

2025年8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253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。

253号の目次は以下の通りです(30頁)

1. 論文:「骨太方針2025」の医療・社会保障改革方針の複眼的検討(「二木教授の医療時評(234)」『文化連情報』2025年8月号(569号):38-45頁)……………2頁
2. インタビュー: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)……………9頁
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233回:2025年分その5:6論文)……………20頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その247)ー最近知った名言・警句……………24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51回)……………25頁

お知らせ

1. 論文『令和7年版厚生労働白書』第1部をどう読むか?』を『日本医事新報』2025年8月9日号(5285号)に掲載します。本「ニュースレター」254号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下さい。

2. 「朝日新聞」と「毎日新聞」に参政党の(医療)政策を検討した記事が載り、それぞれに、終末期医療費についての私のコメントが使われました。両記事とも、ウェブ上に公開され、無料で閲覧できます

○「終末期の延命措置医療費、公約に波紋 命の尊厳 脅かしかねない」朝日新聞 2025年7月15日(阿部彰芳・松本千聖記者)

<https://www.asahi.com/articles/AST7G35WJT7GUTFL018M.html>

○「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(春増翔太記者)

<https://mainichi.jp/articles/20250718/k00/00m/010/203000c>

1. 論文：「骨太方針 2025」の医療・社会保障改革方針の複眼的検討

（「二木教授の医療時評（234号）」『文化連情報』2025年8月号（569号）：38-45頁）

はじめに

石破茂内閣は6月13日、「経済財政運営と改革の基本方針2025～『今日より明日はよくなる』と実感できる社会へ～」（以下、「骨太方針2025」）を閣議決定しました。本稿では、「骨太方針2025」及びそれと同時に閣議決定された「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版」（以下、「グランドデザイン2025」）に書かれている医療・社会保障改革方針を、昨年の「骨太方針2024」、「骨太方針2025（原案）」（6月6日公表）、及び5月27日公表の財務省・財政制度等審議会「建議」（以下、財政審「建議」）との記述の異同に注意しつつ、複眼的に検討します(1)。

賃上げに加え「経営の安定」も明記

「骨太方針2025」は4章構成で、医療・社会保障改革方針は、主に第3章「中長期的に持続可能な経済社会の実現」の1.『「経済・財政新生計画」の推進」と2.「主要分野ごとの重要課題と取組方針」に書かれています。

今年の医療・社会保障改革方針でもっとも注目すべきことは、言うまでもなく、長年続けられてきた、厳しい医療・社会保障費抑制の見直しは、以下のように明記されたことです。「医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある」。医療費等の「高齢化による増加分に相当する伸びに…経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する」、「社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する」（すべて第3章38頁）。

これらのうち、最初の文と同趣旨の表現は「骨太方針2025（原案）」では注に小さく書かれていたのですが、6月11日の自民党政調全体会議の議論を経て、本文に格上げされました。医療・福祉分野等の「賃上げ」は「骨太方針2024」にも書かれていました(1)。しかし、「経営の安定」が書かれたのは初めてで、「骨太方針2025」全体で3回も使われています。社会保障関係費の伸びの要因として、「(医療の)高度化」が公式に認められたのも初めてです。ただし、これは38頁の注で書かれており、本文より「格下」の記載です。

よく知られているように、「骨太方針2015」で、「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分…に相当する水準におさめることを目指す」（30頁）と書き込まれて以来、この「（歳出の）目安」は、「骨太方針2024」までずっと引き継がれてきました。「骨太方針2024」では、「これまでの歳出改革努力を継続する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する」（40頁）とやや緩和され、「骨太方針2025」ではさらに緩和されたと言えます。

このような政府方針の部分的転換は、日本医師会と病院団体、自民党医系議員等が、現在の医療機関の経営危機とそれを克服するための診療報酬・医療費の引き上げの必要

性を、政府・与党だけでなく、広く国民にも訴えたことの大きな成果と言えます。

ただし、「骨太方針 2025」には、上記記述とワンセットで、2 回も「これまでの改革（または歳出改革）を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ」と書かれ、さらに、「予算編成においては、2027 年度までの間、骨太方針 2024 で示された歳出改革努力を継続しつつ」とも書かれているので、「目安対応」が完全になくなったわけではありません。財政審「建議」も、頑なに医療・社会保障費抑制政策の継続を主張しています。そのため、2026 年度の診療報酬引き上げ幅をめぐって、年末の来年度予算原案作成まで、激しい攻防が続くのは確実です。

