

2023. 1. 1(日)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 222 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・新聞に転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/>。

222 号の目次は以下の通りです (19 頁)

1. 論文：「イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？」  
(「深層を読む・真相を解く」『日本医事新報』2022 年 12 月 3 日号 (5145 号) : 56-57 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 202 回 : 2022 年分その 10 : 7 論文) …5 頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介 (その 216) —最近知った名言・警句……………10 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 20 回) …13 頁

### お知らせ

○論文「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営—悲観論を超えて」を『病院』2023 年 1 月号に掲載します。

○短文「『敵を憎むな、判断が狂う』」を『月刊保団連』2023 年 1 月号に掲載します。

○論文「『全世代型社会保障構築会議報告書』をどう読むか?」を『日本医事新報』2023 年 1 月 14 日号に掲載します。

いずれも本「ニュースレター」223 号に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。

# 1. 論文：イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？

（「深層を読む・真相を解く」『日本醫事新報』2022年12月3日号（5145号）：56-57頁）

今回は連載（126）（本誌11月5日号）の続編です。今回は、「かかりつけ医の制度化」が閣議決定された、そして「かかりつけ医」が診療所医師のみを指すとの言説が事実誤認であることを指摘しました。「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の議論はまだ続いています、この1か月で「かかりつけ医の制度化」が、当面行われないことが確定しました。

本稿では、その点について説明すると共に、将来的にも、イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はありえないと私が判断する理由を述べます。

## 「制度化」は当面なくなった

私が、「かかりつけ医の制度化」が、当面なくなったことが確定したと判断した最大の根拠は、11月24日の全世代型社会保障構築会議（第9回）に示された「論点整理（各分野の改革の方向性）」の【医療提供体制】の項で、「かかりつけ医の制度化」ではなく、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、早急な実現に向けて、以下の論点を整理すべき」と書かれたからです。6つの論点はいずれも重要と思いますが、4番目に「かかりつけ医機能の活用については、**医療機関、患者それぞれの手上げ方式とすること**」と明記され、「かかりつけ医の制度化」を主張していた論者が異口同音に強調していた登録制が否定されたことが決定的に重要と言えます。

## 財務省も「制度化」提案を棚上げ

この判断の「傍証」もあります。それは、全世代型社会保障構築会議に先だち11月7日に開かれた財政制度等審議会・財政制度分科会に財務省が提出した資料「社会保障」のかかりつけ医の記述が5月の「建議」から大幅に後退（現実化）したことです。

「建議」は、「医療分野で求められる今後の取組等」で、「給付の水準を抑制するための方策等について、まずは、効率的で質の高い医療提供体制を構築することが求められる」として、そのトップに「かかりつけ医の制度化」をあげ、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確にすべき」、「かかりつけ医として認定するなどの制度を設ける」、「認定を受けたかかりつけ医に…登録しておらず…かかりつけ医に受診する患者にはその全額又は一部について定額負担を求める」等と提案していました（38,45頁）。

しかし、「社会保障」資料は、「『かかりつけ医機能』を有する医療機関の機能を明確化、法制化し、機能発揮を促す必要がある」とチラリと書いているだけで、「建議」のような乱暴な提案は消えました。

しかも、「かかりつけ医機能の制度整備の必要性」（65頁）では、かかりつけ医機能を担う医療機関が、診療所だけでなく、「中小病院・診療所」「診療所等」と理解できる書き方をしています。「建議」は「かかりつけ医」（機能）に（中小）病院も含まれることはまったく書いていなかったため、この点は半歩前進と言えます。

ただし、「高度急性期」と「（一般）急性期」を区別せず、「急性期病院を入院医療に集中させる」等の現実から乖離した書き方は残っています。

### 長期的にはかかりつけ医は制度化？

イギリスのGP（一般医・家庭医）制度に範をとった、かかりつけ医の制度化、特に登録制・人頭払いの導入論がこの「建議」以降一気に盛り上がったことを考えると、財務省の転進の意図は大きいと思います。

それでも、将来的にはイギリス型のかかりつけ医が制度化される可能性はあると期待または心配している医師やジャーナリスト・研究者もまだいるようです。

私も、今後、もし「総合診療専門医」の養成が急速に進み、かつて高久史磨先生が願望を込めて述べた「日本でも地域包括ケアに本格的に取り組んでいくのであれば、専門医の半分くらいは総合診療専門医にしていく必要がある」ことが実現した場合には、**緩やかな「かかりつけ医の制度化」**がなされる可能性はあると思います。（「専門医取得の義務化、『崩れてしまった』」m3.com 2017年11月4日）。

### イギリス型が導入されない3つの理由

しかし、その場合にも、**イギリス型の全国民を対象にした厳格な登録制・人頭払いの制度**が導入される可能性はまったくないと判断しています。その理由は3つあります。

**第1のそして根本的理由**は、横倉義武日本医師会会長（当時）が鋭く指摘されたように、「医療というのは、それぞれの国の歴史があるわけ」で、「イギリスの場合はNHS主導で、全部税金でやっていて、社会保険方式をとっている日本とは財政方式が違う」からです（『社会保険旬報』2019年9月1日号（2758号）：6-16頁）。

**第2の理由**は医療経済学的な理由で、プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加することが、過去20年間の、イギリスを含めた国際的な実証研究で明らかにされているからです（本連載(124)、本年9月3日号）。医療費抑制が国是となっている日本で、医療費増大を招く制度化が導入されるわけがありません。

ちなみに私は31年前の1991年に、旧「厚生省の政策選択基準はあくまで医療費抑制（正確には公的医療費抑制）であり」、「厚生省は医療費増加を招くことが明らかな政策は、特別の事情がない限り選択しないという視点から、厚生省の医療政策を評価すること」を提唱し、以来、この視点から医療政策の将来予測を行ってきました（『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991,13-14頁）。

**第3の理由**は、国民が現在のフリーアクセスに慣れ親しんでおり、それを大幅に制限するかかりつけ医の登録制＝厳格な「ゲートキーパー」制には大反対するからです。

皮肉なことに、かかりつけ医の制度化を提唱している健康保険組合連合会の2020年の国民意識調査でも、フリーアクセス制限に不安を持つ人が多かったとの結果が出ています（「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」2021年2月,第5章「医療機関等のかかりかたに関する意識」（55-62頁）ウェブ上に公開）。

この調査は、「持病あり」群（3500人）と「持病なし・体調不良あり」群（1123人）を対象にしたインターネット調査です。その中の「医療機関の受診のあり方」についての調査で、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」

に対する賛成は 57.0%で、「病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する」に賛成の 31.3%をほぼダブルスコアで上回っていました。

しかし、前者に賛成のうち、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した診療所の医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外に病院を自由に受診できない」とした場合に「不安を感じる」が全体でも 59.5%、「持病なし・体調不良あり」群では実に 68.7%に達していました。このことは回答者全体の約 65%がフリーアクセスの厳しい制限に反対していることを意味します (31.3%+57.0%×59.5%)。「健康人」では反対の割合がさらに高くのは確実です。

