

2022.5.1(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 214 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/>。

214 号の目次は以下の通りです (27 頁)

1. 論文：私が医療政策の分析と将来予測を「複眼」で行うようになった経緯を振り返る（「二木教授の医療時評(201)」『文化連情報』2022年5月(531号)：22-27頁……2頁
 2. 寄稿文：COMLの「正規分布曲線の中央値をプラスの方向にずらすことのできる活動」に期待しています（『コムル30周年記念誌』2022年3月,86頁）…8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194回：2022年分その2：9論文+補足）……9頁
 4. 私の好きな名言・警句の紹介（その208）—最近知った名言・警句……16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12回）……19頁
- 番外：日本医療経営学会第14回夏季医療経営セミナー（6月11日）（再掲）…27頁

お知らせ

講演録「石川誠さんの業績—回復期リハビリテーション病棟を中心に」を『回復期リハビリテーション』2022年4月号（通巻80号、4月28日発行）に掲載しました。本「ニュースレター」215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：私が医療政策の分析と将来予測を「複眼」で行うようになった

経緯を振り返る

（「二木教授の医療時評（201）」『文化連情報』2022年5月号（530号）：22-27頁）

はじめに

前回の「医療時評(200)」及び昨年10月号の「医療時評(195)」で、私は医療関係者の中に多い、財務省が新自由主義的医療改革（医療分野への市場原理導入）を推進しているとする理解は不正確であり、現在の財務省はそれを目指していない反面、厚生労働省に比べるとはるかに厳しい（公的）医療費抑制を目指していると、エビデンスに基づいて述べました(1,2)。

私は、医療政策の分析と将来予測を、常に事実（歴史的事実を含む）に基づく「複眼的」な視点で行っています。それにより、特に将来予測では、過度に楽観的な予測や過度に悲観的な予測（「地獄のシナリオ」）に陥らず、精度の高い予測が可能になると思っています。

本稿では、私がこのような視点を身につけたプロセスを振り返ります。この点については、「医療時評（158）」の注でも簡単に述べたことがあり、本稿はそれの大幅増補版です(3)。なお、私は「複眼」と「複眼的」を同じ意味で用いています。

原点は病院勤務医時代の2つの経験

私は1972年（50年前）に医学部を卒業した学生運動世代で「反体制」意識が染みついており、病院勤務医になってからもしばらくは、政府・厚生省（当時。2001年から厚生労働省）の政策はすべて「改悪」とみなす「単眼的」視点にとらわれていました。

しかし、卒業直後に、医師・医療問題研究者の川上武先生（2009年死去）の主催する「医学史研究会関東地方会」に参加し、先生の教えを受けながら医療問題を特に統計的・経済的側面から勉強・研究する中で、政府の医療政策を単純に否定せず、事実に基づいて分析する実証研究の「作法」を身につけました。

その最初の成果が、1978年に出版した川上武先生との共編著『日本医療の経済学』です(4)。この本は「朝日新聞」書評（9月5日。評者は都留重人先生）で、「統計資料などに密着したことは、批判を浮き上がらせないものにするのに役立っているが、ときには、資料がそろっている範囲までで、議論が止まっている場合も、なくはない」と評されました。同じ年の11月に医学史研究会関東地方会で「西欧諸国の医療・リハビリテーション」について報告したとき、レジュメの「おわりに」で、「日本の医療・リハビリテーションの立ち遅れと独自性・特殊性との複眼的認識が必要」と書きました。これが、私の「複眼」使用の初出です。ただし、この報告は論文化しませんでした。

もう1つ、私が勤務していた東京の公益財団法人代々木病院（当時。現在は医療法人）で、1980年前後から「管理者的立場になるにつれて、厚生省の政策を批判するだけでは病院経営をすることはできず、その政策のうち経営維持・改善に使えるものは積極的に使う必要を感じました」（3）。そのために、最初の単著『医療経済学』の第6章「病院経営と医

療管理」では、「政府の医療政策の（部分的）先どり」をすることも提起しました（5）。私は代々木病院で脳卒中患者の発症直後からの「早期リハビリテーション」の診療と臨床研究を行っていたのですが、当時支配的だった「リハビリテーション赤字神話」を打破するために、「稀少な資源の有効配分」という（近代）経済学の基本命題の重要性を実感しました（5:278 頁）。

以上の2つの病院勤務医時代の経験が、私が医療政策を「複眼」的にみるようになった原点です。ただし、当時は上記 1978 年の報告を除いて、「複眼」は用いていませんでした。

「中間報告」（1987 年）を複眼的に分析

私が厚生省の医療政策を初めて包括的かつ複眼的に分析したのは、1987 年 6 月に発表された「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」（以下、「中間報告」。最終報告は未作成）でした。「中間報告」はその後 10～20 年間の医療提供体制の青写真を示した重要文書です。しかし、厚生省の文書として初めて「良質で効率的な医療」を正面から提起し、しかも「効率的な医療」が医療費抑制とほぼ同義であったため、ほとんどの医療（運動）団体はそれを批判・否定しました。

それに対して、私は「中間報告」に含まれる積極面を率直に評価した上で、私から見た問題点を分析的に指摘しました。例えば、「中間報告」が提起した「長期入院の是正」は必要と認めたとうえで、その原因にメスが入られていないこと、及び長期入院の是正により医療・福祉費は逆に増加することを、エビデンスに基づいて指摘しました。また、「中間報告」が初めて「脳血管障害に対する医療の在り方を見直し、リハビリテーションを重視」したことに賛意を表明する一方、それへの5つの懸念も述べました（6）。この論文は厚生省関係者からも、「中間報告に対する…唯一の本格的な論文であり、厚生省内部も含めて相当なインパクトを与えた」と評価されました（7）。ただし、この論文でもまだ「複眼」は用いていませんでした。

当時、医療関係者・医療団体の多くは、厚生省の目指す効率化が医療費抑制とほぼ同義であることに加え、「医療の個別性」を理由にして、効率化そのものに反対していました。それに対して、私は医療費抑制を目的とした「効率化」には反対と明言した上で、医療経済学的には「効率化とは、可能な限り少ない医療資源を使って、可能な限り多くの医療効果を引き出す」ことであり、「患者の立場に立って医療サービスの質を向上させそれを広く普及させるための医療の効率化が、求められる」と主張しました（8）。これも複眼的視点と言えます。

『90年代の医療』で「複眼」を用いる

私が論文化した学会報告で最初に「複眼」を用いたのは 1989 年の社会医学研究会 30 周年記念研究会の分科会で報告「医療政策を分析する視点・方法論のパラダイム転換」を行った時です（9）。この報告は翌年出版した『90年代の医療』に収録しました。私はここで3つのパラダイム（分析枠組み）転換を提唱したのですが、その2番目が「医療政策・医療サービスの質を複眼的に評価する視角は？—単眼から複眼へ」で、伝統的な「生存権・社会保障権的視角に、医療技術・サービスの質を向上させる」という視角を加え、『複眼』的に検討す

る必要がある」と主張しました。

次に、1990年に長野県厚生連で行った講演「90年代の医療—予測と課題」で、『90年代の医療』をベースにして、90年代医療の「“光と影”の両面を複眼的に考察する」ことを提起したところ、若月俊一先生（佐久総合病院院長・当時）から「二木さんが『複視眼』で分析しているのは大変良い」とほめられ、意を強くしました。佐久総合病院は、1987年に始まった厚生省の老人保健施設のモデル事業に参加しましたが、当時、革新的医療団体は老人保健施設を「医療の公的責任の放棄」の現れと全否定しており、それに「乗る」先生も批判され、辛い思いをされたと聞いています。そのために、老人保健施設を含め、厚生省の施策を全否定せず、「複眼的」にみる私のスタンスに共感して頂いたのだと思います(3)。

『複眼でみる 90年代の医療』で包括的に論じる

そのためもあり、翌1991年に出版した本の書名はそのものズバリ『複眼でみる 90年代の医療』とし、「複眼」について包括的に論じました(10)。

まず序章で、「原理からではなく事実から出発する」私の「将来予測のスタンス」を明示した上で、政府の政策を批判して「あるべき医療」を対置したり、逆に起こりうる最悪の事態＝「地獄のシナリオ」を示して警鐘乱打するスタンスの限界を指摘し、**政府の医療政策の「光と影（積極面と否定面）」を「複眼的に」考察する第3のスタンス**を提起しました。続く1～4章では、90年代の国民医療費と診療報酬、医療保障制度、医療供給制度、医療マンパワーについて複眼的に予測しました。

終章「ハードヘッド&ソフトハート」では、「厚生省の医療保障制度改悪政策と医療供給制度再編政策とでは評価と対応を変える」必要があると問題提起し、以下のように述べました。少し長いですが、31年後の現在でも通用すると思うので、全文引用します。

「厚生省の医療保障改悪政策は、『権利としての社会保障』の視点から『全否定』しても、多くの医療関係者や国民の支持を得られた。それに対して、**厚生省の医療供給制度再編政策には、部分的にせよ、先進的医療機関の実践や国民・患者の要求、あるいは今の医療矛盾を解決する合理的方策等が含まれているので、機械的に全否定したり、『真の狙いを暴露する』**だけでは、多くの医療関係者や国民の支持は得られない。それどころか、医療改革をまじめに考えている国民や医療関係者を、厚生省の側に組織されてしまう危険さえある、と私は懸念している。／そのために、厚生省の医療供給制度再編政策を評価する場合には、分析的な評価を行うとともに、単なる厚生省批判から一歩踏み出して、具体的な『代替案』を提示することが求められる」（10：176頁）。

私は「複眼」で見る視点と方法の基本を本書で確立しました。2006年に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』の第2章「医療政策予測の視点と方法」では、その後に開発した医療政策の複眼的予測の方法と技法を詳細に説明しました(11:27-46頁)。これは、現在でも、このテーマについての唯一の文献です。なお、この時点では私は「将来予測」についてのみ論じていましたが、その後、ここで述べた方法は、医療政策の精確な分析をする上でも有効であると気づきました。

