

2026年2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259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/>

259号の目次は以下の通りです(28頁)

1. 論文: 2026年度診療報酬「本体」3.09%引き上げをどう読むか?

(「深層を読む・真相を解く」(162)『日本医事新報』2026年1月10日号(5307号): 54-55頁。2026年12月24日、WEB医事新報に先行掲載)2頁

2. インタビュー: 「全体」改定率はますます意味をなさなくなる

(『国際医薬品情報』2026年1月13日号: 17-20頁)5頁

3. 論文: 国民皆保険制度の現状と改革課題—高額療養費制度の見直しの問題点にも触れながら(『月刊／保険診療』2026年1月号: 42-43頁)10頁

4. 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239回: 2025年分その11: 8論文) ...14頁

5. 私の好きな名言・警句の紹介(その253)—最近知った名言・警句.....19頁

6. 私が毎月読みチェックした日本語の本・論文の紹介(第57回)21頁

お知らせ

○論文「医療・リハビリテーション職に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識—効果的・効率的で公平な医療・リハビリテーションのために」を『文化連情報』2026年2・3月合併号に掲載しました。

○論文「高額療養費制度の再見直し案をどう読むか?」を『日本医事新報』2026年2月7日号に掲載します(これは「WEB医事新報」に先行アップしています)。

両論文は、「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」260号(2026年3月5日配信)に転載します。早く読みたい方は、掲載誌をお読みください。

1. 論文：2026 年度診療報酬「本体」3.09 %引き上げをどう読むか？

(「深層を読む・真相を解く」(162)『日本医事新報』2026 年 1 月 10 日号 (5307 号) : 54-55 頁。2025 年 12 月 24 日、WEB 医事新報に先行掲載)

2026 年度の診療報酬改定幅は、2025 年 12 月 19 日に、高市早苗首相の裁定で、「本体」3.09%引き上げ、薬価・材料価格 0.8 %引き下げで決着しました（正式決定は 24 日）。これは医療団体の求めていた 10 %には及びませんが、「本体」引き上げが 3 %超となるのは、1996 年度の 3.4 %以来 30 年ぶり（2024 年度は 0.88 %）であり、画期的です。本稿では、今回の決定の意味を 5 点、「速報」的に述べます。

「全体」よりも「本体」の内訳に注目

伝統的には、診療報酬改定率は、診療報酬「本体」の改定率－薬価等の引き下げ率＝診療報酬「全体」改定率と表現されていました。この式を用いると、今回の「全体」改定率は $3.09 \% - 0.8 \% = 2.29 \%$ となります。ただし、現在は医薬分業が定着し（2023 年度 80.3 %）、かつてように薬価差益＝医療機関の収入とはなっていないため、「全体」改定率は医療機関にとってはほとんど意味がなく、医療機関全体では 3 %の引き上げと理解してよいと思います。

重要なのは「本体」3.09 %の内訳です。それは、賃上げ対応 1.70 %、物価対応 0.76 %、光熱水費（食費含む）0.09 %、その他の過去の物価対応 0.44 %、「政策改定」0.25 %（ここまでで 3.24 %）であり、ここから「適正化」0.15 %を除いて、3.09 %とされています。「適正化」は在宅医療・訪問看護医療、調剤薬局が主な対象とされ、引き上げ率に病診格差が生じるのは確実です。私は病院経営の窮状を考えるとそれは妥当だと思います。

問題は、賃上げ対応の方法です。もし 2024 年度改定と同様の「ベースアップ評価料」が用いられた場合、診療所の申請は病院に比べてはるかに低い（病院 9 割、診療所 4 割）、実際の引き上げ率の病診格差はさらに大きくなります。私は「**ベースアップ評価料**」は**医療機関の自主的経営権の侵害であり、医師会・病院団体は絶対に認めるべきではない**と思います。

もっとも、2024 年度改定で多くの診療所が減収減益になったのとは異なり、今回は診療所もプラス改定となり、財務省が執拗に求めた診療所から病院への診療報酬シフトはごくわずかにとどまり、診療所も増収になると判断しています。今後、財務省が、このシフト（傾斜配分）を強めるよう攻勢をかけるのは確実ですが、後述する理由から、流れを大きく変えるのは困難と予測します。

OTC類似薬（など）の追加負担

新聞報道ではごく断片的にしか報道されていませんが、私は、2025 年 12 月 19 日の自由民主党（以下、自民党）と日本維新の会（以下、維新の会）の政調会長間で合意した「社会保障改革」に含まれる、OTC類似薬などの薬剤給付の見直しにも注目すべきと思っています。

この合意では、維新の会が求めていたO T C類似薬の保険外しは否定されましたが、77成分、約1100品目を対象とし、薬剤費の4分の1相当分を「特別の料金」として徴収する仕組みを新設し、法改正を経て2026年度中の実施を目指すとされています（m3.com、12月20日。橋本佳子氏配信）。ただし、これによる医療費抑制効果は900億円にとどまり、維新の会が当初主張した1兆円削減には遠く及びません。

また、この「合意」には、長期収載品の選定療養の拡大、長期処方・リフィル処方箋の活用等も含まれており、合計の医療費削減額は1880億円と想定されています。もしこれがすべて実施された場合には、（診療所）外来患者数の減少→医業収益減少も起こりえます。しかし、私はこれらがすぐに全面実施される可能性は低く、しかもO T C類似薬全体の保険外しが実施された場合と比べれば、影響ははるかに小さいと判断しています。

高市首相主導、維新・財務省の影響力低下

今回の3.09%引き上げは、2025年以降、日本医師会・病院団体等、医療界が総力をあげて取り組んできた運動の成果と言えます。と同時に、高市首相のイニシアティブが決定的に大きかったと思います。従来診療報酬改定では、首相は財務省と厚生労働省の主張を「足して2で割る」ような裁定をしてきました。それに対して、高市首相は1%台の引き上げにとどめるとの財務省の主張を否定し、3%台の引き上げを求める厚生労働省に軍配を上げました。

私は、2025年10月の自民党総裁選時から、高市候補の医療政策が5候補中もっとも積極的・現実的であることに注目していました（本連載(160)。『日本医事新報』第5297号：56頁）。その後、社会保険料の大幅引き下げを主張する維新の会との連立政権が発足したことにより、2026年度の診療報酬引き上げに暗雲が立ちこめました。しかし、高市首相は、令和7年度補正予算での「賃上げ・物価上昇に対する支援」への5341億円の充当等について、診療報酬「本体」3.09%引き上げにより、総裁選と総理大臣所信表明演説での公約を守ったと言えます。

と同時に、私は、3.09%引き上げは2つの組織の非力さも露わにしたと判断しています。一つは、維新の会の政策立案能力と政治力の両面での非力さです。私は、維新の会の一見過激な医療政策は「張り子の虎」にすぎないと感じています。

もう1つは、財務省の近年の政策提案能力の低下、及び財務省を毛嫌いする高市首相の下での政治的影響力の凋落です。後者は広く報道されています。

前者の象徴は、財務省が2025年11月11日の財政制度等審議会財政制度分科会に提出した「資料3（社会保障②）」の45頁で、「専門職国家試験の合格率」図（2012～2024年）を示し、「医師国家試験の合格率は90%前後と、他の専門職国家試験と比べても高い水準で推移」していることを問題視して、「仮に**定員数の抑制が進まない場合には、国家試験の合格率により医師の供給数をコントロールすること**も含め、あらゆる選択肢を検討すべき」とする、前代未聞の【改革の方向性】（案）を示したことです。佐藤敏信氏（久留米大学特命教授）によると、この改革はChatGPTによっても完膚なきまでに否定されているようで（『週刊社会保障』2025年12月8日号：34頁）、2025年12月2日の「建議」には盛り込まれませんでした。

インフレ・賃上げが続いた場合は上積み

私は診療報酬「本体」3.09%引き上げで、多くの医療機関は「一息つく」「延命可能」になると思います。これにより、仮に財務省ペースで1%台の引き上げにとどまった場合に危惧されていた医療機関の大量倒産・閉鎖は避けられたと言えます。

さらに、12月24日の財務・厚労大臣の最終折衝では、2026年度の診療報酬改定後に消費者物価や賃上げが想定以上に進んだ場合、2027年度に柔軟に報酬を上乗せする仕組みを設けることも確認されました。私は、今後も、長期間、物価・賃金の上昇が続く可能性が高いことを考慮すると、現行の1点単価10円固定方式を見直し、**物価・賃金の上昇に対応して毎年1点単価を変動させる方式の（再）導入**も検討すべきだと思っています（本連載(155)、『日本医事新報』5276号：60頁）。

混合診療拡大の主張は当面抑えられる

最後に、3.09%引き上げには、隠れた大きな効果があることを指摘します。それは、近年、病院の経営困難・医業収入不足を背景にして、一部のエリート病院・医師の間で生まれつつあった混合診療拡大（解禁）論が、当面は抑えられることです。

私は、もし1%台の引き上げにとどまった場合、公定価格だけでは経営できないとして、混合診療拡大論が一気に強まると危惧していました。しかし、診療報酬＝公的医療費が大幅に引き上げられたのに、混合診療拡大を主張すれば、国民・ジャーナリズムから強い反発を受けるだけです。

ただし、自民党と維新の会の「政権合意書」には、自民党の従来の方針「国民皆保険制度の堅持」に代えて、「**国民皆保険制度の中核を守る**」との限定的表現が盛り込まれました。そのため、今後、自維政権で保険外併用療養費の拡大や民間医療保険活用が実施された場合は、一部の医療機関・医師からの混合診療拡大論が息を吹き返す危険があります。

2. インタビュー：「全体」改定率はますます意味をなさなくなる

（『国際医薬品情報』2026年1月13日号：17-20頁）

25年12月24日に政府から26年度診療報酬改定の概要が発表された。全体では2.22%の引き上げ、薬価は0.87%引き下げ方針で、本体部分は3.09%の引き上げとなる。本体部分の内訳は、賃上げ対応分が+1.70%（2年度分の平均）、物価対応分が+0.76%（同）、食費・光熱水費分+0.09%、過去の物価対応等緊急対応分+0.44%、政策改定分（医科歯科調剤改定）+0.25%、医療評価の「適正化」▲0.15%、となっている。全体の改定率がプラスになるのは14年度以来、12年ぶり。近年にみられない大幅な引き上げ幅となった背景とその影響について、医療政策研究の第一人者である日本福祉大学の二木立名誉教授に話をうかがった。（インタビュー実施日は12月26日）

