

2025年3月5日(水)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻248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、あるいは皆様の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/>。

247号の目次以下の通りです(31頁)

1. 論文：診療報酬引き下げによる医師の地域偏在是正は困難—50年間の診療報酬誘導策の検証(「二木教授の医療時評」(229)『文化連情報』2025年3月号(564号):28-36頁) …2頁
2. インタビュー：医療・社会保障費抑制は今夏の参議院選挙後に加速する可能性(『国際医薬品情報』2025年1月27日号:14-19頁) ……10頁
3. 最近発表した興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻228回:2024年分その12:10論文) ……17頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その242) —最近の名言・警句 ……24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46回) ……26頁

お知らせ

1. 論文「私はなぜ高額療養費制度の患者負担増に強く反対するのか？」を『日本医事新報』3月1日号に掲載しました。次の「ニュースレター」249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。

2. 講演録「私が『生活習慣病』の用語見直しが必要と考える理由」(2月24日に東京で開かれた日本学術会議主催学術フォーラム「成人病から生活習慣病、そして今後～疾病予防をさらにすすめるために～」)が、「医療記者、岩永直子のニュースレター」に3月1日に公開されました。「質疑応答」と「引用文献」(合計24)も載っています。

「誰でも」無料で閲覧できます。URLは下記の通りです。

<https://naokoivanaga.theletter.jp/posts/3033bca0-f362-11ef-8e86-d90d36a4ce89>

3. 鼎談(動画)『かかりつけ医機能報告』は未来の地域医療をどう形作るか(参加者は松村真司氏、大橋博樹氏、私の3人。6部構成。1月15日収録)が「Web医事新報チャンネル」に2月27日～3月6日に順次公開されました(ます)。どなたでも無料で視聴できます。URLは右記の通りです。<https://www.jmedj.co.jp/movie/>

1. 論文：診療報酬引き下げによる医師の地域偏在是正は困難— 50年間の診療報酬誘導策の検証

〔二木教授の医療時評〕(229)『文化連情報』2025年3月号(564号):28-36頁

はじめに—財務・厚労大臣合意で「負の動機付けとなる診療報酬上の対応」

財務省は昨年4月以降、医師の地域偏在対策に診療報酬引き下げを含めることを求め続けています。

財務省・財政制度等審議会の昨年春(5月)の「建議」は、初めて「地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置」として、「当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価(10円)の引下げを先行させ」ることを求めました(61頁)。昨年冬(11月)の「建議」ではこの主張を繰り返すとともに、新たに「ある地域の特定の診療科に係る」「特定過剰サービス」を「減算の対象とする」ことも提案し、これらを「メリハリの効いた政策誘導」(40頁)と自賛しました。

しかし、厚生労働省が昨年12月25日にとりまとめた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」にはこれらの「経済的ディスインセンティブ」は採用されず、逆に保険料を原資とした過疎地域の医師・医療機関への「経済的インセンティブ」(支援)が含まれました【注1】。ところが、同日の財務・厚生労働大臣の2025年度政府予算案に向けた折衝の合意文書では、「2026年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応」を行うことが明記されました。

財務省が、この合意を盾にして、次の診療報酬改定に際して、何らかの「地域別診療報酬」導入を求めてくることは確実です。しかし、全国同一の診療報酬は1963年に公式に確認された大原則であり(1)、少数与党である石破内閣が、日本医師会(以下、日医)の猛反対を押し切ってこれを導入することは政治的に不可能と思います。それに加え、過去の診療報酬改定の歴史を考えると、仮に(部分的に)導入されても、その効果はほとんどないとも判断しています。以下、その理由・エビデンスを示します。

診療報酬による誘導は厚生労働省のお家芸

歴史的に見ると、厚生省(2001年から厚生労働省)は、1970年代以降、50年以上も診療報酬操作による医療サービス・医療機関の誘導を続けており、これは同省の「お家芸」とも言えます。同省は、普及させたいと考える(新しい)医療サービス・施設基準には当初高めの点数を設定し、それがあがる程度普及した段階で点数を引き下げる(「はしごを外す」)ことを繰り返してきました。

工藤高氏(医療経営コンサルタント)は、これをイソップ寓話の「北風と太陽」に例えて、「太陽政策から北風政策への転換」と秀逸に名付けています(2)。氏はこのリアルな判断に基づいて、「いつかははしごが外れるからといって、何もしないのは経営者として最大の誤り」、「『サービス供給量が整備目標に達した』と厚生労働省が判断すればはしごは外されるので、できるだけ早くはしごに乗り、利益を上げて再投資に回すのが正しい経営判断だ」とも助言しています(3)。

最初の誘導は血液透析—若手官僚の証言

このような誘導政策が最初に行われたのは1970年代の血液透析においてでした。

慢性腎不全患者に対する透析医療は、1972年の更生医療適用と1973年の高額療養費制度発足による患者負担の引き下げ、および透析医療費の高点数設定により急速に普及し、患者数は1970年の949人から1980年の36,397人へとわずか10年間で38.4倍に激増しました。それに伴い、1970年代後半から透析医療費は「高額医療費」の代表と見なされるようになり、厚生省は1978年と1981年の診療報酬改定で、透析技術料とダイアライザー償還価格をそれぞれ20～30%引き下げました。これにより、外来透析患者の1人当たり年間医療費（注射・検査・診察等を含む）は1977年（以前）の約1000万円から、1978年の約800万円、さらに1981年には約600万円へとわずか4年間で4割も引き下げられました。その後の診療報酬改定でも透析の診療報酬は毎回のよう引き下げられました。透析患者数は1980年以降も増加したため、「透析医療費」は増加しましたが増加率は鈍化し、国民医療費に対する割合は、1980年の4.8%から、1990年の3.2%に低下しました(4)。

この点については、香取照幸氏（現・兵庫県立大学特任教授）が、厚生省の若手官僚（年金局課長補佐。当時30歳）時代に、以下のように語っています。私の知る限り、これが厚生（労働）省現役官僚による診療報酬操作についての最も率直な発言です。

「ダイアライザーができたときに、時の政策担当者はどういうことをしたかという、まず、きわめて高い点数をつけたんです。…言ってみれば、わざと儲かるように設定したわけです。…そうすると、バーッと世の中に普及する。普及したところで、当方（厚生省）としては、だいたいこれくらい供給があれば、医療として満足できるというレベルに行ったところで、バサッと点数を切ったわけです。バサッと切って、あとは競争させて受療率のいいところだけを残している。実際はそういうことをやっているんです。いいやり方が悪いやり方は別として、私はきわめてうまいやり方だと思っています」(5)。

療養病床再編・削減策の失敗

このような「太陽政策から北風政策への転換」は、その後の診療報酬改定や法改正でも繰り返されました。それらのなかで最も衝撃的だったのは、2006年の介護療養病床の突然の廃止決定と医療療養病床の25万床から15万床への大幅削減方針でした。

厚生省は、2000年の介護保険制度創設により介護療養病床を制度化しただけでなく、医療法第4次改正による病床区分の届け出締切（2003年8月）前に、一般病床から療養病床への転換を奨励・誘導しました。同じ時期に厚生労働省が発表した「医療提供体制の改革のビジョン」でも、「病院病床の〔介護—二木補足〕療養病床、介護老人保健施設への転換を図る医療機関を支援する」と明記されていました。歴代の保険局医療課長は2004年以降も、医療療養病床の介護療養病床への集約を主張していました。

このような厚生労働省の公式見解と誘導に基づいて、介護療養病床を有する（あるいはそれに転換した）病院の多くは多額の設備投資をして完全型療養病床を整備しましたが、厚生労働省の突然の方針転換により、借入金の返済計画の大きな見直しを求められました(6)。これにより、医師会・病院団体の厚生労働省に対する信頼は一気に消失しました。後に池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）は、これを「大きなトラウマになっている『事件』」

だったと回顧しました(7)。

この突然の方針転換には、当時絶頂を極めていた小泉純一郎首相からの医療・介護費用抑制の強い指示がありました。しかし、厚生労働省の思惑とは逆に、医療療養病床はその後逆に増加に転じ、2006年の25.2万床から2013年の26.9万床へと1.7万床増加しました(8)。厚生労働省のめざした介護療養病床の老人保健施設への転換もほとんど進まなかったため、介護療養病床の廃止時期は何度も延期され、12年後の2018年ようやく介護医療院の創設で決着しました(9)。

7対1病床の大幅削減も進まず

太陽政策から北風政策への次の大きな転換は、2014年度診療報酬改定における7対1入院基本料（以下、7対1病床）の算定要件の見直し・厳格化です。

2006年度診療報酬改定で新設された7対1病床は短期間に爆発的に増加し、2016年5月の4.48万床から2014年3月には38.04万床に達しました(内閣府「一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移」)。当時、政府は7対1病床を9万床(25%)削減する方針と大きく報道され、財務省も2014年1月28日の財政制度等審議会に提出した資料「財政制度等審議会『平成26年度予算の編成等に関する建議』の反映状況」で、この数字を、根拠を示すことなく、既定の数値と扱いました。ただし、厚生労働省は削減の数値目標を公式には一切示しませんでした(10)。

7対1病床は改定直後の2014年10月には36.62万床に微減しましたが、その後の2年間は36万床台で推移しました(上記内閣府資料)。そのため、その後の診療報酬改定でも7対1病床の算定要件の見直し・厳格化が繰り返され、しばらく微減傾向が続きましたが、2021年から微増に転じました(2022年7月35.31万床。中医協総会2023年7月5日資料「入院について(その1)」12頁)。2024年度改定での見直し・厳格化はそれまでになく厳しく、7対1病床は大幅に減少すると予測されていましたが、経過措置後の2024年10月時点では、改定前の同年5月時点と比べて、2.60万床の減少にとどまりました((株)MMオフィス「看護必要度9月経過措置後の入院料の変化」2025年1月21日。各地方厚生局届出受理医療機関名簿を元に作成)。

回復期リハビリテーション病棟(2000年度新設)や地域包括ケア病棟(同2014年度)でも「太陽政策から北風政策への転換」が行われていますが、病床数は減少せず、増加率が鈍化しているだけです。

以上の結果は、特定の医療サービスを減らそうとして点数引き下げや施設基準の厳格化を行っても、医療機関が必死に抵抗して、厚生労働省の思惑通りに進まないことを示しています。私は、その主な理由は、医療機関、特に民間医療機関には、**危機に際して「生き延びる」という意味での「活力(バイタリティ)」**があるためだと判断し、「上に政策あれば、下に対策あり」と表現しました(10)。これは私の造語ではなく、厚生労働省高官も含めて、医療政策分野では以前から、ただし非公式に使われていました。その後、まったく同じ表現(上有政策、下有対策)が、中国では(おそらく日本よりも古くから)広く使われていることを知りました(11)。

2002年の再診料引き下げは1年余で撤回

太陽政策を伴わない大きな北風政策は過去に1度だけあります。それは、2002年度診療報酬改定で実施された再診料の引き下げです。この年には小泉純一郎首相の強い意志で、診療報酬本体が史上初めてマイナス改定（1.3%減）となりました。薬価と医療材料の引き下げも含めると医療「全体」の引き下げ率は2.7%に達しました。

