

2025年11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256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/>

256号の目次は以下の通りです(23頁)

1. 論文: 参政党の健康・医療政策の批判的・複眼的検討ー特異性と他野党との共通性
(「二木教授の医療時評(237)『文化連情報』2025年11月号(572号): 34-42頁) ……2頁
2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算236回: 2025年分その8: 7論文) ……10頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その250)ー最近知った名言・警句 ……15頁
4. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第54回) ……17頁

お知らせ

論文「高市自民党総裁の医療公約をどう読み、高市自維連立内閣の医療政策をどう見通すか?」を『日本医事新報』11月1日号に掲載しました。本論文は「Web 医事新報」に10月22日に先行アップしました。

1. 論文：参政党の健康・医療政策の批判的・複眼的検討

一 特異性と他野党との共通性

(「二木教授の医療時評」(237)『文化連情報』2025年11月号(572号):34-42頁)

はじめに

本年7月の参議院議員選挙で躍進した参政党は、(健康・医療)政策に「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」を、国政政党として初めて掲げました。私は、これについて「朝日新聞」、「毎日新聞」等、多くの媒体から取材を受け、その問題点を指摘しました(1-3)。参院選後、参政党についてはたくさんの論文・記事が発表されましたが、同党の(健康・医療)政策を分析したものはありません。そこで、本稿では、参院選の「参政党の政策」の第2の柱「食と健康・環境保全」中の(健康・医療)政策を包括的・批判的に検討します。それにより同党の政策の特異性を示すと共に、他の野党—日本維新の会や国民民主党だけでなく、立憲民主党—とも共通している政策もあることを明らかにします(日本共産党の医療政策との共通点はありませんでした)。なお、他党と異なり、参政党は「医療」(政策)ではなく、「健康・医療」(政策)と表現しています。

2024年衆院選までは医療にほとんど触れず

その前に、参政党は2024年10月の衆議院議員選挙までは、医療政策にはほとんど触れていなかったことを簡単に指摘します。

2024年6月に出版された『参政党ドリル』(神谷宗幣編著)は、同党の「目指す国のあり方と政策」を包括的・網羅的に示した本です(4)【注1】。しかし、具体的な医療政策は書いておらず、「無駄な医療費を削減」、「健康や予防医療を考えて、結果として無駄な医療費をかけない」と抽象的に書いているだけでした(152-153頁)。「この問題に関しては、現役世代と高齢世代が対立するのではなく、問題の本質を見極めた上で協力して解決の手段を導き出すことが可能」と、しごく真っ当な主張もしていました(187頁)。

参政党はそれまでは「反ワクチン」の先鋭的な主張や行動を売り物にしていましたが、本書では、「当初からワクチン接種に慎重な姿勢をとり続けてきた」と主張(弁明?)しました(182頁)。

衆議院議員選挙の「参政党公約2024」では、「消費税減税と社会保障の最適化により国民負担率に35%上限のキャップをはめる」と、日本維新の会や国民民主党と同様の主張をしました。しかし35%は2025年度の国民負担率(租税負担率+社会保障負担率)46.2%より10ポイント以上も低く、四半世紀前の2000年前後の数値で、実現可能性はないと思います。(健康・医療)政策に関しては、「対症医療から予防医療に転換し、無駄な医療費の削減と健康寿命の延伸を実現」と抽象的に述べるだけでした。「対症医療」は次に述べる2025年参院選の公約でも使われていた聞き慣れない言葉ですが、その説明はなく、「対症療法」の誤記かもしれません。

なお、参政党が初議席を獲得した2022年参院選における参政党の公約は、ウェブ上にはアップされていませんでした。

参院選で6本柱の（健康・医療）政策

それに対して、参院選の「参政党の政策」では、以下の6本柱の（健康・医療）政策を掲げました。①対症医療から予防医療に転換し、無駄な医療費の削減と健康寿命の延伸を実現。②予防医療活用で、医療費削減に貢献した方に旅行クーポン等のインセンティブ制度を実施。③新型コロナワクチン接種推進策の見直しを実施。④ワクチンの効果と副反応などのリスクについて、包括的に国民に情報提供を行う。⑤新たなウイルスによる感染症まん延防止に向け、過去事例の発生場所、原因、対策を徹底検証する。⑥多くの国民が望んでいない終末期における過度な延命治療を見直す（以上、原文通り）。

6本柱のうち、ワクチンに批判的な政策を3つ（③～⑤）も掲げているのは参政党らしいと言えます。

予防医療を2つの柱にしているのも参政党らしいと言えますが、②の「主な施策」の最後に、「予防医療を徹底し、**医療費削減に貢献された方には、国内旅行クーポン**を受け取れるインセンティブ制度を導入し医療費抑制につなげ、同時にインバウンドに頼らない観光業振興に貢献する」と主張しているのは、健康人と患者の分断を促進する政策と言えます。

この政策は、自由民主党の「人生100年時代の社会保障へ（メッセージ）」（2016年）が、『病気にならないようにする』自助努力を支援していく必要がある」として、「健康管理にしっかり取り組んだ方」に「**健康ゴールド免許**」を付与し、「自己負担を低く設定する」ことを提唱したのとソックリです（パクリかも知れません）。この「メッセージ」は小泉進次郎議員が中心になって取りまとめましたが、同議員はその後、認識を改め、2019年の菅義偉官房長官（当時）との対談では、次のような見識ある発言をしました：「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」（5）。

①の「主な施策」で、**OTC医薬品の保険外**し（「薬局で購入可能なOTC医薬品で対応可能な疾病は、原則処方しない」）を主張しているのは、日本維新の会、国民民主党と同じです。ただし両党は「OTC類似薬」と表記しており、これが厚生労働省や医薬品業界も用いている公式表現です。

もう一つ、①の「主な施策」で、「**かかりつけ医制度を原則化**」として、以下のように主張しているのも、注目されます：「医師への診療報酬は担当する人数に応じた定額制とし、治療や投薬はその定額費用の範囲で賄う制度を導入していくことで、予防診療を促進させる」。「かかりつけ医の制度化」は、国民民主党と立憲民主党も主張していますが、日本維新の会は主張していません【注2】。

終末期の延命措置医療費の全額自己負担化

参政党の（健康・医療）政策でもっとも特異なのは、冒頭でも述べた「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」です。これは⑥の「主な施策」の最後に掲げられています。終末期の延命治療の保険外しは、落合陽一・古市憲寿氏と成田悠輔氏がそれぞれ2019年、2022年に主張し(6,7)、私は前者を包括的に批判しました(8)。

直近では、本年9月26日の社会保障審議会医療保険部会で中村さやか委員（上智大学教授）が、以下のように主張しました。「死亡のごくわずか前に高額な薬剤が使用されている

例も少なくない」、「ほとんど（回復の）見込みのないケースには使用されない体制を作ることが必要だ」。しかし、「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」を選挙公約で掲げた全国政党は参政党が初めてです。

これよりソフトな（？）「終末期医療の見直し」は、国民民主党の玉木雄一郎代表も、2024年衆議院議員選挙に際しての10月12日の党首討論会で、以下のように提案しました。「社会保障の保険料を下げるためには、我々は高齢者医療、特に終末期医療の見直しにも踏み込みました。尊厳死の法制化も含めて。こういったことも含めて医療給付を抑えて若い人の社会保険料を抑えることが、消費を活性化して次の好循環と賃金上昇を生み出すと思っています」。しかし、この発言は即座にSNS上で炎上し、玉木代表もXで「雑な説明になったことはお詫びします」と謝罪しました。

それに対して、参政党の神谷宗幣代表は、ジャーナリズム等の批判を受けてもこの政策を撤回せず、この真意は「**みとられる時に蓄えもしないと大変だと啓発する思いで入れた**」と語りました（「朝日新聞」7月9日朝刊）。このことは、神谷代表が貧富の差により受けられる終末期医療に違いが生じることを容認していることを意味します。

私はこの発言を知って、2000年代初頭の混合診療解禁論争時に、宮内義彦規制改革・民間開放推進会議議長（当時）が述べた次のストレートな発言を思い出しました。「[混合診療は] 国民がもっとさまざまな医療を受けたければ、『健康保険はここまでですよ』、後は『自分でお支払いください』という形です。金持ち優遇だと批判されますが、**金持ちでなくとも、高度医療を受けたければ、家売ってでも受けるという選択をする人もいるでしょう**」（9）。

もう1つ、参政党は⑥の「主な施策」で、「尊厳死法制を整備」と主張しており、これは国民民主党も提案しています。参政党が特異なのは、それに続いて、「事前指示書やPOLST（生命維持治療に関する医師の指示書）で、**医師が即座に心の負担なく適切な判断ができるプロセスを徹底**」と主張していることです。このような機械的な主張は、「高齢者の最終段階における医療・ケア」は医療者が患者本人・家族と合意形成しながらていねいに行うとの最近の厚生労働省や日本老年医学会等の「ガイドライン」・「立場表明」等とは真逆です(10,11)。そのため、仮に参政党の主張するような尊厳死法が成立した場合、死にゆく患者とその家族の尊厳が否定され、医師のモラルも低下し、医療の荒廃を招くと思います。

