

2022.6.1(水)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 215 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/>。

215号の目次は以下の通りです(33頁)

1. 講演録：石川誠さんの業績－回復期リハビリテーション病棟を中心に（『回復期リハビリテーション』2022年4月号(21巻1号(通巻80号))：13-22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195回：2022年分その3：9論文) ……14頁
 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…20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13回) …23頁
- 番外：日本医療経営学会第14回夏季医療経営セミナー(6月11日)(再掲) …33頁

お知らせ

論文「私は2022年度診療報酬改定の何が問題と考えるか?」を『日本医事新報』2022年6月4日号に掲載します。本「ニュースレター」216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. 講演録：石川誠さんの業績－回復期リハビリテーション病棟 を中心に

(2022年2月5日回復期リハビリテーション病棟協会第39回研究大会 in 東京・追悼講演。
『回復期リハビリテーション』2022年4月号(21巻1号(通巻80号)) : 13-22頁)

「一人では何もできません。しかし、先ず一人が始めなければならないのです」
(岸田國士『泉』角川文庫,1951,276頁)

はじめに－『回復期リハビリテーション』石川誠さん追悼号を読んで

私は『回復期リハビリテーション』20巻3号(2021年10月)の「追悼 石川誠」(以下、「追悼号」)を読んで、石川さんの業績が実に多面的であること、及び石川さんがいかに多くの人びとから信頼され、愛されていたかに、改めて圧倒されました。本講演では、石川さんのたくさんの業績のうち、回復期リハビリテーション病棟に限定して、お話しします。

「追悼号」で多くの方が指摘しているように、石川さんの最大の業績・功績は回復期リハビリテーション病棟の原型を提唱し、その制度化と普及と質の向上を主導したことであり、石川さんは回復期リハビリテーション病棟の「生みの親」と言えます(澤村,大田,浜村。「追悼号」9-11頁)。

しかし石川さんは謙虚な方で、論文でこのことを書いたことほとんどありませんでした。しかも回復期リハビリテーション病棟が2000年に創設されてすでに20年以上経つため、若いリハビリテーション関係者には石川さんの業績も、回復期リハビリテーション病棟が創設された経緯も知らない方が増えていると聞いています。本講演では、石川さんの論文・講演録・インタビュー、日本リハビリテーション病院(・施設)協会と回復期リハビリテーション協会と厚生労働省の各種報告書、リハビリテーション関係者や厚生労働省担当者の証言記録、及び当時の事情を知る人びとへの聞き取り調査に基づいて、この「歴史の空白」を埋め、石川さんの追悼に代えたいと思います。講演では、リハビリテーション関係者の「必読文献」と私が考える石川さんの3論文も紹介します。

以下、見出しに示した7つの柱を建てて述べます。これにより、回復期リハビリテーション病棟制度化の経緯と石川さんが果たした役割を示すだけでなく、回復期リハビリテーション病棟がリハビリテーションの枠を超えて、日本の医療政策、特に医療提供体制の改革に貢献したことを明らかにします。最後に、石川さんの2019年の「遺言」的講演と昨年5月に亡くなる直前の2つの言葉を紹介します。

1 回復期リハビリテーション病棟につながる近森時代の3つの業績

まず、後に回復期リハビリテーション病棟に結実した、石川さんの医療法人近森会・近森リハビリテーション病院時代の業績を3つあげます。

第1の業績は、1986年に近森病院に赴任し、同病院でリハビリテーションを開始すると同時に、「地域リハビリテーション」も始めたことです。その3年後の近森リハビリテーシ

オン病院開設は、石川さんにとって「医療法人近森会の〔地域〕リハビリテーション医療システム」づくりの一環だったと言えます（石川等 1995,石川 1996a）。

私が特に注目したのは、石川さんが 1996 年の論文で「地域リハビリテーションは医療機関を含めたトータルなリハビリテーションシステムの中に位置づけて実践するものではないか」と書いていることです（石川 1996a）。私も、1980 年代に、当時勤務していた東京の代々木病院での脳卒中患者のリハビリテーションの経験に基づいて、「地域ケアシステムの中で病院は中心的な役割をもつ」と主張していたので大いに共感しました（二木・上田 1987:209 頁）。

第2の業績は、1989 年に近森リハビリテーション病院を開設し、都市型のリハビリテーション専門病院のモデルを作りあげると共に、病院全体での P P C（progressive patient care. 段階別患者看護）と P T・O T・S Tの病棟配置を実現・実施したことです。P P Cは 1992 年に「独自の看護業務調査」を行って導入し、P T・O T・S Tの病棟配置は 4 年がかりで 1996 年に実現しました。病棟内 P P Cや P T・O Tの病棟内訓練の先例はありました（二木 1980,1987,大川・上田 1990）。例えば、私が勤務していた東京・代々木病院では、1978 年に 30 床のリハビリテーション病棟を開設した時、患者が個室→重症部屋→軽症部屋に移行する病室単位の P P Cを採用しました。しかし、両方を病院全体で導入したのは全国初と言えます。この点については、河本のぞみ・石川誠『夢にかけた男たち』（1998）が活写しています。

第3の業績は、石川さんが、「非営利組織としての医療経営」の成果（利益ではなく使命の達成）について原理的に考察すると共に、職員一丸となって近森リハビリテーション病院の経営改善に注力し、同病院の経営を黒字化したこと、しかも自院の経営情報を雑誌論文で公開したことです（石川 1996a）。私はこの基礎にあるのは、石川さんの超絶経営能力と徹底した情報公開の精神だと思えます。

この点についての私自身の経験は「追悼号」の「第2の思い出」として以下のように書きました。＜その後、石川さんにお会いしたのはほぼ 10 年後の 1994 年 10 月 15 日に、近森リハビリテーション病院で講演をさせていただいた時です。私は講演前に石川さんをお願いして、同病院の診療実績や経営実績等の資料を送っていただいたのですが、詳細なデータに加えて的確な経営分析がなされていることに舌を巻き、同病院にはよほど優秀な事務幹部がいるのだと想像しました。そこで石川さんにお尋ねしたところ、すべての資料は石川さん個人が作成されたとのことで、石川さんの情報収集・分析能力に驚嘆しました。しかも、石川さんからはそれらの情報の「何を使われてもご自由です」と言われてまた驚きました。当時は、各病院の経営情報は「秘中の秘」と言われていた時代で、石川さんの徹底した情報公開の姿勢に清々しさを感じました。＞（「追悼号」12 頁）

鈴木康裕氏（厚生省老人保健福祉局老人保健課筆頭課長補佐・当時）も、近森リハビリテーション病院を見学した時、石川さんが「まったく隠すことなく、あらゆるデータとご自分の分析と将来ビジョンを、ものすごい熱量で語り続け」と述懐されています（「追悼号」15 頁）。この面での石川さんの必読文献は「リハビリテーション医療経営の考え方」です（石川 1996b）。

ただし、当時石川さんは病院の「雇われ」院長であり、石川さんの先駆的活動を「黒子に徹して」（河本等 1998）支えたのが近森正幸理事長であることを忘れるわけにはいきません。

近森理事長は、リハビリテーション病院開設と並行して、近森病院（本院）を「選択と集中で急性期病院機能を絞り込み、医療の質と労働生産性向上を図」り、近森会を「高度急性期から急性期、リハビリテーション、在宅まで 792 床」の「全国リーグ」の病院グループに成長させました（中村等 2017,近森 2021）。

2 回復期リハビリテーション病棟の萌芽－2つの歴史的報告書

次に、回復期リハビリテーション病棟の萌芽とも言える2つの歴史的報告書について述べます。それらは、日本リハビリテーション病院協会編の「リハビリテーション医療のあり方（その1）」（1995）と「その2」（1996）です。

この報告書は、発表直後はリハビリテーション病院業界で大きな注目を浴び、石川さんをはじめ多くの指導的リハビリテーション医が著書や論文で、なんども引用しました。しかし、その後は長く「幻の文書」になっていました。私は本講演のために多くの方に問い合わせようやく両報告書を手し読んだのですが、その先駆性に驚嘆し、歴史的な文書と感じました。以下、回復期リハビリテーション病棟の萌芽と言える提案に限定して紹介します。

「その1」の第1部「リハビリテーション医療施設の位置づけ」は「リハビリテーションケアユニット」を提唱しました。そのポイントは、「病棟及び訓練室を含めて医師・看護・PT・OT等のスタッフを一つのユニット」とすること、及び充実した看護体制（患者：看護要員＝2：1以上の人員）です。

「その2」の第1部「リハビリテーション医療施設の位置づけ」は「その1」を発展させ、「リハビリテーション専門病床群（仮称）」を提唱しました。ここでは、新たに次の2つの「概念」が示されました。「①可能な限り発症から早期に、回復期の総合的リハビリテーション医療をチームアプローチのもとで開始する病床群とする。②あくまで自宅復帰を目指す病床群であり、さらに効果的・効率的なリハビリテーションによって在院日数の短縮化に努力する病床群とする」。そして、その「具体像」として、手厚い看護体制（看護婦・補助者を加えて1.5対1）、PT・OT・ST・MSWの「病棟配属」、ナースステーションの「スタッフステーション」への変更等が提案されました。

そして、これらの「概念」と「具体像」の多くは2000年の回復期リハビリテーション病棟で実現しました。

実は、両報告書の本文には、石川さんの個人名も、近森リハビリテーション病院の名前も出てきません。しかし、これらの提案は、石川さんの近森リハビリテーション病院での実践と実績をベースにしていました。その根拠は以下の5つです。

①石川さんは、提案を行った両報告書第1部を担当した「診療報酬等対策委員会」委員長でした。②報告書に書かれている「老人のリハビリテーション医療の流れ図」は、石川さんが個人論文で何度も示していた、いわば十八番の「医療法人近森会のリハビリテーション医療システム」図とほぼ同じでした（石川 1995,1996a,b）。③「その2」で提案されたリハビリテーション専門病床群の「概念」「具体像」は近森リハビリテーション病院をモデルとしていました。④石川さん自身も、論文で1回だけ、「筆者はリハビリテーション専門病床群制度の創設を主張している」と書いていました（石川 1997b）。⑤これは、ごく最近入手した資料ですが、「リハビリテーション医療のあり方（その1）」発表直後の1995年6月に開かれた上記診療報酬等委員会に石川さんが近森リハビリテーション病院院長名で提出し

た「入院リハビリテーション施設基準のあり方」に、「回復期リハビリテーション強化病棟（病床群）のあり方」が詳細に示されており、しかもその「施設基準」（人員配置、看護体制等）は近森リハビリテーション病院をモデルにしていました。

当時の厚生省担当者ー老人保健福祉局老人保健課長の西山正徳氏と同課筆頭課長補佐の鈴木康裕氏ーも、後に回復期リハビリテーション病棟制度化前に、近森リハビリテーション病院を訪問し参考にしたと証言しています（西山 2019、鈴木「追悼号」15 頁）。

石川さん自身も 2017 年と 2018 年のインタビューで、介護保険制度開始前に、「厚生労働省の方がたくさん」「何十人（！）もいらして」近森リハビリテーション病院を見学し、「介護保険を使う前にできるだけリハビリでよくして、あまり重度にならないような仕組みが必要」で、そのためには「近森リハビリテーション病院のような病棟を制度化すればいいんじゃないか」というので、回復期リハ病棟が生まれた」と述べています（石川 2017,2018）。

石川さんや日本リハビリテーション病院協会は、当初、医療法第 4 次改正でリハビリテーション専門病床を位置づけることを目指しましたがそれは時期尚早・困難とされ、1997 年以降は診療報酬上の特定入院料としての位置づけを要望しました。残念ながらそれは 1998 年改定では実現しませんでした。石川さんはその後もリハビリテーション専門病棟の必要性を、論文で、および厚生省担当者に直接、粘り強く訴え続けました。この点についての必読文献は「回復期リハビリテーション病棟成立の背景」です（石川 2001）。

3 回復期リハビリテーション病棟の制度化は 1999 年後半に一気に進んだ

三番目に、回復期リハビリテーション病棟の制度化は 1999 年後半に一気に進んだことを述べます。この点について、石川さんの第一の「戦友」である浜村明德さんが、以下のように証言しています。「…流れが変わったと感じたのは、1999 年。そして、そのときの暮れ、まさに誕生の直前ですけれども、『浜村、回復期リハビリテーション病棟、開設されるのは間違いないよ』と [石川さんからー二木] 電話がかかってきたのを覚えています」（浜村・他 2021）。

