

2024. 4. 5 (金)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻237号)」 since 2005

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も結構です。

御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様が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/>。

237号の目次以下の通りです(20頁+別ファイル2)

1. 新著『病院の将来とかかりつけ医機能』出版記念インタビュー：報酬改定を機に新たな地域医療構想へ」(『文化連情報』2024年4月号(563号)：22-28頁) …別ファイル(204『文化連情報』新著インタビュー)
  2. 論文：『医療・福祉研究塾(二木ゼミ)の紹介』  
(『総合リハビリテーション』2024年3月号(52巻3号)：303-306頁。……2頁)
  3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算217回：2024年分の1：5論文) ……7頁
  4. 私の好きな名言・警句の紹介(その231) -最近の名言・警句- ……11頁
  5. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第35回) ……13頁
- 番外：大学院「入院」生のための論文の書き方・研究方法論等の私的推薦図書(2024年度版, ver. 25) …別ファイル(24院本推薦訂.pdf)

### お知らせ

1. インタビュー「診療報酬改定が誘導する医療提供体制を検証する」を『国際医薬品情報』2024年3月5日号に掲載しました。
2. 論文「今年度診療報酬改定をどう読むか?(上)」を『日本医事新報』2024年4月6日号に掲載します。  
両者は次の「ニュースレター」238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下さい。
3. 私も参加した『COML医療フォーラム 2023 徹底討論!! かかりつけ医機能 報告書』が3月20日に発行されました。昨年11月18日に開かれたフォーラムでの山口育子氏・横倉義武氏・草場鉄周氏・私の講演全文とその後の「徹底討論」が収録されています(全46頁。紙版、PDF版とも税込み1100円)。購入希望の方はCOMLに直接お申し込みください(電話：03-3830-0655、ファックス：03-3830-0646、e-mail:coml@coml.gr.jp)

## 2. 論文：「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」の紹介

（公募連載 勉強会どうしていますか？③『総合リハビリテーション』2024年3月号（52巻3号）：303-306頁）

筆者は日本福祉大学を2017年度末に定年退職した直後の2018年4月に「プロボノ」（職業上のスキルや経験を生かした社会貢献活動）として、「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」（以下、ゼミ）を立ち上げ、主として医療・福祉領域の（実証）研究能力を身につけるか、磨くことを希望する方を対象にして、毎月研究会を開催している。本稿では、その概要・特徴を紹介しながら、新たに勉強会（ゼミ）を立ち上げた際の工夫、ゼミの進め方に関する工夫、施設や職種を超えて勉強会を開催する際の工夫について述べる。

### 自己紹介ー地域病院と福祉系大学での経験

筆者は1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業した元リハビリテーション科専門医で、東京都心の代々木病院で13年間脳卒中患者の早期リハビリテーションと地域リハビリテーションに従事し、1982年に「脳卒中患者の障害の構造」で医学博士号（東京大学）を取得した。それと並行して、医療経済学や統計学の勉強を続け、1985年に愛知県の日本福祉大学教授に採用された。

日本福祉大学勤務中は学部の「専門演習」と大学院の修士論文・博士論文指導時に、「読みやすくわかりやすい」論文を書くための指導を行った。この指導で一番重視したのは、論文の添削指導である。2006年度には、『介護保険制度の総合的研究』で、日本福祉大学から第2の博士号〔博士（社会福祉学）〕を取得した。

以上の経験を通して、論文執筆能力を高める最良の方法は徹底的な添削指導であると実感した。大学教員には指導する学生・院生の論文テーマを自己の専門分野に限定する方が少なくないが、筆者はそのような「介入」はせず、論文テーマは学生・院生が好きなものを自由に選ばせた。このやり方はゼミでも踏襲している。

### ゼミを立ち上げた際の工夫ーゼミ生は多職種・学際的

ゼミを2018年度に立ち上げる時は、筆者が大学院で指導した院生OB・OGで、現在大学教員になったり、医療・福祉の現場で働きながら社会的発信を続けている方、および筆者が長年研究面で意見・情報交換している他大学の（若手）教員などにメールまたは口頭で参加を呼びかけた。併せて、筆者が毎月配信し、ウェブ上にも公開している「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」でも案内した。

ゼミ参加者は当初、10～20人程度であった。しかし、その後ゼミの評判（指導は厳しいが論文執筆能力が確実に身につく）が広まり、希望者が徐々に増えた。筆者は「来る者拒まず、去る者追わず」をモットーとしており、参加希望者は全員受け入れている。それに加えて、筆者は、学会発表を聞いたり、論文を読んで注目した（主として若手）研究者や実務家にゼミ参加の案内メールを随時行っている。その結果、ゼミ「在籍者」は毎年徐々に増え、2022年度末で80人を超えた。

ゼミ「在籍者」は医学医療・看護・福祉・経済・経営領域などの研究者（大学教員）、ジ

ジャーナリスト、医療・福祉施設の従事者（大半は日本福祉大学または他大学の大学院修了者）、大学院生（博士課程）、高等学校教員、自治体公務員（OB・OG）、厚生労働省OB等多彩＝学際的である。年齢も20歳代（大学院生）～80歳代（大学教員OB）と幅がある。表「2023年1～6月研究会の第2部主・副報告テーマ一覧」から、①報告テーマが多岐にわたっていること、②医療・福祉現場の実践者の報告が多いことがわかる。②の理由は、筆者が現場での経験を「事例研究」や「アクションリサーチ」にまとめることを推奨しているからである。

ただし、毎回のゼミ「参加者」は、リアル参加10人前後＋zoom参加10～20人前後の合計20～30人である。一般的には土曜午後は正規の勤務はほとんどないが、大学の教員でも、医療・福祉施設で働く人々も、土曜午後にはさまざまな予定が入っていることを知った。ゼミの「世話人」は、日本福祉大学社会福祉学部または日本福祉大学大学院修了の他大学教員4人になってもらい、会場の予約、当日の機器設定、会計等を分担してもらっている。ゼミ参加費は、1年当たり6000円で、これで会場使用料を賄っている。海外在住者は参加費を免除している。

### ハイブリッド方式の研究会の有効性

ゼミは、毎月（原則として）第3土曜日の午後1時半～午後5時までに行っている。ゼミ開始前の30分を「オフィスアワー」とし、リアル参加者の個別の相談にもっているが、利用者は多くない。

ゼミの開催場所は最初の2年間は、日本福祉大学名古屋キャンパスの教室を借りていたが、2020年にコロナ禍が突発してからは、安全面の理由で教室が安定的に借りられなくなり、JR名古屋駅近くの公共施設（ウインクあいち）の会議室を借りている。

ゼミは当初リアル形式のみで行い、首都圏から高速バスで参加したゼミ生もいたが、コロナ禍後は、会議室でのリアル研究会とzoomによる遠隔会議の「ハイブリッド方式」に変えた。当初はこれはコロナ禍中の緊急避難的措置と考えていたのだが、ハイブリッド方式にはメリットが多いことに気づき、すぐにこのやり方を恒常化した。リアル研究会の時は、愛知県からの参加者が大半を占めていたが、現在は全国（首都圏～九州）、韓国やドイツにも広がっている。言うまでもなく、遠隔地のゼミ生はzoom参加で時間的・金銭的負担が大幅に減る。

それに加えて、zoom参加者が概ね20人以下の場合は、パソコン（または壁のスクリーン）にzoom参加者の顔がアップされるので、臨場感があり、彼らもリアル参加者と対等に発言できる。新しくゼミに参加された方は皆、付度・遠慮なしの「ガチンコ討論」に驚いている。ちなみに日本福祉大学のある教員は、一度「お試し」でゼミを聴講し、その後、「学会よりずっと面白い」と正式参加した。

