

2022.9.1(月)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 218 号)」

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

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/>。

218 号の目次は以下の通りです (22 頁)

1. 論文：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（「二木教授の医療時評(204)」『文化連情報』2022年9月号(534号)：34-38頁) …2頁
2. 寄稿：『民医連医療』600号に寄せて（『民医連医療』2022年9月号(600号)：10-11頁) ……7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198回：2022年分その6：9論文） ……10頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介（その212）—最近知った名言・警句……17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16回）…18頁

### 訂正

本「ニューズレター」217号に掲載した論文「岸田内閣の『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針を読む」は「二木教授の医療時評(202)」ではなく、「二木教授の医療時評(203)」です。

### お知らせ

1. 論文「『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『総合リハビリテーション』2022年8月号(55巻8号)：1025-1027頁に掲載しました。これは、『文化連情報』2022年2月号(30-39頁)＝本「ニューズレター」211号(2022年2月)に掲載・転載した「『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」の圧縮版です。

2. インタビュー「長期政権からの宿題 『ステルス』で続いた医療費抑制 全世代型社会保障の中身は変わった」が「朝日新聞 DIGITAL」に2022年8月29日にアップされました。

3. 論文「プライマリケア拡充が医療費を抑制するとの実証研究はあるか？」を『日本医事新報』2022年9月3日号に掲載します。

2と3は本「ニューズレター」219号に掲載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

# 1. 論文：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

（「二木教授の医療時評(204)」『文化連情報』2022年9月号（534号）：34-38頁）

### はじめに

「日本経済新聞」（以下、「日経」）6月20日朝刊は、同紙と日本経済研究センター（日経センター）が創設した医療改革研究会の「改革提言」「最終報告」（以下、「提言」）を発表しました。「日経」は2021年1月以降、他の全国紙に比べて突出して、医療機関（特に民間病院）批判を繰り返してきましたが、「提言」はそれの「集大成」と言えます（1）。「日経」は当初、批判の対象を新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）患者を受け入れない（民間）病院に絞っていましたが、「提言」は批判の対象を医療界全体と厚生労働省の医療政策にまで拡大しています。

「提言」は、「Ⅰ．医療提供体制の再構築」、「Ⅱ．医療イノベーションを国家戦略に」、「Ⅲ．負担と給付の改革を急げ」の3章構成です。その中には、医療DXの推進（Ⅱ）等、政府・厚生労働省だけでなく、日本医師会等も求めている改革も含まれていますが、医療の実態や医療政策についての今までの議論の蓄積を踏まえない、浮世離れした提案も少なくありません。以下、私が特に問題だと思う提案を指摘します。

### 日本医療は国際的には健闘

その前に、「提言」の前提になっている事実誤認を指摘します。「提言」は「コロナが日本の医療の脆弱性を浮き彫りにした今において改革実行のときはない」と主張しています。これは、「ショック・ドクトリン」（政府が大惨事に便乗して市場原理主義的改革を実行すること）の民間版とも言えます（2）。

私も、コロナにより、医療だけでなく、日本の政治・経済・社会システム全体の脆弱性が浮き彫りになったと思います。しかもこれは日本だけでなく、ほとんどの国に共通しています。しかし、「日経」が、国際的にみれば、日本医療がコロナ対応で健闘した事実を無視しているのは不公正です。

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書（6月15日）によると、日本は人口対比の死亡者数と超過死亡数が非常に少ないだけでなく、コロナ患者のうち入院患者の割合は世界で突出して高くなっています（別添資料25-29頁）。

具体的には、人口10万人当たりコロナ死亡者数（累計。期間は不明）が最も少ないのは中国(1.1)、次いでニュージーランド(23.1)で、3番目が日本(24.2)です。コロナの初期対応に成功したと言われていた韓国は47.1で日本より高くなっています。それに対して、アメリカは300.9、イギリスは262.9で、日本の10倍以上の高さです。人口10万人当たり超過死亡数（2020-21年）が最も少ないのはニュージーランド(-28)、次はオーストラリア(-28)で、3番目が日本(-8)です。それに対して、アメリカは140、イギリスは109に達しています。

コロナ患者の「入院者比率の国際比較」（人口100万人当たり入院者数÷感染者数。アル

ファ株が流行した時期)によると、日本は 0.167 で最も高く、アメリカの 0.038、イギリスの 0.047 を遙かに上回っていました。これはデルタ株が流行した時期でも同じです。進藤奈邦子医師によると、死亡者に占める入院外患者の割合は、英米の 30%強に対して日本は 5%未満で際立って低かったそうです(本年 6 月 18 日第 37 回日本環境感染学会学術集会講演「WHOから見る新興再興感染症をめぐる最近の動き」)。

「日経」は、日本は欧米諸国に比べてコロナ患者数が少ないのに病床が逼迫したり、コロナ患者の病院外(自宅)死亡が多発したのは医療提供体制の欠陥と批判し続けていますが、国際比較でみると、日本の病院と診療所は患者受け入れ面で健闘したと言えます。私が呆れたのは、「提言」がコロナ対応医療の先進例として、アメリカとイギリスを繰り返しあげていることです。しかし両国は、少なくともワクチンが開発される前は、欧米諸国の中でも突出して死亡患者が多く、「医療崩壊」が生じていました。

「提言」はこのような事実誤認に基づいて、「岩盤排除へ規制改革」を提唱する一方、「医療界の統治強化」を掲げています。私は 1990 年代から医療者の自己改革を提案し続けていますが(3)、医療の活力の源泉である医師・医療従事者と医療機関の自主性、自治を否定し、「医療界の官僚統制」と同義の「統治強化」を掲げることには強い疑問を感じます。

### 医療ツーリズムが成長の原動力??

「I. 医療提供体制の再構築」は、①デジタルで医療格差解消、②看護師にも医療行為を、③家庭医養成、患者も節度を、④成長の原動力、医療ツーリズムの 4 本柱です。このうち①~③は「日経」が以前から主張してきたことで、特に新味はありません。

①のうち、日本医療のデジタル化が遅れているのは事実ですが、医療のデジタル化がすべての「救世主」になるかのような主張は楽観的にすぎます。コロナ禍で明らかになったことは、医療には「余裕」(医療従事者の増員等)が不可欠なことです、「提言」はこのことに一言も触れていません。

③では、国営医療で医療制度が全く異なるイギリスの一般医(GP)制度を日本にそのまま移植することを提案しており、浮世離れしています(厳密には「オランダや英国などが採用している医師の資格制度『家庭医』」と表現していますが、内容的にはイギリスの制度と言えます)。ちなみに、「提言」のように、他国の医療制度の歴史や文化的背景等を無視して、その良い(と思う)ところだけを日本につまみ食いの導入しようとすることを「〇〇出羽守」(この場合は、イギリス出羽守)と言います。

なお、私は今後、「骨太方針 2022」に盛り込まれた「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」際には、日本の医療制度の歴史と特性を十分に踏まえると共に、他国の制度を参考にする場合にも、イギリスよりは、日本と医療制度が類似しているドイツやフランスの制度を参考にすべきと思います。

I で思わず笑ってしまったのは、④で医療ツーリズムを「医療サービス産業を日本の成長に生かす有力な手立ての一つ」と位置づけていることです。

私は日本のいくつかの先端的病院が医療ツーリズムを重視することは経営戦略としてありうると思います。しかし、それを日本経済の「成長の原動力」にするのは浮世離れしています。なぜなら、医療ツーリズムは民主党の菅直人内閣が 2010 年の「新成長戦略」

で打ち出したものの、その後、まったく鳴かず飛ばずだったからです(4,5)

### イノベーションで「医療格差」を容認

「Ⅱ. 医療イノベーションを国家戦略に」に書かれていることの大半は、岸田内閣が6月20日に閣議決定した「経済財政運営改革の基本方針2022(骨太方針2022)」と「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」と大枠で一致しており、新味はありません。医療イノベーションの財源に全く触れていない点も、両閣議決定と同じです。