ここで私が強調したいのは、回復期リハビリテーション病棟の制度化には 2 つの政策的追い風があり、石川さんはそれらに機敏に対応したことです（石川 2001+私の文献調査）。

第 1 の追い風は、2000 年度に開始された介護保険制度の検討過程では、「リハビリテーション前置主義」が掲げられたことです。例えば、医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・高齢者保健事業の在り方に関する専門委員会「高齢者保健事業の在り方に関する意見」(1999 年 7 月)の「地域リハビリテーション対策について」の項で、「『寝たきりは予防できる』ということに関する普及啓発に加えて、リハビリテーション前置主義（脳卒中など要介護状態の原因となる疾患にかかった者が、病状が安定する時期にいたるまでの過程において適切なリハビリテーションをうけられるようにすることを重視する立場）の実践に重点を置き（以下略）」と書かれました。

石川さんは、これに早くから着目し、1997 年から、介護保険における「リハビリテーション前置主義」を実施するためにはリハビリテーション専門病棟が必要であることを精力的に主張しました（石川 1997b,1998,1999a,2022:13-14 頁）【注 1】。

第 2 の追い風は、医療審議会「医療提供体制の改革について（議論のためのたたき台）」(1998 年 12 月)が「参考資料 1」で、「急性期病床」と「慢性期病床」の中間に、診療報

酬面で「リハビリテーション施設等」を位置づけたことです。

このことは報告の本文にはまったく書かれず、図にチラリと書かれていただけだったので当時ほとんど注目されず、私も気づきませんでした。しかし、石川さんはすぐこれに注目し、日本リハビリテーション病院・施設協会として、厚生省に「特定入院料として回復期リハビリテーション治療病棟の新設を要望」しました（石川 1999a）。

私は、2000 年度診療報酬改定で特定入院料の 1 つとして、回復期リハビリテーション病棟が新設されたのは西山正徳老人保健福祉局老人保健課長の「豪腕」によるところが大きいと判断しています。実は、第 1 の追い風とした「リハビリテーション前置主義」は厚生省内でも合意されていなかっのですが、西山氏はその徹底も主張していました（西山 2001）。そして、西山氏を中心とした厚生省老人保健福祉局の担当者と石川さんは強い信頼関係で結ばれていました。その大前提は、石川さん及び日本リハビリテーション病院協会が、厚生省の求めるデータを、都合の悪いデータも隠し立てせず、すべて迅速に提供していたことです（鈴木、園田。〔追悼号〕15,54 頁）。

当時日本リハビリテーション病院協会会長だった澤村誠志先生も「石川先生の厚労省との強い信頼関係を基本に、2000 年 4 月、介護保険と同時に回復期リハビリテーション病棟が出発した」と述懐されています。澤村先生は、「日本整形外科学会などで義肢装具の制度改革や義肢装具士の国家資格を獲得するため常に中央省庁との良好な連携を保つ必要性を感じ」ており、石川さんにそのノウハウを伝授したそうです（澤村「追悼号」8 頁、石川 2018）。

先ほど述べた石川さんの「戦友」の浜村明徳さんは、回復期リハビリテーション病棟の「3 本柱の『ADL の向上、寝たきりの防止、家庭復帰』に、機能訓練だけにとらわれず、これからのリハ医療のあり様を整理した石川さんの先見性が見て取れる」と評価しています（「追悼録」10 頁）。私もまったく同感です。

なお、回復期リハビリテーション病棟で使用が義務づけられた詳細な「リハビリテーション総合実施計画書」には、大川弥生さんの研究が寄与しました。しかもこれは、後の ICF（国際生活機能分類）の原型となった 2000 年の「WHO 国際障害分類改定案」を踏まえていました（大川 2001, 則安・他 2001）。

4 回復期リハビリテーション病棟は「小さく産んで大きく育」った

今から考えると信じがたいことですが、回復期リハビリテーション病棟は、2000 年度診療報酬改定ではほとんど注目を集めませんでした。例えば、専門誌（『社会保険旬報』）における診療報酬改定に対する厚生省担当者・関係団体の談話で、それに言及・「注目」したのは西澤寛俊全日病副会長だけでした（西澤 2000）。

石川さん自身も、当初から「小さく産んで大きく育てる」ことを考えていたようです。実は、回復期リハビリテーション病棟の新設直後は、施設基準が「厳しすぎる」との指摘が多かったし、私も、「承認基準（人員と構造設備）が一般の慢性期病床よりはるかに厳しくなるのは確実であり、その承認を受けられるリハビリテーション病院はごく限られる」と予測しました（二木 2000）。それに対して、石川さんは逆に、施設要件は日本リハビリテーション病院協会の「要望案よりも低く設定された」と判断していました（石川 2000, 2001）。

このように回復期リハビリテーション病棟の施設基準はきわめて厳しかったため、その算定病院は当初伸び悩み、2001 年 1 月にはわずか 64 病院（72 病棟 3326 病床）にとどま

りました。このような「いまだ全国的普及には程遠い状況」にあったにもかかわらず、石川さんは「全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会設立準備会」代表として、協議会の設立に奔走しました。そして協議会は2001年1月に設立され、大田仁史先生が会長、石川さんは常務理事に就任しました（川上2001）。

その後、石川さんは常務理事、会長、相談役として協議会を牽引しました。驚くべきことに、石川さんは回復期リハビリテーション病棟連絡協議会（2012年から回復期リハビリテーション病棟協会）での2002～2018年の診療報酬・介護報酬改定の解説をほぼ一人で行い続けました（『回復期リハビリテーション』各号）

ここで私が強調したいことは、石川さんが早くから、回復期リハビリテーション病棟の質の向上を強調していたことです。2005年からは、論文で常に「量的整備」と「質的整備」の両方を強調し始めました（石川2005）。しかもそのことを一般的に強調するのではなく、回復期リハビリテーション病棟とそこで働く職員のレベルアップのための「研修会」を一大規模なものから「車座」講習会まで、幹部向けのものから各職種別のもので—精力的に開催し、そのほとんどで「基調講演」を行いました（『回復期リハビリテーション』各号）。

5 回復期リハビリテーション病棟は急性期・慢性期の病床区分を変えた

ここで視点を変え、私が専門とする医療政策研究の視点から、回復期リハビリテーション病棟が厚生省の急性期・慢性期という病床の伝統的2区分を変えたことを指摘します。

厚生省は、2000年の第4次医療法改正では、旧一般病床を「新・一般病床」（急性期病床ではありません）と「療養病床（慢性期病床）」に二分しただけで、その中間の病床を位置づけませんでした。現在でも、医療法上はこの点は同じです。

しかし、「医療提供体制の改革の基本的方向」（2002年8月）の「参考・病院病床の機能分化（イメージ）」図（今回も本文ではありません）では、急性期と長期療養・在宅療養の中間に初めて「回復期リハ」を位置づけ、しかもそれは一般病床と療養病床の両方を含むとしました。これ以降、病床の機能別3区分が定着し、2015年の地域医療構想につながったのです

中間的病床は一時「亜急性期」とされましたが、現在は「回復期」とされ、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟等が含まれるとされています。しかも、2025年に向けて高度急性期・急性期・療養病床の削減が目指されているのと逆に、回復期病床のみは、2013年の11.0万床から2025年の37.5万床への大幅増加が目指されています（二木2015）。

回復期リハビリテーション病床は、民間病院中心に激増し続け、2021年3月で91,030床になり、一般病床・療養病床総数（1,176,863床）の7.7%を占めるに至っています。石川さんは、すでに2001年に、「回復期リハ病棟は医療施設の機能再編成の切り札的存在」と予言し、「理論的根拠は乏しいが、筆者の推計では、人口10万人に80床程度（全国に約10万床）の回復期リハ病棟が機能することが必要と考え」ていました！（石川2001）。その先見性は驚嘆的です。

なお、石川さんは、2003年からは「全国に人口当たり最低でも50床〔合計6万床—二木〕が必要」と「下方修正」し、これが回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の公式の「整備目標」にもなりました（石川2003）。そして、この目標は石川さんが2007年に行った予測通り、2011年に達成されました（60,206床）（石川2007）。

6 回復期リハビリテーション病棟の誕生と驚異的増加は民間病院の活力の現れ

もう一つ、医療政策研究の視点から、回復期リハビリテーション病棟の意義を述べます。それは、回復期リハビリテーション病棟の誕生と驚異的増加は民間病院の活力の表れと言えることです。

私は、日本の医療提供体制の研究に基づいて、以前から、以下の2つを指摘しています。1つは、「日本の医療・福祉改革は、厚生省が法律を通し、医療・福祉施設がそれに従うという単純な上下関係にはなく、一部の医療・福祉施設が先進的活動を展開し、それを厚生省が後追的に政策化してきた側面も無視できない」ことです（二木 2001）。もう1つは、医療機関の「活力」には「創造的活力」と危機に際して「生き延びる」という意味での活力の2つがあり、創造的活力を持つ医療機関はごく限られているが、「生き延びる」という意味での活力はほとんどの医療機関が持っていることです（二木 1991,2012）。

私はこのことは、リハビリテーション医療で特に顕著だと判断しています（二木 2011）。その典型が回復期リハビリテーション病棟と地域リハビリテーションです。

人並み外れた「創造的活力」を持っていた石川さんは、リハビリテーション医療の枠を超えて、民間病院全体の救世主になったと言えます。仮に回復期リハビリテーション病棟が制度化されていなかったら、民間中小病院の相当数は現在とは桁違いの経営困難にあえぐか、閉鎖・施設への転換を余儀なくされていたと言えます。

7 補足：回復期リハビリテーション病棟の2つの副次的効果と「生活リハビリ」

本文の最後に、補足的に、3つのことを指摘します。それらは回復期リハビリテーション病棟の2つの副次的（波及的）効果と、石川さんが1995年から「生活リハビリテーション」という用語を使っていたことです。

(1)第1の副次的効果：理学療法士・作業療法士過剰時代の到来の先送り

2000年前後には理学療法士・作業療法士は21世紀前半に過剰になると予測されていましたが、回復期リハビリテーション病棟創設で両者の需要・職場が激増し、過剰問題は先送りされました。

医療従事者の需給に関する検討会の理学療法士・作業療法士需給分科会の2000年11月「意見書」は、「需要と供給は平成16年〔2004年〕以降2年から3年に均衡に達し、理学療法士、作業療法士が過剰になると予測していました。石川さんが中心になってまとめた「リハビリテーション医療のあり方（その1）」はその5年前（1995年）に、「今後急速にPT・OT等のスタッフは養成されて、むしろ供給過剰になってくる懸念さえ抱かれている。雇用難を理由に低レベルのリハビリテーション医療の制度を作ることは禍根を残す」と先駆的に指摘していました。

それに対して、理学療法士・作業療法士需給分科会の2019年4月の「理学療法士・作業療法士の需給推計について」は、「PT・OTの供給数は、現時点においては、需要数を上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍となる結果となった」と述べました。

(2)第2の副次的効果：旧「老人病院」の質の向上

1990年代までは本格的（治療的）リハビリテーションは一般病床で行うのが常識でした。それに対して、石川さんは療養病床の方が経営効率が良いことを発見し、1995年1月に近森リハビリテーション病院の**全病床を一般病床（特3類）から療養病床に転換**しました（川添昂 1995）。そのためか、「リハビリテーション医療のあり方（その1）」では、病棟は「療養型病床群を最低基準」とするとされました。ただし、これは物理的基準で、すでに述べたように看護体制は2対1とされました。これは回復期リハビリテーション病棟でも踏襲されました。

石川さんはまだリハビリテーション専門病床群（仮称）の構想段階から、「この新たな制度には療養病床に取り組んでいる病院の参入が不可欠だ」と力説していたそうです（斉藤「追悼号」11頁）。それが大きな誘因となって、かつて「老人病院」と言われていた収容型の療養病床の相当部分が回復期リハビリテーション病棟に衣替えし、老人医療の質が向上したと言えます（藤田「追悼号」66頁）。

先に述べたように、回復期リハビリテーション病床の一般病床・療養病床合計に対する割合は7.7%です。しかしこの割合は一般病床と療養病床とで大きく異なり、一般病床では4.5%ですが、医療療養病床ではその割合は19.0%に達しています（回復期リハビリテーション病棟協会 2021、厚生労働省「病院報告」から計算【注2】）。

