

2022.7.1(金)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 216 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/>。

216号の目次は以下の通りです(25頁)

1. 論文：医療経済・政策学の視点から 2022 年度診療報酬改定の問題点を考える（「二木教授の医療時評(202)」『文化連情報』2022年7月(532号)：18-24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196回：2022年分その4：9論文) ……………9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その210)ー最近知った名言・警句……15頁
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14回) ……18頁

お知らせ

論文「『骨太方針 2022』の社会保障・医療改革方針をどう読むか？」を『日本医事新報』2022年7月2日号に掲載します。本「ニュースレター」217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：医療経済・政策学の視点から 2022 年度診療報酬改定の問題

点を考える

（「二木教授の医療時評（202）」『文化連情報』2022年7月号（532号）：■頁）

はじめに

2022年度診療報酬改定（以下、今改定）は、大方の予想に反して相当大幅なものとなりました。改定の解説や対応策については多くの医療（経営）雑誌やセミナーでなされています。

本稿はそれらとの重複を避け、医療経済・政策学の視点から、今改定で私が特に問題だと思う以下の5点に絞って述べます。それらは、①実質ゼロ改定、②「手続き民主主義」からの逸脱、③医療の「余裕」が目指されていない、④2つのコストシフティング、⑤地域包括ケア病棟改定は「ハシゴ外し」。私は、今後の医療政策、特に2年後の診療報酬改定を考える上では、②の「手続き民主主義」からの逸脱が一番重大だと判断しています。

1 実質ゼロ改定

今改定は、公式には、医療「本体」では0.43%の引き上げ、薬価改定等では-1.37%の引き下げとされています。両者を合計した医療「全体」では-0.94%の引き下げとなり、第二次安倍政権初期の2014年度改定で復活した医療「全体」のマイナス改定が、5回連続で続いていると言えます（ただし、最近では医療「全体」改定率という表現は使われていません）。

医療「本体」の0.43%の引き上げについて、日本医師会中川俊男会長（当時）は、昨年12月22日の記者会見で、「必ずしも満足するものではないが、厳しい国家財政の中でプラス改定になったことについては率直に評価させていただきたい」と述べました。

しかし、0.43%の引き上げのうち、「不妊治療の保険適用」（0.20%）と「看護職員の処遇改善」（0.20%）は、共にそれぞれ菅義偉前首相、岸田文雄現首相が、中医協の審議前に政治決断した「首相案件（マター）」で、本来は「別枠」として扱われるべきものです。

しかも、両者の対象はそれぞれ、不妊治療を行う産婦人科と大規模急性期病院（救急搬送件数が年間200台以上の医療機関と3次救急を担う医療機関。多くは国公立・公的病院）の看護職員に限られているため、大半の医療機関にとって、これらを除いた引き上げは0.03%となり、実質ゼロ改定と言えます。

なお、今改定に深く関与した財務省の一松旬主計官は、「これら0.40%のプラスのうち公費分については、消費税増収分、すなわち消費税率8%から10%に上がった分の増収分で措置することとされていた『社会保障の充実』の残枠を使って実現したものと認識している」と解釈した上で、「残りの0.03%のプラス」と述べています（1）。

一部では、上記0.40%を除いた「真水」でも0.23%プラス改定との報道もありますが、それは「リフィル処方箋導入・活用促進」（-0.10%）と「小児感染防止加算の廃止」（-0.10%）で捻出される0.20%を加えた数字で、無理があります。

2 「手続き民主主義」からの逸脱

私は、診療報酬改定を含む医療政策の評価を行う場合、改革の内容の適否と改革の手続きの適否を峻別し、後者については「手続き民主主義」を重視し、「大事なものは内容だけ」、「目的のためには手段を選ばない」という立場はとりません(2)。この視点・スタンスは、2006年に成立した医療制度改革関連法で、それまでの療養病床育成方針を180度転換する介護療養病床廃止と医療療養病床の削減が決められた時に確立しました。

この視点から見ると、前・現首相の政治決断以上に問題なのは、昨年12月22日の厚生労働大臣と財務大臣の政治折衝で、中医協ではほとんど議論されていなかったリフィル処方箋の導入・活用が突然決められたことだと思います。これは、診療報酬「本体」の大幅マイナス改定を実現できなかった財務省の土壇場での巻き返しと言われていますが、中医協の審議権の侵害・否定であり、今後これが一般化すると中医協が形骸化してしまいます。

自民党の羽生田俊参議院議員も、4月25日の参議院決算委員会で、中医協の議論を経ずにマイナス改定する項目まで踏み込んだことに違和感を示し、「決して(中医協を)形骸化させないで欲しい」と訴えました。

私の医療経済学面での恩師の江見康一一橋大学教授(当時)は、中医協等の機能について、口癖のように以下のように述べていました。「一般の商品の需給であれば、それは市場における価格メカニズムによってその均衡が目指されるが、社会保険医療のように価格が統制されている公共サービスの場合は、審議会の意思決定が市場原理に代位する機能を持っている(3)。

尾形裕也氏も、今改定では、前回2020年度改定と比べて、中医協の審議前に用途を指定したいいわゆる「イヤーマーク(earmark)部分が大幅に拡大した」ことを問題視し、「中医協の在り方についてはさまざまな議論がありますが、支払い側、診療側という社会保険制度における基本である『当事者自治』の考え方は十分尊重する必要がある」と指摘しています(4)。

リフィル処方の医療費削減は生じない？

リフィル処方による医療費削減は約470億円(国費110億円)と見込まれています。しかし、私は次の2つの理由から、財務省や健保連等の思惑に反して、リフィル処方は当面(今後2年間)はごく限定的にとどまると予想します。

1つは、すでに医師による長期処方が制度化されており、医師にとっても患者にとっても、一定期間ごとに薬局に行かなければならないリフィルより使い勝手が良いからです。もう1つは、リフィル処方には、医師会に配慮して、総使用回数の上限は3回までとし、1回当たり投薬期間・総投薬期間についても「医師が患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断する期間」という厳しい条件がつけられたからです。

ただし、今後2年間でリフィル処方が普及しなかった場合、2024年度改定では、日本医師会が「根拠に基づく」反対をしない限り、その条件が大幅に緩和される可能性が大きいと思います。

3 医療の「余裕」が目指されていない

コロナ感染爆発下の医療逼迫で、医療、特に入院医療には「余裕」が必要なことは、医療関係者・厚生労働省関係者だけでなく、河野太郎衆議院議員(コロナワクチン接種対応大臣・当時)も、以下のように認めました。「感染症が国内で拡大したときに備えて、医療の冗長性

(同じ予備機能が複数あること)を確保することの重要性を、私たちは身にしみて感じました」(5)【注】。

そのために私は、今後後は、病院経営に「余裕」を持たせるための診療報酬改革が不可欠になると判断し、その「具体的目安としては、『地域医療構想』が想定する病床利用率(高度急性期75%、一般急性期78%)でも十分に経営が成り立ち、適正利益(売上高比で概ね5%)が確保できる水準が目指されるべき」と主張しました(6)ただし、これは「私の価値判断で、『客観的』将来予測ではありません」とも述べました。

今改定に対しては、「急性期病床の看護師配置基準の上限(患者7人に対して看護職1人)を、日本看護協会が求めているように5対1に引き上げ、ICUの看護師配置基準も現在の2対1から1対1に引き上げるべき」と述べました(6:12頁)。

これは決して理想論ではなく、厚生労働省も民主党政権時代の2011年6月に公表した「医療・介護に係る長期推計」に含まれていた「医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み」の中の「改革シナリオ」(略称「2025年の医療モデル」)。私は「オリジナル版」と命名)でも、病院への「医療資源の集中投入等」を想定していました。

具体的には、高度急性期の職員等は2倍程度増(単価約1.9倍)、一般急性期の職員等は6割程度増(単価約1.5倍)、亜急性期・回復期リハビリテーションはコメディカル職員を中心に3割程度増(単価15%程度増)、長期療養の職員はコメディカルを中心に1割程度増(単価5%程度増)、精神病床の職員はコメディカルを中心に3割程度増(単価15%程度増)とされていました。残念ながらこの画期的推計はその後「自然消滅」しました(7)。

しかし、迫井正深保険局医療課長(当時)は、2016年度診療報酬改定の解説論文の中の「入院医療の機能分化・強化」の方向を示した図で、「7対1病床等」を一般病棟とし、その水準を超える高度急性期病床(特定集中治療室等)を想定していました(8)。

残念ながら今改定では、現行の急性期一般入院医療1(7対1看護)を超える、より高密度の急性期一般入院料(5対1看護等)が設定されなかつただけでなく、急性期一般入院料1病床をさらに減らすことが目指されています。

今改定ではすべての医療で「機能強化」が目指されており、私もこの方向には賛成ですが、それを支える人員増のための手当はほとんど導入されていません。唯一の例外は、重症患者対応体制強化加算です。その結果、多くの病院は医療の質・安全性の向上を図るために職員増を行い、それによる人件費増でそれだけでなく低い利益率がさらに低下するか、あるいは職員増を行わないで職員の労働強化・疲弊、さらには職員の退職増を招く危険を冒すという「ジレンマ」に直面する危険があると思います。

例えば、三橋尚志回復期リハビリテーション病棟協会会長は、今改定で、病棟入棟時の重症患者割合が引き上げられたことについて、「元々のマンパワー、配置人員数からかなり強化した体制でないと患者を安全に管理することができないのではないか」と懸念を示しています(9)。

