

2026年5月5日(火)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻262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、あるいは皆様が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/>

262号の目次は以下の通りです (19頁+別ファイル2つ)

1. 論文: 「2026年度診療報酬改定と新地域医療構想で病院・病床の再編はどう進むか？」
〔深層を読む・真相を解く〕(165)『日本医事新報』2026年4月4日号(5319号): 56-57頁
…2頁
 2. インタビュー: 『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』出版記念インタビュー 事実に基づき政策を分析 報酬改定と地域医療構想セットで理解を
〔『文化連情報』2026年5月号(577号): 38-43頁〕…18-24頁(別ファイル)
 3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通巻242回: 2026年分その2: 6論文) …5頁
 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その256) —最近知った名言・警句……………10頁
 5. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第60回)……………12頁
- 番外: 2026年度日本福祉大学大学院特別公開セミナーの案内チラシ(別ファイル)

お知らせ

1. 論文「医療保険の患者負担に『能力に応じた負担』はいつ、どんな理由で導入されたか？」を『日本医事新報』2026年5月2日号に掲載しました。本「ニュースレター」263号(6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. 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。

1. 論文：2026 年度診療報酬改定と新地域医療構想で病院・病床の再編はどう進むか？

〔深層を読む・真相を解く〕(165)『日本医事新報』2026 年 4 月 4 日号 (5319 号) : 56-57 頁)

2026 年度診療報酬改定は、診療報酬「本体」が 3.09 % と 30 年ぶりの大幅引き上げになっただけでなく、改定内容も実に詳細で緻密なものとなりました。本稿は、それにより病院・病床の再編がどのように進むのかの分析・予測を行います。その際、診療報酬改定と「新たな地域医療構想」（以下、新地域医療構想）をワンセットで検討します。後者は、2024 年 12 月 18 日に最初のとりまとめが公表されて以来、数次の補強を経て、2026 年 3 月 19 日に確定版が公表されました。

「回復期」から「包括期」は中身の変更

「新地域医療構想」は、病院・病床の再編という点から見ると 3 つの新しさがあります。

第 1 は、従来の 4 つの病床区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）のうち、「回復期」が「包括期」に変えられたことです。これは単なる名称変更ではなく、「包括期機能」は、「2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせてもつこと」とされました。このことは 2024 年 12 月の検討会で初めて示されました。

実は厚生労働省は、この名称変更まで 2024 年度診療報酬改定で新設した地域包括医療病棟が「急性期（機能）」なのか「回復期（機能）」なのか明示していませんでした。しかしこれ以降、地域包括医療病棟は地域包括ケア病棟と共に、「包括期」であると諸文書で明記するようになりました。

さらに確定版の「とりまとめ」では、「これまで急性期と区分してきた 75 歳以上の患者のうち 5 割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの 5 割の患者を包括期の需要として見込む」とされました（17 頁）。現行の地域医療構想では、常に急性期病床が過剰で、回復期病床が不足していると喧伝されてきましたが、この名称・定義の変更により、今後は、急性期病床と包括期（旧・回復期）病床の過不足は一挙に解消されることになります。

第 2 の新しさは、各病院は病床機能の報告に加えて、以下の 4 つの「地域ごとの医療機関〔病院・有床診療所―二木〕機能」から原則として 1 つを選択し、都道府県に報告することになることです：高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能。これとは別に、大学病院本院は「広範な観点の医療機関の機能」として、「医育及び広域診療機能」を担うことになります。

第 3 の新しさは、人口規模に応じて、「大都市型の地域」「地方都市型の地域」「人口の少ない地域」（人口 20 万人未満）の 3 つに区分し、「人口構造の変化を踏まえた取組」を行うことです。

これら 3 点は、次に述べる 2026 年度診療報酬改定にも貫かれており、「地域医療構想に寄り添う改定」と言えます。

急性期病院A・Bは機能が異なる

次に病院・病床機能に関わる診療報酬改定について検討します。

最も大きなものは、従来の病床単位の評価に加えて、「急性期病院一般入院基本料」が新設され、それが、救急患者数と全身麻酔手術数等に応じて、A、Bに区分されたことです（以下、急性期病院A、同B）。急性期病院Aの施設基準は、救急患者が年2000件以上、全身麻酔手術が1200件以上、看護配置が7対1、平均在院日数16日以内等で、しかも、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟を持たないこととされており、「ケアミックス」型は否定されています（ただし、経過措置あり）。これは、上記新地域医療構想の「急性期拠点機能」病院にほぼ対応すると言えます。

急性期病院Bの施設基準は、救急患者が年1500件以上、または救急500件以上かつ全身麻酔手術が1200件以上（両者には人口20万人以下の「指定地域」の激変緩和基準あり）、看護配置が10対1、平均在院日数21日以内等で、地域包括医療病棟を持たないこととされています。急性期病院Bは、新地域医療構想の「高齢者救急・地域急性期機能」病院の中核になるし、人口20万人未満の地域では「急性期拠点機能」を果たすこともあります。

急性期病院A・Bの施設基準に救急患者数が含まれたために、一部の地域では、特にBの取得を目指して「救急患者の争奪戦」が生じる可能性もあります。ただし、A・Bとも、救急患者には夜間受入が全体の10%以上という縛りがかけられているため、一部の地域を除けば、そのような混乱は起きないと思います。この点でも、今回の改定は緻密だと思います。

A・B以外の病院も急性期機能を持つ

ただし、急性期病院Bの施設基準はかなり高く、それだけで「高齢者救急・地域急性期機能」を担うことは不可能で、従来の「急性期一般入院料」1（7対1看護）と同2～4（10対1看護）を持つ病院も担うことになります。

ここで注目すべきことは、今回の改定で新設された「看護・多職種協働加算」です。これは、「急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療専門職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる」とされており、加算額は1日277点、または255点です。この加算を取得した場合の入院点数は急性期病院Bでは1956点となって、急性期一般入院料1（7対1看護）の1932点を上回り、急性期一般入院料では41932点となって、急性期一般1入院料と同点数になります（すべて「入院物価対応料」込み）。

私は、看護・多職種協働加算は、経営面で大きな貢献をするだけでなく、病棟単位での多職種協働を促進する上で画期的であると高く評価しています。ただし、専門職種に社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）も加えてほしかったとも思っています。

逆に言えば、急性期一般入院料5・6の病院が今後「高齢者救急・地域急性期機能」を果たすことは困難になり、中長期的には「在宅医療等連携機能」病院に誘導されると予

想します。

2024年度診療報酬改定で新設されたものの施設基準が非常に厳しく伸び悩んでいた地域包括医療病棟の施設基準が今回の改定で相当緩和されたため、それが今後、急性期一般入院料5・6病棟の転換の受け皿になると予測します。

