

2025年5月5日(月)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻250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/>。

250号の目次以下の通りです(29頁)

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? (「深層を読む・真相を解く(153)」『日本医事新報』2025年4月5日号(5267号):58-59頁) …2頁。
2. 論文：私が「生活習慣病」の用語見直しが必要と考える理由ー日本学術会議主催フォーラムでの講演(「二木教授の医療時評」(231)『文化連情報』2025年5月号(566号):28-38頁) ……5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(通算230回:2025年分その2:8論文) ……15頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その244)ー最近知った名言・警句 ……20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48回) ……21頁

お知らせ

論文＜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?＞を『日本医事新報』2025年5月3日号(5878号)に掲載しました。本「ニュースレター」251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：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？

(「深層を読む・真相を解く (153)」『日本医事新報』2025 年 4 月 5 日号 (5267 号) : 58-59 頁)

石破茂首相は高額療養費制度の見直し方針で迷走を続けた結果、3 月 7 日、方針全体を凍結し、2024 年秋までに見直し内容を改めて検討すると表明しました。本稿では、厚生労働省（以下、「厚労省」）と首相がなぜ判断ミスを繰り返したのかを検討します。

厚労省側の事情－「改革工程」の呪縛

まず、患者自己負担大幅引き上げ方針を取りまとめた厚労省側の事情を検討します。

私は、厚労省が、2023 年 12 月 22 日の岸田文雄内閣の 2 つの閣議決定「こども未来戦略」と「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」（以下、「改革工程」）の具体化を強く求められていたことが一番大きいと思います。この点では、厚労省にも多少の同情の余地があります。

「こども未来戦略」は、総額で 3.6 兆円となるこども・子育て政策の財源について、「消費税などこども・子育て関連予算充実のための財源確保を目的とした増税は行わない」と明記し、これに代わる「歳出改革」として、「医療・介護制度改革を実現することを中心に取り組む」としました。

「改革工程」では、「2028 年度までに実施について検討する取組」が列挙され、そのうち、歳出改革（削減）につながる医療制度改革として、以下の 3 種類の取り組みが書き込まれました。①「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」及び「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」。②医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。③高額療養費制度の在り方について、賃金等の動向と整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う（記載順）。

これらは羅列されているだけで、優先順位は付けられていません。しかし、①の多くと②は法改正が必要であるため、厚労省はそれを避け、早くから、③にターゲットを絞り込んでいたようです。

前稿でも書いたように、「骨太方針 2024」は高額療養費制度の見直しにはまったく触れていませんでした。厚労省はそれを「骨太方針」に盛り込むよう求めたが、2024 年 9 月の自民党総裁選とその後予定されていた総選挙で「負担増」の議論を回避したい政権側の内諾を得られなかったそうです（『集中』2025 年 2 月号、「朝日新聞」3 月 8 日等）。

しかし、東京都医師会の 3 月 11 日記者会見「資料」に書かれているように、「高額療養費削減策から手をつけることは、国民皆保険制度の根幹であるセーフティネットの崩壊に繋がりがかねない」致命的な判断ミスだったと言えます。

自己負担増は前回を大幅に上回る

厚労省のもう 1 つの判断ミスは、前回の見直し（70 歳未満は 2015 年、70 歳以上は 2017・18 年）に比べて、はるかに大きな自己負担限度額の引き上げを行おうとしたことです。これは複数回の見直しの手間を省くためと言え、手法として安易です。

引き上げは3年間・3段階で行われるため、2025年8月からの第1段階の引き上げ幅は平均的な所得層（年収370～770万円）で10%で、一見、この間の「賃金動向等と整合性」があるように見えます。しかし、最終的な引き上げ幅（2027年8月以降）は、平均的な所得層のうち、中位層（年収510～650万円）で41.5%、上位層（年収650～770万円）では73.0%にもなるのです。

私は、中・高所得層の自己負担を大幅に増やす「きめ細かい制度設計」が高額療養費制度を利用している患者全体の大きな反発を誘発したと思います。

社会保障審議会医療保険部会で、日本医師会や高齢者団体の委員も見直しに反対しなかったため、厚労省は国民の反対も小さいと高をくくったようで、同省内でも、「自ら高い球を投げてしまった」と「誤算」を指摘する声もあるそうです（「毎日新聞」3月4日）。

もう一つ、これは厚労省の判断ミスとは言えませんが、2024年10月の総選挙後、日本維新の会と国民民主党が、国民の手取りを増やすためと称して、医療保険料の引き下げを強く求めていることも、高額療養費制度の見直し＝医療保険料の引き下げへの圧力になったと言えます。

医療保障に興味・知識がない石破首相

視点を変えて石破首相側の事情を考えると、石破首相個人がもともと医療・社会保障についての興味・関心も知識もないことが決定的です。このことは本連載(148)「自民党総裁選挙と石破新総裁・首相をどうみるか？」(5243号)で指摘しました。

首相就任後も、石破首相が医療保障についてきちんと勉強した形跡は認められず、厚労省の説明をそのまま鵜呑みにして「見直し」案にギリギリまで固執したのだと思います。石破首相の不勉強ぶりの象徴は、2月21日の衆議院予算委員会で、オプジーボの年間費用が1000万円という4年前の古い数値（現在は630万円）を用いて、それが医療費を圧迫していると主張したことです。

旧石破派の重鎮で、医療政面のブレーンだった鴨下一郎衆議院議員（医師）は2021年に引退していました。鴨下氏は岸田内閣時、内閣官房参与（健康・医療戦略）だったのですが、なぜか石破内閣発足時にそれも辞めています。

従来なら、自民党の厚労族議員が、同省と自民党・医療団体・有権者との橋渡しをして、同省の行き過ぎにブレーキをかけて、「落としどころ」を探っていましたが、今回の見直し議論にはほとんど関与しませんでした。これには、2024年の総選挙での厚労族大物議員の引退と中堅議員の相次ぐ落選が影響しているようです。現厚労族トップである田村憲久議員は元石破派ですが、まったく関与しませんでした。

今秋の見直し－OTC類似薬の保険外し

最後に、石破首相が約束している高額療養費制度の今秋までの見直しの行方を簡単に考えます。

私は、第一次安倍晋三内閣時の「消えた年金」と同じように、この問題が石破内閣の命取りになり、7月の参院選前、または選挙で大敗した場合に退陣する可能性が高いと思います。3月13日に判明した、新人議員への10万円の商品券配付という首相の「OWNゴール」で内閣の存続は、風前の灯火とも言われています。「政界の一寸先は闇」です

が、以下、石破内閣またはそれに代わる自公政権が参院選後も存続すると仮定して、「思考実験」を行います。

石破首相は、3月8日以降も、高額療養費制度見直しの今通常国会での全面凍結を表明しただけで、撤回はしていません。しかし、患者団体や立憲民主党等の野党、国民の強い反対を押し切って、それを復活させる政治的体力はないため、各所得区分ごとの自己負担限度額の引き上げの緩和と「多数回該当者」の限度額の凍結を目指すと予想します。

ただし、これだけではこども・子育て政策の財源確保は不可能なため、「改革工程」で示された取り組みのいずれかが選択されることになります。

その場合、2025年度予算に賛成した日本維新の会の賛成を得られ、しかも法改正が必要ない取り組みが選択されます。第1候補は、自民党・公明党・日本維新の会の3党合意（2月25日）の「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」に書かれている「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」です。

ただし、OTC類似薬全体の保険外しには、日本医師会が徹底抗戦するだけでなく、多くの国民も反対するので、当面はごく限定的なものにとどまると思います。実は、日本維新の会も全面的な保険外しは主張しておらず、「社会保険料を下げる改革案(たたき台)」(2月20日)でも、「保険対象外とする具体的な品目については、当該医薬品の特性や使用者等を考慮した上で定めることとする」と柔軟に(?)書いています。

それに対し、日本維新の会の主張「国民医療費の総額を、年間最低4兆円削減することによって、現役世代の一人当たりの社会保険料負担を年間6万円引き下げる」の実現可能性はゼロと言えます。

2. 論文：私が「生活習慣病」の用語見直しが必要と考える理由 ー日本学術会議主催フォーラムでの講演

(「二木教授の医療時評」(231)『文化連情報』2025年5月号(566号):28-38頁)

はじめにー2人の恩師の教え

今回は、私が「生活習慣病」の用語見直しが必要と考える理由についてストレートに、しかしエビデンスに基づいてお話しします。私はこのテーマについて今まで2回論文を発表しており、今日が三度目（の正直？）です。

まず、2017年、この用語の提唱者である日野原重明先生がお亡くなりになった直後に、「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点ー用語見直しを検討する時期」を発表しました(1)。次に2024年に、八谷寛名古屋大学大学院教授（公衆衛生学）から教えていただいた最新情報も踏まえて、『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しの必要性・再論」を発表しました(2)。今回は、この2論文をベースにしつつ、それ以降に入手した文献や数値も用いてお話しします。

本題に入る前に、私の2人の恩師の教えを紹介します。私は、**リハビリテーション科専門医出身の医療経済・政策学研究者**で、2人の恩師がいます。1人は医師で医事評論家の故川上武先生、もう1人は元東大病院リハビリテーション部教授の上田敏先生です。

私はこの2人の恩師から相通じる教えを受けました。**川上武先生**は、「医療の進歩は2つの力（医療技術の革新と社会の人権意識の強弱）によって与えられている」と主張されました(3)。先生は、技術と人権という視角から日本の病人史を明らかにした『現代日本病人史』と『戦後日本病人史』という2冊の大著も出版されています(4,5)。**上田敏先生**は、長年、「障害者の全人間的復権としてのリハビリテーション」を提唱され、『復権』がキーワードだと指摘されています(6)。

そして私も、この50年間、恩師の教えを守って、**技術進歩と患者・障害者の人権の複眼的視点**から、医療の経済分析・政策研究を行ってきました。この視点から見ると、生活習慣病という用語は、糖尿病患者やがん患者等に対する偏見・差別を助長し、しかも日本の医療政策を歪めていると考え、以前から「生活習慣病」とカッコを付けています。以下、5つの柱でお話しし、最後に「結論・提言」を述べます。

1 1996年の公衆衛生審議会「意見具申」は「生活習慣病」概念を提唱したが、重要な指摘も2つした

まず、1996年の公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」は「生活習慣病」概念を提唱したが、重要な指摘も2つしたことを指摘します(1,2)。

