

2026年7月5日(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻 264 号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構です。御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様をご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に転載されています: <http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>

264 号の目次は以下の通りです (25 頁)

1. 論文：低価値医療・無価値医療の異同と大幅医療費削減の不可能性（「二木教授の医療時評」(243) 『文化連情報』2026年7月号(579号):24-30頁) ……2頁
2. 最近表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算244回:2026年分その4:9論文) …9頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その258)ー最近知った名言・警句 ……16頁
4. 私の毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第62回) ……18頁

お知らせ

1. 論文「健保法改正によるOTC類似薬の『一部保険外療養』化をどう読むか？」を『日本医事新報』2026年7月4日号に掲載しました。本「ニュースレター」265(8月5日配信)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ください。

2. (再掲) 講演「ファクトで展望する高齢日本の医療政策」を7月12日(日)午後、日本福祉大学名古屋キャンパスでハイブリッド形式(対面及びオンライン)で行います。これは「2026年度日本福祉大学大学院特別公開セミナー」の第2講(有料5000円)です。参加ご希望の方は、添付する案内チラシ裏面の「申し込み方法」に沿ってお申し込みください。**受講申込は7月7日(火)まで受け付けています。**

1. 論文：低価値医療・無価値医療の異同と大幅医療費削減の不可能性

(「二木教授の医療時評 (243)」『文化連情報』2027年7月号 (579号) : 24-30頁)

はじめにー医療費抑制策のニューフェース？

この数年、日本でも低価値医療・無価値医療に対する関心が高まっています。「日本でも」と書いたのは、欧米諸国ではすでに2010年代前半から、low-value care に対する関心が高まり、2020年前後からはそれを抑制するための方法や医療費抑制効果についてのさまざまな文献レビューも発表されるようになってきているからです。low-value care は直訳すれば「低価値医療」ですが、その定義には no-value care も含まれるため ("no or little benefit")、日本語では「低価値医療・無価値医療」と表記する方が適切と思います。

日本でこの研究を主導しているのは、宮脇敦士氏 (現・筑波大学准教授) のグループで、2022年以來、日本のビッグデータを用いた精緻な実証研究を精力的に発表しています (1-3)。この研究に触発されて2025年以降、一部では、低価値医療・無価値医療の抑制が「医療の無駄」をなくし、医療費抑制の切り札になるとの期待が高まっています。

厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会では、2025年2月以降、多くの委員が、低価値医療または低価値医療・無価値医療の抑制や保険外しを求める意見を述べ、それを受けて厚生労働省の担当者は同年11月27日の第205回部会で、「今後の対応方針」として、「いわゆる低価値医療について」「中医協の医療技術評価分科会において医療技術の評価の一環として、学会から提案を広く募集してはどうかということを考えております」と発言しました。なお、厚生労働省は従来は「いわゆる低価値医療」という文言は使わず、医療費適正化計画では「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」と表現していたそうです (議事録14頁)。

全国紙で宮脇氏等の研究を最初に報じたのは「朝日新聞」で、2025年11月2日に「慢性の腰痛に湿布薬処方『低価値』 医療費のムダ3千億円の試算」と報じました。それに続いて、「読売新聞」も2026年1月11日に「効果の低い医療 無駄な投薬や検査減らしたい」との社説を發表し、宮脇氏等の研究や厚生労働省の方針を紹介して、「低価値医療の見直しは急務だ」と主張しました。日本医療政策機構も同月、「低価値医療等を保険給付から除外し、必要な医療に資源を集中する」との<尖った>「政策提言」をしました(4)。直近では、樽見英樹社会保険診療報酬支払基金理事長が、4月21日の理事長就任挨拶で、いわゆる低価値・無価値医療については「診療報酬を算定できるものについてはきちんと算定し、算定できないものについては査定すべきということを、シッカリやっていくことで、医療の効率化に向けて努力していきたい」と述べました(「週刊年金実務」5月18日号)。

私は、長年、医療経済学の視点から医療の公平で効果的・効率的な提供を主張してきたので、低価値医療・無価値医療を減らすことには大賛成です。しかし、無価値医療とは異なり、低価値医療は多義的で一義的な定義や機械的な政策介入は困難・不可能であり、しかもその抑制による大きな医療費抑制も期待できないと考えています。

- -

低価値医療と無価値医療は峻別する必要

この問題を検討する際の大前提は、低価値医療と無価値医療を峻別することです。しかし、日本医療政策機構の「政策提言」を含め、両者を一体とみなしているものが少なくありません。上述したように、大半の英語文献も両者を一括して扱っています。Pub Med (米国国立医学図書館が提供する医学・生命科学分野のデータベース) で検索したところ、「no-value care」は索引語 (phrase index) には含まれておらず、それを論文名に含んだ論文もありませんでした。

それに対して、宮脇氏は最近の優れた総説の冒頭で、両者を以下のように定義・峻別しています(5)。無価値医療は「特定の臨床状況で健康改善効果が全くないことが質の高いエビデンスで示され、かつ患者需要もほとんどない」医療サービス、低価値医療は「健康改善効果が乏しいというエビデンスが存在し、その費用が健康改善効果と比べて著しく大きい医療サービス」です。

この定義から分かるように、無価値医療は(概念的には)純医学的に定義できるので、中医協や医学会・医療界で合意が得られれば、保険給付から除外することも可能です。現実にも、社会保険診療報酬支払基金は2025年8月、「支払基金における審査の一般的な取り扱い」において、感冒や小児のインフルエンザ・気管支喘息等に対する「抗生物質製剤【内服薬】又は合成抗菌薬【内服薬】の算定は、原則として認められない」とする方針を示しました。

それに対して、低価値医療は効果がある医療のうち、費用対効果が低いとされるものであり、判定者の価値判断・経済的判断が含まれます。そのため、無価値医療と異なり、一義的に定義することは困難で、ましてや一律に保険給付から外すことは倫理的にも、政治的にもほとんど不可能と思います。

フックス氏と池上直己氏の先駆的指摘

宮脇氏の定義を読んで、私はフックス氏と池上直己氏の、以下のような先駆的指摘を思い出しました。

世界的医療経済学者であるフックス氏は、医学における「最適治療」(これ以上の健康増加は可能でない点)と「社会的最適という視点」(資源の投入によって健康に付加される価値の増加とその増加を得るために必要とされる投入コストが等しくなる点)が異なり、社会的・経済学的には後者を選択すべきと主張しました。「社会的最適という視点」は、低価値医療とほぼ同じですが、フックス氏はそれに加えて、「何が最適量の医療」かの判断は「社会的視点」と「患者の視点」・「医師の視点」とでは異なり「倫理上の問題」が生じることに注意を喚起しました(6)。

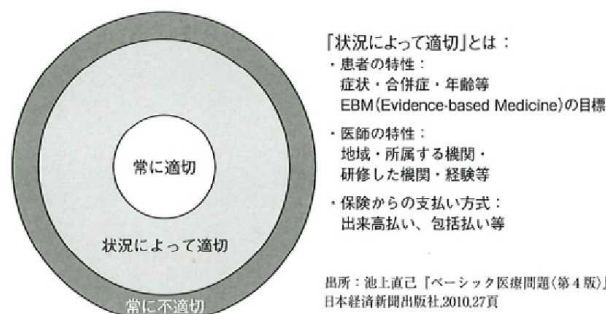
池上直己氏(慶應義塾大学教授・当時)は、「ある病気に対して、医師が適切と判断する医療サービスの範囲は明確に規定されているわけではありません」として、「ある病気に対して、医師が適切と判断する医療サービスの範囲」について3層の同心円図を示しました(図)。この図の中心には「常に適切」(白)があり、中間に「状況によって適切」(灰色)があり、一番外側に「常に不適切」(黒)があります。池上氏は、「灰色の部分がもっとも大きく、この灰色部分はまずは患者の特性によって、『白』になったり、『黒』

- -

になったりするので、第三者（たとえ同僚の医師であっても）適切かどうかを判断することは難しい」、「適正な範囲」は「患者と医師によって変わる」と指摘しました（7）。

池上氏の同心円図の「黒」は無価値医療であり、「灰色」のうち「黒」に近いものは低価値医療と言え、低価値医療を明確に分離することはほとんど不可能なことが分かります。

図 ある病気に対して、医師が適切と判断する医療サービスの範囲



低価値医療・無価値医療の総医療費に対する割合は1%

以上は概念的な検討でしたが、宮脇氏等の厳密な3つの実証研究（英文）でも、低価値医療・無価値医療の総医療費に対する割合はごく小さい（1%前後である）ことが確認されています。なお、宮脇氏等は英語論文では"low-value care"を用いていますが、同種の英語論文と異なり、その対象はほとんどが「無価値医療」に近いと思います。宮脇氏も、日本語の解説論文では「無価値医療」「無駄な医療」と表記しています(8)。

まず、宮脇氏等の2022年の論文は、代表的な「低価値医療」33項目をリスト化し、日本全国の急性期病院242病院を対象にして調査したところ、「低価値医療」に支払われた医療費の推計は狭い定義では57億円、広い定義では129億円で、242病院に支払われた医療費に対する割合はそれぞれ0.23%、0.51%でした(1)。

宮脇氏等の2025年の論文は、10種類の「低価値医療」についてプライマリ・ケア医1019人を対象にして調べ、すべての「低価値医療」の半分が医師全体の10%によって提供されていることを示しましたが、低価値医療の医療費総額に対する割合は示しませんでした(2)。