「私は大局的には厚生省の応援団」

私は1995～1996年に、当初1997年度に創設予定だった公的介護保険（当時の呼称。現

・介護保険) についての論争に積極的に参加し、1996年には里見賢治氏等との共著『公的介護保険に異議あり』を出版しました(12)。

当時、福祉研究者の間では社会保険方式そのものの否定論が圧倒的でした。それに対して私は、医療保障制度の国際比較研究の知見に基づいて、社会保険方式と公費負担方式には一長一短があることを指摘し、社会保険方式の導入そのものは否定しないが、厚生省が計画している公的介護保険制度にはさまざまな問題があるので反対するという「条件付き反対」の立場をとりました。しかもリアリストとして、私が支持する公費負担方式の対案の実現可能性が「現状では(短期的には)、ほとんどないことも認め」、「公的介護保険導入に『絶対反対』の立場はとらず」、「公的介護保険を少しでもマシな制度にするーつまり、社会保険方式の弊害を軽減し、社会的に一番弱い人々(貧しい人々や重度の障害をかかえている人々)が不利な扱いを受けないようにするーための『5つの提案』」及び「高齢者ケア施設の『一元化』のための3条件」を示しました(12:145-149頁)。

私にとって思い出深いのは、同書で、「公的介護保険の3つの不公正」を指摘して厚生省を批判した後に、以下のように言い切ったことです。「私は、厚生省の現在の政策に批判的ではあるが、厚生省解体論者でない。逆に、厚生省の役割は今後ますます大きくなるべきだ、と考えている。この点では、**私は大局的には、厚生省の『応援団』**である。しかし、もし国民の厚生行政に対する不信が生まれてしまえば、福祉・社会保障の拡大は現在以上に困難になる」(12:127頁)。この文章は「清水の舞台から飛び降りる」気持ちで書きました。厚生労働省に対する私のスタンスは現在も同じです。

小泉政権下の論争では厚生労働省を応援

実際、2001年に小泉純一郎政権が登場し、同年6月に経済財政諮問会議「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(「骨太の方針」)が閣議決定され、それに医療分野への部分的市場原理導入(新自由主義的医療改革)が盛り込まれて以降は、それに抵抗する厚生労働省を応援するようになりました。

私は2001年以降提唱している「21世紀初頭の医療・社会保障改革の3つのシナリオ」に基づいて、医療分野に市場原理を導入し、究極的には国民皆保険・皆年金制度を解体しようとしている「新自由主義的改革」シナリオ(第1のシナリオ)に対して、厚生労働省は国民皆保険・皆年金制度の大枠は維持しつつ、社会保障制度の部分的公私二階建て化(第2のシナリオ)を目指しており、この視点から第1のシナリオには抵抗していると判断しました(13)。この「3つのシナリオ」説は、その後、『医療経済・政策学の視点と研究方法』第3章で、さらに具体化しました(11:47-70頁)。

同書で私は、「株式会社による病院経営の解禁や混合診療の全面解禁に対しては、厚生労働省は本気で反対しているため、この点に関しては、私はむしろ彼らを応援すべきだと考えている。そこまでいかななくても、厚生労働省が第1のシナリオに屈服しないような建設的批判が必要である」と主張しました(11:56頁)。最近(2017年)は、「医療関係者には厚生労働省に対する激励と監視が求められている」とも書きました(14)。

東日本大震災直後の複眼的将来予測

2011年3月11日の東日本大震災・福島第一原発の1か月後に発表した論文「東日本大

震災で医療・社会保障政策はどう変わるか？」では、5～10年単位の「中長期的予測」は、①日本経済が復活するか否かで変わる、②国民の社会連帯意識が長期間続くか否かで変わるとした上で、「バラ色シナリオ」と「地獄のシナリオ」（ショックドクトリン）、及び「中間シナリオ」の3つのシナリオを示し、「2つの極端シナリオの中間のシナリオが実施される可能性が高いと予測」しました（15）。その後の事態は、私の予測通りになりました。

この複眼的な予測枠組みは、コロナ禍後の医療・社会保障を予測する際にも用いました（16）。

おわりにー私の研究の3つの心構え

以上、1972年以降の50年間に、私が医療政策の分析と将来予測を「複眼的」に行うようになったプロセスを振り返りました。「はじめに」でも述べたように、私は特に将来予測では、過度に楽観的な予測や過度に悲観的な予測（「地獄のシナリオ」）に陥らず、精度の高い予測をおこなうためには、今回紹介した「複眼的」視点が不可欠だと思っています。読者が本稿、及び本稿で紹介した拙著を読み、この視点を身に付けることを期待しています。

なお、私がリハビリテーション専門医から医療経済・政策学研究者（日本福祉大学教授）に転身した理由と病院勤務医時代に行った勉強・研究、及び日本福祉大学で行った「研究領域と研究方法の特徴」は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』第4章で詳述しました（11:73-124頁）。

そこでは、「私の研究の3つの心構え・スタンス」として、以下の3つをあげました：
「**第1は、医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究を行うこと**」、「**第2は、事実とその解釈、『客観的』将来予測と自己の価値判断（あるべき論）を峻別するとともに、それぞれの根拠を示して『反証可能性』を保つこと**」、「**第3はフェアプレイ精神**」（11:104-106頁）。第2のうち事実とその解釈の峻別のルーツは、リハビリテーション医時代の臨床医学研究で、リハビリテーション医学面の恩師の上田敏先生（東大病院リハビリテーション部教授）から調査結果と考察を峻別することを叩き込まれたことです。第3の②は「政府・省庁の公式文書や自分と立場の異なる研究者の主張も全否定せず、複眼的に評価する（ましてや、黙殺はもつての他）」です。

文献

- (1) 二木立「新自由主義と新自由主義的医療改革についての私の理解（二木教授の医療時評（200）」『文化連情報』2022年3月号（528号）：10-15頁。
- (2) 二木立「財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化の検討ー混合診療全面解禁からの転換時期を中心に（二木教授の医療時評（195）」『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,2022,117-127頁）。
- (3) 二木立「私の医療経済・政策学研究の軌跡ー日本福祉大学大学院最終講義より（二木教授の医療時評（158）」『文化連情報』2018年4月号（481号）：16-25頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,265-278頁）。
- (4) 川上武・二木立編著『日本医療の経済学』大月書店,1978。私の執筆は、「技術構造と医

療費配分」、「フィルム産業」、「医療と福祉」、「医療経済分析の視角－低医療費政策とは」。

(5) 二木立『医療経済学』医学書院,1985,211-245 頁「病院経営と医療管理－中規模民間病院近代化の経験を中心に」。

(6) 二木立「国民医療総合対策本部中間報告が狙う医療再編成の盲点」『社会保険旬報』1987年9月21日号(1591号) : 10-14 頁・10月1日号(1592号) : 11-16 頁(『リハビリテーション医療の社会経済学』勁草書房,1988,41-75 頁)。

(7) 三枝潤「『中間報告』がもたらしたもの－『二木論文』の検討を中心に」『社会保険旬報』1987年11月21日号(1597号) : 9-14 頁。

(8) 二木立「リハビリテーション医療の効果と効率を考える」『90年代の医療－「医療冬の時代」論を越えて』勁草書房,1990,90-122 頁。

(9) 二木立「医療政策を分析する視点・方法論のパラダイム転換」『90年代の医療－「医療冬の時代」論を越えて』勁草書房,1990,72-89 頁。

(10) 二木立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991。

(11) 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006。

(12) 里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり [もう一つの提案]』ミネルヴァ書房,1996,100-155 頁(二木立『介護保険制度の総合的研究』勁草書房,2007,19-66 頁)。

(13) 二木立『21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房,2001,3-50 頁「21世紀初頭の医療・社会保障改革－3つのシナリオとその実現可能性」。

(14) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,105 頁。

(15) 二木立「東日本大震災で医療・社会保障政策はどう変わるか?」『日本医事新報』2011年4月16日号(4538号) : 33-34 頁(『TPPと医療の産業化』勁草書房,11-15 頁)。

(16) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房,2020,3 頁。

[本稿は『日本医事新報』2022年4月2日号5110号)に掲載した「私が医療政策の分析と将来予測を「複眼」で行うようになった経緯」に大幅に加筆したものです。]

2. 寄稿文：COMLの「正規分布曲線の中央値をプラスの方向にずらすことのできる活動」に期待しています（『コムル 30 周年記念誌』2022 年 3 月,86 頁）

私は、COML会報誌の読者（賛助会員）としては「新参者」です。2016年7月16日の東海病院管理学研究会創立50周年記念シンポジウムで、山口育子さんが「患者側から病院管理の現状を見て—大学病院等の医療安全タスクフォースと病院探検隊の経験を中心に」について、“立て板に水”の報告をされたのに感銘を受け、賛助会員になりました。

それ以来5年間、毎月、『COML』会報誌が届くのを楽しみにしており、山口さんが書かれる「COMLメッセージ」を中心に愛読しています。この「メッセージ」には、山口さんが八面六臂の活躍をされている厚生労働省等の各種検討会・委員会の舞台裏と山口さんの「正論」が率直に書かれており、いつも共感すると共に、大変勉強になり、医療政策研究者必読と友人にも宣伝しています。最近特に共感した「メッセージ」は、357号（2020年5月）で、官邸が新型コロナウイルス感染症の拡大を理由としてオンライン診療の「原則、初診対面」緩和を“ゴリ押し”した経緯を詳細に報告していたことで、貴重な「歴史の証言」になっていると感じました。

私がCOMLの活動の視点で一番共感しているのは、山口さんが『賢い患者』（岩波新書,2018）の「あとがきにかえて」で書かれていた次のことです。「どのような集団も、多くの人が集まって統計をとると釣鐘の形の正規分布曲線を描きます。（中略）／“患者”という集団も同様に、一方に冷静で自立・成熟した賢い患者が少数いて、もう一方にはモンスターと呼ばれる無理難題を押しつけてくる患者も少数います。これまで、ともすれば医療者も患者も相手のマイナス部分にいる人たちを問題視して“叩いて”きました。／しかし、それでは医療はよくなるのではないかと私は感じてきました。そこで、**COMLでは正規分布曲線の中央値をプラスの方向にずらすことのできる活動に力を入れたいと考えているのです**」。