(3)石川さんは1995～1997年に「生活リハビリ」を用いていた—私の最近の発見

私は、最近、「『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る」という論文を発表し、その執筆過程でこのことを発見しました（二木 2022）。「維持期リハビリテーション」という用語は、厚生省が1996年以降、介護保険制度創設を見込んで意識的に使い始めました。しかし、この用語は、2010年以降、厚生労働省主導で徐々に「生活期リハビリテーション」に変更されました。

それに対して石川さんは、1995-1997年に「維持期リハビリテーション」のうち在宅でのリハビリテーションを「**生活リハビリテーション**」と名付けていました（石川 1995,1996,1997）。しかも、「維持期リハビリテーションとは、生活障害のある高齢者や障害者がその生活の拠点において継続的に安全でかつ安心でき、質の高い生活が送れるようリハビリテーションの立場から支援していく活動」と定義しました（石川 1996a）。これは、その後の「生活期リハビリテーション」に通じる先駆的説明と言えます（二木 2022）。

おわりに—石川さんの2019年の「遺言」的講演と最期の言葉

石川さんの「遺言」的講演とは、回復期リハビリテーション病棟協会第33回研究大会の基調講演「**『情熱』を推進力として改革を積み重ねる回復期リハ病棟**」です（石川 2019）。これは私が推奨する石川さんの第3の必読文献なので、少し詳しく紹介します。

石川さんはまず、回復期リハ病棟での実践に必要なリハ・マインドとして、以下の5つのスピリッツをあげました。①正しさを追求する精神、②チャレンジ精神、③損得抜き精神、④障がいをもっている方々とともに歩む精神、⑤チームアプローチ。

次いで、5つのスピリッツで取り組むべき今後の大きな課題として、以下の4つをあげました。①人材育成、②チームアプローチの追求、③退院後のリハサービス支援、④地域社会へのアプローチ。その上で、「この4つをやっても決して収入が上がるわけではない。しか

し、これをやらなければ、将来先細りになる。目先の利益にとらわれず、まさに損得抜きで実践する必要がある」と力説しました。

講演の終わりに、石川さんは「『鉄は熱いうちに叩け』というが、私は『鉄は“熱くして”叩け』と申し上げたい。スタッフが熱くなって燃えなければ、回復期リハ病棟はうまくいかない」と情熱的に語りかけました。水間正澄輝生会理事長によると、「鉄を熱くすること」は石川さんの「口癖」だったそうです（石川・水間 2022:序文）。

もう 1 つ皆さんにお知らせしたいのは、石川さんが亡くなる前に話した最期の 2 つの言葉です。1 つは、「やりきった。思い残すことはない」で、これは輝生会の水間理事長と森本支援局長に（笑いながら）語った言葉だそうです（森本、水間。「追悼号」28,40 頁）。人に決して弱みを見せることのなかった石川さんらしい「辞世の句」といえます。

しかし、私は石川さんが、亡くなる数日前に輝生会看護担当顧問の小林さんに述べた「僕自身もこんなに早く終わりが来るなんて、思ってもいなかった……」にも注目し、胸を打たれました（「追悼号」42 頁）。この言葉には、石川さんが死の準備をすべてし終わったあとでも、なお無念の気持ちを持っていたことが現れています。

リハビリテーションに携わる皆さんは石川さんの「遺言」的講演と無念に思いを馳せてリハビリテーション医療を、病院と地域の両方で発展させていただきたいと思います。私も、研究者として皆さんの側面支援を続けます。

【注 1】「リハビリテーション前置主義」は介護保険開始時には制度化されなかった

現在でも、介護保険の制度設計で「リハビリ前置主義」とされたとの説明が散見されますが、これは不正確です。本文で述べたように、介護保険の検討過程では「リハビリテーション前置主義」が掲げられましたが、結果的に「議論は低調に終わった」ため、「実効性があるような具体的な施策が講じられることはなかった」と『介護保険制度史』（2016）は述べています。この本は、山崎史郎氏や香取照幸氏等、「介護保険制度の創設にかかわった者たちが、その基本構想から法改正までを書き綴った通史」—私から見ると事実上の「正史」です。

この本によると、厚生省の高齢者介護対策本部事務局が、「モラルハザード」への対応策として注目したのが「リハビリ前置主義」であり、その「出発点となったのは、ドイツ介護保険法において『予防とリハビリテーションの優先』の規定（第 5 条）が置かれ、さらに『自己責任』として、被保険者が予防・リハビリに努めることが義務づけられていた（第 6 条）こと」だそうです。さらに、この本は「『予防・リハビリ』をめぐる議論・検討が低調であった背景には、当時は介護サービスの方が焦眉の急であったことや、『廃用症候群』について社会的な認識が高まったのは介護保険制度施行後であり、現場や行政の認識も当時は十分でなかったことなどがあげられる」とも説明しています。

石川さんはこのような厚生省の動きを熟知していたためか、介護保険制度が開始された 2000 年前後からは、一時「リハビリテーション前置主義」について触れなくなりました（石川 1999b,2000,2001）。

「リハビリテーション前置主義」が、介護保険の制度改革で再び注目されたのは、介護保険開始後 10 年を経た、2010 年 11 月の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直し意見」に「リハビリテーションについては（中略）リハビリ前置の考え方に立って提供す

べきである」との表現が盛り込まれてからです。実は、「意見（素案）」には「リハビリテーション前置主義」は含まれていなかったのですが、齊藤正身委員が2011年11月25日の第37回介護保険部会でそれを盛り込むことを強く主張し、加筆されました（齊藤2011）。

これを契機にして、厚生労働省の高官や大臣も国会答弁でこの用語を肯定的に用いるようになりました。国会会議録検索システムで検索したところ、「リハビリテーション前置主義」を最初に用いたのは宮島俊彦老健局長で、2011年2月25日の衆議院予算委員会で、「リハビリテーションについては、昨年の社会保障審議会の介護保険部会におきまして、まず、高齢者の心身の低下のときは自立をより高めるリハビリ前置の考え方が大事だと（中略）というような指摘もあります」と述べました。さらに、2014年10月30日と11月11日に、塩崎恭久大臣もこの用語を肯定的に用いました。

【注2】医療療養病床のうちの回復期リハビリテーション病棟の割合の計算方法

○2020年の回復期リハビリテーション病床：90,660床（A）

○同回復期リハビリテーション病床中の療養病床割合：59.2%（B）

○2020年の医療療養病床：282,931床（C）

$(A \times B) \div C = 90,660 \times 0.592 \div 282,931 = 19.0\%$

文献（「追悼号」以外は著者あいうえお順。ゴチックは私推奨の石川さん「必読文献」）

『回復期リハビリテーション』30巻3号（78号）「追悼 石川誠」2021年10月。

石川誠・他「地域リハビリテーションの計画と実践 近森リハビリテーションの取り組み」『公衆衛生』1995年9月号（59(9)）：601-604頁。

石川誠「地域リハビリテーションにおける現在の課題」『理学療法ジャーナル』1996年7月号（30(7)）：452-458頁。〈1996a〉

石川誠「リハビリテーション医療経営の考え方」『理学療法ジャーナル』1996年8月号（30(8)）：575-582頁。〈1996b〉

石川誠「これからのリハビリテーション医療」（特集・第3次医療法改正と病院）『病院』1997年1月号（56(1)）：35-40頁。〈1997a〉

石川誠「地域リハからみた公的介護保険」『リハビリテーション研究』1997年5月号（91号）：32-38頁。〈1997b〉

石川誠「介護保険とリハビリテーション関連サービス」『総合リハビリテーション』1998年3月号（26(3)）：223-227頁。

石川誠「リハビリテーション病床の機能分化と地域リハビリテーション広域センター」『病院』1999年6月号（58(6)）：533-537頁。〈1999a〉

石川誠「介護保険の仕組み」。日本リハビリテーション病院・施設協会編『介護保険とリハビリテーション』三輪書店,1999,14-25頁。〈1999b〉

石川誠「介護保険時代のリハビリテーション医療」。日本リハビリテーション病院・施設協会編『介護保険とリハビリテーションⅡ実践報告集』三輪書店,2000,6-9頁。〈2000a〉

石川誠「平成12年度診療報酬改定の意義と第4次医療法改正」『医学のあゆみ』2000年10月28日号（195(4)）：270-273頁。〈2000b〉

石川誠「回復期リハビリテーション病棟成立の背景」『理学療法ジャーナル』2001年3月

- 号 (35(3)) :161-166 頁。
- 石川誠「リハビリテーションの流れの中の回復期リハビリテーション病棟」。日本リハビリテーション病院・施設協会、全国回復期リハビリテーション病棟協会編『回復期リハビリテーション病棟』三輪書店,2003,12-20 頁。
- 石川誠「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題」『理学療法ジャーナル』2005年5月号(39(5)) : 391-397 頁。
- 石川誠「(講演録)6万床時代へー真価を問われる回復期リハ病棟が今取り組むべきこと」『回復期リハビリテーション』2007年10月号(222号) : 6-14 頁。
- 石川誠「RJNインタビュー『この先生に聞きたい!』第17回」。日本リハビリテーション医学会・リハビリテーション科女性医師ネットワークRJN委員会編『日本リハビリテーション科専門医 達人の流儀 第4集』2017年 : 42-49 頁。
- 石川誠「(インタビュー)澤村先生との出会いが僕の転換点」。澤村誠志編著『地域リハビリテーションと私』シービーアール,2018,250-281 頁。
- 石川誠「(講演録)『情熱』を推進力として改革を積み重ねる回復期リハ病棟** (日本リハビリテーション病棟協会第33回研究大会・基調講演2)『回復期リハビリテーション』2019年4月号 : 18-19 頁。
- 石川誠・水間正澄監修『輝生会がおくる!リハビリテーションチーム研修テキストーチームアプローチの真髄を理解する』全日本病院出版会、2022(石川さんの冒頭インタビュー「チームアプローチとは」(6-15頁)は2020年11月25日収録)。
- 大川弥生・上田敏「病棟での評価・訓練の意義と効果」『理学療法ジャーナル』1995年11月号(29(11)) : 747-755 頁。
- 大川弥生「回復期リハビリテーション病棟のあり方」『理学療法ジャーナル』2001年3月号(35(3)) :167-178 頁。
- 介護保険制度史研究会編著(大森彌、山崎史郎、香取照幸、他)『介護保険制度史ー基本構想から法施行まで』社会保険研究所,2016,160-164 頁。
- 回復期リハビリテーション病棟協会『回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』2021年2月(調査日:2020年8月)。
- 川上千之「『全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会』設立」『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2021年秋(70号) : 13-14 頁。
- 川添昂「近森リハビリテーション病院 療養型病床群病院への移行について」『ひろっぱ』(医療法人近森会広報誌)1995年2月号(103号)(ウェブ上に公開)。
- 河本のぞみ・石川誠『夢にかけた男たち ある地域リハの軌跡』三輪書店,1998。
- 斉藤正身「全国の通所リハビリテーションの現状と課題」『老健』2011年10月号 : 18-25 頁。
- 近森正幸「近森病院の75年を振り返って」『ひろっぱ』2021年11月号(425号)(ウェブ上に公開)。
- 中村明・郷好文「ドクターの肖像(211)近森正幸 社会医療法人近森会 高知に近森あり 急性期医療を先駆けた稀代の病院戦略家」『Doctor's Magazine』2017年8月号(214号) : 4-11 頁。
- 二木立「代々木病院リハビリテーション科の管理と運営」『病院』1980年3月号(39(3))

