

2023. 8. 5(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻229号)」 since 2005

229号の目次以下の通りです(6頁)

1. 論文：「骨太方針2023」等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度企画方針を複眼的に読む
(「二木教授の医療時評(212)」『文化連情報』2023年8月号(545号)：26-31頁) …2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算209回：2023年分その5：8論文) …8頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その223) –最近知った名言・警句……………14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27回)……………16頁

番外：日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で後期に開講する「医療・福祉経済論」の〈私的聴講〉のお知らせ……………26頁。

お知らせ

1. 本「ニュースレター」は本号から、原則として、毎月5日に配信します(再掲)。

『文化連情報』の「医療時評」を転載する「ニュースレター」は、同誌が発行される毎月5日に配信します。転載しない時は、今まで通り、1日に配信します。

2. 論文「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？」を

『日本医事新報』2023年8月5日号に掲載します。本「ニュースレター」230号(2023年9月5日配信)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ください。

1. 論文：「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

（「二木教授の医療時評」(212) 『文化趣情報』2023年8月号(543号) :26-31頁）

はじめに

岸田文雄内閣は6月16日、「経済財政運営と改革の基本方針2023」（以下、「骨太方針2023」）、「規制改革実施計画」と「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2023改訂版」を閣議決定しました。その3日前の6月13日には「こども未来戦略方針」も閣議決定しました。今回は、「骨太方針2023」と「こども未来戦略方針」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検討します。

その際、両者と財務省・財政制度等審議会が5月29日に取りまとめた「建議」、昨年「骨太方針2022」、及び昨年12月に公表された「全世代型社会保障構築会議報告書」（以下、「構築会議報告書」）との記述の異同に注目します(1, 2)。

結論的に言えば、少子化対策・こども政策のメニューは相当拡充されましたが、財源確保策はまたも先送りされました。社会保障・医療制度改革は今年度も新味に欠けますが、3つの小さな新味があることにも注意を喚起します。最後に、「かかりつけ医機能の強化」については、医療法改正で決着が付き、その枠を超える改革は当面行われないことが一連の文書で確認できることも指摘します。

こども政策のメニューは充実

「骨太方針2023」全体、というより岸田内閣の当面の改革課題の中心・目玉は、「少子化対策・こども政策の抜本強化」です。「骨太方針2022」では、（少子化対策・こども政策）は第2章2(2)の「包摂社会の実現」の下位項目でしたが、「骨太方針2023」では第2章3に独立・格上げされ、様々な「指針」・「プラン」・「対策」等がてんこ盛りのように書かれています。ただし、「骨太方針2023」は項目を羅列しているだけで、詳細を知るためには「こども未来戦略方針」を併せて読む必要があります。

医療関係でもっとも注目すべき改革は、後者に「2026年度を目途に、**出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める**」と書かれたことです(13頁)。

私は、今後も岸田内閣が存続した場合には、出産費用の「見える化」（全国調査）を踏まえて、出産費用の本体部分の保険適用と一部負担金（3割負担分）の国費等による補填、及び特別室等のアメニティ部分の併用療養費化等が実施される可能性が大きいと予測します。ただし、「政局の一寸先は闇」ですから、今後、何らかの事情で岸田内閣が退陣した場合には、出産費用の保険適用は白紙化・先送りされる可能性もあると思います。島崎謙治氏は、「骨太方針2023」に先だって3月末に発表された「次元の異なる少子化対策（試案）」に盛り込まれた出産費用の保険適用は「菅前総理のご執心」の政策で、骨太方針2023には「菅総理の顔を立てつつ、この問題を先送りしたいという気持ちにがにじみ出ている」と「深読み」しています(3)。

「こども未来戦略方針」のⅢ「『加速化プラン』において実施する具体的な施策」のなかでは、私は、1-(7)「子育て世帯に対する住宅支援の強化～子育てにやさしい住まいの拡充～」(5本柱)が

明記されたことが画期的だと思います（15-16頁）。この方針は、昨年の「構築会議報告書」が「住まいの確保」を重視したことの「子育て支援版」とも言えます。

他面、非正規職員の待遇・地位の向上に関しては、「希望する非正規雇用の方々の正規化を進める」（8頁）と微温的にしか書いていません。4頁に具体的数字を上げて明記されているように、男性の非正規の職員・従業員、特にパート・アルバイトの有配偶率が正規職員よりはるかに低い現実を踏まえると、私は、少子化対策の重要な柱は非正規雇用の縮小であり、非正規雇用は一時的、臨時的な仕事に限るよう派遣法を改正すべきと思います。小泉純一郎政権の下で、2004年に製造業による労働者派遣事業が解禁され、それ以降派遣労働者の数は劇的に増えたからです(4)。

なお、私はこども・子育て政策には大卒で賛成しますが、「構築会議報告書」の検討時に述べたように、「少子化・人口減少が日本に限らず世界的趨勢であること、特に日本も属する東アジアの諸国・地域では少子化（出生率低下）が日本を上回るスピードで進んでいることを考えると、少子化対策の有効性（出生率低下の反転・急上昇）には疑問を持っています」（2）。また、個人的には、「少子化対策」という上から目線の表現は好きになれません。

財源政策はまたも先送り

それはともあれ、「少子化対策・こども政策の抜本強化」策の最大の問題点は、3年間の「加速化プラン」による「予算倍増」（3.5兆円半ば）のための財源については、「今後更に政策の内容を検討し、内容に応じて、社会全体でどう支えるかさらに検討する」とされ、またもや先送りされたことです（17頁）。「またもや」と書いたのは、「構築会議報告書」でも先送りされていたからです。この手法は昨年、「骨太方針2022」で防衛費倍増の方針のみを示し、財源については年末まで先送りしたのと同じです。

「骨太方針2023」は、「財源の基本骨格」（これは「こども未来戦略方針」の用語）として、「歳出改革等によって得られる公費の節減等の効果及び**社会保険負担軽減の効果**を活用することによって、国民に実質的な追加負担を求めることなく、『こども・子育て支援加速化プラン』を推進する。なお、その**財源確保のための消費税を含めた新たな税負担は考えない**」と明記しています（17頁）。「こども未来戦略方針」は、財源確保策として「支援金制度（仮称）を構築すること」とし、それには「社会保険の賦課・徴収ルートを活用する」としていますが、「その詳細について年末に結論を出す」とやはり先送りしています（24-25頁）。

ここで、**社会保険を活用した「支援金制度」についての私の考え**を簡単に述べます。私は、社会保障の「財源（調達）は全員野球」との権丈善一氏の持論(5)に賛成であり、社会保険の一部を子育て政策に用いること自体には反対しません。社会保険を活用することには、消費税と異なり、企業も応分の負担をするというメリットもあります。しかし、私は、医療保険・介護保険では社会保険料が主財源で、租税が補助的財源であるのとは逆に、子育て政策は社会全体で連帯して負担する観点から、租税が主財源であり、社会保険料の活用は補助的である（べき）と考えています。そのために、「骨太方針2023」がこども・子育て支援加速化プランの「財源確保のための消費税を含めた新たな税負担は考えない」と逃げたことには強い疑問を感じます。

診療報酬・介護報酬の大幅引き下げ??

ここで「社会保険負担軽減」の本命・「主役」は、医療・介護給付費の削減と言えます。なぜなら、社会保険のうち現金給付である年金給付の削減は政治的に不可能であり、医療・介護保険の患者・

利用者負担増や保険給付範囲の縮小による「社会保険負担軽減」は金額的に言えば「脇役」だからです。

私は、従来の「骨太方針」の医療・介護給付費の抑制方針が「増加率の抑制」であったのと異なり、「社会保険負担軽減」と書いていることに驚きました。これを実現するためには、来年度、診療報酬・介護報酬を大幅に引き下げることが必要で、もしそれを強行すれば、小泉政権時代末期に生じた「医療危機（崩壊）」が再現する危険があります。

これは決して杞憂ではなく、『平成 24 年版厚生労働白書』も、以下のように、小泉政権時代の社会保障・医療制度改革の負の側面を断定形で書いていました。「一連の社会保障構造改革は、制度の持続可能性を重視したものであったが、他方でセーフティネット機能の低下や医療・介護の現場の疲弊などの問題が顕著にみられるようになった」（15 頁）（6）。

ただし、「骨太方針 2023」の第 4 章の 2「持続可能な社会保障制度の構築」の項には、以下のようにも書かれています。「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、**物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う**」（39 頁）。実は、6 月 7 日に発表された「骨太方針 2023」（原案 36 頁）では、この部分の後半は、「…**患者・利用者負担・保険料負担の抑制の必要性**を踏まえ、必要な対応を行う」と、診療報酬・介護報酬の抑制を強く示唆する表現でした。

この記述の変更は診療報酬等の引き上げを（わずかながらも）示唆しており、日本医師会をはじめとする医療・介護・福祉団体の強い要請が反映されていることは確実です。松本吉郎日本医師会会長も 6 月 25 日の日本医師会代議員会挨拶で、そのことに言及しました。そのため、今後、年末の来年度予算策定に向けて、診療報酬等の引き上げか引き下げかの攻防が続くのは確実です。

今までの診療報酬改定では、薬価を相当引き下げて、診療報酬本体をわずかに引き上げるとの妥協がなされてきましたが、①薬価の毎年改定による引き下げ財源の縮小、②後発薬使用の拡大と薬価引き下げが限界に達していること、および③過度の薬価引き下げが日本の製薬企業の創薬力の低下をもたらしていると言われていたことを踏まえると、薬価引き下げによる財源の捻出は来年度はごく限られると思います。

