

2025年4月5日(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻249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/>。

249号の目次以下の通りです(22頁+別ファイル2つ)

1. 論文：私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由
(「二木教授の医療時評」(230)『文化連情報』2025年4月号(565号):28-37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(通巻229回:2025年分その1:7論文) ……12頁
 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その243)ー最近知った名言・警句 ……17頁
 4. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第47回) ……19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(2025年度版,ver.25)…別ファイル(25院本推薦訂.pdf)

お知らせ

1. 論文「厚労省と石破首相は高額療養費制度見直しでなぜ判断ミスを重ねたのか？」を『日本医事新報』4月5日号に掲載しました。次の「ニュースレター」250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. 2025年度日本福祉大学大学院特別公開セミナー「福祉社会開発に向けた学際的アプローチを学ぶ」(全6講)が6～12月にハイブリッド(大学院での対面講義とzoom)で開催されます(添付ファイル)。私は6月15日の**第1講「2025年の医療制度改革の課題と論点」**を行います。受講料は1講義当たり5000円です。受講を希望される方はファイルの「申し込み方法」に沿ってお申し込み下さい。

訂正・お詫び

前号をお送りしたとき、メールの「件名」欄に「ニュースレター247号をお送りします」と誤記しました(添付ファイルには248号と正しく書いていました)。大変失礼しました。

1. 論文：私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由

(「二木教授の医療時評」(230)『文化連情報』2025年4月号(565号):28-37頁)

はじめにー「見直し」をめぐる石破内閣の迷走

石破茂内閣の高額療養費制度「見直し」(自己負担限度額の引き上げ。以下、「見直し」)方針が、迷走を続けました。この方針は2025年度予算案に含まれていましたが、患者団体や野党(立憲民主党や日本共産党等)の強い反対を受けて、政府は3度の修正を迫られました。まず2月14日に、福岡資麿厚生労働大臣は「多数回該当」(過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から上限額が下がる)患者に限定した負担引き上げの停止を表明しました。次に2月28日には、石破首相が当初3段階で予定していた限度額の引き上げについて、第1段階は本年8月に実施する一方、2026年と2027年はいったん凍結し、今秋までに再検討する考えを表明しました。しかし、患者団体や上記野党の反対は止まず、石破首相は3月7日、見直し方針全体を凍結し、本年秋までに(つまり7月の参議院議員選挙後)見直し内容を改めて検討すると表明しました。しかし、これはあくまで「凍結」であり、「撤回」ではありません。

私は、ふだんは政府の医療制度改革方針は全否定せず、分析的・複眼的に評価していますが、今回の「見直し」案は、内容と政策決定プロセスの両面で問題だらけだと感じ、強く反対しています。2月4日にはウェブマガジンで、3月1日には『日本医事新報』でその理由を述べました(1,2)。私は「活字人間」なのですが、今回は、久しぶりにテレビとラジオの取材も積極的に受けました。本稿は、現時点でのそれらの「総集編」で、「見直し」方針の問題点を最新の情報に基づいて包括的に検討し、最後に私の考える高額療養費制度のあるべき「見直し」について述べます。

2か月で決定し患者団体の声も聞かず

私は、政府の医療政策(改革)を判断する場合、政策の形成プロセスと改革内容の両方から複眼的に判断しています。2006年の療養病床の再編・削減方針を検討・批判した時に、「医療改革の価値判断を行う際、改革の内容の適否と改革の手続きの適否を峻別し(中略)、後者については、『手続き民主主義』(due process)を重視し、『大事なものは内容(だけ)』、『目的のためには手段を選ばず』という立場はとりません」と述べました(3)。上述したように、私は今回の「見直し」方針はこの両面で問題だらけだと判断しています。

まず政策形成プロセスの問題点は、「見直し」が、昨年11月15日の全世代型社会保障構築会議と11月21日の社会保障審議会医療保険部会で議論を始めてから、わずか2か月後の12月25日の財務・厚労大臣折衝で合意されたことです。最も重大なのは、この「見直し」の影響を一番受ける患者団体の声をまったく聞かずに決めたことです。驚いたことに、福岡厚生労働大臣は、1月10日の大臣記者会見で、「さまざまな疾患があり、さまざまな団体がある。患者一人ひとりが置かれた状況は違う」として、患者団体へのヒアリングは実施

しないと言いきりました（ただし、その後、石破首相の衆議院答弁を受けて方針転換しました）。

ふだんは政府方針の批判を控えている『週刊社会保障』も、「デスクの目」で、今回の「見直し」について、「この間、ヒアリング等を行われず、今回に限っては議論不足、拙速感は否めないだろう。やはり、負担増を伴う見直しを行う場合には、当事者ヒアリング等のプロセスは欠かせないのではないか。政府・与党には、今回の騒動を教訓として、より一層の丁寧な政策立案を求めたい」と苦言を呈しました(4)。

逆に大変残念なことに、日本医師会は、医療保険分科会で「見直し」に反対の意思表示をまったくしませんでした。城守国斗日医常任理事は、「見直し」に対する患者団体等の反対意見が続出した後の2月18日のインタビューで、「私は当然、患者団体や現場の状況を聞き取りながら調整して制度設計したのだからと考え、『限度額引き上げに反対』という発言までには至りませんでした」と苦しい弁明をしました(5)。

それに対して、東京都医師会は3月5日、「役員一同の総意をもって、…見直し案に反対し、凍結を求め」る「緊急声明」を発表しました。

「見直し」方針は2023年末の「改革工程」で示されていた？

このように書くと、「見直し」方針は2023年12月22日の岸田文雄内閣の閣議決定「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について」に書かれていたとの「反論」があるかもしれませんが、「改革工程」が今回の「見直し」の「布石だった」との解説も見られます。しかし、この主張・解釈には無理があります。

なぜなら、「改革工程」が閣議決定されて以降も、昨年1～10月の10か月間、政府のどの公式文書にも「見直し」は書かれていなかったからです。2025年度予算の方向を示す政府の最重要文書である「骨太方針2024」（昨年6月閣議決定）にさえ書かれていませんでした。ふだんは医療・社会保障費抑制を先導する財務省・財政制度等審議会の春の「建議」（昨年5月）にも書かれていませんでした。昨年1月19日の社会保障審議会医療保険部会と1月26日の社会保障審議会の資料には「改革工程」も含まれていましたが、議論は全くなされませんでした。昨年10月総選挙時の与党（自民党・公明党）の公約にも含まれませんでした。政府・与党は、昨年初めから、総選挙を意識して、「見直し」の議論を10か月間、意図的に封印したのだと思います。

ただ、野党のうち国民民主党だけは、総選挙公約で、社会保険料の引き下げ、後期高齢者の自己負担増と合わせて、「高額療養費の自己負担限度額について経済状況に応じた設定を検討」すると明記していました。

「骨太方針」は高額療養費に9年連続触れず

実は、「骨太方針2024年」を含めて、「骨太方針」には2016年から2024年まで9年連

続で、高額療養費についての記述がまったくありませでした。もっと遡って検討すると、第二次安倍晋三内閣が成立して以降の2013～2024年の13回の「骨太方針」のうち、高額療養費制度に触れたのは2015年の1回だけでした（「医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」（33頁））。そして、同年に70歳未満の、2017・2018年の2段階で70歳以上の自己負担限度額が引き上げられました。

政府・与党も、高額療養費制度を医療保障における「セーフティネット」と公式に認めているため、それ以降、今日まで「見直し」は自粛していたのだと思います。

2023年12月の「改革工程」は、今回の「見直し」の大義名分にされていますが、これに高額療養費制度の見直しが含まれていたことは当時ほとんど報道されず、新藤義孝全世代型社会保障改革担当大臣（当時）も「改革工程」を閣議決定した直後の記者会見でそのことにはまったく触れませんでした（m3.com 2023年12月22日レポート）。