その財源捻出の一環として月4回目以降の再診料が診療所では74点から37点へ、病院（200床未満）では59点から30点へと、半減されました。正確に言えば、1回目の再診料は微増、2・3回目は据え置かれたので、「再診料の月内通減制」です。

日本医師会は当初、小泉首相の圧力に抗しきれず、「診療所はなんとかなる」（糸氏英吉副会長）とこの引き下げを容認しました（『日本医事新報』4062号：86頁）。しかし、再診料引き下げは特に診療所の経営を直撃し、日本医師会の「緊急レセプト調査」では、2002年4～6月の診療所（法人・その他）の外来収入は6.30%も減少し、減収幅は特に整形外科で突出していました（12）。

これに都道府県・郡市区等医師会や医療機関が猛反発し、2002年10月の日本医師会代議員会では代議員が「マイナス改定等で執行部を厳しく追及」しました（『日本医事新報』4096号：81頁、4097号：72-74頁）。青柳俊副会長は「4月実施まで極めて短時間で、検証する余裕がなかったこと」や、「地域の実情を正確に把握できなかったことを反省」し、坪井栄孝会長も、再診料の通減制を含めて、年度内の診療報酬再改定を目指すと表明しました。

その後、日本医師会執行部は、中医協内外で強力にそれを訴えました。例えば、糸氏副会長は同年11月の健保組合大会で、再診料の通減制について「患者さんに説明が付かないという問題が発生している」と指摘し、「こういう不合理は直さなければならない」と是正を訴えました（『日本医事新報』4102号：76頁）。

当初、支払い側はそれに難色を示しましたが、最終的には、翌2003年5月の中医協総会で、新しい財源を求めない形（財政中立）での通減制の廃止の6月実施が諮問・答申されました。2年ごとの改定を待たずに診療報酬改定の見直し（再改定）が行われるのは極めて異例でした（『日本医事新報』4126号：55頁）。

2002年の手術料引き下げも4年で廃止

実は、2002年度診療報酬改定では、太陽政策なしの北風政策がもう1つ、ピンポイントで導入されました。それは、難易度の高い71手術群に新たに年間症例（手術）数等の施設基準を設け、基準を満たさない医療機関は、手術料について所定点数の70%を算定することです。松谷有希雄保険局医療課長は、「施設における手術件数とその成績に関与しているという研究報告も出されて」いるとして、「手術については多少アクセスを犠牲にしても症例の集積の方が大事」と説明しました（13）。この研究報告は、長谷川敏彦氏（国立保健医療科学院政策科学部長・当時）の「医療の質と外科手術の技術集積性に関する研究」と思われます（14）。

しかし、特に地方の基幹的病院では年間症例数を満たせない病院が少なくなかったため、症例数の基準は2002年10月以降、段階的に緩和され、最終的には2006年度の診療報酬改定時に、以下の理由から廃止されました。「現時点において、我が国においては、年間手術症例数と手術成績との間の相関関係を積極的に支持する科学的知見が得られていないことから、年間手術症例数による手術点数に対する加算については、以下に掲げるように調査

及び検証を行うことを前提として、いったん廃止する」。このときは「いったん廃止する」とされていましたが、これは言葉の綾で、その後「年間手術症例数」による減算は復活していません。

この廃止決定には、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）加盟学会による「手術数とアウトカムの関係に関する調査」で、「現行の症例数を基本とした施設基準は多くの術式において、その妥当性に疑問があることが明らかになった」ことが決定的に重要と思います（山口俊晴「外保連加盟学会により『手術件数とアウトカムの関係に係る調査』に関する報告」2005年6月）。

手術の施設基準の導入について、松谷有希雄氏は、後に、「本来は、手術が集積しているところにプラスするわけですが、このときはマイナス改定でしたので、集積しないところをマイナスにしました」と本音を吐露（？）しました(15)。氏はこれは、「金額的には大きくありませんでした」とも認めました。

おわりにーフックス教授の50年前の警告と「井元班報告書」

以上から、診療報酬引き上げによる医療サービスの増加は効果があり、時には予期せぬ大幅増加も招くが、引き下げによるそれらの抑制は政治的にきわめて困難、ほとんど不可能であると言えます。

私は財務省の提案を読んだ時、アメリカの医療経済学者フックス教授が50年前に出版した名著『生と死の経済学』中の以下の警告を思い出しました。「多くの人がおかす過ちは、医師の行動は所得を最大化しようという願望の点からだけで理解しようと考えることである」(16)。フックス教授は、所得以外の誘因として、同僚に認められること、患者に認められること、「技術者としての本能」、医師の家族と医師自身もつ生活様式の好みからくる欲求等を挙げています【注2】。

実は、日本でも、2017年に「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（通称「井元班報告書」）が行われ、地方勤務する意思がある医師の割合・期間、及び希望する意思がない理由が医師の年代（20代～60代）別に詳細に調査されており、興味深い結果が得られています(17)。ただし、残念ながらこの調査結果はその後、医師の地域偏在対策ではほとんど活用されていないようです。

医師の地域偏在対策は、「医師所得極大化仮説」に基づく診療報酬引き下げではなく、このような多面的な視点で立てる必要があることを強調して本稿を終わります。

【注1】厚生労働省の「経済的インセンティブ」策の評価

厚生労働省の「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」では、「地域偏在対策における経済的インセンティブ」も示されています。そこでは、冒頭に「不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である」ことが指摘されています。この視点自体は、本文で紹介した「井元班報告書」とも通じますが、具体的な施策では「医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等」は十分に踏まえられていないと思います。

具体的な施策には、従来の方策の枠を超えるものが含まれています。特に注目すべき新し

い施策・考え方は、「重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の**医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求め**る」です。

この方針が示された、昨年11月28日の社会保障審議会医療保険部会で、被用者保険の代表者は、「保険給付と関連性の乏しい使途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠く」等と強く反対しました。それに対して、国保中央会の原勝則理事長は、市町村国保が直営施設で離島やへき地の医療を確保していることを説明した上で、「保険料財源を医師偏在対策に投入する理屈は『保険あってサービスなしの解消』や国民皆保険体制の堅持といった考え方に立てば十分根拠がある」と述べて、厚生労働省案を支持しました（『社会保険旬報』2024年12月11日号：32頁）。私はこの発言は大変見識があると思います。

私も、医師偏在対策は医療介護総合確保基金等の税財源で行うべきとの被用者保険代表等の主張には一理あると思います。しかし、すぐに新たな税財源を確保することが政治的に極めて困難な政治状況を踏まえると、医師偏在対策で「全ての被保険者に広く協力」を求める提案はなかなかよく考えられていると思います。

ただし、「全ての被保険者に広く協力」を求める具体案（スキーム）はまだ示されていないので、私の最終評価は差し控えます。しかし、財務省が昨年4月16日の財政制度等審議会に提出した資料で主張した、診療報酬を用いた「診療所の偏在是正のための単価導入」（診療所不足地域での単価引き上げと診療所過剰地域での単価引き下げをセットで行う）よりは、はるかに合理的・現実的だと思います（その後の春の「建議」では、診療所不足地域での単価引き上げは取り下げられました）（18）。また、岸田文雄内閣時代に成立した子ども・子育て支援金制度の財源として、「（社会）連帯」を名目にして、医療保険料を充当（流用？）するよりはるかに＜筋が良い＞とも感じています。

【注2】フックス教授の警告の全文

フックス教授の警告は極めて包括的かつ具体的であり、そのほとんどが現在の日本にもそのまま当てはまると思うので、全文を紹介します。

＜多くの人がおかす過ちは、医師の行動は所得を最大にしようという願望の点からだけで理解しようとするることである。医師の所得が他の標準的な職業のそれを大きく超えているのは事実だが、ほとんどの医師はそれ以外の誘因にも反応する。その大きな要素のひとつは同僚に認められることである。この点で医師は同僚からよく見られることによりかなりの価値を置く作家、芸術家、運動選手、科学者、演奏者などに非常によく似ている。そのような高い評価は当然間接的にそれに見合う金銭上の価値を生み出すが、医師が同業者の評価を維持するための金銭的な報酬を犠牲にするのは珍しいことではない。患者に認められることも医師を動かす別の要素だが、同様にそれは仕事が繁忙になり、それで所得が増えるからだけでなく、患者と医師の間でしばしば築かれる依存関係からくる心理的な報酬のためでもある。

医師の行動を動機づけるもうひとつの力は「技術者としての本能 (instinct of workmanship)」である。医学校とレジデント研修の間に医師は「最善の医術」だと思うものを心に刻み込まれ、その生涯を通じてこれに近づこうと努める。このことは私のいう「技術上の要請 (technological imperative)」、すなわち、便益・費用比率のいかににかかわらず、訓練されたことはすべてやってみようという医師の願望に関係していることから、功罪相半ばする

(mixed blessing) と言えよう。

医師の行動に与えるこれ以外の重要な影響は、医師の家族と彼自身がつ生活様式上の好みからくる要求である。たとえば、開業の場所をどこにするかという医師の決心は、文化的、教育的、娯楽的施設の近くにいたいというよくある欲求によって大きく影響される。同様にほとんどの医師が専門医を選ぼうとすることも、夜間の電話や往診、その他の一般開業医の生活をこわしてしまうような欲求を避けたいという願いによって一部は動機づけられている（江見氏訳を一部修正）（15）。

なお、『生と死の経済学』は1970～1990年代には、医療経済学の勉強・研究を始めた研究者にとっての必読書・国際的教科書でした。私自身も、1977年、1978年、1984年に熟読・精読し、今回、改めて第3章「チームの長としての医師」を読み直して上記警告を「再発見」しました。なお、訳書は絶版ですが、原著は2011年に2回目の増補版（初版の内容はそのまま再掲した上で、その後に発表した9論文を補足）も発行され、現在も流通しています。

文献

- (1) 二木立「診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を探る」『文化連辭報』2025年1月号（52号）：328頁。
- (2) 工藤高「どうする？ 急性期一般入院料の選択 看護必要度クリアも、入院単価低い理由とは」『日経ヘルスケア』2018年4月号：8-9頁。
- (3) 村松謙一「（記者の眼）政策誘導の『はしご』は外されるのは当たり前？」『日経メディカル』2017年12月5日（ウェブ上に公開）。
- (4) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,153-155頁（「透析医療費の抑制」）。
- (5) 田中滋編『ヘルスケアをめぐる産業政策－医療と医薬品産業を考える専門家会議』薬事日報社,1989,129頁。
- (6) 二木立『医療改革－危機から希望へ』勁草書房,2007,128-142頁（「療養病床の再編・削減－手続き民主主義と医療効率の視点から」）。
- (7) 池端幸彦「介護医療院の創設と慢性期病院の経営課題」『日本福祉大学社会福祉論集』第138号,2018年（ウェブ上に公開）。
- (8) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,61-62頁（「療養病床の再編・削減策」）。
- (9) 二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,93-95頁（「療養病床の介護医療院への転換の強力な誘導」、「介護医療院は医療者と厚生労働省との信頼関係の回復に寄与」）。
- (10) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,64-77頁（「7対1病床大幅削減方針の実現可能性と妥当性を考える」）。
- (11) 佐藤郁哉『大学改革の迷走』筑摩書房,2019,223頁。
- (12) 日本医師会「[2002年診療報酬改定]『緊急レセプト調査』調査内容と結果の概要」『日本医師会雑誌』128巻6号：927-949頁,2002年9月15日。
- (13) 松谷有希雄氏「（インタビュー）経済状況を背景に史上初の本体含めたマイナス改定」『社会保険旬報』2132号：7-9,2002年4月21日。
- (14) 長谷川敏彦「医療の質と外科手術の技術集積性に関する研究」東京大学学位論文（乙