政治的パワーバランスの変化

——26年度診療報酬改定の概要が決まりました。本体引き上げ率は30年ぶりの3%台となりましたが、その背景、印象からお聞かせください。

二木 高市首相の政治的スタンスはタカ派・強硬保守だが、25年10月の自民党総裁選挙時から、そのタカ派的政治姿勢と氏の医療・介護政策は区別する必要があるとみていた。医療政策は5人の総裁候補の中で最も積極的・現実的であり、期待が持てると判断した。

歴史的に、右派政治家が社会保障の拡充に積極的に取り組んだ例は少なくない。ドイツの鉄血宰相ビスマルクは、社会主義者鎮圧法（1878年）と世界初の疾病保険法（1883年）の「アメとムチ」の政策を同時に実施した。日本では、岸信介元首相は、1960年の安全保障条約改定を断行し憲法改正を主張した超タカ派だったが、国民皆保険実現のための新しい国民健康保険法を58年12月末に成立させた。

その後、社会保険料の大幅引き下げを主張する日本維新の会（以下、維新の会）との連立政権が発足したことにより、26年度の診療報酬引き上げに暗雲が立ちこめた時期はあったが、高市首相は、25年度補正予算での「医療分の賃上げ・物価上昇に対する支援」への5341億円の充当等が続いて、診療報酬「本体」3.09%引き上げを断行（裁定）し、総裁選と総理大臣所信表明演説での公約を守ったと言える。

「本体」3.09%引き上げは2つの組織の非力さも露わにした。1つは、維新の会の政策立案能力と政治力の両面での非力さ。維新の会の一見過激な医療政策（国民医療費4兆円以上削減と現役世代1人当たりの社会保険料年間6万円引き下げ）は「張り子の虎」にすぎないことが明らかになった。

もう1つは、財務省の近年の政策提案能力の低下、および財務省を毛嫌いする高市首相の下での政治的影響力の凋落である。前者は、「国家試験の合格率により医師の供給数をコントロールする」とのトンデモ提案に象徴される（『日本医事新報』1月10日号自論文）。私は長年、財政制度等審議会「建議」など、財務省の諸文書を読んできた。かつては、それらは私が賛成できない点も含めて緻密に書かれており、中には賛成できる鋭い「提案」

もあった。しかし、この数年、量が多いがお粗末な「提案」が増えたと感じていた。その最たるものが、上記の医師国家試験合格率の操作提案だ。後者については、財務省 OG だが、高市首相と同じ「責任ある積極財政派」の片山さつき氏が財務大臣になった影響も大きい。

病診格差の拡大が加速する可能性

——改定の基本方針としては▽物価高・賃金上昇・人手不足への対応▽40 年を見据えた医療提供体制▽高齢化の進展を見据えた地域医療の機能分化・再編▽安心・安全かつ質の高い医療の実現▽効率化・適正化による制度の持続可能性が据えられています。まず、今回の改定が医療従事者の処遇改善や医療提供体制に与える変化についてどうみておられますか。

二木 今回の改定では、診療報酬「本体」3.09 %とかなりの引き上げで、しかも初めて、26 年度分と 27 年度の 2 段階で設定された。それに加え、「令和 9 年度における更なる調整および令和 10 年度以降の経済・物価動向等への対応の検討」として、「実際の経済・物価の動向が令和 8 年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、…令和 9 年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う」と書き込まれたことに注目すべき。これは、事実上の賃金・物価スライド制とも言える。この文言は、12 月 4 日の自民党社会保障調査会の決議と 12 月 18 日の社会保障を守る会（自民党有志議員と医療・介護・福祉関係団体）の決議に盛り込まれていた。

医療従事者の処遇改善については、従来の改定では賃上げは看護職（22 年度）や医療技術職（24 年度）に限定されていたが、今回は、事務職を含む全職種の賃上げが可能になった。ただし、問題は賃上げ対応の方法であり、もし 24 年度改定と同様の「ベースアップ評価料」が用いられた場合、診療所の申請は病院に比べてはるかに低いため（24 年度時の申請率は病院 9 割、診療所 4 割）、賃金引き上げ面での病診格差が生じると危惧している。私は「ベースアップ評価料」は医療機関の自主的経営権の侵害であり、医師会・病院団体は絶対に認めるべきではないと思う。このベースアップ評価料については、24 年改定を主導した眞鍋馨保険局医療課長も、当時次のように述べていた。「給与は本来、労使交渉で決められるべきものと認識はしていますし、他にも補助金を支給する方法もあったかも知れません」（『月刊／保険診療』24 年 3 月号インタビュー：p2～5）。

一部の方は、多くの医療機関を今でも「欲張り村の村長」と見なして、「ベースアップ評価料」を支持している。しかし、現在は、医療法人の経営状況は公開されている。現在の人手不足状態を考えると、医療従事者の賃金を適正に引き上げない医療機関は人材を確保できず、先はない。

——政策改定のプラス 0.25 %分について、どう評価していますか。大臣折衝事項では「医科 + 0.28 %、歯科 + 0.31 %、調剤 + 0.08 %」とされています。

二木 「政策改定（通常の改定）」は、従来通り、医科・歯科・調剤＝1 対 1.1 対 0.3 の配分が維持されている。「本体改定 + 3.09 %」の内訳表では、医療の高度化、医療機能の強化（・医療への高度化への対応、・医療機関機能に注目し、地域で高度・救急医療を支える医療機関への重点配分等）と書かれている。高度急性期病院は一般の病院よりもさらに経営が厳しく、一般論としては、それへの「重点配分」も当然だろう。そして高度急性期病

院への「重点配分」により、新たな地域医療構想が想定している病院の機能分化と連携は促進されると思う。

今まで2回の改定と異なり、「物価対応」の引き上げ（1.29 %）も認められ、しかも病院に傾斜配分された。このことで、大学病院以外の大半の病院経営は「一息つく」「延命可能」になると思う。

診療所も24年度改定のような減収減益ではなく、わずかでも増収増益になると見込まれる。現時点では、財務省の、診療所の診療報酬を大幅に引き下げ、病院の診療報酬を引き上げるとの思惑は失敗したといえる。

——改定の内訳で、医療の評価適正化により▲0.15 %を見込んでいます。これについてはどのような取り組みが予想されるでしょうか。

二木 「本体改定率+3.09 %」の内訳表では、「外来・在宅の適正化」と「調剤基本料の見直し・後発医薬品調剤体制加算の見直し」の二本柱となっている。前者は、過剰診療・過剰請求が批判されている一部の在宅専門診療所・訪問看護ステーション、「ホスピス型住宅」対策で、当然、あるいは遅きに失した感さえある。そのため、一般の診療所・病院への影響は少ないだろう。後者は、調剤薬局が医療機関と比べるとはるかに高利益率であることを考えると当然だ。

財源捻出難しく、保険料引き上げは不可避

——社会保障制度の安定維持、診療報酬引き上げの財源ともみなされていたOTC類似薬の取り扱いを巡っては、自維両党合意に従い、OTC類似薬の自己負担増での決着となりました。これらの医療費削減効果をどうみていますか。

二木 維新の会が求めていたOTC類似薬の保険外しは否定され、77成分、約1100品目を対象とし、薬剤費の4分の1相当分を「特別の料金」として徴収する仕組みを新設し、法改正を経て26年度中の実施を目指すとされている。ただし、これによる医療費抑制効果は900億円にとどまり、維新の会が当初主張した1兆円削減には遠く及ばない。

これに加えて、長期収載品の選定療養の拡大、長期処方・リフィル処方箋の活用等も含まれ、合計の医療費削減額は1880億円と想定されている。これが全面実施され、しかも想定通りに普及した場合、（診療所）外来患者数の減少→医業収益減少も起こりえる。しかし、長期処方・リフィル処方薬の活用等が広く普及する可能性は低く、しかもOTC類似薬全体の保険外しが実施された場合と比べれば、影響ははるかに小さいと判断する。

診療報酬「全体」の2.2 %引き上げによる国民医療費増は26年度の国民医療費を約50兆円と控えめに仮定しても約1兆1000億円となる。社会保険料はその50 %で約5000億円増となる。上記1880億円減で、診療報酬「全体」2.22 %引き上げ分を相殺することはまったくできず、「現役世代の保険料抑制」は不可能だ。

他方、高額療養費制度の自己負担限度額見直し（患者負担増）については保険料総額の抑制は1640億円（医療費ベースではその倍の3280億円）が見込まれるとの報道もある（「日本経済新聞」12月26日付）。OTC類似薬の自己負担増による医療費900億円減の4倍の規模だが、これは、子ども・子育て支援金の一部に使われることになっている。

維新の会は、保険料引き上げを掲げてきたが、自民党は、維新の会とは異なり、伝統的に「保険料の抑制」ではなく、「保険料の伸びの抑制」と主張していた。自維政権合意で維

新の会に譲った経緯があるだけに、今後、どうなるか注目される。

1 点単価変動方式再導入を検討すべき

——今回の3%台の引き上げについて、病院経営の実態からすると、どこまで本質的な解決につながるとみていますか。

二木 今後も、長期間、物価・賃金の上昇が続く可能性が高いことを考慮すると、現行の1点単価10円固定方式を見直し、物価・賃金の上昇に対応して毎年1点単価を変動させる方式（スライド制）の再導入を検討すべきだと思っている。ただし、これは全国一律に行うもので、財務省の主張している地域別診療報酬とは異なる。

1点単価10円への固定は58年に導入され、日本医師会は当初はそれに反対し、1点単価の引き上げを要求していたが、63年に武見太郎会長の「鶴の一声」でそれを放棄した。日本医師会は現在でもこれに否定的だが、尾崎治夫東京都医師会長をはじめ（『社会保険旬報』5月11日号：p42）、一部の都道府県医師会長がこれに賛成していると聞いている。

私は、大学病院の経営を診療報酬のみで黒字化するのは困難で、資本コスト部分は診療報酬以外の財源で補填するべきと思う。

——病院経営においては、外国人向け医療サービス展開など、日本の社会保障費財源だけに依存しない病院経営が求められてくるのでしょうか。

二木 外国人向け医療サービス展開をできるのは、ごく一部の高機能ブランド病院（大学病院を含む）だけで、大半の医療機関は不可能で蚊帳の外。「社会保障費財源だけに依存しない病院経営」ができるのも、富裕層が集住する大都市部のごく一部の高機能ブランド病院だけだ。一般のサービスと異なり、医療は中核的診療サービスの上に、付加的サービス（贅沢サービス・アメニティサービス）が付いているので、国民・患者から中核的診療サービスの質が高いとみなされていない医療機関は、全額自費の付加的サービスだけを拡大しても、集患できない。