三原岳氏（ニッセイ基礎研究所上席研究員）も、「改革工程」について、以下のように辛辣に述べています（6）。「確かに見直しの方向性は2年前の閣議決定文書などに盛り込まれているのですが、詳細が決まっていたわけではありませんし、漢文みたいに漢字が並ぶ政府文書を読み込む人は筆者のようなマニアにすぎません。実際、多くの人は『寝耳に水』『少子化対策のカネをどうして患者負担で賄うの？』と受け止めたのではないのでしょうか。この点を含め、三原氏は、「高額療養費見直しの政策形成過程」とその問題点を精緻に検証しています。

「応能負担」「受益者負担」のはき違え

次に、「見直し」案の内容面の問題点を指摘します。政府は見直しの根拠として「応能負担」や「受益者負担」を持ち出しています。

私も、医療保険（保障）制度の「応能負担原則」には大賛成です。ただし、それは保険料や租税負担にのみ適用され、サービスを受ける際は所得の多寡によらず平等に給付を受けるのが「社会保険の原則」と理解しており、これには社会保障研究者の大半が同意しています。

他方、医療には「受益者負担原則」は馴染まないと考えています。なぜなら、医療を受ける「受益」は、病気から回復・改善すること、つまりマイナス状態から正常状態に近づくことであり、一般のモノやサービスを利用して得るプラスの利益（満足感、「効用」）とは全く異なるからです。以上については、2022年4月20日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑で詳しく述べました（7）。

健康人から高額医療費患者への最悪の「コストシフティング」

一般に政府の医療費抑制策の多くは、経済学的には、公的費用（租税・保険料）から患者負担への「コストシフティング」ですが、今回の「見直し」は、すでに多額の自己負担をし

ている高額療養費制度利用患者（年間 795 万人。医療保険全体の加入者の 6.4%）のみの負担を大幅に増やし、健康人を含めた医療保険加入者の保険料負担をわずかに減らすという最悪の「コストシフティング」です。

「見直し」の当初案は、本年 8 月から 2027 年 8 月まで 3 段階で行われる予定で、70 歳未満の中所得層（年収 370 ～ 770 万円）を例にすると、1 月当たりの自己負担上限額は現在の 80,100 円強（多数回該当では 44,400 円）から、最終的には 88,200 ～ 138,600 円強（多数回該当では 48,000 ～ 76,800 円。見直し案では年収は 3 区分に変更）へと、8100 ～ 58,500 円も増加します。年収 1650 万円以上の最上位所得層では 252,600 円強から 444,300 円強へとなんと 191,700 円（75.9%）も増加します。他面、それによる保険料の軽減・引き下げは 1 人・1 年当たり 900 ～ 4600 円、1 月当たりではわずか 75 ～ 383 円にすぎません。しかも、健康保険には事業主負担があるので、健康保険本人の保険料軽減はこの半分にすぎません。こんなわずかの保険料引き下げのために、すでに多額の自己負担をしている高額療養費制度利用の中・高所得患者の自己負担を 1 月当たり約 1 万円～ 19 万円も増やすのは「社会正義」に反するとさえ言えます。

この「見直し」については、通常は政府寄りの「産経新聞」も以下のような「正論」を述べています。「[高額療養費の引き上げの] 目的は、保険料負担の軽減だという。本来、元気なときに負担して、病気やケガのときに経済的な不安なく治療を受けられるようにすることが公的保険の目的なのに。病人の負担を増やして保険料を下げるのは逆行している気がする」(8)。

自己負担の「きめ細かい制度設計」は社会連帯を弱める

政府は今回の見直しについて「負担能力に応じたきめ細かい制度設計を行う」として、「所得区分」を現行の 5 区分（70 歳未満）・6 区分（70 歳以上）からそれぞれ 13 区分、14 区分に細分しています。その結果、2025 年 8 月の「見直し」第 1 段階では、低所得層の自己負担の限度額の引き上げが 2.7% であるのに対して、高所得層では 15% になっています（平均的な所得層では 10%）。

しかし、前述したように私は自己負担額にこのような大きな差を付けることには反対です。なぜなら、これは高所得者からの高い保険料と高い自己負担の二重取りであり、彼らの医療保険制度への不信や、負担を軽減・免除されている低所得者や医療扶助受給者への差別意識を生み、社会保険が依拠している「社会連帯」に反し、社会の分断をもたらしかねないからです。

全国がん患者団体連合会（全がん連）が短期間に集めた「高額療養費制度の負担上限引き上げ反対に関するアンケート」には、3623 人の患者（一部家族や医療従事者）の切実な声がかかれており、私はそれを読んで胸を打たれました。しかし、そのなかには、保険料負担と窓口一部負担の両方が多い高所得・上位中所得と思われる患者の、両方の負担が少ない低所得患者やそれがない医療扶助受給患者に対する批判や揶揄も散見され、憂鬱な気

分にもなりました(9)。

もし「見直し」が実施された場合には、高額療養費制度があっても多額の自己負担を払わなければならない高所得者や上位中所得者の多くは、自己負担を補填するために民間医療保険に加入すると思います。昨年の「骨太方針 2024」に、「イノベーションの進展を踏まえた医療や医薬品を早期に活用できるよう民間保険の活用も含めた保険外併用療養費制度の在り方の検討を進める」(43 頁)と書かれていたのはその布石かもしれません(10)。言うまでもありませんが、民間保険に加入した場合、公的医療保険料の引き上げ分を大幅に上回る保険料を払うことになります。

これにより、将来的には、民間医療保険加入の有無で受けられる医療が変わる可能性もあります。それにより、国民全体の国民皆保険制度に対する信頼が低下する危険があります。言うまでもありませんが、現在、継続的に高額療養費制度を利用している患者の大半は民間医療保険に加入できません。

以前は「大きいリスク」を支えると説明

実は、「見直し」案は従来の政府の説明とも矛盾します。政府・財務省や一部の経済学者は小泉純一郎内閣時代(2001～2006年)から、継続的に、患者自己負担増(定率負担の引き上げ、受診時定額負担・保険免責制、軽費医療の保険給付範囲の縮小等)を主張してきましたが、そのときの大義名分は、医療保険は「大きいリスク」に備えるもので、「小さいリスク」は自助努力でまかなう代わりに、「大きいリスク」は高額療養費制度が支えることでした。

特に財務省・財政制度等審議会「建議」はこの対比を愛用(?)し、2015～2019年度の春または冬のいずれかの「建議」と2023年冬の「建議」で用いました。2015年春の「建議」はそのロジックで「受診時定額負担・免責制の導入」を提案し、2019年冬の「建議」等は、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」と明記しました。しかし、今回の高額療養費制度に限定した患者負担引き上げはこの主張の自己否定と言えます。

なお、このロジックを最初に提起したのは吉川洋氏(東大教授・当時)です。氏は小泉純一郎内閣時代と民主党政権時代に、「医療保険の場合、ビッグリスクはみんなできちっと支え合うが、中所得以上の方はスモールリスクは自助努力で賄う」と主張し、受診時定額負担や保険免責制の導入を繰り返し主張しました(11)。財務省は吉川氏のロジックの用語を「大きなリスク」「小さなリスク」と言いかえて、採用したのです。

政府は、最近の医療保険制度改革方針では、保険給付範囲の限定や受診時定額負担・免責制等に触れていませんが、これらの改革は、ほとんどの患者の負担を増やすため、国民大多数の不满が与党批判につながることを恐れ、夏の参議院議員選挙までは封印しているためと思います。