4 2つのコストシフティング

今改定では2つのコストシフティング(財政移転)が行われました。

1つは「不妊治療の保険診療化」で、これは公費から社会保険料へのコストシフティングです。私は不妊治療の保険診療化には賛成ですが、それを行う場合には、2021年度に公費負担

された費用に相当する公費を、医療費「本体」の改定に上乗せすべきだったと思います。

2021年度の不妊治療の公費助成（特定治療費支援事業。国と都道府県・指定都市・中核市の折半）の金額は公表されていませんが、元医系技官でこの事業に深く関わった一戸和成氏は国費でおよそ325億円と推計しています（10）。それに対して今改定における不妊治療の保険適用による国費増は100億円にすぎません。つまり、今回の改定で上記コストシフティングが200億円以上行われたと言えます（保険適用を想定していなかった2020年度の国費負担100億円と比べても、50億円減です）。

もう1つのコストシフティングは、「高度かつ専門的な急性期医療」や「特定集中治療室」等（いわば「スーパー急性期病床」）強化の財源を、一般急性期と回復期病床（地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟）と療養病床の点数引き下げで捻出したことです。ここで「スーパー急性期病床」と表現したのは、「高度かつ専門的な急性期医療」や「特定集中治療室」等の施設基準・算定要件が極めて厳しく、現行の病床機能報告制度で「高度急性期」と報告している病院のごく一部（大半は国公立・公的病院）しか算定できないと思われるからです。

この点については、猪口雄二全日病会長も、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟が「2022年の改定財源になった」と指摘しています（3月26日全日病臨時総会挨拶）。

私は、近い将来出現するであろう新たな新興感染症に備える「医療安全保障」の観点からも、「スーパー急性期病床」の整備は不可欠と思いますが、それは、コストシフティングではなく、診療報酬の加算と公費投入によってなされるべきと思います。

言うまでもなく、一般急性期と回復期病床、及び療養病床の大半は民間中小病院であり、その多くが医療法人です。中医協の医療経済実態調査によれば、2021年度の一般病院（医療法人）の「損益差額」はわずか0.1%（新型コロナウイルス感染症の補助金を含めても2.3%）であることを考えると、これらの病院にとってはきわめて厳しい改定と言えます。

5 地域包括ケア病棟改定は「ハシゴ外し」

2番目のコストシフティングである、一般急性期病床、回復期リハビリテーション病棟、及び地域包括ケア病棟の入院料の引き下げ・算定要件の厳格化のうち、前二者は厳しいが、多くの病院経営者にとっては「想定内」だったと思います。なお、一般急性期入院医療1の算定要件の厳格化を「なんちゃって急性期病院の終焉」と歓迎する向きもありますが、私は新しい算定要件は外科系の救急医療に偏重しており、今後ニーズが急増する高齢者の内科系急性期医療を担う病院が減少すると危惧します。

それに対して、地域包括ケア病棟の引き下げは、減算項目の多さという点でも、減算額の多さという点でも、桁が違います。具体的には、以下の6つです（カッコ内はクリアできない場合の減算）。①在宅復帰率の引き上げ（-10%）、②自院の一般病棟からの転送割合の基準の引き上げ（-15%）、③自宅等からの入院割合・在宅医療等の実績要件の引き上げ（-10%）、④入退院支援1の届け出を行っていない場合の減算の新設（-10%）、⑤一般病床の地域一般病床では第二次救急医療機関又は救急病院であることの必須要件化、及び⑥療養病床である場合の減算（一律-5%。例外規定あり）です。理論的には、これらをすべて満たせない場合は4割を超える減算になります。

ただし、地域包括ケア病棟についても、減算条件をすべてクリアした上で、新設分も含

めた3つの加算（急性期患者支援病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算、看護補助体制充実加算（新設））を算定できれば、プラス改定になることも見落とせません（11）。

診療報酬改定による医療機関の誘導—香取照幸氏の証言

地域包括ケア病棟は、8年前の2014年度診療報酬改定で、急性期病床（特に一般入院医療料1）を減らすための受け皿として新設され、他病棟に比べて高めの点数が付けられました。しかしそれが予想以上に増えたため、厚生労働省はその抑制、「ハシゴ外し」に転じたと言えます。これは、普及・拡大させたい新しい医療行為・基準には高い点数を付けるが、それが厚生労働省の当初予想を超えて普及した場合には一転して点数を引き下げるか、算定要件を厳しくするという、厚生労働省の伝統的な診療報酬点数操作による医療機関誘導政策の最新版と言えます。

この点について、香取照幸上智大学教授は、若手官僚だった1989年に、人工透析に対する「点数による操作」について、以下のように貴重な証言をしています。「ダイアライザーができたときに、時の政策担当者はどういうことをしたかという、まず、きわめて高い点数をつけたんです。（中略）言ってみれば、わざと儲かるように設定したわけです。（中略）そうすると、バサッと世の中に普及する。普及したところで、当方（厚生省）としては、だいたいこれくらい供給があれば、医療として満足できるというレベルに行ったところで、バサッと点数を切ったわけです。バサッと切って、あとは競争させて受療率のいいところだけを残している。実際はそういうことをやっているんです。いいやり方か悪いやり方かは別として、私は極めてうまいやり方だと思っています」（12）。

このやり方は、厚生労働省にとっては「極めてうまいやり方」だと思います。しかし、それが度を超し、しかも「手続き民主主義」から逸脱した場合には、医療機関の厚生労働省に対する信頼を失わせ、今後の医療提供体制改革の妨げになります。その代表が、2006年の医療制度改革と診療報酬改定で、介護療養病床の突然の廃止と医療療養病床の診療報酬の大幅引き下げが決定され、それにより、医療団体、特に療養病床経営者の厚生労働省に対する信頼が一気に消失し、長く「大きなトラウマ」（池端幸彦氏）になったことです。この回復には、2018年度診療報酬・介護報酬同時改定で「介護医療院」が創設されるまで12年を要しました（13）。

おわりに—大半の医療機関は「活力」を発揮して生き残る

以上、今改定の5つの問題点を指摘しました。一部の医療機関・医療関係者も、今改定が病院潰しや病床の大幅削減を目指していると悲鳴をあげています。しかし、私は厚生労働省はそこまで考えていないし、実際にそれは生じないと思います。それには2つの理由があります。

1つは、日本の医療機関、特に大半の民間中小病院は、危機に際して生き延びるという意味での「活力」を持っているからです（14）。もう1つは、厚生労働省もそれを見込んで、点数の引き下げや算定要件の厳格化に概ね半年間の経過期間を設けているからです。

私は大半の医療機関がそれをクリアし、それにより病院の機能分化と医療機能の向上、さらには今回の改定で重視された病院の地域貢献等が進む可能性があると思います。

この点について、池端幸彦日本慢性期医療協会副会長・中医協委員が、今回の改定が病

院にとって「かなり厳しい」とした上で、「全ての入院機能について、しっかりとした方向性を示した改定」と前向きに評価し、全ての病院が「それぞれに医療機能の得意分野を活かしつつ、如何に地域と連携を密にして効率的効果的な医療を提供し、国民の安心安全を守っていくかということに尽きる」と述べ、今回の改定に対する対策として5本柱をあげているのは示唆に富みます(15)。

と同時に私は、職員増を伴わない医療機能と医療安全の強化が、職員の労働強化を招き、医療に必要な「余裕」をさらに減らすことを危惧します。私は、医療機能と医療安全の強化のためには、医療機関が診療面でも経営面でも「余裕」を持つことが不可欠であり、そのためには必要な財源を確保して診療報酬を適切に引き上げることが必要だと考えており、医師会・医療団体が今後、そのための財源確保についても正面から提起することを期待します。

私自身は、国民皆保険制度が社会保険方式である以上、主財源は保険料、補助的財源は消費税を含めた各種の租税しかあり得ないと判断しています。ただし、その場合、国民健康保険では低所得者への配慮が不可欠です(16,6:21-22 頁)

【注：武田俊彦氏は「余裕のなさ」を3つに整理】

武田俊彦元医政局長は、最近、「日本の病院が抱える余裕のなさ」を、「構造面での余裕のなさ」、「医療従事者の余裕のなさ」、そして多くを担っている民間病院の「経営面での余裕のなさ」の3つに整理し、「それをなんとかやりくりしていたのが、今回のコロナで明るみに出た」と指摘しました(17)。

氏は、さらに「救急医療など、常に一定の病床を確保し、余裕をもった人員体制を整えておく必要性を考えると、これは出来高払いでは解決できない問題です」と述べ、以下のように警告しています。「病院には地域のインフラとしての役割があるわけですから、公費をある程度入れて、医療保険財源で対応するのなら報酬体系に少し手を入れて、患者が来る／来ないにかかわらず、一定程度経営保証がされる仕組みを考えていかないと、ぎりぎりのところで運営して、いざ必要時に手が回らない、それを繰り返してしまうのではという気がします」。

