

2026年6月5日(金)

## 「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻263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/>

263号の目次は以下の通りです(27頁)

1. 論文：医療保険の患者負担に「能力に応じた負担」・応能負担が導入された経緯と理由を探る(「二木教授の医療時評」(242)『文化連情報』2026年6月号(578号)：28-38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243回：2026年分その3：6論文) …13頁
3. 私の好きな名言・警句の紹介(その257)ー最近知った名言・警句 ……17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61回) ……19頁

### お知らせ

**1. 論文「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？」**を『日本医事新報』2026年6月6日号に掲載します。本「ニュースレター」264号(7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。

# 1. 論文：医療保険の患者負担に「能力に応じた負担」・応能負担が導入された経緯と理由を探る

〔二木教授の医療時評〕(242)『文化連情報』2026年6月号(578号):28-38頁

## はじめに

近年の医療保険制度改革における患者負担増では、高所得者に対して「能力に応じた(高)負担」・応能負担を求めることが常態化しています【注1・2】。直近では、2024年末に閣議決定された高額療養費制度見直し方針で、最高所得階層(年収1650万円以上)の自己負担限度額が、現行の25万2600円から44万4300円へと75.9%も引き上げるとされていました(その後、この方針は「凍結」され、2025年末に決められた再見直し方針では、最高所得階層の自己負担限度額の引き上げ率は35.4%に半減されました)。

しかし、このような応能負担は2001年以降新たに導入・拡大されたものであり、2000年以前は、応能負担原則は保険料に限定され、医療給付は所得の多寡によらず一律平等(定額または定率)であったことはほとんど知られていません。この事実は、医療保険制度改革の正史と言える著作や医療保険の「負担の公平」についての詳細な調査報告書にも、詳しくは書かれていません(1,2)。

そこで、『厚生(労働)白書』の各年版、「国会会議録検索システム」、1990年代後半の厚生省と与党の医療保険制度改革案と2000年の2つの審議会の「答申」、及び2005年以降の政府の社会保障制度の包括的改革についての各種報告書を用いて、医療保険の患者負担に「能力に応じた負担」・応能負担がいつ、どんな理由で導入されたかを調べました。

以下、まず1980年代以降の医療保険制度改革における患者負担増の推移を述べ、次に1980年～2025年版の『厚生(労働)白書』の記述の変化を示し、さらに2000年の健康保険法等改正案についての国会審議における厚生大臣の発言や論戦のハイライト等を紹介します。最後に、子ども・教育政策では医療とは逆に応能負担の緩和・撤廃と給付の普遍化が進んでおり、医療でも子ども医療についてはすべての自治体で何らかの医療費助成が実施されていることを指摘し、医療全般でも、応能負担は租税・社会保険料負担に限定し、医療給付は所得の多寡によらず平等で提供するとの「社会保険の原点」に立ち戻る必要があると主張します。

## 1980～1990年代は定額・定率負担

日本では1980年代以降現在まで、40年以上、厳しい医療費抑制政策(公式用語は「医療費適正化」)が続けられ、患者負担増が繰り返されていますが、1980～1990年代には定額・定率負担の導入・拡大が行われ、応能負担は導入されませんでした。

1982年に成立した老人保健法では、1973年から実施されていた老人医療費無料化が廃止され、翌1983年から70歳以上の高齢患者に、入院1日当たり300円、外来1月当たり400円の定額負担が導入されました。1984年に実施された健康保険「抜本改革」(当時の呼称)では、1927年の健康保険法実施以来57年間も続けられてきた本人10割給付が廃止され、1

割の定率負担が導入されました（法律の本則は2割負担）。

1997年には高齢患者の定額負担は入院1日当たり1000円、外来1日当たり500円（月4回まで+薬剤一部負担）に引き上げられました。健康保険本人の定率負担は1997年には2割（+外来は薬剤一部負担）に引き上げられました。

厳密に言えば、低所得者に対しては負担の軽減措置が行われることもありました。具体的には、高額療養費制度では1973年の制度開始時から、低所得者（住民税非課税）の自己負担上限額は低く抑えられています。しかし、高所得者のみを対象にした負担増はありませんでした。

それに対して、社会福祉分野（介護を含む）では、長年、措置制度によりサービス利用に際しての厳格な応能負担が実施されていました。特別養護老人ホームを例にとると、低所得者は無料またはきわめて低額の負担で入所できる反面、高所得者には多額の自己負担が求められ、市町村によっては20万円近い費用徴収がなされました。本人が低所得の場合でも、子などの扶養義務者が高所得の場合は、所得税額に応じた追加の費用徴収が行われました。しかし、2000年（つまり20世紀の最後の年）に開始された介護保険制度では、措置制度は原則廃止され、介護サービスの利用者負担は所得の多寡にかかわらず定率1割に変更されました。扶養義務者の追加負担もなくなりました。

しかし、2001年（21世紀の最初の年）に実施された健康保険法等改正では、高額療養費制度が見直され、自己負担限度額に「上位所得者」の区分が新たに設定され、初めて応能負担が導入されました。翌2002年に老人保健制度に高齢者の1割定率負担が導入された際は、「現役並み所得者」は2割負担とされ、高齢者の患者負担にも応能負担が導入されました。なお、これらの改革は2000年以前から検討されており、2001年に成立した小泉純一郎内閣が推進した「医療構造改革」とは直接の関係はありません。

高額療養費制度の70歳未満の自己負担限度額の所得階層は2015年度に5区分になり、70歳以上の高齢者のそれは2018年に3区分になり、高所得者の応能負担が強化されました。さらに、2026年8月からは70歳未満の所得階層は13区分になる予定です。

介護保険でも、2014年に「一定以上の所得者」の利用者負担が2割とされ、2017年には「特に所得の高い者」の利用者負担が3割とされ、高所得者の応能負担が導入・強化されました。

## 『平成12年版白書』だけが高所得者負担増の理由を明記

次に、1980～2025年版の『厚生（労働）白書』全44冊（1994年版と2019年版は発行されず）のうち、2014年版までは医療（保険）制度の解説部分を、2015年版以降は「全体版」の記述を調査しました。

その結果、1980～1999年版には、医療給付についての「応能負担」も「能力に応じた負担」的表現もほとんど書かれていませんでした。厳密に言えば、1980年版には、福祉の給付について「負担面においても、（中略）負担能力と受益に見合った適正な負担が行われるよう配慮」（171頁）と、1985年版には、社会保障制度について「負担の手法として、必要に応じ保険システムの活用を図るとともに、応益負担と応能負担をうまく組み合わせていくべき」（15頁）とチラリと記載されていましたが、一般論にとどまっていた。

なお、1984年の健康保険「抜本改革」実施直後に発行された1984年（昭和59年）版白書は、「被用者本人の給付率の見直し」（1割の定率負担導入）の理由を以下のように記載していました。「これにより、**医療を受けた人と受けない人との間の均衡や本人と家族との均衡が配慮されるようになる**とともに、**医療費についてのコスト意識が明確になり健康増進への意欲が高まる**ものと考えられる」（108頁）。

それに対して2000年（平成12年）版白書（2000年7月発行）では、「高額療養費の見直し」の説明（196頁。本文ではなく図）で、以下のように「**負担能力に応じた負担**」が初めて使われていました。「①所得の多寡にかかわらず一定の自己負担限度額を改め、上位所得者（月収56万円以上）について、負担能力に応じた負担となるよう自己負担限度額を引き上げる。／②医療費の多寡にかかわらず一定の自己負担限度額を改め、医療を受ける人と受けない人の負担の公平、コスト意識の喚起等のため、医療費に応じて自己負担額を設定する」。

「負担能力に応じた負担」は高所得者の負担増を意味し、その理由は、「**医療を受ける人と受けない人の負担の公平**」と「**コスト意識の喚起**」と言えます。しかし、この理由は、上述した1984年版白書に記載されていた健康保険本人に1割負担を導入した理由とほぼ同じであり、高所得者の負担を選択的に増やす理由にはなっていないと思います。しかも、このような負担原則の大きな変更を、この時期に行う理由も書かれていませんでした。

なお、上述したように、この「見直し」は2001年1月に実施され、白書出版時には法改正案はまだ国会審議中であつたにもかかわらず、白書では（2000年7月施行）と記載されていました。これは単純ミスとは考えられず、この時期までに健康保険法等改正案が成立すると見込んで、フライングをした可能性が大きいと思います。

2002年版白書にも「高額療養費の見直し」の事実は記載されていましたが、上記①・②の説明は削除されていました。

2003年版白書では、「**高齢者についても経済的能力に応じた負担**をお願いすることとし、70歳以上の者の自己負担を原則として定率1割負担とした（2002年10月実施）」（271頁）と記載されていましたが、現役並み所得者では2割負担としたこと、及びその理由は記載されていませんでした。

その後、2004～2014年版の11冊の白書では「能力に応じた負担」は使われませんでした。2015～2025年版の10冊の白書（令和元年版は発行されず）のうち7冊では、この表現が復活していました。

ただし、その意味は一義的ではなく、例えば直近の2025年（令和7年）版白書では、「後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し」の項で、以下のように記載されていました：「現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みが必要である」（294頁）。この表現は抽象的ですが、高所得者対象の応能負担とは必ずしも読めません。14頁の「社会保障制度による所得の再分配機能」の図でも、「③負担能力に応じた税、社会保険料の支払い」のみが記載され、社会保障の給付面での応能負担は記載されていませんでした。

なお、私にとっては意外なことに、1985～2025年版の44冊の白書のいずれでも、医療給付についての「応能負担」という表現はまったく使われていませんでした（2017年版白書は102頁で保険料の「応能負担」に触れていました）。

## 2000年に厚生大臣が負担増の理由を示す

次に、「国会会議録検索システム」を用いて、1997～2000年の「応能負担」、「能力に応じた負担」的表現の使われ方を調査しました。この期間は、2000年に予定されていた医療保険制度「抜本改革」（当時の呼称）をめぐる、活発な論戦が行われていました。厚生（労働）白書と同じく、大臣・議員（与野党とも）等、発言者の誰も「応能負担」は使っていませんでした。