よく知られているように、「意見具申」は、「成人病」に代え、『生活習慣病』という概念の導入」を初めて提唱し、「生活習慣病(life-style related diseases)」を「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義しました。厚生省はこれを受けて、すぐ「成人病」から「生活習慣病」に呼称を変更しました。

しかし、「意見具申」が以下の2つの重要な指摘もしたことは、現在ではほとんど忘れら

れています。

1つは、「疾病の要因と対策のあり方」図で、「外部（環境）要因」と「遺伝要因」と「生活習慣要因」の3つを同等に扱ったこと、つまり「生活習慣病」の要因として、生活習慣のみを挙げたわけではないことです。

もう1つは、『生活習慣病』に着目した疾病概念の導入の必要性」の項の最後で、「但し、疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』、『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮する必要がある」と注意喚起したことです。

歴史にIf（もし）という言葉はありませんが、私は、もし厚生省が当時、この点を正確に広報していれば、「生活習慣病」を個人責任と見なす風潮を、ある程度は予防できたと思います。

「意見具申」についてももう1つ指摘すべきことがあります。それは、「意見具申」が生活習慣との関連が明らかになっている「がん」として、大腸がん（家族性のものを除く）と肺扁平上皮がんの2つのみを例示したことです。それに対して、厚生省の「健康日本21（第一次）」（2000）では「がん」全体が循環器病と共に生活習慣病とされ、さらに2002年に成立した「健康増進法」第16条の政令では、「生活習慣病は、がん及び循環器病とする」と法的に定義されました。私は、がん全体を「生活習慣病」に含めたことは、学問的にも政策的にも大きな誤りだと思います。

2 「生活習慣病」＝「個人の不摂生が原因・自己責任」との誤解・偏見・差別が蔓延

しかし、その後、厚生（労働）省はこれらの点にほとんど言及しなかったため、「生活習慣病」＝「個人の不摂生が原因・自己責任」との誤解・偏見・差別が蔓延しました(1,2)。

実は、「生活習慣病」の提唱者である日野原重明先生自身も誤解・偏見を招く主張をストレートにしていました。先生はこの概念を初めて提唱した1978年の論文でこう述べていました。「あなたの日常の悪い習慣からくる病気、何年も何十年も毎日繰り返しているあなたの習慣の中に、何か悪い因子があって、そのために病気がだんだんと作られるそのような病気を総称して、私は『習慣病』と呼びたいのです」(7)。

先生は、「意見具申」が出てからも、生活習慣以外の要因（外部環境要因、遺伝要因）にはほとんど触れず、同じ主張を繰り返しました。例えば、「意見具申」が出た直後に出版した一般読者向けの著書『「生活習慣病」がわかる本 あなたがつくり、あなたが治す病気』では、「だれのせいでもなく、自分が長年の悪い習慣のためにつくってしまった病気」、「あなたが自分でつくる病気」等、もっぱら患者の自己責任を強調し、「現代日本人の病気の約四分の三はこのタイプ」とさえ述べていました(8)。

つまり、「生活習慣病」という用語は、最初から、患者の個人責任のみを強調し、病気と患者への誤解・偏見・差別を生む素地を持っていたのです。なお、先生は「ガン」も生活習慣病に含めていましたが、「意見具申」と同じく、「一部のガン」（肺扁平上皮癌と大腸ガン）に限定していました。

「生活習慣病」そのものではありませんが、その代表とも言える糖尿病患者に対する麻生太郎副総理・財務相の2013年4月の次の有名な(?)発言も忘れるわけにはいきません。「食いたいだけ食って、飲みたいだけ飲んで、糖尿病になって病院に入っているやつの医療

費はおれたちが払っている。公平ではない。無性に腹が立つ」。実は、麻生氏はその3か月前（1月21日）の社会保障制度改革国民会議で、高齢者の医療について「死にたい時に、死なせてもらわないと困っちゃうんですね。しかも、その金が政府のお金でやってもらうというのは、ますます寝覚めが悪い。さっさと死ねるようにしないと」と発言して批判を受け、すぐに撤回していました(9)。しかし、糖尿病患者への発言には支持する声も多く、撤回しませんでした。

「生活習慣病」患者への誤解・偏見・差別という点で、私の知る限り、最悪の言説は、最近、人権意識の低さで批判を浴びているフジテレビの元アナウンサー・**長谷川豊氏**のものです(1:160頁)。長谷川氏は、2016年に、人工透析患者の8～9割は「自業自得」の食生活と生活習慣が原因だとして、「自業自得の人工透析患者なんて、全員実費負担にさせよ！無理だと泣くらそそのまま殺せ！」との暴言を吐きました。長谷川氏はこの発言で炎上しましたが、翌2017年の総選挙に日本維新の会公認で立候補し、落選しました。氏は、2019年の参議院議員選挙でも同じく日本維新の会の比例代表候補になる予定でしたが、今度は部落への差別を助長する暴言を吐き、公認停止となりました【注1】。

経済産業省でヘルスケア産業化政策の中心的役割を果たしていた**江崎禎英氏**（氏は今年1月に岐阜県知事に就任しました）も、2018年に、長谷川氏と類似した主張をよりマイルドに、次のように述べました。「生活習慣病は主として患者自身の自己管理に原因があります。このような疾病の性質の違いを全く考慮せずに保険制度が適用されるため、健康管理に努めていようが、不摂生な生活をしていようが、病気になれば全く同じように医療給付を受けることができるのです」、「自覚症状のない人に自覚を促すためには、分かりやすい制度設計が必要となります。例えば、健康管理への取り組み（健康状態ではありません）を昇進の際の評価項目にすることです」(10)。

医療政策の研究者としては、**「生活習慣病」（患者）への誤解や偏見は現実の医療政策にも歪みを生んでいることを危惧しています。**

例えば、2016年に**自民党の「人生100年時代の社会保障へ（メッセージ）」**は、「医療介護費用の多くは、生活習慣病、がん、認知症への対応」であり、「これらは、普段から健康管理を徹底すれば、予防や進行の抑制が可能なものも多い」にもかかわらず、「現行制度では、健康管理をしっかりとってきた方も、そうではなく生活習慣病になってしまった方も、同じ自己負担で治療が受けられる」ことを問題視し、健康管理での自助を促す**「健康ゴールド免許」**（健康維持に取り組んできた方が病気になった場合は、自己負担を低くする）の創設を提唱しました(1:151頁)。

日本維新の会の昨年10月の総選挙公約も、これとソックリの主張をしました。「医療保険に保険料割引制度を導入」する、「具体的には、定期的な検診受診者や健康リスクの低い被保険者などの保険料を値引きすることで、一人ひとりが健康価値を高める行動を起こすインセンティブを設けます」(11)。

3 「生活習慣病」の発症・悪化には遺伝的要因や環境要因、社会経済的要因が影響することが明らかに

しかし、「意見具申」後の膨大な実証研究の積み重ねにより、「生活習慣病」の発症・悪化には、遺伝的要因や環境要因、社会経済的要因が大きな影響を与えることが明らかになっていま

す。

例えば、日本における健康格差研究を主導した近藤克則千葉大学教授は、2017 年、『健康格差社会への処方箋』で、「生活習慣病」は「成人期の生活習慣だけでなく、30 年以上前の小児期や、さらには妊娠期にまで遡れる」ことを示したライフコース・アプローチ（疫学）の研究成果を詳しく紹介し、「生活習慣病」が個人の生活習慣のみに帰するとする考えを批判しました(12)。

世界的にも、国民の健康増進のためには、「**健康の社会的要因 (social determinants of health. SDH)**」に取り組む必要が強調されるようになっていきます。日本では、イギリスの「社会的処方」が有名ですが、アメリカでも米国科学工学医学アカデミー（日本学術会議と似た組織）が 2019 年に「社会的ケアを医療提供に統合する」報告書を発表し、それ以降、病院が SDH に取り組んだ報告と研究が急増しています(13)。

直近では、国際的にも評価の高い医療経営学誌 Health Care Management Review 誌に、2024 年に「アメリカの急性期病院の患者・家族諮問委員会が患者の社会的ニーズへの注意を喚起する役割」についての量的研究が掲載されています(14)。」

話が少し逸れますが、アメリカでは、健康の社会的要因に対応するために、営利目的の「**健康の社会的要因産業**」(social determinants of health industry)が登場し、それが膨大な資金調達と時価総額を生み出していることが、同じく 2024 年に、International Journal of Social Determinants of Health and Health Services 誌に報告されています(15)。私はこの論文を読んで、アメリカでは健康の社会的要因対策にも市場原理が及んでいることを知り、驚きました。

SDHはWHOの報告書の初版（1998）の日本語版が 2002 年に発行されて以来、ほとんど「健康の社会的決定要因」と訳されています(16)【注 2】。しかし、私はSDHを「**健康の社会的決定要因**」と訳すことには強い疑問があります(2)。私には、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させる「健康の社会的決定要因」という訳語は、個人の生活習慣が病気の「決定的要因」だと連想させる「生活習慣病」という用語と、ベクトルは逆でも、極端という点で共通していると思えます。

そのため、私は SDH の訳語としては、「健康の社会的要因」、または 2024 年版医師国家試験出題基準が用いた「社会的な健康規定要因」、または 2019 年に「医療経済学会のスコープ」が用いた「健康の経済的・社会的要因」が妥当と思っています。私自身はシンプルな「健康の社会的要因」を用いています。

なお、先に述べた 1996 年の公衆衛生審議会「意見具申」も、「疾病の要因と対策のあり方」として、3 つの「要因」（生活習慣要因、外部（環境）要因、遺伝要因）を用い、「決定要因」は用いていません。これが医学・医療の一般的用語法と言えます。

4 健康増進・健康寿命延伸政策には賛成だが、医療費は抑制できない

ここで誤解のないように。私は、政府・自治体の健康増進・健康寿命延伸と健康格差縮小政策にも、個人が健康増進に取り組むことにも、強制が伴わない限り、賛成です。私自身も、長年、禁酒禁煙、毎日定時に 3 食摂取、早寝早起き（夜 9 時就寝、朝 5 時頃起床）を励行している「健康優良爺（not 児）」です。大学を 70 歳で退職した 2018 年からは、それに毎日 35 分以上の「速歩」を加えています。そのためか、77 歳の現在も、心身共にすこぶる健康です。