宮脇氏等のもう1つの2025年論文は、全国の診療報酬請求書データベース(総人口の2%に相当)を用いて、52種類の「低価値医療」の有無を調べ、それらの総医療費に対する割合は狭義の定義では0.7%、広義の定義では1.0%であることを示しました(3)。この研究は、狭義の低価値医療の医療費のうち、高額な低価値医療費(80米ドル以上)は33%にとどまり、低額の低価値医療が67%を占めることも示し、低価値医療の医療費抑制という点から見ると、高額だが回数少ない低価値医療を減らすより、低額だが実施回数が多い低価値医療を減らす方が効果的・効率的だとも示唆しました。この論文は標本調査の分析結果を全国レベルに外挿し、低価値医療の総額は狭義の定義で2070億円、広義の定義では3310億円と推計しました。

なお、康永秀生氏(東大教授)はこの論文を根拠にして、「医療保険財政を圧迫しているのは、遺伝子治療薬ではない[これには私も賛成]。削減の対象とすべきは、安価であ

っても効果が低く、煩雑に用いられている低価値サービスなのである」と主張していますが、これは論文の誤読です(9)。宮脇氏等は、医療費総額の0.7～1.0%にすぎない低価値医療の多くが、低額だが実施頻度が多い低価値医療であることを指摘しているだけです。

以上の結果は、マクロレベルで見ると、低価値医療（大半は無価値医療）の削減による総医療費削減効果はごく限定的であることを示しています。低価値医療・無価値医療の範囲を広げたとしても、数値は大きくは変わらないと思います。

しかもここに難問があります。宮脇氏等が「無価値医療」とみなす医療のうち、「風邪に対する抗菌薬処方」等はほとんどの医師が「無価値医療」と認めるとしています。上述したように、現在ではそれは保険給付からも除外されています。しかし、例えば、「風邪に対する去痰薬処方」（患者の自覚症状は改善）まで「無価値医療」とみなすことには、多くの医師が反対し、保険給付から外すことは政治的に困難です。

Choosing Wiselyによる医療費削減はわずか

私は、本稿執筆のために、PubMedで、low-value careの削減やアメリカで2012年以降急速に普及しているChoosing Wisely（賢い選択）運動による医療費削減についての実証研究等を検索しました【注】。その結果、なんらかの「介入」で個別の低価値医療のミクロレベルでの医療費抑制効果を示したと称する論文はありましたが、マクロレベルで低価値医療全体の医療費抑制効果を検証した研究はありませんでした。

マクロレベルでの唯一の実証研究はMafi等の2021年の研究でしたが、「全国的な(Choosing Wiselyの)教育キャンペーン」にもかかわらず、2014-18年に32種類の低価値医療の回数と医療費は微減(marginal)にとどまっていた(10)。

低価値医療を抑制するための「介入」方法・「戦略」について検討した文献レビューも7論文ありました(11-16)。しかし、大多数が医師（一部は患者）に対する「教育的」介入であり、低価値医療全体を保険給付から除外する「介入」「戦略」はありませんでした。ただし、これは、今まで行われた「介入」「戦略」が、低価値医療全体ではなく、個々の低価値医療の削減を目指していたためと思います。

なお、今回のPubMed検索では、低価値医療全体の総医療費に対する割合を推計した研究は、宮脇氏等の研究以外ありませんでした。Hildbrandt等は、ドイツの24種類の低価値医療の医療費を推計していましたが、医療費総額に対する割合は示していませんでした(17)。このことを踏まえると、宮脇氏等の研究（英語論文）は国際的にも非常に価値があると思います。

医師・患者の判断も考慮する必要

以上で紹介してきた研究は、ほとんど、客観的基準のみに基づいて、低価値医療・無価値医療を判断しています。これはマクロレベルで判断する際にはやむを得ないとも言えますが、ミクロレベルで低価値医療・無価値医療の判断・議論をする場合には、客観的基準だけでなく、医師・患者の判断も加える必要があると思います。

この点で参考になるのは、「エビデンスに基づく医療」(EBM)の定義です。EBMは、時に量的エビデンスのみに基づく医療と誤解・批判されますが、旧厚生省の1999年の公

式定義では「①利用可能な最善の科学的な根拠、②患者の価値観及び期待、③臨床的な専門技能」の「3要素を統合するもの」とされています(18)。これは27年前の定義ですが、現在でも広く使われています(例：日本医療機能評価機構「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver.3」「重要用語集」)。この定義に基づけば、EBMを「科学的根拠に基づく医療」とするのは、②と③を無視している点で、誤訳・不適切訳と言えます。

上述した低価値医療についての文献レビューにも、市民(大半は患者)参加の重要性を強調したり(12,13)、従来の研究は患者の要求(ディマンド)を無視していると批判したりしているものもありました(15)。低価値医療・無価値医療の研究がこの広い枠組みで進められることは、国際的課題とも言えます。

おわりにー「研究と政策の間にある長い距離」

以上の結果を踏まえると、私は、今後、低価値医療・無価値医療の実証研究は、医療費抑制のためではなく、医療安全と医療の効果・効率を改善するために進められるべきと考えます。

冒頭述べたように、私は無価値医療をなくすことには賛成で、中医協や医学会・医療団体の合意が得られれば、保険給付対象から外すべきと思います。ただし、それによる医療費抑制効果はマクロレベルではごくわずかです。それに対して、低価値医療の定義は一義的には行えないため、**医師・患者向けの低価値医療の「ガイドライン」ー各医療行為の適応と禁忌の明確化ーの作成・普及**を先行すべきです。低価値医療全体の保険外し等の「荒療治」は、医療政策と医療現場(医師・患者関係)に混乱を生み、しかも医療費抑制効果は限定的であるため、強く反対します。

私は医療費抑制(高騰予防)効果という点では、それよりも、すでに高額医薬品等に実施されている「最適使用推進ガイドライン」による実施医療機関・医師の限定と薬価の適正な引き下げの方がはるかに有効であると判断しており(19)、現実にも2015年度以降は、高額医薬品の急増による医薬品費総額の高騰は完全に予防できています(20)。

最後に、低価値医療・無価値医療の抑制方法を考える上では、権丈善一氏(慶應義塾大学教授)が2018年に行った「研究と政策の間にある長い距離」についての警告が重要であることを強調します(21)。氏は、日本でも診療報酬の支払い方式に、QALY(質調整生存年)を用いた医療の経済評価の導入が予定されていた際、厳密な科学的研究を行えば、価値判断抜きに客観的な政策を作成できると思込んでいる若い研究者を批判して、「政策論には、価値判断が必ず伴うものであって、何か特定の価値判断を選択する客観的、科学的方法などない」ことを強調し、医療の経済評価研究と現実の政策との間には「長い距離」があることに注意を喚起しました。これと同じことが、低価値医療・無価値医療の実証研究と具体的政策との間にもあることを強調して、本稿を終わります。

【注】低価値医療・無価値医療についての文献レビューの検索式

Pub Med を用いた検索での、検索式は以下の通りです："low-value care" OR "choosing wisely" AND (expenditure OR spending OR payment) AND review。検索は5月4日に行い、189論文がヒットし、それぞれの要旨を読んだ上で、重要と思う論文は全文をチェックし

- -

ました。上記検索式から"review"を除くと 750 論文がヒットしました。

なお、CiNii で「低価値医療」についての日本語文献を検索したところ 8 論文がヒットしましたが、すべて宮脇氏グループのものと思われました (5 月 3 日検索)。

文献

- (1) Miyawaki A, et al: Prevalence and changes of low-value care at acute care hospitals: a multicentre observational study in Japan. *BMJ Open* 12(9) : e06371, 2022.
- (2) Miyawaki A, et al: Primary care physician characteristics and low-value care provision in Japan. *JAMA Health Forum* 6(6):e251430,2025.
- (3) Miyawaki A, et al: Low-cost, high-volume healthcare services contribute the most to low-value care spending in Japan. *Health Affairs Scholar* 3(12), qxaf225,2025.
- (4) 日本医療政策機構「持続可能な保健医療システムへの道筋 社会的合意が期待される三つの視点」2026 年 1 月。 <https://hgpi.org/research/is-20260122.html>
- (5) 宮脇敦士「低価値医療・無価値医療」『医療経済研究』37(2):130-144,2026。
- (6) V.R.フュックス著、江見康一・田中滋・二木立訳『保健医療の経済学』勁草書房、1990 (原著 1986)、5-6、176-179 頁。
- (7) 池上直己『ベーシック医療問題<第 4 版>』日本経済新聞出版社、2010,26-29 頁 (同心円図の初出は、初版、1998、20 頁)。
- (8) 宮脇敦士『医療の無駄』を問いなおす 無価値医療の実態調査から』『世界』2025 年 11 月号 : 166-174 頁。
- (9) 康永秀生「医療保険財政を圧迫している治療は?」『日本医事新報』2026 年 4 月 11 日号 (5320 号) : 64 頁。
- (10) Mafi JN, et al: Trends in low-value health services use and spending in the US Medicare fee-for-service program, 2014-2018. *JAMA Netw Open*. 4(2):e203728, 2021.
- (11) Chambers JD, et al: A review of empirical analyses of disinvestment initiatives. *Value Health* 20(7):909-918, 2017.
- (12) Sypes EE, et al: Understanding the public's role in reducing low-value care: a scoping review. *Implement Sci* 15(1):20, 2020.
- (13) Sypes EE, et al: Engaging patients in de-implementation interventions to reduce low-value clinical care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 18(1):116, 2020.
- (14) Ingvarsson S, et al: Strategies for de-implementation of low-value care - a scoping review. *Implement Sci* 17(1):73,2022.
- (15) Falkenbach P, et al: Reporting of costs and economic impacts in randomized trials of de-implementation interventions for low-value care: a systematic scoping review. *Implement Sci* 18(1):36, 2023.
- (16) Fraser GR, et al: Factors associated with patients' demand for low-value care: A scoping review. *BMC Health Serv Res* 24(1): 1656, 2024.
- (17) Hildebrandt M, et al: Quantifying low-value care in Germany: an observational study using statutory health insurance data from 2018 to 2021. *Value Health* 28(6):884-892,2025.
- (18) 厚生省「医療技術評価推進検討会報告書」1999。