「ケアミックス」病院の否定には疑問

私は、今回の改定は実に緻密で、病院・病床の再編の方向も全体としては妥当だと思います。特に大都市部では、急性期拠点機能病院に高度な急性期機能のみを果たすことを求めることは理解できます。

しかし、地方都市の病院で、病床規模を問わず広く行われ、経営にも貢献している病床機能の「ケアミックス」（急性期病棟と地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床等との併設）を事実上否定すると、病院経営に打撃を与えるだけでなく、医療費が不必要に増加すると懸念しています。幸い、今回の急性期病院A・Bの施設基準には経過措置が付いているので、それを継続することが望ましいと思います。

「上に政策あれば、下に対策あり」

日本の民間病院には生き残るという意味での大きな活力（バイタリティ）があるので、過去の厚生労働省の医療機関再編政策は必ずしも、成功してきませんでした（「上に政策あれば、下に対策あり」）。

そのため、今回の改定ですぐ病院・病床の激変は生じないし、厚生労働省も1回の改定でそれが実現できるとは見込んでいないと思います。私は、病院・病床の再編と地域単位での医療機関の連携強化は今後10年単位で徐々に進むと予想します。

3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

242回)(2026年分その2:6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。

○病院はcovid-19からまったく回復していない 病院は致命的な悪循環に陥っている

Hospitals never recovered from covid-19 They are stuck in a deadly loop. The Economist April 11th, 2026:50-51 pages (紙版) [評論 (レポート)]

…イギリスの医療制度は2020年に崩壊したが、それから7年経っても、自体は変わっておらず、これはイギリスに限らない。入院から退院まで、病院での医療アクセスは以前より困難になり、待ち時間は長くなり、質も低下している。OECD18か国(日本は含まれない)では、医療の質に対する満足度は、コロナ・パンデミック後に急減し、現在でもパンデミック前には回復していない。困難は病院の救急部門で始まり、そこでの診療待ち時間はアメリカ、ヨーロッパ、オーストラリア等で、パンデミック後も延長している。救急部門で診察を受けて入院が必要と判断されても、入院までの待ち時間も延長しており、イングランドでは4分の1の患者が4時間以上「ストレッチャー待機」し、これは2019年の2倍である。それによってブリテン全体で5000人の避けられた死亡が生じたとの推計もある。このようなパンデミックの長期的影響は各国共通である。

各国政府はこの間医療費・医療資源(職員)を大幅に増やしたが、病院の生産性は低下しており、医療費用はアウトプット、収益を上回るスピードで高騰している。公的制度が安定しているといわれるドイツでさえ、赤字病院の割合は2019年の3分の1から、2024年には4分の3に急増している。アメリカの病院の営業利益率は、2019年以降、好況に沸く他産業と異なり、停滞している。病院費用急増の理由の1つは、職員増(退職増加と未経験な職員の増加)にある。もう1つの理由は、患者、特に重症患者の増加である。それには、以下の4つの理由がある。①診療待ち時間の延長で病気が重度化し、②病気が重くなると治療に要する期間が延長し、③その結果病床が逼迫し(病床利用率が増加し)、④入院待ちが増加。これは悪循環である。(以下、略)

二木コメント—各国の公式データに加えて、The Economistの独自取材・調査も踏まえた好レポートです(ただし、日本は含まれていません)。日本以外の高所得国では、コロナ・パンデミック収束後も長期間、医療制度の困難が続いていることを考えると、コロナ・パンデミック時も患者・国民の医療満足度が低下せずむしろ改善し、それが終息した後も各種の診療待ち時間・期間が延長していない日本は、良い意味で「外れ値」と言えます。日本ではパンデミック収束後、病院の経営が急速に悪化しましたが、ドイツとアメリカの病院でも同様の事態が生じたことも分かります。日本では、コロナ・パンデミック後収束後も病床利用率が低下し続けていますが、他の高所得国では逆に病床利用率が上昇しているようです。

なお、財務省は、最近も、医療・介護の「(労働)生産性」を他産業と同様に「付加価値

生産性」で測定し、過去 30 年間に「医療・介護産業においては、むしろ生産性が低下」しており、「より少ない労働投入量で質の高いサービスを提供可能とするなど、効率的で持続可能な産業構造への転換が不可欠」と主張しています（2026 年 4 月 17 日の財政制度等審議会財政制度分科会への財務省提出資料「財政総論」9 頁「産業構造と労働生産性」）。

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20260417/01.pdf しかし、医療や介護に「付加価値生産性」を用いるのが「誤用」である理由は、**権文善一『ちょっと気になる医療と介護』**（勁草書房）第 1 章（2017）が明快に説明しています。

○ [日本を含む] アジア 5 か国の医療制度の 200-2019 年の DALYs [障害調整生存年] の変化に関連する諸要因

Park S, et al: Factors associated with changes in DALYs in five Asian health systems, 2000-2019. *Health Policy* 168 (June 2026) 105619, 10 pages [量的研究・国際比較研究]

アジアにおける急速な人口高齢化により、疾病負荷が急増している。しかし、DALYs（障害調整生存年）の変化に影響する要因についての研究は限られている。本研究の目的は、中国、日本、シンガポール、韓国及び台湾の 2000-2019 年の DALYs の変化に寄与する諸要因を検証することである。2021 年の「世界疾病負荷調査（Global Burden of Disease Study）」のデータを用いて、横断面分析を行った。2010-2019 年の DALYs の変化を以下の 4 要因に分解した：人口規模、年齢・性構造、1 人当たり疾病発生件数 (disease cases per person)、および疾病当たり DALYs。

その結果、2000-2019 年に総 DALYs は 5 つの国・地域すべてで増加していた。事故、感染症、産科疾患、新生物、及び栄養障害による DALYs は減少していたが、非感染性疾患による DALYs は増加していた。寄与率を計算したところ、人口の高齢化（年齢・性構造の変化）が総 DALYs 増加の主因で、寄与率は 33.6% だった。人口増加の寄与率は 5 か国（単純）平均で 15.3 % だった。しかしこれらによる増加は、疾病当たり DALYs の減少（29.4 % 減）により部分的に相殺されていた。1 人当たり疾病発生件数の寄与率は相対的には小さく、平均 3.4 % 減だった。注目すべきことに、1 人当たり総疾病件数は増加していたにもかかわらず、非感染性疾患による疾病当たり DALYs は顕著に減少していた。以上から、アジア 5 か国における DALYs 増加の主因は人口高齢化と人口増加と結論づけられる。しかし、疾病当たり DALYs は減少しており、このことは疾病マネジメントが改善したことを示唆している。これらの国・地域における非感染性疾患の負荷が増加していることを踏まえると、効果的な介入に焦点を当て続けることが重要である。

