

2024.3.5(火)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻236号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構ですが、**他の雑誌に発表済み  
の拙論全文を別の雑誌・新聞に掲載することを希望される方は、事前に初出誌の編集部と私の許可を求めて下さい。**

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様がご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。

本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に掲載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

236号の目次以下の通りです(27頁)

1. 論文：「生活習慣病」と「健康の社会的決定要因」の用語見直しの必要性・再論  
(「二木教授の医療時評(218)『文化連情報』2024年3月号(552号):40-46頁)……………2頁
2. 書評：川越正平編著『医師アウトリーチから学ぶ地域共生社会実現のための支援困難事例集』  
(「週刊医学界新聞」2024年1月15日号)……………8頁
3. 日医総研「欧州医療調査報告会」(2024年2月4日)・特別発言……………9頁
4. 新著『病院の将来とかかりつけ医機能』の「はしがき」と目次……………10頁
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(通巻216回:2023年分その12:9論文)……………13頁
6. 私の好きな名言・警句の紹介(その230)―最近知った名言・警句……………19頁
7. 私の毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第34回)……………21頁

### お知らせ

1. 講演「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化―この間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえて」を、3月11日(月)午後7時半～9時、神奈川県保険医協会会議室で行います(リアル&WEB配信併用。無料。申し込み締め切り:3月8日)。本講演は新著『病院の将来とかかりつけ医機能』(勁草書房,2024年3月15日刊行予定)の第2章と第3章をベースにして行います。参加ご希望の方は、添付ファイルの「参加申し込み方法」に沿ってお申し込みください。
2. 論文「『医療・福祉研究塾(二木ゼミ)の紹介』を『総合リハビリテーション』2024年3月号(3月10日発行)に掲載します。本「ニュースレター」237号(2024年4月5日配信)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：「生活習慣病」と「健康の社会的決定要因」の用語

## 見直しの必要性・再論

（「二木教授の医療時評 (218) 『文化連情報』2024年3月号 (52号) : 40-46頁

### はじめに

私は2017年に、「生活習慣病」という用語の見直しの必要性を述べ、とりあえずは「生活習慣関連病」への変更が現実的と主張しました(1, 2)。その契機は、同年7月に105歳で亡くなられた故日野原重明先生のたくさんの功績の一つとして、「(生活)習慣病」という名称を早くから提唱されたことがあげられたことに違和感を持ったことです。2022年には著書で、「健康の社会的決定要因」というSDH (social determinants of health) の訳語は不適切で、「健康の社会的要因」の方が望ましいと主張しました(3)。

この点に関して、八谷寛名古屋大学大学院教授（公衆衛生学）から、国の報告書等で2つの用語の見直しにつながる記述が昨年なされたと教えていただきました。そこで、今回は、私が2つの用語が不適切であり、見直しが必要と考える理由を改めて述べます。

### 「意見具申」は「生活習慣病」を提唱したが、警告も発した

「成人病」に代え、「『生活習慣病』という概念の導入」を初めて提唱したのは、公衆衛生審議会が1996年12月にとりまとめた「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」です。「意見具申」は、「生活習慣病」を「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義しました。

厚生省はこれを受けて、すぐ「成人病」から「生活習慣病」に呼称を変更し、1997年2月1～7日を「生活習慣病（成人病）予防週間」にしました。同年の『平成9年版厚生白書』の副題は「『健康』と『生活の質』の向上をめざして」で、第1編の第2章がまるまる「生活習慣病」でした。

その後、「生活習慣病」は医療界だけでなく、一般社会でも広く使われるようになりました。しかしこの用語の普及過程では、「意見具申」に書かれていた次の2つの重要な記述が見落とされました。

1つは、「疾病の要因と対策のあり方」図で、「**外部要因**」と「**遺伝要因**」と「**生活習慣要因**」の**3つを同等**に扱っていたことです（図）。なお、図では「外部要因」とされていますが、本文では「外部環境要因」と書かれています。

もう1つは、「『生活習慣病』に着目した疾病概念の導入の必要性」の最後で、「但し、疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』、『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『**病気になったのは個人の責任**』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮する必要がある」と注意喚起したことです。

### 「生活習慣病」＝自己責任との言説

しかし厚生労働省はこの点にほとんど言及せず、「生活習慣病」＝個人の不摂生が原因・自己責任との誤解・偏見が蔓延しました。その最悪のものは、2016年に、ブログで、人工透析患者の8

～9割は「自業自得」の食生活と生活習慣が原因だとして、透析患者への医療給付を否定し、「無理だと泣くならそのまま殺してしまえ」との暴言を吐いた長谷川豊氏（フリーアナウンサー）でした(2:160頁)。

2018年には、経済産業省のヘルスケア産業化政策で中心的役割を果たしていた江崎禎英氏が、長谷川氏と類似した主張を、以下のように、よりマイルドに述べました。「生活習慣病は主として患者自身の自己管理に原因があります。このような疾病の性質の違いを全く考慮せずに保険制度が適用されるため、健康管理に努めていようが、不摂生な生活をしていようが、病気になれば全く同じように医療給付を受けることができるのです」、「自覚症状のない人に自覚を促すためには、分かりやすい制度設計が必要となります。例えば、健康管理への取り組み（健康状態ではありません）を昇進の際の評価項目にすることです。健康診断で注意されても何もしない社員は、将来的に他の職員及び会社が支払う保険料の大半を使っていくことになり、会社に損失を与えるからです」(4)。

### 「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」に重要な記述

公平のためにいえば、2012年に制定された「健康日本21（第二次）」は「基本的な方針」で生活習慣の改善と「社会環境の改善」を同等に位置付け、「基本的な方向」の第4に「健康を支え、守るための社会環境の整備」を加えるなど、従来の「生活習慣病」の個人責任モデルを軌道修正しました(1, 2)。しかし、「生活習慣病」という用語自体の問題点には言及しませんでした。

それに対して、昨年5月に発表された「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」(<http://www.mhlw.go.jp/content/001158870.pdf>)の第3章2「基本的な方向」の15-16頁では、以下の記述がなされました（八谷教授よりご教示）。<「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世間的に広く定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。>

政府の審議会文書に、「生活習慣病」という用語への批判（「指摘」）が明記されたのは初めてで、「用語のあり方については、…中長期的に検討が必要である」と書かれたことは意義深いと思います。ただし、「健康日本21（第三次）」の本体には、このようなストレートな表現はなく、一「基本的な考え方」で、以下のようにマイルドに(?)書かれています。「さらに、個人の生活習慣に関する情報に加え、社会環境の重要性についても認識を高めるように工夫する。また、正しい知識の普及を通じて、健康増進に係るスティグマの解消に努める」(20頁)。

### 国際的には「非感染性疾患（NCD）が標準

なお、「生活習慣病」という用語が広く使われているのはほとんど日本だけで、国際的には、NCD(non-communicable diseases「非感染性疾患」)が標準となっています。PubMed(米国国立医学図書館が運営する医学生物系論文検索システム)で検索すると、“non-communicable diseases”は15,803件ヒットしましたが、“life-style diseases”はその0.5%の84件しかヒットせず、しかもそのうち32件(38%)は日本人の発表でした(1月25日検索)。上記「説明資料」の作成過程で

も、折衷案として「生活習慣病（NCD）」と記載することも検討されたと聞いています【注1】。

代表的な「生活習慣病」である「糖尿病」に関しては、昨年9月に日本糖尿病学会と日本糖尿病協会が、糖尿病の呼称の変更を検討し、その有力候補として「ダイアベティス」を提案すると発表しました。この件は、今後1～2年間の期間をかけて関係する多くの団体も含めて開かれた議論をしていくそうです(橋本佳子：m3.comレポート2023年9月22日)。糖尿病の呼称変更の検討と合わせて、「生活習慣病」の名称変更がなされることを期待します。

### 「健康の社会的決定要因」という訳語への疑問

SDHはWHO（世界保健機関）が2008年にその重要性を強調する最終報告書を発表してから(5)、国際的に注目されるようになり、日本の公衆衛生や社会疫学領域では、「健康の社会的決定要因」が事実上の定訳となっています。

「生活習慣病」と異なり、『厚生労働白書』ではまだ使われていませんが、医学生卒業時の到達目標を示す文部科学省の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」（平成28年度 [2016年度] 改訂版）には、「社会構造と健康・疾病との関係（健康の社会的決定要因：SDH）を概説できる」という学修目標が設定されました。その「令和4年度 [2022年度] 改訂版」でも、「社会的決定要因」が5回も使われています。

私も医師・医療者が「健康・疾病の社会的要因」に注目することに大賛成です。しかし、「健康の社会的決定要因」という訳語は、健康の大半は社会的要因で決定されるとの誤解を与えることに疑問を感じ、SDHは「健康に影響する社会的要因」または「**健康の社会的要因**」と訳す方が適切だと思っています。ちなみに、上記「意見具申」の図「疾病の要因と対策のあり方」も3つの「要因」（生活習慣要因、外部要因、遺伝要因）を用い、「決定要因」は用いていません。これが医学・医療の一般的用語法と言えます。

SDHが「健康の社会的決定要因」と訳された理由は分かりませんが、公衆衛生学研究者が、従来の医学・医療では、医学的要因に比べて社会的要因が軽視されている現実を変えるために、敢えて「社会的決定要因」という強い表現を用いたのかもしれない。

しかし、個人の生活習慣が病気の「決定的要因」だと連想させる「生活習慣病」という用語と、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させる「健康の社会的決定要因」という訳語とは、ベクトルは逆でも、極端だという点で共通しています。