医療制度改革方針中の 3 つの小さな新味

第 4 章 2 の（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）には、さまざまな医療制度改革が羅列されていますが、昨年の「骨太方針 2022」以上に新味はありません。地域医療構想について、今年度は「引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化…」と、新たに「ガバナンス強化」というカタカナ語が加えられました（37 頁）。しかし、この新語を除けば、「骨太方針 2022」の「都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する」（31 頁）とほぼ同じと言えます。

敢えて小さな新味をあげれば、以下の 3 つと思います（記載順）。

第 1 は「医師が不足する地域への大学病院からの医師の派遣の継続を推進する」（37 頁）です。これは来年度から実施される「（勤務）医師の働き方改革」に対応したものとと言えます。

第 2 は医療介護分野における有料職業紹介事業の適正化で、以下のように書かれました。「医療介護分野における職業紹介について、関係機関が連携して、公的な職業紹介の機能の強化に取り組む

とともに、有料職業紹介事業の適正化に向けた指導監督や事例の周知を行う」（39頁）。これは、最近、医療介護分野の有料職業紹介が、医療施設・介護事業所の経営を圧迫していることに対して、行政が遅まきながら腰を上げたと言え、歓迎できます。

この記述は財政制度等審議会「建議」の介護保険の「給付の適正化」中の提案を、「医療介護分野」に拡張したものとと言えます。少し長いですが、重要かつ真っ当な提起なので、全文紹介します。「介護事業者の5割が人材紹介会社を活用しているが、一部の人手が不足している事業者が高額の経費を支払っていることに加え、必ずしも安定的な職員の確保につながっているとは言い難い。介護職員の給与は公費（税金）と保険料を財源としており、本来は職員の処遇改善に充てられるべきものである。このため、介護事業者向けの人材紹介会社については、現行の規制の徹底に加え、一般の人材紹介よりも厳しい対応が必要であるとともに、ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介を強化すべきである」（73頁）。「骨太方針2023」には反映されませんでした。また、「建議」の（参考資料）には、さらに踏み込んだ次の提案も書かれていました「介護事業者向けの人材紹介会社については、本人への『就職祝い金』の禁止など現行の規制の徹底に加え、手数料水準の設定など、一般の人材紹介よりも厳しい対応が必要」（資料Ⅳ-3-1）。

第3は地域包括ケアシステムの対象の拡大で、「持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題」（39頁）と書かれました。公式文書で、地域包括ケアシステムの対象に（非高齢者の）「障害サービス」が含まれたのは初めてです。現在、地域包括ケアの法的対象は高齢者に限定されていますが、今後「全世代型」に拡張されることが期待されます。

厳密に言えば、「骨太方針2019」にも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（60頁）が盛り込まれました(7,8)。しかし、このときは対象拡大は、障害者全体ではなく、精神障害者のみに限定されていました。「骨太方針2023」に先だって本年3月15日に開催された「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）」の資料にも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」と「障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会」の2つのポンチ絵が縦割りで示されていました(82,96頁)。「骨太方針2023」の前向きな記述が、2024年度の3報酬の同時改定にどう反映されるか、注視する必要があります。

実は、2020～2022年の「骨太方針」には地域包括ケアシステムの記述はありませんでしたが、「骨太方針2023」で4年ぶりに復活しました。逆に、地域包括ケアシステムの「上位概念」とされている「地域共生社会」の記述は「骨太方針2023」では消失し、「包摂的な共生社会」にはほぼ置き換えられています。その理由は不明です【注】。

かかりつけ医問題は政策的に終わった

最後に、医療制度改革の記述について、私は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進」とアッサリ(?)書かれていることに注目しました(37頁)。

「骨太方針2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と書き込まれて以来、それを「かかりつけ医の制度化」と誤読・誤解した組織や個人は、登録制・認定制、さらには包括払いや人頭払いのかかりつけ医制度の実現を執拗に求め、「かかりつけ医機能の強化」を求める日本医師会等と論争が繰り返されましたが、最終的に、後者に沿った医療法改正が本年5月に成立しました。これは、「かかりつけ医機能報告の創設」（2025年4月施行予定）と「医療機能情報提供体制の刷新」（2024年4月施行予定）の2つを柱としています。

財務省・財政制度等審議会は昨年5月の「建議」では、かかりつけ医の制度化を正面から主張しましたが、本年5月の建議では、法改正に対応して、「診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化」を求めるにとどめ、「かかりつけ医の制度化」には一言も触れませんでした(61頁)。これは財務省得意の「変わり身の早さ」(9)の現れと言え、「かかりつけ医の制度化」が制度改革の表舞台から消えた象徴と言えます。なお、財政制度等審議会は、かかりつけ医については、2015年度春の「建議」以降、ほぼ毎回、言及していますが、「かかりつけ医の制度化」を要求したのは2021年春・冬及び2022年春の3回の「建議」だけで、2022年冬の「建議」では、早くもそれへの言及を止めていました。この経緯と背景については、別稿で詳しく述べる予定です。

私は、**今後、医療界、特に医師会に求められるのは、医療法改正に沿った「かかりつけ医機能の強化」を、行政と連携して地域レベルで「面」として進めること**だと思います(10)。

【注】認知症基本法と『障害者白書』でも「地域共生社会」は使われず

6月14日成立の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、「共生社会」は法律名を含め9回使われましたが、「地域共生社会」は一度も使われませんでした。6月20日閣議了解の『令和5年版障害者白書』の「概要」でも、「共生社会」は8回使われましたが、「地域共生社会」は一度も使われませんでした。

これらは、「骨太方針2023」に続いて、政府文書による「地域共生社会」の無視・「シカト」三連発と言え、2016年の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」の「地域共生社会」の定義に「子供、高齢者・障害者など全ての人々が…」と明記されていたのと、全く異なります。

私は、地域共生社会について、「崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との『二重構造』になっている」と位置づけていますが(8)、政府文書レベルでは、もはや崇高な理念は失われたのかもしれない。

文献

- (1) 二木立「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」『文化連情報』2022年8月号(533号)：32-38頁。
- (2) 二木立「『全世代型社会保障構築会議報告書』を複眼的に読む」『文化連情報』2023年2月号(539号)：28-34頁。
- (3) 島崎謙治「出産費用の保険適用論について(医療政策の深読み・第62回)」『病院羅針盤』2023年5月1日号：232頁。
- (4) 藤波匠『なぜ少子化は止められないのか』日経プレミアシリーズ, 2023, 89-91頁。
- (5) 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房, 2017, 189-190頁(増補版, 2018, 191-192頁)。
- (6) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014, 169頁(「『平成24年版厚生労働白書』を複眼的に読む」)。
- (7) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 154頁(「『骨太方針2019』の社会保障改革方針をどう読むか」)。
- (8) 二木立「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」『文化連情報』2022年11月号(536号)：18-26頁。
- (9) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 117-127頁(「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」)。

(10) 二木立「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」『文化連情報』2023年4月号(541号):32-44頁。

[本論文は、『日本医事新報』2023年7月1日号掲載の「『骨太方針2023』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どう読むか?」(「深層を読み・真相を解く」(133))に大幅に加筆したものです。]

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算209回)(2023年分その5:8論文)

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

○健康の営利的要因の COVID-19 パンデミックへの影響を描写する:16 か国の事例研究の主題分析

Freeman T, et al: Illustrating the impact of commercial determinants of health on the global COVID-19 pandemic: Thematic analysis of 16 country case studies. Health Policy (August 2023)104860, 11 pages [国際比較研究]

健康の営利的要因の先行研究は主に非感染症に対する影響に焦点を当てている。しかし、それは感染性疾患や健康のより広い前提条件にも影響する。16か国の事例研究を通して、健康の営利的要因が COVID-19 パンデミック中にどのように可視化されたか、及びそれが各国の対応と健康アウトカムにどのように影響したかを示す。研究方法は比較質的事例研究デザインで、COVID-19 に別々に対処した低所得国(2)、中所得国(6)、高所得国(8)の合計16か国の専門家に各国の分析を依頼した。データ収集の枠組みを確立し、詳細な事例研究をまとめた。加えて、灰色文献や査読付き論文も用いた。迅速文献レビューを繰り返し、主題を同定・探究した。

その結果、健康の営利的要因が COVID-19 の蔓延に、感染を拡大する労働条件を通して影響していることを見いだした。それらは、不安定で低賃金の雇用、移民労働者の利用、PPE(個人防護具)等の保護的物品・サービスの調達面での制限、及び公的対策に反対してロビー活動する営利的アクターである。営利的要因はさらに、ワクチンの入手しやすさや各国の医療制度の COVID-19 への対応にも影響を与えることで、健康アウトカムにも影響していた。以上の知見は、健康、ウェルビーイング及び平等をガバナンスする政府の適切な役割を示すと共に、有害な(negative)健康の営利的要因を規制・対処することに寄与している。

二木コメント「健康の営利的要因」というレンズを通して、各国の COVID-19 対応のマイナス面に焦点を当てた国際比較研究です。COVID-19 対応の国際比較には、<各国がそれぞれ努力した>といった「予定調和的」なものが少なくないだけに、貴重と思います。韓国・台湾等アジアの国と地域も5つ含まれていますが、残念ながら日本は含まれません。

