

2022.8.1(月)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 217 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/>。

217 号の目次は以下の通りです (25 頁)

1. 論文：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 (二木教授の医療時評(202)) 『文化連情報』2022 年 8 月 (533 号) : 32-38 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 197 回 : 2022 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 211) -最近知った名言・警句…13 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 15 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>または<科目等履修生>のお知らせ…25 頁。**

### お知らせ

論文「日経・日経センターの医療制度『改革提言』はどこが問題か？」を『日本医事新報』2022 年 8 月 6 日号に掲載します。本「ニュースレター」218 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：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

(二木教授の医療時評(202)) 『文化連情報』2022年8月(533号) : 32-38頁

## はじめに

岸田文雄内閣は6月7日、以下の3文書を閣議決定しました。「経済財政運営と改革の基本方針 2022」(以下、「骨太方針 2022」)、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」(以下、「グランドデザイン」)、「規制改革実施計画」。本稿では、主に「骨太方針 2022」に含まれる社会保障・医療改革方針を検討します。

その際、それに先だって5月に公表された全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」(以下、「中間整理」)と財務省・財政制度等審議会「建議」(以下、財政審「建議」)、及び菅義偉内閣の「骨太方針 2021」の記述との関係・異同に注目します。併せて、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」(以下、「国民会議報告書」)の提案が一部復活していることにも注意を喚起します。

## 「新しい資本主義」は掛け声倒れ

「骨太方針 2022」の副題は「新しい資本主義へ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～」という壮大なもので、「骨太方針 2021」の副題が「日本の未来を拓く4つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～」と実務的(?)であったのと対照的です。

言うまでもなく、「新しい資本主義」は岸田首相の金看板ですが、「骨太方針 2022」にも、「グランドデザイン」にも、その定義や全体像は示されていません【注1】。「骨太方針 2022」には、ロシアのウクライナ侵略に対応した防衛費の大幅増額(GDP対比2%への引き上げの示唆)や、デジタルトランスフォーメーション(DX)等5つの「重点投資分野」が示されていますが、その財源確保にはほとんど触れていません。

この点については、ふだん岸田内閣・自公政権に好意的な「日経」や「読売」も、6月8日の社説の見出しで、それぞれ「成長も財政も骨太さを欠く岸田プラン」、「財政運営の先行きが見えない」と批判しています。

## こども政策の財源確保は「骨太方針 2021」と同文

実は、財源確保については1つだけ、以下の例外的記述があります。「こどもに負担を先送りすることのないよう、応能負担や歳入改革を通じて十分に安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、速やかに必要な支援策を講じていく。安定的な財源の確保にあたっては、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みについても検討する」(14頁)。

しかし、これは「骨太方針 2021」の記述(17頁)とほぼ同文です。こども政策は全世代型社会保障改革の「一丁目一番地」(香取照幸上智大学教授。(1))とされていることを考えると、この熱量の低さ・手抜きぶりには驚かされます。

このことに象徴されるように、「骨太方針 2022」の社会保障・医療改革方針の大半は「骨太方針 2021」の踏襲・焼き直しですが、以下、敢えて「新しさ」に注目します。

### 全世代型社会保障の3つの小さな新しさ

全世代型社会保障については、「骨太方針 2021」に比べて、以下の3つの小さな新しさがあります。

**第1**は理念面で、「全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく」と書かれたことです(31頁)。私はこれは非常に重要な視点だと思います。

ただし、これは2013年「国民会議報告書」の以下の記述を9年ぶりに復活させたものです:「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある」(9頁)。

**第2**は制度面で、岸田首相の社会保障改革の金看板である「勤労者皆保険」について以下のように書いていることです:「勤労者皆保険の実現に向けて、被用者保険の適用拡大の着実な実施や更に企業規模要件の撤廃・非適用業種の見直しの検討、フリーランス・ギグワーカーへの社会保険適用について被用者性の捉え方等の検討を進める」(31頁)。この記述は抽象的ですが、「中間整理」ではもう少し具体的に書かれており、今後それが実現することを期待します。

**第3**は社会保障の射程範囲の拡大で、「2040年頃を視野に入れつつ、コロナ禍で顕在化した課題を含め、2023年、2024年を見据えた短期的課題及び中長期的な各種の課題を全世代型社会保障構築会議において整理し、中長期的な改革事項を工程化した上で、政府全体として取組を進める」と書かれたことです(31頁)。私は全世代型社会保障構築会議が、「中長期的な改革事項」として、「社会保障機能強化」のための財源確保策についても示すことを期待します。

### 医療制度改革の大半は前年踏襲

医療制度改革についても新味はありません。その象徴が、「これまでの骨太方針 2021等に沿って着実に進める」との惰性的表現です(31頁)。

言葉としては「医療・介護分野でのDX」が新しいと言えます。これは「骨太 2022」の第2章1「新しい資本主義に向けた重点投資分野」の5番目の「デジタルトランスフォーメーション(DX)への投資」の、医療・介護版です。「骨太方針 2022」はDXを24回も使っています。「骨太方針 2021」も17回使っていましたが、医療・介護分野では使わず、DXへの投資にも触れませんでした。

ただし、これとほぼ同じ内容は「骨太方針 2021」にも詳細に書かれており、私はそれを検討した際、「数少ない新しさは、医療・介護における情報共有と利活用が強調されていること」と書きました(2)。例えば、「骨太方針 2022」には「電子カルテ情報の標準化等」が書かれており、私もそれは必須と思いますが、「骨太方針 2021」でも「電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進」が謳われていました(32頁)。言うまでもありませんが、医療DXへの投資の財源にはまったく触れていません。

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

医療制度改革でほとんど唯一の新しさは、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と書かれたことです（31頁）。これは、「骨太方針 2021」の「かかりつけ医機能の強化・普及等」（31頁）より少し踏み込んでいます。これは「中間整理」の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」（5頁）を踏襲したと言えます。

実は、財政審「建議」は、これよりもはるかに踏み込んで、以下のように提案しています。「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化」し、「これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくこと」（38頁）。しかも、「認定を受けたかかりつけ医による診療について定額の報酬も活用して評価していく一方で、登録をしておらず医療機関側に必要な情報がないにもかかわらずあえてこうしたかかりつけ医に受診する患者にはその全部又は一部について定額負担を求めることを、かかりつけ医の制度化に併せて検討していくべきである」（45頁）。

今後、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の検討が行われる際、財務省がこの提案を再び持ち出すことは確実ですが、複数の法改正を必要とする改革が全面的に実現する可能性はほとんどないと思います。なお、財務省はプライマリケアや定額報酬が医療費を抑制すると思っているようですが、国内的・国際的経験でそれは否定されています（このエビデンスは別稿で紹介予定です）。

ただし、私も、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は必要と判断しています。その際、2013年の「国民会議報告書」が提起したが、その後9年間「棚晒し」にされていた、フリーアクセスの定義の見直し（「いつでも、好きなところで」から、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」へ）、及び「この意味でのフリーアクセスを守るため」の「緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及」（24頁）が議論の出発点になると思います。

なお、健保連幹部は、最近、かかりつけ医機能について、財政審「建議」の硬直的提案と異なる、柔軟・現実的発言をしています【注2】。そのため、私は日本医師会新執行部が「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について柔軟な方針を示せば、今後、社会保障制度審議会各分会や中医協等で、日本医師会・病院団体側と健保連等の支払い側との間で合意が実現する可能性は十分あると思います。

## 「ヘルスケアの産業化」が消失

昨年「骨太方針 2021」を検討した際、私は安倍内閣時代の「骨太方針」と異なり、「予防・健康づくり」の項目が消失したことに注目しましたが、それには安倍内閣時代の常套句だった「予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化」も残っていました(2)。

「骨太方針 2022」にも、「リハビリテーションを含め予防・重症化予防・健康づくりを推進する」（33頁）という表現はあるし、それは妥当だと思いますが、「産業化」という表現は使われていません。このことは、岸田内閣の下で経済産業省の影響力が消失したことを象徴していると言えるかもしれません。

## 医薬品・薬価制度改革の記述がほとんどない！？

「骨太方針 2022」の医療・社会保障改革の記述の「骨太方針 2021」との最大の違いは、医薬品・薬価制度改革についての記述がほとんど消えていることです。

「骨太方針 2021」の「社会保障改革」の項では、以下のように詳細に書かれています。「革新的な医薬品におけるイノベーションの評価の観点及びそれ以外の長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図るとともに、OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直しを図る。(中略)後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラリの活用等、更なる使用促進を図る」(31頁)。

