

2025年2月5日(水)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻247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。御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様をご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に転載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>。

247号の目次以下の通りです(24頁)

1. 論文：「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の評価とそれへの対応
(「二木教授の医療時評」(228)『文化連情報』2025年2月号(563号)：26-34頁) …2頁
2. 最近発表した興味ある医療経済・政策学関連英語論文(通巻227回：2024年分その11：7論文) ……10頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その241) -最近知った名言・警句 ……16頁
4. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第45回) ……18頁

お知らせ

1. インタビュー「医療・社会保障費抑制は今夏の参議院選挙後に加速する可能性」を『国際医薬品情報』1月27日号に掲載しました。

2. 論文「財務省が求める診療報酬引き下げによる医師の地域偏在是正は可能か？」を『日本医事新報』2月1日号に掲載しました。

いずれも次の「ニュースレター」248号に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読み下さい。

3. インタビュー「国民皆保険制度の理念である『社会連帯』に反する」医療経済学者が高額療養費制度の見直しに反対するわけ(前編) > とく医療経済学者が考える、高額療養費制度のあるべき見直しとは?(後編) > が、「医療記者、岩永直子のニュースレター」(<https://naokoiwanaga.theletter.jp/>)に2月4日に公開されました。

「誰でも」無料で閲覧できます。お読みいただければ幸いです。

両インタビューのURLは、それぞれ下記の通りです。

<https://naokoiwanaga.theletter.jp/posts/2345fbf0-e1f6-11ef-9fdf-0ba1d0fbc37b>

<https://naokoiwanaga.theletter.jp/posts/be7f3a00-e247-11ef-aa93-3bbe6d64e42d>

1. 論文：「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の評価とそれへの対応

〔二木教授の医療時評〕(228)『文化連情報』2025年2月号(563号):26-34頁

はじめに

本年4月に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が本格的に実施されます。この改革は2023年5月に成立・公布された改正医療法に規定され、その具体化が同年11月15日に設置された「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」（以下、分科会）で8回にわたって検討されました。分科会では、当初、一部の構成員が法改正の枠を超えた主張をしましたが、永井良三座長の粘り強い司会により、昨年7月31日、全員一致で「議論の整理」（以下、「報告書」）を取りまとめました。私も、「報告書」は全体として、非常に良くまとまっていると思います。

今回は、改正医療法と「報告書」に示された「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を包括的に評価します。その際、一般の報道・分析では見落とされていると私が考える諸点に注意を喚起します。最後に、この制度整備に医師・医療機関はどう対応すべきかについて私見を述べます。

私は、2021～2023年に行われた「かかりつけ医の制度化」対「かかりつけ医機能の強化」の論争に、後者の立場から積極的に参加し、大部分の論文を本誌に発表し、それらは『病院の将来とかかりつけ医機能』（第2・3章）に収録しました(1)。本稿ではそれ以降の動きを分析・検討します。

改正医療法の3つの柱

改正医療法は、公式には、次の3本柱とされています。①医療機能情報提供制度の刷新（昨年4月施行済）、②かかりつけ医機能報告の創設（本年4月施行）、③患者に対する説明の努力義務化（「慢性疾患を有する高齢者等」が「希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的な方法又は書面交付により説明するように努める」。本年4月施行）。

なお、②では都道府県が医療機関からの報告を確認しますが、それは都道府県による行政処分につながる「行政行為」ではなく、現時点での診療実績の有無や受け入れ体制等を含めた「事実行為」の「確認」とされています（松本吉郎日本医師会会長の2023年2月15日記者会見）。このことは、国会審議でも、榎本健太郎医政局長が以下のように確認しています。「この確認は、医療機関からの報告内容を事務的に確認するものでありまして、また、その法律上の効果としても、医療機関に対して直接的に権利義務に影響を与えるものではないことから、行政行為ではなく事実行為であるというふうに考えているところでございます」（2023年3月29日衆議院厚生労働委員会）。

この都道府県の確認と報告は「地域における協議の場」で協議され、その際、二次医療圏単位で組織されている地域医療構想調整会議が活用されますが、関係する市町村の参加を求めることとされています。かかりつけ医機能の強化については、多くの都道府県で、市町村単位の検討が中心になる可能性があります。

以下、本年4月に実施され、「報告書」でも詳細に検討されている第2・第3の柱について検討します。

改正医療法の3つの大前提

その検討の前に、これらの改革の大前提として改正医療法で確認された3点について述べます。私は、今後の医療提供体制改革を考えると、これらは上記の3本柱の改革以上に重要と考えます。

第1は、多くの「かかりつけ医の制度化」論者が求めていた、イギリス NHS（国民保健サービス）の GP（general practitioner.一般医・家庭医）制度を範とする、全国民を対象にした登録制・認定制、包括払いや人頭払いのかかりつけ医制度の創設が否定されたことです。コロナ禍後、イギリスのコロナ死亡患者が、実数・人口当たりとも、ヨーロッパ諸国の中でも飛び抜けて多いことが報じられただけでなく、コロナ禍を契機に、イギリスの医療制度が「崩壊状態」にあることが広く知られるようになったためか、現在では、イギリス式の GP 制度の日本への導入を正面から主張する人は皆無になっています(2)。なお、私は、2022年12月に、「イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制の導入はありえない」ことを、3つの理由を挙げて指摘しました((1):76-80頁)。

第2は、「かかりつけ医」ではなく、「かかりつけ医機能」が以下のように法的に定義されたことです。「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」（第6条の3第1項）。正確に言えば、この規定は従来も医療法の施行規則に書かれていましたが、新たに法規定に「格上げ」されました。

なお、改正医療法には明記されていませんが、患者が（従来通り）複数のかかりつけ医を持つことができることも、国会審議でやはり榎本局長が以下のように確認しています。「これまで患者が複数の医療機関から継続的な医療の提供を受けている場合には、日頃から身近にあっていつも受診している医師として、いわゆるかかりつけ医を引き続き複数持っていることも想定されるところでございますが、本法案はそのような状況に影響を及ぼすものではないというふうに考えているところでございます」（2023年3月29日衆議院厚生労働委員会）。「かかりつけ医の制度化」論者のほとんどが、患者のかかりつけ医は1人に限定する・すべきと主張していただけに、この確認は重要と思います。

第3は、「かかりつけ医機能」は診療所だけでなく、病院と診療所の両方が担うことも法定されたことです(第6条の4第2項)。このことは、2013年に発表された日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」にも明記されていましたが、「かかりつけ医の制度化」論者の多くは、かかりつけ医を診療所医師に限定していました(1:69-70頁)。それだけに、このことが改正医療法で明記された意義も大きいと思います。

かかりつけ医機能を有する医療機関の明確化

改正医療法の2番目の柱であるかかりつけ医機能報告を行う医療機関は、「報告書」では、「特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所」と、きわめて広く定められました(8頁)。ただし、「報告書」は、それに続いて、「なお、本分科会において、地域医療支援病院は地域の診療所等を支援する役割を担っており、自院でかかりつけ医機能を担う場合は限定される」との意見があった」とも書いています。

「報告書」では、病院・診療所に報告を求めるかかりつけ医機能は、次のように2段階で整理されました。1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」。具体的報告事項は、以下の3つです。①「具体的機能」を有すること及び「報告事項」について院内表示により公表、②かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無、③「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（一次診療を行うことができる[40-二木]疾患も報告する）」等。②と③については、「改正医療法施行後5年を目途として、(中略)改めて検討する」とされています(6頁)。

①~③のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行うこととされました。2号機能の報告事項は①通常の診療時間外の診療、②入退院時の支援、③在宅医療の提供、④介護サービス等と連携した医療提供の4つです。これらはいずれも「自院又は連携」した医療機関・介護サービス等の事業者とで提供すればよいとされています。

このようなかかりつけ医機能報告制度が定着すれば、各地域の医療機能の「見える化」が相当進み、かかりつけ医を持つことを望む住民・患者の選択の自由が大幅に増すと思います。

ただし、私は以下の2つの理由から、制度改革後も、かかりつけ医を持つことを希望する国民・患者が激増し、混乱が生じることはないとも予測しています。第1の理由は、70歳以上の高齢者に限定すると、かかりつけ医を持っている国民の割合がすでに81.9%に達していることです(日医総研「第8回日本の医療に関する意識調査」2023年実施)。第2の理由は、国民全体のうち、かかりつけ医を持つ割合は、2017年55.9%、2020年55.2%、2022年55.7%、2023年56.9%と、コロナ禍が始まってほとんど増えていないことです(日医総研「日本の医療に関する調査」各年版。(1):79頁)。

かかりつけ医研修を要件化しなかったのは妥当

私は1号機能の②に「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無」の報告が含まれたことは、医療機能の「見える化」の点で大きな前進であるとともに、それらを有することが「かかりつけ医機能」に含まれなかった(要件化されなかった)ことも現実的だと思います。

私も、かかりつけ医機能を果たしている医師ができるだけ多く「かかりつけ医機能に関する研修」(特に「日医かかりつけ医機能研修制度」)を受講することが望ましいと思っています。ただし、それを「要件化」すること、特に全国一律の研修・認定基準を設けて要件化することには賛成できません。それには2つの理由があります。

