

2025年7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252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。

252号の目次は以下の通りです(24頁)

1. 論文：診療報酬単価が1点10円に固定された経緯を探る(二木教授の医療時評(234号))  
『文化連情報』2025年7月号(568号):30-36頁) ……………2頁
2. 最近発表した興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算232回:2025年分その4:7論文) ……9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その246)ー最近知った名言・警句……………14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50回) ……………16頁

### お知らせ

論文「『骨太方針2025』の医療・社会保障改革方針をどう読むか?」を『日本医事新報』2025年7月5日号(5280号)に掲載します。本「ニュースレター」253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：診療報酬単価が1点10円に固定された経緯を探る

(「二木教授の医療時評 (233号)」『文化連情報』2025年7月号 (568号) :30-36頁)

## はじめに－62年ぶりの単価変動制の提案

日本医師会（以下、日医）や病院団体は、医療経営の危機的状況を打開するため、「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」との社会保障予算の目安対応の廃止や、賃金・物価の上昇に対応可能な診療報酬における新たな仕組みの導入等を要望しています。私もそれに大賛成ですが、日医等はまだ「新たな仕組み」の具体案は示していません。

それに対し、島崎謙治国際医療福祉大学大学院教授は本年2月出版の新著『日本の国民皆保険』で、「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」を発表しました(1:278頁)。翌3月30日の日医代議員会でも、加藤雅通代議員（愛知）が「関連（個人）質問」で、1点単価を物価上昇に応じてスライドさせる手法の検討を提案・質問しました（「愛知医報」2238号:6-7頁、5月15日）。尾崎治夫東京都医師会長も最近の記者との意見交換会で、「物価高に対応して（診療報酬点数単価を）変更することにはありだ」と発言したと報じられました（『社会保険旬報』2963号：42頁、5月11日）。このような提案がなされるのは1958年に診療報酬単価が10円に固定され、1963年に日医が単価引き上げ要求を否定して以来、実に62年ぶりです。

代議員会では、診療報酬担当の城守国斗常任理事は「『1点＝10円』という基準は非常に重要であり、これを変更することで、デフレや他の変動要因が生じた際に点数を容易に変えられる可能性がある」と否定的に答弁し、松本吉郎会長も同じニュアンスではあるものの、「単価の問題は功罪相半ばする難しい問題」「相当慎重な議論が必要」とやや含みを持たせて答弁しました。

私も1点単価変動制は、近年の賃金・物価の上昇に対応した「新たな仕組み」の1つと考えています。しかし、1958年に診療報酬単価が10円に固定され、1963年に日医が単価引き上げ要求を否定したことは、現在ではほとんど忘れられています。広井良典氏と西村万里子氏は、それぞれ優れた「診療報酬の政治経済学」、「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察」を発表していますが、この点についてはほとんど触れていません(2,3)。日本医師会「健康保険診療報酬単価の歴史」と有岡二郎『戦後医療の五十年』は、それぞれ、1958年に単価が10円に固定されるまでの詳細な事実経過と生々しい「舞台裏」を書いています。その後、日医が単価引き上げ要求を否定したことについては触れていません(4,5)。有岡氏がまとめた「日本医師会通史」も同じです(6)。

そこで本稿では、以上の経緯と理由を、1957～63年の日医の公式文書（『日本医師会雑誌』、「日医ニュース」、『国民医療年鑑』）と専門誌（『日本醫事新報』『社会保険旬報』『週刊社会保障』）の記事・論説、及びこの点についての記載のある図書を用いて、探索的に検討します。記述の正確さを担保するため、文献欄だけでなく、本文中にも多くの文献（雑誌記事等）を示すため、読みにくくなりますが、ご容赦下さい。「細かいことにこだわるのが僕の悪い癖」です（テレビドラマ「相棒」の杉下右京警部）。

## 1942～58年までは単価変動制だった

日本の健康保険制度は1927年に政府管掌健康保険と組合管掌健康保険の二本建てで開始されました。両者の診療報酬支払い方式は異なり、前者では政府と日医との団体契約（請負）方式でしたが、1942年の健康保険法改正により、両保険とも単価が全国的に公定化されました。その後、一時、地域的・人的考慮が復活しましたが、1948年から再び全国統一単価に戻され、この「単価変動」方式は1958年まで続きました(3:38-45頁)。ただし、地域差は残り、1963年によりやく撤廃されました(7)。

単価変動方式は「点数・単価方式」とも呼ばれ、「医療行為別の報酬を一定の点数で表わし、これと1点単価とを乗じて診療報酬額とする制度」で、「特定の医療行為について変動があった場合には、各診療行為間の均衡のために点数改訂が行われ、物価変動などの全診療行為に一樣な影響がおきたような場合には、単価改訂が行われ」ました(8)。

ただし、現実には、単価は政府の財政難と保険者の強い抵抗により、物価・賃金が大幅上昇したにもかかわらず、ごくわずかの引き上げにとどまり、特に1951年以降、単価は長期間据え置かれました(甲地12円50銭、乙地11円50銭)。

この事態を打開するため、1957年4月に会長に就任した武見太郎氏率いる日医は同年8月、1点単価を税抜きで18円46銭に引き上げる要求をまとめ、全国運動を展開しました(4)。この要求の根拠になった「医療の構造的特性と適正単価」は、近代経済学者(藤井隆氏)の協力も得て、独自の医業経済実態調査と理論的検討を踏まえており、「適正単価」には減価償却費(再生産費用)と研修費用も含まれていました(9,10)。日本の医療経済学の草分けである江見康一氏も、後年、この「研究は、診療報酬の理論値の算定に、近代経済学の手法が適用されたという点で注目し値する」と高く評価しました(11)。

### 厚生省は1957年に1点10円への固定を提案し、翌年実現

厚生省はそれに対抗して、1957年8月、中医協での合意・答申を待たず省主導で、1点単価を10円に固定した上で、点数表を甲表・乙表にして点数改定を行う「厚生省事務局案」を提示しました。点数を固定する理由として、「医療技術を高く評価するとともに、医療担当者の事務的負担を大幅に軽減し、あわせて診療報酬審査事務を徹底的に簡素化する」ことが挙げられました(4:794頁)。

当時、保険局医療課で厚生省案作成に関与した大村潤四郎氏(技官)は、後日、座談会で、以下のように証言しています。「時の保険局長の高田正己さんなんか、『単価は10円、いいな簡単で……』。そういう調子で、何か点数と単価が両方からみ合って、点数改定がめんどくさくてしょうがないから、単価を10円にして固定しよう、そういうような空気でした」(12)。橋本寿三男氏(前厚生省病院管理研究所長)も、同じ座談会で「経済的問題を、医療問題にすりかえた結果になったと私は思う」と証言しています。

それに対して、日医は「単価こそ医療費を構成する諸要素の変動に応じて改訂しなければならない」、「点数単価方式の基本である単価の経済的意義を抹殺する許し得ない過誤を犯している」と厳しく批判し、撤回を要求しました(4:804頁)。1957年12月の全理事会で、武見会長は「日医としては最小限単価を先ず引上げ、然る後1カ年位の間に新しい合理的な支払い方式を検討して1年後にそれを実施するという所までしか譲歩で

きない」と述べました（『日本医師会雑誌』39巻3号：193-194頁、1958年2月1日）。

日医はその後、与党政治家をも巻き込んで激しい闘争を展開しましたが、最後は政府・厚生省に「押し切られ」、1958年10月、「新医療費体系」（甲乙二表の診療報酬）導入時に、1点単価は10円に固定されました（『日本醫事新報』1784号：77頁、1958年7月5日、(5):156頁）。

### **日医はその後単価引き上げを要求**

ただし、その際、武見会長は「新医療費体系」導入直前の厚生大臣との個別交渉で、「単価は10円とするが、将来にわたり、これを固執することはしないとともに、これに経済的要素を含ませて考究する」を含む3項目の「メモ」を交換し、これで「一本とった」とほくそ笑みました（(5)：157頁、(9)）。

そのため、日医はその後、1点単価引き上げを要求し続けました。具体的には、1960年8月に厚生大臣に宛て、1点単価の引き上げを含む4項目の要望書を提出しました。しかしこれは1961年度予算案では顧慮されなかったため、日医は政府・自民党の認識を改めさせるため、1961年2月に全国一斉休診を敢行し、さらに再度の全国一斉休診と保険医総辞退を通告しました。その後、自民党三役との会談の結果、制限診療の緩和が合意されたため、日医は急遽 総辞退を取りやめ、7月の診療報酬改定で1点10円に固定したままの診療報酬引き上げが行われました（6:71-78頁）。