医療提供体制の改革に新味はない

それに対して、第 3 章 2(1)の（中長期的な医療提供体制の確保等）と（がん、循環器病等の疾患に応じた対策等）（40-41 頁）には、全体として新味はありません。まったく新たな記述は、前者では「減少傾向にある外科医師の支援」、「偏在対策を含む看護職員の確保・養成」、「安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境を整備」の 3 つ、後者では睡眠（障害）対策くらいです。睡眠対策は、以下のように詳しく書かれました。「運送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、健康経営の普及、睡眠関連の市場拡大や企業支援に一層取り組む」。

財政審「建議」では、医療機関への「人材紹介会社の規制強化」が強いトーンで書かれ（68 頁）、私もこれは緊急の課題だと思うのですが、残念ながら「骨太方針 2025」には書かれていません。

医療提供体制の改革に、医療で「余裕（冗長性）」を確保することの重要性は、今回も書かれていません。このことは、コロナ禍中は、医療関係者や厚生労働省関係者だけでなく、菅内閣でワクチン接種推進担当大臣を務めた河野太郎議員も主張したのですが(2)、コロナ禍収束後はすっかり忘れ去られています。

敢えてこのことを指摘するのは、第 3 章 1. 『『経済・財政新生計画』の推進』で、「頻発する自然災害や安全保障環境の変化の中で、**有事に備えた財政余力の確保の重要性**は一層増して」と書かれているからです（37 頁）。私は、感染症有事に備える「医療安全保障」の視点からも、余裕を持った医療計画・地域医療構想を立てることが必要と考えています(3)。

「かかりつけ医機能」への言及は一言のみ

私が「骨太方針 2024」から変化していない医療提供体制改革の記載で注目したのは、「かかりつけ医機能の発揮される制度整備」と一言だけ書かれていることです。

これは、財政審「建議」が、2026 年度診療報酬改定では「かかりつけ医機能の報酬上での評価」について、「抜本的な見直しを図るべき」と主張し、個別の診療行為の評価について詳細な提案（地域包括診療料・加算や認知症地域包括診療料・加算の統合、外来管理加算の再診料への包括化、機能強化加算の廃止等）を行い、さらに注で、「かかりつけ医制度の実現に向けて、（中略）かかりつけ医の認定制への移行や、外来診療に係る包括払い化を、実効性のある形で進めていく必要があるとの意見があった」（71-72 頁）と書いたのと対照的です。

実は私は、6月初旬、「建議」のこの記述について、複数の医師から、財務省は「かかりつけ医機能の抜本的見直し」や「かかりつけ医の制度化」を目指しているのではないかと問いただされ、以下のように答えました。

「私は、毎年春の『建議』は、その直後に閣議決定される『骨太方針』に向けての財務省としてのアピール・最大限要求に過ぎないと理解しているので、そこに書かれている主張・要求のうち、何が『骨太方針』に反映されたかに（のみ）注目することになっています。6月6日に公表された『骨太方針 2025（原案）』でも、『かかりつけ医機能の発揮される制度整備』という表現が1か所で用いられているだけです（38頁）。私は以前から『かかりつけ医』問題は、＜政策的には＞終わったと判断していましたが、この記述からもそのことが確認されたと思います」。なお、私は『骨太方針 2023』を検討した時に、初めて「かかりつけ医問題は政策的に終わった」と書きました（4）。

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会（座長・尾形裕也氏）では、2026年度の診療報酬改定に向けて、「かかりつけ医機能に係る主な評価」の緻密な検討が始まっていますが、財務省の上記提案は一顧だにされていません（例：6月19日第4回会議の資料「入-1」）。

医療DXで「クラウドネイティブ」を明記

私が医療提供体制改革で一番注目したのは、第3章ではなく、第2章3(2)「DXの推進」の（医療・介護・こどもDX）の項で、以下のように書かれたことです。「標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める」（20-21頁）。