高額療養費も医薬品費も医療保険財政を圧迫してはいない

「見直し」の根拠としては、高額療養費の増加が「医療保険財政に大きな影響を与えている」ことや、「高額な薬剤などの増加で医療財政が圧迫している」（1月31日の衆議院予算委員会での石破首相発言）ことが挙げられていますが、これらの主張は共に誇大です。

まず、高額療養費は漸増を続け、2021年度には2.85兆円になっており、一見すると巨額ですが、国民医療費に対する割合は6.32%にとどまっています。時系列的に見ても、2012年度の5.51%に比べて9年間で0.81ポイント増加しているだけです。しかも、この伸びはその前の9年間（2003年度：4.17%、2012年度：5.51%）の伸び1.34ポイント増より相当低くなっています。

2012～2021年度の9年間の国民医療費と高額療養費の伸びはそれぞれ5兆822億円、6867億円で、後者の「増加寄与率」は11.8%にすぎません（以上、厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」各年版から計算）。これで、高額療養費の増加が「医療保険財政に大きな影響を与えている」とは言えません。

医薬品費についても、近年、超高額医薬品の上市が続いているのは事実ですが、2016年12月の政府決定「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」以来、マクロの医薬品費は10年以上、厳しく抑制され続けており、高騰していません。具体的には、「国民医療費」中の薬剤費は2015年～2020年度まで9兆円台、薬剤費比率も22%前後で安定しています。

私は、2016年に國頭英夫医師の「オプジーボ亡国論」が一世を風靡した時、「国際的・国内的経験に基づけば、今後、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」と指摘し、2021年にその後5年間の動き・数値を分析して、自己の指摘の正しさを再確認しました(12,13)。

例えば、2016年当時、超高額医薬品のシンボルとされたオプジーボの薬価(100mg製剤)は2014年9月の72万9849円から2024年4月の13万1811円へと10年間で81.9%も引き下げられています(それにもかかわらず、発売元の小野薬品は健全経営を続けています)。

この点に関連して、石破首相は2月21日の衆議院予算委員会で、高額療養費の利用者負担引き上げと医療費の削減に関し、「せっかくだから申し上げておくが、キムリアという薬は1回で3000万円。有名なオプジーボが年間に1000万円」と特定の薬を名指しして医療費圧迫を主張し、患者側から「薬を使う患者を傷つけた」と問題視する声が上がりました（「東京新聞」2月21日）。しかし、「オプジーボが年間に1000万円」は2021年8月＝4年前の薬価を基にした古い、率直に言えば誤った数値です（現在の年間費用は630万円です）。

私は、今後の新薬価格の過度な上昇を防ぐためには、上述したように「適正な値付け」と併せて「適正利用を推進」することが不可欠だと考えています。そして、このためには、厚生労働省だけでなく、新薬を実際に処方する専門医や専門医学会の果たす役割も大きいと言えます。この点で、日本乳癌学会が「高額療養費制度上限引き上げに関する緊急声明」（2月26日）で、「医療費の高騰を鑑み、薬剤の適正使用を啓蒙することも学会の責務である」と述べたのは大変見識があり、同学会の今後の取り組みに大いに期待して

います。

患者の「保険外負担」を無視

政府は「見直し」の根拠としては、医療保険の「実質給付率」（法定給付率に高額療養費分を加味した数字）が漸増していることも挙げています。しかし、実効給付率は2012年度の84.37%から2021年度の85.46%へと9年間で1.90ポイント上がったにすぎず、針小棒大です。

しかもこの実効給付率は、特に長期の治療を受けている患者で重荷になっているさまざまな「保険外負担」の存在を無視しています。例えば、交通費（がんサバイバーは自宅から遠い大病院に通院することが多い）、入院した場合の差額ベッド代やそれ以外の各種自己負担（冷蔵庫使用料、電気使用料等）、市販薬（売薬）、さらに私は推奨しませんが各種の「民間療法」等です。

それに加えて、現役世代の患者では子どもの教育費などの家計負担が多いことも見落とせません。上述した「高額療養費制度の上限負担引き上げ反対に関するアンケート」には、「死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残す方がいいのか追いつめられています」等の深刻な声が多数寄せられています。涙なくして読むことはできません(9)。

長期間の治療を要するがん患者等の保険外負担の全国調査は近年は行われていませんが、厚生省統計情報部「平成4年度〔1992年度〕人口動態社会経済面調査（悪性新生物）」によれば、「悪性新生物死亡患者の死亡前6か月間の費用負担額」（法定負担＋法定外負担）の平均値は161万円、指定都市では183.9万円に達しており、後者は、当時の法定自己負担の上限28.4万円の5.7倍でした(14)。

こども・子育て支援金の財源確保

今回の「見直し」の直接の目的は、2025年度予算における社会保障費の抑制にあります。私は、中期的には、「見直し」にはこども・子育て支援金の財源確保という狙いもあると判断しています。

岸田前内閣が決定したこども・子育て支援金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ます。それに対して、今回の「見直し」により、2028年の完成年次で、保険料は3700億円減、公費は1600億円減で、社会保障給付費は合計で5300億円減となります。お金に色は付いていませんが、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＝ごく一部（保険加入者の6.4%）の患者の負担増で捻出されることになるのです。

このことは、「朝日新聞」が昨年11月28日朝刊で、「高額療養費の上限引き上げ 子ども

政策財源捻出へ」と先駆的に報じました(15)。この記事は、「できるなら見直しは避けたい」との厚労省幹部の苦悩の声も聞き出し、「それでも引き上げざるを得ないのが、子ども関連政策の財源捻出のためだ」と報じました。同様の記事は昨年中は「朝日」以外の新聞にはほとんど載りませんでした。本年2月上・中旬に、ほとんどの新聞—私が調べた範囲では、掲載順に、「日経」、「読売」、「中日」、「毎日」(社説)、共同通信—に一斉に掲載されました(16-20)。

おわりに—高額療養費制度のあるべき見直し

最後に、私が考える高額療養費制度のあるべき「見直し」を述べ、まとめに代えます。私は、がん治療や難病治療の発展により数年単位～生涯、高額医薬品を服用する患者が増えていることを踏まえると、そのような患者、具体的には「多数回該当」患者には、高額療養費制度の「特例措置」(「高額長期疾病(特定疾病)に係る高額療養費の特例」)を適用し、毎月の自己負担額を1万円に減額すべきと思います。この措置は、血友病、人工透析及びHIVといった非常に高額な治療を長期間にわたって継続しなければならない患者については、すでに行われています(一定所得以上では2万円)。

この特例措置は、1984年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担(法定は2割。当面は1割)が導入された際、国会審議を踏まえて創設されました。現在は次の2つの要件に基づいて、上記3つの治療法と疾病が指定されています:「①費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、②①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと」。私は、この基準を踏まえて、特例措置を長期間、高額な治療費を負担しているがん患者や難病法に指定されていない難病患者等にも適用すべきと思います。

政府は、「はじめに」で述べたように、「多数回該当患者」の自己負担限度額を据え置くことで、「見直し」に対する批判をかわそうとしています。しかし、この場合は、例えば、70歳未満の中所得層患者は今後も、毎月4.44万円の自己負担を長期間払い続けなければならないこととなります。ちなみにこの数字は、毎月の男性会社員の平均お小遣い額(39,081円)を1割も上回ります(21)。特に働き盛りで家計に余裕のないがん患者や難病患者に、このような毎月4万円余りの負担を長期間強いるのは酷です。

なお、高額療養費制度とは別に、難病患者には、難病法に基づき、難病治療に関わる医療費の助成があり、自己負担の上限額は最大3万円に抑えられていますが、助成の対象は341疾患で重症度などの基準を満たした患者(約108万人)に限られています。しかし、難病法に指定されていない難病患者は、高額療養費制度を用いるしかありません。その典型は全国に約83万人と推定されている関節リウマチ患者です。