ところが、「骨太方針 2022」の(全世代型社会保障の構築)の項では、これに対応する記述がほとんど消失しています。唯一の例外は、「バイオシミラーについて、医療費適正化効果を踏まえた目標値を今年度中に設定し、着実に推進する」と書かれていることです(33頁)。逆に、「グランドデザイン」の「科学技術・イノベーションへの重点的投資」は、「治療薬・ワクチンの開発」をあげています(14頁)。

私は長年「骨太方針」を検討してきましたが、こんなことは初めてです。この理由として、近年、医薬品費が過度に抑制され、その弊害として、後発医薬品の慢性的品不足と、日本の製薬企業の創薬力の低下が生じ、岸田内閣もその重大性に気づいたためと、私は推察します。なお、一般には超高額医薬品の保険収載により近年薬剤費が高騰していると思われていますが、薬剤費総額は2015年度以降漸減しています(2010年度対比で、2015年度121.3、2018年116.6。財政審「建議」資料Ⅱ-1-49)。

それに対して、財政審「建議」は、例年通り、「(3)医療」の「③診療報酬・薬価」の項の「オ)薬価改定」で、7項目・7頁に渡って、従来の主張を繰り返しています(46-52頁)。最後のg)には「薬剤費総額に係るマクロ経済スライド制度の検討」も含まれます。「かかりつけ医の制度化」提案と同じく、ここにも、財政再建を至上命令とし、実現可能性のない提案を繰り返す財務省の硬直的姿勢が表れていると言えます。

### 地域共生社会づくりの小さな新しさー「住まい」が含まれた

最後に、「地域共生社会(づくり)」については、第2章2(2)「包摂社会の実現」の(共生社会づくり)の項(14-15頁)と第4章2の(全世代型社会保障の構築)の項(31頁)で述べられています。それに対して、「地域包括ケア(システム)」への言及はありませんが、これは「骨太方針 2021」でも同じでした。

地域共生社会(づくり)の記述は、大枠では「骨太方針 2021」と同じですが、私は「骨太方針 2022」が、「独居の困窮者・高齢者等に対する相談支援や**医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む**」と、「地域共生社会づくり」に「住まい」を新たに含んだことに注目しました(31頁)。これは「中間整理」が「『地域共生社会』づくり」の項で、「住まいをいかに確保するかは高齢期を含む生活の維持にとっても大きな課題となるため、制度的な対応も含め検討していくことが求められる」(4頁)と提言したことを反映したものと思います。住まいの確保・住宅政策は日本の(広義の)社会保障の歴史

的弱点であり、今後、「住まい」が地域共生社会づくりにおいて、医療・介護と一体的に検討されることを期待します。

なお、「中間整理」の「『地域共生社会』づくり」の項は、「ソーシャルワーカーによる相談支援や、多機関連携による総合的な支援体制を整備していくことが重要である」とも強調していたのですが、「骨太方針 2022」の「地域共生社会（づくり）の記述には、残念ながら、「ソーシャルワーカー」は含まれませんでした。

他面、第4章5「経済社会の活力を支える教育・研究活動の推進」には、「SC・SSW [スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー] の配置の促進等を通じた重大ないじめ・自殺や不登校への対応」という表現が新たに盛り込まれました（35頁）。

### おわりにー参院選挙後の見通し

以上、「骨太方針 2022」の医療・社会保障改革方針を複眼的に検討し、その新味はごく少ないことを指摘しました。この理由の1つは、岸田首相が7月の参議院議員選挙勝利という「守りの姿勢」に徹し、国民や関係団体の反発を招く危険のある改革をほとんど棚上げしたためかもしれません。

岸田首相は、思惑通り参議院議員選挙で大勝し、国政選挙がない「黄金の3年間」を手に入れたため、今後、医療・社会保障の「大改革」が進むとの期待・危惧を持つ方が少なくありません。それに対して、権丈善一慶應義塾大学教授は、過去の歴史を踏まえて、「今後3年、政治が安定すれば、逆に何も動かないかもしれない」と指摘しています(3)。私も、岸田内閣が医療・社会保障改革に不可欠な財源確保に取り組む姿勢を見せていないことを踏まえると、権丈氏の予測の方が妥当と判断しています。私は医療制度改革については、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が事実上唯一の争点になると思いますが、本文に書いたように、財政審「建議」が提案した登録制のかかりつけ医が法制化されることはないと思います。

### 【注1】「新しい資本主義」のキーワードは官民連携（投資）？

岸田内閣の「新しい資本主義」の特徴について、多くの論評は「成長と分配をともに高める」に注目していますが、私はそれよりも、「官民連携（投資）」の方が重要と思います。

「骨太方針 2022」は「官民連携」を15回も使い、しかもそのうち7回「投資」と結びつけています。「骨太方針 2021」も「官民連携」を5回使っていましたが、投資とは結びつけていませんでした。一番特徴的な表現は「新しい資本主義の中核となる『新たな官民連携』の取組」（11頁）です。

この点に関して、姜尚中氏が、次のように述べているのは的を射ていると思います(4)。「岸田文雄首相の経済政策『新しい資本主義』は『成長か分配か』ではなく、『エコノミー』から『ポリティカルエコノミー』へのシフトにあるとみるべきです」、「新しい資本主義と[第二次大戦前に革新官僚等が提唱した]新しい経済体制は、国家を中心とする社会・経済体制の再編成という点で重なっています。そうした国家を中心とするポリティカルエコノミーによる体制の移行を、経済人類学者のK・ポランニーは『大転換』と呼びました」、「すべては市場に聞け、政治は介入するな」というエコノミーの時代は終わり、ポリティカルエコ

ノミーの時代へと移り変わろうとしています。問題の争点は成長か分配かではなく、ポリティカルエコノミーの『ポリティカル』の内実です。それは「戦前のような」国家主義的な統制になるのか、自由民主主義的な統制になるのかによって大きく異なってくるはずですが、岸田政権は残念ながら、前者に近づきつつあるようです」。

なお、通常の経済学説史では、ポリティカルエコノミーは18-19世紀の古典派経済学を指して用いられており、姜尚中氏・ポランニーの用法とは異なります。

#### 【注2】幸野庄司健保連参加のかかりつけ医の機能強化についての柔軟・現実的な発言

健保連の論客である幸野庄司氏（健保連参加）は、最近の雑誌インタビューで、「かかりつけ医機能が強化されなければ、患者の大病院志向は是正されない」とした上で、以下のように「かかりつけ医の強化」を主張しています(5)。掲載誌は医療関係者にはなじみがないと思うので、少し詳しく紹介します。

○「まずは国民それぞれがバラバラなイメージで使っている『かかりつけ医機能』を、国が法制上明確に位置づける必要があります。医師会と4病院の定義もありますが、国民目線の定義が必要で、かかりつけ医の要件としては『患者をよく知っている』『患者の多様なニーズに対応できる』『国民・患者に選ばれる』ことが基本になります」。

○「診療報酬の整理も必要です」。

○「最終的には、一定の制度化が検討課題になると思います。制度化といっても様々な方法があり、『機能の明確化』『国による認定』『医師と患者の同意による登録制』『かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担』などが議論されるものと考えられます」

○「GP [総合医] 制度をアクセス制限とリンクさせることへの懸念は理解していますが、フリーアクセスは今後も堅持すべきです。ただし、フリーアクセスとは『いつでも、どこでも、誰でも』ではなく、『必要な時に必要な医療を受けられる』という考え方を国民に浸透させる必要があるでしょう」。

#### 文献

(1) 香取照幸「(インタビュー)『一丁目一番地』は子ども政策」『毎日新聞』2022年5月5日朝刊。

(2) 二木立「菅内閣の『骨太方針2021』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2021年8月号(521号):18-24頁(『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,68-79頁)。

(3) 権丈善一・香取照幸「(対談)全世代型社会保障構築会議メンバーが語る 参院選後、社会保障改革はどうか?」『週刊東洋経済』2022年7月9日号:50-51頁。

(4) 姜尚中「国家主義的な統制に傾く岸田政権の『新しい資本主義』」『AERA』2022年6月20日号:5頁。

(5) 幸野庄司「(インタビュー)「入院医療と同様に外来医療の『見える化』を行うことは重要」『The Journal of JAHMC(日本医業経営コンサルタント協会機関誌)』2022年6月号:9-11頁。

[本稿は『日本医事新報』2022年7月2日号に掲載した「『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針をどう読むか?」に大幅に加筆したものです。](このクレジットを、『文化

連情報』8月号に入れ忘れしました。お詫びします)。

## 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197回)(2022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± $\alpha$ の順。論文名の邦訳の[ ]は私の補足。

### <コロナ関連(4論文・特集)>

#### ○特集:COVID-19パンデミックから得られた[ヨーロッパ諸国等の医療制度の]教訓

Lessons learned from the COVID-19 pandemic. Health Policy 126(5),2022.