- : 277-281 頁。
- 二木立・上田敏『脳卒中の早期リハビリテーション』医学書院,1987,209-219 頁 (第2版, 223-233 頁,1992)。
- 二木立「介護保険・医療保険改革とリハビリテーション医療(病院)の将来像」『総合リハビリテーション』2000年1月号(28(1)):29-33 頁(『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,54-65 頁)。
- 二木立「政権交代とリハビリテーション医療」『地域リハビリテーション』2010年4月号(5(4)):323-328 頁(『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,111-125 頁)。
- 二木立「『地域医療構想ガイドライン』と関連文書を複眼的に読む」『文化連情報』2015年7月号(448号):10-15 頁(『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,42-50 頁)。
- 二木立「『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る」『文化連情報』2021年2月号(527号):30-39 頁。「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」211号(2021年2月)に転載)。
- 西澤寛俊「(インタビュー)入院の機能分担を明確化 看護婦の基準に着目を」『社会保険旬報』2000年4月21日号(2058号):20-23 頁。
- 西山正徳「(講演録)リハ前置主義の徹底と介護医療の確立を」(在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク第6回全国の集い 京都2000)『G P net』2000年11月号(47(8)):26-30 頁。
- 西山正徳『現代診療報酬の史的考察 進化する診療報酬』社会保険研究所,2019,51-52 頁。
- 日本リハビリテーション病院協会編「リハビリテーション医療のあり方(その1)」1995年3月,26-27 頁。
- 日本リハビリテーション病院協会編「リハビリテーション医療のあり方(その2)」1996年3月,12-13,30-35 頁。
- 則安俊昭・吉尾雅春「(対談)回復期リハビリテーション病棟の機能と理学療法士の役割」『理学療法ジャーナル』2001年3月号(35(3)):187-204 頁。
- 浜村明德・栗原正紀・斉藤正身「追悼座談会・石川誠先生を偲んで」『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2021秋(181号):8-16 頁。

謝辞

本講演のための貴重な資料・情報を提供していただいた以下の皆様に感謝します(あいうえお順、敬称・所属先略): 鶴飼泰光、大串幹、大田仁史、岡本隆嗣、才藤栄一、斉藤正身、菅原英和、園田茂、田中智香、近森正幸、寺田文彦、浜村明德、水間正澄。

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195回)(2022年分その3:9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。

○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) [量的研究・シミュレーション研究]

認知症とフレイルは高齢期にしばしば併発し、複雑な医療・ケアと資源を必要とする。既存の推計からは両者を併せた将来の、社会階層別の医療・ケアのニードと関連費用の情報はほとんど得られない。新たに開発したマイクロシミュレーション・モデルを用いて、今後人口の高齢化と人口減少が進む日本での状況を予測する。全国代表標本の健康調査と既存のコホート研究を基にして、個人レベルでの11の慢性疾患(糖尿病、冠動脈疾患、脳卒中等)、うつ、機能的障害、健康の自己評価、及び教育レベル(中卒、高卒、大卒以上)の遷移(transition)のシミュレーションモデルを作成した。60歳以上人口の2016-2043年の、認知症とフレイルの有病率、上記疾患・状態別の余命、およびフォーマル、インフォーマルコストを推計した。フレイルは「日本語版フレイル基準(改定J-CHS基準)」により評価した。

推計結果は以下の通りである。2016-2043年に、65歳時平均余命は女では23.7歳から24.9歳に、男では18.7歳から19.9歳に延長した。認知症罹病期間は女では4.7年から3.9年に、男では2.2年から1.4年に短縮し、この短縮はすべての教育レベルで生じていた。それに対して、フレイル罹病期間は女では3.7年から4.0年に、男では1.9年から2.1年に延長し、この延長は全ての教育レベルで生じていた。2043年には、75歳以上で高卒以下の教育レベルの女の約29%が認知症とフレイルを併発し、複雑な医療・ケアを必要とした。2043年には日本全体で、医療とフォーマルな長期ケアのニードは認知症については1250億米ドル、フレイルについては970億米ドルに達すると推計された。

政府と政策決定者は、フレイルと認知症を有する相当数の高齢者の医療・ケアが、今後大きな社会的課題になること、および両者の負担についての性別・教育レベルの格差が拡大することを考慮すべきである。認知症とフレイルの障害の将来の負担には治療的・予防的技術のイノベーションだけでなく、健康格差を和らげる社会政策でも対処すべきである。

二木コメント—東京大学医学系研究科公共医学専攻保健社会行動学分野の橋本英樹教授グループの緻密なシミュレーション研究です。日本では今後、認知症の罹病期間が短縮する反面、フレイルのそれは延長し、しかも両疾患で教育レベルによる格差が拡大するとのシミュレーション結果は、医療政策上きわめて重要と思います。最後の1文に、私も同感です。

○[アメリカの]在宅ケアの質、費用、及び「在宅ケア質に基づく支払い[事業]」への含

意

Mukamel DB, et al: Home healthcare quality, its cost and implications for health value-based purchasing. *Medical Care Research and Review* 79(1):90-101,2022 [量的研究]

メディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) が 2016 年に開始した「在宅ケア質に基づく支払い(HHVBP)パイロット事業」は、良質のケアと質改善の両方にインセンティブを与えるようデザインされた支払方式を含んでおり、同事業が終了する 2022 年に全国的制度になることが予定されている。本研究は、費用と質の諸側面との関係を調査し、HHVBP 政策に情報を提供する。全米のメディケア認可在宅ケア事業所 7673 のメディケア費用報告、OASIS (在宅ケアアウトカム・評価情報セット)、及び「在宅ケア比較」のデータを用いて、質を操作変数とする費用関数を推計した。推計された純限界費用は、合成質尺度、事業開始時の質、事業所規模によってばらついていて、5 種類の合成質尺度のうち 4 つでは、推計された純限界費用は質の低い事業者ではマイナスであり、このことはこのような事業者では質改善は費用削減をもたらすことを示唆していた。純限界費用は HHVBP で予定されているインセンティブ支払いと対応する (commensurate) ので、HHVBP のためのインセンティブをデザインする時には、その効果を最大化するよう考慮すべきである。

二木コメント—本論文は、「著者等の知る限り、在宅ケアの費用と質の関係を、質における内生性と非線形性を考慮して推計した初めての研究」だそうで、在宅ケアの経済学的分析に興味のある研究者には有用と思います。

○ [アメリカでの] 消費者選択と在宅ケア事業所の質・患者経験価値 [[星] 格付けとの関連]

Schwartz ML, et al: Consumer selection and home health agency quality and patient experience stars. *Health Services Research* 57(1):113-124,2022 [量的研究]

本研究の目的は、2 つの星格付け—ケアの質と患者経験価値を、別々に、1 つ星～5 つ星で表示—の導入が、利用者の在宅ケア事業所 (HHA) 選択に与える影響を比較することである。メディケアの出来高払い在宅ケア新規利用者 186,498 人の 5% ランダム抽出標本を用いた。2014-2016 年の「在宅ケアアウトカム・評価情報セット (OASIS)」の評価と「在宅ケア比較」ウェブ上に公開されたデータを用いた。星格付けの公開前 (2014 年 7 月～2015 年 6 月) と公開後 (2016 年 2-12 月) の HHA 利用開始時の評価を比較した。条件付きロジット離散選択モデルを用いた。主な説明変数は、星格付けと星格付け開始前後の時期との相互作用である。人種、HHA 選択時の患者の居所 (在宅・病院)、及びメディケイド併給によって層別化した上で分析した。HHA の特性と患者の自宅と HHA の距離について調整を行った。

主な結果は以下の通りである。星格付けの導入は、良質の HHA が選択される確率の 0.88 パーセントポイント上昇、及び患者経験価値の高い HHA が選択される確率の 0.81 パーセントポイント上昇と関連していた。地域居住、黒人、メディケイド併給の患者が星格付けの高い HHA を選択する確率の上昇は、入院 (退院調整中)、白人、メディケイド非受給の患者より高かった。以上から、ケアの質と患者経験価値の星格付けの導入は HHA 選択の変化と関連していると言える。ただし、関連の強さは他の医療分野 (ナーシングホーム等) より弱かった。星格付けの導入は HHA 選択の乖離を弱める可能性がある。今回の結果は、ケアの質と患者満足度 (患者経験価値) を分けて報告することの重要性、及び HHA 選択を駆動

するメカニズムを理解する研究を行うことの重要性を示している。

二木コメント—アメリカの最近の医療の質評価の流行を反映して、伝統的なケアの質と患者経験価値が別々に評価されていますが、私には両者の違いは少ないように思えます。本調査の結果を、星格付け公開はそれが高い在宅ケア事業所選択をわずかだが有意に増やすと解釈するか、わずかしかな増やさないと解釈するかは微妙です。

○ [アメリカでの] 医師のバーンアウトとメディケア患者の医療の質・費用との関係は複雑である

Casalino LP, et al: Relationship between physician burnout and the quality and cost of care for Medicare beneficiaries is complex. Health Affairs 41 (4):549-556,2022 [量的研究]

医師のバーンアウトが蔓延していると報告されているにもかかわらず、バーンアウトと医療アウトカムの客観的尺度との関係についての研究はほとんどないし、バーンアウトと医療費との関連についての研究はまったくない。1064人の家庭医の調査データを、メディケアの医療費請求とリンクした。本研究では「感情的に消耗している」、「患者に冷淡になっている」との自己評価の頻度（毎日～年数回）に基づいて、バーンアウトを7段階に分けた。その結果、7種類のバーンアウト関連の自己評価と外来での適切な医療で入院を減らせる疾患の入院(ambulatory care-sensitive admissions)、同緊急外来受診、再入院、及び費用との間に、一貫した有意の関係は、見いだせなかった。すべてのバーンアウトレベルで、外来で対処可能な疾患の入院と再入院の係数は、バーンアウトがまったくない場合と比べて、常にマイナスであり（外来での適切な医療で入院を減らせる疾患の入院と再入院が少なく）、このことは直感に反して、バーンアウトしたと報告した医師は、それにもかかわらず患者に対してより良いアウトカムを生み出しうることを示唆している。仮にこれが正しいとしても、この仮説は医師のバーンアウトは有意義であるとか、医師のバーンアウトを減らす努力は無意味であるなどと解釈すべきでない。今回得られた知見は、バーンアウトとアウトカムの関係は複雑であり今後更なる調査が必要なことを示唆している。

二木コメント—バーンアウトがさまざまな弊害（医療事故の増加、離職の増加、職務満足度の低下、患者経験価値の低下等）をもたらすとの先行研究（記述的研究）と真逆であり、著者も自認しているように「直感に反する」調査結果です。アメリカでは、医師のバーンアウトについても量的研究が多数あることには驚かされます。

○ [フランスの] 補足的民間医療保険：医師への経済的インセンティブが医療行為に与える影響

Micent C, et al: Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice. Health Economics 31 (1):57-72,2022 [量的研究]

フランスのDRGを用いた支払方式では、民間病院も公立病院も単一の公的保険から支払いを受ける。公立病院は混み合っているし、公立病院には特定の治療行為を優先して行う直接的な経済的インセンティブもない。そのため、もし患者が強い選好を持っている場合、民間病院に変わることができる。民間病院では患者の選好が認められるが、患者は追加的費用を払わなければならない、患者が補足的民間保険に加入している場合は、それが費用を償還する。医師が別の治療から追加的支払いを受けるといった経済的インセンティブは医師の行動

を変えるだろうか？

フランスの医療提供についての 2008-2014 年の包括的データを用いて調査したところ、民間病院は公立病院よりも帝王切開実施率が有意に高いことを見いだした。しかし、民間保険非加入患者では、公私病院の帝王切開実施率の差はずっと小さかった。具体的には、他の要因を調整すると、民間病院の帝王切開実施率は、全体では公立病院より 79%高く、民間保険加入者では 97%も高いが、非加入者では 62%高いだけだった。追加的費用を支払い可能な患者に対する経済的インセンティブの影響を調査したところ、支払い可能性(affordability)は主として、民間医療保険の費用補填で確保されていた。以上の知見は、公的医療保険がユニバーサル・カバリッジを提供している医療制度では、民間医療保険の存在は医療提供サイドに対するインセンティブを生み出し、社会的視点から見て適切ではない資源の配分をもたらすエビデンスと解釈できる。

二木コメント—上記の医師バーンアウト論文と異なり、本研究では、「直感に一致する」結果が得られていますが、私には“So what?” (“Et alors?”) です。

○ [アメリカの] 「診療変容モデル事業」に参加した家庭医診療所では医療費・医療利用とも変化しなかった

Dai M, et al: Family practices in Transforming Clinical Practice Initiative showed no changes in Medicare costs or utilization. *Medical Care* 60(1):50-55,2022 [量的研究]

メディケアメディケイド・サービスセンターは 2015 年に「診療変容モデル事業」(TCPI)を開始し、2019 年 9 月末までに、患者の健康アウトカムを改善し、医療施設の利用を減らし、保険者の医療費支払いを有意に減らせると言明した。本研究の目的は TCPI ネットワーク (PTNs) に参加した家庭医診療所のメディケア患者の医療費と医療利用アウトカムが、事業の 2 年間 (2016-2017 年) に改善したか否かを調査することである。縦断的コホートの疑似実験デザインを用い、PTN 参加家庭医診療所 761 とプロペンシティスコア・マッチングを行った PTN 非参加診療所 3451 を比較した。診療所レベルでの患者アウトカムを測定するため、2011-2017 年のメディケア医療費請求データを入手し、事業開始時の特性を調整した上で、両群のメディケア・パート A・B の費用、入院、救急外来受診を、差の差法を用いて比較した。

