についての世界初のメタアナリシスだそうです。本「ニューズレター」209号(2021年12月)の本欄(11頁)で紹介した、Nwafor等の体系的文献レビューは、ナッジによる保健医療ガイドライン遵守率の向上という「代理変数」(あるいは「プロセス」指標)を用いていましたが、本文献レビューは体重減少という「アウトカム」を用いています。ただし、体重、BMI、腹囲の減少の平均値がそれぞれわずか0.96kg、0.3kg/m²、0.75cmという結果は、臨床的に意味があるとは言え

ないと思えます。こんなわずかな減少で有意となるのは参加者が 5929 人と非常に多いため、これで体重減少効果があったと主張するのは典型的な「統計的有意症 (significantosis)」(故佐久間昭先生の造語) と言えます。そもそも結果の異質性が大きい場合に、平均値を算出するのは無理があります。また、本論文がナッジの定義を、セイラーとサンステインのオリジナルな定義 (経済的インセンティブを含まない) から拡張して、経済的インセンティブを含んでいることにも疑問を感じます。これでは、♪なんでもかんでもみんな♪ナッジになりかねません。経済的インセンティブを含む場合には、費用対効果分析も行う必要がありますが、行っていません。最後に英語表現について、本文では「ナッジ戦略は肥満マネジメントに対する効果的な方法の可能性がある (may)」と抑制的に書いているのに、要旨と論文の最後の「結論」では「体重減少を促進できる (または促進しうる。can)」とより強い表現で書いているのは (要旨で 2 回、結論で 3 回)、効果があると強調したい執筆者の「深層心理」の現れと感じました。

○健康、高齢化する労働力、及び【一国の】経済：健康【増進】は人口構造と経済成長の関係を緩和するか？

Cylus J, et al: Health, an ageing labour force, and the economy: Does health moderate the relationship between population age-structure and economic growth? *Social Science & Medicine* 287(2021) 114353, 7 pages. [量的研究]

先行研究はしばしば人口高齢化が、労働市場からの退出と生産性損失により、経済に有害であると示唆しているが、高齢人口の健康と障害の役割はまだ明らかではない。高齢労働人口 (55-64 歳) の規模と経済成長との関係を、180 か国の 1990-2017 年のデータを用いて推計し、年齢別障害生存年数 (YLDs) で測定した健康な高齢労働人口が高齢化する労働力と 1 人当たり GDP 成長率との関係を緩和できるか否かを探究した。

国と調査年の固定効果モデルを用いたところ、55-64 歳の全人口に対する割合の増加は 1 人当たり実質 GDP 成長率の低下と関連していたが、当該人口の健康状態が良い場合は経済成長の低下は緩和されることを見いだした。この影響の大きさを示すため、2017 年を基準年として国別障害生存年数が 5% 改善すると仮定して、特定の国における 2020-2100 年の 1 人当たり実質 GDP を推計した。その結果、人口高齢化による経済成長の鈍化は、健康で活動的な高齢化を支持する政策介入によって予防可能なことが示された。

二木コメント—大変魅力的な結果ですが、私には予定調和的シミュレーションに思えます。シミュレーションの結果は、用いるモデルと前提条件でいくらでも変わります。また、本研究は労働力人口のうちの 55-64 歳人口を対象にしており、65 歳以上の高齢人口の健康改善と労働力率の向上が経済成長に与える影響は考慮していません。

<長期ケア (保険) ・認知症ケア (6 論文) >

○ほとんど同じだが少し違う？日本と韓国の長期介護【保険】制度の制度的パフォーマンスを比較する

Kim H, et al: Same same but different? Comparing institutional performance in the long-term care systems of Japan and South Korea. *Social Policy & Administration* 2021;1-15. DOI: 10.1111/spol.12761 [日韓比較研究]

急速な人口高齢化に対応して、日本と韓国はそれぞれ 2000 年、2008 年に社会保険方式の長期ケア制度を導入した。韓国は日本の制度を研究し主要な特徴を参考にしたが、同国の医療制度と調和させながらそれを独自に発展させている。本研究の目的は「社会保険」という幅広いカテゴリーを腑分けして(unpack)、両国の異なった制度インプットとデザインが、パフォーマンス面でのアウトカム・カバレッジとケアの質と持続可能性で測定ーに関連するかを探索することである。それを通して、本研究は長期ケア制度のパフォーマンスの比較についての社会政策研究の新しい流れを進めることに貢献する。

調査の結果、共通した(社会保険)制度の型を導入したにもかかわらず、社会保険モデルの導入における違い(特に財政とガバナンス)がパフォーマンスの違いを生み、日本は 2015 年までの観察期間中ほとんどの指標で韓国より成績が良かった。しかしこの結果は両国の今後の政策形成に、以下のような矛盾した含意をもたらしている:日本の政策担当者は費用を抑制しつつ質を向上させるという課題に直面しているが、韓国では介護労働力を強化しコミュニティケア[日本の地域包括ケアシステムに類似した政策-二木]を強めるための多額の投資をすることが求められている。

二木コメント-韓国・ドイツの研究者と日本の田宮菜奈子氏・橋本英樹氏との共同研究です。英語要旨は抽象度が高いのですが、本文では 2015 年までのデータを用いた詳細な比較が行われており、日韓の介護保険研究者の参考になると思います。

なお、**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)は、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しており、ご一読をお勧めします。