私が驚いたのは、Ⅱの「『価値に見合った薬価』を基本に」の項の最後の段落で、「一部の革新的な新薬については民間保険で賄うといった工夫が必要だ。結果として、**ある程度の医療格差が生じるのを国民が受け入れるかどうかは、見極めなければならない**」と提案していることです。

これは、医療保険給付・診療報酬では「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」という現在の国民皆保険制度の基本原則を真っ向から否定するものです。この表現は、小泉純一郎内閣の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」で初めて用いられ、その後の内閣も踏襲しています。言うまでもなく、上述した本年6月の2つの閣議決定にも、政府・厚生労働省の他の公式文書にも、このような「医療格差が生じる」ことを容認する表現はなく、ここに「提言」の冷酷さが表れています。

### 内視鏡手術の保険外しを提案！？

「Ⅲ. 負担と給付の改革を急げ」には「日経」の本音がストレートに書かれています。

「すべての高齢者も3割負担を原則とした上で、負担能力の低い世帯だけ窓口負担割合を軽減する」、「保険診療と自由診療の組み合わせを幅広く認める」、さらには「新たな財源」は消費税(のみ)とする提案は「日経」の従来主張の繰り返しです。

しかし、それに加え、「生活保護受給者の医療扶助にも少額でもよいので自己負担を導入」することを初めて提案しているのは一線を越えています。国内外の膨大な実証研究と「自然実験」により、「少額」の自己負担でも、低所得者の医療受診が抑制され、健康水準も悪化することが明らかにされているからです(6)。

私が「提言」全体で一番驚き呆れたのは、「病気やケガを治療するという範囲を超え、より早期に回復させたり、より快適な療養を提供したりする目的で提供される医療行為」の保険外し=自費診療化を提案し、その代表例として「内視鏡手術」をあげていることです(「開腹手術」は保険給付のまま)。この提案は、内視鏡手術の安全性と治療効果のエビデンスが蓄積され、保険診療で広く認められている現実を無視した暴論です。

上述したように「提言」のⅡの最後では、「ある程度の医療格差が生じる」ことを容認していましたが、それに続けて、「もちろん、標準治療はしっかり公的保険でカバーし、誰もが一定水準以上の医療を受けられることが前提である」とも(私から見るとアリバイ的に)書いていました。このことは、「日経」、正確に言えばこの「提言」を作成した日経と日経センターの幹部(藤井彰夫日経論説委員長・大林尚日経編集委員、岩田一政日経センター理事長等)が、内視鏡手術が「標準治療」になっている事実を知らないことを示しており、彼らがいかに医療の現実を知らないかの動かぬ証拠と言えます。ちなみに、「日経」と経済

界の内情に詳しい私の友人は、「『日経』については、一部の方を除き、やはりナイーブ・不勉強ということに尽きる」と慨嘆していました。

### おわりにー「日経」はなぜ医療界を敵視するのか？

以上、「提言」のうち私が特に問題だと思う点を指摘しました。最後に、「提言」を読んだ多くの友人・医師から受けた質問について検討します。それは、「日経」はなぜこれほどまでに、医療界を敵視する「医療改革」にこだわるのか？です。

私は2つの理由があると思います。1つは、コロナ禍後生まれた経済界の感情的とも言える日本医師会・医療界への憎悪です。このことは『2020年代初頭の医療・社会保障』で、経済界の動向に詳しい複数の友人から教えていただいたこととして、次のように書きました。「非常事態宣言の早期解除と経済の早期再開を最重要視している経済界は、コロナ患者を大幅に減らすことを最優先し、非常事態宣言の早期解除に抵抗している日本医師会・医療界を目の敵にしている」（1:36頁）。

もう1つの理由はコロナ禍前からのもので、公的医療費・保険料抑制による大企業の負担軽減に加えて、医療を大企業の新たな市場・利潤確保の手段にしようとの願望です。そのため、医療分野への市場原理導入（新自由主義的医療改革）に正面から反対し続けている日本医師会や医療団体（および抵抗している厚生労働省）に激しい敵意を持っていると言えます。

ただし、この2つの願望は矛盾します。なぜなら、医療の市場化・営利化は、企業にとっては新しい市場の拡大を意味する反面、医療費の増加（総医療費と公的医療費の両方）をもたらすため、（公的）医療費抑制という「国是」と矛盾するからです。私は、2004年にこれを「**新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ**」と名付けました（7）。

それに対して、2000年代初頭の小泉政権時代の「混合診療解禁論争」時に、総合規制改革会議は、混合診療を全面解禁すれば、保険診療費を抑制しつつ、保険外（自由）診療費を大幅に増やし、総医療費も増やすことができるとする悪名高い図を公表しました（「『混合診療』の解禁の意義」。「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点事項に関する答申」関連資料（2003年7月15日）2頁：<https://www8.cao.go.jp/kisei/siryu/030711/3.pdf>）（8）。厚生労働省は、当初から上記ジレンマに気づいていたため、混合診療全面解禁に抵抗したのに対して、大蔵省（現・財務省）は2000年代前後には混合診療解禁（「特定療養費の抜本的拡充」）を主張していました。しかし、その後、混合診療を解禁すると公的医療費も増えることに気づき、2005～2006年以降、混合診療全面解禁から部分解禁に転じました（9）。「日経」はこのような歴史の教訓を忘れていません。

いずれにせよ、「提言」は「『日本財界新聞』と揶揄される『日経』」（10）の本質を雄弁に示していると言えます。

### 文献

(1)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（517号）：20-26頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,第1章第2節（26-38頁））。

- (2)ナオミ・クライン著、幾島幸子・村上由見子訳『ショック・ドクトリン 惨事便乗型資本主義の正体を暴く（上・下）』岩波書店,2011（原著 2007）。
- (3)二木立「私の『医療者の自己改革論』の軌跡」『文化連情報』2019年9月号（498号）：10-17頁（『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,終章（199-210頁））。
- (4)二木立『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,第2章第5節「『新成長戦略』と『医療産業研究会報告書』を読む」（50-57頁）、第6章「医療ツーリズムの市場規模の超過大表示」（58-63頁）。
- (5)二木立『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,第2章第6節「医療ツーリズムの新種『病院輸出』は成功するか？」（100-103頁）。
- (6)二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由—二つのジレンマにも触れながら」『文化連情報』2021年6月号（519号）：18-25頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』第3章第3節（104-116頁））。
- (7)二木立『医療改革と病院』勁草書房,2004,第1章「小泉政権の医療改革の中間総括—『抜本改革』から『部分改革』へ」の21頁。
- (8)二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房,2007,第2章第1節2「混合診療問題の政治決着の評価と医療機関への影響」（45-57頁）。
- (9)二木立「財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の検討—混合診療全面解禁からの転換時期を中心に」『文化連情報』2021年10月号（523号）：20-27頁（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,第4章（117-127頁））。
- (10)佐高信『当世好き嫌い人物事典』旬報社,2022,376頁。

[本稿は『日本医事新報』2022年8月6日号に掲載した「日経・日経センターの医療制度「改革提言」はどこが問題か？」に大幅に加筆したものです。]

## 2. 寄稿：『民医連医療』600号に寄せて

（『民医連医療』2022年9月号（600号）：10-11頁）

### 私の『民医連医療』との出会い

『民医連医療』600号到達、おめでとうございます。

実は私は、『民医連医療』創刊の翌年（1966年）からの読者で、『民医連医療』を読み始めてから今年で57年目になります。私は1966年に東京医科歯科大学医学部（正確に言えば、医学部進学前の教養部）に入学して「医学生運動」を始め、そのときに『民医連医療』に出会いました。