第1の理由は、「報告書」が何度も強調しているように、医療機関・医師が果たすかかりつけ医機能には地域、及び医療機関による差が非常に大きく、全国一律の基準を設けることは困難、ほとんど不可能なことです。

第2の理由は、実務的な理由で、おそらく10万人を超えるであろうかかりつけ医機能を果たしている医師を対象にしてかかりつけ医機能の認定とその更新を行うためには、医師・医療機関と研修・認定機関の両方で膨大な実務が必要となるが、それに見合う効

果（質の保証等）は明らかではないからです。この点は、2009年に鳴り物入りで導入された（全国一律の）教員免許更新制度が、2022年に、わずか14年間で廃止され、現時点では、「そもそも導入すべきではなかった」と評価されていることが教訓的です(3)。

研修・認定基準を設けないと、かかりつけ医は単なる「行きつけの医者」になってしまうと心配する方もいますが、私は、患者が納得・信頼しているのであれば、それでなんの問題もないと思います。横倉義武氏（日本医師会名誉会長）が喝破されているように、「質の保証は患者さんがしてくれるんですよ。質が悪いと患者さんは来ません」(2023年11月18日のCOML主催フォーラム「徹底討論！！かかりつけ医機能」報告書36頁)。

「かかりつけ医の制度化」論者の中には、日本の診療所（医師）の水準が低いと思込んでいる方もいますが、日本の診療所は人的水準（医師・他の医療従事者）でも、設備の水準でも、イギリス・ドイツ・フランスの診療所よりは相当高いと言えます。これは、2023年5～6月に行った日本医師会の3か国医療の現地調査で体感したことです（1:第3章）。

「高齢者等の継続的な医療を要する患者」への説明

改正医療法の3番目の柱である「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明について、「報告書」は、改正医療法の規定に沿って、対象患者が「慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者」であること等を確認した上で、「説明が努力義務となる場合」「説明の内容」「説明の努力義務が免除される正当な理由」「説明の方法」等を明記しました。

「報告書」では、対象患者については、慢性疾患を有する高齢者だけでなく「障害児・者、医療的ケア児、難病患者等であって継続的な医療を要する者も含まれること」も確認されています（24頁）。

他面、対象患者の範囲の拡大については、法施行後5年後の再検討は書かれていません。かかりつけ医を持つことは権利ではあるが義務ではないことを踏まえると、これは現実的だと思います。

なお、私は、このような書面等での「説明」を希望する患者もそれほど多くはないと思います。というのは、高齢者であるか非高齢者であるかを問わず、かかりつけ医から「継続的な医療」を受けている患者の多くは、その医師との信頼関係が口頭でできているからです。ちなみに、ドイツでは実態的には国民の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いるそうです（1:104頁）。

「報告書」に書かれていない2つのこと

私は「報告書」を読んで、次の2つのことがまったく、またはほとんど書かれていないことに注目しました。

第1は、「報告書」には「コロナ禍」への言及がまったくないことです。これは、2021～2023年の論争時に、「かかりつけ医の制度化」を求めた組織や個人が、異口同音に、コロナ禍と絡めてかかりつけ医の制度化の必要性を主張したのと対照的です【注】。実は、医療法改正案の説明理由も、コロナ禍には言及していませんでした。

「かかりつけ医機能の強化」は「平時」の医療政策であり、コロナ禍等の「非常時（感

染症有事)」の対策とは異なるので、これは妥当と思います(1:74 頁)。上記日本医師会のイギリス・ドイツ・フランスの現地医療調査でも、各国の家庭医・主治医制度の有無とコロナ対応とは何の関係もないことを確認しています。具体的には、次の3つです(1:第3章)。**①**もっとも厳格なゲートキーパー制のイギリスのGPは、政府の方針もあり、コロナ禍初期にはコロナ患者をほとんど診療しなかった。**②**診療所医師(大半は一般医・家庭医)がコロナ患者の95%の診療を行ったと高く評価されているドイツでは、一般医・家庭医の登録制はほとんど普及していない。**③**フランスでは2004年から、全国民が「主治医」(日本流に言えばかかりつけ医)を登録することが義務化されているが、1割強の国民は登録しておらず、しかもコロナ禍中にはこの制度はまったく機能しなかった。

第2は、「報告書」に「プライマリ・ケア(医)」、「家庭医」という言葉もほとんど書かれていないことです(厳密に言えば、「プライマリ・ケア」は、3回使われていますが(3,10,17頁)、つけたし的です)。「かかりつけ医の制度化」論者の多くは、「かかりつけ医」と「プライマリ・ケア医」、「家庭医」とを同じ意味で用い、かかりつけ医はそれの研修・認定を受けた医師に限定すべきと主張していましたが、「報告書」は、現時点ではそれを否定したと言えます。改正医療法の「かかりつけ医機能」の定義が、ごく簡潔であることを考えると、それは当然です。

鍵概念は「地域」と「連携」

逆に「報告書」でもっともよく使われている用語は「地域」(174回)と「連携」(95回)です。前者の代表例は、かかりつけ医機能の定義の冒頭に「身近な地域における」と書かれていること、後者の代表例は「連携体制」(9回)・「地域連携」(8回)・「多職種連携」(6回)です。

このことは「報告書」が、かかりつけ医機能はそれぞれの地域の特性に合わせて、様々な施設・職種の連携により発揮されると考えていることを示しており、私もそれは妥当と思います。これは、日本医師会が早くから主張している「**地域における面としてのかかりつけ医機能**」にも通じます(初出は2022年11月2日の松本吉郎会長の定例記者会見)。

多様な形態の「グループ診療」を提起

私は「報告書」が「地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた取組」で(地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築)として、以下のように多様な形態の「グループ診療」を強調していることに注目しました。「24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、患者と医師が1対1の関係性で診療にあたるのではなく、**1人の患者に対し、複数の医師が診療にあたる仕組み(グループ診療)を構築する有用性が指摘されている**。複数の医師のいる診療所の医師同士が連携する場合や、**別の診療所・病院にいる複数の医師同士が連携する場合の連携体制**の構築について推進する」(20頁。同様の記載は3,4頁にもあります)。

日本には「グループ診療」の法的定義や学会レベルでの合意はありませんが、従来は、「複数の医師のいる診療所」を指すことが多かったと思います。それに対して、「報告書」が、グループ診療に(1人医師)診療所の複数の医師同士が連携する場合、及び「病院にいる

複数の医師同士が連携する場合」も含めたのは画期的であると思います。

「報告書」はそれに続いて、(医療 DX による情報共有基盤の整備等) も示しています。ただし、そのための公的資金投入には触れていません。なお、複数の 1 人医師診療所が、ICT・医療 DX 技術を用いて「バーチャルなグループ診療」を行うことは、松田晋哉氏(産業医科大学教授)が、先駆的に提唱しています(4)。

グループ診療についての公的調査はありませんが、日医総研が 2024 年に行った診療所における医療 DX 調査によると、一般診療所のうち、1 人医師の診療所は全体の 65.7 % と 3 分の 2 を占めており、非常勤医師も含めて 2 人以上(常勤換算)の診療所は 15.6 % にとどまっています(1 人より多く 2 人未満 18.5 %、2 人以上 3 人未満 11.3 %、3 人以上 5 人未満 3.0 %、5 人以上 1.3 %。無回答 0.2 %) (5)。

おわりに—求められる医師・医療機関の積極的対応

以上、4 月から実施される「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について検討してきました。私は、今回の改革が、日本医療でかかりつけ医機能が強化される重要な一歩になると思います。

それだけに、今後、医師・医療機関は自己の「かかりつけ医機能」について都道府県に積極的に「報告」し、医師会は会員にそれを督励することが求められます。地域の医師会が自治体と協力して、かかりつけ医を持つことを希望しながら、自分で探すことが困難な住民・患者(特に高齢者)に、かかりつけ医(の候補)を紹介する仕組みを整備すれば、かかりつけ医を持つ患者は相当増えるとも思います。

医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」、及び「新たな地域医療構想」や診療報酬改定による誘導により、今後は医療機関の役割分担と連携が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されるので、私は**中小病院外来と診療所のフリーアクセスは将来的にも維持し、「かかりつけ医」を必要と感じる患者は自由にそれを選択すればよい**と考えます。フリーアクセスを制限すると国民・患者の医療満足度が確実に低下する反面、財務省等が期待していた医療費節減は生じない可能性が大きいからです(1:第 2 章第 2 節)。

【注】コロナ禍をかかりつけ医の制度化と結びつけた言説の変遷

2020 年 1 月にコロナ禍が突発してから、2020 年末までは、ジャーナリズムの報道はコロナと闘う医療従事者や医療機関を応援するものがほとんどでした。日頃は医療機関に対して厳しい論調の財務省・財政制度等審議会も、2020 年冬の「建議」では、異例なことに、次のように述べました。「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」(34 頁)。