二木コメント— 5 か国・地域の国際比較ですが、著者の独自調査による基づくものではなく、有名な「世界疾病負荷調査」の結果を用いた、いわば他人の鞭で相撲をとった研究と言えなくもありません。私は、まだ中所得国である中国が、他の 4 つの高所得国・地域と同様の変化をしていることに注目しました。なお、本論文は調査対象に台湾を含むためか、country は用いず、health systems、locations、societies を用いていましたが、日本で慣用表現に従って「国・地域」と訳しました。

○ ワクチン [接種に対する金銭的] インセンティブは内発的動機づけを傷つける：プライ

ミング実験から得られたエビデンス

Huynh J, et al: Vaccine incentives harm intrinsic motivation: Evidence from a priming experiment. *Health Economics* 35 (2):312-331,2026 [量的研究]

ワクチン接種に対する金銭的インセンティブ（以下、インセンティブ）は内発的動機づけを弱める可能性があるが、この影響についてのエビデンスはごく限られている (scarce)。ワクチン接種をためらっている成人 513 人を対象にして、金銭的インセンティブを示すと、COVID-19 のワクチン接種を受ける意思が低下するかについて、プライミング実験を行った。（プライミング実験は心理学や認知科学の実験手法で、「事前に受けた刺激（情報）が、その後に続く行動や判断に無意識に影響を与える現象」を調べるもの—二木）。

その結果、プライミング参加者の 14 % はインセンティブなしでもワクチンを受けようと思っていたが、インセンティブを提示された後は、ワクチンを断った。さらに、プライミング参加者ではワクチンの安全性への認識が 9 ポイント低下し、ワクチンに対する向社会的態度 (prosocial attitudes) が 10 ポイント低下した。これらの否定的影響は、人種的・民族的マイノリティの男性、及び実験参加前からワクチンに対する信頼が低かった人々に集中していた。以上の結果は、ワクチンに対するインセンティブの予期せざる結果を示している。

二木コメント—医療行動経済学の緻密な実験です。心理学では、以前から、金銭的動機付けは内発的動機付けを弱めることが指摘されてきましたが、それをワクチン接種についてキレイに示したと思います。要旨は簡潔ですが、20 頁の大論文です。

○プライマリケア医の趨勢：アメリカと他の 9 か国での不満、ストレスとバーンアウトの比較

Steinbeck V, et al: Primary care physician trends: Dissatisfaction, stress and burnout in the US and 9 comparator countries, 2012-22. *Health Affairs* 45 (3):251-260,2020 [量的研究・国際比較研究]

プライマリケア医のバーンアウトとウェルビーイングの低下は、医師労働力の持続可能性と健康アウトカムを脅かしている。彼らがどのようにしてバーンアウトし、それを防ぐためにどんな対策がとられているかの国際比較は政策変化に有用だが、エビデンスは限られている。2012-22 年のアメリカと他の 9 つの高所得国（オランダ、スイス、フランス、スウェーデン、ドイツ、イギリス、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド）のプライマリケア医の調査データを用いて、すべての国でストレスを感じている医師の割合が増加していることを見いだした。2022 年には、アメリカはバーンアウトしたと回答した医師の割合がもっとも高い国の一つだった（平均 44 %。同レベルは、ニュージーランドとカナダ）。逆に、スイス（18 %）とオランダ（12 %）ではこの割合が最も低く、満足度は高く、ストレスの訴えも少なかった。いずれの国でも女性医師のバーンアウトのオッズ比は高く、職場環境—所得と事務作業量への満足を含む—と、コロナ・パンデミック後の医療の質の良さは、バーンアウトのオッズ比の低さと関連していた。バーンアウトを減らす努力は、バーンアウトの性差にきちんと対処すると共に、医療の質改善、柔軟な労働時間、及び主治医交代制 (patient cross-coverage) 等の総合的対策を含むべきである。他国の経験から深く学べば、次の戦略が明らかになる。

二木コメントー近年、特にコロナ・パンデミック後、世界的に問題になっている医師のバーンアウトについての貴重な国際比較研究です。

○「幽霊」医師：メディケイドと契約している医師の4分の1以上が2021年に受給者の診療をしていない

Zhu JM, et al: 'Ghost' physicians: More than one-quarter of physicians enrolled in Medicaid delivered no care to beneficiaries in 2021. Health Affairs 45(2):129-137,2026 [量的研究]

医師のメディケイド診療契約率（以下、契約率）は長いこと低かったため、それを高める改革が進められてきたが、メディケイドと契約した医師が実際にどのくらいメディケイド受給者（以下、患者）の診療をしているかは不明である。メディケイドと契約した医師の実際の診療パターンを評価するために、医師のメディケイド契約ファイルとメディケイドの2019-2021年の診療報酬請求データをリンクし、以下の5種類の診療科医師に焦点を当てて分析した：循環器科、皮膚科、眼科、プライマリケア科、精神科。メディケイドの何らかの診療報酬請求を行った医師の割合と、医師1人当たりの年間メディケイド患者診療回数を調査した。

その結果、2019-2021年に各科医師の68-89%（全科平均は76.3%（2019年）～77.8%（2021年））はメディケイドと契約していたが、29%弱の医師が2021年にメディケイド患者の診療をまったく行っていない。メディケイド診療率は専門科により大きく異なっていた：精神科医の43.0%がメディケイド患者を2021年に1人も診療していない「幽霊」医師だったのに対して、プライマリケア医の33.7%はメディケイド患者を150人以上診ていた。ほとんどの医師はメディケイドとの契約を継続していたが、「幽霊」医師の5分の1、「周辺的」医師（メディケイド患者の診療が年1-10人）の3分の1が、2020-2021年に、メディケイド患者の診療回数を増やしていた。以上の結果を踏まえると、対象を限定した政策ー特に精神科医師へのーが、医師のメディケイド患者の診療回数を増やし、メディケイド患者のアクセス・ギャップを減らす可能性がある。

二木コメントー私は、アメリカの医師のメディケイド診療契約率が低いことは知っていましたが、契約しても患者の診療をしない「幽霊」医師がこれほど多い（特に精神科）ことは知りませんでした。この背景には、医療扶助と社会保険の診療報酬点数が同一である日本と異なり、アメリカではメディケイドの診療報酬が民間保険はもちろん、メディケアよりも相当低いこと、しかもその州間格差が大きいことがあると思います。精神科で「幽霊」医師が飛び抜けて多いのは、メディケイドの精神科診療報酬が他科に比べて低いためかも知れません。ただし、本論文では診療科別の診療報酬の違いは調査していません。