文献

- (1)「財務省・一松主計官インタビュー」 「MEDIFAXweb」 2022年5月25日。
- (2)二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房,2007,128-144頁（「療養病床の再編・削減—手続民主主義と医療公立の視点から」）。
- (3)江見康一「医療費をどう捉えるか」。江見康一編『明日の医療④医療と経済』中央法規,1984, 2-15頁。
- (4)尾形裕也「この国の医療のかたち(93) 2022年を迎えて、診療報酬改定、外来機能報告等」 「MEDIFAX web」 2022年1月19日。
- (5)河野太郎『日本を前に進める』PHP新書,2021,131頁。
- (6)二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,11頁。
- (7)二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,64-77頁（「7対1病床大幅削減方針の実現可能性と妥当性を考える」）。

- (8) 迫井正深「平成 28 年度診療報酬改定が目指したもの」『病院』2016 年 12 月号（75 巻 12 号）：937-943 頁。
- (9) 三橋尚志「回復期リハビリテーション病棟の目指すべき方向性」『回復期リハビリテーション』21 巻 1 号：24-27 頁。
- (10) 一戸和成「不妊治療の保険適用について」『健康保険』2021 年 9 月号：6-15 頁。
- (11) 鈴木学「2022 年度診療報酬改定への対応 民間病院の立場から」『月刊／保険診療』2022 年 6 月号：19-22 頁。
- (12) 田中滋編『ヘルスケアをめぐる産業政策－医療と医薬品産業を考える専門家会議』薬事日報社,1989,129 頁。
- (13) 二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,95 頁。
- (14) 二木立『T P P と医療の産業化』勁草書房,2012,91-99 頁（「日本の民間病院の『営利性』と活力」）。
- (15) 池端幸彦「令和 4 年度診療報酬改定の概要とその対策」『全国自治体病院協議会雑誌』2022 年 5 月号：35-43 頁。
- (16) 二木立『医療改革と財源政策』勁草書房,2009,32-47 頁（「公的医療費増加の財源選択と私の判断」）。
- (17) 武田俊彦・神野正博「(対談) これからの病院の外来機能をどう考えるか」『病院』2022 年 6 月号（81 巻 6 号）：467-472 頁。

[本稿は『日本医事新報』2022 年 6 月 4 日号に掲載した「私は 2022 年度診療報酬改定の何が問題と考えるか?」に大幅に加筆し、6 月 11 日の「日本医療経営学会第 14 回夏季医療経営セミナー」で発表したものです。]

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196回)(2022年分その4:9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± α の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

<医療統合・ネットワーク(5論文)>

○ [アメリカにおいて] ネットワーク理論を統合医療研究に統合する

Burns LR, et al: Integrating network theory into the study of integrated healthcare. *Social Science & Medicine* 296(2022) 114664, 11 pages [理論研究]

アメリカの医療政策は、統合医療を促進して医療の断片化に対処することに焦点化してきた(例:1993年の医療安全法、2010年のオバマケア法)。研究者はそれに対応して、コーディネーションと統合の類型を研究してきた。しかし30年経っても、コーディネーションと統合の便益の研究的エビデンスは得られていない。我々は以下の3つの方法で、研究の焦点を変えるべきと主張する:(1)社会的ネットワークを用いてリレーショナル・コーディネーション(特定の課題を達成するために特定の相手との間で行われる意思疎通、およびその背景にある人間関係が互いに高めあうプロセス)と統合医療を研究する、(2)統合医療をミクロ・メゾ・マクロの3段階で分析する、(3)患者のアウトカムに最も影響を与える臨床的統合に焦点を当てる。我々はこれらの再焦点化の具体例を示し、今後の研究の道筋を示す。

二木コメント—この30年間、アメリカの医療提供組織の統合やコーディネーション、ネットワーク研究を主導してきたBurnsやShortell等による理論研究(文献レビューを含む)で、この分野の研究者必読と思います。私は2000年に「保健・医療・福祉複合体とIDS[Integrated Delivery systems]の日米比較研究」を行った時に、「IDSの経営的・経済的な効果を厳密な統計手法を用いて、証明した実証研究はほとんど存在しない」と指摘しました(『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,277頁)。その後20年間の研究で、そのことが再確認されたと言えます。

○ [アメリカ・] マサチューセッツ州における医師と病院との垂直統合と共同契約の価格効果

Curto V, et al: Price effects of vertical integration and joint contracting between physicians and hospitals in Massachusetts. *Health Affairs* 41(5):741-750,2022 [量的研究]

近年、医療における垂直統合を独占禁止法規制当局や州政府が精査するようになっていく。医師と病院との垂直統合と共同契約(「臨床統合ネットワーク」)の趨勢、地理的バラツキ及び価格効果について、マサチューセッツ州の2013~2017年の医師の病院との契約・関係(affiliations)と全保険者の診療報酬請求のデータを用いて調査した。病院グループ(hospital systems)はそれぞれの病院診療圏(hospital referral region)での退院患者数シェアに基づいて、大規模(20%以上)、中規模(10%以上~20%未満)、小規模(10%未満)に分類した。

小規模・中規模病院グループと垂直統合・共同契約しているプライマリケア医の割合は2013年の19.5%から2017年の32.8%へと増加していた。専門医の割合は同じ期間に26.1%から37.8%に増加していた。それに対して、大規模病院グループと垂直統合・共同契約している医師の割合は微減していた。垂直統合・共同契約の割合の地域的バラツキは拡大していた。垂直統合・共同契約により、2013～2017年の外来診療の平均医師診察料（公的保険分を除く。以下、診察料）が上昇していることを見いだした：プライマリケア医の診察料の年間増加率は2013年の2.1%から2017年の12.0%へと上昇し、専門医のそれは0.7%から6.0%に上昇していた。医師診察料の上昇は大規模病院グループでより大きかった。以上から、医師と病院との垂直統合・共同契約は医師診察料の大幅な上昇をもたらしたとの「強いエビデンス」が得られ、これは医療価格上昇に歯止めをかけたいと考えている政策担当者に有用な情報を提供しうる。

二木コメント—州民の大半が公私の医療保険に加入しており、各種の医療情報が整備されているマサチューセッツ州（人口約700万人）だからこそできる精緻な研究だと思います。従来の研究がほとんど病院と医師との垂直統合のみを調査していたのに対して、本研究は病院と医師との共同契約も含めていることに特色があり、両者が医師、特にプライマリケア医の診察料の上昇をもたらしたことを明らかにしています。ただし、なぜか元データの制約のため、垂直統合と共同契約の区分はできないそうです。

○ [アメリカでの] 病院・循環器専門医統合はしばしば診療所の買収なしに生じている

Post B, et al: Hospital-cardiologist integration often occurs without a practice acquisition. Health Services Research 57(2):333-339,2022[量的研究]

本研究の目的は近年の病院・循環器専門医統合のうち、どのくらいが医師診療所の買収によって生じ、どのくらいが個々の医師が雇用されることを自ら選んで生じたのかを比較することである。医師診療所の買収は報道でも相当注目されているが、統合は個々の医師が病院に病院に雇用されて診療することを受け入れることによって生じている可能性があるからである。アメリカ医師会医師マスターファイルとメディケアのデータを用い、2011～2018年の病院・循環器専門医統合の変化を分析した。統合の変化と、開業医数と病院に雇用されている医師数の変化を調査した。

その結果、病院グループに統合されている循環器専門医の割合は2011年の18%から2016年の25%へと上昇していた。この上昇のうち、48%は診療所の買収によるものではなかった。過去5年間にレジデントを終了した医師（初期キャリア医師）の統合率は高く、しかも上昇していた：初期キャリア医師のうち病院グループに参加した医師の割合は同じ期間に25%から32%に上昇し、このことは初期キャリア医師のうち病院ベースで診療を始める医師の割合が急増していることを示している。以上から、病院・循環器専門医統合の相当部分が個々の医師が病院に雇用されることによって生じていることが明らかになったと結論づけられる。

二木コメント—従来のほとんどの研究は、アメリカの病院・医師統合は主として病院による診療所（ほとんどグループ診療の診療所）の買収によって増加していると想定していましたが、少なくとも循環器専門医においては、統合の約半数は個々の医師が病院に雇用されることによって生じていることを明らかにしています。ただし、これは日本では当たり前のこ

とです。

○ [アメリカにおける] 契約ネットワークの会員になることが病院の質と財務実績に与える影響

Jin B, et al: Effects of affiliation network membership on hospital quality and financial performance. *Health Services Research* 57(2):248-258,2022 [量的研究]

契約ネットワークとは高品質の医療グループがスポンサーとなっているフランチャイズに似たネットワークで、参加病院はスポンサーの経営的・臨床的資源にアクセスするために年会費を支払う。本研究の目的は、それへの病院参加が臨床的質、患者経験価値尺度、および財務実績に与える影響を競合する病院と比較することである。ネットワーク会員のデータはプレスリリースと4つのスポンサー (Mayo Clinic, Cleveland Clinic, MD Anderson, Memorial Sloan Kettering) のウェブサイト、アメリカ病院協会の年間調査、メディケア・メディケイド・サービスセンターの病院比較、及び医療費用情報システムから得た。全てのデータは2005～2016年のものである。(研究デザインとデータ収集法は略)

全体で見ると、ネットワーク参加病院 (N=199) の臨床的質の変化は有意ではなかったが、非参加病院と比べて、純所得は38,500ドル増え、営業利益率は6.6%上昇していた (p値=0.01-0.08)。複数専門の参加病院ではどの指標でも改善はなかった。がんに限定した参加病院は純所得が96,900ドル、営業利益率が3.6% (p値0.05) 増えていた。ネットワーク参加病院の患者経験価値尺度は、競合病院と変わらなかった。以上から、質に焦点化したミッションにもかかわらず、契約ネットワークへの参加は病院の質の公的尺度の改善を保証しないが、財政的改善は得られると結論づけられる。