2000年の国会では、健康保険法等改正案中の高額療養費制度の自己負担上限額に「一定所得者」の区分と医療費の1%の自己負担を設けること（上限なし）について、激しい論戦が行われました。

見直しの理由を一番包括的に説明したのは丹羽雄哉厚生大臣の次の発言でした（衆議院厚生委員会、2000年5月24日。以下、2000年は略）。「国民皆保険制度を堅持していくためには、自己負担限度額を負担能力であるとか、かかった医療費を踏まえて決めるべきではないか、こういうような議論があった。／こういう経緯を踏まえまして、今回の改正におきましては、いわゆる上位所得者、具体的に申しますと月額五十六万円以上でございませぬけれども、こういった方々の限度額を十二万一千八百円、こういうふうにさせていただいて応分の負担をお願い申し上げる。そして、給付を受ける方と保険料は当然払っているけれども給付を受けない方との公平というものを図っていかなければならない。と同時に、先ほど申し上げた、多額の高額医療費に対するコスト意識という点も十分に考慮していただきたい」。

このキーワードは「**負担能力**」、「**給付を受ける方と受けない方との公平**」、「**コスト意識（の喚起）**」と言えます。この説明は、上述した2000年版厚生白書の説明と大筋で同じです。同様の説明は、後継の津島雄二厚生大臣（衆議院厚生委員会、10月18日）、近藤純五郎保険局長（参議院国民福祉委員会、11月16日）も繰り返しました。

それに対して、野党（民主党等）議員はこぞってこの見直しを批判しました。代表的なものは、金田誠一議員の以下の発言です（衆議院厚生委員会、11月1日）。「上位所得者という区分の導入は、**負担は所得に応じ、給付は公平にという従来の医療保険制度の基本的な考え方を変更**して、所得に応じた負担と給付、負担も所得に応じて、給付も所得に応じてというものへの大転換、大きな変更を意味するのではないか」。「低所得者の方に特別の軽減措置を講ずるといふことと、上位所得者あるいは比較的上位の方々にそれなりの負担を求め、さらに給付の面でも、軽減された給付といひますか給付の抑制といひますか、そういう形をとるといふことは、低所得者の方に一定の軽減措置をとることとはまた考え方を異にするものではないでしょうか。これを、**低所得者にも軽減をしているんだから、上位所得者の方には給付を抑制しても同じことだ**というのは、**余りにも乱暴な論拠**ではないか」。

他の民主党議員や参考人も同様の批判をしました：釘宮磐議員（参議院本会議、11月2日、8頁）、花井圭子参考人（連合生活福祉局。参議院国民福祉委員会、11月21日）、小宮山洋子議員（参議院本会議、11月30日）。

政府側はもちろんこの批判を受け入れませんでした。上記「基本的な考え方」自体は否定しませんでした。

医療費の1%負担の導入については、今井澄議員が、以下のような鋭い批判を行いました（参議院国民福祉委員会、11月28日）。「今度この高額療養費制度について上位所得者の枠をつくるわけですが、それはそれとして、1%上乗せをするわけですね。**ある額を超えた医療費について1%を上乗せするという事は、これまでの高額療養費制度の考え、思想を根本的に変えるもの**だと思うんですよ。要するに、これまでは保険料を払ってさえすれば、保険証をもらって医者にかかる、かかったときには一定の比率で払えばいい、それもある額を超えたら頭打ちがあるということが非常に大きなセーフティーネット、安心の支えになっていたと思うんです。／今回、たとえ1%、わずかだとはいえそれが青天井になった、**上限がなくなった**ということは、いいか悪いかの問題は別として、少なくとも考え方の転換だと思うんです」。

## 2000年の国会論戦のハイライト

これら以外にも、2000年の国会論戦には、2025年の国会内外での高額療養費制度の見直し案に対する批判を先取りしているものが少なくありませんでした。私が注目した重要な発言や明らかにされた事実は以下の通りです。一部に私の解釈・コメントをつけました。○田村憲久議員（自民党）は、改正を「評価できる」としつつも、「非常に国民にはわかりにくい内容になっておる。特に高額療養費の部分は、私は何度見ましても一体どうなっているのかよくわからない」と率直に発言し、近藤純五郎保険局長に詳しい説明を求めていました（衆議院厚生委員会、10月18日）。

○近藤保険局長は、野党の質問に応じて、「今回の高額療養費の見直しによりまして、全体で[増収を]六百五十億見込んでおりますが、そのうち、**上位所得者の区分を設けることによります影響額は四百六十億で大部分**でございます」と述べました（衆議院厚生委員会、11月1日）。制度見直しによる増収分の70.7%もが上位所得者の負担増であり、上位所得者の負担増による財源捻出効果がいかに大きいかがよく分かります。

○近藤保険局長は「今回の高額療養費の見直しによりまして、保険料負担がその分だけ減少することになります。これは事業主負担でございますとか、それから国庫負担を除きました**被保険者本人一人頭で申し上げますと、政府管掌健康保険では年に三百円程度、それから健保組合では年に四百円程度、国保では年に四百円程度**ということでございます」と述べました（参議院国民福祉委員会、11月14日）。見直しによる1人当たり保険料引き下げがごくわずかであることは、2025年の国会論戦でも指摘されました。

○**保険外負担の存在**については、多くの議員が指摘しました。石毛えい子議員は「実際には室料差額とか差額ベッドとかおむつ代とかいろいろなもの保険外負担がついてくるわけですから負担額は本当に幾らになるかわからない」と述べました（衆議院厚生委員会、11月1日）。同様の批判は、小池晃議員（参議院国民福祉委員会、11月14日）、小宮山洋子議員（参議院国民福祉委員会、11月16日）も行いました。

○花井圭子参考人の次の「**コスト意識喚起**」論批判も鋭いと思います（参議院国民福祉委員会、11月21日）。「ところが、今回政府は、これまでの患者負担が家計に与える影響に加えて、患者が受けた医療サービスの費用も考慮して定めることとしたと説明し、医療を受ける人と受けない人との均衡を図る、コスト意識を喚起するためと答弁しています。まるで医療

費は患者自身が決定しているかのようです。心ならずも重病にかかって医療費がかさむ患者にコスト意識を持つということなのではないでしょうか。／また、高額となった医療、特に終末期医療等については、医療機関においてコスト意識が見られない事例が散見されるためという答弁もありました。治療中の医師や医療機関にコスト意識を持って治療を中断しろとでも言うのでしょうか。仮に、コスト意識のない医療機関によって医療費がかかったとしても、なぜそれが患者に転嫁されなければならないのでしょうか。理解しがたい答弁は、制度導入に必然性や合理性が全くないからとしか思えません」。

○最後に、篠崎次男参考人の次の発言も先駆的だと思います（参議院国民福祉委員会、11月21日）。「一番私として危惧する点は、このように一定の収入のある人に対する負担増を何回か積み上げていくと、これらの被保険者は社会保険の加入を嫌うようになるのではないかと危惧いたします。近い将来、高額所得者の社会保険離れを促進する、そのための措置のように思えてなりません」。

実は、私も、2025年に高額療養費制度の見直し案を批判したとき、高所得者の自己負担限度額を大幅引き上げる「**きめ細かい制度設計**」は**社会連帯を弱める**」と以下のように指摘していました。「これは高所得者からの高い保険料と高い自己負担の二重取りであり、彼らの医療保険制度への不信や、負担を軽減・免除されている低所得者や医療扶助受給者への差別意識を生み、社会保険が依拠している『社会連帯』に反し、社会の分断をもたらしかねない」(3)。篠崎氏が同じ主張を25年前にしていたことに感嘆しました。

## 1997～1999年の厚生省と与党協の医療保険制度改革案

2000年の健康保険法等改正案に先立って、1997～1999年には厚生省や与党がさまざまな医療保険制度改革案を発表しました。主なものは、以下の3つです。①「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」(1997年8月7日)、②与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針～」(1997年8月29日)、③厚生省「医療保険制度改革の検討案」(1999年12月)。②は①を踏まえてまとめられました。①と②はともに高齢者は定率負担とすると同時に、「一定所得以上のある者については、一般の加入者と同一の負担とする」(①の表現)としました。しかし、高額医療費制度の見直しには触れませんでした。

③は厚生省が自民党の医療基本問題調査会・社会部合同会議に提出したもので、高額療養費について、「現行の一般、低所得者の区分に加え、**新たに上位所得者の区分**（…）を設ける、「一般及び上位所得者の自己負担限度額は、**給付と負担の公平を図る関連から、区分毎に所得に応じて設定される定額部分に加え、新たに患者が受けた医療サービスの費用が反映されるように設定**する」としていました。このことは、高額療養費制度への応能負担の導入案が1999年に突然浮上したことを示唆しています。なお、③には、多数回該当を設定する改善案も含まれていました。

そして③をベースとして、2000年1月に健康保険法等改正案がまとめられました。それを受けて、医療保険福祉審議会「健康保険制度等改正案について（答申）」(2000年2月3日)、社会保障制度審議会答申「医療保険制度の改正について」(2000年2月7日)がとりまとめられましたが、前者はすべての改正について両論併記、後者は「高額療養費制度改革」につ

いて両論併記しました。

## 2008年と2013年の2つの国民会議報告書が真逆の提言

21世紀に入ってから公式文書でまず注目すべきは、小泉純一郎内閣が2003年3月に閣議決定した「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」です。これは、医療保険制度体系改革の「基本的な考え方」の1つとして、「医療保険制度を通じた給付の平等及び負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」という「公平」と「平等」を区別した文言が使われており、「給付の平等」は、所得の多寡によらず給付は平等という意味とも解釈できます。

その後、2005年以降、歴代の内閣の下で、社会保障制度全般の改革についての報告書が次々ととりまとめられました。それらは発表順に以下の通りです。①社会保障の在り方に関する懇談会「今後の社会保障の在り方について」（2006年5月。小泉内閣）、②「社会保障国民会議中間報告」（2008年6月。福田内閣）と「最終報告」（2008年11月。麻生内閣）、③「安心と活力の日本へ（安心社会実現会議報告）」（2009年6月。麻生内閣）、④「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月。安倍内閣）（これ以降の報告書は省略）。ただし、これらのうち、法に基づいて設置された会議体の報告書は④だけです。