### **武見会長・日医は1963年に突然再診料新設要求に転換**

ところが、武見会長・日医は1963年1～3月に、突然、点数単価引き上げ要求を放棄し、再診料10点の新設要求に方針転換しました。具体的には、日医は同年1月22日に厚生大臣に、医療費の緊急是正と再診料10点の新設を要求する要望書を出し、長年求めてきた単価引き上げを取り下げました。この方針は3月の代議員会で承認され、武見会長は挨拶の中で以下のように述べました。「点数単価方式は大巾な変革を必要とし、単なる単価引上げは医師の技術評価を中心とした方式よりはるかに劣るものであり、再診料10点加算に全医界の総意を結集したい」（『日本醫事新報』2031号：84頁、1963年3月30日）。

武見会長は、その後、再診料新設要求の根拠として「公共料金としての診療報酬」論を主張しました(13)。そこで、武見会長は以下の3段論法(?)を述べました。①「国民皆保険が法律で決定している以上は、国民皆保険で支払われる料金は完全なる公共料金である」。②「公共料金というものは、基本料金と度数料金あるいは数量料金がある」、③再診料・「診療報酬は基礎料金であるところの技術料を算定しなきゃなりません」(②の「基本料金」と③の「基礎料金」は同じと思われます)。

私は、再診料を「技術料として算定」すべきとの主張・要求は画期的と思いますが、武見会長は1点単価の引き上げを否定・放棄する理由は示しませんでした。逆に、「単価というものは経済の変動に対応して単価を動かすということで〔政府と〕交換文書をちゃんと約束した」、「物価の変動に対応いたしましては点数・単価で改訂していく」との従来主張も繰り返しました。

武見会長が、日医が長年求めてきた単価引き上げを突然撤回した直接の動機は、それが

政治的に実現不可能と判断したためと思います。しかし私は、より根本的には、誇り高い医師である武見氏は、個人的には以前から、一般労働者が要求する物価上昇に対応した賃金引き上げと同じ論理の単価引き上げに批判的であったためと推察します。

実は、武見氏は日医副会長だった 1954 年 3 月、関西医師会連合を中心とする 19 県の医師会幹部が「単価引き上げと地域差撤廃」を議題として臨時代議員会を開催するよう要求した時、彼らと激しく言い合い、辞表を叩きつけて退席し、その後「単価引き上げ強硬派を非難する談話」を公表したことがありました（(14)、(5):70-71 頁）。

武見氏は、副会長時に、単価引き上げの代わりに、保険診療収入に対する所得課税を圧縮して、開業医の実質的な所得増を図り、事態を乗り切ろうとしていました（5:71 頁）。そのための法改正（28%課税、「医師優遇税制」）は 1955 年に実現しましたが、武見会長は、後に、法改正は 1951 年暮れに、武見氏が吉田茂元首相の別邸に往診に来ていた時に、偶然会った池田勇人蔵相との話し合いが契機になって実現したと証言しています（9:36-40 頁）。

### 武見会長は単価引き上げ要求を「単価乞食」と批判

その後、武見会長・日医は「再診料新設要求」に純化し、（再診料新設と併せて）1 点単価引き上げを要求する保険医協会等を「単価乞食」と激しく批判しました。これの初出は「日医ニュース」48 号（1963 年 9 月 30 日）のコラム「表と裏」です：「日進月歩の医学の進歩の中で、十年一日単価乞食を保険医協会と言う」。武見会長自身も翌月に発表した小論で、「当時 [1951 年から 1957 年—二木] の単価引上げ運動はいわば厚生省と保険者にモノ乞いする乞食運動に過ぎなかった」と書き、かつての日医自身の運動を否定しました（15）。私はこの表現には、1963 年当時もそれを要求していた保険医協会等を批判する含意があったと思います。

「単価乞食」という表現には多くの批判があり、横須賀三浦医師会は全理事会一致で、「品位を欠いた日医ニュース」に対し警告文を提出しました（16）。上石一男氏（医師）も、「日医ニュース」に見られる「常軌を逸した言論統制は、その動機は兎も角として、戦時中の大政翼賛会のそれに優るとも劣らない」と厳しく批判しました（17）。以前から「単価闘争」を活動の柱としていた各府県の保険医協会も、武見会長・日医の方針転換と「単価乞食」発言に激しく反発しました（18,19）。

しかし「単価乞食」は品位に欠ける反面、インパクトが強いこともあり、1963～64 年を中心に、『日本醫事新報』・『社会保険旬報』・『週刊社会保障』等で繰り返し引用され、「武見語録」の一つとして定着しました。武見会長は 1972 年まで、保険医協会等を「退歩主義医師団」、「単価乞食」と罵倒しました（20）。

### 単価引き上げ運動の消滅と厚生省の点数操作

日医の要求にもかかわらず、再診料 10 点新設の壁は厚く、ようやく実現したのは 1970 年でした（乙表）（21）。

他面、1966～77 年には緩やかなスライド制が導入されたため、賃金・物価の上昇に対応して診療報酬は相当引き上げられました（2,3）。各都道府県の保険医協会の連合組織である保団連（全国保険医団体連合会）は 1969 年に結成されましたが、当初の日医との対決姿勢から、徐々に「日医との共通部分を広げながら活動する方針」に移行し、

単価引き上げも正面からは掲げなくなりました(22)。

他面、1点単価の固定により、厚生省は毎回の診療報酬改定時の点数操作により、医療機関の誘導を行うようになりました。この点について、小山路男氏は1985年に「診療報酬改定のたびに、点数の割りつけを変えることによって医療のビヘイビアを好ましい方向に誘導しようという努力は絶えず行われていた」と好意的に(?)評価しました(23)。

逆に川上武氏は翌1986年に、以下のような厳しい評価をしました。1958年の医療費改訂は「技術進歩の点数表への吸収という面で、完全に科学性を喪失し、技術進歩の経済評価として将来に重大な禍根を残した。この側面を厚生官僚が見落としたのではなく、点数改正が医療の官僚支配の武器として有効になることを意識し、表面的にはそれをあいまいにして政策決定をしたとしか思えない」、「実質的には点数改正に厚生省の政策意図が介入する余地が多くなり、医療経済学の実証的(統計的)研究に際して、技術論的アプローチが非常に困難になってしまった」(24)。この批判は、今後、診療報酬改定方式の改革を行う上での重要な問題提起と思います。島崎謙治氏も新著で、「1点単価固定制が採られてきた最大の理由は、点数操作を通じた政策誘導の裁量性を確保することにあった」と評価しています(1:277頁)。

なお、私は1点単価固定後の厚生(労働)省の主な診療報酬誘導策の結果を検証し、「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」ことを見いだしています(25)。

### **おわりにー単価変動制の復活は選択肢の1つだが…**

以上のように、厚生省が1958年に1点単価を10円に固定した理由は(表向き)きわめて実務的であり、日医が1963年以降単価引き上げ要求を放棄・否定した理由も(私には)説得力に欠けると思います。そのため、私は、1点単価変動制の復活は、「賃金・物価の上昇に対応可能な診療報酬等における新たな仕組み」の選択肢の1つとして十分検討に値すると思います。

島崎謙治氏によると、「日本の医療保険制度をモデルにした韓国では1点単価固定制が採られてきたが、2001年度から1点単価変動制が導入され、毎年の物価・人件費の変動は換算指数(日本の1点単価に相当)で調整されている」そうです(1:276頁)。

ただし、1951～58年の7年間も診療報酬引き上げが見送られたことに示されるように、単価変動制は自動的に診療報酬の引き上げを保証するものではありません。そのため、再導入する場合には、単価変動ルールの明確化・見える化が不可欠で、しかも医療費総枠引き上げの国民的合意が必要だと考えます。もう一つ、1点単価変動制はあくまで全国一律で導入するものであり、財務省の提唱している地域別診療報酬とは全く異なることを強調して、本稿を終わります。

**謝辞：**文献の探索・収集にご協力いただいた、末田邦子氏(愛知淑徳大学教授)、高橋太氏(神奈川県保険医協会医療政策研究室)、森井大一氏(日本医師会総合政策研究機構主席研究員)、山崎隆志氏(日本医事新報社事業統括局)に感謝します(あいうえお順)。

[本稿は、『日本医事新報』2025年6月7日号(5276号)に掲載した「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？」に大幅に加筆したものです。