15514) 2002 年 12 月 18 日 (要旨はウェブ上に公開)。

(15)「松谷有希雄氏インタビュー」(「医療政策ヒストリー座談会 第 6 回『2002 (平成 14) 年健康保険法等改正』」『医療と社会』30 卷 2 号: 169-189 頁,2020 年。

(16)V・R・フックス著,江見康一訳『生と死の経済学 誰のための医療か』日本経済新聞社,1977 (原著 1974. 原題: Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice),107-108 頁。

(17)井元清哉 (研究代表者)「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究 (厚生労働科学特別研究 (総括) 研究報告書)」2017 年 4 月 (ウェブ上に公開)。

(18)二木立「日本の診療所は非効率で集約が必要か? - 財政審『建議』の新説の検討」『文化連情報』2024 年 7 月号 (556 号): 36-41 頁。

[本稿は、『日本医事新報』2025 年 2 月 1 日号 (5258 号) に掲載した「財務省が求める診療報酬引き下げによる医師の地域偏在是正は可能か?」に大幅加筆したものです。]

2. インタビュー：医療・社会保障費抑制は今夏の参議院選挙後に加速する可能性

(『国際医薬品情報』2025年1月27日号：14-19頁)

第2次石破内閣が発足して3カ月。医療・社会保障政策については未だはっきりとした独自色は見えていない。そこで医療政策の第一人者である日本福祉大学の二木立名誉教授に、石破内閣の医療・社会保障政策の大枠について話をうかがった。前岸田内閣時代の閣議決定に盛り込まれていた「後期高齢者の窓口負担3割となる対象拡大の検討、および保険外併用療養費制度の対象拡大と民間保険の活用」は踏襲されるのか。11月に出された財政審の予算編成に関する建議について実現可能性はどうか。さらには昨年の医療法改正に伴う医療提供体制の変化についても語っていただいた。(1月14日インタビュー)

社会保障政策を巡る与党と一部野党の逆転現象

一 昨年10月27日の衆議院議員選挙後に発足しました第二次石破内閣について、どのような医療・社会保障政策を打ち出してくるとみておられますか。

二木 大前提として、石破首相は独自の医療・社会保障政策は持っておらず、大枠では岸田前首相時代の政策を踏襲するだろう。選挙時の公約では、自民党と公明党ともに医療・社会保障については、政府の方針(法改正や閣議決定等)を踏まえており、現状維持的であった。医療・社会保障政策は、首相が代わってもほとんど変わらないのは過去の歴史が証明している。特に医療提供体制改革は厚生労働省が日本医師会の協力を得て行っているため、政権交代でも変わらない。このことは2009-2012年の民主党政権でも実証されている。

そうはいても、菅元首相は政権発足時に、不妊治療の保険適用を掲げ、実現した。岸田前首相も政権発足時に、子ども・子育て政策の拡充を看板に掲げ、法改正も行った。この2人に比べると、石破首相の医療・社会保障政策での無策ぶりが際立つ。石破氏は政界有数の読書家で、『保守政治家』(2024)等著書も多いが、医療・社会保障については独自の主張・政策はほとんど述べていない。昨年の総裁選公約でも同じだった。

私は石破内閣成立直後に出した論文で、自公が総選挙で過半数を維持することを前提にして石破内閣の社会保障・医療政策の特徴は以下の3つの柱にまとめられると判断した。1つ目は「社会保障の機能強化(充実)」は行わない。2つ目は、本格的な新自由主義的改革や社会保障・医療費の極端な抑制も行わない。3つ目は、国民皆保険・介護保険制度の枠内で、「保険外療養も活用」して、混合診療・混合介護を拡大する。この理解は現時点でも大枠では妥当と判断している。

ただし、昨年10月の総選挙後、医療・社会保障の政策形成プロセスは二重の意味で大きく変わったと思う。1つは、自民党の一強体制が2013年以来11年ぶりに崩壊し、少数与党の自公政権だけでは政策を立案・決定できなくなったこと。もう1つは、選挙で議席を4倍化させ躍進した国民民主党と、議席を減らしたとは言え野党第二党の地位を保った日本維新の会の医療・社会保障政策は、自民党よりはるかに「先鋭的」であることである。

今後の医療・社会保障政策は、参院選前と後ではかなり変わる可能性がある。参院選前は、

自公政権は、岸田政権が「骨太方針 2024」で検討するとしていた高齢患者の負担増、保険外併用療養費制度の拡大や社会保障費抑制を封印することは確実。実は、自公両党は昨年の衆院選挙公約でも、それらをすべて封印していた。それに対して、参院選あるいは、もしくは起こるかもしれない衆参同時選挙で自公両党が大勝しない限り、選挙後、自公政権が国民民主党または日本維新の会の支持を得るために、あるいは共同して、社会保障費抑制のために上記政策を、自公政権時よりも加速させる可能性がある。

参院選後は、2012年時のような自民党と（立憲）民主党の「大連立」が成立し、社会保障の財源確保のための消費税引き上げ等を行う可能性はほとんどないだろう。もっとも、石破政権がいつまで続くかは不透明である。「政治の一寸先は闇」。私は「政策」の予測はするが、「政治」の予測はしないし、できない。ただし、政策の予測は、石破政権でも、その後継政権でも変わらないはずだ。

一 先ほど、維新の会、国民民主党の政策が「先鋭的」とおっしゃいましたが、どのような意味で先鋭的なのでしょうか。

二木 両党は総選挙公約で、高齢者負担の引き上げによる社会保険料の引き下げと、混合診療・保険外併用療養費の拡大等をストレートに訴え、現状維持的な自民党・公明党の政策より社会保障を抑制するという悪い意味で「先鋭的」と言える。

とりわけ先鋭的なのは、維新の会で、具体的には、後期高齢者の窓口負担を原則3割に引き上げ、それを原資として社会保険料負担を引き下げる。また、患者の選択肢を拡大し、先進的な医療技術の導入を促進するため、混合診療の解禁についても積極的に検討を進めると言っている。さらに、現役世代の社会保険料負担の軽減を図るために、社会保障給付を減らすとしている。

国民民主党の医療・社会保障の公約は、全体としては日本維新の会の公約を少しマイルドにしたもので、後期高齢者の医療費の自己負担について原則2割、現役並み高齢者を3割にする、保険外併用療養費制度の弾力化を図ることを掲げている。

一昔前は、自民党が社会保障費を抑制しようとし、野党が反対するという構図だったが、選挙公約での与党と一部野党の逆転現象が生じている。これはまったく新しい動きとして注目される。国民民主党と日本維新の会の掲げる「現役世代・次世代負担の適正化」は社会保障費の抑制を意味しており、自公政権が少数野党にとどまる限り、社会保障費の抑制が以前より進む可能性が高い。

高額療養費制度見直しの背景にある子育て支援政策の財源確保

一 11月の財務省の財政制度等審議会における令和7年の予算編成に関する建議では、▽全ての世代で能力に応じて負担し合い、必要な社会保障サービスが必要な方に適切に提供される制度を構築▽現役世代の保険料負担上昇の抑制一と掲げられていました。これらは参議院選の結果に関係なく、踏襲されていくのでしょうか。

二木 ご質問は、財務省・財政制度等審議会「建議」を過大評価している。「建議」提案の多くは、財務省の最大限願望、あるいはアドバルーンといえる。政策を分析・予測する時は、法律または「骨太方針」等の政府決定をベースにして考えるべきで、「建議」は参考にとど

めるべきである。もちろん、財務省が相対的には最強官庁であることは事実だが、この間、建議で提案された医療提供体制改革はほとんど実現していない。たとえば、2021 - 22年に、財務省が推進していた、英国 NHS（国民保健サービス）の GP（general practitioner：一般医・家庭医）制度的な「かかりつけ医の制度化」は、否定された。最近では財務省も言わなくなっている。

財務省の20年間の医療・社会保障改革スタンスの変化については『2020年代初頭の医療・社会保障』第4章で行い、その最後でも、「財務省の力を過大評価すべきではない」と指摘した（125頁）。「公的医療保険と民間保険の守備範囲の見直し」は2001年から、「一定金額までの保険免責制の導入」は2003年から、繰り返し提案されているが実現していない。ただし、自民党や厚労省が容認する政策は少しずつ、小出しに実現する可能性はある。

一 建議には「高額療養費制度の見直し」も明記されています。これについてもアドバランとみなせばいいのでしょうか。

二木 いや、これは来年度以降実施されることがほぼ確実である。患者負担増を意味する高額療養費制度の見直しは10月の総選挙公約で示されることなく、総選挙後の11月に急浮上し、12月25日の財務・厚生大臣折衝で合意し、来年度の予算案に含まれた。高額療養費制度の見直しは、法改正が必要なく、政令改正で可能なため、国会での審議を経ることもなく、あっという間に決まった。ただ、すぐ実行されるわけではなく、25年8月、つまり参院選後から27年8月にかけて3段階で段階的に行われる予定である。

「高額療養費制度の見直し」は、財政制度等審議会の今年度春の「建議」には書かれていなかったが冬の建議（11月24日）に、泥縄で含まれた。その前の11月15日に厚生労働省の医療保険審議会で議論が始まっており、財務省が主導したわけではない。

私は、この改革は、子育て支援政策の財源捻出のためとみている。政府の公式表現では「セーフティネット」としているが、国民皆保険制度を下支えしている高額療養費制度に真っ先に手をつけており、きわめて危ない。経済学的には社会保障給付から患者負担への「コストシフティング」となる。

具体的には、岸田内閣が決定した子育て支援政策の完成年次の予算は3.6兆円で、財源内訳は①すでにある予算の活用で1.5兆円、②社会保険料に上乗せする支援金制度で1兆円、③社会保障の歳出改革で1.1兆円となっている。これに対し、『週刊社会保障』1月13日号によると、高額療養費制度の見直しにより、2028年の完成年次で、保険料3700億円減、公費1600円減で、合計社会保障給付費5300億円減となる。お金に色は付いていないが、機械的に判断すれば、③社会保障の歳出改革1.1兆円のうち約半分が高額療養費制度の見直し＝医療給付減＝患者負担増で捻出されることになる。

この隠れた狙い、すなわち、こども政策財源を高額療養費の上限引き上げで捻出することを報道したのは、一般紙・専門誌含めて「朝日新聞」のみ（2024年11月28日朝刊、吉備彩日記者）で、「高額療養費の上限引き上げ こども政策財源捻出へ」との記事の本文では、厚労省幹部の「できるなら見直しは避けたい」との本音発言を紹介しているのはヒットといえる。

多様な形態の「グループ診療」が進む可能性

一 他方、これからの医療提供体制については、どうみえていますか。昨年4月の医療法改正で、いま医療現場、医療機関でどのような変化が生まれてきているでしょうか。それに伴い、患者にどのような行動変容が生まれていますか。また、今年は「かかりつけ医機能報告の創設」など、いくつかの施行されるいくつかの改正などにより、患者の受診行動にどのような変化が予測されますか。