### determine＝「決定する」ではない

英語的にも、determinantを「決定要因」と訳すことは不適切です。というのは、determinantの動詞determineには「決定する」という強い意味だけでなく、「影響を与える」という弱い意味もあるからです（『ランダムハウス英和大辞典 [第2版]』他）。

米国政府のサイト(healthypeople.gov)も、SDHを以下のように説明しています：The range of personal, social, economic, and environmental factors that **influence health status** are known as determinants of health. (**健康状態に影響を与える**個人的、社会的、経済的、環境的要因は“determinants of health”と呼ばれる)。WHOはそのものズバリ、以下のように定義しています：The SDH are the **non-medical factors that influence health outcomes**. (**SDHは健康アウトカムに影響する非医療的要因**。https://who.int/health-topics/social-determinants-of-hea

lth#tab=tab 1)

実は、私も2019年までは「健康の社会的決定要因」という訳語に違和感を持ちつつも、英語論文の“determinants”は「決定要因」または「決定因子」と訳していました。しかし、2020年に健康に影響する諸要因（個人行動、社会的状況、環境、遺伝、医療等）の寄与率計算の問題点を指摘し、それが政策形成には役立たないことを明快に説明した論文を読んで、“determinants”を「決定要因（因子）」と訳するのは無理があると感じ、“determine”の原義を調べたところ、上記2つの意味があることを知りました(6)。それ以来、英語論文中のSDHは「（健康の）社会的要因」と訳すようにしています【注2】。

### 新しい医師国家試験出題基準に「社会的な健康規定要因」

この点についても八谷教授から、昨年4月に公表された厚生労働省の令和6年版〔2024年版〕医師国家試験出題基準の「医学総論」のI保健医療論の6地域保健、地域医療のCプライマリヘルスケアとプライマリ・ケア（4小項目）の③に「社会的な健康規定要因」が初めて含まれたと教えていただきました（<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001079483.pdf> 33頁）。この用語は、藤野善久産業医科大学教授が以前から用いていた「健康の社会的規定要因」と通じる適訳と思います(3)。

実はこれより4年前の2019年12月に、医療経済学会が定めた「医療経済学会のスコープ」（7つの研究領域）は、1B「健康の要因とその制御」のトップに「健康の経済的・社会的要因（Social Determinants of Health）」と記していました。今中雄一京都大学大学院教授（医療経済学分野）によると、「医療経済学会のスコープ」は、氏が「医療経済学会の会長（理事長）だったときに草案を作り理事会で協議して作成したもので」、「医療経済の発祥とされる英国ヨーク大学の研究所の設立時の概念枠組みの内容もすべて取り込み再構築し、さらには医療経済学の国内・国際学会で議論されている内容も参考に構築したもの」だそうです(7)。医療経済学会のホームページには、「スコープ」の原案に対する「パブリックコメントと回答」（2019年12月）も公開されていましたが、この表記についての異論・疑問は出されていませんでした。

今後は、SDHの「健康の社会的決定要因」という訳語が見直され、「健康の社会的要因」、「社会的な健康規定要因」、「健康の経済的・社会的要因」等が用いられることを期待します。

### 【注1】NCDは『健康日本21（第二次）』と『平成27年版厚生労働白書』でも紹介されたが…

2012年改訂の「健康日本21（第二次）」は「国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向」の二に「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）」を掲げ、（注）で、NCDについて以下のように説明しました。「がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なNCD（非感染性疾患）という。以下同じ）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されている」。

その5年後の2015年に、『平成27年版厚生労働白書』は、「国民健康づくり運動の展開」の項で、NCDを以下のようにより詳しく紹介しました。「近年、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）など非感染性疾患（Non Communicable Diseases: NCDs）という概念で一括りに捉え、包括的な社会政策として取り組むことが国際的潮流となっている。これは、NCDsの発症や

重症化は、個人の意識や行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、社会政策として包括的に健康対策に取り組む必要があるという考えに基づくものである」（435頁）。これらは、生活習慣病＝個人の自己責任とする従来の説明の修正とも言えます(2)。

ただし、現在でも、NCD（非感染性疾患）の使用は、ごく限定的にとどまっています。例えば、C i N i i（国立情報学研究所学術情報ナビゲータ）で検索すると、“生活習慣病”は22,329件もヒットしましたが、“NCD”は1491件（生活習慣病の6.7%）、“非感染性疾患”は298件（同1.3%）しかヒットしませんでした（1月30日検索）。

## 【注2】アメリカでも“determinants”を敬遠し“drivers”使う動き

本稿の原稿に西岡大輔氏（大阪医科薬科大学医学研究支援センター講師・医師）から、以下のコメントをいただきました。「以前先生が[医療・福祉研究塾（二木ゼミ）]のゼミ生に紹介していたように、最近ではアメリカでもsocial drivers of healthと表現する人が増えてきているようです。先日アメリカで格差研究をされている方に聞きました。アメリカでもdetermineは強い用語で、対応不可能な要因と勘違いしてしまう構図が生じる懸念があるようでした」（1月26日電子メール。引用許可済み）。

この情報は、私の英語論文の最近の検索・抄訳体験とも一致します。私が“drivers of health”という表現に最初に気付いたのは、2020年にHealth Services Researchがその大特集（合計14論文）をした時です。そのうちの1つを、「ニューズレター」197号（2020年12月）で抄訳しました(6)。“driver”は「推進力」「原動力」等と訳されることが多いのですが、“determinants of health”と同じ意味で使われていたので、「要因」と訳しました。“social drivers of health”という表現に最初に気付いたのは、2023年のHealth Affairs掲載論文で、このときはそれを「健康の社会的制御要因」と訳しました(8)。

そのとき（2023年4月）、Pub Medで“social drivers of health”を検索したところ35件ヒットし、その大半が2022～2023年発表で、一番古いものでも2016年であり、ごく最近使われるようになった用語と思いました。しかし、両論文には、それと“(social) determinants of health”との違いは書かれていませんでした。

そこでGoogleで検索したところ、Elevance Health, Inc（アメリカ有数の民間医療保険会社。旧称Anthem, Inc）のホームページに、“social drivers vs social determinants of health”というそのものズバリの説明（2022年2月25日）があり、そこでは、“social drivers of health”という用語を用いる理由として、「determinantsという用語はどんな方法でも健康の運命を変えられないことを示唆するが、社会的制御要因が健康を動かす(social factors drive our health)と言い直すことで、社会的要因は運命的なものではなく、克服・改革できると示すことができる」と説明していました。この説明は、「健康の社会的決定要因」という訳語は、健康の大半は社会的要因で決定されるとの誤解を招くので見直しが必要という私の主張とも共通すると感じ、意を強くしました。

1月23日にPubMedで再検索したところ、“social drivers of health”は少し増えて58件ヒットしましたが、“social determinants of health”の23,601件の0.3%にすぎませんでした。この結果は、この新しい用語はアメリカでもまだそれほど普及していないことを示唆しています。

## 文献

- (1) 二木立「厚生労働省の『生活習慣病』の説明はどのように変わってきたか？」『日本医事新報』2017年8月5日号（4867号）：20-21頁。
- (2) 二木立「厚生労働省の『生活習慣病』の説明と問題点－用語見直しを検討する時期」『文化連情報』2017年9月号（474号）：16-23頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 150-161頁）。
- (3) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 174-175頁（【補注】“social determinants of health”の訳は「健康の社会的決定要因」より「健康の社会的要因」のほうが適切）。
- (4) 江崎禎英『社会は変えられる 世界が憧れる日本へ』国書刊行会, 2018, 47, 55-56頁。
- (5) The Commission on Social Determinants of Health (CSDH), WHO: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final reports of the commission on social determinants of health, 2008 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>)
- (6) Frakt AB, et al: Pivoting from decomposing correlates to developing solutions: An evidence-base agenda to address drivers of Health. Health Services Research 55(5:Suppl 2):781-786, 2020. (抄訳とコメント及び【Social determinants of healthの定訳「健康の社会的決定要因」に対する疑問】は「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」212号（2020年3月））。
- (7) 今中雄一「医療経済学とは何か 医療経済学のスコープ」『総合リハビリテーション』2024年1月号：7-11頁）。
- (8) Karaca-Mandic: Proposing an innovative bond to increase investment in social drivers of health interventions in Medicaid managed care. Health Affairs 42(3):383-391, 2023. (抄訳とコメントは「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」226号（2023年5月））。

[本稿は、『日本医事新報』2024年2月3日号掲載の「『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しはなぜ必要か?」に加筆したものです。]

## 2. 書評：川越正平編著『医師アウトリーチから学ぶ地域共生社会実現のための支援困難事例集—セルフ・ネグレクト、8050問題、ひきこもり、虐待、ヤングケアラーへの対応』長寿社会開発センター，2023年6月，定価3,080円（＋税）（「週刊医学界新聞」2024年1月15日号：7面。医学書院のHPにも公開）

+11.27校正

本書は、医師が医師の特性・強みを生かし、他職種と協働して、地域共生社会づくりや地域包括ケアに参加するためのバイブルともいえる本です。

2015年度の介護保険法改正により、地域ケア会議が市町村の努力義務になり、川越正平氏が医師会長を務める松戸市でも、医師も参加する地域ケア会議で困難事例を中心に、年間120例に上る事例の検討を重ねてきました。この会議で取り上げられた事例を縦断して、困難事例について医師が現場に赴いて現認する「医師アウトリーチ」という取り組みを編み出し、それを医師会として松戸市に提案し、2016年度から市の事業として行われています。同様な取り組みは全国に複数あり、千葉県内外の実践者の協力を得て本書が作成されました。

