

2025年6月5日(木)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻251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。

251号の目次は以下の通りです(22頁+別ファイル)

1. 論文：自公維三党合意が「念頭に置く」国民医療費の「最低4兆円削減」が荒唐無稽である理由(二木教授の医療時評(233号))『文化連情報』2025年6月号(567号):30-37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(通算231回:2025年分その3:7論文) ……9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その245)ー最近知った名言・警句 ……13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49回) ……15頁

お知らせ

論文「診療報酬単価が1958年に1点10円に固定されたのはなぜか？」を『日本医事新報』2025年6月7日号(5276号)に掲載します。本「ニュースレター」252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。

1. 論文：自公維三党合意が「念頭に置く」国民医療費の「最低4兆円削減」が荒唐無稽である理由

(「二木教授の医療時評 (233 号)」『文化連情報』2025 年 6 月号 (567 号) :30-37 頁)

はじめに

本稿は、2 月 25 日に自由民主党・公明党と日本維新の会が結んだ「合意」(以下、三党合意)に含まれる、日本維新の会の「国民医療費の総額を、年間で最低 4 兆円削減する」主張を中心に検討します。私は、それがそのまま実現する可能性は全くないが、その主張がテコになって、従来以上に、公的医療費(医療給付費)が抑制される危険性が高いと判断しています。

三党合意の骨格—現役世代の保険料負担軽減

三党合意は日本維新の会が 2025 年度予算案に賛成し、年度内に成立させる条件として急遽結ばれ、以下の 4 項目から構成されています。Ⅰ教育無償化、Ⅱ**現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減**、Ⅲ働き控えの解消、Ⅳ教育無償化に関する論点等。Ⅱの冒頭では、以下の 4 つの改革が示されています。「O T C 類似薬の保険給付のあり方の見直し」、「現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底」、「医療 D X を通じた効率的で質の高い医療の実現」、「医療介護産業の成長産業化」。O T C 類似薬とは、市販薬 (O T C) と効能が似ているが、原則処方箋が求められる医薬品です。

Ⅱは、それに続いて、政府与党(自民党・公明党)の「2023 年度から 2028 年度にかけて、歳出改革等によって実質的な社会保険負担軽減の効果を 1.0 兆円程度生じさせるとされていること」、及び「日本維新の会として、令和 7 年 2 月 20 日に『社会保険料を下げる改革案(たたき台)』(以下、「たたき台」)を公表し、国民医療費の総額を、年間で最低 4 兆円削減することによって、現役世代一人当たりの社会保険料負担を年間 6 万円引き下げる」とされていることを念頭に置く」とされています。政府与党の政策と日本維新の会の主張の間では「公明党 2040 ビジョン(中間取りまとめ)」についても書いていますが、それらは政府与党の既存の政策と同じです。

なお、「念頭に置く」とは、「心に留める」、「頭に入れる」、「配慮する」、「考慮に入れる」等の(軽い)意味で、Ⅱをすべて三党で合意したわけではありません。

維新は O T C 類似薬の保険外しに前のめり

日本維新の会は、三党合意以降突然、「O T C 類似薬の保険給付の在り方の見直し」に前のめりになり、O T C 類似薬すべてを公的保険適用から除外し、約 1 兆円を削減すると主張し始めました。特に猪瀬直樹参議院議員は国会審議でもそのことを執拗に主張しています(3 月 13 日予算委員会、4 月 8 日厚生労働委員会)。そのためもあり、多くの報道では、O T C 類似薬の保険適用の見直し(以下、保険外し)が、高額療養費制度の患者自己負担引き上げ案の凍結に代わる医療給付費抑制の中心・焦点になったとされています。私も同じ認識をしていますが、1 兆円削減はありえないとも判断しています。

そもそも猪瀬議員が 4 月 8 日の国会審議で示した「O T C 類似薬の保険給付範囲の見直

し（試算一覧）」（図）による医薬品給付費または医療給付費の削減額の試算はたくさんあり、1兆600億円説（日本総研・成瀬道紀氏）を最大値として、6513億円、3278億円、2330億円、2126億円、597億円（最小値）と、最大18倍ものバラツキがあります。これではバナナのたたき売りです。

私は、それらの元資料を個別に検討しましたが、大半は機械的試算で、条件を明示・限定して厳密に試算しているのは五十嵐中氏（東京大学特任准教授）のものだけでした(1)。同氏は、2021年以降、複数の試算結果を発表していますが、最新の試算では「現状でOTC置き換え可」は3278億円としています。

成瀬氏の薬剤費1兆円削減説は机上の空論

逆に、医薬品給付費が1兆600億円削減可能とした成瀬氏の試算は、現状では「原則処方箋必要」とされるOTC類似薬約7,000品目をすべて処方箋なしで薬剤師が販売できるようにした上で、保険給付から外すという、機械的で浮世離れした仮定に基づく机上の空論であることが分かりました(2)。成瀬氏の主張は、3月13日の参議院予算委員会で自見はなこ議員がソフトに、しかし鋭く追及しました。

私自身は成瀬論文には以下の3つの重大な問題があると思っています。①患者・消費者の利便性のみを強調する一方、日本の薬害の悲惨な歴史をシカトし、医療の安全性を無視している。②保険外しによる低所得者の負担増とそれがもたらす受診抑制を無視している。③OTC類似医薬品が保険給付から外れると薬価制度の対象からも外れて自由価格となり、現在のOTC医薬品よりも高価格化し、結果的に社会的レベルで見た総医療費（保険給付費と患者の個人負担の合計）も増加することを無視している。

③に関連して、健保連の松本真人理事も、2023年10月の日本フォーミュラリ学会学術集会の講演で、OTC使用促進の環境整備を提唱した際、「OTCが処方薬の“3倍程度”の価格であれば患者負担は軽減」と主張し、OTC類似薬の保険外しに伴う価格大幅引き上げ（3倍化）を容認しました（「ミクス Online」2023年10月23日。ウェブ上に公開）。

成瀬氏の主張が他の論者と大きく異なることは、OTC類似薬の①保険適用の是非と、②処方箋の可否を峻別し、②について、「薬剤師の職能発揮」（職域拡大）の視点から、薬剤師がOTC類似薬すべてを医師の処方箋なしに販売できるようにすることを主張している点です。氏は、この視点から、通常国会に上程された薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）改正案に、薬剤師による医師の処方箋なしでのOTC類似薬の少量販売（「零売」）の原則禁止が盛り込まれていることを強く批判し、猪瀬議員もそれに同調しています。

しかし、薬機法改正案は4月17日に衆議院本会議で日本維新の会も賛成して可決され、5月14日に参議院報会議で可決・成立しました。それにより、成瀬氏の仮定・願望と逆の改革が行われることになります。

自公はOTC類似医薬品の大幅な保険外しに慎重

日本維新の会が前のめりなのは対照的に、自民党・公明党はOTC類似薬の大幅な保険外しに極めて慎重であり、4月17日の三党協議では、両党は以下の4つの課題を列挙したと報じられています（「キャリアブレインマネジメント」4月18日）。①医療機関の受診

がなくなることによる病気の発見が遅れるリスクの増加、②高齢者や子ども、現役世代も含めた患者の費用負担の増加、③負担増による医薬品の購入控えで生じる治療への影響、④保険給付の除外による製薬企業の宣伝・広告費などのコストの増加。同様の主張・懸念は、日本医師会も2月13日の記者会見でいち早く行っており、私も同感です。

そのために、私は、OTC 類似薬全体の保険外しはありえず、「当面はごく限定的なものにとどまる」と判断しています(3)。

なお、医師の中にもセルフメディケーションを推進する立場から、OTC 類似薬の部分的保険外しに賛成する方もいます。この点について、村上正泰氏(山形大学教授)は、「セルフメディケーション自体は否定されるべきものではなく、必要な場合も多いであろう。しかし、それは選択肢の中の1つであって、決して一方的に強制されるものでなく、それを理由に必要な受診機会が阻害されてはならない」と複眼的に述べており、私も同感です(4)。

「応能負担の徹底」＝後期高齢者の原則3割負担化も困難

そのため、私は今後、OTC 類似薬の保険外しの限定的拡大に加えて、三党合意の2番目の改革課題「**応能負担の徹底**」＝後期高齢者の自己負担割合の引き上げも検討されると思います。