2021 年 1 月上旬に、突然、「コロナ病床が逼迫しているのは民間病院がコロナ患者を受け入れていないから」等の**(民間)病院バッシング**が始まりましたが、当時はコロナ対応「失敗」の犯人として、診療所を挙げた報道・文献はほとんどありませんでした(6)。唯一の例外は、2020 年 7 月に、土居丈朗氏(慶應義塾大学教授)が、コロナ危機で、日本医療では「かかりつけ医制度と病床機能の連携が未整備であった」ことが露呈したと、チラリ

と述べたことです((7),(6):232頁)。

政府関連文書で、コロナ禍と結びつけてかかりつけ医の制度化を初めて主張したのは財政制度等審議会の2021年春の「建議」で、「新型コロナを踏まえた医療提供体制の在り方」として、「診療所における『かかりつけ医』を速やかに法制上明確化(制度化)するとともに、機能分化を進め、医療機関や患者の行動の変容を促す方策を推進すべきである」と主張しました(31頁)。ただし、具体的提案はしませんでした。

コロナ禍と結びつけてかかりつけ医制度化の青写真を初めて具体的に示したのは**草場鉄周医師**(日本プライマリ・ケア連合学会理事長)です。氏は、2021年10月11日の財政制度等審議会財政制度分科会の「有識者ヒアリング」で、「コロナ禍による医療逼迫でわが国のプライマリ・ケアの限界が露呈」した、日本のコロナ対応は「失敗」したと主張し、以下のような「かかりつけ総合医制度」の創設を提唱しました:「国民は平時より、自身の健康管理により対応するかかりつけ総合医を選択する」、「医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事(パンデミックと災害)の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援する」、「総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する」、「総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む」。これは、イギリスNHSのGP制度に近いものでした。

これを受けて、**財務省・財政制度等審議会**は同年12月3日の「令和4年度予算の編成等に関する建議」で「コロナ禍では(中略)外来医療・在宅医療のアクセスの機会に限られていたことが指摘されている。世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかったと言えよう」と断罪し、以下のように「かかりつけ医の制度化」をストレートに提案しました。「フリーアクセスと出来高払いに過度に依存した診療報酬体系」に代わり、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確にしたうえで、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを段階を踏んで検討していくべきである」(39頁)。

これ以降、コロナ禍と結びつけてかかりつけ医の制度化を主張する報道・論文が、雨後の竹の子のように発表されました。かかりつけ医の制度化と結びつけないまでも、「コロナ禍で日本の医療(提供体制)の脆弱性が露呈した」的言説はほとんど常套句のようになりました。例えば、**全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」**(2022年5月)には、こう書かれました。「今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した」(「総合病院」という名称は1997年施行の第三次医療法改正時に廃止されており、公式文書で用いるのは不適切です)。

しかし、2022年11月以降は、このような論調は、政府・厚生労働省の公式文書からは突然消えました。**全世代型社会保障構築会議「報告書」**(2022年12月16日)は、以下のような穏当な(?)表現に変わりました。「医療・介護などのサービス提供体制については、今後の医療・介護ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題も踏まえ、質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重

要となる」(6頁)。この報告書の直後に取りまとめられた「**社会保障審議会医療部会とりまとめ**」(12月28日)も、以下のように中立的に書きました。「2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃までを視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定すべきではないか」(13頁)。

これに先立ち、財務省・財政制度等審議会の2022年冬の「建議」(11月29日)は、「かかりつけ医の制度化」提案を、理由を示さないまま取り下げました。財政制度等審議会はその後、2023年と2024年に合計4回「建議」を出していますが、いずれも「かかりつけ医の制度化」には触れていません。私は、このこと等を踏まえ、財務省は今後も「かかりつけ医の制度化」を求めないと判断しています(1:第2章第5節)。

ちなみに、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」第1回会議(2023年11月15日)に厚生労働省が提出した資料2「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する検討について」には、この「報告書」と「とりまとめ」の(抄)も含まれていましたが、上記コロナ禍に関わる記述はまったく含まれていませんでした。この点からも、かかりつけ医機能の強化とコロナ禍とを切り離す厚生労働省の強い意志が感じられます。

本文で書いたように、私も「かかりつけ医機能の強化」は「平時」の医療政策で、コロナ禍等の「非常時(感染症有事)」の対策とは異なると思っているので、同省の判断は妥当だと思います。しかし、両文書の(抄)でコロナ禍についての記載をすべて削除するのは、公文書の扱いとしては不適切と考えます。

文献

- (1) 二木立『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,第2章「かかりつけ医機能の強化」・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」。
- (2) General practitioners. The doctor won't see you now. Fixing the problems of the NHS means fixing the problems of GPs. The Economist January 14th, 2023, pp.12,50-52 (抄訳は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」225号(2023年4月):「[イギリスの]GPはもうあなたを診ない NHS問題の修復はGP問題の修復を意味する」)
- (3) 嶺井正也「教員免許更新制廃止の理由—導入意図と制度設計の問題」『専修大学教職員教育研究』第3号:1-10頁,2023年(ウェブ上に公開)。
- (4) 松田晋哉『ネットワーク化が医療危機を救う 検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較』勁草書房,2022,114-117頁。
- (5) 江口成美・出口真弓・日本医師会情報システム課「診療所における医療DXに係る調査報告書」日医総研ワーキングペーパー No.486:61頁,2024年11月26日(ウェブ上に公開)。
- (6) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,第1章第2節「2021年前半に突発した(民間)病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか?」(26-38頁)。
- (7) 土居丈朗「コロナ危機で露呈した医療の弱点とその克服」。小林慶一郎・他編『コロナ危機の経済学 提言と分析』日経BP社,2020,155-166頁。

[本稿は、『日本医事新報』2025年1月11日号(5255号)に掲載した「『かかりつけ医機能が発揮される制度整備』をどう評価・展望するか?」に大幅加筆したものです。]

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

227回)(2024年分その11:7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± α の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○ [2007-2008年世界金融危機後の] 緊縮 [政策]は多くの高所得国での死亡率の停滞トレンドに影響しているか?体系的文献レビュー

Broadbent P, et al: Is austerity responsible for the stalled mortality across many high-income countries? A systematic Review. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services 54(4):362-379,2024 [文献レビュー]

本論文は2007-2008年世界金融危機後のマクロ経済的緊縮政策が死亡率に影響を与えたか否かのエビデンスを、9つのデータベースと灰色文献により検索・収集した高所得国のデータを用いてレビューする。緊縮の死亡率に与えた影響を量的に評価した文献を選んだ。2人のレビュアーが、ROBINS-1を用いて、別々にレビュー対象に含めるべきか否かとバイアスのリスクを評価した。文献・データの異質性が大きかったので、結果の合成時にメタアナリシスは行わなかった。エビデンスの確実性はGRADE枠組みを用いて評価した。5720文献から、最終的に7文献を選んだ。それらは2015~2022年に発表され、いずれも2008年を挟んだ数年間の死亡率トレンドを、1つを除いて複数の国のデータを用いて、検討していた。7文献のうち、6つで緊縮政策の悪影響が示され、1つでは影響がなかった。緊縮の継続的悪影響は、全死因死亡率、平均寿命及び特定疾患死亡率のすべて、及び異なった緊縮政策で示された。過剰死亡は緊縮政策が強い国で多かった。しかし、エビデンスの確実性は低かった。バイアスのリスクは中程度から重大であった。典型的な緊縮政策は、UKの人口(6702万6292人)・1年当たり74,090人[-40,632, 188,792]~115,385人[26,324, 204,446]の超過死亡と関連していた。緊縮政策は常に過剰死亡と関連していたが、その影響の程度は不確実で、緊縮がどのように導入されたか(例:公的費用の削減と増税のバランス、分配の影響)で変わる可能性がある。政策決定者は緊縮政策が健康に悪影響がある可能性を自覚すべきである。

二木コメント 2007-2008年の世界金融危機(いわゆるリーマンショック)後に多くの高所得国で実施された緊縮政策が死亡率や平均寿命のトレンドに悪影響を与えたのはほぼ確実だが、その程度は小さく、不確定な要素もあることを定量的に示した貴重な文献レビューで、健康の社会的・政治的要因の研究者必読と思います。なお、日本では世界金融危機後に、福田・麻生自公内閣と民主党内閣が、それ以前の小泉内閣の極端な医療費抑制政策から「社会保障の機能強化」政策に転換したため、このような悪影響は生じませんでした。

○ [アメリカにおける] 遠隔診療の [メディケア] 医療費に対する影響: 論争の枠組みの再検討

Uscher-Pines L, et al: The effect of telehealth on spending - Reframing the debate. JAMA 332 (18):1513-1514,2024 [評論]