本書は「総論」と「事例編」の2部構成で、「コラム」と「用語解説」も付いています。

総論は、以下の5つの柱立てです。①支援困難事例への対応向上を目指して、②相談支援のみで解決に至らない事例に対する医師アウトリーチとは、③助けを求める力が欠如した患者への対応、④支援拒否の背景にある精神医学的問題、⑤認知症の経過とBPSD。

著者は、「医療分野においては、患者について予想される主たる疾患の経過の将来予測や、今後起こり得る合併症、主たる疾患以外に生じ得る状態変化などについて予見したうえで、治療方針を決定し、病態変化に備えて準備しておくことになる」と強調し、緩和医療や老年医療領域で用いられている『軌道』という概念（trajectory. 人の一生を曲線で示す手法）を簡潔に示しています（6頁）。これは本書全体のキーワードの一つです。

事例編では16の困難事例（高齢6例、青壮年7例、児童生徒3例）について、「ポイント」、「在宅医療・介護連携支援センターが覚知するまでの経過」の簡潔な説明に続いて、「医師アウトリーチ」の実際が説明され、最後に「事例の包括的な検討」がなされています。医師アウトリーチについては、①緊急性の判断、②課題解決に向けた情報収集、③支援の方向性を決定する、④初期介入（とその後の経過）の枠組みで、ていねいな説明がなされており、非常に臨場感があります。軌道図やエコマップ、ライフヒストリー図をはじめ、図表も豊富で、視覚的理解も促進されます。

川越氏は、「はじめに」で、「本書で強調したい点として、『対応力の基盤強化』と『専門性と協働する力量の向上』の2点を挙げ」ており、そのねらいは成功しているといえます。実は介護保険・福祉分野の「支援困難事例集」は、2000年の介護保険制度開始後たくさん出版されていますが、医師・医療抜き（軽視）のものがほとんどでした。それに対して、本書が提起した「医師アウトリーチ」という視点・実践は新鮮・貴重であり、医師を含めて、地域・在宅ケアに携わる人々の力量向上に大いに貢献すると思います。



### 3. 日医総研「欧州医療調査報告会」(2024年2月8日)特別発言

本日は「欧州医療調査報告会」なので、**私自身が調査に参加して学んだことに限定してスナップショット的に、5分間発言します**。時間の制約のため、4人の報告者の今後の日本医療やかかりつけ医機能強化のための提言・意見にはコメントしません。この点についての私の事実認識と価値判断は、3月に出版する『病院の将来とかかりつけ医機能』（勁草書房）を読んでいただければ幸いです。

**現地調査の印象を一言で言えば、「百聞は一見にしかず」です。特に日本で「かかりつけ医の制度化（登録制等）」を主張している組織や人々によるヨーロッパ諸国の「かかりつけ医」・G P制度の紹介が実態とは真逆であることがよく分かりました**。本報告会の冒頭、松本吉郎日本医師会会長が述べられたように、コロナ感染爆発中、日本にもヨーロッパのような「かかりつけ医制度」があれば、迅速なコロナ対応が可能になったはずだとの主張が繰り返されましたが、3か国のうち診療所（開業家庭医）がコロナ第一波からもっとも積極的に対応したのは、家庭医の義務的登録制がなく、フリーアクセスが保証されているドイツで、逆に、もっとも厳格なゲートキーパー制のイギリスのG Pはコロナ禍初期にはコロナ患者をほとんど診察しませんでした。

ドイツの現地調査に同行されたドイツ在住の吉田恵子氏（産業医科大学訪問研究員）からは、ドイツの開業家庭医の迅速な対応の背景には、コロナ診療に不可欠なPCR検査体制が感染初期から迅速に整備されたことや、コロナ禍前から、病院だけでなく、診療所にも手厚い所得（休業）補償制度があったことを教えていただきました。吉田氏は、さらに**日本の「自由開業制」とは異なり、ドイツの開業家庭医には「半官半民的」性格があることも強調しています**（『社会保険旬報』1月21日号）。

**各国のコロナ対応以外に、私が調査で学んだ事実のうち、日本ではほとんど知られていないと思うものを8つ紹介します**。①イギリスの診療所G Pのうち常勤は4分の1にすぎず、1人のG Pが登録患者を継続的に診療・健康管理しているわけではない。②イギリスで「社会的処方」をするのは医師ではなく「リンクワーカー」で、彼らの多くは看護師、ソーシャルワーカー等の資格を持っている。③イギリスの診療所はほとんどグループ診療だが、ドイツとフランスの診療所は多くが単独開業で日本と似ている。④ドイツでは診療所開業には厳しい制限があり、特に親子間での承継は困難。⑤（これが私が一番注目した点です）ドイツでは国民の90%は家庭医を持っているが、書面による正式な契約ではなく、医師と患者の信頼関係に基づいており、この点では日本と同じ。⑥フランスでは2004年に国民の「主治医」登録が義務化されたが、登録していない国民が全国平均で12%存在し、貧困者の多い地域では17%にも達している。⑦3か国ともプライマリケアを担う診療所は設備と人員の両面で軽装備であり、日本的基準からは見劣りがする。これは、グループ診療所でも同じ。⑧3か国とも大規模病院（大半が国公立・公的）と無床診療所の2本立ての医療提供体制であり、日本の病院の多数を占める地域密着型の民間中小病院はほとんどない（存在感が薄い）。

私は、以前から、「**日本医療の歴史と現実を踏まえて、既存制度の部分改革を積み重ねる必要がある**」と主張してきました。今回の調査でそのことを再確認しました。

## 4. 新著『病院の将来とかかりつけ医機能』

(勁草書房,2024年3月,A5・288頁、2970円(税込))

### はしがき

本書の目的は、病院のあり方とかかりつけ医機能の強化を中心として、2022-2023年の医療・社会保障(改革)を事実に基づき、しかも歴史的視点をもって分析し、医療・社会保障の短期及び中長期的見通しを示すことです。各章のポイントと各章で特に強調したいことは以下の通りです。

**第1章「病院の将来」**では、2040年を視野に入れて、日本の医療・社会保障と病院(経営)の未来を展望します。第1節では、今後も「医療は安定的な成長産業」であることを示し、病院が今後も医療の中心であり続け、その中心が地域密着型の中小病院であると指摘します。併せて、今後求められるのは「ハイテック&ハイタッチ」の医療であることを強めます。第2節は第1節の続編で、今後の(民間)中小病院のあり方を考えます。今後は多くの病院は孤立して存続するのが困難になり、他の医療施設や介護・福祉施設、行政機関等との地域連携を強化することが不可欠だと強調します。第3節では、2015年に始まった地域医療構想を7つの柱立てで振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の3つの課題をあげます。

**第2章「かかりつけ医機能の強化」**は本書の中核で、2022~2023年に激しく行われた「かかりつけ医の制度化」(登録制等)対「(制度化を伴わない)かかりつけ医機能の強化」論争に参加して発表した6論文を収録します。**第1節「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化」**がこの論争の総括(総論)で、第2~6節が各論です。2023年5月に成立した医療法改正により、「かかりつけ医の制度化」(登録制等)は否定されました。各論で特に強調したいのは、プライマリケアの拡充で医療の質が向上する可能性はあるが医療費は抑制できない、むしろ増加すること(第2節)、及びコロナ禍中(2020~2022年の3年間)の国民の医療満足度はコロナ禍前と同水準か、多少増加していること(第6節)です。

**第3章「私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと」**は、2023年5月下旬~6月上旬に行った日本医師会の3か国医療の現地調査の私的報告です。日本では、「かかりつけ医の制度化」で迅速なコロナ対応が可能との主張がありましたが、それとは真逆の知見が得られました。

**第4章「岸田政権の医療・社会保障改革」**では、岸田政権の下で2022年と2023年に実施されるか取りまとめられた4つの医療・社会保障改革(文書)ー2022年度診療報酬改定、「骨太方針2022」、「全世代型社会保障構築会議報告書」、「骨太方針2023」ーを、時系列順に検討し、どの改革でも財源政策が先送りされていることを指摘します。

**第5章「医療政策分析の視角」**では、私の医療政策分析の視点の「トレードマーク」となっている「複眼的分析(視点)」について解説します。第1節は総論、第2節は新自由主義(的医療政策)についての応用編です。

**第6章「石川誠医師とリハビリテーション医療政策」**は、石川医師が「生みの親」とも言える

回復期リハビリテーション病棟の創設経緯とその後の発展を探究した「探索的研究」です。

補章には、以上の6章のテーマからは外れるが、読者にぜひ読んでほしいと思う4論文を収録しました。特に読んでいただきたいのは、「**地域共生社会の理念と現実、及び地域包括ケアとの異同**」（第1節）です。

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。

## 目次

### 第1章 病院の将来

- 第1節 複眼で読む病院・社会保障の未来と病院経営－悲観論を超えて
- 第2節 今後の中小病院のあり方を改めて考える
- 第3節 現行地域医療構想を振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の課題を考える

### 第2章 かかりつけ医機能の強化

- 第1節 日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化
- 第2節 プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する
  - －過去20年間の実証研究の結論
- 第3節 「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に誤っている
- 第4節 イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はありえない
- 第5節 財務省は今後「かかりつけ医の制度化」を求めないと私が判断するのはなぜか？
- 第6節 コロナ禍による国民の医療満足度の変化の検証
  - －コロナ禍で日本の医療制度の根幹は揺らいだか？

### 第3章 私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと

#### －診療所医師のコロナ対応を中心に

### 第4章 岸田政権の医療・社会保障改革

- 第1節 医療経済・政策学の視点から2022年度診療報酬改定の問題点を考える
- 第2節 岸田内閣の「骨太方針2022」の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む
- 第3節 「全世代型社会保障構築会議報告書」を複眼的に読む
- 第4節 「骨太方針2023」等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度改革方針を複眼的に読む