【情報提供】医師国家試験出題基準に「社会的な健康規定要因」

私は、2020年から、“social determinants of health”の日本での定訳「健康の社会的決定要因」は、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させるので不適切であり、「健康の社会的要因」が適切であると主張しています。藤野善久産業医科大学教授は同じ趣旨で、それ以前から「健康の社会的規定要因」を用いていました(『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,174-175頁)。

2023年4月に公表された令和6年版医師国家試験出題基準の「医療総論」のI保健医療論のCプライマリヘルスケアとプライマリ・ケア(33頁)に、「社会的な健康規定要因」が初めて含まれました。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001079483.pdf>

ただし、医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）では、「健康の社会的決定要因」が依然用いられており、速やかな訂正が期待されます。

https://www.mext.go.jp/content/20230207-mxt_igaku-000026049_00001.pdf

○ [アメリカで] 共和党員は [民主党員より] たくさんコロナで死んでいる：我々はなぜそれを気にするか

Morabia A: Republicans die more from COVID-19: Why we care. American Journal of Public Health 113(4):349, 2023 [評論 (巻頭言)]

2022年9月に全米経済研究所(NBER)はWallace等の、2018～2022年の2019年と比べた超過死亡の共和党員と民主党員間の差を個票で調べた研究を発表した。コロナ禍前の2018年には差がなかったが、コロナ禍後は共和党員の超過死亡率は民主党員より10.4%ポイント高く、1.5倍だった。もし2021年6月～2022年3月のCOVID-19による死亡23.4万人がワクチン接種で予防できたと仮定したら、14.04万人の共和党員の命が救えたと計算できる。共和党員のワクチン接種率が、民主党員より低いことはよく知られている。テキサス州保健省データではワクチン非接種者のCOVID-19死亡率は接種者より20倍も高い。

民主・共和両党の先鋭的党員間の激しい党派対立を踏まえると、一部の人はCOVID-19で共和党員がより多く死ぬとして、それを気にする必要があるのか？と思うかもしれない。しかしその答えは明白である。そのような考えは、すべての人々を救うという公衆衛生のアプローチと相容れない。上記NBER研究の重要な知見は、住民の50%以上がワクチン接種している郡では、党員間の超過死亡に差がないことである。つまり、ワクチン接種者は非接種者を守っているのである。一部のアメリカ人がワクチン接種をしない理由は3つあると考えられる(理由は略)。我々は共和党員がCOVID-19でより多く死ぬことを気にしなければならない。公衆衛生は包摂的であり、すべての人々—共和党員も、移民も、貧困者も—に手を差し伸べ、救わなければならない。

二木コメント—著者は『アメリカ公衆衛生学会誌』編集長です。学会誌、それも巻頭言に編集長によるこのような「先鋭的」評論が載ることは驚きです。アメリカにおける党派対立が、本来超党派であるべき公衆衛生にまで及んでいることがよく分かるので、「話の種」に紹介しました。冒頭に紹介されているNBERの研究は厳密な中立的実証研究です: Wallace J, et al: Excess death rates for Republicans and Democrats during the COVID-19 pandemic. NBER Working Paper 30512 (ウェブ上に公開)。なお、アメリカの有権者登録や予備選挙登録では、用紙に党名を記入する欄があり、そこに記入すると党員と扱われます。私は実態的には「党員」より「党支持者」に近いと思いますが、慣例通り「党員」と訳しました。

○ [アメリカの小児科プライマリケア] 医師の勤務時間外の電子医療記録記載の光と影の両面についての質的研究

Attipoe S, et al: A qualitative study of the dark and bright sides of physicians' electronic health record work outside work hours. Health Care Management Review 48(2):140-149, 2023 [質的研究]

電子的医療記録(以下、EHR)の導入は医師の勤務時間外の業務(夜間、週末、さらには休暇中の業務。以下、時間外業務)に大きく影響している。先行研究では、EHR時間外業務

によるストレスに伴う圧力が見出されているが、医師がこのストレスをどのように評価し対応しているか、及びその影響についての詳細な(nuanced)研究はまだなされていない。本研究はテクノストレス・モデルに基づいて、EHR時間外業務に伴う圧力と機会の両面を質的アプローチで探求する。アメリカ中西部のある大規模小児科病院グループと業務契約(affiliated)して外来診療を行っている小児科プライマリケア医 15 人への半構造化面接で得られたデータの主題分析を用い、EHR時間外業務に伴う圧力と機会を調査した。彼らの典型的な業務時間は午前7時から午後5時までだった。

その結果、医師たちは日常的にEHR時間外業務を行っていた。彼らはEHRが記録業務を増やし、その結果EHR時間外業務が増えたと感じ、EHRがどこでも使えることからくる負担感を持つと回答した。その反面、彼らはEHRがワーク・ライフ・バランス面で柔軟性をもたらすとも評価していた。彼らが示唆した業務マネジメント改善の方法は、EHRの使い勝手を増すこと、業務時間内に記録ができるよう仕事の流れを改善すること、およびEHR記録戦略とソフトウェアのアップグレードの両面でのトレーニングを増やすこと等だった。本研究は、EHR時間外業務がもたらす圧力と機会の両面、及びそれらの医師のウェルビーイングについてのエビデンスを示した。

二木コメント 医師のEHR時間外業務についての詳細な質的研究(主題分析)です。ただし、EHR導入により時間外業務がどの程度増加したかについての「量的調査」はされていません。先行研究がその影の面(圧力、バーンアウト)の分析偏重で光の面(機会)を無視していたのに対して、本研究はその両面を分析したことに特徴があるそうです。

○堅固なチームワークを支えるー技術と組織科学を架橋する

Mayo AT, et al: Supporting robust team work - Bridging technology and organizational science. NEJM 388(22):2019-2021, 2023 [評論]

医療組織は複雑な患者のニーズに応えるために、多数の専門職からなるチームを拡大しつつある。同じ時期に、離職者の多さや人員不足のために医療組織はしばしば臨時・派遣職員(temporary workforce)やモバイルワーカー[2個所以上の場所(自宅を含む)で働いたり、移動中に仕事する労働者ー二木]の雇用を増やさねばならず、医療チームの構造は過去のチームデザイン研究から得られた知見に反するようになってきている。チームの境界はあいまいになり、各職種の仕事も不安定になっている。さらに臨床医は歴史的に多職種と協働し、そこから学ぶ経験が不足している。このような課題に直面して、多くの医療組織はチーム医療を支える高価な技術(メッセージアプリや電子医療記録等のコミュニケーション・ツール)を導入しつつある。それらはコミュニケーションを促進するかも知れないが、効果的なチームワークを促進するという課題には十分答えられない可能性がある。この問題を解決するには、先進技術だけでなく、人間行動についての深い理解が必要であるが、医療分野の組織科学とその関連科学の数十年の実証研究から得られた知見は、ほとんどの医療研究に生かされていない。組織科学等の知見と技術進歩を統合することは堅固なチームワークを支える強力なテコになりうる。(以下略。以下、チームワークを強化する組織科学の最新研究(Mayoの2論文を含め2021~2023年発表の5論文)のポイントが紹介されている)

二木コメント 日本でも、最近の医療改革(手段)の議論は「医療DX」一色とも言えますが、その盲点を指摘した評論です。「チーム医療」や「医療分野の組織科学」の研究者必読

と思います。

○カナダでの複雑なニーズを持ち医療サービスを頻回利用する患者のための、プライマリケア診療所と病院との統合ケース・マネジメント：複数の症例を埋め込んだ研究

Hudon C, et al: Integrated case management between primary care clinics and hospitals for people with complex needs who frequently use healthcare services in Canada: A multiple-case embedded study. Health Policy 132(June 2023)104804, 8 pages [混合研究法]

ケースマネジメント（以下、CM）は、複雑なニーズを持ち医療サービスを頻回利用する患者のケアとアウトカムを改善すると認識されているが、プライマリケアと病院との関係については課題が残っている。本研究は、このような患者に対して、診療所の看護師が病院のケースマネージャーと協働する統合CMを実施し、評価することを目的としている。複数の症例を埋め込んだ事例研究を、カナダ・ケベック州の一地域で、3つの診療所と1病院で合計4日行った。調査開始時と6か月後に、以下の方法で混合データを集めた：統合CM参加者（病院のケースマネージャー、診療所看護師、CM病院プログラムのマネージャー、ソーシャルワーカー、栄養士、心理療法士、薬剤師、家庭医等）に対する個別の半構造化面接とフォーカス・グループ・インタビュー、患者への電話による書面調査（統合ケアとセルフ・マネジメントについての患者エクスペリエンス）、6か月間の病院の救急部門受診。

調査の結果、統合CMの実施は、すべての参加者が集合的リーダーシップを発揮し、特に医師がプログラムを支持するときに最適となった。6か月間プログラムを実施することで、大半の定量的アウトカム（ケア統合、セルフ・マネジメント、救急受診）も改善していた。以上から、プライマリケア診療所と病院との統合CMは期待ができるイノベーションと言える。集団的リーダーシップと医師の統合CMへの同意（buy-in）が、プログラム実施では特に重要である。

二木コメント—統合ケア・マネジメントの効果についての丁寧な事例研究です。医師の同意と参加が鍵というのは、日本と似ていると感じました。「複数の事例を埋め込んだ研究」（multiple-case embedded study）という用語は初めて目にしましたが、「分析の2つ以上のサブユニットを含み、質的方法と量的方法を統合した事例研究」だそうで、混合研究法の一つと言えます。