このような改革を行うためには、全国民が負担する医療保険料の「広く浅い」引き上げと公費の負担増が必要です。このような負担増は、現時点では「反時代的」に見えるかもしれませんが、今後、日本だけでなくすべての高所得国で、人口高齢化の進展と医

療技術の進歩により医療費が漸増し続けることを考えると、中長期的には避けて通れないと思います。「公的医療費増加の財源選択と私の判断」（主財源は社会保険料で、補助的財源が租税）については、別に詳しく論じたのでお読み下さい(22,23)。

【付記】 本文では紙数の制約のため紹介できませんでしたが、私は、この間、(私よりはるかに)若い研究者が、日頃の自己の実証研究・「エビデンス」に基づいて、患者団体と共に今回の「見直し」に批判・疑問の声をあげていることに、注目・共感しています。この点は、厚生労働省の各種審議会・委員会に参加しているベテラン研究者の多くが「見直し」について沈黙を守っているのと対照的です。私が特に注目しているのは五十嵐中氏（東京大学大学院特任准教授）と伊藤ゆり氏（大阪薬科大学准教授）で、お二人のインタビューや論文には、本稿では触れられなかった重要な事実や論点が多数含まれています(24-26)。

文献

- (1)二木立「(インタビュー)『国民皆保険制度の理念である「社会連帯」に反する』医療経済学者が高額療養費制度の見直しに反対するわけ(前編)」、「医療経済学者が考える、高額療養費制度のあるべき見直しとは?(後編)」医療記者、岩永直子のニュースレター」2025年2月4日 (<https://naokoiwanaga.theletter.jp/>)
- (2)二木立「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?」『日本医事新報』2025年3月1日号(5262号):58-59頁。
- (3)二木立「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」『医療改革—危機から希望へ』勁草書房,2007,第2章第4節2(128-142頁)。
- (4)豊島康二「デスクの目 高療見直し騒動を教訓に」『週刊社会保障』2025年2月24日号(3306号):58頁。
- (5)「『高額療養費、限度額引き上げ』日医の考えとは?—城守国斗・日医常任理事に聞く」(聞き手・まとめ:橋本佳子) m3.com「医療維新」2025年2月18日。
- (6)三原岳「政策形成の『L』と『R』で高額療養費の見直しを再考する—意思決定過程を詳しく検討し、問題の真の原因を探る」ニッセイ基礎研究所」コラム,2025年2月17日(ウェブ上に公開)。
- (7)二木立「『全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案』に対する意見」『2020年代初頭の医療・社会保障—コロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬』勁草書房,2022,第3章第1節(86-92頁)。
- (8)「重症者負担が歳出改革か 高額療養費の引き上げ 一筆多論」産経新聞」2025年1月14日(ウェブ上に公開)。
- (9)一般社団法人全国がん患者団体連合会(全がん連)編「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート取りまとめ結果(第1版)」~3,623人の声」2025年1月17~19日(ウェブ上に公開)。
- (10)二木立「『骨太方針2024』の医療・社会保障改革方針を複眼的・批判的に読む」『文化連情報』2024年8月号(557号):229頁。
- (11)二木立「受診時定額負担・免責制は保険の原点か?—吉川洋氏の主張とその問題点」『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,第3章第3節(128-131頁)。

- (12) 二木立「國頭医師のオブジーボ亡国論を複眼的に評価する－技術進歩と国民皆保険制度は両立可能」『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,第4章第2節(148-162頁)。
- (13) 二木立「高額新薬で医療費は高騰するとの言説の再検討」『2020年代初頭の医療・社会保障－コロナ禍・全世代型社会保養・高額新薬』勁草書房,2022,第6章第1節(178-189頁)。
- (14) 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房,1994,35-36頁(「悪性新生物死亡者の死亡前6カ月間の自己負担額は160万円余」)。
- (15) 吉備彩日「高額療養費の上限引き上げ 子ども政策財源捻出へ」『朝日新聞』2024年11月28日朝刊。
- (16) 「高額療養費の負担増抑制 社保費削減は見通せず」『日本経済新聞』2025年2月6日朝刊。
- (17) 「高額療養費の『自己負担見直し』へ…政府/与党、がん患者らに反発広がり」『読売新聞』2025年2月8日朝刊。
- (18) 「厚労省、長期治療負担緩和へ 引き上げ固執、少子化に焦り」『中日新聞』2025年2月13日朝刊。
- (19) 「(社説) 高額療養費見直し 安全網の機能を守らねば」『毎日新聞』2025年2月14日朝刊。
- (20) 『「命綱」への目配り欠く 社会保障カットに危うさ 高額療養費引き上げ』『共同通信』2025年2月18日(「沖縄タイムス」等配信)。
- (21) 「男性社員のお小遣い額は39,081円、女性会社員は34,921円－『2024年会社員のお小遣い調査』結果について」SBI新生銀行グループ,2024年6月28日(ウェブ上に公開)
- (22) 二木立「公的医療費増加の財源選択と私の判断」『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,第1章第3節(32-40頁)。
- (23) 二木立「国民皆保険制度の意義と財源選択を再考する」『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,序章(1-9頁)。
- (24) 五十嵐中「(インタビュー) 医療経済学者が高額療養費を独自に分析 若いがん患者が多大な恩恵を受ける制度見直しの悪影響とは?」『医療記者、岩永直子のニュースレター』2025年2月7日(ウェブ上に公開)。
- (25) 五十嵐中「高額療養費制度の見直しは『誰のための皆保険?』 間違いだらけのHTA(116)」『医薬経済』2025年3月1日号:22-23頁(本論文に限りウェブ上に公開)
- (26) 伊藤ゆり「(インタビュー) がん患者の健康格差 高額療養費制度の見直しでさらに悪化することを懸念」『医療記者、岩永直子のニュースレター』2025年2月9日(ウェブ上に公開)。

[本稿は文献(1,2)をベースにして、その後の情報を踏まえて書きました。]

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

229回)(2025年分その1:7論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名:論文名,雑誌名 巻(号):開始ページ-終了ページ,発行年)[論文の性格]論文要旨の抄訳± α の順。論文名の邦訳の[]は私の補足。

○イギリス [のNHS病院] 救急部門への避けられる受診を患者の視点から考えるー再帰的2変量プロビット法

Calastri C, et al: Avoidable visits to UK emergency departments from the patients perspective: A recursive bivariate probit approach. Health Policy 154(April 2025)105265, 6 pages[量的研究]

あまりにも多くの患者が救急部門を受診することが世界的に重大な問題になっており、それは救急医療の質と適時性(timeliness)に影響を与えている。避けられる(回避可能な)救急部門受診、即ち不必要または他で対処可能な受診が事態を悪化させている。避けられる受診についてのほとんどの研究は病院職員が収集した臨床データを用いているが、本研究は過去の救急部門を受診したことのある人々に、その受診が本当に必要だったと思うか否か尋ねたデータに基づいている。本調査はオンライン調査で2019年11・12月に実施し、過去10年間に救急部門を受診した経験のある18-45歳の成人966人を対象とした。再帰的2変量プロビットモデルを用いて、回答者が現時点から見て避けられた(またはできなかった)と判断した救急部門受診に影響する要因を定量化し、それが社会人口学的・文脈的要因とどう関係するかを明らかにする。その結果、自分が登録しているGPを信頼していない回答者は、信頼している回答者に比べて、救急外来受診を避けられたとは考えていない割合が高かった。救急部門受診が避けられたか否かという判断は、当時の症状、回答者のエスニシティ、及び緊急のGP受診(予約)までの待ち日数(waiting time)とも関係していた。