### 第5章 医療政策分析の視角

- 第1節 私が医療政策の分析と将来予測を「複眼」で行うようになった経緯を振り返る
- 第2節 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

### 第6章 石川誠医師とリハビリテーション医療政策

- 第1節 石川誠さんの業績－回復期リハビリテーション病棟を中心に
  - 【コラム4】 石川誠さんの3つの思い出
  - 【コラム5】 Made in Japanのリハビリテーションを貫いた石川誠さん
- 第2節 「維持期リハビリ」から「生活期リハビリ」への用語変更の経緯を探る

## 補章

第 1 節 地域共生社会の理念と現実、および地域包括ケアとの異同

第 2 節 『厚生労働白書』を複眼的に読む

1 『令和 4 年版厚生労働白書－社会保障を支える人材の確保－』

2 『令和5 年版厚生労働白書－つながり・支え合いのある地域共生社会－』

第 3 節 日経・日経センターの医療制度「改革提言」で特に問題なこと

第 4 節 『安倍晋三回想録』を複眼的に読む

## 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

### 216回)(2023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]論文要旨の抄訳± $\alpha$ の順。論文名の邦訳の[ ]は私の補足。

#### ○ [アメリカ・] メディケアのより進んだプライマリケア・モデル [CPC+] と高価値サービスの提供

He F, et al: Participation in a Medicare advanced primary care model and the delivery of high-value services. *Health Services Research* 58(6):1266-1291, 2023 [量的研究]

本研究の目的はプライマリケア提供者(プライマリケア医+他のプライマリケア専門職)のメディケアの包括的プライマリケア・プラス事業(CPC+)への参加と、高価値サービスの提供の変化との関連を評価することである。そのために、メディケ等の様々なデータファイルを統合した(詳細は略)。差の差分法とプロペンシティスコア・マッチングを用いて、CPC+参加群(4186プライマリケア提供者)と対照群(96,047プライマリケア提供者)とで、毎年のウェルネス訪問(AWVs,日本流に言えば「定期健康診断」)、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)サービス、インフルエンザ予防接種、喫煙予防カウンセリング、抑うつスクリーニングの提供に違いがあるか否かを、2017~2019年の3年間のデータを用いて、比較した。これらのサービスは高機能サービスの顕著な例で、患者にリーズナブルな費用で便益を提供するとされている。

その結果、CPC+参加は、AWVsの提供、インフルエンザ予防接種の増加と有意に関連していた。しかし、CPC+参加とACPサービス、喫煙予防カウンセリング、抑うつスクリーニング提供との関連はなかった。

**二木コメント**プライマリケア提供者の「より進んだプライマリケア・モデル事業」(CPC+)への参加が、一部の高価値サービスの提供増加(=プロセスレベルの医療の質向上)と関連していることを示した初めての実証研究だそうです。この論文で特徴的なことは、この事業の費用についてまったく触れていないことで、これは先行研究により、当初期待されたCPC+の費用抑制効果が否定され、それがアメリカの研究者・関係者の共通認識になっているからです。上記要旨中の高価値サービスは「患者にリーズナブルな費用で便益を提供する」(providing benefits to patients at a reasonable cost)という表現は、効果はあるが費用も多少増加することの婉曲表現です。

#### ○ ショックアブソーバーとしての医師: [アメリカの] 医師のバーンアウトと不満を生んでいる構造的要素のシステム

Jenkins TM: Physician as shock absorbers: The system of structural factors driving burnout and dissatisfaction in medicine. *Social Science & Medicine* 337(2023)116311 [質的研究(エスノグラフィ)]

アメリカの医師のバーンアウト(燃え尽き)は非常に多い。体系的(systemic)改善が叫ば

れてはいるが、「システム」がどのように機能しているかー構造的諸要素がウェルビーイングをもたらすシステムとして実際にどのように交差しているかーを調べた研究はほとんどない。医療社会学のシステム理論的アプローチは医療における様々なアクターと要素間の動的関係と相互依存を明示的に認識するので、これを借用して構造的諸要素がどのように医師のウェルビーイングを形作っているかを調査した。1つの小児科診療所で8か月間エスノグラフィー（民族誌調査）を行い、回答者（医師）が以下の多元的構造的レベルからの圧力を経験したかを示す：社会レベル（広い意味での社会的不平等、医師・患者関係の変容等）、組織的レベル（集中化した意思決定、経済的圧力、リーダーシップの欠如等）、専門職レベル（専門科のカルチャー、不健康な規範等）。

その結果、個々の医師はショック・アブソーバー（緩衝器）としての役割を効果的に果たしていることを見いだした。具体的には、医師は日常的に無数の相互に関連した構造的ディマンド（「ショック」）を吸収し、それらを有能な医療に転換し、そのことが彼らの精神衛生上の大きな負担になっていた。この知見に基づいて、医師の運命についての社会学論争に介入（参加）し、医師集団(medicine)が支配領域への脅威に対してレジリエントであり続けることは、個々の医師の精神的ウェルビーイングを犠牲にしていると結論づける。

**二木コメント**ー医師のバーンアウトについての初めてのエスノグラフィーで、量的調査では得られない、臨場感のある知見が示されています。医師のバーンアウトは医師が「ショックアブソーバー」の役割を果たしているためとの指摘は鋭いと思います。私はこの論文を読んで、アメリカの医師の置かれている状況は、山口育子さん（COML理事長）が『賢い患者』（岩波新書, 2018, 47-48頁）で書いている、以下の日本の医師の状況と似ていると感じました：「患者・家族の期待がいまだに医師に一極集中していることの“裏返し現象”から、不満や不信の矛先が向かうのは医師になりがちです。じつに〔電話〕相談の約4割で、医師への不満が語られています。／（中略）医療者にとっては医療はチームでおこなうものだという意識が当たり前すぎて、医師以外の医療者の専門性や役割を患者に伝えていないことが、医師以外の職種についての理解を阻む原因の一つではないかと改めて感じています」。

## ○ [イギリスNHSにおける若手] 医師の起業家精神（行動）：若い医師の創業動機と行動の研究

Hoang H, et al: Physician entrepreneurship: A study of early career physicians' founding motivations and actions. *Social Science & Medicine* 339(2023)116393 [混合研究法]

専門職の社会化についての先行研究は、専門職の訓練と社会化により医師は専門職として求められる活動を起業家的行動より優先するようになることと示唆している。しかしこれでは、キャリア形成途上の若手医師が、今や多くの医療組織が奨励している起業家的行動に、どのように、なぜ関わるかについては説明できない。この弱点に対処するために、イギリスNHSの起業家的行動プロジェクトに参加している若手医師に対してインタビュー調査を行い、詳細な回答をした90人の回答を分析した。その結果、医師は起業家的行動とNHSにとどまる意思とを両立させていた。総合的に言えば、本研究は、医師は、起業家的行動プロジェクトと医師のキャリアパス遂行の両方に適応することで、専門職の社会化が求める圧力をマネ

ジメントしていることを示唆している。

**二木コメント**—日本でも、近年、エリート大学出身医師の起業家的行動が増えているので興味を持って読み始めましたが、要旨・本文ともきわめて難解で、「煙管訳」しかできませんでした。なお、entrepreneurshipは一般的には「起業家（企業家）精神」と訳されていますが、「アントレプレナー開発センター」のHPの「アントレプレナーシップ」というコラムは、それは、「精神と言うよりは『企業家的行動能力』と訳すことが、より基本的概念に近い」としており、私もこの論文を読んでそう感じました。

### ○アメリカの病院医療における専門職【医師】報酬の2016-2020年【の変化】

Peterson C, et al: Professional fees for U.S. hospital care, 2016-2022. Medical Care 61(10):644-650, 2023 [量的研究]

病院における専門職（医師）が患者に請求する報酬の、施設（病院）請求報酬に対する割合（professional fee ratio. PFR）の最新数値は2004-2012年のものしかないなので、その最新数値を調査した。PFRは、入院または救急外来における、病院の請求総額（病院の請求額＋医師請求額）÷病院のみの請求額と定義される。患者特性とサービス特性を調整した一般化線形回帰モデルを用いて、PFRを推計した（詳細は略）。

その結果、2016-2020年の平均PFRは、民間医療保険の一般入院では1.224（670万入院）、メディケイドの一般入院では1.178（420万入院）だった。この比率は2004年推計よりそれぞれ9%、3%低かった。2016-2020年の救急外来のPFRは、それぞれ1.283、1.415であり、1004年よりそれぞれ12%、5%低かった。この結果から、病院の総請求額のうち、医師請求額の割合が減少していると結論づけられる。

**二木コメント**—入院医療費の請求が、医師の請求する報酬とそれを除いた病院のみの報酬に分離しており、しかも前者についての公的データがないアメリカならではの研究です。アメリカ以外の国から見ると、「無駄の制度化」（都留重人氏）の研究と言えます。

### ○【アメリカの】病院・医師統合と価値に基づく支払い MIPSの初期の結果

Thai NH, et al: Hospital-physician integration and value-based payment Early results from MIPS. Medical Care 61(12):822-828, 2023 [量的研究]

病院・医師統合はしばしば、それが医療の様々な側面をカバーする資源を共同利用することで、臨床的質改善を促進すると正当化される。価値に基づく支払い、例えば「メディケア・メリット基準・インセンティブ支払い方式(MIPS)」は、経済的インセンティブを臨床的質と結びつけるので、病院・医師の統合診療に有利になるとされている。本研究の目的はMIPSのパフォーマンスが、病院・医師統合診療と（両者の）独立診療とで、差があるかを評価することで、「質支払いプログラム」の2020年の全国データを用いて横断調査を行った（病院・医師統合診療の定義は略）。