その結果、メディケアパート A・B 医療費は PTN 参加群の方が 1.71%少なかったが統計的に有意ではなかった ($p=0.25$)。年間入院率も 0.59%少なかったが有意差はなかった ($p=0.12$)。救急外来受診も 0.29%少なかったが、有意でなかった ($p=0.46$)。両群に有意差が出なかったのは、調査期間が短かったからであり、4 年間の事業期間全体の評価が必要かもしれない。有意差が出なかったもう 1 つの理由としては、PTN 非参加の診療所も、診療スタイルを変え医療利用や医療費を抑制する他のモデル事業に参加していたためである可能性がある。

二木コメント—論文タイトルでは「医療費・医療利用とも変化しなかった」と明記しているのに、要旨の「結論」部分でいろいろ言い訳するのは見苦しいと思います。私の経験では、多くのモデル事業では、初期には期待された効果が出るが、事業期間が長くなると効果は減少・消失します。

○ [アメリカにおける] アカ운タブルケア組織 [ACO] 加入者への救急ではない医療機関通院給付を評価する

Berkowitz SA, et al: Evaluating a nonemergency medical transportation benefit for Accountable Care Organization. Health Affairs 41 (3):406-413,2022 [量的研究]

救急ではない患者の医療機関通院給付は、しばしばスマートフォンのアプリを用いた車の相乗りサービス (ridesharing services) として実施され、住民の健康マネジメント・プログラムの一環として提供されることが増えている。しかし、このプログラムの医療利用と医療費への影響は研究されていない。ある大規模大学病院グループ (the UNC Health Alliance) 内の ACO 加入者に提供されている、救急ではない医療機関通院給付 (患者負担はない) を混合研究法で評価した。[ACO はオバマケアで創設された、特定のメディケア加入者に対して、質の高い協調的な医療を提供することに合意した医療提供者の統合組織—二木]。

このプログラム参加者は対照群に比べて、1人1年当たりの外来受診回数が 9.2% 多く、外来医療費も 4420 ドル高かった。しかし、両群で入院率と救急外来受診率に差はなく、プログラムは費用節減をもたらしていなかった。質的分析により、参加者はこのプログラムに大いに満足しており、それにより経済的負担が減り、安心感が増し、よりエンパワーされ、健康の自己管理ができるようになったと回答していることが示された。医療機関通院支援プログラムは一般には医療費を抑制するために導入されている。しかし、以上の結果は、それよりも困難な状況に直面している人々の医療アクセスを改善するためのプログラムと考える方が良いことを示唆している。

二木コメント—アメリカでは ACA の一部で、車による患者の医療機関送迎サービス給付が導入されていることは初めて知りました。本研究は混合研究法により、客観的指標のみを用いる量的研究では見落とされがちな、患者満足度 (「患者経験価値」) の向上を多面的に示しています。日本でも、一部の医療機関・地域では車 (バス) による患者の無料送迎サービスが行われていますが、それは外来患者を増やし、結果的に入院患者も確保することを (も) 目的としており、それに伴い、医療費 (医療機関にとっての収益) が増えることが想定されています。それだけに、アメリカでは同様のサービスが医療費総額を抑制するとナイーブに期待して始まったことが信じられません。なお、ACA は当初、医療の質の向上と医療費抑制を同時に実現すると触れ込みで導入され、日本でもそれが無批判に紹介されましたが、医療費抑制効果は実証研究ですでに否定されています。

○ [アメリカにおける] 予防医療サービスの自己負担廃止が利用に与える影響：簡易文献レビュー

Norris HC, et al: Utilization impact of cost-sharing elimination for preventive services: A rapid review. Medical Care Research and Review 79 (2):175-197,2022 [文献レビュー]

消費者 (患者) の自己負担は予防サービスの利用を減らすことが示されている。オバマケアで制度化されたものを含め、最近の施策は臨床的に意味のあるサービスの自己負担を廃止することにより、予防医療の利用増加を図っている。簡易文献レビューを行い、自己負担廃止が予防サービス利用に与える影響を調査した。PubMed、Scopus、CINAHL Complete のデータベースと灰色文献の検索を行った。最終的に 35 文献を選び、次の 3 つの臨床サービス分類に基づいて知見の質的統合を行った：がん健診 (乳がん、大腸がん、子宮頸がん)、

避妊、その他（禁煙、予防接種、コレステロール値検査、血圧測定、BRCA 遺伝子検査、減量カウンセリング）。自己負担廃止の影響は臨床サービスにより異なり、確定的結論は得られなかったが、多くの研究ではサービス利用が増加していた。社会経済的状況を調査した研究では、経済的に恵まれない人々でサービス利用が相当 (substantial) 増えていた。

二木コメント—自己負担廃止後の広範な予防サービス利用の変化についての最初の簡易文献レビューだそうです。「簡易」文献レビューとされ、要旨もごく短いのですが、23 頁の大論文で、予防サービスの種類別に文献から得られた知見の詳細な質的検討が行われています。

OQALY の 50 年：一つの物語とたくさんの声

Spencer A, et al: The QALY at 50: One story many voice. *Social Science & Medicine* 296(2022) 115653, 14 pages. [理論・歴史研究]

質調整生存年 (QALY) の研究が始まって 50 年が経過した。本論文の目的は QALY が開発された理由、Torrance、Bush と Fanshel が 1970 年に別々に発表した独創的 2 論文の理論的貢献、および 2 論文がその後の研究に与えた影響を歴史的に概観することである。イギリスにおける QALY 概念の形成に影響した NHS の政治・政策・課題間の歴史的相互作用についてはすでにある程度研究されているが、方法論的枠組みの概念化と展開についてはまだ十分に検討されていない。このギャップを埋めるために、QALY を方法論上の論争というレンズを通して検討する。その際、QALY の方法論の土台をつくった上記 2 論文に遡り、この方法がその後どのように展開したかを検討する。Google Scholar 等の技術進歩を活用して、今まで見落とされてきた QALY を用いた初期の文献の歴史的意義も示す。

本論文は 3 部構成で、第 1 部でこれら論文の歴史を述べ、それらの貢献を要約し、それら論文がその後どのように受け入れられたのかを探索する。第 2 部では、QALY の過去 50 年間の方法論上の論争を概観し、QALY がこの課題にどう対応してきたかを検討する。第 3 部では、理論面と実証研究面でその後の QALY の発展に寄与した医療経済学領域を代表する多様な研究者の声を示し、QALY の今後の研究と政策的利用についての彼らの考えを紹介する。

二木コメント—QALY についての 50 年間の研究の発展と論争を鳥瞰すると共に、最新の研究動向も紹介しており、医療の経済評価の研究者必読と思います。

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>

○宮本憲一（大阪市立大学名誉教授。専門は財政学、環境経済学。生涯をかけて「共同社会的条件の政治経済学」をつくってきた。1930年生まれ、92歳）「**必要なかぎり住民運動に参加し、助言もしますが、研究者であるという立場は崩してはいけない。**僕はそう考えてずっとやってきました。まあ、研究以外あまり能力がなかったというのが本音ですけど(笑)。研究者が社会運動に関わる場合、これは宇井純君によく言っていたんですが、**運動家や市民から批判されたときに研究者の立場で反論してはだめだし、逆に、研究者から抗議が来たときに、『あなたは運動をやっていないじゃないか』と批判してはいけない。**運動との関係でいえば、**研究者は観測班みたいなものだとおもいますね。運動が対峙している相手の言い分が本当に正しいかどうか、それを判断するすぐれた観測班であればいい**」（『世界』2022年6月号：242頁、斎藤幸平氏との対談「人新生の環境学へ なぜいまカール・マルクスなのか？」）。**二木コメント**「研究者であるという立場は崩してはいけない」という矜持と、「研究者は観測班みたいなものだ」という一歩引き下がった発言に大いに共感しました。宮本先生のお言葉を読んで、寺田寅彦「科学者とあたま」の最後に書かれていた次の警告を思い出しました。

○寺田寅彦（戦前の物理学者、随筆家、俳人）「最後にもう一つ、頭のいい、ことに年少気鋭の科学者が科学者としては立派な科学者でも、時として陥るひとつの錯覚がある。それは、**科学が知恵のすべてであるもののように考える**ことである。科学は孔子のいわゆる『格物』[物事の本質を追い求めること－二木]の学であって『致知』の一部にすぎない(中略)。…**科学ばかりが学のように思い誤り思いあがるのは、その人が科学者であるには妨げないとしても、認識の人であるためには少なからざる障害となるであろう**」（「科学者とあたま」1933年。『寺田寅彦随筆集 第4巻』岩波文庫、205-206頁）。

○池内了（名古屋大学名誉教授、天文学者・宇宙物理学者。2022年に『江戸の宇宙論』を出版。1944年生まれ、77歳）「とまあ、年甲斐もなく江戸の文化について挑戦してみたい課題を挙げてみた。この5年間、2冊の本をまとめる苦勞をしながら、**目標さえしっかり見定めておけばなんとかなるものだと自信がついたためだ。**（中略）**先行きはわからないが、新しいことを思いついて挑戦できることに感謝している**」（『江戸の宇宙論』集英社新書、2022、310頁、「あとがき」の最後）。**二木コメント**－池内氏の前向きな姿勢を読み、私も、本年7月に「後期高齢者」になるまでには、「新しいことを思いついて挑戦できる」ようにしたいと感じました。

○峰宗太郎（病理医。2018年より米国国立研究機関研究員）「**公（おおやけ）で発言する際には、自分の発言にどんなリスクがあり、それを人にうっかり信じ込ませているのか**ということを意識できる人でなければ、『**専門家**』として発言すべきじゃないし、周りの人も『**毒かも知れないまんじゅうを迂闊に飲み込みすぎじゃないか**』とは思います」（峰宗太郎・山中浩之『**新型コロナとワクチン わたしたちは正しかったのか**』日経BP社、2021、52頁）。**二木コメント**－私を含めたベテラン研究者こそ、このことを自戒すべきと以前から感じて

います。

○ノーマン・レビット（アメリカの数学者）「ガリレオが権威に逆らったからといって、権威に逆らうものが必ずしもガリレオではない」（ポール・A・オフィット『禍いの科学 正義が愚行に変わるとき』日経ナショナルジオグラフィック社,2020,275 頁。峰宗太郎氏が上掲書 225-226 頁で、「異端と見られた意見が実は正しい、そういうことはあると思いますし、**どんな意見でも述べるのは自由なんです。ちゃんと根拠があり、それが反証可能性を持っているなら**」と認めた上で、「ただ、ガリレオになぞらえていいような科学者なんて果たしてどのくらいいるのか」と疑問を呈し、この言葉を紹介）。**二木コメント**—研究者にとっての言論の自由を行使する大前提は、「反証可能性を持つ」ことだと思います。私も、研究の心構えの第2に、「事実とその解釈、『客観的』将来予測と自己の価値判断（あるべき論）を峻別するとともに、それぞれの根拠を示して『反証可能性』を保つこと」をあげているので、大いに共感しました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房,2006,104-105 頁））。

○伏見清秀（東京医科歯科大学教授。『日本医療・病院管理学会誌』編集委員長）「ひとつ残念なことは、研究論文に比べて研究資料、報告の形での掲載が多くなっている点です。研究論文として投稿していただいたものでも査読の過程で研究資料や報告に変更していただくものがあります。研究論文の基準は、『独創的で理論的または実証的な研究成果を内容とし、目的、方法、結論、考察について明確なもの』とされていますが、目的、方法、結論がやや不明確なために研究資料としていただいていることがあります。『**〇〇を検討することを目的とした**』というようなあいまいな論旨ではなく、もう一步踏み込んで、**自分が何を明らかにしたいのかを論理的に考察して簡潔に文章化することで、研究論文の形に昇華させることもできるかもしれません**」（『日本医療・病院管理学会誌』59(1):45 頁,2022、「編集後記」）。**二木コメント**—私は、現在でも日本福祉大学大学院の研究計画書や、「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」の報告の添削をしており、いつも同じことを指摘しているので大いに共感しました。私の経験では、「本研究の目的は〇〇について調査することである」という、より即物的な書き方も少なくないので、それは「研究目的」ではなく、「研究手段」と指摘しています。伏見氏の助言を読んで、水月氏の次の苦言を思い出しました。