二木コメントー避けられる(回避可能な)救急部門受診の要因を、客観的な病状・検査データではなく、救急外来受診経験者の判断に基づいて検討した「逆転の発想」の研究です。回答者が自分のGPを信頼していない場合に救急外来を受診することはよく理解できますが、緊急のGP受診(予約)までの待ち日数も関係することはイギリス的だと思います。それにしても、回答者のうち、緊急のGP受診(予約)を当日できた患者が40.56%にとどまり、2日目~1週間以内でも44.06%で、1週間超が15.38%もいたのは、日本の感覚からすると信じられません。"waiting time"は一般には「待ち時間」と訳されますが、イギリスでは緊急のGP受診の場合でも、時間ではなく単位なので、「待ち日数」と訳しました。

○医療におけるプライベート・エクイティの隆盛ーアメリカのみの現象ではない

Singh W, et al: The rise of private equity in health care. NEJM 392(7):627-629,2025 [評論]

全世界の医療分野のプライベート・エクイティ(PE)投資は2018~2022年に4460億ドル(1ドル150円換算で約70兆円)に達した。PE投資は短期的利益を優先し、医療改善の長期的投資を軽視するとの懸念がある。PE投資はアメリカのみの現象ではなく、他の

高所得国でも生じている。アメリカではPEの拡大は、医療サービスのフィナンシャルリゼーション（金融化）の一部であり、上記期間に3500億ドルのPE投資がなされている。PE投資は、国営・公営医療の国（イギリスやカナダ）、公的保険方式だが医療提供は民間に依存している国（カナダやオーストラリア）、さらには社会保険方式の国（ドイツやフランス）でも行われている。

ただし、医療のどの部門に投資が行われているかは国によって異なる。例えば、イギリスではPE投資は、病院よりもプライマリケアやNHS外の長期ケア施設を主な対象にしている。カナダやドイツ、スウェーデンではPE企業は主に外来診療所に投資しており、ドイツでは近年、外来医療センターの20%近くを運営し、スウェーデンでは民間プライマリケア診療所の3分の1以上を所有している。PE企業は、アメリカ以外の国でも、アメリカにおけると同様な批判—所有形態についての透明性の欠如、職員不足、競争の抑制、破産、施設閉鎖—を受けている。アメリカと異なり、ドイツやスウェーデンでは実際に規制を始めている。医療の企業化や医療分野のPE投資についての国際比較研究が待たれる。

二木コメント—医療分野のPE投資の国際的広がりについての初めての論文と思います。これを読むと、PE投資が行われている医療分野は国によって異なり、PE企業による病院の買収が行われているのは現時点ではアメリカだけであること(a uniquely American phenomenon)も分かります。なお、本論文で引用されている数値は主にBrain Global healthcare private equity report 2025（URLは文献1に記載）に基づいており、このレポートは無料でダウンロード可能です。

○プライベート・エクイティ [企業] に買収されたアメリカの病院の [買収後3年間の] 患者医療エクスペリエンスの変化

Bhatla A, et al: Changes in patient care experience after private equity acquisition of US hospitals. JAMA 336(6):490-497,2025 [量的研究]

プライベート・エクイティ（PE）企業の医療施設買収は過去10年間急増している。しかし、PEの病院買収が患者医療エクスペリエンス（患者が報告するエクスペリエンス。「患者経験価値」。以下、PX）に与える影響についてはほとんど知られていない。本研究の目的は、2008-2019年にPE企業に買収された73病院のPXの変化を、買収されていない対照群の293病院と比べ、差があるか否かを評価することである。イベントスタディ・差の差分法を用いて、買収の3年前～買収後3年間のPXの変化を評価した。一次アウトカムは「病院消費者の医療提供者・システム評価調査」（HCAHPS）から得られるPXの2つの総合指標（患者の病院の総合評価と入院した病院の友人や家族への推薦意思）である。二次アウトカムはHCAHPSに含まれる他の7つの指標（臨床プロセス、コミュニケーション、環境指標等）である。いずれの指標も0～10（最高評価が10）で評価する。

患者の病院の総合評価が9又は10の割合は、PEに買収された病院群では買収前65.0%、買収後65.2%であり、対照病院群では同じ期間に66.2%から69.2%であり、両群の差の差分推計は-2.4ポイント（95%CI, -3.9～-0.9）であった（買収された病院の方が低下していた。以下同じ）。病院を確実に推薦すると答えた患者の割合の変化についても、買収された病院群の方が悪く、差の差分推計は-2.1ポイント（95%CI, -3.6～0.7）であった。両総合指標とも、両群の差の差分推計は買収後時間が経過するほど大きくなり、買収後3年で

はそれぞれ-5.2ポイント、-4.4ポイントに達していた。二次指標のうち、病院職員の反応の良さについては同じ傾向があったが、他の指標では差はなかった。以上から、PEによる病院の買収後PXが悪化したと結論づけられる。

二木コメント—今までもPEによる病院買収により医療費が増える等の報告はありましたが、全国データを用いて、PXが低下することを示した報告はこれが初めてと思います。本論文の「考察」部分では、PX低下の原因として買収後、PE企業が短期的利益の最大化を目指して、看護職員等職員の削減や費用削減を行うことを挙げています。

○【アメリカで急増している】病院と医師、病院と急性期後医療【施設】の垂直統合後の費用、質と【医療サービス】利用：体系的文献レビュー

Harri A, et al: Cost, quality, and utilization after hospital-physician and hospital-post acute care vertical integration: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 82(1):3-42,2025 [文献レビュー] 医療システム（グループ）の垂直統合—医療システムの異なった部門の共同所有—は、米国で急増しつつある。本体系的文献レビューは最新のエビデンスを用いて、2種類の垂直統合—病院と医師の統合（n=43論文）と病院と急性期後医療（施設、PAC）との統合（n=10論文）—と費用、質、医療サービス利用との関連を検証する。病院・医師統合は医療費増加と非常に強く関連していたが、その質と医療サービス利用への影響は不明であった（remain unclear）。病院・PAC統合のこれら3つのアウトカムとの関連は両義的であり（ambiguous）、特に病院・SNF（skilled nursing facilities）統合についてはそうだった。これらの知見は、政策決定者にとって、増加しつつある病院・医師統合が今後の利用しやすい、良質な医療を目指す上での懸念材料となるが、病院・PAC統合についてはおそらくそうではない。

二木コメント—上記要約（ほぼ直訳）はごく簡単ですが、本文は40頁の大論文で、論文の構成・記述は極めて堅固で、検証した合計53論文（すべて査読付き）の同一基準の詳細な要約（全29頁）も掲載されており、アメリカに限らず医療の垂直統合の研究者必読と思います。病院・医師統合の文献レビューは今まで30以上発表されており、本論文がその現時点での最新版で、大枠では先行研究で得られた知見を再確認しています。それに対して、病院・PAC統合が費用、質、医療サービス利用に与える影響の文献レビューは初めてで、2種類の垂直統合（上流統合と下流統合）の影響を同一の分析枠組みで検証したのも初めてだそうです。

○病院・医師の垂直統合が医師の処方するの医薬品の消費と利用に与える影響

Levin JS, et al: Impact of hospital-physician vertical integration on physician-administered drug spending and utilization. *Health Economic* 34(2):345-367,2025 [量的研究]

病院・医師の垂直統合が、血液・腫瘍科、眼科及びリウマチ科（以下、3診療科）の医師の処方する医薬品の消費と利用に与える影響を推計する。メディケアの出来高払いの、2013-2017年の医療費請求の全数データを用いて、垂直統合により診療の場所が医師診療所から病院の外来部門へシフトしたことを見いだした。このシフトにより、3診療科すべてで、診察1回当たりの医師の処方する医薬品消費が増えていた。メディケア・パートBの医薬品消費も血液・腫瘍科では増えていた。同じ時期に、医師の診療密度—医薬品の点