死亡前医療費は高額でもないし、高騰してもいい

参政党はこの主張の根拠として、「終末期における過度な延命治療に高額医療費をかけることは、国全体の医療費を押し上げる要因の一つとなって」いることを挙げています。神谷代表はさらにストレートに、以下のように主張しています【注3】。「90代を無理やりチューブにつないで生かす必要があるんですか。何百万、何千万（円）かける必要がありますか。今は終末期医療にお金がかかり過ぎている。問題提起をしたい」（北海道函館市での7月9日の街頭演説。「共同通信」7月10日配信）。神谷氏は「過度な延命治療」・「延命措置」の例として「胃瘻や点滴」をあげています（「朝日新聞」7月9日）。

しかしこのような主張は、上述したように倫理的に大きな問題を含むだけでなく、経済（学）的には、ミクロ的にも、マクロ的にも、事実と反します。

先ず**ミクロ的**に言えば、現在では、終末期医療で延命のために胃瘻造設や人工呼吸器装

着がなされることはほとんどありません。費用面でも胃瘻造設術を受けた患者の入院医療費は、他の慢性疾患患者と大差なく 1 日当たり 2 ～ 3 万円であり、訪問診療を受けている在宅患者でも月 6 万円程度で、とても「高額」とは言えません。例外的に人工呼吸器が装着される場合、1 日 600 点 (6000 円) の加算がつきますが、装着期間は限られているため、「何百万、何千万」になることはありません (以上、池端幸彦医師 (福井県・池端病院理事。日本慢性期医療協会副会長) からの聞き取りプラス(12))。

長年在宅医療に従事している木村知医師は、このような事実を踏まえて、以下のように指摘しています。「現場の医師らの慎重な診断のもと『終末期』とされた人に、その時点から胃瘻や経管栄養を開始することは、今や皆無とっていい。末梢点滴や皮下点滴をおこなうことはあるが、これも延命効果はほとんどなく、患者のためというより、経口摂取できない患者を見殺しにするようで可哀想という家族の気持ちを和らげる、一種のパフォーマンス的行為だ。その場合も数週間ともたないから、医療財政を圧迫することはない。そもそも医師が丁寧に説明してもなお、点滴を希望する家族は今や少数だ」(13)。

次に、**マクロ的**に言えば、死亡前 1 か月間の入院医療費総額は 8000 億円程度 (1997 年度) で、一般診療医療費の約 3.5 % にすぎず、「死亡直前の医療費抑制が医療費全体に与えるインパクトはさほど大きくない」ことは、今から四半世紀前の 2001 年に、医療経済研究機構の研究で確認されています(14)。なお、国際的には「終末期医療費」は「死亡前 1 年間」の医療費を指すことが一般的ですが、1 年前に将来の死亡を予測するのは不可能であり、私は医療経済研究機構が終末期を「死亡前 1 か月間」に限定したことは妥当と思います。これは、日本老年医学会の「人生の最終段階」の定義とも整合的です (11)。

前号の本連載の「文献レビュー」で示したように、最近でもこの割合は変わっていません(15)。なお、死亡前 1 年間の医療費の医療費総額に対する割合は、日本でも、アメリカ以外の高所得国でも約 10 % で安定しており、やはり高騰はしてはいません。私は、この間の日本における死亡者数の激増を考慮すると、死亡前医療費の総医療費に対する割合は実質的には低下していると判断しています。

おわりに

以上、参政党の参院選の (健康・医療) 政策を包括的・批判的に検討してきました。それにより、「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」は同党に特異的な政策だが、それ以外の保険料引き下げや OTC 類似薬の保険外し等は、日本維新の会や国民民主党とも共通していることが明らかになりました。石破茂首相が 9 月 7 日に突然退陣表明し、10 月 21 日に高市早苗自民党・日本維新の会の連立内閣が誕生したため、これら三党が共通して主張していた制策が、石破前内閣や厚生労働省が当初想定していた「落としどころ」を超えて進む危険があります。

それに対して、「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」は倫理的にも大問題であり、しかも終末期医療費が高額に達しているとの初歩的事実誤認に基づいているため、実現可能性は全くないと思います。参政党がこの政策を参院選で突如打ち出した経緯や「仕掛け人」は不明です。私は、参政党が保険料の引き下げや OTC 類似薬の保険外しだけでは、日本維新の会や国民民主党とは差別化できないと判断し、「炎上」覚悟で (あるいは炎上を意識的に目指して)、高齢者世代を切り捨て現役世代にアピールする「終末期の延命措置医療費の

全額自己負担化」を掲げた可能性が大きいと推察しています。

伊藤昌亮氏（成蹊大学教授）も、参政党の数々の差別発言は、外国人、性的マイノリティや障害者、高齢者などの『端っこ』を切り捨てることで『真ん中』『現役世代―二木』を守れることをアピールするためのものだった」と指摘しています(16)。

ただし、参政党あるいは神谷代表は、よく言えば柔軟・可塑性が高い、率直に言えば無節操・無定見なので、これに対する反発や批判が今後さらに強まれば、あっさり取り下げるか棚上げする可能性も十分あると思っています【注4】。その場合、同党の政策の中心は社会保険料・租税負担の引き下げやOTC類似薬の保険外しになり、日本維新の会や国民民主党と近くなります。

【注1】参政党に対する私の認識の変化と『参政党ドリル』の全体的評価

私は7月の参議院議員選挙で、「参政党が、選挙公約で『終末期の延命措置は全額自己負担』等、日本維新の会や国民民主党よりもはるかに過激な公約を掲げたこと、およびそれにもかかわらず若い世代の有権者が同党を強く支持したことに恐ろしさを感じました(7月24日の日本病院学会・特別講演)。しかし、その後、「朝日新聞」7月28日の以下の世論調査結果を読んで、私のこの感覚は国民の多くと乖離していることを知りました：参院選で参政党が大幅に議席を増やしたことについて、「よかった」が52%で、「よくなかった」の34%を大幅に上回った。「日本人ファースト」という考え方を「評価する」が48%で「評価しない」の41%を上回った。特に18～29歳ではこの割合は71%対27%！そのため、参政党そのものの及び同党の医療政策以外の政策もきちんと知る必要があると感じ、文献をまとめて読みました。参院選直後に読んだ6文献については、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」254号(26-28)頁でまとめて紹介しました(URL:<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>)。それらを読んだ私の結論は「参政党を侮るな！」です。以下、『参政党ドリル』の全体的評価だけを書きます。序章を含めて全9章です。序章は神谷氏の自伝で、第2章以降はテーマ別の、参政党(の政策)に関するQ&Aです(全71)。すべてのA(Answer)の冒頭にゴチックでポイントを簡潔に書くなど、大変分かりやすく書かれています。アジア・太平洋戦争を「大東亜戦争」と呼び、「連合国側が戦争犯罪を犯していなければ、[日本は]勝利していたかもしれません。結果的に世界中の国々を解放しました」(127頁)等と主張しているのは、右翼政党の面目躍如と言えます。「巻末資料」に、昭和天皇の開戦・終戦の「詔書」全文(原文と口語訳)を付けているのは異様です。反グローバリズムを鮮明にし、「グローバルエリート」・「国際金融資本家」を強く批判しているのは理解できますが、「共産革命自体が国際金融資本家の計画の一つだった」は???です(136頁)。日本は「西洋諸国の罠に乗せられた結果、戦争を開始しました」との主張(弁解)は、照沼康孝氏の指摘する「逆の意味での自虐史観」と思いました(17)。

ただし、歴史観以外の部分は意外に穏健で、言葉の上では私も賛成・理解できる記述も少なくありません。例：「戦後約80年続くアメリカへの依存体制から脱却する」(86頁)、「安全で健康的な食」の主張(第6章)、マイナンバーカードやマイナ保険証のような「全ての情報を一元化するような仕組みは個人情報保護や安全保障の観点から進めるべきではありません」(214頁)等。

かつてのように「反ワクチン」は主張せず、「新型コロナワクチンの接種に慎重な姿勢」

をとっています（第7章 Q54・55）。ワクチン以外の医療（政策）については、「無駄な医療費を削減」と抽象的に書いているだけです（152頁）。参院選で批判された「終末期の延命措置は全額自己負担」は（まだ）主張しておらず、「患者も病院も過剰医療を受けない、行わないことを意識し、健康的な生活を行う意識を持つ、医療改革が重要」と抽象的精神論を主張し、「現役世代と高齢世代が対立するのではなく、問題の本質を見極めた上で協力して解決の手段を導き出すことが可能」とも書いています（第7章 185,187頁）。ただし、「日本国民が国の保険制度を使用しない代わりに、税金の減額など公共サービスの優遇を受けられるというシステム」は提唱しており（189頁）、これが参院選の公約「G oTo トラベルで医療費削減」に発展した（？）と思われます。