ただし、リアル会議には休憩時間やゼミの開始前後に口頭で他の参加者と個別に意見・情報交換でき、それを通して各自の「人的ネットワーク」が広がるメリットがある。

### ゼミの時間配分の工夫―「形式第一、内容第二」

ゼミは1部、2部の2部構成である。第1部は参加者の「30秒スピーチ」で始まり、ゼミ生番号順に、この間の自己の研究や教育活動について簡潔に報告する。続いて、筆者がゼミの1

週間前に送った「ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」の最新号に基づいて、「二木からの情報提供とその説明」を行う。これは筆者が読むかチェックした最新文献の紹介で、A論文の書き方・研究方法論関連、B医療・福祉・社会保障関連、Cコロナ関連、D政治・経済・社会関連の4つの柱建てで、毎回20～30文献を紹介している。その際、筆者とはスタンスの違う文献も含めて可能な限り、幅広く紹介している。筆者が重要と判断した文献は、その要旨・ポイントも詳しく紹介している。入手しにくい文献は、希望者にPDFファイルを送っている。この内容は、翌月の「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」にも転載している。

第1部の最後は、「テキスト」の学習・読解で、筆者の最新著作や筆者が評価する著者の最新の著作を、ほぼ半年間かけてじっくり学ぶ。例えば、2022年度前半は筆者の『2020年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房, 2022）を、2023年度前半は権丈善一・英子『もっと気になる社会保障』（勁草書房, 2022）を学んだ。

時間配分は報告25分＋討論20分で、報告者は40字×40枚×4頁の「文章レポート」を作成する。レポートは次の5部構成である：Ⅰ著書（該当章）の要旨、Ⅱ著書出版後の制度政策や著者の考えの変化、Ⅲ報告者の感想、Ⅳプラスワン（著書と関連するテーマで著者とはスタンスが違う研究者の論文の紹介、Ⅴ（ゼミで討論すべき）論点。筆者が一番重視しているのは、著者が書いている事実・価値判断と報告者の価値判断を峻別することである。筆者の経験では、福祉系の研究者や実践家には事実と著者の価値判断、および自己の価値判断を混同する方が少なくないので、この点は徹底して指導している。

この後10分の休憩を挟んで、第2部では、3人が「主報告」「副報告」「臨時副報告」を行う。主報告は報告25分＋討論25分、2つの副報告は報告15分＋討論10分である。

主報告はある程度まとまった研究で、学会や雑誌への投稿を想定しているもの、副報告はその前段階の「予備的報告」である。主報告は40字×40行×4枚、副報告は同2枚である。第2部報告の形式は、一般の学会・研究会の報告と同じで、Ⅰ研究目的、Ⅱ調査対象（参加者）、Ⅲ倫理的配慮、Ⅳ調査結果、Ⅳ考察が定番である。

筆者は研究指導で「形式第一、内容第二」をモットーにしており、第1部・第2部とも報告の枚数と報告時間を厳格にチェックしている。

## ゼミの進め方に関する工夫ーレポートの事前提出と添削

筆者のゼミの進め方の最大の特徴は、レポートの事前添削である。具体的には、①4人の報告者全員に、上記の枚数の枠内で「文章レポート」を作成してゼミの1週間前までに筆者にメールで提出し、②筆者がそれを赤字及び青字で詳細に添削し、③その添削済みレポートのPDFファイルを、「ゼミ通信」と一緒にゼミ生全員にゼミの前に送り、④報告者はゼミ当日筆者の添削を踏まえて報告し、討論する。

最近では、各種勉強会の報告はパワーポイントで行うのが一般的である。しかし、パワーポイントは粗いレジュメ・「ポンチ絵」にすぎず、報告後論文化する際に多大な労力が必要になる。それに対して、最初から「文章レポート」を作成しておけば、報告後の質疑応答を踏まえて加筆すれば、すぐ論文化できる。実際、多くのゼミ生が、ゼミでの報告後すぐ学会報告・論文発表を行っている。これについては、「ゼミ通信」の「ゼミ生の学会・研究会発表、論文、著書出版等」欄で、随時紹介している（自己申告制）。

最近はいくつかの研究会で、報告資料が事前に配布されることも増えているようであるが、筆者のように、主催者（司会）がそれを事前に添削して、参加者に添削済みレポートを事前配布するやり方をしているのは、筆者のゼミだけと思う。

添削で一番注意していることは、問題点を指摘するだけでなく、良い点にも注目し、報告が少しでも良くなるように助言することである。これは学会誌投稿論文の事前査読にもなっている。他のゼミ参加者も、添削を読むことにより、論文の書き方の留意点を学ぶことができる。

この事前添削は、一般の研究会・学会発表での「指定発言」の役割も果たし、報告者は報告当日、添削で指摘された疑問・助言等に答える形で報告するので、報告内容が深まる。報告テーマの専門性が非常に高い場合には、そのテーマを専門とする他のゼミ生に、口頭またはメールでの「指定発言」をお願いしており、これは報告者にとって特に有益なようである。

なお、事前に提出される「文章レポート」及び筆者の添削には、非公開情報が含まれていることも少なくないので、ゼミ生にそれらを送る際、毎回、「全てのゼミ配付資料はゼミ生個人限りとして、転送・拡散・引用を禁じます」と明記している。ゼミを始めて5年半になるが、全ゼミ生がこれを守ってくれているようである。

## 表 2023年1～6月研究会の第2部主・副報告テーマ一覧

1月（参加者：リアル11人＋zoom13人＝24人）

主報告「非営利組織としての病院経営をめぐる神話」（大学・経営）

副報告「教科書で見る『自助・共助・公助』と『自助・互助・共助・公助』の使われ方」（大学・看護）

臨時副報告「公務員福祉職への転職が、ソーシャルワーカーの力量形成にどのような影響を与えるか—生活史の聞き取りを通して」（自治体・SW）

2月（参加者数：リアル11人＋zoom12人＝23人）

主報告「『スクールソーシャルワーク』実践の手順書」の実用性についての一宮市での実証実験」（大学・SW）

副報告「大垣市における実践報告（新型コロナ対応と地域共生施策）」（自治体・公務員）

臨時副報告「心疾患患者への相談支援に関する医療ソーシャルワーカーの実践状況と課題」（大学・MSW）

3月（参加者数：リアル14人＋zoom12人＝26人）

主報告「身寄りのない患者におけるソーシャルワーク支援上の困難性と支援方法の開発研究」（大学・MSW）

副報告「愛知県における優生保護法下の強制不妊手術の運用実態」（大学・MHSW）

臨時副報告「『内密出産』のソーシャルワーク的課題を考える」（フリージャーナリスト・SW）

4月（参加者数：リアル12人＋zoom15人＝27人）

主報告「2024年医療介護同時改定へ向けた非複合体病院の経営戦略—在支病の機能強化策、及びいわゆる特定および認定看護師の養成について」（病院・事務）

副報告「高等学校における特別支援教育コーディネーターの役割—双方向型遠隔授業における高校生の治療と学業の両立支援を基に」（高校・教員）

臨時副報告「愛知県の介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、障害者支援施設の管理者における新型コロナウイルス感染症対策に関する研究」（大学・看護）