### イギリスのGP受診にも待ち時間

なお、イギリスでは病院入院だけでなく、GP・診療所受診にも相当待ち時間（日数）があります。このデータにはバラツキがありますが、非緊急受診の場合平均 10 日という報告や、先進的な改革事例で平均 19 日から 10 日に 49%低下したとの報告もあります (Siddique H: NHS patients waiting over two weeks to see a GP, shows survey, August 12,2019. /Anonym: Routine GP appointment waiting times reduced by 47% - Pikerling Medical Practice,North.共にウェブ上に公開。いずれもコロナ感染爆発前)。

「かかりつけ医の制度化」論者の大半は、イギリスのGPを理想化して紹介していますが、この点に沈黙しているのは不公正です。

## 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201回)(2022年分その10:7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。

### ○アメリカにおける認知症有病率の [部分集団間の] 不平等の趨勢

Hudomiet P, et al: Trends in inequalities in the prevalence of dementia in the United States. PNAS(The Proceedings of the National Academy of Sciences) 119(46) e2212205119, November 7, 2022 [量的研究]

健康の不平等を減らすことは重要な国家目標である。認知症は有病率が高く、負担が重く、しかも費用がかかる疾患であり、教育レベル、性、人種・エスニック的集団間の有病率には相当の差がある。近年認知症有病率が低下したことは確証されているが、有病率の部分集団間の格差については、格差が拡大しているか否かについてさえ、十分に明らかにされていない。しかしこのような知識は、公共政策が格差に取り組む上で不可欠である。部分集団間の格差の経年的変化の研究は、公共政策にとって利益があるだけでなく、認知症の因果関係についての仮説を確立するという科学的利益もある。というのは、異なる部分集団とコホートは、教育、有給労働、医療提供、経済状態等のリスクファクターへの曝露が異なるからである。

本研究は、アメリカ合衆国の2000~2016年の認知症有病率を年齢、性、人種とエスニシティ、教育レベル、生涯稼得別に推計する。その際、全国代表標本調査である「健康・退職調査」から得られた21,442人の65歳以上高齢者と97,629観察・人のデータを用いる。この調査は様々な認知機能検査を実施し、部分標本は臨床的認知症評価も受けている。マルコフ連鎖モンテカルロ法を用いて、認知機能の経時的、潜在変数モデルを作成した。この方法は「健康・退職調査」が以前用いていた方法よりも、部分集団の認知症有病率をより正確に示せる。65歳以上人口の年齢調整認知症有病率は2000年の12.2% (95%信頼区間, 11.7-12.7%) から2016年の8.5% (同 7.9-9.1%) へと3.7%ポイント、30.1%も有意に低下していた。女の有病率は常に男より高かったが、性差は縮小していた。男の部分集団では、教育レベル、稼得、および人種・エスニシティ間の認知症有病率の不平等は縮小していた。女でも不平等は縮小していたが、男ほど大きくはなかった。2000-2016年の間に教育レベルは相当向上していることを観察できた。この変化は、統計学的意味では、男の認知症の有病率低下の40%、女の同20%を説明できた。それに対して、調査対象の年齢、人種・エスニシティ、及び心血管系リスクファクターの構成変化の認知症有病率低下に対する影響は相対的に小さかった。

**二木コメント**—上記抄訳では、disparitiesを格差、inequalitiesを不平等と訳し分けましたが、本論文では後者も「格差」と訳した方が適切だったかもしれません。この研究は「日本経済新聞」2022年12月11日朝刊の科学欄の記事「教育水準向上で認知症抑制」(加藤宏志)で紹介されていて、知りました。私も認知症有病率が低下しているとの研究が海外にあることは知っていましたが、アメリカで直近16年間に31%も減っていたとは驚きです。ただし、上記記事で橋本英樹東大教授が指摘しているように、この研究結果は「(教育

歴が全てという) 運命論ではない」ことにも留意する必要があると思います(詳しくは、**橋本英樹「認知症予防の社会経済的要因」**『Progress in Medicine』2023年1月号)。なお、本「ニューズレター」215号(2022年6月)で紹介したように、橋本教授グループは、緻密なシミュレーション研究により、2016~2043年に、日本でも認知症罹病期間は男女とも短縮すると推計しています(「**日本における2016~2043年のフレイルと認知症の有病率と医療・ケアの経済的コストを推計する：マイクロシミュレーション・モデリング研究**」Kasajima M (笠島めぐみ), et al: Projecting prevalence of frailty and dementia and the economic cost of care in Japan from 2016 to 2043: a microsimulation modelling study. Lancet Public Health 7(5):E458-468, May 1, 2022 (オープンアクセス)。

### ○人口高齢化と医療財政：同じコインの両面【医療支出と医療歳入】を予測する方法

Cylus J, et al: Population ageing and health financing: A method for forecasting two sides of the same coin. Health Policy 126(12):1226-1232, 2022 [シミュレーション研究]

人口高齢化は将来の医療財政の維持可能性に悪影響を与えると思われる。新しい方法—医療制度の人口高齢化・財政維持可能性ギャップ(the PASH)—を提案し、人口高齢化ミックスの変化がどのように医療支出と医療歳入に影響するかを探究する。多様な医療財政制度を代表するヨーロッパと西太平洋諸国から得られたデータに基づいて作成した6つの匿名化した国のシナリオを用いて、現行の医療財政方式を前提とした場合の、人口高齢化によって生じる2020-2100年の医療歳入と医療支出のギャップの規模を予測する。

2100年に最大の財政ギャップが生じる国(シナリオ6の国)では、ギャップのほとんど(87.1%)は医療支出の増加によって生じる。しかしながら、医療財政を労働市場に関連した社会保険料に大きく依存している国々では、財政ギャップの相当部分は医療歳入の減少から生じる。医療支出と医療歳入の両方に均等に注意して分析すれば、政策決定者は人口高齢化に対処するためのもっとバランスのとれた政策選択セット—サービスの費用と利用をターゲットとするものから歳入を多様化するものまで—を作れるようになると主張する。

**二木コメント**—人口高齢化が医療支出に与える影響だけでなく、医療歳入に与える影響を同時に考慮するという視点は非常に魅力的なのですが、本文は私には「頭の体操」に思えます。著者が提案し、新規性が高いと自賛するPASHも???です。

### ○【調査開始時】認知機能障害を有する【が認知症ではない】高齢アメリカ人の自己負担医療費と医療サービス利用【の追跡調査】：2008-2016年「健康・退職調査」の結果

Jenkins D, et al: Out-of-pocket health expenditures and health care services use among older Americans with cognitive impairment: Results from the 2008-2016 Health and Retirement Study. The Gerontologist 62(6):911-922, 2022 [量的研究]

重度認知障害(SCI)・認知症への移行に伴う医療サービス利用と費用負担についてのエビデンスは不足している。認知障害レベルの変化が毎年のナーシングホーム利用、入院、及び自己負担額に与える影響を調査した。「健康・退職調査」(2007/2008年度~2015/2016年度。同一対象を隔年で調査)から、調査開始時に認知機能障害はあるが認知症ではない(CIND)75歳以上の高齢者(1692人)のその後の変化を8年間、前向き調査した。