二木コメント—アメリカを代表する超ブランド医療グループがスポンサーになっている「契約ネットワーク」に病院が参加することの臨床的・経済的効果を定量的に検討した初めての研究だそうです。参加により医療の質や患者経験価値は向上しないが、病院の営業利益は増加する(おそらく医療費も増加する)という結論は、従来の病院の医療統合・ネットワーク化の今までの知見と一致しています。

○ 専門職の統合医療のガバナンスへの寄与：デンマークでの事例研究に基づいた概念的な分析枠組みに向けて

Burau V, et al: The contribution of professions to the governance of integrated care: Towards a conceptual framework based on case studies from Denmark. *Journal of Health Services Research & Policy* 27(2):106-113,2022 [質的研究]

統合医療の良好なガバナンスはより良い医療の鍵であるが、専門職がこれの実現のためにどのように貢献できるかについてはほとんど知られていない。本研究の目的は専門職が統合医療のガバナンスにいかに関与するかを分析するための概念的な分析枠組みを導入し、それを執筆者がデンマークに行った5つの事例研究の二次的分析のための分析枠組みとして応用することである。専門職が統合医療のガバナンスについて、何を、どのように、いかに貢献するかを見いだす分析枠組みを開発した。デンマークでの5つの質的研究を利用し、コーディネーションを統合医療の指標とした。内容分析を用い、演繹的要素と機能的要素を組み合わせた。

医療専門職は非常に多様な活動を行っており、そこではフォーマルなコーディネーションとインフォーマルなコーディネーションとが結びついていた。専門職はさまざまな適応メカニズムをさまざまなレベルで用いて、コーディネーションを地域的文脈に適合させていた。専門職は連動する諸原理(interlocking rationales)に駆動されていた。

二木コメント—integrated care は、アメリカでは主に急性期医療における病院と医師との統合を意味するのと異なり、ヨーロッパ諸国では地域・住民レベルでの医療・社会サービスの統合や多専門職連携を意味することが多く、本論文もその文脈で理解すべきだと思います。本論文のタイトルは一見魅力的なのですが、鍵概念である integrated care と professions の定義をまったくしないまま、(私から見ると)独りよがりな分析・主張に終始しており、???です。私の経験では、諸外国だけでなく、日本でも「質的研究」には同様なものが少なくありません。

<その他(4論文)>

○医療経済学と新型コロナ禍感染症によるロックダウンで出現したもの：非常に大きな限界分析

Donaldson C, et al: Health economics and emergence from COVID-19 lockdown: The great big marginal analysis. Health Economics, Policy and Law 17(2):227-231,2022 [評論]

政治家と政策助言者は否定しているが、2019年の新型コロナウイルス感染症のパンデミックに取り組む際の多くの政策決定やその社会的・経済的影響には、トレードオフが存在することがすでに明らかになっている。本論では、そのようなトレードオフを認識することがなぜ重要なのかを、ウェルビーイングの視点から示し、経済学の「限界分析」概念に基づく分析枠組みを提示する。ウイルスの再生産指数(R)を低下させることと経済をさらに再開することとの間のバランスを最適化する上でのこの概念の潜在的有用性(potential)を示す。この枠組みは、健康か経済かという論争を検討する上で有用である。このようなトレードオフが避けられないことを考えると、この枠組みは以下のような重大な問いを明らかにする：健康への配慮が優先されたり、領域ごとにより変わるR及び・または背景の感染症(background infection)レベルの臨界値；経済を徐々に再開する際に許容される可能性のあるR及び・または背景の感染症レベルのわずかな上昇で失われる生命の価値。

二木コメント—コロナ対策を考える上でこのようなトレードオフが存在することは今や常識です。ただし、私は新古典派経済学の(一見精緻な)「限界分析」理論は思考実験(頭の体操)・知的ファッションにすぎず、現実の政策決定には無力と思います。

○特集 シンデミックを時間、空間と方法から再検討する

Special Issue Rethinking syndemics through time, space, and method. Social Science & Medicine 295,2022.

シンデミックは1990年代前半に医療人類学者のSingerがsynergyとepidemicを組み合わせて作った新語で、複数の流行が互いに重なり合うように悪影響を及ぼすことを意味します。Hortonが2020年にLancet誌で、COVID-19はパンデミックと呼ぶよりシンデミックであると示唆して以来、多くの研究者や実践家がシンデミック理論をCOVID-19パンデミックの意味を理解するために利用しているそうです(以上、Mendenhall, et al: Introduction

Syndemic theory, methods, and data. 「序論」)。本特集にはこの序論を含めて 25 論文が掲載されており、序章以外の論文は、さまざまな疾患（感染性疾患だけでなく非感染性疾患も含む）や障害、さらには政治的暴力、環境破壊、貧困やスティグマ、食糧不足（food insecurity）、intersectionality（「交差性」。人種、エスニシティ、ネイション、ジェンダー、階級、セクシュアリティなど、さまざまな差別の軸が組み合わさり、相互に作用することで独特の抑圧が生じている状況）等をシンデミック理論によって分析しています。ただし、COVID-19 に言及しているのは序論だけです。

○我々は経済不況が死亡の不平等に与える影響の何を知っているのか？批判的文献レビュー

Benach J, et al: What do we know about the impact of economic inequalities? A critical review. *Social Science & Medicine* 296(2022) 114733, 10 pages [文献レビュー]

歴史的に、不況が住民の健康、特に異なる社会階層での死亡とその分布に与える影響についての論争が続いている。本論文は、1980-2020 年に生じた経済的不況が死亡の不平等に与えた影響を研究した論文のレビューを行い、この論争に貢献する。19 論文を対象にして、死亡アウトカム、社会経済的指標、研究デザイン、分析方法および主要知見を分析した。12 論文はヨーロッパ諸国・都市を、2 論文はアジア諸国を、2 論文はロシアを、1 論文はアジアとヨーロッパを、1 論文はアメリカを、1 論文はソマリアを対象にしていた。5 論文は国際比較をしていた（4 論文はヨーロッパ諸国・都市を、1 論文はアジア諸国とヨーロッパ諸国を比較）。2008 年の大不況がもっともよく検討され、次いで 1990 年代の各国の不況、ソ連邦の崩壊、1980 年代の不況が検討されていた。

大半の研究（15 論文）は、経済的不況後に、死亡の不平等が全体的または部分的に増加したことを示していた。しかし 2 論文では、死亡の不平等が減少し、それは上流・中流階級の健康悪化のためであった。1 論文では不平等は縮小しており、それは住民の健康が全体として向上したためだった。1 論文は既存の死亡の不平等が不況によりスローダウンしたことを見だしていた。以上の結果は、不況は特に社会的に恵まれない人々（the most vulnerable groups）の健康に対して重大な影響を与えるとの先行研究を支持している。

二木コメント—経済不況による死亡増加の研究や文献レビューは少なくありませんが、不況が死亡の不平等に与える研究の文献レビューは初めてと思い、「健康の不平等」や「健康の社会的要因」の研究者必読と言えます。日本人研究者が筆頭執筆者の論文も 3 つ含まれ、そのうち 2 つはそれぞれ、日本、日本と韓国とヨーロッパ 8 か国を対象にしています。

○「企業の経済的影響力 [指数] 」と非感染性疾患の営利的要因と取り組むための政策実施との関連を評価する：17 か国の横断面分析

Allen LN, et al: Assessing the association between *Corporate Financial Influence* and implementation of policies to tackle commercial determinants of non-communicable diseases: A cross-sectional analysis of 172 countries. *Social Science & Medicine* 297(2022) 114825, 8 pages [量的研究]

非感染性疾患 (NCDs) は世界的に死亡と障害の主因となっている。タバコ、アルコール、及び不健康な食品はこれら疾患の主なりスク要因である。WHO 加盟国は満場一致で、これ

ら商品の販売を抑制することを目指した 12 の政策セットを承認したが、営利主体が効果的な法制化を阻止し、利益を守ろうとしているとのたくさんの事例報告がある。本論文の目的は、企業の経済的影響力とこれらの政策実施との関連を定量化して示すことである。そのために、2015, 2017, 2020 年の WHO NCDs 進捗モニター報告のデータを用いて、WHO の全加盟国 (194 か国) 別に政策実施指数を作成した。公開データを用いて、新規な「企業の経済的影響力指数」(CFII) を作成した。CFII は WHO が推奨している喫煙・アルコール・不健康な食品を抑制するための 12 の政策の実施状況に基づいて点数化した (0-12 点)。これにより、企業が経済的資源を用いて各国で政策担当者に直接的に影響を与えることを定量化できる。政策実施の趨勢を示すと共に、ランダム効果多変量回帰分析を用いて、政策実施と CFII との関連を各国別に調べた。その際、経済的、文化的、歴史的、地理的、及び人口学的要因は調整した。

その結果、12 の WHO に推奨された営利化抑制政策の実施率は経年的に増加していたが、世界的にはまだ 40%と低位にとどまっていた。国別にみると、アフリカ等の低所得国では政策実施率は非常に低かった。中国、インドネシア、日本とアメリカという人口大国も実施率が低かった。アルコール政策の実施は後退していた。CFII により世界的な政策実施の 1/5 を説明できた。CFII が 10%上昇するごとに、政策実施は約 2% (95%信頼性区間: 0.90-3.5, $p < 0.001$) 低下した。以上の定量的国際分析は、企業の経済的影響力は不健康な(しかし利益を生む)商品のマーケティング、販売、及び消費を制限しようとする政策の実施と負の関連があることを示唆している。