○台湾における新しい在宅ケア支払メカニズムが在宅ケア労働力の成長に与えた影響

Wu S-C, et al: Impact of a new home care payment mechanism on growth of the home care workforce in Taiwan. *Gerontologist* 61 (4):505-516,2021 [量的研究]

台湾の長期ケア制度は租税負担方式であり、2018 年に第 1 期全国長期ケア 10 年計画を、2017 年に第 2 期計画を策定した。最初の 10 年間、在宅ケアワーカー数の増加はきわめて少なく、需要を満たせなかった。在宅ケア労働力を増やすため、政府は 2018 年に在宅ケアに次の 2 つの新しい支払メカニズムを導入した:①サービス受給者の障害が重いほどサービス量を増やし、サービス支払いは時間ベースからサービス提供ベースに変える。②ケアワーカーの月額最低賃金を導入する。本研究はこれらの改革が在宅ケアワーカーの増加と在宅ケアサービス利用に与えた影響を評価する。データは保健福祉省(2014-2019)と長期ケア局(2017-2019)から得た。一般化推定方程式で、制度改革前後の、有資格在宅ケアワーカー数(以下、「有資格」は略)、有資格施設ケアワーカー数及び外国人ケアワーカー数と 3 グループのケアサービスの受給者数の変化を比較した。

2017 年以前には 3 種類のケアワーカー数とも増加率は低かった。2018 年以降(2018・2019 年)は、在宅ケアワーカー数の伸び率はそれ以前の 9%から 31.8%へと増加したが、他の 2 種類のケアワーカーの増加率は安定していた。2018 年以降、在宅ケアワーカーの増加は施設ケアワーカーより有意に多く($p<0.05$)、在宅ケアの受給者、1 月当たり訪問回数とも、有意に増加した(共に、 $p<0.05$)。以上から、新しい支払メカニズムは在宅ケアワーカーの自律性と給与を増加させ、ケアワーカーの採用と離職予防を急激に改善したと言える。この

増加が今後も長期間続くか否か追跡する必要がある。

二木コメント—在宅ケアの支払額を増やすと共に、在宅ケアワーカーの最低賃金を導入することにより、在宅ケア供給が急増したことは注目に値します。日本のケアワーカー不足を解決するためのヒントが得られる好論文と思います。この論文の難点は、英文要旨に「新しい在宅ケア支払メカニズム」の説明がまったく書かれていないことで、この点は本文の記述からだいぶ補足しました。

○ [韓国の] 長期ケア・サービスが認知症を持つ高齢者の生涯医療費総額に与える影響

Moon S, et al: The impact of long-term care services on total lifetime medical expenditure among older adults with dementia. *Social Science & Medicine* 280 (2021) 114072, 11 pages [量的研究 (シミュレーション)]

韓国では高齢人口の急増により、認知症のマネジメントが重要になっている。認知症の有病率の上昇は個人の生涯医療費への過度の負担となるため、認知症の破局的医療費は国家と家族の両面から予防されるべきである。そのために、本研究は認知症を持つ高齢者の生涯医療費の推計を試み、長期ケア保険が生涯医療費を抑制する上で効果的であるか否かを確認する。そのために70歳以上の高齢者の生涯医療費を、「国立医療保険サービス」が作成したコホート・データベースを用いて分析し、1人当たり生涯医療費のシミュレーションを行う。認知症の有無による生涯医療費の差を比較するために、プロペンシティ・スコア・マッチングを行った。

2015年現在の、認知症を持つ高齢者と持たない高齢者の1人当たり生涯医療費総額は、それぞれ7697.3万ウォン(65,427ドル)、3110.5万ウォン(26,439ドル)と推計され、前者は後者の2.4倍[正確には2.47倍≒2.5倍—二木]であった。特に認知症を持つ高齢者の生涯入院医療費は6394.5万ウォン(54,353ドル)で、外来医療費の約5倍であった。さらに、長期ケア保険の政治的効果を確認する結果として、長期ケア保険を用いない認知症を持つ高齢者の生涯医療費は8576.9万ウォン(72,904ドル)と推計された。それに対して、長期ケア保険利用者の生涯医療費は7048.7万ウォン(59,914ドル)と推計され、このことは認知症を持つ高齢者のうち、長期ケア保険非利用者は利用者に比べて生涯医療費総額が22%多いことを意味する。長期ケア保険非利用者は生涯医療費の約半分を80歳以降消費する。以上の知見に基づき、本研究は長期ケア保険制度は認知症を持つ高齢者の生涯医療費総額を減少させるとの当初期待された効果(desired effect)を持っていることを確認した。

二木コメント—本論文の研究目的は非常に魅力的・野心的ですし、膨大なデータ分析も行われています。ただし、長期ケア保険利用費(「介入費用」)を無視して、長期ケア保険を利用すると「生涯医療費総額」を削減できると主張するのは無理があり、「政治的」に過ぎます(本論文の筆頭執筆者は韓国医師会医療政策研究所所属)。私は長期ケア保険利用費を含んだ「医療・介護費」で比較すると差は消失するか、長期ケア保険利用者の方が「生涯医療・介護費総額」は高くなると思います。それだけに、日本での厳密な「追試」が期待されます。

○ イングランドの高齢人口における [公的] 長期ケア費用 [削減] と病院利用 [との関係]

Grawford R, et al: Long-term care spending and hospital use among the older population in

England? *Journal of Health Economics* 78 (2021) 102499 (open access) [量的研究]