8年間で、5.9%が正常化し、15.9%がCINDにとどまり(安定群)、14.9%が重度認知障害・認知症に移行し(悪化群)、63.3%が死亡した。何らかのタイプのナーシングホーム利用は悪化群と死亡群で非常に高く、同様の傾向はやや少ないが入院でもみられた。調査開始時の1年当たり平均自己負担額(本人または家族が支払った医療費)は、正常化群、安定群、悪化群では同様であった(それぞれ1156, 1145, 1385ドル。95%信頼区間は略、以下同じ)。死亡群では2529ドルだった。調査8年目には自己負担額は、正常化群で1402ドルに、安定群で2188ドルに、悪化群で8988ドルに増えていた。死亡直前の調査では7719ドルだった。共変数を調整しても推計値は大きくは変わらなかった。

**ニ木コメント**「認知機能障害はあるが認知症ではない」(CIND)後期高齢者を対象にして、8年間も入院やナーシングホーム入所、及び本人・家族の年間自己負担医療費を追跡調査した非常に息の長い研究です。

### ○ [アメリカにおける] オバマケアによる 2014 年のメディケイド [の対象] 拡大が 60-64 歳の低所得成人の医療アクセスと健康状態に与えた影響：最初の 6 年間のエビデンス

Baten RBA, et al: Effects of the 2014 Affordable Care Act Medicaid expansion on health care access and health status of poor adults aged 60-64 years: Evidence from the first 6 years. *The Gerontologist* 62(6):923-930, 2022 [量的研究]

A C A (オバマケア) によるメディケイド (の対象) 拡大が 65 歳間近の成人の医療アクセスと健康状態に与えた影響はほとんど知られていない。本研究の目的は、メディケイド拡大の 60-64 歳の低所得成人への影響を検討することである。差の差法を用いて、オバマケアによるメディケイド拡大を 2014 年に行った州と行わなかった州との 6 年間の変化を比較する。データは 2011~2019 年の、連邦貧困線以下の 60-64 歳の個人を対象とする「行動リスク要因監視システム」から得た。

メディケイド拡大州では、何らかの医療保険のカバー率は 8.5%ポイント上昇し( $p < 0.01$ )、お金がないための医師受診控えは 6.6%ポイント減った。同様に、かかりつけの医師・医療提供者を持つ率と定期健康診断を受ける率も、それぞれ 9.1%ポイント ( $< 0.01$ )、4.8%ポイント ( $p < 0.1$ ) 上昇した。さらに過去 30 日以内に身体的不健康だった日数も 1.5 日減り ( $p < 0.05$ )、精神的に不健康だった日の減少と健康の自己評価の改善を示唆するエビデンスも得られた。以上から、オバマケアによるメディケイド拡大は、60-64 歳の低所得者の医療アクセスと健康状態を改善したと言える。

**ニ木コメント**オバマケアによるメディケイド拡大が、60-64 歳の低所得者の医療アクセスと健康状態の両方を改善したことを 6 年間の縦断調査で初めて示した貴重な研究だそうです。

### ○ 高齢者のライフスタイルへの介入が「国際生活機能分類」の健康参加領域に与える効果：体系的文献レビューとメタアナリシス

O'Hoski S, et al: The effect of lifestyle interventions on the International Classification of Functioning, Disability and Health Participation Domain in older adults: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist* 62(6):e304-316, 2022 [量的研究]

WHOの「国際生活機能分類」(ICF)は生活・人生場面での参加を健康の重要な要素と認めている。この要素をターゲットにした介入を同定することは、特に身体能力の低下が参加に影響する高齢者で特に重要である。しかし、リハビリテーションの研究では参加は通常測定されていない。本研究の目的はライフスタイルまたは行動変容への介入が高齢者のICFの参加領域に与える効果を評価することである。Medline等5種類の電子データベースを用いて、データベースの開始時から2020年4月までに収録された、地域在住の60歳以上の高齢者を対象にして、行動変容またはライフスタイルへの介入の効果を通常のケアと、ICFの参加領域に注目して比較したランダム化比較試験を探索した。

最終的に、1,548人の参加者を含む8つの研究を選んだ。参加アウトカムに対する有意の効果は認められなかった(標準化平均差0.04;95%信頼区間-0.19~0.26;p=0.76)。エビデンスの質は非常に低いと判定された。以上から、ライフスタイルまたは行動変容への介入は高齢者の参加にごく限定的な効果しかないことが明らかになった。しかし、効果推計には大きな不確実性があり、その理由の1つは今回検討した研究の質が低いことである。高齢者の参加の変化を敏感に感知できる測定尺度を用いて、介入効果を評価すべきである。研究デザインを改善すれば、高齢者の参加を促進するもっと効果的な介入を明らかにできるであろう。

**二木コメント**—国際生活機能分類(ICF)の「参加」領域に注目して、高齢者へのライフスタイル介入の効果を検証した、恐らく世界初の体系的文献レビュー・メタアナリシスです。残念ながら効果は認められませんが、貴重なnegative dataと思います。ただし、要旨の最後の2文は「希望的観測」(withful thinking)と言えます。

## ○ヨーロッパ諸国はCOVID-19の流行を予防するために何をしたか？COVID-19医療制度対応モニターからの教訓

Rajan S, et al: What have European countries done to prevent the spread of COVID-19? Lessons from the COVID-19 Health system response monitor. Health Policy 126(5): 355-361, 2022[政策研究]

一部のヨーロッパ諸国は、パンデミックの1年目(2020年)にCOVID-19感染の抑制に成功したが、他の国は苦闘し、それは対応が遅かったからか効果的な対策を導入できなかったためである。本論文は、COVID-19感染を予防するために取られたヨーロッパ諸国での公衆衛生対策の経験について検討する。文献とCOVID-19医療制度対応モニターへの各国の2020年3月~12月の報告に基づいて、公衆衛生施策の重要な側面を検討する。それらには、サーベイランスや感染爆発をコントロールできる公衆衛生のキャパシティー(効果的な検査、接触者追跡など)、人間行動の理解に基づく明確なメッセージ、患者隔離などの必要な対策の望ましくない結果への対策、ワクチン接種を迅速かつ広範に実施する能力が含まれる。結論として、COVID-19感染予防に成功するためには、各国は明示された目標を伴う明快な戦略と対策を実施するための包括的なシステムが必要だと言える。

**二木コメント**—タイトルは魅力的なのですが、書かれていることは「総論専科」でした。なお、要旨だけでなく、本文もCOVID-19対策でのプライマリケアの重要性には触れていませんでした。

## ○高所得国における医療制度へのショックに対する医療制度のレジリエンスを評価するのに

## 用いられるメトリックスとインディケーター：体系的文献レビュー

Fleming P, et al: Metrics and indicators used to assess health system resilience in response to shocks to health systems in high income countries - A systematic review. Health Policy 126(12):1195-1205, 2022 [文献レビュー]