【参考】今では信じがたいことですが、日本でも、1970年には生活保護法による指定医療機関は、全国の一般診療所の69.9%、歯科診療所では57.8にすぎませんでした。しかも、歯科診療所ではこの割合は1960年の67.6%から減少し続けていました。この割合は都市部で特に低く、1972年には東京都区部では35.2%、同市部では32.6%にすぎませんでした（小川政亮「患者を拒否する指定医療機関」『医療と人間と』1号：176-194頁、1973）。この割合は病院では92.2%（1970年）でしたが、東京の大学病院のうち、国立の東京大学と東京医科歯科大学の附属病院は生活保護法による指定を受けていませんでした。本論文を読んで、53年前に感銘を受けたこの論文を思い出しました。なお、この雑誌は書架に保

存しているのを覚えており、数秒で見つけました)。

○ [アメリカにおける 1970-1990 年の日本との] 輸入競争と死亡率の人種格差：日本からの貿易ショックから得られたエビデンス

Chatterji P, et al: Import competition and racial disparity in mortality: Evidence from the Japanese trade shock. *Health Economics* 35 (2):265-293,2026 [量的研究]

本論文は、1970-1990 年の日本からアメリカへの輸入増加がアメリカ人の死亡率に与えた影響を、シフトシェア操作変数法を用いて検証する。全体としては、日本からの輸入増加は心血管系疾患(CVD)死亡率の増加と事故死の減少と関連していた。日本からの輸入の絶望死に対する影響は一貫していなかったが、輸入と薬物関連死の間にはプラスの関連があった。これらの影響には有意な人種的影響があった。特に、労働者 1 人当たり 1000 ドルの輸入増加(import exposure per worker, IPW) は 20-64 歳(生産年齢人口)黒人の CVD 死亡率(10 万対。以下同じ)の 3.0 %増加と関連していたが、白人死亡率への影響は有意ではなかった。さらに、労働者 1 人当たり 1000 ドルの輸入増加は 20-64 歳黒人の薬物関連死亡率の 13.5 %増加と関連し、白人の 7.8 %増加と関連していた。事故死亡率への影響は白人で大きかった。今回の検証では、CVD と薬物関連の死亡率増加は男性、及び自動車またはコンピュータ産業における雇用が相対的に多い地域に集中していた。

コメント— 1970-1990 年に起きた日本からアメリカへの洪水的輸出が、アメリカの全国レベルの死亡率に与えた影響についての膨大な(29 頁の)計量経済学的研究です。自動車産業だけでなく、コンピュータ産業(ただし、ハードウェア)も日本がアメリカを凌駕していた時期があったとは隔世の感があります。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 256)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○**菊池雄星**（日本のプロ野球とアメリカ・メジャーリーグで通算 121 勝（2025 年末現在）を挙げた現役大リーガー。年間 200 冊以上本を読む読書家としても知られている）「…どうやら僕は、『続ける能力』が最大の長所らしいのです。／たしかに、これまでの人生を振り返ってみると、『我ながらよく続けたな』と思うことがいくつかあります。（以下略）（『こうやって、僕は戦い続けてきた。「理想の自分」に近づくための 77 の習慣』PHP、2026 年、59 頁）。**二木コメント**ー私自身も最近、同じことに気づいたので大いに共感しました。本書は、優れた体験的プロフェッショナル論ですが、研究者論としても参考になると思います。

○**筒井清忠**（帝京大学学術顧問、専門は日本近現代史。明治 150 年記念事業に続き、昭和 100 年の関連施策のアドバイザーを務める。昭和の戦争や軍人に関する書籍には誤りが多いといい、記念事業を機に正確な昭和史を残し、広めることを望んでいる）「**間違いからは学べないので、正確な歴史を尊重する機会にしてもらいたい**。それが先人の苦労をしのぶことだ」（「読売新聞」2026 年 4 月 21 日、文化欄「間違いからは学べない」）。**二木コメント**ー私は、間違いから学べることは少なくないし、学ぶべきと思っていますが、ベテラン研究者には「正確な歴史」を残すことも重要な役割と思い、最近、第二次大戦後の医療政策史を見直す研究も行っています。

○**天野慎介**（全国がん患者団体連合会（全がん連）理事長。高額療養費制度見直し案を一時凍結に追い込み、文字どおり国会を動かした功労者）「アドボカシー活動をしている時に私がいつも注意しているのが、**情と理、あるいはナラティブとエビデンスのバランス**です」、「今回実感したのは、**政策もナラティブとエビデンスのバランスの中で決まっている**ということです。われわれも、要望する際は、そのことに留意することが重要です」（全がん連は、見直し案反対の伝統的な署名活動を行うと同時に、アンケートによって実際に困っている患者・家族 3623 人の生の切実な声を集め、それが世論と国会議員たちを動かした。2025 年 12 月 14 日に開かれた NPO 法人がんと共に生きる会 25 周年記念公開講座での講演「がん患者の要望を社会に届けるアドボカシー」でこう述べたと、福島安紀氏（医療ライター）が紹介。「がんナビ」2026 年 3 月 17 日

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/202603/592445.html>）。**二木コメント**ー「政策もナラティブとエビデンスのバランスの中で決まっている」は至言と思います。私は 2026 年 1 月 22 日の日本弁護士連合会シンポジウム「人権としての『医療へのアクセス』の保障」で、天野さんの同趣旨の発言を聞き、感銘を受けました。

○**天野慎介**「**正しいことを言っているだけでは、世の中は残念ながら前に進まない面があるし、それが政治の世界だと思います。大切なのはアウトカム（成果）です。私たちが正しいと思うことを主張するのがゴールではなく、政府や与党が動いてくれるのがゴール**なので、政策を動かすことが選挙のためにも患者さんのためにもなる、とさせていただくこ

とが重要なわけです」(西村章『高額療養費制度』集英社新書、2026年、95頁)。**二木コメント**—高額療養費制度見直し案の「一部凍結」という、「現行憲法下では初めての出来事」・「アウトカム」を出した天野さんの発言だけに重みがあると感じました。

<その他>

○**浜田宏一** (米エール大学名誉教授。第二期安倍政権で、「アベノミクス」のブレーンを務めた。90歳)「イラン攻撃を巡っては国際法違反の疑いが持たれており、その横暴を増長させないようにすることは同盟国の義務だ。日本への原爆投下を正当化するような発言や、先の日米首脳会談での真珠湾攻撃をめぐる発言など、**トランプ大統領は日本人に対しても人種差別的な感覚を持っている可能性がある**。そのことを日本の国民はもっと注目してほしい」(『週刊エコノミスト』2026年4月28日号：18頁。高市首相の「米国との向き合い方」について問われてこう述べた)。**二木コメント**—ゴチックの見方は初めて知り、新鮮でした。