その結果、20の最も良く用いられるパフォーマンス指標（一次アウトカム）のうち、14指標は両群とも広く行われており、質カテゴリー指標の有意の差はなかった。特定の質指標に限定した二次アウトカムを用いたモデルでは、多くの指標で病院・医師統合モデルの方がスコアが高かったが、すべてで高いわけではなかった。以上の結果は、病院・医師統合はMIPSの質パフォーマンスの文脈で単独診療に比べて優れているとは言えないことを示唆してい

る。

**二木コメント**—アメリカでは、病院・医師統合が医療費を増やすことはすでに常識になっています。それが医療の質の向上ももたらさないとの結果は重いと思います。

### ○ [アメリカにおける] 臨床的統合ネットワークへの参加と関連する病院特性

Hague EL, et al: Hospital characteristics associated with clinical integrated network participation. *Medical Care* 61(8):521-527, 2023 [量的研究]

医師組織と病院が組織的に統合して医療システム(health systems)を形成することは、必ずしも臨床的統合や患者アウトカムを増していない。しかし連邦取引委員会や司法省は(仮想的な)臨床的統合ネットワーク(CINs)を病院と医師間のコーディネーションを促進する方法と好意的に見なしている。病院が他組織との提携(affiliation)ー独立診療組織(IPA)、医師・病院組織(PHOs)及び責任ある医療組織(ACOs)等ーはCIN参加を促進している可能性がある。しかし、CIN参加に関連する要素についての実証的エビデンスはない。2019年アメリカ病院協会調査(n=1409)を分析して、(急性期)病院のCIN参加を定量化した。多変量ロジスティック回帰分析で、IPA、PHA、及びACOとの提携がCIN参加と関連しているかを検討し、その際市場要素と病院の特性を調整した。

2019年には、34.6%の病院がCINに参加していた。大規模、非営利、大都市圏にある病院がCINに参加する傾向が強かった。調整済み分析では、病院のCIN参加は、非参加病院と比べて、IPAの所有・提携(9.5ポイント,  $p < 0.001$ )、PHOの所有・提携(6.1ポイント,  $p < 0.001$ )、及びACO所有・提携(19.3ポイント,  $p < 0.001$ )が高かった。以上から、CINの効果や価値についてのエビデンスが限られているにもかかわらず、病院の3分の1以上がCINに参加していることが分かった。この結果は、CIN参加は統合規範への対応であることを示唆している。今後の研究では、CIN参加の定義を改善し、諸組織への参加の重なりを腑分けすることが求められる。

**二木コメント**—「臨床的統合」は、病院の「垂直統合」についての文献で、「組織的統合」と対比する形で以前から理念的に用いられていましたが、「(仮想的)臨床的統合ネットワーク」がアメリカで流行していることは初めて知りました。ただし、上記要旨の最後の1文に書かれているように、多分に名称・理念先行のようです。

### ○ 基本に立ち返る： [イングランドNHSにおける] 統合された医療の評価についての基本的問いに取り組む媒介分析法

Lugo-Palacios, et al: Back to basics: A mediation analysis approach to addressing the fundamental question of integrated care evaluation. *Health Economics* 32(9):2080-2097, 2123 [事例研究]

世界中の医療制度が医療・社会サービスを統合し、患者により良い医療を提供しようとしている。既存の評価はケア統合が健康アウトカムに与える影響にのみ焦点を当て、ほとんど効果を見だせていない。このことは、基本に立ち返るの必要があり、統合ケアプログラムが医療の臨床的統合を実際にもたらしているか、および統合の改善が健康アウトカムと関連しているかと問うことを示唆している。本研究は媒介分析法を用いて、統合医療プログラムを評価するときにこれらの基本的問いに答えることを提案する。イングランドNHSで2015-2018



年に実施された統合医療プログラム（プライマリ医療・二次医療統合(PACS)）の臨床的統合に対する影響を再評価し、ACSCs（ambulatory care sensitive conditions.適切な外来医療により入院を減らせる疾患群）の入院減少をもたらしているかを評価する。その結果、このプログラムは一次医療と二次医療の統合を増したが、それにより得られた臨床的統合では計画外の救急入院は減少しなかったことを見いだした。

**二木コメント**—イングランドNHSにおけるGPと病院との統合モデル事業の事例分析です（上記要旨はごく簡単ですが、本文では詳細な分析が行われています）。要旨の冒頭では“the integration of health and social care services”と書かれていますが、本文では医療施設の統合しか分析されていないので、careは「医療」と訳しました。従来の医療統合研究の多くが組織的統合の検討にとどまっていたのと異なり、本研究では臨床的統合に焦点を当てています。しかし、臨床的統合が進んでもACSCs入院は減らなかったとの残念な結果です。「ネガティブデータ」の報告としては貴重と思います。

### ○ [アメリカ・] メディケアの歴史的な処方薬の価格交渉

Gostin LO, et al: Medicare's historic prescription drug price negotiations. JAMA 330(17):1621-1622, November 7, 2023 [評論]

バイデン政権は2023年8月29日、メディケア・メディケイド・サービスセンター（CMS）が製薬企業と価格交渉をする最初の処方薬10品目を発表した。これらは、メディケア・パートDでもっともよく使用され、しかも総費用が最も高い医薬品で、抗凝固剤、糖尿病薬、心血管系薬剤、抗がん剤などを含んでいる。これらに対するメディケア給付額は1年間（2022年6月～2023年5月）で505億ドル（7兆5750億円（1ドル＝150円換算））、患者の自己負担は34億ドル（5100億円）に達している。CMSは今後4年間で60品目の価格交渉を行う予定である。2022年のインフレ削減法（IRA）が、CMSにメディケア給付処方薬の価格交渉権を初めて与えた。

それに対して、製薬企業はIRAとCMSの規制は憲法違反等だとして、全国で様々な訴訟を起こしている。彼らの主張は、以下の5つに整理できる：①言論の自由の侵害、②政府による私的所有権の制限、③デュープロセスの侵害、④過剰な罰金、⑤権力の分立原則の侵害。しかし、これらの主張の根拠は薄弱または不当である（その理由は略）。企業側の戦略は多数の訴訟を起こすことにより、下級審の判断が分かれ、最終的に連邦最高裁の判決にまで持ち込むことであり、著者もそうなるだろうと予測する。

**二木コメント**—3人の著者はすべてJD（法学博士）で、論旨は明確です。私も政府が処方薬の薬価交渉をすることに対して製薬企業が訴訟を起こしていることは知っていましたが、彼らの主張の根拠は初めて知り、医薬品の自由価格を謳歌してきたアメリカ（not日本やヨーロッパ）の製薬企業の（私から見ると）強引な主張に驚きました。

なお、この改革についての日本語の必読文献は、**高山一夫「メディケア薬価交渉制度と製薬企業への影響」**（『国際医薬品情報』2023年11月27日号：20-29頁）です。

### ○女性のエンパワーメントの長期の世代間の健康便益：アメリカにける女性参政権運動から得られたエビデンス

Noghanibehambari H, et al: Long-run intergenerational health benefits of women emp

owerment: Evidence from suffrage movements in the US. Health Economics 32(11)2583-2631, 2023 [歴史研究・量的研究(計量経済史研究)]

女性のエンパワーメントが子どものアウトカム改善と関連していることを示す研究が増えている。しかし、それが子どもの健康アウトカムに与える長期的影響についてはほとんど知られていない。本研究は母親(世代)の参政権改革とその子ども(世代)の寿命との関連を研究する。アメリカ各州の参政権法の変化を調べ、女性の参政権獲得を母親の子どもの健康と教育に対する投資インセンティブとして用いる。1979-2020年の死亡記録を用い、差の差分法の計量経済学的分析を行った。

その結果、子ども時代に女性参政権を得られたコホートは、そうでないコホートより寿命が0.56歳長かった。この結果は、1880年生まれに比べた1940年生まれのコホートの平均寿命が22.7歳延長したこと(0.56/22.7)を統計的に説明できることを示唆している。内因性を検討したところ、この効果は、参政権獲得以前から存在する、寿命、移民、選択的出生率(selective fertility)、及び標本の人口構成の変化のトレンドで生じたものでなかった。追加的分析により、教育と所得の改善が、寿命延長のメカニズムの有力候補となった。さらに、子ども時代の女性参政権拡大によって、成人早期の社会経済的状态、身長、年齢相応の身長アウトカムが相当改善したことも分かった。州レベルの分析により、参政権法の変更後、乳児と小児の死亡率も減少したことも示唆された。参政権法が成立した州の郡では郡保健省が新設され、人口当たりの医師数も増えたエビデンスも得られた。

**二木コメント**—49頁もの長大かつ緻密な計量経済学史研究です。要旨だけを読むと「予定調和的」に見えますが、それぞれの論点について、追加の計量経済史的検討がなされています。私は先行研究の検討欄で、参政権獲得以外にも女性のエンパワーメント(運動)の短期的・長期的効果の計量経済学的研究(計量経済史研究)がアメリカでたくさん発表されていることを知り驚きました。