- -

(19) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第6章第1節「高額新薬で医療費は高騰するとの言説の再検討」。

(20) 二木立「国民皆保険制度の現状と改革の論点、今後の見通し」『社会保険旬報』2026年3月11日号(2993号)：14-22頁。

(21) 権丈善一『ちょっと気になる政策思想 社会保障と関わる経済学の系譜』勁草書房、2018、第6章「研究と政策の間にある長い距離－QALY概念の経済学説史における位置」。

[本稿は『日本医事新報』2026年6月6日号(5328号)に掲載した「低価値医療・無価値医療の削減で医療費は大幅に抑制できるか？」に大幅に加筆したものです。]

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 244回)(2026年分その4:9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。

○包括払い方式の影響:体系的レビューのアンブレラレビュー

Lefevre M, et al: Impact of prospective payment systems: An umbrella review of systematic reviews. *Health Policy* 165 (March 2026) 10552, 16 pages. [文献レビュー]

包括払い方式(PPS)はOECD加盟国やそれ以外の国々で入院医療の償還に広く用いられている。本論文の目的は、PPSの患者診療、医療効率、診療量、及び入院費用に与える影響を評価することである。研究方式はアンブレラレビューで、3つの電子媒体データベースを用いて、メタ分析を含むものと含まないもの両方を含む体系的文献レビューで2014年-2025年7月までに発表されたものを探索した。選択した研究の質はAMSTARで評価し、結果の特性と取得・閲覧した刊行物の情報(retrieved publications)を示す総括表を作成した。

上記目的・基準を満たす10の体系的レビューを同定した。大部分のレビューは比較的最近の一次研究を含んでおり、2レビューを除いて研究方法の質は中等度から高度だった。効率については、大部分のレビューがPPSの導入で在院日数の短縮が生じたことを示していた。アンブレラレビューでは医療の質(死亡率、再入院、その他)に対する否定的影響についての実質的な(substantial)エビデンスは見いだされなかった。入院費用に対する影響は一貫しておらず、明確な結論は得られなかった(増加1、減少1、不変3、増加と減少の両方2)。診療量に対する影響もバラバラであった。本レビューは、PPSのインセンティブが医療提供の効率を、医療の質を悪化させずに向上させるとの理論的仮定を支持している。ただし、本研究には、検討した支払い方式、文脈、PPS導入と同時に行われた介入がバラバラである(heterogeneity)という限界があり、得られた影響がPPSによるものだと断定することには慎重であらねばならない。

二木コメント—私はアンブレラレビューという用語を初めて知りましたが、特定のテーマに関してすでに発表されている複数のシステムティックレビューやメタ分析を統合して解析する研究手法で、「レビューのレビュー」とも呼ばれ、最高水準のエビデンスを提供するものだそうです。ていねいなレビューで、入院医療費の支払い方式の研究者には便利な論文と思います。結果とその解釈(結論)も常識的 a/o 従来の文献レビューの再確認と言えます。私は、包括払いにより入院医療費が削減されるとは言えないことを再確認したことが特に重要と思います。

○ [アメリカのメディケアでの入院] 医療改善のための [経済的インセンティブ付きの] 包括払いは前進した: 病院とCMSの2018-2021年の費用に対する影響

Ryan AM, et al: Bundled payments for care improvement advanced: Effects on hospital and CMS

- -

spending, 2018-2021. Health Affairs 45(2):121-128,2026 [量的研究]

CMS(メディケア・メディケイド・サービスセンター)は2018年に、医療の効率向上とメディケア費用削減を目指して、「医療改善先進モデル事業」(BPCI-A.病院が任意参加する疾患群別90日間の包括払い)を導入した。このモデルでは、参加病院は疾患群ごとに目標支出(90日間エピソード支出:発症・入院から退院後の90日間に支払われる医療費の総額)を割り当てられ、実際の支出がそれを下回った場合はボーナスを受け取り、上回った場合はペナルティを課される。このモデルは2018~21年に毎年微修正し、病院が「良いとこ取り」(cherry-picking)しないようにしている。しかし、今までの研究はこの期間にBPCI-Aが病院とCMS費用に与えた影響を検証していない。

メディケア出来高払い受給者の2014年4月~2021年12月の全数データを用いた合成差の差分法により、BPCI-A参加883病院と非参加1772病院の費用の変化を評価した。BPCI-Aにより病院の「90日間エピソード支出」は平均324ドル減り、この減少は特に第3・4モデル年で大きかった。支出減が一番大きかった疾患群は、整形外科疾患と神経内科疾患であった。ただし、病院には多額のインセンティブ(ボーナス)が支払われるため、CMSにとっては4年間で1億7100万ドルの純支出増になっていた。ただし、第4モデル年では純支出減だった。モデル事業の期間中、スキルド・ナーシングホームへの支出は減っていた。このように、BPCI-AはCMSの予算総額にはごくわずかの影響しかなかったが、ナーシングホームから病院への支払いシフトが生じていた。以上から、病院が任意参加する包括払いはCMSの意味ある費用削減にはつながりそうもないと言える。

二木コメント— BPCI-Aは、かつてもはやされたP4P(成果に基づく支払い)の一種と言えます。経済的インセンティブ(目標を達成した場合のボーナス支払い。一種の「介入費用」)を用いると、総費用(医療費+介入費用)が増加するのは自明と思います。

○成果に基づく支払い(P4P)はアクセス面での社会経済的不平等に影響するか? イングランド[NHS]の病院専門医療から得られたエビデンス

Nunez-Elvira A, et al: Dose pay for performance affect socioeconomic inequalities in access? Evidence from hospital specialized care in England. Health Policy 164(February 2026) 105365, 7 pages [量的研究]

成果に基づく支払い(P4P)は、医療部門の質と効率の改善を目指しているが、不平等を拡大する可能性もある。イングランドNHSの病院専門医療に対するP4Pがアクセスの不平等にどのように影響するかを調査した。次の2つの臨床領域に焦点を当てた:1つは外傷医療で成人のクリティカルケア病棟の退院の遅延及びそれによる夜間退院の削減を目指すP4P、もう1つは内科医療で緊急冠動脈バイパス形成術を必要とする患者に対する入院待ち日数と在院日数削減を目指すP4Pである。両方とも、「指定専門医療サービスの質改善・イノベーション」事業の一部である。患者レベルの管理データを「病院入院統計2012-2113年度」から得て、差の差分法モデルを用いて、これらの事業の影響を患者の社会経済的状态ごとに測定した。治療群はこの事業に参加した病院、対照群はこの事業に参加資格はあるが参加しなかった病院である。外傷医療については、退院の遅延削減と夜間退院の確率に与える影響を、緊急冠動脈バイパス形成術については、入院待ち日数、在院日数、退院後30日及び1年後死亡率、及び院内感染に与える影響を測定した。

- -

その結果、外傷治療については、事業により退院遅延は削減されていたが、所得水準最下位 5 分位患者の退院遅延の減少は、所得水準上位 5 分位のそれより、平均 2.4 時間または 30.4 % 少なかった。このことは退院遅延の削減面での社会経済的不平等が拡大したことを意味する。それに対して、緊急冠動脈バイパス形成術を必要とする患者については、アウトカムについての社会経済的差は見られなかった。この結果に基づいて、著者は P4P の効果・影響の評価では、平均的パフォーマンスだけでなく、異なった社会経済的集団間のパフォーマンスの違いについても評価することが重要だと結論づけている。

二木コメント P4P の効果・影響を評価する場合、平均値の変化をみるだけでなく、社会経済的集団間の差をみる必要があるとの指摘は重要です。P4P だけでなく、例えば、患者自己負担の引き上げの患者の健康状態に対する影響を検討する場合にも、同じことが言えると思います。

〇一般医療 [プライマリケア] に対して異なるレベルの包括払いが導入された場合の心血管疾患の利用と費用：[オランダにおける] データリンケージ（結合）研究

Dros JT, et al: Healthcare utilization and costs for cardiovascular diseases across different levels of bundled payment adoption in general practice: A data linkage study. Health Policy 163 (January 2026) 105476 [量的研究]

オランダでは、2010 年以降、全国的に、心血管疾患(CVD)等の慢性疾患患者の診療に対して包括払いが導入されており、その目的はプライマリケア利用の促進を目的としている。本研究の目的は、2014-2019 年の CVD 患者の医療利用と費用の変化を評価し、それらとプライマリケアに対するレベルの異なる包括払い採用との関連を調査することである。ルーチンに記録されている全国医療データを用いて、観察研究デザインにより、CVD のリスクが非常に高い患者について調査した。多重ロジスティック・ガンマ回帰分析を行い、2014-2019 年の医療利用パターン、及び包括払いが専門医の診療を受診する尤度とそれに伴う費用増加に与える影響を評価した。