5月（参加者数：リアル10人＋zoom14人＝24人）

主報告「韓国の新政府の医療・介護政策」（韓国の国立研究機関・研究職）

副報告「精神障害に関する啓発プログラムの効果」（大学・MHSW）

臨時副報告「地域医療連携推進法人による連携と制度の未来」（大学院・医療政策）

6月（参加者数：リアル10人＋zoom9人＝19人）

主報告「入院の仕組みの改善による、業務の効率化と急性期病院と連携強化の効果について」（病院・MSW）

副報告「日本における新型タバコ使用の実態：新型タバコの害についてどう考えるか？」（公立研究機関・医師）

臨時副報告「中小病院におけるM&A交渉の事例報告—なぜ病院のM&Aは増えているのか」（病院・事務）

注：報告テーマの後の（ ）：報告者の所属・職名。

MHSW＝精神保健福祉士。

参加者数には筆者（毎回参加）を含まない。

### 3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

#### 217回)(2024年分その1:5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。

#### ○アメリカにおける医療の金融化

Bruch JD, et al: The financialization of health care in the United States. NEJM 390(2):178-182, 2024 [評論]

急成長する医療産業複合体に対する初期の恐怖 (Relman, 1980) から貪欲な企業的医療の最近の批判 (Berwick等, 2023) まで、医療観察者はアメリカの医療制度に埋め込まれた営利動機を非難してきた。その際、医療における企業の影響の増大に焦点が当てられ、「金融化」はほとんど見逃されてきた。社会学者や歴史家が定義するように、金融化は現代の経済と社会に存在する金融市場・金融的動機・金融制度、及び金融部門のエリートを意味する。金融的アクター—商業・投資銀行、非公開株式投資会社、ベンチャーキャピタル企業、他の種類の投資者等—の影響力は増大している。我々は、医療の質、平等、及び費用に関する医療政策の議論では、アメリカの医療制度内で金融部門の影響力が増大しつつあることを正面から把握する必要があると考える。そのために、本稿では、まず金融化を企業化や私有化と区別し、次に金融部門がアメリカ医療の骨格を作り直している様 (さま) を記述し、さらに公共政策が金融化を促進していることを示し、最後にそれといかに対決すべきかについて述べる。

**二木コメント**—世界最高峰の臨床医学雑誌に初めて掲載された「アメリカにおける医療の金融化」についての包括的・批判的評論で、上記はそのイントロ部分の抄訳± $\alpha$ です。評論のため要旨はありませんが、3頁の本文に文献が43も付いており、「アメリカにおける医療の金融化」の歴史と最新動向を鳥瞰することができます。私は最後の項で、故ラインハルト氏 (アメリカでは数少ない非・反新古典派の医療経済学者) が晩年 (2016年) に、アメリカ医療の近年の変貌を (価値の創造ではなく) 「価値のシフト」と喝破したことが紹介されていることに注目・共感しました。

実は私は「アメリカ医療の金融化」についての論文を読むのは初めてなのですが、「『金融化』とは今日の主流派経済学である新自由主義に批判的な立場を取る学派が提唱している概念であり、80年代以降の先進国 (とりわけ米国) において、経済全体におけるマネーストック/フロー・金融市場・金融機関の影響力、金融利益を追求する動機付けが増大している現象を警戒的に捉えるもの」だそうです (金木利公「金融危機の下地となる『経済の金融化』」『三井住友銀行調査月報』2018年11月号 (ウェブ上に公開))。

#### ○医療統合に対する経済的インセンティブ: スコーピングレビューとエビデンスに基づいたデザインのための教訓

Yordanov D, et al: Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design. Health Policy 141(2024)104995, 15 pages [文献レ

ビュー]

慢性疾患を持つ患者の増加に対応して、医療制度は再編され、医療提供者間の統合が行われている。しかし、多くの試みは望ましいアウトカムの実現に失敗している。その理由の一つは医療統合のための経済的インセンティブが欠けていることかもしれない。本研究の目的は、慢性疾患を持つ患者のための医療統合を促進するための経済的インセンティブを見いだし、（費用対）効果のエビデンスと実施のためのファシリテーターとバリアを評価することである。本スコーピングレビューでは2021年12月以前に査読付き雑誌に掲載され、高所得国を対象にした文献を検索し、最終的に33文献（アメリカ32、オランダ1）を選んだ。

その結果、以下の4種類の経済的インセンティブを見いだした：（保険者と提供者との）節減費用の共有 (shared savings)、包括払い、成果に応じた支払い (pay for performance)、連携に応じた支払い。これらの経済的インセンティブの（費用対）効果には相当の違い (substantial heterogeneity) があつた。実施上の主なバリアは、インフラの欠如（電子的医療記録、コミュニケーション・チャンネル、臨床ガイドラインの欠如等）であつた。統合を促進するためには、経済的インセンティブは伝達と実施が容易であり、しかも追加的経済的支援、IT面での支援、訓練とガイドラインを必要とした。結論：4種類の経済的インセンティブは医療統合を促進する可能性があるが、すべての文脈で有効とは言えない。節減費用の共有が（費用対）効果的な医療統合を促進するためには一番有望に見え、多くの研究がそれに因果関係を認めている。ただしエビデンスには限界があり、ある文脈で得られた結論を他の文脈に移転するのは難しい。

**二木コメント**—上記要旨は抽象的ですが、本文には33文献の詳細な一覧表が掲載されており、医療統合の経済評価の研究者必読と思います。私は、その表の「費用対効果」欄を見て、費用削減を示した研究はごくわずかしかなく、特に介入費用を含めた純費用の有意な削減を示した研究は皆無であることに注目しました。

なお、integrated careを「統合医療」と直訳すると、近代西洋医学と伝統医学等とを組み合わせて行う「統合医療」と誤解されるので、「医療統合」と訳しました。また、アメリカのintegrated careは医療の枠内での統合を意味するので、医療と社会サービスの統合を想像させる「統合ケア」とは訳しませんでした。

**参考：**私は今まで、スコーピングレビューとシステマティックレビューとの違いがよく分からなかったのですが、次の文献がその点を詳細に解説しており、勉強になりました：友利幸之助・他「スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版：PRISMA-ScR」『日本臨床作業療法研究』7:70-76, 2020（ウェブ上に公開）。それによると、スコーピングレビューは「比較的新しい文献レビューの手法」で、「幅広い情報を素早く概観しながら研究のギャップ [まだ研究されていない範囲] を特定し、次の研究につなげることを主な目的としている」そうです。

**○ドイツの社会的に恵まれない都市部における医療統合 [ネットワークのモデル事業] が医療利用と医療費に与えた影響：イベント・スタディの枠組みでの差の差分法による分析**  
Ress V, et al: The impact of integrated care on health care utilization and costs in a socially deprived urban area in Germany: A difference-in-differences approach within an event-study framework. Health Economics 33(2):229-247, 2024 [量的研究・

## 事例研究]

ドイツ・ハンブルグ市の社会的に恵まれない地区（平均所得が市平均の40%以下）の18歳以上の成人（約5万人）を対象にして2017年に開始した医療統合のモデル事業の影響を調査した。2015-2019年の行政データを用い、以下の2つの介入の因果関係を統計的に推計した。1つは提供サイドの統合で、医療、社会的ケア、地域ケアの提供者間のネットワーク形成であり、もう1つは供給・需要サイド両方への介入で、提供側だけでなく、患者側にも焦点を当て、個別支援やグループ支援等も行い、その中には社会的処方も含んでいる。交絡因子はプロペンシティ・スコア・マッチングで調整した。ベースラインモデルとして、2段階固定効果差の差分法を用い、因果関係を同定した。次に、イベント・スタディ（ある出来事（イベント）が分析対象に影響を与えているか否かを検証する手法）の枠組みで差の差分法を用いて、時間経過で変わる治療効果の異質性を探索し、これにより2つの介入の効果を区別し、因果推論と一般化可能性(generalizability)を改善した。