これらのうち、②と④は医療保険の給付と負担の原則について、真逆の提言をしました。②の「中間報告」は、「**給付はニーズに応じて行われ、他方で負担は経済的能力に応じて行われるのが原則**」と明記し、「高額療養費制度の改善」（現物給付化など）を提起しました。逆に、④は、高額療養費制度について、「低所得者に配慮し、**負担能力に応じて応分の負担を求めるといふ保険料負担における考え方と同様の制度改革**が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細かな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である」と明記しました（36頁）。この提言に沿って、2015年に上述した高額療養費制度の再見直しが行われました。

## おわりに

本稿は、現在ではほとんど忘れられている重要な諸事実を多数発掘することにより、医療給付における「能力に応じた負担」・応能負担は2001年以降導入された新しい考えであることを示せたと思います。厚生労働省が2001年に高額療養費制度に「負担能力に応じた負担」を導入した公式の理由は、1984年の医療保険「抜本改革」時に健康保険本人に1割負担を導入した理由とほぼ同じであり、高所得者の負担を選択的に増やす理由にはなっていないことも示せました。私自身にとっての一番大きな発見は、厚生労働省が「応能負担」という法的・学問的用語をほとんど用いず、もっぱら「能力に応じた負担」を用いていることです【注3】。

しかし2001年以降、現在に至るまで、この考え方に基づく高所得者を主対象とした患者負担増が常態化しています。この背景には、21世紀に入ってデフレ経済が常態化し、増税や社会保険料の引き上げが政治的に困難になってきたため、厚生労働省は社会保障給付費の予算制約（シーリング）と支出増大の板挟みに遭い、なりふり構わず『取れる（取りやすい）ところから取る』発想（2:2,109,111頁）で改革を行わざるを得なかった事情が

あると思います。

#### **応能負担の強化についての私の価値判断** ←小さい活字（「おわりに」の一部）

本文ではほとんど事実のみを示しましたが、ここで応能負担の強化についての私の価値判断を示します。私は、2001年に厚生労働省「医療保険制度改革『試案』」を検討した際、以下のように主張しました。「低所得者の一部負担を軽減することは支持するが、高所得者の一部負担を一般よりも高くすることには賛成できない。『負担能力に応じた適切な負担』は保険料・租税負担に適用される原則であり、一部負担については、低所得者以外は低額・定率負担を守るべきである」(4)。この主張は、その後、機会があるごとに繰り返してきました(3-7)。

私の主張は、一見、「高所得者（金持ち）優遇」と誤解されかねません。確かに直感的には、患者負担を増やすとしたら、「応能負担」の視点から、高所得者の負担を一番増やすのは当然のように思えます。少し古いデータで恐縮ですが、日本医療政策機構「2013年日本の医療に関する世論調査」では、9種類の患者負担増のうち「高額所得者の医療費」（の負担増）に対する賛成（賛成プラスどちらかといえば賛成）が70%ともっとも多い結果が得られています(6)。

しかし、私は、高所得者からの高い保険料と高い患者負担の二重取りは、高所得者の医療保険制度への不信を招き、社会保険が依拠している「社会連帯」に反し、社会の分断をもたらしかねないと危惧しています(3)。医療政策の政策原理を深く考察している堤修三氏も、以下のように述べています。「[公的医療保険が]いくら給付・反対給付均等の例外と云っても、より多くの保険料を負担した者がより少ない保険料しか負担していない者より給付が少ないという”逆転”は許されないだろう。これは交換的正義に反するのみならず、不平等取扱いというべきであり、こんな取扱いが横行するようでは誰も社会保険への加入に嫌気がさすに違いない」(8)。

#### **子ども・教育政策では「普遍化」が進む** ←小さい活字（「おわりに」の一部）

最後に強調したいことは、政府の政策がすべて利用者の応能負担の強化で一貫しているわけではないことです。安藤道人氏（立教大学教授）が指摘しているように、子ども・教育政策では、3～5歳児保育料の無償化、高校授業料の実質無償化等、近年、逆に、「能力に応じた負担」・応能負担が緩和・撤廃され、普遍化が進んでいます(9)。

国の施策ではありませんが、近年は、子ども医療に関してはすべての自治体（47都道府県、1741市区町村）が何らかの医療費助成を実施するようになっており、特に市区町村では大半が所得制限なし、または自己負担なしで実施しています（子ども家庭庁「子ども医療費に対する助成の実施状況」2024年4月1日現在）。全国知事会も「所得や地域等に関係なく、誰もが安心して子育てできる環境を整備するため、全国一律の子どもの医療費助成制度の創設について、国の責任と財源において必要な措置を講じた上で早期に実現すること」を提案・要望しています（「令和8年度国の施策並びに予算に関する提案・要望」中の「子どもの声を反映した政策の推進と国地方の協働強化に関する提言」4頁）。

このような事実を踏まえると、**医療全般でも応能負担は租税・社会保険料負担に限定し、医療給付は所得の多寡によらず平等に提供するとの「社会保険の原点」に立ち戻る必要が**

あると、私は思います。

### 【注1】「患者負担」以外の患者の負担を表す諸用語

本稿では、引用文を除いては、医療保険の「患者負担」と表現しましたが、これ以外にも患者の負担を意味する用語には、「患者負担金」、「一部負担（金）」、「自己負担」、「利用者負担（金）」、「窓口負担」等があります。もっとも歴史が古く正統的な用語は、健康保険法、国民健康保険法の条文で使われている「一部負担金」ですが、高額療養費制度では、「自己負担（限度額）」が用いられています。「利用者負担」は医療保険だけでなく、社会保障各制度の負担を横断的に示すときに使われると思います（例：1995年の社会保障審議会「勧告」）。なお、介護保険法は「利用者負担金」を用いています。

『厚生労働白書』では、これら用語が自由に（？）用いられており、しかも各年版で使い方が違うようです。例えば、直近の『令和7年版厚生労働白書』では、「一部負担」、「患者負担」、「自己負担」がそれぞれ1回用いられました。なお、芝田英昭氏は、1950～2010年代の『厚生（労働）白書』での「一部負担」と類似用語の記述の変遷をていねいに調査しています（10）。

### 【注2】「能力に応じた負担」は「応能負担」の単なる言い換えではない？

法的・学問的には、「応能負担」、「応能原則」を用いるのが一般的だと思います。これは「公益原則」と対比される用語で、「納税者はその支払能力（担税力）に応じて負担すべき原則」です（『有斐閣法律用語事典 第5版』2020、66頁）。社会保障分野では、税は税と社会保障に拡張されて理解されています。

しかし、本文で書いたように、患者負担に関しては、厚生（労働）省は、白書や公式文書、高官の発言等で、2025年10月までは、この用語をほとんど使っていません。2000年度版白書で初めて「能力に応じた負担」という用語を用い、2015年版白書以来、もっぱらこの用語を用いています（「負担能力に応じた負担」との重言めいた用語を用いることも時々あります）。

この用語は『有斐閣法律用語事典』には収録されていませんが、厚生労働省は社会保障分野で1990年代後半～2000年代初頭以降、愛用（？）しています。この用語は、応能負担という専門用語の一般国民向けのソフトな言い替えとも言えます。しかし、「低所得者に対する配慮」という本来なら応能負担に含まれる表現が、「能力に応じた負担」とセットで書かれることが多いことを踏まえると、高所得者に「応分の（高）負担」・負担増を求めるといふ含意があると思います。

なお、今回の文献検索で、厚生労働大臣等が「能力に応じた負担」と発言しても、新聞・通信社・専門誌がその発言を「応能負担」と言い替えて報道したことを、何件か確認しました。

### 【注3】厚生労働省・厚生労働大臣も2025年11月から「応能負担」を使い始めた

2025年12月16日にとりまとめられた厚生労働省医療保険部会の高額療養費制度の在り方に関する専門委員会「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」は（突然）「応能負担」を5回も用い、逆に「能力に応じた負担」は用いませんでした。この報告書を受けて厚生労働省が同年12月25日の上記専門委員会に提出した資料「高額療養費制度の見直しについて」では、「応能負担」を10回も用いました。そのうち5回は上記「基本的な考え方」からの引

用でしたが、残りの5回は地の文での使用でした。

上野賢一郎厚生労働大臣はそれより早く、2025年11月14日の衆議院厚生労働委員会、11月18日の参議院厚生労働委員会、及び12月1日の参議院本会議で「応能負担」を3回用いました。最初の2回は「金融所得の反映などの応能負担の徹底」、3番目は「[自民・維新の連立政権]合意書におきまして、真に公平な応能負担ということが明記されておりますので、その趣旨を踏まえ、我々としても検討していくことが必要だと思います」です。

3番目の発言で明示されているように、大臣の発言は、連立政権合意書（2025年10月20日）の「社会保障政策」の項に、「金融所得の反映などの応能負担の徹底」と「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」が書き込まれたことを踏まえています。それに対して、前任の福岡資麿大臣は、「能力に応じた負担」のみを用い、「応能負担」は使いませんでした。今後、厚生労働省内で「応能負担」の使用が定着する（「能力に応じた負担」から置き換えられるか併用される）のか、注視したいと思います。

**謝辞：**貴重な文献・情報をご提供いただいた今村智之氏（業界紙記者）、入部寛氏（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部主任研究官）、長沼建一郎氏（法政大学教授）に感謝します。

## 文献

(1) 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史【増補改訂版】』東洋経済新報社、2008年、特に第30・31章。

(2) 「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究報告書」（座長：島崎謙治）健康保険組合連合会、2017年。

[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28\\_01.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01.pdf)

(3) 二木立「私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由」『文化連情報』2025年4月号（565号）：28-37頁（『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』勁草書房、2026年、136-152頁）。