二木 改正医療法では、「かかりつけ医」ではなく、「かかりつけ医機能」が「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」（第6条の3第1項）と法的に定義され、それまでの医療法施行規則から法規定に「格上げ」されたことが大きい。改正医療法には明記されていないが、患者が複数のかかりつけ医を持つことができることも確認されている。さらに、「かかりつけ医機能」は診療所だけでなく、病院と診療所の両方が担うことも法定（第6条の4第2項）され、かかりつけ医機能報告を行う医療機関は、「特定機能病院および歯科医療機関を除く、病院・診療所」と、きわめて広く定められたことにも大きな意義がある。

そのうえで、改正医療法で制度化される「かかりつけ医機能の強化」策は、厚労省が日本医師会の合意を得た上で実施する微温的な改革で、医療現場への変化はごくわずかであり、かつ患者の受診行動にも当面はほとんど影響しないとみる。

私は、「かかりつけ医機能報告制度」の創設を、次の2点から評価している。1つは、いままで必ずしも明らかでなかった各地域の医療機能の「見える化」が相当進むこと。もう1つは、かかりつけ医を持つことを希望する国民・患者の選択肢が広がることだ。

ただ、いまでも高齢者の8割はかかりつけ医を持っている。また国民全体のうち、かかりつけ医を持つ割合は、2017年55.9%、2020年55.2%、2022年55.7%、2023年56.9%と、コロナ禍が始まってほとんど増えていない。そのためこの制度でかかりつけ医を持つことを希望する患者・国民が急増して医療現場が混乱することはないとみる。

留意すべきは、医療機関が都道府県に行う報告の都道府県による確認は、「行政処分」につながる「行政行為」ではなく、「事実行為」の「確認」であることが国会審議で確認されたこと。一部の開業医が、厚生労働省の規制、監視が厳しくなると心配しているが、それはない。医療機関が不注意で間違った報告をしても処分の対象にならない。これはものすごく大きい。

また、この制度の検討を行った「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の報告書では、地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築として、「24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、患者と医師が1対1の関係性で診療にあたるのではなく、1人の患者に対し、複数の医師が診療にあたる仕組み（グループ診療）を構築する有用性が指摘されている。複数の医師のいる診療所の医師同士が連携する場合や、別の診療所・病院にいる複数の医師同士が連携する場合の連携体制の構築について推進する」と多様な形態の「グループ診療」を強調していることに注目したい。

日本には「グループ診療」の法的定義や学会レベルでの合意はないが、従来は、「複数の医師のいる診療所」を指すことが多かった。それに対して、「報告書」が、グループ診療に1人医師診療所の複数の医師同士が連携する場合、および「病院にいる複数の医師同士が連

携する場合」も含めたのは画期的である。

今後は「かかりつけ医機能の強化」および「新たな地域医療構想」や診療報酬改定による誘導により、医療機関の役割分担と連携が進み、患者の大病院志向も是正されると期待されることから、中小病院外来と診療所のフリーアクセスは将来的にも維持されるだろう。

一 医師の働き方改革や外来医療の機能明確化などを含んだ昨年4月施行の改正医療法の影響はどうか。

二木 医療現場（医療機関）で起きている最大の変化は、病院、特に大都市部の病院の経営悪化の加速だ。1月10日の四病協新年会員交流会で、相澤日病会長は「謀反を起こすか、一揆を起こすか」といった激しい表現で窮状を訴えているが、そのくらい切実な問題となっている。病院、特に大都市部の病院の経営悪化には2つの理由がある。1つは、昨年の診療報酬改定は大半の病院の経営改善、利益率の回復にまったく貢献しなかった。職員の給与はそれなりに上がったが、物価上昇などで購入資材など固定費が上昇し、医療機関の利益率はむしろ低下している。もう1つ、コロナ禍前から徐々に進んでいた患者数の減少が、コロナ禍を契機に加速し、コロナ禍が収束しても回復していないことだ。

医療機関が価格設定できない「選定療養」は禁じ手

一 最近の薬剤の保険給付の在り方に関する議論が活発になっています。先ほど、財政審の建議は最大限の要求であるという話ではありますが、令和7年の予算編成の建議の中でも、薬剤の保険給付の範囲の見直しポイントとして①セルフケア・セルフメディケーションの推進を支える制度改革②OTC医薬品と同一の有効分を含む医療用医薬品の保険給付範囲の在り方の見直し③薬剤の自己負担の更なる見直し④費用対効果評価の本格適用と整合的な制度改革 ⑤保険外併用療養費制度の活用⑥民間保険の活用などを掲げていますが、これらをどう評価しますか。

二木 私個人の価値判断と「客観的」将来予測を区別してお話すると、①セルフケア・セルフメディケーションの推進を支える制度改革については反対。しかし、推進されてもそれほど普及しないだろうし、薬剤費・医療給付費抑制効果はわずかだろう。なぜなら、現行制度を前提にすると、医療機関を受診して医薬品を処方される場合の患者負担は、全額自己負担の市販薬を買うより安い場合が多い。特に1割負担の高齢者では。

本気でセルフメディケーションを促進するためには、市販薬と効果が変わらない処方薬の保険外しが必要だが、それには日本医師会は「断固反対」という立場だ（昨年11月の松本吉郎日本医師会会長記者会見）。そのため、政治的にごく一部の処方薬の保険外しにとどまる可能性が大きく、それによる医療給付費の削減はごく限定的にとどまるとみる。

②、③が目指す方向の保険給付の範囲の見直しに関してだが、昨年始まった「選定療養」は保険外併用療養費制度の理念・本来の趣旨を逸脱した「禁じ手」だ。患者が自由に判断して選択できる選定療養は、制度上自由料金であり、医療機関が価格設定できる。それが医療機関にとってのうまみであり、バッファーになっている。しかし、今回の改定では患者負担分が公定化されている。これは制度の根幹の否定。

しかも法改正を通さないで実施されたことに気を付けなければいけない。法改正を行わずに長期収載品に選定療養を導入した手法を使えば、現在はごく限定的にとどまっている患者

負担割合が今後拡大するだけでなく、将来的には、2000年に当時の厚生省が医療保険制度抜本改革で導入を目指したものの、診療側・支払側の双方、さらに米国政府と米国のメガファーマの圧力を受けて撤回された「参照価格制度」の導入までも法改正なしに可能になってしまう。

また、「医薬品の有用性に応じた保険給付率の設定」、いわゆるフランス方式はその範囲をどう定めるかについて、技術的・政治的に不可能。「薬剤費の一定額までの全額患者自己負担」（免責制）も、短期的には政治的に不可能だが、保険給付費抑制効果は大きいので、将来的には導入される可能性は否定できない。

厚労省は2005年10月に発表した「医療制度構造改革試案」で、「本体」とは別の「参考」として、経済財政諮問会議の求めに応じて「保険免責制」の試算を発表した。「本体」に書かずに、「参考」としたことから、イヤイヤだったと思われる。それによると、外来1回当たり500円で約2兆円、1000円では約4兆円、医療給付費を抑制できるとされた*（『医療改革』勁草書房, 2007, 112 - 113頁）。ただ、その後も現実の政策プランには載っていない。ただしこれは、保険者負担から患者負担への「コスト・シフティング」にすぎず、「医療効率化」とは言えない。

④費用対効果評価は適正に行われるのであれば賛成。ただし、「建議」の主張するように、それを保険収載の判断に用いることには反対である。

⑤保険外併用療養費制度のうち先ほど触れた「選定療養」が適正に拡大されるのであれば反対しない。しかし、「評価療養」の拡大には大反対。重要なのは、保険外併用療養費制度の拡大と「混合診療解禁」を峻別することだ。すなわち例外的部分的に混合診療を認めることと全面解禁はまったく異なる。この点は松本吉郎日本医師会長も強調している。ところが、日本維新の会の総選挙公約は混合診療の解禁の積極的検討を掲げている。

⑥民間保険の活用拡大には反対だが徐々に拡大すると予測する。しかし、国民の所得・資産格差の拡大を考えると広くは普及はしないと思う。日本では生命保険の「特約」が広く普及しているうえに、高額療養費制度があるから、それとは別建ての独立型の民間医療保険が大幅に増えるとは考えにくい。

一 最後に、高額薬剤が今後も登場することが予想される中で、皆保険制度と両立するために、どのような考え方をしていくべきでしょうか。

二木 私の論文で何度も強調しているように、新医薬品・医療技術の適正な値付けと適正利用を推進すれば、技術進歩と国民皆保険制度は両立できると考えている。このことは「高額新薬で医療費は高騰すると言説の再検討」（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 178 - 189頁）で詳述しているが、オプジーボがよい例で、2014～15年には「オプジーボ亡国論」が吹き荒れたが、オプジーボの薬価は2014～21年にかけて5分の1に引き下げられ、その処方に対しても「最適使用推進ガイドライン」により厳しい「施設要件」・「医師要件」が課された。

一方で、高額薬剤をめぐる米国の動きも注目される。新薬の高騰を主導していたのは米国のメガファーマだが、バイデン政権は史上初めて、メディケアの医薬品費抑制策（「メディケア薬価交渉制度」等）を導入した。この政策は、トランプ大統領とケネディ保健福祉省（HHS）長官（候補）となっても継続すると思う。米国政府は、昨年8月15日に「メディケア薬価

交渉制度」の妥結結果を公表し、対象となる 10 品目の価格を 4～8 割引き下げたと強調した。この数値はそのまま受け取れないが、今後、同制度の対象医薬品が拡大すれば、メディケア償還薬剤費は相当抑制される可能性がある*¹。

以上のことから、今後は、超高額医薬品の連続投入で巨額の利益を得るメガファーマの「ビジネスモデル」は、米国でさえ通用しなくなるとみている。中村洋慶應義塾大学教授は、オプジーボ狂騒曲が吹き荒れていた 2016 年に、日本の製薬企業の「3つの限界」の第 1 に『「高薬価型」新薬の研究開発のみに依存したビジネスモデルの限界」をあげ、製薬企業に対して、「マクロレベルでの予見力」を持ち、「薬剤費上昇抑制策に対する耐性を持つ企業への脱皮」を提言している。（「薬剤費上昇抑制策に対して耐性を持つ企業への脱皮に向けて」『国際医薬品情報』2016 年 5 月 23 日号：7－10 頁）。この提言は、製薬産業の発展と過度の国民医療費増加の抑制の両立の方向を示しており、きわめて先駆的と言っていいだろう。

参考文献

* 1 高山一夫「アメリカのメディケア薬価交渉制度 第 1 回薬価交渉の妥結と今後の展望」『文化連情報』2024 年 11 月号：26－29 頁。

Rome BN, et al : Medicare's first round of drug-price negotiation-Measuring success. NEJM 391 (20) : 1865-1868, November 21, 2024)

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

228回)(2024年分その12:10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。

○インフレ要因を[アメリカの]メディケア医師診療報酬表に導入する強みと弱み

Chernew ME, et al: Strength and weakness of introducing an inflation factor into the Medicare physician fee schedule. Health Affairs 43(12):1689-1697,2024 [政策研究・提言]