モデル事業の結果、入院、救急外来受診、及び病院外の外来受診が有意に増加し、それらの費用と総医療費も有意に増加した。医療利用の増加は、介入が医療アクセスを改善するかアンメットニードを見いだしたことを示唆している。

**二木コメント**ービッグデータを用いた緻密な計量経済学的研究です。アメリカのintegrated careの多くが医療の枠内の組織統合で、医療費の抑制を目的の1つとしているのとは異なり、このintegrated careは一部社会的ケア（福祉）を含んだサービス提供者間のネットワーク形成で、しかも医療費抑制ではなく、貧困地区における医療面での不平等の改善を目指しています。その結果、医療利用と医療費が増加したことも肯定的に評価されています。なお、上述したようにこのネットワークには一部社会的ケアも含んでいますが、9つのアウトカム指標はすべて医療利用と医療費に関するものなので、「医療統合」と訳しました。

## 〇一般医診療への薬剤師の統合【雇用】と影響の国際的動向：迅速文献レビュー

Karampatakis GD, et al: Integration and impact of pharmacists in general practice internationally: A rapid review. *Journal of Health Services Research & Policy* 29 (1):56-67, 2024 [文献レビュー]

イギリスの一般医診療(家庭医診療)は、医療ニーズの複雑化と最近のコロナ・パンデミックによる圧力を受けている。この圧力を克服し、一般医(GP)の仕事量を減らすために、薬剤師をGP診療に統合する試みが広く行われている。いくつかの文献レビュー(体系的文献レビューも含む)は、GP基盤の薬剤師(GPBPs)について部分的に検討しているだけである。本研究の目的はGPBPsの雇用/統合モデルについてより深く探索し、先行研究では十分に検討されていない、その実際の活動と影響、および概念を探索することである。2つのデータベースを用いて、2021年6月までに発表された英文の原著論文等を探索し、最終的に75論文を選んだ。それらは7か国にまたがっており、イギリス(UK)が25論文、次いでアメリカが19論文であり、残りの5か国はオランダを除いて英語圏だった。文献の異質性が非常に大きかった。薬剤師のGP診療への統合は1990年代後半以降、数か国で行われているが、全国レベルでのプログラムが確立しているのはイギリスだけだった。資金源は様々だった。薬剤師の雇用形態は非常勤、常勤の両方があり、1つの診療所または複数の診療所で働いていた。GPBPの活動は一部の例外を除いて各国で比較可能であった。GPBPの活動は17に分けら

れ、薬剤レビュー (medication reviews) がもっとも広く行われていた。国別に見ると、イギリスのGPBPがGPからもっとも独立して活動していた。GPBPの影響は観察研究と介入研究で評価されており、その尺度は多様であった (例: 活動量、患者との接触、患者の認知/エクスペリエンス、患者アウトカム)。GPBP活動の独立した、定量可能なアウトカムはすべて肯定的だったが、統計的有意性にはバラツキがあった。

**二木コメント**—この論文の“integration”は、薬剤師の一般診療への「統合」というより「雇用」を意味します。歴史的に医薬分業が確立していた欧米諸国 (ただし今回の分析対象はほぼ英語圏諸国) で、薬剤師の一般医診療への統合・雇用は一大事件なのかもしれませんが、日本から見ると“So what (Et alors)?”です。

### ○1つの時代の終焉? 診断関連群 (DRG) に基づいた活動ベースの支払い: 高所得10か国における入院部門の支払い改革の文献レビュー

Milstein R, et al: The end of an era? Activity-based funding based on diagnosis-related groups: A review of payment reforms in the inpatient sector in 10 high-income countries. Health Policy 141(2024)104990, 8 pages [文献レビュー]

OECD加盟国の政策決定者は、病院の支払いを量から価値に変える新しい方法を模索している。本論文は最新の改革について概観し、そのエビデンスを示す。そのために、以下の10高所得国のDRG支払方式をレビューした: オーストラリア、オーストリア、カナダ (オンタリオ州)、デンマーク、フランス、ドイツ、ノルウェイ、ポーランド、イングランド、及びアメリカ。

その結果、以下の4つの改革トレンドを見いだした。(1)入院医療費中のDRGに基づく支払い割合の減少、(2)田舎の病院への追加支払いとそれら病院のDRG方式からの除外、(3)患者経路 (patient pathway) に沿って提供されるすべてのサービスを一括して支払うエピソードベースの支払い、(4)入院より安価な医療提供にシフトする経済的インセンティブ。一部の国はこれらの方法の一部または全部を組み合わせている。これらの改革は活動性と効率性から、目標の多様化へのシフトを意味し、医療の質を改善しつつ医療費の増加率を抑制する努力を反映している。これらの経済評価はアメリカ以外の国ではほとんど行われていないが、アメリカの評価実績をみると、質を改善しつつ医療費を抑制することについてのエビデンスはまちまちである (mixed success)。

**二木コメント**—OECD加盟国の入院医療費支払い方式の最新動向—DRG方式の比重の低下等—を概観できる便利な論文です。私は上記要旨の最後の1文が一番重要と思います。本文には、日本を含めたOECD加盟30か国で何らかのDRG (類似) 支払い方式が導入された年の一覧図も載っています。

## 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その231)ー最近知った名言・警句

### <研究と研究者の役割>

○大江健三郎（作家、2023年死去・88歳）「しかし、書く技術・手法より、『本当のこと』を書く覚悟が問題じゃないか？それこそいまや『晩年のスタイル』として！」（『親密な手紙』岩波新書, 2023年10月, 22頁。「親密な手紙」は岩波書店の雑誌『図書』に2010-2013年に連載（著者75-78歳時）。『晩年のスタイル』は大江氏と交流のあったエドワード・サイードの晩年の著書で、本書で何度も引用）。**二木コメントー**私は長年、「研究者としてのプロ意識」の第1に、「何よりも事実に忠実なこと」をあげてきたので、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, 163頁）。私は現在76歳で、大江氏がこの連載を書いたときとほぼ同じ年齢ですが、まだ「晩年」意識はありません。

○アレクサンドル・グロタンディーク（20世紀で最も偉大な数学者。2014年死去）「誤りを恐れることと真理を恐れることは同一である。間違えることを恐れる者は発見できない。間違えることを恐れるときにこそ、自分の内にある誤りが岩のように確固たるものになる」（ダヴィッド・ベシス著、野村真依子訳『心を旅する数学』晶文社, 2023(原書2022), 113頁で紹介）。

○ダヴィッド・ベシス（フランスの数学者）「自分の直観がAと言い、道理がBと言う場合、私は調停者の立場をとる。自分の直観を言葉に置き換え、簡単に意味の通る物語のように語ろうと努力する。逆にいえば、論理的推論が言わんとすることを直観的に悟り、その内容を体で感じとろうとするのだ。それが本当に信じられるだろうかと自問し、試行錯誤する（中略）／私の直観は決して完璧ではない。たいていは的確だが、でたらめを言うこともある（中略）／最終的には、ほとんどいつも私の直観に軍配が上がる」（野村真依子訳『心を旅する数学 直観と好奇心がひらく秘密の世界』晶文社, 2023(原書2022), 194-195頁）。**二木コメントー**著者は本書の副題にもあるように、本書全体で「直観こそが大事」と何度も繰り返していますが、この記述から、それは直観の絶対化ではないことが分かり、納得しました。この記述は、カーネマンの「システム1」（直観）と「システム2」（道理）という認知の2分法に対する批判でもあります。著者はこの「直観と道理の対話確立」を最初「システム3」と名付けますが、すぐにそれを否定して、以下のように述べています：「このアプローチを『システム3』と呼ぶのは、明らかに馬鹿げている。ただ単に“考える”や“熟慮する”と言えれば良いのだ」（195頁）。私も同感です。