(4) 二木立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房、2001年、78頁。

(5) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014、48-49頁。

(6) 二木立「『全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案』に対する意見」2021年4月20日衆議院厚生労働委員会（『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、86-92頁）。

(7) 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）：18-27頁。

(8) 堤修三『社会保険の政策原理』国際商業出版、2018年、30頁。

(9) 安藤道人「『能力に応じた自己負担』という政策哲学とその限界」『現代思想』2026年2月号（54巻2号）：175-181頁。

(10) 芝田英昭『医療保険「一部負担」の根拠を追う 厚生労働白書では何が語られたのか』自治体研究社、2019年。

[本稿は、『日本医事新報』2026年5月2日号（5323号）に掲載した「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？」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

### 243回)(2026年分その3:6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± $\alpha$ の順。論文名の邦訳の[ ]は私の補足。

#### ○第2期トランプ政権:政権復帰後1年目の保健医療のテーマ、政策とインパクト

Rice T, et al: The second Trump presidency: Health care themes, policies, and impacts in his first year back in office. Health Policy 170(August 2026) 105648, 9 pages [政策研究]

トランプ大統領は政府プログラムと規制の手綱を締めることを明確に意識して政権に復帰した。トランプ政権は政府を小さくし、人道的な海外保健援助をほとんどなくすことを目指す一方、科学界コミュニティ主流の結論を無視しており、それは特にワクチン政策で顕著である。具体的な行動としては、保健医療人員と予算の削減、ワクチン接種義務の廃止の方向、多様性尊重の廃止の方向、及び米国国際開発庁(USAID)プログラムの廃止等が挙げられる。他の改革としては、個人医療保険マーケットプレイス(公的取引所)への連邦補助金の廃止(2026年)や州のメディケイド・プログラムへの連邦政府支払いの大幅削減(2027年)が挙げられる。その結果、保健医療データ収集の削減、感染症研究の削減、ワクチン忌避の増加、医療アクセスの低下、さらには医療の質の低下が生じることが懸念される。人道的な海外援助の削減はさらに重大な影響を与える危険性があり、すでにアフリカ諸国へのワクチンと医薬品の提供が削減されている。国際保健の予算削減は、世界の最貧国の人々の健康を危険にさらしており、国際貿易の不安定化はヨーロッパ諸国がアメリカの撤退ギャップを埋めることを困難にしている。その結果、数百万人のアメリカ人が医療保険を失う一方、多くの国(特にアフリカ)の国民の生活が脅かされている。ワクチン接種率は特に子どもで低下し、アメリカ人の感染症罹患も増えるであろう。大学への財政削減圧力も強まり、科学研究のアウトプットも減少するであろう。これらの改革のほとんどは議会の同意が必要な立法ではなく、大統領令で行われているため、2026年11月の中間選挙で共和党が上下両院の一方または両方の支配権を失ったとしても続けられる可能性が大きい。

**二木コメント**—日本では断片的にしか報じられていない第2期トランプ政権の保健医療改革を包括的かつ批判的に紹介しており、トランプ政権の医療政策研究者必読と思います。最後の1文は、英文要旨にはなく、論文の最後の結論に書いてあり、中間選挙で民主党が勝利しても、トランプ政権の医療改革の基調は変わらないことを示唆しています。筆頭著者のトム・ライス UCLA 公衆衛生大学院教授は、アメリカでは数少ない「制度派医療経済学」の重鎮です。

#### ○MAHAはアメリカ人を再び健康にはしないだろう:第二期トランプ政権下のアメリカの連邦保健機関の政治化

Herd P: MAHA will not make Americans healthy again: The politicization of US federal health

agencies during the second Trump administration. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 51 (2):261-283,2026 [政策研究]

トランプ政権は、新しい政治課題を遂行するために連邦保健機関を再編している。この課題の中心には MAHA (アメリカ人を再び健康に) 運動があり、それは広範な公衆衛生問題の個人的解決、科学と科学機関の軽視を優先しており、「ウェルネス」産業と密接に連携している。どの政権も自身の公衆衛生面での優先順位を決めるのは一般的だが、今までの政権はそのために既存の組織を破壊したりはしなかった。対照的に、トランプ政権は権力を集中し、意識的に連邦保健官僚制度を政治化し、科学的知見と機関の自律性を掘り崩しつつある。これらの変化は連邦保健機関と公衆衛生に長期的影響を与え、現政権後も継続するであろう。

**二木コメント** *Journal of Health, Politics and Law* 誌 51 巻 2 号は大特集「公衆衛生は包囲されている (Public Health Under Siege) を組んで、10 論文 (序文を除く) を掲載しており、本論文はそれの第 7 論文です。上記 Rice 他論文が、トランプ政権の保健医療政策全般を論じているのに対して、本論文は MAMA を掲げるケネディ保健福祉長官 (HHS 長官) の下で進められている公衆衛生改革 (破壊) に焦点を当てて詳細かつ批判的に分析しています。本特集はトランプ政権の医療・公衆衛生政策の研究者必読と思います。

## ○ [アメリカの] プライマリケア医の診療時間削減後の電子カルテ [利用] パターンの変化

Weinreb GA, et al: Changes in primary care physicians' electronic health record patterns after they reduced clinical visit volume. *Health Affairs* 45 (2):138-145,2026 [量的研究]

プライマリケア医は仕事量の増加圧力に直面している。一部の医師は、この圧力を減らすために、診察する患者数を減らしている。しかし、患者数の減少と全体的仕事量の関係は不明である。Eric 社統合型電子カルテシステム (EHR) の 2019-22 年のメタ・データを用いて、EHR 利用と患者特性の変化を、毎月の患者診療を 10 % 以上減らした 772 人のプライマリケア医と、減らさなかった 16477 人とで比較した。

患者診療削減 1 年後には、減らした医師の患者数は、減らさなかった医師に比べて 32.6 % 減っていた。しかし、EHR 利用時間は 21.2 % しか減っておらず、患者 1 人当たりの EHR 利用時間は 21.3 % 増えていた。EHR のインボックス (通信箱) ・メッセージの処理時間と診療時間外の EHR 利用は増加し、診療時間を削減した医師の患者像は複雑化していた。医師が診療時間を減らしても、EHR 利用時間はそれに見合うほど減ってはいなかった。以上の結果は、診療時間を減らしても非同期な (asynchronous) EHR 労働 (患者の診療とは同期ではない電子カルテ業務) が残ることを示している。プライマリケアの持続可能性を確保するためには、非同期プライマリケアを効率的に提供するための革新的アプローチが必要である。

**二木コメント** 本論文の序論によると、この研究の背景には、アメリカでは (日本以上に) プライマリケア医が不足しているにもかかわらず、医師の EHR 利用時間 (特に診療時間外の) が増加し、しかもその労働は医療保険から償還されないため、医師のストレスやバーンアウト増大の要因になっているという事情があるようです。本論文の鍵概念は "asynchronous (EHR) work" で、アメリカは、診療報酬の支払いが全国一律の日本とは異

なり、患者が加入する医療保険ごとに償還額・償還基準等が異なり、高額の医療行為では保険の事前承認が必要なことも少なくない等、患者診療とは直接関係しない（非同期な）業務が非常に多いそうです（このことはアメリカ医療では余りに日常的なため、本文では"asynchronous EHR work"の説明は書かれていません）。

### ○ [アメリカにおける] リアルタイム処方給付ツール：臨床家は警告を頻回に警告を受け るが [ツールから] 示唆された変更をほとんど行わない

Ganguli I, et al: Prescription real-time benefit tools: Clinicians receive frequent alerts yet rarely accept the suggested changes. Health Affairs 45(2):146-153, 2026 [量的研究・事例研究]

医療グループによる、リアルタイム給付ツールの自グループの医療情報システム (EHRs) への統合が増えている。これらのツールは、臨床家（医師だけでなく、ナースプラクティショナー等も含む）に、処方薬の推定自己負担を減らし、より安価な代替薬への変更を示唆することで、患者の医薬品の購入しやすさと服薬遵守を改善するようデザインされている。その際、臨床家のこのツールへの協力は不可欠だが、この点についての包括的研究はない。ある医療グループ (UCHealth, ハーバード大学・コロンビア大学の巨大統合医療グループで、14 病院と 800 以上の外来診療所を有する) の 2019-22 年の 803 外来診療所と 4894 人の臨床家の EHRs 記録を用いて調査したところ、臨床家は 100 回の処方に対して中央値で 19 回の警告を受け、87%の臨床家は最低 1 回警告を受け、91%の臨床家は警告に従って最低 1 回は処方を変更していた。臨床家は受け取った全警告の 11 %では処方を変更していたが、ツールが示唆した代替策は稀にしか受け入れていなかった。変更は薬局の変更 (60 %) が最も多く、次いで、処方量の変更 (39 %)、製剤(formulation)の変更 (6 %)、医薬品の変更 (4 %) の順であった。プライマリケア臨床家は 1 月当たり一番多く警告を受け取っていたが、内科・外科系の専門医が受ける警告が警告の大半を占めていた。このツールが有効に導入されるためには、管理者は警告の質と利用しやすさ、臨床家の時間的負担、及び警告疲れについて考慮する必要がある。

**二木コメント**—アメリカでは医療情報システムに、この「リアルタイム処方給付ツール」が組み込まれ、臨床家が電子カルテを通して、処方箋を出す際、患者の保険適用範囲や薬剤の自己負担額をリアルタイムで提示し、より安価な代替薬の提案を行うことが普及しているそうです。薬価が公定され、患者の自己負担割合が年齢によって一定である日本とは異なり、アメリカでは、薬価が自由価格であり、患者が加入する医療保険によって医薬品の給付範囲と患者自己負担率が異なるため、このようなツールが必要になるのであり、日本の感覚では「無駄の制度化」(都留重人氏) と思えます。私は、もう一つ、近年アメリカでは、開業医が激減し、医療グループ等に雇用される勤務医が急増していることも、ツールの普及に関係していると思います。なお、本論文では、臨床家(clinicians)のうち、プライマリケア医とナースプラクティショナー等別の数値は示されていません。そもそも本論文(の要旨)には"physicians"は一度も使われていません。