しかし、医療経済学の膨大な実証研究に基づけば、健康増進・健康寿命延伸政策により、国民の健康状態を改善することはできるが、総医療費・生涯医療費を減らすことは困難です(17,18)。

ここで1つクイズを出します。「この問題で大事なのは、予防と健康づくりは財政のためではないということ。あくまで一人ひとりの幸せのため。そこを置き去りにしてはいけません」(19)。こう発言したのは誰でしょう？

私もこの考えに大賛成ですが、私ではありません。(……) 答えは、自民党の小泉進次郎議員です。氏は、2019年に菅義偉官房長官との対談で、こう述べました。実は、小泉議員は、先に述べた「健康ゴールド免許証」を提案した自民党の「人生100年時代の社会保障へ」を中心になってまとめました。私は、この発言を読んで、小泉議員のわずか3年間での認識の「深化」を知り、目を見張りました。

健康増進・健康寿命の延伸で総医療費を大幅に抑制できるとの主張は、厚生労働省も2006年に行いました。具体的には、厚生労働省は、「平成18年(2006年)医療保険構造改革」時に、生活習慣病予防(メタボ健診など)により平成37年度(2025年度)には、医療費を2兆円「適正化」(抑制)できると主張しました(20)。しかし、これは経済財政諮問会議や財務省が求めた医療費の『伸び率管理』への対抗」として、厚生労働省がひねり出した「根拠のない数値目標」だったと、当時財務省から厚生労働省に出向し、この政策作りにも関与した村上正泰氏(現・山形大学大学院教授)が2009年に詳しく証言しています(21)。

ご参考までに、私は、1980年代以降、厚生(労働)省や一部の研究者が発表した「医療の質を向上させつつ(維持しつつ)医療費を抑制する」とのさまざまな提案・主張を検討してきましたが、そのほとんどは論理的または実証的に成り立たないとの結論を得ています(22)。興味のある方はお読みください。

5 『生活習慣病』はすでにローカル方言・死語となっている」

5番目に、国際的には『生活習慣病』はすでにローカル方言・死語となっている」ことを指摘します。これは、橋本英樹東京大学大学院教授が、2021年に発表した論文『生活習慣病』というラベルの歴史と国内外の動向、そして功罪」の見出しの1つで、非常に的を射た指摘と思い、借用しました(23)。この論文は、国際的視野から、「生活習慣病」概念の興隆とその時代背景を説き起こし、最後を『生活習慣病』を克服する 때가来た」と結んでいる、格調高く、かつ論争的な論文です。橋本氏は、私と同じく、論文全体で「生活習慣病」にカッコをつけています。

私が調べた範囲では、2011年に、デンマークの公衆衛生学研究者のヴァルゴダ氏が、『生活習慣病』概念は廃棄されるべき」と、世界で初めて主張しています。具体的には、氏は、デンマーク、ノルウェー、フィンランド、イギリスで進められていた「いわゆる生活習慣病対策」は疾病の原因のひとつのみを取り出し、人々の行動またはライフスタイルにのみ焦点を当てるため、健康を改善する他の可能性を無視していると批判し、「生活習慣病」概念は廃棄すべきと主張しました(24)。

橋本氏の指摘は、私自身も2017年と2024年のPubMed検索で確認しています(2)。2024年1月25日の検索時に、"life-style diseases"は84件しかヒットせず、そのうち32件は日本人の発表であり、しかもそのうち19件は日本語の雑誌(15件)または日本の学会の欧文誌

(4 件) に掲載されていました。これは"non-communicable diseases" (NCDs. 非感染性疾病) 15,803 件のわずか 0.5 %にすぎませんでした。

本日 (2 月 24 日) の講演のために、2 月 10 日に再検索したところ、"life-style diseases"は 85 件で 1 件しか増えていないのに対して、NCDs は 49,882 件と 3.2 倍に激増していました。その結果、life-style diseases の NCDs に対する割合は、0.2 %にまで低下していました。それに対して、同じ日に日本語のデータベースである CiNii で検索したところ、「生活習慣病」は 22,989 件もヒットし、非感染性疾患は 265 件にとどまっていた。以上の結果は、橋本氏が指摘したように、「生活習慣病」がもはや日本のみの「ローカル方言」になっていることを示しています。

結論・提言：糖尿病の呼称変更に合わせて「生活習慣病」の呼称見直しを

最後に、結論・提言を述べます。それは、日本糖尿病学会と日本糖尿病協会は、糖尿病の呼称変更を検討しているので、それと合わせて、「生活習慣病」の呼称見直し (健康増進法改正等) も行うべきです。

同学会・協会は 2023 年 9 月に、糖尿病の呼称変更の有力候補として、「ダイアベティス」を示しています。ただし、「ダイアベティス」への異論も根強く、成案はまだまとまっていないそうです。私も「ダイアベティス」というカタカナ語は分かりにくく、国民の支持・理解は得られないと思い、個人的には「高血糖症」の方が良いと感じています。

「生活習慣病」の呼称見直しとしては、2016 年に原昌平氏 (当時読売新聞大阪本社編集委員) が提唱したように、**とりあえず「生活習慣関連病」に変えるのが現実的と考えています (25)**。具体的には、健康増進法第 16 条の「生活習慣病」を「生活習慣関連病」に変えることです。その際、「生活習慣関連病」の範囲も見直し、**最低限、「がん」全体を含むことは止めるべきです【注 3】**。

「生活習慣関連病」という用語にも、「生活習慣に関連する病気だから自己責任だ」と思われる危険がありますが、「生活習慣病」という用語が行政を含め、広く使われていることを考慮すると、残念ながら大幅な変更はすぐには困難だと思います。

国際的には WHO が提唱している NCDs (非感染性疾患) が広く使われていますし、「健康日本 21 (第三次)」(2023) では、ほとんど「生活習慣病 (NCDs)」と記載されています。しかし、私は NCDs は範囲が不明確で、しかも広すぎると思います。また、「生活習慣病 (NCDs)」と併記するのは、控えめに言えば混乱を招きやすい、率直に言えば粗雑・安直です。

なお、2023 年 5 月に発表された「**健康日本 21 (第三次) 推進のための説明資料**」(厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン (令和 6 年度開始) 策定専門委員会 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会) には、以下の記述がなされました。<「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世間的に広く定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。> (この部分のみ「生活習慣病」にカッコを付けて表記)

厚生労働省の審議会の文書に、「生活習慣病」という用語への批判・「指摘」が明記されたのは初めてで、特に「用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である」と書かれたことは意義深いと思います。ただし、「健康日本 21（第三次）」の本文には、このようなストレートな表現はありません(2)。

参考：過去の医学用語の変更例

過去の医学用語の変更例を簡単に紹介します(26)。まず「老人性痴呆」から「認知症」への変更は、厚生労働省の『痴呆』に替わる用語に関する検討会（座長：高久史麿氏）で公式に検討され、2004年に「報告書」が発表された後は、マスコミを含めて速やかに用語変更が行われました。これに先立って、日本精神神経学会は全国精神障害者家族会連合会の要請を受けて2002年に「精神分裂病」を「統合失調症」に変更し、それが社会的に広く認知されました。

さらに、私がかつて専門としていたリハビリテーション医療分野でも、「維持期」（リハビリ）という患者・障害者や国民にネガティブな印象を与える用語から「生活期」（リハビリ）への用語変更が、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」の提案が契機となり、2011～2012年に厚生労働省（老健局）主導で行われました。ただし、老人性痴呆や精神分裂病の場合と異なり、この変更はなし崩しで行われたため、リハビリテーション医療界以外にはほとんど知られていません。

【注1】糖尿病・透析（患者）に対する偏見・差別は根強い

「生活習慣病」（患者）のうち、特に糖尿病（患者）と透析（患者）に対する偏見・差別は、麻生太郎氏、長谷川豊氏に限らず、根強いと思います。公衆衛生学研究者と医療経済学者の新旧2つの発言を紹介します。

公衆衛生学者の**香川靖雄氏**（元自治医科大学教授）は、2000年に出版した『生活習慣病を防ぐ』で、「糖尿病の進行で起こる腎症の透析費用は毎月70万円もするので、個人負担はできない。やはり、初期の検診の段階で十分に注意して、生活習慣病の予防に努めることが重要なのである」（199頁）と一般論を書いた上で、次のようにストレートに主張しました(27)。「努力して健康に留意する人が収めた保険料や税金から、自由気ままな生活をする人が医療費を支払ってもらうという体制になっている。たとえば先にも述べたように、血液透析の段階になって、巨額の医療費は自己負担できないから、『生命は地球より重い』といって健康保険から医療費を支払わせるのである。（中略）わかりやすく言えば、大部分の生活習慣病の患者さんはイソップ物語のキリギリスである。夏に安逸な生活を享受しておきながら、冬が来れば努力して健康を貯えたアリの所に来て『恵んでください』と拝む。欧米人のアリならキリギリスの願いを断るが、日本人のアリは助けてあげようとする」（209-210頁）、「明るい未来への個人の選択、国民の選択…喫煙や飽食による生活の享受を選択する者は、現行の一律の保険料を徴収する日本型健康保険でなく、米国型の民間健康保険を導入して高い生活習慣病のリスクを負担すべきと考える」（215頁）。

ごく最近では、医療経済学者の**伊藤由希子氏**（津田塾大学教授）も、「生活習慣病」という用語は使わないものの、「高額療養費制度のモラルハザード」の例として人工透析をあげ、次のように述べました(28)。「人工透析の原疾患の4割は2型糖尿病性腎症であり、食事療

法や薬物療法で腎機能の悪化を抑えることもでき、医療費上も、患者の生活の質にとっても、その方がはるかに医療の質（費用対効果）が高い。一方で医療者にとっては、診療報酬につながらない栄養指導に時間と手間をかけて重症化を予防するよりは、人工透析を導入するほうが高い報酬につながり、患者の経済的負担も低い現状がある」。

【注2】健康の“determinants”にはさまざまなものがある

日本では"social determinants of health"（のみ）が有名ですが、健康の"determinants"には、それ以外にさまざまなものが提唱されています。私がこの数年にチェックした医療経済・政策学関連の英語論文のタイトルに付けられていたものに限っても、"political determinants of health"、"commercial determinants of health"、"environmental determinants of health"、"moral determinants of health"、"pandemic determinants of health"があります。