【**再掲**：トランプ大統領の「日本への原爆投下を正当化するような発言」は、本「ニューズレター」246号(2025年1月)で以下のように紹介】。

○**ドナルド・トランプ** (次期アメリカ合衆国大統領)「**私たちの時代の『マンハッタン計画]になる可能性を秘めている**」(「読売新聞」2024年11月14日朝刊、「トランプ流論功行賞」。「トランプ氏は12日の声明で、次期政権で新設する『政府効率化省』について、第2次大戦中の原爆開発計画を持ち出して、目玉政策として取り組む姿勢をアピールした」)。

○**ヘンリー・キッシンジャー** (元米国務長官。2023年11月死去、100歳)「**一つの時代の終わりにはその幕引きをする人物が現れる。それがトランプ大統領だ**」、「彼は古い幻想を捨て去る役割を担う人物だが、意図的にやっているのではない」(2018年7月、英誌(フィナンシャル・タイムズ—二木補足)のインタビューで述べた言葉と紹介。市岡繁男「グラフで声を聞く トランプと80年サイクルの動乱期」の冒頭で紹介、『週刊エコノミスト』2026年4月28日号：90頁)。**二木コメント**—さすがにキッシンジャー氏の洞察は深いと重いました。

○**黒田賢治** (国立民族学博物館准教授。専門は中東地域研究、文化人類学、イスラーム研究)「ホメイニー路線の対外認識では、世界には二つの巨悪が存在した。／一つは、前章で示したように、革命前の王制との蜜月を築き、かすかすの陰謀を働いてきた**大悪魔アメリカ**である。もう一つはパレスチナを不当に占領し、その存在を容認しない**小悪魔イスラエル**である」(『イラン現代史』中公新書、2025年、92頁)。**二木コメント**—アメリカとイスラエルのイランへの国際法違反の激しい先制攻撃をみると、大悪魔、小悪魔は言い得て妙な形容と思いました。なお、英語ではそれぞれ**The Great Satan, The Little Satan**と言うそうです(The Economist March 7th, 2026:82頁)。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第59回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」98号 (2026年4月11日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/o好み

A. 論文の書き方・研究方法編

○中島啓『臨床医のためのライフハック 「診療・研究・教育」がガラッと変わる時間術』医学書院、2025年12月。

…亀戸総合病院で内科チェアマン等として忙しい日々を過ごしつつ、旺盛な執筆活動も行っている著者が、医師として20年間の試行錯誤を通して身につけてきた「ライフハック」(仕事や日常生活における無駄を省き、効率や生産性を高めるための「ちょっとしたアイデアや知恵」)を、分かりやすく紹介。次の全11章:①ビジョンとキャリア形成の基本、②自己管理、③学習方法、④業務効率化、⑤教育、⑥ウェブ発信、⑦学術、⑧執筆、⑨問題解決、⑩組織、⑪臨床医2.0(生成AIの活用法)。各章とも「case」として、著者の経験(「数々の迷いや葛藤、そして失敗」187頁)を率直に紹介。中心は知的生産の技術と時間管理術。主として臨床医向けの本だが、それ以外の分野の専門職にとっても参考になる。著者が学んだ文献の紹介も豊富だが、医療政策や社会科学に関する文献は含まれていない。

○市塚肇『盗用リスクを回避しつつアクセプトを狙う“これだけ英文法” 生成AI時代の医学・科学英語論文作成術』日本医事新報社、2025年12月。

…AIを使って医学論文を投稿したいと考えている人が抱く疑問に答え、「AIが作成した英文を、自分のオリジナルな英文に変換する際に必要となる医学論文特有の文法知識、そしてアクセプト率を高めるためのテクニカルライティングについて」、「文法ノウハウ、表現法に焦点を当てて」(x-xi頁)丁寧に解説。全6章。類書に比べて、冠詞の使い方の説明が特に詳しい(第3章):「冠詞はコンテキストで決まる」(159)等、著者自身の経験を踏まえており説得力がある。なお、「英語圏において、定冠詞theの使用頻度は年々減少傾向」とのこと(148頁)。医学論文に限らず、社会科学を含む実証的科学英語論文を執筆する際の必読書と言える。英語論文を翻訳・抄訳する際にも参考になる。

○トリーシャ・グリーンハーフ、ポール・ダイクストラ著、日経メディカル編集部訳・編、後藤匡啓解説『医学論文を正しく選び・読む技術 生成AIに振り回されないための基礎知識』日経BP、2025年12月(原著:How to read a paper The Basics of Evidence-Based Healthcare, 7th Edition, 2025. First Ed, 1996)。

…1996年に初版が出されて以来版を重ね、世界20以上の言語に翻訳されてきた「エビデンスに基づく医療」の教科書a/o百科事典の最新版(第7版)の日本語訳。全20章・463頁の分厚い本。第11章は医療経済評価を、第12章は質的研究についても解説している。第17章では「AIと医療に関する論文」について論じている。各章の冒頭に後藤氏による簡潔な「1分で分かる…ハイライト」が付けられている。EBMを本格的・体系的に学びたい人向けの本。

○松元崇『武器としての日本語思考』新潮社新書、2026年2月。

…「武器としての日本語思考」とは、「**英語をそれなりに使いながら、日本語の思考で世界と戦う**」こと。「日本語は主語を使わず、自己主張を前面に押し出さない言語」。このような視点から、霞が関の元最高幹部を書いた体験的日本（再興）論。全10章。私は、**第5章「英語の議論にどう対抗するか」**が参考になった：「**小さい声でしゃべっても通じない**」等。

○石黒圭『本物の読解力』SB新書、2026年3月。

…「文章をきちんと読む」精読の方法を、①正確に読む、②深く読む、③批判的に読むの3つに分け、②・③を中心に、「現代社会で必要とされる実践力の高い読解技術を幅広く紹介」。類書と違い、②「深く読む」で、「**書いてあることから推論し、書いていないことまで読む技術**」を詳しく書いている。全3部・12章で、言語学者らしく、理路整然と精密・厳密に記述しているが、それだけにスラスラとは読めない。まず「はじめに」を読んで、自分と波長があうと思ったら、本文を読めばよい（あわないと思ったら、無理して読む必要はない）。なお、私は「**本物の**」あるいは「**真の**」という形容はく上から目線a/o独善的>（「本物」以外はみな「偽物」???）と思い、個人的には絶対に使わない。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○高橋太「**医療の非営利性の侵害・医療ビジネスの跳梁—規制強化と放縦の二律背反と意の倫理**」『国民医療』369号：10-23頁、2026年3月。