私は、以前から、医療・福祉分野で「先進事例」・「成功事例」のみに注目する研究・言説には強い疑問を感じていたので、医療分野で突出した先進的活動を行っているCOMLが「正規分布曲線の中央値をプラスの方向にずらすことのできる活動」を強調していることに大いに共感しました。この本は、研究者や行政官を含め、医療・福祉関係者の必読書と思いい、いろいろなところで紹介・宣伝しています。

COMLが、東京事務所を開設し、活動の拠点を東京に移してから、このような視点の活動を粘り強く続けられることを期待しています。

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194回)(2022年分その2:9論文+補足)

※「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 。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○医療制度の価値を三重の目標の分析枠組みを用いて改善する:体系的文献レビュー

Kokko P: Improving the value of healthcare systems using the triple aim framework: A systematic literature review. Health Policy 126(4):302-309,2022 [文献レビュー]

価値に基づく医療の概念は医療制度にとって重要になっており、ますます多くの国々がその代表的アプローチアメリカ医療改善研究所(IHI)が提唱した医療制度のパフォーマンスを最適化するための三重の目標の分析枠組み(住民の健康、患者経験価値(patient experience)および医療費)を採用するようになってきている。本研究では、5段階の体系的文献レビュー・プロトコールとPRISMA法(システマティックレビューとメタアナリシスのための国際的規範・ガイドライン)を用い、三重の目標枠組みによる医療制度レベル(国または州)の評価の結果を記述的・定性的にレビューする。その際、分析枠組みの3つの目標間のバランス概念に注目する。文献の選択基準は、三重の目標に基づいて価値に基づく医療運動の政策レベルの影響を評価していること、及び3つの目標の少なくとも1つ又はそれらのバランスを検討していることである。最終的に21論文を選択した:アメリカ16、カナダ2、イギリス1、国際比較2。

21論文のうち、3つの目標のバランスに触れているのは10論文であり、そのうち3目標が同時に達成されたとする論文は2つ、2目標が達成され残りの1目標は変わらなかったとする論文が4つだった。今回の結果は、各々の目標の影響と3つの目標間のバランス概念についての合意がないこと、及び医療制度レベルでの三重の目標の遂行についての文献が不足していることを示している。価値に基づく医療運動の影響を適切に評価するためには、文脈と合致した標準化された測定尺度セットが必要である。

二木コメント—日本では、医療の3大目標(質・アクセス・費用)の同時達成は不可能と断定する言説(トリレンマ説、「鉄の三角形」説)がいまだに流布していますが、この論文を読むと、それは1つの意見・仮説にすぎず、最近(2010年代以降)は、国際的にも各国の医療政策において三重の目標の同時達成が目指されているようになってきていることがよく分かります。ただし、国・州レベルで三重の目標が同時に達成できたとする報告はごく少なく、現在でも、3目標の同時達成が可能か否かについては論争が続いていることも分かります。なお、3重の目標の分析枠組みを最初に提起したのはアメリカのBerwick等(2008)ですが、これはアメリカの医療改善研究所としての研究だったそうです。この論文を読んで、私は三重の目標概念が、オバマケアが導入した「質に基づく医療(運動)」と密接に関係していることを知りました。

【補足】「医療の三重の目標」説の文献レビューは2016~18年にも3つ発表されていた
○三重の目標のどの尺度が住民の[健康]マネジメント事業を評価するのに用いられているか?国際比較分析

Which triple aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An

international comparative analysis. Health Policy 120(5):471-485,2016.

○我々は三重の目標について語る時に何を意味しているのか？医療制度レベルでの分析枠組みの発展しつつある定義と応用の体系的文献レビュー

Mery M, et al: What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. Health Policy 121(6):629-636,2017.

○プライマリヘルスケアの文脈における三重の目標の分析枠組みの応用

M. Obucina N, et al: The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. Health Policy 122(8):900-907,2018.

第1論文は、「住民の健康改善、第2論文はシステムレベルの「三重の目標」、第3論文はプライマリケアの文脈に焦点化した「三重の目標」の文献レビューですが、共に結果は芳しくなく、第2論文は医療の三重の目標の「名前は広く知られているが、使われ方はバラバラ」と結論づけています。「三重の目標」説も、「鉄の三角形」説と同じく、賛否両論の仮説と言え、医療政策評価に安易に用いることはできないと言えます。

ただし、運命論的で暗い「医療の鉄の三角形」説と異なり、「三重の目標」説は前向きで、医療改革の実践的目標としての役割は大きいと思います。「三重の目標」説の初出は2008年で、「医療の鉄の三角形」説（初出は1994年）よりずっと新しいにもかかわらず、体系的文献レビューが（少なくとも）4つ発表されていることは、この説の人気ぶりと、アメリカにおける医療政策研究の層の厚さを示していると言えます。なお、私が2020年1-3月に「鉄の三角形」の文献を調べた時は、その文献レビューはありませんでした（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,200-210頁）。

○医療改善のための五重の目標—健康の平等を進める新しい要請

Nundy S, et al: The quintuple aim for health care improvement A new imperative to advance health equity. JAMA 327(6):521-522,2022 [評論]

コロナ・パンデミックによりアメリカで長年指摘されてきた、健康の不平等への関心が高まっている。ほとんどどこでも、社会的に周辺化された人々—人種的・エスニック的マイノリティ、高齢者、及び貧困な人々—は、コロナ感染による死亡率や発症率が高いだけでなく、予防や慢性期医療からも阻害されている。その理由はさまざまだが、コロナ・パンデミック前から存在している格差がもはや受け入れられないし除去可能であることは事実である。現在の課題は、このような社会的意識の高まりを行動、特に地域、診療所、および医療制度における行動に変えることである。

医療の三重の目標—地域住民の健康を改善し、患者経験価値を高め、医療費を抑制する—は Berwick 等が2008年に医療改善の「北極星」として提起した。それ以前にはこれらの目標はしばしば対立すると理解されていた。三重の目標説が画期的なのは、各目標が相互に強化することを提案したことである。2014年には、医師・医療従事者のバーンアウトの重大性が認識され、三重の目標から四重の目標に拡張された。三重また四重の目標が幅広く受け入れられていることは、それに言及した査読付き論文が急増していることから明らかである。

本評論は、四重の目標に健康の平等を進めるという5番目の目標を加え、五重の目標に拡

張することを提案する。健康の平等に焦点が当てられるのは最近のことではなく、例えば、2001年の医学研究所報告『「医療の質」 谷間を越えて21世紀システムへ』（日本語訳。日本評論社,2002）は医療の6つの目標の1つに平等を入れていた。しかし、それ以降の20年間でこの点での実質的改善はなかった。医師は医療の質の改善を求められたが、質改善は不平等に実現した。平等を加えて五重の目標とする根拠は、平等なき質改善は偽りの勝利(a hollow victory)だからである。健康の平等は、他の2つの目標（患者経験価値の改善と住民の健康改善）にすでに含まれていると言えなくもないが、健康の平等が明示的目標として示されない限り、両目標も達成されない。この5番目の目標に取り組むために、医療指導者や臨床家は不平等を同定し、それを減らすためのエビデンスに基づいた介入方法を計画・実施しなければならない。健康改善の努力は健康の平等を改善するように計画されるべきである。医療政策担当者は健康の平等の基準を設定し、それを実現するための効果的な経済的支援を計画すべきである。

二木コメント—私は今まで「三重の目標」のうち「住民の健康の改善」が健康の平等を意味すると理解し、実際にそのように説明した論文もありましたが、厳密に言えば違うようです。アメリカではコロナ・パンデミックを契機にして健康の不平等に対する「社会的意識の高まり」が生まれているようで、JAMA(アメリカ医師会雑誌)2月8日号には、この評論とペアでそのものズバリ「**平等と質—医療提供の改善は両方を求めている**」との評論も掲載されました(Dzau VJ, et al: Equity and quality - Improving health care delivery requires both. JAMA 327(6):519-520,2022)。

<医療統合関連(4論文)>

〇もしあなたがそう言うのなら：【オランダの】病院合併と医療の質についての混合研究
Westra D, et al: If you say so: A mixed-method study of hospital mergers and quality of care. Health Care Management Review 47(1):37-47,2022 [混合研究法]

欧米では、明確なエビデンスがないにもかかわらず、病院が質改善のために合併し続けている。本研究の目的は、病院合併の質改善効果を包括的に把握する方法を確立することであり、そのために混合研究法を用いて諸理論を統合する。量的には、オランダで2008-2014年に政府のトラスト規制機関が認可しその後実現した全ての病院合併(13。すべて一般病院どおしの合併)の医療の質に与えた影響を、15領域の質指標(病院レベル、部門レベル、疾患レベルの82の尺度)について、差の差法とBonferroni調整(多重比較の手続きの1つ)を用いて検証した。尺度によってデータが得られた病院数は異なるが、平均して合併群8、参照群(非合併群)48病院であった。質的には、合目的的サンプリングにより3つの合併事例(大病院と小規模病院の合併、中規模病院どおしの合併、小規模病院どおしの合併)を選び、各病院の最高経営責任者、質・安全担当マネージャーおよび専門医(医師部門の責任者を含む)に対して、病院合併が質にどう影響したと認識しているかについて、合計17の対面調査を行った。

量的調査の結果、病院合併が医療の質に与える有意の効果は上記3つのレベルとも、ほとんど得られなかった。Bonferroni調整を行ったところ、2つの質指標は病院合併とマイナスの関連があった。しかし質的調査では、病院スタッフは合併により質が改善し、それは規模の経済とショック効果のためだと認識していた。このように病院スタッフの合併について

の認識は測定可能な影響とは正反対であった。病院スタッフによる合併に対するプラスの認識は合併を質改善戦略と見なす傾向をさらに強める可能性がある。

二木コメント—病院合併の影響を混合研究法で検討し、量的調査（客観的指標）と質的調査（幹部の主観）の結果が乖離することをキレイに示した貴重な研究です。日本では病院合併は医療の質の向上をもたらすとアプリアリ（先験的）に信じられていますが、先行研究ではそれはまだ実証されていないと思います。この論文の冒頭の先行研究の検討の項でも、病院の「合併は価格を上昇することが示されているが、今までの研究は病院合併が医療の質にプラスの影響を与えるとの考えを確証することに失敗している」と書かれています。