## 文献

- (1) 島崎謙治『日本の国民皆保険』ちくま新書、2025。
- (2) 広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社、1994、第4章「診療報酬の政治経済学」(93-126頁)。
- (3) 西村万里子「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察－医療費の規定要因：診療報酬改定率の決定と医療政策－」。社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会、1996、37-70頁。
- (4) 「健康保険診療報酬単価の歴史」『日本医師会雑誌』48巻9号：691-913頁、1962年11月1日。
- (5) 有岡二郎『戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社、1997、138-160頁
- (6) 有岡二郎「日本医師会通史」(日本医師会創立記念誌－日本医師会戦後五十年のあゆみ)、日本医師会ホームページに公開。
- (7) 二本立「診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を探る」『文化連青報』2025年1月号(562号)：3238頁。
- (8) 川上武『日本の医者 現代医療構造の分析』勁草書房、1961、239-249頁。
- (9) 武見太郎著、有岡二郎(聞き書き)『実録日本医師会』朝日出版社、1983、61-72頁。
- (10) 「診療報酬(支払方式)の歴史と展望」。日本医師会編『国民医療年鑑 医業白書一昭和39年版』春秋社、1964、180-184頁。
- (11) 江見康一「診療報酬の分析視角」。社会保障研究所編『医療システム論』東京大学出版会、1985、31-48頁。
- (12) 小山路男編著『戦後医療保障の証言』総合労働研究所、1985、175頁。
- (13) 武見太郎「公共料金としての診療報酬」『日本医師会雑誌』50巻9号：693-698頁、1963年11月1日。
- (14) 武見太郎「余は何故に辞職したか」『日本医事新報』1558号：40頁、1954年3月6日。
- (15) 武見太郎「医療体系の確立」『日本医事新報』2061号：86頁、1963年10月26日。
- (16) 「品位を欠いた日医ニュースに横須賀三浦医師会が警告」『日本医事新報』2060号(首都圏版)：1頁、1963年10月19日。
- (17) 上石一男「武見日医執行部の政策を批判し、紳士の退陣を要望する」『日本医事新報』2079号：77-79頁、1964年2月29日。
- (18) 全国保険医団体連合会編『戦後開業医運動の歴史 1945～1995』労働旬報社、1995、170-182、550-589頁。
- (19) 大阪府保険医協会の歩み編纂委員会編『大阪府保険医協会の歩み 戦後開業医運動の原点』大阪府保険医協会、1984、299-301、466-472頁。
- (20) 武見太郎『寸鉄醫言』日本医事新報社、1972、38頁。
- (21) アーカイブ制作班編『診療報酬アーカイブス 1950－2014年－中央社会保険医療協議会診療報酬改定の軌跡』医薬情報研究所、2015。

- (22) 「(潮流) 設立十周年を迎えた保団連」『社会保険旬報』1281号：14-15頁、1979年3月11日。
- (23) 小山路男「医療問題の背景」。社会保障研究所編『医療システム論』東京大学出版会、1985、1-14頁。
- (24) 川上武『技術進歩と医療費－医療経済論』勁草書房、1986、362-363頁。
- (25) 二木立「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」『文化連情報』2025年3月号(564号)：28-36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

### 232回)(2025年分その4:7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± $\alpha$ の順。論文名の邦訳の[ ]は私の補足。

#### ○第二期トランプ政権:ヨーロッパの医療政策立案者のための課題と好機の政策分析

Greer SL, et al: The second Trump administration: A policy analysis of challenges and opportunities for European health policymakers. Health Policy 158 (August 2025) 105350, 8 pages [政策研究]

第二期トランプ政権はすでに国内政策の大改革を実施しているが、それらは世界の健康と医療政策にも影響を与えている。European Observatory on Health Systems and Policies (WHO 欧州地域事務所が主催する、ヨーロッパの保健システムと政策に関する情報収集、分析、共有を行うための機関)が開発した「医療制度パフォーマンス評価分類」を用いて、アメリカの行動がヨーロッパ諸国及びEU(イギリスとスイス等は含まれない)の医療制度・政策に影響する分野を同定した。アメリカの行動を理解するために、大統領令だけでなく、共和党の大統領選挙公約、Agenda 47、Project 2025 も用いた。

その結果、以下の諸分野を同定した:財政、資源生成(規制、ワクチン、AI、サプライチェーンのレジリエンス、労働力、教育)、及びガバナンス(地政学的混乱、環境、アメリカのWHOからの脱退、海外援助)。次に、アメリカの行動がヨーロッパ諸国またはEUにとって自国の医療政策を強化するための好機と脅威になり得ること、及び確実に脅威になっていることを同定した。第二期トランプ政権はヨーロッパの各国政府に様々な分野で強い要求をしており、それらは各国の財政余力及び医療制度や(医療分野への)新事業への投資意欲を制約する危険がある。しかし、多国間主義、パンデミック対応、研究、教育、及び途上国支援(特に、ジェンダーや性と生殖に関する健康領域)でのアメリカの投資削減はすべて、ヨーロッパの政策立案者が自国の医療制度、健康関連の経済部門、及び国際保健のガバナンスで影響力を強めるための好機にもなる。

**二木コメント**第二期トランプ政権がヨーロッパ・EUの医療政策に与える影響を明確な枠組みで分析的に予測したタイムリーな論文です。本文には「ヨーロッパの医療政策立案者にとっての好機と脅威」の大変分かりやすい一覧表も付いています。脅威を「潜在的脅威」と「重大ですでに確認されている脅威」に分けていること、及び脅威だけでなく「ヨーロッパの医療政策を強めるための好機」も指摘している複眼的視点も有用・有効と思います。トランプ政権の医療政策を国際的な影響の視点から検討する視点も新鮮です。ただし、本論文は2、3月に投稿、再投稿されたため、トランプ大統領が4月2日に発表した「トランプ関税」と4月15日に署名した「米国民を再び最優先して医薬品価格を引き下げる」大統領令には触れていません。なお、本論文の執筆者は6人で、そのうち3人がアメリカのミシガン大学所属、3人がベルギー・ブリュッセルのEuropean Observatory on Health Systems and Policies 所属です。

## ○イングランドNHS改革の10か年計画 集中治療 労働党[政権]はNHSを救う好機を得ており、それに失敗してはならない

Britain's ten-year health plan Intensive care Labour has an opportunity to save the NHS. It must not falter. The Economist May 31, 2025:pp.9,44-45 [レポート]

…イギリスの労働党政権が6月に発表予定のイングランドNHS改革の「10か年計画」についての詳細な論評です。改革は、①病院から地域へのシフト、②治療から予防へのシフト、③医療のデジタル化の3本柱です。同誌は、それに新鮮味はないが合理的であると評価しつつも、それを実現するためには次の3つのリスクがあると指摘しています：①短期主義、②権力が乱用される危険、③資金投入なしの改革。

私は、レポートに書かれているNHSの以下の悲惨な事実で改めて驚きました。国民のNHS満足度は、2010年には70%だったが、2024年には24%にまで激減している。入院待ち患者はコロナパンデミックで2倍化して、740万人に達した後も高止まりしている。NHS病院はコロナパンデミック中「コロナ専用病院」化した（2019-2020年に膝関節手術は60%以上も減少した。EU平均の減少率は20%弱）。GP受診を予約しようとなんども電話してもほとんど通じないので、患者は直接病院の救急外来を受診するようになり、ブリテンの救急外来受診率はオランダの2倍になっている。平均寿命は西ヨーロッパ諸国の中で最下位になっている等。

医療DXで費用が削減できるとの日本の自民公明維新の三党合意と異なり、デジタル化のためには新たな費用投入が必要と明記していることにも注目しました：アナログからデジタルへの転換のためには、イングランドだけで5年間で150億ポンド必要（1£=200円換算で、3兆円！）。この数字が政府の10か年計画に明記されている数字か否かは不明ですが、イギリスは医療国営であり、日本のように費用（の大半）を民間病院等に転嫁できないため、当然とも言えます。

## ○医療組織におけるデジタル化と質マネジメントとの関連：体系的文献レビュー

Rego K, et al: Relating digitalization and quality management in health care organizations: A systematic review. Health Care Management Review 50(2):112-121,2025 [文献レビュー]

質マネジメントは医療組織では内的質測定と外的質報告の重要なマネジメント機能として確立している。デジタル化プロセスは加速しているが、医療組織、質、質マネジメントのアウトカムは不明である。以下の問いに答えるために体系的文献レビューを行った：デジタル技術の導入がマネジメント機能として質マネジメントにどのように影響しているか、質マネジメントがデジタル化にどのように影響しているか、どんな質マネジメントのトピックスが提起されているか、デジタル化ではどのようなコンピテンシーが必要とされるのか。4つのデータベースを用いて2000～2020年に発表された文献を検索した。デジタル技術と質マネジメントをマネジメント機能、質報告、リスクマネジメントとして報告している実証研究と概念的研究の両方を含んだ。それらをPICOSとPRISMAの枠組みで分析した。

662論文を検索し、選択基準に合致したのは20論文だった。その結果、マネジメント機能としての質管理も質マネジメント自体の業務プロセスのデジタル化も、先行研究ではほ