その結果、本研究に含まれた 152,591 人の患者の内科系専門医受診のオッズ比は時が経つに従って減少していた。包括払いのレベルが高いプライマリケア医の患者ほど、専門医受診のオッズ比は低かった。内科系専門医の費用は 2014-2019 年に有意に減少していた。最高レベルの包括払いを受けているプライマリケア医の患者の内科系専門医受診費用は有意に低かった。しかし、一般診療の費用を含めると、患者 1 人当たり医療費は、調査時期ごとにみても、包括払いの程度で層別化しても同じだった。以上の結果は、プライマリケア医に対する包括払いと専門医療受診の間には関連があり、包括払いはプライマリケアへのシフトを潜在的に促進することを示唆している。しかし、それによる費用削減のエビデンスはなく、包括払いにより患者はより積極的にモニターされていることを示唆している。

二木コメント 包括払いでプライマリケア医受診は促進され、専門医受診は抑制されるが、それによる外来の総医療費（プライマリケア医の費用+専門医受診の費用）は減らないことが、再確認されたと言えます。

〇現金給付 [税額控除] と健康アウトカム：イタリアの自治体から得られたエビデンス

- -

Fontana S, et al: Cash transfers and health outcomes: Evidence from Italian municipalities. Health Policy 163 (January 2026) 105494, 8 pages [量的研究]

現金給付プログラムは家計所得支援と社会経済的ウェルビーイング改善のために広く実施されている。イタリアの全自治体で 2015 年に実施された、受給資格が緩い現金給付（税額控除）の健康への影響を調査した。これは、中所得の勤労者（1100 万人超）を対象としており、受給者 1 人当たり上限年間 960 ユーロを支給（償還）する。2010-2019 年の全 7914 自治体のパネルデータを活用して、自治体ごとの受給資格の違いによる給付強度 (treatment intensity) のバラツキを調査した。給付強度は、自治体ごとの 1 人当たり給付額と受給者シェアで測定した。固定効果回帰分析を行い、社会・人口的、経済的共変数、地方レベルでの時系列変化、及び空間依存性 (spatial dependence) を調整した。

その結果、給付強度の増加は死亡率の低下と関連していた：1 人当たり 1 ユーロの追加は、住民 1000 人当たり 0.004 の全死亡率低下と対応し、受給者シェアの 1 パーセンテッジ・ポイントの増加は 0.003 の全死亡率低下と対応していた。異質性分析により、教育レベルが高く医療アクセスの良い自治体では、この効果がより強いことが示唆され、このことは所得移転が健康改善を支えていることを示している。結論として、現金給付プログラムは健康改善を当初の目的とはしていなかったが、支給対象が広範な所得支援プログラムは人口全体の健康を測定可能なほど改善し、この効果は教育と医療への追加的投資が行われた場合は特に強いと言える。

二木コメント—日本でも最近突然政策課題になったが、戻つぽみになりつつある税額控除の健康に与える影響の研究です。中所得者向けの現金給付（税額控除）が測定可能な死亡率低下をもたらすこと、およびこの効果は教育レベルと医療アクセスの良い自治体で特に大きいことを示したユニークな研究と感じました。ただし、税額控除を「現金給付」(cash transfer)と表記することには違和感も持ちました

○地域保健サービス [訪問看護] 提供と病院医療利用：イングランド全体での後方視的観察研究

Parkinson B, et al: Provision of community health services and use of hospital care in England: Nationwide retrospective observational study. Health Policy 165 (March 2026) 105538, 8 pages [量的研究]

地域での医療提供拡大政策は、病院利用（入院+救急外来）を減らすために広く行われている。イギリスでは、全住民は、普遍的で無料の一次医療、二次医療、地域保健サービスを受ける権利があり、地域保健サービスは主に NHS トラストが提供し、NHS 職員の約 20 %、NHS 予算の 10 % を占めている。地域保健サービスは多様であるが、それに直接従事する臨床スタッフの 73 % が看護師または無資格の看護師支援職員である（両者の内訳は示されていない—二木）。プライマリケアの強化が病院利用に影響することについては多少のエビデンスがあるが、患者の自宅での看護師主導のケア等の地域保健サービスの影響はほとんど知られていない。本研究の目的は、地域保健サービス労働力の規模が病院医療利用に影響するか否かを検証することである。2019 年度のイングランドの地方自治体行政地区 (local authority district. 基礎自治体) における、地域保健サービスを提供する看護師と看護支援労働力（以下、地域職員または地域スタッフ）と 65 歳以上人口当たりの入院率につい

- -

ての多変量回帰分析を行い、その際、住民のニーズと他のサービスの得られやすさを調整した。

平均値でみると、65歳以上人口1000人当たりの雇用されている常勤換算の地域スタッフは4.3人、年間の計画入院は440回、救急入院は267回（うち、外来医療でも管理可能な疾患(ambulatory care sensitive condition)は66回)、救急外来受診は465回、診療所の受診予約が4204回だった。未調整データでは、地域職員数と救急入院との間には正の関連があり、それは人口特性によって説明された。全要因を調整すると、地域職員数とどんな種類の病院医療利用との間にも有意の関連はなかった。感受性分析でもこれらの結果は確認された。つまり、地域職員の規模と病院の活動との間に関連があるとのエビデンスは得られなかった。地域職員の規模には相当の地域格差があったが、地域スタッフが多い基礎自治体で入院が少ないわけではなかった。地域サービスだけを拡大しても、システムレベルの病院活動を減らすことはできそうもない。病院医療利用を減らすためには、病院部門への直接介入が求められるであろう。

二木コメント—地域・在宅ケアは入院・入所ケアの代替ではなく補足であり、地域・在宅ケアを拡大しても、入院・入所は減は減らず、総費用（入院・入所費用+地域・在宅ケア費用）はむしろ増加することは、20世紀（1980-90年代）の膨大な実証研究で確認されています（『日本の医療費』医学書院、1995、第4章「医療効率と費用効果分析—地域・在宅ケアを中心として」→『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018、第Ⅱ部第1章第2節）。本論文は、そのことを再確認したと言えます。ただし、本論文では費用の検討はされていません。

○障害を持つ人々への社会的ケアの強化が医療利用に与える影響：オーストラリアで得られたエビデンス

Ma BH, et al: The impact of enhancing social care on healthcare use for people with disability: Evidence from Australia. *Health Economics* 35(2):212-228,2026 [量的研究]

本研究は、オーストラリア全国障害保険計画(NDIS)により、重度または最重度の障害を持つ63歳以下の人々に提供される社会的ケアの強化が補助金付きの医療に与える影響を検討する（社会的ケアとは、障害を持つ人々の日常生活動作、コミュニケーション、セルフケア、社会参加、及び移動の支援を意味し、日本の「障害者福祉サービス」に近い二木）。2011-2022年の諸行政データをリンクして、差の差分法モデルとNDISの段階的リリース(staggered rollout)を用いて、社会的ケアの強化が医療サービスに与えた影響を評価した。その際、一般医(GP)、精神医療提供施設、医師以外の医療専門職、専門医の受診、及び精神科関連の処方薬に注目した。

その結果、NDISによる社会的ケアの強化6か月後には、補助金付きの精神保健サービスと医師以外の医療専門職サービスの利用は減少していた。しかし、社会的ケアの強化はGP受診、専門医受診、精神科関連の処方薬を有意には減らしていなかった。これらの変化は、0-14歳、男、大都市居住者で特に顕著だった。この結果は、NDISが提供するサービスは、社会的ケアのチャンネルを通して非臨床的ケアを提供することにより、補助金付きの医療サービスを代替する可能性を示唆している。ただし、NDISの長期的な効果とヘルスアウトカムを調査する必要がある。

- -

二木コメント— 17 頁の長い論文ですが、私には調査結果とその解釈（結論）にはブレがあり、社会的ケアの強化による医療利用抑制・代替効果を過大視している気がします。実は、論文の序文では社会的ケアの強化が逆に医療利用を増やす可能性にも触れ、「考察」で「本研究の結果は、NDIS はほとんどの医療サービスに対して有意の短期的影響を与えそうもないことを示唆している」と書いています。本文は正直に書くが、要旨ではきれいごとを書く典型と言えます。本論文の根本的欠陥は、社会的ケアの強化費用＝介入費用を無視していることです。

○イングランドとスコットランドの入院待ち日数と入院方針—イングランドにおけるNHSの待機的股関節・膝関節置換術の民営化前後の比較

Kirkwood G, et al: Waiting times and admissions policies in England and Scotland before and after privatisation of services for NHS elective hip and knee replacement surgery in England between 2008 and 2019. Health Policy 168 (June 2026) 105605, 8 pages[量的研究]

連合王国 (UK) では医療 (政策) は権限移譲 (分権) 事項 (devolved matter) であり、イングランドとスコットランドは異なる政策で待機的手術の入院待ち日数削減に取り組んでいる。イングランドでは NHS が民間部門と契約して資金を民間部門に振り向けているが、スコットランドは NHS 病院の手術機能を拡大している。本論文の目的は、イングランドとスコットランドにおける股関節・膝関節置換術の 1997 年 4 月～2019 年 3 月 (1997～2018 会計年度。以下、年度) の入院、入院待ち日数、及び不平等 (inequality) のトレンドを比較することである。エコロジカル研究で、NHS が資金提供している待機的股関節・膝関節置換手術について、入院率、入院における不平等勾配指数、及び入院待ち日数の不平等のトレンド勾配の比較を、中断時系列分析により行った。