冒頭の van Gimmeken の Editorial を含めて、15論文を掲載した大特集で、ヨーロッパ諸国及びカナダ、アメリカの医療制度が COVID-19 パンデミック(主に第一波)にいかに対応したかを多面的に報告しています。Editorial を読むと、各国の対応を鳥瞰できます。本特集は、**コロナの医療政策の研究者必読**と思います。ただし、残念ながら、日本からの報告や日本の分析は含まれていません。Editorial 以外の14論文のタイトルは以下の通りです。

\*ヨーロッパ諸国は COVID-19 の広がりやを予防するために何をしましたか? COVID-19 医療制度対応モニターから得られた教訓

\*ヨーロッパ諸国の COVID-19 第一波中の十分な物的インフラと労働力を確保するための対応

\*ヨーロッパでの COVID-19 第一波中の病院の受け入れ能力と利用の国レベルの比較分析

\*COVID-19 第一波中の医療サービスの効果的提供: サービス計画、患者マネジメント、及びエッセンシャルサービスの確保の国際比較

**\*COVID-19 中のプライマリケアの状況の変化: ヨーロッパからの報告(下記抄訳参照)**

\*COVID-19 中の経済的インセンティブのバランス: 20 か国での医療提供者への支払い調整の国際比較

\*COVID-19 中のガバナンスの集権化と分権化: 信頼と非難の政治学  
(以下、各国・各地域の対応報告)

\*北欧諸国の COVID-19 への対応: パンデミック初期におけるガバナンスと政策手段

\*カナダ、アイルランド、イギリス、及びアメリカでの COVID-19 パンデミックへの 2020 年の医療政策対応の比較

\*COVID-19 第一波へのバルチック諸国の対応から得られた教訓

\*幸運の逆転: パンデミック初期における Visegrad グループ [中央ヨーロッパ4か国(チェコ、スロバキア、ハンガリー、ポーランド)の地域協力機構]での COVID-19 への医療制度の対応の比較

\*ブルガリア、クロアチアとルーマニアでの 2020 年の COVID-19 への医療制度の対応の比較

\*地中海諸国での COVID-19 パンデミックに対する初期の医療制度の対応: 成功と挑戦の物語

\*COVID-19 パンデミックと戦う: ヨーロッパのいくつかの社会保険方式の国での 2020 年の初期対応

## COVID-19 中のプライマリケアの状況の変化：ヨーロッパからの報告

Kumpunen S, et al: Transformation in the landscape of primary health care during COVID-19:

Themes from the European region. Health Policy 126(5):391-397,2022 [国際比較研究]

COVID-19 パンデミックはヨーロッパ中のプライマリヘルスケア (PHC) に劇的な影響を与えた。2020年3月から、「COVID-19 医療制度対応モニター (HSRM)」は、各国の専門家に送った構造化された調査票を用いて、国レベルの対応を記録した。これからすべての PHC 関連データを繰り返し抽出し、パンデミックに対応して PHC 提供者が展開した PHC 提供のモデルを検討する分析枠組みを作成した。その際、各モデルを支援する中央・地方政府に雇用された戦略的イネーブラー(enablers)についても調査した。

その結果、ヨーロッパ諸国の PHC の構造と能力が大きく異なるにもかかわらず、以下の主な3つの PHC 提供モデルを見出した。(1) 公衆衛生と連携した多職種連携プライマリケアチームが救急対応と基本サービスを提供する。(2) PHC 提供者が社会的に弱い人々(vulnerable people)を定義して見出し、医療・社会的アウトリーチを行う。(3) PHC 提供者がデジタル機器を用いて遠隔トリアージや、診察、モニタリング及び処方を行い、不必要な接触を避ける。彼らは政府のイネーブラーの様々な支援を受けた。

**二木コメント**—上記特集の1つです。テーマにひかれて読んだのですが、抽象度が高すぎ、しかも「総論専科」で期待外れでした。

## OSARS-CoV-2 ワクチン接種のためプライマリケア医にいかにか支払うか：EU・OECD 加盟 43 かの分析

Milstein R, et al: How to pay primary care physicians for SARS-CoV-2 vaccinations: An analysis of 43 EU and OECD countries. Health Policy 126(6):485-492,2022 [国際比較研究]

ワクチン接種は SARS-CoV-2 と戦うために不可欠であり、おそらくほとんどの国で、高い接種率はプライマリケア医の協力によってのみ達成できる。ワクチン接種支払い方式が 43 か国でどのように異なるかを、4つの視点から調査した：(i) 支払い方法、(ii) 支払い額、(iii) 包括払いの程度、(iv) 成果に基づく支払いの利用。支払い方式と医療制度の特徴(例：プライマリケア医の所得、就労形態)についての情報を、すべての EU・OECD 加盟国について収集した。各国のプライマリケア医の所得に対するワクチン接種支払い額と接種回数依存方式(activity-dependent schemes)との関係について線形回帰分析を行い、この回帰の残渣をワクチン接種支払い指数と解釈した。

大多数の国(30/43)はプライマリケア医にワクチン接種実績に応じて支払う方式を採用していた。そのうち17か国は接種1回当たりの支払い額が、各国の所得調整済みの平均支払い額より少なかった。12か国は成果に応じた支払いの要素を含んだ支払いをしていた。

**二木コメント**—この要旨は抽象的ですが、本文には日本を含む43か国の支払い方式等についての様々な一覧表・図が掲載されており、便利です。

## ○ [アメリカにおける] メディケア加入者の COVID-19 [パンデミック] の前後(2017-2020年)における州をまたぐテレヘルス利用の特例的承認

Andino JJ, et al: Interstate telehealth use by Medicare beneficiaries before and after COVID-19

licensure waivers, 2017-20. Health Affairs 41 (6):838-845,2022 [量的研究]

アメリカでは通常は、医師が免許を受けた州以外に住むメディケア患者のテレヘルス診療（オンライン診療）を行うことは原則禁止されている。しかし、COVID-19 パンデミックの間、アメリカの全 50 州とワシントン特別区は、患者が所在地以外の州でテレヘルス受診する特例的措置（州をまたぐテレヘルス）を認めた。これらの期間を限った柔軟な対応の多くは終了したか終了する予定であるため、メディケア加入者の 2017-2020 年（パンデミック直前及びパンダミック初年）の州をまたぐテレヘルス利用の趨勢を分析した。

州をまたぐテレヘルスは 2020 年に増加したが、それは外来受診総数のごくわずか（0.8%）であり、テレヘルス全体の 5%にすぎなかった（パンデミック前の 2017-2019 年には前者の割合は 0.1%だった）。州別にみると、テレヘルスの外来受診総数に対する割合は 0.2%から 9.3%まで幅があった。州をまたぐテレヘルスの利用のほとんどは診断が確定した患者（established patient）の医療であることが分かった。また、州をまたぐテレヘルスの利用者が農村部に住んでいる割合は、それを利用しなかった患者に比べて高かった（28%対 23%）。以上の結果は、柔軟なパンデミック特例の終了の影響の程度は州によって異なること、及び特例終了は診断が確定した患者と農村部の患者の医療提供に大きな影響を与えることを示唆している。

**二木コメント**—私は、恥ずかしながら、アメリカでは医師によるメディケア患者のテレヘルス（オンライン診療）は、原則として同じ州に居住する患者にしか認められていないことは知りませんでした。

#### <その他（4 論文）>

#### ○年齢、疾病、及び何か他のもの？残余法により [デンマークの国民保健制度の] マイクロデータを用いて技術変化が医療に与える影響を測定する

Laudicella M, et al: Age, morbidity, or something else? A residual approach using microdata to measure the impact of technological progress on health care expenditure. Health Economics 31 (6):1184-1201,2022 [量的研究]

本研究は医療費増加額のうち、診療における技術の進歩と変化に帰せられるものを、ミロデータを用いた残余法で測定する。10 年間（2005-2014 年）の経過において、最初の健康ショック（がん、急性心筋梗塞、脳卒中等）からの個人レベルの 1 人当たり医療費の横断面分析を、健康と社会経済的特性の差を調整しつつ繰り返すことにより、直接観察できない技術と診療の影響を捉える。残余的增加を死亡までの期間の延長効果によって分解する。具体的には、健康ショック後より長く生存したために医療需要が増えた部分と、イノベーションによる高額な資源利用の増加による医療費増加を区別する。

全国民をカバーし、医療アクセス時に自己負担がないデンマーク国民保健制度の病院医療費（入院・外来・薬剤費の合計）データを用いた。各年の医療費は 2017 年価格で表示した。その結果、診療における技術の進歩と変化により個人の医療費増加の 60%を説明でき、これはマクロ経済学的に行われてきた伝統的残余法の結果と一致する。