○【アメリカの】プライマリケア提供者は償還額削減にどう反応したか？【メディケア・】プライマリケア・インセンティブ・プログラム廃止から得られたエビデンス

Brunt CS: How do primary care providers respond to reimbursement cuts? Evidence from the termination of the Primary Care Incentive Program. Medical Care Research & Review 80(3):303-317, 2023 [量的研究]

メディケアの「プライマリケア・インセンティブ支払いプログラム」は適格(eligible)プライマリケア提供者(以下、PCP)に対して、2011～2015年、評価・管理料(E&M)の10%割り増し支払いを行った。PCPには、家庭医、老年科医、小児科医、内科医、ナース・プラクティショナー、認定臨床専門看護師とフィジシャン・アシスタントが含まれる。2012～2017年の継続的PCP（治療群）と、歴史的に同様のサービスを提供している不適格専門医（対照群）の標本を

用いて、本研究は初めて、PCPが上記プログラムの廃止にどう反応したかを検証する。逆確率治療群重み付けをし、供給者別の受給者の特性の時間的变化や個々の供給者の固定効果等を調整した差の差法とイベント・スタディ回帰を用いたところ、PCPは10%の割り増し支払いの廃止に対応して、適格E&Mの相対価格単位(RVUs)請求を3.7%増やしたことが分かった。この反応は供給者誘発需要と一致しており、PCPの反応がメディケア・メディケイド・サービスセンターが予測した償還額削減の46%を埋め合わせたことを示唆している。

二木コメント—15頁の精緻な計量経済学的研究で、私にはなつかしい供給者誘発需要論の実証研究です。差の差法だけでなく、イベント・スタディ回帰を行ったことが本研究の売りなのですが、記述が専門的で、その意義はよく理解できませんでした。

○ [アメリカの] リテイル診療所のプライマリケアの潜在的破壊者としての成長

Barnes H, et al: Retail health clinic growth as a potential primary care disrupter. Medical Care Research and Review 80(3):328-222, 2023 [量的研究]

リテイル診療所(以下、RHC) [大半が既存の薬局(チェーン)やスーパーマーケット等の「小売店(retail)」に併設されている診療所—二木]は医療提供の破壊的モデルと描かれてきた。本論文ではアメリカでの2008~2016年のRHCの市場規模について述べ、その際新しい診療所がオープンした郡の特性に焦点を当てる。2つの資料を統合してRHCの全国データベースを作成した。

2008~2016年に、全米のRHC総数は1358から2160へと59.1%増加した。大半のRHC、及び大半の新規オープンのRHCは小売薬局が所有しており、2016年にはRHCの72.7%が薬局所有だった。病院システム(病院チェーン)所有のRHCは2008、2016年とも約10%だった。RHCが存在する郡(508)と存在しない郡(2716)を比較した結果は、以下の通りである。以前の予想に反して、RHCは主に豊かな地域に所在し、貧しい地域や診療所が少ない地域にはあまりオープンしていなかった。新しいRHCの大半は、すでにRHCが存在する郡でオープンし、これらの郡は人口10万人当たりのプライマリケア医、ナース・プラクティショナー、フィジシャン・アシスタントが多い地域でもあった。RHCが拡大し、サービス提供を増やすに伴い、近隣のプライマリケア提供者・診療に新たな競争圧力を与える可能性がある。

二木コメント—貴重な全国調査ですが、データが2016年=8年前と古いのは残念です。リテイル診療所(RHC)は、既存の診療所がほとんど予約制なのと異なり、予約なしで受診できるために人気があり、2016年以降も増加し続けているそうです。その最新の動向は、次のレポートで知ることができます。

○ウォルマートの医師が今すぐあなたを診察します—なぜ大企業はプライマリケアに機会を見出すのか?

Doctor Walmart will see you now Why big companies see opportunity in primary care. The Economist June 24th:51-52, 2023 [レポート]

Ronald Searcy 医師は、柔和で「ポピュレーションヘルス」や「患者中心の医療」に熱心なプライマリケア医だが、彼の職場には1つ普通でないことがある。それは、検査室、歯科医診療室、レントゲン室、採血室を備えたコンパクトな施設がウォルマート内にあることだ。2019年以降、ウォルマートは同様の「ヘルスセンター」を5州で32オープンし、来年にはそれを2

倍にする計画を立てている。ウォルマート以外にも、近年、アマゾン等の大企業がプライマリケア分野に参入している。薬局チェーンである Walgreens と CVS も多数のプライマリケア・サービスを継続的に提供しており、CVS は今や全米で最大規模のプライマリケア提供者になっている。

大企業が医療ビジネスをどう見ているのか？その答えは単純であると同時に複雑でもある。単純な答えは儲かることである。アメリカの医療費の対GDP比は2021年に約18%で、2031年には20%に達すると予測されており、しかもその多くはメディケアやメディケイドから支払われている。複雑な答えは、保険者と消費者の態度が変わったことである。保険者についてみると、従来主流であったアウトカムとは無関係に支払う出来高払いに代わって、オバマケアで導入された「価値に基づく医療」等の「代替的支払い」が増加している。その医療費シェアは2016年の29%から2021年には41%に増加している。消費者の態度も変わっており、最新の調査によると、消費者の3分の1は医療を小売店や大型小売店（内の診療所）で受けることに抵抗を感じていないし、90%以上はその医療データを信頼している。しかもアメリカ人の90%はウォルマートの店舗から10マイル（16キロメートル）以内に居住している。技術進歩により、保険者や企業は個々の医師を評価できるようになっている。ただし、「質に基づく医療」は必ずしも安上りではない。

二木コメント—アメリカにおける最近の大企業のプライマリケアへの参入と参入動機を活写した好レポートです。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 223)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○ティム・ハーフォード（「フィナンシャル・タイムズ」シニアコラムニスト）「統計が示すエビデンスは、ドライで薄っぺらに感じるかもしれない。個人的経験のような印象的で直感的な形で心を揺さぶることはしない。しかし経験には限界がある。（中略）鳥の目と虫の目、すなわち、数字が教える広く厳密だがドライな知見と、経験から得る充実しているが限られた教訓は、はたしてどのくらいのバランスが好ましいのか。その答えを容易に出すことはできない。自分が何を学び、何を見落としている可能性があるか、つねに意識しているしかない。どんなことでも同じだが、確かな論理と個人の経験が補強し合い、修正しあう場合に、統計は最も優れた効果を発揮する。両方のいちばんいいところを組み合わせられるのが理想的だ」（上原裕美子訳『統計で騙されない 10 の方法』日本経済新聞出版, 2022 年 5 月（原著 2020, "How to Make the World Add Up"）：95 頁（ルール 2 個人的経験を疑う）。二木コメントー統計と個人的経験のバランスは非常に重要と思います。私の経験では、医療・福祉分野で熱心に実践を行っている方には、個人的経験を絶対化する「信念（優先）の人」が少なくありません。

○ジョンジョー・マクファデン（英国サリー大学の分子生物学教授）「単純なモデルは、矛盾するデータが出てきたら容易に否定されるという意味で打たれ弱い。それに対して、複雑なモデルは、パラメータの取りうる値の範囲が広いためほとんどのデータがデータ点に合わせることができ、反証するのがはるかに難しい。プトレマイオス体系があればほど長く持ちこたえたのはそれが一因である。余りにパラメータが多くてほぼどんなデータセットにも合わせる事ができたのだ」（水谷淳訳『世界はシンプルなほど正しい』光文社, 189 頁）

二木コメントーこれは、（天文学における）「複雑なモデル」の推奨ではなく、最後の一文は「複雑なモデル」への皮肉と言えます。私の経験でも、パラメータを多数用いた経済モデルは過去のデータを一見キレイに説明できますが、将来の予測能力は高くありません。

○リチャード・ファインマン（20 世紀の物理学者）「いくら美しくても単純な理論でも、そこから正しい予測が導かれなければ間違いだ」（上掲書 238 頁で引用）。二木コメントーこれは、1980 年代前半＝40 年前にリハビリテーション医として、「脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測」（『リハビリテーション医学』19:201-223, 1982。ウェブ上に公開）研究に取り組んでいた時、指針にした次の名言に通じると思います。

○武谷三男（理論物理学者。2000 年、88 歳で死去）「われわれはさらに理論について、理論が現実に対して有効であることを要求する。そなわち予測が、新に現れる現実と一致する事、かくしてまた理論の示すところに依ってわれわれが行動してその行動がわれわれの目標に到達する事を要求するのである」（『弁証法の諸問題（武谷三男著作集 1）』勁草書房, 1968, 3 頁（「哲学はいかにして有効さを取り戻しうるか」。初出は 1942 年））。

○内田舞（ハーバード大学医学部准教授、小児精神科医）の上司「『ゆっくりでもいいから、馬から降りないこと』がいちばん大事だよ。今が大変でも、とにかく止まらないこと。止まってしまうと再発進は大変だけど、今はどんなに遅いペースでもいいから、続けていれば、必ずその努力の蓄積は実る」（長男が生まれて半年ほど経った時期に、「論文の完成が遅れてしま

って申し訳ないと思っている」と、70代の白人男性の上司に伝えた時にこの「思いかけない言葉」が返ってきた）。**二木コメント**「継続は力」という通俗的名言より、深まっていると感じました。「止まってしまうと再発進は大変」が肝と思います。