本書を読んで一番驚いたのは、参政党が地域ごとに支部を作り、地方議員も150人有し、毎日、党員に動画やメルマガを配信し、月に一度はオンライン講義を開催している「学びのプラットフォーム」（23頁）・「組織政党」（58頁）であることです。そのため、参政党の躍進・ブームは一過性ではなく、＜手強い＞と思いました。

【注2】立憲民主党は「かかりつけ医の制度化（認定制・登録制）」を主張

野党のうち、「かかりつけ医の制度化」にもっとも熱心なのは立憲民主党で、参院選の「政策集 2025」の「医療提供体制」の項で、『かかりつけ医』（家庭医）の認定制・登録制の導入」を3回も書いています。一番長い言及は、以下の通りです。

＜予防中心の医療を実現するため、日常からの健康管理・相談や総合的な医療提供（プライマリ・ケア）機能を持つかかりつけ医を法制上定義し、**事前登録可能な「日本版家庭医制度」**を創設します。具体的には、患者が任意で「家庭医」に登録する制度を創設します。「家庭医」は一定の研修を修了することを要件として認定し、患者に対する医療提供の司令塔として、地域におけるプライマリ・ケアその他の健康の維持・増進のための措置、専門的な医療機関との適切な連携、患者に関する医療情報の一元把握といった役割を果たします。制度導入に当たっては、国民への情報提供・開示の強化など、必要な環境整備を進めます。**「かかりつけ医」（家庭医）の認定制・登録制**の導入の後、「かかりつけ医」の医療行為については包括診療報酬とすることも検討します。＞

私は、このルーツ（の1つ）は、立憲民主党の前身である旧民主党の最大の支持団体で、同党の政策形成に強い影響力を持っていた連合（日本労働組合総連合会）の「制度・政策 要求と提言」（2009年7月～2011年6月）だと判断しています。それは、「診療所については、定額方式を原則とするとともに将来的には家庭医登録制度の採用と登録患者の数に応じた医療費支払い方式である人頭払い制度の導入も検討する」という、かつてイギリスのNHSで採用されたが現在では修正されており、日本の医療の現実からはかけ離れた政策を堂々と掲げていました（18）。

【注3】終末期医療高額・高騰論のルーツは1997年の「福祉のターミナルケア」報告書

日本で、終末期医療費が高額かつ高騰していると最初に主張したのは、『福祉のターミナルケア』に関する調査研究事業報告書』（長寿社会開発センター、1997）でした。鈴木玲子・広井良典氏は、第2章「ターミナルケアの経済評価」で、終末期医療費（死亡前1年間の医療費）が「高額に上って」おり、それが「遠からぬ将来において医療保険財政を圧迫す

る恐れも」・2020年には「2兆9千億円に膨れ上がる」とし、「福祉のターミナルケア」を導入すれば、それを「1兆9300億円程度まで引き下げることが可能」と主張しました（54頁）。

【注4】神谷代表は「日本人ファースト」を取り下げた！？

神谷代表が柔軟あるいは融通無碍である実例を示します。「日本人ファースト」は参政党の参院選における金看板のキャッチコピーで、これが同党躍進の原動力（の一つ）と言われています。神谷代表は、選挙中は、それが排外主義的政策だとの批判に対して、「確信を持って話している内容については私は一ミリも引きません」と断言し、『都民ファースト』はよくて、なぜ『日本人ファースト』はダメなのでしょうかと反問していました（19）。

しかし、7月14日、高知市で、記者団の質問に対して、「[日本人ファーストは]選挙のキャッチコピーだから、選挙の間だけ。終わったらそんなことで差別を助長するようなことはしない」と答えました（「産経新聞」7月16日）。これは、このキャッチコピーが差別の助長につながることを認めた発言とも言えます。さらに、9月7日の読売テレビ「そこまで言って委員会 NP」で、竹田恒泰氏から「日本人と言った瞬間、民族や国籍になるんですよ」、「日本ファーストって言った方がいいですよ」とアドバイスされ、橋下徹氏もその意見を後押しすると、神谷代表は「この番組に出席したことをきっかけに、次の選挙のキャッチコピーは”日本ファースト”でいく」と宣言しました（「日刊スポーツ」9月7日）。

私は、（健康・医療）政策についても、同様の修正・変更がありうると思います。私は、この点で、参政党・神谷代表が9月7日に、豊田真由子氏（元自民党衆議院議員）を参政党のボード（執行部）兼政調会長補佐に迎え入れたことに注目しています。豊田氏は政策秘書に対する度重なる暴言（パワハラ）・暴行容疑で書類送検されて議員辞職した「問題人物」ですが、議員になる前に奉職していた厚生労働省では、ハーバード大学公衆衛生大学院に留学して医療保障制度について学び、在ジュネーブ国際機関日本政府代表部一等書記官や老健局課長補佐等も歴任した「大変優秀な方」だったとも聞いています。今後、豊田氏が主導して、参政党の（健康・医療）政策、特に「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」を修正または棚上げする可能性は大いにあると思います。

文献

(1)二木立「参政党の医療公約『終末期の延命医療費の全額自己負担化』医療政策学者と検証する（医療記者、岩永直子のニュースレター）2025年7月10日）

<https://naokoiwanaga.theletter.jp/posts/bb6a15e0-5d48-11f0-b934-d5909184ce54>

(2)阿部彰芳・松本千聖「終末期の延命医療費 公約に波紋 参政党『全額自己負担』掲げる 専門家ら『いのちの尊厳脅かしかねない』」朝日新聞、2025年7月15日。

(3)春増翔太「延命『いない』、障害『存在しない』 参政党の主張が否定するもの」毎日新聞 2025年7月19日。

(4)神谷宗幣編著『参政党ドリル』青林堂、2024年（2025年7月第4刷）。

(5)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（本文で引用した発言は101頁）。

(6)落合陽一・古市憲寿「『平成』が終わり、『魔法元年』が始まる」『文藝春秋』2019年1月号：178-197頁。

- (7) 成田悠輔「(インタビュー) 私が” 言うてはいけない” ことを言う理由」「みんなの介護」2022 年 2 月 28 日 https://www.excite.co.jp/news/article/Minnanokaigo_news_special_yusukenarita1/
- (8) 二木立「(インタビュー) 第 1 回：トンデモ数字に振り回されるな 繰り返される『終末期医療が医療費を圧迫』という議論、第 2 回：国民皆保険の維持は日本社会の一体感を守る最後の砦 貧富の差で医療に差をつけるべきではない、第 3 回：健康は義務ではない 『予防医療』を医療費抑制の道具にするな」BuzzFeedJapan Medical インタビュー(2019.1.25-27 日アップ。聞き手：岩永直子)
<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/ryuniki>
- (9) 宮内義彦「(インタビュー) 規制改革で日本を世界の負け組から勝ち組にしよう」『週刊東洋経済』2002 年 1 月 26 日号：42-45 頁。
- (10) 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(改訂)」2018 年 3 月。
- (11) 日本老年医学会「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明 2025」2025 年 6 月 27 日 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/tachiba.html>
- (12) 「真偽見極め正しく理解 終末期月 1000 万円超× 高額ケースまれ〇」「中日新聞」2025 年 8 月 26 日(無署名記事。池端幸彦医師へのインタビュー)。
- (13) 木村知「寝たきり老人には『生きる価値がない』のか…参政党の公約『延命治療の残額自己負担化』に現場医師が伝えたいこと」「PRESIDENT Online」2025 年 7 月 17 日
<https://president.jp/articles/-/98455?page=1>
- (14) 医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書」2001。
- (15) 二木立「日本と世界の死亡前医療費割合ー文献レビュー」『文化連情報』2025 年 10 月号(571 号)：32-39 頁。
- (16) 伊藤昌亮「参政党 『真ん中』からの反革命」「世界」2025 年 10 月号：18-26 頁。
- (17) 照沼康孝『日本史教科書検定三十五年』吉川弘文館、2025、71 頁。
- (18) 二木立『民主党政権の医療政策』勁草書房、2011、31 頁(「民主党が公的病院偏重である 2 つの理由」)。
- (19) 神谷宗幣「(編集長インタビュー) 参政党への疑問を徹底的に問い糺す」『Hanada』2025 年 10 月号：58-69 頁。

2. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

236 回)(2025 年分その 8 : 7 論文)