しかし、それらをすべて「政治的（営利的、環境的、倫理的、パンデミック的）決定要因」と訳すのには無理があり、「〇〇要因」と訳すのが適切だと思います。これは1996年の公衆衛生審議会「意見具申」の用法（遺伝要因、外部（環境）要因、生活習慣要因）とも整合的です。このことは、「健康の社会的決定要因」という訳語が不適切・過大表現であることの傍証になっています。

【注3】「生活関連病」・「生活環境病」という代替案

学術フォーラムで「メディアからみた習慣病」について講演された吉川美恵子氏（NHK解説委員）は、「個人的意見だが、『生活習慣病』は役目を終えた」と述べた上で、「生活習慣病」に代わる用語は短い方が良くと考え、回りの人に聞いた用語として、「生活関連病」、「生活環境病」を紹介しました。これらは、私が「とりあえず」と限定して提案した「生活習慣関連病」より、よほどスッキリしているし、「習慣」という表現を除くことにより、スティグマがなくなるか、減ると感じました。

フォーラムで「多職種による生活習慣病予防に関して」講演された西村ユミ氏（東京都立大学教授）からは、糖尿病患者と研究者が2021年に『生活習慣病』を死語にする会～社会的スティグマの克服を目指して～を立ち上げ、毎年「市民公開シンポジウム」を開催していることを教えていただきました。私はさっそく、同会のホームページにアップされていた、「(杉本正毅代表の) はじめまして」、「発会までの経緯」、「『(第3回) 市民公開シンポジウム2024』の報告」を読み、大変勉強になると共に、今までこの会の存在自体を知らなかった不勉強を恥じました。

文献

- (1) 二木立「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点ー用語見直しを検討する時期」『文化連情報』2017年9月号（474号）：16-23頁（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,150-161頁）
- (2) 二木立『生活習慣病』と『健康の社会的決定要因』の用語見直しの必要性・再論『文化連情報』2024年3月号（552号）：40-46頁。
- (3) 川上武『現代の医療問題』東京大学出版会、1972,211頁（二木立「川上武先生の医療政策・医療史研究の軌跡と現代的意義」『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,161-178頁で

紹介)。

- (4) 川上武『現代日本病人史』勁草書房,1982。
- (5) 川上武編著、坂口志朗・藤井博之編集協力『戦後日本病人史』農文協,2002。
- (6) 上田敏『リハビリテーションを考えるー障害者の全人間的復権』青木書店,1983。
- (7) 日野原重明「成人病に代わる『習慣病』という言葉の提唱と対策」『教育医療』15(3):1-3,1978 (日野原重明『医療と教育の刷新を求めて』医学書院,1979,32-35 頁)。
- (8) 日野原重明『「生活習慣病」がわかる本ーあなたが作り、あなたが治す病気』ごま書房,1997 年。
- (9) 二木立「『麻生発言』で再考ー死亡前医療費は高額で医療費増加の要因か?」『日本医事新報』2013 年 3 月 9 日号 (4637 号): 30-31 頁 (二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,130-133 頁)。
- (10) 江崎禎英『社会は変えられる 世界が憧れる日本へ』国書刊行会,2018,47,55 頁。
- (11) 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。
- (12) 近藤克則『健康格差社会への処方箋』医学書院,2017,第 1 章「ライフコース・アプローチ」。
- (13) 二木立「健康の社会的要因の重視には大賛成。しかし、日本での『社会的処方』の制度化は困難で『多職種連携』の推進が現実的だ」『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,168-175 頁。
- (14) Heard LR, et al: The role of patient and family advisory boards in promoting greater attention to patient social needs by U.S. acute care hospitals. Health Care Management Review 49(4):311-322,2024. (「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」247 号 (2025 年 2 月) に抄訳)
- (15) Goldberg ZN, et al: The social determinants of health industry: Two years on. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services 54(4):344-351,2024 (「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」246 号 (2025 年 1 月) に抄訳)。
- (16) 高野健人監修・監訳、特定非営利活動法人 健康都市東京推進会議・日本健康都市学会訳『健康の社会的決定要因 確かな事実の探求』WHO 健康都市研究協力センター,2002 (原著: Wilkinson R, Marmot M (eds): Social Determinants of Health: The Solid Facts. WHO, 1998)。
- (17) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,第 5 章第 3 節「健康寿命延伸で医療・介護費は抑制されるか?ー『平成 26 年版厚生労働白書』を読む、同第 4 節「予防・健康増進活動の経済評価の主な文献」。
- (18) 康永秀生『健康の経済学 医療費を節約するために知っておきたいこと』中央経済社,2018,228-244 頁 (「予防医療で医療費を減らせるか?」)。
- (19) 菅義偉・小泉進次郎「(対談) 令和の日本政治を語ろう」『文藝春秋』2019 年 9 月号: 94-105 頁 (二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,34 頁で引用)。
- (20) 柴畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研,2007,80 頁。
- (21) 村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP 新書,2009,169-174 頁 (「医療費適正化計画に位置付けられたメタボ健診と平均在院日数短縮」)。

(22) 二木立「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証」『文化連情報』2024年2月号 (551号) : 32-38 頁。

(23) 橋本英樹『生活習慣病』というラベルの歴史と国内外の動向、そして功罪』『糖尿病プラクティス』38(2):164-168 頁,2021。

(24) Vallgarda S: Why the concept "lifestyle diseases" should be avoided? Scandinavian Journal of Public Health 39:773-775,2011 ((1):159 頁で引用)。

(25) 原昌平「糖尿病・人工透析は自堕落のせいかな?」『京都保険医新聞』2016年10月10日号。

(26) 二木立『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る』『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房,2024,199-213 頁。

(27) 香川靖雄『生活習慣病を防ぐー健康寿命をめざして』岩波新書,2000年。

(28) 伊藤由希子「高額療養の医療の質は高いのか?」『週刊社会保障』2025年3月10日号 : 26-27 頁。

[本稿は、本年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～疾病予防をさらに進めるために～」での講演原稿を整理したものです。時間の制約で講演では省略した部分の一部も復元しました。3つの【注】はフォーラム後に追加しました。]

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230回)(2025年分その2:8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。

○[アメリカでは医薬品の]自己負担は手に負えなくなっているー迅速承認された医薬品の経済毒性を減らす

Ubel PA, et al: Out of pocket getting out of hand - Reducing the financial toxicity of rapid approved drugs. NEJM 392(8):729-731,2025 [評論]

FDAは、近年、効果が不確かな新医薬品を迅速承認している。その際経済的負担は考慮していないが、それは極めて高額であり、患者に重い負担となっている。それらの医薬品の経済毒性は患者の加入する医療保険によって異なっている。

いくつかの政策変更を組み合わせることで、経済毒性を減らすことができる。第1は、FDAが新薬を頑健なエビデンスがないにもかかわらず承認した場合は、医薬品の説明書にそのことを明記したり、FDA自身がそのことを広報することである。第2は、連邦政府が高額の患者負担の主因、つまり新薬の高薬価に対処することである。我々は医薬品価格レビュー委員会を設立することを推奨する。第3は、新薬の自己負担額の上限を、少なくともその新薬の承認後試験が終了するまでは、設定することである。議会がFDAの権限を拡大する見込みはないが、新薬の効果が示されていないにもかかわらず、経済的毒性がある場合には、これらの改革の組み合わせが必要である。

ニ木コメントー論文タイトルは非常に魅力的ですが、提案されている改革は、効果が不確かな段階で迅速承認された新薬を対象を限定した「微温的」改革で、しかも現在のランプ政権・共和党支配の議会下では実現可能性はほとんどないと著者も認めています。日本と異なり、国民皆保険制度はおろか、高額療養費制度もないアメリカでは、医薬品を含めた医療費の自己負担の経済毒性は日本とは桁違いに深刻なのですが…。

○アメリカにおける2018～2022年の成人の医薬品費と非常に高額な処方薬利用者の特性

Nguyen JL, et al: Adult pharmacy costs and characteristic of very high-cost prescription drug users in the United States, 2018-2022. Medical Care 63(1):631-638,2025 [量的研究]

本研究の目的は以下の5点を明らかにすることである:(1)非常に高額な処方薬利用者(以下、高額利用者。1人当たり年間医薬品費が上位1%の患者と定義)の人口学的・臨床的特性、(2)これらの患者の特性は経年的に変化しているか否か、(3)社会人口学的及び臨床的要因と高額利用者との関連、(4)高額利用者の平均薬剤費、(5)高費用に寄与している診断分類と医薬品。ある全国展開している医薬品給付会社の2018～2022年の5年分(暦年)の匿名化した医薬品費請求データ(n=65,739,791)を用いた。すべてのデータは2022年ドル表示に調整した。医薬品費は医療保険または患者が実際に負担した費用で、リベート額や割引額を除いたものとした。

高額利用者の1人当たり年間薬剤費は2018年に78,279ドルだったが、2022年には84,207

ドル（1ドル150円換算で1263万円）に上昇した。これら患者の医薬品費総額に対する割合は2018年の38.8%から2022年の44.1%に上昇した。5年間の調査期間全体では、45-64歳が18-44歳（参照年齢）と比べて高額利用者と分類されるオッズ比は1.31倍だった。男のオッズ比は女に比べて1.42倍だった（それ以外のオッズ比は略）。2022年の高額利用者の疾患は多い順に、炎症性疾患（38.5%）、がん（24.5%）、多発性硬化症（7.1%）、ヒト免疫不全ウイルス（HIV、4.0%）の順であった。高額利用者以外の患者では糖尿病が飛び抜けて多く23.0%であった。

二木コメントー6500件以上のビッグデータを用いた貴重な研究です。高額処方薬利用者の上位1%が医薬費総額の4割以上を占めているとは驚きです。財年ながら、保険会社と患者の薬剤費負担の内訳は示されていません。

○イタリアNHSにおける私的アクセスと公的アクセス：プロペンシティスコア・マッチングを用いて、民間医療保険の選択増加に光を当てる

Public versus private access in the Italian NHS - The use of propensity score matching to provide more insight on the increasing adoption of voluntary health insurance Health Policy 154 (April 2025) 105271,9 pages [量的研究]