○邊見公雄（全国公私病院連盟会長）「新聞は商売だから広告主や政府、与党とは取材などで仲良くしないと駄目。私の尊敬する先輩は『世の中にはだまされてはいけないものが三つある。新聞記事と統計と女の涙だ』と。それは肝に銘じているつもりだが、こんな大事な社会問題もかと思う」（『週刊社会保障』2023年6月26日号：32-33頁、「報道の自由度ランキング世界68位」）。**二木コメント**この洒落な言葉はマーク・トウェインの次の有名な名言のモジリと感じました。

○マーク・トウェイン「嘘には3種類ある。何でもない嘘、しらじらしい嘘(damned lies)、それに統計だ」の初出:C・ナイダー編、勝浦吉雄訳『マーク・トウェイン自伝』(筑摩書房, 1984, 199頁)では、マーク・トウェインはこれをイギリスの政治家ディズレーリの言葉として引用していますが、これは誤りで、正しくは1895年のLeonard H Cortney 卿の言葉だそうです(YahooUSAの複数のサイトで確認。例:<http://www.phrases.org.uk/meanings/375700.html>. 2004. 6. 2) (本「ニューズレター」5号(2005年2月)で紹介)。

<その他>

○藤井克徳（NPO法人日本障害者協議会代表）「目の見えない私も[障害という用語の]害という響きには違和感を覚えます。そこで**障害者に代わる用語ですが、『障壁の多い人』というのはどうでしょう。みなさんも考えてみて下さい**」（『WAM』2023年6月号：1頁、「言葉と偏見」。藤井氏は、都内の私立校の中学2年生の生徒から、「障害という言い方は変えられないのですか」、さらに「前から疑問だったんですが、人に害を用いるのはおかしいと思います」と「素朴な疑問」を出され、はっとして、「私見と前置きした上で」、上記のように答えた）。**二木コメント**私も、「障害」を「障がい」、「しょうがい」、「障碍」と言い換えることに違和感を感じていたので、「障壁の多い人」はセンスが良いと感じました。

○堀田正則（日本生活協同組合連合会職員。東京農工大学の生協職員だった2005年に出版した『生協の白石さん』（講談社）は100万部のベストセラーになった。2023年4月に『帰ってきた生協の白石さん』（講談社）を出版）「**心温まる言葉を日々消えていくものとしてではなく、手元に置いておきたい。そんな需要は今であると思います**」（「読売新聞」2023年5月7日新聞朝刊、「証言×現代文芸50(42)」。**二木コメント**私も同じ気持ちからこの「名言・警句欄」を続けているので、大いに共感しました。

○照ノ富士（大相撲横綱。2023年夏場所で、1年ぶりの復活優勝）「**思っていなかったら出ない**」（「読売新聞」2023年5月28日朝刊。報道陣から「ここまでできると思っていたかと聞われ、強い口調で間髪を入れずにこう答えた」。

4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第27回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」65号（2023年7月9日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨めa/o 好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○佐藤郁哉『質的データ分析法 原理・方法・実践』新曜社, 2008。

…本書は質的研究法の定番教科書の1つ。私は出版直後にチェック（煙管読み。not 精読）した時、「あとがき」に「本書で解説してきた質的データ分析に関する基本的な発想は、そのかなりの部分をグランデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）の発想によっている」

（192頁）と書かれているのを読んで、佐藤氏の方法がGTAの変法的なものと理解（誤解）した。しかし、最近、そうではないことを知人の研究者に教えてもらい、本書を15年ぶりに再チェックした。

その結果、佐藤氏が第7章で、コーディングを行う時、「帰納的なアプローチと演繹的なアプローチの併用」を強調し、オリジナルなGTAで強調されている「データそのものに語らせる」との主張を批判し、「データそのものは決して語ることはない、という前提を」おいていることを確認した（93-94頁）。さらに、「あとがき」の上掲箇所が続いて、佐藤氏の分析法は、「少なくとも…3点において」、GTAの「本質に関するある種の解釈とは大きく異なっている」（192頁）と書いていることも知った。その3点とは、「①事例の分析に重点を置く、②文書セグメントがおかれている元の文字テキストの文脈を重視する、③コーディングの作業において、帰納的なアプローチだけでなく演繹的なアプローチをも積極的に活用する」で、私はいずれも合理的・説得的と思う。私は大学教員時代、GTA（の諸流派）またはM-GTAを用いたと称する論文が、インタビュー調査の文字テキストから、膨大なデータ切片を切り出して、コーディングを繰り返して、帰納法的に（と称して）、抽象的（超当たり前の）カテゴリーを抽出（生成する）やり方に辟易していた。

しかし、上記3点はオリジナルなGTAの「本質」の否定とも言え、氏の「質的データ分析に関する基本的な発想は、そのかなりの部分をグランデッド・セオリー・アプローチの発想によっている」という表記は誤解を招くと感じた。今後も、私のような誤解をする方が生まれる可能性があるので、本書を紹介することにした。

○向川原充・金城光代『トップジャーナルへの掲載を叶えるケースレポート執筆法』医学書院, 2023年1月。

…向川原氏が沖縄県立中部病院の症例検討会のコーディネーター時に、NEJMやJAMA等の症例報告を分析する中で編み出した、重層的で「物語性を持った教訓のある症例提示の手法」を開陳。類似書と異なり、ほとんど日本語で書かれている。英文症例報告を目指す医師だけでなく、**日本語の症例報告の手法を身につけたい医師・医療職にも参考になる**と思う。

○永田希『再読だけが創造的な読書である』筑摩書房, 2023年3月。

…『積読こそが完全な読書術である』（イースト・プレス, 2020年。本「ゼミ通信」36号（2021年2月）で紹介）でデビューした「書評家」の、「再読」をキーワードにした最新の—しかし私から見ると多分に「自己陶酔的」—読書論、全5章。

○石黒圭『コミュ力は「副詞」で決まる』光文社新書, 2023年4月。

…副詞は単なる添え物ではなく、書き手の気持ちを最もストレートに伝える要素であり、読者は副詞に敏感に反応する。この視点から、コミュニケーション向上の鍵となる副詞について、その分類（二系統四類十一種！41頁）と機能を詳しく説明し、使い方の勘所を社会・文化的背景も交えて解説。「日本語の語順では動詞が最後に来ますので、副詞を使って心構えを早めに示すことが、糸の伝達のうえでとりわけ重要」との指摘は新鮮（337頁）。入門書ではなく準学術書。

○桜井良『新装版 大学教員を目指す若者へ 幸せな教員／研究生を送るために』日本橋出版, 2023年4月。

…第1部「大学教員を目指す編」と第2部「大学教員になったその後編」の2部構成。慶應義塾大学法学部を卒業後、米国フロリダ大学大学院に留学して修士号と博士号を取得した後帰国し、非常勤講師等を経て、立命館大学政策科学部の助教、同准教授になった著者の自伝とも言える。記述は前向き・率直で、**大学教員を目指す若者には向いている**と思う。「良い教員になるためには、日々努力を続けるしかない」「良い意味で歳を取らない教員を目指す」（155-157頁）姿勢にも好感を持った。ただし、「はじめに」で、「『**大学教員になる方法**』を示した本はほとんど存在しないと書いているのは傲岸・不勉強：鷺田小彌太『大学教授になる方法』（青弓社, 1991）を嚆矢（こうし）として、類書はいくらでもある！

○池田義博『まるごと覚えて頭も良くなるA4・1枚記憶法』東洋経済, 2023年5月。

…「記憶力日本選手権大会」で連続優勝した著者が独自に開発した、「事柄を“言葉”ではなくイメージ化して“圧縮”する」IP化(Image Processing)の技法＝「A4・一枚記憶法」を開陳。これはA4サイズの紙を横にして4象限に分け、問い、答え、文字によるIP化、イメージによるIP化を書き込み、4回（翌日～4週間）復習し、その日付を左上に書き込むこと。「**手書きで、脳を目覚めさせる**」ことには同感。著者の方法は、私が1991年以降作成し続けている「英単語帳（現在72冊目）&ダジャレ式（語呂合わせ）英単語記憶術に似ていると感じた。ただし、著者のやり方を持続できるのは意志強固な人に限られると思う。

○ティム・ハーフォード著、上原裕美子訳『統計で騙されない10の方法』日本経済新聞出版, 2022年5月（原著2020.“How to Make the World Add Up” [世界をいかに合理的に理解するか?]（二木仮訳））。

…日本語の書名は、ダニエル・ハフの統計についての史上最大のベストセラー『統計でウソをつく法』（1954）を連想させるが、著者のスタンスは真逆。「はじめに」で、ハフの本と同年に発表された、喫煙が肺がんにつながることを示す世界初の研究が統計なしでは実現せず、その研究が人の命を救ったことを強調し、統計に対する冷笑的態度を「恥ずべきものであるだけでなく、それ自体が悲劇でもある」と批判し、「よい統計は、人が物事をはっきりと見るための手助けになる」と力説（20頁）。その上で、「フィナンシャル・タイムズ」のコラムニストとして、数字を伴うさまざまな主張のファクトチェックをしてきた経験に基づいて、統計（数字）を正しく理解するための以下の10のルールを、具体的事例を紹介しながら示す。：①とっさの感情には注意する、②**個人的経験を疑う（個人の経験・印象と統計・数字を「バランス」させる。**95頁）、③何を数えたデータか確認する、④俯瞰する、⑤背景を知る、⑥数え損なったデータを考える、⑦AIやアルゴリズムに丸投げしない、⑧公的統計の存在を重視する、⑨グラフやチャートが美しくても、鵜呑みにしない、⑩頭と心を柔軟に。**統計学を学ぶ際の留意点（not 具体的手法）を知ることができる良書。**