※「論文名の邦訳」(筆頭著者名: 論文名, 雑誌名 巻(号): 開始ページ-終了ページ, 発行年) [論文の性格] 論文要旨の抄訳 ± α の順。論文名の邦訳の [] は私の補足。

○田舎に限定した経済的インセンティブはプライマリ・ヘルスケアへのアクセスの平等を改善するか?: オーストラリアからのエビデンス

Saxby K, et al: Do rurality-based financial incentives improve equity of primary healthcare access? Evidence from Australia. *Health Economics* 34(9):1679-1690,2025 [量的研究・政策効果研究]

オーストラリアでは、多くの他国と同様に、田舎・僻地の居住者は、都市部の居住者比べて、健康アウトカムが低く、プライマリ・ヘルスケアの利用も少ない。この不平等を減らすために、オーストラリア政府は 2022 年に、田舎に限定した一般医 (GP) に対する経済的インセンティブである「包括請求」("bulk bill") (GP が患者に医療費の自己負担分を請求せず、政府に全額請求) を導入した。これにより、田舎・僻地に居住する子ども、及び「価格割引カード」(concession card) を持っている低所得者と高齢者の自己負担はゼロとなった。

全住民の行政データを用いて分析した結果、これらのインセンティブを受けられる地域の居住者は、都市部の居住者と比べて、GP 全体の受診件数が 2.7 % 上昇し (95 % 信頼区間 (CI) 2.2;3.2)、「包括請求」をしている GP の受診件数が 9.0 % 上昇し (95%CI 8.4;9.5)、GP 受診時の自己負担が 13.0 % 減少した (95%CI 12.4;13.7)。このような効果は特に自己負担が多い患者—子どもよりも大人、価格割引カードを持っていない患者、及び社会経済的に不利ではない地域に住んでいる人々で顕著だった。以上から、改革は田舎に住む患者の自己負担をある程度減らしたが、その便益は不平等で、アクセスの不平等はなお残っていると見える。

二木コメント—田舎・僻地の居住者に限定して、患者の自己負担をなくすという大胆な改革の効果と限界を定量的かつ複眼的に検討した好論文で。オーストラリアの患者自己負担についての研究は、本「ニューズレター」の前号 (255 号) でも 2 本紹介したので併せてお読みください。

○「IT は本当にすべての人にとって良いことなのか？」フランス医療の文脈での病院 DX に対する様々な利害関係者の見解

Giangreco A, et al: "Is it really good for all?" Evidence of different stakeholders' perspectives on the digital transformation of hospitals in the French health context. *Health Services Management Review* 38(3):173-183,2025 [質的研究 (G T A)]

過去 20 年間、デジタル・トランスフォーメーション (DX) が、医療部門を含む公的サービス領域にドンドン、ただしそれぞれの組織のデジタル成熟度に応じた異なったペースで、導入されてきた。医療のデジタル化の表向きの (nominal) 利点は導入当初から認識され

ていたが、実際に導入されると、さまざまな利害関係者の見解は異なることが明らかになり、時には緊張も生んでいる。質的グラウンデッド・セオリーアプローチ（GTA）を用いて、フランス東北部の1地方医療圏の、デジタル化のレベルが異なる9病院の15人の利害関係者にインタビュー調査を行った。本論文は異なる利害関係者はDXの異なる利点を感じていることを示す。それらは、様々な利害関係者の業務の統合、診療の改善、サービス提供量の増加、及び費用削減と効率向上である。しかし、以下のようなパラドックス（逆説）も同様に生じている。それは、質改善のニーズ（それはより多くの投資を求める）と医療サービスのDXによる効率追求（これは費用削減を目指す）との対立である。最後に、本研究の理論的寄与と業務への示唆を述べる。

二木コメント医療DXについての、バランスのとれたGTA研究です。医療DXによる医療サービスの質改善と費用抑制という2つの目標の対立は、日本でも今後大きな問題になると思います。なお、私の知り限り、医療DXにより、医療の質が改善ししかも費用が削減したことを示した厳密な学術研究（not 事例報告）はまだありません。私は他の分野の医療改革と同じく、医療DXも「良かろう高かろう」になると思います。

○【アメリカの】テレヘルスの【継続的】導入病院、非導入病院、及び【調査期間中の】新規導入病院の財政的パフォーマンス：田舎と都市の比較

Karim SA, et al: Financial performance of hospital telehealth adopters, nonadopters, and switchers: A rural-urban comparison. Journal of Healthcare Management 70(2):93-107,2025 [量的研究]

医療提供におけるテレヘルス導入は患者の治療選択を変容させている。田舎の病院も都市の病院もますますテレヘルスを用いて、より多くの患者に接触し、患者エンゲージメント（患者やその家族の協力や参画を得て、患者中心の医療を実現すること）を改善し、医療の質を引き上げようとしている。病院は、テレヘルス導入により、診療ワークフロー（医療現場における一連の手続きや作業の流れ）の改善、効率向上、患者満足度向上という利益を得られることを経験している。これらの利益は、患者数の増加と医療収入の増加、及び経費や費用の削減により、財政的効果を生む可能性がある。しかし、テレヘルス導入が病院の財政的パフォーマンスに与える総合的効果はまだ明らかにされていない。本研究は、テレヘルス導入と田舎・都市の病院の財政的パフォーマンスとの関連を検証する。後方視的データを用いて、都市と田舎の病院の、地域特性、収益性、2009-2019年のテレヘルス導入を比較する。アメリカ病院協会の通常の年次調査と情報技術についての補足調査、メディケア・メディケイド・サービス医療費報告情報システム、及び地域別医療資源ファイルのデータを用いる。病院は、2009-2019年のテレヘルス導入状況により、以下のように3分類した：(1)テレヘルス継続的非導入病院、(2)テレヘルス継続的導入病院、(3)期間中の新規導入病院。病院の財政パフォーマンスは営業利益率と売上高総利益率(total margin.以下、総利益率)で測定した。

主な結果は以下の通りである。標本数は1530病院で、56%が田舎、44%が都会に所在していた。各病院群で財政パフォーマンスは大きく乖離していた。田舎の病院も都市の病院も、継続的導入病院は、継続的非導入病院に比べて、営業利益率と総利益率が高かった。調査期間中に非導入から導入病院に変わった病院の導入前の営業利益率・総利益率は、非

導入病院と近かった。しかし、導入後の営業利益率・総利益率は継続的導入病院に近づいた。この結果は、病院の財政パフォーマンスはテレヘルス導入と関連していることを示すが、両者の因果関係は不明である（直訳すると、「因果関係があると推論することは、この結果の範囲を超えている」(inferring causation is beyond the scope of these results)）。

二木コメント—なんとも予定調和的な論文ですが、最後の1文に著者の良心が現れていると感じました。

○医療情報技術を用いた情報共有の価値：体系的文献レビュー

Gnanlet A, et al: Value of information sharing in using healthcare information technology: A systematic review. Journal of Healthcare Management 70(2):108-125,2025 [文献レビュー]

本文献レビューの主な目的は、医療情報技術（HIT）の適用が医療組織内及び医療組織間の情報共有に与える影響と HIT と関連したパフォーマンス・アウトカムを評価することである。本研究の動機は、2009 年の「経済的及び臨床的健全性のための健康情報技術に関する法律」（HITECHA）によって、電子的医療記録の適用とそれ以外の先進技術が顕著に成長したことである。この成長にもかかわらず、HIT がどこで価値を付加するのか、それはいかにしてパフォーマンス・アウトカムに影響するのか—特に医療部門の情報共有を通して—についてはよく分かっていない。本文献レビューでは、医療分野の HIT の利用と導入を検証した実証研究に焦点を当てる。選択基準（略）に合致した 66 論文を、ポーターのヴァリュー（価値）チェーン・フレームワークを用いて分析する。このフレームワークは組織内及び組織間の活動の両方を分析し、価値がどこで創造されているかを明らかにする。

主な結果は以下の通りである。HIT の適用は主に医療組織内の内部オペレーションを強化し、55%の論文はそこに焦点を当てていた。それに対して、複数の医療組織間の情報共有は限られており、論文の 14%しか検討していなかった。一般には質改善と費用削減が期待されるアウトカムとしてもっともよく挙げられるが、驚くべきことに、論文でもっとも研究されていたのは生産性であった（33 %の論文）。最も多くの研究（67 %）はアメリカで行われており、HIT 利用者としては医師が最も多く研究され、次いで看護師、他の専門職であった。

二木コメント—タイトルは魅力的ですが、中身は期待外れ (poor) です。アメリカでも、異なる医療組織間の情報共有は遅れており、情報は特定の電子的医療情報システム内に「たこつぼ的」に蓄積されている (creating silos) ことがよく分かります。

○【アメリカの】非営利病院のCEOと労働者の給与格差は 2009 ～ 2023 年に拡大した

Fang CC, et al: pay gap between nonprofit hospital CEOs and employees grew, 2009-23. Health Affairs 44(8):953-962.2025 [量的研究]