遠隔診療の将来は不確かである。コロナ禍でメディケアに導入された広範な遠隔診療給付は 2024 年末に終了することになっており、議会ではその給付の 2 年間に限った延長が検討されている。[2024 年 12 月 20 日に成立した「アメリカ救済法」で、給付は 2025 年 3 月まで延長された一木] 永続的給付がなされない理由の 1 つは、遠隔診療の提唱者がその医療費に与える影響を無視してきたからである。遠隔診療が医療費を減らすとの主張はあるが、その理論もエビデンスも十分ではない。既存の研究には 3 つの欠陥がある。第 1 に、一部の研究は遠隔診療を受けた患者の医療費と受けなかった患者の医療費を比較しているが、それらは遠隔診療を受けた患者が、医師の対面診療を受けた患者よりも、元々健康だったという疑念に答えていない。第 2 に、一部の研究は、遠隔診療が可能になるとそれを利用する患者が増えるであろうことを考慮していない。第 3 に、一部の研究は遠隔診療を受けた患者に、もしそれを利用できなかった場合どうするかと質問し、その場合は救急外来等の費用のかかる医療を求めるとの回答を得ているが、それによる費用節減の推計はさまざまな回答バイアスに影響される。議会予算局 (CBO) はこのような欠陥のある研究を信用せず、遠隔診療の保険給付の永続化は医療費を増やすと声明している。

遠隔診療の提唱者は、それが医療費を減らすと主張するのではなく、遠隔診療が医療の価値を高め (high value. 医療の質を改善するが、それに伴う費用増は合理的な範囲にとどまる (reasonable))、それにより医療の価値を最大化する医療政策をデザインできると主張すべきである。遠隔診療は医療アクセスを改善し、しばしば対面診療と同等の質であり、多くの場合価値が高いと言える。もし、遠隔診療の保険給付についての論争の枠組みが「医療費抑制」から「価値の向上」に再構成されるなら、議会も別の選択をするであろう。

二木コメント—本論文は、実証研究や文献レビューではなく、単なる評論ですが、遠隔診療が医療費を減らすとの (私から見て) ナイブな主張や実証研究の欠陥を鋭く突いていると思います。実は、日本で 2019 年度から実施されている新薬・新医療技術の経済評価では、それらが医療費を増やすことは大前提とされ、それが合理的範囲 (目安は QALY [質調整生存年] 1 年延長当たり 500 万円以内) に収まるか否かが検討されています。本論文は、批判対象の論文を明示しており、日本で遠隔診療の経済評価を行う際の参考になると思います。

【補足】 以前は、アメリカの「コンビニ診療所」 (convenience clinics. retail clinics. 予約不要の診療所で、主としてナースプラクティショナーが診療するため、診察料は医師診療所よりも安い) が、医療の質は同程度) は、単価の高い医師診療所受診と救急外来受診を減らすので総医療費を抑制できると喧伝されましたが、実証研究の結果、コンビニ診療所医療費の増加はそれら医療費の減少を上回るため、総医療費を増やすことが確認されたそうです (Ashwood SJ, et al: What is the impact of retail clinics on overall utilization? the Rand Corporation, 2011. Gaynor M, et al: Competition in health care markets. In: Handbook of Health Economics, Volume 2, 2012, p.524 より重引)。私は遠隔診療についても、同じメカニズムが生じている可能性が大きいと思います。

○アメリカの急性期病院の患者・家族諮問委員会が患者の社会的ニーズへの注意を喚起す

る役割

Heard LR, et al: The role of patient and family advisory boards in promoting greater attention to patient social needs by U.S. acute care hospitals. *Health Care Management Review* 49(4):311-322,2024 [量的研究]

患者の個人レベルの社会的ニーズ（不安定な住居や食料不安等）についての関心が高まっている。しかし歴史的に、それは公衆衛生の領域とされ、急性期病院のような伝統的医療組織の優先事項ではなかった。本研究の目的は、急性期病院での患者・家族諮問委員会（PFABs）の存在が、患者の社会的ニーズのスクリーニング・対処プログラムと関連しているか否かを検証することである。PFABは臨床医、病院職員、患者、家族、地域住民の公式グループで、定期的に会合を持ち、共同で意思決定を行うと定義されている。アメリカ病院協会の2020、2021年調査の二次的データセットを用い、多項式及び負の二項回帰モデルにより、PFABの有無と社会的ニーズ・スクリーニングプログラムの提供可能性（likelihood）と提供領域数との関連を評価した。

2020年には回答した全病院の55.9%（1642病院）、2021年には52.7%（1492病院）がPFABを設置していると報告した。病院でのPFABの設置は、社会的ニーズのスクリーニング、プログラムによる対処領域数、及びこれらのニーズに対処するための連携組織数（partners. 病院外の医療組織、医療保険者、自治体の保険部局、政府組織等16組織）と有意に関連していた。以上から、PFABを設置している地域病院は、設置していない病院よりも、患者の社会的ニーズに対処するための強靱な（robust）プログラムを持ち、病院外組織と連携していると結論づけられる。病院のリーダーは社会的ニーズに対処するために単にプログラムを設けるだけでなく、プログラムの包括性を高めて、社会的ニーズをの交差性（intersectionality）を認識すべきである。

二木コメント—本論文の冒頭に書かれているように、この調査研究の背景には、近年、アメリカでは急性期病院も健康の社会的要因（SDOH）に積極的に対処することが求められるようになってきていることがあります。不思議なことにこの論文は12頁もあるのに、本文に見出しが1つありません。

○アメリカでの救急部門の小児受け入れ体制向上の費用対効果と健康への影響

Weyant C, et al: Cost-effectiveness and health impact of increasing emergency department pediatric readiness in the US. *Health Affairs* 43(10):1370-1378,2024 [量的研究（シミュレーション）]

アメリカの救急部門（ED）の小児医療の質には大きなバラツキがある。毎年小児の約2割がEDを受診するが、患者の82%以上は、小児病院や小児三次センター以外のEDを受診している。全国小児受け入れ体制（readiness）プロジェクトは救急医療を受ける小児の生存率を改善することを目指している。意思決定シミュレーションモデルを用いて、EDの小児受け入れ体制向上の費用効果分析を行う。既発表の、全米11州の747の小児医療の受け入れ体制が弱いEDで救急医療を受けた小児患者790万人の全国代表標本のコホート研究の臨床・費用パラメーターを用いた。医療部門の視点から年間割引率を3%とし、定量化生涯費用、質調整生存年（QALYs）と増分費用効果比（ICERs）を計算した。確率的一元サブグループ感受性分析を行った。

EDの小児受け入れ体制向上は11州のコホートで69,100QALYsを生み、QALY1年延長当たり費用は9300ドルだった。このデータを全国レベルに外挿すると、全米で高水準の受け入れ体制を整備すれば、同一のICER（年間費用は260百万ドル）で179,000QALYsを生むと推計された。以上から、アメリカの全EDで小児受け入れ体制を向上させることは、それ以外の小児医療強化策（本文では5種類を例示）に比べて、費用対効果ははるかに良いと結論づけられる。

二木コメント—費用効果分析を小児の救急医療に応用した珍しいシミュレーション研究です。ただし、標本データから得られた結果を全国レベルに外装すると、ほとんどの場合効果が過大推計されるし、最後の一文も我田引水的です。

○費用効果分析が健康格差を固定化する危険

Basu S, et al: The risk of perpetuating health disparities through cost-effectiveness analysis.

Health Affairs 43(8):1165-1171,2024 [評論]

費用効果分析は広く、医療・公衆衛生政策の意思決定の参考にされている。しかし、標準的手法は、健康格差が固定していると推計することで、体系的に一部の人々に不利益をもたらしている可能性がある。リスク、基準医療費、間接費用について異なった仮定を設けることが、人種的・エスニックなマイノリティーに影響するかを検討した。これらの構造的要因がマイノリティーの質調整生存年（QALY）や費用節減を過少推計し、マイノリティーに対する介入を行うことの費用対効果を低めうることを示す。

例えば、砂糖添加飲料への課税（砂糖税）では黒人の質調整生存年1年延長当たり費用が白人より高くなると推計される可能性がある。というのは、黒人と白人ではリスクと医療保険加入状況が違っているので、白人の方がこの課税で予防される医療費削減が大きいからである。費用対効果評価で不平等の差が続かないようにするために、異なったグループに対する構造的要因の影響と健康不平等が減るようなシナリオを考慮する代替的アプローチが必要とされる。感受性分析で健康不平等に焦点を当てれば、不利な状態にある地域がより多くの利益を受ける介入を促進することができる。

二木コメント—標準的費用効果分析の前提批判はその通りと思いますが、すでにいくつも開発されている「代替的アプローチ」についてはほとんど触れていない「総論専科」論文と思います。

○【アメリカにおける】レジデント医の労働組合結成—歴史的手段再訪

Ahmed A, et al: House staff unionization - A historical tool revisited. NEJM 391(11)

:1060-1064,2024 [評論・歴史研究]

近年、アメリカでは専門医研修中の医師（ハウスタッフ。以下、レジデント医）の労働組合結成・加入が加速しており、もっとも権威ある研修プログラムに参加している医師さえ組合に加入しつつある。しかし、レジデント医が改革のために組合を結成するのは新しいことではなく、90年の歴史がある。本稿ではその波乱の歴史を振り返る。