**二木コメント**—従来マクロ経済学的に行われてきた残余法による医療費増加要因分析の結果を、ミクロ経済学的分析でも確認した研究です。上記要旨は定性的ですが、本文では緻密な定量的（計量経済学的）分析が行われており、医療費の増加要因の研究者必読と思いま

す。なお、日本では医療費増加要因の分析は名目医療費を用いて行われますが、国際的には、物価上昇分を除いた実質医療費を用いて行うのが常識です。

## ○ [アメリカでの] 価値の低い医療を減らすための「賢い選択 [運動]」の 10 年間

Rourke EJ: Ten years of choosing wisely to reduce low-value care. NEJM 384 (14):1293-1295,2022  
[評論]

まず私は、自己のプライマリケア診療所で価値の低い医療を、毎日ではないが、しばしば行っていることを認める。賢い選択は 10 年前 (2012 年) にアメリカ内科専門医会 (ABIM) が始め、それに他の専門医会も賛同し、現在では、80 以上の専門医会が「医師と患者が疑問を持つべき」600 以上の医療行為を提示している。しかしこの 10 年で、避けるべき医療行為のリストを作成してそれを広報するだけでは、それらを減らせないことが明らかになっている。患者の健康を改善しない医療サービスは現在でも全体の 10-20%を占めていると推計されている。2010 年にオバマケアが創設されたとき、価値の低い医療をなくせば、医療の質を落とさずに医療費を節減できると信じられたが、それは実現していない。

アメリカ専門医会は他の専門医会の判断に干渉せず、各専門医会は賢い選択のリストに医師所得を増やす治療法をあげることはほとんどなく、賢い選択で医師の診療行動を変えさせる力もない。成長志向の資本主義経済では、より多く提供し、より新しいことを提供することが善とされているからである。患者もより多くの医療を望んでいる。価値の低い医療を完全に根絶することはできないが、今より良くすることはできる。

**二木コメント**—日本では美化して紹介される「賢い選択 (運動)」の実態がよく分かりません。少なくとも、それに医療費抑制効果がないことは間違いないようです。

なお、本論文でも引用されている、賢い選択の効果を検証した 131 論文の文献レビューによると、質の低い医療は賢い選択のリストを配布するだけでは減らせないが、医師を対象にした多面的介入を行えば、減らすことができるとの報告もかなりあるそうです。ただし、対象群を用いた論文はわずか 17%にすぎません。この文献レビューでは医療費抑制効果は検討されていません ( [アメリカでの] 賢く選択する介入が価値の低い医療サービスに与えた影響：体系的文献レビュー Cliff BQ, et al: The impact of choosing wisely interventions on low-value medical services: A systematic review. Milbank Quarterly 99 (4):1024-1058,2021)。

## ○ [アメリカの] 医療貯蓄口座はもはや消費者のコスト意識を喚起しない

Glied SA, et al: Health savings accounts no longer promote consumer cost-consciousness. Health Affairs 41 (6):814-820,2022 [量的研究]

20 年前にアメリカ連邦議会は、アメリカ人が高額免責制の医療保険 (HDHPs) と結びついた税制優遇 (tax-favored) の医療貯蓄口座 (HSAs) を開設することを可能にした。医療貯蓄口座の税額控除 (tax break) は逆進的であり、高額所得のアメリカ人の方がより多くの医療貯蓄口座を開設している。しかし医療貯蓄口座の支持者は、医療貯蓄口座を開設した消費者は医療利用時にコスト意識を高めるので、この逆進性は浪費的な医療費を減らすことで相殺されると主張している。

公開情報と「全国医療保険インタビュー調査」データの独自の分析により、医療貯蓄口座はこのようなコスト意識の向上をもたらしているとは言えないことを示す。というのは、医

療貯蓄口座のない医療保険でも医療費自己負担が大きく増加したからである。実際のところ、医療貯蓄口座付きの高額免責医療保険加入者のうち医療アクセスへの経済的障壁があると答えた人々は、それ以外の民間保険加入者に比べて少なくなっている。要約すると、医療貯蓄口座による効率向上という当初約束された成果は生まれておらず、この逆進的税額控除を維持することを正当化するのは困難である。

**二木コメント**—この論文を読んで、日本でも、20年前の小泉純一郎内閣時代に吹き荒れた市場原理に基づく医療改革論の一つとして、シンガポール発祥で、アメリカでも始められたばかりの医療貯蓄口座の導入が提案されたことを懐かしく思い出しました。

## ○ [アメリカの] 低所得者用住宅税額控除の適用を受けている住宅に住んでいる子どもの医療アクセスと健康を検証する

Grensheimer SG, et al: Examining health care access and health of children living in homes

subsidized by the low-income housing tax credit. Health Affairs 41 (6) :883-892,2022[量的研究]

安定した良質の住居は子どもの身体的、社会心理的健康を改善することが知られているが、手ごろな賃貸住居（集合住宅）を建設するかイノベートするための連邦政府の主要な手段である「低所得住宅税額控除」（LIHTC。1986年創設）でファイナンスされた住居に住んでいる子どもの健康についてはほとんど知られていない。「全国健康インタビュー調査」の2004-16年データとLIHTC資産(properties)の1987-2016年データをリンクさせて、LIHTC住居に住んでいる低所得の子ども（LIHTC群。約36.9万人）とそこに住んでいない低所得の子ども（非LIHTC群。約3118.6万人）の医療アクセスと健康状態を全国レベルで推計した。

その結果、医療アクセスと健康に関する知見はまちまちだった(mixed)。LIHTC群では過去2年間の小児科個別健診(well-child visit)、過去半年間の歯科受診の確率が有意に高かった。予想外なことに、LIHTC群では疾病又は傷害による15日以上の不登校(school absenteeism)と喘息罹患の確率が有意に高かった。これら以外の指標（医療保険加入、救急外来受診、費用を理由にした医療受診の手控え等）では有意差はなかった。これらの探索的知見は、アメリカにおける手ごろな住宅の不足に対処しつつ、低所得の子どもの医療アクセスと健康状態を改善するためのLIHTC政策の特性を政策決定者が考慮すべきことを示唆している。

**二木コメント**—連邦政府の低所得者用住宅税額控除政策が低所得の子どもの医療アクセスと健康に与える影響を全国レベルで推計した初めての調査だそうです。ただし、期待されたようなキレイな結果は得られていません。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 211)ー最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○アーヴィン・マーカソン（連合軍総司令部(GHQ)公衆衛生福祉局福祉執行部及公共扶助課長）「**民主的社会的真価はその社会中の最も弱い要素である人々がいかなる範囲の権利と特権を享有しうるかによってさだめられる**（A true test of a democratic society is the scope of rights and privileges possessed by its weakest elements）」（『現代社会事業の基礎』厚生省・日本社会事業専門学校共同主催現任教育講習会資料、昭和 24 年 10 月、第 2 章「公的扶助（生活保護）実施に必要な民主主義の諸原則」。『戦後社会福祉基本文献集 3』日本図書センター、29 頁。蟻塚昌克「一草一味 社会福祉理念の誕生」「週刊福祉新聞」2022 年 5 月 17 日が紹介）。**二木コメントー**私は今まで、同種の言葉のオリジナルは、**オーセ・オールセン**（デンマークの福祉大臣）の「**私の考えでは、豊かさというのは、その社会の一番弱い人々を、どういうふうに扱うかということに最も良く現れる**」（岡本祐三『デンマークに学ぶ豊かな老後』朝日新聞社、1980、192 頁。本「ニューズレター」198 号（2021 年 2 月）で、中国の作家・方方の言葉と一緒に紹介）だと思っていました。しかし、同じ指摘が 1949 年＝73 年前にされていたのを知り、驚くとともに、自分の不明を恥じました。

○井上達彦（早稲田大学商学学術院教授）「人類というのは、このような**ブラックスワン** [ありえないこと。ニコラス・ taleブが命名ー二木。以下同じ] と向き合っていく運命にある。（中略）そのために**最も適切な方法の 1 つが『ブラケットィング』 [bracketting] だ。日本語に直訳すると『カッコでくる』**。文化人類学で科学者たちが小さな予兆を見逃さないようにするための基本姿勢の 1 つである。（中略）**先入観やバイアスをカッコ内に入れて脇に置く**ようなイメージだ。（中略）推奨されるマインドセットは、①**ありのままを受け止める**、②**ささいなものだとすぐに判断しない**、③**すべてに疑問を持つ**、④**関心を高く保つ**、⑤**パターンを見つける**、という 5 つだ。／先入観やバイアスに支配されると、新しい発見をもたらす予兆を見逃しかねない。**理解できないような物事と遭遇したときも、拙速に判断せず、ひとまずカッコでくくって判断を保留する必要がある**」（「経済を見る眼 『先入観を取り除く』危機管理手法」『週刊東洋経済』2022 年 5 月 28 日号：9 頁）。**二木コメントー**「ブラケットィング」という用語は初めて知りましたが、その基本姿勢は、私の「**客観的」将来予測**」（私の価値判断は棚上げして、現在の諸条件が継続すると仮定した場合、今後生じる可能性・確率をもっとも高いと私が判断していること）と似ていると感じました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006、105 頁）。最後の一文を読んで、これは、私が東京医科歯科大学教養部時代（1966～67 年）に選択した倫理学ゼミ（竹下敬次先生）で学んだ「**エポケー（判断停止）**」（**ガブリエル・マルセル**（フランスの実存主義哲学者）に通じると感じました。