医療制度のレジリエンスの重要性は COVID-19 パンデミック時に明らかになった。レジリエンスの実用的尺度 (measures) を見だし、それにより医療制度のレジリエンスを強める戦略を立てることが求められている。本文献レビューでは医療制度レジリエンスを「ショックへの準備をし、ショックをマネッジし (吸収し、適応し、変換し)、ショックから学ぶ能力」と定義する。本文献レビューの目的は、様々な医療制度ショックの際、医療制度のレジリエンスがどのように測定されたかを検討することである。PRISMA ガイドラインに従い、文献の各探索段階で複数のレビューアーが別々にスクリーニングを行い、当初 3175 研究を見だし、そのうち 68 研究を選んで詳細な分析を行った。

ほぼ半分 (46%) が COVID-19 に関するもので、それに経済危機、大災害、過去のパンデミックに関する研究が続いた。80% 超の研究が定量的メトリックスを用いていた。もっともよく使われる WHO の医療制度機能は資源とサービス提供だった。ショック・サイクルについてみると、大半の研究がマネジメント・ステージ (79%) に関連するメトリックスを報告していたが、回復や学習 (22%) について述べているものは少なかった。よく用いられているメトリックスは、職員数、職員のウェルビーイング、病床数と種類、利用と質への影響、公私の医療支出、医療のアクセスとカバリッジ、情報システムに関するものであった。標準化された質的メトリックスで特にガバナンスに関するものの開発は遅れていた。ショック後の変化と影響を分析するための定量的メトリックスが必要とされている。本文献レビューはショックへの準備の作成に問題があること、およびショックのレガシー (長期的な影響) を実際に評価している研究はごく少ないことも明らかにした。

**二木コメント** 本研究もタイトルは非常に魅力的なのですが、本文の分析は独りよがり、リアリティに欠けると感じました。英語表現にも問題がある気がします。metrics は最近は定量的尺度の意味で用いられることが多いと思いますが、本論文では indicator、measure と同じ「尺度」という広い意味で用いられているようです。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その214)－最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○岩井克人（経済学者・東京大学名誉教授。2022年10月31日に死去した小宮隆太郎東京大学名誉教授（享年93）の教え子）「[小宮隆太郎]先生の明晰さは、怖いほどだった。実証的な裏付けのない理論、理論的な整合性のない政策には厳しかった」、「[先生は]理論は実証に追随すべきだという信条を持っており、使える道具であるなら使おうという姿勢だった。日本の現実が新古典派のモデルに合わなければ、理論を実証に合わせることに何のちゅうちよもなかった」（『週刊エコノミスト』2022年12月13号：76頁、「追悼 小宮隆太郎」）。

二木コメントー私は小宮先生にお会いしたことは一度もありませんが、先生の鋭い論説や率直なエッセーを読んで感銘を受け、本「ニューズレター」で今まで、以下のように4回、先生の名言を紹介させていただきました。

○小宮隆太郎（東京大学名誉教授）「[篠原三代平さん（87歳）からは]最近も度々ご著書・論文を頂戴し、**同年代の日本の経済学者の中での、最長不倒距離というべきご健筆ぶりに**驚かされています」（『篠原三代平先生の文化勲章受章をお祝いする会（平成18年12月5日）スピーチ集』13頁）。（35号、2007年7月）二木コメントーこの名言紹介時には書きませんでしたでしたが、私はこれを2007年＝15年前＝60歳時に読んで、医療経済・政策学研究者の中で「最長不倒距離」を打ち立てようと決意しました。

○小宮隆太郎（経済学者・東大名誉教授。日本学士院会員）「東大助教授という結構なポストを私は与えられたのであるから、収入を増やしたり、栄達を求めたりする誘惑に陥ってはならないと思った」（「日本経済新聞」2008年12月13日朝刊「私の履歴書（13）」）。二木コメントー研究者は経済的・社会的にストイックであるべきとの、若き日の小宮氏の決意に大いに共感しました。（35号、2007年7月）

○小宮隆太郎（経済学者・東大名誉教授。日本学士院会員）「私はいつも始まりは『少数派』であり、今もその気持ちは変わらない。しかし、しばらく前にマル経の若い人に『小宮さんこそ多数派でしょう』と言われて驚いた。『多数派』と言われるということは、もうあまり斬新な意見を述べる舞台には登場しないということで、現役ではなくなったわけであろう」（「日本経済新聞」2008年12月30日朝刊「私の履歴書（29）」）。二木コメントー研究では「多数派」という評価は必ずしも褒め言葉ではないことを指摘しており、上記クルーグマンの言葉と共鳴すると思います。（54号、2009年2月）

○小宮隆太郎（「通念の破壊者」と呼ばれた経済学者。東京大学・青山学院大学名誉教授、86歳）「[いかに経済学を研究すべきか]第3は、『耳学問』のすすめである。経済学の研究は、特定の専門分野の研究であっても、その背後にある現代の経済についての総合的理解を必要とする。様々な事実、制度、さまざまな分野の理論、概念についての理解が必要だ。／それらについてすべてを文献の渉獵から吸収していくのは、莫大な時間を必要とする。（中略）ある事柄について知りたいと思ったとき、そのことについてよく知っている先輩後輩の研究者、専門家、実務家などから、必要なことの概略を直接教えてもらう『耳学問』がしばしば有効になる。研究会やセミナーに出席し、積極的に質問し、新しい知識を吸収することも耳学問の一種だろう。／もちろん、**研究上必要なことは、耳学問で知ったことを文献などによって確かめなければならない。**しかし、概略の知識や文献の所在などを知る上では、耳学問は

大いに役に立つ」（『経済学 わが歩み 学者として教師として』ミネルヴァ書房, 2013, 135 頁）。**二木コメント**—私も、電子メールにより、友人・知人からいろいろ教えてもらう「耳学問」を常用しています。重要なことは、小宮氏が指摘しているように「研究上必要なことは、耳学問で知ったことを文献などによって確かめなければならない」ことだと思います。（116号、2014年3月）

**○星マリナ**（**星新一**の次女。星新一公式サイトを日本語と英語で運営している）「中学生のころ、教科書に父〔星新一〕の作品が載り、『作者はなにを言おうとしていたのでしょうか』とあったので、父に直接聞きに行きました。すると父は、『そういうことを学校で聞くから子どもが本を読まなくなるんだ』と怒っていました。『おみやげ』という作品に出てくる『フロル星人がわからない』という小学生からの手紙に、父はこう返事を出したそうです。『**わからない部分があれば書いた人がいけないのですから、気にすることはありません**』／小説は楽しければいいというのが父の考えで、そのために**読みやすく、わかりやすくするための努力を惜しみませんでした**」（「中日新聞」2022年12月4日朝刊、「没後25年 星新一」）。**二木コメント**—私も日本福祉大学の教員時代、学部生・大学院生に、「**読みやすく分かりやすい文章（レポート・論文）を書く**」よう指導し続けたので、大いに共感しました。