日本維新の会の「たたき台」はこの点について具体的に触れていません。しかし昨年10月の同党の衆議院議員選挙公約は「高齢者の窓口負担を現行の『9割引き』から『7割引き』に見直し、現役世代と同じ負担割合とすることで、現役世代の社会保険料負担の軽減を図ります」と明記していたので、同党が後期高齢者の原則3割負担化を主張すると思います(5)。

後期高齢者の原則3割負担化は一見すると現役世代と同水準に見えます。しかし、後期高齢者の有病率が現役世代に比べて高く、それに伴い1人当たり医療費も現役世代の約5倍であることを考えると、医学的にも政治的にも非現実的です(6)。そのために、政府・厚生労働省の従来の政策通り、2割負担・3割負担の対象拡大が目指されると思います。

医療DXと医療介護産業の成長産業化による医療費抑制？

三党合意の3番目の改革課題「医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現」には私も大枠で賛成ですが、私の知る限り、世界的にもそれによる総医療費の抑制を示した実証研究はありません。ただし、事業者やシンクタンクの「エビデンスに基づく」ことのない宣伝文書はあります。

例えば、日本総研は2023年に発表した提言で、医療DXという用語こそ使っていませんが、グランドデザインの構築、データ基盤の整備、データガバナンス実装の3本柱の「データを活用し非効率な領域を改善することで経済的効果も見込まれる」として、「過剰病床」の削減で約2.2兆円減、「長期入院」の削減で2.6兆円減等と試算を発表しています(7)。しかし、その「説明」は10年前(2015年)に厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」が示された時に、一部でまことしやかに語られた想定(希望的目標)のコピペにすぎません。

4番目の「医療介護産業の成長産業化」は、2000年代前半の小泉政権やそれに続く民主党政権、さらにはその後の安倍政権でも繰り返し提起されました(8)。しかし、それによって(公的)医療・介護費を抑制できるとの主張は聞いたことがありません。医療介護産

業の成長産業化により医療・介護費の総額は増加しますが、現行の国民皆保険制度や介護保険制度を維持する限り、それに伴い公的給付費も増加するからです。

市場原理でコストを下げていく???

三党合意とは離れますが、ここで日本維新の会の「たたき台」の「改革の方向性」に書かれている「他の産業と同様に、市場原理を働かせることでサービスの質を上げながらコストを下げていく」との＜昔懐かしい＞主張に一言触れます。＜昔懐かしい＞と書いたのは、それが、四半世紀前の 2000 年前後に、医療分野への市場原理導入論が一時燃え盛った時代の政府文書にも同様の表現があったからです。

具体的には、1999 年の「経済戦略会議最終報告」（閣議報告）は「医療に関しては、競争原理の導入等を通じて医療コストの抑制を実現」するための諸改革を提案し、その第一に「日本版マネージド・ケアの導入」（国民皆保険制度の解体）を掲げました。2001 年の小泉純一郎内閣の閣議決定「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（その後、「骨太の方針 2001」が通称となる）も、医療等に「競争原理を導入」し、それにより「医療の質を落とさずにコストを下げ、維持可能な制度とする」ことを掲げ、混合診療の解禁や株式会社による医療機関経営の解禁等を行うとしました（9）。両文書の「競争原理」は「市場原理」と同義（婉曲表現）でした。

しかし、その後、医療分野への市場原理導入は日本医師会の強い反対と厚生労働省の抵抗でほとんど実現しませんでした。しかも、医療分野に市場原理を導入しているアメリカの総医療費が他国に比べて極端に高い現実と、国内外の膨大な実証研究の積み重ねにより、市場原理の導入は逆に医療費を不必要に増加させることが疑問の余地なく明らかになっています。

おわりに

以上から、現在の国民皆保険制度・介護保険制度の大枠を維持する限り、三党合意の 4 つの改革課題で大幅な医療費抑制は見込めないことを示せたと思います。ましてや三党合意で「念頭に置く」とされた、日本維新の会の「国民医療費の総額を、年間で最低限 4 兆円削減する」との主張は荒唐無稽であると言えます。

他面、現在の政治状況を考えると、日本維新の会や国民民主党からの「国民負担の軽減」の圧力もあり、OTC 医薬品の部分的保険外しや後期高齢者の 2 割・3 割負担の対象拡大が、従来の与党・厚生労働省の想定よりも進む危険が大きいと思います。

さらに、もし 7 月の参議院議員選挙で自公両党が参議院でも過半数割れとなった場合は、上記 2 党の圧力がさらに強まり、三党合意には含まれていないが、かつて小泉政権時代に検討されたことのある「保険免責制（外来受診 1 回当たり 500 円～1000 円負担）」急浮上する可能性もあります。ただし、保険免責制の導入は実質上の給付率の引き下げであり、2002 年健康保険法改正の付則「医療保険制度の給付率については、将来にわたり 7 割を維持するものとする」に違反するため、法改正が必要です（10）。そのため、日本医師会・医療団体だけでなく、国民・患者、与党議員（の一部）も強く反対するため、簡単には導入されないと思います。

私が改めて強調したいことは、OTC 類似医薬品の保険外しが医療給付費から患者負担への

「コストシフティング」であるだけでなく、保険給付から外れたOTC類似医薬品の価格高騰を招き、社会的レベルでみた総医療費（保険給付費＋患者負担）の不必要・ムダな増加を招くことです。

それだけに、国民皆保険制度と介護保険制度を維持し、しかも総医療費の不必要な増加を防ぐためには、本「医療時評（230）」で書いたように、「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」であると言えます(11)。

「賃上げ、社会保険料に消える」は事実誤認

現在、国民負担の増加や保険料の引き上げは政界ではタブーになっており、国民の負担増は限界、特に若年層では保険料の引き上げのために手取りが増えていないとの言説が広くなされています。「日本経済新聞」はその急先鋒で、最近近も、「賃上げ、社会保険料に消える」と主張しています（4月8日朝刊）【注】。

しかし、総務省「家計調査」で39歳未満の2人以上勤労世帯の実収入・実支出のトレンドを見ると、2018～2024年の6年間の1月当たり社会保険料の増加は6,201円であり、同じ期間の世帯主収入の増加33,341円の18.6%にとどまっています（社会保険料負担は53,172円から59,373円へ、世帯主収入は404,623円から437,964円に増加。入部寛日本社会事業大学教授のからのご教示）(12)。

国民の多数は負担増を容認している

しかも、厚生労働省や日本医療政策機構の最新の世論調査では、国民の多数は負担増を容認しています。厚生労働省調査（2022年実施）では、「今後の社会保障の給付と負担の関係」について、「負担増も（は）やむを得ない」が49.6%で、「給付水準を引き下げ、従来通りの負担をすべき」7.6%、「給付水準を大幅に引き下げ、負担を減らすべき」5.6%を大幅に上回っています（13）。年齢階級別にみると、「負担増は（も）やむを得ない」は20～29歳では41.2%、30～39歳でも42.3%にとどまっていますが、それでも給付水準を「引き下げ」「大幅引き下げ」の合計（20～29歳16.3%、30～39歳17.7%）をダブルスコア上回っています。

日本医療政策機構調査（2024年実施）でも、今後の公的医療サービスの提供について、「経済的負担増加はやむを得ない」が56.6%と過半数を超える一方、「サービス水準を大幅に下げ負担も抑制すべき」は20.1%にとどまっていました（14）。

それだけに、医療関係者は、医療サービスの向上とムダの排除等の「自助努力」を行いつつ、今後の人口高齢化と医療技術進歩に対応するためには、医療費総額の適切な増加が不可欠であることを国民・患者・ジャーナリズム及び政治家に率直に訴え続ける必要があると思います。

【注】「骨太方針」に「保険料負担の引き下げ」が書かれたことは一度もない

意外なことに、第二次安倍政権以降の毎年の「骨太の方針」に「保険料負担の引き下げ」が明記されたことは一度もありません。

岸田文雄内閣の「骨太方針2024」と「骨太方針2023」には、「保険料負担の上昇の抑制」と書かれていますが（それぞれ4・41頁、37頁）、保険料負担の引き下げ・軽減とは書かれて

いません。「上昇の抑制」という表現すら、それ以前の 2013 ～ 2022 年の 10 年間の「骨太方針」で使われたのは 2 回だけです (2019 年と 2015 年。2019 年は「社会保険料の伸びを抑制」50 頁)。言うまでもなく保険料負担の上昇・伸びの抑制は、保険料負担の上昇・引き上げを前提とした表現であり、「引き下げ」とは全く違います。