○朴光駿（佛教大学社会福祉学部教授。専門・関心領域は、社会福祉思想と歴史、東アジア高齢者社会政策比較研究等）「私は近年、戦時期の労務動員者の口述記録を再構成しながらペーパーを準備しているのですが、**よいペーパーの核心的鍵は『彼らが語っていないもの**

何か・彼らの口述と相矛盾する内容との折り合いの付け方』を見つけることに成功するか否かにかかっていると実感しております。／口述史にはそれ本来の限界があると言われますが、語っているものを基本としながらも、語っていないものを発見して、さらに口述と矛盾する出来事までも発見して、それらを総合化していく作業が何よりも重要な課題であると思っています」（2022年3月2日私信メール。本「ニューズレター」への紹介の許可済み）。

**二木コメント**—私は、口述記録に対するこのような厳密・厳格なスタンスは、オーラルヒストリーだけでなく、インタビュー調査に基づく各種「質的研究」でも不可欠と思います。しかし残念ながら、それらの多くは当事者の「語り」をそのまま受け入れ、彼らの「口述と矛盾する内容」に無批判と感じています。

**○野村拓**（医療政策学校主催。1927年生まれ、現役最高齢の医療政策研究者）「私の経験では『自著』を持っている人と、持たない人とで、記憶力に雲泥の差が出るのが[「人生100年時代」の]『後半戦』のように思える。『自著』を読み返すことによって、一挙に記憶がよみがえるからである。読み返すべき『自著』を持つ人と、情報機器に外部委託で頭が空っぽの人との差がはっきり出てくるのが『後半戦』である」（『大阪保険医雑誌』2022年6月号：48頁「編集後記」）。

**二木コメント**—私も、新しい論文を書く時はいつも、関連する複数の自著の記載を再確認しているので、このことを実感しています。

**○野村拓**「…いま、95歳の段階で『もの書き百歳』への要件を考えてみると／1. 『朝型』であること／2. 『田舎住まい』であること／3. 情報機器の利用はミニマムに抑えることなどが挙げられる。／情報機器は『視力』『集中力』の敵であり、しばしば『記憶力』を低下させる。その『利便性』とを天秤にかけ、その利用はミニマムに抑えるべきである」（『もの書き百歳のすすめ・1 もの書き、手紙、そして歴史認識』『いのちとくらし研究所報』79号：67頁、2022年7月）。

**二木コメント**—私も筋金入り a/o 絶滅危惧種の「活字人間」で、Line、Twitter、Facebook、YouTube等のSNSは全く使っていないので、大いに共感しました。なお、総務省情報通信政策研究所の調査によると、各媒体の利用率は以下の通りです（10代～60代、70代以上は調査せず）。Line：全年代90.3%（60代76.2%）、Twitter：42.3%（13.5%）、Facebook：31.9%（19.9%）、YouTube85.2%（58.9%）（西村淳「情報の入手方法の変化とSNS」『厚生指標』2022年7月号：48頁）。

**○トーマス・オーリック**（ブルームバーグのチーフエコノミスト）「外から見ると、習近平国家主席が発する号令は、全国津々浦々まで行き渡ると思うかもしれない。だが、現実には、『上に政策あれば、下に対策あり』だ。中国政治は厳格な序列に基づき動いているわけではなく、中央と地方の間で主導権争いが存在する」（藤原朝子訳『中国経済の謎 なぜバブルははじけないのか？』ダイヤモンド、2022、32頁）。

**二木コメント**—佐藤郁哉『大学改革の迷走』（筑摩書房、2019、223頁）によると、「上に政策あれば、下に対策あり」は中国語では「上有政策、下有対策」と表記されるそうです（本「ニューズレター」188号（2020年3月）で紹介）。日本ではこの言葉は、一部の専門家しか使っていませんが、中国では有名な言葉で、広く使われているようです（Googleで「上有政策下有対策」は3610万件ヒット。2022年5月22日）。

**○トーマス・オーリック**「成功には多くの『生みの親』が名乗り出るものだが、失敗は『み

なしご』だ。多くの人がこの「2008年の」金融危機は自分以外の誰かが原因だと唱えたが、自分のせいだと申し出た人はいなかった」（藤原朝子訳『中国経済の謎 なぜバブルははじけないのか?』ダイヤモンド,2022,123頁）。**二木コメント**ー日本でも、2000年の介護保険制度開始前後から現在に至るまで、自称・他称の「介護保険の生みの親」が多数いることに通じると思います。

○篠田謙一（国立科学博物館館長、専門は分子人類学）「400万～300年前のものとしては、他のアウストラロピテクス属の種とされる化石もいくつか見つかっています。しかし、**研究者の意見ははまだ一致していません。化石の発見者は自ら発見した化石を新種と考える傾向が強い**上、化石の絶対数が少なく、化石同士に見られる違いが同一種内の個体差の範囲に入るか否かが明確に判断できないためです」（『人類の起源 古代DNAが語るホモ・サピエンスの「大いなる旅」』中公新書,2022,15-16頁）。**二木コメント**ー自然科学に限らず、社会科学でも、特に若い研究者は、自分が発見・解明したと信じる事実や学説を「新種と考える傾向が強い」と思います。この言葉は、次の名言に通じると思います。

○木村草太（東京都立法学部教授、専攻は憲法学）「先日、日本史の先生と話したとき、若い人は従来の学説とは違うことを言わないと目立たないので、若い優秀な人たちが信長平凡説みたいなのところにまずは行く、という話題になりました。平凡説は面白そうですが、歴史の大勢からすると…」（大澤真幸・木村草太『むずかしい天皇制』晶文社,2021,170頁。本「ニューズレター」204号（2021年7月）で紹介）。

○近藤康太郎（朝日新聞天草支局長。死ぬまでライターを続けるために、9年前から米作りを始めている）「平和は尊い。独裁は悪だ。／あたりまえである。というか、誰も反対しようのない命題ではないか。／しかし、何かを言うこと、書くことを強制されたくはない。たとえどんなに正しいことであっても、だ。それがアーティストの、表現者の、底の底にある気骨ではないか。言うべきことは、言いたいときに、言いたい表現形式で、言う。／そのための米百姓でもあったのだった」（「朝日新聞」2022年3月26日朝刊、「多事奏論 表現者の覚悟 書きたくないものは、書かない」）。

#### <その他>

○ヤマザキマリ（漫画家）「もしかするとあなたは『人生というのは人間に幸福と安泰を保証してくれるべきもの』などと思いませんか。辛さや悲しさは人生で避けて通るべきことと思って生きていて、いざシビアな状況に置かれると、こんなはずじゃない、生きていても何の意味も喜びもない、人生失敗だ、といった絶望感や思い込みに突き当たってしまう。そもそも生きることになぜ意味が必要なのか、あなたは冷静に考えてみたことはありますか。／（中略）生きるというのは本来大変なことなんです。だから余計なことは考えず、真意の命と向き合い、日々を生きていこうではありませんか」（「毎日新聞」2022年6月25日朝刊、「人生相談」。「この先どうなるのか不安」との質問にこう答えた）。**二木コメント**ー私も同じ人生観なので、大いに共感しました。

## 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15回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」53号（2022年7月17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

○野口悠紀雄『「超」発想法』講談社,2000。

…第4章「間違った発想法」の3「KJ法は役に立つか？」（114-123頁）は、KJ法の問題点を、立花隆氏の批判―「昔から多くの人が頭の中では実践してきたこと。（中略）これが利点となるのは頭が鈍い人が集団で考えるときだけ」―を紹介しつつ、包括的に批判。立花・野口氏の批判は、GTA等、カテゴリー抽出型の「質的研究法」にも当てはまると思う。

○斎藤清二『改訂版 医療におけるナラティブとエビデンス 対立から調和へ』遠見書房,2016（初版2012）。

…著者はこの分野の第一人者の医師。第1部で「エビデンス（能力）」についての誤解とステップを、第2部で「ナラティブ（能力）の3つの技法と教育法を紹介した上で、第3部で両者の統合（対立から調和へ）の方法を、臨床心理学と脳卒中患者への理学療法を例にして説明。『理学療法』連載に加筆したもので、非常に読みやすい。医療以外の対人援助サービス・臨床に関わる職種にも有用と思う