○水月昭道（立命館大学衣笠総合研究機構研究員）「数年前から業績主義が研究業界にもこぞって導入されて以降、『心』にあたる部分がスッポリと抜け落ちたままで研究活動を行っている人たちが増えてきているように思える。（中略）学会誌に掲載された論文を読んでも、**書き手の心意気**を感じるものに当たるのが随分と少なくなった。（中略）…なぜ今回そのような論文を書くことになったのかという、**研究者が論文化するに当たって感じたことや考えたこと、抱いた疑問や問題点など、論文の“大きな目的”**が、どうにも伝わってこない。

（中略）『**明らかにすることを目的とする**』では**目的のための目的**となってしまう」（『アカデミック・サバイバルー「高学歴ワーキングプア」から抜け出す』中公新書ラクレ,2009,61-62 頁。本「ニューズレター」64号（2009年12月）で紹介）。**二木コメント**（今回追加）—院生等の「心」に当たる部分を明確にするために、私は、社会人院生（修士課程）に対しては、研究計画書等に「**問題意識**」または「**研究動機**」の項目を設け、そこに「修論テーマの基礎・原点になっている、自己の職場・職業経験、それを通じた自分の思い・疑問

・問題意識等を『部外者』にも分かるように、具体的かつ体系的に書く」よう指導しています（『福祉教育はいかにあるべきか』勁草書房,2013,82頁）。ただし、この項は最終的な修士論文では相当圧縮させていました。

○杉田敏（昭和女子大学客員教授、NHKラジオ「実践ビジネス英語」を32年間も担当したカリスマ講師）「[英語を勉強する] **時間がないというのは、『自分には、英語の学習以上に優先順位の高いものがある』**ということを表現しているだけなのです。／英語の上達が、本当に重要であれば、時間は作れるはずです。／そのためには **comfort zone（快適帯）を離れなければなりません**。日々行っている行動のパターンから逸脱することです。／『**何のために』という目標をもち、それを達成するためには何かを犠牲にする覚悟がなければなりません**」（『英語の新常識』集英社・インターナショナル新書,2022,3-4頁）。二木コメントーものごとに「優先順位をつける」こと及び「目標を「達成するためには何かを犠牲にする覚悟」は、英語の勉強に限らず、すべての勉強・研究に当てはまると思います。「comfort zone を離れる」との助言を読んで、すぐ次の名言を連想しました。

○ワトソン（分子生物学者）「**日曜日に仕事をしたくない人は、科学者には向かない**」（『毎日新聞』2008年11月4日朝刊「余録」。本「ニューズレター」52号（2008年12月）で紹介。

○トフラー（未来学者）「**学び、学んだことを忘れ、再び学ぶ（learn, unlearn and relearn）**」（『未来への衝撃』中公文庫,1982（原著1970）。杉田氏が上記『英語の新常識』185頁（おわりに）でこれを引用し、次のように解説：「『学んだことを忘れる』というのは、**知識をどんどん得てもそれにしがみつくのではなく、その知識を捨ててみる、そしてまた新しい知識に挑戦する意味です**」と解説。二木コメントー私のような高齢研究者では、マンネリに陥らないために、意識的に"unlearn"する必要があると感じました。

<その他>

○宝田明（俳優。映画「ゴジラ」第1作（1954年）に主演。幼少期を過ごした満州で終戦を迎え、壮絶な体験をしたため、同じ年に世に出たゴジラを「同級生」と呼び、強い思い入れを持っていた。自称ノンポリで通してきたが、還暦を過ぎてから「日本が戦争をする国になっている」と危機感を覚え、反戦のメッセージを繰り返した。2022年3月14日死去、87歳）「**ゴジラが死ぬラストを試写会で見て号泣した。核兵器の悲惨さを、怖さを知らない人たちに、ゴジラを通じて話していかねば。ゴジラも水爆の被ばく者ですから**」（『中日新聞』2022年3月25日朝刊、「反戦を訴えた 宝田明さんを悼む」（宮畑譲））。

○妹尾まなほ（故瀬戸内寂聴の秘書）「もちろん[瀬戸内寂聴先生は安保法反対の]『**自分の活動により何かを変えられたことなどない**』とも分かっていた。でも『**あきらめないことを示さなければならない**』。それを見て、**未来を生きる人が一人でも何かを感じてくれれば**いい。／こうした生き様も先生なりの『愛の道』だったのではないかと考えている」（『中日新聞』2022年2月8日朝刊、「寂聴の教え（上）」）

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13回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」51号（2022年5月15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

○サトウタツヤ・他編『質的研究法マッピング 特徴をつかみ、活用するために』新曜社,2019年。

…量的研究法はほぼ標準化されており、調査したい事象に対して用いる研究法（以下、手法）もある程度決まっているが、質的研究では手法どおしの関係が整理されておらず、使い分けも難しい。本書は、質的研究の諸手法を、どのような現象を扱うことを得意とするのか・重視するのかという視点から、整理を試みている。序章で質的研究の対象として「経験」を置き、「構造」重視 vs 「過程」重視、「実存性」重視 vs 「理念性」重視の2つの次元を使って、各手法を4象限上にマッピング（図示）し、第1章以降で、各手法（合計約30）のポイントを簡潔に解説（各手法10頁弱）。各手法の冒頭（「○○とは」）を読めば、各手法のイメージがつかめるので、質的研究の小「百科事典」とも言える。ただし、マッピング図の具体的説明はなく、各手法の解説も「縦割り」で、各手法の関係や各手法の使い分けの仕方は分からない。**本書の内容を独習だけで理解するのは困難で、大学院の研究方法論講義等で使われるべき本**と思う。なお、各手法のうちKJ法のみが「商標登録」されており、公認のセミナーを受講しないと論文等で使えないことは書かれていない。

○デイビッド・コフラン他著、永田素彦・他監訳『実践アクションリサーチ 自分自身の組織を変える』中央経済社,2021年11月（原著第4版,2014）。

…既存のアクションリサーチのテキストの多くが外部者である研究者が主体であるのと異なり、本書は自分自身の組織の改善・改革をめざす「内部者(insider)アクションリサーチ」の基礎と実施方法、及び「自分自身の組織を研究する際の課題と挑戦」を丁寧に解説。本書の中心概念は、「一人称・二人称・三人称の実践／研究」。原著は2000年初版で、2019年に第5版が出ているロングセラー。監訳者のまえがきとあとがきも充実。入門書ではないが、**本格的アクションリサーチを目指す者は必読**と思う。

+○野村拓『医療の社会科学―入門編と学習史』本の泉社、2003。

…**第2章(1)アクション・リサーチ**（37-40頁）で、アクションリサーチはドイツの心理学者クルト・レヴィンが使い始めた言葉等、「アクション・リサーチの起源」を簡潔に説明。

+○アリソン・モートン＝クーパー著、岡本玲子・他訳『ヘルスケアに活かすアクションリサーチ』医学書院,2005。

…ヘルスケアにおけるアクションリサーチを扱った初めての本。著者は看護師。現場での「小規模介入」研究予定者は必読。ただし概説書なので、良質の研究例も読むことをお勧め。

○古川武士『書く瞑想 1日15分、紙に書き出すと頭と心が整理される』ダイヤモンド

ンド社,

2022年1月。

…「習慣化コンサルタント」が、「『書く』ことで頭と心を鍛え、自分らしい人生をシンプルにするための方法」を紹介した、一種の自己啓発本。

○奥野宣之『ここをつかむ文章術 無敵の法則』アスコム,2022年3月。

…読みやすく分かりやすいだけの文章を超えて、最後まで読んでもらえる「人の心をつかむ」「ツヤのある文章」を書けるようになるための37の「法則」を、つかむ・のせる・転がす・落とす順で紹介。ビジネスやマーケティングの文章向きで、研究論文にはアブナイ「法則」も少なくない。例：法則1・読み始めてもらうために「とにかく言い切る！」等。

○菅原啄『データ分析読解の技術』中公新書ラクレ,2022年3月。

…「データ分析バブル」時代におけるデータが世にもたらす不幸を減らすべく、専門家でなくても怪しいデータ分析に惑わされず適切に読解するための技術や習慣を広めるために書かれた本。「分析の失敗に気付くのに高度な統計学の知識は不要」とし、「失敗例で“相場眼”を鍛える」ことを強調。各章で、世に数多く出回っているデータ分析の失敗例を「問題」として提示し、どこが間違っているかを示して、データ分析を読む際の要点やコツを紹介し、「議論と数字のズレに注意しながら因果関係を考察する」ことを強調。重要な個所を太字にする等、読みやすくする工夫をしている。

統計学の勉強の中級(not初級)「副読本」。

○杉田敏『英語の新常識』集英社インターナショナル新書,2022年3月。

…NHKラジオ「実践ビジネス英語」の講師を32年間も務めた杉田氏が、この30数年間に起こった社会現象が現代英語に与えた影響を中心に、英語の新しいルール、新しい常識を紹介。「**語彙を増やすのは必須**」で、「**仕事で英語を使うのであれば、少なくとも1万語は知っておくべき**」(24頁)。会話・口語が中心だが、The Economist等を読む上でも参考になる。第2章の「タブー語の変遷」は英米人と交流する上で必読。私は、第4章「伝統的な文法のルールにも大きな変化が」が特に参考になった。

中級レベルの英語力がある人にお勧め。

○後藤徹「絶対に失敗しない学会発表のコツ 第7回(最終回)もう怖くない!国際学会での英語発表」「週刊医学界新聞」2022年4月11日号(ウェブ上に連載一覧がまとめて公開)。

…英語力に自信がない場合の国際学会発表のコツを伝授:ネイティブの0.7倍くらいのスピードで話す、質問を聞き取れず聞き返す時の定番表現等。ただし、最も大事なことが抜けている!それは、**質疑応答に備えて英語での想定問答集を事前に大量に(10~20)作っておくこと**:「具体的には、自分の研究の弱点や補足、弁解、あるいは自分の研究の『売り』についてのQ&A」(二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,172頁)。蛇足だが、私は「絶対に失敗しない…」という表現は大嫌い。∴)人はどんな分野でも、失敗を通して成長する & 肯定的にも否定的にも、世の中に「絶対」は存在しない。

B. 医療・福祉関連

○神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科監修、編集代表西村淳『地域共生社会と社会福祉』法律文化社,2021年9月。

…神奈川県立保健福祉大学創立18周年を機に、社会福祉学科の教員たちによる地域福祉に関する「多種多様な」な論稿をまとめた論文集。**私は西村淳氏の「地域共生社会における地域福祉法制」（第2章）に注目・共感した**：「地域福祉における権利性」について、個別支援と地域支援（事業）を区別し、後者に権利性を認めることは困難とした上で、請求権をできるだけ認めるための方策について考察し、最後に「地域支援の制度化の必要性を踏まえつつも、個別支援として行われるべきものを地域支援とすることによって、公的責任を伴う個別支援の請求権をあいまいにすることがあってはならない」と結ぶ。ただし、本書も、類書と同じく、「地域共生社会」と「地域包括ケアシステム」の異同は検討していない。

＋○座談会「地域共生社会におけるソーシャルワークと法」（飯島淳子・井手英策・菊池馨実・西村淳・山本龍彦・笠木英理）『法律時報』2022年1月号（1172号）：7-30頁（特集「福祉行政の現代的展開－「ソーシャルワーク」が提起する論点」の巻頭座談会。他に5論文）。

…ソーシャルワーク（ワーカー）と地域共生社会について、2020年社会福祉法改正を切り口として、社会保障法・行政法・地方自治法・財政学・憲法学の専門家が多角的に論じる。ソーシャルワークの研究者は参加していないが、西村氏は社会福祉士資格を有し、大学でソーシャルワーカーを養成している。西村氏は、この間の改革の意義を認め、個別支援と地域支援を一体的に進めることを強調した上で、利用者の権利実現・擁護と公的責任の担保という視点から改革の限界も鋭く指摘している：「権利として議論できるものとはほとんど権利性を追及した上で、権利となりにくいものについては公的責任をどう担保するかを考えなければいけない」（21頁）。改正社会福祉法の条文が住民参加の強制につながりなりかねない点（「特に留意する」）に、多くの参加者が違和感・懸念を述べていることに同感。法律的議論は一部難解だが、**ソーシャルワーク・地域福祉の研究者と専門職団体役員は必読**と思う。