二木コメント 「健康の営利的要因 (commercial determinants of health) についての論文は、本「ニューズレター」212 号 (2022 年 3 月:24 頁) で初めて紹介しましたが、その概念に基づいた大規模な定量的研究が行われていることに驚きました。「健康の社会的要因」の研究者必読と思います。

補足: “The pandemic determinants of health” というタイトルの小論文が JAMA 2022 年 5 月 17 日号に掲載されました (Shiroky-Kochavi: 327(19):1869)。これは学術論文ではなく、南フロリダ大学の家庭医が、コロナ禍による患者の訴えの変化を描いたエッセーで、タイトルは内容的には「パンデミックに影響される健康」とでも訳すべきと思います。このことは、英語の determine や determinants が「決定する」「決定要因」という<強い>意味ではなく、「影響を与える(要因)」という<弱い>意味で、使われていることを示しています。これは“commercial determinants of health”でも同じで、私は「健康の営利的要因」と訳しています。それだけに、“social determinants of health(SDH)”のみを「健康の社会的決定要因」と訳すのは限りなく誤訳に近いと改めて感じました (『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,174-175 頁<“social determinants of health”の訳は「健康の社会的決定要因」より「健康の社会的要因」のほうが適切>)。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 209)－最近知った名言・警句

＜研究と研究者の役割＞

○無署名「曖昧さは正確さと有用性の敵である」、「曖昧さは健全なディベートも窒息させる」、「曖昧な用語は純粋なトレードオフを隠してしまう」(Woolliness is the enemy of accuracy as well as utility. Woolliness also smothers debate. A host of woolly words also mask genuine trade-offs. "The woolliest words in business" The Economist May 14 2022,p.63) **二木コメント**ービジネス界における曖昧な用語の乱用を辛らつに批判したコラムです。冒頭、「過剰利用されている一連の[ビジネス]用語で、人びとの思考能力を弱める効果がある」ものとして、イノベーション、コラボレーション、フレキシビリティ、パーパス、及びサステイナビリティをあげています。次の段落では、これらの言葉がどこでも使われる理由の一つは、「それらを批判することが困難」であることとしています。第3段落以下では、冒頭に紹介した警句を交えて、上記各用語の曖昧な使われ方を批判しています。最後は、「曖昧な用語がなくなることはないが、それらが知的活動を窒息させることがあってはならない」と結んでいます。私の経験では、特に社会福祉分野では、曖昧な(woolly, fuzzy, fluffy)用語が多いと思います。政策レベルでの曖昧な用語の代表は「地域共生社会」です。法的規定がないまま、これからのあるべき社会という超広い意味でも、「地域包括支援体制」という中間的な(?)意味でも、「孤独・孤立や生活困窮」対策という超狭い意味(全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」2022年5月17日)でも、融通無碍に使われているからです。

○無署名「各国比較は健全・有益である、しかしアメリカが唯一のベンチマークなわけではない(Comparisons between countries are healthy, but America is not the only benchmark)」

(Anonymus: UKSA! UKSA! UKSA! The Economist May 21th, 2022,p.52.イギリスでは、近年、政治家や経済界がアメリカの流行・動きを追うことに取り憑かれている(obsessed)だけでなく、日常言語でもアメリカ表現がどんどん使われるようになってきていることの弊害を指摘し、歴史や豊かさが類似しているフランス等のヨーロッパ諸国が軽視されていると述べ、結論としてこう述べている)。**二木コメント**ーこの視点は、医療政策の各国比較で特に重要と思います。私の古い経験では、イギリス人(特に知識人)は新参者のアメリカを馬鹿にしていますが、最近では、イギリスのアメリカ化が急速に進んでいるようです。

○トマ・ピケティ(フランスの経済学者。『21世紀の資本』(2014)が世界的ベストセラーになった)「経済問題の『専門家たち』が合意に達し、社会の他の分野の人たちが必要な結論を引き出せるようにしてほしいと言う人もいる。そういう意見は、理解はできるが、同時にむなしいものにも思える。経済学とは切り離すことのできない社会科学の研究は、一部の人たちがどんなふうに考えようと常に未熟で不完全なものだ。これからもそうだろう。社会科学の研究は、完全にできあがった確定要素を生み出すことには向いていない。普遍的な法則など存在しない。存在するのは、単に多様な歴史的経験と不完全なデータだけだ。暫定的で不確実ななんらかの教訓を引き出すために、その経験とデータを忍耐強く検証しなければならない。一人ひとりが、これらの問題点を把握し、これらの資料に取り組むことで、権威の

ある人たちの意見にただ感心するのではなく、自分自身の意見を創り出さなければならぬのだ」(山本友子・佐藤明子訳『来たれ、新たな社会主義 世界を読む 2016-2021』みすず書房,2022年,36-37頁。**二木コメント**ー経済学を含めた社会科学のあるべき研究についての明快な説明・宣言と思い、大いに共感しました。この指摘は、私の好きな田中滋氏の次の名言に通じると思います。

○田中滋(慶應義塾大学大学院教授・当時)「**学問の本質は『提言』ではなくて『分析』がメインになります。それが学者が他の人より強いところであって、[政策]提言は社会科学者の主目的ではない**」(水野肇・川原邦彦監修『医療経済の座標軸』厚生科学研究所,2003,192頁(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,107頁で引用)。濃沼信夫氏(東北大学教授)の「**利害を抜きにした『学』による政策提言**」という主張に対してこう述べた。なお、冒頭の「学問」とは、後段で明らかのように「学問」一般でなく、「社会科学」を指す。この発言の直前にも、「社会科学の学問の本質」と述べている)。

○村山明彦(群馬医療福祉大学リハビリテーション学部理学療法専攻講師・理学療法士)「**プロフェッショナルな人とは?**(中略)／①**物事を『わかりやすく』伝えることができる人**(中略)／②**『ありがとう』、『ごめんなさい』、『わからない』が言える人**(中略) **ここで強調したいのは丸投げの『わからない』ではありません。**日々新しい知見が更新されていくなかで、勉強していても『わからない』ことに会うことがあります。専門外の知見であれば、なおさらです。そのときは、わかったふりをせずに『勉強不足で「ごめんなさい」「わからない」ので詳しく教えてください』という謙虚な姿勢が求められると考えます。(中略)／③**『答えは1つではない』ことに向き合える人**」(『総合リハビリテーション』2022年5月号:445頁、「巻頭言」。大学のオープンキャンパスで、在学生から「プロフェッショナルな人とは?」という予定外の質問を受けて、こう答えたと紹介)。**二木コメント**ー「プロフェッショナルな人」の条件・定義はいろいろありますが、この3条件は非常に良くまとまっていると感じました。「ここで強調したいのは丸投げの『わからない』ではありません」という注意喚起は重要と思います。大学院生や若手研究者の中には、分からないことがあると、自分で調べたり、考えたりせずに、すぐ教師に質問する人が少なくないからです。そんな時私は、「**まず自分の頭で考えなさい(Use your brains)**」と注意(叱責?)した上で、質問に答えることがあるのですが、この言い方はキツイとの批判も受けます(苦笑)。もちろんこんな言い方は学部学生にはしませんでした。

○二所ノ関寛(大相撲・元横綱稀勢の里。2022年夏場所で審判部の一員になった)「どうしても感情が入ってしまう弟子の相撲を審判として土俵下で見ることにもなった。**審判の立場を自覚し、その感情を排除して公平な目を保つように意識**している。逆に弟子だからより**厳しい目を向けるというのも公平性を欠く**。人が公平を保つのは本当に難しい」(「日本経済新聞」2022年5月24日朝刊、「スポーツピア 審判の重責実感の夏場所」)。**二木コメント**ー私も大学院生の研究指導や博論・修論審査時に、常に、「公平な目を保つよう意識」しました。ただし、今から振り返ると、私は意識的に教え子に「より厳しい目を向ける」傾

向があり、それは「公平性を欠く」態度だったと反省しています。

○戸井田道三「自分は知っていると考えるのは自惚れにすぎません。……自信は自分が何かを知らないかというかたちで知っていることです」（『生きることに〇×はない』ポプラ社,1978。鷺田清一「折々のことば」『朝日新聞』2022年5月21日朝刊より重引）。**二木コメント**この名言は、私の好きな次のペレスの名言に通じると感じました。

○フランシス・ペレス（スペインの経験豊かな科学者）「**科学者にとって、『わかりません』は、『私は自信があります』と同義語です。自信がない人間だけが、知っているふりをする必要があるのですから**」（スティーブ・デスーザ、ダイアナ・レナー著、上原裕美子訳『「無知」の技法 Not Knowing』（日本実業出版社,2015,190頁）。本「ニューズレター」141号（2016年4月）で紹介）。