○京極真「査読対策のコツ（基礎から始める研究論文の書き方講座 第11回）」『作業療法ジャーナル』2023年6月号：617-621頁。

…全体は査読についての一般的解説だが、最後の「査読対策にかかわるよくある疑問と回答」（8つ）は簡潔にまとまっている。特に、「著者の『査読者が誤解・誤読している』という確信が、査読コメントの誤解・誤読である場合もあるので、慎重に対応する必要がある」との助言は重要（ただし、実際に査読者のコメントが間違っている・偏っている場合もある）。

○京極真「研究論文が『掲載可』となった後におこなうこと（基礎から始める研究論文の書き方講座 最終回）」『作業療法ジャーナル』2023年7月号：725-729頁。

…研究論文の掲載が決まった後に行うことを、「出版前の校正」と「研究の普及と発展」に分けて解説。後者は「研究普及のコツ」（インターネットの活用、学術集会への参加、依頼論文や書籍の執筆、プレスリリース）と「研究の発展」（新しい研究計画の立案、共同研究への参加、資金調達）に二分し、それぞれのコツを簡潔に伝授。「研究論文の書き方」の本・論文は少なくないが、「研究の普及と発展」について詳しく書かれているものはごく少なく、貴重。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○藤澤理恵（OECD雇用局医療課）「図でみる医療2021:日本」OECD, 2021年11月（Web上に公開）。

…OECDが2年おきに発行している“Health at a Glance”の最新版（2021年版）を、以下の8つの柱で紹介：新型コロナの影響、健康状態、健康上の危険要因、医療アクセス、医療の質、医療支出、医療資源、医療人材、介護（全96頁。原著はOECDウェブサイトに掲載）。多くの図で時系列データも示している。各図の見出しは日本の医療と医療政策の国際的位置・特徴を簡潔に示しており、それらを拾い読みするだけでも知識が増える。私は特に、次の見出しが参考になった：コロナ禍で平均寿命が延びた数少ない国の一つ」（10頁）、「日本人は自身の健康状態を低く評価している」（26頁）&「健康状態が良いまたはとても良いと言う人の割合が所得が高くてとても低い」（27頁）、「質の良い医療が提供されていることに満足している人の割合はOECD平均より少し高い」（44頁）、「人口当たりの医学部卒業生数はOECDで最も少ない」（69頁）&「女性医師の割合はOECDで最も低い」（70頁）、「他国に比べ医師は地域間で均等に分布されている」（72頁）&「都道府県間の人口当たりの医師数の差は小さい」（73頁）、「パートタイムの介護従事者の割合はOECD平均並みだが、非正規雇用の介護従事者の割合は最も高い」（90頁）。

○石田道彦「医療施策における法形式の諸相」『社会保障研究』7(4):320-333, 2023年3月。

…「わが国」の社会保障制度上の「医療施策」のうち、「医療提供体制の整備や再編成のための諸施策」を3つの政策実施手法（規制的手法、合意的手法、誘導的手法）に大別した上で、各手法においてどのような考慮に基づいて法形式（法律と下位規範）と行為形式（行政計画、行政契約、行政指導など）が選択され、機能しているかについて検討。規制的手法については病院の開設計画、行政計画、民間団体による認定評価をとりあげる。合意的手法については、地域医療構想調整会議などにおける協議と地域医療連携推進法人をとりあげる。誘導的手法については、従来中心的役割を果たしてきた診療報酬を用いた経済的誘導に加えて、情報を活用した誘導的手法をとりあげる。**医療提供体制に関わる「医療施策」の全体像を鳥瞰できるが、最後の「今後の課題」はスケッチ。**

○島崎謙治「出産費用の保険適用論について（連載・第62回 医療政策の深読み）『病院羅針盤』2023年5月1日号：43頁。

…岸田内閣が掲げる「出産費用の保険適用」を「菅前総理がご執心」のものと揶揄(?)し、「『検討を行う』と慎重な言い回しとなっている」ことを踏まえて、「菅前総理の顔を立てつつ、この問題の決着を先送りしたいという気持ちがにじみ出ている」と「深読み」。その上で、「保険提供の具体案としては、標準的な出産費用を保険給付の基準額とし、その一部負担金(3割負担分)を国費で穴埋めする一方、『患者』(妊産婦)の選択によるアメニティ部分(個室など)は選定療養費として医療機関の費用徴収を認めることが考えられる。だが、この案でも日本産婦人科医会など関係者の合意を取り付けることは容易ではない」と予想。

その根拠として、「1993年1月に公表された医療保険審議会の検討8項目には、『保険給付の範囲・内容』、『現金給付のあり方』が盛り込まれ」ており、これは「正常分娩の現物給付化を意図したものであった」とし、日本医師会副会長である委員も、「非公式な意見交換の場では、『それはいい』と賛成してくれた」が、「日本医師会に戻ると大反対に遭い、『先ほどの話はなかったことにしてくれ』と言われ頓挫した」ことを上げる。島崎氏は「当時、厚生省保険局の課長補佐としてこの問題に関わっていた」だけに、この証言は貴重。私の知る限り、この証言が公開文書(論文等)で活字になったのは初めて。非公開文書では、和田勝氏が「厚生行政のオーラルヒストリー報告書」(2018年,52-53頁)で同趣旨の証言をし、私はそれを『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』(勁草書房,2019,206頁)で引用。

○石野敏也「病院統合の意義と戦略～実例からの検証」『病院羅針盤』2023年5月15日号：24-30頁。

…静岡県の掛川市立総合病院(450床)と袋井市立総合病院(400床)は2013年5月に合併して中東遠総合医療センター(500床)となった。合併により病床数は350床(41%)も減ったが、合併直後の2013年度に比べ、2022年4月には医師数は52.6%、職員総数も22.0%増加し、2021年度には入院診療単価は30%、外来診療単価は60%も増加した。著者(経営管理部長)も「成功へ導く戦略的取り組み」として、「経費削減も重要なテーマではあるが、まずは収益をあげることに全力を傾けた」と明記。合併前の2病院の経営データは示されていないが、新病院の総医業収入が旧2病院の総医業収入を大幅に上回ることは確実と思う。私の知る限り、公立病院の統合(病床削減と高機能化)で医業費用が増加したことを定量的に示した2番目の事例(1番目は山形県の日本海総合病院。『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020年,93-94頁【補注】病院の統合・病床削減で医療費が増加する事例)。

なお、財務省もこのことに気づき、財政制度等審議会の2023年春の「建議」(63頁)で、以下のように警告(?)している：「公立病院の経営改善については、収入増が主因となっているケースが多いが、それは地域の医療費の増加につながり、地域の医療費適正化の取り組みと齟齬を来しかねない。例えば、薬剤・医療材料等の共同購入、委託業務の効率化、人件費の抑制など費用面からの具体的取組を進めるべきである」。

○特別対談：山口育子×今中雄一(無題)。日本医療・病院管理学会HPに2023年5月18日アップ(対談は2022年12月13日：山口氏よりご教示)。

…COML理事長と日本医療・病院管理学会理事長の異色の対談。前半で山口氏は、COMLが2022年8月で33年目に入る電話による患者相談（1件当たり平均40分）の内容の変遷、変わった点と変わらない点、患者の姿勢の二極化と地域差について語る。相談で突出して多いのは「医師への不満」だが、山口氏は「本来であれば多職種に向けられるべき期待が、いまだに医師に一極集中している裏返しの現象」と冷静に判断。山口氏の病院メディエーターについての率直なコメントも貴重（例：「中立性と第三者性を保つためには、言葉の端々に気をつけないといけません」）。後半で、「COMLと日本医療・病院管理学会の協働の未来」を語る。今中氏が、「（学会で）これまで不足してきた患者・利用者の視点を取り入れ」ることを強調していることには期待が持てる。

+O山口育子「患者と医療者のより良いコミュニケーションを目指して（特集：医療と消費者～コミュニケーションの重要性）『国民生活研究』59(2):81-99頁,2019年12月（ウェブ上に公開）

…「患者と医療者は対立するのではなく、“協働”が大切」を理念として1990年にスタートしたCOMLの30年（論文発表時）の活動報告で、全9章・19頁の大論文。「2 電話相談に届く患者の意識の変遷」&「4 最近の相談の特徴」はリアル、「5 患者側が不信感を抱く原因と患者の課題」&「6 『説明不足』を訴える真相とは」は深まっており、**医師・医療従事者必読**と思う。「9 患者・市民として発言できる人を養成」から、COMLの戦略的活動（の発展）に舌を巻いた。

OTMA近未来医療会議『近未来のTOKYO医療に希望はあるか？ 医療の安心と安全を保つために—医療者と都民で「越えるべきハードル」』小学館,2023年5月。

…東京都医師会が設置した「TMA近未来医療会議」の議論・提言を、4つのクール（分科会）の座長（香取照幸、菅原琢磨、和田耕治、堀真奈美）のインタビューやシンポジウム発表などをもとに、東京都医師会の監修を踏まえ、一般読者向けに構成。4人の座長論文に対応して都医師会幹部・会員医師の「医師の視点から」を付けている。ただし、「提言」そのものは収録されていない（TMA近未来医療会議のウェブサイトを見る限り、4つのパートごとの「提言」（座長の考えが色濃く出ている）は示されているが、総括的「提言」はない）。