当時、私を含めた活動家には医学・医療の位置づけ等の「原理的」問題についての関心が強かったのですが、『民医連医療』3～8号（1966～68年。当時は年2回刊）には、ベテラン医師による「医学医療の階級性について」（橋本雅弘）、「民医連医学医療の階級性」（内田敬止）、「民医連における臨床医学方法論の確立と自覚の重要性」（浜野創作）等、骨太の論文が毎号のように掲載され、少し遅れて1970年の15号では「医学方法論と階級性問題」という特集も組まれました。しかも、当時は、民医連外の研究者も加わって、活発な誌上論争が行われていました。

その後、このような原理的論争は民医連内外でほとんど行われなくなりましたが、私には、医学生運動をしながら社会科学の古典を熟読したことと共に、懐かしい思い出です。

### 「二木ゼミ」で『民医連医療』論文を紹介

私は東京医科歯科大学を卒業した直後の1972年に東京民医連・代々木病院に就職し、主に脳卒中患者の「早期リハビリテーション」に従事した後、1985年に日本福祉大学教授に転身しましたが、その後も2004年まで同病院で非常勤で診療を続けました。それを終了した後も民医連のご厚意で、「民医連新聞」と『民医連医療』を送っていただいています。

「民医連新聞」は民医連職員向けの「機関紙」の性格が強いと思いますが、『民医連医療』には民医連職員以外にも参考になる論文・記事がかなり掲載されると感じています。

私は日本福祉大学を定年退職した直後の2018年4月から、医療・福祉領域の（実証）研究能力を身につけるか、磨くことを希望する方を対象にして、月1回「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」を開催しており、そこで、『民医連医療』掲載論文で私が注目したものを時々、紹介・推薦しています。最近3年間に紹介したのは以下の5つです。

○石川民医連医療活動部（現医療介護福祉部）「無料低額診療事業を利用する外来通院患者の実態と課題—社会経済的状況、疾患の特徴、薬剤費自己負担金額の分析—」2020年11月号：38-43頁。

○特集「介護の未来をかけた特養あずみの里裁判をたたかって」2021年1月号。

○西岡大輔「エビデンスに基づいた医療現場における生活困窮者への支援—医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発」2021年5月号：24-27頁。

○舟越光彦「医療現場における生活困窮者への支援～『医療・介護スタッフのための経済的支援ツール』と『症例事例集』の開発と活用」2021年6月号：24-27頁。

○西岡大輔「無料低額診療事業の利用者の特性とその支援効果 京都無料低額診療事業研究

を中心に」2022年3月号：8-11頁（特集：いま、無料低額診療から考える）

### 社会的に弱い人々を支える報告に迫力

私は、民医連は社会的に弱い立場の人々や経済的に貧しい人々を医療面で支える「最後の砦」（の一つ）になっているし、そこに最大の存在意義があると思っています。その豊かな実践を踏まえた論文・特集は迫力があるし、このような論文・特集が継続的に掲載されている雑誌は『民医連医療』だけだと高く評価しています。従来は実践報告が中心でしたが、最近は実証研究論文も掲載されるようになってきていることに注目しています。上記西岡論文（2022）によると、無料低額診療事業について、民医連内外の研究者の共同研究も進んでいるそうです。その成果が『民医連医療』に掲載されることを楽しみにしています。

### 「たたかいと対応」が生きている

『民医連医療』が、他の革新的医療（運動）団体の機関誌と違うのは、医療運動に関する論文・特集だけでなく、医療経営の維持・発展のための論文・特集も継続的に掲載されることだと思います。

私から見ると、『民医連医療』の掲載論文は1980年代～1990年代初頭までは、政府の医療政策をほぼ全否定する「運動論的」ものが中心でした。例えば、今では信じられないことですが、当時民医連は加盟病院・診療所が老人保健施設を開設することにも反対していました。

しかし、その後、民医連は「医療・経営構造の転換」に取り組み、「たたかいと対応」の考えを確立しました（2000年の第34回総会決定等）。『民医連医療』にもこのような方針の発展が反映していると思います。

医療に限らず、多くの革新的（運動）団体は1990年代以降、組織力が急速に衰えているのとは異なり、民医連がその後も着実に発展している1つの理由は、医療経営の維持・発展に正面から取り組んだためだと私は判断しています。

コロナ禍への対応でも、「経営改善といのち・暮らしを守るたたかいを一体に」進めている報告や特集が継続的に掲載されていることに注目しています（例：2021年4月号、特集「危機的経営状況打開のために」（引用は靄内由紀子報告）。2021年5月号、特集「介護・福祉分野の重点 感染症対策・介護ウェーブ・事業基盤の強化」）。

今後も、「たたかいと対応」の複眼的視点から、民医連の病院・診療所、ひいては民医連外の医療機関の経営改善に資する論文・特集を掲載していただきたいと思います。

### 2つのお願い・注文

最後に、『民医連医療』についての2つの小さなお願い・注文を書きます。

1つは、現在ある「読者のひろば」とは別に、「編集部への手紙」（仮称）欄を設けて、『民医連医療』掲載論文・記事に対する異論を掲載することです。これにより、民医連内外での率直・活発な論争が恒常的に行われるようになれば、「開かれた民医連」づくりにも寄与すると思います。

もう1つは、書評（Book）欄を拡充することです。私から見ると、現在の書評欄で取り上げられる本は「運動系」に偏重しているので、医療政策・医療経営についての注目すべき本も幅広く紹介していただきたいと思います。それにより、民医連職員の勉強・知識の幅が広が



り、職員の力量がアップすると期待できます。

手前味噌ですが、私が2年に1度のペースで発行している一連の著書は、医療政策を「複眼的」に、しかも歴史的視点を持って分析しています。そのため、民医連が、今後の医療政策を正確に予測し、国民医療改善の運動を効果的に進めるための方針を確立する参考にもなると思います。ぜひ取り上げてください。最新著作は『2020年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房,2022年3月）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198回)(2022年分その6:9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。

#### ○ [アメリカにおける] 2型糖尿病への非医療的 [社会的要因への] 介入:エビデンス、実行可能な戦略、及び政策機会

Egede LE, et al: Nonmedical interventions for type 2 diabetes: Evidence, actionable strategies, and policy opportunities. Health Affairs 41 (7):963-970,2022 [文献レビュー]

本文献レビューは2型糖尿病のリスクを減らし臨床アウトカムを改善するようデザインされた非医療的介入研究を同定した。特に、構造的レイシズムと健康の社会的要因に焦点を当てた介入を見いだすよう努めた。選択した10論文の選択基準は以下の通りである:英語で書かれ、データベースに2022年1月までに収録され、アメリカで実施された研究;臨床試験、疑似臨床試験、または事前事後試験を実施;2型糖尿病の成人患者またはそのリスクを有する成人を含む;ヘモグロビンA1cレベル、血圧、脂質、セルフケアまたはQOLをアウトカムとして含む。8論文がランダム化試験、2論文が事前事後試験だった。

本文献レビューの結果は、対象を絞り、多要素のデザインで、医療的かつ非医療的アプローチを結合した介入は2型糖尿病のリスクを減らし、臨床アウトカムを改善できることを示している。HbA1cレベルは、プライマリケアの紹介と糖尿病に特化した支援を伴う食料提供、教育・技能訓練を伴う経済的動機付け、カウンセリング支援を伴う住居の再配置、及び医療電子記録を用いての非医療的介入の医療への統合によって、有意に改善した。本レビューで得られた知見は、関連する社会的要因に対処したり、構造的レイシズムに焦点を当てるようデザインされた非医療的介入の文献は少ないことを示している。本論文は最後に、2型糖尿病患者の構造的不平等に焦点を当て、社会的リスクを減らすための実行可能な戦略を提案し政策機会を示す。