### ○ [アメリカにおける] 医療利用審査におけるAI軍拡競争：効率改善の約束と欠陥増大の リスク

Mello MM, et al: The AI arms race in health insurance utilization review: Promises of efficienc

y and risks of supercharged flaws. Health Affairs 45(1):6-13,2026 [評論]

医療保険者と医療提供組織は AI を用いた、特定医療サービス実施の事前承認と診療報酬処理プロセスでの使用を増やしている。AI にはたくさんの潜在的利益があるが、その導入は"humans in the loop"(AI の開発・利用・検証にあたっては常に人間を関与させる原則)の役割、利用者の AI についての理解、アルゴリズム決定の不透明性、特定の業務でのパフォーマンスの低さ、自動化のバイアス、及び意図せざる社会的結果についての懸念を生んでいる。現時点では、保険者と医療提供者の制度的ガバナンスは AI の責任ある利用の課題を十分に満たしていない。しかし、いくつかのステップを踏めば、AI の利益が現実化するのを助けつつ、リスクを最小化できる。AI 利用についての実証的経験の蓄積と、われわれ自身の「スタンフォード・ヘルス・ケア」(スタンフォード大学医学部附属医療センター)での AI ガバナンスプロセスの一部である医療提供者が直面している倫理的評価の経験に基づいて、利用審査がなぜたくさんの AI イノベーションを生むのか、およびなぜそれが AI の責任ある利用を保証するために重要であるかについて検討する。最後に、AD の利用の利益を最大化しつつ、リスクを最小化するためのいくつかのステップを示す。

**二木コメント**— Health Affairs 誌 45(1)は AI を小特集し、4 論文を掲載しています。いずれも研究論文ではなく評論・総論ですが、本欄では、最初の 2 論文を紹介します。第 2 論文は、今後、日本で、診療報酬に特に AI 技術の費用を組み入れる際に、参考になると思います。

なお、第 1 論文で強調されている"humans in the loop"は 2026 年 4 月に公表された、**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」**でも強調されています。

<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012702.html>

## ○ [アメリカにおける] 人工知能への支払い方式：CMS [メディケア・メディケイド・サービスセンター] とメディケア医師料金表の課題

Longyear RL, et al: Artificial intelligence payment policies: Challenges for CMS and the Medicare physician fee schedule. Health Affairs 45(1):14-21 [評論]

人工知能 (AI) を用いた臨床意思決定支援技術の普及により、メディケア医師料金表の基礎になっているメディケア支払い方式の慎重な検討が必要になっている。本論文では、政策決定者とメディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) が直面している主な課題を同定し、医療提供時のメディケア医師料金表と AI 導入との相互作用について検討する。医師料金を決める現行の資源準拠相対価値尺度 (RBRVS) 法はソフトウェアをベースにした技術を考慮しておらず、包括的応用と実施改革の両方を必要とする。AI 技術をカバーする方針の枠組みを開発し、RBRVS を改善し、AI 技術の明確な償還法を創造し、限界的な (marginal) メディケア費用がそれに対応した医療提供・アウトカムを確実に生み出すための費用効果分析を行うことを推奨する。

### 3. 私の好きな名言・警句の紹介(その 257)ー最近知った名言・警句

#### <研究と研究者の役割>

○アリサ・タン(米紙ワシントン・ポストの元編集者。部数減の苦境に陥った同紙から、2026年2月、突然、解雇通告を受けたが、翌日、首都ワシントンの周辺住民に地元ネタやコラムなどの記事を無料で配信するネットメディア「アリサズ・デーリー・ドーズ」を一人で立ち上げた)「**長年鍛えてきた『執筆の筋肉』が動き続け、止まらなかった**」(「中日新聞」2026年5月25日朝刊、「特派員の眼(山口哲人)」。**二木コメント**ーアリサ氏の記者魂と、「執筆の筋肉」という強烈な言葉に心を打たれました。

○中村誠一(日本を代表するテナーサックス奏者。78歳の今なお第一線で活躍を続け、音への探究と同時に地域社会への貢献も強く意識する)「**自分がやりたいことを追求しつつも、やっぱり聞いている人に喜んでもらいたい**」(『週刊エコノミスト』2026年2月10日号、「情熱人」174(聞き手=大宮知信))。**二木コメント**ー私は78歳の現在も毎月論文を書き続けており、その原動力について聞かれると、以前は、「趣味」「知的好奇心」と答えていましたが、最近はいつのまにか、「社会的使命感」も少しは(1割～3割くらい?)あると答えるようになっていたので、大いに共感しました。

○エマニュエル・トッド(フランスの歴史家、文化人類学者、人口学者)「**私は自分を理性主義者というより、経験主義者だと思っています**。その意味で、デカルト的フランスの理性主義をしばしばからかうこともあります」(『2030 来るべき世界』朝日新書、2026年、97頁)。**二木コメント**ー私も「論より実証」をモットーにしているので、大いに共感しました(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006年、107頁)。私も、デカルトの「我思う故に我あり」(Cogito, ergo sum)には以前から強い疑問を持っています。

○横田増夫(身分を明かさず企業や組織に潜り込み、隠れた事実を掘り起こす「潜入ジャーナリスト」)。「大切にしているのは二つ。『[潜入先で]働くことに手を抜かない』と『**ウソをつかない**』。信頼は情報を呼び、偽りは訴訟リスクを高める」(「朝日新聞」2026年5月31日B欄、「潜入し見える事実」(文・高橋美佐子))。**二木コメント**ー私も絶対に「ウソをつかない(書かない)」を信条にしているので、大いに共感しました。

○武藤香織(東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター公共政策分野教授。専門は医療社会学、研究倫理・医療倫理。新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードを務める。ボードが発表した各種声明文を添削)「**専門家の方々は正確さを意識するあまり、文章が長くなるんです。それを短くするのが最初の仕事でした**。(中略)研究や診療へのインフォームド・コンセントで使う患者さんへの説明文書を直すとか、説明文書を補助する動画やパンフレットを作ると言った仕事をしてきたので、それが役だったのかもしれない」(野口範子・他編著『コロナ禍、誰が何を伝えたか』化学同人社、2026年、117-118頁)。**二木コメント**ー私は、現在も「医療・福祉研究塾(二木ゼミ)」で、報告者のレポートを毎月3～4本事前添削しています。そこで一番強調していることの一つが文章を短くする(一

文は原則として 100 字以内にする)なので、大いに共感しました。

○河岡義裕 (国立国際医療研究センター国際ウイルス感染症研究センター長、ウイルス学者)「メディアの方に時間の許す限り対応するというのは、私たちの使命だと思っています。でも、自分から「専門領域の医師・研究者を紹介するサービスに」登録するかと問われたら、しないかも知れませんね。」元村有紀子 (同志社大学生命医科学研究科特別客員教授。元毎日新聞記者)「リタイアされることがあったら、その後にぜひ。」河岡「私は百二〇歳までは働くつもりでいるんですけどね。」、元村「では、百二十一歳になりましたらぜひオファーさせていただきます」(上掲書 148 頁)。二木コメント「120 歳までは「研究者として」働くつもり」との志の高さに圧倒されました (もちろん、質問者を煙に巻くためのジョークかもしれませんが)。

<その他>

○山田洋次 (「男はつらいよ」監督。この映画の名セリフと言え、寅さんの「それを言っちゃあ、おしまいよ」『それを言っちゃあ、おしまいよ』というのはつまり、理性的であろうという提案なんです。『出ていけ』というのは排斥の議論でしょ。それを言う前に、話し合おうじゃないかということを実は言っている」(「朝日新聞」2026 年 5 月 2 日、「崩れゆくモラル 『それを言っちゃあおしまいよ』」(聞き手・小池淳)。二木コメント「寅さんの「それを言っちゃあおしまいよ」が、「理性的であろうという提案」であるとの指摘は私には<目から鱗>でした。

○服部茂幸 (同志社大学教授)「プーチンはウクライナを屈服できないでいる。トランプの関税政策もラストベルトを復活できないだろうし、イランへの侵攻も失敗するだろう。愚かな戦争をしない分だけ、中国の地位が相対的に良くなっているように評者は思う」(『週刊エコノミスト』2028 年 4 月 28 日号: 51 頁。川北省吾『新書 世界現代史』の書評)。二木コメント「私は以前から「アメリカと中国は大嫌い」と公言してきましたが、最近は同じように感じているので、共感しました。ただし、あくまで「相対的」にです。

○水野和夫 (経済学者、現在は日本内部監査研究所上席研究員)「ロシアと米国の振る舞い舞いをみると、超大国が『暴力団』になったと思う。(中略) 結局 21 世紀は『正義がなければ、王国も盗賊団と異なるところはない』(アウグチティヌス) 世界になってしまった」(『週刊エコノミスト』2026 年 6 月 9 日号: 20 頁。宗教学者・島田裕己氏との対談)。

○トランプ大統領「(大陸軍 (アメリカ独立戦争で、合衆国となった 13 の植民地から編成された軍隊) は、イギリスから空軍基地を奪取し、制空権を掌握した」(宮田律『イラン戦争』平凡社新書、2016、142 頁。「トランプ大統領は歴史的知識も理解も乏しい」として、2019 年 7 月 4 日のアメリカ独立記念日におけるリンカーン記念堂でのスピーチでこう語ったと紹介:「合衆国の独立は 1776 年、ライト兄弟が友人動力飛行に成功したのは 1903 年だから驚愕の発言だ」)。

## 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61回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」99号 (2026年5月9日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のオススメ/お好み

### A. 論文の書き方・研究方法編関連

○菊池雄星『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3月。

…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) を挙げる一方、年間200冊以上本を読む読書家としても知られている著者が、「ゴーストライターは入れずに、すべて自分自身の手で文章を綴」った、優れた体験的プロフェッショナル論。自立した研究者になるためのヒントも少なくない。私は特に以下の諸習慣に共感・同感した。15「意思の力より、『強制力』に頼る。」(「どうやら僕は、『続ける能力』が最大の長所らしい」59頁)、27「自分の疲労状態を正確に知る。」(96頁)、45「菊池流の英語学習法。」(「同じ単語に5回出会うと、記憶が定着する」145頁、「忘却曲線を意識しながら、一つずつ地道に学習していく」146頁、「最も大切なのは、どんな座学よりも、怖がらずに話すこと」146頁)、49「客観視する力を身につける。」(155頁)、60『「間違っている」ではなく、『異なっている』を大切にする。』(『「different」(違い) と『wrong」(間違い) は、全く異なる」197頁)。