イタリアは1978年に全国民対象の租税負担方式の医療制度（NHS）を導入したが、過去数30年間で、任意加入の民間医療保険（VHI）に加入して私的診療を受診し、公的制度で増加している待ち日数を避ける人々が増加している。民間保険の加入率は1999年には2%にすぎなかったが、2013年には12%、2019年には15%に増加し、2024年には30%に達した。本研究は、VHI加入が私的医療受診に影響するか否か、するとしたらどのくらい影響するかを、専門医受診と診断のための検査の料金—特に全額自費料金(full price)、一部負担、および無料—についての情報を用いて分析する。「ヨーロッパ・ヘルス・インタビュー調査」のデータを用いて、プロペンシティスコア・マッチング・モデルにより、VHI加入の有無で私的医療受診選択がどのくらい違うかを検証した。

その結果、VHIに加入している患者は非加入者に比べて、私費診療で専門医受診と検査を受ける尤度（確率）が共に7.3%高く、逆にVHIに加入していると、それらをNHで受ける確率はそれぞれ5.1%、6.3%低かったこの結果は、VHIの普及はNHSへの負荷を減らし、VHIに加入していない患者のNHSでの専門医受診と検査実施を増やすとも言える。他面、本分析は所得、教育、及び雇用条件が直接VHI加入に関連していることも示し、社会経済的階級間で医療受診の不平等が生じているとの疑念を生む。

二木コメントーイギリスで近年、民間医療保険加入者が急増し、それが医療受診格差を生んでいることは日本でもよく知られていますが、イタリアでも同じことが生じていることを定量的に示した初めての英語論文と思います。私は、イタリアで民間医療保険加入率が2024年に30%にも達していることに驚きました。

○[イングランドNHSにおける] 乳がん手術の待ち日数面での社会経済的不平等

Matias MA, et al: Socioeconomic inequalities in waiting times for breast cancer surgery. Health Economics 34(2):203-224,2025 [量的研究]

がん治療へのアクセスの遅れは健康アウトカムを悪化させるので、迅速なアクセスは

いくつかの OECD 加盟国で高い優先順位を与えられている。ニードに基づくアクセスは公費負担医療制度の国では重要な柱になっている。本研究は乳癌手術（乳房の摘出術又は保存的手術）を受けるまでの待ち日数における、患者の社会経済的面で不平等の有無を検証する。コロナ禍前（2015 年 4 月～2020 年 1 月）とコロナ禍中（2020 年 2 月～2022 年 3 月）別に調査した。手術を受けた患者数はコロナ禍前 182,356 人、コロナ禍中 72,816 人であった。線形回帰モデルを用い、待ち日数と患者の居住地域の所得剥奪 (income deprivation, 5 分位数) との関連を調査した。その際、人口学的要因、合併症の種類と数、過去の救急受診歴と HRG（「健康資源グループ」。イギリス版 DRG）、及び病院固定効果による供給レベル要因の調整を行った。

全体では、コロナ中はコロナ禍前に比べて平均待ち日数はコロナ禍前の 20.06 日からコロナ禍中の 20.60 日に増加していた。コロナ禍前は、患者の居住地の所得剥奪と手術の待ち日数との関連はなかったが、コロナ禍中は、所得剥奪がもっとも大きい地域（下位 20 %）に居住する患者では、待ち日数は 0.7 日（全体の平均待ち日数に比べ 2.9 %）長いことを見いだした。

ニ木コメント コロナ禍中の乳癌手術の待ち日数増加が、低所得地域の患者ではわずかに増加したことを証明した精緻な研究です。残念ながら、コロナ禍が収束した 2022 年 4 月以降のデータは不明です。

○入院待ち日数における【データの】集約バイアスと社会経済的勾配

Carlsen F, et al: Aggregation bias and socioeconomic gradients in waiting time for hospital admissions. Health Economics 34 (3):371-375,2025 [量的研究]

待ち日数は一種の配給メカニズムであり、公費負担医療制度において平等なニードに対して平等なアクセスを保証するための手段として用いられている。しかし、いくつかの研究は社会経済的状況 (status) が高い患者の待ち日数が短いことを示唆している。それらの研究は典型的には、患者の社会経済的状況を患者の居住地域の集約尺度で測定しているため、その結果は集約バイアスの影響を受けやすい。集約バイアスの程度に光を当てるため、ノルウェーの入院待ちデータを用いて、待ち日数における社会経済的勾配を分析する際、教育水準と所得水準を 3 つの異なったレベル—個人レベル、人口集団 (population cell) レベル、自治体レベル—で測定した場合、どんな差が生じるかを検討した。その結果、個人レベルでの社会経済的勾配は先行研究と比べて緩やかであった。ただし、個人レベルのデータで分析しても、高学歴の患者は低学歴の患者に比べて入院待ち期間が 7-8 % 短かった。社会経済的状況を集約レベルで測定すると、社会経済的変数と社会経済的勾配との関連は強くなり、推計値の精度は落ちた（信頼区間が拡大した）。集約データにしかアクセスできない研究者は、社会経済的勾配の程度を過大評価するリスクがある。

ニ木コメント ノルウェーの 3 つのレベルでの入院待ち日数データ（全数データ）を用いた研究です。集約データでは、個票データよりも、結果が過大に表示される危険があるとの警告は重要だと思います。古い話で恐縮ですが、私も、1983 年に博士論文「脳卒中患者の障害の構造の研究」を執筆した際、データの集約の仕方により、結果が変わることを実体験しました。要旨の最後の一文は「上から目線」的ですが、著者は、ノルウェーでも患者の社会経済的状況が低いと入院待ち日数が長くなること自体は確認しています。

○アメリカ医療でのプライベート・エクイティ〔企業〕の拡大と影響

Unruh L, Rice T: Private equity expansion and impacts in united states healthcare. Health Policy 155 (May 2025) 105266, 8 pages [文献レビュー]

過去 20 年間、プライベート・エクイティ (PE) 企業—巨額の資金をプールし、企業を買収してリストラする私的投資家—が、ますますアメリカ医療の所有とマネジメントに関わるようになっていく。PE の目的は短期に金融的利益を得ることで、買収した施設と事業に債務を割り当て、労働費用をカットし、もっとも利益のあがるサービスに注力し、価格を引き上げるために診断コードをアップコードし、事業の合併・閉鎖・売却を行うのが普通である。PE の医療分野での拡大と影響を明らかにするために、PubMed と Google Scholar を用いて 2010 年～ 2024 年 9 月に公表された学術論文とレポート、ニュース記事を探索する。学術論文だけでは、このテーマについての最新情報は得られないからである。それにより、PE がアメリカ医療のほとんどすべての分野に拡大しており、特に病院、ナーシングホーム、医師診療所で顕著であることを示す。PE のビジネスモデルの理論は、良質で効率的でアクセスが良い医療とは両立しない。PE による医療の質や患者のアウトカムの改善や費用低減のエビデンスを示した実証研究はほとんどない。少数 (a few) 実証研究は利益の多い分野でアクセスが改善し、3 論文は営業費用の低下と営業利益率の向上を示しているが、それは他の医療アウトカムに悪影響を及ぼしている可能性がある。一部の研究は様々なアウトカムに差がないことを示している。それら以外の圧倒的多数の研究は、PE 所有によりアウトカムは悪化するか一定しないこと（ほとんどは悪化）を示している。PE の医療参入はヨーロッパよりアメリカの方が大きい、今後はヨーロッパでもアメリカと同レベルになる可能性がある。アメリカにおける連邦・州政府の医療分野の PE 規制政策はまだ始まったばかりだが、PE の影響についての今後の研究がそれに貢献するであろう。

二木コメント—アメリカにおける医療分野への PE 企業の参入と影響についての最新・最大 (73 文献!) のレビューで、テーマ別に主要研究の一覧表も付いており、アメリカの医療提供体制、特にその企業化の研究者必読と思います。著者の 1 人のトム・ライス氏 (UCLA 名誉教授) はアメリカでは数少ない反新古典派・制度派の医療経済学研究者で、私も 1992-1993 年の UCLA 公衆衛生大学院留学時に大変お世話になりました。

○プライベート・エクイティ〔企業〕による買収前後の病院の固定資産の減少：JAMA Letter 欄での小論争

① Schrier E, et al :Hospital assets before and after private equity acquisition. JAMA 332 (8) :669-671, August 27,2024. [量的研究]

② Larkin S : Cmment. JAMA 333 (3):257, January 21,2025.

③ Schrier E, et al: In reply. JAMA 333 (3):257-258, January 21,2025.

①は、2010-2019 年に PE に買収された 156 病院と対照 1960 病院の買収前 10 年間～買収後 5 年間の固定資産 (土地、建築、装備と医療情報技術の変化) の変化をイベントスタディ・差の差分法で比較し、買収後 2 年後には、買収された病院は対照病院に比べて総資産が平均 24 %減少したと報告しました。②は、①が指摘した固定資産の減少は、会計処理の違い・変更で生じたものだと批判しました (ただし、専門用語・概念が多く、私にはよく理解

できませんでした)。③は、PE による病院買収と倒産の具体例を示すと共に、自分たちはメディケア・メディケイド・センターの固定資産の定義を用いていると反論しています。

①の著者 7 人には、Himmelstein、Woolhandler 等、著名な左派の医師・研究者も含まれています。②の著者は、Conflict of Interest Disclosures 欄によると、オーストラリアの営利病院会社からコンサルタント料を得ています。JAMA では、掲載論文への反論は 1 か月前後で掲載されるのがフツーですが、今回は 5 か月後の掲載で、しかも不思議なことに、反論はアメリカではなくオーストラリアからなされています。

○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。

二木コメントー医療ガイドライン (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。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 244)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○シモーヌ・ド・ボーヴォワール（フランスの哲学者、作家、批評家、フェミニスト理論家・活動家。1986 年死去、78 歳）「書くという企てはそれゆえ、人間たちが生きている世界への拒否と、人間たちへのある種の呼びかけとのあいだの緊張を含んでいる。（中略）これは困難な態度である。それははげしい情熱をもつことを意味し、長いあいだ維持されるには強い精神力を必要とする」（朝吹三吉訳『老い』人文書院、1972（原著 1970）下巻 473 頁。上野千鶴子『アンチ・アンチエイジングの思想 ボーヴォワール「老い」を読む』みすず書房、2025、117 頁より重引）