イングランドでは2010年に保守党政権が導入した大規模な緊縮予算により、中央政府から地方政府への補助金が劇的に削減され、地方政府の歳入は2009年度から2017年度に18%減少した。本論文は地方政府支出の公的長期ケア費用（中央政府からの補助金+地方政府独自の税収）の変化が、イングランドの高齢者の公的（NHS）病院への入院に与えた影響を検証する。1人当たり長期ケア費用は2009年度～2017年度に31%減少したが、削減率は地方により相当異なっていた。歴史的な国家予算中の公的長期ケア費用のシェアのトレンドを用いて、（費用が削減されなかった場合の）公的長期ケア費用を計算した（instrumented）。その結果、公的長期ケア費用の削減は65歳以上の高齢者の救急医療受診を相当増加させたことを見だし、それにより当該人口のこの期間の救急医療受診増加の四分の1～二分の一を説明できた。さらに、7日以内の救急医療の再受診割合も増加していた。しかし、公的長期ケア費用の削減は入院医療と外来医療の利用（これらは総額では救急医療よりも高額）には影響しておらず、その結果、病院医療費総額にもほとんど影響していなかった。

二木コメント—26頁もの長大論文で、高齢者のケア費用と医療費との関係は「一筋縄ではいかない」ことがよく分かります。私も、イギリスの高齢者1人当たり長期ケア費用が他のヨーロッパ諸国だけでなく（介護保険導入後の）日本と比べも少ないことは知っていましたが、保守党政権下で8年間に31%も削減されたとは驚きです。

○公的長期ケア費用はイングランドのサービス利用者のケア関連QOLを改善するか？

Longo F, et al: Does public long-term care expenditures improve care-related quality of life of service users in England. *Health Economics* 30(10):2561-2581,2021 [量的研究]

公的長期ケア制度は日常生活活動に困難を抱えている高齢者を支援する諸サービスを提供している。本研究は、公的長期ケア費用の変化が、イングランドの既存サービス利用者のケア関連QOL（CRQOL）に与える限界効果（marginal effect）を調査する。イングランドの18歳以上の人びとに対する公的長期ケア・プログラムは「成人社会ケア（Adult Social Care. 以下ASC）と呼ばれ、地方政府により提供・マネジメントされている。公的ASC利用者のアウトカムと特性、公的ASC費用、イングランドの地方政府の2017年度の特性についてのデータを収集した。

公的財政制度の条件付き外生的要素（conditionally exogenous elements）を用いて、操作変数法により、公的ASC費用がサービス利用者のCRQOLに与える影響を推計した。その結果、公的ASC費用を利用者1人当たり1000ポンド増やすと、地方政府は平均してサービス利用者のCRQOLを0.0030上昇させることを見いだした。この結果は公的ASCはサービス利用者のQOLを増す上で有効であるが、増加の程度は比較的小さいことを示唆している。長期ケア費用の他の潜在的効果（例：インフォーマル介護者への効果や死亡率の低下）を考慮すると、本研究は連合王国の政策決定者および世界に、社会ケアが費用に見合う十分な価値（good value for money）があるか否かについての情報法を提供できる。

二木コメント—これも21頁もの長大論文で、論文名と英文要旨は非常に魅力的です。ただし、肝心のCRQOLは要旨では示されておらず、本文（2570頁）を見ると、本研究のために、複雑な6つの説明変数を用いてマルチレベル回帰分析により推計された合成変数で実用性に欠けます。In a word, 本論文は典型的な「研究のための研究」と思います。

○認知症を持つ人びととその介護者に対するケースマネジメント介入の効果：実験的研究の体系的文献レビューとメタアナリシス

Saragih ID, et al: Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and meta-analysis of experimental studies: International Journal of Nursing Studies 121 (2021) 104012, 11 pages.

ケースマネジメントは、実行可能で(feasible)費用効果的な方法を用いてケアサービスと提供を最適化することにより、認知症ケアの質を改善する方法として開発・示唆されてきた。しかし、ケースマネジメントの認知症ケア改善に対する効果は未確定である。本研究の目的は、認知症を持つ人びととその家族に対するケースマネジメント介入の効果を分析することである。そのために、Medline等8つのデータベースを用いて、2002年1月1日～2021年5月15日に発表された、英語で書かれた介入研究の体系的文献レビューを行った。文献の方法論的質はPEDro scaleを用いて評価した。メタアナリシスはランダム効果モデルを用いて行い、ケースマネジメントのアウトカムのプールされた標準化平均差(SMD)を計算した。アウトカムは、認知症を持つ患者については、認知機能と神経精神医学的症状とQOLとし、介護者については介護負担とした。Stata 16.9を用いて統計的分解析を行った。

最終的に16論文を選択した。対照群もケースマネジメント以外の通常のケアを受けていた。量的研究の追跡期間は6～18か月で、6論文が6か月を超えた長期追跡を行っていた。認知機能、12か月以上のQOL、および介護負担に対しては、ケースマネジメント介入の有意の効果は示されなかった。しかし、12か月を超えての神経精神医学的症状と6か月時点でのQOLについては、ケースマネジメント介入群で有意の改善が観察された。介護者に対する効果は認められなかった。以上から、ケースマネジメントは認知症を有する人びとの健康アウトカムを改善する可能性がある(have the potential)と結論づけられる。ただし、厳格に管理された研究(conducted studies)がなかったため、この結論は限定的である。