この点について、91年の自著の中で、「患者の保険外負担を増やすと、民間中小病院の経営は悪化する」と警告した。現在でもそのまま通用すると思うので、全文引用する*。

＜最近では、民間病院経営者の側からも、部分的にせよ、保険外負担の拡大を求める声が生まれている。これは、診療報酬が引き上げられないことに見切りをつけて、患者の保険外負担あるいは自由診療部分の拡大により、病院サービスの「高付加価値化」・「多様化」を図ろうとし、そのための「規制緩和」を求める動きである。具体的には、「規制緩和」によって、「贅沢サービス」やいわゆる保健・予防サービスを自由に提供し、それによって保険診療収入の不足を補おうとするものである。

しかし、私はそのような動きは、結果的に、大半の民間中小病院の首を締めることになる、と憂慮している。なぜなら、患者の保険外負担を増やして患者・医療機関の間の「自由競争」を拡大すると、病院経営者の思惑とは逆に、大半の民間中小病院の収入は現在以上に減少するからである。

一般のサービスと異なり、医療サービスでは、保険外負担で得られる「快適サービス」は、高い診療技術水準と結び付いて初めて顧客（患者）吸引力を持つ。このため、この点

で、民間の中小病院に比べて、私立医科大学病院や民間大病院の方が、圧倒的に優位に立つようになる。また、全額自費の「贅沢サービス」やいわゆる保健・予防サービスを購入できる患者は数のごく限られているだけでなく、大都市部に偏在している。

そのために、ごく一部の、歴史的・立地的に高所得層の患者を対象としている病院や、特別に高度な専門技術を有する病院を除いた、大半の民間中小病院は、自由診療の保険外サービスを拡大しても、それによる患者数や収入の大幅な増加はほとんど期待できない。そのために、大半の民間中小病院は、今後とも、医業収入の大半を公的医療保険に依存せざるを得ないのである。

ところが、いったん保険外負担が拡大あるいは制度化されてしまうと、公的医療費の抑制が加速されることは確実である。その結果、多くの民間中小病院は現在以上に深刻な経営危機に陥るであろう。つまり、保険外負担の拡大は、患者の間だけでなく医療機関の間の格差も拡大するのである。(中略) そのために、私は、医療関係者や医療団体は、今後とも、あくまで公的医療保障の拡大を求めていくべきだと考えている。＞(『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991,p79～81)。

——薬価引き下げ率 0.87 %についてはどう評価されておりますか。また、薬価と診療報酬を一体としてみる動きをどうみていますか。

二木 前回改定までは、「全体」改定率はほとんど用いられず、「本体」改定率と薬価引き下げ率のみが報じられてきた。現在は医薬分業が定着し、かつてように薬価差益＝医療機関の収入とはなっていないため、『全体』改定率は医療機関への影響を表す数字としては意味をなさなくなっている。今回は「全体」改定率 2.22 %を前面に出した報道が目立つように感じるが、医療費引き上げ＝社会保険料・患者負担増のイメージを軽減する狙いがあるのかもしれない。ただし、「大臣折衝事項」文書では、「全体」も「本体」も使われていない。

私が注目しているのは、薬価差益がすでに大幅に縮小していること。25年度の薬価調査速報値では平均乖離率は約 4.8 %。および、今後、トランプ政権の圧力(外圧)で、日本を含めアメリカ以外の国の新薬の薬価が引き上げられる方向にあるので、今後、薬価差はますます縮小し、「全体」改定率は意味をなさなくなるのではないか。ただし、神奈川県保険医協会の高橋太氏の試算によると、高い分業率(23年度 80.3 %)は「処方箋の多い病院の数字に大きく引っぱられ」ており、「診療所の4割弱は院内処方」とされている。診療所と病院で差があるのかも知れない。

3. 論文：国民皆保険制度の現状と改革課題—高額療養費制度の見直しの問題点にも触れながら

(『月刊／保険診療』2026年1月号：42-44頁)

私はリハビリテーション専門医出身の医療経済・政策学研究者で、1972年に東京医科歯科大学（現・東京科学大学）医学部を卒業して以来53年間、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・政策研究を続けてきました。この視点から、高額療養費制度の見直し（患者自己負担の大幅引き上げ）には強く反対しています(1)。以下、6つの柱で述べます。

国民皆保険の医療サービスは「最適水準」(2)

第1は、国民皆保険が提供する医療サービスは、「最低水準」ではなく「最適水準」であることです。これは社会保障研究者の間で広く合意されているだけでなく、政府の閣議決定でも確認されています。多くの読者には意外と思われるかも知れませんが、厳しい医療費抑制政策を断行した小泉純一郎内閣が閣議決定した医療制度改革の基本方針に、「診療報酬体系については、少子高齢化の進展や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、**社会保障として必要かつ十分な医療**を確保しつつ、患者の視点から質が高く**最適の医療**が効率的に提供されるよう、必要な見直しを進める」と明記されています。この「基本方針」は、その後も、(言葉の上では)踏襲されています。

公衆衛生学・国際保健分野等では「ユニバーサルヘルスカバレッジ」(UHC)が広く使われていますが、私はこの用語は使いません。その理由は、WHOのUHCの定義は「基礎的な保健医療サービス」に限定されており、高所得国の医療保障制度を考える上では狭いからです。(WHO「UHCとは、すべての人々が**基礎的な保健医療サービス**を、必要ときに、負担可能な費用で享受できる状態」)。

なお、最近では、保険給付の範囲について、「医療保険は大きいリスクに備えるもので、小さいリスクは自助努力で賄う」との主張がよくされますが、これは「医療保険の原則」ではなく、吉川洋氏(当時・経済財政諮問会議議員、東京大学経済学部教授)が2005年に初めて主張した新説、一つの意見です(3)。

国民皆保険制度は日本社会の統合を維持するための最後の砦になっている(2)

第2に述べたいことは、国民皆保険制度は、現在では、医療(保障)制度の枠を超えて、日本社会の統合を維持するための最後の砦になっていることです。現在は、国会に議席を有するすべての政党が国民皆保険制度の維持・堅持を主張しています。具体的な医療政策・医療改革に関しては、政党間で様々な意見の違いがありますが、この点については合意があるのです。

ただし、自民党・日本維新の会が2025年10月20日に締結した「連立政権合意」の「社会保障政策」では、「国民皆保険制度の**中核を守る**ための公的医療保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討」との限定的表現が初めて使われました。これは、今後の、患者負担の引き上げ、保険給付範囲の縮小、保険外併用療養費制度の拡大の布石と言えます。

しかし私は、このような国民皆保険制度の機能低下は、社会の分断を促進し、社会が壊れると危惧しています。そして、高額療養費制度の見直し＝高額な医療を受けている患者を狙い撃ちにしたい自己負担の拡大はその第一歩になると思います。

日本での現実的選択肢は「社会保険方式」の維持・改善しかない(2)

第3に、医療保障制度には「経路依存性」があり、日本での現実的選択肢は100年の伝統がある「社会保険方式」の維持・改善しかありません。

実は、社会保障・福祉研究者の間では、伝統的に、社会保険方式は「排除原理」がある、負担が逆進的（低所得者の負担が重い）との批判が根強いのですが、社会保険方式から、公費（租税）負担方式への転換の現実的可能性はありません。この点を含めて、高所得国では、たとえ政権交代が行われても医療制度の「抜本改革」は不可能であることは、日本（2009年の民主党政権成立）だけでなく、イギリス・アメリカ・韓国をはじめ、主要高所得国で確認されている国際的経験則です(4)。

そのために私は、今後も国民皆保険制度の主財源は保険料で、補助的財源が消費税を含む租税であるべきと考えています。ただし、社会保険料負担の逆進性を是正する改革は不可欠です。また、租税財源は多様化する必要があります。権丈善一慶應義塾大学教授が秀逸に述べているように、「財源は全員野球」です。

患者負担面に関しては「諸外国と比較して最も恵まれた制度」とは言えない

第4に、私は日本の国民皆保険制度・高額療養費制度は堅持しなければならないと強く考えていますが、患者負担面に関しては日本の制度は「世界に冠たる制度」、「諸外国と比較して最も恵まれた制度」とは言えません。なお、「諸外国と比較して最も恵まれた制度」という表現は、厚生労働省の高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の2025年9月16日の第4回会議の「資料1」で使われていました。

その理由は、日本の患者負担（実額と率の両方）は、西欧諸国に比べると、はるかに高いからです(5)。具体的には、医療国営・公営のイギリスやスウェーデンだけでなく、日本と同じ社会保険方式のドイツやフランスでも、患者の自己負担はないかごく低額なのです。フランスの外来医療では法定の患者負担率は3割ですが、患者負担の大半は共済保険等で補填されています。つまり、西欧諸国のように患者負担がないか低額であれば、「高額療養費制度」は必要ないのです。

私は応能負担の拡大には大賛成ですが、それは保険料や租税負担にのみ適用され、サービスを受ける際は所得の多寡によらず、平等に給付を受けるのが社会保険の原則と考えています。この点についても社会保障研究者の大半が同意しています。

高額療養費制度の患者自己負担引き上げに強く反対する理由(1)

第 5 に私が高額療養費制度の患者自己負担引き上げに強く反対する理由を簡単に述べます。この点について詳しくは、文献(1)をお読みください（ウェブ上にも公開されています）。

一般に政府の医療費抑制策の多くは、経済学的には、公的費用（租税・保険料）から患者負担への「コストシフティング」ですが、政府の高額療養費制度の「見直し」案は、すでに多額の自己負担をしている高額療養費制度利用患者（年間 795 万人。医療保険全体の加入者の 6.4 %）のみの負担を大幅に増やし、健康人を含めた医療保険加入者の保険料負担をわずかに減らすという最悪の「コストシフティング」です。

しかも、自己負担引き上げの「きめ細かい制度設計」と称して、すでに高い保険料を負担している高所得患者の自己負担を著しく高くする－最上位所得層では 25 万 2600 円強から 44 万 4300 円強へとなんと 19 万 1700 円（75.9%）も引き上げる！－のは「二重取り」で不公正です。この点は、高額療養費制度の患者自己負担引き上げを容認している菊池馨実早稲田大学教授も「正論」と認めています(6)。高所得者患者を狙い撃ちにして、自己負担を極端に引き上げることは、彼らの医療保険制度への不信や、保険料負担を軽減・免除されている低所得者や医療扶助受給者への差別意識を生み、社会保険が依拠している「社会連帯」を弱め、社会の分断を促進します。