<故石川誠医師の名言選>（石川氏は医療法人輝生会会長で回復期リハビリテーション病棟の生みの親。2021年5月死去、74歳）「**アマチュアは成功を忘れない。プロフェッショナルは失敗を忘れない**」、「忙しい時に、化けの皮が剥がれるんだ」、「心技体ではなく、体技心」・「**身体が丈夫なことが一番だ**」、「**いいところをみること**」、「**人がついてくるのは最後は人柄なんだよ**」、「**差別のない世界にしたい**」、「**利益至上主義は、うちの法人には合わない**」（『輝生会20周年記念誌 石川誠と歩んだ20年間』（2022年5月。非売品）の第Ⅱ部「石川誠『ことば集』－忘れられない思い出・エピソード」から（それぞれ、122, 96,99,104,116,112,119頁）

<その他>

○**正岡子規**（明治時代の俳人・歌人。1902年9月死去、34歳）「余は今まで禅宗のいはゆる悟りといふ事を誤解して居た。**悟りといふ事は如何なる場合にも平気で死ぬる事かと思つて居たのは間違ひで、悟りといふ事は如何なる場合にも平気で生きて居る事であつた**」（『病床六尺』明治35年（1902年）6月2日。「読売新聞」2022年6月1日朝刊「編集手帳」がゴチック部分を紹介。『病床六尺』は岩波書店等が出版されているが、「青空文庫」（ウェブ上の無料文庫）にもアップされている）。**二木コメント**子規が亡くなる3か月前に得た「悟り」です。私は7月に75歳（後期高齢者）になりましたが、現在まで、自分が死ぬことや死に方、ましてや死に場所について一度も考えたことがないので、大いに共感しました。

○**武久洋三**（日本慢性期医療協会会長・当時、2022年6月に会長職を退く）「**80歳になった。後輩に道を譲るのは当然であるし、余命がどのくらいあるかは別として、医療と介護の現場を少しでも良くしたい。遊び回るために老後の時間を費やすつもりはない。根っからの**

医師であるので、何か私で役に立つことがあれば一生懸命頑張りたい。情熱はまだ失っていないので、今後もバックからいろいろ協力したい」（『日本慢性期医療協会誌』141号（2022.6隔月号）：120頁。会長職として最後となった2022年5月19日の記者会見で、記者から「退任された後、一番楽しみになさっていることは何だろうか」と質問され、こう答えた）。

二木コメント—私より5歳上の武久氏の前向きな発言に多いに共感しました。

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14回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」52号（2022年6月12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

○ジェイムズP. メザ、ダニエルS. パッサーマン著、岩田健太郎訳『ナラティブとエビデンスの間 括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療』メディカル・サイエンス・インターナショナル,2013年（原著2011）。

…コロンビア大学のグループが2008年に提唱した「ナラティブ・エビデンス・ベイスド・メディシン」（科学的に情報提供がなされたうえでのナラティブ・メディシン。ナラティブ（患者さんの話）とエビデンスの統合を目指す）について、同大学家庭医研修プログラムの指導医が執筆した、事例の解説中心の教科書。副題の「**括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療（医学知識）**」がキーワードで、ほぼ全章の総括の見出しにもなっている。本書の視点は「混合研究法」に通じ、重要なのは複数の方法の「統合」と再確認した。

○堀内圭輔『医学英語論文手とり足とり いまさら聞けない論文の書き方』医学書院,2022年4月。

…あまり論執筆経験のない若手医師・研究者を対象にして、英語論文の書き方を手取り足取り解説。最も重要なのは、「論文の作法・決まりごとを理解し、自分の考えを平易な文章で説明できる能力」との指摘は的を射ている。「世のため、人のため、自分のために、英語論文を書こう」という呼びかけは、日本語論文にも当てはまる。**英語論文に挑戦したい者必読。**

B. 医療・福祉関連

○二木立「医療・健康の社会的格差と医療政策の役割－[2010年]日本学術会議市民公開シンポジウムでの報告」（『民主党政権の医療改革』勁草書房,2011年,148-161頁）

…『2010年代初頭の医療・社会保障』の第3章第3節でウっかり書き忘れたが、私はこの報告で初めて「究極的には全保険での患者負担の無料化を目指すべき」と述べた（159頁）。本報告は、日本における医療・健康格差の歴史をスケッチした上で、「医療格差を縮小するための私の改革提案とその実現可能性」について包括的に述べており、現在でも一読に値すると自己評価。

○ポール・A・オフィット著、関谷冬華訳『禍いの科学 正義が愚行に変わるとき』日経ナショナルグラフィックス,2020年（原著2017）。

…著者はロタウイルスの高名な研究者であると同時に、数々の賞を受賞しているメディカルライター。「はじめに」で、世界に禍い（数多くの死や環境への害）をもたらした以下の7つの発明をあげ、各章でそう判断する根拠を説明している：アヘン、マーガリン、化学肥料、優生学、ロボットミ手術、『沈黙の春』、ビタミン大量療法。私には、環境保護思想・運動の古典と言われているレイチェル・カーソンの『沈黙の

春』が、ある殺虫剤（D D T）の禁止をもたらした結果「命を落とさなくてすんだはずの数千万人の子供たちが犠牲になった」と批判していることが意外だった。ただし、『沈黙の春』と化学肥料については「功罪」を指摘し、他の5つの発明の全否定とは扱いが違う。記述は具体的で、「主要参考文献」も豊富。ただし、最後の第8章「過去に学ぶ教訓」の、電子タバコ、遺伝子組み換え技術、ビスフェノールAの有害性の全否定は先走りすぎとも感じた。科学史の本としても一読に値。

○西上ありさ『ケアする人のためのプロジェクトデザイン 地域で「何かしたい！」と思ったら読む本』医学書院,2021年12月。

…「コミュニティデザイナー」が、地域で活動したいと考えている医療・介護・福祉の専門家対象に書いた実践的手引き書。個別の助言は参考になるが、あまりに楽観的&予定調和的。

○鈴木謙『厚労省 劣化する巨大官庁』新潮新書,2022年2月。

…厚生労働省を12年間取材し続けている「東京新聞」記者が自己の取材経験も紹介しながら書いた、厚生労働省「入門書」。歴史を振り返りながら、同省の所管する仕事やその進め方、組織の仕組み、職場環境や考え方に焦点を当てて、中立的に分かりやすく記述。**第3章「政策はどう決まる」と第4章「史上最長政権と厚労省」と第5章「なくならない不祥事」は医療政策研究必読**。「政策は全体として一体に見えるが、実は各省庁と政権は一定の緊張関係にある」という視点は重要。第4章は、第二次安倍政権の看板政策のほとんどは厚労省と政策と重なるが、官邸が看板政策を次々に変えたため、同省がそれへの対応に翻弄されたことを活写している。ただし、「働き方改革」は官主導が奏功したとも認める。

○戸枝陽基「医療的ケア児とその家族への支援の現状と課題」『社会福祉研究』143号：12-20頁、2022年4月。

…戸枝陽基氏は、社会福祉法人むそう理事長&日本福祉大学客員教授で、医療的ケア児の支援に福祉分野から先駆的に取り組んできた。本論文は、医療的ケア児急増の背景と過程、医療的ケア児の定義に至るまで、世田谷区の調査から導き出された支援体制整備のための「全国につながる論点」、医療的ケア児の支援体制の構築とその他の対策、医療的ケア児支援法の成立と医療的ケア児支援センターについて、丁寧に解説しており、医療的ケア児支援の実践と研究の必読文献。なお、『社会福祉研究』143号の特集は「これからのスーパービジョンを考える」で、5論文を掲載（堀越由紀子、松澤拓也、渡部律子、川松晃、武井瑞枝）。

○増田雅暢『介護保険はどのようにしてつくられたかー介護保険の政策過程と家族介護者支援制度の提案』TAC出版,2022年4月。

…著者は、1990年代後半に厚生省高齢者介護対策本部の専任スタッフとして、介護保険制度の創設業務に携わり、その後研究者に転じ、今までに介護保険に関する単著を7冊も出版している。本書には、『介護保険の見直しの争点』（2003）と『介護保険の検証』（2016）に収録した介護保険の政策過程に関する7論文を再録するとともに、「家族介護者支援は緊急の課題」（第8章）と「介護保険の20年を振り返る」（第10章）を書き下ろして収録。第8章では、「日本の介護保険制度では介護者支援策が皆無に近い」との反省に基づいて、「介護保険法における介護者支援の法定化

や具体的な展開を提案」。さらに、『週刊社会保障』掲載の介護保険関連の「時事評論」を収録。それには、私が『2020年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房,2022,151-152頁）で高く評価した「『自助・共助・公助』論への懸念」も含む（254-257頁）。著者は、「介護保険制度は、1990年代の連立政権下において、省庁主導型の政策決定を基礎に作成された最後の重要制度」と評価（63頁）。これを読んで、「社会保障・税一体改革」が、民主党政権から自民政権復活への移行期の2012年に、自公民の合意下で制度化されたことと共通性があると感じた：日本では医療・社会保障の大改革は、連立政権または野党の全面協力を得た政権でないといけないのではいか？（その逆は第二次安倍政権）。**介護保険の政策過程と家族介護者支援の研究者必読。**