とんど見える化されていなかった。質マネジメントのコア業務の一部だけがデジタル化と関連付けて検討されていた。デジタル化プロセスと質管理のためのコア・コンピテンシーが同定された。

**二木コメント**—論文タイトルは非常に魅力的なのですが、中身は poor です。上記要旨の最後の一文に対応する、本文の最後の3つの「実用的含意」も抽象的です。この分野の研究がほとんど進んでいない（よく言えば、研究すべき課題がたくさんある）ことを明らかにした「ネガティブ・スタディ」としては意義があるのかもしれませんが。

## ○ドイツで【法定医療保険に】2022年に導入されたデジタル健康アプリの償還価格上制限：最近の発展

Roediger H, et al: The introduction of maximum reimbursement prices for digital health applications in Germany in 2022: Current developments. Health Policy 155 (May 2025) 105284, 7 pages [政策研究]

ドイツはデジタル健康アプリの法定医療保険への統合で先駆的役割を果たしている。2019年末にデジタル医療法が成立し、2020年10月に、便益評価に合格したデジタル健康アプリは、暫定的または永続的に、法定医療保険の給付パッケージに含まれた。しかし、初年度は自由価格制だったため、事業者は高額の価格を設定した。いくつかの政策的議論の後、2022年10月に償還価格上制限が導入された。

本論文は償還価格上制限が導入された後の償還制と価格の変化を概観する。償還価格の設定プロセスを述べた上で、償還価格上制限の最初の結果を示し、利害関係者の見解を批判的に紹介する。同制度導入1年半（2024年年初）では、4つのデジタル健康アプリのみが製品別の償還価格上制限の対象になった。そのうち3つでは、事業者が設定した価格は法定医療保険の償還価格上限を下回った。そのため費用に対する影響はまだ比較的小さいが、デジタル健康アプリが増えると状況は変わる可能性もある。給付パッケージへの償還価格上限導入後の価格設定メカニズムの系統的で透明な調整により、新しいデジタル健康アプリの便益と法定医療保険の費用、及び新規性のあるデジタル健康アプリの促進とのバランスをとる必要がある。

**二木コメント**—デジタル健康アプリ（日本での呼称は「デジタル治療用アプリ」）を世界で初めて法定医療保険の給付パッケージに加えたドイツでの詳細な事例報告です。

## ○プライマリケアへの平等なアクセス—ドイツにおける【プライマリケア医の適切な】空間的配置のためのレファレンス

Haering A, et al: Equal access to primary care - A reference for spatial allocation in Germany. Health Policy 158 (August 2025) 105364, 7 pages [量的研究（シミュレーション）]

プライマリケアへの平等なアクセスは、信頼される医療制度にとって本質的に重要であり、それは健康アウトカムに影響し、（病院が行う）フォローアップ診療を減らし、総医療費を減少させる。しかし、アクセスの不平等は、プライマリケア医の地理的に不均等な分布により、ドイツでも問題になり続けている。ドイツにおけるプライマリケア医の地域的分布を調査し、地域的不均衡を観測可能なインフラと環境の特性でどの程度説明可能かを分析した。この研究上の問いに答えるために、グリーディー法（貪欲法。最適化問題を解

くためのアルゴリズム設計戦略の一つで、各ステップで局所的に最適な選択を繰り返し、最終的に全体として最適解を得ようとする方法)により、ドイツ全土の1キロメートル四方の非常に狭い空間データを分析した。最小二乗法回帰分析とワカハ・ブラインダー分解により、プライマリケア医のレファレンス配置を現状(status quo)と比較した。

その結果、ドイツ全体でのプライマリケア医不足は約6%であり、特に農村部で深刻であることが明らかになった。都市部・農村部間のプライマリケア医配置の不均衡の一部は部分的には地域の購買力や学校数などの要因で説明できたが、不均衡の大きな部分は説明できなかった。本研究はアルゴリズムに基づくレファレンス配分とインフラ・環境特性が地域のプライマリケア医の不均衡に与える影響の分析に基づいて、プライマリケア医配置計画を改善するためのアイデアを提供する。それ以外の健康規定要因を除外したとの限界はあるが、これはターゲットをより明確にした政策を開発するための基礎になる。

**二木コメント**—論文タイトルは魅力的であり、グリーディー法やワカハ・ブラインダー分解等を用いて、1キロメートル四方の空間データを分析する研究手法にも新規性があると思いますが、結果はありふれていると感じました。

## ○ [アメリカにおける] 社会経済的に恵まれない人々の2018-2022年の回避可能ではない疾患の救急外来受診は [恵まれた人々より] 過少かもしれない

Leuchter RK, et al: Socioeconomically disadvantaged groups may have underused the emergency department for nonavoidable visits, 2018-22. Health Affairs 44(3):322-333,2025 [量的研究]

コロナパンデミック前の数十年間、社会経済的に恵まれない人々の救急外来(ED)受診は、恵まれている人々に比べて急速に増加しており、それは多くの場合(無保険または低保険により)彼らの診療所受診が制約されているためであった。しかし、コロナパンデミックがED受診面での社会経済的格差に継続的影響を与えたか否かは分かっていない。アメリカの多数の医療保険の診療報酬請求データを用いて、救急外来受診の後方視的コホート研究を行った。差の差分法により、2020年3月~2022年8月(パンデミック期)と2018年3月~2019年8月(パンデミック前)とのED受診率を比較した。

1560万件のED受診のうち、(医学的には)回避可能と判断された受診は、すべての保険加入者でパンデミック期に継続的に減少していた。回避可能ではない受診もパンデミック初期には減少したが、その後(過去のトレンドから推計した)予測受診率の95%にまで回復した。しかし、患者を医療保険別に層別化すると、この回復は民間保険と出来高払い制のメディケアの加入患者に限定されていた。メディケイド(医療扶助)受給者とメディケアとメディケイドの重複受給者では、回避可能ではない受診は予測受診率の75%にとどまっていた。以上の結果は、回避可能なED利用が減ったというプラス面があることを示唆するが、社会経済的に恵まれない人々が詳細な診断を必要とする疾患(higher-acuity illness)によるED受診を控えるという格差が同時に生じていることも示している。

**二木コメント**—アメリカにおける医療受診面での社会経済的格差が、回避可能ではない(重症)疾患での救急外来受診にも現れているとは驚きです。

## ○日本の[後期]高齢者の[コロナ]パンデミック後期[第6波と第7波]における医療利用

Fu R, et al: Healthcare utilization among Japanese older adults during later stage of prolonged pandemic. Scientific Reports (April 2025) 15:13813, 10 pages (open access) [量的研究]  
<https://www.nature.com/articles/s41598-025-98908-x>

本研究は日本の後期高齢者（75歳以上）の、公衆衛生措置（まん延防止重点措置）継続中の医療利用パターンを、Covid-19 パンデミックの後期（2021年11月～2022年9月）に焦点を当てて検討する。この期間の特徴は、オミクロン株の流行、ワクチン接種の普及、及び公衆衛生措置である。医療費請求書と所得税記録をリンクさせた189,841,257件の包括的データセットを用いて、後期高齢者の医療利用と公衆衛生措置、パンデミックの程度（severity）、及び所得レベルとの関連を分析した。

その結果、以下のような明確な利用パターンを見いだした：公衆衛生措置の期間、医療施設受診は、入院・外来とも少し（moderate）減少した。パンデミックの程度と医療利用との関連は、公衆衛生措置の実施の有無で異なっていた。医療受診の頻度は変動したが、1日当たり医療費は安定しており、このことはサービス提供密度が一定であることを示している。一般医療（医科）では、所得レベルによる医療受診パターンの違いは少しにとどまっていた。この結果は、他国ではパンデミック期間中、所得による受診格差が続いたことと対照的であり、日本の皆保険制度がパンデミック時にも、医療アクセスを維持する役割を持っていることを示唆している。他面、歯科受診に関しては、低所得者と高所得者間の受診率格差が続いていた。

**二木コメント**—野口晴子早稲田大学教授グループのビッグデータ（厚生労働省保険局調査課「所得課税情報等に応じた医療情報」）を用いた貴重な実証研究です。本論文のポイントは、**野口晴子「長期化するコロナ禍における高齢者の受診行動」**（『週刊社会保障』2025年6月9日号：28-29頁）に書かれています。野口氏はそこで、「国民皆保険制度は、有事に際し必要な医療サービスへのアクセスの公正性を担保し、所得などの社会経済的状況の差による健康被害を最小化するのに相当程度機能する」と指摘しており、私も同感です。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 246)ー最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○鈴木俊貴（東京大学准教授・動物言語学者、41 歳。『僕には鳥の言葉がわかる』が 12 万部の大ヒット）「自然はわからないことだらけ。ある説明ができたとしてもそれが本当に正しいかどうかわからないし、まだまだ考える余地がある。結局、『分からないことがたくさんあることを分かっているかどうか』ってすごく大事なんです」（『AERA』2025 年 6 月 23 日：57 頁（「現代の肖像 鳥の声を聴くのがとにかく楽しい」）。二木コメントーこの発言は、行天良雄氏が紹介された、湯川秀樹先生の次の言葉に通じると感じました。