閣議決定に、社会保険料の引き下げが事実上書かれたのは、岸田内閣の 2023 年 12 月 22 日の閣議決定「子ども未来戦略」で、こども・子育て政策の財源 (3.6 兆円程度) 確保策として、「歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ」と書かれたのが初めてです。高額療養費制度の患者自己負担引き上げ (と社会保険料の引き下げ) には、こども・子育て政策の財源確保という狙いもありました(11)。

三党合意の「念頭に置く」事項には、「政府与党として、令和 5 年 12 月 22 日に『全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程)』等を決定し、2023 年度から 2028 年度にかけて、歳出改革等によって実質的な社会保険負担軽減の効果を 1.0 兆円程度生じさせるとされていること」がストレートに書かれました。

私は、岸田内閣の「骨太方針 2023」(2023 年 6 月閣議決定)を検討した際、「社会保険の一部を子育て政策に用いること自体には反対しません」と明記した上で、『「財源確保のための消費税を含めた新たな税負担は考えない」と逃げたことには強い疑問を感じます」と書きました (15)。上述したようにその後岸田内閣は、2023 年 12 月の閣議決定で、「歳出改革等によって実質的な社会保険負担軽減の効果を 1.0 兆円程度生じさせる」と、社会保険料の引き上げも否定しました。

私は岸田内閣が子育て政策において租税と社会保険料の両方の引き上げから逃げたことが、その後の社会保障制度改革を大きく歪めたと判断しています。この点では、野田佳彦民主党内閣が、自民党と公明党の合意を経て、消費税率の 10 %への引き上げを財源とした「社会保障・税一体改革」関連法を可決成立させたのと大違いだと思います。

[本稿は、『日本医事新報』2025 年 5 月 3 日号 (5271 号)に掲載した「自公維三党合意が『念頭に置く』国民医療費の『最低限 4 兆円削減』をどう読むか?」に大幅に加筆したものです。なお、「最低限」は「最低」の誤記です。]

文献

- (1) 五十嵐中「第 2 回セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会・参考人提出資料」2025 年 3 月 24 日 (ウェブ上に公開)。
- (2) 成瀬道紀「『OTC 類似薬』議論のポイント」日本総研、2025 年 3 月 4 日 (ウェブ上に公開)。
- (3) 二木立「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?」『日本医事新報』2025 年 4 月 5 日号 (5267 号) : 54-55 頁。
- (4) 村上正泰「医薬品の保険給付の在り方と日本の医療保険制度」『大阪保険医雑誌』2025 年 3 月号 : 4-6 頁。
- (5) 二木立「医療・社会保障の選挙公約での与党と一部野党の『逆転現象』」『文化連情報』2024 年 12 月号 (561 号) : 22 - 25 頁。

- ⑥二木立「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－中所得の後期高齢者の一部負担の２割引き上げに反対します」2021年4月20日衆議院厚生労働委員会（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,86-92頁）。
- (7)日本総研「医療データの利活用促進に関する提言　ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル」18頁、2023年2月（ウェブ上に公開）。
- (8)二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房,2012,第2章第2節「医療への市場原理導入論の30年－民間活力導入論から医療産業化論へ」（71-84頁）。
- (9)二木立『21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房,2001,第1章－「小泉政権の医療制度改革を読む－経済財政諮問会議『基本方針』の批判的検討」（53-79頁）。
- (10)二木立『医療改革　危機から希望へ』勁草書房,2007,第2章第3節3「厚生労働省『医療制度構造改革試案』を読む」3-8『『試案』本体とは別に『参考』として保険免責制等を示す」（112-113頁）。
- (11)二木立「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」『文化連情報』2025年4月号（565号）：28-37頁。
- (12)入部寛「社会保険料増加は賃金上昇を無効化しているか」『社会保険旬報』2025年6月21日号（印刷中）。
- (13)厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室「令和4年　社会保障に関する意識調査報告書～社会保障における公的・私的サービス～」2024年8月、31頁（ウェブ上に公開。調査は2022年7月実施）。
- (14)日本医療政策機構「2025年日本の医療に関する世論調査」日本医療政策機構、2025年3月（ウェブ上に公開。調査は2024年12月実施）
- (15)二木立『『骨太方針2023』等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度改革方針を複眼的に読む』『文化連情報』2023年8月号（545号）：26-31頁（『病院の将来とかかりつけ医機能』第4章第4節）。

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

231回)(2025 年分その 3 : 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。

○ [ドイツにおける] GP の退職が患者の医療利用と健康の一側面に与える影響

Monsees D, et al: The effects of resigning GPs on patient healthcare utilization and some implications for health. *Health Economics* 34(5):932-955,2025 [量的研究]

一般医 (GP) の退職 (引退) がそれまで彼らに通院していた患者の医療利用と診断に与える影響をイベント・スタディで調査した。ドイツのある大規模法定医療保険の診療報酬請求データを用いて、医師が退職後、退職前にその医師に通院していた患者は継続的にプライマリケア利用を減らし、その減少の一部しか専門医受診や入院医療で代替されていないことが分かった。患者は前の医師が退職後、平均して 1.1 四半期後には新しい GP を見つけていたが、上記の影響は続いていた。そのような患者を新たに受け持った GP は、より多くの患者を診療したが、診断のための検査実施は減っていた。特に多くの慢性疾患 (うつ血性心不全、糖尿病等) の検査が相当減っており、診療の断絶 (disruptions) が、医療制度の効率に悪影響を与えていることを示唆している。このことは、プライマリケアにおける継続性が医療提供においてきわめて重要である (pivotal) ことを示しているが、特にドイツのように GP が多数の患者を診ており、コンサルテーションの時間をほとんどとれない国ではこのことは重大である。

二木コメントープライマリケアにおける医療の継続性に着目した興味深い実証研究と思います。タイトルには「健康 (への影響)」と書かれていますが、実際に調査されているのは診断のための検査の回数の変化です。英文要旨では上記の様に定性的にしか書かれていませんが、本文では膨大なデータが示されています。

○ [アメリカにおける] 医療専門職医師不足地域でのボーナス支払いとメディケアの医療アクセス

Brunt CS: Health professional shortage area bonus payments and access to care under Medicare. *Health Economics* 34(3):601-630,2025 [量的研究]

過去 30 年間、メディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) は、前年の実績に基づいて「プライマリケア医療専門職不足地域 (HPSAs)」と認定された地域に居住するメディケア・パート B (医師報酬) 被保険者の外来医師サービスに対してボーナスを支払ってきた。このプログラムは 30 年も続いているにもかかわらず、HPSA 認定地域で診療している医師がこのボーナス支払いにどのように反応したかについての実証研究はない。

2012-2019 年の医師レベルのデータを用い、様々な特性ー HPSA 指数を計算するために用いる諸基準を含むーを調整した積み重ね (stacked) イベント・スタディモデルにより計算した結果、HPSA 認定地域で診療を受けたメディケア被保険者数で測定した医療アクセスの

統計学的に有意な変化は、HPSA 認定直前は、ほとんど～まったくなかった。しかし、医師がいったん 10 %のボーナスを受け取れることになった後は、診療を受けた被保険者数と彼らに提供したサービス量は減少した。この結果は最近の実証研究の結果、及び医師が診療報酬支払いの変化にどのように反応するかについての CMS の保険数理的推計と一致している。

ニ木コメントこのテーマについての初めての实証研究（緻密な a/o たくさんの仮定を設けた計量経済学的研究）だそうで、このプログラムに対する政府内の批判の説明も含めて、日本で医師の偏在対策（インセンティブプログラム）の経済的影響について研究している研究者には有用かもしれません。ただし、医師不足地域の医師にボーナスを支給すると、（予想通り）逆に、医師のサービス提供量が減るという結果は、日本の感覚ではピンときません。

○【アメリカにおける】救急外来を受診したが診察を受けずに帰った患者の救急外来再受診

Evans CF, et al: Emergency department visits after having left without being seen. JAMA 333 (9):806-808,2025 [量的研究]