**二木コメント**—本論文の「非医療的要因」は健康の社会的要因(SDH)と構造的レイシズムの2つを意味していますが、後者に焦点を当てた介入研究はなく、今回検討された10論文はすべて健康の社会的要因への介入研究です。10論文の結果の紹介は比較的丁寧に行われています。

なお、Health Affairs誌2022年7月号は「2型糖尿病」を特集し、本論文を含めて6論文を掲載しています。

#### ○ [アメリカにおける] 2型糖尿病患者のケアマネジメント:看護師、薬剤師、及びソーシャルワーカーの役割

Bodenheimer TS, et al: Care management for patients with type 2 diabetes: The roles of nurses, pharmacists, and social workers. Health Affairs 41 (7):947-954,2022 [総説]

2型糖尿病患者のマネジメントには時間がかかる。大半の患者が受診するのはプライマリケア医だが、彼らには時間がない。糖尿病ケアマネージャー(看護師、薬剤師、ソーシ

ャルワーカー、及び他のチームメンバー) による計画的患者訪問は、臨床医を支援し、しかも血糖値レベルの改善をもたらす。特に効果的なのは、看護師または薬剤師が医師の事前の承認なしに薬剤を調整するケアマネジメントである(ソーシャルワーカーはそれを禁じられている)。ケアマネジメント・プログラムは糖尿病患者の不平等とアウトカムに十分に注意を払う必要がある。プライマリケアで広範に実施されている糖尿病ケアマネジメントは以下のような障壁に直面している: 適切で多様で訓練を受けたケアネージャー人材の不足; ケアマネージャーの業務範囲を制限する規制; ケアマネジメントに優しくない(not supportive)支払いモデル。

これらの障壁に対処するためには広範な政策が必要とされている。特に、糖尿病ケアマネジメントの普及のためには、以下のような支払い方式の改革が必要である: ケアマネージャーの仕事に見合った支払いをする出来高払いコードの追加、ケアマネジメントで節減された費用をプライマリケアに払い戻す共同節減モデル(shared savings models); 及びプライマリケアの医療費割合を増やすことである。本論文では、2型糖尿病のケアマネジメントに関する鍵となる問いを探究し、公開されたエビデンスをレビューし、ケアマネジメントの普及の障壁を検討し、政策的解決策を示す。

**二木コメント** 上述した Health Affairs 誌 2022 年 7 月号の「糖尿病」特集の 1 論文です。本文では、糖尿病ケアマネジメントにおける、看護師、薬剤師、及びソーシャルワーカーの役割が詳細に書かれています。

**ソーシャルワーカーについての主な記述**は以下の通りです: アメリカの 2020 年の就業ソーシャルワーカーは 71.5 万人以上で、そのうち約 18.5 万人が"health care social worker" (保健医療ソーシャルワーカー)。health care social worker の多くはソーシャルワークの修士号を持つか、認定臨床ソーシャルワーカー(licensed clinical social worker) である。後者は修士号に加えて、追加的なスーパービジョンを受ける必要があり、特に精神保健領域のケアマネジメントで重要な役割を果たしている。修士レベルのソーシャルワーカーは患者に対して、糖尿病についての理解を助け、ライフスタイルを変えるのをコーチし、医療・地域資源を利用するのを支援し、在宅支援を提供し、健康の社会的要因に対処する。彼らは糖尿病に関して、ほぼすべてのケアマネジメント機能を果たせるが、検査結果の解釈と医薬品の調整はできない。なお、アメリカの"health care social worker"には日本の医療ソーシャルワーカーだけでなく、精神保健福祉士も含まれています。

本論文の筆頭執筆者のボーデンハイマーは、臨床医(カリフォルニア大学サンフランシスコ校医学部家庭・地域医学教授) であると共に、カナダ型の包括的な医療保障制度の実現を目指す医療改革運動の旗手で、以下の著書もあります: 『アメリカ医療の夢と現実—アメリカ医療を臨床面からみる』社会保険研究所,2000(グラムバッハとの共著。下村健・他訳。原著第 2 版(1999 年)の翻訳。原著は 2020 年に第 8 版! )。

## ○ [アメリカで健康・医療の] 平等に「到達する」—逆進的な価値に基づく支払いから進歩的な価値に基づく支払いへの進展

Gondi S, et al: "REACHing" for equity - Moving from regressive toward progressive value-based payment. NEJM 387(2):97-99,2022 [評論]

価値に基づく支払い運動は、過去 10 年間、アメリカの医療改革を特徴づけている。しか

し、相当の熱狂と投資にもかかわらず、これらの努力は大卒では失望に終わった。メディケア・メディケイド・センターの価値に基づく支払いモデルのほとんどは有意な医療費抑制や医療の質の改善に失敗した。おそらくもっと懸念されるのは多くの価値に基づく支払いプログラムが逆進的であり、健康の平等遂行の妨げになったことである。例えば、メディケアの実績に基づくインセンティブ支払方式は低所得成人を扱っている外来診療医に過度にペナルティーを与えている。同様にメディケアの3種類の病院対象の質に基づく支払いプログラムのすべてが、セーフティネット病院から資金を奪い、医療の不平等を悪化させるという予期せぬ結果を生んでいる。価値に基づく支払いが健康の平等を改善するのに失敗した主因は、それをデザインし実施する際に平等が優先されなかったからである。多くのプログラムは財政中立であるため勝者と敗者を生み、プログラム導入前から存在している差がそれに影響を与える。平等のための投資の明確なインセンティブがない限り、質に基づく支払いモデルに対する医療機関の対応は不平等を拡大する。

それに対して、メディケア・メディケイド・イノベーションセンターが最近示した新しいモデル—平等、アクセスと地域保健を実現する（ACO Realizing Equity, Access, and Community Health. 略称：ACO REACH）モデルは部分的に上記の懸念に答えたもので、価値ではなく平等を促進することを明示している。それには3つの意義がある（略）。これは重要な政策転換であるが、その効果はこの新しいモデルに参加する医療提供者と患者に限定される。価値に基づく支払い運動は従来医療費削減を優先していたが、健康の平等を促進するためには、医療が不足しニーズが満たされていない人々への医療費を増やす必要がある。

**二木コメント**—メディケアの価値に基づく支払いが医療費の抑制と医療の質の向上の同時達成に失敗しただけでなく、セーフティネット病院が不利な扱いを受けているとの文献レビューは本「ニューズレター」でも紹介しました（**【アメリカの】メディケアにおける病院の価値に基づく購入プログラムの早期のパフォーマンス—体系的文献レビュー**—Hong Y-R, et al: Early performance of hospital value-based purchasing program in Medicare - A systematic review. Medical Care 58 (8):734-743,2020. 本「ニューズレター」196号（2020年11月）。本論文は、このことを再確認した上で、不平等を改善するために導入予定の新しい REACH model の意義と限界を示しています。

## ○ **【アメリカの】メディケア病院再入院削減プログラムにおける【病院】層別化の3年間の影響**

Shashikumar SA, et al: Three-year impact of stratification in the Medicare hospital admissions reduction program. Health Affairs 41 (3):375-382,2022 [量的研究]

メディケア病院再入院削減プログラム（HRRP）は再入院率の高い病院に経済的ペナルティーを与える。2019会計年度にプログラムは、社会的リスクと再入院率の高さとの関連を調整するように変更された。新しい方式はメディケアとメディケイドの重複受給患者の割合により、病院を5グループに層別化し、全国平均ではなく、同一病院グループ内で再入院率を評価する。この方式が社会的に弱い人々（vulnerable population）を多数受け入れている病院に与えた影響はまだ研究されていない。