○ [アメリカの病院による医師診療所の] 垂直統合後の治療統合：外来手術センター市場から得られたエビデンス

Richards MR, et al: Treatment consolidation after vertical integration: Evidence from outpatient procedure markets. *Journal of Health Economics* 81 (2022) 102569, 20 pages [量的研究]

病院による医師診療所の所有はアメリカ全体で増加しており、この戦略的決定は医療価格と医療費の増加を招いていると思われる。詳細な医師診療所所有者情報とフロリダ州の外来処置統計を用いて、病院・医師統合が外来手術センター市場に及ぼす影響についての新規性のあるエビデンスを示す。病院による医師診療所取得後、当該診療所の医師は自分たちのメディケアと民間医療保険の患者の 10%弱を外来手術センターから病院に移しており、18%の医師は外来手術センターをまったく使わなくなった。医師の治療施設選択の変更は、患者と保険者の費用、便利さ、および質選好と衝突する可能性がある。

二木コメント—要旨はごく簡単ですが、本文では詳細な分析が行われています。本論文からも、アメリカでは医療統合が医療価格と医療費の上昇を招くことが常識になっていることがよく分かります。

○ [アメリカにおける] 垂直統合対医師所有：乳がん外科医の診療構造の趨勢

Mitchell JM, et al: Vertical integration versus physician owners Trends in practice structure among breast cancer surgeons. *Medical Care* 60 (3):206-211,2022 [量的研究]

本研究の目的は女性乳がん患者を治療する外科医の診療構造の変化を記録することである。アメリカの人口の多い5つの州（カリフォルニア、フロリダ、ニュージャージー、ニューヨーク、テキサス）のメディケアパートB（医師診療）の2007,2010,2013年の65歳以上の新規女性乳がん患者の医療費請求データから、彼らを治療している外科医の名寄せをした。それにSK&A調査（民間調査）と徹底的なインターネット調査から得た情報を加えた。外科医を以下の5種類に区分した：①小規模単科診療（医師3人以内）、②単科外科または多診療科外科の外来手術センター所有、③医師所有病院、④多診療科診療所、⑤病院・病院グループの被雇用。

その結果、2003年には74%の乳腺外科医が小規模単科診療だったが、2014年にはこの割合は51%にまで低下していた。被雇用（病院との垂直統合）へのシフトはこの減少の一部しか説明しなかった：2003-2014年に被雇用医師の割合は10%から20%に増加した。これ以外の減少は外来手術センターまたは専門病院の所有を選択した医師の増加によるものであった：2003-2014年に両者の割合は4%から17%に激増した（外来手術センター所有医師

の割合は 3.5%から 13.5%へ、専門病院所有医師の割合は 1.1%から 3.5%に増加した)。多診療科診療所の医師の割合は 11.3%から 11.7%とほぼ一定だった。以上から、2003~2014 年に 5 つの州における乳がん外科医の診療構造が劇的変化に変化し、その特徴は小規模単科診療の割合の急激な減少、及び被用者である医師と外来手術センターまたは専門病院所有医師の割合の増加であると結論づけられる。

二木コメント—アメリカの医師の診療形態の変化として、従来、小規模開業医から被雇用医師へのシフトが強調されていましたが、乳がん外科医に関しては、外来手術センター・小規模病院の所有医師の増加の方が大きいことを明らかにした貴重な調査です。なお、外来手術センターや専門病院の所有はほとんどは 1 人の医師の単独開業ではなく、複数の医師等による共同開業と思います。

○前立腺がんを治療する [アメリカの] 泌尿器科医の水平統合を記録する

Mitchell JM, et al: Documenting horizontal integration among urologists who treat prostate cancer. *Medical Care Research and Review* 79(1):141-150,2022 [量的研究]

専門医間の水平統合の広がりや影響についてはあまり知られていない。泌尿器科医間の水平統合により生じた医師診療構造の変化を記録する新しい方法を開発・実装した。4 つの人口の多い州 (カリフォルニア、フロリダ、ニュージャージー、テキサス) のがん患者登録データとメディケアパート B (医師診療) の 65 歳以上の新規前立腺がん患者の医療費請求データから、各州別に前立腺がん患者を治療した全泌尿器科医を同定した。それに SK&A 調査 (民間調査) と徹底的なインターネット調査で得られた情報を追加し、泌尿科医の 2005-2014 年の診療構造の変化を調査した。各州とも、この期間に、泌尿器科医の小規模単科診療 (医師 3 人以下) の水平統合が進み、強度変調放射線治療及び・または解剖病理学サービスを提供する大規模診療所に属する泌尿器科医の割合が増加していた。この変化はニュージャージー州でもっとも顕著で、小規模単科診療の泌尿器科医の割合は 2005 年の 91%から 2014 年の 35.6%へと激減し、上記大規模診療所所属 (共同所有) の割合が 51%に達していた。病院 (グループ) に雇用された泌尿器科医の割合は 6.1%から 7.2%に微増していた。フロリダとテキサスでは 2014 年には上記大規模診療所のメンバーである泌尿器科医の割合はそれぞれ 44%、43%、病院に雇用されている泌尿器科医の割合はそれぞれ 15%、16%だった。それと対照的に、カリフォルニアでは泌尿器科医の 27%が病院に雇用され、大規模診療所所属は 17.5%にとどまっていた。

二木コメント—上記論文と同じ筆頭著者による、同種データベースを用いた、「柳の下の二匹目のドジョウを狙った」 (あるいは「犬の実験を猫で繰り返した」) 論文です。泌尿器科医についても、すべての州で小規模診療所 (といっても元々 1 人開業はごく少数) が大幅に減少していますが、カリフォルニア州以外では、それは病院 (グループ) に雇用される医師の増加を意味せず、小規模診療所の合併による大規模診療所 (医師の共同所有) が増加していることが分かります。

○過去 20 年間の [15 の] 医療サービス研究、医療政策、医療経済学雑誌の研究 [トピックス] のマッピング

Zengul FD, et al: Mapping 2 decades of research in health services research, health policy, and

health economics journals. *Medical Care* 60 (3) :264-272,2022 [文献研究]

本研究の目的は 15 の医療サービス研究、医療政策、及び医療経済学の代表的雑誌の過去 20 年間の主な研究トピックスとその趨勢を示すことである。それら雑誌は以下の通り：

American Journal of Managed Care, BMC Health Services Research, Health Affairs, Health Economics, Health Policy, Health Services Research, International Journal of Health Policy Management, Inquiry, Journal of Health Economics, Journal of Health Policies, Politics and Law, Journal of Health Services Research and Policy, Medical Care, Medical Care Research and Review, Milbank Quarterly, Qualitative Health Research. 研究標本は PubMe で検索した、15 雑誌に 1999-2020 年（4 月まで）に掲載された 35,159 論文の要旨である。3 段階のテキスト分析（テキストマイニング）を行った（略）。

その結果、以下の 16 の主要研究テーマを見いだした：(1) 実装・介入科学、(2) HIV と女性の健康、(3) アウトカム研究と質、(4) 退役軍人・軍研究、(5) 医療提供者・プライマリケア介入、(6) 老年学とフォーマル・インフォーマルケア、(7) 政策と健康アウトカム、(8) 薬物療法、(9) 患者介入、(10) 医療保険法制・政策、(11) 公衆衛生政策、(12) 文献レビュー、(13) 費用効果分析と経済評価、(14) がん医療、(15) 労働力問題、(16) 社会経済的状態と格差 (disparities)。過去 20 年の趨勢を見ると、(1) 実装・介入科学、(2) HIV と女性の健康と (12) 文献レビューの 3 つのトピックスの割合が増加しており、(7) 政策と健康アウトカム、(11) 公衆衛生政策、(13) 費用効果分析と経済評価の 3 つトピックスの割合が減少していた。それ以外のトピックスの割合は比較的安定していた。2 次元マップによりいくつかの雑誌は特定のトピックスと強い関連があることが分かった。今回の知見は文献レビューの（主観的）視点に基づく先行研究の結果とは一致していなかった。

二木コメント—近年流行しているテキストマイニングを用いた、主要雑誌の研究トピックスの変遷についての初めての「客観的」調査結果だそうです。ただし、ほとんどのテキストマイニングの結果と同じく、私には“So what?” “Et alors?” です。なお、私は今回検索対象とされた 15 雑誌のうち 11 雑誌を毎号チェックしています。15 雑誌は専門誌だけですが、私の経験では世界最高水準の総合医学雑誌である JAMA と New England Journal of Medicine にも、医療サービス研究や医療政策の重要論文・評論が掲載されます（Lancet と British Medical Journal も同じと聞いていますが、私はチェックしていません）。

○健康選択行動における効用最大化 vs 後悔最小化：4 つのデータセットから得られたエビデンス

Buckell J, et al: Utility maximization versus regret minimization in health choice behavior: Evidence from four datasets. *Health Economics* 31 (2) :363-381,2022 [理論研究・量的研究]

健康における選択モデルはほとんどすべて新古典派経済学の効用最大化パラダイムに基礎付けられている。近年開発された選択モデルは後悔最小化を代替的な選択規則として捉え、その実証的支持も得ている。医療経済学では、近年のランダム化後悔最小化 (RRM) モデルの応用は、健康について選択する個人は後悔最小化型の行動を示す可能性があることを示している。本論文では、選好の異種性とは区別される、もっと柔軟な複数の (heterogeneous) 意思決定規則を許容するなモデルを用いて、それを単一の意思決定規則を想定するモデルと比較する。