多くの他のメディケア診療報酬表と異なり、メディケア医師診療報酬表は自動的なインフレ調整を含んでいない。本論文では医師診療報酬表改定方式の歴史を述べ、インフレに基づく調整要因を診療報酬表の改定フォーミュラに加えることのメリットを評価するパラダイムを示す。医療アクセスと医療施設の統合が医師料金で影響されるインセンティブ・パラダイムを採用する。医師料金の変化がアクセスに与える影響は小さいことを示唆するエビデンスはあるが、それが今後も続くとは限らない。(病院等の)外来施設と医師診療所間の医師料金と料金改定の乖離が、医療施設の統合を誘発している可能性がある。現在メディケアにアクセス危機があるとの考えを支持するエビデンスはないが、部分的な、インフレに基づく、毎年の一律の(across-the-board)改定(例えば、インフレ率-1)は今後も医療アクセスを維持し、施設統合のペースを緩める可能性がある。この方法は実施が比較的容易で、他の代替案(メディケア医師診療報酬表の医師労働と医業費用要素別の改定等)に比べると分配面でも優れている。

二木コメント—タイトルは非常に魅力的です。というのは、日本でも最近の賃金・物価上昇による医療機関の経営困難に対処するために、診療報酬の「物価・賃金スライドによる1点単価変動制」の(再)導入が提案されているからです(例:島崎謙治『日本の国民皆保険』ちくま新書,2025,278頁)。ただし、本論文の提案は、医師診療報酬と病院診療報酬が別建てになっているメディケアでは、両者の乖離が医療施設の(過度の)統合に影響しているとの認識に基づいて、それを抑制するための提案のようです。ただし、メディケアの医師診療報酬の歴史と論点、改革の選択肢を知るためには便利な論文だと思います。

○アメリカの非営利病院の税制優遇の推定

Plummer E, et al: Estimation of tax benefit of US nonprofit hospitals. JAMA 332(20):1732-1740,2024 [量的研究]

非営利病院は免税資格により受けている寛大な税制優遇を正当化することをますます求められるようになってきている。本論文では、非営利病院が免税資格により、連邦、州、地方政府等から得ている金銭的便益(benefit)を推計し、それらがどのように州と地域社会に分配されているかを示す。現在の税法・税実務と整合的な方法と尺度、及び2021年メディケア費用報告を用い、全米の全非営利病院が受けている総金銭的便益を計算した。税制優遇は、連邦と州の所得税、売上税、固定資産税の免税額、慈善寄付の公正市場価格、債券発

行時の免税額、及び連邦失業保険税の免税額の合計とした。

全米の 2927 非営利病院総数が 2021 年に受けていた税制優遇は総額で 374 億ドル（1 ドル 150 円換算で 5.6 兆円）で、その内訳は多い順に連邦所得税 115 億ドル（31 %）、売上税 91 億ドル（24 %）、固定資産税 78 億ドル（21 %）、州所得税 37 億ドル（10 %）、慈善寄付 32 億ドル（8 %）、債券発行時の免税 21 億ドル（6 %）、及び連邦失業保険税 2 億ドル（1 % 未満）であった。税制優遇の州間格差は、病床数当たりでも、人口当たりでも、非常に大きかった。税制優遇は少数の病院に極度に集中しており、7 %の病院（212）が税制優遇の半分を得ていた。

二木コメント最新データを用いて、全米の非営利病院の税制優遇を包括的かつ分析的に推計したスゴイ論文です。私は、アメリカの非営利病院が日本の民間病院に比べて桁違いの税制優遇を、連邦政府だけでなく州・地方政府からも広く受けていること、しかもそれがごく少数の病院に集中していることに驚きました。

○最終損益を超えて：[アメリカの] 非営利病院における慈善医療、地域貢献、及び免税

Zare H: Beyond the bottom line: Assessing charity care, community benefits, and tax exemptions in the nonprofit hospitals. *Journal of Healthcare Management* 69(6):439-454,2024 [量的研究]

本研究はさまざまな種類の非営利病院の免税の価値（金額）と地域貢献を比較し、病院とその地域特性によりその価値をどれだけ説明できるかを示すことである。2017-2021 年の内国歳入庁・所得非課税団体申告書を用いて、全米の非営利病院（2061 病院）の 17 種類の地域貢献（活動・費用）と 6 種類の税制上の優遇措置を評価した。非営利病院の慈善医療、地域貢献及び推計された免税額を分析し、その際、病院が教育病院であるか否か、田舎にあるか否か、病院の地方区分を考慮した。さらに、ランダム効果回帰分析（非調整、調整済みの両方）により地域貢献・費用比と病院種類と病院所在地の関連を調べた。

その結果、2017-2017 年に、非営利病院は平均で、総経費の 8.8 %を 17 種類の地域貢献に、1.8 %を慈善医療に用いており、免税額は病院経費の 5.2 %に相当していた。ただし、この数値は非営利病院間で大きな差があり、病院の 24.0 %は地域貢献の費用より免税額の方が多く、81 %は慈善医療よりも免税額の方が多かった（残りの病院は免税額を上回る地域貢献または慈善医療を行っていた）。病院の特性と所在地が地域貢献の提供と種類に影響していた。教育病院は非教育病院よりも地域貢献の費用割合が高かった（9.2 %対 8.6 %）。教育病院の地域貢献のトップ 3 はメディケイドからの償還不足（の補填）、慈善医療、償還されない教育費用であり、非教育病院ではメディケイドからの償還不足、慈善医療、（州・自治体から）補助金を受けている保健医療サービスであった。さらに、病院の所在地も地域貢献の種類に影響していた。田舎の病院では、メディケアの償還不足、補助金を受けている保健医療サービス、慈善医療の順に多く、都市部の病院では、メディケイドの償還不足、慈善医療、補助金を受けている保険医療サービスの順に多かった。回帰分析の結果、病院チェーンへの参加と所在地が南部であることが、慈善医療提供の多さと関連していた。免税措置を受けるための地域貢献の定義があいまいであることが非営利病院間の地域貢献のバラツキを生んでおり、より明確な定義の開発が求められる。

二木コメント本論文も、最新データに基づいて、アメリカの非営利病院が免税措置を受けて行っている地域貢献と慈善医療を定量的に（金額ベースで）詳細に分析しています。

上記 JAMA 論文と相補的と思います。

○ [アメリカにおける] プライベート・エクイティ [・ファンド] に買収された病院 [チェーン (HCA) のその後] の行動

Richards MR, et al: Hospital behavior over the private equity life cycle. Journal of Health Economics 97(2024) 102902, 27 pages [事例研究]

プライベート・エクイティ・ファンド (未公開企業へ投資するファンド。以下、PE) はアメリカ医療で存在感を増しているが、買収後の結果は不明確である。ユニークなデータソースと差の差分法を用い、PE による史上最大の病院チェーン (HCA) 買収について調査した。病院チェーンは買収後すぐに広告戦略を変え、外来手術センターとの共同事業を開始した。入院患者は増加したが、それは主として、外来手術センターから病院への患者搬送を増やしたためだった。病院は、入院期間が短く、治療密度が低い患者の入院も増やした。外来手術センターの手術数は減少したが、複雑な手術の症例に集中した。重要なことは、このような病院の行動変化は PE が同病院チェーンを売却した (divest) 後も続いたことである。

二木コメント—掲載される論文のほとんどが計量経済学的研究である Journal of Health Economics 誌には珍しい、27 頁の詳細な事例研究です。アメリカでは、かつては営利病院と言えば、専門の株式会社病院がほとんどでしたが、近年は、短期間で利益獲得を目的としたプライベート・エクイティ・ファンド (企業) の病院買収が急増しているようで、それについての論文が急増しています。

○ [アメリカにおける] 介護者報告型ホスピスの質—プライベート・エクイティ企業と株式公開企業所有 [とそれ以外の所有者の比較]

Soltoff AE, et al: Caregiver-reported quality in hospices owned by private-equity firms and publicly traded companies. JAMA 332(23):2029-2031,2024 [量的研究]

アメリカのホスピス産業は非営利企業モデルから営利企業モデルにシフトした。さらに最近では、ホスピスはプライベート・エクイティ企業 (PEFs) と株式公開 (上場) 企業 (PTCs) に買収されるようになってきている。すべての営利企業は利潤の極大化を目指しているが、PEF と PT は短期間で市場平均を上回る利益を投資家に提供することを目指しているため、質よりも金銭的利益が目標とされるとの危惧が指摘されている。そこで、ホスピス利用後死亡した患者の遺族 (介護者) が報告したホスピスの質を、ホスピスの所有形態別に比較した。「医療提供者・グループの消費者評価」(CAHPS. 2021 年 1 月～2022 年 12 月実施の全米横断調査) のデータを用いた。所有形態は、PEF/PTC 所有の営利ホスピス、それ以外の営利ホスピス、非営利ホスピスに 3 分した。介護者報告型ホスピスの質は CAHPS ホスピス調査に含まれる 8 つの尺度 (コミュニケーション、タイムリーなケア、家族に丁寧に接する等) とそれらの総合尺度で評価した (いずれも 0～100 点)。

最終的に対象に含まれたホスピスの総数は 2676 で、そのうち 23.5% が PEF/PTC 所有、40.1% がそれ以外の営利、25.7% が非営利であった。上記尺度は PEF/PTC 所有が一番低く、非営利が一番高かった (いずれも有意差あり)。例えば、総合尺度は PEF/PTC 79.8、それ

以外の営利 81.2、非営利 83.1 だった。先行研究では、営利と非営利の比較のみが行われて、営利の質が低いとされてきた。本調査では、営利のうちでも特に PEF/PTC 所有に問題があることを明らかにした。

二木コメント—プライベート・エクイティ・ファンドに買収された病院の医療の質についての報告はありますが、それに買収されたホスピスの介護者報告型の質についての全米調査は初めてで貴重と思います。「短報」(letter) ですが、記述・分析はシッカリしています。

○ [アメリカにおける] プライベート・エクイティの [医療] 所有の時代に患者と社会を守る：政策 [形成] のための課題と機会

Cal C, et al: Protecting patients and society in an era of private equity provider ownership: Challenges and opportunities for policy. Health Affairs 43 (5):666-673,2024 [評論]

アメリカでは、低金利と経済の持続的成長を背景として、一般の株式投資に比べ高い収益率が期待されるプライベート・エクイティ (PE) 投資への資金流入が激増している。PE による医療提供施設の買収も 2010 年の 352 件から 2020 年の 937 件へと 3 倍近くに急増し、投資額は 8059 億ドルに達している。その臨床的・経済的意味についての疑念があるにもかかわらず、政策対応は限られている。PE 所有をめぐるアメリカの政策的状況 (landscape) を、EU で実施されている政策と比較しながら、検討する。政策を強化しうる 4 領域を示す。第 1 に、買収の監視を改善するために、政策作成者は以下のことをすべきである：報告 (義務) の閾値の引き下げ、市場支配力に影響する連続的な買収を監視する、市場集中効果に基づいて自動的に否認する、司法長官の拒否権行使等の新しい規制メカニズムを検討する、これらの活動のための予算を増やす。第 2 に、政策決定者は PE 所有のより長期間の透明性を強化すべきであり、それには買収後の医療価格引き上げも含む。第 3 に、政策決定者は、患者と医療提供者を守るために、最低人員基準や直接的患者ケア費用最低基準の設定や、レイオフと買収後の不動産の売却 (「資産略奪」) の制限等を行うべきである。第 4 に、政策決定者は危険な金融行動を減らすために、医療における PE 買収をファイナンスするために用いられる負債の額と割合に上限を設けるべきである。