本研究では、層別化の前後で平均年間ペナルティ率がどう変化したかを、セーフティネッ

ト病院、農村部の病院、及び黒人とヒスパニック・ラティノ患者の割合が多い病院に注目して、調査した。その結果、重複受給の割合による層別化は、重複受給の割合が最も高い病院でのペナルティの 0.09 パーセンテッジポイント低下、同農村部の病院での 0.08 パーセンテッジポイント低下、黒人とヒスパニック・ラティノ患者の割合の多い病院での 0.06 パーセンテッジポイント低下と有意に関連していた。他の要因を完全に調整した分析により、このようなパターンの変化は、農村部の病院、黒人とヒスパニック・ラティノ患者の多い病院に対するペナルティ軽減によって生じたことが示唆された。これらの病院に対するペナルティを少し減らしたことは、層別化の義務化は HRRP 内での平等に対するささやかな (modest) 一歩になったと結論づけられる。

**二木コメント** 再入院率の高い病院に対する全国一律のペナルティが、農村部の病院やマイノリティーを多数受け入れている病院を不当に扱っていることは以前から指摘されており、本「ニューズレター」でも論文を紹介していました（**[アメリカ・メディケアの] 病院への再入院削減プログラムのパフォーマンス評価とペナルティにおける社会的リスク要因の調整** Maddox HEJ, et al: Adjusting for social factors impacts performance and penalties in the hospital readmission reduction program. Health Services Research 54(2):327-336,2019.本「ニューズレター」181号(2019年8月)）。本論文は、2019年改革が病院の平等な扱いに対する「ささやかな」一歩になったことを定量的に示しています。

### ○経済的インセンティブは慢性疾患を持つ[アメリカの]メディケア加入者の[医療]利用に影響するか？

Buttorff C, et al: Do financial incentives affect utilization for chronically ill Medicare beneficiaries? Medical Care 60(4):302-310,2022 [量的研究]

本研究の目的はメディケア・アドバンテージ [下記「二木コメント」参照] 加入者の医療受診の価格感受性を調べることである。2014~2017年のメディケア・アドバンテージ受診データを用いた。これはメディケア・メディケイド・イノベーションセンターの評価の一部である。自己負担が2つのアウトカム・カテゴリー (専門医とプライマリケア医別の受診回数と受診確率) に与える影響を分析した。主な独立変数を受診当たりの自己負担額とする回帰分析を行った。回帰分析では、独立変数にメディケア加入者レベルと保険者レベルの諸特性も投入した。4つの慢性疾患 (うっ血性心不全、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、高血圧) を最低1つ持つメディケア加入者を対照群と比較した。4年間のうち最低限1年間メディケアに加入していることを条件にして、371,140 加入者・年データを得た。

その結果、プライマリケア医受診と専門医受診の自己負担引き下げは共に両者の受診増加と関連していたが、弾性値は-0.20 未満で小さかった。プライマリケア医受診の自己負担引き下げによるプライマリケア医受診と専門医受診の代替効果のエビデンスも得られ、それは心臓病専門医と内分泌疾患専門医で顕著だった。プライマリケア医受診の自己負担引き下げによりこれら2つの専門医受診が減少した。以上から、慢性疾患を有する患者は自己負担に反応するが、その程度は小さいと結論づけられる。プライマリケア医受診の自己負担引き下げが一部の専門医受診減をもたらすことは、プライマリケア医受診の自己負担の引き下げが専門医受診を減らす効果的方法であり、仮に専門医受診が過剰である場合は望ましいアウトカムであることを示唆している。

**二木コメント**—プライマリケア医受診の自己負担引き下げが専門医受診を減らす代替効果を持つことは興味深いと思いました。

**メディケア・アドバンテージ**はメディケア・パートCとも呼ばれ、保険料は連邦政府が徴収するが、民間保険会社が運営する医療保険で、1997年にメディケア運営費削減を目的として制度化されました。その多くは受診できる医療機関が限定されたマネジドケア型保険で、入院・外来・薬剤を包括的に給付し、出来高払いのオリジナル・メディケアに比べ、プライマリケア医受診の自己負担が少ないとされています。メディケア・アドバンテージ加入者は近年急増し、2022年4月には2900万人となりメディケア加入者総数の46%に達し、2025年には過半数となると予測されているそうです (Jacobson GA, et al: Medicare Advantage enrollment growth Implications for the US health care system. JAMA 327(24):2393-2394,2022)。

### ○社会医療保険の給付拡大の影響：韓国からのエビデンス

Lee HM, et al: The impact of benefits coverage expansion of social health insurance: Evidence from Korea. Health Policy 126(9):837-932,2022 [政策研究・量的研究]

韓国には強制加入の社会保険が存在するが、総医療費中の自己負担割合は相当高い(2018年で32.5%、OECD平均は20.1%)。2013年に韓国政府は、最高額疾患群 (the costliest disease groups. 心血管疾患、脳血管疾患、がん及び難治性疾患) の社会保険給付を拡大した。2010-2016年の全国パネルデータ中の個々の患者の縦断的情報を分析し、政策変更が医療費、医療利用、補足的民間医療保険加入に与えた影響を推計した。他の健康関連および経済的尺度への影響も追加的に評価した。エントロピー・バランス重み付けを行った差の差法により、公的医療保険の給付拡大は自己負担を30%減らしたが、医療利用の増加は生じなかったことを示した。給付拡大の影響は社会経済的条件が上位の個人では小さく、彼らは政策変更で影響されない他の高額なサービスを利用する傾向があった。社会保険給付拡大が補足的民間医療保険の需要を変えたとのエビデンスは得られなかった。改革後もまだ相当(約10%)の医療サービスが社会保険給付から除外されているが、本研究ではそれらが患者に与える経済的負担は検討できていない。

**二木コメント**—朴槿恵(保守)政権時代の医療保険給付拡大の影響を緻密に分析しています。自己負担が引き下げられたにもかかわらず、当該医療サービスの利用が増えなかったのは意外です。

なお、韓国の health expenditure (医療費+介護費) の対GDP比は2005年には4.8%でOECD平均を大幅に下回っていましたが、その後急上昇し続け、2020年には8.4%となり、OECD平均の9.7%に近づいています (OECD:Health at a Glance 2021.ウェブ上に公開)。

### ○親孝行の逆説：[シンガポールでは] 子どもから援助を受けることは[親の] QOLとマイナスの関連があるかも知れない

Ang S, et al: The filial piety paradox: Receiving social support from children can be negatively associated with quality of life. Social Science & Medicine 303(2022) 114996, 5 pages.

アジア諸国には親孝行の強い規範があるにもかかわらず、子どもの援助が高齢の親の幸福 (well-being) を高めるか否かについてはほとんど知られていない。本研究は、援助の源泉

(子ども／子ども以外の援助)と形態(金銭的援助、家事援助等)が高齢の親のQOLと関連があるか、あるとしたらどのように関連するかを検証することを目指す。シンガポールの高齢成人の2時点縦断調査から得られたデータ(N=2887)を用いて、2時点媒介分析(two-wave mediation analyses)を行い、援助の源泉・形態とQOLとの関連、及び自己マスタリー(personal mastery, 個人が自己の生活のコントロール感を持つ程度)がどの程度これらの関連を媒介しているかを検証した。

その結果、より多くの子どもから金銭的援助を受けることは男親のQOLを高めるが、女親のQOLはより多くの子どもから家事援助を受けると低下することを見いだした。これらの関係は部分的には自己マスタリーの上昇(男親に対して)または下降(女親に対して)で媒介されていた。これらの所見は、高齢の親に提供される援助の形態と源泉の両方が重要であることを示唆している。子どもから援助を受けることは必ずしも高齢の親に益するとは言えない可能性がある。高齢の親を援助しつつ、彼らに高いQOLを維持するのに十分なコントロール感を与えるには、どのようにすべきかにもっと注意を向けるべきである。

**二木コメント**—シンガポールは、歴史的には国家主導の福祉国家化ではなく、親孝行を重視する儒教精神に基づく福祉社会化を目指してきました。それだけに、子どもの援助の影響は男親と女親では異なり、子どもによる家事援助は女親のQOLを低めるとの結果は興味深いと思います。なお、"social support"は一般には「ソーシャルサポート」と表記されますが、この論文(シンガポール)ではそれはほとんど子ども・親族からの援助を意味するので、「援助」と訳しました。