…近年の「医療の非営利性の侵害と医療ビジネスの跋扈」について、独自調査も含めて詳細に報告。2002年に「医療特区」で解禁された営利企業の医療機関開設は頓挫しているが、「企業参入の盲点」として一般社団法人（非医師も設立可能）による医療機関開設が急増している。高橋氏の独自調査によると、一般社団法人立で（美容医療等の）自由診療のみの診療所が約400あり、その多くが東京都に集中している。法制度の盲点を突いたバーチャル空間でのオンライン診療ビジネスも急増している。「医師が常駐しないオンライン診療のための診療所」が2025年医療法改正で認められ、2026年度診療報酬改定でその3種類の評価が新設されたが、営利企業の参入も始まっている等。私は、高橋氏が営利企業だけでなく、「企業家的な医師」も批判していることに注目した。私の恩師の**故川上武先生は、「医療の営利化」概念に、「企業の医療への導入と、企業家的医師の活動範囲の拡大」の両方を含むことを1991年に提唱**した（川上武・小坂富美子『医療改革と企業化』勁草書房、pp.iv-v）。私もこの複眼的視点から医療の営利化・企業化を分析している。最新の情報満載の論文だが、まとまりに欠け非常に読みにくい。

○村上正泰「**地域医療構想の先を行く診療報酬改定**」『医薬経済』2026年2月15日号：30-31頁（ウェブ雑誌）。

…2026年度診療報酬改定について最初に発表された評論。今回の改定における、急性期病院一般入院基本料の新設と急性期充実体制加算の急性期総合体制加算への衣替えは「**地域医療構想の1歩も2歩も先を行く**」、「**[急性期病床の] 評価軸を増やしていけば、診療報酬制度は複雑になるばかり**」と批判し、それらと既存・併存する急性期一般入院基本料との違いについて、地域医療構想との関係を含め、「**筆者の私見と現時点での予測**」を分析的に書い

ている。最後を、「複雑に入り組んだ制度がどこまで効果的に機能するのか、注視する必要がある」と結ぶ。

○「林修一郎・厚生労働省保険局医療課長に聞く」Vol.1 2026年度改定は物価高騰・賃上げ、機能分化、従事者減少の3本柱、Vol.2 ベア評価料「届け出4割」が壁、2025年度以前の対応評価、Vol.3 外科加算の新設で若手の外科離れに歯止め、Vol.4 入院料で新機軸、急性期A・B新設「病院機能」を評価、Vol.5 かかりつけ医機能の評価、「診療報酬の議論に長い歴史」、Vol.6 改定の影響度、「機能」と「実績」で分かれる（聞き手：橋本佳子）m3.com（2026年3月3日にインタビュー。3月12、16、19、24、27、31日公開）。

…本年度の診療報酬改定の舵取りを行った林課長に、橋本氏が、改定内容を深く読み込んだ上で鋭く質問し、それに対して林課長が中医協での議論・資料も踏まえて、丁寧にかつ明快に回答。本年度改定の全体像と厚生労働省の狙いを理解するための最良の文献。特に、病院経営者はVol.4が、外科医はVol.3が、在宅医療を実施している医療機関・医師はVol.5が必読と思う。

私は、林課長の以下の率直な発言に注目・共感した（カッコ内は私の解釈）：Vol.「地域医療構想と診療報酬の関係については、以前から『診療報酬は地域医療構想に寄り添う』と表現されています」（この表現は、2017年1月25日の中医協総会で迫井正深医療課長（現医務技監）が最初に用いたが、その後公式にはあまり使われていなかった。それを林課長が確認した意義は大きい）。Vol.2「医療界で働く方々の賃金が上がれば、それが社会保険料や税にも跳ね返り、最終的には医療費の原資にもなっていく」（日本の維新の会の社会保険料大幅引き下げの主張をやんわりと牽制）。Vol.4「実際にどの程度の医療機関が『急性期病院A』を算定するかですが、病床機能報告を基に『救急搬送件数が年間2000件以上、かつ全身麻酔手術件数が年間1200件以上』という基準で機械的に試算すると、対象は約500余りの施設となります」（機械的の試算とは言え、病院数を明記したのは初めて）。Vol.6「長期処方とリフィル処方に差をつけ、無理にリフィル処方へ誘導するといった意図はなく」（リフィル処方を積極的に拡大する意思はない。私も大賛成）。

○林修一郎「賃上げ・物価対応や急性期入院医療などの内容を解説」『社会保険旬報』2026年4月1日号：6-15頁。

…2月24日の「MMPG主催 2026年度診療報酬改定セミナー」講演の要旨。2026年度診療報酬改定のポイントを簡潔に解説している。上記m3.comのインタビューと異なり、踏み込んだ発言はない。

○「特集 2026年改定—全詳報&シミュレーション Part 2 2026改定の影響度シミュレーション」『月刊／保険診療』2026年3月号：15—15頁。

…6論文掲載。地域包括・ケアミックス病院、高度急性期・拠点型病院、小規模ケアミックス病院、在宅医療、大規模病院別に、各医療施設の経営責任者が自院（当院）の診療報酬改定のシミュレーション結果を紹介。

○「特集 徹底分析！ 2026年度診療報酬改定」『日経ヘルスケア』2026年4月号：26-63頁。

…総論（全体動向）と10の各論（入院・外来・在宅医療分野をそれぞれ細分）別に、同誌

記者が診療報酬改定の狙い・ポイントを読み解き、対応を示唆。

○島崎謙治「国民皆保険の危機と展望」『Monthly iHEP（医療経済研究機構レター）』360号（2026年3月）1-11頁。

…「はじめに」と「おわりに」で、「意識せぬまま、あるいはまっとうな議論が行われぬまま国民皆保険が形骸化する」ことに警鐘を鳴らしている。本文は3本柱で、1と2は島崎氏の十八番の事実認識と主張の解説が中心だが、2(3)で「2026年度診療報酬改定の内容と特徴」を簡潔にまとめている。3(3)で、高市政権の消費税減税に「賛成できない」理由を4点あげ、3(4)で「給付付き税額控除」についても「制度設計をめぐる課題も山積している」として、問題点を7点挙げている。3(4)はまだほとんど議論されていないため大変勉強になるとともに、給付付き税額控除を短期間（少なくとも2年間）で実現することはほとんど不可能であることがよく分かった。

○宮脇敦士「低価値医療・無価値医療」『医療経済研究』37巻2号：130-144、2026年3月。

…日本で低価値医療や無価値医療の大規模実証研究や政策提言を精力的に行っている宮脇氏によるこのテーマについての日本初の本格的な総説論文（引用文献58）で、このテーマについての必読文献。論文の本文では、まず、「低価値医療・無価値医療の歴史と概念」について解説し、次に「低価値医療に関する〔実証研究の〕知見」を宮脇氏グループが行った3種類の大規模実証研究（①急性期病院、②診療所、③一般集団）を中心にていねいに紹介し、最後に「低価値医療・無価値医療に対するアプローチ」と「日本の現状と今後への提言」を述べる。