さまざまな状況—たばこ市場、遺伝子検査、及び HIV 予防—で、個人が健康について選択する 4 つのデータセットを用いる。その結果、これらのデータセットで、すべてに適合する 1 つの規則 (a one-size-fits-all rule) を適用する場合は、効用最大化を後悔最小化よりも選択すべきことが分かった。しかし、個人はこのような健康選択では、さまざまな (varying) 意思決定規則を同様の割合で用いることも分かった。このことは、これらの状況における行動を捉えるためには複数の意思決定規則が必要とされることを示唆している。

二木コメント—「後悔最小化パラダイム」は Amazon 創設者のジェフ・ベゾス氏の信念として有名ですが、それが健康の意思決定理論で、「効用最大化」モデルへの代替としても提唱されていることは初めて知りました。本論文で提唱されている、効用極大化と後悔最小化の「ハイブリッドモデル」は魅力的と感じました。

【補足】マイケル・ルイス『後悔の経済学』が「後悔の理論」誕生のプロセスを活写

マイケル・ルイス『後記の経済学』（渡合圭子訳。文春文庫、2022年2月、原著2016年、原題：Undoing Project）は、行動経済学を創り上げたダニエル・カーネマンとエイモス・トヴェルスキーの友情と相克を描いています。その第9章「そして経済学も」は、2人が1972-73年に、経済学の大前提として広く受け入れられていた新古典派の「期待効用理論では人の意思決定を予測できない」ことに気づき、「人は効用を最大にするのではなく、後悔をしようとする」「後悔の理論」を生み出すまでのプロセスを活写しています。

○健康と疾病の営利的要因を測定する：分析枠組みの提案

Lee K, et al: Measuring the commercial determinants of health and disease: A proposed framework. *International Journal of Health Services* 52 (1): 115-128, 2022 [理論研究]

健康の社会的要因 (CDoH) は営利目的のアクターとその行動に伴う健康への有害な影響を記述する。CDoH の定義と概念の明確化、及び実証分析の努力がなされているが、その有害作用を和らげるために、この用語を実際的に適用するためには、CDoH の特定の構成要素と CDoH が特定の住民の健康とウェルビーイングに与える累積的影響を測定する能力が求められる。「世界疾病負担調査」(GBDS) に基礎を置いて、手始めに CDoH を、エージェンシーに広がるリスク要因への曝露と構造的影響として概念化する。これらの影響の 6 つの構成要素を同定し、曝露を高度、中等度、軽度にランクづける指標とデータセットの最初のセットを提案する。これらは健康の営利的要因指数 (CDoHi) と結合し、3 か国 (イギリス、メキシコ、ナイジェリア) に応用する。現時点ではまだ概念の試案であるが、住民への時間的・空間的な広がりを持つ CDoH 曝露と曝露要因に関連した健康アウトカムの比較分析が、今後指標とデータセットの開発が進めば、可能になるであろう。CDoHi を拡張しそれをさまざまな住民集団に応用することにより、健康への害悪を減らす介入の焦点を絞ることが可能になるであろう。そのような介入による健康とウェルネスの改善を測定すれば、結果的に、CDoH に対処するための総合的努力に益するだろう。

二木コメント—本「ニューズレター」212号(2022年3月:24頁)で初めて紹介した「健康の営利的要因」(SDoH)(24頁)についての最新の理論研究です。タイトルは非常に魅力的なのですが、要旨はきわめて晦渋です。本文は少しは分かりやすいので、SDoH に関心のある研究者には有用と思います。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 208)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○稲垣真美（2021年に95歳で自ら主催する同人文芸誌「新・新思潮」を創刊し、2022年に第2号を出し新作を載せ続けている現役作家）「年齢のことなんて言っていられない。（小説の）創作は、まだまだこれから」、「年をとって衰えたのは歩く速さくらい。今までよりもちゃんとした作品を書く能力が残っていた」（「毎日新聞」2022年3月10日朝刊「ひと」）。二木コメントー私より21歳も年上の稲垣氏のこの超前向きの姿勢に感銘を受けました。私は、『地域包括ケアと地域医療』（勁草書房,2015）～『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（勁草書房,2020）では、「あとがき」で「研究と言論活動は、体力と気力と知力が続く限り（少なくとも85歳までは）続け」と書いていたのですが、「85歳までは続ける」と言っていると誤解されるので、新著『2020年代の医療・社会保障』（勁草書房,2022年3月）の「あとがき」では、年齢について具体的に書くのを止め、「今後も研究と言論活動および社会参加を、可能な限り長く続けよう」と書いています」と書きました。ちなみに「社会参加」に関して、4月から名古屋市瑞穂区の田光町町内会長になりました。

○大橋謙策（日本社会事業大学名誉教授）「…地域福祉論を“絵空事”のように気軽に書くこと、研究することを戒めてきた筆者にとって、新たな社会福祉の考え方が実践的にどのように展開できるのか、具体的フィールドを通して考え、理論化したことを読者に学んで欲しいと思った。とりわけ、フィールドを持たず、参与観察者の、評論的に地域福祉を論ずる研究姿勢、研究方法に対して大きな“怒り”さえ感じてきた。自分自身の生活者としての“地域性”を省みることなく、地域住民を“巻き込み”、その在り方を研究対象にする研究方法に対しても“怒り”を感じてきた。だからこそ、地域福祉に関する研究方法は如何にあるべきかも考えて欲しいと思い、筆者が長年進めてきた『バッテリー型研究』[研究者との実践家との協働研究方法]をしてきた実践史を基に論述した。（中略）／筆者のこの『バッテリー型研究の方法』では、長いフィールドでは約35年間も協働実践、協働研究してきているところがある。それは、ある意味マンネリ化する危険性もあるので、そのフィールドを筆者の教え子や関係者に委ね、交換もしてきた。しかし、そのフィールドという地域が豊かに発展することを見守り、側面から支援することこそ地域福祉研究者の役割であると戒めてきた」（『地域福祉とは何か 哲学・理念・システムとコミュニティーワーク』中央法規,2022,1-2頁（まえがき））。二木コメントー地域福祉研究に限らず、縦断的研究に不可欠な視点と感銘を受けました。また、フィールドでの研究を自分一代で終わらせず、「教え子や関係者に委ね、交換」してきたことに、凄さを感じました。なお、私も「〇〇を巻き込む」という上から目線の表現は大嫌いで、大学院の研究計画書や私が主催している「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」のレポートを添削する時は、「〇〇の協力（参加）を得て」等の表現に直すよう指導しています。大橋氏の戒めは、中村康一氏と関満博氏の次の言葉と共鳴していると思います（共に、本「ニューズレター」173号（2018年12月）で紹介）。

○中村好一（自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門教授）「協力してくれた難病患者さんの全員がお亡くなりになるまできちんと追跡し見守るのが疫学者の責任であり務めである」（2018年7月の第59回日本社会医学学会総会の教育講演1「楽しい疫学：疫学は

すべての社会医学の基礎である」。「社会医学会レター」2018-2号:3頁,2018年10月1日。予後調査のくだりでこう述べた)。

○**関満博**(一橋大学教授。専門は地域産業論、中小企業論。「歩く経済学者」)「**【地元の人たちは】『この人とは、一生付き合うのだ』という判断ができて、初めて内側に入れてくれる。**(中略)『**地域屋**』を自認する私も、そうしたことはよく分かっており、**一つの地域と付き合うなら『一生付き合う』態度を鮮明にする必要がある**ことを理解している」、「**いずれの地域も、長いところで25年、短いところで7~8年ほどの付き合いを重ねてきた。**そして、その付き合いの流れの中で、『**同時代の証言**』を送り出す必要を痛感した地域から『**書籍**』の形にしていった」(『**現場主義の知的生産法**』ちくま新書,2002,28,131頁)。

○**福島県中通りのA町の保健師**(地震・津波・放射線被曝とそれに伴う長期の複合災害に見舞われている住民の支援に当たっている)「**先生がやめる気配がないから本音を言った**」(岩倉拓「被災地における中長期のこころの支援—精神動力的な観点から」『**こころの科学**』2022年3月号:2-11頁。岩倉氏は、住民支援のために、臨床心理士として10年間、住民支援のためにA町に通い続けているが、無力感と挫折感と違和感にさいなまされていた。ある日この保健師が、岩倉氏がA町に来ることによってその調整に膨大な時間を費やしていると本音を打ち明けるとともに、こう述べた。この後、保健師は、負担軽減も含めて、時に車を岩倉氏に預け、1人で訪問することを許した。また、町の施設の一角に相談室が設けられ、岩倉氏には「やっと町のスタッフになれたという感覚が芽生え」た。東畑開人「社会季評・よそ者のやましさを抱えて」「朝日新聞」2022年3月17日朝刊が丁寧に紹介)。二木コメント—この重い話は、上記大橋氏等の主張と通じると感じました。

○**木俣正剛**(元週刊文春・文藝春秋編集長。現・岐阜女子大学副学長)「[私が入社した当時の]編集部には、『**大方針を決める編集長は「朝令暮改」、タイトルを決めるデスクは「羊頭狗肉」、原稿を書く記者は「針小棒大」…にならないよう注意しましょう**』という張り紙があり、これがスローガンかと驚いた。しかし、『**にならないように注意しましょう**』と常に心に置いておくことが大事で、文春の魂と思っている」(「愛知保険医新聞」2022年3月25日号、協会新聞部主催「春の講演会」)。二木コメント—政府・厚生労働省の医療政策を批判したり、逆に「あるべき医療」を論じる時にも、論文名や見出しが「羊頭狗肉」「針小棒大」にならないように注意する必要があると思います。私の経験では、(善意の)医療運動団体の機関誌・紙の記事・報道にはときどきこの傾向が見られます。

○**加藤健一**(俳優、加藤健一事務所主催。1949年生まれ、73歳。1980年に自分一人が所属する事務所を創立し、戯曲を年200冊読んでは仲間を募り、年3~4本を上演してきた。こんな人は他にいない)「**いやー、芝居以外に遊ぶすべを知らないだけです。ゴルフが楽しみという人と同じで、芝居が僕の唯一の遊び。プロって、遊びの延長だと思うから**」(「しんぶん赤旗日曜版」2022年3月6日号、「ひと」)。二木コメント—加藤氏は、孔子の『**これを知る者はこれを好む者にしかず、これを好む者はこれを楽しむ者にしかず**』(金谷治訳注,岩波文庫版,84頁)における「これを楽しむ」の域に達していると思います(本「ニューズレター」105号(2013年4月)で紹介)。私も、研究者としてこの域に達したいもので