1997 年度と 2018 年度の間に、イングランドでは股関節置換術は 110% 増加して 137.9 (人口 10 万人当たり。以下同じ) に、膝関節置換術は 185 % 増加して 145.4 になり、スコットランドではスコットランドでは、それぞれ 90% 増、144.8、163% 増、137.5 になった。2008 と 2018 年の間に、スコットランドは NHS 病院での手術を、股関節・膝関節置換術とも 18 % 増やした。それに対して、イングランドは NHS 病院での股関節置換術と膝関節手術をそれぞれ 8 %、18 % 減らし、民間部門が NHS 病院での手術を代替していた : NHS の資金提供を受けた民間病院 7 倍増え 155 になった。入院待ち日数は両国で短縮し、2008 年度以降の短縮トレンドは両国とも富裕層に有利であった。入院における不平等の拡大はイングランドではスコットランドに比べて 2.5 倍大きかった。以上から、NHS が資金抵抗する待機的手術の民間部門への外部委託 (民営化) は、NHS 内での 2 階建てシステムを生み出したと結論づけられる。

二木コメント— 日本の都道府県と異なり、連合王国 (UK) ではイングランド、スコットランドは「国」 (country, 日本の公式訳は「自治政府」) と表記されています。イングランド自治政府 (保守党) が待機手術の民間営利病院への外注を促進したのに対して、スコットランド自治政府 (スコットランド国民党) は手術の NHS 病院内実施を増やしたため、イングランドでは NHS 内に 2 階建てシステムが生じたことを定量的に示した貴重な研究と思います。私は、全期間の膝関節置換術の入院待ち日数がイングランドで 143.1 日 (NHS 病院 154.6 日、民間病院 70.0 日)、スコットランドで 130.5 日 (NHS 病院 131.0 日、民間病院 112.6

日) と、民間病院を含めて、日本的感覚では非常に長いことに注目しました。

○人口高齢化と労働市場変化が生じている日本での医療利用における所得関連の不平等と水平的不公平

Oshio T (小塩隆士) , et al: Income-related inequality and horizontal inequity in healthcare utilization under population aging and labor market changes. *International Journal for Equity in Health* 25 (8),2026, 13 pages [量的研究] (Open Access)

人口高齢化、雇用パターンの変化、及び所得格差の拡大により、日本の皆保険制度における医療アクセス面での公平(equity)についての懸念が生じている。本研究は、日本における医療利用面での所得関連不平等 (inequality) と水平的不公平 (inequity) について分析する。1986-2022 年の 13 次にわたる「国民生活基礎調査」の個票に含まれる 20 歳以上の個人 827,168 人のデータを収集し、医療利用の集中指数と水平的不公平の趨勢を分析した。集中指数の分解分析を行い、医療利用の不平等に寄与する主要因を同定した。

医療ニーズ調整済みの水平的不公平は、調査期間中低いままにとどまっていた：即ち、現実の医療利用は医療ニーズと足並みが揃っていた。課税前所得は高所得者に有利な形で医療利用の不平等に常に寄与していたが、その影響は穏やかで(modest)、国民健康保険と高齢者医療制度における低所得者に配慮した措置により緩和されていた。以上の結果は、増加している不安定雇用労働者を国民健康保険がカバーしていること、及び高齢者の自己負担を低くとどめて彼らを経済的に支援をしていることが、日本の人口高齢化と労働市場変化により生じている医療サービス・ニーズの増大から保護していることを示唆している。

二木コメント 1986～2022年の「国民生活基礎調査」の個票を用いた、息の長い実証研究です。1984年の健康保険「抜本改革」以来、患者の自己負担は増加し続けていますが、さまざまな措置により、日本では所得による医療アクセス面での不公平が低い水準にとどまっていること――私流に言えば、国民皆保険制度が（曲がりなりにも）日本社会の統合を維持するための「最後の砦」となっていること――を定量的に示したことは貴重と思います。ただし、今後、国民の所得格差が大幅に拡大し、しかも高齢者の自己負担の一律3割化や高額療養費制度のさらなる見直し等により、患者負担が大幅に増加した場合、所得による医療アクセスの不公平が拡大する可能性は否定できないと思います。

なお、inequality や inequity は共に不平等、格差と訳されることが多いと思いますが、小塩氏は本論文の予告論文（「所得格差は医療サービスの受給に影響するか」(『週刊社会保障』2025年4月21日号(3314号):26-27頁)で、inequity を「不公平」と訳し、それにより「是正すべきだ」という意味合いが前に出てくる」と指摘しているので、本抄訳でも inequity は「不公平」と訳し、inequality は「不平等」と訳して、区別しました。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 258)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○吉川洋（東京大学名誉教授。専攻はマクロ経済学）「元々格差が大きいアメリカでも、格差に関する研究は沢山なされていた。ただ計量経済学を駆使した論文の多くは、分析が精緻であればあるほどパンチを欠き骨太のメッセージ性に欠けるものだった。そこに登場したのがピケティである。（中略）／ピケティは、誰にも分かる簡単な図表を用いて、先進各国で格差が拡大していること、それを政府は止めなければならない、という骨太のメッセージを発したのである。それは多くの人の心に届いた」、「誤解されると困るので明確にしておきたいが、筆者は『数』を数えることを否定しているわけではない。筆者の専門である経済学では、ほとんどすべての事は数字で表されている。（中略）正確な数字を確認することは、それが可能である限り必要であり、大切なことだ。その事と、人間が『数字』に固執し、数字に振り回されることはまったく別なことなのである」（『日本ー没落か再生か 時代精神とアニマルスピリッツ』新潮選書、2026年、46-47,209頁）。二木コメントー私自身もかつて、精緻な分析をすればするほど、数字を多用すればするほど、読者にメッセージが届かなくなるという経験をしました。それだけに、最近では、読者の心に届く簡潔な「メッセージ」を書くよう、常に意識しています。

○田中均（元外務審議官、1947年生まれ。日朝平壤宣言や日米安保「再定義」、韓国との歴史問題など、冷戦終結後の日本の直面した数々の外交案件に取り組んだ「伝説の外交官」）「私は若い人に講義をする際、プロフェッショナルとして生きていくためには、物事を批判的な目で見るとクリティカル・シンキング（批判的思考）と、枝葉だけでなく森の上から全体を見る大局観が必要だと伝えていきます」（井上正也・他編『タブーを破った外交官 田中均回顧録』岩波書店、2025年、286頁）。田中氏が念頭に置いている「プロフェッショナル」は官僚、特に外交官ですが、クリティカル・シンキングと大局観は、中堅以上の研究者にも不可欠と思います。

○磯貝友紀（サステナビリティ・ビジネス戦略家）「…『理想か現実か』という問い自体が思考停止の産物だ。いわゆる『偽りの二分法(false dichotomy)』である。本来は多様な選択肢が存在するにもかかわらず、あえて二つに単純化し、『どちらかを選べ』と迫ることで思考の射程を意図的に狭める。ここで私たちは『よりましな選択』を選ぶ消極的な主体に貶められる。（中略）／『理想は夢物語であり、現実を受け入れるしかない』という前提は、権力者にとって極めて都合のよい物語だ。その前提に立てば、現状変更の試みはすべて無力化される。だが本来の現実主義とは、既存の力学を追認することではない。制約の中で、現実をより望ましい方向に変える選択肢を構想し、実装する力を指すはずだ。／理想か現実か、という貧弱な二択ではなく、その前提自体を疑うこと。そして、どのような現実を引き受け、どのような現実を拒むのかを自ら選び取ること。現実を直視しながらも、理想を忘れず、現実をよりよいものへと変えていく意思と構想力こそが、いま経営者に問われている」（『週刊エコノミスト』2026年6月16日号：5頁「闘論席」）。二木コメントーこのような「意思と構想力」は、経営者だけでなく、研究者にも求められていると思います。

- -

しかし、残念ながら、最近では、医療政策研究者にも、医療費抑制・保険料の引き下げという「前提自体を疑うこと」なく、その枠内での、よりましな患者負担増・給付削減を提案・構想する方が多くなっている気がします。著者の主張する「本来の現実主義」は、丸山眞男氏の有名な以下の主張に通じると感じました。

○丸山眞男（戦後を代表する政治学者。1996年死去、享年82）「**社会的現実**はきわめて**錯綜し矛盾したさまざまな動向によって立体的に構成されていますが、そうした現実の多元的構造**はいわゆる『現実を直視せよ』とか『現実的地盤に立て』とかいって叱咤する場合には**たいてい簡単に無視されて、現実の一つの側面だけが強調される**のです。（中略）すなわち、その時々々の支配権力が選択する方向が、すぐれて『現実的』と考えられ、これに対する反対派の選択する方向は容易に『観念的』『非現実的』というレッテルを貼られがちだということです。（中略）実際問題としても支配者の選択が他の動向を圧倒して唯一の『現実』にまで自らを高めうる可能性が大きいといわねばなりません」（『現実』主義の陥穽『世界』1952年5月号。『丸山眞男集』第5巻、岩波書店、1995、196-197頁）。**二木コメント**—丸山氏の「現実主義」批判は、当時の再軍備・憲法改正論を念頭に置いたものですが、現在の日本にもそのまま通用すると思います。これを読んで、「[TPP]『不参加』の選択肢はない」等とアプリアリ（先験的）に主張する「現実主義」を連想しました。（以上、本「ニューズレター」107号（2013年6月）