二木コメント—アメリカにおける近年の PE (ファンド) による医療施設の買収の急増とその弊害がよく分かります。本書では弊害を是正するための政策が包括的・網羅的に示されていますが、トランプ第二次政権の誕生により、それらが実施される可能性は、当面は、ほとんどなくなったと思います。

○ [アメリカの] 公的サービスの質を評価する：営利、チェーン及び病院市場における集中

Kunz JS, et al: Assessing the quality of public services: For-profits, chains, and concentration in hospital market. Health Economics 33 (9):2162-2182,2024 [量的研究]

アメリカの病院の質のバラツキを、病院の所有形態、病院チェーンへの所属、及び病院市場の集中と関わらせて分析した。「病院再入院削減プログラム」により病院に課せられたペナルティを用いて新たに開発した質指標を提案し、病院の特性と病院が所在する郡の人

口学的特性でリスク調整した回帰モデルを用いる。営利所有と質との関係は全体としては負だった（営利病院の方が質が低い）が、個々の病院間の差も非常に大きかった（substantial heterogeneity）。営利病院の質の非営利病院の質に比べての低さは、病院市場での病院の集中度が高まると減少した。さらに、営利病院の質の低さは主として営利病院チェーンによってもたらされていた。競争により差が小さくなるとの結果は、先行研究でも確認されているが、病院チェーンが結果に影響することは新発見で、チェーンにより得られる質の改善はほとんど非営利病院で現実化していることを示唆している。

二木コメント— 1970年代以降、アメリカで延々と続けられている（私にとっては懐かしい）営利病院と非営利病院との質の比較の最新論文です。20頁の長大論文ですが、新しい知見は少ない（お疲れ様）と感じました。他の多くの類似論文と異なり、費用・価格の比較はしていません。

○【アメリカにおける】病院を開設している病院グループにおける統合と患者経験価値との関係：統合の水平的形態と垂直的形態の探究

Torres JS, et al: Associations between integration and patient experience in hospital-based health systems: An exploration of horizontal and vertical forms of integration. *Journal of Healthcare Management* 69(5):321-334,2024 [量的研究]

アメリカの病院部門は記録的なレベルの統合を経験しており、医師の半分と全病院の4分の3は、630を少し超える医療グループと統合・連携している。しかし、医療グループの統合はより高い費用とより低い質と関連していることを示唆するエビデンスが増えている。本研究の目的は、医療グループ統合の形態と病院の患者経験価値スコアとの関連を探究することである。2019年の複数の全国調査（名称は略）のデータを用いて、多変量回帰分析を繰り返し、医療グループ統合の形態と病院の3領域の患者経験価値スコア（病院の全体的印象、職員についての経験、病院の環境）との関連を探究した。水平統合（病院を開設している医療グループの病院数）と垂直統合（医師・病院統合、ナーシングホーム所有、ACOへの参加、共同購入、契約マネジメント、保険商品の提供、及び投資家所有）についても調査した。

その結果、水平統合はどの患者経験価値スコアとも有意な関連がなかったが、垂直統合のうち医師・病院統合をしている医療グループはそれをしていないグループよりも病院の全体的印象と病院の環境のスコアが2%ポイント高かった。同様に、契約マネジメントと共同購入に参加しているグループはそうでないグループより、両スコアが2~3%ポイント高かった。それに対して、投資家所有（つまり営利）はそれ以外の所有形態に比べて、全体的患者経験価値が5%ポイント低かった。これらの知見は、垂直統合を進めている病院は、独立型病院や水平統合グループにのみ所属する病院よりも患者経験価値スコアが高いことを示唆している。つまり、垂直統合の要素は患者に利益を与えるので行う価値があるが、病院チェーン形態の水平統合を進めても患者への利益はない可能性があるため、注意して行うべきと言える。

二木コメント— 本研究は水平・垂直統合と「患者経験価値」との関連を多面的に検討し、垂直統合のいくつかは患者の利益になるが、水平統合（病院チェーン）は患者の利益を生まないことを示したことに新しさがあると思います。本論文も医療費の検討はしていません

んが、どちらの統合でも、医療費が増加することは当然の前提とされています。なお、「health system」は実態に合わせて「医療グループ」と訳しましたが、日本でも最近は、一部の先進的医療グループ（ほとんどが「保健・医療・福祉複合体」）は自グループを「〇〇システム」と命名しています。

○ [アメリカの] 成人メディケイド受給者のソーシャルニーズ [を評価する] ケースマネジメント・サービスの強度と病院入院と [病院の] 救急部門受診 [との関連]

Guo C, et al: Intensity of social needs case management services and changes in hospital and emergency use among adult Medicaid beneficiaries. Medical Care 62(12):783-790,2024 [量的研究]

「コミュニティ・コネクト」患者の高・低強度のケースマネジメント・サービス利用と病院入院と病院の救急部門受診との関係を定量的に検証した。「コミュニティ・コネクト」は、コントラ・コスタ・ヘルス（カリフォルニア州サンフランシスコ湾領域の郡レベルのセイフティネット組織）が実施しているソーシャルニーズ・ケースマネジメント・サービスである。同サービスの強度にはバラツキがあり、それにはサービス提供方法、専門職の割合、担当者1人当たりの担当ケース数上限が含まれる。ハイリスク患者には高強度のサービスが提供される傾向があるので、専門職が関与した1月当たりのケースマネジメント数でサービス強度を測定した。2段階残渣投入法によるゼロインフレ負の2項回帰モデルを用いて、2017年8月～2018年12月にケースマネジメントを利用した成人のメディケイド受給者（n=19,782）の、ケースマネジメント開始後12か月間の病院入院と救急部門受診の総数と回避可能数を推計した。

低強度ケースマネジメントに比べて、高強度ケースマネジメントは病院入院頻度と回避可能な救急部門受診の減少と有意に関連していた（細かい数値は略）。高強度ソーシャルニーズ・ケースマネジメントは、低強度マネジメントに比べ、病院入院と救急部門受診を減らす効果があるかもしれない。

二木コメント—日本では、制度的にケースマネジメント（ケアマネジメント）は介護保険サービスとされていますが、アメリカではむしろ医療分野（特に高齢者や低所得者の）で用いられています。本論文は、高度の統計手法を用いた（一見）精緻な研究ですが、私には「鶏を割くに牛刀を用いた」研究に思えます。しかし、費用計算はまったくしておらず、高強度ケースマネジメントによる入院や救急部門受診の減少による費用減よりも、低強度マネジメントに比べた高強度ケースマネジメントの費用増（介入費用）の方が大きく、両者を合わせた総費用は増えている可能性も十分あります。さまざまな新規事業の評価で、介入費用を無視して新規事業の効果を過大表示する傾向があるのは、日米共通と言えます。

○ [韓国における] 統合された長期医療・ケアニーズとサービス利用をモニターするための実用的枠組みと指標の開発

Kim H, et al: Development of practical framework and indicators for monitoring integrated health and care needs and service use. Health Policy 149, November 2024, 105167, 20 pages [尺度開発研究]

本研究は、高齢者の統合された医療・ケア（介護）提供の政策立案を支援するためのエ

ビデンス構築型アプローチを示す。個々の高齢者の複合的な(complex)長期医療・ケアニーズをモニターするための統合されたニーズ評価枠組みを開発し、その際、韓国の公的医療・長期ケア保険制度から得られた、ルーチンに収集され標準化されたニーズ評価と利用データを用いた。不適切利用(misuse)指標のセットも開発し、サービス利用パターンを分析し、その際さまざまなタイプのニーズも考慮した。韓国の高齢者の約11%が複合的な長期医療・ケアニーズを持っていると推計され、そのような高齢者を4種類のニーズ群に分けた。高医療ニーズ・低ケアニーズ群の3分の1以上が、年間6か月以上長期療養病院に入院していた。高医療・高ケアニーズ群の約3分の1は不適切にも長期療養施設に入所していた。というのは、これら施設の医療サービスは限定されているからである。新しく開発された統合されたニーズ評価枠組みと不適切利用指標セットは、複合的ニーズの広がりや性質、及び医療・ケアサービスの過剰・過少利用を継続的にモニターする実用的なツールである。収集された経験的エビデンスは、韓国の医療・長期療養制度の改革の必要性を明らかにした。

二木コメント—本論文は冒頭"case study"と書いていますが、一般的な意味での「事例研究」ではなく、高齢者の医療・ケア（介護）ニーズ評価尺度開発の「事例報告」と言えます。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 242)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○桜庭一樹（作家。四半世紀の創作体験に基づき、2025年1月、『読まれる覚悟』を出版）
「間違いを認めて訂正したり、なぜ間違えてしまったのか自己検証することも、プロとしての仕事に含まれるのではないのでしょうか。自分もよりそうならなくてはいけないと感じます。（中略）／訂正したり、謝罪したり、自己検証したり、そういうことがもっとやりやすい業界になってほしいと思います」、「読みながら、成長って、新たに何かを獲得するのではなく、自分の過去を検証することでもできるんだな、とつくづく感じました。最近、アップデートって、『新しいものをインストールする』というよりも、『自分が間違っていたと理解する』ことなのかな、と思うんです」（『読まれる覚悟』ちくまプリマー新書,2025,115,163-164頁）。二木コメントーこの姿勢は、作家だけでなく、研究者、研究「業界」にも求められると感じ、大いに共感しました。私は、以前から、新しい論文を書く時は、以前に出版した本やまだ本には収録していない最近の論文の記述を読み返して「自己検証」するようにしています。

○マイケル・サンデル（アメリカの哲学者。2025年1月、フランスの経済学者トマ・ピケティと対談本『平等について、いま話したいこと』を日米同時刊行）『ケア労働に目を向けたい。テクノロジーの時代、人間の経済活動においてそれが大きな比重を占める。医療や教育、育児、介護に及ぶケアの領域においてはテクノロジーが人間の貢献に取って代わることはないからだ。先進国ではケア経済に公的資金や民間資金をどう配分されるか議論されている。純粋に経済的な議論に見えるが、背景には価値観の問題がある。高齢化が進む社会で子どもからお年寄りまでをいかに支えるか、新たな社会契約が求められる」（「日本経済新聞」2025年1月18日朝刊、インタビュー「報酬で社会貢献度測れない」）。二木コメントー前半は、私の好きなネイスビッツの「ハイ・テックとハイ・タッチの共存 テクノロジー崇拜の時代は終わった」に通じると思いました（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,8頁で紹介）。後半の視点は、2025年度予算案に含まれる高額療養費制度の見直し批判に通じると感じました。