患者負担引き上げの根拠として、高額療養費の増加が「医療保険財政に大きな影響を与えている」ことや、「高額な薬剤などの増加で医療財政が圧迫している」（2025 年 1 月 31 日の衆議院予算委員会での石破首相発言）ことが挙げられていますが、これらの主張は誇大または事実誤認です。まず、高額療養費は漸増し続け、2021 年度は 2.85 兆円になっていますが、国民医療費に対する割合は 6.32 %にとどまっており、2012 年度に比べてわずか 0.81 ポイント上昇しているだけです。2012 ～ 2021 年度の 9 年間の国民医療費と高額療養費の伸びの実額はそれぞれ 5 兆 822 億円、6867 億円で、後者の「増加寄与率」は 11.8 %にすぎず、とても医療保険財政を圧迫しているとは言えません。

「高額薬剤により医療費が増大」しているとの主張は明らかな事実誤認です。薬価は 2015 年以降厳しく抑制され続けており、医薬品費総額の 2013 ～ 2023 年度の伸びは 2.8 %にとどまり、国民医療費の伸び 14.0 %を大幅に下回っています(7)。

高額医薬品の上市が急増しているにもかかわらず、医薬品総額の伸びが低い理由は、以下の 3 つです。①超高額医薬品の多くは適応となる疾患の患者数がごく限られており、薬剤費総額（価格×回数）は超高額にはならない（例：CAR-T 細胞療法「キムリア」の薬価（患者 1 人当たり）は 3000 万円を超えるが、適応となる患者数は年間 200 人強にとどまり、市場規模はピーク時でも 70 億円程度と見込まれている）。②適応となる患者数が多い高額医薬品の薬価は系統的に大幅に引き下げられている（例：オプジーボの薬価は当初患者 1 人・1 年当たり 3500 万円だったが、10 年間で 80 %以上引き下げられた）。③ 2 年に一度の診療報酬改定の度に、薬価全体が引き下げられた。

患者自己負担の引き下げが必要

第 6、最後に、高額療養費制度でも医療保険全体でも、患者負担の引き下げが必要との私の意見・価値判断を述べます(1)。

高額療養費制度については、私は患者自己負担の引き上げではなく、「多数回該当」患者には、「高額長期疾病に係る高額療養費の特例」を適用し、毎月の自己負担額を1万円に減額すべきと思います。この特例措置の基準は、「①費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、②①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと」で、現在は、血友病、人工透析 及び HIV 患者に認められています。私は、この基準を踏まえて、特例措置を長期間、高額な治療費を負担しているがん患者や難病法に指定されていない難病患者等にも適用すべきと思います。

私は、究極的には、医療保険全体で患者負担の廃止または1割負担化を目指すべきと考えています。その理由は文献(8)で詳述しました。そのための財源は、社会保険料全体の低所得者に十分配慮した上での広く薄い引き上げと所得税の累進制の再強化により確保すべきと思います。

このような主張は反時代的に思われますが、実は、**国民の6割は負担増を容認**しているのです。例えば、厚生労働省の「令和4年社会保障に関する意識調査報告書」によると、「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」（「社会保障の給付水準を引き上げ、そのための負担増もやむを得ない」＋「社会保障の給付水準を維持し、少子高齢化による負担増はやむを得ない」＋「社会保障の給付水準を引き下げつつ、ある程度の負担増もやむを得ない」）が62.1%を占め、20～29歳でも54.2%、30～39歳でも55.6%で、共に半数を超えています。

文献（＊はウェブ上にも公開）

(1) 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。＊

(2) 二木立「国民皆保険制度の意義と財源選択を再考する」。『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房、2017、序章。＊

(3) 二木立「受診時定額負担・免責制は保険の原点か？－吉川洋氏の主張とその問題点」『T P Pと医療の産業化』勁草書房、2012、第3章第3節。

(4) 二木立「政権交代と民主党の医療政策」。『民主党の医療政策』勁草書房、2011、第1章（14-15頁）。

(5) 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。

(6) 菊池馨実「（講演録）全世代型社会保障の時代における社会保障改革の動向」2025年2月13日、『生命保険論集』（公益財団法人 生命保険文化センター）第231号：1-30頁。＊

(7) 武田俊彦「医薬品は医療費増加の最大要因なのか」『QOL VIEW』2025年10月号：24-27頁。

(8) 二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第3章第3節（104-127頁）。＊

[本稿は、2025年11月28日に静岡市で開かれた第84回日本公衆衛生学会のワークショップ「持続可能なユニバーサルヘルスカバレッジと健康の公平性について考える」での講演に加筆したものです。]

4. 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

239 回)(2025 年分その 11 : 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。

〇われわれは進歩しているのか? 鍵となる健康行動を促進するための諸介入は過去 30 年間改善しているかを検証する

Sheeran P, et al: Are we making progress? Testing whether interventions to promote key health behaviors improved over the past 30 years? *Social Science & Medicine* 383 (2025) 118484, 5 pages. [文献レビュー]

概念上及び方法論上の発展は、今までの健康行動変容介入の効能(efficacy)を改善するのに貢献した可能性がある。メタ統合を行い、過去 30 年以上の実験で、介入効果(effects)が改善したか否か、もし改善したらどのくらい改善したかを検証した。5 つの健康行動介入—身体活動(physical activity)、食事改善、体重減少、アルコール消費、及び禁煙プログラム(smoking cessation)—についての 10 のメタ分析のデータを用いた(合計 1,701 実験)。ランダム効果メタ回帰分析を行い、メタ分析の対象になった一次的研究の発表時期と介入の効果量の関連を検証した。

その結果、研究発表年は身体活動、体重減少、禁煙への介入と関連がなかった($p>0.05$)。ナッジによる食事介入($B=-0.039$, $p=0.001$)、アルコール消費を減らすデジタル・短期介入(各 $B=6.35$, 2.32 , $p<0.001$)は、実験が新しいほど効能が少なかった。潜在的な交絡因子(例: バイアスのリスク、介入量、標本の特性)を制御しても、結果は変わらなかった。以上の結果は、5 つの領域とも健康行動変容を促進する介入の効能は、過去 30 年間まったく改善していないことを示している。製品や文脈の急激な変化、行動変容実験の少なさ、及びどの実験でも累積的効能より個々の実験の効能に焦点を当てる評価慣行により、これらの結果を説明できる可能性がある。今後の実験では、介入の効能を改善するためのイノベーションが求められている。

二木コメント— 予防・健康増進活動の研究者必読と思います。健康行動の改善についても、概念上及び方法論上の発展は、介入効果の改善を意味しないことが示されたと言えます。それにしても、過去 30 年間、5 つの領域すべてで、介入効果が改善していないとの結果は<重い>と思います。

〇経済的インセンティブをヘルスプロモーションに利用する: 上位中所得国と高所得国で実施された予防プログラムのスコーピングレビュー

Petracca F, et al: Harnessing financial incentives for health promotion: A scoping review of prevention programs implemented in upper-middle and high-income countries. *Social Science & Medicine* 383 (2025) 118499, 13 pages [文献レビュー]

近年の人口学的・疫学的トレンドは、医療費の高騰と相まって、ヘルスプロモーション

と疾病予防のための革新的な戦略を必要としている。経済的インセンティブは、望ましい健康行動を奨励するための有望なツールとして注目を集めている。本研究は、リアルワールドのプログラムで、ヘルスプロモーションのための経済的インセンティブを用い、公的組織または保険会社が、上位中所得国及び高所得国で実施したものを収集・分析する。その際、プログラムの特性、インセンティブの構造及び入手可能な影響の評価に焦点を当てる。

スコーピングレビューの方法論を用い、租税負担方式または社会保険方式の国で実施された 27 のプログラムを同定した。多くのプログラムは一次予防をターゲットとしており、ワクチン接種や身体活動にインセンティブを与え、同時に複数の目標を立てていた。インセンティブは現金支払いからバウチャー（金券）まで幅広く、ワクチン接種完了やウェアラブル機器による活動レベルのモニター等の測定可能なアウトカムとリンクしていた。収集したエビデンスは、これらのプログラムは目標とした行動にプラスの効果をもたらしている (can) ことを示唆している。同時に、確固とした影響評価は対象となるプログラム数が限られているため欠けており、費用対効果推計は限られ、インセンティブが除去・削減された後の行動変容の長期の持続可能性についてはさらに追加的なリアルワールド調査が必要と判断された。本研究は、リアルワールドで実施された、経済的インセンティブに基づくヘルスプロモーションの特性を分析した初めての研究であり、既存の実験的研究から得られたエビデンスを補完している。

二木コメント—リアルワールドで実施された経済的インセンティブを用いたヘルスプロモーションの効果についての世界初の文献レビューだそうです。ただし、私から見ると、その効果の評価は<甘い>と思います。上記「同時に」以下の記述は、著者もそのことを自覚していることを示唆しています。

○健康診断プログラムの標準化が就労年齢の自営業者と失業者に与える影響：日本の地方自治体の国家政策への対応からの洞察

Oikawa M (及川雅斗), et al: Impacts of health checkup programs standardization on working-age self-employed and unemployed: Insight from Japan's local government response to national policy. *Journal of Health Economics* 103, September 2025, 103046 [量的研究]

本研究は、特定健診と特定健康指導 (SHC-SHG) 導入後の、自治体の 1 人当たり健診プログラム費用の拡大が、自営業者と失業者人口の健康アウトカムに与えた影響を分析する。この点は先行研究ではほとんど無視されてきた。これに取り組むために、用量差の差分法 (DID) 推計法を用い、自治体間の治療強度のバラツキを探究した。その結果、SHC-SHG 導入により、自治体で生活習慣病と診断された人口割合が減少したことが明らかになった。このプログラムで 1 人当たり費用は相当増加したが、それ以上に単一の診断を受けた者よりも複数の診断を受けた者に大きな影響があった。サブグループ分析により、SHC-SHG 導入後の健康改善は自営業者と自宅所有者でみられたが、失業者や賃貸住宅居住者には明らかではないことも示された。さらに、国の政策導入後大幅に SHC-SHG を拡大した自治体では、住民の有意な行動変容も見いだした。ざっくりとした計算 (a back-of-the-envelope calculation) を行ったら、SHC-SHG 導入に対する自治体の対応は費用効果的である (健診プログラム導入による医療費削減は自治体の健診プログラム費用の 9 倍に達している)