アメリカの病院の救急外来は以下の課題に直面している：①診察までの待ち時間の延長、②病院の入院受け入れ余力の低下、および③診察を受けずに帰った（left without being seen. 以下、LWBS）患者の増加。医療システムの改善のためには、LWBS 患者の特徴や、そのための治療の遅れやその後の救急外来再受診について知る必要がある。全米 1500 以上の病院の 2023 年（暦年）のデータセットを用いて、後方視的コホート研究を行った。LWBS 患者は 345,948 人で救急外来受診患者の 1.1 %を占め、そのうち 63,893 人（18.5 %）が 1 週間以内に救急外来を再受診していた。彼らの平均年齢は 43.7 歳で、55.7 %が男、34.6 %が黒人で、民間保険加入者は 55.2 %だった。救急車による再受診は 15.2 %で、個人の自動車または徒歩での受診は 75.9 %であった。再受診者の 1.63 %は（一般病棟に）入院し、0.19 %が ICU に入院していた。再受診までの時間の中央値は 46.6 時間だった。

ニ木コメント研究テーマがユニークと思い紹介します。LWBS 患者についての最大規模の調査だそうです。救急車による再受診が 15.2 %、再受診後の一般病棟または ICU の入院が 1.82 %という数字は、日本の感覚では非常に低いと感じました。これは、日本と異なりアメリカでは救急車利用は、公的な救急車を含めて、原則として有料であること、及び軽症だが「かかりつけ医」を持っていない患者（無保険者等）の救急外来受診が非常に多いためと推察します。

○【アメリカにおける】田舎に居住する患者が手術を受けるための搬送時間の【2010-2020 年の】変化

Mullens GL, et al: Trends in travel time to obtain surgical care for rural patients. JAMA 333 (16):1453-1455,2025 [量的研究]

アメリカでは 2010 ～ 2024 年に田舎の病院が 151 も閉鎖され、田舎に居住する患者が医療、特に手術を適切に受けることが困難になっている。手術のための病院への搬送時間の都市部と非都市部との差の横断面調査はあるが、田舎での搬送時間の変化は知られていな

い。メディ医療提供者分析・レビューファイルの全数データを用いて、16 種類の手術を受けた 65 ～ 99 歳の患者の搬送時間の 2010 ～ 2020 年の変化を調査した。低リスク手術には膝関節置換術等 8 種類の手術を、高リスク手術には冠動脈バイパス術等 8 種類の手術を含んだ。田舎であること (rurality) は郵便番号 (zip code) で判断した。患者の自宅から病院までの搬送時間は Google マップを用いて推計した。

病院までの搬送に 60 分以上かかった患者の割合は、16 手術中 12 手術で有意に延長していた。全手術では 36.8% から 44.1 % に、低リスク手術では 32.9 % から 37.8 % に、高リスク手術では 53.9% から 59.2 % に増加していた。搬送時間の中央値も同様に増加し、田舎と都市部との搬送時間の格差も拡大していた (数値は略)。この要因としては、田舎の病院の閉鎖が増加し続けていること、労働力不足、患者が手術を受けるために田舎の施設をバイパスしていることが考えられる。

二木コメントー日本でも今後、病院の再編・統合が進み、それに伴い、特に非都市部で患者の医療アクセスが低下する可能性があるので、同様の調査が必要になると思います。

〇バランスをとるー医師の団体交渉権の強化と患者の保護

Ramesh T, et al: Striking a balance - Advancing physician collective-bargaining rights and patient protections. NEJM 392 (3):209-211,2025 [評論]

医師のストライキが、2023 ～ 2024 年に韓国、イギリス、フランス、そしてアメリカで多発している。韓国とアメリカは、OECD 加盟国の中で人口当たり医師数が特に少なく、医師の団体交渉とストライキの影響が他国より大きい可能性がある。それだけにアメリカの政策決定者は他国の経験に学んで、医師の団体交渉権と患者保護のより良いバランスを考える必要がある。アメリカの労働法では、病院被用者の扱いは複雑で、しかも歴史的に一貫していない。歴史的には医師のストライキは、看護師と違って稀であったが、仕事への不満の増大とレジデント医の組合加入の増加により、医師の職業的規範は相当変わる可能性がある。医師の不満の要因には、過去 20 年の医師の労働負荷の増大、相対的低報酬、労働条件の悪化だけでなく、医療部門の金融化 (financialization) により医療の質よりも利益が優先されることへ不満も含まれている。米国議会と NLRA (全米労働関係法) は新しい事態への対応を求められる。

二木コメントー私はアメリカでは、近年、医療の金融化とレジデント医等の組合加入が増加していることはよく知っていましたが、両者が密接に関連していることは初めて知りました。

〇経済的重荷尺度と成人の健康との関連：[アメリカで発表された文献の] 体系的レビュー

Samuel LJ, et al: Financial strain measures and association with adult health: A systematic literature review. Social Science & Medicine 364 (2025) 117531, 33 pages [文献レビュー]

食事や住居の不安定等の社会的ニーズへの関心が高まっているにもかかわらず、経済的重荷 (financial strain) ー基礎的ニーズを満たすために家計をやりくりする上での困難または収入不足と定義ーへの関心は弱い。用語の定義と測定方法が一貫していないため、文献の統合が困難である。financial strain の同義語を多数用いて、アメリカで発表された経済的重荷が成人の健康の予測要因になるかを検討した 199 研究 (316 論文) を同定した。

経済的重荷の定義を7つに分類した：回答者の基礎的ニーズを満たすための収入がないと自己申告（199 研究）、家計をやりくりするのが困難（132 研究。重複あり）等。尺度の違いにかかわらず、経済的重荷は精神的、身体的、生物学的、機能的健康の低さ、不適切な健康行動、及び社会的ニーズの多さと関連していた。これらの関連は、多様なそしてポピュレーションベースの標本でも認められ、他の社会経済的要因等を調整しても認められた。これらの結果は、経済的重荷が健康の社会的要因で中心的役割(key role)を持つことを示している。経済的重荷と健康とを結びつける膨大なエビデンスは、健康の平等を改善するために経済的重荷に対処する政策的行動が緊急に必要であることを示している。

二木コメント 36 頁の大論文で、しかもそのうち 11 頁が「アメリカの成人の経済的重荷と健康アウトカムとの横断面的関連の要約」表で、7 頁が「縦断的関連の要約」表です。著者によると、この分野の最大でもっとも包括的な分析だそうで、日本のこのテーマについての研究者も必読と思います。financial strain は、日本語の「貧困」「貧乏」と似た意味に見えますが、「主観的な経済的重荷」です。本論文では poverty は使われておらず、要約表中の financial strain の諸尺度にも（低）所得関連の尺度は含まれていません。ちなみに、日本の社会医学では第二次大戦（アジア・太平洋戦争）前から、「病気と貧乏との関係」が大きな研究テーマでした（川上武『日本の医者－現代医療構造の分析』勁草書房,1961,10-16 頁）

○ガイドラインと【医療専門職の】行動変化のギャップに注意して下さい：医療における効果についての体系的文献レビューと考察

Gandolfi S, et al: Please mind the gap between guidelines & behavior change: A systematic review and a consideration on effectiveness in healthcare. Health Policy 151 (January 2025) 105191 (9 pages) [文献レビュー]

本体系的文献レビューはガイドラインが医療専門職に与える影響とそのアウトカムを探究する。PRISMA 基準を用いて、Scopus と Web of Science データベースを検索し、624 論文を同定し、論文選択基準に基づいて、67 論文を選び詳細に分析した。それらは以下のキー・クラスターに焦点を当てていた：ターゲットの行動、効果、研究デザイン、行動枠組み、発表媒体。処方行動が最も多く研究されており（58.2 %）、以下、処方以外の医療関連行動（31.3 %）、衛生管理(10.4 %)の順だった。有意の行動変化が論文の 46.3 %で報告されていたが、17.9 %では期待に反した有意の結果が得られ、22.4 %ではどちらとも言えない結果(mixed results)だった。量的研究が最も多く 56.8 を占めていたが、質的研究も 19.4 %、文献レビューも 13.4 %あった。分析枠組みとしては、「理論的領域枠組み（TDF）」と「行動変化の輪」が多く用いられ、イギリスとアメリカの報告が多かった（それぞれ 9、5 論文）。行動変化のターゲットは医師が 44.8 %で最も多く、他の医療専門職(general healthcare providers) が 37.3 %だった（RN が 6 %。他の職種の割合は不明）。以上の結果は、ガイドラインの効果はイロイロであり（行動変化したのは半分以下）、医師の処方行動が最も多く調査されていたとまとめられる。