二木コメント—認知症を持つ人びととその介護者に対するケースマネジメント介入の効果についての最新の文献レビューとメタアナリシスで、この分野の研究者必読と思います。ただし、執筆者の主張する結論はかなり「苦しい」と思います。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 204)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○稲熊均（中日新聞記者）「人生 100 年であれば、75 歳からは『第四幕』。歌手の加藤登紀子さん(77)はそう考えている。2 年前、その幕は上がり、集大成のステージが続くはずだった。しかし、コロナ禍でその思い描いたとおりの舞台にはならない。でも、それだからこそ見だせた第四幕のテーマ、メッセージもある。『野花』のような生き方」（「中日新聞」2021 年 12 月 13 日朝刊、特報「人生の第四幕 加藤登紀子さんからのメッセージ」のイントロ）。**二木コメント**ー私も本年（2022 年）7 月に 75 歳（「後期高齢者」）になるので、加藤さんのこの発想は非常に新鮮でした。ただし、まだ「第四幕」のテーマは決まっていないので、とりあえずは、五木寛之氏に倣って、以下のことを「キープオン」しようと思います：『文化連情報』と『日本医事新報』の連載、「ニューズレター」の配信、「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」の主催、及び 2 年に 1 冊のペースでの単著の出版。

○五木寛之（作家、89 歳）「私は、『キープオン』という言葉が好きで、モットーにしています。昔、一世を風靡したジーン・クルーパという米国のジャズドラマーがいました。来日した彼に、悩みを抱えた日本のジャズミュージシャンがアドバイスを求めたそうです。『日本人がジャズという黒人音楽を続けてよいのか』と。そうしたらクルーパは『キープオン』とたった一言発した。『そのままやってろよ、続けろよ』ということですよ。私は続けること、そのことだけに値打ちがあると思っている人間なんです」（「毎日新聞」2021 年 11 月 21 日朝刊、「池上彰のこれ聞いていいですか？」）。

○瀬戸内寂聴（小説家、天台宗尼僧。2021 年 11 月 9 日死去、92 歳）「真里子さん、作家というのは死んでしまえば、次の年には本屋から本が一冊もなくなってしまうものなのよ」
「私の本の中で残るのは、おそらく源氏物語の訳だけでしょうね」（林真理子氏が、「瀬戸内寂聴を悼む」（「朝日新聞」2021 年 11 月 12 日朝刊）で、先生がこうおっしゃったと紹介し、「この自己分析のすごさ、客観性が瀬戸内寂聴という人であった」と述懐）。**二木コメント**ー私も、このような「自己分析」・「客観性」はだいぶ前から持っています。それだけに、「生きているうちが華（花）」と考へ、「研究と言論活動は、体力と気力と知力が続く限り、（少なくとも 85 歳までは）続けよう…前向きに考えています」（『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,「あとがき」（246 頁））。ほぼ同じ表現は、『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』（勁草書房,2019）と『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（勁草書房,2020）の「あとがき」でも繰り返しています。

○草薨剛（タレント、俳優、声優、歌手、司会者）「小さいことでも、挑戦し続けることが大事だと思うんですよね。いつかは年取っちゃうんだから、早めにやった方が良い。（中略）／ずっと一線にいるために必要なこと？それはもう、体力と気力ですよ。すなわち筋肉と睡眠。それだけだよ、本当に。それしかない。（中略）／睡眠はいちばん大事だから、8 時間ぐらいいは寝ます」（「朝日新聞」2021 年 10 月 3 日朝刊、「地図を広げて」）。**二木コメント**ー研究をずっと一線で続けるためにも、「筋肉と睡眠」は不可欠と思います。

○照ノ富士（大相撲横綱。2021 年九州場所で全勝優勝）「やり遂げた後の気持ちよさを味わいたいから、ふだんから自分に厳しくやってきたのがよかった」（「しんぶん赤旗」2021

年 11 月 30 日。優勝翌日のリモート会見で、こう心境を語った）。

○小倉紀蔵（京都大学大学院人間・環境学研究科教授。専門は東アジア哲学）「**専門家が持っている特権のひとつは『そのことに関しては複雑すぎてわからない』『そのことに関しては性急に結論は出せない』と言明できることである。**／だが、コロナ禍の状況においては、感染症の専門家が持つべきそのような特権はほぼ否定された。喫緊の事態が急速に進展し、非専門家がメディアで非暗黙知にもとづく勝手なことを断定的・二項対立的に語るという知の劣化状況のなかで、専門家は苦闘した」（『韓国の行動原理』PHP新書,2021,6-7 頁）。**二木コメント**—私も、研究者こそ、「分からないことについては「分からない」と明言すべき」と思い、本「ニューズレター」でそれについての多くの名言を紹介してきたので、大いに共感しました。

○吉川洋（東京大学教授・当時。現・立正大学学長）「シュンペーターは自らの分析の中で数学的な〔初歩的〕誤りを犯していることが、安井〔琢磨〕の〔シュンペーターの処女作の日本語訳〕『あとがき』で指摘されている。（中略）**数学に強いケインズが経済学における数学的方法を否定したのに対して、数学的方法に生涯憧れを持っていたと思われるシュンペーターが数学に弱かったという事実は、アイロニーであった**」（『いまこそ、ケインズとシュンペーターに学べ』ダイヤモンド社,2009,19-20 頁）。**二木コメント**—私は数学にそれほど強いわけではありませんが、私が強い統計学についても同じ「アイロニー」があると思います。私がいつも気になっているのは、元データの特性や限界を検討しないまま、一見高度な多変量解析を行い、しかも実質科学的重要性を無視して、統計的有意差のみを基準にして重要性を判断する「統計的有意症(significantosis）」（故佐久間昭先生の造語）です。