滴と注射を受けた患者数と医薬品点滴数で測定—は3診療科すべてで減少していた。以上の結果は、メディケア支払い方式のインセンティブ—特に診療場所（診療所または病院外来）により支払い額が異なることと外来での医薬品償還率—が、垂直統合と相互作用を起こし、医薬品消費の総額を増やしたことを示唆している。今後の政策と合併のガイドラインでは、垂直統合により生ずる医薬品消費の増加を抑制するよう努力すべきである。

二木コメント—病院・医師の垂直統合が医療費総額を増やすとの研究はたくさんありますが、本論文は医師の処方する医薬品消費に焦点を当てた検証を行っています。著者によると、垂直統合後の複数の診療科の医薬品消費の変化を調査した初めての研究だそうですが、医療費総額の変化についてなぜ検討しなかったかは不明です。先に紹介した垂直統合の最新の体系的文献レビューと比べると、本論文の価値は小さく見えます。

○イギリスNHSの75年：過去、現在及び今後の課題

Williams B: The British NHS at 75: Past, contemporary, and future challenges. *International Journal of Determinants of Health and Health Services* 55(1):76-87,2025 [歴史研究]

本論文は、イギリス国民保健サービス（NHS）が、重要な経済的圧力、組織的きしみ、思想傾向の変化、現在行われている改革と全例のない公衆衛生的課題（コロナ危機）を受けながら、いかにしてかつなげイギリスの政治と社会の最前線に75年間もとどまり続けたかを評価する。第二次大戦後の「コンセンサスの時代」は1980年代の明確な後退と表向きの無視に移行し、さらに1997年以降、ニュー・レイバー（ブレア政権）はこの中核的な公的サービス（NHS）の再活性化を目指して投資を増やすと共に、労働党の伝統的な社会民主主義的価値観に挑戦する論争を呼ぶ改革を行った。ニュー・レイバーの時代に、NHSの権力機構は分権化され、2008年からは世界同時不況を契機として予算削減と緊縮政策が行われた。緊縮政策はその後緩和されたが、2020年初頭からNHSはコロナパンデミックによる緊急事態に直面し、NHSは現在も持続可能性という課題に直面し続けている。本論文は、NHSの75年間の歴史的遺産という分析枠組で、NHSの現状、国際比較的趨勢、及び今後起こりうる展開について分析する。

二木コメント—イギリスNHSが1948年に設立されて以降75年間の歴史を5期に分けて経時的に検討しており、NHSの歴史と現状、今後の課題を鳥瞰できる好論文です。

○EUにおける身体活動政策の実施と【実際の】身体活動レベル：我々は政策と実践のギャップを埋めつつあるか？

Whiting S, et al: Physical activity policy implementation and physical activity levels in the European Union: Are we on track to close the gap between policy and practice. *Health Policy* 151 (January 2025) 105200, 8 pages [国際比較研究・量的研究]

国の政策は国民の健康の変化を実現するうえで鍵となる主要な出発点である。本研究の国的は、EUにおける過去10年間の身体活動政策実施と十分な身体活動レベルとの関連を概観することである。EU健康強化身体活動モニタリング枠組みの23の指標の2015,2018,2021年データと、スポーツ・身体活動特別ユーロバロメータの2013,2017,2022年データから得られる身体活動の頻度を解析した。

EU加盟国は、2015年から2021年に自国の身体活動政策実施率を13.2%増やし、これは統計的に有意だった(63.30 ± 18.89 対 76.51 ± 14.94%, $p < 0.001$, 95%信頼区間(CI) [-19.97, -6.45])。しかし、2013年と2022年で、身体活動レベルの有意な上昇はなかった(60.59 ± 15.67 対 61.70 ± 17.67%, $P = 0.360$, 95%CI [-3.61, 1.39])。さらに、ほとんどのEU加盟国は不十分な身体活動レベルを2025年までに10%減らすという目標には近づいていなかった。EUにおける身体活動政策は、身体活動のレベルを増やすという目標とは関連していなかった。

二木コメント—全EU加盟国の標準化されたデータセットを用いて、身体活動実施と身体活動レベルの関連のトレンドを検証した初めての研究だそうです。本論文は、日本だけでなく、EUでも国民の身体活動レベルを政府の目標通りに増やすことは困難なことを示しています。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 243)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○馬場景子（日本実践英語音声学会理事・中部支部長、）「高校時代の恩師が常々、『**頂点を高くするためには底辺を広げよ**』と言っていたことが思い出される。これまでの人生で**多様な調査、研究を通じて得た知見によって、底辺を広げてきたように思うが、まだ道半ば**。見えない人生の頂点に向かって、どんな社会貢献ができるだろうか。そんな思いで、これからも底辺を広げていきたいと考えている」「中日新聞」2025年3月9日朝刊、「人生の頂点を目指す（下）」。**二木コメントー**馬場氏の恩師とほとんど同じ次の言葉を、私のリハビリテーション医学の恩師・上田敏先生に1975年に教えられました。

○上田敏（当時・東大病院リハビリテーション部専属医）「少数の恵まれた場でのみ高い水準のリハビリテーションがおこなわれているという状況、これはたとえばオベリスクのように、基底の狭い高い塔のようなものであり、単に少数の患者にしか役立たないというだけでなく、学問・技術のあり方としても脆弱な、強い嵐が来れば倒れてしまうようなものでしかない。リハビリテーションが**実際のニーズに答えることができ、同時に学問技術としても着実に豊かな発展をとげていくためには、ピラミッドのように、あるいは富士山のように、裾野のひろい、安定した姿のものにならなければならない**」（二木立『脳卒中・片マヒのリハビリテーションー一般病院での運動療法基準化の試みー増補版』「推薦の言葉」（代々木病院医報編集委員会,1976）。本「ニューズレター」71号（2010年6月）で紹介）。

○吉田義男（元阪神タイガース選手・監督。現役時代は華麗な守備で「牛若丸」と謳われた。2025年2月3日死去、91歳）「**あなたにとり野球とは何かと聞かれ『空気のようなもの』と答えている**」（『文藝春秋』2025年4月号：389頁（「蓋棺録」）…**二木コメントー**私も、毎日の勉強と研究は「空気のようなもの」と考えており、大いに共感しました。

○武井壮（「百獣の王」・俳優、51歳。**長年、毎日3時間は自分の能力を高めるために使うと決めている**。それは苦行のルーティンではない。未来への投資であり、『最高の自分になるためのプレゼント、という感覚で励行している）「フィジカルトレーニングに1時間、新たな技術を習得するのに1時間、新たな知識を蓄えるのに1時間）**「1時間を使えば何かが変わるよ、なんて保証はどこにもない。ただ、やらなければ、何も進まない、変わらない**。でも大半の人はやらない。発信しつつ、『お前らどうせやらないだろう』と思っている僕もいるんです」（『AERA』2025年3月24日号：61頁、「現代の肖像 武井壮」（稲垣康介））。**二木コメントー**私も1985年に日本福祉大学教授になった時から、現在まで40年以上、週単位で、以下の「勉強・研究の自己管理のノルマ・目標」を決め、概ね8割程度実行してきたので、大いに共感しました：①社会科学の独習・研究（1日2時間以上）、②英語の勉強（1日1時間以上）、③休日や公務等のない平日は1日8時間以上独習・研究（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,157-158頁）。