○湯川秀樹（理論物理学者。1981 年死去、74 歳）「コロンブスの時にわかっていた範囲より、今の時代のほうがはるかに未知が多すぎる。分からないことだらけです。ほとんどの人が、これはもうわかっている、これもわかっている、と思い込んでいるが、実は、何もわかってはいないことが、科学のペースが広く高くなったおかげで、はっきりしてきたのです。もう何も無い、と思っているのは大間違いで、やることも選ぶ道も、ますます拡大していくでしょう。宇宙と同じです」（『ばんぼう』1987 年 9 月号：133 頁、行天良雄「医学研究と俵万智さんの短歌」。湯川秀樹先生に「これだけ発明発見が出揃うと、その中で新しい研究は容易なことではないし、こまかいことばかりを競うことになるのでは…」と質問したところ、先生が即座に「いや、それは違う」とこう説明されたと紹介し、「**どんどんわかっ**ていけばいくほど、**未知の世界が拡大していく**という考え方」と要約（本「ニューズレター」96 号（2012 年 7 月）で紹介）。

○孔子「**これを知る者はこれを好む者にし、これを好む者はこれを楽しむ者にし**」（『論語』金谷治訳注、岩波文庫版、84 頁。本「ニューズレター」105 号（2013 年 4 月）で紹介）。二木コメントーインタビューで「鳥の研究が何より楽しい」と繰り返す鈴木俊貴氏は、すでに 20 歳前後から、「これを楽しむ」境地に達していると思いました。

○上川内あづさ（名古屋大学教授、50 歳。ショウジョウバエの脳を使って生物の聴覚の仕組みに迫るユニークな研究が評価され、「猿橋賞」を受賞）「**『自分の代わりはいない』と思える研究ができて面白い**」（「中日新聞」2025 年 5 月 29 日朝刊）。二木コメントー私も長年、「自分の代わりはいない」と思える研究をしているツモリですが、残念ながらいまだに「面白い」と言い切る境地には達しておらず、「**苦楽しい**」のレベルにとどまっています。

○遠藤周作（作家、1996 年死去）「**苦楽しい**」（玄田有史『希望のつくり方』（岩波新書、2010）の「はじめに」（v 頁）で、「遠藤周作さんが、心理学者の河合隼雄さんとの対談のなかで、小説を書くことについて問われたときに、おっしゃった言葉だそうです」と紹介。初出は、「ビッグ対談 人間・人間を超えるもの」（NHK 教育テレビ。1985 年 10 月 5 日放送）か？）（本「ニューズレター」78 号（2011 年 1 月）で紹介。『民主党政権の医療政策』（勁草書房、2011）の「あとがき」（186 頁）で引用）。

#### <その他>

○テリー伊藤（演出家、75 歳。物語をネガティブに捉えるのが嫌い。ネットにはびこる悪口や批判は一切目にしない。愚痴も言わない）「**マイナスな考えを体に入れると感性が鈍る**」

(「読売新聞」2025年6月1日朝刊「一病息災」)。

○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」**との名言を補足して、**「反省だけしては憂うつ病になる」**(水野肇『武見太郎の功罪』日本評論社,1987,201頁)。**ニ木コメント**一本「ニューズレター」251号では、水野肇『誰も書かなかった日本医師会』(草思社,2003年,48頁)で紹介されていた「夢とロマンと反省のない人間には進歩がない」を紹介しましたが、それよりも16年前に出版されていた対談で、山村氏がこう付け加えていたことを知りました。

○頭木弘樹(文学紹介者。大学3年の20歳の時に難病(潰瘍性大腸炎)になり、13年間闘病生活を送る)「**ゲートは明るい人ですけど、暗いことから目はそむけずに、絶望も大切だと言って、絶望を踏まえた上で、なお陽気に生きていくと。こういう人こそ、本当の明るい人なんだろうな**と思います」(頭木・他『NHK ラジオ深夜便 絶望名言 [文庫版]』飛鳥新社,2023,111頁)。**ニ木コメント**ゲートのスタンスは、次の名言に通じると感じました。

○ロマン・ロラン&グラムシ「**知性の悲観主義、意志の楽観主義**」:これは「ロマン・ロランからグラムシがうけとった言葉です。…ロマン・ロランにしても、グラムシにしても、戦争とファシズムの中で現実を見つめる時に知的にはいつもリアルで、景気づけで楽観論を語ったりしてもしかたがないということをまず認めます。すごいところは、2人が『意志の』と言ったことです。つまり、**現実**は**絶望的**だけれど、**なんとかしたい**と思うことの裏に**希望**を見ていることです。**悲観と楽観の両方をあわせ持った緊張をつうじて、そこから現状からの活路が探究されつづける**んだと思います」(島田豊『文化の時代に』椋の木社,1987,69頁)(本「ニューズレター」7号(2005年3月)で紹介。『地域包括ケアと福祉改革』(勁草書房,2017)の「コラム3 医療改革を考える際の3つの座右の銘」(173-174頁)でも紹介)。

○水野肇(日本の医療ジャーナリストの草分け。武見太郎日本医師会長の単独取材を、1964年から1983年の死去直前まで続けた)「6回にわたる対談をしてみて、つくづくと思うことは、**人間というのは、生前いかに影響力のある人でも、死んだら日々に疎くなるものである**と言うことである」、「**一世を風靡して、権力の座に君臨していても、しよせんは死んでしまえば一巻の終わりだ**という感じがしないでもない」、「晩年、武見[太郎]さんの勢力が衰えはじめたとき(医師会長をやめる三~四年前)に、それまではベッタリだった人で、武見さんから徐々に離れようとした人が私の知る限りでも数人いた。これをみて、武見時代もいよいよ終わりかと思ったものである」(『武見太郎の功罪』日本評論社,1987,212,217,213頁(あとがき))。**ニ木コメント**ー本書は、本『ニューズレター』に転載した『文化連情報』2025年7月号論文執筆の参考に38年ぶりに再読しました。本書は武見氏が死亡した1983年から3年経って、皆が武見氏の「呪縛」から解放された時期に、6人の方で行った対談集で、生前は語られなかった「素顔の武見像」(「2人の人間が同居」(103頁)等)がよく分かりました。しかし、一番印象に残ったのはこの言葉です。なお、「医師会長をやめる三~四年前」とは、武見氏が胃がん等で半年間に4回も手術を受けた1980年と思います。

## 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50回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」88号 (2025年6月15日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のオススメ/o好み

### A. 論文の書き方・研究方法関連

○榛葉豊『頭の中は最強の実験室 学問の常識を揺るがした思考実験』化学同人(文庫),2024 (2012年出版の同名書を加筆・修正)。

…歴史上有名なさまざまな思考実験をコンパクトに紹介。全4部。ただし、第3部・第4部の数学・論理及び物理学・量子論の思考実験は記述が難解 a/o オタク的で、私を含め、それらについての基礎知識のない読者には理解できない。

○石岡文昇『エスノグラフィ入門』ちくま新書,2024。

…著者はエスノグラフィを(一見)「自明なものに立ち還ることで、社会や世界をこれまでとは別のかたちでと問うこと、さらには描くことを探究する実践」と定義し、「**人々が実際に生きる場面を丁寧に記録し、その現実感から飛翔しないで社会や世界の成り立ちを見つめる**」ことを目指している(11頁)。著者自身の実体験とエスノグラフィの古典の重要箇所も紹介しつつ書かれた「あるひとつのエスノグラフィ入門」書。全6章で、各章とも最後に簡潔な「まとめ」を書いている。**著者によるエスノグラフィの手法上のポイント**は以下の5つ: ①不可量のものに注目、②生活を書く、③時間に参与する、④対比的に読む、⑤事例の記述を通した説明(265頁)。私は、以前から質的研究で一番重要または出発点になるのは「詳細な事例研究」であり、エスノグラフィの視点から事例をまとめるのが有効だと考えている。エスノグラフィを直接用いなくても、それについての基礎知識を持っていると、事例研究が深まると思う。

○デビッド・ロブソン著、土方奈美訳『知性の罠 なぜインテリが愚行を犯すのか』日経ビジネス人文庫,2025年4月(原著2019)。

…全4部・10章。アインシュタイン、エジソン、ジョブズ等の世界の知性・専門家が様々な「判断ミス」を犯したことを具体的に示し、「賢い人は学ぶのが下手」なのは「硬直マインドセット」に囚われているからであることを示しているのは「物語」としては面白い。しかし、「実りある学習法」・「賢明な思考力を育む方法」として著者が示すのは、「根拠に基づく知恵」・「努力に優る天才なし」等陳腐。