す。「プロって、遊びの延長」は、夏目漱石の「**芸術家とか学者**」は「**道楽的職業**」に通じると感じました（「道楽と職業」『私の個人主義』講談社学術文庫,35-36頁。本「ニューズレター」19号（2006年3月）で紹介）。

○**西村京太郎**（作家。手がけた作品は640冊以上、累計発行部数は2億部超。2022年3月3日死去、91歳）「**書き疲れて死ぬ。それがいい**」（「読売新聞」2022年3月31日朝刊、「追悼抄」（川村律文）。肝臓がんが見つかり、2021年末から入院していたが、病院に原稿用紙とペンを持ち込んで執筆を続けていた）。

○**川田未穂**（「オール読物」編集長）「**[西村さんは]本や資料を読むのは本当に好きでした。あれだけ書くことができたのは、ずっと読み続けていたからでしょう**」（上掲記事）。

○**郷ひろみ**（歌手、66歳。50年間、数限りなくステージに立ってきたが、思い描くコンサートができたことはただの一度もないと感じている。「**人生の成功は黄金の60代にある**」と信じ公言してきた）「**人間は得意な分野でしか失敗しない。調子に乗ったところでだいたい失敗する。僕はそれで何度も足をすくわれてきた。不得手なことは慎重になるから、あんまり失敗しない**」。「**僕は山の頂に登って眺めを楽しむタイプじゃない。登ったとしたらもう降りたいんだよね。なぜかって言うと、次の山に向かうため。高いところから降りる時こそ慎重に、気を付けないといけない。足をすくわれないようにね**」（「朝日新聞」2022年3月24日夕刊、「ど真ん中を歩く 郷ひろみの覚悟」（定塚遼））。

<その他>

○**荻島國男**（多分野で多くの改革実績をあげ、「厚生省に荻島あり」と謳われながら、1992年4月、48歳の若さで死去）「患者などから陳情を受けると、“あなたは冷たい”などといわれることがあります。“なにを！”と思うけれど、一面その通りだなと思いますよ。しかし、**我々厚生省の役人はどこかに感傷的(センチメンタルな)部分を残しているんです。他省庁の者から見れば“女々しい”と非難される部分ですが、我々はそれを残していないといけないんでしょうね**」（『病中閑話 荻島國男遺稿集』1993年（2021年再刊行）171頁。江波戸哲夫「センチメンタルを知る男」で紹介）。**二木コメンター**このような「センチメンタルな部分」が、現在も厚生労働省官僚に引き継がれていることを期待します。「感傷的(センチメンタルな)」という表現は、**若月俊一**佐久総合病院院長（当時。2006年死去、96歳）が、「自分の生き方・世界観について質問されると、**センチメンタル・ヒューマニズム**と答えるの普通」だったことに通じると感じました（川上武・小坂富美子『農村医学からメディコ・ポリス構想へ 若月俊一 の精神史』勁草書房,1988,第4章「センチメンタル・ヒューマニズムの実体ー若月俊一の医療運動論」）。

○**荻島國夫**「**どんなことがあっても、人のことを信用して乗り越えろ…人が信用してくれる…**」（上掲書261頁。荻島道子氏が「喪主挨拶」で紹介した、荻島氏が死の間際に子どもたちに残した言葉）。

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12回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」50号（2022年4月10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

○大木秀一『看護研究・看護実践の質を高める文献レビューのきほん』医歯薬出版,2013（2020年10刷！）。

…研究方法の1つである「文献レビュー（文献研究）」の基本を、5つのステップ（課題設定～論文執筆）に沿って、初学者・大学院生向けにわかりやすく書いた（出版時）日本初の本。「コラム」・「注意」も充実：「抄録の羅列では文献レビューにはなりません」、「情報収集は広めに、検討する文献は限定して」、「重要文献の見落としは致命的になることがある」、「文献検索のstepは量的研究と似ています」等。110頁の薄い本ですすぐ読める。

○若村智子・西村舞琴『はじめて学ぶ文献レビュー』総合医学社,2020年。

…看護学部の4年生の卒業研究執筆を想定して、文献レビューの書き方を教師と学生との対話形式で、分かりやすく解説した「超入門書」。

○椎名美智『「させていただく」の使い方 日本語と敬語のゆくえ』角川新書,2022年1月。

…1990年以降爆発的に使われるようになっていく「させていただく」の使用実態を言語学（特に語用論）的に解明すると共に、その背景要因を探り、「敬語のインフレ現象」を示す。教養書だが、準学術書でもり、700人の意識調査では多変量解析も行っている。

○三中信宏『読書とは何か 知を捕らえる15の技術』河出新書,2022年1月。

…進化生物学者で著名な書評家が、「読書効率主義」とは正反対のベクトルを志向し、読書経験を通しものごとを考える知力を養う術を伝えると気負った本。副題の「15の技術」は

15通りの読み方の意（完読～積読、未読）。読書オタク向き a/o 趣味の読書を極めるための本。

○藤崎一郎『まだ間に合う 元駐米大使の置き土産』講談社現代新書,2022年2月。

…元エリート外交官が自分史を通して、（外交官を目指す？）若い人へのアドバイスと国際社会での生き方を論じる。分厚い英語の本の読み方、会議での記録のとり方、交渉にあたっての心得、スピーチの仕方や会議の進め方など、試行錯誤して得たコツも具体的に紹介。

○巻頭特集「1分話せば仕事は変わる」『AERA』2022年4月11日号：10-13頁。

…相手を「動かす」話の目安は1分間で、以下の「3段ピラミッド」で骨格を作る：1段目に「結論」、2段目に「根拠」、3段目に「例」。1分以内に収まっていない時は、考えがまとまっていない証拠。職場で避けるべきNGワードとそれの言い換えも示す。

B. 医療・福祉関連

○荻島國男『病中閑話 荻島國男遺稿集』1993年（2021年再刊行）。※日本ヘルスケアテクノ株式会社のHPで販売（クレジット決済、2750円。Amazon等では取り扱っていない）

…「国民医療総合対策本部中間報告」（1987。以下、「中間報告」）等、多分野で改革の実績をあげ、「厚生省に荻島あり」と謳われながら、1992年、48歳の若さで死去した荻島氏の遺稿集を28年ぶりに再刊行。実名の論文だけでなく、匿名の論文も収録。本書を読むと、荻島氏が、厚生省の中枢に在りながら、同省の補助金・社会保険給付官庁から政策官庁への転換を目指す「体制内改革」の旗手だったことがよく分かる。例：福祉関係三審議会の意見具申（1989）を「『昭和20年体制』から一歩も踏み出していない」と厳しく批判（102頁）。「第1回の厚生白書にまつわるエピソード」の紹介（148-150頁）や、「中間報告について」（158-163頁）」とそれに続く江波戸哲夫氏のレポート、及び唐沢剛氏の追悼文（290-291頁）は「中間報告」作成の舞台裏についての貴重な「歴史の証言」。医療・福祉政策の研究者必読。

○柳澤靖明・福嶋尚子『隠れ教育費 公立小中学校でかかるお金を徹底検証』太郎次郎社エディタス,2019。

…公立小中学校を対象にして、「学校の<モノ>と<コト>にかかる費用負担（補助教材、消耗品、修学旅行や部活動、学校給食等）」を実態、歴史、理念、対策の観点から、子どもの権利を中心に据えながら整理。終章ではこれらの費用負担の背景にある「受益者負担」の考え方の2つの問題（①子供の貧困問題への無自覚、②憲法や国際条約で謳われている公教育の無償原則に反する）を指摘し、「どんな子どもも排除されない学校」の実現を提唱。柳澤氏は小中学校のベテラン事務職員で学校における「カネ」の専門家、福嶋氏は教育行政学の若手研究者。医療・福祉分野でも患者・利用者と家族の「隠れ負担」の調査が求められる。

○岩田正美『生活保護解体論 セーフティネットを編み直す』岩波書店,2021年11月。…貧困問題研究の第一人者が「かなり前から考えていたこと」を包括的かつ詳細にまとめた力作。ただし、一部の記述は冗長・難解。私は著者の生活保護制度・運用に対する批判や改革の視点の大半、及び具体的改革の一部には共感する：「一歩手前での対応が可能な制度設計に」（157頁）、福祉研究者に多い社会保険否定論に与せず「皆保険・皆年金体制を全否定せず、それに沿ったかたちでの現実的改革が可能」（174頁）、生活保護基準よりも少し上の低所得層への住宅手当の新設（189頁）等。「解体論」と銘打っているが、実際には、生活保護の「生活扶助」は「一般扶助」として存続し、それ以外の7つの扶助を既存の普遍的制度の中に「溶け込ませる」という「再構築」・「編み直し」論。私は、医療扶助を、現在の介護保険の場合と同じように、医療保険に入れ込むことは大賛成。第Ⅱ章で国民皆保険・皆年金体制の内部には社会扶助の性格を持った低所得対策が含まれていることを詳細に論証しているのは圧巻で「共助＝社会保険」論の底の浅さがよく分かる。この章は医療保障研究者必読。

しかし、以下の3つの疑問を持った。①生活保護制度・運用の「改革」ではなく、センセーショナルな「解体」という用語を用いるのは論理の飛躍。「解体」すべき4つの理由（23-27頁）は説得力に欠けるし、著者が自任するように「解体」提案は「ややこしい」。私には著者は「解体」という言葉に酔っているように見えるし、政治的

に考えても「解体論」は生活保護縮小の動きに悪用・つまみ食いされる危険がある。28 頁で紹介されている日本弁護士連合会の「生活保護法改正要綱案」（「生活保障法」への名称変更を含む）の方がはるかに説得力がある。②低所得者への所得保障の青写真は詳細に書いている反面、近年、生活保護改革の大きな柱となっている低所得者の自立支援等には一切触れていない（37 頁）・批判的（295 頁）。著者はベーシックインカム論を「所得保障は完璧な手段ではない」と批判しているが、同じ批判が本書にも向けられると思う。地域包括ケア（システム）の理解も浅薄（162 頁）。③著者の提案する「再編」を実現するために必要な「財源」確保策についても触れていない（179 頁）。権丈善一氏流に言えば、財源調達問題から逃げた「空想的社会保障論」。