○湯沢規子（法政大学人間環境学部教授）「数値によるデータ分析は、人文社会学や地理学でも基本的な研究手法です。でも**生きること全てを数字に置き換えられるわけではありません。相手が生身の人間であるだけに、こぼれ落ちてしまうことはたくさんあります。**（中略）／**データとは単純化して普遍化するものだ**と捉えられがちですが、複雑なものであることも受け止めなければなりません。一つひとつのデータに声や人生や喜怒哀楽がある。データが大量生産され、大量消費される時代だからこそ、データに対する哲学や責任が求められるのではないのでしょうか。「私が集めてきた声や物語といった主観的なものは、研究には向かない『ノイズ』だと長年言われてきました。しかし**ノイズこそがデータであり、社会課題を見つけるきっかけになると思っています**」（「朝日新聞」2021 年 12 月 16 日朝刊、「朝日教育会議 法政大学×朝日新聞 データの海から 見いだす進路」）。**二木コメント**—前記吉川氏の名言になぞらえれば、統計学に弱い研究者が大量データの分析を行った場合、統計的有意症に陥り、「ノイズこそがデータ」という視点を忘れがちです。

○入山章栄（早稲田大学ビジネススクール教授。2012 年に出版しベストセラーとなった『世界の経営者はいま何を考えているのか』（英治出版）で、「[アメリカの経営学者は] **ドラッカーなんて誰も読まない!?**」と断言したが、2020 年にドラッカーの『マネジメント』を初めて読み、一転して、「いやあ、最高です」と絶賛。インタビューアにその理由を聞かれてこう答えた）「**『誰もドラッカーを読まない』と書いた 8 年前の自分を殴ってやりた**

いです（笑）。／同時に、当時の自分には響かなかったかもしれないとも思います。今でこそいろいろな経営者と会い、いくつかの会社の役員も務めていますが、**当時は頭でっかちの学者にすぎませんでしたから**」（「ドラッカーが喝破した『アイデアが潰される』」NewPicks」（ウェブ雑誌）2020年2月15日）。**二木コメント**—これは「名言」というより「迷言」ですが、入山氏は影響力のある方なので紹介します。私は、入山氏に必要なのは、「8年前の自分を殴る」ことではなく、『世界の経営学者はいま何を考えているのか』をすぐ絶版にするか、謝罪文を付けた改訂版を出版することだと思います。私の経験では、入山氏が自認しているような、会社や社会の現実を知らないまま、無責任な発言をする「頭でっかちの学者」は、医療政策・経済学分野でも少なくありません。それだけに、研究者は「現実感覚」（リアリティ）を身につけるための意識的努力が必要だと思います。入山氏の無邪気な（英語の本来の意味で naive な）発言を読んで、佐高信氏の次の警告を思い出しました。

○佐高信（評論家）「**学者はどんなに努力しても、学者であるというだけで現実に対する勝負勘のようなものに欠ける。それを自覚して自らの務めを果たした方がいい**」（「筆刀直評」『エコノミスト』1994年4月12日号104頁。本「ニューズレター」19号（2006年3月）で紹介）。

<その他>

○長谷川和夫（精神科医、認知症医療の第一人者。1974年に世界に先がけて発表した「長谷川式簡易知能スケール」は、現在も広く用いられている（1991年に改訂版）。2017年に認知症になったことを自ら公表。2021年11月13日死去、92歳）「**自分にできることをしながら後は運命に任せ、今を生きる。大事な今は今を生きること**」（猪熊律子「『認知症界のレジェンド』長谷川さんが残したもの」「読売新聞」Webコラム,2021年12月2日）。**二木コメント**—「今を生きる」の英語表現にはいくつかありますが、私が好きなのは“Seize the day”で、映画「今を生きる」（原題：Dead Poets Society,1989年）を観て覚えました。長谷川先生のお言葉は、私の好きなニーバーの次の名言に通じると思いました。

○ラインホルト・ニーバー（神学者。第一次大戦のときの米軍の従軍牧師）「**神よ、変えることのできるものについて、それを変えるだけの勇気をわれらに与えたまえ。変えることのできないものについては、それを受け入れるだけの冷静さを与えたまえ。そして、変えることのできるものと、変えることのできないものを、識別できる知恵を与えたまえ**」（本「ニューズレター」51号（2008年11月）で紹介。その後も何度か紹介）。

○大政絢（俳優・モデル。NHKTV「正義の天秤」で弁護士・桐生実雪を演じる）「**[自分にとっての正義とは？と聞かれ] 大事な人を信じること。そして、その人に何かあったら話を聞き、場合によっては私の意見も伝えること**」（「朝日新聞」2021年10月2日朝刊、「TVフェイス」）。

5. 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」46号（2021年12月13日）から転載）

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○水島昇『科学を育む査読の技法』羊土社,2021年7月。

…国際的英語基礎医学雑誌の査読責任者を長年続けている著者が、「査読のリアル」（第1部）を包括的に説明すると共に、第3部で自己の収集した765もの「査読例文集」（英和対照）を紹介。第2部は他の研究者との「特別座談会」。日本語論文の査読者にも参考になる。英語論文執筆者へのアドバイスも貴重：“interestingly”や“surprisingly”は使わない等。