二木コメント医療ガイドライン（だけで）は必ずしも医師等の期待された行動変化をもたらさないことが再確認されたと言えます。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 245)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○山村雄一（医師・臨床免疫学者、元大阪大学総長。1990 年死去、71 歳）「**夢とロマンと反省のない人間には進歩がない**。この夢とロマンと反省のない人種が役人だ」（水野肇『誰も書かなかった日本医師会』草思社,2003 年,48 頁。武見太郎日本医師会長が水野氏によくこう言っていたと紹介）。**二木コメント**ー「夢とロマン」に「反省」を加えているのが秀逸と感じました。

○武見太郎（日本医師会会長・当時。1983 年死去、79 歳）「君ね。**勉強はこんな分厚い本でやるものではないよ**。私は新刊の広告を見て丸善に注文する。一、二カ月すると届けられるが、**届けられたら前書きと目次を見て必要な箇所だけ目を通す。それで終わりだ。勉強は一冊の本を初めから終わりまで読んでやるものではない。勉強はパンフレットです。もので、本になったときでは情報は古いし、勉強の効率が悪い**」（水野肇『誰も書かなかった日本医師会』草思社,2003 年,116 頁。「武見を知る多くの人は、武見は難しい本を克明に大量に読んでいたのだと思っている。銀座にあった武見診療所の洋書の山を見ると、想像藏するようのが自然である。しかし事実は違う」として、武見氏から直接聞いた言葉を紹介）。**二木コメント**ー私も、1974 年度に東大病院リハビリテーション部で研修医をしていた時、指導医の上田敏先生からこれとほぼ同じやり方で洋書をチェック (look-through) することを教えていただきました。武見氏の「パンフレット」は専門紙誌を意味すると思います。

○小竹雅子（市民活動家。社会保障審議会の傍聴歴 23 年、介護保険制度を中心とする行政の動向を追い、“おかしい”と思うことはそのままにせず、声を上げ続けてきた）「**【審議会の文書を】“官僚文学”と言ったのは、社会保障審議会の座長なんですけど**（笑）。いまでも『この言い回しは一体、どういう意味？』って思いながら読んでいますよ。『ああかな？こうかな？』って。『過去に同じような表現をしていたときは、こういう結果だったよな』とか。ミステリー小説と同じです」、「[介護保険の情報について、介護現場の人たちは]お役人のほうを信頼するから、私が“おかしい”といっても信じてくれないんです。だから、あれこれ資料を集めて『こういうデータがあって、政府は明らかにこういう方針を進めようとしているんです』って、説明するんですけど」（『月刊ケアマネジメント』2025 年 5 月号：27 頁。小笠原綾子「幸せのヒント “おかしい”と引っかかることにまっすぐ立ち向かうということ～市民活動家・小竹雅子さんのはなし～」）。**二木コメント**ー私も同じ思いで、長年、医療政策を分析してきたので、大いに共感しました。「**ミステリー小説のように“官僚文学”を読み解く**」（小竹さんの言葉を踏まえて作った小笠原さんの見出し）は、言い得て妙と思いました。私の経験では、医師・医療関係者よりも、介護保険施設の経営者・従事者の方が政府の方針にはるかに<従順>で、それだけに、小竹さんの粘り強い活動には頭が下がります。なお、「官僚文学」は「霞が関文学」とも称されます。小竹氏の言葉を読んで、小山路男氏の、官庁文書が「悪文の標本」になる理由を率直に述べた次の文章を思い出しました。

○小山路男（社会保障学者、上智大学教授。1995 年死去、74 歳）「[社会保障制度審議会で]

利害関係の調整を図りながら、意見を提出したり諮問に答申するのは容易なことではない。各側の立場は尊重しなければならないが、妥協を求めるところはそれなりに努力して統一見解を形成するように努力しなければならない。(中略)／こういうことになると、論理的にキレイに組み立てられ、斉合性をもった文章を書くのは不可能となる。**意見書や答申は、まさに悪文の標本のようなもので、文章は長いし、場合によってはどうにでも取れる玉虫色の表現をすることもある。一種独特の文体が系統的に出来上がっていて、これを単刀直入式に書き直すとかえって摩擦が大きくなる。**(中略) それぞれの立場が読み取れ、しかもスジを通そうとすると、悪文も名文ということになろう」(『週刊社会保障』1019号：27頁,1979「文章のむずかしさ」。本「ニューズレター」66号(2010年2月)で紹介)。

<その他>

○ホセ・ムヒカ(元ウルグアイ大統領。清貧な生活ぶりで「世界一貧しい大統領」と呼ばれた。2025年5月13日死去、89歳)「**私は世界を変えるために全力を尽くし、何も変えられなかった。しかし、そのことは楽しかったし、私の人生に意味を与えてくれた**」(I dedicated myself to changing the world and I didn't change anything, but it was amusing and gave sense to my life. The Economist May 17th, 2025;p.39.死去の1年前のインタビュー時、謙遜してこう述べた)。「**人生は美しく、消え去るものだ**」、「**成功を収めるには倒れるたびに立ち上がることが必要だ。もし怒りがあるなら、希望に変えよう。憎しみにだまされず、愛のために闘おう**」(「中日新聞」2024年5月1日朝刊、「ムヒカ元大統領 食道に腫瘍」。後半は、若者に伝えるメッセージ。本「ニューズレター」240号(2024年7月)で紹介)。

○高遠菜穂子(イラクで人道支援を続ける国際ボランティア、55歳)「**人のために頑張りたい、変えたい、世界を良くしたい、そう思えば思うほど、無力感は強くなる。焦らなくていい。人生はこれから。私は心配していません。未来は明るいと思っています**」(「中日新聞」2025年5月28日朝刊、「内堀外堀 無力感」。2025年4月、平和活動に取り組む愛知県内の高校生を前に講演。話に耳を傾けた主催団体の女子高生が、「今までやってきた平和活動って意味があったのかなって…」と本音を吐露したのに対して、こう答えた)。

○中村清吾(昭和医科大学特任教授。乳腺外科医で、日本の乳癌診療の第一人者。乳癌の早期診断技術や予防的手術の保険適用の実現にも力を注いだ。2025年5月9日死去、68歳)「**先進的な医療技術を導入するためには、日本の医療制度に上手く合わせる必要があります。自費診療で受けられても世の中には広まらないので、標準治療にはなりません。未だ人工乳房を用いた乳房再建術は保険適用されていませんが、本来は乳房を失ってしまった人の当然の権利です。再建までが治療の一環だと思います**」(『日本医事新報』2011年5月7日、インタビュー「先進的な医療技術は、自費診療では広まらない」)。**二木コメント**ー私は中村氏とは面識がありませんが、この見識ある発言に感銘を受け、論文「2018年度診療報酬改定でのロボット支援手術の保険適用拡大の政策的・歴史的評価ー『採算割れ』点数は新技術の普及を阻害しない」(『文化連情報』2018年7月号→『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,108-122頁)で、上記発言を引用しました。なお、人工乳房を用いた乳房再建術は、2013年7月から乳がんの全摘手術後に限って健康保険の対象となりました。

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49回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」87号 (2025年5月10日) から転載)

※ゴシック表示の書籍・論文は私の受賞作/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○酒井順子『うまれることば、しぬことば』集英社文庫,2025年2月 (単行本:2020年)。
…エッセイの名手酒井氏 (1966年生まれ) が、自己の青春時代以降を中心にして、第二次大戦後、世の中で広く使われたさまざまな用語・新語の盛衰を軽やかにしかし深く分析。言葉に対する鋭い感覚を磨くことができる、特に酒井氏と同世代の人々には。私は、以下のエッセイに共感した:『J』の盛衰 (「昭和の末期、『日本』という言葉の存在とダサさが極まっていた」17頁)、『卒業』からの卒業、『自分らしさ』に疲弊して、『生きづらさ』のわかりづらさ、『個人的な意見』という免罪符、『ハラスメント』という黒船。