○大橋謙策『地域福祉とは何か 哲学・理念・システムとコミュニティソーシャルワーク』中央法規,2022 年 4 月。

…地域福祉・福祉教育研究の重鎮の 1960 年代以降 50 年間の研究の集大成。第 1 編「地域福祉とは何か」は、「自伝的地域福祉研究史、実践史」、第 2 編「補論」は大橋氏の代表的論文の再録。大橋氏の研究方法・スタイルの最大の特徴は「バッテリー型研究」（野球のように、研究者と実践家がバッテリーを組み、協働で研究すると共に、その成果を実践・政策形成に活かすこと）。第 1 編の記述は地に足がついており、しかも分析が「複眼的」で、説得力がある。その典型は、大橋氏が 1960 年代以降、一貫して、社会福祉にとって、憲法第 25 条だけでなく第 13 条（幸福追求権）も重要なことを強調し、経済援助と対人援助の両方を重視していること。多くの地域福祉論と異なり、大橋氏が医療との関係・連携、および財源調達を重視していることに大いに共感した。社会福祉では神格化されている故岡村重夫氏の主張も正面から批判している（18 頁等）。私は大橋氏の事実認識と価値判断の大半に賛成だが、厚生労働省が「地域共生社会実現政策」を遂行しているとの位置づけには疑問（111 頁）。**地域福祉研究者必読&社会福祉の研究者・実践家(ソーシャルワーカー)も読んだ方が良い。**

○津川友介『HEALTH RULES ヘルス・ルールズ 病気のリスクを劇的に下げる健康習慣』集英社,2022 年 1 月。

…エビデンスの確かさに徹底的にこだわり、「査読」された論文のみを用い、しかも専門用語や難しい表現を極力使わないで、病気のリスクを下げる健康習慣を作るための 10 のルールを示す。各分野の第一人者に内容のチェックを受け、各ルールの最後に根拠論文を掲載。重要な個所はマーカーで示されているので、それらを拾い読みするだけでも必要な知識を得られる。著者の示すルールは説得力がある。個人的には、「睡眠時間 6 時間神話」を否定し、「健康を維持するためには少なくとも 7 時間の睡眠が必要」としていることに安心した（19 頁）。他面、肥満の危険性を強調する反面、日本では肥満よりはるかに有害とされている痩せすぎ・低栄養に触れていないのは残念。

○特集「公立福生病院事件裁判は和解へ」『賃金と社会保障』2022 年 2 月下旬号（1796 号）：4-16 号。

…2018 年 8 月に公立福生病院で 44 歳の女性透析患者が人工透析を中止したことにより亡くなったことに対して、同年 10 月に夫と次男が原告となり、同病院の運営主体

を被告として、慰謝料等の支払いを求める損害賠償訴訟を提起したが、裁判所の勧告により、2021年10月に和解が成立した。本特集では弁護団の2人の弁護士がこの和解についての見解を述べている。私は「毎日新聞」等の報道から、病院の担当医が①患者に複数の選択肢があることを説明していなかったことや、②患者が署名した「透析離脱証明書」には撤回に関する説明が記載されていなかったこと等について強い疑問を持っていたので、この「勝利的和解」は妥当だと感じた。『賃金と社会保障』は2019年5月上旬号(1729号)と同年6月下旬号(1732号)にも、この「事件」の「資料特集」をしている。

○風間直樹・井艸恵美・辻麻梨子『ルポ・収容所列島 ニッポンの精神医療を問う』東洋経済、2022年3月。

…「東洋経済オンライン」に2年弱掲載され大きな話題を読んだ連載を書籍化。「長期強制入院」、「身体拘束」、「薬漬け」や「虐待横行」を続けている精神科病院が今でもあることを、豊富で悲惨な実例で示す。ただし、事例中心の記述なので、これらが「氷山の一角」なのか、一部の悪徳な事例なのかは判断できない。それに対して、第4章で書かれている児童養護施設での薬漬けは全国データも示されているので、説得力がある。私は、学校で発達障害が浸透する発端になった2002年の全国調査が、発達障害について専門的知識のない「教師の主観で評価した」ものだったことに驚いた(176頁)。第6章では、現在の「福祉行政では、『地域包括ケアシステム』が政策の柱」であるにもかかわらず、住居のない低所得者に対しては「大規模施設への収容がいまも対策の中心に位置づけられて」おり、しかも東京都等がその見直しに頑強に抵抗していることを鋭く指摘(204-205頁)。**精神保健福祉士や自治体の福祉職員必読と思う。**精神保健福祉士資格は本書で告発されている諸問題に対処し、患者の人権を守るためにできたはずなので、精神保健福祉士の活動の検証も求められると思う。

○中野航騎「『相談』の民間委託とその影響ー地域包括支援センター・在宅介護支援センターの民間委託の経緯と特徴に注目して」『社会政策』13(3):139-149頁、2022年3月。

…史料を用いた政策過程研究により、両センターの民間委託は「相談」の硬直化の解消を目的に導入されたが、行政による委託先に対する「管理」の側面が強化され、当初目指された民間組織の機能の発揮による「相談」の硬直性解消がかえって困難になっているという逆説的状況が生まれていることを示す。

○杉山みち子編著『栄養ケア・マネジメントの実装』日本ヘルスケアテクノ株式会社、2022年3月。

…栄養ケア・マネジメントは4半世紀前に、要介護高齢者の低栄養の問題がクローズアップされてから始まり、徐々に医療・介護・障害者福祉分野に普及し、効果のエビデンスも示されたため、2005年以降、介護報酬・診療報酬で順次給付されるようになっていく。本書は、そのような研究や実践を主導してきた日本健康・栄養システム学会が、栄養ケア・マネジメントの研究の背景や成果とそれを根拠として実現した診療報酬等の各種制度の実務について、図表もたくさん用いて簡潔に初めてまとめた。本書では言及されていないが、本書を読むと、日本の「生活習慣病」・健康増進対策

が肥満偏重で、低栄養を見逃していることがよく分かる。B 6 判・208 頁だが、内容は濃い。

○高木安雄・三谷宗一郎「平成・令和 30 年間の診療報酬改正の歴史を考える—変わったもの、変わらないもの、そして明日」『社会保険旬報』2022 年 3 月 21 日号：41-32 頁。

…冒頭の「解説」（高木氏）は、「30 年間で変わったもの—医療費適正化の本格化と中医協の改編など」と「30 年間でも変わらないもの—診療報酬改定への医療機関の対応と『永遠の微調整』」及び「診療報酬改定の明日」を簡潔に、しかし深く示し、**医療政策研究者必読**。「年表」（第 1 回：1989-1995 年。三谷氏）部分の「診療報酬に関する事項」では、それぞれの改定時の保険局医療課長のインタビューのエキスも抽出し記載すると共に、「医療政策等・社会保障改革に関する事項」も示す。同種年表と異なり、内閣・大臣・事務次官・保険局長・医療課長・中医協会長・日医会長の氏名も詳細に示す。年表(2)（1996～2005 年）は同誌 4 月 1 日号に掲載。

○特集「看護師の業務範囲とその拡大」『健保連海外医療保障』129 号：1-69 頁,2022 年 3 月。

…ドイツ（松本勝明）、フランス（篠田道子）、イギリス（白瀬由美香）、アメリカ（早川佐知子）の最新動向を紹介。ドイツはケア専門職、アメリカは看護補助者についても述べる。イギリスとアメリカは「参考文献」も豊富。ただし、どの論文も制度（改革）の紹介で、実態調査（の紹介）はない。看護業務・看護教育の研究者必読と思う。

○香取照幸『社会保障論 I【基礎編】』東洋経済,2022 年 3 月。

…現役官僚時代に「社会保障の機能強化」を推進した著者が、上智大学総合人間科学部での 2 年間の講義をベースにして「教科書風」に書き下ろし。制度の解説や学説の紹介、国試対策ではなく、「社会保障をより包括的な視点から議論し、経済や社会、財政、地域、家族などとの関わりの中で社会保障の機能、役割について考え、理解するヒントを示す」。著者は社会保障の機能で「社会統合・正統性の形成」を、理念・哲学として「自立と連帯」、そして「経済を支える社会保障」という視点を強調。日本の皆保険・皆年金を「奇跡の制度」と位置づけ、それが実現できた 3 つの条件を述べ、それらが現在、「ほぼ全部崩れているわけで」、「その中で「悪戦苦闘しているのが今の社会保障」と指摘（147-155 頁）。私は、政府・厚生労働省の公式の説明と異なり、「公助」を生活保護に限定し、社会福祉は含めていないことに注目した（182 頁）。しかし、そうすると自助・共助・公助論における、社会福祉の「居場所」がなくなると思う。

○関ふ佐子『認知症高齢者の医療と生活保護』『社会保障研究』6 巻 4 号：486-490 頁,2022 年 3 月。

…財産管理ができず手持ちの現金がなかった認知症の高齢者が受給した保護費の返還請求について相続人が争い、東京高裁で福祉事務所長の処分が取り消された裁判事例について、争いの背景にある政策的な課題を検討。背景に、被用者保険と介護保険制度（1 号被保険者）では生活保護を受給しても被保険者を資格を失うことがないのと異なり、後期高齢者医療制度と国民健康保険では生活保護を受給すると被保険者の資格を失うことがあるのがよく

分かる。

○長尾和宏「ふじみ野在宅医殺人事件と 8050 問題—親の死を受けられない子どもとどう向き合うか? (長尾和宏の自宅介護を快適にする極意・第 24 回)」『月刊ケアマネジメント』2022 年 4 月号: 33-35 頁。