レジデント医の組合結成は世界恐慌が頂点に達していた1934年に遡る。当時、全国でレジデント・プログラムに大きな格差があることが明らかになりはじめ、しかもそれは教育かサービスかの論争も生まれた。当時レジデント医は無休であり、彼らの病院での生活条

件は劣悪だった。そこで1934年4月に26のニューヨーク市立病院の66人のインターン代表が一堂に会し、「大ニューヨーク・インターン協議会 (Interne Council) を結成した。当時の政治的環境 (ルーズベルト大統領のニューディール政策) はその追い風になり、翌1935年には同市のレジデント医1500人中952人が協議会に参加した。1936年5月にはニューヨーク市立病院のレジデント医は月15ドル (2024年換算で341ドル) の給与を得た。協議会は1930-1940年代に発展し、医学生協会と合同して、インターン・医学生協会 (Association) を結成した。協会は、医学教育とレジデントプログラムにおける人種・性差別の撤廃や患者のための全国医療保険等の大義を掲げた。しかし、その後、協会は資金不足と政治的攻撃—その中心はアメリカ医師会—に直面し、1952年に解散した。

1957年には、ニューヨーク市公立病院のレジデント医組合が出現した。レジデント組織は1960-1970年代に勢いを増した。1974年7月には連邦議会が全国労働関係法 (NLRA) の適用対象を非営利病院の被雇用者にまで拡大し、彼らに組合結成とストライキ権を認めた。1974年11月には104病院のレジデント医がストライキを12日間行い、さまざまな成果を勝ち取った。ただし、ストライキの是非をめぐっては、内部で論争が起きた。その後の法廷闘争を経て、1974年に全国労働関係委員会 (NLRB) は、レジデント医には被雇用者用者の特性もあるが基本的には学生であり組合結成はできないと決定した。この決定の是非については医療界と州レベルで長年論争が続いたが、1999年NLRBは1999年の決定を取り消し、レジデント医は学生であるとしても被雇用者でもあり、団体交渉の権利を有すると結論した。この画期的決定にもかかわらず、その後組合結成の新しい運動はほとんど起きなかったが、2020年のコロナ・パンデミックで、レジデント医の間に組合結成・加入の機運が一気に高まった。彼らは、個人防護具の不足、長時間労働、職員不足、実質所得の10%超の減少、コロナワクチンへのアクセス制限に直面して、自分たちが過小評価されており、支えられていないと感じたのである。彼らは組合結成により、病院経営者に直接自分たちの要求を出し、改革を促進できるからである。

二木コメント—アメリカの医師の労働組合運動の90年の歴史を活写した (私には) 痛快な論文です。日本の臨床医学雑誌と異なり、世界最高峰の臨床医学雑誌であるNEJMやJAMA (アメリカ医師会雑誌) には、このような政治的論文がしばしば掲載されます。本論文を読んで、日本でも1970年前後に、医学生運動内で、インターンや研修医は「労働者」か否かの論争があったことを思い出しました。

○アメリカの人種的に多様な医療労働者の、労働組合加入と健康の自己評価との関係：労働のスケジュールと【勤務】場所に対するコントロールの役割

Haro-Ramos AY, et al: The relationship between union membership and self-health among racially diverse U.S. healthcare workers: The role of control over work. *Social Science & Medicine* 358 (October 2024) 117254, 10 pages [量的研究]

労働組合はより良い賃金、労働条件の改善、労働者のエンパワーメントと関連しており、これらは健康の改善をもたらすかもしれない。しかし、以下のことについてはほとんど知られていない：労働組合加入とアメリカの医療労働者の健康の関連、その関係が人種的に多様な労働者の間で異なるか、および労働のスケジュールと場所についてのコントロールがその関係をどの程度媒介するか。2023年3月14日～5月5日に収集された3000人の医

療労働者の全国代表標本の横断面調査を分析した。調査対象の学歴は 65.0 %が大学院または（それと同等の）専門職教育であり、職種は医師 17.8 %、看護職 23.2 %、歯科医 15.5 %、薬剤師 13.6 %等であった。順序ロジスティック回帰分析を用いて、組合に加入している医療労働者が非加入労働者に比べて健康の自己評価（SRH）が高いか否か、およびこの点について白人と人種的マイノリティの労働者で差があるかを評価した。各人の労働のスケジュールや勤務場所についてのコントロールで説明可能な媒介パーセンテージを、標本全体および階層化した標本について、Karlson, Holm, and Breen の分解分析法で計算した。

人種的マイノリティの労働者の約 3 分の 1（36.1 %）が組合に非加入であったのに対して、白人労働者ではこの割合は 22.3 %であった。人種的マイノリティの労働者では、組合加入者は非加入者に比べて健康状態が非常に良いとの回答が 2 倍であった（40.6 %対 21.8 %）。交絡因子を調整した順序ロジスティック回帰分析では、労働組合加入はより良い健康の総合的自己評価と関連しており、この関係は特に人種的マイノリティでより強かった。白人の医療労働者では、勤務場所の調整についてのコントロールは組合加入と SRI の関連のバラツキの 68.1 %を説明できた。人種的マイノリティの労働者ではこの割合は 17.1 %にとどまり、このことは労働組合はこれらの労働者では他の経路で健康に影響を与えていることが示唆された。本研究は、アメリカの医療労働者の労働組合加入が健康と関連することの実証的エビデンスを提供した。さらに、組合加入が医療労働者の健康を守ることで、労働のスケジュールと場所についてのコントロールが、重要なメカニズムになっていることも示せた。人種的に多様な医療労働者では、労働組合は、労働場所のコントロール以外にもさまざまな経路を通して、労働者の健康改善に重要な役割を果たす可能性がある。

二木コメント—医療労働者の労働組合加入は彼らの健康（の自己評価）を改善する可能性があるが、その関連は白人と人種的マイノリティでは異なることを定量的に示した興味深い研究です。残念ながら、職種別の分析はされていません。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その241) —最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○谷川俊太郎（詩人・翻訳家・絵本作家・脚本家。2024年11月13日死去、92歳）「あなたに答えは贈らない／あなたに ひとつの問いかけを贈る」（「読売新聞」2024年12月31日朝刊「編集手帳」：谷川が母校の高校（東京都立豊多摩高校）の生徒へ、未来は矛盾に満ちているだろうと言ひ、こう結ぶ詩を贈っていると紹介。ウェブ上に詩「あなたに」の全文がアップされていた：OFFICE-IGNIS ignis.exblog.jp by sato_ignis | 2004-10-18）。二木コメントー研究指導の極意でもある名言と思いました。

○池上彰（フリージャーナリスト。ニュースをはじめ「物事をわかりやすく伝える」営みの第一人者。角川武蔵野ミュージアム館長に就任。74歳）「説明できないこと、理解しづらいことも実は大切。頭の中がはてなマークでいっぱいになることで、人間は成長するのではないか」（「中日新聞」2025年1月7日朝刊、「この人」）。

○永井玲衣（哲学者。「手のひらサイズの問い」を大切にする「哲学対話」に長年かかわっている）「問いとは、わかりやすい答えをきいて満足するような『質問』ではない。あるいは、外からやってくる厄介な『議題』でもない。問いとは、私たちの『わからなさ』そのものだ。（中略）／…互いを値踏みするような場では、私たちは自分の問いを語れない。『わからなさ』に向かい合うことができない。『わからなさ』は他者を求めることだ。自分ひとりでは取り組めないから、あなたが必要だと手を伸ばすことだ。だが、他者が競争相手として立ち現れる場では、『わからなさ』を見せることは敗北である。そうやって私たちは問いを押し込めたり、見なかったふりをしたりする」（「日本経済新聞」2025年1月9日夕刊、「手のひらサイズの問い」）。二木コメントー『『わからなさ』は他者を求めること』との指摘は新鮮でした。ただし、私の経験では、研究者にも、（私から見ると）無益なプライドに囚われて、自分の「わからなさ」を見せることは敗北であると思い込んで、「わからなさ」を他の研究者に率直に語れず、研究が袋小路に陥ってしまう方も少なくありません。

○ダーウィン（進化論の父）「私はまた、多年にわたって、つぎの鉄則を遵守してきた。それは、公表された事実であれ、新しい観察や考えであれ、なんでも私の一般的な結論に反するものに気がついたときには、それを漏れなく、すぐに覚え書きにしておくことである。というのは、このような事実や考えは、都合のよい事実や考えよりもずっと記憶から逃げてしまいやすいということを、私は経験で知っていたからである」。八杉龍一・江上生子訳『ダーウィン自伝』筑摩書房、1972、112頁。鈴木紀之『ダーウィン 「進化論の父」の大いなる遺産』中公新書、2024、133-134頁で引用し、こう指摘：「理論の予測と現実のパターンが合致しないような『不都合な真実』から目をそむけず、自分で自分の理論を批判してみせるというストイックな姿勢については、晩年の自伝にも書かれている。これはすべての科学者が見習うべきことだが、なかなか真似できるものではないだろう」。二木コメントーこのような「ストイックな自問自答」（鈴木氏の表現）は、「確証バイアス」を予防するために、社会科学的研究でも求められると思います。