## 6. 私の好きな名言・警句の紹介(その230)ー最近知った名言・警句

### <研究と研究者の役割>

○原昌平（相談室ぱどる／ぱどる行政書士事務所。元「読売新聞」編集委員）「健康の社会的要因」という用語も、妥当だと思います。用語は、とても大事で、どういう言葉を使うかによって、医療も政策もありようが変わってきますね。まっとうな言語感覚で、用語と政策を決めてもらいたいものです。／認知症、統合失調症は、病名変更が成功しました。糖尿病は、「高血糖症」にすればよいのに、覚えにくいカタカナでは、失敗するでしょう」（本「ニューズレター」に転載した『生活習慣病』と「健康の社会的決定要因」の用語見直しの必要性・再論>原稿へのコメントの一部（2024年1月30日）。引用許可済み）。**二木コメント**ー原氏は鋭い言語感覚&批判精神を持つジャーナリストで、2005年に「生活習慣病」を先駆的に批判した論文で、以下のように主張しました：「言葉には独自の力がある。たとえば最初は条件付きで使った用語でも、いったん広まると、言葉自体が物事のとりえ方を誘導していく」（『健康ファシズム』の扉を開く自己責任論『大阪保険医雑誌』2005年12月号：4-9頁）。『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, 158頁で引用）。

○河野龍太郎（BNPパリバ証券経済調査本部長・チーフエコノミスト）「ロンドン・スクール・オブ・エコノミクスのリカルド・ライス教授〔の論文では〕…歴史的に大きな物価変動が生じた際、中央銀行や民間エコノミストほど先行きを見誤って来たことが論じられている。（中略）過去のデータに囚われ、かつ人々のインフレ期待も安定していると考える私たち専門家ほど、物価見通しを見誤るのだ」（『グローバルインフレーションの深層』慶應義塾大学出版会, 2023, iv-v頁）。**二木コメント**ーこれは私にとっても自戒の言葉です。私の医療政策の「客観的」将来予測は、「私の価値判断は一時棚上げした上で、現在の政治・経済・社会的経済的条件が継続する（または大きくは変わらない）と仮定とした場合、今後生じる可能性・確率をもっとも高いと判断していること」（『医療改革と病院』勁草書房, 2004, 50頁）なので、この仮定が崩れた場合の予測の確度は大きく低下するからです。私の、将来予測の最大の失敗は、2005年11月に「2006年に医療制度大改革は行われぬ」と誤った予測をしたことです。その理由は、2005年9月の総選挙（いわゆる郵政選挙）で、小泉首相が大勝利を収め、官僚機構・与党に対して圧倒的な支配力を確立し、それに伴い日本医師会の政治的影響力が低下したことを軽視して、総選挙前の2005年4月に行った予測を変更しなかったため、後に「軽率・マンネリだったと大いに反省しました」（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房, 2006, 41-42頁）。

○「冷静な頭脳と落ち着いた言葉が左右両派に求められている(Cooler heads and calmer words are needed, on both the left and the right)」(The Economist December 23rd, 2023: page 11)。欧米での移民受け入れについての左右両派の感情的主張の問題点を指摘した巻頭評論(How to detoxify migration politics)のリード文)。**二木コメント**ーこの表現はマーシャルの有名な“cool heads but warm hearts”のモジリと思いますが、論争中のホットなテーマについて文章・論文を書く際の戒めにもなると感じました（権文善一氏は、マーシャルの言葉を「冷静な頭脳を持ち、しかも温かい心をも兼ね備えた」と的確に訳しています。『医

療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房, 2006, 104で紹介)。

○「水昇火降」(「読売新聞」2024年1月1日。藤井聡太少年が将棋の基礎を学んだ、**文本力雄**氏の「ふみもと子供将棋教室」(愛知県・瀬戸市)に掲げられている張り紙。将棋には冷静な判断力と熱い闘争心が不可欠であると、「**頭は冷静に、心は熱く**」の意味を込める)。

○**杉本昌隆**(将棋の藤井聡太八冠の師匠。名古屋市東区で「杉本昌隆将棋研究室」という将棋教室を開き、藤井八冠ら5人のプロを育てた功績で、名古屋市から文化芸術特別表彰(金シャチ賞)を受けた)「**教室の名前を『研究室』にしたのは『教える、教わる』の関係ではなく、自分も研究して学びたいと思ったから**」(「中日新聞」2024年1月16日朝刊)。**二木コメント**ー私が2018年4月から開いている「医療・福祉研究塾(二木ゼミ)」は当初は「プロボノ」(職業上のスキルや経験を生かした社会貢献活動)のつもりで始めましたが、その後、杉本氏と同じように感じるようになっていたので、大いに共感しました。

○**養老孟司**(東京大学名誉教授。解剖学者・著作家)「医学部のある先輩からはこう言われましたよ。『[『バカの壁』で] **おまえの書いていることは何も新しいことはない。俺にないは表現力だけ**』。僕はこう思った。**みんなは僕みたいに突き詰めていないんですよ**」、「[Q34] **しつこさは、生まれつきと語っていますが、ずっと考えていては疲れませんか**」  
A34 **僕からすれば、不思議でしょうがないのは、とことん考えない人です。こっちからすれば、『何でそんなことで考えるのを辞められるのか?』と思うわけ。/だって、考え始めると気になるでしょう**」(『なるようになる。ぼくはこんなふう生きてきた(聞き手・鶴飼哲夫)』中央公論社, 2004, 136, 181頁)。**二木コメント**ー私も2003年に『バカの壁』を読んだ時は、「何も新しいことはない」と感じ、「読書メモ」に×評価を付けました。しかし、本書を読んで、養老氏が大変な読書家で、しかも尋常でない「しつこさ」の持ち主・「凝り性」で、物事を深く考えていることを知りました。

#### <その他>

○**養老孟司**「[1995年3月の地下鉄サリン事件の]直後の3月末、60歳定年まで3年を残し、57歳で退官しました。辞めてからのことは考えていなかった。それである内科の教授から『そんなことでよく不安になりませんか』と言われたので、『**先生はいつお亡くなりになります?』**って聞いた。『**分かるわけないでしょう**』というから、つい『**それでよく不安になりませんか**』って言い返しちゃった。/先のこととはやってみなけりゃ、わからない。**不安があって当たり前です**」(上掲『なるようになる』125頁)。**二木コメント**ーこの小気味良い啖呵を読み、私は、社会人になってからは、「老後」のことを含め、個人的ことには「不安」を感じたことがないことに気づきました(単にノーテンキなだけかも知れません)。

○**照ノ富士**(大相撲横綱。ケガのため3場所連続で休場していたが、2014年初場所で復活優勝)「**去年優勝してからケガが良くなって休場が続いていた。心だけは折れないように日々頑張ってきたんで、それが良かった**」(2024年3月28日の優勝インタビュー)。

## 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34回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」72号（2024年2月12日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私の奨め/好み

### A. 論文の書き方・研究方法編関連

○養老孟司『なるようになる。ぼくはこんなふう生きてきた（聞き手・鶴飼哲夫）』中央公論社, 2023年11月。

…「読売新聞」の連載「時代の証言者 なるようになる。」（2023年1～3月／全35回）に加筆し、「養老先生への50の質問」を加えた、自伝的エッセー。私は2003年に『バカの壁』を読んだ時は「何も新しいことはない」と感じ、「読書メモ」に×評価を付けた。しかし、本書を読んで、養老氏が大変な読書家で、しかも尋常でない「しつこさ」の持ち主・「凝り性」で、物事を深く考えていることを知った。私は特に、氏がチャットGPTについてどう思うかと聞かれて「後ろ側に実物がないとダメなんです」と答え、「自分の身体をつかって価値を生み出すこと」を強調し、「額に汗してお金を稼がず、金融情報を処理するだけでお金を儲ける世界」を批判していることに共感した（175-176頁）。

○富士哲也『英語リーディングの鬼100則 機能文法の考え方を読解に応用』明日香出版社, 2023年11月。

…著者は、少人数の難関大学英語専門塾を主催。その経験に基づいて、リーディングの阻害要因のうち、高頻度で出会うものをコンパクトな形で、基本的・基礎的なことからいねいに説明（全498頁！）。日本語訳の作成の仕方についても触れる。読者のレベルは初級の後半～上級の入り口くらいまでを想定。本書をじっくり読むと、英語読解力は飛躍的にアップすると思う。

### B. 医療・福祉・社会保障編関連

○武田彦彦「（講演録）薬価／流通政策の課題と提言—くすり未来塾の活動と提言内容」

『LEGALMIN』457号：1-65, 2023年7月（講演は同年5月。ウェブ上に公開）

<https://kusurimirai.com/news/438/>

…2023年に5月8日に公開された「薬価流通政策研究会・くすり未来塾」の「新提言（提言VII）」について、一部私見も交え、ていねいに解説。提言VIIも全文収録。提言の4. 薬価差をめぐる課題で、「販売先別薬価差実額ベースでのシェア」（医薬品卸データによる分析）を初めて公開（提言77頁。講演録63頁）。私は次の3点に注目：①薬局全体のシェアが64.1%で医療機関全体の35.8%を圧倒、②200床未満の病院・診療所のシェアはわずか12.6%、③20店舗以上のチェーン薬局のシェアは35.5%で200床以上の病院の23.2%を大幅に上回る。武田氏が強調しているように、「30年前の認識 [厚生省が、1989年に「薬価差益、年に1兆3千億円」と公表し、新聞が「差額はそっくり医療機関のもうけになると解説」と現状との大きなギャップ」がある。この事実を踏まえ、武田氏が、「薬局については、一定以上の薬価差があるのであれば、これを国に返してもらおうクローバック制度というものを提唱して」いることに共感。講演録と提言VIIは医薬政策・医療政策の研究者必読。

○「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会・歯科口腔保健の推進に関する専門委員会）2023年5月 <https://www.mhlw.go.jp/content/001158870.pdf>

…第3章2「基本的な方向」の15-16頁に、以下の記述がある。<「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世間的に広く定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。>（この情報は、名古屋大学公衆衛生学教室・八谷寛教授からご教示いただいた）。