### B. 医療・福祉・社会保障関連

○八谷寛『保健『指導』という言葉について考える』『日本医事新報』2025年4月19日号 (5269号) : 67頁。WEB 医事新報に公開 : [https://www.jmedj.co.jp/blogs/product/product\\_26005](https://www.jmedj.co.jp/blogs/product/product_26005)

…『「指導』という言葉は…『正しい方向や目標に教えて導く』『誤りを正す』といった意味を持つ用語だが、画一的な印象を与える。この言葉はあらゆる分野で多用され、公衆衛生、生活習慣病領域では「保健指導という用語が日常的に使用されている」。「一方、学校教育の現場では『指導』を『支援』に置き換える傾向があるというが、『保健指導』について医学・公衆衛生学の領域で明確な議論は…ない」として、「保健指導の用語についての検討も必要かもしれない」と結んでいる。

私は以前から、「医療・福祉研究塾 (二木ゼミ)」の「二木ゼミルール」として、以下のように強調しているので、八谷氏のスタンスと学校教育現場での最近の傾向に共感した：「**個人 (not 集団) への働きかけは、『介入』ではなく、『支援』等**…『介入』は上から目線の表現&患者・クライアントが医療ソーシャルワーカーや看護師等が仲間うちで「患者・クライアントに介入する」としゃべっているのを聞いたら不愉快。以前は『援助』もよく使われたが、現在ではこれも上から目線とみなされるので、控えた方が安全」。

○高島 亜沙美著、西智弘監修『人生の終わり方を考えよう 現役看護師が伝える老いと死のプロセス』KADOKAWA、2026年1月。

…「老いと死に関して、準備と努力が要る」という視点から、(一般)「読者の感情ではなく思考と行動にアプローチしたいと考えて」、老いていくプロセスや死にゆくプロセス、それに伴う諸問題をていねいに書いている。全11章。「在宅医療で終末期を迎えることの難しさ」

もリアルに書いている：「介護をする側の生活と人生を奪う権利は、誰にもない (106-110 頁) 等。強く自立した高齢者向けの本だが、在宅ケアに関わる福祉・介護職にも参考になると思う。

**○キャロル・クーパー著、野口正雄訳『世界を変えた医療器具の歴史 頭蓋骨穿孔、聴診器から人工心肺まで』原書房,2026 年 1 月 (原著 2024)。**

…医師&ジャーナリスト&作家の著者が、古代に始まった頭蓋骨穿孔術から 20 世紀半ば以降に実用化された CT (コンピュータ断層撮影。第 9 章「X 線装置」の一部)、人工股関節、人工心肺まで、12 の画期的な医療器具の発明について、それらの医療の歴史における役割、それぞれの時代背景を含めて生き生きと解説しており、医学史についての教養が身につく。「画期的なアイデアがひとりの天才のひらめきから生まれることはまれ」なこと、「初期の医療器具の多くは殺人兵器とほとんど変わるところがなかった」こと、及び先駆者のほとんどが男だったことは「19 世紀まで女性はあらゆる面…で医師になるには適さないと考え」られてきたためであることが分かる。医療技術の「黒歴史」と言えるが、開発時は画期的とみなされ、開発者が 1949 年にノーベル医学・生理学賞を受賞した「ロボトミー (前頭葉白質切截術)」も批判的に紹介されている (第 10 章 243 ~ 248 頁)。残念なのは、第 6 章「エーテル吸入器と痛みの克服」で、1806 年に世界初の全身麻酔手術 (乳がん摘出手術) を行った華岡青洲 (1806 年) に触れていないこと。これは本書 133 頁に書かれている、アメリカ人歯科医モートンが 1846 年に行ったエーテル麻酔を用いた頸の腫瘍手術の公開実験より、40 年も早い。

私には、現代医療でも使い続けられている X 線装置、人工股関節、人工心肺 (それぞれ第 9、11、12 章) の記述が迫力があつた。第 9 章の最後に書かれている次の記述に注目・共感した。「医学において画像法の利用が広がることで莫大な恩恵がもたらされてきたが、焦点が医師と患者の意思疎通から逸れていくことにもなった。結局のところ、ハイテクのスキャンによってすべて片をつけられるのなら、どうして貴重な時間を割いて患者に質問したり、検査したりする必要があるだろうか、となるのである。画像法は間違いなく医学の様相を変えてきたが、それは必ずしも良い方向ばかりとはいえないのだ」(236 頁)。これは、私の好きなネイスビッツの「ハイテクとハイタッチ」(竹村健一訳『メガトレンド』三笠書房、1983、61-79 頁)、**中山健夫氏** (京都大学大学院教授) が強調されている「ナラティブとエビデンス」(例：「**病の語り**が医療を変える：エビデンスとナラティブ」『民医連医療』2026 年 5 月号：58-59 頁)に通じると思う。

**○中山健夫「共有意思決定 (Shared Decision Making: SDM)ー共創とエンパワメントに向けてー」『日本保健医療科学会雑誌』40(2):3-8 頁、2026 年 3 月。(日本保健医療科学会のサイトから閲覧可能：<https://www.jahbs.info/journal-back2.html>)**

…「EBM の誕生・発展」、「EBM と診療ガイドライン」、「SDM で『共有』するものは何か?」、「IC (インフォームドコンセント) と SDM」、「ナラティブとエビデンス、そして『3 つの Life』の交差点」について、ていねいに解説し、最後の「結語」で、以下のように強調している。「不確実性の中で、患者と医療者が共に向き合い、共に考え、友に選んでいく。そのプロセスそのものが、エンパワメントであり、共創と言えるだろう。このような意思決定を可能に

するのには、多職種連携を含む医療チーム全体のコミュニケーションが欠かせない。

私は、「SDMにおいて、ナラティブとエビデンスの接点はますます重要になってきている。／ここで3つのLife（生命・生活・人生）」という枠組みが示唆的である。これは1970年代にリハビリテーションの第一人者である上田敏が提唱」と書いていることに注目した。Lifeに3つの意味があることは最近時々言及されるが、それを日本で最初に指摘したのが上田敏先生（私のリハビリテーション医学面での恩師）であることは、ほとんど忘れられている。なお、中山氏は、上田先生の提唱の初出を『目でみるリハビリテーション医学』（1971）と書いているがこれは不正確で、正しくは『リハビリテーションを考える』（青木書店、1983,48-49頁）。この記載は、『目でみるリハビリテーション医学』初版（1971）にはなく、同書第2版（1994：3頁）で書かれた。

**○特集「聴覚障害をもつ未成年の子の逸失利益」『賃金と社会保障』2026年3月上旬号：4-19頁。**

…2018年に聴覚支援学校から下校途中だった11歳の女兒が、暴走したホイールローダーに衝突され亡くなった事件の損害賠償請求裁判で、大阪高裁は2025年、従来の司法の考え方を転換し、未成年の逸失利益は、障害の有無にかかわらず全労働者平均賃金を基準に算定し、例外的に、そのような取り扱いの「顕著な妨げとなる事由」がある場合にのみ平均賃金からの増減額が認められるという新しい判断枠組みを示し、1審の減額判決を取り消して、約4300万円の賠償を命じた。その後その判決は確定した。本特集では、弁護士と民法・損害賠償法等の研究者と特別支援教育の専門家、合計5人がこの判決の歴史的意義を多面的に検討している。

**○田中明彦「社会保険と私保険との相違および逆選択・モラルハザードと社会保険、公的保険の意義・法的性格（連載◎制度不備による第3号被保険者の届出遅れと障害年金保障 第2回）」『賃金と社会保障』2026年3月下旬号：19-48頁。**

…主として公的年金と私的年金の異同を解説しているが、5「情報の非対称性と逆選択、モラルハザード・モラルハザードと社会保険」（23-27頁）は、医療保険についても論じている。これらについての（新古典派）経済学と保険論（保険学）の通説的説明をした上で、「モラルハザードについて、人々が医療保険加入後に健康管理を怠るようになるという現象は、これまでの研究ではほとんど確認されていない」、「医療保険に関するモラルハザードには、被保険者が主体となる場合と病院が主体となる場合それぞれに『社会的に好ましいといえる場合があることが指摘されている』と、通説（私から見るとドグマ）を否定する論文を紹介しているのは参考になる。「逆選択は、あくまで営利企業である保険会社の利益・利潤から捉えたものであり、利潤を目的としない社会保険（生存権保障を目的とする）にはそもそも妥当しない」と指摘・主張していることにも共感した。私も、日本福祉大学大学院の「医療福祉経済論」講義で、同じ視点から逆選択論を批判していた。

○山田實紘『医療格差なき日本へ どんな場所、どんな患者でも、命は平等に守りたい』幻冬舎、2026年3月。

…著者（83歳）は、「医療格差なき日本」を作ることを目指して、叔父から引き継いだ岐阜

県美濃加茂市の民間病院を一代で6つの医療・福祉施設を運営する法人と看護専門学校を有する大規模医療グループ（私流に言えば、「保健・医療・福祉複合体」）に育て上げた。2022年には医師人生の集大成として「地域の、日本の、世界の医療拠点」を目指して当地に中部国際医療センターを開設した。その原点は、40年前の30代の時に、肝臓がんと誤診され、余命4か月と宣告されて闘病生活を送った経験を通して、それ以前は「医療者が上で患者は下と考える横暴な医師であったと猛省し」、「患者ファーストで考えられる医師になろうと決意した」こと。本書は、著者が「これまでに取り組んできた地方での医療改革の軌跡を紹介すると共に、超高齢社会を迎えた日本で今、医療人が取り組むべきことや医療人としてのあるべき姿をまとめて」いる（以上「はじめに」より）。