非営利病院の労働者はアメリカの医療労働力の相当部分を占める。先行研究により、非営利病院内に賃金の不平等が存在し、それは病院の特性によって異なることが明らかにされている。この不平等が経年的に—特にコロナ・パンデミック時に—拡大しているか否かを探索するため、2009 ～ 2023 年の内国歳入庁サービス・フォーム 990（「所得税非課税団体申告書」）とメディケア費用報告を用いて、1424 非営利病院の賃金と賃金不平等のトレ

ンドを調査し、病院の特性の違いによる不平等を評価した。

その結果、ほとんどの年で、パンデミック中の一時期（2020年）を除いて、賃金格差が継続しつつ拡大していることを見いだした。具体的には、CEOと病院全労働者（CEOや高賃金職種も含む）の賃金格差は2009年に10.2倍であったが、2023年には12.0倍に拡大していた。賃金不平等を継続して評価することは、非営利病院が営利企業的になっており、しかも全米の賃金不平等が継続しているため、今後ますます重要になる。病院は大規模雇用主であるため、非営利病院内での賃金不平等は（病院が存在する）地域経済での賃金不平等のより大きなパターンを反映し、かつ強化している可能性があり、これは、非営利病院の社会的便益を評価する指標にもなる。

二木コメント—アメリカの非営利病院のCEOと全労働者の賃金格差についての最新研究です。非営利病院でさえ賃金格差が10倍から12倍に拡大していることに改めて驚かされます。

○人生満足度の改善を目指した234介入の効果：迅速体系的文献レビュー

Tiley K, et al: Effectiveness of 234 interventions to improve life satisfaction: A rapid systematic review. *Social Science & Medicine* 366(2025) 117662 : 12 pages [文献レビュー]

本迅速文献レビューの目的は、人生満足度（個人の人生の認知的・感情的評価と定義）の改善を目指した介入研究の強み、ギャップ、今後の課題を明らかにすることである。文献の選択基準は以下の通り：対照群あり、OECD加盟の高所得国で実施、ランダム化比較対照試験または擬似実験研究、2011年1月－2023年10月に公開、英語論文、確証された人生満足度尺度を使用。5つの学術データベースと灰色文献集でヒットした9520論文から、189論文を選択した。次の6つのテーマ（と18のサブテーマ）を同定した：情動(emotion)に基づく活動（個人内および個人間、n=154）、教育的情動開発（n=30）、健康増進(n=31)、ソーシャルメディア（n=4）、音楽(n=3、及び多要素介入(n=12)。(分析方法の詳細は略)。

その結果、以下の個人内（自己に関連した）情動活動が、人生満足度の少し(small)の改善と関連していた：マインドフルネス（SMD: 0.28(95%信頼区間 :0.13,0.42)）、感謝（gratitude）(0.19 (0.11,0.27))、治療(0.33 (0.12,0.53))。さらに、メタアナリシスにより、情動技能開発訓練(SMD 0.50 (0.12,0.88))には中等度の人生満足度改善効果が、運動には少しの効果(SMD: 0.33 (0.04,0.62))があることが分かった。サブテーマについては結果はバラバラだった（詳細略）。以上の結果は、情動技能開発、運動、治療、マインドフルネス、及び感謝が人生満足度の改善に有望であることを示唆している。

二木コメント—タイトルに興味を持って読み、本文でも緻密な分析がされていることは分かるのですが、私には「猫に小判」でした。なお、イギリス（連合王国）では、近年、人生満足度が注目を集め、国家統計局（ONS）が、それを全国ウェルビーイング測定プログラムに組み込んだそうです。

○【アメリカ・】メディケイドの心理療法給付は犯罪を予防する

Hegland TA: Medicaid coverage of psychological treatment prevents crime. *Health Economics* 34(9):15560-1577,29025 [量的研究]

メンタルヘルス（こころの健康）へのアクセス拡大は犯罪率を減らすか？先行研究は、対

象を絞った心理療法プログラムは犯罪行動を予防することを示しているが、心理療法へのアクセスを拡大した場合の犯罪予防効果は不明である。この問いに答えるため、2004～2010年にメディケイド・プログラムに成人の心理療法を加えた5州の調査をした。その結果、給付拡大後、犯罪指数（犯罪の深刻度を数値化した指標）は7.8%減少していることが分かった。控えめに、財産犯（窃盗）の社会的費用（the social cost. 給付拡大がなかったら生じたであろう犯罪の費用）に限定しても、調査期間の非障害者・非高齢者のメディケイド費用の10%に相当し、心理療法給付費とほぼ同レベルだった。犯罪予防効果の枠を超えても、給付拡大は心理療法に関連した雇用を拡大し、しかもそれはメンタルヘルス専門医や専門医診療所の雇用の減少と相殺されているわけではなかった。以上の結果は、メンタルヘルスのアクセス拡大は、対象を犯罪行動のハイリスク者に限定しなくても、犯罪指数を減らすことを示している。

二木コメントー医療経済学の学術雑誌に、犯罪の「社会的費用」にまで枠組みを広げた論文が載るとは驚きで、さすが「犯罪大国アメリカ」と思いました。

3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 250)ー最近知った名言・警句

＜研究と研究者の役割＞

○坂口教子（大阪大学招聘教員。2025 年ノーベル生理学・医学賞を受賞した坂口志文さんの妻&共同研究者）「いちばん大事なのは、名誉とかお金ではなくて、世の中の病気が治って人類が幸せになるような仕事をできること」（「中日新聞」2025 年 10 月 7 日）。

○北川進（京都大学特別教授。2025 年ノーベル化学賞を受賞）「[科学者という仕事の魅力は]一切利益を追求せず、知的好奇心に従ってチャレンジして新しい発見をできること」（「読売新聞」2025 年 10 月 9 日）

二木コメントーお二人の科学者らしい清々しい言葉に、心が洗われる気持ちになりました。

○森島績（京都大学名誉教授。助教授時代に、京都大学の修士課程で学んでいた北川氏にドクター（博士課程）に進んで研究者の道を勧めた）「研究者にとって生意気なことは悪いことではない。むしろ伸びると考えた」（「読売新聞」2025 年 10 月 9 日。森島氏が北川氏に「勉強不足だ」と指摘すると、北川氏が「森島さんこそ勉強が足りない」と言い返したことを振り返って）。

二木コメントー私自身の経験でもその通りと思いました。

○天野篤（心臓血管外科医。順天堂大学医学部特任教授）「自分が自由に勉強してきただけに、若手にはなるべく自由にさせています。欠けている部分や本人がこだわっている部分を見つけて、やりたいことを引き出します。私のコピーになろうとしている者には、自分だけが見える光を見つけられなかったら、埋もれてしまうよと忠告しています」（「朝日新聞」2025 年 9 月 24 日、「学びを語る」）。

二木コメントー私も長年大学で&現在も「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」で、ほとんど同じ視点で、若手 a/o 中堅研究者の指導・支援をしているので大いに共感しました。特に最後の 1 文が重要と思います。

○小田嶋隆（コラムニスト・個人）「書くためのモチベーションは、書くことによって維持される」（「朝日新聞」2025 年 1 月 2 日の「天声人語」で、「筆が進まずに悩むと、この言葉を思い出しながら、今でも彼のブログをのぞくことがある」と紹介）。

二木コメントーこれを読んで、「ニューズレター」50 号（2008 年 10 月）で紹介した、松本清張氏の以下の言葉を思い出しました。

○松本清張（推理小説作家。1992 年、82 歳で死去）「[作家の条件とは] 原稿用紙を置いた机の前に、どのくらい長く座っていただけるかというその忍耐力さ」（『NHK 人間講座 2001 年 10 月～11 月期：半藤一利「清張と司馬さんー昭和の巨人を語る」』23 頁。半藤一利氏が、作家の森本哲郎氏から聞いた話として紹介。藤澤正昭『たたかれて、いま』近代文芸社,2003,94 頁で、半藤氏のこの話を紹介）。

○玉鷲（大相撲幕内力士。「角界の鉄人」と呼ばれて久しく、初土俵からの通算連続記録を更新中。40 歳）「まだまだ成長中」、「年を取って心が落ち着いてしまうと（成長がとまると）『弱い自分』になってしまいます。自分は成長中。失敗があるからまだまだ成長できます」（「しんぶん赤旗 日曜版」2025 年 9 月 14 日号）。

二木コメントー「まだまだ成長中」

という表現はよく聞きますが、「失敗があるからまだまだ成長できます」という前向きな姿勢に注目・共感しました。

○福田こうへい（23 歳から民謡を始めた遅咲きの演歌歌手。教えを請うよりも、自ら考え、見て盗む、職人のような生き方をしてきた）「**何ごとも教えられるだけではそこまでしか成長できませんから**」、福田岩月（福田こうへい氏の亡父で民謡謡歌手）「**努力しているやつには絶対かなわないんだ**」（「中日新聞」2025 年 5 月 15 日）。二木コメンター教えられる「だけでは…」がポイントで、優れた師の教えを受けることも重要と思います。この点についての私の好きな名言は以下の通りです。