**○仲田泰祐**（東京大学大学院経済学研究科および公共政策大学院准教授、専門は金融政策。アメリカFRBで経済モデルを用いた政策分析に従事した経験を活かして、藤井大輔氏と共に2021年1月から「コロナ分析プロジェクト」を立ち上げ、分析を毎週更新）「[メディア向けの]意見交換会に向けて、**準備したスクリプトをそのまま読み上げればよいというくらいまで入念にスライドを作り込んで報告練習を繰り返し、わかりやすさを徹底的に追求しました**」、「[意見交換会のために]丸2日間くらいかけてスライドと説明内容を何度も吟味して、『**分かりやすくするための最適化**』に向けた作業を行いました。その過程で**当日読み上げるためのスクリプトも完全なものを用意して、会の前日には夜中に家の周りを3時間くらい、散歩しながら声に出して読み上げて発表の練習をしました**」（仲田・藤井『コロナ危機、経済学者の挑戦 感染症対策と社会活動の両立をめざして』日本評論社, 2022年, 10, 12頁）。**二木コメント**—私もお二人のプロジェクトは知っていましたが、これほどまでに「『**わかりやすく伝える**』ための徹底した工夫」をされていたことを知り、感銘を受けました。

**○星新一**（作家。生涯に1001編のショートショートを発表。1997年死去、71歳。今年は無後25年）「**考えてみると、すらすら書けたのは、ほとんどない。三年に一回ぐらいはあったかな。ほかはどれも、苦しんだあげくの産物である**」（新潮社電子書籍『気まぐれ遊歩道』所収「一〇〇一編」。上記「中日新聞」が引用）。**二木コメント**—この言葉は、以前、別の作品集の「あとがき」で読み、私には「救い」になりました。

**○錦富士**（伊勢ヶ濱部屋所属の現役大相撲力士、26歳の有望株。2022年11月場所（九州場所）9日目に、前日まで1敗で首位を走っており、同場所初優勝した実力者の阿炎を破る）「**自信と浮かれてしまうところの中間地点が難しい。自信にしながらも浮かれることなく、地に足をつけて自分の相撲をとって勝ちを目指したい**」（「読売新聞」2022年11月22日朝刊「やぐら太鼓」）。**二木コメント**—「深まっている！」と感嘆しました。研究を進める上で

の心構えにもなると思います。

○**村田兆治**（プロ野球・ロッテの元投手。ダイナミックな投球フォームで 215 勝をあげた。第一線から退いた後も直球の球速が 140 キロを記録するなど、年齢を感じさせない姿を何度も披露してきた。2022 年 11 月 11 日死去、72 歳）「自分には『人生に引退なし』と言い聞かせているんだよ」（「読売新聞」2022 年 11 月 12 日朝刊、「評伝」）。

#### <その他>

○**百瀬孝**（第 26 代東京駅長（JR 東日本））「時代が変わろうとも変えられない部分もある。最も重要な商品は安全で安定した輸送だ。安全はたとえ経営的に非効率だったとしても守り続けたいといけない。決められたことをやり続ける強さも必要だ」（「読売新聞」2022 年 10 月 18 日朝刊「JR 考 第 5 部在来線④」）。**二木コメント**ー私は今まで、「JR は効率優先」との偏見（？）を持っていたので、この断言に清々しさを感じました。この視点は、医療でも極めて重要と思います。

○**城守国斗**（日本医師会常任理事。2022 年 9 月まで中医協委員）「**中医協ではこれまで有効性と安全性が確認された技術等は速やかに保険収載とする方針で対応してまいりましたが、近年はこの決定に際して利便性という判断基準の影響が顕著になってきておりますことから、今回の改定の議論の中でも有効性や安全性を確保した上で利便性を重視してという御発言が目立っております。／利便性はもちろん重要ではございますが、中医協で保険適用の可否を審議する際に最も重要な判断基準はエビデンスに基づいた有効性と安全性であるという認識を各委員には改めて強く認識していただきたいと思っております**」（2022 年 2 月 2 日中央社会保険医療協議会・第 515 回議事録。『病院』2022 年 12 号の巻頭対談（城守国斗×太田圭洋）1018 頁で、太田氏が引用）。**二木コメント**ー上記百瀬氏の発言を読んだ後に、『病院』年 12 月号の対談でこの発言を知り、城守氏の見識の高さに感服しました。

○**立川談四楼**（落語家、作家）「私は落語家で、落語家には何を言ってもいいと思っている人は多く、罵声を含め、いろんな言葉が飛んできます。これをいちいち気にしては身が持ちません。その人に笑顔を向け手をあげて『アドバイスありがとう』と言います。相手はびっくりしますよ。非難したつもりがアドバイスと受け取られ、ありがとうと礼まで言われてしまうのですから。鼻白むというやつです。もう相手には撤退しかないわけです」（「毎日新聞」2022 年 12 月 2 日朝刊「人生相談」。他人の言動に「傷つきやすいです」、「こんな私はおかしいですか」との 56 歳女性の相談に対して、「全くおかしくありません」と述べたうえで、こう助言。それに続けて、この手法を会得するまでの試行錯誤を紹介）。**二木コメント**ー私も、日本福祉大学学長時代、批判的意見が出されたとき、まず「**ご指摘ありがとうございます**」又は「**申しありませんでした**」と言うように努力していたので、大いに共感しました。私は、2022 年 4 月から地元の町内会長になっていますが、会員からの相談・苦情に対しても同様の「低姿勢」で対処しているツモリです。

## 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20回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」58号 (2022年12月11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・研究方法関連

○清水健二『教養の語源英単語』講談社現代新書, 2022年10月。

…「現代英語のうち、約70%はラテン語とギリシャ語が元になっており、語源を利用して英単語を覚える利点がある」という視点から、「英単語の語源を軸にヨーロッパの歴史に関する教養を高めることに主眼を置いて編集した」「画期的な本」と著者は自賛しているが、私には「英単語オタク」が自己の蘊蓄を披露した自己満足本に見える。私の経験では、語源を知ってもそれほど語彙は増えず、語彙を増やす王道は、英語雑誌や英語の専門論文をコツコツ読み、文脈と関連させて語彙を少しずつ増やすこと。「学問に王道はない」!