○長谷川眞理子（進化生物学者。1952年生まれ）「ダーウィンの時代、そんな進化と人間の話で、世間的に一番重要だったのは、キリスト教信仰にどう立ち向かうか、という話だったのではないかと思います。**ダーウィンも、この問題に関するたくさんの手紙を受け取っていますが、彼はそのほとんどに真面目に答えているのです。おそらく、嫌気がさしていたらと思うのですが、ここは辞めるわけにはいかない、という気持ちもあったのだらうと思うのです。**それを思って、私自身も力を得ている毎日です」（『ダーウィンは進化をどう考えたのか』ちくまプリマー新書、2026年、217頁）。**二木コメント**—私も、ダーウィンが「手紙魔」であることは知っていましたが、ここまで徹底しているとは知りませんでした。

<その他>

○木村三浩（「新右翼」と呼ばれる民族派団体「一水会」代表、69歳。日中友好を訴えれば『媚中』『反日』などと歪んだレッテルを貼られかねない中で、2026年4月に中国を訪れ、高市政権下で作られている「反中ムード」は、日本人全ての総意ではないこと等を伝えた）「**今の日本で日の丸の旗の損壊は社会問題になっていません。立法事実がないんです。何より、人々を罰するより国旗を自然に愛せる国をつくるのが政治家の役割でしょう。こんな法律を作ることに、私は断固反対です。**自民党の心ある議員にも働きかけているところ」（「毎日新聞」2026年5月30日、「『愛国』を勘違いしていないか」（聞き手：吉井理記））。

- -

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62回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」100号 (2026年6月13日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法編関連

○井上弘樹『結局ベイズって何が出来るの? ベイズ流医療統計』診断と治療社、2024年。
…頻度論的統計学と異なり、「数学 (的思考) の応用に加えて、意思決定における決定者の価値観を有しているベイズ統計の可能性と魅力」を、「物語風の文章を基本にし」つつ解説 (序文より)。全3章。ベイズ統計の入門書と専門書の中間的な本。本文165頁の薄い本だが、数式もかなり使われているため、スラスラ読めるわけではない。

○松永正訓『60歳からの人生を変える22の発想 医師をやりながらベストセラーを出版した僕の方法』小学館新書、2026年2月。
…著者は、63歳の開業医&ベストセラー作家。60歳を過ぎて、体力・記憶力・感動する力の低下を感じ、「60にして立つ!」と気合いを入れた。本書はそれ以降得た成果を綴った「人生の処方箋」。ウェブ上に連載したエッセーをまとめたものなので、読みやすく、開業医以外でも、還暦を過ぎて働き続けている人の参考になると思う。私が一番共感・同感するのは、「還暦を過ぎたら利他的に生きてみる」(123頁)、『今の若い者』はプレゼンが下手」(その「理由は単純で、パワーポイントの導入によってスライドの枚数に制限がなくなったから」)(216-218頁)。その他、次の逆説的助言も有用と思う。「60歳からはいかに始めないかが勝負」(真意は、「あらかじめ事前に十分に時間を取っておくことが大事」)(63頁)、「得意なことを続けても成長はない」(真意は、「苦手分野に背を向けなくて、正面から受け止めていった方がいい」)(121-122頁)。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○星岳雄・松島齊編著『日本経済 信頼からの再生 制度信託の設計思想』日本経済新聞出版、2026年1月。
…宇沢弘文氏が提唱した「社会的共通資本概念」と信託の考え方は高い親和性を持つとして、「自然環境、都市、デジタル空間、医療、教育、金融など、社会的共通資本の具体例を検討しながら、信託・信認を幅広い社会的共通資本の維持・管理のために拡張する可能性をさぐる」(まえがき)。序章・終章を含め、全10章。**第6章「医療 安心・安心の医療制度とは」は井伊雅子氏執筆**。私はまえがきと序章と第6章のみ読んだ。

序章 (星岳雄・松島齊氏) が、社会的共通資本の管理を「職業的専門家」に委ねるとの宇沢氏の主張には限界があると指摘していることはよく理解できるが、それを本来「私的枠組みにとどまる」信託を拡張した「制度信託」に委ねるとの「新たな構想」は私には理解できない。「各章のプレビュー」を読む限り、各章でもこの検討は、第8章「金融」を除いては、ほとんどなされていない。私が一番疑問に思ったのは、宇沢氏の社会的共通資本の説明・定義が変化していることにまったく触れていないこと。例えば、「誰のものでもなく、誰の所有にも回収されない資源」との社会的共通資本の定義は初期の著作 (『近代経済

学の再検討』(1977)や『近代経済学の転換』(1986)のものであり、『社会的共通資本』(2000)では、「私有ないし私的管理が認められるような稀少資源」(4頁)に拡張している。なお、この点を含め、宇沢氏自身も定義を変更・拡張したこととその理由を説明していない。

第6章は、冒頭、宇沢氏の「社会的共通資本としての医療」の説明の不十分さを率直に指摘した上で、以下の「5つのポイント」・視点について、宇沢氏の著作(の限界・矛盾)及び最近のエビデンスを示しつつ、ていねいに論じている：①「医療費」、②「保健・医療に関わる基本的なサービス」、③「希少資源の配分を行うための社会的基準」、④「専門家の職業的能力・パフォーマンスなどがチェックされるような制度的条件」、⑤「サステイナブルな医療制度」。氏も医療と制度信託との関係については触れていない。私は、新古典派医療経済学の旗手の一人である井伊氏が、宇沢氏が新古典派経済学を根底的に否定して提唱した「社会的共通資本」概念を大枠で認めていることに注目した。

○小西砂千夫・末弘憲介・古市将人編『日本の財政』有斐閣ブックス、2026年4月。

…財政学にはさまざまな潮流があるが、本書は「**制度派財政学**」の立場に立ち、日本の財政を「**制度の歴史**」という視点から概観した教科書。私は、「制度は、試行錯誤と修正の積み重ねで形成されてきた」、「制度の歴史的経緯を学ぶことは、複雑な制度を理解するための重要な見取り図となる」とのスタンスに大いに共感した(まえがき)。第1部国家財政の運営、第II部社会保障制度、第III部自治体経営の3部構成、全14章。第II部の4つの章(公的年金、医療保険、介護保険制度と子ども・子育て支援制度、生活保護と自立支援)のいずれも、単なる制度の仕組みだけでなく、制度形成の歴史的経緯を説明している。**第10章 医療保険制度(安藤道人氏)**は「医療費自己負担」の歴史的変遷も簡潔に説明している。私は、類書と異なり、**安藤氏が付加給付による給付格差を指摘**していることに注目した(202頁)。なお、本書の第7章社会資本と公共投資は、伝統的な意味での「社会資本」は用いているが、宇沢弘文氏(制度派経済学者)が提唱した「社会的共通資本」という用語・概念は用いていない。

○野口範子・柘太一・元村有希子・渡邊政隆編著『コロナ禍、誰が何を伝えたか』2026年3月。

…同志社大学でサイエンスコミュニケーション教育に携わっている4人の教員が聞き手となってコロナ禍の渦中において、「感染対策や報道に携わったステークホルダー(と4人が判断する9人)へのインタビューを行い、情報発信のあり方を検証」した本(208頁)。私には以下の4氏の発言が特に迫力があつた&コロナ禍中の獅子奮迅の活動・活躍に改めて頭が下がった：忽那賢志、武藤香織、河岡義裕、押谷仁。一番印象に残ったのは、インタビューアが異口同音に、日本の医療従事者・医療機関、政府、及び国民の対応が、他国(特にイギリスとアメリカ)と比べれば、うまくいった・良かったと評価していること：忽那氏(57頁)、田中泰義氏(98頁)、河岡氏(135、140頁)、押谷氏(152、161頁)、渡辺氏(187頁)。ただし、安倍首相が専門家に全く相談せず独断で、全国の小中高校に休校を要請したことは誰も評価していない。残念なことは次の2つ：①公衆衛生学者と「激しくやりあつた」経済学者へのインタビューを行っていないこと、②編著者やインタビューアが繰り返し批判している、感染症が専門ではない「専門家」のおかしな発言の具体的内

容や彼らの実名を書いていないこと。

○鴨下一郎『LONGEVITY ロンジェビティ「老いを仕上げる」生き方』メディカルレビュー社、2026年3月。

…著者は心療内科医&元自民党衆議院議員、77歳。著者は、2025年に知った「ロンジェビティ」（健康長寿の意）が「人生100年時代」の重要な指針&日本の「キラコンテンツ」となり得ると考え、それをキーワードとしてまとめた医療・人生論。序章を含めて全6章。活字が大きく著者が強調したいことはゴシック表示になっているのでスラスラ読め、ロンジェビティについての教養が身につく。

小さいことだが、「ダーウィンは、『最も強い者が生き残るのではない。最も賢い者が生き残るのでもない。唯一、生き残るのは変化できる者である』と言ったとされています」（114頁）と書いているのは俗説・誤り。千葉聡『ダーウィンの呪い』（講談社現代新書）によると、このような主張の初出は経営学者のメギンソン（1963）だが、それより40年前にロシアの革命家・クロポトキンが『相互扶助論』でダーウィンの言葉として引用していた！（90-94頁）。