○山形浩生『翻訳者の全技術』星海社新書,2025年2月。

…「読書とあまり変わらないスピードで翻訳ができる」(!?) 高名な翻訳者で、自称「二流のジェネラリスト」である山形氏が縦横無尽に論じた翻訳・読書・勉強・人生論。「放談会」をまとめたため、本人も認めるように「まとまりのないグネグネした話」が多いが、(私を含めて) 山形ファンには必読。私は第2章「読書と発想の技術」が特に参考になった。積読批判は強烈:「積読擁護発言に見られる、だらしない自己満足と怠惰と腐敗臭」(92頁)。「読まない本よりは、流し読みでも読んだ方が読者にとっては価値がある」(107頁)に大いに共感&私も励行している。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○自見庄三郎著、伊藤隆編『自見庄三郎回顧録 「郵政民営化」を止めた男』中央公論新社,2024年11月。

…自見氏は、医師・公衆衛生学研究者出身の元自民党衆議院議員で、「清濁併せ呑む」(147頁) 百戦錬磨のベテラン議員として活躍するも、小泉首相の郵政民営化法案に反対して除名され、2005年衆議院選挙で落選したが、2007年参議院議員選挙で国民新党議員として復活し、民主党政権時の2012年には金融・郵政改革担当大臣として郵政民営化法改正を主導し、2013年に政界を引退した。氏は、本書で九州大学医学部の「右翼反動」(17頁)の学生時代からの波瀾万丈の生涯を率直・饒舌に語っている。多くの政治家の放談的自伝と異なり、自見氏自身が「稀有な記憶力の持ち主」(娘の自見はなこ参議院議員の評価。421頁)であることに加え、オーラルヒストリーの大家である伊藤氏が、自見氏の発言をていねいに諸資料で裏付けているので、一級の政治史になっている。

医療・社会保障政策の「オーラルヒストリー」は官僚によるものがほとんどだが、本書は政治家から見た医療・社会保障政策史としても参考になる。例:臓器移植法(80頁)、1984年の健康保険法改正(95頁)、「21世紀の国民医療」(189頁)、「介護保険制度」(33,194頁)、「老人保健施設」(198頁)、「骨太方針2009」(で社会保障費削減政策を廃止。300頁)、後期高齢者医療制度批判(305頁)等。本書を読むと、自見氏が小泉首相の「弱者切り捨て」

の医療改革だけでなく、郵政民営化にも体を張って反対した底流には「医師としての平等感覚」があったことがよく分かる（292-293 頁）。自見氏自身の政治経験に基づく、「与党と野党と両方せんと駄目」・「野党にいないと見えない世界もある」、「政治家というのは野党と与党と両方経験せんとね、本当の政治家じゃない」との発言は説得力がある（137、275 頁）。ただし、自身を何度も「自見庄三郎クン」と呼ぶなど、氏の（私から見て）自意識過剰ぶりには時々鼻白んだ。

○『薬剤使用状況等に関する調査研究報告書』医療経済研究機構,2025 年 3 月。

…イギリス、フランス、ドイツ、アメリカ、カナダ、スウェーデンの 6 か国の医療制度のうち、医薬品に係る制度の実態・取り組み、制度改革、医療経済的評価手法の導入状況、適応外薬の使用実態および保険適用状況を調査。フランスとアメリカ以外の 4 か国については文献調査を先行実施の上、現地調査を実施。フランスとアメリカはオンラインで関係機関から情報収集。このテーマについての最新の「百科事典」と言える。

○木下翔太郎『現代日本の医療問題』星海社新書,2025 年 3 月。

…著者は千葉大学医学部卒業後すぐ、内閣府で高齢者対策・子育て支援などに従事した後、東京女子医科大学東医療センター、慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室を経て、現在は慶應義塾大学ヒルズ未来医療・ウェルネス協働研究機構講座特任助教を務める傍ら、英文医学雑誌に多数の査読付き論文を掲載した異色の人材。本書は氏の多彩な経験を生かして、一般読者向けに「現代日本の医療問題」を多面的に分析し、未来に向けて氏が必要と考える改革を提言。全 5 章。第 1 章「日本医療の現在地」～第 3 章「医療 DX の課題と展望」は、一部「マニアックな話」（221 頁）もあるが、比較的バランスがとれている。しかし、第 4 章「高齢化社会とこれからの医療」は浅く、**唐突に「国民皆保険制度は絶対的な存在ではなく、やめるという選択肢があってもいい」と主張するのは???**（290 頁）第 5 章の提言も小粒。

○工藤高「**“薬剤関連カタカナ 3 兄弟”のこれから**（プロの先読み・深読み・裏読みの技術（第 66 回））」『月刊／保険診療』2025 年 4 月号：51 頁。

…工藤氏は「リフィル」「ポリファーマシー」「フォーミュラリー」を、医療費適正化の「薬剤関連カタカナ 3 兄弟」と秀逸に呼んでいる。本稿は、その 3 兄弟について簡潔に説明した上で、「ポリファーマシー」（多剤併用）対策は 2024 年度診療報酬改定で、算定のためのカンファレンス要件がなくなったので、医療現場ではもっと積極的に算定することを勧める。それに対して、「リフィル」「フォーミュラリー」は「医師の処方に関する裁量権『プロフェッショナル・フリーダム』と対立構造になるため、よほどのインセンティブがないと短期間での普及は難しい」と予測。私も同感。

「リフィル」は 2022 年度診療報酬改定で財務省主導で医療費抑制のため導入されたが、その後同省の思惑に反して、ほとんど普及していない。工藤氏は、その理由を 2 年前に、「**リフィル処方箋が普及しない理由**」（『月刊／保険診療』2023 年 7 月：46 頁）で先駆的に指摘。

○大江和郎「いつになったら秘密を漏示しても罪に問われないのかー秘密漏示の罪とその

時効』『月刊／保険診療』2025 年 4 月号：48-50 頁。

…「漏示」とは「まだ秘密を知らない他人に知らせること」。2 つの民事・刑事裁判事例を紹介した上で、刑法・民法や医療専門職の資格法の規定、医療機関の就業規則等に基づいて分かりやすく解説。大江氏の結論は、「資格を持たない医療従事者」を含めて、医療従事者の守秘義務は「職を退いてからも継続するため」、「職務上知り得た秘密については何年経過しても他言は無用と心得ること」。ただし、明らかな不正行為を匿名で内部告発することは別と思う。

○井上雅博・他「日本における終末期医療の変化－NDB の解析から」『厚生指標』2025 年 4 月号：22-26 頁。

…終末期を迎えた高齢者医療の一環として行われる頻度の高い医療的処置（胃ろう造設術、中心静脈カテーテル、気管切開術等）の実施件数の推移を 2013 ～ 2022 年の「NDB オープンデータ」を用いて検討。その結果、9 年間にいずれの処置（手技）も「減少傾向」にあること、特に高齢者で減少が著名であることを明らかにした。ただし、いずれも急激な減少ではなく、漸減傾向と言える（胃ろう造設術実施件数は 2016 年以降一進一退）。高齢者でこれら 3 処置が減少していることは棒グラフで視覚的に示されているだけだが、数値でも示すべきと思う。本研究では、維持透析に必要なブラッドアクセスのために実施されるシャント造設術件数も微漸していることも示しているが、これを「終末期医療で行われる手技」に含めるのは不適切と思う。

（補足）井上氏等と同じく、NDB を用いて 2014 ～ 2019 年の胃瘻造設術の推移を検討した別の研究も、「高齢者では 2014 年から 2016 年にかけて胃瘻造設総数の減少傾向がみられたが、その後は横ばいになった」と報告している（Hattori Y, et al: National trends in gastrostomy in older adults between 2014 and 2019 in Japan. *Geriatr Gerontology Int* 2022 Aug 22(8):648-652.井上氏より情報提供）。

○高橋泰「85 歳以上高齢者増と若年人口激減への医療界の対応－病院の再編と撤退に向けたガイドラインと支援策の必要性」『社会保険旬報』2025 年 4 月 21 日号：14-19 頁。

…今後の 85 歳以上高齢者増と若年人口の急減に対しては、これまでの長期入院・長期入所前提のモデルを維持することはできないとして、「国が強い方向性を示しつつ、公的病院を含めた機能再編と淘汰を行い、本当に残るべき病院を守るという病院の撤退に向けた戦略を徹底しなければならない」とし主張し、「今後の地域完結型医療を守るための道筋」を大胆に提起。物価高・人件費高騰が引き起こしている「地域に必須の中核病院ほど追い込まれる逆説」、氏が提唱する「病院削減と病院再編を支える財政支援策」、「大規模施設の長期入所モデルからの脱却」、「後期高齢者が増えても、コロナ禍明けに患者や入居者が戻ってこない現状」はよく理解できる。