論文の冒頭（「はじめに」）では、**低価値医療と無価値医療を区別**し、前者を「現時点で利用可能なエビデンスに基づき、患者に対する健康改善効果に比べて費用が上回ると判断される医療行為」、後者を「患者に健康改善効果をまったくもたらさない医療サービス」と定義し、論文の最後を「その第一歩として、多者間で合意が得られやすい『無価値医療』を明確に同定し、優先的に対策を講じていくことが重要であろう」と結ぶ。本文でも、「低価値医療の概念の複雑さは、その削減における大きな障害となっている。明確に無効または有害な医療は削減の対象としやすいが、臨床的効果が小さいもののゼロではない医療については、費用や害とのトレードオフが主観的になる場合があり、利害関係者や患者ごとに価値判断が異なるため、低価値の線引きには不確実性が伴う」と指摘している。私もこれらの定義・指摘に大賛成。ただし、論文の本体で紹介されているのは、ほとんど「低価値医療に関する知見」だけ。宮脇氏には、今後、「多者間で合意が得られやすい」ため、実際の医療政策にも採用されやすい「無価値医療」についても実証研究をすることを期待する。

○読売新聞・日本国際問題研究所「全国世論調査」の社会保障に関する設問と解説。「読売新聞」2026年3月25日朝刊13面。

…本調査は2026年1月19日～2月26日に郵送方式で実施し、2085人が回答（回答率70%）。社会保障に関については、＜**社会保障「充実より負担減」6割**＞の見出しで、冒頭、以下のように報じている。＜今後の社会保障のあり方として、サービスを充実させることと、負担を軽減させることでは、どちらを優先させるべきだと思うかを聞くと、「どちらかといえば」

を含めて「負担の軽減を選んだのは64%に上り、「サービスの充実」は32%にとどまった。
(以下略)。>

この解釈は、私の新著『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』（勁草書房、2026年3月）の序章第2節で分析した6つの全国調査の結果（国民の4～6割は負担増を容認）とは、一見全く異なるが、これは「読売」の設問が不適切なため。なぜなら、今後の人口高齢化を考えると、現行の社会保障の給付を維持するだけでも負担増は避けられないにも拘わらず、社会保障の負担減を行うと給付も大幅に減る事実に触れずに質問しているから。私は、「どちらかといえば負担の軽減」を選んだ人々（43%）の大半はこの事実を知らず、負担を軽減しても現在の給付水準を維持できると考えていると思う。

これは私の独断ではなく、別の「国の負担を増やす方がよいと思う」分野についての設問に対して、43%が「医療」を、40%が年金を、36%が「介護」をあげ、それらを「減らす方がよい」との回答は、それぞれ6%、5%、4%にすぎない。この結果は、上記の「どちらかといえば〔社会保障の〕負担の軽減」が43%との結果と矛盾。その上、社会保障の費用は税金と社会保険料の両方で賄われており、しかも社会保険料の方がはるかに多い事実を踏まえると、「国の負担を増やす」「減らす」との設問も不適切。社会保障についての解説は最後に、「制度の充実は望んでいるものの、自分の懐を痛めてまでやらなくてもいいというのが、国民の率直な気持ちだと見えそうだ」とまとめているが、設問自体が不適切であることについては無自覚。

「読売」は、「医療部」「社会保障室（旧・社会保障部）」という他の全国紙にはない伝統ある部署を持っているにも拘わらず、このような不適切な設問と皮相な解説をしたのは理解に苦しむ。

【参考・適切な設問の例】（両方ともウェブ上に公開）

○共同通信「全国電話世論調査」（2026年3月7・8日実施）「自民党と日本維新の会の与党は、食料品や飲料の消費税2年間ゼロに向け検討を加速すると衆院選公約に掲げました。消費税は、年金や医療、介護など社会保障の財源です。あなたは、与党の消費税減税案に賛成ですか。反対ですか」→賛成58.4%、反対35.0%、分からない・無回答6.6%。

○日本テレビ「定例世論調査」（2026年3月20-22日実施。電話調査）「消費税は、社会保障の財源にあてるよう法律で定められています。消費税の税率を引き下げた場合、社会保障制度が維持できなくなる不安を感じますか、感じませんか」→感じる62%、感じない31%、答えない6%。

○中村秀一「『国民負担率50%以下』という壁があった（霞が関と現場の間で74）」『社会保険旬報』2026年4月1日号：25頁。

…冒頭、2026年の国民負担率が45.7%の見通しとなり、2025年に続いて2年連続で低下することを指摘した上で、第二臨調の最終答申（1983年3月）で国民負担率を「現在のヨーロッパ諸国の水準（50%前後）よりはかなり低位にとどめることが必要」とされて以来、「国民負担率」という目標が社会保障の伸びを抑制する壁として立ちはだかることになったと指摘。それに対して、中村氏が担当することになった『1999年版〔平成11年〕厚生白書』では、社会保障の意義と役割を再確認するべく「社会保障と国民生活」を特集し、国民負担率だけでなく、社会保障費の対GDP比を示し、負担から給付を引いた「純負担率」も提唱し

ようとしたが、大蔵省からクレームが出て、本文では国民負担率と対 GDP 比の両方を示し、純負担率は「コラム」で記述することで決着したことを回顧。

これは、『1999年版白書』作成の舞台裏を示す貴重な証言と思う。なお、私は昭和31年版～平成29年版白書の「社会保障と経済（成長）の関連の記述の変遷」を調べたとき、『平成11年版白書』を「『社会保障と経済』について、初めて本格的に論じた白書」と高く評価した。その際、同白書が「憲法25条の理念・規定に3回も言及」したことにも注目した（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,182頁）。

C. 政治・経済・社会関連

○菅義偉『菅義偉 官邸の決断』ダイヤモンド社、2025年12月。

…『週刊ダイヤモンド』の連載（2023年8月～2025年6月）をベースにした菅義偉元官房長官・首相の回顧録。全9章。菅氏が、安倍政権・菅政権でさまざまな危機に臨んで、どのように「決断」してきたかの自慢話の連続。医療政策に関して、『『夢の新薬』オプジーボの薬価引き下げ』（87頁）と「少子化問題解消に 대응する不妊治療の保険適用」（173頁）にも触れているが、すべて既知のことで、医療・社会保障改革全般についてのまとまった記述はない。もちろん（?）、2020年10月の日本学術会議会員候補の任命拒否にはまったく触れていない。「書き下ろし後記」も饒舌・自己宣伝。私は今まで、政治家や厚生労働省元高官の回顧録・オールラウンドヒストリーをたくさん読んできたが、これほどつまらない・無内容なものは初めて。