○野村克也「**教わる相手を選別する能力もないと、プロの世界では生きていけない**」（「日本経済新聞」1996 年 2 月 3 日夕刊の匿名コラム「鐘」。若き日の野村克也選手評。本「ニューズレター」21 号（2006 年 5 月で紹介。『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,90 頁で引用）。

○パトリック・ハーラン（タレント）「僕もコメンテーターという、意見を述べるプロとして、周りの気持ちをくみ取り、発言を調整することが多い。ただ、**意見が異なる時は『僕もそう思う』**と言わずに『**確かにそう感じる人が多いですね**』などの形にする。（中略）相手の気持ちを否定しないことも大事。**自分が同感できなくても、『なるほど、それで怒っているんですね』『だから悲しんでいますね』と、話し手のお気持ちを認めるのも便利な話術**」（「読売新聞」2024 年 4 月 29 日、「人生相談」）。二木コメンターこれを読んで、次の名言を思い出しました。ただし、私はどちらも実践できていません。

○上野千鶴子「**相手にとどめを刺しちゃいけません。**（中略）その世界であなたが嫌われ者になる。それは得策じゃない。あなたは、とどめを刺すやり方を覚えるのではなく、相手をもてあそぶやり方を覚えて帰りなさい。（中略）**議論の勝敗は本人が決めるのではない。聴衆が決めます。**相手をもてあそんでおけば、勝ちはおのずと決まるもの。それ以上する必要も、必然もない」（遙洋子『東大で上野千鶴子にケンカを学ぶ』筑摩書房,2000,15 頁より重引。本「ニューズレター」15 号(2005 年 11 月)で紹介)。

<その他>

○宗次徳二（カレーハウス CoCo 壺番屋創業者。講演などで、「企業は経常利益の 1 % 以上、**経営者も自らの報酬の数%は寄付しましょう**」と呼びかけている。壺番屋開業の翌年、必要経費より多めの融資を受けることができ、残った 20 万円を地元の社会福祉協議会に寄付し、それ以来、毎年、個人でも壺番屋でも寄付を続けてきた）「**世の中には『余裕ができたら寄付をする』とか、ボランティア活動に『時間ができたら参加する』という人もいる。ところがそういう人は様々な理由をつけて、結局は何もしない。私からすれば先延ばしにする理由はない。『やるなら今でしょ』と提案したい**」（『週刊東洋経済』2025 年 10 月 11-18 日号」76 頁、「21 世紀の証言」）。二木コメンター私も、アメリカ留学から帰国した直後の 1993 年 10 月から現在まで 30 年以上、講演料（not 印税・原稿料）は全額、私が評価・支援している福祉団体や運動団体等に寄付し続けているので、大いに共感しました。

4. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第54回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」92号（2025年10月10日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私の授けぬ/好み

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

○木村知『病気は社会が引き起こす インフルエンザ大流行のワケ』角川新書、2019。
…木村氏は大学病院の外科医だったが、教授が医局員に過重労働を強いている現状をネット上で批判して、事実上大学病院を解雇され、それ以降、総合診療と在宅医療をする傍ら、ネット上で積極的に発信してきた。本書では、氏が医師として経験してきた身近な事例を用いながら、医療費の問題や健康自己責任論を論じる一方、理想の社会システム（第5章「困ったときはお互いさまの社会へ」）についても考察している。全5章。コロナ禍が発生する直前の2019年12月に出版された本だが、内容は全く古びていない。逆に、「はじめに～202Xの医療現場」の（ケース2：後期高齢者が医学的に救命が困難な状態あるいは1か月以上の延命が困難な状態となったと医師が診断した場合、その診断日以降にかかった医療費は保険適用にならずに全額自己負担となる）は、7月の参議院議員選挙で参政党が主張したことの予言と言える！

私は氏の事実認識と価値判断の大半に賛成だが、アクセス、コスト、クオリティの医療提供の「3要素はトレードオフの関係にあるといわれる」として立論していること（120-131頁）には疑問を感じた（ただし、私がこの「トリレンマ説」が「アメリカのローカルな仮説」にすぎないことを示したのは、本書出版直前の『日本医事新報』4984号（2019年11月2日））。

○木村知『大往生の作法 在宅医だからわかった人生最終コーナーの歩き方』角川新書、2024年。

…一般読者向けの「人生の最終コーナーを理想的に歩む」ための助言書だが、在宅医療・ケアの研究者にも参考になる記述・視点が少なくない。「世間に広まりつつある危うい空気」の批判、特に「高齢者の延命治療は自費で払えるカネのある人に限定せよ」との主張の批判は、2025年参院選における参政党の公約の先駆的批判にもなっている。

○高山一夫「（講演録）アメリカの医療政策動向とトランプ政権—日本への影響」『いのちとくらし研究所報』91号：2-34頁（コメント・質疑応答も含む）、2025年7月。

…私の知る限り、現時点では、このテーマについてのもっとも詳細な分析。細かすぎて「話についていくのに精一杯」（司会者）だが、得るものは多い。それに対して、コメントと会場からの質問は浅いか的を外れ。

○池田和彦『全世代型社会保障改革』の一環としての高額療養費制度『見直し』—社会保障制度の持続可能性はなぜ追求されなければならないのか』『賃金と社会保障』1877号（2025年7月上旬号）：4-25頁。

…国の「社会保障政策」と「労働・社会運動」の対抗関係という視点から、「高額療養費制度の歩みとその特徴」を、厚生（労働）省の元高官の多数の証言を含め、膨大な文献を用いて詳細に後付けているのは価値がある（論文全体で注が 59！）。その上で、2025 年の高額療養費制度「見直し」を批判的に検討し、最後に「医療保障の課題」を述べる。ただし、冒頭の 3 頁を自分の言葉で書かず、2 つの古い文献（1989、1961 年）の引用とその解説にあてているのはいただけない。「『政策』とは『権力が支持する理念』とその権力的実践」という定義も古色蒼然としている。

○伊藤周平「医療制度改革の動向と課題―長期収載品の選定療養化、OTC 類似薬・高額療養費の見直し」『賃金後社会保障』1881 号（2025 年 9 月上旬号）：4-13 頁。

…副題の 3 政策についてそれぞれ批判的に検討し、「医療保障の課題」述べる。私は氏が、OTC 類似薬の保険外しが「今後、仮に実施されるとしても、ごく限定的なもの〔2000 ～ 3000 億円〕にとどまると予想」していること、及び**日本の医療保険の自己負担をドイツ並みの水準とすれば、「現在の高額療養費の仕組みも不要となる」と**書いていることに注目した。

○特集「地域医療構想と地域包括ケアの到達点と課題― 2025 と 2040」『日本医師会雑誌』154 巻 4 号：349、353-415 頁。

…巻頭言・座談会・「ひとくちメモ」を含めて 15 論文。日本医師会の会員向けに、地域医療構想と地域包括ケアの到達点と課題を、厚生労働省と日本医師会の担当者、実践家、研究者が分かりやすく解説しており、このテーマについて鳥瞰するのに便利。私は特に、**江澤和彦「地域医療構想の到達点と課題―日本医師会の立場から」と田中滋「地域包括ケアシステムの到達点と課題」**が参考になった。江澤氏は、新たな地域医療構想では、「回復期」から「包括期」に名称が変わっただけでなく、定義も変わったことに注意を喚起：「回復期」の定義は「急性期を経過した患者への…」だったが、「包括期」の定義は、「高齢者救急等を受け入れ…」であり、地域包括ケア病棟だけでなく地域包括医療病棟も含む。田中氏は、冒頭、地域包括ケアシステムについてしばしば問いかけられる 3 つの質問（誤解）に明快に回答しており、痛快。小さいことだが、座談会で江澤氏が、地域包括ケアシステムが「当初から全世代、全住民が参加するように位置付けられた」（357 頁）と述べているのは事実誤認：私は氏の位置付けには賛成だが、地域包括ケアシステムは 2003 年に（65 歳以上を対象とする）介護保険制度の改革として提起され、現在でも法的には高齢者のみを対象としている（『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、2015、第 1 章第 2 節「地域包括ケアシステムの法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る」）。私は、以前から「地域包括ケアシステム」の実態は「システム」ではなく「ネットワーク」であると指摘しているので、特集名・巻頭言・座談会の名称が「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」であることに注目した。本特集では一部の論文が「地域共生社会」についても触れているが、それと「地域包括ケア（システム）」との関係についての具体的説明はない。