### B. 医療・福祉・社会保障関連

○名郷直樹『いずれくる死にそなえない』生活の医療社,2021。

…自治医科大学卒業後20年以上EBM(エビデンスに基づく医療)の実践と普及に尽力してきた優れた臨床医が、長年感じていた「高齢者医療に対する無力感」に向き合い、「死を遠ざけようとする努力から死を遠ざけないようにという逆方向の努力」を、豊富な事例を紹介しながら、率直に、しかしあくまで冷静に、エビデンスを示しながら綴った書。終章を含めて全7章。

ピンピンコロリ願望に対する、「自殺を除けば、ピンピンコロリは自ら選べる最期ではない」・「確率的にまれであるだけでなく、年齢にかかわらずピンピンコロリを達成できそうな状況の寸前で阻まれることも多い」との指摘はその通りと思う（83-85頁）。これは、1972年に代々木病院で内科研修を始めてから、2004年に同病院での診療（非常勤）を終了するまで、約30年定期往診・訪問診療を続けていた私の実感でもある。「アンチエイジングのネガティブな面」、「医療による『先送り』効果のあいまいさ」の指摘も鋭い（126-128頁）。「中動態としての寝たきり」という視点も深まっていると思う（202頁）。最後に「死を避けない社会」、「死をことほぐ社会」を提唱（6章・終章）。著者のスタンスは書名に凝縮されているし、私も同感。終末期医療の医療費についてまったく触れていないのは見識がある。ただし、私は著者より14歳も年上（77歳）だが、著者と異なり、今まで一度も自分がどのように死にたいか考えたことがない。

**○小手川太郎「高額療養費 外国人の割合限定的 削減しても負担軽減は見通せず」**「朝日新聞」2025年3月18日朝刊。

…国民民主党玉木雄一郎代表は、外国人でも3カ月程度の滞在で数千万円の高額療養費を受けることができると主張し、不適切利用を防ぐためにも制度を見直すべきだと訴えている。しかし、厚生労働省によると、2022年3月～23年2月の高額療養費制度の支給総額（9606億円）のうち、支給資格を持つ中長期在留外国人への支給割合は1.15%（111億円）で、国保に加入している外国人の割合（3.6%）より低い。厚生労働省は、外国人による不適正な利用が疑われる事案を自治体が入国管理局（現・出入国在留管理庁）に通知する制度を2018年に始め、2018年1月～23年5月に計34件の通知があったが、調査の結果、在留資格の取り消しや給付費の変換を求めた事例はなかった。高久玲音一橋大学教授も、「特別な事例をもとに、『日本人が払った保険料だから保険医療は日本人だけに』と考えるのは論理の飛躍だ」とコメント。

私は5月上旬に大阪で講演した際、ある医師（区医師会理事）から、玉木氏と瓜二つの質問をされ、氏の影響力の大きさに驚き、講演後、その方にこの記事を送った。

**○安里和晃「外国人と医療（連載・多様な福祉レジームと海外人材 81）」**『文化連情報』2025年5月号：52-57頁。

…外国人住民が日本の医療保険をどのように利用しているかを、最新の調査と制度について説明し、外国人が医療財政を圧迫している、外国人加入者が健康保険を乱用しているとの主張には根拠がないことを示す：レセプト件数で、外国人の割合は1.6%（2024年）、総医療費の割合は1.38%（2025年）。高額療養費の使用についても、該当件数における外国人の割合は1.02%、総費用に占める割合は1.15%（2024年）。2020年からは加入に国内居住要件が付けられ、国内に居住しない被扶養者は健康保険が使えなくなった等。

**○特集「行動経済学、ナッジの医療分野への応用」**『医療と社会』35巻1号：5-92頁、2025年4月。

…「百花繚乱というべき状態にある医療行動経済学の成果を各分野の第一人者」が紹介した、日本語で書かれたおそらく初めての特大特集。全8論文。鈴木亘・後藤励氏の「序文」（各

論文の概要を含む)、印南一路氏等の「ナッジの歴史的発展過程」と「ナッジの研究や政策を行う上で実践知」についての解説に続いて、肥満予防、医療安全、がん健診・健康日本21等、HPVワクチン接種、患者と医師のコミュニケーション・意思決定支援、高齢者の行動変容についてのナッジ・行動経済学についていねいに紹介した6論文を掲載。発展途上である日本の医療行動経済学研究の最前線を概観できる。ただし、「行動経済学は死んだ」(フレハ,2020)等の近年の行動経済学への厳しい批判に正面から答えている論文はない(「特集テーマに合致しないため、扱わない」竹林正樹氏、27頁)。

○川越敏司『行動経済学の死 再現性危機と経済学のゆくえ』ハヤカワ新書,2025年4月。…日本の行動経済学会会長が、「行動経済学は死んだ」(フレハ,2020)等の近年の行動経済学への厳しい批判について、「歴史的経過から最新研究まで踏まえて、徹底検証」。新書ではあるが、一般読者向けではなく、専門書に近い。行動経済学の核となる「損失回避性」への疑問(第1章)と「ナッジ」の有効性への疑問(第2章)は概ね受け入れている。「おわりに」の「行動経済学を抹消する」は強烈だが、これの真意は、行動経済学は「伝統的な経済学の研究プログラムに取り入れられる共存時代を迎え、いまでも発展している」、「行動経済学は『合理的選択』の理論」(188-189頁)、「伝統的な経済学の理論もまた、行動経済学の一つと言え、…行動経済学という名称から『行動』を抹消し、ただ経済学と呼ぶことにすればよい」(193頁)で、私には我田引水・開き直りに思える。なお、本書は行動経済学の一般理論の検討であり、医療分野への応用には触れていない。

※本書は本来はCで紹介すべきだが、上記特集の「セカンドオピニオン」にもなるので、ここで紹介。ただし、読み通すには経済学の基礎知識が必要なので、「推薦」はしない。

○「特集：モンスター化する人々なぜ、そこまでキレルのか?」『月刊保団連』2025年5月号：3-36頁。

…社会問題になっている、お店や医療機関のスタッフに対して罵詈雑言を浴びせる「カスタハラ」や「ペイハラ」(ペイシャントハラセメント)について多面的に考察した5論文を掲載。いずれも力作で読み応えがある。「ペイハラ」にのみ焦点を当てるのではなく、「**医師自身のモンスター化を防ぐために－アングーマネジメントの実践**」(大浦裕之・岩手県立中央病院副院長)にも触れているのは見識があると感じた。

○「特集：医療と福祉の工学連携」『総合リハビリテーション』2025年5月号：444-489頁。…全5論文。医療・福祉の現場における工学技術の応用とその可能性、および医療・福祉機器産業の未来や福祉と介護テクノロジーの連携についての国(経済産業省と厚生労働省)を方針を鳥瞰できて、便利。

○結城康博「(明日の福祉) 公務員ヘルパーの再興を」『週刊福祉新聞』2025年5月6日号。…厚生労働省は4月10日に「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会」の中間報告を発表した。しかし結城氏は、深刻な「中山間・人口減少地域における」介護サービスの在り方について「公務員ヘルパーの再興」と言った論点に触れなかったことで物足りなさを感じた述べ、これらの地域では「市町村が主体となり直にサービスを提供すべきである」と主張。「若いヘルパー等が公務員として定住すれば、地方創生の観点からもメリッ

トがある」とも指摘。これは結城氏の長年の持論だが、私は氏が、『契約社員』ではなく、終身雇用となる正規社員としての公務員」と書いていること、およびその「導入を」ではなく、「再興を」と書いていることに、氏の矜持と見識を感じた。

**○森光敬子「(インタビュー) 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ 東京の診療所は鮮烈な競争に直面 毎年 500 ～ 600 カ所が廃止に」『社会保険旬報』2025 年 5 月 11 日号：6-9 頁。**

…厚生労働省が 2024 年 12 月 25 日に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を中心的に取りまとめた森光医政局長が、「パッケージ」に込めた狙いや思いを率直に語る。「衝撃の数字」(聞き手)は、医師過剰と言われる東京都では、2014～2022 年に、一般診療所数は人口増を上回って増加しているが、外来受療率は横ばいであり、「供給が需要を喚起する」事態は生まれておらず、2021～2023 年には、毎年、診療所新規開設の約半数を占める 500～600 カ所が「廃止」に追い込まれ、「休止」も右肩上がりが増えてきていること。この数字を踏まえて、森光氏は「開業に関して言えば、都会では物価も土地も人件費もすべて高いので多額の借金を抱えて、鮮烈な競争の中に伸びこむというリスクがあります」と述べる。この「エビデンスに基づく」警告は、客観的には、財務省の診療所過剰地域での 1 点単価引き下げ論への反証・反論にもなっている。続いて森光氏は、「重点区域」(重点医師偏在対策支援区域(仮称))に関する施策について詳しく説明し、最後に、「リカレント教育の支援」について、「**専門性を発揮しながら総合的な診療に従事する姿こそ、これからの時代に地域で求められる医療のあり方**です」と結ぶ。