## ○ [英文の6つの] 医療マネジメント雑誌のトピックスとテーマのテキストマイニング研究：1998-2018

Zengul FD, et al: A text mining study of topics and trends in health care management journals: 1998-2018. Health Care Management Review 47(2):144-154,2022 [テキストマイニング]

自然言語処理とテキストマイニングの進歩は医療マネジメント文献におけるテーマの趨勢を理解するための強力な武器を与えている。本研究の目的は、機械学習、特にテキストマイニングと自然言語処理を、医療マネジメント研究を要約する生きた方法として導入することである。もう1つの目的は、医療マネジメント研究の主な焦点を示し、過去20年間の文献の趨勢の変化を要約することである。1998~2018年に英文の6つの医療マネジメント雑誌に掲載された2813論文の要旨を、潜在意味解析、トピック分析、および多重対応分析により評価した。

2813論文の潜在意味解析とトピック分析により、8つの異なったトピックスが得られた。それらのうち、3つのトピックス(リーダーシップと変容、労働力のウェルビーイング、及び医療提供)は増加傾向にあったが、他の5つ(組織のパフォーマンス、患者中心、技術とイノベーション、経営管理、及びジェンダーへの配慮)は減少傾向にあった。4つの雑誌—Frontiers of Health Services Management, Journal of Healthcare Management, Health Care Management Review, and Advances in Health Care Management—は、ファイナンス、組織のパフォーマンス、技術とイノベーション、経営管理とジェンダーへの配慮、及び労働力のウェルビーイングと強い関連があった。The Journal of Health Management と Journal of Health Organization and Management は、他の4誌と上記トピックス—医療提供とリーダー

ーシップは除いてーから距離を置いていた。以上から、各雑誌と研究トピックスには強い関連があり、研究トピックスは医療環境の変化に対応して発展すると結論づけられる。

**二木コメント**ーテキストマイニングの諸手法を用いた研究ですが、結果は陳腐で、So what? (Et alors?) です。このような「機械的」研究手法は"playing with new toys"と揶揄されます。本論文を読んで、テキストマイニングは研究手法としてはほとんど意味がないと改めて感じました。

## COVID-19 に関連した医療組織の行動と方針がアメリカの内科医の知覚された組織的支援に与えた影響：全国調査

Sonis J, et al: Effects of healthcare organization actions and policies related to COVID-19 on perceived organizational support among U.S. internists: A national study. *Journal of Healthcare Management* 67 (3):192-205,2022 [量的研究]

[「知覚された組織的支援」(POS)とは、Eisenberger 等が 1986 年に提唱した概念で、「組織による従業員への支援について、彼ら・彼女らが抱く全般的信念であり、個人と組織との関係性の質を表す概念とも言われて」います(佐藤佑樹「知覚された組織的支援(Perceived Organization Support)研究の展望」『経営行動科学』27(1):13-34,2014(ウェブ上に公開)]

POS は医療従事者のメンタルヘルスを改善する可能性があるが、COVID-19 パンデミック中に POS を改善した組織的要因については知られていない。本研究の目的は、医療組織が POS を改善するために導入できる COVID-19 に関する行動と方針を明らかにすること、及び POS が医師のメンタルヘルス、燃え尽き、および診療から離れる意思に与える影響を評価することである。アメリカ内科医会(ACP)会員である内科医に対するオンラインの全国横断パネル調査を 2020 年 9-10 月に行った。POS は 4 項目・各 5 点法の尺度で、Eisenberger の知覚された組織的支援指数をパンデミックに適応させた。メンタルヘルスのアウトカムと燃え尽きは、簡便スクリーニング尺度で測定した。

主な結果は以下の通りである。回答率は 37.8% (N=810) であった。医療組織のすべての行動と方針及び潜在的交絡因子を含んだ線形重回帰モデルでは、医療組織の以下の 3 つの行動と方針は独立して高レベルの POS と関連していた：COVID-19 に関連した倫理的事項を議論する機会 ( $\beta$  (回帰係数)=0.74,  $p=0.001$ )、個人用防護具 (PPE) への適切なアクセス ( $\beta=1.00, p=0.005$ )、COVID-19 に関連した医師の懸念を聴くリーダーシップ ( $\beta=3.58, p<0.001$ )。COVID-19 の安全についてずけずけ言ったり、パンデミック対応を拒否する医師への制裁 (sanctioning) は低い POS ( $\beta=-2.06, p<0.001$ ) と関連していた。多変量ロジスティック回帰モデルによると、高い POS は、全般性不安、うつ、PTSD、燃え尽き、および 5 年以内に診療から離れる意思の低いオッズ比 (半分～三分の二) と関連していた。以上の結果は、医療組織は COVID-19 パンデミック中に適切に対応すれば、医師の POS を高めることができる可能性を示唆している。

**二木コメント**ー「知覚された組織的支援」(POS)という概念は初めて知りましたが、医療従事者のメンタルヘルスを維持・改善する上で重要・有効であると感じました。日本での追試が期待されます。



## 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 212)ー最近知った名言・警句

### <研究と研究者の役割>

○安藤忠雄（建築家。2009年と2014年に癌の手術のため5臓を失ったが、80歳の今も国内外で多数のプロジェクトを手がけ、「今が一番元気」と宣言）「私は自分のことを高齢者だと思っただけありません。不思議なことに、一度もね。体力は前よりありますし、好奇心もあって勉強したいという気持ちも前と変わらない。『安藤さん、何歳まで生きるんですか』とよく聞かれますが、それはわからない。心配なのは、自分のことより社会の未来」（「毎日新聞」2022年6月19日朝刊、「池上彰のこれ聞いていいですか？」）。二木コメントー私は安藤さんより5歳年下ですが、ほぼ似たような感覚を持っています。

○夏井いつき（俳人。人気テレビ番組「プレバト!!」へのレギュラー出演で全国的な俳句ブームを牽引。俳句振興のため全国を飛び回る。65歳）「気分転換なんて必要ない。24時間、俳句に携わっているだけで十分に幸せなんです」（「読売新聞」2022年8月14日朝刊）。二木コメントー残念ながら、私はまだ（&おそらくこれからも）この心境には達していません。

### <その他>

○佐高信（政治評論家）「講演などで私は『いい人』とは『だまされやすい人』であり、『だまされるほど自分はいい人だ』と思いたい人だと断言している。そして、『いい人』は結局、その上に『どうでも』がつく『いい人』になる、とダメを押す」「とりわけ、この国において、素直さは美德ではないのである」（『当世好き嫌い人物事典』旬報社,2022,153, 162頁）。二木コメントー前半の言葉は、私が代々木病院勤務医時代に知り、現在も、「二木立氏のプロフィール」で、私の「生活信条」の1つとしてあげている次の言葉に通じると感じました。

○「優しい男というのは、裏を返せば優柔不断なだけだ」（演劇雑誌『AG』の無署名記事に載っていた言葉。掲載号・年は失念）。

○落合恵子氏の亡くなった親友「『現代のエリート』って、わたしはこう思うのよ。学歴とか、そんなんじゃないで、闘い続けられる人なのよ。同時にミッションを捨てないでいられるひとなのよ」（佐高信『当世好き嫌い人物事典』旬報社,2022,79頁）。

○看護師でシングルマザーのゴリラママさん（仮名）の息子（小学4年生。ADHD（注意欠陥・多動性障害）、反抗挑戦障害、軽度知的障害と診断されている）[学校で出された「自分のいいところを書こう」という課題に、短く]「生きてる」[とだけ書いた。これを読んで母親は、息子を抱きしめ、こう述べた。]「生きていることだけで花丸なんです」。（「僕の長所『生きてる』こと 小4息子が回答、母は涙した」 「朝日新聞 DIGITAL」2020年12月10日（若松真平記者）。二木コメントー私は、特に哲学者が、生きている意味をいろいろ解釈するのが大嫌いなので、このもっともシンプルな答えに大いに共感しました。