○加藤司『なぜあなたは国際誌に論文を掲載できないのか 誰も教えてくれなかった本当に必要なこと』ナカニシヤ出版,2022年4月。

…著者は超ストイックな心理学研究者。自己の体験に基づいて、準一流（not 超一流）の英文国際誌に論文を掲載するための心構えと技法を、詳細かつ赤裸々に語る。コラムも充実（合計52。最後は「老いと戦い」（222頁）。「自称研究者」に対する批判は強烈。「国際誌に論文が掲載されない原因は決して英語の語学力の欠如ではありません」・「最低限の語学力で十分」（90頁）は正論。**「査読編」は、日本語の投稿論文の査読で苦勞している者にも多いに参考になる**：「コメントに反論する」は絶対にしてはいけない（169頁）等。

○山口謠司『てんまる 日本語に革命をもたらした句読点』PHP新書,2022年4月。  
…かつて日本語にはなかった句読点が生まれた歴史を丹念に掘り起こすとともに、現代文学とマンガでの使い方も調査。句読点は制度的には明治時代の教育制度改革と同時に生まれたが、点は奈良時代から、・は室町時代から一部では使われ、江戸時代にはその基礎的研究も進んだ。句読点の使い方については現在でも論争（二派または四派）が続いている（154-160頁）。**言葉に対する感覚を鋭くし、日本語の教養を身に付けるためには有用。**

○小熊英二『基礎からわかる論文の書き方』講談社現代新書,2022年5月。

…慶應義塾大学SFCでの双方向授業「アカデミック・ライティング」をもとにして、学問分野を超えた共通の「論文の書き方」・「論文の型」について、基礎から（not 初歩から）系統的に、しかも科学史の知見や論文形式の歴史などにも言及しながら解説（全11章、475頁！）。「科学」的な論文の条件として過程と結果の公開や相互批判

・追検証を強調しつつ、「今主流になっている『論文の書き方』を相対化する視点も含んで」おり、「特定の学問体系や特定の『論文の書き方』を絶対視せず、歴史や比較による相対化の視点を持つことも重要」と強調。ほぼ全章の冒頭で各章の「ポイント」を、最後に「まとめ」を書いているので、その部分の煙管読みと、本文中の興味を持った小見出し以下の記述を拾い読みするだけでも、たくさんのことを学べる。「おわりに」で、著者「自身の『論文の書き方』に対する考え方の変遷」（著者は東大農学部農業生物学科卒！）を率直に述べ、最後を「『論文を書くこと』は『不完全さに気づくこと』」とまとめる。内容的には、「論文の書き方」というより、著者も自認しているように、「論文の歴史社会学」で、中・上級書。

○杉山京・竹本与志人編著『ソーシャルワーク実践のための量的研究法』大学教育出版,2022年7月。

…「ソーシャルワーカーは専門職として発展途上にある。それは、伝承し得る技術に乏しいからである。この原因は、ソーシャルワーカーが医療関係職種のような科学的検証を十分に行ってこなかったこと、経験則による実践を重視してこなかったことなどにある」。このような強烈な（しかしやや一面的な）危機意識に基づいて、「ソーシャルワーカーの伝承しうる技術の開発を最終目標とし」、ソーシャルワーク実践の特徴や傾向及びクライアント・システムを可視化する方法として量的研究を推奨し、その進め方と諸手法（探索的・検証的因子分析、相関・回帰分析、パス解析、クラスター分析・潜在クラス分析、マルチレベル分析等）のサワリを、事例を交えて解説。145頁の薄い本だが、内容は濃い。ただし、本書で紹介されている諸手法を本書の独習のみで身に付けることは不可能で、本格的な量的研究論文をまとめるには**大学院や各種の講習会で量的研究の体系的講義を受け、かつ自分が用いたい手法に習熟した教員・研究者の指導を受ける必要がある。**

## B. 医療・福祉関連

○評価指標開発委員会・平野隆之編『重層的支援体制整備事業における評価活動のすすめ 所管課エンパワーメント・ハンドブック』全国コミュニティーライフサポートセンター（CLC）,2022年3月。

…2020年社会福祉法改正で創設された重層的支援体制整備事業（所管：社会・援護局）を所管する自治体職員を対象として作成された研修教材およびハンドブック。キーワードは「評価事業」と、評価主体である所管課の「エンパワメント」＝「評価活動に取り組むと、所管課がエンパワメントされるという論理」。評価活動を進める方法として、「『重層的』を『体制整備』から捉え直す『A+B+Cモデル』」を提示。「カテキズム」（catechism.教理問答書）的だが、この事業の担当者は必読・必携と思う。

○シェイマス・オウマハニー著、小林政子訳『医療は救われるか 医師の墮落』国書刊行会,2022年2月（原著2019）。

…アイルランド出身で、イギリスNHSに長年勤務した医師の自伝的医療論。医学の黄金期は1980年代に終幕したとの視点から、現代の医学研究体制の欠陥、医療産業複合体、消費者中心主義、終わりのない癌との戦い、数値化とデジタル化、再現性の

問題、偽病とビッグサイエンスの利潤追求等を厳しく批判しているが、反科学主義ではない。医療改革は必要だが「社会の総意では起こりそうもない」として、「強制力になる」「最もありそうなこと」として、「経済が崩壊し、地球温暖化とグローバル化による資源の枯渇を背景に、治療不可能な新型感染症が世界的に流行すること」をあげている（221頁）。

○高尾洋之『患者+医師だからこそ見えたデジタル医療 現在の實力と未来』日経 BP社,2022年4月。

…ギランバレー症候群により四肢麻痺となったが、デジタル機器によるアクセシビリティ技術を使って仕事をしている医師が、デジタル医療の現状と未来について体験的に語る。

○ジャン=ダヴィド・ゼトゥン著、吉田春美訳『延びすぎた寿命 健康の歴史と未来』河出書房新社,2022年4月（原著2021）。

…前半（I部・II部）は先史時代～2020年までの医学史。III部「21世紀の健康をめぐる3つの問題」で医療費増加・健康経済学、健康格差（「社会疫学の限界」（204-208頁）も含む）と慢性疾患について述べ、IV部で21世紀に人間の健康が後退する3つの可能性（米英で生じている健康悪化、健康に対する気候のインパクト、新興感染症）を論じ、最後に「新たな衛生運動である健康改善運動」を提唱。著書はパリ在住の内科医&経営大学院の教員。原題"La Grande Extension"（大幅な寿命延長）を「延びすぎた寿命」と訳すのは不適切と思う。

○和光市議会「元和光市職員の不祥事に関する調査特別委員会最終報告書」2022年6月9日（ウェブ上に公開：全文62頁、概要版8頁）。

…同市元幹部（元保健福祉部長・東内京一）の不祥事の原因究明と再発防止策を検討した「百条委員会」が35回の委員会を経てまとめた。元幹部が厚生労働省から市に戻って以来、足かけ8年間も生活保護受給者等に対する詐欺、業務上横領、窃盗（被害額約8000万円）を繰り返し、職員へのパワーハラスメントも常態化していたことを指摘し、根本の問題は本人にあるが、「前市長・副市長が元幹部の監督責任を怠った」ことも厳しく批判。なお、東内被告は6月6日、控訴審判決（懲役7年）に対する上告を取り下げ、刑事事件については判決が確定した。**福祉行政に従事する公務員必読と思う。**

○幸野庄司「（インタビュー）「入院医療と同様に外来医療の『見える化』を行うことは重要」『The Journal of JAHMC』（公益法人日本医業経営コンサルタント協会機関誌）2022年6月号：9-11頁。

…幸野氏は2022年秋まで中医協委員を6年務めた健保連の論客（現・参与）。インタビュー後半の「かかりつけ医機能の強化 最終的には制度化も検討課題」は柔軟・現実的で、財政制度等審議会「建議」の硬直的提案とはまったく違う。例：「制度化といっても様々な方法」があることを指摘。これなら、日本医師会新執行部が少し柔軟になれば、中医協等で合意形成が可能と感じた。

○村上正泰「医療機能の『集約』と『分散』の在り方について」「日医総研リサーチレポート」No.130,2022年6月15日（ウェブ上に公開）。

…「今後の医療提供体制を考える上では…『集約』すべき機能と、ある程度は『分散』

する機能のバランスを考慮することが重要である」ことを、全国データ（ICU 調査、DPC 調査）、山形県の 4 医療圏の詳細データの分析により、定量的にキレイに示す。例：DPC 特定病院群の中にも、それほど密度の高い医療を必要としない誤嚥性肺炎患者がかなり多く入院している病院がある。山形県では、「待てる急性期」（予定入院・手術）は「待てない急性期」（救急搬送入院）よりも集約化が進んでいる。その知見に基づいて、「地域調整会議においては、単に病床数だけに着目した数字合わせのような議論にならないよう、協議の前提として、それぞれの地域の現状と課題を十分に検証することが必要である」と提言。