○石川武雄・他「訪問看護事業所は医療費削減に寄与したかー 2015 年～2021 年の全市町村におけるパネルデータ解析」『厚生指針』2025 年 5 月号：8-13 頁。

…全国データを用いた回帰分析の結果、(著者の当初の期待とは逆に)「訪問看護事業所の増加が入院医療費及び総医療費の増加と有意に関連している」ことを見だし、「訪問看護供給拡大が短期的な医療費削減に直結しない可能性を示唆して」と認める。これは、地域・在宅ケアの費用対効果分析の先行研究の結果と同じ。しかし、それに続いて、「長期的には重篤な疾患の進行予防により医療費を是正させる可能性もある」との希望的観測(wishful thinking)を書くのは見苦しい・非学問的。

**○一戸和成「民間病院はなくなるのか? (有事斬然第 64 回)」『社会医療ニュース』598 号：3 頁、2025 年 5 月 15 日。**

…タイトルを見たとき、20 世紀後半からなんども繰り返されてきた「民間病院衰退」論と思ったが、それはトンデモ誤解だった。このままでは非効率な経営をしている公立病院が交付税や特別交付税による赤字補填を受けて生き残り、それを受けられない民間病院は、「国の施策に沿った医療を展開している」優良病院も含めて継続できなくなる、それを防ぐために、「普通交付税や特別交付税の配分について、地域医療構想等に基づき、病院の機能に応じて民間病院も繰り出し対象にするよう交付税制度を見直す」こと等を主張。私も、今後は、地域の基幹的民間病院や地域密着型の医療を行っている民間中小病院にも「条件」付きで公立・公的病院と同程度の公的財政支援が必要になると考えていたので、その方法

をクリアカットに書いた本論文はたいへん勉強になった。

○林裕之「所得格差による入れ歯使用率と健康格差（歯科技工士だから知っている『本当の歯』の話(34)）」『週刊エコノミスト』5月20日号：97頁。

…東北大学大学院歯学研究科が2013年にプレスリリースした、年収ごとの義歯使用率（歯が19本以下）の調査結果（全体としては低所得層ほど入れ歯使用率が低い、最低所得層に限れば、高所得層並みに高い）をキレイな図を付けて簡潔に紹介。私は、この研究が所得格差による義歯使用率格差が存在するという「想定内」のことを示しただけでなく、最低所得層（年収50万円未満）の入れ歯使用率が高所得層並みに高いことを発見し、「生活保護受給者の医療費扶助や低所得層向けの社会保障制度が歯科受診を促進し、義歯使用率を向上させている」と解釈していることに注目した。なお、この研究は近藤克則氏が日本福祉大学在職中に始めたJAGES（日本老年学的評価研究）のデータを用いており、原著論文の執筆者にも近藤氏の名前が載っていた。東北大学のプレスリリースと原著論文は以下の通り。

東北大学大学院歯学研究科「30%以上の高齢者が、歯が少ないにもかかわらず義歯を使っていない」（ウェブ上に公開）

Yusuke Matsuyama 1, Jun Aida, Kenji Takeuchi, Georgios Tsakos, Richard G Watt, Katsunori Kondo, Ken Osaka : Inequalities of dental prosthesis use under universal healthcare insurance. Community Dent Oral Epidemiol 2014 Apr;42(2):122-8. doi: 10.1111/cdoe.12074.

○佐藤敏信「北欧に学べば少子化が乗り切れるか？（門前雀羅⑨～⑲。全11回）」『週刊社会保障』①2024年4月1日号：34頁、②5月20日号：34頁、③6月24日号：32頁、④7月29日号：27頁、⑤9月23日号：34頁、⑥10月28日号：32頁、⑦12月2日号：32頁、⑧2025年1月27日号：34頁、⑨3月3日号：27頁、⑩4月7日号：27頁、⑪5月26日号：32頁。

…日本と世界の少子化対策の歴史と最新の動き・研究を、厚生労働省で母子衛生行政に携わった経験も踏まえ、クールかつ俯瞰的に論じたエッセー。⑤で、「私は少子化が直ちに困ったことだとは思っていない」、「北欧などに〔政策の〕手本があるとも思っていない」と明言。⑤で中間的「整理」を行い、⑩・⑪で連載全体の結論を20点にまとめ、最後を「少子化問題は単に出生数の増加を目指すのではなく、労働の生産性向上を軸とした対策で推進すべき」と結ぶ。その前提として、まとめの(5)では、「先進国において、現金給付や制度の改善で出生率が回復した事例はないということも常識化しつつある」と断言。まとめの(17)～(20)では、無駄の排除とAIの活用で劇的な生産性の向上が期待できると主張。ちなみに、著者は本連載もChatGPT等を駆使して効率的に執筆しているとのこと。

○坂巻弘之「トランプ関税がせまる時代、日本のバイオ医薬品産業に求められる議論とは（識者の眼）」『日本医事新報』2025年5月31日号：54-55頁。

…トランプ大統領は、4月2日に「トランプ関税」を打ち出したのに加えて、4月15日に「米国民を再び最優先にして医薬品価格を引き下げる」大統領令に署名した。これにより、米国内での医薬品価格引き上げが困難となり、米国市場の魅力がさらに退化しかねない「に

もかかわらず、米国に本拠を置くグローバル企業のみならず、欧州の製薬企業も米国への投資を加速させている」（意外な）事実を指摘。その上で、「世界的な米国への投資加速の動きは、日本への投資低下という新たな課題を浮き彫りにしている」として、日本での「バイオ医薬品を中心とした国内創薬力強化」のために「従来方針を再検証し、より実効性のある取り組みに進化させなければならない」と結ぶ。短いが、私には「目からウロコ」の論文。

○今野広紀「地域包括医療病棟が与える急性期病院への影響とは」『週刊社会保障』2025年5月19日号：44-49頁。

…2025年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟の制度的特性と現場の実態との「整合と乖離」を、日本病院会等が2024年6月に発表した「移行調査報告書」を用いて述べ、同病棟が今後予想される二次救急病院の医療体制への影響についての「私見」を述べる。厚生労働省文書と上記日病等調査のみを用いて書かれた「文献研究」のため迫りに欠ける。

○特集「検証 地域包括医療病棟（企画：太田圭洋）」『病院』2025年6月号426-473 + 409-416頁。

…6論文（総論2つ＋各論4つ（地域包括医療病棟に転換した4病院の事例報告）と、共に中医協委員で2024年度診療報酬改定での同病棟新設に関わった太田氏と江澤和彦氏の事実上の対談で構成。同病棟の総論的・理念的位置づけや重要性だけでなく、現状では、届け出のハードルが高いことも分かる。対談での江沢氏の「地域包括医療病棟に関しては、今回は『生まれる』改定であり、次回が『育てる』になります」との指摘（415頁）は、2026年度改定で同病棟の施設基準が緩和されることを示唆していると感じた。また、「旧地域包括ケア病棟協会」が、「地域包括ケア推進病棟協会」に名称変更し、協会の目的を「地域包括ケア病棟ならびに地域包括医療病棟の機能を充実させ」ることに改めたことを知り（仲井培雄氏。444頁）、今後は、両病棟が地域で相補的役割を果たすようになるとも感じた。

○特集「地ケア・回復期リハ・療養 選別の時代へ」『日経ヘルスケア』2025年6月号：30-50頁。

…地域包括医療病棟の新設等急性期医療の改革に注目が集まる影で課題が山積している、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟の2024年度診療報酬改定の影響を振り返り、2026年度改定の方向性や今後の行方を探る。3種類の病棟別に、編集部との解説と各病院団体の会長・副会長インタビューと2つの事例を掲載。私は、池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）が、「医療区分2・3が8割」が無理なら「減床や介護医療院などへの転換を視野に早めに決断すべき」と率直に述べていることに注目した。

○黒田知弘「電子カルテの価格高騰、クラウド化もコストカットに資せず（シリーズ◎医療DX（インタビュー）」『日経ヘルスケア』2025年5月号：23-24頁。

○高橋泰「クラウド＝高コストという認識への懸念 『リフト』『ネイティブ』の違いを見極めよ（トレンドを読む）」『日経ヘルスケア』2025年6月号：20-21頁。

…クラウド型電子カルテのコストについての、事実上の公開論争。黒田氏は、「クラウド化

した方がセキュリティが高まる」との主張には「おおむね同意」しているが、「クラウド化した方が価格が安くなる」との主張は「間違い」、「明らかにオンプレミスよりも高くなり本末転倒」と断言。