和田氏の「新型コロナ対応で浮かび上がった『平時と有事』の医療課題」と野村和至医師の「“ビル診”でのコロナ診察」は迫力がある。私は、和田氏が、医師派遣事業者〔民間の往診手配を行う事業者。「ファスト・ドクター株式会社」を指すと思われる一木〕がいなければ東京では在宅医療がカバーできなかったことは紛れもない事実」と率直に認める一方、「医師派遣事業が機能したのは『東京ならでは』ともいえます。地方ではそもそも派遣する医師を集めるだけでも困難が生じます。地方だと…事業として機能しにくいのです」と指摘していることに注目・共感した（127-129頁）。尾崎治夫東京都医師会会長が「私としては『消費税増税』が必要」と述べていること（16頁）、**香取氏が『かかりつけ医』を持つことは国民の権利であって義務ではありません」と**明言していること（102頁）にも注目した。堀氏が、他の報告者が問題視している“コンビニ受診”について、「非正規雇用で働いている人などは仕事を休むと収入減に直結するケースが多いので、割高であっても夜間や休日の受診を選択するのは金銭面で合理的」としているのは（181頁）重要な視点と感じた。

○特集「**虚弱高齢者の終末期ケア**」『医療と社会』33(1):5-135頁,2023年5月。

…池上直己氏の「序文」（各論文の概要紹介を含む）を含め、9論文を掲載。特集名は「虚弱高齢者の…」だが、本文の6論文は対象をそれに限定せず、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、在宅、救急、地域病院・地域包括ケア病棟、緩和ケア等における看取りについて概説または実践報告。第7論文は「人生の最期の場所についての一般国民の希望と死亡診断書に係る医師法20条の解釈・運用」。最後は、医療科学研究所自主研究事業の「『美しき有終』プロジェクト最終報告書 認知症終末期の本人の意向を尊重した意思決定支援モデルの探索的研究」。

私は、池上氏が、「死亡場所の統計には問題がある」として、認知症高齢者向けグループホームとサービス付き高齢者向け住宅での死亡が「自宅・その他」に含まれることを批判し、両者の「実態は施設」であり、「老人ホーム」に分類すべきと指摘していることに共感した（6-7頁）。私も「21世紀初頭の都道府県・大都市の『自宅死亡割合』の推移」を調査した時にこのことに気付き（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,111頁）、日本医師会医療政策会議等でも問題提起したが、その後も扱いは変わっていないことが分かった。

個別論文の多くも力作だが、特に**佐々木淳氏「在宅における看取り」**は、医療法人社団悠翔会の豊富な在宅看取りの実践を踏まえており読み応えがある。なお、悠翔会の実践・データは、氏の「在宅医療と高齢者救急」（『病院』2023年6月号:524-527頁）でも詳しく紹介されている。私は、氏が在宅看取りの可能性を強調しつつ、「看取りではない在宅死の増加」（東京都監察医無因の報告では、在宅死の3分の1が「異状死」）にも注意を喚起していることに共感した（39頁）。私も、上掲書でこのことを強調した（122-124頁）。

○特集「**急増する高齢者救急 医療提供体制の見直しと自院の役割**」『病院』2023年6月号:476-527+461-467頁（企画・太田圭洋）。

…「急増する高齢者救急に対応するために、地域の医療機能の集約と分散を今一度考えた方がいいという問題意識」（太田氏）から、10論文（総論2,各論8）と1対談を掲載。「専門的な医療の集約化の必要性」を大前提にした上で、高齢者救急における「集約と分散のバランス」の必要性を太田氏、村上正泰氏、鈴木邦彦氏が強調し、それと同じ文脈で、加納繁照氏が「ケアミックスの形態が高齢者医療には適している」と主張し、鈴木邦彦氏が「地域包括ケアを支える中小病院としての在宅療養支援病院」の役割を強調。

太田氏は、地域包括ケア病棟の13対1看護配置では、「夜間に入院を入れるのは無理で、高齢者救急に対応するには10対1看護配置は必要」と強調し、鈴木学氏は全床地域包括ケア病棟の中小病院で看護配置実質10対1の体制をとり、「急性期病院の救急外来から24時間365日の入院患者受け入れ」を行っていると報告。佐々木淳氏は、医療法人社団悠翔会の診療実績に基づいて、在宅患者に対して24時間対応の在宅療養支援・高齢者救急を提供すれば、在宅患者の緊急入院のうち半分は回避可能と主張。

○**工藤高「看護職員離職率は低ければいいのか**（プロの先読み・深読み・裏読みの技術 第65回）」『月刊／保険診療』2023年6月号:46頁。

…2021年度新卒看護職員の離職率が10.3%で、2005年以降初めて10%を超えたことが問題視されているのに対して、「離職率0%」が10年持続すると、平均年齢が10歳上がり、賃金も10年分の昇給が上積みされていくと指摘し、「正規雇用離職率6~10%程度は健全な組織には必要」、

「適正な離職率は組織の持続性のためには必要」と主張。併せて、「ケアミックス型〔病院〕を新卒看護職員リクルートの強みに」に変えることが必要とも指摘。

私が10年前に日本福祉大学大学院で修論指導をしていたときも、看護職の離職率の高さが大きな問題となっており、看護部門管理者の社会人大学院生の修論テーマの定番の一つは、看護職の離職要因や離職予防策の研究だった。しかし、私は看護職の離職は本当に悪いことなのか？少なくとも一部の看護師と、病院側にとっては、離職にはメリットもあるのではないかと問いかけていたので、大いに共感した。また、「ケアミックス型病院」の強みは、医療ソーシャルワーカー（MSW。社会福祉士）にとっても重要と思う。新卒MSWが最初から高度急性期病院に就職すると、研修体制が整っている例外的病院を除けば、日常的に「患者追い出し」に追われてMSWとしてのスキルや心構えが身につかず、バーンアウトしてしまうことも少なくない。それに対して、回復期リハビリテーション病棟やケアミックス型病院では、患者とゆったり接触する時間的・精神的余裕があり、MSWとしても多面的な経験・成長をすることができる。

○松本由美「医療保険における自己負担のあり方ドイツ・フランスの慢性疾患への対応」『週刊社会保障』2023年6月5日号：34-39頁。

…日本の医療保険では負担上限額が年齢と所得に応じて定められているのと異なり、ドイツとフランスの医療保険では「慢性疾患等の患者に対する特別の自己負担の仕組みが」導入されていることに注目し、両国の医療保険の自己負担、慢性疾患や長期疾病への対応、自己負担免除の状況をていねいに解説し、両国のように、「年齢ではなく『疾病の特性』を考慮することは、より公平な自己負担のあり方を実現するための一つの選択肢になりうる」と示唆。ただし、フランスの公的医療保険の高い自己負担を補填している「補足的医療保険」には、非営利の「共済保険（ミューチュアル）」と営利保険の2つがあり、両者で自己負担の補填の仕方は相当異なっていること、及びコロナ禍中は自己負担が一律免除されたことには、触れていない。

○戸石輝・他「医療ソーシャルワーカーが管理者として行う管理・マネジメントプロセスの解明—勤続10年以上の課長に対するインタビュー調査から」『社会福祉学』64-1:46-60, 2023年5月。
…ある公的病院に勤務する10人の管理職MSWに半構造化面接を実施し、その結果をM-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）で分析して、12のカテゴリー等を生成（抽出）し、管理職MSWが管理・マネジメントを行うプロセスを、「円環構造」として明らかにしたと主張。論文タイトルは非常に魅力的で記述もM-GTAの「お作法」を守って手堅いが、12のカテゴリーは「管理職としての責任と発言機会の付与」等抽象度が高く、結論も陳腐（当たり前のことの確認）で、So what (Et alors)? 私には本論文は「研究のための研究」に見え、現場のMSWには、『49の実践事例から学ぶ医療ソーシャルワーカーのための業務マネジメントガイドブック』（保正友子編集代表, 中央法規, 2023年4月）の方がはるかに有用と思う。

○特集「治療と仕事の両立支援」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine リハビリテーション医学』2023年5月号（60巻5号）：367-435頁。

…リハビリテーション医学／医療は、伝統的に「心身機能／身体構造」「活動」「参加」の3つの視点に目配りしつつ、治療と仕事の両立支援に取り組んできたが、疾病や障害は個別性が高く、医学学術誌での扱いはほとんどなかった。本特集（8論文）は、主要疾患・障害（総論＋脳卒中、脊

髄損傷、がん、心疾患、高次脳機能障害、自閉スペクトラム等、うつ病等）別に、第一人者が治療と仕事の両立支援についてコンパクトに解説。

○特集「社会的孤立とリハビリテーション」『総合リハビリテーション』2023年6月号：600-640頁。

…リハビリテーションの目標は社会参加だが、リハビリテーションの対象となる患者やその家族は、社会的孤立のリスクを抱えている。その一方で、社会的孤立は認知症や運動機能の低下、内科的疾患の要因ともなる。本特集は6論文構成で、様々な専門家が社会的孤立の負の影響とそれに対する対策・処方を解説。

○神奈川県保険医協会政策部長・磯崎哲夫（談話）「健康保険証の存続・併用で受療権の確保を 保険料払っても医療を受けられない、では皆保険の理念に反する」2023年7月5日（ウェブ上に公開）