○田中洋子（筑波大学人文社会系教授。専門はドイツ社会経済史、日独労働・社会政策）「調査を快く受入れてインタビューに応じていただき、時に資料も提供いただいたさまざまな組織や個人のみなさんご協力に心から感謝する。論文を執筆する時に誰かの顔を思い浮かべるとは普通ないが、本書の執筆にあたっては、一行書くたびに、話を聞いた人の顔や表情、聞いた言葉が頭の中に浮かんで来て、その人に背中を押されるようにして文章を書くという経験をした。一人一人のお名前をあげきれないほど多くのみなさんから話しを聞いたことが本書の基礎になっている。／今後も引き続き現場の声を聞いていきたいと考えている」（田中洋子編著『エッセンシャルワーカー 社会に不可欠な仕事なのに、なぜ安く使われるのか』旬報社, 2023年, 381頁（あとがきの最後の一文））。**二木コメントー**私は、いつ

も多くの友人・知人と意見・情報交換をしながら論文を書いているので、論文を書きながら、その人々の顔を思い浮かべるのが普通です。

○**苅部直**（東大教授・政治思想史学者。2023年に『小林秀雄の謎を解く 「考えるヒント」の精神史』（新潮選書）を刊行）「**我々がもう少し柔軟で、じっくりした考え方をするために大事なのは身体性。違った考え方に違和感を覚える時は、頭だけでなく全身で感じ、なるほどと納得できた時は体全体で喜ぶ。**そういう『考えること』を[荻生]徂徠や[本居]宣長が実践していたという小林秀雄の着眼点は間違っていない」（「読売新聞」2024年1月3日朝刊、「対話の大切さ 徳川思想史に学ぶ」）。

○**養老孟司**（東京大学名誉教授。解剖学者・著作家）「僕はね、解剖とか虫とかやっているから、**後ろ側に実物がないとダメ**なんです。チャットGPTって後ろにはデータしかなくて、それを処理しているだけでしょう。**ボールを投げたことがなくせに、ボールの投げ方をもっともらしく言う奴と同じです**」（『なるようになる。』中央公論新社, 2023, 175頁）。

**二木コメント**ー私にとっての「身体性」・「後ろ側の実物」とは、現実の医療と医療政策で、これを知ろうとせず、データだけを分析する経済・政策研究は無力だと思っています。

○**若松英輔**（批評家）「**想像力は重要である。（中略）／だが、想像力を鍛えるのは簡単ではない。（中略）講演などで想像力にまつわる話しをすると、多くの人がそれを空想力と混同しているのが分かる。**想像力が真にはたらくとき、人はある種の現実味、真実味を実感する。空想をどこまで広げてもそうした手応えはやってこない。そればかりか迷路に入り込むこともある。空想は広がっていく。想像は深まる」（「日本経済新聞」2024年3月2日朝刊、「想像力について～三木清『構想力の論理』。若松氏は「想像力」と「構想力」を同一視）。**二木コメント**ー若松氏はこの評論で、想像力（構想力）と空想力をさまざまな側面から対比しており、目を開かされました。

○**赤川次郎**（小説家。新作は、政界がらみの長編サスペンス『暗殺』（新潮社）。現在も7本の連載を抱える。76歳）「**この年になっても原稿依頼があるのは幸せです。小説を書くのが一番好きなことだから、恵まれています。締め切りが重なってほしくはないけれど**」（「しんぶん赤旗日曜版」2024年3月10日・17日合併号、「政治こそ正義を大事に」）。**二木コメント**ー私も同じ76歳で、毎月、『日本医事新報』と『文化連情報』の連載枠をいただいているのは恵まれていると感じました。

#### <その他>

○**吉村昭**（小説家。2006年死去）「**男は常に重要なことで頭が占められているから、忘れ物をするのが当然であり、むしろ忘れ物をしないような男は大成しない**」（「読売新聞」2024年3月2日朝刊。橋本五郎「胸のくぼみで眠る安息」が、吉村氏の忘れ魔であることの「弁明」と紹介。**二木コメント**ー私も昔（少なくとも高校生時代）からよく忘れ物をしていましたが、それを全然気にしていなかったのが、大いに共感しました。ただし、私は吉村氏のような「弁明」・開き直りをしたことはありません。

## 5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第35回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」73号 (2024年3月17日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私の好み/私好み

### A. 論文の書き方・研究方法論関連

○ラテン語さん『世界はラテン語でできている』SB新書, 2024年1月。

…ラテン語 (単語) が、世界史、政治、宗教、科学、現代、日本という6つのテーマとどう関わっているかを概説した「豆知識集」。「英単語語源集」の一種とも言えるが、私の経験では、語源を知って英語の語彙が大幅に増えることはない。

+○清水健二・すずきひろし『英単語の語源図鑑 見るだけで語彙が増える』かんき出版, 2018。

…「100の語源で10,000語が身につく!」、「最も効率的な英単語の覚え方は、語源学習」と宣伝。サラリと読めるが、語源の多くは多義的・抽象的で、本書を読んだから語彙が一気に増えるとは考えられない。語彙を増やす王道は、英語文献の多読&一部精読と思う。

○川添愛『世にもあいまいなことばの秘密』ちくまプリアー新書, 2023年12月。

…言語学の立場から、私たちの発する言葉のほとんどは曖昧で、複数の解釈を持つことを、膨大な実例—一般の読者にはクドイ!—をあげて示し、読者が「言葉の曖昧さに少し敏感になり、言葉のすれ違いを早めに察知できるようにする」ことを目指す。10章では「曖昧さとうまくつきあうための方法」を提案。ここで著者が最後に指摘している「第三者の目を入れる」(重要な文書の場合は、誤解を避けるために、公開する前に第三者に見てもらおう。216頁)は、私も励行。ゼミの「公開添削」もこれにあたる。

### B. 医療・福祉・社会保障関連

○印南一路「かかりつけ医制度の行く末(1)~(3)」『Monthly IHEP』2023年4~6月号。

…2022~2023年のかかりつけ医制度の議論を振り返り、今後の行く末について多面的に思考実験。「新興感染症に対する対応は、保健所及び感染症病床を持つ公立病院を中心に考えるべき」と述べる一方、「コロナ禍の下でワクチン接種の拒否、重症患者の在宅放置が起きる等、一部診療所の機能不全が明らかになった」等と日本の医療施設批判を繰り返す。日本と対比して、「英国の家庭医制度」を肯定的に紹介しているが、イギリスのGPがコロナ患者の診療をほとんどしなかったことや、GPの診察はすぐには受けられないことには触れていない。私が一番疑問を感じたのは、印南氏が、2022年に、「登録制・人頭払いによるかかりつけ医は、診療所のみが対象になる」、かかりつけ医の制度化は「登録制・人頭払いが大前提」と断言し、医療関係者に無用な不安を与えたことへの反省・弁明がないこと。

◎岩本伸一「『かかりつけ医』のイメージは医師と府民の理解に相違がある」『社会保険旬報』2024年3月1日号: 6-14頁。

…大阪府医師会調査委員会が、2023年5月に大阪府医師会会員と府民を対象にして、「かかりつけ医に抱いているイメージ」、「かかりつけ医の認定制、制度化(登録制)」について