+○康永秀生『必ずアクセプトされる医学英語論文 完全攻略の50の鉄則』金原出版,2016。

…第11章「査読コメントの書き方」（177-188頁。鉄則45-50）は日本語論文の査読者だけでなく、大学院の修士・博士論文の審査委員も必読と思い、日本福祉大学学長をしていた時、大学院担当教員に推薦した。私の経験では、社会科学系では、「自己流を押しつけるべからず」、「再査読の時点での新たな追加修正要求はご法度」を守れない方が少なくない。

○山内史朗『新版 ぎりぎり合格への論文マニュアル』平凡社新書,2021（初版2001）。
…「論文の最低レベルを伝授」すべく、論文の作法と形式にトコトンこだわった本。ゴチックで書かれている「心得」「教訓」は概ね妥当と思うが、偽悪的表現が多い。そこにはまる読者も多い？「すぐ使えるフレーズ集（言い換え一覧）」（208-215頁）は、ネット等でずいぶん無断使用されたようだが、私はお勧めしない（例外は、「今後の課題とします」）。

B. 医療・福祉関連

○矢澤正人著『私の口腔保健史—保健所歯科医の歩んだ道』口腔保健協会,2021年9月。

…著者が東京の保健所で行ってきた37年間の公衆衛生活動の「進化」を、その時代の行政の保健・医療の課題と対策と関わらせて、ほぼ時系列に克明に描く。著者は、若い時から、現場、事例（症例）検討、多職種連携、自主的な勉強会活動や参加型研修会、秀逸なキャッチフレーズやストーリーの作成、コミュニケーション等を重視していた。著者が取り組んできた「地域保健活動」は現在の地域包括ケアにつながっている。私は、コロナ収束後は保健所が地域包括ケアに積極的に参加する必要があると考えており、保健所関係者だけでなく地域包括ケアの拡大と深化を考えている人びとにとっても大いに参考になる。

次の本音発言は貴重：「医科、歯科を問わず、“この取り組みをすると予防効果があり、医療費の削減になる”というストーリーを描く場合がある。しかし、ある事業を短期間行って、その地域の医療費に影響が出るなどという事業は、そう多くはなく、よほど幸運に恵まれない限り、そのような結果は出ないと個人的には思っている。議

会等で、この事業で医療費の削減になるかという質問をいただくことが少なくなかったが、正直、答えに窮した」（150頁）。

○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 第2版』勁草書房,2021年10月（初版2018年）。

…「社会保障は経済政策である」との権丈氏の一貫した主張を、経済学の2つの潮流の根本的違いにまで遡って縦横に論じた権丈流「経済思想史」の第2版。経済学における「通念」・通説を正面から批判し、「市場メカニズムという分配を苦手としている社会の仕組み」の下では、「国民みんなが立派な消費者になってもらうためには、国民みんなに立派な購買力を分配しなければならない」との「危険思想」（実は真つ当な思想）が身に付く。第2版で追加された「知識補給・若手行政官への推薦図書」3冊のうち、ピケティ『21世紀の資本』と佐々木実『資本主義と闘った男—宇沢弘文と経済学の世界』は歯ごたえがあるが挑戦しがいがある本。塩野七生『ギリシャ人の物語Ⅱ』は私は未読。同じく「知識補給・経済成長を需要サイドから見れば—青木＝吉川モデル」は、ワルラスの一般均衡理論等の新古典派マクロ経済学を正面から否定し、「需要の創出」を強調した吉川洋『マクロ経済学の再構築』（岩波書店,2020）の分かりやすく魅力的な解説。私はこれを読んで、即、この本を注文した。

※これは「第2版」に対する追加的紹介・推薦文。初版の書評は『コロナ危機後の医療・社会保障』（勁草書房,2020）196-197頁参照。

○山本恵子・山本隆「英国の福祉の市場化—ここまで市場化は進んだ」『賃金と社会保障』2021年10月下旬号：4-16頁。

…日本では従来、イギリスにおける「準市場化」（ルグラン）は肯定的に紹介されることが多かったが、本論文は、高齢者ケアにおける（準）市場化・金融化の実態と問題点を、イギリスの学術論文と現地のソーシャルワーカーへのzoomによるヒアリング調査に基づいて示す。

○石田道彦「英国ジョンソン政権のNHS改革案」『週刊社会保障』2021年11月15日号：44-49頁。

…ジョンソン首相が7月に議会に提出した「医療及びケア法案」の提出までの経緯と概要をていねいに解説。最大の特徴は統合ケアシステムを基盤とした制度への移行で、従来の競争促進政策は後退。逆に、コロナ対応を踏まえて、保健大臣のNHSへの指揮権限が拡大。

○結城康博「岸田新政権が目指す『介護の賃上げ』～24年改定が不安～」 「ケアマネジメントオンライン：深掘り」2021年11月号（会員制ウェブ雑誌）

…岸田内閣の経済対策に含まれる月約9000円の介護職員の賃上げについていち早く論評。当面は「交付金」で対応し、来年10月から臨時の介護報酬改定による「加算」措置で対応することが見込まれているが、それでは2024年4月の介護報酬大幅アップは難しくなるとして、交付金での全額国庫負担増が望ましいと主張。