○照屋年之（映画監督・お笑いコンビ「ガレッジセール・ゴリ」。6年ぶりに長編映画「かなさんどー」を脚本・監督。まじめでストイックな生活を続ける、52歳）「夜、お酒を飲んだら**午後10時に寝ます。毎日5時に起きて走って、脚本を書いたら他の仕事の準備。仕事以外趣味がないんです**」、「つまらない人生かもしれない。でも、僕としたら凄く楽しい。休みも脚本を書いたり仕事します。これが完成したらまた作品が作れると思うと喜び

なんです」(「しんぶん赤旗日曜版」2025年2月9日、インタビュー「今日をむだにしたいくない」)。**二木コメント**ー私も、町内会長の仕事を除けば、毎日、勉強と研究漬けの生活をしており、以前、元気の良いa/o度胸のある後輩教員から、「(趣味のない生活は)つまらないですか?」と質問されたことがあるので、大いに共感しました。

<その他>

○「忘れてはならないことは、わたしたちは常に未来へ向かって生きなければならないこととあります」(広島市の原爆ドーム保存の募金趣意書に書かれた言葉で、過去を未来に生かす意義を語る。「中日新聞」2025年3月11日朝刊、「中日春秋」)。

○藤嶋健人(プロ野球・中日ドラゴンズの投手、新選手会長)「**プロとしての本当のチームワークは、おのおのが自分の仕事を遂行すること。それを後につないで、つないで、勝利につなげる**」(「中日新聞」2025年2月26日朝刊、2月25日の春季キャンプの最終日の練習を終え、マウンドを中心に選手全員が円形に集まった時に、こう熱弁)。**二木コメント**ー時代がかっていると思われるかも入れませんが、この言葉を読んで、東京医科歯科大学医学部(現・東京科学大学)学生で医学生運動に没頭していた1970年に感銘を受けた次の言葉を思い出しました。

○レーニン(ロシアの革命家)「**実際の国際主義は一つしか、ただ一つしかない。すなわち、自国内の革命運動と革命的闘争を発展させるために、献身的に活動すること、例外なくすべての国でこれと同じ闘争、これと同じ方針を支持し、ただそれだけを支持すること(宣伝によって、共感によって、物質的援助によって)である**」(『レーニン全集』24巻,59頁。本「ニューズレター」106号(2013年5月)で紹介)。**二木コメント**ーこの言葉は、私が、どんな国であれ他国を礼賛する「出羽守」が大嫌いで、「左翼ナショナリスト」になった原点の1つです(「左翼ナショナリスト」について詳しくは、『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,99頁)。

○穀田恵二(元日本共産党衆議院議員。1997年から27年間、国会対策委員長を務め、2024年10月総選挙時に引退)「**長い国対生活で『話し合いが大事』だと学んだ。人間関係を深めていればいざというときに電話で意思疎通ができる**」(「日本経済新聞」2024年10月24日朝刊、「引退議員に聞く」)。**二木コメント**ー私も、日本福祉大学教授時代、大学院の講義等で大学生にいつも「**この世は信頼(関係)だ**」と言っていたので、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,2006,91,119頁)。私は、現在でも、信頼関係のある友人数十人と、日常的に非公式な意見・情報交換を行っています。

○崔順和(チェ・スンファ。韓国のシニアモデルの活動の場を広げてきた先駆者、81歳)。「**背筋がピンと伸びた立ち姿は、年齢をまったく感じさせない**」(「年を取ると筋力が落ちて前屈みになり、腰を病める原因になる。モデルの姿勢は健康に良いんですよ」(「中日新聞」2025年1月1日、「エイジズムを超えて」))。**二木コメント**ー私も、大学を定年退職した2018年4月から、背筋を伸ばして&踵接地で毎日35分以上「速歩」することを日課にしているので、大いに共感しました。

4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第47回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」85号 (2025年3月9日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私の興味や好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○千早耿一郎 (こういちろう) 『悪文の構造 機能的な文章』ちくま学芸文庫, 2024年10月 (単行本, 1979)。

…「機能的な文章」(一義的に解釈できる頑健な構造の文章) を書くという視点から、「悪文を直す技術」を懇切丁寧に説明した名著の文庫化。

○岸政彦 『調査する人生』岩波書店, 2024年11月。

…質的社会学者の岸氏と6人のフィールドワーカー(「質的調査屋」と)の対話の記録。それぞれの調査スタイルや心構えに触れながらその先にある「人生」について踏み入っている。再現性も代表性もない少数事例の「データ」をどう一般化するか? 長期にわたる事例調査・エスノグラフィーを行う上でのヒントが少なくない。例: 「聞き取り調査も量が大事 (たかさんの人に聞く)」(72頁)、「しつこさは大事」(234頁)。

○桜庭一樹 『読まれる覚悟』ちくまプリマー新書, 2025年1月。

…小説家による「小説の書き方入門」ではなく、初の「小説の読まれ方の入門」。「シンプルに誤読し、書いていなかったことを書いてあったと思い込んで批判する人」や「書いてあったことを読みとばして、書いていなかったと思い込んでしまった人」がいることは、私も経験(30頁)。それだけに、第2章「読者との理想的な距離感」(誤読されたら、読まずに批判されたら等)は参考になった。「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ふくまれる」(115頁)にも大いに共感。

○佐尾健太郎 『『やるべきこと』と『やりたいこと』』『作業療法ジャーナル』2025年2月号: 106-107頁 (巻頭「提言」)。

…著者は、山梨リハビリテーション病院の作業療法士で、かつて5年の予定で、OT技術を磨くことを目指して、遠く離れた地から中途入職したが、そのまま山梨と同病院に身を落ち着け、昨年度の半ばから職場の作業療法部門のとりまとめ役に就いている。病院外で、いくつかの団体の事務局も担当している。自己の経験を振り返って、まず「やるべきこと」と「やりたいこと」のバランスをとる必要性を指摘し、次に、当初は「やるべきこと」と思っていたことの中にも「やりたいこと」が多く含まれており、「やるべきこと」から多くのことが得られたと感じたと述べ、両者は必ず対立関係にあるというわけではないとして、「仕事は楽しく!」することを提言。最後に、職場での「育成面接」で行っていることを紹介。2頁の短いエッセーだが、深まっている。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○高橋太 「拡大する企業による医療ビジネス～一般社団法人の非営利性に関し、厚労省の

対応を望む〜『月刊／保険診療』2025年2月号：46-50頁。

…各地方厚生局の公開情報を用いて「一般社団法人が開設者の医療機関の状況」（2024年5月）を独自に作成し、従来の企業参入批判の盲点であった、一般社団法人を隠れ蓑にした企業による医療機関経営への参入に警鐘を鳴らす。

○特集「医師偏在・医師不足を考える」『大阪保険医雑誌』2025年2月号：3-22頁。

…4論文掲載。私は、**中澤勇一「医師養成課程における医師の偏在対策—地域枠入学制度と医学生修学資金貸与制度を中心に」**と**清水芳行「医師の地域偏在を地域経済学から考える」**が勉強になった。中澤氏は、広義と狭義の「地域枠入学の背景と現状」と修学資金貸与制度の課題について簡潔に解説。清水氏は、北海道と石川県でのフィールドワークをベースにして、「医師の地域偏在の発生メカニズム」を、主に地域経済、地域産業との関係性から分析し、「地域の定住人口が減少すれば、医師や医療が去ってしまう」というシンプルな結論に辿り付いた。氏は、「過疎地域における医療の地域性を理解した上で、医療を地域問題の中心に据えた対策を講じる必要がある」が、このような考えに基づいた医師偏在対策はこれまで取られてこなかったと批判。従来、医師偏在の問題は医療側にあるとされ、その原因を医師臨床研修必修化に求める研究が多かったが、著者は、医師の地域偏在の原因を医療の需要側に求め、その奥には地域産業の盛衰という現象があると指摘。本論文は、下記著書のエッセンス。