○高橋紘士編著『地域包括ケアを現場で語る 人を想い地域を耕し地域を変える人たち』木星舎,2022年3月。

…高橋氏が、地域包括ケアの流れと背景、さまざまな実践、さらには地域包括ケアは戦前の社会事業の中に萌芽があること等について、14人の実践家・研究者と論じたさまざまな対談・座談会を集成。高橋氏は、「はじめに」で、「地域包括ケアの包括化ともいべき地域共生社会」と述べているが、本文でこれについての言及はない。

「近年『住まいと住まい方』が地域包括ケアを成り立たせる基盤であるという認識が広がってきた」との氏の指摘には同感（200頁）。

○名郷直樹『いずれ来る死にそなえない』生活の医療社,2021年11月。

…『「健康第一」は間違っている』（2014）に続く、問題提起の書。「健康長寿の裏側にある死の恐怖、不安の側から、『死を避けることは間違っている』」とし、「周囲の支援と、社会の合意によって支えられ」た＜中動態（國分功一郎）としての＞「安楽寝たきりの実現」を提唱。かつてEBMの伝道師だった著者だけに記述は論理的だ

し、私は著者の事実認識（PPKは困難、高齢者にとって自己決定は苦しい等）と価値判断の多くに賛成するが、自分と異なる考え方を「間違っている」と否定することには疑問。ちなみに、私は今年7月に後期高齢者になるが、相変わらず自分の死や死に方・死に場所等について考えたことはない。

○若井克子『東大教授、若年性アルツハイマーになる』講談社,2022年1月

…著者の夫・晋氏は脳外科医を経て東大教授（国際地域保健学教）となった後、54歳時に若年性アルツハイマー病になり、定年1年前に職を辞し、自宅のある栃木に戻った。その後、病名を公表し、キリスト教の信仰に支えられつつ、認知症当事者として、各地を講演して回り、徐々に言葉を失い、寝たきりになり、2021年2月、誤嚥性肺炎で短期間入院後、自宅で家族に看取られ自宅で亡くなった（享年75）。妻が、晋氏と共にどのように病と付き合い、人生という旅を続けたかをありのままを語る。晋氏は私と同じ1974年生まれ！

○柴原秀俊・他「英国NICE技術評価(technology appraisal)ガイダンスにおける公的介護費の扱い：神経系疾患におけるレビュー」『日本医療・病院管理学会誌』59(1):2-10,2022年1月（ウェブ上に公開）。

…標題の文献調査を行い、調査対象としたガイダンス30件のうち13件において、介護施設への入所費用、訪問介護、居宅介護支援等、日本の公的介護サービスに相当する公的介護費を含めた費用対効果評価が実施され、意思決定に用いられていることを見いだす。私は、各ガイダンスにおける公的介護費用の扱いがバラバラであること、及びどのガイドラインも「生産性損失」を含んでいないことに注目した。なお、私は、2019年発表の論文「保健医療の費用対効果評価に『労働（生産性）損失』を含めるべきか？」で、「費用対効果評価に『公的介護費用』を加えるのは合理的」だが、「労働損失を含めると効果の過大推計と倫理的問題が生じる」と指摘した（『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房,2020,61-68頁）。

○真野俊樹編『複眼で見る医療経済とイノベーション』千倉書房,2022年2月。

…多義性の高い「医療」と向き合うために、病院経営、米国医療の最新動向、医療用医薬品、米中での医療イノベーション事例を多角的に紹介した論文集。中国が、医療でも、かつてのコピー大国からイノベーション大国に変貌していることは興味深い。ただし、第3章で、病院経営で米国が「最先端を行く」として、「公的医療保険が根付かない」「米国から見た日本への示唆」を論じるスタンスには疑問。本書の「複眼」は「多様性」の意味。

○スティーブン・ジョンソン著、太田直子訳『EXTRA LIFE なぜ100年間で寿命が54年も延びたのか』朝日新聞出版,2022年2月（原著2021）。

…寿命の延長に貢献した諸要因を、華々しい発明だけでなく、一見地味なものも含め、イノベーションの連鎖として描いた「物語」。終章では、「命を救うイノベーションのランキング」を示し、健康状態の改善には民間企業で生まれたものがいかに少ないかと指摘し、イノベーションに公的な力が欠かせないと強調。最後に、「命を延ばすことが気候危機につながり、今後、「寿命が、気候危機をきっかけに急激に縮小する」可能性に言及。

○法政大学比較経済研究所／菅原琢磨編『医療機器産業論－リーディング産業へ向けた課題と展望』 日本評論社,2022年3月。

…医療機器産業の制度、政策を包括的に扱った初めての研究書（全3部14章）。複雑な制度の解説を含め、さまざまなトピックスを網羅的に論じており、しかも力作揃いで、この分野に関わる実務者・研究者の「必読書」と言える。ただし、日本の医療機器産業は、ごく一部の分野を除いて、医薬品産業以上に欧米企業の後塵を拝しているため、今後、日本と世界で「リーディング産業」となる可能性はきわめて低いとも感じた。本書のいくつかの章では、保険外併用療養費制度の活用で、医療機器市場拡大の原資を増やすことが示唆されているが、日本の医療保険制度では「社会保障として必要かつ十分な医療」・「最適な医療」を給付することが閣議決定されているため、それは政治的に困難と思った。

○特集「身近になったICTリハビリテーション」『総合リハビリテーション』2022年4月号（50巻4号）：332－382頁。

…コロナ禍における身体活動量低下や社会参加制限の中で重要性を増している、ICTを駆使したリハビリテーションの先進事例を解説（6論文）：神経筋疾患のリハビリテーション、遠隔心臓リハビリテーション、仮想現実（VR）技術を用いたトレーニング、VR幻肢痛療法、VR／AR高次脳機能リハビリテーション、web版つどいのひろば。

○日本社会福祉士会編『社会福祉士の倫理 倫理綱領実践ガイドブック 三訂』中央法規、

2022年4月。

…「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」（2014年7月）に対応して、2020～21年に改定された新「社会福祉士の倫理綱領」・「行動綱領」について分かりやすく解説。実際に起こりうる事例を多く盛り込むなどの工夫がされている。私は、旧綱領の「価値」という用語（訳語）に強い疑問を持っていたので、新綱領が、従来の「価値と原則」に代えて、「原理」（原語:principles）という表現を用いたことに大いに共感した(38頁)。私の上記疑問は『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』（勁草書房,2019,72-74頁：「ソーシャルワーク（社会福祉）の価値」は「…価値観（価値規範、価値基準）」等に変えるべきではないか？。

○総務省関東管区行政評価局「高齢者の身元保証に関する調査（行政相談契機）－入院、入所の支援事例を中心として－結果報告」2022年3月（ウェブ上に公開）。

…東京、神奈川、埼玉の3都県にある病院、介護施設など2022カ所を対象とした意識調査（回答数1253。回収率62・0%）と行政機関などへのヒアリングを実施。私は、厚生労働省の通知が出ているにもかかわらず、病院の5.9%、施設に至っては20.6%が、「身元保証人を用意できない場合」、「入院・入所をお断りする」と堂々と(?)回答したことに驚いた。報告は、断る理由についても詳細に示し、さらに「困りごと」を分類し、その項目ごとに先進的な自治体などの取り組みを紹介している。本報告のポイントは、「毎日新聞」5月1日「滝野隆浩の掃苔記（そうたいき）『身元保証』の行政評価」が簡潔に紹介。病院・施設・行政のソーシャルワーカー必読と思

う（全 19 頁ですぐ読める）。

○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」2022 年 4 月 8 日公開。

…政府初の孤独・孤立の全国実態調査：16 歳以上の 2 万人対象に、2021 年 12 月-22 年 1 月実施、有効回答 11,867 件。孤独・孤立感が「しばしばある・常にある」の割合は全体では 4.5%だが、年収 100 万円未満では 7.3%で、年収 1000 万円以上の 2.7%の 3 倍、仕事なし（失業中）では 12.5%もある等、孤独・孤立感も「社会的要因」（social determinants）の影響を受けることがよく分かる。私にとって意外だったのは、年齢区分別にみてこの割合が一番低いのは、私が属する 70～79%の 1.8%だったこと（最高は 30～39 歳の 7.9%）。「孤独感別支援を受けている人の支援主体（複数回答）」の割合では、行政機関（国や自治体）が 60.5%と飛び抜けて高く、次いで社会福祉協議会が 28.1%であり、「NPO 等の民間団体・ボランティア団体」は 8.3%にとどまる。私は、『2020 年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房,2022）78 頁で、＜菅内閣が[「骨太方針 2021」で]「孤独・孤立対策」を社会福祉関係予算の増額（「公助」）ではなく、NPO 等の「共助」に依存して進めようとしている」と批判しが、この数字はその方針が地に足のついていないことを示している。

○無署名「有償治験薬 丸山ワクチンの過去・現在・未来」『国際医薬品情報』2022 年 4 月

21 日号：61-62 頁。

…丸山千里氏が開発した「丸山ワクチン」（結核菌の死菌から作られたツベルクリンから有害成分を除去したものは 1970 年代にさまざまな末期癌に著効を示すと喧伝されたが、1981 年の中央薬事審議会でも有効性を確認されず、未承認となった。しかし、当時、丸山ワクチンの信奉者は非常に多かったため、厚生省は 1982 年に「苦肉の策」として、それを「有償治験薬」として投与できる措置をとり、治験期間を定めずに使用を認めた。本論文では、中央薬事審議会に提出されたと思われる 3 つの共同研究の検証を行い、いずれも有意の治療効果は得られていない（しかも「除外脱落例」が非常に多い）ことを再確認している。私は丸山ワクチンが現在でも使われていることに驚いた。今では信じられないことだが、1970～80 年代にはまだ二重盲検法の意義・意味が一般には知られておらず、「三た主義」（薬を使った→病気が治った→だからこの薬は効いた）が幅をきかしていたので、「丸山ワクチンを使っている医者は 1 万人あまりもいるのに薬事審だけが否定している」等の主張・批判が堂々とされていた（佐高信『日本官僚白書』1986,「丸山ワクチン問題」）。

○大儀律子・他「看護職と介護職の協働実現に向けた病棟管理者の取組みに対する評価について：療養病床で働く介護職の評価に影響する要因を中心に」『日本医療・病院管理学会誌』59 卷 1 号:23-35,2022 年 1 月（ウェブ上に公開）。

…42 病院の療養病床で働く介護職 834 人を対象にして、「看護職と介護職の協働関係構築のための看護管理者の能力測定尺度試作版（介護職評価用）」を用いた重回帰分析を行い、介護職の職場環境が看護管理者の取り組みの全体的な評価に影響することを明らかにした。

○上元達仁・他「日本の訪問看護師の就業継続及び離職に関わる要因の文献検討：過去10年間の文献から」『日本医療・病院管理学会誌』59巻2号,2022年4月（ウェブ上に公開）。

…PubMedと医学中央雑誌を用いて2011～2020年の文献検索を行い、国内外の14文献（すべて横断調査）を選択し、訪問看護師の就業継続及び離職にかかわる要因を整理。ただし、「離職」そのものではなく、「離職意向」の要因。私は、「実際の離職」（客観的事実）と「離職意向」（主観）はまったく別物で、離職要因を抽出するためには、最低限、実際の離職者と非離職者との比較、理想的には「縦断研究」が必要と考えている。

C. コロナ関連

○峰京太郎・山中浩之『新型コロナとワクチン わたしたちは正しかったのか』日経BP社,2022年1月。

…「日経ビジネス」編集者（山中氏）の詳細・率直な質問に、米国立機関研究員・医師の峰氏が、2022年11月時点での最新情報に基づいて、専門用語の定義を1つ1つ説明しながら、丁寧に回答。峰氏は「健全な懐疑心を持つことは専門家の必須の条件」として、「断言する」専門家を批判。第6章「科学はどうやって『正しさ』を保証しているのだろう」はすぐれた科学論・研究方法論。特に、量的研究で「エビデンスピラミッド」を金科玉条として振り回すことへの批判は鋭い。第6章は、質的研究をする者も読んで、その限界を自覚すべきと思う：質的研究では結果の信頼性・妥当性がほとんど検討されないため。