○井上ひさし（小説家・劇作家。2010年4月死去、75歳）「大切なのは、自分が使いこなせる言葉でものを考えるということです。生半可な外来語とか、意味をきちんと理解せずに討論をし、ものを考えていくと、その言葉に合わせて、いい加減な理論構築や結論が生まれてしまうようになるのです。それが一番危険だと思っています」（『ふかいことをおもしろく』PHP文庫,2024年,110-111頁（単行本の出版は2011年）。
二木コメントーこのことは、研究論文を書く際にも肝に銘ずべきと思います。私は、現在でも、毎月、「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」のレポート添削をしています。言葉の定義を示さないまま難解な用語やカタカナ語を使っていると、必ず「言葉が躍っている」と書き込むようにしています。たまたまこの本を読む直前に読んだ The Economist 誌に、「学术论文はますます読みにくくなっている」ことを、1940～2023年に発表されたイギリスの博士論文 347,000本を「Flesh 読みやすさ指標」を用いて定量的に示したレポートが載っており、博士論文を難解に書く傾向が強まっているのは、日本だけではないことを知りました（Schlarly communications Hot air Academic writing is getting more impenetrable. The Economist December 21st, 2024: pp.62-63）。なお、hot air には「熱風」だけでなく、「くだらない話し」との意味もあります。

○窪田新之助（ノンフィクション作家。『対馬の海に沈む』（集英社、2024年12月）で、人口3万人の島で起きた巨額横領事件の全貌を執拗な取材で明らかにした。多くの登場人物を实名で描く）「[实名で記すことが] 怖いのは取材ができていないからだと思います。間違っていると反論させない取材はできているんだと踏んだので实名にしました」（『週刊ポスト』2025年1月10日号：90頁、「ポスト・ブックレビュー 著者に訊け！」）。
二木コメントー私も、21世紀に入ってから、特定の人物や組織の主張を批判する場合、实名と出所を必ず示すようにしているので大いに共感しました。実は、私も、1990年代までは、実名を書くのを一部遠慮（？）していました（例：『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房,1994）。しかし、**实名と出所を書かないことには2つの弊害・実害がある**ことに気付きました：①それらを書かないと、後になって、私自身が誰を何を根拠にして批判したのか忘れてしまう。②実名を出さないと、批判した相手が批判されていることに気づかない。

<その他>

○養老孟司（解剖学者、文筆家。87歳）「何歳になっても金、健康、人間関係で悩む人ばかりだね。私からすると、どうして悩むか不思議ですよ。『人生はコントロールできない』という前提を忘れて、自分で『人生の壁』を作っているように思います」、「自分が死んだ後のことを考えるのは時間の無駄です」（『週刊ポスト』2025年1月10日号：32,33頁）。

二木コメントー特に最後の1文に大いに共感し、以下の名言を思い出しました。

○大島伸一（国立長寿医療センター総長・当時）「人は死に方を選ぶようだが、死は人を選ばない」（「中日新聞」2006年5月31日朝刊「長寿の国を診るー老人の孤独死許さぬ国に」）。

若月俊一（元佐久総合病院長）「死生観でいっても、僕は死ぬことなんて考えたことないからなあ」（南木佳士『信州に上医ありー若月俊一と佐久病院』岩波新書,1994,179頁）。（本「ニューズレター」23号(2006年7月)で紹介）

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45回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」83号 (2025年1月11日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨め/好み

A. 論文の書き方・研究方法関連

○石井千湖『積ん読の本』主婦と生活社,2024年10月。

…「日々部屋に積み上がっていく本の存在に悩まされている」書評家が、棋界の本読み12人に取材して出来上がった本。解説付きの写真が豊富で、それを眺めるだけでも、読書好きには参考になると思う。私は、「積ん読本の背表紙がこっちを見ている」(しまお・まほさん。68頁)、「紙の本で何より大事なものは背表紙があること」・「**本棚に入らないものもすべて背表紙が見えるように積んでいる**」(山本貴光さん。82頁)に共感・同感した。ただし、12人のうち研究者は1人だけのためか、論文・資料の整理の仕方にはまったく触れていない。なお、私の本・資料の入手・チェックの技法と整理の仕方は、『**医療経済・政策学の視点と研究方法**』(勁草書房,2006) **第5章「資料整理の技法」2「資料の入手とチェックの技法**」(133-152頁)で詳述した。

○岩波書店編集部編『研究者、生活を語る 「両立」の舞台裏』岩波書店,2024年10月。

…「仙人」のような研究者は過去のもので、リアルな研究者はずっと多様で忙しいことを、家族のケアを担っている(担った)現役世代と先達の研究者27人が率直に語る。4(章)「その日は突然やってくる一介護・病気編」はく重い。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○上田敏(語る)・三井さよ(訊く)『**「生きるを支える」リハビリテーション**』日本看護協会出版会,2020。

三井氏は、上田先生の著作や論文を読んで、氏を含めて「社会モデル派」の人々の先生への批判の多く「的外れ」であったことに気付き、2018年に論文「上田敏をちゃんと読もうー社会モデルとはなんだったのか」(『支援』8号:246-267頁)を発表した。本書はこの反省を踏まえての、上田先生への長時間インタビュー。先生は、三井氏(と一部は猪飼周平氏)の率直な、時に(私から見ると)的外れとも思える質問・疑問に答えて、「全人間的復権とリハビリテーション」、「ICIDHからICFへ」、「インフォームド・コンセントからインフォームド・コオペレーションへ」、「障害の受容」、「リハビリテーション医学の評価」についての考えとその発展を率直に語っている。この対談で初めて語られていることも少なくない。私には、「ICFができた以上は誤解を招きやすいQOLという概念は使うべきではない」との大胆な(?)主張(31頁)や、「自己決定能力が低い」という表現についての率直な説明(「自己決定能力が低いといっても、知的に落ちているということではなく、自分で決定するには知識や判断能力が不十分」42頁)、「[障害の]受容を目標にすることは絶対ありえない。結果です。(中略)目標は社会的な『参加』です」(50頁)との断言等が新鮮だった。

○片山ゆき『**十四億人の安寧 デジタル国家中国の社会保障戦略**』慶應義塾大学出版会,2024

年9月。

…14億の民、2.8億の高齢者を抱える巨大国家・中国は現在、経済・人口・財政面で三重苦に直面しているが、それらに直面する直前の21世紀00年代に全国民加入の医療保険・年金制度を一気に導入した。本書は、膨大な文献調査と現地での実態調査（アンケート調査を含む）に基づいて、医療保険分野を中心に、日本ではほとんど知られていない中国の社会保障制度・政策をていねいかつ多面的に分析している。序章と終章を含め、全9章。

私は特に以下の諸点が勉強になった。・中国が日本やヨーロッパ諸国のような政府の役割が大きい公的・制度中心の社会保障制度ではなく、国の財政負担を軽減するため、公的給付は基礎的なものにとどめ、それを民間部門・民間市場で積極的に補完する「福祉ミックス体制」を採用している。・そのために中国の社会保障制度は再分配効果が限定的。・日本とは桁違いにデジタル技術を活用している。・政府は民間部門に対して強力な介入とコントロールを行っているが民間部門（特に民間保険会社）も「一方的な支配を受けているわけではない」等。300頁余の厚い本だが、序章「14億人を擁する国家の現状」、第1章「中国の社会保障の実相」と第3章「中国の医療保障制度はどうなっているのか」を読むだけでも、中国の社会保障・医療保障制度の大枠と最新事情を理解できる。私は、多くの中国の紹介・研究書と異なり、「日本への示唆」を一切書いていないことに好感を持った。

○武久洋三『高齢者が急性期病院に殺されないために知っておくべきこと』幻冬舎メディアコンサルタント,2024年11月。

…武久氏は、大規模複合体・平成医療福祉グループの経営をしながら、2008年～2022年の14年の長きにわたって日本慢性期医療協会会長を努め、慢性期病院の医療・ケアの質向上と社会的地位の向上に尽力してきた。本書は、その実績と経験に基づいて、「日本の病院病床の現状」・問題点と今後の「予想」を率直に述べるとともに、「行儀の悪い病院」や、病院における介護職員の役割を認めない日本看護協会の独善的態度（37頁）等を痛烈に批判している。「高齢者が急性期病院に殺されない」という書名は「刺激的」だが、真意は、急性期病院が「習慣的に行っているケアが、結果的に高齢の患者を危険にさらしている」という意味（3頁）。慢性期病院についても、「いまだに寝たきり患者収容所の病院の機能のまま、多くの病院が慢性期医療を適切に行う病棟の体裁をとれずにいます」と率直に認めている（102頁）のはフェア。他面、「リハビリテーションの異常」、「日本のこれまでのリハビリテーションに対する考えは間違っていた」との批判（43頁）は、一面的と思う。

○特集「医者・医学部崖っぷち」『週刊東洋経済』2024年11月30日号：32-59頁。

…14論文・レポートを掲載しているが、いずれも突っ込み不足・ステレオタイプ。私の経験では『週刊東洋経済』の医療・福祉関連の特集でこれほど期待外れだったのは初めて。