+○清水芳行『医師偏在と地域経済 北海道からみた過疎医療問題』北海学園大学出版会,2023年。

…氏の北海学園大学博士論文に加筆・修正した力作。序章と終章を含めて全7章。「医療の過疎化」（地域産業の衰退に伴う地域医療の縮小）」と「医療機関の相互関係」という2つの分析視角から、北海道の過疎地における「過疎医療の地域性」（過疎医療の現れ方は地域によって異なる）を分析し、「医師偏在の発生メカニズム」を明らかにすることを目指す。医師の地域偏在の出発点は供給サイドの医師の動向にあるとの通説を批判し、出発点は需要サイドの人口の減少、「地方の過疎化」にある、「医師の地域間移動は（地域の）産業の盛衰とリンクする」との指摘は説得力がある。過疎地域における政策的対応として、「まずは、「広域医療連携の強化」を挙げることに新味はないが、これは本書の限界と言うより、「過疎地域におけるこの先の医療提供継続についての困難性」の現れと言える。

○**島崎謙治『日本の国民皆保険』**ちくま新書,2025年2月。

…質量とも新著の枠を超えた力作で、大学院レベルの「より進んだ教科書」とも言える。書名は「国民皆保険」だが、医療保険制度（医療財政制度）と医療提供制度の両方をカバーしている。全3部・10章。第1部構造と第II部軌跡は、大著&名著『日本の医療』（増補改訂版,2020）のエッセンス+α。各制度・政策が成立・実施された「紆余曲折」がよく分かる。第6章「見直し・改革期」には2024年末までの最新の動きが書かれているが、全体として駆け足的。「見直し期」の象徴と言える、吉村仁「医療費亡国論」（1983）にも触れていない。第III部は『医療政策を問い直す』（2015）の「後継本」的で、著者の「評価」・「意見」（価値判断）も率直に書いている。特に、第9章「物価・賃金の上昇と診療報酬の対応」では、2024年度診療報酬改定で導入された「ベースアップ評価料の問題点」を指摘

した上で、近年の物価・賃金の上昇に対応した「物価・賃金スライドと1点単価変動制を組み合わせた私案(骨格)」を提案しており、今後の診療報酬改革議論に一石を投じている。

著者は、医療制度改革における「経路依存性」を重視し(第7章1)、随所で「歴史から謙虚に学ぶ」ことを強調しており、大いに共感した。他面、正確さを重視する余り、新書の枠を超え、一般の読者には理解困難 a/o 不要と思われる「細かすぎる」記述も少なくない。特に第Ⅲ部第10章「医療保険制度をめぐる課題と改革」の2～5にその傾向が強い。逆に同章6「医療保険の財源論」と7「混合診療解禁論の是非」はもっと詳しく論じてほしいかった。

○松田晋哉『公衆衛生政策学の考え方—DPC、地域包括ケアシステムを中心に』勁草書房,2025年2月。

…松田氏は、長年、DPCや地域包括ケアシステム等、医療システムの在り方について量的&質的研究を行っており、政府の主な制度改革の議論にも関与してきた。研究者には珍しく、「思想的には社会民主主義的な考えを強く持って」いると著書で常に書いている(本書の「はじめに」にも)。本書は、本年3月に産業医科大学を65歳で定年退職するのを機に書き下ろした力作・大作(406頁)。終章を含めて全6章+4つの補論。「公衆衛生政策学」はやや聞き慣れない言葉だが、著者は「政策科学としての公衆衛生学」(27頁)とも言い替えており、「医療政策学」と近いと思う。第1章「私が経験してきた公衆衛生学」では、氏の産業医科大学在学中からの勉強・研究のプロセスを、時々の「公衆衛生政策の動向」にも触れながら、7つの転機(2つの「挫折」を含む)を中心に、率直・誠実に回顧している。第3章「公衆衛生政策学をどのように理解するのか」では、次の6つの視点を挙げている。①歴史的な視点から学ぶ、②現場を見学する、③社会科学・人文学の本を読む、④数学と統計学を学ぶ、⑤海外で学ぶ、⑥現実を直視する。これらは、どの分野の社会科学を学ぶ上でも重要と思う。終章では、「公衆政策学を志す若い方々に期待すること」を7つ挙げており、その最後に「人間の尊厳に対する意識を持つ」ことを挙げているところに、氏の誠実な人柄が現れている。

4つの補論では、「統計学の学び方」についてかなり専門的なことを書く一方、「事例調査」の重要性も併せて強調している。氏は事例調査の目的として以下の2つを挙げている：①データ分析をしていて気になったことを確認し、「外れ値」に注目する。②ドラッカーの言うところの「すでに起こった未来」を知るため。私も、1990年代後半～00年代前半に、ほぼ同じ視点から、保健・医療・福祉複合体の全国調査と事例調査をしたので大いに共感した。補論4「計画策定の考え方」で、氏が関わってきた保健医療介護関連の計画策定(審議会・委員会方式)の限界を率直に指摘し、それに代わる方法として、オランダ等で導入されている「政策運営における middle up and down management」を紹介していることに注目・共感した。

C. 政治・経済・社会関連

○梶原麻衣子『"右翼"雑誌の舞台裏』星海社新書,2024年11月。

…大学時代から「右寄り」で、『Will』と『Hanada』の編集に十数年携わった著者が、その経験を元にして、「保守雑誌、右派雑誌とはどういうものだったか」「中の人は何を考えて

いたのか」を率直に綴った「一編集者の体験記」。全6章。第1章「『右翼雑誌』はこうして作られる」で、右翼雑誌がいかにかスピード感と読みやすさを重視しているかに驚かされた：「聞き書き主義の三つのメリット」(31頁)等。私自身の経験でも、「論文」よりも「インタビュー」の方がよく読まれると感じていたが、その理由が分かった。他章もそれなりに参考になる：「皇室と原発をめぐる執筆同士での論争」(130頁)等。

しかし、『Will』の分裂騒動については「あまり思い出したくない」(162頁)で終わり。著者は花田紀凱編集長は「安倍推し」だったが、「右翼的な思想はほとんど持っていない」と弁護しているが、同氏が編集長だった雑誌『マルコポーロ』(文藝春秋社)が1995年にホロコースト否認論を掲載して社会的・国際的批判を浴びて廃刊になり、同氏も編集長を解任されたことにはまったく触れていない。

○山田昌弘『希望格差社会、それから 幸福に衰退する国の20年』東洋経済,2025年1月。
…山田氏は、「パラサイトシングル」、「婚活」、「希望格差社会」等、現代社会の変化をキャッチーな言葉で爽やかに分析してきた家族社会学者。本書は、『希望格差社会』を2004年に出版して以降の20年間で、様々な格差がどのように拡大してきたかを、希望という観点から分析している。全8章。著者は平成期に客観的な格差が拡大しているにもかかわらず生活満足度、特に格差拡大の被害を最も受けているはずの若者の幸福度が上昇していることに注目し、「その秘密は、人々がリアルな世界ではなく、『バーチャルな世界』で満足を得る方法を見いだすようになったからと考えている」(第6章)。この視点は新鮮だが、私にはまだ仮説のレベルに思える。第7章では、平成時代が江戸時代後期の日本社会と類似していると指摘するが、これは素人談義・思いつきのレベル。第8章の「日本社会は世界の中で、経済的には、徐々に衰退していく」と国民もそれを受け入れるとの著者の見立てには同感。しかし、「経済や社会制度を大きく変革している先進国」との評価(219頁)は的外れで、日本以外の「先進国」(高所得国)もそれぞれ深刻な問題を抱えており、日本と同様に「徐々に衰退していく」と思う。