○東浩紀（批評家・哲学者・作家）「平等の拡大は歴史的には共同体感覚の拡大、つまり国民国家の形成で支えられてきた。金持ちも貧乏人も『同じ仲間』だと感じる。それが再配分正当化の基礎だ。／現代の問題はその基礎が壊れていることにある。（中略）／だからこの流れを根本から変えるためには、まずは金持ちも貧乏人もみな『同じ仲間』と感じるような共同体感覚を再建せねばならない。経済を超えて難しい課題だが、それがないと再配分は持続可能にならない」（『AERA』2025年2月10日号：7頁、「大富豪が並んだトランプ就任式 『平等』実現のために必要なこと」）。二木コメントー私も、ほぼ同じ認識から、「国民皆保険制度は、医療（保障）制度の枠を超えて、日本社会の「安定性・統合性」を維持するための最後の砦となっている」と主張しています（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,2頁）。

○姜尚中（政治学者・思想家）「…今起きていることはメインストリームとなったカウンターカルチャーに対する『反動』（リアクション）です。（中略）／格差を是認し、社会の分断には目を瞑ったまま、文化的な多様性や寛容を説いても『反動』に靡く人たちを説得することは難しいに違いありません。民主党のカマラ・ハリス米大統領候補の敗北はそれを意味しています」（『AERA』2025年2月10日号：5頁、「トランプ大統領による『反動』は西側予告を席卷するか」）。**二木コメント**—2024年のアメリカ大統領選挙におけるハリス候補、というより民主党陣営の敗北の本質を突いていると感じました。

○佐藤卓己（上智大学文学部新聞学科教授、64歳。新著に『あいまいさに耐える ネガティブ・リテラシーのすすめ』）「現代社会では、何が事実で何が虚構だけでなく、何が右で何が左かもあいまいだ。そうである以上、『自分は進歩の側に立っているからリベラルだ』と簡単には言えない。今この状況でリベラルであるとは、あいまいさの中で、自分の意見は右なのか左なのか、その時々々に悩み続けられる耐性を持つことだ」と考えたい」（『週刊東洋経済』2024年10月26日号：87頁。「話題の本 著者に聞く」）。**二木コメント**—私も長年の研究を通して、「あいまいさに耐える」力がついてきたと自己評価しています。ただし、私は「左翼ナショナリスト」（leftist nationalist）と自認しているので、自己を「リベラル」と呼んだことは一度もありません（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,99-100頁）。

<その他>

○豊昇龍（大相撲・西大関、25歳。2025年春場所で優勝し、横綱に昇進。叔父は優勝25回を誇る元横綱・朝青龍なので、常に比較される）「人のことをまねしたらそこで終わりと**思っているんで。誰もまねしない**」（「朝日新聞」2025年1月30日朝刊）。**二木コメント**—この潔い言葉は、ちょうど20年前に知った次の言葉に通じると感じました。

○佐藤藍子（女優）「中山美穂さんにあこがれています。でも自分の目標じゃない。目標を作った途端にマネになっちゃうから」（「朝日新聞」1996年11月1日夕刊。本「ニューズレター」8号（2005年4月）で紹介。佐藤藍子氏は当時19歳、中山美穂氏は同26歳。中山氏は2024年12月死去、54歳）。

○倍賞千恵子（映画俳優、83歳。2025年2月20日、日本芸術院は新しい会員の候補に倍賞氏をはじめ15人を決めたと発表し、3月1日付で文部科学相が発令）「死ぬってなんだろう？／何年か前、答えが知りたくて知り合いの住職に質問してみたことがある。すると『死ぬとは、即ち生きることです』と言われハッとした。／（そうか死ぬとは、死ぬまで生きることなんだ。死があるからこそ生がある。生と死は密接につながっている……）／『ならば最期まで精一杯生きればいいのか』。そう考えたら肩の力がスッと抜け、何だか穏やかな気持ちになった」（「日本経済新聞」2023年12月1日朝刊、「私の履歴書①」）。**二木コメント**—私は、77歳になった現在も、自分が「死ぬこと」について考えたことは一度もなく、「最期まで精一杯生きればいいのか」と思っています。もちろん、「終活」はまったくしておらず、本や資料が増える一方です。

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46回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」84号（2025年2月8日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法関連

○山本史郎・森田修『英語力を鍛えたいならあえて訳す！ [増補改訂版]』アスク,2024年10月（初版2011）。

…「英語をほんとうに知るための「第一歩は、文法をきちんと勉強し、辞書をこまめに引いて意味を確認する習慣をつけること」だが、それだけでは不十分で、「いちおう訳したものをもう一度眺め直して、改めてそれが『どんな意味』なのかを考えて、納得するというプロセスが欠かせない。本書は、この視点から、読解力・翻訳力をアップするためのノウハウを、豊富な例文・クイズを用いて解説。私自身も、代々木病院勤務医だった1970年代後半から、上田敏先生の指導を受けながら『総合リハビリテーション』に英語論文の抄訳を投稿しはじめ、2005年からは「ニューズレター」にほぼ毎号、医療経済・政策学関連の最新論文の抄訳を掲載してきたので、翻訳が英語力を鍛える上で不可欠であることがよく分かる。

○石井光太『本を書く技術 取材・構成・表現』文藝春秋,2024年10月。

…著者はノンフィクションを中心として約20年の間に約70冊の本を刊行し、15年前からは朝日カルチャーセンターで「ノンフィクション講座」の講師も担当している。本書は、その経験を踏まえて、「WEBで多少の文章は書いているという人たちが一冊の商業出版に耐える本の原稿をどう生み出したら良いのか」を、取材力、構成力、表現力の3要素別に、ていねいに解説。全8章。特に、**第1章「テーマの“空白地帯、を見つける」と第2章「取材力」を身につける**には、詳細な事例研究をする上でヒントも少なくない。読み物としても面白い。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○春日キスヨ『長寿期リスク 「元気高齢者」の未来』光文社新書,2024年10月。

…著者は80歳の家族社会学者。「80歳を超えると老いが進み、同じ高齢者でも75歳ぐらいまでの元気な時とは異なる『長寿期』に移行」することに気付き、この10年ほど長寿期を在宅で暮らす高齢者や家族の実態を知るために、訪問・インタビュー調査を続けてきた。この経験に基づいて、「一般には『高齢者の介護問題』の文脈で語られることが多い問題を、『高齢者の生活問題』の文脈から取り上げ」ている（以上、「はじめに」）。特に、長寿期の親と子どもの意識・認識の違いと葛藤に注意を喚起し、「キーパーソン次第で最晩年の人生の質は大きく変わってくる」ことを強調。序章と終章を含めて全7章。

○酒井順子『老いを読む 老いを書く』講談社現代新書、2024年11月。

…「老い本（高齢の著者による、老いをテーマとした本）及び老い本の著者達を検証することによって、日本の高齢者、および高齢化の今と今後が見えてくるのではないか」（9頁）と考え、このジャンルの古典と言える『檜山節考』（1957）と『恍惚の人』（1972）から2024

年に出版された最新書までを、時系列&テーマ別（お金、孤独、死、性等）にていねいに読み込み、鋭くコメント。全4章+巻末に「古い本年表」。古い本界のスタートして、研究者では上野千鶴子氏のみをあげる（159,171,194頁）。「死に対する意識もまた、老いに対する意識と同様に、男女差が大きい」（196頁）ことをキレイに示す。私は、『『乙女老女』は未来志向』（「黒柳徹子は古い本を書かない」、角野栄子も「少女の魂を持ち続ける」。第二章四）に大いに共感した。他面、「ピンピンコロリ」は突っ込み不足と感じた（おわりに）。

○横倉義武『未来の医療界を牽引するリーダーたちへー日本医師会会長回顧録』 日本医療企画,2024年11月。

…日本医師会会長を4期8年（2012-2020年）努め、その間世界医師会会長もされた横倉氏が、福岡県医師会の理事・会長時代を含め、30年間におよぶ医師会活動を回顧している。終章を含めて全5章+最後に行天良夫氏との対談。講演風の書き方で読みやすい。第3章「かかりつけ医機能を振り返る」では、「福岡県医師会長として、日本医師会長として、これまで考えてきたこと、取り組んできたことを振り返って」いる。第4章「医療政策の多角的視点」では、「控除対象外消費税をめぐる議論」や規制改革・TPPについて「大変苦勞」したこと、「心配」したこと、「心境」を率直に語るなど、随所に横倉氏の誠実な人柄がにじみ出ている。終章「君たちはなぜ医師になったのかー若手医師へのメッセージ」では、「医師としての（公益的な）マインド」を強調。これを読んで、私は、回復期リハビリテーション病棟の生みの親である故石川誠医師が、死の直前の「遺言」的講演で、「回復期リハ病棟での実践に必要なリハビリテーションマインド」として5つのスピリットを挙げたことを思い出した（『病院の将来とかかりつけ医機能』 勁草書房,2024年,第6章第1節「石川誠さんの業績ー回復期リハビリテーション病棟を中心に」191頁）。

本書では、医師・医師会が「高齢社会を支える地域包括ケア」（第2章2）に積極的に関わることの重要性を随所で強調しているが、「地域包括ケアシステム」という公式用語は使わず、「地域共生社会」には全く言及していないことに注目・共感した。ただし、「かかりつけ医を中心としたまちづくり」という見出し（39頁）には抵抗も感じた。その本文に書かれているように、地域医療・地域包括ケアやまちづくりは、地域の行政と医師会が「連携」・「協力」し、多職種連携で行うべきと思うから。23頁にも、「地域医師会が調整役となって…医療・介護施設との連携体制を構築することが必要」と書いている。

○「医療DXの課題（上・中・下）：野口晴子「提供側のデータ構築を急げ」、康永秀生「活用へデータ連係が不可欠」、黒田知宏「多様な現場環境 運用で対応」。「日本経済新聞」2024年12月18～20日。

…3論文をまとめて読むと、日本における「医療DXの課題」を鳥瞰できる。野口氏は医療DXの起源を簡単に紹介し、その「大きなメリット」を確認した上で、「克服すべき課題」として「現行のDXが提供する情報の範囲が限定的である」こと等を挙げ、それを克服するために行った自己の研究（後期高齢者の窓口負担引き上げが受診率に与えた影響）を紹介。最後に、「個人情報保護の観点から、社会全体で相当なモニタリングコストを負担する覚悟も求められる」と指摘。康永氏は、野口氏と同じく、「データ連携が不可欠」であることを強調し、この面での日本の遅れ・「失敗」を具体的に指摘。黒田氏は、勤務先の京都大学医学

部附属病院等で生じている「課題」・問題点を具体的に紹介し、「医療者や患者らのユーザー体験（UX）の向上を念頭において、全体を見渡す必要がある」、「ルール通りに厳密に動くたった一つの入力画面（UI＝ユーザーインターフェイス）で全てを受け止めることは土台不可能」と主張。私は、3人が医療DXにより医療費抑制が可能との「エビデンスに基づく」ことのない空論を主張していないことに注目・共感した。

○中田典生「医療分野におけるAI活用の光と影～AIによる医療の進歩はバラ色の未来か～」『月刊／保険診療』2025年1月号：41-45頁。

…まず「AI技術の医療分野における進展と可能性」を5点示し、次に、以下の5つの課題とリスクを示す：①導入コストの負担、②プライバシー問題、③信頼性の確保、④障害時の対応、⑤患者の倫理的抵抗。これを踏まえて、「対策と規制の必要性」として以下の5点をあげる：①技術標準化、②プライバシー保護法の強化、③教育・トレーニング、④支援制度の拡充。医療分野のAI活用の光と影についての、簡潔だがバランスのとれた評論。