ことも示された(demonstrate)。

二木コメントー早稲田大学の野口晴子教授グループによる緻密な実証研究で、特定健診・特定健康指導の健康増進効果は自営業者ではみられるが、失業者ではみられないことを示した意義は大きいと思います。ただし、「考察」の項で、前後関係のデータのみを用い、他の交絡因子の影響を無視して、ざっくりとした計算（原語は、「封筒の裏に走り書きしたような大まかな計算」）を行い、健診の医療費削減効果が健診費用の9倍に達すると断定するのは、誇大とも思いました。私は長年様々な介入の経済評価を読んできましたが、費用対効果（費用便益比）が9倍にも達するとの報告を読むのは初めてで、「このすばらしい結果は、本当にしては良すぎる(These wonderful results were almost too good to be true)」と感じました。

○【アメリカでのCTを用いた】肺癌健診に関連したサービス種類別の医療費のパターン

Wain K, et al: Patterns of medical care cost by service type associated with lung cancer screening. Medical Care 63(9):656-665,2025 [量的研究]

CTを用いた肺癌健診（以下、肺癌健診）は初期の肺癌を発見できるが、それがリアルワールドの医療費に与える影響は十分に知られていない。本研究の目的は肺癌健診前の12か月間と健診後12か月間の医療費の変化を評価することである。メディケアの出来高払い償還制度の2015年2月～2021年12月のデータを用いて、医療費を後方視的に分析した。一般化線形モデルにより、健診前後それぞれ12か月間の支払い者の視点からの医療費を推計し、それを健診未受診者の医療費と比較した。二次的分析として、CTで陽性、陰性だった参加者の医療費を調査した（詳しい方法は略）。

肺癌健診を受けた10,049人と受けなかった15,233人を同定した。肺癌健診の受診は、3698ドルの追加費用と関連していた。二次的分析により、CTで陽性者の費用は11,664ドル増加していたが、陰性の場合には追加費用は生じていなかった。以上の結果は、肺癌健診はCTで陽性の患者の医療費増とのみ関連していることを示唆している。肺癌健診は、潜在的には、肺癌を早期発見する費用効果的方法である。政府は肺癌健診参加を改善する戦略を優先すべきである。

二木コメントーCTを用いた肺癌健診は、費用を増やすが、それは多額ではなく、「費用効果的」(cost-effective)であるとの主張です。私は、医療経済学についての講義や講演で、いつも、「費用効果的」≠費用抑制（逆に、多くの場合費用は増加する）と強調しています。が、本論文は本文だけでなく、「概要」でもそのことを明記しており、誠実と感じました。

○患者と医師の人工知能(AI)に対する満足度：スコーピングレビュー

Hoff T, Satisfaction with artificial intelligence among patients and physicians: A scoping review. Journal of Healthcare Management 70(6):435-449,2025 [文献レビュー]

人工知能(AI)の役割は医療で拡大し続けている。患者と医療提供者が医療におけるAIの利用についてどのように感じているか、及び彼らがAIについてのエクスペリエンスに満足しているかについて深く理解することは重要である。本研究は、医療提供で用いられたAIについての患者と医師の満足について公開された研究のスコーピングレビューを行う。

PRISMA基準に沿って、2003～2023年に公開された研究の文献の同定、選択と分析を行

った。最終的に 45 論文を選択し、マイクロソフト・エクセルで標準化されたデータの要約を作成した。国別にみると、アメリカが一番多く 10 論文 (22 %) だったが、中国 (4 論文)、スペイン (4 論文)、台湾 (3 論文) 等の論文も含まれていた。

45 論文のうち 28 論文 (62%) は、患者の AI 満足に焦点化していた。ほぼ半分は治療のみを検討しており、その多くは病院または遠隔診療でのものだった。何らかのタイプの生成 AI について調査した 28 論文中 16 論文 (57 %) で、中等度から高度の AI 満足度が見いだされた。言い替えれば、残りの 12 論文では満足度は低かった。全体として、高度の満足は、治療場面より、診断場面で見られた。AI が診療で効果的とみなされた論文の 90 % で、患者満足度も高かった。以上から、医師も患者も、用いられた AI のタイプによらず、AI の患者診療への統合を受け入れていることが分かった。

二木コメント医療分野での AI 利用についての患者・医師満足度についてのおそらく世界初の文献レビューと思います。27 論文の主な結果の一覧表も付けられており、この分野の研究者必読と思います。

○ [アメリカでの] 医療における情報の非対称性に AI 強化型患者教育で取り組む

Cooley J: Addressing information asymmetry in healthcare through AI-enhanced patient education. *Journal of Healthcare Management* 70(4):261-268,2025 [評論]

医療管理者は歴史的に患者レベルの情報非対称性を医療提供の避けられない厄介な問題 (complication) と受け入れ、それに政策介入や患者教育の教材改善で対処してきた。小論 (essay) は 人工知能 (AI) を用いてこのコミュニケーションギャップに架橋する画期的な戦略を提示する。まず、情報の非対称性が医療提供に与える影響を分析し、最新の AI の能力が患者教育と医療提供者のコミュニケーションを変容させられるかについて検討する。テレヘルスサービス (遠隔診療) の採用拡大がテクノロジーに強く、デジタルな医療解決を受け入れる患者人口を増やしていることを示す。小論は、テクニカルなインフラの必要等、この仕組み導入についての懸念も検討し、それらの課題を解決する方法も推奨する。最後に、費用便益分析により必要な初期投資と期待される費用節減を示し、医療管理者が医療における永続的な情報非対称性の技術的解決法を評価するための分析枠組みを示す。

二木コメントタイトルは魅力的で、英文要旨の最後に「費用便益分析を行う」と書いてあったのですが、本文の計算の粗雑さには呆れました：自動化された分析システムの初期費用は 2 万～8 万ドルだが、AI 統合は 2026 年に全米の医療市場で 1500 億ドルの医療費節減をもたらす！？

○アメリカにおける医療費負債：がん健診、死亡率及び健康状態との関連

Chatzipanagiotou OP, et al: Medical debt in the US: Associations with cancer screening, mortality, and health status. *Health Affairs* 44(12):1457-1465,2025 [量的研究]

アメリカでは 2021 年に、約 1400 万人が 1000 ドル (15 万円) 以上の医療費負債を抱え、その 20 % は 10,000 ドル以上の負債を抱えている。負債の半分は、がんの診断治療による負債である。医療費負債を一番負いやすい人々はしばしば医療受診のバリアにも直面し、それが医療費負債をさらに増やし、最終的には健康状態の悪化も生ずる。本エコロジカル・パネル研究 [疫学や社会科学において、集団 (地域、学校、職場など) を単位とし、そ

の集団のデータを時間経過に沿って繰り返し追跡・分析する研究方法] は、郡レベルでの負債とがん健診、がん死亡率および地域レベルでの健康状態との関連を評価する。アーバン・インスティテュート信用調査局のパネルデータから得られる医療費負債データ

(2017,2019,2021 年) を用い、合計 8,954 郡・年のデータを作成した。多変量解析(詳細は略)の結果、医療費負債の 5 ポイントの上昇は、それぞれ 0.43 ポイント、1.35 ポイントの結腸がん健診、乳癌検診の低下、及び 10 万人当たり 10.9 人のがん死亡の増加と関連していた。医療費負債はこのように健康・がんアウトカムと一貫して関連していた。アメリカでは、郡レベルの医療費負債は健康の社会的要因(SDH)の重要な指標にもなっている。医療費負債の軽減に取り組むことは、国民の健康を改善し、がん関連の格差を和らげるために重要である。

二木コメントーアメリカでは医療費負債が患者の健診受診や健康状態に悪影響を与えていることは以前からのよく知られており、これが最新の調査結果です。このような状況は日本人には「ホラーストーリー」です。

○ [アメリカの] いじめ防止法と体重別の自殺傾向格差

Churchill BF, et al: Anti-bullying laws and weight-based disparities in suicidalities. Health Economics 34(11):1977-2003,2025 [量的研究]

外見を理由にしたいじめはティーンエイジャーでは普通に見られ、被害者に相当な心理的危害を与えうる。過体重と肥満の生徒は、標準体重の(healthy-weight)生徒に比べて、いじめの対象や自殺行動につながりやすい。本研究は、いじめ防止法(ABLS)が、過体重・肥満の高校生と標準体重の高校生との自殺率の格差にどのように影響するかを探索した初めての研究である。全国・各州の若者危険行動調査と差の差分法を用いて、いじめ防止法の施行は過体重・肥満制度の自殺行動の 6-19 %減少と関連していることを見いだした。それに対して、標準体重の生徒の自殺率低下はごく小さく、統計的にも有意ではなかった。自殺行動の体重別の格差の減少は、肥満の女生徒でもっとも大きかった。そのメカニズムを検討したところ、学校における友だちとおしの交流の質の改善が、いじめ防止法がもたらした体重の変化(標本抽出)や生徒自身の体重認知よりも、自殺行動リスクのある生徒の重要な(disparate)メンタルヘルス改善を生んでいることが示唆された。以上から、外見を理由にたいじめを減らすことは、重要な健康便益をもたらすと結論づけられる。

二木コメントー 27 頁の緻密な実証研究です。世界有数の肥満大国で、「肥満のまん延」(obesity epidemic) が社会問題になっているアメリカらしい研究であり、結果・結論にも希望が持てます。私はこのようなテーマの研究が一流の医療経済学雑誌に掲載されたことにも注目しました。

5. 私の好きな名言・警句の紹介(その 253)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○高橋源一郎（作家。72 歳）「そして、当時も思ったし、今も思うのだが、人はまちがうのである。まちがいから逃れることはできないのである。なぜなら、ぼくたちはみな、限られた視野のなかで生きているからだ。自分の経験、知識、その下でしか考えたり、書いたり、判断したりできないからだ。／だがまちがうことはいけないことだろうか。／いけないことは、まちがいを認めないことだ。なにしろ、人は、絶対にまちがえるものだから。／『まだ、まちがうことはできる』とは、別の言い方をするなら、『まだ、まちがいに気づくことができる』だと思う。（中略）『書く』とは、正しいことを主張するためにあるのではなく、『まちがい』を見つけ、それを修正するためにあるのかもしれないのだ」（『ぼくたちはどう老いるか』朝日新書、2025 年、143-145 頁。鶴見俊輔氏の『もうろく帖』を読解しながらの考察。二木コメントー私は、鶴見俊輔氏（2015 年死去、93 歳）の強調した「**ファリブリズム [fallibilism]、間違い主義**」は長年肝に銘じているので、大いに共感しました（本「ニューズレター」68 号（2010 年 4 月）で紹介）。私は、いつも自分の論文の草稿を信頼する友人・知人に送って、コメントをいただくようにしていますが、その目的の 1 つは、草稿のなかの間違いや勘違いを指摘していただき、訂正することです。本「ニューズレター」に転載した『日本医事新報』2026 年 1 月 11 日号論文と『国際医薬品情報』1 月 11 日号インタビューの草稿にも間違いがあることを指摘され、最終稿で訂正しました。