調査したインターネット調査の詳細（回答数は両者とも1000人以上）。医師会員と市民を対象にしてほぼ同様の質問をし、両者の回答を詳しく比較した調査は初めてで、しかも意外な事実も少なくなく、かかりつけ医機能について考える必読文献と言える。一部の「かかりつけ医制度化」論者は、かかりつけ医の必須機能として、「時間外、休日、夜間に対応」をあげていたが、会員・府民ともそれを、かかりつけ医のイメージに「（やや）一致しない」と答えた割合が30%を超えていた。会員への「かかりつけ医になりたいか」との質問に対して、全体ではなりたい派46.9%、なりたくない派26.2%だが、内科系医師に限るとそれぞれ59.1%、16.9%となりたい派が多い。特に39歳以下の診療所長に限ると、なりたい派が82.3%を占めることは心強い。

会員調査ではかかりつけ医の「認定」について、医師全体では必要派31.8%、不要派38.3%、分からない29.8%だったが、診療所長では必要派25.3%、不要派47.1%と不必要派はるかに多く、逆に病院長・勤務医では必要派約40%、不必要派約26%だった。府民ではかかりつけ医の「登録」について、必要派30.1%、不要派28.9%と拮抗していた（分からない41%）。私は健保連「医療・介護に関する国民意識調査」（2020年）のように、設問で登録制ではフリーアクセスが制限されると説明していたら、不要派が大幅に増えたと思う。

○旭英幸と竹田健康財団の仲間達『医療機関のクロージングを考える あるクリニックの撤退ケース』日本ヘルスケアテクノ株式会社, 2023年11月。

…1991年に栃木県宇都宮市で「旭眼科内科クリニック」を開業し、約30年後の2023年に自主閉院した旭英幸医師（竹田健康財団理事）のケーススタディ。第2部で旭医師が30年の経緯を淡々と述べ、第3部では5人（4論文）が診療所をクロージングするために必要な事項を解説。第1部では本書を企画した小山秀夫氏が、最新の医療統計も紹介しながら、「クリニックとか病院の経営問題にかかわっていると『撤退の決断』が一番大切と思知らされる」理由を、多面的に述べる。「医療現場を調査することなく机上で医療費抑制政策をこねくり回しても、大きな成果は得られない」（44頁）等、キラリと光る寸言も少なくない。

+○日本医師会監修・日本医師会総合政策研究機構企画総括『Q&Aで承継のプロセスがよくわかる診療所のための医業承継（第三者承継）のてびき』東京法規出版, 2020年。

…地域医療を支える診療所等の存続が危ぶまれる状況が全国各地で広がりつつあることを踏まえ、医業承継が円滑に行われ、「社会的共通資本」としての医療が維持されていくことを願って、日本医師会総合研究機構が外部の専門家の執筆協力を得て作成した実務的手引書。譲渡側・譲受側のいずれにも役立つよう、Q&A形式（合計72）で記述。最後に成功・失敗事例（合計17）を具体的に示す。（「ゼミ通信」59号（2023年1月）で紹介）

○濱田孝一『「地域包括ケア」の落とし穴 介護の大転換が自治体を破綻に追い込む』花伝社, 2023年12月。

…地域包括ケアシステムが伝統的な「全国共通システム」ではなく、自治体が責任を負う「高齢者総合施策の地方分権」であり、「住んでいる市町村によって、受けられる高齢者サービスの質や内容、費用に差が生まれる」との（私から見ても）リアルな認識に基づいて、地域包括ケアシステムが「2040年に向けた自治体破綻の一里塚」になる、「高齢者の医療介護費用の大幅削減は2025年から始まる」等と大胆に予測。著者は介護分野の経営コンサルタント

ントで、介護分野の記述は勉強になる（例：「他の業界では正規職員と比較して非正規の派遣職員の待遇の悪さが問題になっていますが、介護業界では慢性的な人手不足を背景に、派遣職員の方が給与は高く、重い責任だけが安い給与の正規職員に押し掛かるといふ逆格差が生まれています」51頁）。しかか、自己の価値判断・思いと将来予測が渾然一体となった「地獄のシナリオ」が延々と続くのには辟易とさせられる。医療の予測は思いつきレベル（例：「高齢者の医療費削減のポイントと課題」120頁）。根拠になる文献の引用もゼロ。

○山田篤裕「高齢者の所得格差と貧困（特集：【比較検証】データで見る日本の現実～国際比較・年次推移から社会と医療を考察する）」『月刊／保険診療』2024年1月号：34-40頁。  
…日本の高齢者の所得格差と貧困の特等を、OECDデータと日本国内の時系列データに基づき明快に説明し、最後に日本が直面する社会政策上の課題について論じる。

○特集「地域から病院が消える－住民置き去りの統廃合計画」『月刊保団連』2024年2月号：3-33頁。  
…寺尾正之氏の総論と、東京都と大阪府のリアルな事例報告等、5論文。寺尾氏が現行の「地域の実情を踏まえた『余力と備え』のある医療体制が求められる」との指摘に共感。ただし、特集冒頭で編集部が、地域医療構想で「20万床削減計画は撤回されていない」等と書いているのは不正確。

○織田正道「原点に戻る、『日本一の気配り病院』－2024年グループ方針」『ゆうあい報おだびたる 社会医療法人祐愛会織田病院<院内報>』85号、2024年1月31日（ウェブ上に公開）。  
…2024年のグループ方針として横断的に取り組む6つの方針として、まず「1 接遇の更なる向上（コミュニケーション能力の向上）を、その次に「2 保健・医療・介護の全分野にわたるDX推進」を掲げている。その説明で、1が同グループの設立理念である「悩める者への光明を」に直結していることを、ていねいに説明している。

医療DXで日本の民間病院のフロントランナーである織田病院グループ（佐賀県鹿島市）が、グループ方針のトップに「接遇の更なる向上」を掲げていることに注目した。私は、『病院』2023年1月号論文「複眼で読む医療・社会保障の未来と病院経営」（新著『病院の将来とかかりつけ医機能』第1章第1節）の「おわりに」で、今後の医療で求められるのは、ネイスピッツが1980年代に強調した「ハイテク&ハイタッチ」であると強調した。織田病院グループはこれを実践していると感銘を受けた。

○厨子健一・岩山絵里「日本の高等教育機関におけるスクールソーシャルワーカー養成の実態調査」『厚生指標』2024年2月号：1-7頁。  
…高等教育機関（大学）におけるスクールソーシャルワーカーの全国実態を明らかにするために、29養成施設（回答率46%）の回答を多面的に分析。私は、著者も「結論」冒頭で書いているように、各養成校の教育課程修了者の少なさに驚いた：過去3年（2019～2021年度）とも、中央値が2人！？なお、各年の最大値（16人、13人、13人）は、すべて日本福祉大学とのこと（野尻紀恵氏より）

○野口晴子「後期高齢者に対する窓口負担上げの影響」『週刊社会保障』2024年2月19日号：28-29頁。

…2022年10月から、「一定所得以上」の後期高齢者の窓口負担は1割から2割に引き上げられた。厚生労働省保険局調査課から提供された「所得課税情報等に応じた医療費情報」を用いて、回帰不連続デザインと差分の作法により、引上げ前後の変化を分析。外来・入院を合わせると、窓口負担引き上げ直後の「2022年11月には、受診率が約3%、受診回数が約5%、医療費が約6%減少し、受診抑制が発生していること」を確認。時系列でみると、受診率は3か月後の2023年1月には年には回復していたが、受診回数や医療費は半年後の2023年3月まで影響が尾を引いていた。ただし、入院ではこのような変化はなかった（私は、これは入院医療の大半が高額療養費制度の対象となり、2割負担となっても窓口負担は増えないためと思う）。個票を用いて窓口負担上げの影響を調査した貴重な実証研究だが、健康状態の変化等は調査していない。