団塊の世代は無理な延命を避け「枯れるような死」を望んでおり、それを支える看取りケアが必要・可能との指摘も新鮮だが、それは少なくとも当面は、大都市部に限定されているのではないかと疑問が残る。その理由は以下の 3 つ。①長期入院・長期入所の象徴とも言える胃ろう造設術実施数は 2016 年まで急減したが、その後は一進一退。このことは、全国的に見れば「枯れるような死」を望んでいる高齢者が急増してはいないことを示

唆する。②近年は高齢者の1人暮らし・高齢者夫婦単独世帯が急増するなどして、家族の介護力が大幅に低下しており、自宅での看取りは極めて困難になっている（私は地元の町内会長を3年以上務めており、民生委員と連携して、町内の死亡者は全例把握しているが、この間、年齢を問わず自宅での看取りはゼロ（「孤立死」は少数ある）。③社会的レベルで見た自宅での看取り（医療・看護・介護）費用（公的費用＋私費費用）は長期入所より高いことは医療経済学の常識。家族介護が期待できない場合、公的費用に限定しても、自宅の看取りの方が長期入所よりも高くなる。

○小塩隆士「所得格差は医療サービスの受給に影響するか」『週刊社会保障』2025年4月21日号：26-27頁。

…冒頭、「高額療養費制度をめぐる騒動」に関連して、「政府が進める『異次元の少子化対策』には否定的」、「政策としての体をなしていない『異次元の少子化対策』の財源確保のためにとしてそれ〔医療をはじめとする社会保障給付の効率化〕をやれ、と云われても賛成しかねる」と明言。その上で、氏等が現在行っている、厚生労働省の「国民生活基礎調査」のデータを用いた医療サービスの受給面における水平的不公平の変化についての研究で以下のことが「どうやらあきらかになりつつある」と紹介：「健康格差は穏やかな拡大傾向を見せている」が、「医療サービスの受給面をみると、所得が低いほど抑えられるといった状況、あるいはそれが強まる傾向は統計上確認できない」。

氏は、この理由として、次の2つを挙げる：①70歳以上になると医療サービスの窓口負担が原則1～2割になり、現役層の3割から低くなるので、所得制約が（医療サービスのニーズが高まる）高齢者になって高くなるという状況がある程度回避されている」、②「今回問題になった高額療養費制度は、医療費が『カタストロフィック』（破局的）なほど高額になっても、所得面の制約を保険制度の枠内でなんとか軽減しようとする、重要な仕組みとして機能している」。その上で、氏は「日本の医療保険制度には、水平的不公平やその拡大を阻止する仕組みが全体として備わっていることになる」と結論づけている。氏等の研究結果とその解釈は、後期高齢者医療制度の自己負担の原則3割化（日本維新の会）や高額療養費制度の患者自己負担の大幅引き上げに対する強い反証になっていると思う。氏の研究の「最終的な結論」が得られるのが待ち望まれる。

○後藤励「医療経済評価の結果をどう活用するか～特定保健指導の費用効果分析を事例に～」『週刊社会保障』2025年4月21日号：40-45頁。

…日本の特定保健指導の医療経済評価の事例を用いて、経済的エビデンスがどのように作られていくのかをていねいに紹介し、意思決定を行う際に注意すべき点を概説している。「医学的なエビデンスの質や厳密性がある程度保たれていない場合には、経済的なエビデンスの質や厳密性はさらに大きな課題にさらされる」、特定保健指導の費用対効果の結果は「一つ一つの医学的なエビデンスを寄せ集めて作った結果なので、費用対効果の指標であるICERにはバラツキがあり、はっきりとはいえない面がある」との指摘は重要と思う。

○特集「まちづくりの中核としての中小病院経営戦略」（企画・松原由美）『病院』2025年5月号：346-385頁＋329-337頁。

…5論文と「まちづくりに取り組む病院の代名詞な存在」（松原氏）である医療法人谷田病院（熊本県甲佐町）の藤井将志事務部長への松原氏のインタビュー。松原氏の巻頭論文「**中小病院経営戦略としてのまちづくり**」は、日本の人口動態の変化を鳥瞰した上で、「まちづくりの経営戦略」・「中小病院がまちづくりに関わる必要性」を述べ、先進事例として茨城県の「志村フロイデグループ」（鈴木邦彦理事長）と愛知県のJA 愛知厚生連足助病院の活動を紹介。他の4論文は3病院・1企業の事例報告。

私は、インタビューで藤井氏が「戦略を立てないことで、事業の枠を広く設定できた」、田中志子氏（群馬県沼田市の内田病院理事長）が「ごちゃまぜの理念」を強調していることに注目・共感した。これは、医療や福祉分野だけでなく、ほとんどの公的計画で必須とされているPDCA(plan-do-check-action)サイクルに対するアンチテーゼと思う。

○（参考）原田正樹『地域福祉の基盤づくりー推進主体の形成』中央法規、2014。

…原田氏が長期間関与してきた長野県茅野市等の地域福祉計画の策定経験に基づいて、「地域福祉計画の策定そのものが地域福祉活動の一つであるという位置づけから」、計画づくりにおけるPDCAサイクル絶対化を以下のように批判。

＊「従来のPDCAサイクルによる発想では計画を作るところから始まるが、地域福祉活動そのものはすでに地域の中で綿々と蓄積されている」、「『参加と協働』を促す地域福祉計画として、従来の策定手順は一考する必要がある」（102頁）。

＊「地域福祉実践の一環として計画策定づくりが行われてきたのであって、スタートの時点では、白紙からの計画づくりであった。つまり、一般的にいわれているplan-do-seeではなく、do-see-plan-do-check-actionのサイクルといえる。繰り返しになるが、計画案そのものを地域住民自身が提案していくところに大きな特徴がある。この点は『策定指針』や『全社協報告』で示されている手順と異なる点である」（145頁）。

原田氏は、2025年3月24日の**地域共生社会の在り方検討会議（第9回）提出資料『論点整理（案）について』の意見**でもPDCAを正面から批判。これは極めて重要な発言だが、専門紙誌ではまったく報じられていないので、以下に全文を紹介（ウェブには公開）：＜地域福祉計画にもとづいて関係者が進行管理を協議して「検証・見直し」について共有していく過程は必要である。ただし評価サイクルがPDCAでよいかは疑問である。これまでもPDCAにすることで、評価できる基準だけが先行し、結果として課題解決だけが優先されてきた。伴走型支援であるとか、体制構築（連携）や地域づくりは常に対象が固定化しているわけではなく、かつプロセスを重視しようとするものである故に、PDCAサイクルには馴染まないことが多い。／ただしそのことは評価や指標が必要ないということではない。数値化できにくいものについては、ナラティブに対応事例（個人情報保護は前提）を市民に対して公表するなど、当該事業の取り組みについて説明責任を果たす必要はある。＞

C. 政治・経済・社会関連

○清水洋『イノベーションの科学 創造する人・破壊される人』中公新書,2024年11月。

…イノベーションにおける創造と破壊の両面を「人」の視点から見て、より上手く、より効果的にイノベーションと付き合い、創造するにはどうすれば良いのか、破壊されないためには何をなすべきなのか、そして包摂的な社会をつくるには何が鍵となるのかを考えている。全7章。イノベーションの初級教科書とも言え、各章末に「まとめ」も付けられて

いる。私は特に、第3章「破壊される人は誰か」、第5章「アメリカ型をまねするな」が興味深かった。

○河野龍太郎『日本経済の視角 収奪的システムを解き明かす』ちくま新書,2025年2月。
…高名なエコノミストによる出色の日本の経済構造の分析書。全7章。第1章では、前著『成長の臨界』（2022年。私は未読）に続き、「儲かっても溜め込んで、実質賃金の引き上げも、人的資本投資にも慎重な大企業が長期停滞の元凶であること」を、一般読者向けに分かりやすく説明している。第2章「定期昇給の下での実質ゼロベアの罫」、第3章「対外直接投資の落とし穴」、第4章「労働市場の構造変化と日銀の2つの誤算」、第5章「労働法制変更のマクロ経済への衝撃」、第6章「コーポレートガバナンス改革の陥穽と長期雇用制の行方」は、一般読者にはやや難しいかもしれない。第7章は、18世紀以降のイノベーションの歴史を振り返り、イノベーションは本来、野性的で収奪的なものであり、恩恵が一部の人に偏り、むしろ多くの人を苦しめることを示した上で、イノベーションを「社会が飼い慣らすための包摂的な制度作りが必要」と主張。この視点は非常に魅力的だが、まだスケッチ的。第1章と第7章中心の「煙管読み」でも得るものは多いと思う。