○映画「**教皇選挙**」「この教会に力を与えているのは、まさにこの多様性ー人々や意見の違いなのです。そして**長年にわたって教会に仕えてきた中で、私が何よりも恐れるようになった罪が一つあります。それは『確信』です。『確信』は、結束の最大の敵です。『確信』は、寛容を殺す敵です。／キリストでさえ、最後の瞬間には確信を持っていませんでした。『わが神、わが神、なぜ私をお見捨てになったのですか？』彼は十字架の上で、最期の時に、苦しみの中でそう叫んだのです。私たちの信仰が生きているのは、それが疑いと共に歩んでいるからです」（選挙管理人ローレンスのスピーチ）。**

○高橋源一郎「鶴見さんの思想の底にはプラグマティズムという哲学がある。わかりやすくいうなら、『**一切の偏見や先入観をなくして、その対象に近づく。近づくというより、実際に、その渦中に入り、その対象を生きる。そのことによって、その対象の真実をつかみ出す**』哲学だ」（上掲書 18 頁）。二木コメントー私は、思想的にはプラグマティストではありませんが、「**なによりも事実にも忠実なこと**」を自分の「**研究者としての 3 つのプロ意識**」の第 1 に挙げているので、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 年、163 頁）。2025 年に発表した、参政党の健康・医療政策と高市早苗首相の医療政策の分析（それぞれ、『文化連情報』11 月号（「ニューズレター」256 号）と『文化連情報』12 月号（「ニューズレター」257 号））も、「**一切の偏見や先入観をなくして、その対象に近づく**」姿勢で書きました。

○「**科学の世界でよく聞く『データ拷問』という言葉はノーベル経済学賞を受賞したロナ**

ルド・コースさんに由来する。いわく、『データを十分に拷問すれば、データは何でも自白するだろう。▼正当で客観的なデータであっても、これをねじ曲げ、あるいは一部を排除するといった『拷問』を加えれば、自分に都合の良い結論を導き出すことができってしまう。コースさんの言葉はこうした不正を厳しく戒めている』（「中日新聞」2026年1月7日「中日春秋」の冒頭。これに続けて、中部電力の浜岡原子力発電所のデータ不正操作を批判）。
二木コメントー Googleで検索したところ、この格言の出典は、特定の単一の論文や著書に明確に由来するわけではなく、コース氏が講義や書簡の中で述べた発言が、他の研究者によって引用され広まったものだそうです：“If you torture the data long enough, it will confess to anything.” これを読み、次の逆説的名言（？）を思い出しました。

○ある新進気鋭の統計学者「私ぐらいのレベルになると、どんなデータでも、“有意の差”を出すことができます」（『薬のチェックは命のチェック』25号,2007,21頁.浜六郎「ガイドライン薬害は、個々の薬害よりはるかに大規模」：「ある学会のある年の教育講座（主として薬剤師が出席）」での発言。本「ニューズレター」31号（2007年3月）で紹介）。

<その他>

○富田和己（大阪総合医学・教育研究会附属親と子の診療所院長）「**本映画 [TOKYOタクシー]** は、**山田[洋次監督]93歳91本目の傑作**で、演じる倍賞 [智恵子] 83歳。（中略）以前にも述べたが、これまで映画史上、傑作を撮ってきた監督のほとんどは、老年になると凡作しかとれないどころか、時に『痛々しさ』すら感じさせる作品が多いが、唯一の例外は山田洋次と米国のクリント・イーストウッド（現在 95歳）の二人。監督は重労働であるが、彼らは老年になってもほとんど衰えを感じさせない。／（中略）最後に山田は脚本だけで監督をしていないが、タクシー運転手と乗客（声楽家）の会話が主になる、この映画の先取りのような隠れた秀作『椿姫』（昭和 63 < 1983 年 > がある。ほとんど知られていないので紹介しておく」（『大阪保険医雑誌』2026年1・2月合併号：48-49頁、「私の文化評(78)TOKYO タクシー」）。**二木コメントー**最後の「椿姫」の推薦も含めて、この映画評の全体に大いに共感しました。「老年になると凡作しか撮れないどころか、時に『痛々しさ』すら感じさせる作品が多い」監督として、私はまさきに黒澤明監督（1998年死去、88歳）を連想しました。私も、今後そのような作品（論文・本）を書かないようにしようと自戒しました。

なお、かつて黒澤明監督の晩年のある映画評に「年齢を感じさせないみずみずしさがある」と書かれていたのを読んで、私はそのまま理解したのですが、後にこれは、褒め言葉ではなく、「年齢の割にはまあ良くできている」（＝凡作）の婉曲表現であることを知りました。本当にみずみずしければ、「年齢を感じさせない」との形容はつけませんから。

○マハティール・ビン・モハマド（マレーシア元首相、医師。100歳になった現在も、仕事場として使っている財団に出勤し、物を書いている）「**食べ過ぎないこと。そして、常に活動的に体と脳を使うこと。体も脳も、使わなければその能力を失う**」（「中日新聞」2026年1月1日、吉光慶太「マハティール氏に聞く 戦争 何も得られない」。記者に「健康の秘訣を尋ねられ、こう答えた。「御年 100 歳。肌つやはよく、質問の受け答えは素早く明瞭だった」とのこと）。

6. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第57回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」95号（2026年1月10日）から転載）

A. 論文の書き方・研究方法編関連（今回はなし）

B. 医療・福祉・社会保障関連

○大脇幸四郎『なぜ EBM は神格化されたのか 誰も教えなかったエビデンスに基づく医学の歴史』ライフサイエンス出版、2024 年。

…「医師としても書き手としても学術的な業績は一切持っていない」（まえがき）と自称する大秀才医師（もちろん（？）東大医学部卒）が独学でまとめた、EBM（運動）の歴史と批判の書で、自信満々「EBM 運動は終わった」、「医学は狂ったまま」と繰り返し宣告・宣言。序・結語を除いて全3部・25章、全620頁（本文だけで490頁）。

○橋木俊詔・森剛志『団塊ジュニアの医療と介護 超高齢社会における社会保障制度』東京大学出版会、2024年12月。

…序章を含め、全8章。「団塊の親世代」、「団塊の世代」、「団塊のジュニア世代」の3世代を取り上げるが、中心は「団塊ジュニア世代」。彼らは、「度重なる〔平成時代の〕経済政策の誤りの中で…国家に見捨てられた世代」であり、「彼らの医療、年金、介護を、政府は保証しなくてはならない」と主張し、第8章（最終章）で「保険料の引き下げを」主張。ただし、これは日本維新の会等の国民負担率の引き下げ論ではなく、保険料に「代わる公費拠出の拡大」—中心は消費税率のアップ—論。第5章で「健康格差」、第6章で「医療と財源」を論じているが、私から見ると浅い。「イギリスの医療は…効率的に運営されている」（133頁）等、イギリス（医療）の美化には鼻白む。

○井口真紀子『関わりつづける医療 多層化する在宅医の死生観と責任感覚』勁草書房、2025年4月。

…自身も家庭医療専門医・在宅医である著者が、26人の在宅医（ほぼ全員の実名を明記）に対する長時間でいいねいなインタビュー・生活史調査を行い、彼らの「死生観」と「主観的体験」（医師自身の喪失体験を含む）を言語化した労作。終章を含め全7章。上智大学大学院実践宗教学研究科博士課程学位論文を大幅に加筆改稿しただけあり、記述に厚みがある。書名・副題は一見わかりにくいだが、著者の深い思いがこもっている。在宅医の思いの言語化に徹し、「決してあるべき理想の在宅医療論、あるべき医師論をしているわけではないこと」を「強調」しているのも清い・潔い（283頁）。

○アンデシュ・テグネル、他著、宮川詢子訳『学際的パンデミック対策 新型コロナウイルスと戦ったスウェーデン元国家疫学者の証言』法研、2025年8月（原著2023）。

…スウェーデンは、2020年に突発した新型コロナウイルスによるパンデミックに対して、他の欧米諸国と異なり、厳格なロックダウンを避け、国民の自主的な努力、個人責任、長期的な持続力を軸とした戦略をとった。スウェーデンの死亡率は初期段階では近隣諸国よ

り高かったため、「無策による放任主義」と誤解・批判されたが、他国で深刻化したメンタルヘルスの悪化、教育の混乱、経済低迷等の二次的影響は少なく、最終的には超過死亡率でも多くの国より優位に立った。本書は、このようなスウェーデンのコロナ対策を指揮した公衆衛生庁の国家疫学者（医師）テグネル氏の回顧録で、訳者はパンデミック中、スウェーデン・カロリンスカ大学病院で通常診療をキャンセルしてコロナ治療に携わった日本人の泌尿科専門医（父は高名な応用統計学者の宮川公男氏）。本文の前に訳者による「スウェーデンの医療制度等についての解説と用語集が、巻末には宮川医師のテグネル氏への「特別インタビュー」が付いている。国際比較的視点から、日本のコロナ対策を点検するためにも有用な本。私は、テグネル医師が、スウェーデンの対応を絶対化せず、「各国の対応はその社会の根本的価値観、政治文化、社会的優先事項を反映しており、グローバルな課題に対応する万能解など存在しない」と謙虚に述べていることに注目・共感した（6頁）。

ただし、本書には、「コロナに限らず、スウェーデンでは、普段でも、予後が悪い…患者は〔ICUでの〕集中治療は受けられ」ない等、日本的基準では「高齢者差別」とみなされる対応が国民合意の下で行われていることには触れていない（上田ピーター「スウェーデン『集団免疫作戦』のウソ」『文藝春秋』2020年8月号：340-347頁）。