…ふじみ野事件を受けて、長尾医師自身も、在宅医人生 27 年の間に、死にそうな目にあったことが何度もあったとして、「命の危険を一番感じた経験」を含め、赤裸々に紹介。最後に、「『死』が直接関わってきそうだと、時間をかけて築いてきたはずだった信頼関係がいとも簡単に崩れる」として、「逃げるのは恥ではありません。少しでも身の危険を感じたら、無理せず危険区域から逃げるよう、僕はケアマネや訪問看護師に伝えている」と述べる。**在宅医療・ケアの従事者・研究者必読**と思う。

○特集「ポストコロナを見据えた公立・公的病院と民間病院の役割分担」『病院』2022 年 4 月号: 292-253+279-284 頁。

…12 論文+対談の大特集。田中滋、今村英仁、島崎謙治、鈴木康裕、伊関友伸、加納繁照、武久洋三、猪熊律子、尾形裕也氏等の論客が登場し、読み応えがある。特に、**島崎謙治「公立・公的病院と民間病院の役割分担論について」**は圧巻。「日本の医療提供体制の特徴と沿革」を踏まえた上で、最近の政策課題について丁寧に検討し、「公・民の役割分担を議論することにさほど意味はない」として、開設主体による役割分担を強調することは意味がなく、場合によっては危険でさえある」と指摘し、「最適解は先験的には決まらず、すべて個別解にならざるをえない」と強調。加納氏と猪熊氏も、公私の「役割は地域によって異なる」、「『地域性』が大きく関係する」と強調。伊関氏の公立病院の視点からの分析と加納氏の民間病院の視点からの分析は相補的 (not 対立的)。

+○島崎謙治「社会保障法判例」『季刊・社会保障研究』195 号:439-447,2012 年。

…持ち分のある医療法人で、退社した社員は出資額に応じた返還を請求できる旨の定款の規定の解釈をめぐる争われた民事訴訟の最高裁判決 (2010 年) —「出資額説」を否定し「出資割合説」を支持する一方、上告人の請求は権利の乱用に当たる可能性があるとも判断—の精緻な評釈。上記島崎論文で引用。医療法人の出所持ち分論争についての決定的論文。

C. コロナ関連

○高久玲音「医療逼迫招いた患者の『分散』 [視点争点 学者が斬る]」『週刊エコノミスト』2022 年 3 月 22 号: 70-71 頁。

…コロナ患者受け入れのためのゾーニングが病院の現場・経営を圧迫するとして、コロナ病床の集約化を提唱。デルタ株までのデータを用い、ハーフィンダール指数により、各都道府県の患者受け入れの集約化を指数化し、首都圏 4 都府県や大阪等ではこの指数がきわめて低く患者受け入れが分散していた本面、地方では集約化の進んだロンドン並みに高かったことをキレイに示す。大阪や東京が全病院に一律に患者受け入れを要請した愚が良く分かる。

○特集「パンデミックと社会政策の未来」『社会政策』13(3):5-66 頁、2022 年 3 月。
…2021 年 5 月に開かれた社会政策学会第 143 回共通演題 (長大シンポジウム) のま

とめ。コロナ禍を社会政策の発展というプラスに如何に転換するかという問題意識で設定され、以下の4論文を収録：①パンデミックと社会政策の未来（榎一江）、②自営業からみる社会保障制度の現在と未来（仲修平）、③新型コロナが露呈させたジェンダー問題とケアの危機（落合恵美子）、グローバル保健ガバナンスの現状と課題（詫摩佳代）。冒頭の詳細な座長報告（菅沼隆）で、当日の質疑の様子がよく分かる。いずれも力作。私は、①の100年前の「スペインインフルエンザ」パンデミックが、資本家の配慮と企業による「病院建設ブーム」、及び1922年健康保険法の成立を促したという指摘に興味を持った（前者は事実、後者は仮説）。コロナ問題を広い視野から考える上で参考になる。

D. 政治・経済・社会関連

○千々和泰明『戦争はいかに終結したか 二度の大戦からベトナム、イラクまで』中公新書,2021年7月。

…戦争終結をめぐる「紛争原因の根本的解決と妥協的和平のジレンマ」という視点から、20世紀以降の主要な戦争の終結過程を歴史的に検討。第二次世界大戦（太平洋戦争）は「紛争原因の根本的解決」の極に近いケースであるとし、日本側が、「あろうことかソ連の仲介という『幻想の外交』にしがみつき」、「アメリカによる広島・長崎への核兵器使用とソ連の対日参戦という破滅的な結末を迎えた」と厳しく批判。各戦争の終結過程の分析は緻密かつバランスがとれており、史料（特に各種「回想録」）批判も厳密だが、終章「教訓と出口戦略—日本の安全保障への示唆」は、著者も自任するように、「文字通り『頭の体操』でしかない」と現政府寄り。著者は防衛省防衛研究所主任研究官で、「存在が意識を規定する」と言える。本書を読んで、ロシア・プーチン政権によるウクライナ侵略は過去のどのパターンにも当てはまらないが、「妥協的和平」となるであろうことは分かった。

○酒井隆史『ブルシット・ジョブの謎 クソどうでもい仕事はなぜ増えるか』講談社現代新書,2021年12月。

…2020年に翻訳が出版され、話題を呼んだグレーバーの大著『ブルシット・ジョブ』（岩波書店,424頁）の記者の一人による解説書+アルファ。原著者は文化人類学者&アナキストで、その視点からの資本主義批判—特に社会的価値と市場価値の乖離—は鋭い。しかし、彼が行った「質的分析」は「選択バイアス」が大きく、それに基づくブルシット・ジョブの5分類とおよびその「最終作業定義」（66頁）は恣意的・思いつきに思える。ブルシット・ジョブが全労働の50%を上回るとする「ラフな計算」は???中世・未開発社会の美化も気になる。酒井氏が提起した、ブルシット・ワークの対極にある「エッセンシャル・ワークの逆説」（社会的価値は大きい、低賃金）は重要な論点だが、その説明は観念的。結論が「わたしたちには『想像力』がある」なのは拍子抜け。斎藤幸平『人新世の「資本論」』（集英社新書,2020）が壮大な「脱成長コミュニズム」を論じながら、「『3.5%』の人々が非暴力的な方法で、本気で立ち上がると、社会が大きく変わる」と結んでいたのを思い出した。

+ O"Detecting the real bullshit" David Graeber's theory isn't borne out by the evidence. [実際のブルシットを検出する。デビッド・グレーバーの理論を支持するエビデンス

はない] The Economist 2021 年 6 月 5 日号 : 56 頁 (紙版) .

…ヨーロッパ全体を対象にした大規模研究で、グレーバーのイギリス・オランダの小規模調査に基づく主張を否定する以下の結果が得られている：自己の仕事が無意味 (useless) と感じている人びとの割合は 2015 年には 5.5% にすぎず、2005 年の 7.8% から低下している。事務・管理職の方が、エッセンシャルワーカーと比べて、自己の仕事が無意味と感じている人びとの割合が少ない。教育年限と仕事の無意味感とは逆相関。

この調査結果は私自身の経験・直感にも合うし、サンデルが『実力の運のうち能力主義は正義か』(早川書房,2021) で強調している、アメリカにおける「能力主義」の隆盛&非大学卒労働者に蔓延する絶望感にも合致する気がする。

○宮本憲一・斎藤幸平 (対談第 1 回) 「人新生の環境学へ SDGs は『大衆のアヘン』か?」『世界』2022 年 4 月号 : 150-158 頁。

…宮本氏の、自己の体験も交えた「SDGの生まれた背景」の簡潔な説明と、それが「妥協の産物でしかない」との結論はよく分かる (153-155 頁)。斎藤氏の発言は『人新生の「資本論」』の「脱成長コミュニズム」の繰り返しで、相変わらず先進国しか視野にない。

○経済情勢研究会「新自由主義からの転換を 岸田『新しい資本主義』批判」『経済』2022 年 4 月号 : 16-27 頁。

…岸田政権の政策を「新しい資本主義」を中心に包括的に批判。しかし、♪なんでもかんでもみんな♪新自由主義の「単眼」的批判。「新自由主義の除去・転換の課題」もあるべき論のオンパレードで財源政策は紋切り型、説得力に欠ける。

番外・日本医療経営学会第14回夏季医療経営セミナー

共催：東海病院管理学研究会

1. 日時：2022年6月11日（土）午後1時半～5時（1時受け付け開始）
2. 会場：ウインクあいち（愛知県産業労働センター）11階1103
（参加方式：現地参加とオンライン（ZOOM配信）参加のハイブリッド形式を予定）
3. 担当理事：二木立（日本福祉大学名誉教授）
現地実行委員長・座長：柳在相（日本福祉大学経済学部教授）
4. テーマ：2022年度診療報酬改定の分析と病院の対応
5. プログラム
座長：柳在相日本福祉大学教授
1:30～1:40 開会あいさつ：大道久理事長
1:40～3:10 基調講演「2022年度診療報酬改定のポイントと対応」
中林梓（株式会社A S K梓診療報酬研究所所長・本学会理事）
3:10～3:40 報告「医療経済・政策学の視点からみた2022年度診療報酬改定」
二木立（日本福祉大学名誉教授・本学会理事）
3:40～3:50 休憩
3:50～4:20 事例報告「2022年度診療報酬改定への対応」
急性期病院の立場から：太田圭洋（名古屋記念病院理事長）
中小病院の立場から：鈴木学（愛知県医療法人協会事務部会
責任者、笠寺病院事務長）
4:20～5:00 質疑応答・閉会あいさつ
6. 参加費：会員 4,000円、非会員 6,000円、学生 2,000円
○申込締切：完全事前申し込み制（2022年6月9日（木）までに参加費振込み）
○振込先：みずほ銀行 麴町支店 普通預金口座 No.1307196
口座名義：（社）日本医療経営学会
シャ）ニホンイリョウケイエイガツカイ
なお、お振り込みの名義は必ず申込み者名にてお願い申し上げます。
お振り込みの際の手数料はご負担ください。
- 問い合わせ先：一般社団法人 日本医療経営学会事務局
TEL：03-3350-0363
FAX：03-3341-1830、E-mail: jaha@world-meeting.co.jp