○「特集／医療 DX の光と影～医療 DX で失敗しない 8 つの視点」『月刊／保険診療』2025 年 9 月号：2-44 頁。

…4 つのパートで構成。Part 1「医療の IT 化と医療 DX の現状と課題」は編集部のもまとめ。

Part 2は「【鼎談】医療DXの”リアル”な話」。日本の医療DXのフロントランナーである東大里氏（正幸会理事長・院長）と芦原教之氏（徳洲会・湘南鎌倉総合病院事務長）と松永透氏（日本経営・病院経営コンサルタント）の3人による、豊富な経験に裏打ちされたリアルな話しは興味深い。私は、『タスクシフト』だけを目的にすると、医師のしんどい仕事を看護師や事務職に押し付けることに」なる（東氏）、「基本的にDX化では人は減らない」（芦原氏）、「クラウド型への移行にはまだ少し時間が必要」（松永氏）等の指摘に大いに納得した。Part 3（4論文）は玉石混淆、Part 4（4事例）は実務家には有用と感じた。

○岸下大樹「社会保険料の負担への合意を得るための2つの壁―世論調査から分かること」『社会保険旬報』2025年9月11日号：10-16頁。

…タイトルは魅力的で、独自の世論調査の結果・解釈もそれなりに参考になるが、社会保障の議論で定番の「社会連帯」や「国民の権利」はシカトし、個人の損得論議（世代間の便益と負担の格差等）に終始しているのは、新古典派経済学者らしい。厚生労働省「令和4年社会保障に関する意識調査」の結果を紹介しつつ、「少なくとも国民全体の合意として負担増を受け入れている状況ではない」と断言するのは無理がある：著者も書いているように、20代・30代でも、5割強（それぞれ54.2%、55.6%）が「社会保障の水準を一定維持するためにある程度の負担増を行うことはやむを得ない」と考えている。著者は引用していないが総数ではこの割合は62.1%。ただし、著者も今後は「社会保険料の負担を増加させる必要がある」ことは認めた上で、「重要なことは、給付と負担のパッケージを明確に提案し、それに将来にわたってコミットすることだ」と主張している。

○宗前清貞編『医療政策学 制度と論点』法律文化社、2025年9月。

…9人の政治学者が医療制度を概観した初めての書。全16章。「はじめに」の冒頭では、「医療を政策として観察し、その要素と論点を概観した研究書」と書いてあるが、内容・レベル的には、医療制度・政策・政治についてのより進んだ（大学院生向きの）教科書と言える。私もよく知る多くの中堅実力派研究者がていねいに手堅く書いている。ただし、書名は「医療政策学」というよりは「医療政治・政策学」の方が適切と思う。大半の章は日本について論じているが、第7章・第8章のみはイギリスを論じている。しかし、日本とは反対の極にあり、しかも特にコロナ感染爆発後「医療崩壊」したイギリスの医療制度・政策のみを取り上げ、日本と類似の制度を持つドイツやフランス等を取り上げていないのはなんともバランスに欠ける。「はじめに」では、医療は「国民の権利であり、国家の義務」と明記しており、上記岸下論文がそれをシカトしているのと対照的。

○林修一郎「(講演録) 2026年度診療報酬改定の課題と展望」『社会保険旬報』2025年9月21日号：6-15日号。

…林氏は保険局医療課長で、2026年度診療報酬改定の事実上の責任者。講演は2025年8月5日に行われ、その時点での最新のデータを用いて、2024年度診療報酬改定の狙いや新たな地域医療構想に対応した2026年度診療報酬改定の課題等について、包括的かつ率直に説明している。政府高官が、従来の地域医療構想の議論では「回復期機能の需要がどうやら過大に見積もられていた」と公式の場で認めたのは初めてと思う。氏が奈良県に出向時、「地域の

病院のキャチフレーズ」として、従来の「断らない病院」に加えて「面倒見のいい病院」を加えたとの話しは興味深い。講演の最後で、2026 年度診療報酬改定を含めて、「この先どうなるか今は私には見えていない」と率直・正直に述べていることに好感を持った。

○柏崎郁子「非医療としての『介護』誕生前夜－1998 年『福祉のターミナルケア』論争とは何であったのか」『社会保険旬報』2025 年 9 月 21 日号：16-22 頁。

…広井良典氏等が 1997 年に提起した「福祉のターミナルケア」を巡って、広井氏と石井暎禧医師・横内正利医師との間で 1998 年に『社会保険旬報』で行われた激しい論争（合計 10 論文！）を、『介護』誕生前夜の議論」という視角からていねいに振り返り、併せてその後の政策展開（非医療としての「介護」の常態化や「老衰死」の激増等）についても触れている。私は、横内氏が指摘したが、最近ではほとんど忘れられている「みなし末期」（末期ではない病態を末期とみなし、医療を手控えること）について、ていねいに説明していることに好感を持った。

残念なのは、この論争の出発点となった 1997 年の報告書（『福祉のターミナルケア』に関する調査研究事業報告書）の第 2 章「ターミナルケアの経済評価」（鈴木玲子・広井良典）が終末期医療費（死亡前 1 年間の医療費）が「高額に上って」おり、それが「遠からぬ将来において医療保険財政を圧迫するおそれがある」（「2020 年には 2 兆 9 千億円で膨れ上がる」）が、福祉のターミナルケアの導入により、それを「1 兆 9300 億円程度まで引き下げることが可能」と主張したことに触れていないこと。この主張は、現在まで断続的に主張され、直近では 2025 年参院選で参政党が主張した、終末期の延命医療が医療費を押し上げているとの（私から見ると）事実誤認の主張の出発点になっているので、ぜひ指摘してほしかった。なお、私は鈴木・広井氏の主張・推計が恣意的で二重に誤りであることを 1998 年 1 月に批判した（『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,II-6 に所収）。

○佐藤毫竜『老後も働く＝健康』という幻想』『週刊エコノミスト』2025 年 10 月 7 日号：48-49 頁。

…「人生 100 年時代」となり、長く働き続けることが美德とされがちだが、佐藤氏（と野口晴子氏）の実証研究で、退職した人は心疾患リスクが低く、認知機能や身体機能も高いという結果が出ていること等を紹介。以下の調査結果 a/o 氏の解釈は、私個人の経験&町内会長としての「参与観察」結果（？）とも一致する：「一般的に、健康な人は働き続け、健康を崩してしまった人は引退する傾向がある」、しかし統計学的処理によりこのような「生存者」バイアスを除去すると、結果は反転し、引退は健康によい影響を与えることが示唆された」、「（著者らは）引退後の運動量の増加が健康によい影響を及ぼした一因ではないかと考えている」、「仕事によって生じるストレスからの解放も健康によい影響をもたらした可能性がある」、「引退した方が認知機能に良い影響があった人の特徴は、女性、高学歴・高所得者、健康状態の良好な人、引退前に運動習慣があった人など」、「女性に大きな引退効果が見られたのは男性が退職後に人付き合いを減らしやすいのに対し、女性は地域の活動やコミュニティに積極的にかかわる傾向があるからかもしれない」、「引退後に健康であり続けるためには、引退後に増えた『可処分時間』を健康や人生を豊にするための活動に振り向けられるかにかかっている」。

原著：Koryu Sato, Haruko Noguchi: Heterogeneous associations of retirement with health and behaviors: A longitudinal study in 35 countries. American journal of epidemiology 2025 年 6 月 13 日

C. 政治・経済・社会関連

○野口悠紀雄『終末格差 健康寿命と資産運用の残酷な事実』角川新書、2025 年 2 月。

…「終末格差」とは野口氏の造語で、「終末」とは「死の直前」ではなく、それに先立つ数年間（…2、3 年から 10 年間程度）の期間（23 頁）。全 8 章。第 1～7 章で、この期間の課題を多面的に論じ、第 8 章で「終末期格差を克服するのは、自分への投資」とまとめる。著者はファイナンス理論の権威で、第 2 章「投資戦略で老後を守れるか？」は説得力がある：新 NISA は救いの神ではない、「貯蓄から投資へ」という政策は誤り、「確実に儲けられる方法はない」等。しかし、第 5 章（介護）はお勉強のまとめ、第 6 章（メディカル・イノベーション）は各種予測の羅列・コピーで読むに堪えない。第 7 章の「高齢化社会の税制は資産課税を中心とすべき」との主張は一理あると思うが（240 頁）、第 8 章で氏が想定しているのは、氏のような、健康面でも経済面でも自立した「強い高齢者」。