○出河雅彦『事例検証 臨床研究と患者の人権』医薬経済社,2021年11月。

…朝日新聞記者として20年余り医療問題取材してきた著者が、日本の「臨床研究」が患者・被験者の人権を軽視してきたことを5つの事例の詳細な分析を通して明らかにした執念の書。貴重な「歴史の証言」だが、606頁という反時代的厚さで、しかも

難解。臨床研究の倫理に興味を持つ者は必読と思う。

C. コロナ関連

○熊谷徹『パンデミックが露わにした「国のかたち」 欧州コロナ 150 日間の攻防』NHK出版新書,2020 年 8 月。

…著者はドイツに 30 年以上滞在しているフリージャーナリスト。コロナ第一波終了直後の 2020 年 7 月までの情報に基づいて、コロナ感染爆発のため医療崩壊したイタリア（+スペイン、イギリス、フランス）の惨状と、コロナ死亡率を低く抑え、医療崩壊が起きなかったドイツの実情とその要因を対比しながら詳述。私はドイツがすでに 2012 年にコロナ（に類似した）危機を想定した「シナリオ」を作成し、それに基づいて準備を進めていたことに驚いた。生命倫理をめぐる議論も紹介。終章では日本の「国のかたち」として欧州モデルを推奨。

○焼田党・他編著『新型コロナ感染の政策課題と分析 応用経済学からのアプローチ』日本評論社,2021 年 8 月。

…日本応用経済学会 2020 年春季大会（オンライン）のセッションを契機として企画された論文集で、政策課題と理論分析の 17 論文を収録。ただし、医療（政策）の分析はない。

○地域医療・介護研究会 JAPAN、ヘルスケア・システム研究所『新型コロナウイルスとの闘いⅡ 看護師が見たパンデミック』PHP エディナーズグループ,2021 年 7 月。

…Ⅰは医療現場を指揮する院長を中心とした寄稿だったが、Ⅱは患者の一番近くにいる看護師や介護職・薬剤師 22 人が寄稿（第 2 章）。急性期病院だけでなく、精神科病院、訪問看護、高齢者施設での取り組みの報告も含む。第 3 章には、看護師のメンタルヘルスについての「自治体病院の看護師へのアンケート調査」結果も収録。**看護職、特に管理者必読。**

○岡田知弘編著『コロナと地域経済 [コロナと自治体 4]』自治体研究社,2021 年 9 月。

…コロナ禍は「災害」・「政策災害」であり、「国の指示待ちではなく、災害の現場から、その防除と再生への取り組みを始めなければならない」と災害は「地域性」と「社会性」を必ず伴うという問題意識に立って書かれた 4 論文を掲載。第 1 章は地域経済学の視点からの総論、第 2 章はコロナ禍の激甚被災地である大阪に焦点を絞り、維新政治の問題点を明らかにし、今後の地域再生の方向性を述べる。第 3 章は全国商工団体連合会の独自調査を踏まえて、小規模企業でのコロナ禍の実相と効果的な施策について検討。第 4 章は北海道帯広市での、中小企業振興基本条例を活用した地域内経済循環をつくる取り組みを紹介。

○特集「新型コロナの失敗から学ぶ“感染症医療”の抜本改革」『月刊／保険診療』2021 年 11

月号：6-41 頁。

…編集部「感染症医療の基礎地域」+鼎談と 3 論文。政府に批判的スタンスが強い本誌には珍しく、財務省OBの論文も掲載。看板の「抜本改革」が示されているとは言い難い。

○山岡淳一郎『コロナ戦記 医療現場と政治の 700 日』岩波書店,2021 年 11 月。

…『世界』2020年10月号～2021年11月号の連載に加筆・再構成。最前線でコロナと戦う医療従事者、保健師、行政職員やワクチン開発者、死線をさまよった感染者など、さまざまな当事者の動きをライブで活写する一方、安倍・菅政権と東京都・大阪府の対応を厳しく批判：特に第10章「大阪砂漠」は迫力がある。気骨あるノンフィクション作家による貴重な「歴史の証言」。

○武田俊彦「(インタビュー)『厚労省きっての医療政策通』に聞いた……どうする？ コロナ『第5波』後の医療提供体制」(聞き手：猪熊律子)「読売新聞オンライン」Webコラム,2021年11月11日(読者会員限定記事)。

…元医政局長が、地域医療構想の2つの「反省点」(感染症を入れていなかった。余裕のある病床体制が大切)を率直に語る。「公民を問わず、すべての医療機関に少しずつコロナ患者を受けさせるべきだとの考え方」の「危険性」の指摘も説得力がある。ただし、インタビュー冒頭の「余儀なくされた自宅療養、病床削減を進めてきたからか」との問いに対する回答は説得力不足：武田氏等が2012年に作成した「2025年モデル」オリジナル版と異なり、「地域医療構想」では急性期病院の病床当たり職員数・医療費の増加は想定されていない。