○田中耕太郎「被保険者証の廃止という無理筋」『週刊社会保障』2022 年 6 月 20 日号：28-29 頁。

…厚生労働省および「骨太方針 2022」が目指している、医療保険の被保険者証の廃止（個人番号カードでの代替）を、「任意取得の個人番号の利用を全国民に強要する無理筋」・禁じ手と厳しく批判。田中氏は『厚生白書』（1989 年版）執筆経験もある厚生省OB。

×「日経・日経センター [医療制度と医療サービス提供体制] 改革提言 最終報告書」  
「日本経済新聞」2022 年 6 月 20 日朝刊。

…Ⅰ 医療提供体制の再構築、Ⅱ 医療イノベーションを国家戦略に、Ⅲ 負担と給付の改革を急げ、の 3 部構成。コロナ禍に便乗した「ショックドクトリン」で、大企業寄り & 「医療界の統治強化」を目指す提案のオンパレード。コロナ禍で日本の医療の脆弱性が明らかになったとの「問題意識」に基づいているが、国際比較では日本医療が健闘したことを見落とし、コロナ死亡者が日本より桁違いに多く（一時的に）「医療崩壊」した米国と英国の対応を礼賛！？混合診療の拡大で「医療格差が生じる」のを容認したり、医療扶助にも自己負担を導入するなど、弱者に極端に厳しい提案が目立つ。

**現在広く普及している内視鏡手術など、「より早期に回復」させる医療の保険外し・混合診療化まで提案するのは常軌を逸している。**

○油井敬道『ビッグデータが明かす医療費のカラクリ』日経プレミアシリーズ,2022 年 5 月。

…過去 25 年間の膨大な電子カルテデータの統計解析をもとに、「生活習慣病」医療費の使われ方を検証。統計解析の解釈は概ね妥当と思うが、p 値の絶対化はナイーブ。「日本の保険医療に市場機能を働かせる」との提案は「市場機能」の誤用：市場機能とは、自由価格をシグナルにして、消費者が自己の支払い意思と支払い能力に基づいて商品・サービスを購入することを意味するが、著者が提案しているのは、国民皆保険制度（＝公定価格を設定し、国民が平等な医療を受けられることを目指す）の下での情報公開による「競争原理」の導入。

○奥真也『医療貧国ニッポン 「より手厚くより安く」が国を滅ぼす』PHP 新書,2022 年 6 月。…「医療未来学の第一人者」と自称する（私から見ると「ボヘミアン」・「ノマド」的秀才）医師が、「日本医療の問題点について『あらゆる角度』から論じ」る。書名は扇情的だが、中身は意外に常識的・穏健で、新味はほとんどない。

○宮本太郎編『自助社会を終わらせる－新たな社会的包摂のための提言』岩波書店,2022 年 6 月。

…「自助頼みの社会が、日本の地域と経済を脆弱にしている」という認識を共有する、社会的包摂に関する 2 つの研究プロジェクトの成果物で、11 人の著名な研究者が執筆。包摂的な社会についての理念を称揚するだけでなく、政策の実現を妨げる自助社会の成り立ちを解明し、転換の道筋を展望することを目指す。序章（宮本太郎氏）以外の各章の最後には「提言」が付けられているが、そこで包摂的社会を実現するための財源について触れているのは大沢真理氏だけ（313 頁）。各章の提言の相互調整・総合もなされていない。

○田中滋監修、田城孝雄・内田要編『地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり ソーシャルインクルージョンとSDGs』東京大学出版会,2022年6月。

…地域包括ケアシステムの進化・深化を主導してきた田中滋氏が監修し、巻頭論文（第Ⅰ部第1章「政策論としての地域包括ケアシステム」）を執筆した論文集。次の3部（17章）構成で、地域包括ケアシステムの最新動向が分かる：第1部「医療政策とSDGs」、第Ⅱ部「医療が支えるまちづくり」、Ⅲ部「行政と協働の取り組み」。巻頭論文は地域包括ケアシステムの進化の歴史をたどるとともに、2020年以降を展望。第1部第3章「『健康医療のまちなかづくり』から持続可能な地域共生社会へ」（田城氏）は、2007～2021年の「まちづくり、まちなかづくりの政策・施策を、内閣官房・内閣府の視点から述べる」が、地域共生社会と地域包括ケア（システム）の関係の記述に疑問がある。第Ⅱ部は6つの民間病院・診療所（すべて保健・医療・福祉複合体）による先進的まちづくりの事例報告。第Ⅲ部第17章「医療が支えるまちづくり」（田城氏）は第2部で取り上げられなかった全国の優良事例を紹介しているが、これらも大半が複合体。

○山本麻里「（講演録）コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」『社会保険旬報』2022年7月1日号：18－22頁。

…2022年4月に開かれた第26回地方から考える「社会保障フォーラム」セミナー（対象は地方議員）での社会・援護局長（当時）の講演録。生活困窮者自立支援制度と生活保護について、「コロナ禍の経験を踏まえた見直しが必要」と強調し、その論点を解説。生活困窮者自立支援制度の改革課題として、「ホームレスに限らない『住まいの不安定』問題に対応」していくことを強調。質疑応答時にも、「住宅支援は大変重要で、社会保障政策としてもこれから最も取り組みを進めるべき部分」と述べる。なお、「骨太方針2022」（6月7日閣議決定）でも、「**医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む**」と初めて明記された。生活困窮者「制度そのものはソーシャルワーカーが中心」と断言。講演タイトルが「地域共生社会」でありながら、内容は生活困窮者自立支援制度と生活保護のみであることは、社会・援護局が推進している地域共生社会づくりの対象の狭さを反映。

○五味洋治『日本で治療薬が買えなくなる日』宝島新書,2022年6月。

…著者は東京新聞論説委員で、痛風で長年ジェネリック薬を服用。書名はどぎついが、丁寧な取材により、厚生労働省・財務省が強引に進めたジェネリック薬の8割普及策や薬価の狙い撃ち的抑制策が治療薬の逼迫、ドラッグラグの再燃等を生み出していることを浮き彫りにしている。2022年4月の経済財政諮問会議では、薬価政策への批判が出された！（140頁）

○加藤貴子「ITプラットフォームによるプライマリケア参入の現状と課題」『国際医薬品情報』2022年7月11日号：32-37頁。

…米国、中国、ASEAN（インドネシア）におけるITプラットフォーム-のプライマリケア（在宅健康サービス：オンライン診療、往診サービス、オンライン薬局、ソーシャルサービス、ECサービス（商品・サービスのインターネット上での販売））への参入動向を、医薬品産業との関わりにも注目しながら概説。私は米国よりも中国の方が進んでいることに驚いた。

○“Big tech and health care” The Economist June 25th,2022:55-56 pages.

…アメリカにおける巨大IT企業の医療分野への参入動向を、アルファベット（グーグルの親会社）中心に紹介。同社は試行錯誤を続けているが、現在は次の4分野に注力：①ウェアラブル機器、②電子医療記録、③健康関連のAI、④人類の寿命延長への挑戦。同誌らしく、光の面だけでなく、同社が直面している困難にも触れる：①技術的、②政府規制、③良いアイデアが利益を生むとは限らない。

○尾形裕也『この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題 2025年のヘルスケアシステム』日本看護協会出版部,2022年7月。

…2部構成。第1部は2006年以降の医療政策を、安倍政権の医療政策を中心に鳥瞰。第2部は2014～2021年のMEDIFAXwebの連載記事92回から40本を精選。制度・政策の単なる解説ではなく、「通説」・「俗説」も鋭く批判（例：日本の病床数は世界一との通説を批判し、「高度急性期および急性期と言えるのは、せいぜい30万床程度」と指摘（158頁）。「妊婦加算をめぐって」（106-107頁）は、「患者負担と報酬評価をどう考えるかという点」について掘り下げて考察。「地域医療構想に関する私見」では「医療政策には一定の『ゆとり』を持たせることも必要」と指摘（135,150頁）。私が一番注目・共感したのは「准看護師制度を巡って」で、「事実上医師を二分することにつながる恐れのあるGP制度の導入に日本医師会が反対するというのは理解できる。しかし、それならば看護師を2つに分けることも筋が通らないのではないだろうか。准看護師問題の本質というのは、（中略）古い『身分制度』の温存という問題」と喝破していること（165頁）。本書は、著者が自認しているように、『看護管理者のための医療経営学 第3版』（2021.本「通信」45号（2022年11月）で紹介）等の「副読本」にもなっている。しかも、本書を読むと、医療・医療政策に限らず、幅広い「教養」も身につく。