それに対して、高橋氏は、同じく「クラウド化」と言っても、従来オンプレミス（院内設置型）で稼働していたサーバー環境をそのままクラウド上のサーバーに移行する「クラウドリフト」と、クラウド環境に最適化された設計思想を持つ「クラウドネイティブ」を区別する必要があるとして、「大学病院などの大規模病院がクラウドリフトを行い、24時間365日、巨大な仮想サーバーを占有すれば、当然コストは跳ね上がる」と認める。その上で、「現時点のクラウドネイティブ型は、少人数、少量データ、比較的単純な業務において最適な構成となって」おり、それに「対応可能なのは、あくまで中小規模の医療機関にとどまる」と指摘し、「現在のクラウドネイティブ基盤では、…巨大施設に耐えうるシステム提供は実現していない」ので、この課題が解消されるためには「大学病院に関しては少なくともあと5年はかかるというのが現実的な見通し」と述べる。

私は両者の主張を読み比べて、「存在が意識を規定する」と感じた：黒田氏は大学病院・大規模病院のスタンド・アローンでのクラウド導入について述べているのに対して、高橋氏は中小規模の病院の（「マルチ・テナント」による）クラウド導入を想定している。

**○長沼建一郎「高額療養費制度への保険論的視角」『週刊社会保障』2025年6月2日号：42-47頁。**

…通常国会で改正案が「凍結」された高額療養費制度自体について、「保険論的な立場（ないしは保険の枠組みに即した立場）から」、以下の5つの柱で包括的に分析・検討している：①制度改正の意味、②一部負担の再検討、③利用時の応能負担、④限度額変動の意味、⑤民間保険への流入。「保険論的視角」は氏の独壇場であり、記述は緻密だが、それだけにやや難解。今までの氏の論稿と異なり、本論文ではそれぞれの論点について長沼氏の価値判断を明示しており、いずれも説得力がある。私が特に共感したのは、②の以下の記述：「保険論的にみれば、財政的な必要性が不可避なら、全員の保険料を引き上げる方が、重い傷病に伴う金銭的負担というダブルパンチの是正に寄与する。しかしそもそも社会保険料を抑える（同時に少子化対策に財源を振り向ける）という無理な出発点が招いたのが今般の事態であった」。

**○安藤道人「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓—『治療断念』と『家計破綻』を防ぐ医療保険の再構築に向けて」『社会保険旬報』2025年6月11日号：6—13頁。**

…高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げ案は、本年3月に「見送り」が決まり、本年秋までに改めて議論が進められることになった。本論文は以下の5つの柱で、引き上げ案の問題点を包括的かつ分析的に指摘している。①引き上げ案が「衝撃」だった理由、②引き上げ案が出てきた財政的背景、③中・高所得者にとって極端とも言える上限額の引き上げが選ばれた理由、④現制度においてすでに治療断念・命の断念・経済的困窮が生じている、⑤ヨーロッパ諸国の自己負担上限額は日本より低く設定されており、この点では「世界に冠たる皆保険」とは言えない。

私には、特に以下の2つの指摘（図表）が新鮮だった。(1)一定の仮定の下で計算した「自

自己負担上限額（年額）の手取り所得に対する割合（％）を見ると、低所得層の自己負担割合は現行でも 35.8％で全所得階層中一番高く、引き上げ案ではそれがさらに 39.8％にまで上がる（図 2）。(2)イギリスやスウェーデンの医療国営・公営の国で自己負担が少ないことはよく知られているが、日本と似た社会保険方式のドイツでは「自己負担上限額は世帯年収の 2％（一定の条件を満たした慢性疾患がある場合は 1％）に設定」されており、フランスでも、「抗がん剤等の代替性のない高額医薬品は自己負担」がなく、「長期疾病患者に対する自己負担免除制度や補足的医療保険制度」もある（表）。

このような数字を見ると、5月26日に開かれた厚生労働省・高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の初会合で、菊池馨実委員（早稲田大学教授）のみが、「所得に応じた一定の引き上げ自体は行わざるを得ない」と述べた<鈍感力> a/o <確信犯ぶり>には驚かされる（『社会保険旬報』6月11日号：20頁）。

### C. 政治・経済・社会関連

○玉木雄一郎著、山田厚俊編『「手取りを増やす政治」が日本を変える』河出書房新社、2025年3月。

…玉木氏は、7月の参議院議員選挙で自公両党が過半数割れとなった場合の次期首相の有力候補の一人で、本人もやる気満々とされている（塩田潮「国民民主に問われる経済政策実現力」『週刊東洋経済』2025年5月10-17日号：22-23頁）。本書は、「玉木の言葉には『新しい政治』の予感がある」と玉木議員に惚れ込んだ、ジャーナリストの山田氏が、8回にわたるインタビューを中心に、2024年衆院選の街頭演説やユーチューブでの言葉も盛り込んで、玉木氏の言葉の数々をまとめたもの。玉木氏の熱血感ぶりとフットワークの軽さが良く分かり、玉木ファンが急増した理由を理解できる。

書名にもなっている「手取りを増やす」ために、「医療制度改革を行って、皆さんの社会保険料を引き下げて」いくことを繰り返し主張（45頁等）。逆に、「社会保障の充実」はもちろん、「社会保障」という用語も、「国民皆保険制度」（を守る）も一度も使っていない。「医療制度改革」の中身は、昨年10月の総選挙時と同じく、「尊厳死の法制化」が中心で、「最後の人生のゴールテープの切り方を自ら決める『自己決定権』」や、本人がまだ元気なうちの ACP・「人生会議」を強調し、「結果として医療費の削減につながるかもしれません」と主張（181-184頁）。後期高齢者のうち「所得や資産のある方には現役並みの3割負担」や「公的負担と自由診療の組み合わせ」（混合診療）も書いている（181-187頁）。私が「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』2025年12月号＝「ニューズレター」245号）で書いたように、玉木氏・国民民主党は自民党・公明党よりはるかに厳しい医療費・社会保障費抑制を目指していることが分かる。

○安部龍太郎・他「国民民主党研究（上・中・下）」『朝日新聞』2025年4月29日・5月1日・5月2日朝刊。

…昨年10月の総選挙での大躍進以来、20～30代の若者でトップの支持率を堅持している国民民主党について包括的に「研究」した初めての記事。（上）では、若者や現役世代にターゲットを絞る政策を差別化して成功したことの「危うさ」も指摘：世代間の分断、財源の根拠が不明等。（中）では、玉木氏の「ネットどぶ板」選挙ぶりや最新技術へのアプロー

チを紹介：AI と日常的に会話し「思考の『壁打ち』」を何度もしている。(下) では、SNS の反応次第で主張が揺れることを指摘：以前公約した選択的夫婦別姓の早期実現や金融所得課税強化策を取り下げ、支持母体の連合・民間4産別との溝が深まっている。

○坂井大輔『日本政治学史 丸山眞男からジェンダー論、実験政治学まで』中公新書,2024年。

…「科学としての政治学」が日本で敗戦後、どのような道程をたどって発展・変貌したかを、ほぼ10年刻みで、代表的研究者の業績に焦点を当てながらいねいに紹介。序章・終章を含め全8章。日本の政治学&代表的政治学者の業績についての教養が身に付く&日本の戦後の政治学研究(者)がアメリカ政治学(の流行)の影響を強く受けたことが良く分かる。私は「京極純一の政治意識分析」(第2章3)と「ジェンダー研究」(第6章1。岩本美砂子氏の活躍)が特に勉強になった。1990年代以降有力になり、「それまでの政治学を一変させた」と言われる「合理的選択新制度論」の方法・スタンスが、新古典派経済学と瓜二つなのに驚いた：「方法論的個人主義」&「方法論的演繹主義」(「資料やデータをもとに現実を再構成するのではなく、前もって構成した仮説の検証のために資料やデータを用いる」206-207頁)。

○田中将人『平等とは何か 運、格差、能力主義を問い直す』中公新書,2025年3月。

…「政治哲学と思想史の知見から世界を覆う不平等に切り込み、経済・政治・評価の平等を問い直す」書とのこと。全6章。先人の研究はていねいに紹介されているが、記述は平板で、読み通すには相当の忍耐を要する。著者は「財産所得のデモクラシー」を鍵概念としているが、それについてのまとまった説明はない。「平等」について論じているのに、引用されるのは欧米の研究者だけで、諸宗教やマルクス(主義)の平等思想にまったく触れていないことには疑問を持った。