○上野千鶴子（日本のフェミニズム研究を主導。東京大学名誉教授）「作家にとっては書くことは現実への拒否と現実との和解の両方を含む。それが一方の極だけへ触れると陳腐で凡庸なものになるし、振れ幅が小さいとぬるくて浅いものになる。その両極への振れ幅が大きいほど、書くものは緊張感と強度を孕むことになるだろう」（上掲書 118 頁。上記ボーヴォワールの表現の解釈）。

二木コメントー私も「医療改革の志を持ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究を行う」スタンスを持ちつつ、「リアリズムとヒューマニズムの間には緊張関係があり、両者のバランスをどうとるか、いつも腐心」してきたので大いに共感しました（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006、104 頁）。ただし、私は「世界（現実）の拒否」という強い言葉は使わず、「批判」を用いています。

○山形浩生（翻訳家・開発援助コンサルタント）「経済学者は技術進歩やイノベーションの話をしたがる人が多いけれど、その『技術』を実感をもって語れている人はいない。こないだノーベル賞をとったアセモグルとかですらそうだ。すると、『技術』が数字の遊びでしかなくなる」（『翻訳者の全技術』青海社新書、2025、52 頁）。二木コメントー私も医療の実態を知らない経済学者が医療技術進歩の経済的影響を数値化することに強い疑問を感じています。

○山形浩生「気負って思想書の原典を読もうとする人も多いけれど、原典でないと達成できない読書の目的がないのだったら、世の中の人はいっとも気軽に入門書や概説書に頼っても良い」（『翻訳者の全技術』青海社新書、2025、84 頁）。二木コメントー私も、自分の専門分野以外のテーマについては、まず新書や概説書を読むようにしています。

<その他>

○厚生省の 1973 年の採用担当者「産業政策を担当する官庁とは違い、厚生行政は自分たちが頑張らないと社会保障に財源は回ってこない。体制内反主流なのだ」（中村秀一「果たして『戦後』は終わったか（霞が関と現場の間で(63))」『社会保険旬報』2025 年 5 月 1 日号：18 頁。中村氏が 1973 年に厚生省に入省した際、採用担当者からこう教えられたと紹介）。二木コメントー前回の連載(62)「高額療養費ー失敗の本質」(『社会保険旬報』2025 年 4 月 1 日号：21 頁。本「ニューズレター」24-25 頁で紹介・推薦)に続く、中村氏の厚生労働省の後輩に対する叱咤激励と感じ、大いに共感しました。

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48回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」86号 (2025年4月9日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私のオススメ/お好み

A. 論文の書き方・研究方法編関連

○橘永久、ジェフリー・トランブリー『日本人の9割がじつは知らない英単語 100』ちくま新書,2020。

…すでに日本語として使われていたり高校の教科書に出てくるような英単語のうち、日本人にはほとんど知られていない別の意味を持つ単語を選んで解説。似た意味の言葉 (類義語) や同じ意味の言葉 (同義語) も丁寧に紹介。最初の 50 語のうち半数近くは、私も別の意味を知らないか、忘れていた。例: doctor に「改竄する」意味もあることは知っていたが、nurse に「(怒り・不満の思いを) 長年心に抱く」という意味もあることは知らなかった (ただし、両語とも、このような意味を持つようになった理由は不明とのこと)。

◎鈴木俊貴『僕には鳥の言葉がわかる』小学館,2025 年 1 月。

…著者は、学部 4 年生の卒業研究論文で、シジュウカラたちが言葉を理解している可能性に気づき、その後、長期かつ詳細なフィールドワーク (緻密な実験を含む) により、彼らが 2 語文を有することを証明し、「"動物はしゃべられない" という [アリストテレス以来] 2000 年以上にわたる史上最大の誤解を解き」(164 頁)、世界初の新しい学問「動物言語学」を創設した。そんな 41 歳の若き研究者が自己の研究の発展プロセスをほぼ時系列で、率直に、しばしばユーモアを交えて記述。私は著者の以下のような「研究者魂」に感銘を受けた: ①自己の研究について「来る日も来る日も、毎日のように考えた」(171 頁)。②自己の観察結果を公表する前に、それに対して出されうる様々な反論・疑問への回答を周到に準備し、「細部にこだわった美しい研究」(92 頁) を目指した。③フィールドワークと並行して、「数え切れないほどたくさんの論文を読み、研究の動向をおさえていった」(90 頁)。④卒業研究の内容を学術誌に投稿したいと考え卒業論文を英語で執筆した、⑤自分の発見を世界に広めるために様々な媒体で幅広く発信 (SNS、講演、教科書、ラジオ、テレビ、そして本書執筆) 等 (順不同)。「研究方法論」&「研究者の生き方」の本としても秀逸。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○矢野祐典『地域医療と街づくり 京都発! 「日本の医療が変わる」経営哲学 元引きこもり理事長の病院経営術』ダイヤモンド社,2024 年 9 月。

…著者は、職員数 6000 人超の京都の大規模病院グループ (私流に言えば「複合体」)「洛和会ヘルスケアシステム」の 3 代目理事長だが、元「引きこもり」で、一度は医師の道を諦め、医師であることを隠して特別養護老人ホームで介護の仕事をしたこともある。そんな著者が、突然、父の指示で理事長になり、2 年半で「福利厚生日本一」と自負する改革を行ったプロセスと理念、「民間病院が担う使命」を熱く語る。ただし、書名になっている「街づくり」については、「病院が地域に貢献する」こと以外は書いていない。

○日経ヘルスケア編『介護サービス 生産性向上ガイドブック 介護現場の悩みを解消するケアの効率化の手法』日経 BP 社,2024 年 11 月。

…全 6 章。第 1～5 章で、介護分現場の生産性向上「実現の鍵となる」厚生労働省の最新の政策動向のポイントを分かりやすく解説。第 5 章は「先進的な介護事業者の [12] ケースにみる生産性向上のヒント」、第 6 章は資料。実用書で、「生産性」、「効率」、PDCA サイクルについての原理的・批判的検討はない。

＜透析医療（3 本）＞

○堀川恵子『透析を止めた日』講談社,2024 年 11 月。

…司馬遼太郎賞をはじめ各種のノンフィクション関係の賞を総なめにしてきた著者の渾身の医療ノンフィクション。第一部では、難病（多発性嚢胞腎）が進行して 12 年間血液透析を受けた後、腎移植を受け透析から解放されたが、9 年後に透析に戻り、それを 1 年余続けた後、本人の強い意思で透析を止めると決断し、その 1 週間後に、60 歳で亡くなった著者の夫（林新氏。元 NHK の敏腕プロデューサー）と彼を献身的に支えた著者の壮絶かつ克明な闘病・看病記。第二部はこの体験を踏み台にして、終末期の透析患者をめぐる諸問題・「透析医療の出口」について冷静・緻密な取材を重ね、最終的に「腹膜透析という選択肢」を知り、それにより「納得して看取る」ことに「希望」・「思わぬ光」を見いだす。日本の緩和ケアの対象は保険診療上がん患者に限定され、終末期の透析患者や他疾患患者は受けられないことに対する批判は鋭いし、説得力がある。著者が、日本の緩和ケアの現状を皮肉って言われると紹介している「がんで死ぬるのは幸せだ」（5-6 頁）は、私もかつて、脳卒中等で寝たきりになった高齢患者の終末期を診ていて感じた。

著者は「透析という医療に感謝」しつつも、終末期に医師から満足な終末期ケアや終末期の選択肢についての詳しい説明を受けられなかったとの不満を繰り返し書いているが、本書を読む限り、林氏は終末期には日赤医療センターの特別個室（差額ベッド代も高い）で、手厚い医療・看護・歯科専門職による丁寧な口腔ケア等を受けていると思う。それだけに「あとがき」で、「私の夫は、…信頼できるドクターと呼べる存在には、一度も巡り合うことが叶わなかった」と書いているのは酷い（318 頁）。第二部での「腹膜透析という選択肢」があるとの指摘は重要だが、他の医療と同じようにそれにも適用と禁忌・限界があることにはほとんど触れていない。海外に比べ日本で腹膜透析が少ない「社会的な原因」として、血液透析の「供給過剰は、血液透析のベッドを埋めるという『動機』を働かせやすい環境を作ったとみることもできる」（255-256 頁）と書くのは粗雑・乱暴。

○「特集 こんなに違う?! 透析の医療費負担」 「ぜんじんきょう」(全国腎臓病協会会報) 328 号 (2025 年 3 月 6 日): 3-9 頁。

…透析医療費の自己負担は医療保険の高額療養費制度の「特定疾病」の対象で月 1 万円（一定以上の所得者は 2 万円）に軽減されている。自己負担は「自立支援医療（更生医療）」と「福祉医療」でも軽減されている。後者は、自治体が独自に行っている制度で、以前は、腎不全により身体障害者手帳があれば多くの都道府県で自己負担がなかったが、現在は身体障害者手帳の等級や申請時の年齢、所得によって助成額は異なっている。本特集は、それについて分かりやすく解説すると共に、全「都道府県の福祉医療」の詳細な一覧表を掲載してい

る。愛知県は身障手帳1～3級を所持していれば、所得制限も年齢制限もなく、自己負担分が全額現物給付となっているが、これは全国的にはむしろ例外。

○伊藤由希子「高額療養の医療の質は高いのか？」『週刊社会保障』2025年3月10日号：26-27頁。

…冒頭、「結論を簡潔に申せば、[高額療養の医療のうち『高額かつ質が高い』と言える医療はそのごく一部でしかない」と断言しているが、その例として挙げるのはレパネマブだけ。

「効果や価値を伴わない高額な医療を『効くかもしれない』という理由だけで安易に導入することには、厳しい検証が必要である」との主張は正論で大賛成だが、「高額療養費制度の本質的な問題は、低い患者負担であることにより、医師・医療機関が安易に高額な治療を導入するというモラルハザードである」と断じ、その例として、人工透析を挙げるのは乱暴・論理の飛躍。日本の人口当たり透析患者数が「突出して高い」ことを問題視しているが、日本の透析医療の質(延命率等)が世界一高いことには触れず。伊藤氏には、上記『透析を止めた日』を読んで、日本の透析医療の現実を知って欲しいと感じた。