○鈴木亘『医療崩壊 真犯人は誰だ』講談社現代新書,2021年11月。

…「世界一の病床大国」で、コロナ患者数が世界的にみて桁違いに少ないにもかかわらず、「医療崩壊の危機」に直面したのはなぜか？という問い(謎)を立て、7人の「容疑者」の「取り調べ」を行い、真犯人は複数いるが、「主犯級中の主犯」は「政府のガバナンス不足」と認定。書名は扇情的だが、本文はそれほどでもない。ただし、私を含めすでに多くの研究者が事実誤認と指摘している「世界一の病床大国」という表現に固執。地域医療構想に感染症対策が含まれていなかったこと、今までの医療政策は効率一辺倒で「余裕」が無視されていたこと、及び安倍・菅内閣の政治責任は最初から「容疑者」から除外されている。部分的には的を射た指摘もあるが、医療の実態を踏まえない空論や上から目線の表現が多い。私は著者はかつて「年金(財政)崩壊」とのトンデモ主張を繰り返し、市民の年金不信を増幅したが、本書は市民の医療不信を増幅すると思う。著者が今まで、改革の万能の処方箋としていた、医療への市場原理導入(価格を自由化し通常の市場経済化。『社会保障の「不都合な真実」』日本経済新聞出,2010等)にはまったく触れていないが、これが「学習効果」なのか「戦略的沈黙」なのかは不明。

◎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、全ゼミ生に「必読」と推薦。

…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よせがいくだけ」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。

D. 政治・経済・社会関連

○吉川洋『マクロ経済学の再構築 ケインズとシュンペーター』岩波書店,2020年。
…権丈善一氏が上述した『ちょっと気になる政策思想 第2版』で絶賛。現代経済学で主流となっている新古典派の「ミクロ的に基礎づけられたマクロ経済学」（ルーカス）を、その出発点になったワルラスの「一般均衡理論」にまで遡って「全くの役立たず」、「知的遊戯」と否定し、それに代わって、統計物理学をミクロ的基礎付けとしてマクロ経済学（ケインズ経済学）の再構築を試みる。その鍵はケインズの「需要の飽和」とシュンペーターの「需要創出型のイノベーション」。著者の主張はきわめて魅力的だが、「面倒な数式や図表が多い」ガチガチの経済理論書であるため、経済系大学院修了者でないと全体を読み通すのは困難と思う。それ以外の人には、**権丈氏の解説を読んだ上で、とりあえず第1章「標準的な『マクロ的基礎づけ』はなぜ間違っているのか」と第8章「結論—マクロ経済学のあるべき姿」を「煙管読み」**することをお勧め。第5章「需要の飽和と経済成長—ケインズとシュンペーターの出会いとこころ」も知的興味を駆り立てると思う。

+○吉川洋『いまこそケインズとシュンペーターに学ぶ 有効需要とイノベーションの経済学』ダイヤモンド社,2009。

…2008年の世界金融危機後「世界中でケインズが復活した」直後に出版。ケインズとシュンペーターの生涯と仕事を、ケインズ中心に分かりやすく（数式をほとんど使わず）紹介し、2人の経済学の「統合」を展望。「ケインズは需要不足は与えられた条件として政府による政策を考えた。シュンペーターは、需要が飽和したモノやサービスに代わって新しいモノを創り出すこと—すなわちイノベーションこそが資本主義経済における企業あるいは企業家の役割なのだと説いた」（268頁）。『マクロ経済学の再構築』を読んだ後、11年ぶりに再チェックして、シュンペーターの「イノベーション理論」の底の浅さを再確認した：29歳時に書いた『経済発展の理論』の（一切の論証抜き）テーゼ風の5種類の「新結合」論をその後発展させることはなかった。『景気循環論』は「新結合」を「イノベーション」に置き換えただけで、内容的には「『経済発展の理論』で展開された域を出ていない」（176頁）。私には、吉川氏のシュンペーター評価は過大に思える。

○アンドリュー・スコット／リンダ・グラットン著、池村千秋訳『ライフシフト2 100年時代の行動戦略』東洋経済新報社,2021年11月（原著2020年）。

…流行語となり、安倍内閣でも採用された「人生100年時代」を提唱した前著（2016）の第2弾。前著との違いは、コロナ禍を通して、「お金より健康が重要」ということが「はっきり分かったこと」と強調していることと、前著ではほとんど触れていなかった「政府の課題」が独立した章（第8章）になっていること。ただし、「強い自立した個人」を前提にした自己啓発本であることに変わりはない。私は、「年齢の可変

性」という視点は重要だし、「政府があらゆる手段を講じて、人びとが高齢になるまで働くよう促し、それを支援しなければならない」（314 頁）との主張にも賛成だが、「社会保障の機能強化」は事実上否定。経済成長と予防医療にいまだにとらわれているのは、私から見ると古い・snob。

○The triumph of big government（大きな政府の勝利）.The Economist November 20th:13-14,19-21 pages, 2021.

…エコノミスト誌は創刊以来リベラリズム（自由主義）を掲げているが、本レポートは、大きな政府がコロナ禍後も続く 3 つの要因をあげ、自由主義者はそれを嘆くのではなく、②・③は容認すべきと主張：①政府は惰性的に拡大、②ポーモルが提唱した「コスト病」の存在、③医療や教育など国民が政府に求める役割が拡大。同誌は、2021 年にコロナ感染爆発が生じた直後に、国家の役割が増大したことをいち早く認めた（The state and covid-19 Everything's under control（国家とコロナーすべてが【国の】コントロール下にある） March 28:10,2020）。本レポートはその続編と言え、上記『ライフシフト 2』よりもよほどリアル。私は次の 2 点に注目：①政府支出の対 GDP 比は 1961 年以降、「新自由主義の時代」も含め増加し続けてきた。②コロナ後、「小さい政府」を主張する政治勢力は国際的にほとんどなくなっており、スウェーデンの市場派論客は「自分はもはや政治的なホームレスだ (politically homeless)」と嘆く。英語論文だが、世界を観る視野を広げるため読むことを薦める。