○藤森克彦「（経済を見る眼）『孤独・孤立』の実態調査から見えるもの」『週刊東洋経済』2022年5月21日号：9頁。

…5月ゼミ（「ゼミ通信」50号：6頁）で紹介・推薦した、内閣官房孤独・孤立対策担当室「人々のつながりに関する基礎調査」の注目すべき3点を簡潔に紹介。

○高野龍昭「高齢者介護とデータヘルス改革—LIFE（科学的介護情報システム）への期待と懸念」『月刊福祉』2022年6月号：44-47頁。

…LIFEは2021年度施行の改正介護保険法で法定化され、同年度の介護報酬改定で多くの介護サービス種別対象に新設された加算の要件ともなった。本論文は、LIFEについて簡潔に説明した上で、それに対する「期待」（「根拠に基づく」「科学的介護」の発展と「介護サービスの質の評価（特にoutcomeに基づく評価の発展）を指摘すると同時に、以下の「利活用における懸念」を書いている：①「介護実践・介護専門職におけるデータ・リテラシーが不足」、②「収集データの対象領域が限定的：「ADL・IADL、認知機能、栄養、口腔機能、疾患、薬剤の情報にとどまって」おり、「社会環境や経済的状況、対人関係、利用者の価値観や主観的側面（意欲や思い）などのデータはほとんど見当たらない」、③高齢者介護における自立支援・重度化防止の視点のかたよりが生じる懸念：介護などの社会福祉分野では、自立は「『自助的自立』に『依存的自立』を包摂するものとされている」が、「LIFEに蓄積されるデータが心身機能面にかたより、心理社会面のもものが極めて少ない現状においては、『依存的自立』に関するエビデンスを示したり、その支援のための標準的な介入方法を示すことは不可能」。LIFE関連の論文で、それへの「懸念」を包括的に書いた論文はほとんどなく、本論文は貴重。

○小特集「日本の福祉政策における評価レジームの変容の諸相」『社会政策』14(1):81-119頁,2022年6月。

…社会政策学会第143回（2021年度秋季）大会・テーマ別分科会の3報告で、長澤紀美子氏が序文。平岡公一「社会福祉における評価レジームの形成と評価」は総説。

畑本裕介「社会福祉における評価概念の具体的な諸相」は、社会保障審議会介護保険部会の第1回（2003年5月）～第91回（2020年7月）の議事録の「評価」に関わる内容分析を「目視」で行い、当初は介護サービスの質の向上に主な関心があったが、2016年度を境に、市町村の保険者機能強化のための評価（業績指標の測定）の活用に変容したことを明らかにしている。その上で、これは「事業評価」であり、「政策評価」が不在だと批判。斎藤弥生「自治体における高齢者施策の『評価』の現状と課題」

は大阪府と府内 2 自治体の事例分析。

○特集「どうなる、どうする病院の外来」『病院』2022 年 6 月号（81 巻 6 号：467-472,482-531 頁。

…武田俊彦氏（元医政局長）と神野正博医師（恵寿総合病院理事長）との巻頭対談は「これからの病院の外来機能」について、コロナ禍による医療・患者意識の変化を踏まえて「探索的」に検討している。冒頭の武田氏による「日本の病院が抱える 3 つの『余裕のなさ』」の定式化と緊急時に備えた対応の方向は説得力があると感じた。特集は 10 論文：「医療政策の流れ」を踏まえた厚生労働省担当者と 3 人の研究者（松田晋哉氏等）の 4 論文と、総合診療外来を設置する病院、かかりつけ医機能を持っている基幹病院の外来、病院・外来分離、日帰り手術、オンライン診療についての 6 本の実践報告。

○伊関友伸「総務省検討会と公立病院経営強化ガイドライン」『病院』2022 年 6 月号：532-536 頁。

…総務省が 2022 年 3 月に策定した「ガイドライン」のポイントを簡潔に解説。「ガイドライン」の策定は 2007 年、2015 年に次いで 3 度目だが、過去 2 回の「改革ガイドライン」から「経営強化ガイドライン」へ名称変更したが、これは総務省の公立病院重視への転換の現れと解釈できる。最も重視されているのは「役割・機能の最適化と連携の強化」。伊関氏は、コロナ診療での公立病院の奮闘により、「以前の厳しい向かい風が穏やかではあるが追い風が変わってきた」としつつ、「公立病院をめぐる状況は依然として厳しい」とも指摘。

○大根健一「J A 愛知厚生連足助病院の取り組み 超高齢社会における地域と医療機関のありかたを考える 住民との親密な関係構築や持続可能な社会づくりへの貢献」『MEDICAL QOL』2022 年 6 月号：20-27 頁。

…早川富博、小林真哉の 2 代の足助病院院長が中心になって作りあげてきた「医療も行うコミュニティーセンター」づくりの取り組みの「スペシャル・レポート」。

×佐藤優・國頭英夫「佐藤優の頂上対決（第 124 回）破綻寸前の医療財政をいかに『持続可能』とするか」『週刊新潮』2022 年 6 月 2 日号：110-114 頁。

…國頭医師は、2015-2016 年に、オブジーボ「登場を契機として、いよいよ日本の財政破綻が確定的となり、“第二のギリシャ”になる」等の煽り発言を連発したが、それには頬かむりして、今回も、根拠を示さず、医療財政が「破綻寸前」と断言。國頭氏は、以前財政破綻論の根拠として、オブジーボの薬価の引き下げは「不可能に近い」と主張していたが、それが破綻したことはスルーしている。ただし、今回も、「薬が高くなるのは開発コストが嵩むから」と述べ、メガファーマが新薬を開発したベンチャー企業を買収し、マネーゲーム的に薬価を釣り上げていることを免罪。現代医療の批判の大半は 10 年以上前の「エピソード」、「皮膚感覚」。もう一つ変わらないのは、「75 歳以上を一つの目安とし」た「延命治療の年齢制限」論。私は國頭氏の「薬を減らす研究」には以前から注目していたが、それを「SATOMI 臨床研究プロジェクト」と名付けていることに、氏の度し難い自己顕示欲が現れていると感じた。

○『輝生会 20 周年記念誌 石川誠と歩んだ 20 年間』2022 年 5 月（非売品）。

…2022 年 5 月に亡くなった石川誠さん（医療法人輝生会会長。回復期リハビリテー

ション病棟の生みの親)の一周忌追悼行事で配付。第Ⅰ部「輝生会 20 周年の実践の記録」を読むと、輝生会の「先駆的取り組み」と「歴史」、そして「行事」の全体像が手に取るように分かる。第Ⅱ部「石川誠『ことば集』」を読むと、石川さんが「寸言」の名手であり、それが職員を鼓舞していたことが分かる。第Ⅲ部「輝生会機関誌にみる石川誠の思い」は、水間理事長等が(若い)輝生会職員に伝えたいと選んだ、石川さんの「メッセージ」集と感じた。『記念誌』全体で一番勉強になったのは、第Ⅰ部の布施達朗氏(セコム(株)常務取締役)「輝生会とセコムについて」(8-10頁):「…何とか採算のとれる計画を考えた。／お金のある人からはそれなりに負担をしていただき、それを原資として、一般の人も平等に診るというモデルである。石川さんは、患者さまは皆平等だと当初断固としてこの案には反対であったが、このモデルでないと東京でリハビリテーション病院はできないと話し、最後は納得してもらった」(9頁)。初台リハビリテーション病院のこのやり方は一種の「赤ひげ」方式と言える。

○池端幸彦「令和4年度診療報酬改定の概要とその対策」『全国自治体病院協議会雑誌』
2022年5月号:35-43頁。

…池端氏は、福井県越前市の池端病院理事長として地域密着型の保健・医療・福祉事業を展開する一方、日本慢性期医療協会副会長、福井県医師会会長、中医協委員等の重職をこなす、医療界のオピニオンリーダー。本論文は、私が知る限り、2022年度診療報酬改定についてのもっとも包括的かつバランスのとれた解説。「はじめに」で、今回の改定が民間病院だけでなく、地方の中規模以下の自治体病院にとっても「かなり厳しい改定」であったとした上で、「全ての入院機能について、しっかりした方向性を示した改定」と(敢えて?)前向きに評価し、全ての病院が「それぞれに医療機能の得意分野を活かしつつ、如何に地域と連携を密にして効率的効果的な医療を提供し、国民の安心安全を守っていくかということに尽きる」と述べ、今回の改定に対する対策として5本柱をあげている。

○東京都医師会・TMA近未来医療会議「超少子高齢社会の到来を見据えた『近未来』の医療とそれを支える財政のあり方に関する提言」(2022年4月15日。ウェブ上に公開。

『社会保険旬報』2022年5月21日号(6-11頁)はこの「提言」を掲載すると共に、東京都医師会が同日開催した「TMA近未来医療会議」第1回公開シンポジウムについて詳報)。…東京都医師会(尾崎治夫会長)は「With/Post コロナ時代における医療提供体制の抜本的な改革と社会保障の理想像について幅広く検討することを目的として」、「TMA近未来医療会議」(委員長:香取照幸上智大学教授)を設置。私は東京都医師会が「財政のあり方」を含めて近未来の検討を始めたことに注目した。「提言」は国家財政と医療財源の各論には踏み込んでいないが、2023年3月にまとめられる最終的な提言にはそれが含まれることが期待する。総論で(財務省サイドが執拗に求めている)「医療費総枠の増嵩をGDPの伸びの範囲内に抑える案」について多面的に検討し、「容認できない」と明記している。「提言」は「フリーアクセス」の捉え方の再考と「治し、支える」医療への転換を強調している。両者は「社会保障制度改革国民会議報告書」(2013年)が初めて提起したもので、「治し、させる医療」はかなり普及したが、「フリーアクセスの」捉え方の再考は、その後9年間<塩漬け>にされてきた。その議論が再起動すること