○上野千鶴子『アンチ・アンチエイジングの思想ーボーヴォワール「老い」を読む』みすず書房,2025年4月。

…日本のフェミズム研究のフロントランナーの上野氏は50代に入ったときに高齢者の介護問題に足を踏み入れ、それ以来20年以上、「学生を引き連れて現場に赴」き、「彼らと共にフィールドワークをし、データを集め、討論」してきた（110頁）。本書はその蓄積を踏まえた渾身のエイジズム（老人差別）批判書。全15章。タイトルは「アンチ・アンチエイジズム」だが、アンチ・エイジングを正面から批判しているのは第11章だけで、大半はエイジズムの批判。第1章は序章、第2章「老いは文明のスキャンダルである」～第8章「女性の老い」は、ボーヴォワールの名著『老い』（1970）の詳細な「評論」で、同書の記述をていねいに紹介・分析すると共に（すべての引用文に翻訳書のページ数を明記）、同書以降の国内外の研究・言説を幅広く紹介し、時に厳しく批判している。第9章「高齢者福祉の起源」～第15章『『自立神話』を超えて』は、上野氏の今までのエイジズム批判の集大成と言える。ボーヴォワールと上野氏の博覧強記ぶりには圧倒される。

第9章で、上野氏は、アンチ・セクシズムが「女も男と変わらない。男にできることはすべてできる」という方向と、「女は男と違う。同じようにはできない。だからといって差別される理由はない」という二つの方向に引き裂かれたのと同じように、アンチ・エイジズムも「まだまだ若い」「年寄り扱いするな」という高齢者のイメージをポジティブに更新するアンチ・エイジズムと「老い衰えて弱くなった」「その何が悪い」という弱さを受容するアンチ・エイジズムの二つの方向に分かれたと指摘し（224-225頁）、本書全体で前者を繰り返して批判し、後者を支持している。例：「突然死の思想こそ、PPK（ぴんぴんころり）こと、究極のアンチエイジングの思想」（216頁）。

私が一番注目・共感したのは第13章『死の自己決定』はあるか」で、「死の自己決定権」・「死の権利」や安楽死・尊厳死を厳しく批判していること。一番痛快だったのは、「わたしがもっとも嫌いな言葉は『認知症予防』」と言い切っていること（269頁）。第15章の、

近代リベラリズムやリベラリズム法学が「虚構の上に成り立っている」との批判も鋭い。これらを含めて、私は上野氏の事実認識と価値判断のほとんどに同意・賛成するが、「超高齢社会の死は、予期できる死、ゆっくり死」(296 頁)は事実誤認と思う(その理由は『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017,36 頁)。

○上野千鶴子『100 分de名著 ポーヴォワール 老い 年齢にあらがわない』NHK テキスト 2021 年 7 月。

…上掲書のベースになった NHK テレビ番組のテキスト。①老いをする仕組み、②さまざまな社会や職業の老い、③老いと性、④老いの社会保障という 4 つの視点から『老い』を読解。厳密な記述の上掲書よりはるかに読みやすく、薄い本(104 頁)なので、一気に読める。『老い』の解釈と同程度に、上野氏自身の「老い」についての理解や主張も率直に書いている。「徹底的なリアリスト」、「正直であることを自分に課した人」、「本当に潔い人」、そして驚くべき「先見性」のポーヴォワールへの上野氏の畏敬の念が伝わってくる。

○成田悠輔・上野千鶴子「(対談) あなたは世代間対立をあおっています(連載・成田悠輔の聞かれちゃいけない話・第 3 回)」『文藝春秋』2025 年 5 月号: 276-283 頁。

…団塊の世代でフェミニズムの旗手である上野氏と、『22 世紀の民主主義』の「高齢者集団自決」論で輦轡を買いつつ、若者の強い支持を集める 39 歳の経済学者・起業家である成田氏とのガチンコ対談を期待して読んだが、二人の人間力・学識の格差だけでなく、対談に向けての準備面での格差も歴然としている(上野氏は成田氏の 2 冊の著書を読み込んで対談に臨んだのに対して、成田氏はおおらく「手ぶら」で参加)。それでも、成田氏は、対談前半では、「Yes, but」話法・相対化法で上野氏の批判をかわしているが、後半では上野氏の鋭い批判にサンドバック状態。例えば、成田氏が古色蒼然たる「市場対国家」の二分法に基づいて「国家が市場を制御することが難しくなっている印象」を語るのに対して、上野氏は「今起きているのはむしろ『国家の逆襲』です」と否定し、成田氏もあっさりそれを認める。上野氏の迫力に圧倒されたためか、成田氏は「[安楽死は] 必要だと思っていな

いですし、安楽死制度の実現を望んでいません」、「介護保険や高額療養費制度のありがたさは、親族の介護や病気を通じて実感しています」とも発言。成田氏の著書は(私はこの対談を読んで読む価値がないと判断したが)、氏の「つい悪役になりたくなる」性癖を頭に置きながら読む必要があると思った。

○特集「ビッグテックと権力」『世界』2025 年 5 月号: 173-208 頁。

… 2025 年 1 月 20 日のトランプ大統領就任式に超巨大企業のトップたちがそろって出席し、しかも彼らはひな壇で大統領に一番近い席を与えられた。このようなトランプ大統領とビッグテック業界の蜜月ぶりが意味することを批判的に分析した 4 論文を掲載。私は、橋本努「テック起業家たちのイデオロギー—イーロン・マスクとピーター・ティール」と、小林泰明「トランプと『テック・オルガルヒ』との危険な関係」を読んでゾッとした。

+○橘玲『テクノ・リバタリアン 世界を変える唯一の思想』文春新書,2024 年 3 月。

…著者によると、テクノ・リバタリアンとは、「道徳的・政治的価値のなかで自由をもっとも重要だと考え」るリバタリアン「のなかできわめて高い論理・数学的知能をもつ」天才たちで、「人工国家」であるアメリカの「シリコンバレーという唯一無二

の特別の場所で生まれた」とのこと。著者はそれをイーロン・マスク等の「第一世代」とサム・アルトマン等の「第二世代」に分けて、それぞれの思想・志向を（まとまりなく）描いている。本書の副題にあるように、著者はこの思想が「世界を変える唯一の思想」と主張しているが、その根拠は示しておらず、独りよがり。イーロン・マスクが代表を務めるニューラリンク社が開発している、脳に埋め込んだ記録用電極でその人の意図を読み取ることでロボットやコンピューターを遠隔制御するシステムが、ほぼ秘密裏に行われている人体実験であることには、もちろん触れていない（池谷裕二「闘論席」『週刊エコノミスト』2024年5月7日号：3頁）。（「ゼミ通信」75号（2024年5月）から再掲）

○「総力大特集 『保守』とは何か」&「『日本保守党』問題」『月刊 HANADA』2025年5月号。

…両方で10論文の大特集で、安倍晋三元首相暗殺後の「保守派の内紛と近親憎悪」（小川榮太郎。48頁）がよく分かる。例えば、2025年の総選挙で日本保守党から立候補し、その後離党した飯山陽氏は、同党の百田尚樹代表を「80歳以上をぼけ老人と嘲笑う偽善者」と罵倒する（152頁）。保守派の重鎮である小川榮太郎氏は「保守派よ、人の道に戻ろう」で、冒頭、「いわゆる保守派のなかでも、近年とみに考え方の相違や対立による感情的な攻撃の応酬が絶えない」と嘆いているが、これはかつて左派の特徴・弱点と批判されていたこと。

特集以外で驚いたことは、櫻井よしこ氏が安倍晋三氏に「初めて会った頃から勉強熱心でした。ある時、エンゲルスの『家族、私有財産および国家の起源』という本を薦められたんです」と回顧していること（「安倍ログ 安倍総理ゆかりの人を訪ねて」第4回：298頁）。