## 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16回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」54号（2022年8月14日）から転載  
※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o私好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○康永秀生『必ずアクセプトされる医学英語論文完全攻略 50 の鉄則』金原出版,2016年,第11章「査読コメントの書き方」（177-188頁）。

…私は学長時代の2016年にこの本の第11章を読んで感激し、大学院委員会（執行部）に次のメールを出し、全研究科で配付することを勧めた。<この本は書名の通り、医学英語論文執筆の指南書ですが、第11章「査読コメントの書き方」は日本語論文の査読にもそのまま使えます。特に、「査読者の心得7ヶ条」（184-186頁）は大変良くできており、しかもそのまま本学教員の修論・博論審査時の心構えとしても使えると思います。7ヶ条は、2「建設的・教育的コメントに徹すべし」、3「あら探しに終始するべからず」、4「Limitationを許容すべし」（投稿されたjournalのレベルを考慮しつつ、ある程度のlimitationは許容すべし」と5「自己流を押し付けるべからず」など、いずれも公平で客観的審査を行う上で不可欠な心得です。>

○加藤憲「査読者から見た論文作成に至るまでに検討すべき倫理的課題」『日本医療・病院管理学会誌』57(1): 46-49頁,2020年。（ウェブ上に公開）

…「研究倫理」についての報告や注意文書等は最近急増しているが、加藤氏の査読者としての体験に基づいた3点の問題提起は、大変迫力がある。加藤氏には2020年5月の「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」の7月研究会でこのテーマで「特別報告」をしていただいた。  
※7月研究会の30秒間スピーチで、××氏が「査読者の心得についての文献がなくて困っている」という趣旨の発言をしたので、上記2文献を教えた。なお、両文献は査読者向きで、査読される側（院生等）向きではないので、毎年4月に大学院で配付する<大学院「入院」生のための論文の書き方・研究方法論等の私的推薦図書>リストには入れていない。

### B. 医療・福祉関連

○アメリカ医療保障制度に関する研究会編『アメリカ医療保障制度に関する調査研究報告書 2021年度版』医療経済研究機構,2022年3月（実際の発行は7月）。

…医療経済研究機構が、在米の日本人研究者の参加も得て、継続的に収集している、アメリカの医療制度に関する基礎データと制度改革についての最新情報を掲載（本年2月現在）。冒頭、「COVID-19の感染状況と対策」を特集（全255頁）。**アメリカ医療の研究者は必携。**

○社会医療法人石川記念会 HITO 病院『iPhoneでできる病院DX』2022年4月。

…愛媛県四国中央市の中核病院であるHITO病院（257床、職員数約600人）が、2018年以降導入している業務端末としてiPhoneを用いた病院DXのノウハウを詳しく紹介：院内コミュニケーション・院内教育、日本初のiPhoneカルテ、リモート医療と地域連携・多職種連携等。

○日本在宅療養支援医協会「在宅医療の安全確保に関する調査報告書」2022年5月12日発表（ウェブ上に公開：<http://www.zaitakuiryo.or.jp/>）

…2022年1月に埼玉県ふじみ野市で訪問診療医が患者遺族に殺害される事件が発生したこ

とを機に、今後の在宅医療の安全確保に役立てる目的で、同年2月に、協会会員等を対象に緊急でインターネット調査を行い、150件の回答を得た。その結果、理不尽な要求、クレームは57%が、身の危険を感じるような経験も40%が経験していることが明らかになった！本調査ではそれらの具体例も示している。在宅医療・ケアの実践者・関係者必読。

○辻麻梨子・他「保険適用開始で社会の問題に 不妊治療はひとつとですか？」『週刊東洋経済』2022年6月11日号：72-77頁。

…本年4月の不妊治療の保険適用拡大が実施医療機関と利用者に与えた影響と不妊治療の最新データを示す。吉村泰典医師は「不妊治療の保険適用だけでは少子化対策につながらない」、「韓国など、不妊治療を保険適用にした他国はいくつかあるが、少子化には歯止めがかからなかった」と証言。

○近藤克則『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか【第2版】』医学書院,2022年6月。

本書初版（2005年）は「健康格差社会」という用語・概念を日本に定着させた。第2版は、その後17年間の近藤氏（グループ）と世界の社会疫学の実証研究の進歩・成果を踏まえて、初版を大幅にパワーアップし、健康格差社会（克服）の理論と仮説体系を描き、到達点と今後の課題を示す。Ⅰ「健康格差社会と求められる総合的な対策」（第1・2章）は本書全体の簡潔な総括・総論で、Ⅱ～Ⅴ（第3～17章）がそれを裏付ける各論。第2版で新たに書かれたⅢ第6章「『病は気から』はどこまで実証されているか」はchallenging。Ⅳ第11章「所得格差と健康」と同第12章「コミュニティの力、再発見！」は、相対所得仮説とソーシャルキャピタルについての研究論争をバランス良く紹介し、それらが「いまだに理論仮説にとどまっている」ことを認めている。小さいことだが、「健康の社会的決定要因」という訳語や「生活習慣病」という健康の社会的要因を無視した用語を無批判に使っていることには疑問があり、「コラム」でこれら用語の問題点を解説してほしかった。

○岩村正彦・髙さやか・中野妙子編『社会保障制度 国際比較でみる年金・医療・介護 [シリーズ 超高齢社会のデザイン]』東京大学出版会,2022年6月。

…社会保障法学の視点から、各制度について、2か国を選んで、制度の概観と特徴等を探究し、日本との比較を行う。年金についてはフランスとチリ（！？）、医療についてはフランスとイギリス、介護についてはドイツとスウェーデンを選定。各国の選定基準は一貫しておらず、年金・医療・介護を含む社会保障制度全体の国際比較もしていない。分析も浅い。

○特集「選定療養・評価療養制度のこれから」『病院』2022年7月号：570-603+55-560頁。

…7論文と1対談が、選定療養・評価療養制度の現状と改革課題について広く浅く論じている。私は、八代尚宏氏が、混合診療原則解禁論（「混合診療は原則自由、必要に応じて例外的に禁止するネガティブリスト方式に改革」588頁）を、壊れたレコードのように主張していることに呆れた。対談で、リバタリアンと自己規定する印南一路氏が、「市場原理主義者ではありません」、「混合診療の原則解禁には明確に反対」と明言したことにも注目した。

○近藤誠『医者「言わない」こと』毎日新聞出版,2022年7月。

…帯封の「『病気』は医者がつくりだす！」は扇情的だが、（がん）健診の効果の否定等、主張の多くはきちんと根拠文献を示しており、説得力がある。「元気でご飯がおいしいときは、長生きするために病気を早期発見する、という考えを捨て去りましょう。そして、なにか不都合な自覚症状が出てから、対処法を考える」（206頁）は私も長年（ほぼ）実践している。

「日本人は、自身が健康であることにもっと自信を持ったほうがいい」（79頁）にも賛同。ただし、分子標的薬や免疫療法薬等、最新のがん治療薬について「それらの比較試験にはインチキがあり、信用できない薬剤」と全否定することには疑問（157頁）。

○特集「『骨太の方針 2022』をめぐって」『国民医療』355号：2-50頁、2022年8月。

…「骨太の方針 2022」の経済財政政策と社会保障・医療・福祉政策を、横山壽一、寺尾正之、松山洋、長友薫輝、山崎光弘の5氏が多面的に批判。多くの論文が「骨太の方針 2022」と財政制度等審議会「建議」を一体視して批判。私から見ると「骨太方針 2022」の提起を過大視。