全5章。著者が一番強調しているのは、「地域医療の充実が日本医療を底上げする」こと（60頁）。「超高齢社会のもとでは福祉の視点が不可欠」として、1988年に「別荘のようにさわやかに過ごせる特別養護老人ホーム」を開設し、「国に先駆け高齢者福祉の複合施設を展開」（119-129頁）。近い将来、「混合医療の容認等保健制度の見直しが不可欠」となり、それにより病院がランク付けされ、「医療の質の見える化が進むと…期待」している（132-134頁）している。しかし、この「期待」と、著者が目指している「医療格差なき日本」との関係は不明。

○『薬剤使用状況に関する調査研究報告書』（主席研究員：成川衛）医療経済研究機構、2026年3月。

…医療経済研究機構が継続的に実施してきた、高所得国の医療保障制度における薬剤給付の状況に関する調査の最新版。対象はイギリス、フランス、ドイツ、アメリカ、オーストラリア、イタリアの6か国で、フランス、アメリカ、オーストラリア、イタリアは現地調査も実施している。最後の「総括」を読むだけでも、各国の最新状況を鳥瞰できて、便利。

○特集「未来の病院の診療報酬を考える」（企画：太田圭洋）『病院』2026年4月号：258-304 + 241-248頁。

…病院医療の大きな環境変化の中、診療報酬に関してどのような変化が望まれるのかを識者と病院医療を担う若手経営者6人が論じている。ただし、2026年度診療報酬改定の分析はない。巻頭インタビュー（対談）は、迫井正深厚生労働省医務議会×太田圭洋氏。神野正隆医師は、「次期〔2026年度〕改定において、財源の大幅な投入と、DXを推進する柔軟な規制緩和を断行し、医療提供体制の崩壊を防ぐべき」と正攻法で主張。これと対照的に、西村直久医師は、「需要が限定的な超高額薬剤や、エビデンスの確立に時間を要する新規医療技術については、保険外併用療養費制度を活用しつつ、民間保険が補完的に機能する多層的な保障の仕組みを構築することも1つの方向性である」と主張（294頁）。「エビデンスの確立に時間を要する新規医療技術」を保険外併用療養費制度の対象にするとの提案は珍しくないが、「需要が限定的な超高額薬剤」までその対象にする＝保険給付から外す＝民間保険に加入しないとそれを受けられないようにする主張には驚いた。

○村上正泰「民間保険活用論は財源問題の解決策たりうるか？」『日本医事新報』2026年4月18日号：64-65頁。

…冒頭、「医療技術の進歩に伴い高額な新規治療法が相次いで登場する中、それらを公的保険でカバーするには財源の限界があるとして、民間医療保険を活用すべきとの主張がしばしば唱えられる。しかし、民間保険にゆだねれば本当にうまくゆくのであろうか。」と述べ、それが誤解・幻想であることを簡潔・明快に指摘。「診療報酬制度のような価格や対象をコントロールする仕組みがないまま、高額な新規治療法『マーケット』が拡大すれば、民間保険でも保険料の上昇は避けられなくなる」との指摘は鋭い。「公的負担増の議論を忌避し、民間保険の活用へと逃げ込んでも、何の解決にもならないどころか社会に弊害をもたらしかねない」との主張に、大いに共感した。

**○烏山半六「医師は患者の心付けを受け取ってよいか 医師の職業倫理と刑法**（医療機関で起きる法的トラブルへの対処法・第60回）『病院』2026年4月号：306-309頁。

…某独立行政法人病院の勤務医が、手術前に患者の妻から30万円の現金を受け取り、手術後に患者から診断書に医師が判断するよりも長い療養期間を要すると書くよう求められそう書いたことの是非について質問。回答者（弁護士）は、①医師の職業倫理や院内ルールに抵触し、しかも「みなし公務員」の場合、公務員倫理規定違反のほか収賄罪に当たる可能性もある、②刑法上は、虚偽文書作成や加重収賄罪などが問題になると、厳しく回答。私は、質問者の余りにナイーブな（英語の本来の意味での）質問にあきれると同時に、日本医師会が『医師の職業倫理指針（第3版）』で、「患者から謝礼を受け取ることは、医療人として慎むべきである」等と定めていることを知り意を強くした。

なお、私は1994年に、「医師への謝礼の全貌を明らかにすべく、ある放送局とタイアップして、大学病院医師への大規模なアンケート調査も計画したのだが、なぜか中止になってしまった」（「勤務医への薄給を改めない限り医師への『謝礼』はなくなるらない」『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期」勁草書房、1994、88-93頁）。

**○西村章『高額療養費制度 ひろがる日本の<健康格差>』集英社新書、2026年4月。**

…著者が自認するように、「高額療養費制度に関するおそらく初めての一般向け著書」（14頁）。ただし、単なる啓蒙書ではなく、自己免疫疾患（関節リウマチ）で16年連続高額療養費制度を利用している著者が、自己の実体験も詳しく紹介しながら、政府・審議会等の公式資料や新聞報道等を渉猟する一方、多くの専門家等に取材を重ねた上でいいねい書いているので、内容に信頼性があるだけでなく、迫力もある。研究者や医療関係者が読んでも勉強になる。全8章。第1章・第2章は高額療養費制度と2025年に「凍結」された見直し案の（批判的）解説で、第2～8章は、天野慎介、安藤道人、五十嵐中、高久玲音、齋藤裕、中島克仁、伊藤ゆりの各氏、および私に対するインタビューを基にして書かれている。しかし、後者は単なるQ&Aではなく、著者の意見・解釈も詳しく書かれている。著者は、「世界に冠たる国民皆保険制度」という表現に強い疑問をいだき、地の文でそれを繰り返し述べるとともに（160、233、245頁）、多くのインタビューイヤーからそれに賛同する回答を引き出している（安藤氏125頁、五十嵐氏150頁、高久氏187頁、私268頁）。

第1章で私が一番注目したのは、高額療養費制度の当初見直し案についての「朝日新聞」の世論調査で、若年層では「賛成」が41%もあり、「反対」の46%と拮抗していたこと（42-43%）。第2～8章のインタビューイヤーの発言で、一番感銘を受けたのは、見直し案の反対運動

を主導し、政府・与党を動かして、見直し案を「凍結」に追い込んだ天野氏（全がん連理事長）の率直な発言と地道な行動（第2章）：「ゴールは正論を主張することではなく、与党・政府を動かすこと」93頁等）等。初めて知り大いに共感したのは、高額療養費制度（見直し）の合憲性について早くから問題提起していた齋藤氏（弁護士。2023年度日本弁護士連合会副会長）の鋭い立論（第6章）。安藤、五十嵐、伊藤氏が自己の研究に基づいて、見直し案の「エビデンスに基づく」批判をしていることには、同じ研究者として頭が下がる（それぞれ、第3、4、7章）。それに対して、全世代型社会保障構築会議の2024年11月15日の会議で高額療養費制度について「自己負担の上限というのはある程度引き上がるのは妥当であり、かつ自然である」と発言した高久氏（議事録23頁）が、そのことを棚に上げて（反省せず）、見直し案を「あまり筋のいい話しでない」等と傍観者的に批判していることには鼻白む（第5章182頁）。なお、高久氏以外に、上記構築会議で「堰を切ったように次々と自己負担上限額の引き上げに同調」し（62頁）、その後の高額療養費制度の見直しを先導した4人の有識者委員の発言は61-62頁に紹介されているが、なぜか、発言者名は書かれていない。

**○高久玲音『医療崩壊の経済学 現代日本医療制度の再検討』慶應義塾大学出版会、2026年3月。**

…「医療崩壊の経済学」という書名はキワモノ的だが（編集者がつけた？）、中身は副題通りの研究書・力作。全11章。本書の中核である第3～10章は、著者が今まで旺盛に発表してきた英語学術論文を核としながら日本語で大幅に再構成しているとのこと。「大事なことはデータに語らせる」書き方に（ほぼ）徹しているが、一部の章はデータの洪水的で読みにくい（例：第6章と第7章の後半）。第3～5章（+第10章）は、コロナ禍の医療（政策）についての、東京都の特別調査や著者グループの独自調査を用いた詳細なデータ分析で、説得力がある。第10章で、感染症対策の専門家主導の「トレードオフ」の視点がないコロナ禍対策を痛烈に批判：著者は子どもが通う学校の対策が「あまりにもばかばかしい！」と激怒し、小学校のPTA副会長に立候補した！（254頁）。それに対して、最後の第11章「総括：医療政策の将来像」では、「あえて[著者の]主張を明確に」している（例：「原則的に3割に負担をできる限り統一する」）。以下、第8章と第11章について述べる。

第8章「患者自己負担のあり方」の冒頭で、医療保険の効果判定の指標として、健康改善効果だけでなく、「金銭的リスクが減少したことによる厚生上の利得」、患者や国民の満足度（シャオ教授が提唱）をあげているのはバランス感覚がある（215-217頁）。「自己負担の引き上げだけで長期的な医療費抑制は難しい」と明記しているのも妥当（237頁）。患者負担について、「自己負担無料で全年齢で統一」する案から「2階建ての医療保険制度」案まで、幅広い改革案を「排除してはならない」と公平に示し、それらに関する国内外の最新の実証研究の結果をていねいに紹介しているのは勉強になる。ただし、本文で医療保険による健康指標の改善は「平均的な加入者」では認められないとの実証研究ばかりを紹介し、「ランドの医療保険実験では人口の低位6%に位置するような貧困層では健康改善効果が見られている」（244頁）との非常に大事な知見を注でチラリと書くにとどめているのはいただけない。もう一つ、本来、患者負担のあり方と一体で検討すべき、医療費の財源選択・調達法には、本書全体でほとんど触れていないことにも疑問を感じた。