○古城資久「病院の第三者承継」『病院経営羅針盤』2024年12月1日号：17-22頁（特集「病院・クリニックの第三者承継 進め方と留意点」の第2論文）。

…古城氏率いる白鳳会グループは過去11の病院の事業承継（M & A）を行ってきたが、本論文はそのうち、経営困難に陥った白鬚橋病院（東京都墨田区）のスピーディーな承継と再建・黒字化のプロセスの、経営数値の変遷も公開しながらの、詳細かつ迫力ある事例報

告。特集の岸辺宏一氏（日本医療法務学会代表理事）の総論と瀧端正博氏の（4つのクリニックすべての）「第三者承継による開業の実態」も、さらりと読むに値する。

○高橋太「ベースアップ評価料、病診で届出格差が顕著 診療所 24 %、病院 82 %、賃金改善に資さず」『月刊／保険診療』2024年12月号：62-64頁。

…高橋太氏は神奈川県保険医協会事務局の大ベテラン（元事務次長）。2024年度診療報酬改定で導入された「賃上げ」専用のベースアップ評価料について、独自に全国の届出状況を悉皆的に調べた。その結果、病院は8割が届け出ているが、診療所は24%、歯科診療所は21%に過ぎないことを示し、それが診療所経営に資するものとなっていないと主張し、対応策を提言。

○『新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究報告書—インド—』医療経済研究機構,2024年12月。

…医療経済研究機構の「諸外国のヘルスケアに関する研究」シリーズの最新版。文献調査と現地調査により、インドの医療保障制度を包括的に分析。薬事制度と特許・知的財産保護、医薬品産業（第4～6章）が詳しいのは、日本の製薬産業がインド市場に参入する際の基本情報として用いられることを想定しているためのよう。

○【2024/25年末年始特別企画：松本吉郎・日本医師会会長に聞く】m3.com（2024年12月11日にインタビュー。2024年12月24日～2025年1月3日に順次公開）

Vol.1 医療機関は存亡の危機、地域医療が崩壊する寸前

Vol.2 「新たな地域医療構想」、着地点は評価も具体化は今後

Vol.3 医師偏在対策、規制的手法は効果期待できず

Vol.4 医師の働き方改革、医療機関経営への影響は大

Vol.5 かかりつけ医機能報告、規制をかける材料にあらず

…上記5つのテーマについて率直に語る。会長は他の媒体でもいくつかインタビューに応じているが、これが一番包括的&会長の強い危機意識が伝わってくる。

私はVol.3を中心に、特に以下の指摘・主張に注目・共感した。Vol.1：「医療機関の経営は厳しく、（中略）単に医療機関を集約すれば対応できる問題ではありません」。「[診療報酬の] 期中改定には逆にリスクを伴う可能性もある」・「[総決起大会では] まずは補助金での迅速な対応を求めました」。Vol.2：「集約化により、医療へのアクセスが狭められることになるので、拠点病院等の集約化と同時に、地域に密着した診療所や病院が、地域医療を面で支えるようにしなければなりません」。「[地域医療構想は] 2040年を見据えてというより、各医療機関にとっては、もう少し短いスパン、5、6年先の状況を見据えた検討が求められる」。Vol.3：「[医師偏在対策については] 厚労省とは問題の捉え方、考えのベース、さらには進むべき方向性はほとんど一致している」。「外来医師過多地域の区域の対策は必要だと思います」。「『要請に従わない場合に保険指定を取り消すべき』などの意見もありますが、まったく、筋が違う話です」。「1985年の病床規制の時に、『駆け込み増床』が生じたのと同様に、開業ラッシュが起き、病院勤務医の不足を招きかねません。規制後は新規参入が難しくなり、今度はその地域では競争原理が働くなる懸念があります。（中略）そも

そも東京で規制をかけたら、その周辺地域での開業に流れるだけで、本当に医師を必要とする地域に医師が行く保障は全くありません。Vol.4:「私たちは医療 DX の推進には反対しないけれども、拙速に進めることなく、『誰一人、日本の医療制度から取り残さない』という方針で取り組んでいきます」。「電子カルテにしても早急に普及させることには慎重であるべきで、仮に電子カルテの義務化という議論が出てきたら、絶対に反対します」。Vol.5:「本[かかりつけ医機能報告]制度を性急に医療制度の改革の材料として活用したり、何らかの規制をかけるといった話ではありません。この点が非常に大事です」。「2026年度[診療報酬]改定で何らかの対応を行うことは想定していません」。

○特集「地域連携と病院経営」『病院』2025年1月号:1-8,18-55頁。

…巻頭インタビュー「地域連携を進めるために必要なこと」と5論文。巻頭インタビューでは、道南地域で2007年に全国で初めて立ち上げ、全国的にも注目されている「地域医療連携ネットワーク道南 MedIka」の中心的人物である高橋肇氏に、松田晋哉氏が連携で重視したことや連携のノウハウ「スムーズな患者の同意取得方法」、「情報技術の活用により、現場の負担軽減」、「情報共有・連携には4つの視点でのメリットがある」等一を聞いている。私は、松田氏が「今後、日本国内ではM&Aが進み、あちこちで保健・医療・福祉複合体が生まれると予想」していることに注目した。論文は松田氏の総説的論文と、地域連携の先進事例の実践レポート(函館市、済生会熊本病院、済生会唐津病院、岡山県医師会)。済生会唐津病院は1974年特別養護老人ホームを、1988年に老人保健施設を開設した日本の「複合体」の老舗。

○上野千鶴子「介護保険が危ない！」安全保障関連法に反対する学者の会第10回シンポジウム「平和・憲法・暮らしの危機の新段階」講演(5人中5人目),2025年1月5日

(<https://www.youtube.com/watch?v=7VIUYhfbSDE&t=167s>)

…介護保険の過去と現在と将来を包括的かつ明快に論じた講演。「介護保険は不純な動機からつくられた?!」、「介護保険は生まれてこのかた『被虐待児』だった」、「在宅が危ない！」等、政府・厚生労働省の政策を厳しく批判しつつ、「介護保険24年の成果」、「[運動の]成果はあった！」と前向きな評価も行う。「介護保険とは何だったのか？」では、「国民健康保険[正しくは、国民皆保険制度—二木]は国民統合の最後の砦」との私の指摘も引用し、「[介護保険は]歴史上日本国民のあいだで社会連帯が成り立つ最後のチャンスだったかも？」と重要な問題提起。最後に、「世代間対立を煽るな！」と結ぶ。

C. 政治・経済・社会関連(「コロナ関連」の柱立ては終了)

○ポール・モーランド著、橋明美訳『人口は未来を語る 「10の数字」で知る経済、少子化、環境問題』NHK出版,2024年1月(原著2022)。

…哲学・政治・経済の学士号と国際関係論の修士・博士号を持つイギリスの人口学者が、人口動態における象徴的な10の数字をもとに、今後の社会を読み解いた教養書(not研究書)。「サハラ以南のアフリカ」を含めた国際的視野から書かれているので人口問題についての視野が大きく広がり、しかも人口学についての教養も身に付く。「訳者あとがき」もよくまとまっている。本書全体で、日本に何度も言及:「日本は社会が高齢化するとどうなる

かを知るための未来の実験室」(185頁)等。第4章「出生率が低い社会の共通点」では、「政府の努力で出産を抑制することはできるかもしれないが、出産を奨励するのはかなり難しい」と指摘(125頁)。第5章「高齢化社会と暴力との関係」(「高齢化で紛争が減る」等)は興味深い。アフリカ以外のほとんどの地域・国々では、少産少子からそのまま出生率の低下が止まらなくなり、人口減少へ向かうという「第二の人口転換」が起こっており、その要因は「経済ではなく、文化の問題」になりつつあるとの指摘も興味深い(342頁)。

○三宅香帆『なぜ働いていると本が読めなくなるのか』集英社新書,2024年4月。

…序章と終章を含め全11章。書名からはハウツー本を連想させるが、第1～9章は、明治から2010年代までの「日本の労働と読書の歴史」(通史)で、教養は身に付く。最終章で、「全身全霊」で働く「疲労社会」を批判し、『半身社会』こそが新時代である」と「自分自身に語りかけている」(271頁)。私は著者の主張にも一理あると思うが、歴史記述の部分だけでなく、最終章も、ほとんど外国の哲学者等の言葉の引用中心で、自分の言葉が少ないのは残念。「働きながら本を読むコツを教えます」(267頁)も超安直。

○暉峻淑子『承認をひらく 新・人権宣言』岩波書店,2024年4月。

…暉峻氏は、ロングセラー『豊かさとは何か』(岩波新書,1989)の著者で、96歳でも現役で研究と市民運動を続けている。そんな著者が、日本社会の現状に危機感を持ち、「どうしても書かずにはいられなかった」との思いから書き下ろした、「承認」をキーワードにして「民主主義に命を吹き込む」ことをめざした本。全5章。私は著者の価値判断のほとんどに同感するが、感覚的・決めつけの記述が少なくなく、論理的詰めが不足していると感じた。