○尾玉剛士「オランダ社会党政権の社会政策—中道左派による緊縮政策の研究」『日仏政治研究』20号：1-11頁、2026年4月。

…フランス・オランダ社会党政権（2012-2017年）が実施した緊縮政策、特に公的出の最大部門である社会保障制度の改革を時系列的に丁寧い分析。同政権は、財政再建や医療に関するセーフティネットの強化や家族給付の重点化を行ったが、国民の支持を得ることはできず、社会党の凋落、「急進勢力の台頭と政治システムの分極化」を招くとの「政治的帰結」を招いたと指摘している。

○特集「社会福祉における『死』」『社会福祉研究』第155号：22-75号、2026年4月。

…同誌が128号（2017年）に「『死』と向き合う社会福祉」を特集して以来、9年ぶりの「死」についての特集。「死生観」「看取り」「ケアの倫理」を軸に、終末期支援と社会福祉の関係を考察した5論文を掲載。「緩和ケア・終末期医療の意思決定支援における医療ソーシャルワーカーの役割」（菱岡悦子氏）は、新たな「医療ソーシャルワーカー業務指針」（2026年3月）の「業務の範囲」に「意思決定支援」が挙げられたことを踏まえ、「緩和ケア・終末期医療における意思決定支援のあり方に焦点を当て、医療ソーシャルワーカーの役割を概観」している。米国における先駆的取り組みについての調査も紹介しているが、**日本（における実践について）の調査の紹介はない。**

○日本医師会AIの臨床利用に関する検討委員会（プロジェクト委員会）答申「AIに関する臨床的課題と生命倫理について」（委員長：永井良三、日医役員主担当：佐原博之）、2026年4月。<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012702.html>

…2025年2月～2026年3月の5回の委員会での議論を経てまとめられた（全90頁）。委員長の総論を含め、AIについて造詣の深い研究者、医師会役員、医療AIを病院に実装しているフロントランナー（慶應義塾大学病院陣崎雅弘医師と恵寿総合病院神野正博理事長）

- -

等、合計 14 人の講演・発表を収録し、最後に「医療 AI の臨床利用に関する提言」をつけている。提言は、「医療における AI は、人間の共感の輪から隔絶した人工知能 (artificial intelligence) ではなく、人間の拡張知能 (Augmented Intelligence) であること」、「AI の開発・利用・検証にあたっては、常に人間を関与させる Human-in-the-loop の原則を宗とし、AI 単独で完結してはならないこと」、及び「国産医療 AI の開発 (ソブリン医療 AI) の重要性」を強調している。各論文は数頁で読みやすく、AI の臨床的課題と生命倫理についての国内外の最新情報と論点・課題を鳥瞰でき、このテーマについての必読文献と言える。

私自身は、2.8 「医療 AI の不適切利用がもたらす制度的影響と生命倫理上の課題」(野村和至氏) の記述がリアルで、特に参考になった。多くの論文が、医療 AI が医師・看護師等の業務改善・効率化に貢献することを強調する一方、医師の負担が増える可能性 (85 頁) や、画像 AI でコスト高となりうること (19 頁) 等も指摘していることにも注目した。ただし、医療 AI がマクロの総医療費に与える影響は、世界的にもまだ検討されていないよう。

○特集「標準カルテが拓く医療 DX の未来 全国医療情報プラットフォーム実装元年」(企画: 石川賀代) 『病院』2026 年 5 月号: 338-386+321-328 頁。

…6 論文+伊原和人厚生労働省事務次官へのインタビュー (聞き手: 石川賀代氏)。2026 年度に本格始動する「全国医療情報プラットフォーム」や「(クラウド型) 標準型電子カルテ」の導入を柱とする医療 DX の最新動向とその実態を多面的に解説しており、このテーマについて鳥瞰できる。ただし、医療 DX のマイナス面についての記述は少ない。

○特集「公衆衛生倫理」『公衆衛生』2026 年 5 月号: 345-398 頁。

…公衆衛生の現場で直面する倫理的な問いや葛藤に向き合うため、公衆衛生倫理の基本原則、パンデミック対応、ヘルスプロモーション、DX、災害対応、及び社会保障についての 6 論文と座談会を掲載。「社会保障を巡る倫理的問題」(柏崎郁子氏) は、健康増進政策、ACP、終末期医療の 3 領域の倫理的問題を論じ、「制度化の背後にある財政論理を可視化し、公平性と柔軟性を確保する」ことを主張。「終末期医療をめぐる日本の医療政策論は、費用削減論とケアの非医療化という 2 つの方向性がある」が、「いずれも財政論理を背景に終末期論理を再編し、個人の性と死に関する選択を制度的に方向付ける点で共通している」と指摘。私の (以前の) 研究・主張を引用して、「日本の終末期医療費が財政危機の主因であるという実証的根拠は乏しい」等とも批判。

○和田勝「水俣病問題 認定と補償の問題にかかわって(1)~(5)」『社会保険旬報』2026 年 4 月 1 日号: 26-30 頁、4 月 11 日号: 16-21 頁、4 月 21 日号: 22-25 頁、5 月 1 日号: 30-33 頁、5 月 11 日号: 18-22 頁。

…水俣病が 1956 年に初めて公式に報告されてから 70 年の年に発表された、超一級の「歴史の証言」(全 24 頁)。和田氏は「当時深刻な社会問題となっていた公害問題に取り組みたくて」厚生省に昭和 40 年 (1965 年) に入省し、「昭和 40 年代に厚生省と環境省で係員として水俣病の認定と補償の問題にかかわったことがあったので、記憶と手元資料を基に本

稿をまとめた」とのこと（(1)1.水俣病とチッソ）。和田氏が担当を外れた後の動きも、2013年の最高裁判決まで、さまざまな「エピソード」も交えて詳しく紹介している。

特筆すべきことは、和田氏自身が直接体験した国（厚生省）・有力政治家・熊本県・熊本大学医学部の関係者の対応や（トンデモ）発言をほとんど実名で記すと共に、随所で和田氏自身の「実感」「疑問」「残念に思った」こと等を率直に書いていること。例：熊本大学医学部水俣病研究班の教授が水俣病の認定基準を狭く「ハンター・ラッセル症候群」に限定していたことに強い疑問を持ち、新潟大学や東京大学の教授に話を聞くなどして、認定基準の拡大に奔走した（(2)4.患者認定問題と行政不服審査請求、裁決。（3）6.採決後の混乱と対応）。私は今まで、たくさんの政治家や厚生（労働）省省元幹部の「オーラルヒストリー」等を読んできたが、これだけ実名を出して書いているのは初めてで、和田氏の「覚悟と誇り」を感じた。

+○高峰武「いわゆる『46年次官通知』をめぐって－和田勝氏へのインタビュー」『水俣学研究』14号：31-54頁、2025年。熊本学園大学機関レポジトリ

<https://kumagaku.repo.nii.ac.jp/minamata14-03.pdf>

…水俣病の認定制度をめぐってはいくつかのターニングポイントがあるが、1971年、環境事務次官名で出された「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法の認定（通知）」は、熊本県の認定審査会の審査・運用は「法の趣旨にそぐわない」と指摘した水俣病事件史の中でも画期となるものだった。この通知の背景に何があったかを、通知のとりまとめと起案にあたった和田勝氏が率直に語っている。

+○二木立「水俣での1カ月間が私に教えたもの」『代々木病院医報』5号：75-77頁、1975年。

…私は、1974年度に東大病院リハビリテーション部での1年間の「中期研修」を終えた直後、代々木病院から派遣されて、1975年6月の1か月間、民医連の水俣診療所で診療応援をし、水俣病患者の深刻な実態を知った。これは診療応援終了直後（28歳時）に発表した「フレッシュ・レポート」。

○三原岳「厚生労働省『肝煎り』の福祉事業が失速？（上・下）」ニッセイ基礎研究所 HP、2026年2月5日・5月13日。

…「住民重層支援交付金、最大で7割削減…」との2026年1月の「共同通信」の記事が契機となって、地域福祉関係者・自治体関係者に不安と疑念をもたらした厚生労働省による「重層的支援体制整備事業」の見直し・「失速」について、（上）では同事業の概要や狙いを検討した後、予算カットに至る経緯を批判的に考察。（下）では、同省の対応を批判するだけでは解決しない構造－「重層事業を使いこなせない市町村の対応に加えて、重層事業を実施する市町村の数が予想以上に増えたという点で、厚生労働省の読み間違いという要因」－について詳細に説明・検討し、最後に国や市町村に「求められる対応」を提言。膨大な政府・厚生労働省文書を、微に入り細を穿って検証した17頁の大論文で、地域福祉研究者・自治体関係者必読と思う。厚生労働省に批判的だった（上）と異なり、（下）は同省の対応への「期待」「好印象」も書いている。これは（上）発表後の2か月間での（またはそれ以前からの）厚生労働省の対応の変化を反映しているのかもしれない。

- -

○入部寛「日本における〈病院の待ち時間問題〉の30年―「3時間待ちの3分診療」言説はどこまで妥当か？」『社会保険旬報』2026年5月21日号：12-18頁。

…現在でもときどきなされる「3時間待ちの3分診療」との日本医療への揶揄の妥当性を、1996～2025年の30年間の厚生労働省『受療行動調査』の結果に基づいて検証。外来患者の待ち時間だけでなく、それと診療時間を組み合わせて検討している。その結果、「現在の日本では、病院が混んでいたり、想定外の進行となっている場合でも、『30分から60分程度待てば、5分10分程度は診てもらえる』&『「3時間待って3分診療」は、30年前においても、ごくレアケースにと留まる」ことを定量的に示す。国内外の先行研究もていねいに調べた手堅い論文で、待ち時間と診療時間の時系列的分析を行った初めての学術論文とのこと。