○岡本悦司「社会保険料賦課をみすえた金融所得の都道府県格差に関する研究」『地域経営学会誌』6巻1号,2024年(査読付きのウェブ雑誌・無料公開。実際の発行は2025年)。

…負担の公平性からみれば、配当や株式の売却益等の金融所得も社会保険料賦課の対象とすべきであるが、次の2つの難点も指摘されている。①金融所得は変動が激しく安定が求められる社会保障財源として相応しくない、②金融所得は年金に比べて都道府県格差が大きくそのまま賦課対象に加えると都道府県間の格差を一層助長する。本論文は、税制が複雑であるため把握が困難な金融所得の地域差や経年変動を各種の公的統計を組合せて把握し、金融所得の経年変動や都道府県格差の実態を把握した。その結果、この2つの難点が正しいことが明らかになり、金融所得を社会保険料賦課の対象に加えることは負担の公平の見地から望ましいことではあるが、そのまま各都道府県の後期高齢者医療制度の保険料収入とした場合、富裕な都道府県とそうでない都道府県との格差を一層助長することになるので好ましくないと結論づけた。著者は、この問題の解決策として、将来的な景気変動による影響をヘッジするためにも金融所得に賦課される保険料は、GPIF(年金積立金運用管理法)のようなところにプールし都道府県広域連合に財政状況に応じて交付するような財政調整メカニズムが望ましいと提言している。各種の公的統計を組み合わせ、把握が困難な金融所得の経年変動や都道府県格差の実態を推計した労作。

＜高額療養費制度の見直し関連（5本）＞

○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一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)。

…L(legitimacy.正統性)とR(rightness.正統性)の複眼的視点から、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。高額療養費制度の見直しが2023年12月の閣議決定「改革工程」に含まれていたとの主張・弁解に対する批判は辛辣：「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、多くの方は『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。ただし、最後に、見直しの代替案として、理由も文献も示さずに突然「3割負担に統一」と書くのは、唐突。

○三原岳「異例づくめの高額療養費の見直し論議を検証する 少数与党の下で二転三転、少子化対策の財源確保は今後も課題」「基礎研」レポート、ニッセイ基礎研究所,2025年4月10日（ウェブ上に公開）。

…政府が「最終的に事実上の白紙撤回に追い込まれた」高額療養費見直しを巡る過程を精緻に検証した24頁の大論文。政府・厚生労働省のこの間の対応の問題点として以下の諸点を示す：2024年11月から政府内で議論が急浮上した、岸田内閣の置き土産と言える「次元の異なる少子化対策」で財源対策が求められた、その過程で患者団体の意見を聞く場を設定しないなど厚生労働省が荒っぽい・「粗雑な」手続きを取った、「調整役の不在など政府・与党が機能不全に」に陥った結果、少数与党の下で政府がジリジリと「撤退」を余儀なくされた等。その上で、今後、OTC類似薬の保険除外や高齢者医療費の見直し等が急浮上する可能性を指摘しつつも、「急激な見直しは困難」と判断し、**「少子化対策の財源枠組みは早くも崩壊？」**「**どこかの段階で、少子化対策の財源枠組み自体が白紙になるのでは**」と予想。本論文では、「筆者自身の意見」も率直に述べている。私は、三原氏の意見の一部には賛成できないが（例：「高齢者を含めて患者負担を3割に揃え」る）、事実認識と「客観的」将来予測はすべて妥当だと思う。「医療制度改革で歳出削減を優先させると、議論が歪む」、「今回の教訓を一つあげるとすれば、数字ありきで議論を進めようとした問題点を指摘できる」との指摘は、今後の医療制度改革を考えるうえで決定的に重要と思う。

○安藤道人「高額療養費と社会保障（下）政策哲学から再考を」「日本経済新聞」2025年3月27日朝刊。

…前半では、伊藤ゆり氏や五十嵐中氏の研究に依拠して、今回の高額療養費制度見直しの政府案は「破滅的医療支出の増加」を招くことを指摘。後半の「高額療養費の見直し論議に至る2つの流れ」（①「能力に応じた自己負担」という哲学、②「次元の異なる少子化対策」の財源対策）はよく整理されている。ドイツとフランスの「患者負担が高額にならない仕組み」の紹介も時宜に適っている。最後に、「『能力に応じた自己負担』という、近年の社会保障改革に通底する政策哲学も再考すべき」、「『能力に応じた負担』という考え方は、もともと税や社会保険料を徴収する原則として使われる概念だ」と指摘。私も、応能負担原則は「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『社会保障の原則』」と説明しているので、大いに共感した（『文化連情報』2025年4月号＝「ニューズレター」249号）。

【補】意外なことに、『週刊社会保障』3月24日号「時鐘 公的医療保険の価値を問う」（3頁）も、「今回の当初案では、最終的には高所得者の上限額をより大きく引き上げる方向になっていた。この点は、**負担能力に応じて保険料は負担する一方、給付は平等に受けるという保険の本質**から考えると、現行以上の差を設けるのは適当ではない」と書いた。

○中村秀一「高額療養費一失敗の本質（霞が関と現場の間で(62)）」『社会保険旬報』2025年4

月 1 日号：21 頁。

…政府が提案した高額療養費制度の見直しが二転三転して実施断念に追い込まれ、「予算の再度の修正という前代未聞の事態になった」「失敗の本質」を簡潔に、しかし深く・鋭く考察。私は、中村氏が、冒頭、B氏の古巣の厚生労働省の失敗を、以下のように率直に指摘していることに注目・共感した：「そもそも、高額療養費の見直しが必要となったのは、岸田内閣が決定した『こども・子育て予算の倍増』を『国民の負担増なし』で実現するとしたことにある。そのために 1.1 兆円の公費節減、1 兆円の社会保険負担の節減が必要とされた。

これについて厚生労働省がさしたる抵抗もせずに受け入れたことが最初の失敗である」。次いで、「医療保険の歴史を学べば、改革が成功したケースは二つに限られる」として、「今回は、このいずれにも該当しない上に、**他制度のための財源出しという筋違いの改革で、大義にも欠けた**」と批判。さらに、「今回の見直しは現役世代の負担増を回避するために必要不可欠な改革であったという反論」について検討し、医療費を抑える「場合の手段の選択と優先度が問題となる。（中略）**政令改正で実施できるという理由で『安易な道』を選択したとは思いたくないのだが**」と見直し案を婉曲に批判。最後に、「まず、医療費抑制のための総合的なパッケージが示されるべきであり、その中で高額療養費の見直しが、その優先順位とともに位置付けられるべきであった。このようなまっとうな手順を踏まなかったことが、当事者の声を十分に聞かなかったことよりも重大な失敗の主因である」と結ぶ。

○菊池馨実「当事者と非当事者の間」『週刊社会保障』2025 年 3 月 31 日号：24-25 頁。

…菊池氏は社会保障審議会医療保険部会の部会長代理。高額療養費の見直しが見送られたことに対して「複雑な思いとともに反省もある」として、昨年 11 月 21 日～12 月 12 日の 4 回の部会の議論を回顧し、自己の発言が「踏み込み不足であったとの誹りを免れないと感じている」と述べる。他面、部会での「議論そのものが偏向していたとは思わない」と（私から見ると）開き直り、「所得階層に関係なく引き上げ自体認められないという議論には違和感を禁じ得ない」とも述べる。と同時に、「高額療養費の見直し反対論が手続き面に由来するとすれば、首肯できる面があると言わねばならない」とも認めるが、これは、政治家の責任逃れの常套句「誤解を招いたとしたら申し訳ない」よりも、さらに分かりにくい「**謝罪もどき(pseudo-apology)**」（藤川直也『誤解を招いたとしたら申し訳ない』講談社,2025,273 頁）。これを含め、法学者らしい回りくどい文章が多いが、氏の＜揺れる心＞は読み取れる。

○特集「公衆衛生と死 よりよい死を迎えるために公衆衛生は何ができるか」『公衆衛生』2025 年 2 月号：101-163 頁。

…公衆衛生分野における死の捉え方に示唆を与える 9 論文を掲載。興味深い論文が多いが、私には、**林玲子「日本における死亡・死因統計 特に高齢者における不明確な死因の増加について」**（109-117 頁）が特に参考になった：日本では「老衰」だけでなく「死因不明の死亡」が増加している、警察庁統計では 2024 年から自宅でなくなった一人暮らしの人の情報も集計・公開されるようになった、老衰・死因不明の死亡場所では病院も一定数あるが、これは最後に病院に運ばれ、そのような死亡診断書を受けたと考えるのが妥当等。ただし、「自宅死亡」に、事実での「高齢者施設」と言える、グループホーム、サービス付き高齢者住宅向け住宅、届出のない老人施設での死亡も含まれていることは書いていない（『安倍政権の医

療・社会保障』勁草書房,2014,111 頁)。

○特集「障害者の進学・大学生活・留学」『総合リハビリテーション』2025 年 3 月号：242-277 頁。

…リハビリテーション専門職が障害者の高等教育にかかわっていくきっかけを得るための 5 論文を掲載：「障害者の高等教育の現状と課題」(緒方徹)、「米国の医学教育における肢体不自由者への合理的配慮」(並木重宏)、「発達障害のある人の高等教育における支援」(藤原あや)、「障害のある高校生の大学進学」(村田淳)、「大学在学中の健康維持・管理の課題」(熊谷晋一郎)。リハビリテーション専門職だけでなく、障害学生が多く学ぶ福祉系大学の教員にとっても有用。私は、並木氏が「日本の障害学生支援は福祉教育の文脈で行われる一方、米国では科学技術の国際競争力を高める戦略として、障害者を含めたマイノリティの参加を支援している」と対比していることに興味を持った。これは、**広井良典氏**による「日米の医療政策」の対比とも一致している：日本は医療サービスへの国民のアクセスの保証を一次的目標とし、アメリカは最高の医学の実現を一次的目標とする(『**アメリカの医療政策と日本**』勁草書房,1992,86-89 頁)。