政府の審議会文書に、「生活習慣病」という用語への批判（「指摘」）が明記されたのは初めてと思われ、「用語のあり方については、…中期的に検討が必要である」と書かれたことは意義深いと思う。ただし、「健康日本21（第三次）」の本体「国民の健康の増進の総合的な推進をは図るための基本的な方針」（厚生労働省告示第207号。令和5年5月31日）には、このようなストレートな表現はなく、一「基本的な考え方」で、以下のようにマイルドに（？）書かれている：「さらに、個人の生活習慣に関する情報に加え、社会環境の重要性についても認識を高めるように工夫する。また、正しい知識の普及を通じて、健康増進に係るスティグマの解消に努める」（20頁）。

○森田達也・白土明美『死亡直前と看取りのエビデンス [第2版]』医学書院, 2023年8月（初版2015年）。

…初版は、患者や家族に満足してもらえるケアを行うには、終末期においてもまず事実を知るところから始まると考え、「エビデンス」・データだけでなく筆者の聖隷三方原病院のホスピス病棟と在宅診療での経験に基づくナラティブな解説も重視し、広く読まれた。第2版では、8年間の考え方の推移が分かるように、初版の記述も残した上で新しい知見を追加。欧米だけでなく、東アジア諸国の最新の知見も示し、しかも各国内の価値（観）の多様化（intra-country difference）にも触れる。全3章で、各章の各節（1, 2…）ごとに「エビデンスの要所」「臨床でのボトムライン」「今後追加されるエビデンス」が簡潔に書かれている。死亡直前の医療・介護費に（敢えて？）触れていないのは見識があると思う。

○田中秀明『「新しい国民皆保険」構想 制度改革・人的投資による経済再生戦略』慶應義塾大学出版会, 2023年9月。

…著者は大蔵省（現・財務省）出身で、旧厚生省への出向経験もある明治大学公共政策大学院教授。著者の構想する「国民皆保険」は医療だけでなく、社会保障制度全体を包含し、問題解決のための全体最適を図る「新しい国民皆保険制度」。「ビスマルク型社会保障」のドイツ・フランス・オランダ3か国の社会保障（社会保険）制度と改革（過程）の詳細な「国際比較」を行い、それも参考にしながら、大胆な社会保障制度改革「私案」を示す。日本は「人的投資の金額が圧倒的に少ない」→「人的投資の拡充」（第6賞）等、著者の主張には同感することも少なくないが、第5章の「医療・介護」の現状分析は底が浅く（他人の禪的で）、年金と同様に医療についても「真の2階建て制度構築」を提案していることには賛成

できない。「再分配原理で対応すべき部分と保険原理で対応すべき部分を分ける」（192頁）提案はかつて広井良典氏も行い一世を風靡したが、制度化は困難で、2006年の医療保険制度改革で否定されている。

○松下隆一『虎雄とともに 徳田秀子が支えた医療革命』PHP, 2023年9月。

…医療界の異端児・徳田虎雄医師を支え続けた秀子夫人の「絶対的な愛」の物語。類書にはない虎雄氏の「秘話」も少しはあるが、著者が虎雄氏と秀子氏、徳田家、徳洲会と一体化し、彼らへの批判を頭から否定しているのには鼻白む。

○本田宏『樹液を吸い取る政治 医療・社会保障充実を阻むものとの訣別へ』あけび書房, 2023年10月。

…長年、政府・厚生労働省の医療政策を批判・告発してきた本田医師の自伝的要素も含まれ、医療・日本改革の（私から見ると）八方破れの提言書。

○栗原康『超人ナイチンゲール』医学書院, 2023年11月。

…アナキズム研究者が、1年弱で一気に書き下ろした異色のナイチンゲール伝。「地域ネコ」を元看護師と共に看取った話しから始まる破格の「はじめに」が予告するように、本文の記述も奔放で、好き嫌いが分かれると思う。

○特集「リハビリテーションの医療経済学」『総合リハビリテーション』2024年1月号（52巻1号）：7～41頁。

…医師出身の第一線の医療経済学、医療政策研究者5人が執筆しており、リハビリテーションに限らず、**医療経済学の基礎と最新の研究動向・方法を学ぶことができる**。今中雄一氏は「医療経済学会」が2019年12月に定めた「医療経済学会のスコープ」（7つの研究領域）を解説。私は、その1B「健康の要因とその制御」がトップに「健康の経済的・社会的要因（Social Determinants of Health）を示し、「健康の社会的決定要因」という定訳（私から見ると不適切訳）を用いていないことに注目した。康永秀生氏は、リアルワールドデータを用いたリハビリテーションの効果比較研究、医療経済評価研究4本を紹介。池田俊也氏は「医療経済評価におけるQOLの利用」、松田晋哉氏は「地域医療における資源配分」、後藤励氏は医療政策の効果を推論する「自然実験（擬似実験）」で用いられている3つの分析方法（操作変数法、差の差の推定、回帰不連続デザイン）について概説。

○結城康博「2024年度介護報酬改定等の動向を探る」『社会保険旬報』2024年1月11日号：6-10頁。

…昨年末に2026年度介護報酬の+1.59%引き上げが決まったことを受けて、介護報酬・介護保険の動向について、結城氏の推測段階の内容も含め、9つの柱で包括的に論評。私は特に以下の指摘に注目・共感した。・「施設系」は赤字、「在宅系」は黒字とされているが、在宅系は赤字となれば短期間で閉鎖や撤退しがちで、その場合は調査対象になっていない。・国基準の保険料水準が現行の9段階から13段階に細分化されるが、すでに約2割の保険者（市町村）は13段階以上に区分している。・ケアマネージャーの訪問によるモニタリングの規制緩和（テレビ電話等での代替）は、利用者本人の生活感などの情報が得られなくなり問題。・特定施設で条件付きで人員配置基準の緩和がなされるが、実際の現場では「人」がいなけ

ればシフトは組めず、却ってマイナスの労働環境となる。・現行制度では、介護報酬引き上げを実施すると、必ず介護保険料が上がるため、「公費負担割合を、現行の50%から、55%、60%に増額する仕組みに改めるべき」で、「その財源には相続税や資産税、法人税など社会保障の『充実』を目的に考える余地がある」。現時点では最後の主張の実現可能性は低いと思うが、多くの福祉研究者と異なり、財源確保策から逃げていないのは評価できる。

**補足：**結城氏は、訪問介護等4サービスの介護報酬引き下げが決まった2月23日の翌日、「え！嘘だろう…。ヘルパーの基本報酬引き下げ 在宅介護は机上の空論へと突き進む」を「ジョイント介護ニュース」（ウェブ雑誌：<http://joint-kaigo.com/articles/20630/>）に発表。

**○日本医療ソーシャルワーカー協会・大橋謙策監修、笹岡真弓・他編著『東日本大震災被災者への10年間のソーシャルワーク支援 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会の相談支援1047ケースの実践報告』**日本医療ソーシャルワーカー協会発行、2024年1月（非売品。日本福祉大学図書館に寄贈していただいた）。

…日本医療社会事業協会（現・日本医療ソーシャルワーカー協会）は2011年3月11日の東日本大震災発災直後に災害対策本部を立ち上げ、4月から宮城県石巻市の福祉避難所に入り、現地事務所を開設し、職員を配置し、延べ3000人を超える全国からの会員ボランティア（協力員MSW）の参加も得て、石巻市の業務委託も受けながら、2023年3月まで足かけ13年間にわたり支援を継続した。本書は、2011年10月～2021年3月までの10年間に行った1047人への支援の記録とその分析に基づく「縦断的調査調査研究」（353頁）。

被災者を4層に区分し、特に支援から漏出するおそれのある第3層の被災者（38頁）への支援のあり方を多面的・重層的に検討している。私は、第3部第2章「被災者支援における多職種連携連携」が、「多職種連携時にMSWの特性が発揮した内容」を、執筆者が自認しているように「我田引水気味ではあるが5点あげた」ことに注目するとともに、隔世の感を感じた（199-202頁）。災害支援ソーシャルワークの文献は少なくないが、10年もの長期にわたる支援・定点観測の記録は例がなく、この分野の研究者・実践家必読と思う。

**○山口育子「規制改革とは上から目線で批判すること？」（COMLメッセージNo.152）」**

『COML』401号：10-11頁、2024年1月15日。

…山口氏は厚労省医薬局主催の「医薬品の販売方法に関する検討会」に構成員として参加し、一般用医薬品の販売制度をめぐる問題について積極的に発言している。その関係で、2023年11月30日に開かれた規制改革推進会議健康・医療・介護ワーキンググループのオンライン会議に「参考人」として出席し、「要指導医薬品についてオンライン服薬指導の実現について」「その他の医薬品の分類及び販売方法の見直しについて」、消費者の立場から発言し、「濫用のおそれがあるもの〔医薬品〕のインターネット販売は規制して、きちんと対面あるいはオンラインで販売をする」必要を強調した（発言全文も掲載）。ところが、ワーキンググループの座長や委員は氏の発言をスルーし、「消費者のアクセスが非常に重要」等、上記検討会の議論の方向性を否定する発言に終始した。ワーキンググループが「検討会で真摯に議論している内容について、頭ごなしに否定する失礼な意見書」を出していることも紹介し、「何の責任もとらずに批判ばかりするのが本来の規制改革ではないはず」と結ぶ。