○「街づくりで描く病院経営の未来予想図～地域共生が生み出す新たな価値～」『病院経営羅針盤』2025年1月1・15日号：10～36頁。

…病院経営を取り巻く環境は厳しさを増しているが、その中で、地域と共に発展するための取り組みとして注目されているのが「まちづくり」。一見すると、病院経営との直接的な関連が見えにくい、患者増や人材確保、収益向上、および病院の価値向上につながる可能性を秘めている。このような視点から、以下の3病院（共に100床未満）の経営者が事例報告：群馬県沼田市の医療法人大誠会・内田病院、東京都町田市の一般財団法人ひふみ会・まちだ丘の上病院、熊本県上益城郡甲佐町の医療法人谷田会・谷田病院。

○「難聴児の逸失利益『同額』 減額は『顕著に』 公平性妨げる場合のみ 大阪高裁判決」

「朝日新聞」2025年1月21日朝刊（山本逸生記者・他。同種記事は全紙に掲載）

…大阪市生野区で2018年、聴覚支援学校に通う井出安優香さん（当時11歳）が重機にはねられ死亡し、将来得られたはずの「逸失利益」が争われた訴訟の控訴審判決で、大阪高裁は1月20日、平均賃金の85%とした一審・大阪地裁判決を変更し、健常者と同額を認めた。遺族の弁護団によると、同額とした判決は初めてとみられる。記事は逸失利益をめぐる一審と二審の判断を分かりやすく表で対比し、最後に大島真一弁護士（元裁判官）の次の談話を載せる：「判決は安優香さん個人の能力を評価しながらも、急速に変化する社会状況もしっかり反映し、社会が目指す平等を前面に出した。障害者は逸失利益を減額されるのが一般的だったが、そうした『常識』をいよいよ取り払ったもので、一つの到達点と感じる。特に**減額できるケースを『顕著な妨げとなる事由がある場合』に限定したことには大きな意義**がある」。

【補足】その後、被告の運転手側が期限の2月4日までに上告しなかったため、この大阪高裁判決が確定した。

○特集「病院 大淘汰」：「【ルポ】都市部の病院も危ない！消えた吉祥寺の救急病院」、「病院収益悪化の4重苦」、Part1「公立・公的病院の苦闘」、Part2「稼ぐ民間病院」（執筆：井艸恵美、兵頭輝夏、長谷川隆）。『週刊東洋経済』2025年2月8日号：34－69頁。

…「コロナ禍を経て、巨額赤字を抱えた病院の姿が露呈しつつある。このままでは大淘汰から逃れられない」として、「病院大淘汰」の現状と「生存の条件」を、多面的に探る。Part 2では、民間病院の数少ない「勝ち組」として注目されている徳洲会、桜十字グループ（再春館グループ。本部は熊本県）、一宮西病院（愛知県一宮市）をレポート。最後に「医療法人売上高ランキング 200」を掲載しているが、「稼ぐ民間医療機関の実力」を売上高を基準にしてランキングすることは疑問だし、医療法人単位で集計し、「グループ単位」の集計をしていないのも実態に合わない&安易。

C. 政治・経済・社会関連

○原武『象徴天皇の実像 「昭和天皇拝謁記」を読む』岩波新書,2024年10月。

…『昭和天皇拝謁記』から、昭和天皇の「天皇観」、「政治・軍事観」、「戦前・戦中観」、「国土観」、「人物観」、「神道・宗教観」、「空間認識」が分かる発言を抽出し、批判的に論評。それらを、終章の「昭和天皇が残した『負の遺産』」で集成（241-244頁）。序章・終章を含めて全12章。岩波書店からは本書より2か月早く、6人の編者による『「昭和天皇拝謁記」を読む』が刊行されているが、両書は全く別々に企画が進行していたとのこと。大人数ではない岩波書店編集部の中にさえ、強い「縦割り」があることに驚いた。

○高尾義明『組織論の名著30』ちくま新書,2024年12月。

…「ちくま新書の分野別「名著30冊」シリーズの最新刊。「学際的な性格」を持つ組織論の名著を、ウェーバーの官僚制論の古典『支配について』や、「組織論が経営論の中に位置付けられるようになる出発点になった」バーナード『経営者の役割』から、最近流行しているオライリー&タッシュマンの『両利きの経営』まで30冊を、コンパクトに（各冊10頁弱で）解説しており、この分野の教養を身につけるのには便利。入山章氏が「アメリカの経営学者は読まない」と否定したことで注目された、ドラッカーの『企業とは何か』も含んでいる。他面、組織の経済学の古典や定番本は選ばれていない（例：コースの『企業の本質』、ミルグロム&ロバーツ『組織の経済学』）。生煮えまたは表面的な紹介も少なく、概して、各書の弱点・限界についての指摘は弱い。私は、グラノヴェター『転職』（原著1974年）が、アメリカのホワイトカラー労働者に対するインタビュー調査とアンケート調査に基づいて、「弱い紐帯の強さ」を強調し、「社会ネットワーク分析で最も引用された論文」をベースにしていると紹介されていることに興味を持ったが、原著（訳書）を読むほどの興味は湧かなかった。

○村上陽一郎『科学史家の宗教論ノート』中公新書ラクレ,2025年1月。

…高名な科学史家&カトリック信徒（89歳）が書き下ろした、「教養」としての宗教論エッセー。序章と終章を含めて全11章。類書と異なり、アジア大陸の聖典（第6章）や無神論・反神論（第8章）まで、幅広く論じている。終章は「私の勝手なカトリシズム解釈」（217頁）。「宗教はそれぞれの文化圏の根本となるところを造り上げる役割を果たしており、そのことについての知的な理解なくして、文化の、あるいはその所産の一つとしての文芸の世界に接することは不可能」（5頁）との指摘自体は重要と思うが、上から目線とも言える。WHOの「健康の定義」（1948）に *spiritual* が含まれているかのように書いている（64頁）のは

誤りで、それが書かれているのはWHOの「緩和ケアの定義」(2002)。

○吉見俊哉『アメリカ・イン・ジャパンーハーバード講義録』岩波新書,2025年1月。

…著者が2018年にハーバード大学の東アジア言語文明学科で行った講義をベースにし、その後7年間の情勢の変化(トランプ政権の誕生と再登板等)も踏まえて書いた、最新のアメリカ論。イントロダクションを含めて全10講。『日本の中のアメリカ』という日本人の経験を、日本側からではなくアメリカ側から、その東部諸州から太平洋へ、そして帝国主義的拡張を続けたまなざしの歴史の中で捉え返す視点は新鮮・斬新。著者が自負・期待しているように、読み終わった時には「本書を最初に手にした時とは異なる歴史の風景が浮かび上がって」きて、「19世紀初頭からの過去200年に及ぶ日米の歴史を問い返すきっかけに」なる。「金銭万能主義という点では、昨今の日本人はトランプ支持のアメリカ人とほとんど違いがない」、「本書の中で何度も論じていくアジア蔑視の人種主義も、日本人が近代化のプロセスの中で身につけてきたもの」との指摘は重い。「はじめに」を、「**日本だろうとアメリカだろうと『再び偉大にする』必要などない**」と結んでいることに大いに共感した(以上、「はじめに」より)。本文も内容豊富で学ぶこと(知識や視点)が多いが、第4講「反転するアメリカニズム」と第9講「アメリカに包まれた日常」は、やや自己陶醉・独りよがりと感じた。また、第3講「宣教師と教育の近代」では、明治期にアメリカが特に教育を通して日本人への宣教を試みたことが詳述されているが、それにもかかわらずに、日本では現在に至るまでキリスト教徒は人口の1%にとどまり続けている事実とその理由については触れていない。この点については、私は、古屋安雄『なぜ日本にキリスト教は広まらないのか 近代日本とキリスト教』(教文館,2009)が参考になった。

○マイケル・サンデル、トマ・ピケティ著、岡本麻左子訳『平等について、いま話したいこと』早川書房,2025年1月(日米同時刊行)。

…それぞれ『21世紀の資本』、『これからの「正義」の話をしよう』等で世界的にも多くの読者を持つピケティ(フランスの社会経済史家)とサンデル(アメリカの哲学者)が2024年5月にパリ経済学校で対談した内容を編集したもの。本文156頁なので、比較的読みやすい。「平等とは何か、なぜ平等が重要なのかを考えるために、所得と富にはじまり権限や発言権、さらには尊厳や承認まで、実に幅広い分野にわたって話」す、「平等の意味を考えることで、経済、哲学、政治理論を横断的に議論」(サンデルのまとめ。156頁)。2人は多くのことで認識が一致している。特に、平等について、経済的側面(所得と富の再分配)、政治的側面(発言権、権限、参加)、及び社会関係(尊厳、身分、尊重、承認)の3つの側面から論じること(第1章等)。第7章では、2人がそれぞれロールズの『正義論』等の問題点を指摘。ロールズの「具体的問題の政治論争[累進課税への態度等—二木]に対する意欲のなさが、結局のところ、余り良くなかった」(101頁)とのピケティの批判は鋭い。日本にもこのような「講壇派」研究者は少なくないと思う。

私は、2人(特にピケティ)が、本書全体で保健医療と教育の平等な保障(「脱商品化」等)の重要性をなんども強調していることに注目・共感した。特に私はピケティの次の発言:「**医療や病院や高等教育の高まるニーズに対応しようと思ったら、国民所得に占める割合を固定したままやろうとしても上手くいくわけがない…**。(中略)公共サービスや基本財に投入す

る国民所得の割合を増やしていくしかないという考えを、われわれはどこかの時点で受け入れなければなりません」(97頁)。他面、「活動する人」ピケティと「徹頭徹尾『観念』の人」サンデル(「解説」を執筆した吉田徹氏の命名)の違いも時々現れている。例：サンデルが「ポピュリスト」という言葉を左派を含めて使っていることに、ピケティは異議を唱える(第4章)。

○マイケル・サンデル「(インタビュー) 働く尊厳 取り戻すために」『朝日新聞』2025年1月24日朝刊(聞き手：江淵崇)。

…トランプ政権の再始動を踏まえて、上掲書の平等の社会関係的側面について深掘り。「富の偏在にとどまらない尊敬や名誉、承認をめぐる不平等が、異形の政権を再来させた」。

○伊藤昌晃「『オールドなもの』への敵意 左右対立の消失と新たな争点」『世界』2025年2月号：72-81頁。

…2024年10月の総選挙で「世代間格差」がにわかに浮かび上がってきた背景をXのポストの分析等から多面的に分析。私は国民民主党の玉木雄一郎代表が昨年10月12日の党首討論会で、現役世代の社会保険料抑制のために「尊厳死の法制化」を含めて終末期医療の見直しを検討すると発言した時、これで同党は「終わった」と思った。しかし、その後の事態は逆で、この発言をきっかけにネットでは世代間格差・「シルバー民主主義」批判の議論が大きく盛り上がり、それが同党の躍進につながったことを知り驚いた。もう一つ、「競争政策を支持するのは強者であり、弱者は保護政策を支持するはずだと考えられていた」が、実際には、「オールド連合」と対立し、「自らを弱者として認識する」「ヤング/ニュー党」は「弱者のためのネオリベリズム」を支持しているとの指摘も参考になった。