○「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 17 日ウェブ上に公開

…2006 年から継続的に行っている調査の最新版。前回は 2022 年 3 月に実施し、今回は 2024 年 12 月に全国の 20 歳以上の男女 1000 人を対象にして実施。今回は医療情報の利活用についても尋ねた。私が特に興味を持った回答は以下の通り：日本の医療および医療制度への全体的な満足度(満足+大いに満足)は 69.4 %で、コロナ禍前の 2019 年の 62.0 %よりかなり高い(2022 年調査ではこの設問なし)。医療費の支払いが心配で受診を控えたことがあるが 25.3 %。通常の体調不良や心身に異変を感じたときに、最初に訪れる医療機関までに通常かかる時間(医療アクセス)は 30 分未満が 75.5 %。OTC 医薬品の価格を高い・とても高いと感じている回答が 51.3 %で、医療用医薬品についてそう感じている 36.1 %よりかなり高い。今後の公的医療サービスの提供について、「経済的負担増はやむを得ない」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 %にとどまる。残念ながら、高額療養費制度についての設問はない。

○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。

…政府が実施するか検討している 3 種類の医薬品の給付範囲縮小ー①長期収載品の選定療養費化、② OTC 類似薬の保険外し、③高額医薬品の相次ぐ登場と薬価制度上の対応ーの問題点を、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の基本理念に照らしながら、明快かつ複眼的に批判。①については、これが先例になれば、「医療の中身そのものであっても、患者の選り好みによるものと位置付けさえすれば、次々と保険適用から除外し、特定療養の対象を拡大できてしまうという事態を招来しかねない」、「健康保険法の改正によってではなく、告示だけでいとも簡単に実現できてしまうというのでは、患者負担の増加に何の歯止めもなくなる」と批判。

②については、「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」いが、「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い」、「3割負担というわが国の患者負担割合は国際的に見るとすでに高い水準に位置する。それに加えて保険給付範囲を縮小すれば、より一層の負担が患者に転嫁され、必要な受診の抑制を引き起こすことになりかねない」と批判。③については、「高額医薬品の中にはその効果に比してあまりに高い薬価設定になっているものも少なくない。それらは効果に見合った評価になるよう引き下げるべき」とした上で、「高額医薬品についても、『必要かつ適切な医療を基本的に保険診療により確保する』という観点から、価格や要件を適正に設定することにより、保険収載することを原則にすべき」と主張。

○日本医療ソーシャルワーカー協会「2月17日の朝日新聞朝刊の掲載を受けての実態調査の結果について（第一報）2025年3月12日。

https://www.jaswhs.or.jp/news/news_detail.php?@DB_ID@=1878

…「朝日新聞」は2月17日朝刊の1面トップ記事「介護度に応じた高齢者に『値付け』施設から高額紹介料得る業者横行」の中で、紹介業者が老人ホーム予定入居者を探し出す病院のターゲットを医療ソーシャルワーカー（MSW）としていることや、MSWが飲食等の接待を受け「お車代」として金銭を受け取っていると報じた。日本医療ソーシャルワーカー協会（M協会）は2月18日、この「報道に対して厳重に抗議」すると共に、2月26日～3月6日、全会員対象に緊急実態調査を実施した。その結果、「接待を受けたことがある」会員がごく少数ではあるが存在する（回答者1617人中13人（0.8%））ことが判明した。この調査では、「所属機関（または部門）で紹介業者を利用するルールがない」との回答が大半（86.9%）であった。M協会はこの調査結果を真摯に受け止め、「新規入会申し込みの際に倫理綱領遵守に同意した上で入会する規定とする」等4項目の対応を検討している。

私はM協会が、実態を把握する前に朝日新聞に「厳重に抗議」したことには疑問を持っていたが、その後すぐ緊急実態調査を行い、その結果と今後の対応の予定を速やかに公開したことは、専門職団体の自己規律の発揮として高く評価している。なお、私は2001年（＝24年前）から、「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」の1つとして「専門職団体の自己規律」を挙げている（『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,37-45頁）。

○平野隆之編著『福祉開発マネージャーは何を開発しているのか 社会参加の応援レシピ』全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）,2025年3月。

…平野氏が中心になり、2015～2024年度に実施された日本福祉大学大学院「地域再生のための『福祉開発マネージャー』養成プログラム」の成果を文章教材として再現。「福祉開発マネージャー」はこのプログラムで用いられた概念で、同大学の21世紀COEプログラム（2003～2017年年度）で、地域福祉と国際開発の融合として取り組まれた「福祉社会開発」研究に由来している。序章・終章を含め全9章。平野氏が、上記プログラムに参加した5つの地域・フィールド（釧路、東近江、久留米、豊田、尾張東部圏域）の6人の「マネージャー」の協力・一部執筆も得て一書にまとめた。序章で、本プログラム・本書の全体像を示し、第1部（第1～5章）で、5つの地域での「福祉開発マネージャーの開発ストーリー」を、

第Ⅱ部（第6・7章）で、このプログラムで重視した「社会参加の応援レシピづくり」を、分かりやすく紹介。平野氏の研究書は難解だが、本書は「自由な気持ちで」「対話」のように書かれており、「平野ワールド」を堪能できると思う。私は、本書の書名にも目次にも、地域共生社会や重層的支援体制整備事業等の法律・行政用語が使われず、本文・索引では地域福祉計画で常用されているPDCAサイクルがまったく使われていないことに、ボトムアップで草の根的に（地域）福祉開発を進めてきた平野氏の矜持を感じた。

○高橋泰「医療DXの行方と病院の対応」(連載・全12回)『病院経営羅針盤』2025年4月15日号～2025年3月15日号（毎月15日号に掲載）。

…「医療DXとは何か」、「DXツールの医療現場への導入と活用」等について、初学者にも理解できるようにていねいに解説。私はこの連載と高橋氏の講演を通して、「クラウド」・「クラウドネイティブ」と「クラウドリフト」、「オンプレミス」の違い等「DXの基礎となる用語」や、「医療DX令和ビジョン2030」（自民党政務調査会,2022年）の重要性、医療より介護の方がDXを進めやすい理由等を学んだ：「クラウド」は「ユーザーがソフトウェアなどをインストールしなくてもインターネットを通じて利用できるサービス」、「オンプレミス」とは「同一建物内に情報基幹システムを置いて電子カルテなどを管理」等。

○高橋泰「国の医療DX戦略の方向転換ーオンプレミスからクラウドネイティブへ」『社会保険旬報』2025年4月1日号：14-20頁。

…医療DXについて積極的に分析・予測・提言を行っている高橋氏の最新論文。冒頭で、1月22日の「医療DXビジョン2030」厚生労働省チーム第6回会合資料が、従来のオンプレミス型の情報システムから、より柔軟かつセキュリティを強化できる「クラウドネイティブ」方式へ移行することを事実上宣言したことに注意を喚起（「資料」はウェブ上に公開）。その上で、改めて「クラウドネイティブ」の意味と「クラウドネイティブ電子カルテがもたらすメリット」を説明し、4段階・「10年かけて日本の医療システム全体が変わる」との著者独自の大胆な予測を述べる。今後の医療DXを考える上で必読と思う。

C. 政治・経済・社会関連

○アダム・グラント著、楠木健監訳『GIVE & TAKE 「与える人」こそ成功する時代』三笠書房,2014（2023年3月第33刷！原著2012）。

…松原由美さん推奨。タイトルは自己啓発書を連想させるが、中身は行動経済学の理論と実証研究に基づいている。全9章。アメリカのビジネス現場の豊富な事例・「ストーリー」と膨大な実証研究の成果をふんだんに紹介しながら、人間のタイプは概念的に「ギバー」（与える人）、「テイカー」（受け取る人）、「マッチャー」（バランスを取る人）の3つに分けられ、長期的には「ギバー」が最も成功すること、ただし成功は「ある条件の下で成り立つ」ことを、わかりやすく示す。後者については、Part 6・7で詳しく書かれている：ギバーの「3つの罠ー信用しすぎる、相手に共感しすぎる、臆病になりすぎる」（291頁）等。冒頭の「監訳者のことば」は本書のエッセンスを明快に要約している。私は、「ギバー」が結果的に「情けは人のためならず」になると、強調していることに大いに共感した。他面、主としてビジネス現場での金銭的・社会的「成功」を基準にした（アメリカ的）評価スタンスには抵抗も感じた。

訳文は非常に読みやすい。“psychological safety”（不利になったり罰せられたりする心配もなく、リスクを冒せること）は、日本では「心理的安全性」と（私から見ると不適切に）訳されることが多いが、本書では「心理的安心感」と訳しているのも見識があると思った（145頁）。

○斎藤太郎「人口減少、高齢化は経済成長をどれだけ抑制してきたのか」ニッセイ基礎研究所レポート、2024年2月28日（ウェブ上に公開）

…マクロデータを用いて、次の2点を分かりやすく定量的に示す。①日本の実質成長率の長期的低迷の要因のうち、人口減少と人口高齢化の影響は限定的であり、主因は1人当たりGDP成長率の低下。②実質消費支出の伸びの長期の鈍化傾向も高齢化による世帯主の年齢構成変化の影響は小さく、主因は各年齢階級の消費支出が低迷していること。「日本経済が長期停滞から抜け出すためには、人口減少や高齢化を巡る過度な悲観を払拭することも必要」との指摘は重要と思うが、①については「現在までの」データの分析だけでなく、将来推計も行ってみて欲しかった。なお、厚生労働省の国民医療費の増加要因分析でも、人口減少と人口高齢化の影響は小さいことが確認されている。

○小峰隆夫「人口減少でも日本経済は縮んでいない（経済を見る眼）」『週刊東洋経済』2025年4月5日号：11頁。

…「人口が減ると経済は縮んでしまう」との通説・俗説を、「人口はマクロ経済の動きを規定する多くの要因の1つにすぎない」と明快に否定。日本の人口は2010年以降、継続的に減少しているが、2010年と24年を比較すると、GDPは実質で9.2%、名目で20.6%も増えており、1人当たりGDPは実質で12.9%、実質で24.6%も増えていると指摘。しかも、上記期間に最も人口減少率が大きかった5県に限定しても、県内総生産は名目で8.6%、実質で4.1%増加し、しかもこれら5県の1人当たり名目県民所得の伸びは16.7%で、人口増加率が多かった5都府県の8.6%よりかなり高かったという意外な事実も紹介。

私も、氏の「日本の人口減少をストップさせることはもはや不可能であり、残された道は、人口減少と共存して、人口が減っても国民のウェルビーイングが高まるような経済社会を目指すことしかなく、そしてそれは十分可能だ」との考えに大賛成。ただし、ウェグリーイングの指標として「1人当たりGDP」のみを用いることには疑問がある。