○奥真也『AIに看取られる日 2035年の「医療と介護」』朝日新書、2025年9月。
…著者は医師&「未来学者」で、前著『未来の医療年表』（講談社現代新書、2010年）と同じく軽く読める。全7章。タイトルは衝撃的 a/o 奇をてらっているが、第6章「未来の介護と『寄り添い』」は意外に常識的。全7章。前半（第1～3章）では、医療AIを中心として、医療の未来像を予言しており、それなりに勉強になる。それに対して、第4章「AIは医療費問題を解決するか」は、専門書・論文の引用ゼロの、素人談義（例：「医療費削減のカギはOTC薬」）。第7章で紹介されている、「アメリカやイギリスでは、ALSの患者さんの人工呼吸器の装着率が2～3%と極めて低いのにに対し、日本における装着率は約3割」という2010年の先行研究の紹介（195頁）は参考になった。

○高橋義憲「健保組合の保険料データ大公開」2025年10月15日ウェブ上に公開

<https://note.com/takahay/n/ne057956a4f93>

…各健保組合に情報開示請求を送って作成した料率ランキング。全1320組合の「令和4年度 健康保険組合決算見込みデータ」を示しており、しかも過去15年の保険料率の推移も見られるとのこと。例えば、「日本経済新聞社の保険料率は、労使合計では7.3%ですが、従業員負担分は2.1%と世の中とはかけ離れた低さで安定して」いることを示し、「『社会保険料を下げろ』という人たちがよく言うのは、『能力に応じた負担』で、これを高齢者だけに押しつけようとしています、現役世代についても同じことが言えるということを、保険料率のデータから感じて欲しい」と述べている。これは「応能負担論」の盲点と思う。なお、大手の健保組合には付加給付があるので、実際の従業員負担はさらに低くなる。

○権文善一「（インタビュー）『年金破綻』も『ひどい世代間格差』もウソ!? 日本の社会保障を腐らせるデマをぶった斬る!!」『週刊プレーボーイ』2025年11月25日号：166－169頁。

…「日本の社会保障を腐らせる」以下の4つのデマを痛烈かつエビデンスを示して批判。
①少子高齢化で年金や医療保険は破綻する、②社会保険料は払い損、③社会保険料のせいで手取りが増えない、④年金には世代間格差があり、若い世代ほどもらえない。その上で、「今の現役世代の方には、『将来の低年金者は少なくなって、多くの人の年金が増え、医療保険も破綻しない、安定した老後が送れる』という前提で、自分自身と日本の未来を考えてみて欲しい」と呼びかける。私は『週刊プレーボーイ』にこれほど硬派のインタビュー記事が載ったことに驚いた。

○宮脇敦士『医療の無駄』を問い直す 無価値医療の実態調査から』『世界』2025年11月号：166-174頁。

…著者は、論文冒頭で、近年、高額療養費制度の見直しをはじめ、「医療費適正化」という名の下に「適正化」とは言えない医療費抑制政策が行われていることを批判し、「単なる医療費削減ではなく、国民の健康に害を及ぼさないことを意識して、健康改善効果がない医療には支出を控え、患者にとって本当に必要な医療には社会としてシッカリと支払う『選択の医療』の考え方が不可欠である」と主張。この視点から、著者グループが精力的に行っている、日本における「無価値医療・低価値医療の測定」の実証研究の要旨を紹介し、「価値に基づいた医療システム」を提案。

私は著者の課題意識は良く分かるが、次の3点の疑問がある：①「無価値・低価値医療」と、「無価値医療」と「低価値医療」を区別せず同列に置くのは無理がある、②「価値」の有無をほとんど死亡率の低下で判断するのはあまりに狭い・アブナイ。③「無価値医療」はともかく、「低価値医療」を「診療報酬の制度設計にとどまらず、補助金の支給判断にも応用可能」と主張するのは早計で、少なくとも当面は、「ガイドライン」にとどめるべき。

○杉山剛『日本医師会の正体 なぜ医療費のムダは減らないのか』文藝春秋、2025年11月。

…大手出版社には今どき珍しい日本医師会の告発・批判書で、最後まで読み通すには相当の忍耐力を要する。著者は「医療の専門記者」ではないが、医師がコロナ疑い患者の診療を拒否したとの（私から見ると一面的な）読者の「体験談」、「素朴な疑問」を出発点にして書いたとのこと。最終章を含め、全10章。ベテラン社会部記者（現・東京新聞編集委員）らしい執拗な取材をしている（例：麻生副総理が衆議院本会議開催中にトイレに入ったところを「非常識の極み」の取材（178頁）、「山登りに向かう中川前〔日医〕会長を直撃〔取材〕」（187頁））。個々には説得力のある記述もあるが（例：第6章「麻生派への5000万円」）、それらがすべて「結論先にありき」で、日本医師会批判の枠組みに流し込まれているのは、はなはだしくバランスを欠く：第1章「診療報酬の便乗値上げ」、第2章「既得権を守る圧力団体」、第3章「コロナ禍と診療所の高収益体質」等。

世間では「東京新聞」は主要紙で一番「反権力」と言われているが、本書は、日本医師会を批判するあまり、財務省、財政制度等審議会や健保連の主張を鵜呑みにして、「医療費適正化（削減）」、「医療費のムダをを削る努力」を主張している。筆が滑ったのか、「診療報酬をさらに引き上げれば人口減少を進めかねない」（336頁）！？ただし、私は、医師会や保険医協会は、杉谷氏が診療所が2024年度診療報酬改定後の生活習慣病管理料等の過

剰・不適切請求を行っている」と第1章で批判している事例が、どの程度あるのは、あるいは患者または杉谷氏の誤解なのか答えた方が良いと思う。

○一般社団法人 日本在宅医療連合学会「ホスピス型住宅における訪問看護と訪問診療の連携に関する実態調査報告（速報） ～日本在宅医療連合学会・医師会員へのアンケート調査結果～」 2025 年 12 月 1 日公開

chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjcgclclefindmkaj/https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/hospice_report.pdf

昨今、急増している「ホスピス型住宅」の一部では、当事者のニーズに基づかない過剰なサービスの提供や不正請求が問題視されている。ホスピス型在宅における訪問看護と訪問診療の実態を把握するため、2025 年 10 ～ 17 日に、日本在宅医療連合学会所属の医師会員 3,399 人を対象にして Web アンケートを行い、493 人から回答を得た（回答率 14.5）。

その結果、回答者の 7 割（270 人）がホスピス型住宅への訪問診療を経験しており、そのうちの 4 割が、医師が発行する訪問看護指示書に「虚偽の病名」や「過剰な訪問介護（複数回訪問・複数人訪問）の必要性を記載するように、施設側から不適切な要求を受けた経験があった」と回答した。同じく 270 人のうち 86 %が、訪問診療を行っているホスピス型住宅では、原則として外部の訪問看護ステーションを利用できないと回答した（他の調査結果は略）。最後、「この問題は明らかに構造的な問題であり、一主治医の努力で解決できるような問題ではなくなっていることも明らかである。／ 制度の再設計などを通じて、医療とケアの質が担保され、真に必要な患者が安心して利用できる持続可能なケアモデルへ転換することを期待する」等の「学会の見解と提言」を示している。

○特集「医療と倫理の狭間で」『月刊保団連』2025 年 12 月号：3-33 頁。

…5 論文を掲載。このテーマに付いての基本的知識と視点が身に付く好特集。私は、医師だけが考える職業倫理であった「医の倫理」から、患者の側にも開かれた「医療倫理」への発展を鳥瞰した宮坂道夫論文が特に勉強になった。

○『ニュージーランドの医療保障制度に関する調査研究報告書』（研究者代表：白岩健）医療経済研究機構、2025 年 12 月。

…医療経済研究機構が継続的に行っている他国の医療制度研究の最新版。ニュージーランドの「医療費、制度改革、薬事・医薬品政策など幅広い視点から…現状を整理」して。

○宇都宮啓『要介護にならない！ 自立と寝たきりの分岐点、「フレイル」を知る』 ワニブックス Plus 新書、2025 年 12 月。

…著者は元厚生労働省健康局長で、現在は一般財団日本食生活協会代表理事。「私自身の人生は、健康づくり政策、介護・フレイル予防対策と共に歩んできた」と感じ、一般読者（および食生活改善推進委員？）向けに、著者「自身が政策の現場、研究、地域での対話を通じて確信してきた『健康長寿のための実践法』を、フレイル予防を中心として、分かりやすくまとめている。全 3 章。健康（長寿）を個人責任とせず、本書全体で、「健康は個人の努力も必要だが、社会全体で支え合う営みでもある」と強調し、最後に、「フレイルを防ぎ

乗り越えるには、『食べる力』と「社会とのつながり」が重要と結ぶ（181 頁）。私は、著者が激務の厚生労働省勤務時代に、地元の小学校の PTA 会長になって以来、現在まで、地域での諸活動に積極的に参加し続けていることに感銘を受けた（「人生の転機は PTA 会長になったこと」、「あなたは地域のことをどのくらい知っていますか？」127-133 頁）。「地域活動に参加する際の 3 つの心構え」（154-156 頁）も説得力がある。

○原田正樹「地域共生社会の権利性と社会福祉法改正の課題」『月刊福祉』2026 年 2 月号：56-57 頁。

…原田氏は、早くから、「権利としての地域共生社会」を提唱してきた（「地域福祉の政策化とコミュニティソーシャルワーク」。宮城孝・他編『コミュニティソーシャルワークの新たな展開』中央法規、2019、59 頁）。本論文では、この主張の根拠を丁寧に説明している。

まず、現行社会福祉法第 4 条第 1 項は「地域共生社会の理念であると説明されること」があるが…それには無理がある」、「この条文を素直に読めば、地域福祉の推進は地域住民だけが担うように読める」と批判する。次に、この規定を、介護保険法第 5 条第 5 項や社会福祉法第 4 条第 2 項・第 3 項、同法第 6 条第 2 項、障害者基本法第 1 条の規定と対照しながら批判し、「社会福祉法第 4 条は地域共生社会の理念を明文化したうえで、権利主体である地域住民が『参加でき、共生できる地域社会』が保障され、かつ行政も含め多様な主体がその実現に向けて努めるものとしての改正が必要である」と主張する。最後に、「重要なことは、法律の規定や制度の見直しだけではない」として、「草の根の運動を地域でつくりあげていくことが不可欠である。理念を実現していくための制度化と運動が両輪になっていくことが求められる」と結ぶ。