第 11 章の著者の改革案には、(私から見ると、英語の本来の意味で) ナイーブなものがない(例: 他章だが、第 6 章 8 の「救急医療崩壊」の解決策として、「国内で優良な事例」の全国化を提唱)。過去に日本でも大学病院で試行的に導入されたがその後否定された DRG/PPS (一入院包括払い) を急性期拠点病院に一律導入するとの提案は唐突だし(275 頁)、「急性期医療にも少しだけ参加している中途半端な病院」・「ケアミックス病院」を「資源の浪費・無駄」と決めつけるのは乱暴(278 頁)。一方、グループ診療の「義務づけ」や、高額療養費制度自己負担上限の引き上げが「妥当であり、かつ自然」との、かつての著者の <尖った> 主張・発言を封印していることや、「かかりつけ医の制度化」に触れていないのは賢明と思う。最後に、本書全体で何度もイギリスの医療制度・政策が肯定的に(無批判に)紹介されているが(22,65,155,195 頁)、イギリスの NHS はコロナ禍で「崩壊」し、現在もそれが続いていることを考えると、疑問を感じた(例: Hospitals never recovered from covid-19. The Economist April 11th, 2026:50-51 pages. 「ニューズレター」262 号(2026 年 5 月)で紹介)。このレポートを読むと、日本医療はコロナ禍中も、コロナ禍後も、国際的にみれば(イギリスをはじめとした他の高所得国と比べれば)はるかに健闘したことが再確認でき、「綻びはじめた日本の医療体制」(第 1 章の冒頭)や「救急医療崩壊」(第 6 章の章名)との著者の否定的評価は的外れ・不公正と思う。

○「医療費の負担増 “受け入れられない 68 %” NHK 世論調査」NHK 2026 年 5 月 5 日…<医療費が増え続ける中、財政の破綻を防ぐために保険料などの負担が増えることを受け入れられるか NHK の世論調査で尋ねたところ、受け入れられないと答えた人が 68 %に上りました。NHK は、「去年 11 月から 12 月にかけて医療に関する世論調査を全国の 18 歳以上の 3600 人を対象に郵送で実施し、58.6 %にあたる 2108 人から回答を得ました。この中で、この 1 年間に医療費を負担できないなどの経済的な理由で医療機関の受診を控えたことがあったか尋ねたところ、「よくあった」、または、「ときどきあった」と答えた人はあわせて 9 %に上りました。年代別にみると、50 代までは各年代で 10 %を超えた一方、60 代は 8 %、70 歳以上は 6 %となっていて、現役世代で高い傾向にありました。さらに、高齢化や医療技術の進歩などによって医療費が増え続ける中、**医療財政の破綻を防ぐ対策として保険料や税金の負担が増えるのを受け入れられるか**尋ねたところ、「受け入れられない」または、「どちらかといえば、受け入れられない」と回答した人はあわせて 68 %に上りました。一方、「受け入れられる」または、「どちらかといえば受け入れられる」と回答した人はあわせて 31 %でした。> (以上、テレビニュースの全文)

これは、「ゼミ通信」98 号で紹介・批判した、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と同根の不適切な設問: 設問の冒頭に、「財政の破綻を防ぐために保険料などの負担が増える」と書いているのは、誘導的。『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』(勁草書房、2026 年) 序章第 2 節「社会保障・医療保険の給付・負担についての意識調査」で強調したように、社会保障の負担の増減と給付の増減はワンセットで質問するのがまともな世論調査。私は、「どちらかといえば、受け入れない」と回答した人の相当部分は、「**医療保険給付を減らす**」や「**患者負担を増やす**」とセットで質問されれば、「保険料や税金の負担が増えるのをどちらかといえば受け入れられる」と回答すると思う。

### C. 政治・経済・社会関連

○岡本亮輔『キリスト教入門の系譜 内村鑑三、遠藤周作から渡辺和子、オンライン協会まで』中公新書、2026年1月。

…キリスト教は世界最大の宗教だが、日本のクリスチャンは約105万人、総人口の0.8%、そのうち定期的に教会に通うのは20万人程度、約0.16%にすぎず、しかも日本のキリスト教は「停滞」から「衰退」の局面に入っている。本書は、このような日本における「信者の少なさ」と「文化的広がり」の奇妙な落差という「手強い謎」に挑むべく、教会の外から150年以上にわたり書き続けられてきたキリスト教入門書を振り返っている。序章・終章を含めて全8章で、ほぼ時系列的に書かれている。序章では「教会の外にいるクリスチャン」という独自のスタイルを切り開いた内村鑑三を、第1章では大正～昭和初期の「宗教文学」を、第2章では敗戦・占領期の歴史的転換点を、第3章では「信仰と学問は両立するのか」という問いに挑んだ知識人たちを描く（以下略。以上、「はじめに」より）。

私は、占領期に連合軍最高指令官マッカーサーが「日本人をクリスチャンにしまえば、過ちを繰り返さないはず」と考え、キリスト教を「全占領政策の基礎」に据え、キリスト教が一時国教のような存在感を帯びたにもかかわらず、キリスト教徒はほとんど増えなかったことに注目した（第2章）。著者は終章で、入門書を4つのタイプに分類しているが、恣意的で、説得力はないと感じた。ともあれ、日本の明治期以降のキリスト教（受容の苦闘）史についての教養は身につく。

○湯浅邦宏『孔子は、いかにして「神」になったのか』NHK出版新書、2026年2月。

…書名の「神」は「聖人」「神格化」の意味で、本書は、近年、中国で出土した新資料の研究成果も紹介しながら、生前は自らの理想とする政治を実現できず、故郷の魯に帰り、失意のうちに生涯を閉じた孔子の教えが、中国三千年史の中で、いつ、どのようにして「国家教学」になったのかを探究。序章を含め、全8章。記述は平易でサラリと読める。私は今まで儒教・儒学については『論語』しか読んだことがなかったので、第1章～第5章を読んで教養が少し身についた。しかし、第6章「孔子は日本でどのように受容されたのか」と第7章「孔子の教えはどこに向かうのか」は駆け足・浅い・poor。

○古田徹也『懐疑論 古代ギリシャからデカルト、陰謀論まで』中公新書、2026年2月。

…ギリシャ古代においてピュロン等によって展開された「懐疑主義」とヨーロッパの近代以降に大きな影響力を持った「懐疑論」を区別し、前者に「積極的な意義を見いだす」一方、後者には「厳しい批判」をしている（v頁）。**もっとも批判しているのがデカルトで、「循環論法」、「無理筋」、「きわめて強力かつ破壊的な懐疑論」と厳しく、しかし論理的に批判しており（118-133頁）、説得力がある&大いに共感。全5章。ヨーロッパの懐疑論についての教養は身につくが、私は本書を読んで改めて、哲学は不毛と感じた。なお、私が20代に「哲学に対する…『偏見』」を持つようになった理由・経緯は、『医療経済・政策学の視点と方法』（勁草書房、2006、78-79頁）に書いた。**

○保阪正康『真の保守とは何か 近代日本の地下水脈』文春新書、2026年3月。

…著者は、高市早苗首相や参政党等の「国家主義的右派」は「真正保守」の対極にあるとみなし、「現在の『高市一強』にファシズムの危険性をみて取り、「日本現代史を通じて培われてきた『真性保守』の地下水脈、それを担った政治家や思想家、そして彼らの哲学と実践を再興すべきと考え」、本書を緊急出版（はじめにとおわりに）。全6章。本書の主役は石橋湛山（第2章「軍部と闘う石橋湛山」、第3章「アメリカと闘う石橋湛山」等）。本書で著者が「真性保守」と評価している他の政治家は池田勇人、前尾繁三郎、後藤田正晴、言論人は渡邊恒雄、半藤一利（すべて故人）。一番勉強になったのは、竹内好の石橋評「開かれたナショナリスト」（103頁）。同感したのは、第6章「日本の保守はなぜ親米なのか」。なお、著者の「真の保守」・「真性保守」・「本当の保守」は「良識派保守」の意味で、中島岳志氏の「リベラル保守」に近いと思う（『リベラル保守宣言』新潮社、2013）。

◎村木厚子『おどろきの刑事司法 “犯罪者”の作り方』講談社現代新書、2026年3月。

…村木厚子氏は、厚生労働省在職中の2009年に「郵便不正事件」で犯罪者に仕立て上げられ、164日間も拘置所に拘留された後、「有罪率99.9%」と言われる裁判で無罪判決を勝ち取って厚生労働省に復帰し、事務次官まで務めた後も、えん罪や「人質司法」のない「当たり前前の刑事裁判」実現のための刑事司法改革のために戦い続けている。本書は氏の「得がたい経験」と改革提案について、「可能な限り実名で記して」いる（しかし、彼女を冤罪に陥れた厚生労働省の部下を含め、その後、犯した罪を反省をした人々は仮名にしている）。全3部・9章。第1部の第1～3章では、自身の捜査と裁判について冷静に、しかし怒りがにじみ出た筆致で詳述している。第1部第5章では袴田事件等がさらした「日本の再審制度の『異常性』」を厳しく批判している。第2部では「ビジネスパーソンが巻き込まれやすい痴漢事件と経済事件」を取り上げ、会社員には「仕事の中で予防法学を身につける」ことを勧めている（216頁）。第3部では、村木氏も参加した法務省の法制審特別部会の「驚愕」の実態を生々しく示し、氏が他の4人の市民委員と共にまとめた「私たちの刑事司法改革」について説明している。

私は本書を読んで村木氏が無罪判決を勝ち取ったのは、氏が黙秘権を行使して「勇気を持って黙秘を貫き、しかも検察官が開示した膨大な供述調書・資料（積み上げると80cm！52頁）を読み込んでそれらの矛盾・「検察官による証拠改竄」を自ら発見しただけでなく、有能な弁護士（弘中淳一郎弁護士）を選任できたこと、及びたまたま「いい裁判官にあたった」という僥倖に恵まれたこともあると感じた。また、「驚きの刑事司法」は、警察・検察だけでなく、無罪判決を書くことを躊躇する大半の裁判官、及び法務省に与する刑事司法の研究者・「刑事法学者たち」たちの『組織防衛』を最優先する（301頁）トライアングルで構成されていることも知った（第8章では、研究者たちの信じられない発言がすべて実名入りで書かれている）。