○池端幸彦「『令和8年度診療報酬改定から見た我が国の医療提供体制の近未来予想図～新たな地域医療構想とかかりつけ医報告制度を踏まえて』『日本慢性期医療協会誌（JMC）』165号：10-20頁、2026年6月。

…2026年度診療報酬改定を窓にして、今後の医療提供体制（新たな地域医療構想、かかりつけ医報告制度等）について包括的かつ具体的に予想し、各医療機関のそれへの積極的対応を訴えている。中医協委員としての活動、及び日本慢性期医療協会副会長としての「ロビー活動」の成果と限界、「私見」も率直に書いており、迫力・説得力がある。「おわりに」で、「地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪であり、今後も診療報酬改定が新たな地域医療構想に力強く寄り添うことは間違いない」と強調。「寄り添う」という表現は、2017年に迫井正深医療課長（当時。現・医務技監）が初めて用いた言葉で、林修一郎医療課長も今回の改定で9年ぶりに用いているが、それに「力強く」という形容を加えたことに、池端氏の強い思いが表れている。日本慢性期医療協会会員だけでなく、すべての病院経営者・経営幹部必読と思う。

○原田正樹「『頼れる身寄りがいない』という社会と支援」『月刊ヒューマンライツ』459号、2026年6月、2-9頁。

…『「頼れる身寄りがいない」という社会問題』、「頼れる身寄りがいないことに伴って生じている地域生活課題」、「[社会福祉法改正案で]検討されている施策の方向性」、「社会的孤立をめぐる対策と留意点」について、包括的・複眼的に概観。私は、最近、「身寄りのない高齢者」という表現に批判が出されていることは聞いていたが、社会福祉法改正案の説明文で「頼れる身寄りがいない高齢者等」という表現に変わったことを初めて知った。最後の項で、「善意の『見守り』が、施策化されるなかで義務感を伴った『見守り』になり、監視社会につながってしまう恐れがある」と指摘。私は、この点に関して、原田氏が、青い芝の会の横田弘氏の「野垂れ死にの自由」を肯定的に引用しているのを読んで、氏の若かりし頃の青い芝の会でのボランティア活動が、障害者の人権を根底に置く氏の研究・活動の原点となっていると感じた。

C. 政治・経済・社会関連

○鶴飼健史『民主主義の死角 作られた高齢者と若者の分断と対立』朝日新書、2025年10

- -

月。

…副題からは世代間対立の克服を主張した本を連想するが、著者の主張する「民主主義の死角」とは、日本を含めた世界の民主主義国が、子どもの選挙権を認めていないこと（「子どもの排除」）。全3章。第1章はシルバー・デモクラシー [高齢者支配・優遇論—二木] の（私から見ると）真っ当な批判。第2章は、日本における参政権年齢の引き下げの政治過程の詳細な検証。第3章「子どもと尊厳の民主主義」は本書の中核で、「0歳から投票権を認める」（280頁）との「極論」を含め、さまざまな研究や論争を詳細に紹介・検討して、子どもの選挙権の大幅な引き下げを主張。ただし、著者は日本維新の会が主張している「ドメイン投票制度」（親が投票を代行）には批判的で、「あくまで本人による投票という形式にこだわって」いる（299頁）。しかし、第3章は、私には、浮世離れした「知的遊戯」または「思考実験」と思える。文章は難解ではないし、個々には興味深い記述もあるが、全体に記述は執拗・冗長で、最後まで読み通すには相当の忍耐を要する。

○橋本努・金澤悠介『新しいリベラル—大規模調査から見えてきた「隠れた多数派」』ちくま新書、2025年5月。

…全9章。リベラルの衰退が著しいとの通説を批判し、著者等の独自調査から、「新しいリベラル」と言っている人々が国民の最多数派（23パーセント）を占めると主張。ただし、著者の「新しいリベラル」は「社会投資型の福祉国家を支持する立場」（171頁）で、これでは♪なんでもかんでもみんな♪リベラルになってしまう。「社会投資型の福祉国家」論は、「福祉国家の危機」が叫ばれ出した1970年代以降、伝統的なケインズ型の福祉国家論に対置して提案された概念で、その論者は新旧のリベラル派から新自由主義派まで多様であり、それらを「新しいリベラル」と一括りにすることはできない。しかも、本書の実証研究の方法、結果とその解釈は問題だらけ。6つの設問の選択肢が極めて恣意的：1～3の設問の選択肢の①と②は排他的ではなく、両方を支持する人が少なくない（225頁）。致命的なのは、この設問の回答分布を全く示さず、その回答から240頁の「6つのグループ」を抽出するプロセスも明記していないこと。6つの設問に対する回答はバラツキが相当大きいと思うが、それから相互排他的な6つのグループを抽出した基準・プロセスを全く書いていない。

なお、**私自身は「リベラル」という表現を意識的に用いていない**。その理由は、「リベラル」・「リベラリズム」がイギリス・ヨーロッパでは「古典的な自由主義」という意味で、アメリカでは「進歩派」という、全く違う意味で使われているため。

○松谷満『「右派市民」と日本政治 愛国・排外・反リベラルの論理』朝日新書、2026年2月。

…日本政治の“右傾化”を支える、見えざる「右派市民」（「穏健保守層」ではなく、右派の思想や人物・団体に共鳴する一般市民）の実像を、著者自身が行った1万人調査から数量的に読み解いている。全5章。本書の肝は第2章「右派市民を分類する」で、調査の結果、「愛国主義者が6%、伝統主義者が4%、排外主義者が13%、反左〔翼〕主義者が5%」で、「全てのタイプに当てはまる極端な右派市民は0.2%にとどまり」、「約2割の日本人が（ある部分においては右派市民と認定される）」と結論づけている。著者は「左派市民」も分類し、「全ての側面で左派的という人はおらず」「大半の左派もまたブレブレだと言え

る」としている。私もこの解釈は妥当だと思う。第2章「右派市民も分類する」と第3章「右派市民の投票行動」の複眼的分析も興味深い。著者は「おわりに」で、自身が「ガチ左派市民」&「キリスト者」であることをカミングアウトし、第5章では「加速する右派ポピュリズム」をストレートに批判している（特に、河村たかし名古屋市長）。しかし、第1～第4章の記述は中立的。私は、「左派の理性的な正義の追求よりも、感情的な要素を含む、なりふりかまわない右派の熱量のほうが優勢となる」（54頁）、及び「半端者の左派市民として、半端者の右派市民となら話せる部分もある」（210頁）という指摘に同感した。現代日本の国民意識について考える上では参考になる本。

○外添要一『中国の逆襲—習近平の戦略』祥伝社新書、2026年4月。

…「学者と政治家という二つの顔を持っている」著者が、「中国共産党幹部たちとの対話や優れた研究書を参考にしながら、（中略）[中国近現代史を]分かりやすく整理した本」（はじめに）。よくまとまっている一般読者向けの本。全7章。第1章「緊迫する日中関係」で、高市首相の2026年11月7日の台湾有事についての国会答弁が、歴代政権の「戦略的あいまいさ」から逸脱しており、「軽率だったと言わざるを得ない」理由を縷々説明している。第2～5章で、1840年のアヘン戦争～1945年までの100年間に中国にとって「屈辱の近代」であることを、第6章で、毛沢東、鄧小平、習近平の3人の「現代の皇帝たち」の試行錯誤・改革・統治を、第7章では「逆襲を開始した習近平」体制の特徴と次なる戦略を、簡潔に描いている。「中国の逆襲」とは、中国が「屈辱の近代」から完全に脱却し、世界大国としての自信を回復しているとの意味で、屈辱の歴史の象徴が台湾と指摘。現代の中国は、「徹底的な監視と強権的な取締を実行している」が、「国民が不満を募らせているわけではない」、「普通の中国人にとっては、…『幸福な監視国家』を甘受している」（215頁）とも指摘。

○小峰隆夫『地域と人口減少の経済学 スマート・シュリンクという選択肢』中公新書、2026年5月。

…今後日本の人口が減少し続けることは避けられないとのリアルな認識に基づいて、政府の「人口1億人目標」と「東京一極集中の是正」方針を「政策目標としても間違っている」と正面から批判し、人口減でも地域が幸せになる「スマートシュリンク」を提唱。全5章。170頁の薄い本で、記述も平易でスラスラ読めるが、中身は濃い。私は特に、第3章「地方創生政策の検証」中の「消滅自治体論の四つの問題点」（62頁）と、安倍内閣の「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（2014年。「地方創生1.0」）の「人口1億人（維持）目標」批判（65頁）に共感した。著者は「地方創生1.0」には批判的だが、石破内閣の「地方創生2.0」（2024年）の「基本的な考え方」には好意的（131頁）。第5章「地域政策のビジョン」で、「劇場型地域政策」（特定の地域の成功事例で、他の地域は簡単にまねできない）ではなく、「共有型の地域活性化方策」（どの地域でも応用可能）、「スマートシュリンク」を提唱しているのも説得力があると思った。ただし、これらが「経済学（行動経済学のナッジ、マーケットデザイン等—二木）から生まれた」と主張しているのは我田引水と感じた（133頁）。

- -