なお、社会福祉法第 4 条第 1 項で地域共生社会が「定義された」との説明は、社会福祉法令研究会編『新版 社会福祉法の解説』（中央法規、2022、55 頁：古都賢一氏執筆）で初めてなされている。私も、この説明は「無理がある」と感じ、「ゼミ通信」58 号（2022 年 12 月。→「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」222 号（2023 年 1 月）で、その理由を 5 点あげた。

<医師不足・偏在>（4 本）

○佐藤英仁「日本は絶対的医師不足が生じているのか」『国民医療』2025 年春号（No.365）：22-3 頁。

…最近の OECD データを用いた国際比較を行い、日本の人口 1,000 人当たり臨床医数は OECD 加盟 31 カ国中、29 位であることから、日本は依然として絶対的医師不足に陥っていると結論。日本の人口 10 万人当たり新卒医師数は OECD 加盟 36 カ国中、35 位であることから、医学部定員についても充分ではないと指摘。本論文では、高齢化率や患者数、需要率といった医師のニーズに関係する指標は考慮していないが、日本の高齢化率はモナコに次いで世界第 2 位であることなどを考慮すると、絶対的医師不足はさらに深刻なものとしてとらえられる可能性があると言。

○特集「医師の偏在対策」『健保連海外情報』135 号：1-75 頁、2025 年 9 月（ウェブ上にも公開されているが、印刷は禁止されている）。

…ドイツ、フランス、カナダ、オーストラリア 4 か国の医師偏在対策を簡潔に紹介（執筆者は、それぞれ、田中伸至、松田晋哉、奈良信雄、高村昭輝の各氏）。各国とも、医師の偏在問題を抱え、プライマリケア医（家庭医（ドイツ・カナダ）、一般医（フランス）、GP（オーストラリア））の養成を図っている。

○特集「医者はどこへ行った－医師不足・偏在を解決するために」『月刊保団連』2025 年 10 月号：3-35 頁。

…5 論文掲載。いずれも読み応えがあり、医師不足・偏在問題を考える上で参考になる。

松山洋・治田直也氏（保団連政策担当事務局）は、厚生労働省の「医師偏在の是正に向けた総合な対策パッケージ」等の政策文書のポイントをていねいに説明した上で、その問題点を抑制的に指摘し（「注視が必要です」等）、「問題の根幹は医師の絶対不足」として、「保団連が求める医師偏在対策」を解説。最後に、医師よりもはるかに深刻な「歯科医療難民の増加」に触れる。**後藤一也氏**（朝日新聞記者）は、直美問題についての多取材経験に基づいて、美容医療を選択した医師の本音や「年収 2000 万円の裏側」をリアルに紹介。「美容を狙い撃ちにした規制」を批判し、「診療報酬での医療職への待遇改善は、避けて通れない課題だ」と結ぶ。**植山直也氏**（全国医師ユニオン代表）は、医師の働き方改革が進まない要因の 1 つには、日本社会全体にも通底する人権や法令遵守の希薄さがあるとしたうえで、厚生労働省の「医師の働き方改革の欺瞞」を厳しく批判し、「直美・直産」（直産とは、初期研修を終えてすぐ産業医になること）は「隠れ蓑」にされているとして、「基本報酬引き上げと医師の養成を」訴える。清水芳行氏（北陸大学教授）は、医師の地域偏在の解消は医療政策だけでは是正できる問題ではないとして、「医師の地域偏在の発生メカニズム」について、主として地域経済、地域産業との関係から分析してきた氏の研究に基づいて、「地域の定住人口が減少すれば、医師や医療が去ってしまう」との結論を紹介。最後に、**鈴木土身氏**は、秋田県鹿角市での「地域住民が医師を探して危機を乗り切った経験」を紹介。

○野木真将「医師不足・偏在を解決する方法論の検証～米国の医師偏在対策に学ぶ～（前編・後編）」『月刊／保険診療』2025 年 11 月号：52-56 頁、同 12 月号：63-67 頁。

…アメリカの病院での総合内科レジデントの教育指導や管理職業務の経験も踏まえて、1980 年代以降のアメリカの医師偏在対策を、供給側制度改革と需要側制度改革の観点から体系的かつ詳細に紹介し、「日本の医師偏在解決への具体的方策を提案」。著者が繰り返し強調している「総合診療専門医の大幅増員」の重要性はよく理解できるが、解決策の大半がアメリカの制度改革のコピー（アメリカ出羽守）で、日本で実施・検討されている改革との関連にはまったく触れていない。アメリカのプライマリケア医のバーンアウト率が主要国で一番高いことにも触れていない（Gunja MZ, et al: The causes and impacts of burnout among primary care physicians in 10 countries. Commonwealth Fund, November 20,2025. <https://doi.org/10.26099/4p0p-hk02> 私の「ニューズレター」258 号（2025 年 1 月号）：18 頁に抄訳：「10 か国におけるプライマリケア医のバーンアウトの原因と影響」）

C. 政治・経済・社会関連

○ジョセフ・E・スティグリッツ著、山田美明訳『スティグリッツ 資本主義と自由』（原

題：The Road to Freedom Economics and the Good Society) 東洋経済、2025 年 6 月 (原著 2024)。

…日本語訳の「資本主義と自由」は、新自由主義経済学を主導した故フリードマンの著書 (1962 年) と同名だが、本書の原題の日本語訳は「自由への道 経済学と善き社会」。新自由主義派経済学が「自由」を絶対化するのに対して、著者は「自由」を重視しつつも、その限界も指摘し(「ある人の自由はほかの人の不自由」、「至る所に存在する外部性」等)、自由と「多少の(ある程度の)規制」とのバランスの重要性を強調。第 1 部でロールズの「社会契約」論やアダム・スミスの『道徳感情論』を、第 2 部で行動経済学の知見も紹介しつつ、第 3 部で「進歩的資本主義あるいは再生された (21 世紀版の) 社会民主主義」(39,58 頁)、「効率や公平、持続可能性を実現するだけでなく、道徳的価値をも実現する経済・政治システム」(25 頁)を実現する必要・展望を、「期待を込めて」述べる。全 3 部・14 章、注を含め 500 頁余の大著。

著者の分析対象はほとんどアメリカだが、日本での社会改革を考える上でのヒントになる記述・視点も少なくない。事例として医療に何度も言及しているが(128 頁等)、医療(政策)についてのまとまった記述はない。私は著者の事実認識と価値判断のほとんどに同意・共感するが、新自由主義(資本主義)批判はクドすぎる(重複が多い)とも感じた。

なお、私の尊敬するアメリカの医療経済学者フックス氏(2023 年 9 月、99 歳で死去)も、かつて、スティーグラ(フリードマンと並ぶシカゴ学派の重鎮)が常に自由をすべての目標の上に置かなければならないと主張したことを、以下のように批判した：「限界効用逓減の法則はやはり自由を含めてすべての目標に適用されるべき」、「自由と責任の組み合わせに最適比率がある」(『保健医療の経済学』勁草書房、1995(原著)、105 頁。『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020、177-178 頁で紹介)

※本書は、2025 年の「エコノミストが選ぶ経済図書ベスト 10」で「圧倒的な 1 位となった」(「日本経済新聞」2025 年 12 月 27 日)。

○北野隆一『側近が見た昭和天皇 天皇の言動でたどる昭和史』幻冬舎新書、2025 年 7 月。
…著者は、長く皇室報道に携わった朝日新聞の社会部記者。公式資料である『昭和天皇実録』とそれで初めて知られた「百武三郎日記」、『実録』発表後公開された田島道治『昭和天皇拝謁記』、及び昭和天皇の晩年の原稿を読み込んで、戦前・選中から晩年までの昭和天皇の実像に迫る。昭和史・昭和天皇についての教養は身に付くと思うが、記述は広く浅く、私には新味は少なかった。

※『拝謁記』は本「ゼミ通信」号 80 号(2024 年 10 月)で紹介・推薦。

○家近亮子『蒋介石ー「中華の復興」を実現した男』ちくま新書、2025 年 8 月。

…私は、以前から、国民党蒋介石政権が、連合国の一員として(実態的にはアメリカ等の支援を受け)抗日闘争で日本に勝利し、戦後、国連の常任理事国(＝五大国)になったにもかかわらず、その後、わずか数年で中国共産党・人民解放軍との内戦に敗北し、1949 年に台湾に逃亡したかに疑問を持っていたが、本書を読んで「なぜ蒋介石は内戦に勝てなかったのか」が理解できた(334-336、415-417 頁)：蒋介石は対日戦争の勝利を契機に、ソ連・イギリスに占領されていた中国の歴史的領土の回復を目指したために両国の怒りを買ひ、

内戦期にはアメリカの支援しか得られなかった。本書は最終章を含めて全 10 章、500 頁近い厚い新書。蒋介石の生い立ちから、失意の晩年までを、私生活を含め、克明・赤裸々に描いており、教養が身につく。私は、蒋介石が「恋多き」人間だったことに驚いた。

○池本大輔『サッチャー 「鉄の女」の実像』中公新書、2025 年 10 月。

…「イギリスだけでなく欧米先進国をつうじても、女性が民主的な選挙で初めて指導者になったのは、サッチャーが初めてだった」（本書の冒頭の記述）。本書は、サッチャーの「足跡や政権の業績を振り返った」バランスのとれた伝記で、サッチャーを「鉄の女」とするさまざまな通説、「サッチャー神話」をエビデンスを示して否定・批判しており、イギリス政治（史）についての教養が身につく。例：サッチャーは「信念を貫く信頼できるリーダー」だともてはやされることもあるが、これは「彼女が自ら作りだしたイメージに過ぎ」ず、「現実のサッチャーはきわめて慎重であり、政治において重要なのは行動に移すタイミングだというのがモットーだった」（v 頁）。サッチャー政権以前は、イギリスでは二大政党間に「戦後コンセンサス」が存在したと言われているが、「コンセンサスではなく『妥協』の方がより適切な表現」（42 頁）。「サッチャーは自らの一貫性を強調する政治家であった」が、首相在任時は積極だった地球温暖化について、引退後は否定に「転向」した（229-231 頁）。

NHS についての記述で、「医療制度や教育のようにサッチャーが市場にもとづく解決策を支持していた場合でも、国民保健サービスのような急進的な案は中産階級の離反を招く公算が強く、政治的に不可能だった」ことは私も知っていたが（197 頁）、**「サッチャー自身は、一度も国民保健サービスを使用したことがなかった」**ことは初めて知った（207 頁）。この点は、日本では右派の政治家や財界人も、ほとんどが公的医療保険を使うのとは大違い。