○古城資久「高齢化社会により良い医療体制は病院機能分化か複合型病院か」『社会保障旬報』2024年2月21日号：12-22頁。

…2023年11月の第22回日本医療経営学会学術集会・会長講演「環境激変！どうする病院」の待望の論文化。人口の急速な高齢化により「患者にとって適した病院は変化しつつある」として、高度急性期→急性期→回復期→慢性期へと患者が一方向的に紹介されると想定した現在の医療連携モデルを批判し、「2040年に向けた病院の在り方」について、以下のように主張：「今後必要なのは、軽症～中等症のcommon diseaseを取り扱う比較的軽装備の急性期病床ではないか」。高度急性期以外の「急性期、回復期、慢性期病床はそれぞれ単独の機能で病院を成立させず、急性期病床に医療資源を多く充てる複合型、回復期病床に医療資源を多く充てる複合型、慢性期病床に医療資源を多く充てる複合型と分化することが今後増加する患者層にとってはより適した病院の機能分化と連携ではないか」。今後の病院経営と新たな地域医療構想を考える上での必読文献。

+○古城資久「地域完結型医療VS地域包括型医療－保健・医療・福祉複合体の優位性を論じる」

『病院経営』2009年2月20日号：26-33頁（→古城資久『病院経営者の心得とM&Aの実際』経営書院、2023年4月、140-152頁に再録）。

…自グループの実践・実績に基づき、都市型医療圏以外では、「地域包括型医療」＝複合体の方が、独立した医療機関間の「地域完結型医療」より、医療の質と経営の両面で優位であることを先駆的に示す。

○工藤高「入院料に新基準が設けられた超メジャー改定（特集：2024年診療報酬改定のキーポイント）」『月刊／保険診療』2024年2月号：133-135頁。

…2024年度改定が「久しぶりの超メジャー改定」である理由を明快に説明。冒頭、2022年度改定を「弄」、2024年度改定を「繫」と、それぞれ漢字一文字で表す。それに続いて、2022年度改定後、厚生労働省の思惑とは逆に急性期入院医療1が微増した2つの理由をあげ、2024年度改定を「失敗」と断じる。逆に、2024年改定では2年前のような「逃げ道」を塞ぐべく、「これでもかという内容変更で削減方針を強化している」ことがよく分かる。

工藤氏は診療報酬改定の分析・予測のプロ中のプロだが、「昨年12月の中医協で新たな入

院料として『地域包括医療病棟入院料』が突如として登場したのには驚いた」とのこと。私も、地域包括ケア病棟の多くが実質10対1の届け出をしているので、中医協で議論された「地域で高齢者の軽症救急患者等を受け入れる病棟」としては、これを要件化した「スーパー地域包括ケア病棟」等を追加すると思っていた。厚生労働省がその選択をせず、敢えて「地域包括医療病棟」の新設に踏み切ったのは、今度こそ急性期入院医療料（特に1）の大幅削減を目指す強い意志の表れと感じた。私が2月中に読んだ**診療報酬改定改定分析の白眉**。

○工藤高「急性期から慢性期まで4病棟から成るケアミックス病院 2040改定で全病床が危機的状况に、さあどうする？（コンサルタント工藤高の病院経営最前線）」『日経ヘルスケア』2024年3月号：8-9頁。

…工藤氏のクライアントである、山間地にある「スーパーモザイク型ケアミックス病院」（199床）は、あらゆる入院料の基準を厳格化する2024年度診療報酬改定で、4病棟すべての運営が危機的状况に陥ることが判明した。それに対して、工藤氏がこの間の厚生労働省の対応や中医協での議論を踏まえて、事務長に示した4種類の病棟別の対応策を紹介。最後に、**「今後の数回の改定で、現在の急性期・回復期に該当する入院料は急性期一般入院医療1、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料の3類型になっていく」と**の事務長（及び工藤氏自身？）の「予想」を紹介。

私は2024年改定で急性期入院医療1が急減し、地域包括医療病棟が急増するとは思わないが、今後数回の改定を経て、5～10年後には、上記の入院料再編が生じる可能性は十分あり、厚生労働省もそれを目指していると思う。私は、それに合わせて現在の「地域医療構想」・「病床機能報告」の急性期・回復期という（私から見ると）恣意的病床区分の見直し・統合も行うべきと考える。

○特集「決定！2024年度診療報酬改定」（加納亜子・他）『日経ヘルスケア』2024年3月号：24-52頁。

…2024年度改定では「多岐にわたる見直しが盛り込まれた。報酬の引き上げ分の大半は医療従事者の処遇改善に充てられ、医療経営の面では厳しい改定になりそうだ」との事実認識に基づいて、12領域（1領域1頁）ごとに、改定のポイント・特徴を、簡潔な見出しで示した上で、分かりやすく解説。私が3月10日までに読んだ解説で一番分かりやすい。

○「（インタビュー）真鍋馨・厚生労働省保険局医療課長に聞く（聞き手・まとめ：橋本佳子、水谷悠）」M3.com（全5回。2024年2月29日インタビュー、3月4～13日配信）。

…2024年度診療報酬改定全体の趣旨と主要改定項目の狙いを率直&自信満々に語る：「目の前の課題〔賃上げ〕と中長期的な課題〔医療DX〕の双方に対応」（第1回）、「『触っていないところがない』ほど多岐にわたる改定」（第5回）。**2024年度診療報酬改定を読み解くための必読文献**。特に第3回と第4回は踏み込んで発言。

**第3回**：高齢者救急は「地域包括ケア病棟」ではなく、「『10対1』の特定入院料」（地域包括医療病棟入院料）で行うとの結論に至った経緯をていねいに説明。その上で、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の機能や包括範囲は異なることを強調し、「地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しており、ポストアキュートではなく、アキュートを診る」、「より急性期の医療が可能」と説明（実は、点数表改定の公式文書では、地域包括医療病棟

が「急性期病床」とは明示していない)。第4回：医療と介護の有機的連携を評価したことを強調すると共に、単発の往診の「夜間・休日往診加算」と「深夜往診加算」を大幅に引き下げたことに関連して、「医療を『市場』としか見ていないような姿勢は、無責任と言える」と強い口調で述べる。

私は、眞鍋氏が「かかりつけ医の機能強化」についてはほとんど、地域医療連携推進法人についてはまったく触れていないことに注目し、現在の医療政策での両者の位置づけがごく低いことの現れと感じた。眞鍋氏の指摘のほとんどは理解できるが、「医療DXの進展に伴い、医療の質の向上と現場の効率化が進むことは自明」(第1回)は楽観的すぎると思う。

○今野広紀「外来医療の機能分化の推進がもたらす医療機関への影響」『週刊社会保障』2024年3月11日号：44-49頁。

…厚生労働省の外来医療の機能分化推進政策(大規模病院の外来受診抑制と診療所の外来機能の明確化)の進捗状況を、中医協資料(2023年度第8回総会資料(2023年9月29日))を用いていねいに検証。病院については、紹介状を有しない患者の病院への受診割合は、病床規模が大きいほど顕著であることを確認し、「病院と診療所の外来機能分化は着実に進んでいると評価」。紹介状を有しない外来患者割合は、700床以上の病院では2002年の82.2%から2020年の42.0%へ、特定機能病院では同じ期間に78.3%から31.9%に激減している。私は、『文化連情報』2023年4月号論文(『病院の将来とかかりつけ医機能』第2章第1節)で、この間「患者の大病院志向の是正」が進んでいると指摘したが、そのことが定量的に確認されたとと言える。それに対して、診療所の外来機能の変化は不十分と評価。その上で、「私見」として、今後、「診療所の外来機能は、軽度で定型化した専門的治療と日常的な健康管理が中心となる」と予測しているが、私には著者があげる根拠は弱いと感じた。