○黒田賢治『イラン現代史 イスラーム革命から核問題、対イスラエル戦争まで』中公新書、2025年11月。

…1979年にホメイニ師を中心とした革命で発足したイラン・イスラーム共和国の最新の通史。序章と終章を含め全7章。序章で「近代国家建設と東西冷戦構造」についてスケッチし、第1章～終章で革命後の軌跡を政治・経済・社会の諸側面から経時的に紹介しており、イラン現代史についての教養が身につく。

私は、本書を読んで、イラン（国家・国民）のアメリカに対する憎しみの根深さがよく分かった：アメリカは民主的に選出されたモサデック政権を1953年に転覆、1980年のイラクによるイラン侵攻を支援等。革命後30年間、政権内での激しい対立・確執が続いていたにも拘わらず、中東諸国で唯一、まがりなりにも大統領選挙が行われ続けられてきたことの重みを再確認した。今までよく理解できなかった「革命防衛隊」の制度的位置づけと実態も分かった：イランは特殊な「軍産複合体」（192頁）。

○西山隆行『7つのキーワードでみる分断国家アメリカ』平凡社新書、2026年1月。

…トランプの大統領返り咲きでさらに深刻化しているアメリカ社会のさまざまな分断を、以下の7つの領域別に、中立的にバランスよく解説：①民主主義、②格差と分断、③人種・民族（エスニシティ）、④ジェンダー、セクシュアリティと宗教、⑤教育、⑥犯罪と暴力、⑦コミュニティ（全7章）。ただし、私には大半は既知のことで、新しい記述はほとんどなかった。分断の背景には民主党と共和党との「勢力の拮抗」があり、この点では韓国に似ていると感じた。トランプ大統領の支持者と言われるラストベルトの元労働者は、「グローバル

化の下で一番困窮した人ではありません。最も困窮したのは黒人の女性」(62頁)、「中絶の問題は、当事者や活動家にとっては重要問題ですが、当事者以外の人々にとっては直接的な関係がありません」(126頁)等の醒めた指摘は説得力がある。

○川北省吾『新書 世界現代史 なぜ「カこそ正義」はよみがえったのか』講談社現代新書、2025年12月。

…プーチン、習近平、トランプの行動の背後に一つの時代潮流(トレンドライン)があるとの「視座」から、現代と世界を理解しようとした意欲作で、「三者を動かしているのは『失地回復』(レコンキスタ)への強烈な意志(妄想)だ」との主張は新鮮。全9章。これら3か国以外に、『南』の逆襲—BRICSの論理と心理(第5章)にも触れているのに、中東では"the Little Satan"と忌み嫌われている(ちなみにアメリカは"Great Satan")イスラエルについてまったく触れていないことには疑問がある。冷戦終了後30年間、激変し続けている世界政治についての最新知識と教養を得ることができる。著者は、国際的取材経験が豊富なジャーナリスト(現・共同通信論説委員)なので、記述は非常に分かりやすく、しかも臨場感がある。

○細谷雄一『危機の三十年 冷戦後秩序はなぜ崩壊したか』新潮選書、2026年2月。

…イギリス外交史の研究者が、ポスト冷戦時代の「三十年」の「光」と「影」の歴史を、「危機の三十年」と位置付け、この時代の全体像を、膨大な文献に基づいて、「ユートピアニズムの再来」と「リアリズムの復権」という複眼的視点から、俯瞰・再解釈している。はじめにと終章を除き、全5章。「ロシアから見る冷戦後の三十年と、西側諸国から見るそれとでは、景色が大きく異なる」こと—特に「西側世界の奢り」(第4章)—が良く分かり、日本で流布している西側諸国の視点を相対化できる。例：ウクライナの2019年の「マイダン革命」は、アメリカのバイデン副大統領等の積極的反政府デモ支援により実現した(219-222頁)。著者は「ロシアから見る視点」をていねいに紹介しつつも、ロシアのウクライナ侵略自体は厳しく批判し、日本でのそれを「容認するかのような言説」(佐藤勝氏等—二木)が多く見られたことも批判。

ただし、ロシア vs 欧米のみの分析に終始し、中国やグローバルサウスについてはほとんど触れていない。研究者らしく記述は厳密だが、一部の章(第4章)は、一般読者には詳しすぎると思う。私は、著者が歴史の「再解釈」にとどまらず、「三度目となる核戦争の到来を阻止することが可能だ」という前向きな視点から書いていること(終章『第三次世界大戦』を防ぐために)等に好感を持った。

○神田真人『世界金融秘録』文藝春秋、2026年3月。

…財務省財務官退官後、2025年からアジア開発銀行総裁となり、世界の金融政策の第一線で活躍している著者の回顧録。『文藝春秋』2025年1月号～12月号の連載を、「歴史の記録に貢献」すべくそのまま掲載し、「あとがきにかえて」でそれらの概説と補足を行っている。全12章。第1章～第5章で、2022年のソ連のウクライナ侵略以降の激動する世界の金融政策を詳細に記述しているが、「専門的な経緯」(87頁)なので、私を含めた一般読者には分かりにくい。私は第8章「GAFAに"税金の網"を」と第9章「G7からG20へ?」が一番勉強になった。後者では世界金融危機を招いた「ウォールストリートの強欲と無責任」を厳しく

批判しているが（156頁）、世界の金融政策にも様々な混乱をもたらしている第二次トランプ政権の批判は一言も書いていない。これは、アジア開発銀行総裁としての政治的配慮 a/o 忖度と思う。「特別再録 日本はまだ闘える 国際収支から見た日本経済の未来図」も、このテーマについての財務省の見解を知る上では参考になる。

日本人初の OECD コーポレートガバナンス委員会議長として、「OECD で企業統治の世界基準の策定に奔走した」こと（第 11 章）等、神田氏の超人的活躍と、それを支える財務省の底力がよく分かる。ただし、読んでいて**神田氏自身及び財務省についての自信過剰・自己宣伝と他省庁無視は鼻につく**。元官僚には珍しく、「私が」を多用しているのもその表れ。例えば、「2013 年、私が開発政策課長の時に、日本の財務省で世界的な運動として推進することを決めたのが、ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ（UHC）」（127 頁）、「国際保健は…財務省の"伝統芸"」（129 頁）。この問題に詳しい友人に確認したところ、UHC は第二次安倍政権時代に、厚生労働省、外務省、財務省の 3 省で連携して推進されたとのこと。