…冒頭、（ふだんは政府支持の一二木）「読売新聞」6月7日の社説「保険証の廃止 見直しは今からでも遅くない」を高く評価したうえで、以下の4点を主張し、保険証の存続・併用についての「政府・与党の英断を強く促し」ている。◆皆保険の「強制加入」の原理に反す、受診券の「申請」取得 無条件交付が道理、◆強調された保険資格のリアルタイム確認は雲散霧消 登録タイムラグも保険証なら「資格証明書」で解決、◆マイナ保険証での資格確認は6%と僅少 利用実態は殆ど「なし」 メリット「特になし」は56%、◆マイナ保険証で医療の質は向上しない マイナ保険証は「実印」携帯と同じで危険。保険証廃止批判の記事や論文はたくさん発表されているが、これが一番包括的かつ的を射ていると思う。

【補足】「読売新聞」は7月6日にも社説「マイナカード 不安払拭を円滑に進めるには」を發表し、「政府は来秋の保険証の廃止にこだわるより、当初の予定通り選択制とし、利便性を実感できる状況を作るほうが得策ではないか」と改めて主張し、最後に、「河野氏はマイナカードの名称変更に関及し、政府は火消しに追われた。混乱を助長するような発言は慎まねばならない」と名指しで河野氏を批判した。

○一戸和成「改定財源確保の道は険しい？ [有事斬言第42回]」『社会医療ニュース』576号：3面, 2023年7月15日。

…「こども未来戦略」と「骨太方針 2023」に示された少子化対策の財源確保策の意味を解説し、来年度診療報酬改定を大胆に展望。その際、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者の提言」等を踏まえ、「これまでのように、財源に合わせ薬価制度改革を行うことが難しい」ことも指摘し、「医療費本体の財源確保がますます厳しい状況になっている」と指摘。それにもかかわらず、「少子化対策も大事、医療、介護の社会保障も大事」と主張し、「関係者が、皆で力と知恵を集めなければならない」と結ぶ。一戸氏は厚生労働省OB（技官）で医療行政に精通しており、分析と展望はリアルかつ精緻。

C. コロナ関連

○『医療・介護に関する国民意識調査報告書』健康保険組合連合会, 2023年3月（実際の公表は6月1日。ウェブ上に全文公開）

…健保連が一般国民を対象にして平成19年（2007年）以降、数年おきに実施している意識調査の

最新版（第4回）。2022年7月に実施したインターネット調査で、回収数は3000人。質問は全59問で多岐にわたり、その結果を過去3回の調査と比較している（全16章121頁）。

私は、第6章「かかりつけ医」の受診状況の5.「新型コロナウイルス拡大期以降に診療を拒否された経験の有無」の調査結果に注目した。これは本邦初の調査で、「令和2年の新型コロナ感染症の拡大期（第1波）以降、体の具合が悪い時に、診療を拒否された経験の有無を問うたところ、『拒否されたことがある』との回答割合は3.3%であり、『拒否されたことはない』との回答割合（36.0%）の1/10未満」（25頁）。しかも「拒否されたことがある」との回答者について、診療を拒否された医療機関の種類をみると、「かかりつけ医療機関」は37.4%。つまり、**回答者全体のうち、かかりつけ医療機関に診療を拒否された経験のある者は1.2%にすぎない**（ 0.033×0.374 ）。

私のもう1つ注目したのは、「日本の医療の状況に対する満足度」の結果で、「かなり満足」＋「やや満足」が47.4%で、前回2017年調査（48.8%）とほぼ同じであること（54頁）。この結果は、厚生労働省の2020年「受療行動調査」（2020年10月実施。調査対象は病院の患者）結果とも同じで、コロナ禍により国民の医療満足度が低下していないことを再確認できる。

○「**[大阪] 保険医協会・[新型コロナウイルス感染の] 医療機関影響実態調査**」『大阪保険医雑誌』2023年6月号：24-59頁（特集「COVID-19-4年目の課題」の資料）。

…大阪府保険医協会が、コロナ感染第一波が始まった2020年4月から5類移行直前の2023年3月までの3年間、会員医療機関を対象にして合計10回行ったアンケート調査結果を集約。第一線医療機関のコロナ対応のリアルタイム&定点観測の記録として貴重。私は、第一波でも、8割の医療機関が「37.5度以上、咳などの患者が来院した場合」も診療をしていたことに感銘を受けた。

○『COVID-19に対する諸外国の医療提供体制に関する調査報告書』（代表研究者・野口晴子）医療経済研究機構, 2023年3月（実際の発行は6月）。

…2022年3月までに入手できた文献やウェブ上に掲載されている情報を手がかりにして、アメリカ・イギリス・ドイツ・フランス、台湾、シンガポール、スウェーデンにおけるCOVID-19感染状況と政策、医療提供体制・高齢者ケア、検査体制、ワクチン接種状況及び、COVID-19感染対策に関連する主要ガイドラインをまとめ、紹介。アメリカ・イギリス・ドイツ・フランスの紹介はスケッチにとどまるが（全9頁）、台湾とシンガポールの報告は貴重と思う。現地調査は実施せず、文献も政府等の公式文書中心のため、全体に「キレイ事」の傾向。

○領五有希「(OECDレポート第16~19回) 危機と医療システム①~④」『週刊社会保障』2023年5月15日号~6月5日号。

…OECDが2023年に公表した、インフレやCOVID-19のパンデミックによる医療システムへの影響に関して分析した次の2つのレポートの概要を紹介。(1)Health Care Financing in times of high inflation (①)、(2)Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience (②~④)。原著はOECDウェブサイトに掲載されている。

D. 政治・経済・社会関連

○小栗崇資『**社会・企業の変革とSDGsーマルクスの視点から考える**』学習の友社, 2023年2月。
…高名な会計理論研究者が、社会科学の視点からSDGsを考え、特にマルクスの理論に基づき「SDGs

はどのような変革をもたらすか」について―「社会の変革」や「企業の変革に」に焦点を当てながら―検討・考察。終章を含め全8章。第2章で、EUと異なり、「日本ではSDGsの基本骨格となる貧困克服や格差是正などよりもイノベーションを優先する取り組みとなっており、日本のSDGsがSDGsウォッシュ（もどき）になりかねない」と批判。第3章では、SDGsと関連させて、「マルクス理論の創造的発展」を目指す。第5～7章は著者の得意とする企業変革論。著者のスタンスは、同じくマルクスに依拠しても、「SDGsはまさに現代版『大衆のアヘン』」と上から目線で全否定する齋藤幸平『人新世の「資本論」』（集英社新書, 2020年。本「ゼミ通信」43号（2021年9月）で紹介）と対照的で、好感を持った。

番外：日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で後期に 開講する「医療・福祉経済論」の〈私的聴講〉のお知らせ

私は日本福祉大学を定年退職後も、毎年度後期に上記科目を担当しています。今年度は、名古屋キャンパス（JR中央線鶴舞駅下車）でのリアル講義に加えて、zoomによる遠隔講義も併用し、「ハイブリッド講義」とします。

本講義は、当初は昨年度で終了予定（日本福祉大学大学院の非常勤講師の依頼上限は75歳のため）、後任の担当者が確保できなかったため、**今年度限り私が担当**します。つまり、**今年度が私にとっての「最終講義」**です。

○開講期間・時間：9月13日～12月20日の全15回、水曜日7限（夜8時5分～9時35分）に開講。

○講義方法：第1～6回は「講義資料集」（約100頁）を用いて通常の講義をします。第7回は「特講」で、第8～14回は『医療経済・政策学の視点と研究方法』（下記*）と『2020年代初頭の医療・社会保障』（下記**）を用いて、「ゼミ形式」で行います。

○各回の講義テーマ

第1回：オリエンテーション、「医療経済学の将来」と研究者の政策形成への貢献

第2・3回：医療・介護サービスの経済的特性

第4回：国民皆保険制度の社会経済的分析

第5回：医療効率と費用効果分析－地域・在宅ケアを中心として

第6回：医療技術の進歩と医療費への影響

第7回：「特講」（私の最新の研究テーマで院生の希望が多いもの）

第8回：医療政策の分析枠組み、医療政策の将来予測の視点と方法（*）

第9回：私の医療経済・政策学研究の視点と方法、資料整理の技法（*）

第10回：コロナ危機後の医療提供体制（**）

第11回：安倍・菅・岸田内閣の医療・社会保障改革（**）

第12回：全世代型社会保障改革の批判的検討（**）

第13回：社会保障・社会福祉の理念と社会的処方（**）

第14回：医療経済・政策学の論点（**）

第15回：まとめ（レポート講評と質疑応答）

○私的聴講（定員20人、資料代5000円）の応募方法

*希望者は**8月15日**までに、メールで私に直接申し込んでください。先着順で受け付けます。申し込み時に、所属と簡単な自己紹介、受講動機、及び「講義資料集」の送付先（自宅または勤務先）を書いてください。なお、資料代は全額、大学に寄附します。

*資料代の支払い方法：郵便局で5000円の定額小為替証書を購入し、私の自宅に普通郵便で送ってもらいます（定額小為替の「指定受取人おなまえ」欄は空白のままにしておく）。

私の住所は私的聴講が決まった方に個別にお知らせします。

※海外在住の私的聴講希望者には資料代を免除し、資料集のPDFファイルを送ります。