○河野龍太郎・唐鎌大輔『世界経済の死角』幻冬舎新書、2025 年 7 月。

…「超人気エコノミストによる初めての深掘り対談」というキャッチコピーだが、唐鎌氏（40 代）が大先輩の河野氏（60 代）に教えを請うている部分が大半。実際、河野氏の学識の広さと深さには驚かされる。序章・最終章を含めて、全 7 章。世界の経済・金融情勢と政治についての幅広い教養が身につくが、私には金融情勢・理論の説明（第 2 章「為替ににじむ国家の迷走」等）は難しかった。第 1 章「なぜ働けど楽にならないのか」は、河野氏の名著『日本経済の死角』（ちくま新書、2025。「二木ゼミ通信」87 号（2025 年 5 月 10 日）で紹介・推薦）のエッセンス。

私が特に勉強になったのは、以下の指摘：「アメリカ経済の『底力』」（86 頁）、「消えた『有事の円買い』」の理由（212 頁）、「日本が先進国とみなされなくなると、何が起こるか」（253 頁）、日本は GAFAM に支配される「デジタル小作人」になっている（288 頁。デジタル赤字は 6.8 兆円！）、アメリカが「全体主義に陥るリスク」（397 頁）、第二次トランプ政権は「欧州統合の”触媒”となる」（407 頁）等。河野氏がリベラリズムの産物である『『所有権的个人主義』の行き過ぎを考え直す』と提起していることは、故宇沢弘文先生の「社会的共通資本」に通じると思ったが、最後にチラリと述べているだけ（381 頁）。社会保障についてはまったく触れず、医療・看護・介護には 2 箇所チラリと触れているが、素人談義・「耳学問」（326,328 頁）。

○菊池正史『自壊する保守』講談社現代新書、2025 年 9 月。

…安倍晋三政権時代は「自民党一極」と言われていた自民党が凋落したのはなぜか？この問い・謎に日本テレビで経済部長・政治部長を歴任した著者が挑んでいる。終章を含めて全 8 章。著者の見立ては以下の通り：日本の「戦後レジーム」を形作った吉田茂～田中角栄等の「保守本流」と闘った岸信介らの「国家主義的保守」は長く「保守傍流」にとどまっていたが、その後「新たな保守」・「右派ポピュリズム」として勢力拡大し、第二次安倍政権で絶頂

を迎えた。しかし、「安倍の死」後、急速に変調をきたし自壊しつつある。著者自身の30年間の取材経験をふんだんに盛り込んでおり迫力があるが、「保守」という用語が多義的に使われていることもあり、書名の「自壊する保守」の意味とその理由はよく理解できなかった。安倍政治には、「弱者にも意外に優しかった」（155）面があることは、私も、「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年閣議決定）を分析した時に指摘した：『プラン』は分配重視でリベラルな面もあるが……」（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,71頁）。

○特集「参政党の研究」『週刊エコノミスト』2025年9月23・30日号：16-40頁。

…9論文・インタビュー。参政党そのものとその政策、選挙戦術等を多面的に分析しているので、それらを鳥瞰するには便利。谷道健太氏（編集部）の巻頭論文は、最後に、新首相の下で、参政党の政策の一部は予想以上に早く実現に近づく可能性があるとの山田厚俊氏（ジャーナリスト）の見通しを紹介。木内登英氏（野村総合研究所）は、参政党の経済政策は「国債増発頼みの『国民負担率下げ』 物価高騰で国民生活に打撃の恐れ」と「斬る」。「外国人政策」を分析した河野嘉誠氏（ジャーナリスト）は、参院選中、神谷党首は「排外主義的と批判を浴びると『軌道修正』する場面が見られ」、「いともたやすく前言を翻す新興政党」は、反知性主義の匂いも漂う」と指摘。なお、本特集を含めて、私の論文を除けば、参政党の医療・社会保障政策を分析した論文はない。

＜高市早苗氏の著書（5冊。発行順）＞

※医療・社会保障関連の記述を中心にチェックした。この5冊の本には、医療政策へのまとまった言及はなかったが、2021年本では介護についてかなり述べている。なお、私は、「**高市自民党総裁の医療公約をどう読み、高市自維連立内閣の医療政策をどう見通すか？**」を『日本医事新報』11月1日号に掲載。

○高市早苗『美しく、強く、成長する国へ 私の「日本経済強靱化計画」』WAC、2021年9月。

…2021年9月の総裁選挙に向けての高市氏の総合的な政策集と思われるが、肉声もかなり書かれている。副題の「日本経済強靱化計画」を「サナエノミクス」と自称しているが、「基本路線は『ニュー・アベノミクス』」（29頁）。「危機管理投資と成長投資を優先」して「強靱な経済」を実現し、「社会保障制度の安定性と継続性」を確保することを目指している（19頁）が、社会保障についてのまとまった記述はない。たくさんの専門家へのヒアリングを踏まえて書かれており、高市氏がたいへんな勉強家であることがよく分かる。高市氏は、2025年の自民党総裁選の「選挙公約」では「責任ある積極財政」、「財政の持続可能性の観点から、政府純債務残高の対GDP比を緩やかに引き下げるよう配慮」と慎重に書いているが、本書では、日本は「自国通貨建てで国債を発行できることから、デフォルトの心配が無い幸せな国」（32頁）等、MMT（現代貨幣理論）ばりの超楽観的な主張をしていた。「深刻な『中国リスク』」、「新しい日本国憲法の制定」、「安定的な皇位継承」についてもシッカリ書いており、保守派の高市ファンには待望の書だったと思われる（2025年10月7日現在のAmazonのカスタマーレビューは3744件で、平均4.7の高得点）。ただし、私には日本と日本人の美化が過ぎると思う。

医療に関わる記述も、断片的にはかなりある。ただし、「医療提供体制と権益の強化」（27

頁)は感染症対策、「創薬力の強化」(43 頁)は専門家へのヒアリングのまとめ、「医療分野における脅威」(130 頁)は「サイバーセキュリティ対策」で、医療(保険・提供)制度全体についての記述はない。「医療機関の電波環境の改善」(169 頁)は、実母が一時、心停止に陥った後の経験を契機にして対策強化に奮闘した記録であり、迫力がある。**「家族介護者の負担軽減対策」(187 頁)等、高齢者・介護対策はいずれも「生活者の視点」・「自らの経験を活かして」書かれており、高市氏の勤の良さと実行力には驚かされる。**本書を読むと、高市氏は、故安倍晋三首相と同様に、「手強い」と感じた。

○高市早苗『日本の経済安全保障 国家国民を守る黄金律』飛鳥新社、2024 年 7 月。
…「経済安全保障担当大臣が完全書き下ろし!」とのこと。最後の第 10 章「新たな課題への挑戦」で、病院におけるサイバーセキュリティ対策の重要性を強調し、それに消極的な厚生労働省の対応を批判しているが(320-330 頁)、医療・社会保障一般についての記述はない。高市氏が大変な勉強家であることは分かる。

○高市早苗編著、国会議員と有識者の政策研究会『国力研究 日本列島を、強く豊かに。』産経新聞出版、2024 年 9 月。
…高市氏が自民党の国会議員に呼びかけて、2023 年 11 月～2024 年 6 月まで行った「日本のチカラ」研究会の講演録。「外交力」、「情報力」、「防衛力」、「経済力」、「技術力」についての 10 人の識者の講演と質疑応答を収録。高市氏は、序章と『『国力』の全要素を包含する宇宙政策」、結びの章『『人材力』の強化に向けて』を執筆。識者・高市氏とも、医療・社会保障には言及していない。

○『高市早苗は天下を取りにいく わが政権構想 わが国家観 月刊 Hanada セレクション』飛鳥新社、2024 年 9 月。
…2024 年 9 月の自民党総裁選挙に向けて、高市氏応援団が大集合した本。彼女の寄稿・インタビューもかなり含まれるが、医療・社会保障に関する記載はゼロ。「男系の皇統を守り続ける」(65 頁)、「戦後レジームからの脱却」(71 頁)、「憲法改正で国防軍と明記」(101 頁)、「私が総理大臣なら台湾と合同訓練やります」(122 頁)、「岸田政権は核の議論を」(127 頁)、「日本学術会議の解散は必須」(130 頁)、「国が軍事開発を主導する」(144 頁)等、高市氏のタカ派・右派的「国家観」全開だが、「政権構想」としてはバランスを欠く。タイトルは、明らかに宮島未奈のベストセラー『成瀬は天下を取りにいく』のモジリで下品だが、これは高市氏ではなく、売り上げ至上主義の花田紀凱『HANADA』編集長の発案と思う。

○高市早苗『日本を守る 強く豊かに』WAC、2024 年 9 月。
…「国会月報」(『Will』連載。2021 年 3 月号～2024 年 9 月号分)を加筆・修正、再編集した本。いくつかの大臣としての実績報告・宣伝集。医療・社会保障関連の記述は、第 2 章の「健康・医療戦略担当大臣の職責を果たす」(60-69 頁)での、「医療分野の研究開発」と「女性が活躍できる医療体制の整備」についての国の施策の紹介・宣伝のみで、独自の政策はない。