私は、規制改革推進会議のメンバーが「上から目線」の発言を繰り返したことを知り、19



99年9月に、「経済戦略会議委員と各省庁（厚生省）との政策対話」で、新自由主義的改革に忠実な同会議の中谷巖議長代理が、「多数の無保険者が発生する」ことを承知で、国民皆保険制度を解体し、アメリカ型の民間マネジドケア保険の導入を上から目線で主張したことを思い出した（中谷氏の発言の全文は『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001、73頁に引用）。「規制改革派」のスタンス・発言は、四半世紀前とまったく変わっていない。

○吉田恵子「半公半民のドイツ開業家庭医ーコロナに積極対応」『社会保険旬報』2024年1月21日号：18-23頁

…ドイツではコロナ 初期からコロナ診療の9割が外来で行われ、英仏などの欧州の近隣国と比べ、病院が逼迫することがなかった。この外来コロナ診療の中心に立ったのが開業家庭医であった。開業医および家庭医の代表者はその理由に「開業医の半ば公的な性格」と「家庭医の数の多さ」を挙げる。ドイツの開業医制は、英国などのGP制と異なり、フリーアクセス制で患者が医師を自由に選べる一方、市場原理に任される部分が大きく制限されている。英国型GP制に注目が集まる昨今、ドイツ在住で医療制度の通訳・ジャーナリストである著者が、非常事態下での家庭医の積極的対応に繋がったとみられる、ドイツの開業医の半公半民的な性格とアクセス維持のための対策・制度を、説き明かす（以上、吉田氏の解説）。

日本でもよく知られている、ドイツの診療所の開業規制や迅速なコロナ対応の背景にある診療所家庭医の「半官半民的」性格について包括的に紹介した初めての論文。ドイツ医療の研究者必読。日本での今後の診療所のあり方を考える上でも示唆に富む。

○鈴木邦彦「（インタビュー）超高齢社会の在宅医療 変わりゆく中小病院の役割（聞き手：太田圭洋）」『病院』2024年2月号：81-89頁。

…中医協委員や日本医師会役員を歴任し、現在茨城県医師会長&日本在宅療養支援病院連絡協議会会長等を務める鈴木氏と、日本医療法人協会副会長・中医協委員等を務める太田氏との「ビッグ対談」。2006年以降の、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支病院の創設と施設要件の変更の「内幕」も率直に語る。データも豊富。私は、鈴木氏の以下の警告に注目・共感した：「大都市部では、例えば夜間の緊急往診だけ行うところが、大学病院などに努めている医師を差配するような、それこそスーパーイーツのような運営をしているところもあります。これは医師の偏在が一つの大きな要因であると思いますが、そういう大都市でしか成り立たない、在宅での事業体が営利的な形で進んでいってしまえば、それはあるべき姿ではないと思います」（86頁）。『病院』1月号の武久洋三氏インタビューと共に、「変わりゆく中小病院の役割」を考える上で必読。

『病院』2月号の特集は「在宅医療を巡る病院の経営戦略」で7論文を掲載。谷口倫子氏（厚生労働省）が「第8次医療計画における在宅医療の体制整備について」概説し、次いで都市部と地方の4病院が在宅医療について実践レポート。最後に、権頭聖氏が「在宅医療を行う診療所からみた病院の在宅医療への貢献と役割分担」について論じ、「在宅医療専門クリニックの増加」、「救急往診専門クリニックの展開」についても触れる。全論文に簡潔な「著者コメント」が付けられているのは新機軸。

C. コロナ関連

○特集「新型コロナからの教訓」『公衆衛生』2023年12月号（87巻12号）：1187-1256頁。  
…COVID-19で明らかになった教訓とその後の取り組みの進捗を、公衆衛生領域中心に概説した13論文を掲載。まず「保健所と地方衛生研究所のモニタリング報告2023」として、先駆的な対策等を行った4自治体（東京、大阪、島根、沖縄）の取り組みを報告し、その後感染症法、司令塔、人材育成・確保、デジタル化、リスクコミュニケーション、ワクチン開発のトピックについて解説。同様の特集を（最低）3年連続で取り上げる予定なのは画期的。

#### D. 政治・経済・社会関連

○河野龍太郎『グローバルインフレーションの深層』慶應義塾大学出版会, 2023年12月。  
…コロナ禍を機に急激なインフレが先進世界を襲った。第一の原因は先進各国の大規模な財政政策だが、第二の原因は中央銀行がインフレを一時的と誤認し利上げに出遅れたことだと著者は主張し、局面打開の道を包括的に探る。過去40年間の経済分析に加えて、歴史的視点や政治的・文化的視点も盛り込み、著者を含めて「専門家が大きな変化を感知できなかった」と指摘している点は説得力がある。ただし、経済学理論の紹介は「他人の種」か試論・思考実験のレベル。「[日本の] 少子化対策と財源問題」（第5章1）は妥当と思うが、新鮮味はない。著者も認めているように、インフレは先進世界（日米欧）に限定されているので、「グローバルインフレーション」という書名・表現は誤解を与える。なお、The Economistは、このインフレーションが持続的なものか、一時的なものかについては、まだ論争が続いていると論評している（Persistent debate: Team Transitory claims victory in America's disinflation. That is a bit much. January 13th, 2024:p.65）。

○西野智彦『ドキュメント 異次元緩和－10年間の全記録』岩波書店, 2023年12月。  
…日本の経済社会に多大な影響を及ぼし、かつ今後も与えるであろう安倍晋三政権の「異次元（金融）緩和」について、①異次元緩和の誕生と変貌、②「リフレ派」論者たちの勃興と退潮・敗北、③路線転換をめぐる水面下の興亡の3つを主テーマに、ほぼ時系列で克明に記録。私が今までに読んだアベノミクス分析の本で、一番臨場感&迫力がある。

○小林慶一郎『日本の経済政策 「失われた30年」をいかに克服するか』中公新書, 2024年1月。

…バブル経済崩壊後30年間の日本経済の長期停滞はなぜ続いてきたのか、それから脱するためにどのような経済政策をとればよかったのかについて、ほぼ時系列的に（10年ごとに）ていねいかつアカデミックに考察。書名は「経済政策」だが、内容的にはその背景にある国内外の経済学の理論・実証研究と論争の紹介とその「現代の視点からの総括」にアクセントがある。著者は、総括的な第5章「『失われた30年』とは何だったのか」で、「長期停滞の背景」として「人口減少と超高齢化」があるとした上で、長期停滞を引き起こす（直接的）要因として、「格差拡大」「財政の将来不安」「金融緩和の副作用」の3つをあげている。

「格差の拡大が長期停滞を引き起こす」との主張は新鮮・説得力がある。「金融緩和の副作用」は事実上のアベノミクス、リフレ派の主張の否定で、上述した『ドキュメント 金融緩和』の評価と同じ。ただし、第6章2「財政の持続性のための政策対応」中の医療費の膨張抑制策（「かかりつけ医」の制度化等）は皮相・ナイーブ（237頁）。一流と見なされる経済学者も、医療・社会保障政策についてはキチンと勉強しないまま、素人談義をする好例。

本書を読むと、その時々で主流となったマクロ経済学の主張（例：クルーグマンの"Japan

's trap" (62頁) ) や理論研究 (モデル) ・実証研究のほとんどが、頑健な根拠のない不確かな「仮定」「前提」「ロジック」「アイデア」に基づいており、遅かれ早かれ適応限界・誤りが露呈したことがよく分かる。著者も「ご都合主義の財政政策論」と批判し、早川英男氏の「(この間) 大きな理論的イノベーションがあった様子はない」との評価を引用している (149-150頁)。私は本書を読んで、吉川洋氏が『マクロ経済学の再構築』 (岩波書店, 2020) で、この間主流であった「マクロ経済学のミクロ的基礎付け」が「マクロ経済学を現実の経済とは関係のない知的遊戯に陥れてしまった」、「マクロ経済学は、複雑な数式に囲まれた見た目上のソフィスティケーションとは裏腹に、一国経済の動きを説明するという本来の役割をまったく果たせなくなってしまった」と批判したことを思い出した (vi, 4頁)。

○千葉聡『ダーウィンの呪い』講談社現代新書, 2023年11月。

…ダーウィンが当初は中立的概念として提起した「進化論 (学)」のその後の論争・変遷と進歩、およびそれと密接に関係する優生思想の興亡を膨大な文献に依拠して詳細に記述。日本で**現在でもダーウィンの名言と誤って紹介される「適者生存」説の初出の探究は推理小説的**：初出は『種の起源』ではなく、経営学者のメギンソン (1963) だが、それより40年前にロシアの革命家・クロボトキンが『相互扶助論』でダーウィンの言葉として引用していた! (90-94頁)。現代統計学の創始者とも言えるピアソンとフィッシャーが遺伝法則の追求の過程で様々な手法・モデルを開発したことや、二人が優生思想合理化のために「科学を振り曲げた」・「怪文書を書いた」ことも紹介している (第6~8章)。**高水準の教養書。**

○キャスリン・ページ・ハーデン著、青木薫訳『遺伝と平等 人生の成り行きは変えられる』新潮社, 2023年10月 (原著: The Genetic lottery: Why DNA matters for Social equality, 2022)。

…著者はテキサス大学心理学教授で、発達の行動遺伝学研究室を運営。最新遺伝学の成果 (ゲノムワイド関連解析等) に基づいて、遺伝とはくじ引き (自然くじ) のようなものだが、生まれつきの違いを武器とできれば、人生は変えられると主張し、「新しい平等」を指向。遺伝学は歴史的には優生思想との結びつきが強かったが、著者は平等な社会を願う人たちにとって遺伝学は決して敵ではなく、むしろ強力な味方であると主張。著者の主張は真っ当&明快だが、繰り返しが多く、読み通すには忍耐力が必要。「**訳者あとがき**」は秀逸。