+○清水健二・すずきひろし著、本間昭文・イラスト『英単語の語源図鑑』かんき出版, 2018年。

…中学・高校レベルの英単語の「語源 (接頭辞+語根+接尾辞)」をイラスト付きで分かりやすく示し、「同じルーツの単語を芋づる式に増やせる」と謳ったベストセラー。サラリと読む価値はあるが、この方法で増える語彙はごく限られている。帯封の「100の語源で10,000語が身につく!」は超・超誇大宣伝。

○特集「臨床現場からの研究発信—観察データをどう活かすか」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine リハビリテーション医学』59(11):1079-1130頁, 2022年11月。

…8論文。リハビリテーション医学専門家を中心に、観察データを用いた統計手法を臨床現場で応用できるよう代表的な手法を解説。特に傾向スコア解析・変数操作法、差の差分法 (difference in difference)、層別解析と回帰分析、N-of-1研究 (1人の患者に対してランダム化・ブラインド化した複数の介入を反復。「単一被験者試験」。Nはnumberの略)の説明は分かりやすい。美馬達哉・他「N-of-1研究をどう行うか」(1111-1117頁)は医療・福祉分野で一歩進んだ(量的要素も加えた)「事例研究」をしたいと考えている者必読。なお、N-of-1と(ほぼ)同義の「シングル・システム・デザイン」は過去の社会福祉士国家試験にも出題された!(第32回=令和元年度。「相談援助の理論と方法」問104)。

### B. 医療・福祉関連

○長沼建一郎『法政策論への招待』信山社, 2022年9月。

…法学の中心に位置する「法解釈論」ではなく、将来に向けて、意図的に法律を作る、法を動かしていく「法政策論」という角度から、「法学の諸要素や議論を整理して、他の社会科学との関連を視野に入れつつ、いわば『並び替えて』提示」。全3部・20章。中心は法による政策の内容を論じた第1部と法による政策の実現について述べた第2部。第3部は補論的で、「法政策論とは何か」について、自伝も交えつつ、学問的に検討。第1・2部は全章とも全項目(論点)をジャスト1頁にまとめた「アカデミック・

エッセイ」(著者の表現)で、法学・法政策論の初学者でも理解できるように、社会保険・社会保障関係の事例を示しつつ、分かりやすく簡潔に書いている。本書をていねいに読めば、法学・法政策論の発想・基本的用語等を知ることができる。私は「裁判当事者の責任」(66頁)、「事前/事後をめぐる現行法と政策」(88頁)、「作為と自然」(125頁)、法的な因果関係と科学的な因果関係との違い(144頁)等が勉強になった。ただし、第10章「政策選択と不確実性」は経済学・ゲームの理論の知識がないと難しいと思う。著者は、社会保障(法)研究者なので、法的規制の緩和論には批判的(89頁等)。フックス(アメリカの医療経済学)の主張も的確に引用(126頁:自由の限界効用も逡減,138頁)。

○特集「ケアの提供における個別指導をめぐるジレンマ」『社会保障研究』7巻2号:102-147頁,2022年10月。

…特集テーマについて、総論と個別3分野(高齢者介護=ホームヘルプサービス、障害者の自立生活、看護)別に、主に理論的に整理・検討。私は、「親族を中心とした家族によるケアの批判を原点としていた」自立生活(運動)が、現在は「家族を含む複数の主体の関わりによって『個別的配慮』を実現しようと」していることを知り、隔世の感(井口高志「障害者の自立生活における『個別的配慮』実践」)。理論研究好き・オタク向きの特集。

○平野久美子『異状死 日本人の5人に1人は死んだら警察の世話になる』小学館新書,2022年10月。

…2020年に著者の実母を含む近親者3人が「イジョウ(異状)死」扱いされたことにショックを受け、一般人の目線から、実母の死の真相と日本の死因究明制度の現状・問題点を執拗に追求・追及したノンフィクション。「異状死の異常な金銭考察」も行う。異状死を減らすためには、「日頃から…かかりつけ医を決めておく」必要があるとして、全国的にも高名な「プライマリー・ケアの達人」へのインタビューも実施。本書を読むと、日本の制度が欧米諸国に比べて大きく立ち後れていること、その中であって東京都監察医務院が「奇跡のような存在」であることが良く分かる。ただし、**副題はデタラメ**:本書4頁にも、年間死亡者145万人のうち、警察扱いは約17万(11.7%)と書いてある!誤嚥性肺炎の死亡は「死亡者全体の34.6%」は3.4%のトンデモ誤記(73頁)。

○福村雄一・他『ACPと切っても切れないお金の話』日経BP社,2022年10月。

…将来の医療ケア選択について話し合うACPの枠を超えて、将来の生活・お金選択について話し合うアドバンス・ライフ・プランニング(ALP)も含め、事例を多数盛り込んで書かれた実践書。経済の問題はACP(医療選択)に大きく影響するとして、医療介護福祉職が知っておきたい制度や法律(遺言、死後業務委任、任意・法定後見制度、家族委託)についても解説。**特にMSWには参考になると思う。**

○木澤義之・竹之内沙弥香・森雅紀「(座談会)踊り場に立つACP,今何が求められているか」『週刊医学界新聞』2022年11月7日1-3面(ウェブ上にも公開)。

…日本のACPの先駆者3人が、過去30年以上にわたるACPの理論・実践・実証の

試みを整理し、将来を展望。ACPは今まで何回か「曲がり角」を経てきて、最近では2020-2021年に米国の緩和ケア専門家(Morrison)がACPへの強烈な疑念を呈し、「ACPはいま踊り場にある」とされているとのこと。文献も詳しく紹介され、宮下惇氏等による最新の「日本版ACPの定義」(2022年)も解説。ただし、私は、3人の誰も現実の厳しい医療費抑制・患者負担拡大にまったく触れず、「理想的なACP」しか語らないことに違和感も感じた。

**+◎森雅紀・森田達也『Advance Care Planningのエビデンス—何がどこまでわかっているのか?』**医学書院,2020年10月。[「ゼミ通信」34号(2020年12月)で推薦。再掲]

…過去30年間に国内外で蓄積されたACPの知見を丁寧に解説。ACPの歴史、定義、エビデンス、最新の研究の動向を包括して学習できる。Part Iの1で「すべてののはじまりの古典をしっかりと理解する」ことを強調し、2「ACPの定義」で欧米だけでなく、アジアの研究も紹介—「アジアの中での多様性」&「家族中心の意思決定はアジアに限らない」(34頁)。Part V「ACPに関する日本の議論を整理するための[著者2人の]雑談」も深まっている。私は「おわりに」の森田氏のクールな見解に共感。類書と異なり、欧米偏重ではなく、アジア・日本の実践・研究に詳しく触れているのも良い。**終末期ケアの臨床家&研究者必読。**

**○坂口一樹・他「営利企業による医療法人の持分取得・経営支配 税務・会計専門家へのインタビュー調査から」**「日医総研リサーチレポート」No.134,2022年11月(ウェブ上に公開)。…近年、株式会社等の営利企業が医療法人の出資持分を保有し、医療機関の経営に影響力を及ぼしている事例が増えているとの認識に基づいて、その動機や背景事情の探索を目的として、2021~2022年に著名な税務・会計の専門家3人(謝辞欄に実名明記)の半構造化面接法によるオンライン・インタビュー調査を実施。調査結果の記載で、インタビューにおいて直接得た情報をゴチック体で示しているのは分かりやすい。「営利企業による出資持分保有は、持分なし医療法人への移行の阻害要因になる等、医業経営の非営利性・公益性の担保の障害になりうる」との指摘は重要。ただし、本調査では具体的事例は示されていない。最後に示されている「医業経営の非営利性・公益性の担保という観点から」の3つの提言のうち、「2. 営利企業から経営支配されている医療法人の実態把握」は、ぜひ日医総研で行ってほしい。私は数年前にこれを計画したが、個人での調査は不可能と分かり、断念した。