○中村桂子『人類はどこで間違えたのか 土とヒトの生命誌』中公新書ラクレ,2024年8月。

…中村氏は日本における「生命科学」研究の草分け(88歳)だが、生物を分子の機械とらえる伝統的な生命科学に疑問を持ち、独自の「生命誌」(科学によって得られる知識を大切にしながら、生き物すべての歴史と関係を知り、生命の歴史的物語を読み取る作業)を提唱している。本書は、生命誌の視点と知見に基づいて、「人間は生き物という当たり前の所に戻らなければ、納得のいく社会にならない」と主張したエッセー。全3部。ただし、記述は本人も認めるように「ヨタヨタ」しており(315頁)、まとまりに欠ける。

○鈴木紀之『ダーウィン 「進化論の父」の大いなる遺産』中公新書,2024年7月。

…著者は進化生態学・昆虫学の研究者。その視点から、進化論に限定せず、ダーウィンの自然科学分野での業績を、ほぼ経年的に解説:「ダーウィンの中に、ダーウィンが5人いる!」私は本書を読んで、ダーウィンが何ごとも「徹底的」に行ったこと、手紙魔であること(「信頼のおける知り合いにひたすら手紙を書くことでアカデミックな交流を維持した」94頁)、『種の起源』で「わからないことをはっきりとそう宣言していたこと」(126頁)、「相手の身分を問わずコミュニケーションに積極的だったこと」(241頁+111頁)を知り、親近感(?)を感じた。ただし、終章「もしダーウィンが現代に生きていたら」は蛇足。

○岩井克人『資本主義の中で生きるということ』筑摩書房,2024年7月。

…主流派経済学（新古典派経済学）を中心に、ケインズやマルクス等の経済学（者）も厳しく批判し、貨幣や資本主義の本質を根源的に探究してきた理論経済学の第一人者が、「最終局面に入ってしまった私の人生の区切りを付けておく」ためにまとめた評論・エッセー集（全46篇）。「あとがき」は各論文・エッセーの「解題」になっているので、先にこれを読んでから本文を読むと、理解が深まる。学術論文ではないので、諸説の「誤り」（と著者が判断していること）を歯切れ良く批判。私が一番勉強になったのは「新しい会社の形を求めて—なぜミルトン・フリードマンは会社についてすべて間違えていたのか」（226-260頁）で、著者もフリードマン「批判の集大成」（374頁）と自負している。一番面白かったのは、最後の『師』としての小宮隆太郎先生（359-366頁）で、小宮先生の著者の主張・著書への痛烈な批判とそれに対する著者の反論を生々しく書いているが、先生への畏敬の念も伝わってくる。それに対して、その前の「宇沢弘文先生追悼」で、宇沢先生の「社会的共通資本」に関する研究を「失望」と全否定しているのは酷い。本書全体で、『諸国民の富』のみに依拠してアダム・スミス批判を繰り返す一方、『道徳感情論』に一言も触れていないのは、一面的・不公正と感じた：「スミスは、資本主義社会では…道徳心や倫理観などは必要ないという」（98頁）、「スミス流の『見えざる手』に頼れば万事上手くいくという考え」（119頁）等。本書を読んで一番印象に残ったのは、著者がもっぱら資本主義の理論的分析・批判のみ行い、現実の日本の経済と経済政策にはほとんど触れていないこと。この点で、岩田氏は、J・S・ミルと同じく、「抽象的な議論は得意だが具体的なところは今ひとつ」と思える（ミルの友人のペインがミルの死後に書いた評伝でのミル評価。後述する児玉聡『ミル「自由論」の歩き方』光文社新書,2024,107頁から重引）。

○吉川洋「(インタビュー) 大規模緩和『すべてが間違い 2%未達』のせい 納得いかぬ」(「朝日新聞」2025年1月11日朝刊、「異次元緩和 残したゆがみ 5」)。

…第二次安倍政権が開始し約11年に及んだ日本銀行による「異次元」の金融緩和を「根こそぎ間違っている」と断じ、3つの問題点を指摘するとともに、日銀の過去の金融緩和策の検証「多角的レビュー」も批判し、「植田日銀の最大の役割は、異常な異次元緩和からの正常化だ」と結ぶ。アベノミクスの核心とも言える異次元緩和の簡潔だが的を射た批判。

○吉川洋「(インタビュー) 異次元緩和の壮大な社会実験は米国の主流派経済学による実害だ」(『週刊エコノミスト』2024年12月3日号：36-37頁)。

…「ルーカス登場から現在に至る50年余りの[アメリカの]マクロ経済学は、現実の経済とはかけ離れた知的遊戯に変わってしまった」と現代の経済学を批判。上記「朝日」インタビューとの併読を勧める。「米国の主流派経済学が世界標準になった結果、関連する論文しか主要経済ジャーナル(学術誌)に受け付けられず、日本の若手研究者もそこに合わせた論文を書かざるを得ない悪循環に陥っている」との指摘は重大と思うが、最後の「英国は新古典派経済学一本槍の大学教育を反省し、PPE[政治・哲学・経済]をバランスよく教えようとしているのではないか」との指摘に希望を感じた。

○エマニュエル・トッド著、大野舞訳『西洋の敗北 日本と世界に何が起きるのか』文藝春秋,2024年11月(原著2024)。

…著者は、国・地域ごとの家族システムの違いや人口動態(乳児死亡率や平均寿命等)に

着目する方法論で、ソ連崩壊やアメリカ発の金融危機等を「予言」してきたと言われている。本書は、同じ方法を用いて、「ロシア社会の安定、ウクライナ社会の崩壊、旧ソ連圏の社会主義国の不安感と不信感、ヨーロッパの自立という意味の挫折、イギリスの国民国家としての衰弱、スカンジナビアの逸脱を検討」した上で、「世界の危機の核心」＝「アメリカの衰退」を論じ、「西側諸国にはもはや国民国家など存在しない」との「仮説」を提示している（263,33-34頁）。著者は「西洋」を、日本を含む「経済的近代の西洋」と「三大自由民主主義国（イギリス、フランス、アメリカ）のみ」の2つの意味で用い、「没落」は主として後者の西洋を意味する（3,154頁）。書名の副題に「日本」が含まれているが、日本についての分析や「没落」予測はほとんど書かれていない（原著にもこの副題は付けられていない）。中国についての記述もごくわずか。

私には、「宗教（特にプロテスタンティズムの土台）の消滅」・「宗教ゼロ状態」という視点からのヨーロッパとアメリカの没落の分析が新鮮だったが、家族システムの違いに基づく説明には無理があるとも感じた。「ロシアの安定」という評価も新鮮：2020年の乳児死亡率はアメリカを下回った（49頁）、エンジニアはアメリカよりもロシアの方が多い（59頁）等。ウクライナの崩壊、イギリスを含むヨーロッパの挫折・衰弱、及び「その他の世界」（グローバル・サウス等）が「ロシアを選んだ」との評価も理解できる。アメリカ社会の分断と衰弱もその通りと思う：「未来を予測する指標としての乳児死亡率」は、日本・西ヨーロッパ諸国はもちろん、ロシアよりも短い！？（267頁）。しかし、経済・産業面での「アメリカの衰退」という評価には疑問が残る：「もの作り」を重視する著者は、サービス産業やIT産業の拡大を否定的に捉え、それらの「虚飾」を除いたアメリカの1人当たりRDP（国内実質生産）は西ヨーロッパ諸国を「若干上回る程度」と「思考実験」し、それを「大胆さと正確さにおいてノーベル賞級だ」と自賛（294-296頁）！？

序章・終章を含めて全13章、400頁を超える分厚い本で、**著者の該博な知識と鋭い地政学的分析から学べることは多い**が、記述はきわめて冗長で（訳も良くなく？）、読み通すには相当の根気・忍耐があるので、覚悟して読む必要がある。

○児玉聡『哲学古典授業 ミル「自由論」の歩き方』光文社新書,2024年12月。

…京都大学文学部での講義に基づいて、実に親切・丁寧に書かれている：各章の冒頭で前の章のまとめ、それ以外にも随所に要約、読者にクイズ、各章の最後に学生の意見・コメントを紹介等。著者のスタンスで一番共感したのは、「この本だけ読んで『自由論』を読んだつもりになってもよい」と寛容に書いていること（6頁）。全五講。第一講でミルの生涯を簡潔に紹介し、その後の四講で、『自由論』の第一章～第五章の内容の紹介と著者の解説・解釈を書いている。ただし、ミルが、「まだ文明状態にない未開の人々」の自由を認めず、専制政治を行ってよいと述べていることについては、「時代の制約として批判されることもあります」とサラリと書くにとどめている（57頁）。

『自由論』についての教養が身に付く好著。私が一番勉強になったのは、ミルが個人の自由の限界として挙げている有名な「他者危害原則」を、著者の言葉で4つの規則にまとめていること（181頁）、及び「他者危害原則における『危害』をどう定義するかというのは未完結の大きな問題ではあります」と明記していること。他面、「自殺は個人の自由か」（198頁）は、著者が生命倫理研究者であることを考えると、突っ込み不足と感じた。