○炭谷茂「再評価すべき無低診療(一草一味)」『週刊福祉新聞』2024年3月5日号。

…冒頭、「無料低額診療は、いつも歴史の荒波にもまれてきた」と宣言し、その戦前と戦後の歴史を簡潔に記述。私は、「65年ごろから旧厚生省では主要な幹部は保険局で占められるようになり、権力バランスが社会局(当時)から保険局に振れるにつれ、この主張[無低診療廃止]が勢いを増した」と率直に書いていることに注目した。それに続いて、「その沸騰点が89年1月に出された社会福祉関係三審議会の無低診療廃止の意見具申」であり、「これに基づき関係部局では無低医療廃止のための法案作成作業に入った」が、「これに対して山谷、寿、釜ヶ崎といった寄せ場の支援活動者をはじめ福祉関係者が激しい反対運動を展開した結果、撤回された。しかし、その後も同様な動きが間欠的に起こっている」と証言。それに続いて、1月22日に、炭谷氏が神奈川県医療福祉施設協同組合で行った、無低診療の今後の方向についての講演の概略を紹介し、最後を「環境は変化しているが、無低診療の重要性はむしろ増大している」と結ぶ。

私の記憶では、炭谷氏は社会・援護局長時代(1999-2001年)、上記反対運動を受けて、無低診療存続の決断をした。欲を言えば、上記「反対運動」には「福祉関係者」だけでなく民医連も積極的に参加したこと、および平成20年(2008年)の小池晃参議院議員の「無料低額診療事業の拡充に関する質問」に対する政府「答弁書」(同年10月7日。麻生太郎首相)が、その後の無料低額診療事業拡充の引き金になったことにも触れて欲しかった。

○シン天保の老人（堤修三）「“子ども・子育て支援金”は社会保険料か？」『国際医薬品情報』2024年3月11日号：35-36頁。

…2月6日の衆議院予算委員会で岸田首相が「支援金は保険料として整理される」と答弁したため、「支援金は社会保険料とは別の拠出金」との見解はあっさり覆された。岸田首相は条文の表現レベルのみでそう答弁したと思われるが、支援金が健康保険事業に要する費用に含まれるか否かは、それぞれの負担金（納付金・支援金）の本来の性格に応じて吟味しなければならない。その上で、堤氏は「子ども・子育て支援金によって、被保険者がその負担に基づき何らかの個別の合理的期待を持つことはあり得ない」、「社会連帯などという美辞麗句で誤魔化してはならない」、「立法ミスとも言うべき法律案」と厳しく批判。さらに、「医療保険者が“支援金”を納付できない場合」について思考実験し、「“支援金”制度は十分に機能しなくなる」と予測。この部分は堤氏の独壇場と思う。

## C. コロナ関連

○飯島渉『感染症の歴史学』岩波新書, 2024年1月。

…第1章で新型コロナパンデミックについて振り返り、新型コロナを「開発原病」と位置付け。第2～4章で天然痘、ペスト、マラリアの3つの感染症について「グローバルヒストリー」の視点から記述。「天然痘のレッスン」の項で、米国公衆衛生局長官が1969年の米国議会の報告で、「感染症の教科書を閉じ、疫病に対する戦いに勝利したと宣言するときが来た」と述べたが、それは「誤りでした」と指摘（121頁）。

序章と終章で、コロナ感染症初期に登場した「**感染症は世界（歴史）を変えた（変える）**」という言説（**疾病史観**）を批判し、「感染症のパンデミックによって『変わった、変わる、変えられる』ものと『変わらなかった、変わらない、変えられないもの』があった」（11頁）、そのような言説は「感染症の流行を過大視すぎて、状況を単純化してとらえることになり、感染症が社会に及ぼした影響の本質を見誤る危険性がある」（198頁）と冷静に指摘していることに大いに共感・同感した。ただし、本書は「感染症の歴史」ではなく、「感染症の歴史学」の本で、4つの感染症の歴史研究・論争を詳しく紹介しているが、一般読者には文献の記述は細かすぎると思う。

【参考：私も、2020年7月に「コロナで社会は大きくは変わらない」と主張した（同年7月4-5日公開のBuzzFeed Jpanインタビュー（聞き手：岩永直子氏）の第2回。<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/covid-19-niki>）。『2020年代初頭の医療・社会保障』（勁草書房, 2022年3月, 3頁）でも、「『[コロナ禍は] 100年に一度の危機』、『社会が一変する』、『これからはポストコロナの時代になる』との主張は過剰反応」と批判した。

## D. 政治・経済・社会関連

○秋田茂『イギリス帝国盛衰史 グローバルヒストリーから読み解く』幻冬舎新書, 2023年11月。

…伝統的な「一国史」ではなく、新しい世界史＝「グローバルヒストリー」の視点から、16世紀の「二流国イギリスの『帝国の兆し』」以降500年のイギリス帝国の盛衰を描く。伝統的な「一国史」の否定ではなく、「複眼的」な説明・分析をしているので、説得力がある。

著者へのインタビューに基づく「語りおろし」のため、非常に読みやすい。著者が、イギリス帝国が18世紀以降世界を制覇した際の「産業革命」の意義を相対化し、「イギリス帝国形成史は、イギリス貿易（奴隷貿易を含む一木）の拡大史でもある」と強調していることが特に勉強になった（163頁）。終章「これからのヘゲモニー国家とは？」は蛇足と思う。

○デヴィッド・ハーヴェイ著、大屋定晴監訳『反資本主義 新自由主義の危機から真の自由へ』作品社, 2023年11月（原著2020）。

…世界的ベストセラーとなった『新自由主義』（2005）の「続編」との触れ込みだが、内容的には著者の新自由主義・資本主義論の「入門書」で、「マルクス主義というレンズを通して現代資本主義を考察」し、そこに社会主義的代替案への移行の可能性を検討。著者の「社会主義」は、「新しい労働者階級」に依拠した社会民主主義的改革だが、私から見ると、著者の分析と展望はく浮世離れ>している。著者の主張に忠実な監訳者の「日本語版解説」を読んで興味を持ったら、読めば良い。

○鈴木真弥『カーストとは何か インド『不可触民』の実像』中公新書, 2024年1月。

…膨大な文献と統計数値と、現地での長年のフィールド調査・聞き取り調査の結果を統合して、インドのカースト制度の歴史（的背景）と実態、カースト制度に基づき今なお続く差別や格差の克服を目指す取り組みを活写。私は、インド独立の父と言われているガンディーが、不可触民（歴史的呼称。著者は当事者が積極的に用いている「ダリト」を使用）の差別には反対しつつもカーストそのものには「肯定的立場」だった（職業の世襲を重視した）こと、彼に真っ向から異議を唱えたアンガードカルが死の直前に仏教に改宗し、彼の生地であるマハーラーシュトラ州では仏教徒が現在も39.20%を占めていること（インド全体では2.86%。194頁）等を知り、驚いた。グローバル・サウスの事実上の盟主となり、数年後にGDPが日本を抜くのが確実なインドについて理解するための最良の書。