### ○「＜医療政策ヒストリー座談会録＞第8回「2006（平成18）年医療提供体制改革」

『医療と社会』32(2):151-234頁、2022年8月。

…小泉純一郎内閣が2006年に行った医療制度改革のうち「医療提供体制改革」（医療法等7本の法改正）について、それを担当した厚生労働省医政局長と4人の課長が座談会形式で率直に語り、新田秀樹氏が、冒頭、それらのポイントを簡潔に「解説」している（152-158頁）。特集の白眉は、医療法人改革を「一手に引き受けて」取りまとめた山下護氏（当時・医政局指導課指導課長補佐）の追加インタビュー（193-211頁）とインタビュー質問票に対する詳細な事前回答（219-229頁）。氏は「株式会社に繋がってしまうので医療法人制度改革は必ずやり遂げなければならないという危機感で突き進み」、「医業経営の非営利性等に関する検討会」座長の田中滋氏の指導を受けながら、医療法人の非営利性を強化するため、医療法改正に社会医療法人や新設される医療法人の出資持ち分禁止を盛り込んだが、日本医師会等の反対で、既存の持分あり医療法人を「当分の間」＝（別の法改正がない限り）「永久に」認めざるを得なかった。氏の、法改正に至る規制改革会議、医師会・医療法人協会等、自民党議員、財務省主税局・税務当局等とのやりとり・攻防の詳細な語りは迫力があり、資料的価値も高い。座談会本体では、以下の証言に興味を持った：①医療提供体制改革は医政局が「議論をリード」し、政治的な圧力で方針が変わることはなかった（161,167頁）。②介護療養病床の廃止方針は医政局にも「唐突に降りてきた」（185頁）。③日本看護協会・医政局看護課は看護師の行う業務を介護福祉士に認めることには「なんでも反対」した（191頁）。**医療政策研究者必読。**

### ○権丈善一「（インタビュー）生産性の考え方と福祉分野で留意すべきこと」『月刊福祉』

2022年9月号：12-18頁（聞き手：谷村誠）（9月号は特集「福祉における生産性とは」）

…国の規制改革会議や「日本経済新聞」の介護分野での生産性向上・人員基準緩和の主張を原理的に批判。「生産性」として、最近「付加価値生産性」が使われるようになってしまったが、これを医療・介護に当てはめるのは不適切。「医療・介護の場合は、分子となる付加価値の算出に公定価格が関わってきますので、付加価値生産性が高くなるか低くなるかは、ほとんどが診療報酬と介護報酬に依存しています」。サービス産業の生産性では「質」を分子に置くことをはっきりさせるべき。ただし、質を図ることは難しい等。医療・福祉の生産性については、権丈善一『ちょっと気になる医療と介護 増補版』第1章「働くことの意味とサービス経済の意味」（勁草書房、2018）の併読を勧める。特集はこのインタビューに加えて、5本のレポート（実践報告）を掲載しており、**福祉施設の経営者・幹部必読。**

### C. コロナ関連 (今回はなし)

### D. 政治・経済・社会関連

○千葉雅也『現代思想入門』講談社現代新書,2022年3月。

…9万部を超えるベストセラー。本書の「『現代思想』とは、1960年代から90年代を中心に、主にフランスで展開された『ポスト構造主義』の哲学を指し」、本書はそれの「入門のための入門」書。第1～3章のデリダ、トゥルーズ、フーコーの解説は比較的分かりやすいが、第4～7章・付録は駆け足的。私は、「物事を二項対立で捉えない」こと、「『差異』に注目する」ことは極めて重要と思うが、それは難解なフランスのポスト構造主義を学ばなくても身に付くと思う。本書を読んで、哲学は「趣味」・不毛であると改めて感じた。

○上岡直見『自動車の社会的費用・再考』緑風出版,2022年5月。

…宇沢弘文『自動車の社会的費用』(岩波書店,1974)出版から半世紀、改めてクルマ社会の負の側面を、「社会的費用」概念に依拠しつつ包括的に考察。6「現代の社会的費用論」は、宇沢氏以前の黎明期の社会的費用理論から、自動車の社会的費用を内部化する最新の研究までをコンパクトに紹介。宇沢氏の『社会的共通資本』(岩波新書,2000,105頁)の、「もともと、社会的共通資本の考え方は、自動車の社会的費用の概念を明確に理解するために考え出されたものであった」との述懐を何度も引用。宇沢氏は「自動車」を一括していたが、著者は乗用車と貨物車を区別し、後者の役割は認める(「インターネットは『物質転送機』ではない」(226頁)等)。その上で、終章で、「人と物の移動の自由を確保しながら、できるだけ自動車を走らせなくてもよい社会を目指すことが社会的共通資本を守ることにつながる」と主張(247頁)。

○蔵前勝久『自民党の魔力 権力と執念のキメラ』朝日新書,2022年7月。

…著者は朝日新聞記者・論説委員。「地方議員や地域のことをまとめて考えなければ『自民党とは何か』を追求できないと考え、20年近く前のメモも掘り起こして執筆。「一番強いやつが自民党」、「強さこそが正義」、「自民党は常に強者をのみ込んでいこうとする貪欲なブラックホール」であることがよく分かる。ただし、社会保障政策にはほとんど触れていない。

○緊急レポート「安倍晋三元首相『異次元』の航跡」『週刊東洋経済』2022年7月23日号：16-25頁&緊急特集「『安倍政治』の虚実」『週刊エコノミスト』2022年7月26日号：11-17頁。

…両誌とも識者の短文(各1頁)と編集委員の解説。前者の野村明弘「異次元の金融緩和が生んだ『アベノミクス』の遺産 経済政策の目標未達が、逆説的に政権の長期化に作用した」は深まっている：「安倍政権は3度、消費増税[延期]を選挙材料にした」、「[アベノミクスの]賞味期限切れは近い」等。軽部謙介「議論百出の経済政策 地道な検証が必要」も一読に値。後者では、水野和夫「ストックで分配の強化を」と浜矩子「使命は弱者救済のはず」に共感したが、全体として前者に比べ掘り下げ不足。両誌とも、安倍政権の医療・社会保障制度改革には触れていない。手前味噌だが、これについては、私の「第二次安倍内閣の医療・社会保障改革の総括」(『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,第2章第1節)が決定版で、これを超えるものは、今後もないと思う。

○森健+文藝春秋取材班「安倍元首相暗殺と統一教会」『文藝春秋』2022年9月号：94-117

頁（「緊急特集 テロルの総決算」（8 論文・インタビュー）の巻頭論文）。

…安倍首相暗殺事件の真相・深層に、「安倍家三代と統一教会」との関係、及び山上徹也の母親の統一教会入信により生じた「山上家の悲劇」の両側面から迫った迫真のルポルタージュ。安倍氏は、第一次政権までは統一教会と距離を置いていたが、民主党政権で下野して以降、急速に統一教会に近づいたこと、それが「やはり政権奪回、票のためだ」との後援会関係者の証言を示し、「山上が安倍を統一教会と結びつけたのなら、それは決して見当違いではなかった」と結ぶ。

**○曾我豪「本誌『語録』に刻まれた功と罪」『文藝春秋』2022年9月号：168-182頁。**

…『文藝春秋』に掲載された安倍氏の寄稿やインタビューに曾我氏の取材体験を加味して、「保守の原理主義者と現実的な機会主義者の両面を併せ持」った、安倍氏の「栄光と挫折」、「功と罪」を検証。安倍氏の「現実感覚は〔祖父の〕『岸政治』を反面教師とする姿勢にも濃厚に滲む」と指摘。私は、曾我氏の「改憲への作業スピードを上げないと、保守論客から突き上げを受けるのではないか？」との質問に対して、安倍氏が「（保守勢力にとって）私の代わりはいないでしょう」と平然と答えたことに注目した（178頁）。