**○山口育子「患者の立場から考える“かかりつけ医機能”(発展編)(COMLメッセージNo.138)」**『COML』387頁:10-11頁,2022年11月15日。

…山口氏が『社会保険旬報』2022年9月21日号(20-25頁)に発表した同名論文の「発展編」で、以下の4つの柱立て:「議論のすり替えで登場した『登録制』」、「対象疾患や機能を一定レベルにした研修修了者の公表を」、「かかりつけ医の『合意制』を提案」、「すでにあつた『かかりつけ医』の診療報酬」。山口氏が一番強調しているのは3番目の柱と思われる。医療では一般には「患者の同意」が用いられる(例:インフォームド・コンセントの日本語訳は「説明と同意」=医師による説明と患者の同意—二木)。しかし、それでは「医療側が『同意を得る主体』となってしまう、結果的に形骸化しがちです。患者が主体になって選び、両者で

認識する“合意”が必要」と強調。この「同意」と「合意」の区別は、法律用語としても妥当と思う（「合意」：「当事者の全員の意思が一致（合致）すること。なお、類語の『同意』と異なり、当事者の一方が能動的で他方が受動的立場に立つことを必要としない」『有斐閣法律用語事典 第5版』2020, 328頁）。私（二木）の『文化連情報』2022年12月号論文を2回肯定的に引用。

○社会福祉法令研究会編（編集代表・古都賢一）『新版社会福祉法の解説』中央法規、2022年11月。

…古都氏が編集代表だった初版（2001）の21年ぶりの全面改定。1000頁を超える大著で、社会福祉法に関わる行政職や福祉法研究者は必携。第一編「社会福祉法の意義と改革の進展」は、厚生労働省の視点からみたこの間の改革の説明で、当然ながら法の問題点の指摘はない。第二編「社会福祉法逐条解説」は700頁を超え、各条項を詳細に解説。第3編は「参考資料」。私は法律の専門家ではないが、第1編55頁で、**社会福祉法第4条第1項の「地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会」により、地域共生社会が「定義された」と説明するのは、無理がある**と思う。その理由は以下の通り。①「地域共生社会」という用語は、第4条を含め、社会福祉法の全条文で一度も使われていない。②厚生労働省通知「『地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について』の改正について」（令和3年3月）中の改正社会福祉法の第4条第1項の解説も、「地域共生社会」について定義したとは書いていない。③厚生労働省の「地域共生社会」のHPでは、現在も、地域共生社会の定義として、2006年の閣議決定「ニッポン一応総活躍プラン」の定義が書かれている。④第2編104-105頁の第4条第1項の「解説」も、この条項で地域共生社会を定義したと書いていない。⑤古都氏は講演録「これからの地域共生社会と地域福祉」で、第4条の意義を強調しているが、それにより地域共生社会が定義されたとは説明していない（『社会保険旬報』2021年1月21日号：26-32頁）。（以上は、友人の厚生労働省事務官（現役・OB）と社会保障法研究者合計5人に問い合わせた上でまとめた）。仮に第4条第1項の上記記述（35字）が地域共生社会の定義だとしても、それは社会福祉の枠内の狭い定義であり、しかも「地域包括ケアシステム」の包括的定義（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第2条第1項。154字）と比べると、あまりに貧弱。

○無署名「法令における用語の定義」参議院法制局HP（2020年4月に編集・執筆）。

…参議院法制局の若手・中堅職員有志が編集執筆。「法令におけるその用語の定義方法としては、大きく分けて、用語の定義のための規定を特に設ける方法と法令の規定中で括弧を用いて定義を行う方法とがあります」等、簡潔に解説。本文献は上記社会保障研究者に教えていただいた。

+○法制執務・法令用語研究会『条文の読み方 第2版』有斐閣、2021年3月（初版2012年）。

…衆議院法制局の有志（？）が、法律の「構造」と法制執務用語の読み方（特に類似用語の使い分け）について、簡潔に説明。**医療・福祉・経済系の研究者で、法文を読む機会が多いが、条文についての基礎知識は不十分な方は必読**。「法制執務における用語の

数々は、私たちの日常用語とは少し異なる独自の世界を持っている」ことが良く分かる。本書初版の書評で「法文は、論理的に明晰な文章の一つの見本」と書いていたものがあつたが、本書を読むとそれは過大評価で、時には「意味やまとまりで文章の構造を解説する」、「文章の内容から判断する」必要があることが分かる（初版 31,34 頁）。

○上田敏「総合リハビリテーションを考える」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine リハビリテーション医学』59(11)：1131-1136 頁,2022 年 11 月。

…「リハビリテーション」の本来の意味が「権利の回復」であることを説明した上で、障害者の「全人間的復権」を目指す「総合リハビリテーション」の歴史と現状、各分野の歩みを簡潔に概観。「総合リハビリテーション」は従来は、「医学」・「職業」・「社会」・「教育」の 4 つからなるものと考えられてきたが、現在では「工学」をはじめ、「介護」、「一般医療」、「行政」、「インフォーマル・サービス」、「ピア・サポート」などが加わり、ますます「総合的」なものになってきている。

○特集「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築—OTにはなにができるか」『作業療法ジャーナル』2022 年 12 月号：1307-1341 頁。

…藤井千代氏の総論（巻頭論文）を含めて 6 論文。「編集後記」（長野敏弘氏。1390 頁）には、「**精神障害者にも**」という表現が導入された経緯が書かれており、貴重：2016 年から 1 年間、厚生労働省で開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」で、検討会の構成員の長野氏が、2016 年 9 月 30 日、「検討会の構成員として、『精神障害』独自で高齢者等のそれとは別の地域包括ケアシステムの構築が進められることのないよう、何とかインパクトのある言葉を残したかった。そこで『にも』と入れましよう」と提案し、「その 3 年後『精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する検討会』が開催された。

○高橋祐輔「2022 年度診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について—回復期・働き方改革関連等」『WAM』2022 年 11 月号：20-27 頁。

…福祉医療機構の貸出先の病院に 2022 年診療報酬改定の影響等に関するアンケート調査を実施し、回答のあつた 335 病院（地域包括ケア 208 病院、回復期リハ 125 病院。すべて非公立）の状況を集約。