## C. コロナ関連

○特集「COVID-19影響下における住民参加と連帯感」『厚生指針』2022年6月号。  
…COVID-19発生が社会参加、健診、責任感、周囲の人々との関わりに与えた影響を検討した実証研究（すべて量的研究）6本をまとめて掲載。

○黒木登志夫『変異ウイルスとの闘いーコロナ治療薬とワクチン』中公新書,2022年6月。

…前著『新型コロナの科学』（2020.本「通信」36号（2021年2月）で紹介）の続編で、国内外の膨大な資料・データと豊富な人脈に基づいて執筆。今回はワクチンと治療薬の解説が中心（第2～5章）だが、私は「ワクチンをめぐる『困った問題』」

(第4章)、特に副反応・後遺症の評価が楽観的すぎると思う。第7章「医療逼迫はなぜ起こったか」で日本の「医療資源に余裕がない」ことを強調しているが、分析は浅い。「処方箋」の多くは常識的だが、「ワクチン義務化」はナイーブすぎる。

○長尾和宏『ひとりも、死なせへん2 コロナ禍と闘う尼崎の町医者、ワクチン葛藤日記』ブックマン社,2022年6月。

…『一人も死なせへん』(2021。本「通信」45号(2021年11月)で紹介)の続編で、2021年8月～2022年5月のブログ日記を収録。著者は様々な脅迫や圧力を受けたそうだが、それに屈せず、自己の信念を正面から述べる。今回も、在宅医が(軽症)コロナ患者を24時間管理することの重要性を強調:「大切なのは往診ではなく、早期診断と即治療。そのための24時間体制での体調管理」(15頁)。政府のワクチン政策や日本医師会の対応を厳しく批判するが、尾崎東京都医師会長等は高く評価。著者はワクチンの効果には懐疑的だが、全否定論者ではなく、「現世に生きるものとして…親しい人たちに安心感を与えるために」接種。しかし、子どもへのワクチン接種には強く反対し、ワクチン接種後の死亡・後遺症を強調。「日本は敗戦国で今も実質、植民地」(88頁)!

#### D. 政治・経済・社会関連

○内田樹編『撤退論 歴史のパラダイム転換に向けて』晶文社,2022年4月。

…内田氏の超悲観的呼びかけに応じて15人が寄稿。書名と異なり、多くの寄稿者は個人的な撤退経験や撤退の思想を論じる。その例外は斎藤幸平氏だが、レーニンの「戦時共産主義」(環境レーニン主義)を推奨!私共感したのは、仲野徹「ある理系研究者の経験的撤退論」と岩田健太郎「撤退という考え方」の2寄稿。仲野氏は自己の(生命科学)研究の撤退事例を3種類(「收拾不能」、「未来不安」、「完全敗北」)に分けて詳細に分析しており、実証研究における「撤退論」の白眉と言える。岩田氏は「感染症屋の苦い記憶」も紹介しながら、「撤退」のあり方について冷静に論じている。岩田氏の呼びかけ「理性的な悲観論者たれ」(112頁)は、ロマン・ロラン & グラムシの「理性の悲観主義、意志の楽観主義」に通じると感じた(『医療経済・政策学の視点と研究方法』(勁草書房,2006,45頁)。

○毎日新聞取材班『世界少子化考 子どもが増えれば幸せなのか』毎日新聞出版,2022年4月。

…世界7か国(韓国、中国、フランス、イスラエル、米国、ハンガリー、フィンランド)の出産事情・少子化対策を現地取材し、そこに住む人たちの生の声を聞くと共に、さまざまな分野の専門家の意見も紹介し、各国の事情が日本に示唆するものを探る。その上で、「少子化は本当に悪いことなのか、もう一度考えてみる」。少子化問題は「気候変動対策の視点では違って見える」-「北半球の先進国の個人が長期的にCO2排出量を抑えるためにできる、もっとも効果的で唯一のことは、子どもの数を1人産み控えること」(254頁)-は強烈。

○E.H.カー著、近藤和彦訳『歴史とは何か 新版』岩波書店,2022年5月(原著初版1961)。

…「歴史とは、歴史家とその事実のあいだの相互作用の絶え間ないプロセスであり、

現在と過去のあいだの終わりのない対話」（本書 43 頁）という有名なフレーズで知られる歴史学の古典&最良の入門書。第 1 版（講義録）に加え、未完に終わった第 2 版への序文と第 2 版のための草稿、自叙伝も含む。「訳者解説」も充実。初版の翻訳（清水幾太郎訳,1962,岩波新書）は現在も流通しているが、**歴史・政策史研究者には本書の方を勧める。**

○姜尚中「国家主義的な統制に傾く岸田政権の『新しい資本主義』」『AERA』2022 年 6 月 20 日号：5 頁。

…冒頭、「岸田文雄首相の経済政策『新しい資本主義』は『成長か分配か』ではなく、『エコノミー』から『ポリティカルエコノミー』へのシフトにあるとみるべきです」と言い切り、次に「自由主義的な資本主義の行き過ぎを、『公益』を盾に修正しようとする動きが戦前にも」あったことに注意を喚起し、最後を以下のように結ぶ。「問題の争点は成長か分配かではなく、ポリティカルエコノミーの『ポリティカル』の内実です。それは[戦前のような]国家主義的な統制になるのか、自由民主主義的な統制になるのかによって大きく異なってくるはずです。岸田政権は残念ながら、前者に近づきつつあるようです」。私はこの指摘は、「骨太方針 2022」で「官民連携」が 15 回も使われ、「新しい資本主義の中核となる新たな官民連携の取組」（11 頁）と明記されていることに符合していると感じた。900 字の短文だが深い。なお、姜尚中氏は「ポリティカルエコノミー」をポランニーに依拠して用いているが、通常の経済学説史では、ポリティカルエコノミーは 18~19 世紀の古典派経済学を指して用いられる。

○R・スキデルスキー著、鍋島直樹訳『経済学のどこが問題なのか』名古屋大学出版会,2022 年 6 月（原著 2020：What's Wrong with Economics?）。

…ケインズ研究の最高権威が、現実から乖離した想定によって視野を狭めている主流派経済学（新古典派経済学）を多面的に批判し、今後に向けての処方箋を提示。私は 2021 年 4 月に原著を読み、この本を紹介してくれた友人研究者に以下の感想メールを送った。<私は、本書を読む前は、スキデルスキーが高名なケインズ研究者なので、新古典派（主流派）経済学をケインズ経済学の視点から批判した本と想像していたのですが、本書の枠組み・射程はそれよりはるかに広く、経済学の枠内で古典派経済学やマルクス経済学を正當に評価するだけでなく、心理学や社会学、政治学と経済学との視点の違い・関係にも言及しており、大変勉強になりました。著者が偉大な経済学者として、アダム・スミスとマルクスとケインズの 3 人（のみ）をあげていること、およびケインズを神格化せず、その理論・記述の弱点にも率直に触れていることに清々しさを感じました。／本書の個々の記述の多くは、私が今までに読んだ経済学の教養書等である程度は知っていましたが、断片的知識を大きな枠組みで位置づけて理解することができました。（中略）／本書を読んで、改めて、新古典派経済学が、①制度・組織の役割を否定する「方法的個人主義」を採用し、②経済社会を「不確実性」が存在しない「閉じた系」と見なし、その枠内での効率一辺倒&数学偏重の研究に終始し、③経済学の守備範囲から倫理・再分配問題（貧困の解決に不可欠）を除外していることの有害性を再確認しました。著者がライオネル・ロビンズをその「主犯」扱いし、本書全体で何度も批判しているのが印象に残りました。それだけに、著者が第 10 章で、「アメリカのパワーが低下すれば、経済学のフィールドが拡大するかもしれない」と書いていることに期待したくなります。>

## 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〉または〈科目等 履修生〉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。

○開講期間・時間：9月14日～12月21日、1月11日の全15回、水曜日7限（夜8時5分～9時35分）に開講します。

○講義方法：第1～7回講義は「講義資料集」（約100頁）を用いて行いますが、第8～14回は、『医療経済・政策学の視点と研究方法』（下記\*）と『2020年度初頭の医療・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：未定（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）

○応募方法

**\*私的聴講（定員20人・資料代5000円）**：希望者は8月10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。

**\*大学院の正規の「科目等履修生」**：日本福祉大学大学院のHPから「科目等履修生制度」を開き、募集要項や申込書類のフォーマットをダウンロードし、必要事項に記入して、大学院事務室に直接申し込んでください（後期の申込期間は8月16日～8月29日。受講料は合計5万円）。

[https://www.n-fukushi.ac.jp/gs/programs/credited\\_auditor.html](https://www.n-fukushi.ac.jp/gs/programs/credited_auditor.html)