を期待する。私が一番注目したのは、「提言」が総論で「医師をはじめとする医療従事者自らが、必要かつ不断の適正化への努力を怠らないことが重要」と強調し、各論で「医師をはじめとする医療従事者が取り組むべき医療費適正化の努力」を大きな柱にしていること。これは私が 2000 年以降、公的医療費総枠の拡大の必要条件として提起している「医療者の自己改革論」に通じると感じた。ただし、医療機関を「『コモンズ（共有地）』として性格づける」ことは唐突（従来、日本医師会の歴代会長をはじめ、医療者側は医療を「社会的共通資本」（宇沢弘文先生）と位置づけてきた）。「病院と地域の診療所の連携・機能分担を図るための『保険外併用療養費制度』の活用も検討する必要がある」の意味も分からない。

◎香取照幸「（インタビュー）医療・介護分野における日本の社会保障はどうあるべきか（聞き手：池端幸彦）」『日本慢性期医療協会誌』140号：64-77頁,2022年6月。…現在最も注目されている医療・社会保障についての論客（厚生労働省OB・上智大学教授）が、上記テーマについて、国際的視野から縦横無尽に語った長大インタビュー。日本の社会保障、特に医療の国際的な評価は極めて高いこと、及び「医療という命に関わるような事柄に関しては平等でないといけない」という「日本人の価値観」を踏まえて、国民「皆保険という体制を守ることを前提に、何を变えないといけないのか」、「社会的共通資本である医療という資源をいかに効率的に利用するか」について、大胆かつ多角的に持論を展開している。私は特に、以下の指摘に注目・共感した。①役人も研究者も、さらには日本全体が「たこつぼ」化している。②個々の診療とは別に地域包括ケア・ネットワークの報酬に税金を投入する（72頁）、③医政局の「在宅医療の役割」の説明の批判：「退院支援」が一番になっているが、「まず日常の療養支援」があるべき。④コロナで20年後の世界を体験したことを踏まえて、20年後までにどういう医療提供体制をつくっていくのかを準備する。そのために、2年に1回の診療報酬改定を見直す：毎年の改定は物価賃金スライドで1点単価を動かすだけの「インデックス改定」にして、点数そのものを大きく見直したり、体系を見直すのは何年かに1回やる（73頁）。

C. コロナ関連

○伊藤周平「繰り返される医療崩壊と医療・公衆衛生の政策課題」『賃金と社会保障』2022年5月下旬号：15-29頁。

…「コロナ禍で繰り返される医療崩壊の様相と政府の対応策を概観し、なおも進められている医療費抑制政策を批判的に検討」し、「今後の医療・公衆衛生の政策課題を展望」。前半の「医療崩壊」を乱発した＜絶望的＞記述と後半の＜理想的＞改革案とが乖離。

○特集「コロナ禍と医療現場—2年5カ月を振り返る」『月刊保団連』2022年6月号：4-42頁。

…2年5か月間の政府のコロナ対策を検証するとともに、医療現場での奮闘を振り返る。4論文と12のレポート（「保険医新聞」の掲載記事）。小松康則「コロナ禍と保健所職員の悲痛な声 死者数ワースト1の大阪から」は、現場の声を聞かないトップダウンの対策によって、大阪府のコロナ感染による死者数が全国ワースト1になった

を厳しく批判。大阪府内の保健所は 2000 年の 61 から、2020 年には 3 分の 1 の 18 に減っていた。特に大阪市（人口 270 万人）は 24 から 1 に激減！さらに大府は 2022 年 3 月には保健所業務の民間委託を強行。

○デイヴィッド・ライアン著、松本剛史訳『パンデミック監視社会』ちくま新書,2022 年 3 月。…監視社会論の世界的権威が、新型コロナウイルスが監視資本主義を加速したとして、その行く末を展望。記述は全体としては「結論先にありき」的。ただし、著者は監視（社会）の全否定論者ではなく、コロナ対策の成功例として台湾を、失敗例としてブラジルをあげて対比し、「オルタナティブな監視の手法は人類の繁栄に貢献する」とも認める（215 頁）。

D. 政治・経済・社会関連

○羅芝賢『番号を作る権力 日本における番号制度の成立と展開』慶應義塾大学出版会, 2019 年。

…「マイナンバー制度」に至る、日本の 1970 年代以降の番号制度の発展過程（と停滞）を、他国と比較しながら詳細に検討。特に韓国の国民番号制度については第 4 章で詳述。著者は「急進的な制度改革を目指す動き」には懐疑的で、「漸進的な変化を促す必要がある」と主張。ただし、従来の監視社会論と異なり、プライバシー問題を議論の中心には置かず、国家権力の両義性を強調。本書は、著者が韓国と日本のどちらの役所とも 10 年以上付き合ってきた経験から生まれた東京大学の博士論文に加筆修正。この分野の研究の必読書。

○岡本裕一朗『アメリカ現代思想の教室 リベラリズムからポスト資本主義まで』P H P 新書,2021 年 11 月。

…著者は序章で「トランプ以後、思想のルールが変わった！」ことを強調したうえで、1970 年代のリベラリズム・リバタリアニズム論争、コミュニタリズム、プラグマティズムとネオプラグマティズム、「歴史の終わり」論争、および「現在進行形思想」である「新反動主義」と若者の支持を集める「社会主義」について、時系列的に分かりやすく解説。私は「新反動主義」・「オルタナ右翼」がリバタリアンの自由を擁護するために民主主義や人類の平等性を公然と否定し、主にウェブ上で多くの賛同を受けていることに驚いた（第 5 章）。著者は「ここにトランプ革命が起こった思想的な拠点を見出すことができる」と判断。

○オリヴィエ・ブランシャール、ダニ・ロドック編、月谷真紀編『格差と闘え 政府の役割を再検討する』慶應義塾大学出版会,2022 年 3 月（原著 2021）。

…2019 年に米・ピーターソン国際研究所が主催したカンファレンスの講演要旨集（序章を含め、全 30 章）。欧米の主要な（進歩的～リベラル）経済学者や政治学者・哲学者が、格差をどう認識し、どのような政策的・制度設計的処方箋を提示しているかを鳥瞰できる。各章は 10 頁前後で読みやすいが、深まりには欠ける。序章で 2 人の編者が、「格差と戦うための非常に多岐にわたる政策」を、「対象とする経済の段階」（生産前・生産・生産後）と「所得分布のどの部分を是正しようとするか」（下位層・中間層・上位層）という 2 つの次元に分けて整理しているのは分かりやすい。第 1

章「先進国の格差をめぐる 10 の事実」（シャンセル）は便利&格差拡大の深刻さがアメリカとヨーロッパ諸国では全く違うことがよく分かる（日本についての言及はほとんどない）。VI「金融資本の（再）分配」（3章）とXI「累進税制」（3章）を読むと、このテーマについての対立点がよく分かる：サエズとズックマン（ピケティの共同研究者）は累進的資産税を提唱するが、マンキューとサマーズは極めて批判的。ただし、本書にはカンファレンスで行われたであろう両陣営の討論は載っていない。私はスタンチュアが、大規模なオンライン調査と実験により、アメリカで格差が拡大しても、国民の再分配への支持が伸びない理由を実証的に説明しているのが一番勉強になった（第 28 章）。なお、ベーシックインカムについては誰も正面からは論じていない。

○トマ・ピケティ著、山本友子・佐藤明子訳『来たれ、新たな社会主義 世界を読む 2016-2021』みすず書房,2022年4月。

…ピケティがフランスの『ルモンド』誌に 2016～2020 年（1 本のみ 2021 年 1 月）に連載した時評集。冒頭の「来たれ！社会主義」で、氏が構想する「資本主義を超える新しい体制、すなわち参加型かつ分散型、連邦主義的かつ民主主義的で、環境に優しく、多民族共生かつ男女同権といった新しい形の社会主義」をスケッチ。「時評」は、フランス、イギリス、EU、アメリカ、ロシア等の政治・経済について縦横に、しかも常に歴史を振り返りながら論評しており、世界を見る視野が広がる。フランス政治については、マクロン大統領が富裕税（ISF）を廃止したことを「歴史的誤り」と繰り返し批判（82 頁等）。歴史を振り返る点では、アメリカとイギリス、フランスが長く奴隷制を有し、それを廃止した後も、黒人奴隷への補償をしなかったことが現在まで尾を引いていることが分かり、勉強になった（222 頁）。ベーシックインカム論を「社会正義についての実に浅はかな考えを示している」と批判し、「所得と財産の分配全体、ひいては権力と機会の分配に関するより野心的な目標を掲げる必要がある」（47 頁）と主張していることに共感した。ただし、ピケティはベーシックを（一部）容認しているよう。「格差の是正を政治的行動の中心に据えることで初めて環境問題を解決できる」（186 頁）と、主張していることにも注目・共感。

○牧兼充『イノベーターのためのサイエンスとテクノロジーの経営学』東洋経済,2022年4月。…著者が早稲田大学ビジネススクールで教えてきた「科学技術とアントレプレナー」をベースにして、読者が「科学的思考法」を鍛えつつ、イノベーションとアントレプレナーシップの先端的な知識を体系的に身に付けることを目指す（全 7 章）。各テーマごとに、アカデミックな英語の「研究論文」（すべて「定量論文」& 執筆者はほとんどアメリカの研究者）を紹介。著者は実務経験のない top-heavy（頭でっかち）& アメリカ出羽守と感じた。