○特集「検証 2022 年診療報酬改定」『病院』2022 年 12 月号：1015-1021,1030-1091 頁。

…2 年ごとの恒例の特集。論文 12 本と巻頭対談。城守国斗・太田圭洋氏の対談は 2022 年診療報酬改定の内容とプロセスの問題点を多面的に示し、看護の処遇改善の財源に「診療報酬を充てるべきではなかった」と主張。織田正道「**通院困難な高齢者にオンライン診療は有用**」（1052-54 頁）は地域密着型の中小病院がオンライン診療を進める上で示唆に富む：同病院（111 床・急性期一般入院料 1。機能強化型在宅支援病院）はオンライン併用の在宅や外来患者を 800 人（!）も抱えており、7 診療科 20 人の医師がオンライン診療に従事している。その経験に基づいて、「地域密着型病院においては、自力で通院困難な高齢者の増加や、新型コロナウイルス感染拡大に伴う受診控えなどへの対応として、オンライン診療 [と訪問診療の組み合わせ—二木] は有用」と強調。ただ

し、初診からのオンライン診療は原則行わず、基本的に従前より医師との信頼ができて再診の患者に限っている。石渡勇氏らは「不妊症の保険適用とその問題点」を具体的に指摘。「病院種別の改定影響」（5本）は、仲井培雄氏、岡本隆嗣氏、池端幸彦氏ら斯界の論客が執筆。「総論」に厚生労働省、財務省担当者の論文と共に、私の『文化連情報』2022年7月号掲載論文「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」も転載。

○特集「2022年度診療報酬改定は入院医療をどう変えた？その影響を探る」（豊川琢・他）『日経ヘルスケア』2022年12月号：22-40頁。

…総論では、2022年度診療報酬改定の影響を天気で表し、「高度急性期は『晴れ』、一般急性期は『曇り』、急性期後・軽度急性期（地域包括ケア病棟）は『嵐』、回復期（回復期リハビリテーション病棟）は『雨』、慢性期は『曇り』と評価。各論では、上記病院機能別に対応事例を紹介。

○レポート「注目集まる急性期病棟の介護職の役割」（坂野日向子）『日経ヘルスケア』2022年12月号：50-55頁。

…それぞれの地域で急性期医療を中心的に担っている3病院（石川・恵寿総合病院、長野・相澤病院、福岡・済生会福岡総合病院。いずれも400床前後）における介護職の本格的導入について詳細にレポート。恵寿総合病院は看護部と対等な「介護部」を創設し、相澤病院は独自の院内認定介護員制度で無資格者を育成し、済生会福岡総合病院は看護師と介護福祉士等がチームを組んで病棟を運営。

○松田晋哉「（講演録）「With コロナ時代の病院経営～地域包括ケアシステム実現のための中小病院の役割～」『民医連医療』2022年12月号：38-43頁。

…松田氏が継続して分析しているDPCデータと全国の先進医療機関の現地調査から得た知見を紹介しながら、今後の民間中小病院の役割を具体的に提起。今後の人口高齢化に伴う「医療介護ニーズの複合化」に対応して、「医療・介護、入院、入所、在宅を柔軟に支える病院を中核とした医療介護複合体がとて重要」であることを強調し、「これから高齢者の貧困問題が大きな課題になり…貧困な高齢者を地域でどう支えていくか」が新しい課題だと提起。

## C. コロナ関連

○仲田泰祐・藤井大輔『コロナ危機、経済学者の挑戦 感染症対策と社会活動の両立をめざして』日本評論社, 2022年9月。

…仲田氏と藤井氏（共に東京大学大学院経済研究科所属）が率いる研究チームは、新型コロナウイルス「感染症コロナ対策と社会活動の両立」を模索する際の参考資料となるデータ分析・モデル分析を2021年1月に発表し、それを毎週更新することにより、メディアや政策現場、一般の人々に大きな影響を与えた。本書はその多面的な分析のエッセンスと活動の経緯を、『経済セミナー』編集部によるインタビュー形式でまとめた貴重な「歴史の証言」。全9章。第2章の「数理モデルと政策分析」では、経済学ではスタンダードとなっている「最適化問題」を敢えて除いたシンプルなモデルで分析する方が、政策判断に役立つ情報をタイムリーに出していたことを強調（27頁）。この研究が、「未来予測」（prediction）ではなく、「シナリオ分析」（projection）であり、政策提言よりも判断材料の提供・選択肢の提示に重点を置いている

ことも繰り返し強調。第5章「五輪分析に込めた思い」、第6章「メディアとの対話」、第7章「政策現場との対話」は臨場感に溢れている。私も、仲田氏が認めるように、「コロナ対策全般として経済学者のプレゼンスは薄い」（171頁）と思っているが、仲田・藤井チームの研究は経済学をベースにした数少ない「生きた」政策分析・政策研究であると知り、感銘を受けた。仲田氏が、「分かりやすく伝える」ために徹底した工夫を行い続けたことに感嘆した（10頁等）。

**○無署名（読売新聞社会部・医療部担当）「コロナ警告アラート 医療の狭間①～⑤」**「読売新聞」2022年11月11～13, 15～16日朝刊（社会面）。

…多くの医療機関・医療従事者等へのていねいな取材に基づいて、日本のコロナ対応の課題と困難を多面的に報じており、新聞の今年のコロナ記事のベストワンと言える。私が一番注目したのは、記述のほとんどが病院医療の抱える課題と困難にあてられ、診療所についての記述は③の5段目にチラリと触れられているだけだったこと。このことはコロナ対応の主役が病院である以上当然だが、平時にかかりつけ医制度が整備されていれば、コロナ禍にも十分対応できたとの主張が絵空事であることを雄弁に示している。もう一つ、④で病院の平時の「余力」の重要性を強調していることに、大いに共感した。この点は、コロナ感染爆発時には、医療関係者だけでなく、厚生労働省高官や河野太郎担当大臣も強調していたが、現在ではほとんど忘れられている。ただし、個々の記述には異論もある。例：①で日本は「急性期だけで100万人近い」「ベッド大国」と書いているが、100万床近いのは「一般病床」で、これには急性期病床だけでなく、回復期病床を含む。

#### **D. 政治・経済・社会関連**

**○渡部努『世界インフレの謎』**講談社現代新書, 2022年10月。

…著者は日本銀行勤務を経て、現在東京大学大学院教授。前著『物価とは何か』（講談社, 2022年）で、2022年日経経済図書文化賞受賞。全5章。第1章では、現在の世界インフレの原因は戦争（ソ連のウクライナ侵攻）ではなく、真犯人はコロナ・パンデミックであると示唆し、「より大きな、深刻な謎」として、「フィリップ曲線」（失業率とインフレ率のトレードオフを示したチャート）がもはや神通力を失ったことを示し、世界経済のメカニズムが変化しつつあると主張。第2・3章で、経済学者を翻弄した、コロナ「『後遺症』としての世界インフレ」を多面的に分析。第4章では「日本だけが苦しむ『2つの病』—デフレという慢性病と急性インフレ」を分析し、「価格凍結の根本的な原因は、消費者の『インフレ予想j』が低すぎる』こと」にあるとの説明（181頁）。第5章「世界はインフレとどう闘うのか」は思考実験的。本書を読むと、コロナ・パンデミックが日本と世界の経済に与えた影響を歴史的・理論的に理解できる。著者は、パンデミック後に著者を含めた経済学者が犯した「間違いや見落とし」・「読み違え」も率直に書いており、「知的正直」を感じた。