○近藤克則編『ポストコロナ時代の「通いの場」』日本看護協会,2022年1月。

…著者が主導している、研究者と現場の専門職が参加する「JAGES（日本老年医学評価研究）の「通いの場」ワーキンググループの研究成果。36人の執筆者が、「ポストコロナの時代」を展望して、「通いの場」の効果のエビデンス、10を超える市町の具体的な取り組み、厚生労働省の政策動向等について分かりやすく説明。近藤氏の以前の介護予防についての報告と異なり、「通いの場」の医療・介護費抑制「効果」に触れていないのは妥当と思う。

○川口有美子・新城拓也『不安の時代に、ケアを叫ぶ ポスト・コロナ時代の医療と介護にむけて』青土社,2022年2月。

…がん患者の緩和ケア専門医（新庄氏）とALSなど難病患者の生活支援の専門家（川口氏。『逝かない身体』著者）が、2020年10月～2021年9月に行った5回の対談の記録。コロナ大流行で揺さぶられた自らの倫理観を縦横かつ正直に、自己の考えの変化・過去の発言の謝罪も含め、語り合う。コロナを含め、在宅医療・ケア・介護の困難さよく分かる。例：自宅で療養し亡くなった患者の90%に同居家族がいる（30頁）。

○アダム・トゥーズ著、江口泰子訳『世界はコロナとどう闘ったのか？ パンデミック経済危機』東洋経済,2022年2月（原著2021）。

…経済学博士号を有するアメリカの歴史学者が、「パンデミック経済危機」に陥った2020年の世界の動きを、経済的な対応に焦点を当てながら、膨大な資料を用いて詳細に描いた「歴史ナラティブ」の大作（本文だけで422頁）。キーワードは、「リス

ク社会」(別宮)、「複合危機」、「大加速化」。2020年以前にの2014~2016年にも「世界は大きく揺らいでいた」として、その第1に、(2014年の)ウクライナ危機をあげている!2020年を通してのアメリカとイギリスの政治危機の深刻さと、2020年以前から生じていた中国の台頭の加速を活写している。日本はほぼパッシングで、欧州の影も薄い。「結論」は「平穏な状態が続くという選択肢はもはや残されていない」(398頁)。**ネオリベラリズムは「おそらく政府の一貫したイデオロギーとしては、終わりを迎える」と評価(18頁)**。1980年代以降、欧米で医療システムは「市場に組み込まれ」ており、「組織化された無責任が支配していた」とも指摘(55-59)。
○日本医療総合研究所『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後 新自由主義をこえて』新日本出版社,2022年4月。

…上記研究所「医療・介護の再編と社会保障『改革』部会」(9人)の研究成果。序章・終章を含め全10章。主として小泉政権以降の歴代政権の医療・介護再編政策等を厳しく批判し、それへの「対抗」を模索。**医療提供体制の再編(第1章)、医療保険制度「改革」(第2章)、保健所(第3章)、医療・介護「人材」政策(第6章)等の分析は、(比較的)地に足がついている**。しかし、第6章以外は、♪なんでもかんでもみんな♪新自由主義(特に32頁)で、コロナ・パンデミック後その見直しと国家の役割の復権が生じていることに触れず。「地域包括ケアシステムによる医療・介護の解体」(第5章)は???「対抗」・「再構築」を掲げながら、そのための財源調達策にまったく触れない「空想的社会保障論」(権丈善一氏)。

○小豆畑丈夫「**私たちはコロナ前の世界に戻れるのか?(前・中・後編)【#医療の正義⑤~⑦】**」『日本医事新報』2022年4月9日号:62頁、4月16日号:62頁、4月23日号:65頁。

…長年救急医療と在宅医療を精力的に行っていた茨城県の小規模病院において、この2年間、コロナ対応に全力でシフトを敷いて診療を行ってきた小豆畑医師の現在の「逡巡」・「新しい不安」を率直に吐露。前・中編はやや暗いが、後編では自身も参列した高校の卒業式での卒業生代表の感動的な挨拶を聞いて、「出たところ勝負でコロナ後の新しい医療を作ればいい」と「急に気持ちが軽く」なったことを示す。

○特集「**新型コロナウイルス感染症:対策の課題と今後の展望**」『医療と社会』32(1):5-93頁,2022年4月。

…新型コロナウイルス感染症について「現時点[2021年まで]でも課題となっている論点、及び次の新興感染症対策も視野に入れた課題について記録に残すことを目的」とした89頁の大特集で、序文(岡部信彦・武藤香織氏)を含め8論文を掲載。序文の各論文の紹介を読み、興味を持った論文を読むと良いと思う。私自身は、古瀬祐気氏が「新型コロナウイルス感染症の予測に関する数理モデル」を数式を一切使わずに解説し、実効再生算数等への「誤解」が生じた理由を説明し、「専門家の葛藤」も率直に述べていることが一番勉強になった。

○Let's get physical: The return to the office means getting used to the real-life colleagues; The future of the office: Work life in balance. Hybrid work was meant to be the best of both worlds is it? The Economist March 17,2022:pp.51,52-53 (Business section)

…ビジネスの世界では、コロナ禍の真っ盛りでは、コロナ禍を機にリモートワークが一気に

進むと真しやかに主張されていたが、最近はその懐疑的な論調が増えている。この2本の記事は、①オフィスでの対面の仕事の重要性を強調すると共に、②アメリカの巨大企業が軒並みオフィスでの仕事を再開し、それに伴いリモートワークが減少したため、コロナパンデミックで急騰した Zoom 社の株式時価総額が 2020 年前半をピークにして以後急減しており、仕事の仕方が完全に元に戻るのではなく、最終的にはハイブリッドになるが、リモートワークとオフィスでの仕事のバランスがどうなるかについては試行錯誤が続くと報じている。

D. 政治・経済・社会関連

○与那覇潤『昨日の世界のすべて 平成史』文藝春秋,2021年8月。

…コロナ禍によって「遠い過去」になった「平成」の30年間（1989～2019年）の、政治、社会と思想・文化、および「知識人」の言説の変化・変容を膨大な文献と著者の実体験と価値判断を明示しながら描いた大作（552頁）。平成は1970年代に始まっていた&平成は①マルクス主義と②昭和天皇という「ふたりの父の死」とともに始まった。上野千鶴子・姜尚中氏等の「高齢強者」のロジック批判は鋭いし、同感（315-317頁）。他面、経済の記述は弱く、社会保障については民主党政権時の社会保障・税一体改革について少し触れているだけ。直近の2015年以降の記述は個人的思い入れ先行で読みにくい。**平成開始時に大人になっていた人（概ね50歳以上）には自己が生きてきた時代の振り返りの参考になると思う。**

○新藤宗幸『権力にゆがむ専門知 専門家はどうか統制されてきたのか』朝日新聞出版,2021年12月。

…占領期から直近のコロナ禍まで、専門家はいかなる役割を果たしてきたかを批判的に鳥瞰。ただし、5章「介護保険制度に同調した専門知 理論的考察のその浅さ」は読むに堪えない！：介護保険法成立前に、「公的介護保険」・介護保障の在り方について活発な論争が行われ、私も積極的に参加したが、その事実を黙殺し、文献ゼロで、「厚生省官僚による制度設計原案についての学問的・理論的論争は起きずに、専門知の同調が一挙に進行した」と断言！？

○マリアナ・マツカート著、関美和・鈴木絵里子訳『ミッション・エコノミー 国×企業で「新しい資本主義」をつくる時代がやってきた』ニューズピックス,2021年12月（原著2012）。

…「危機に瀕した資本主義」を乗り越えるために、「政府と企業が新たなパーパス（存在意義。ミッションとほぼ同義）を掲げて、新しい形で協働することが求められる」と強調し、「政治主導の新たな経済の7原則」を示す。過去の成功例として、1960年代のアメリカの「アポロ計画」をあげ、近年、「救済」「再分配」に限定されてきた政府の役割を拡大して、政府がふたたび「ハイリスク初期投資家」となることを提唱。第3章の「新自由主義の間違い」の指摘ーニュー・パブリック・マネジメントの失敗等ーは鋭いし、テスラやグーグル等の成功の基礎に政府機関の補助金・融資があるにもかかわらず、それにより得られた利益を当該企業が独占していることに対する批判は説得力がある。私も政府の役割の強化には賛成だが、MMT（現代貨幣理論）のマネー創造論に基づく「財務」原則には強い疑問がある。

**＋○マリアナ・マツカート著、大村昭人訳『企業家としての国家 イノベーション
力で官は民に劣るという神話』** 薬事日報社,2015年（原著 2014）。

…私は、『ミッション・エコノミー』は啓蒙書であり、マツカートの経済思想を深く理解するにはこの本が適している。私は本書を 2016 年に読んだが、彼女が、ケインズとシュンペーターの理論の統合を目ざしていること、ナイト流の不確実性を根拠にして「企業家としての国家の役割」を強調していることは新鮮で、「リスクは社会に、報酬は企業に」の具体例として I T と並んで製薬企業をあげているのは説得力があると感じた。「国家イノベーションファンド」創設の提案も魅力的だが、具体性が弱い。

○宮本憲一・斎藤幸平「人新世の環境学へ なぜいまカール・マルクスなのか？」（連載第 2 回）『世界』2022 年 6 月号：234－242 頁。

…宮本氏は、公害を契機として、「共同社会的条件の政治経済学」を作りあげた経緯を丁寧に話す。氏は、マルクス『経済学批判要綱』の「共同社会的条件」という記述と『資本論』第 1 巻第 23 章の「資本制蓄積の一般的法則」に非常に刺激・示唆を受け、それと制度学派の研究を統合して『社会資本論』を執筆したこと、しかしこのスタンスは「一部のマルクス原理主義者」から批判を受けたことを率直に語る。また、市民運動を労働運動を同格に扱ったことに対して、自治労から「市民主義だ」と批判されたとも回顧。宮本氏は長年住民運動に参加し助言もしたが、「研究者であるという立場は崩してはいけない」、「研究者は観測班みたいなものだ」との言明に共感。斎藤氏は、「私はややもすると訓詁学的とみられる研究をして」きたと認め、宮本氏や都留重人氏等、日本の研究は最近まで読んでこなかったよう。

番外・日本医療経営学会第14回夏季医療経営セミナー

共催：東海病院管理学研究会

後援：一般社団法人愛知県医療法人協会

一般社団法人愛知県病院協会

愛知県日本病院会支部

公益社団法人愛知県看護協会

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会

学校法人日本福祉大学、日本福祉大学同窓会（大学院経営領域同窓会を含む）

全日本病院協会愛知県支部

1. 日時：2022年6月11日（土）午後1時半～5時（1時受け付け開始）
2. 会場：ウインクあいち（愛知県産業労働センター）11階1103
（参加方式：現地参加とオンライン（ZOOM配信）参加のハイブリッド形式）
3. 担当理事：二木立（日本福祉大学名誉教授）
現地実行委員長・座長：柳在相（日本福祉大学経済学部教授）
4. テーマ：2022年度診療報酬改定の分析と病院の対応
5. プログラム
座長：柳在相 日本福祉大学教授
1:30～1:40 開会あいさつ：大道久（日本医療経営学会理事長）
山内一信（東海病院管理学研究会会長）
1:40～3:10 基調講演「2022年度診療報酬改定のポイントと対応」
中林梓（株式会社ASK梓診療報酬研究所所長・本学会理事）
3:10～3:40 報告「医療経済・政策学の視点からみた2022年度診療報酬改定」
二木立（日本福祉大学名誉教授・本学会理事）
3:40～3:50 休憩
3:50～4:20 事例報告「2022年度診療報酬改定への対応」
急性期病院の立場から：太田圭洋（名古屋記念病院理事長）
中小病院の立場から：鈴木学（愛知県医療法人協会事務部会
責任者、笠寺病院事務長）
4:20～5:00 質疑応答・閉会あいさつ
6. 参加費：会員 4,000円、非会員 6,000円、学生 2,000円

○申込締切：完全事前申し込み制（2022年6月9日（木）までに参加費振込み）

○振込先：みずほ銀行 麴町支店 普通預金口座 No.1307196

口座名義：（社）日本医療経営学会

シャ)ニホンイリョウケイエイガツカイ

なお、お振り込みの名義は必ず申込み者名にてお願い申し上げます。

お振り込みの際の手数料はご負担ください。

○問い合わせ先：一般社団法人 日本医療経営学会事務局

TEL：03-3350-0363

FAX：03-3341-1830、E-mail: jaha@world-meeting.co.jp