「グランドデザイン 2025」は「病院の情報システムの刷新」の項で、さらに踏み込んで以下のように書いています。「ヘルスケアスタートアップが開発する最新技術の活用を容易にするべく、電子カルテ等の病院情報システムについて、**従来のオンプレ型システムから、いわゆるクラウドネイティブ型システムへの移行を促進**する」（29頁）。

ここで「オンプレ（オンプレミスの略）型」とは、個々の医療機関内での閉鎖型の電子カルテ・病院情報システム、「クラウドネイティブ型」とは、クラウド環境に最適化された設計思想を持つ開放型のシステムを指します。

「電子カルテ等の病院情報システム」について、閣議決定がここまで具体的に書いたのは初めてです。高橋泰氏（国際医療福祉大学大学院教授）は、厚生労働省が本年1月22日の高官の会議で、医療DX戦略を「オンプレミスからクラウドネイティブへ」方向転換したと報告していました（5）【注】。2つの閣議決定の記載は、この方向転換が国の正式方針になったことを意味します。

なお、私は医療DXの推進には大卒で賛成ですが、医療DXの最終目標とされている「全国医療情報プラットフォーム」の構築には、費用対効果と情報漏洩のリスクの両面から、強い疑問を持っています（6）。

日本維新の会の諸主張を盛り込んだが…

「骨太方針 2025」の医療・社会保障改革方針には、最終段階で、自民党・公明党・日

本維新の会の「合意」（6月11日）に盛り込まれた日本維新の会の主張を反映した、以下の記述が急遽追加されました。「①現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、②OTC類似薬の保険給付の在り方の見直しや、③地域フォーミュラリの全国展開、④新たな地域医療構想に向けた病床削減」（39頁。①～④の番号は私が便宜的に付けました）。

①～④とも日本維新の会が主張した数値目標は書かれませんでした、「2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する」と書かれました。そのため、今後、医療・社会保障費抑制策が日本維新の会が主張する方向で進む危険があります。

ただし、私は、以下の理由から、それらが全面的に実施されることはないとも判断しています。

①に関して、実は、「骨太方針」に「保険料負担の軽減」が書かれたのは初めてです(7)。社会保障との関連で「国民負担の軽減」が書かれたのも初めてです。しかし、他の部分では「保険料**負担の上昇を抑制**」（39頁）、「現役世代の**負担上昇の抑制**」（40頁）という、従来の「骨太方針」と同じ表現も使われています。財政審「建議」も、「医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する」（56頁）、「現役世代の保険料負担増を可能な限り抑制する」（57頁）と書いています。

上述したように「骨太方針2025」が「社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する」ことを認めた以上、「国民負担の軽減」を実額はもちろん、対GDP比で行うことは、たとえ単年度でも不可能であり、従来通り「負担の上昇」の抑制にとどまると思います。

②は日本維新の会が三党協議でもっとも重視したことですが、日本維新の会が主張していた「OTC類似薬を保険適用から除外する」とのストレートな表現は盛り込まれませんでした（日本維新の会「社会保障料を下げる改革案（たたき台）」本年2月20日）。しかも、「骨太方針2025」の39頁の注では、「医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ」という、厳しい歯止めがかけられました。日本医師会も6月22日の代議員会で、「OTC類似薬の保険適用除外やスイッチOTC化の推進は、必要な時に適切な医療が受けられない国民が増え、国民皆保険制度の根幹を揺るがしかねない」と強く反対しています（宮川政昭常任理事。M3.comレポート 6月23日）。そのため、私は、OTC類似薬の保険外しはごく限定的にとどまり、それによる医療給付費削減は日本維新の会の主張する1兆円の1割にも届かないと予測します。

③に関して、「(地域)フォーミュラリの活用」はすでに「骨太方針2021」に書かれ、厚生労働省はそれに基づいて、2023年7月に「フォーミュラリの運用について」の通知を出しているため、新しいのは「全国展開」が加わったことだけです。しかも、「骨太方針2025」の注(39頁)では「各地域において地域フォーミュラリが策定されるよう取組を推進する」、43頁では「医療費適正化の観点から、地域フォーミュラリを普及する」と、「全国展開」よりは弱い(?)表現で書かれています。このことは、日本維新の会の顔を立てて、言葉の上でだけ「全国展開」を入れたことを示唆しています。

④に関して、39頁の注で、以下のような歯止めが書かれています。「人口減少等によ

り不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る」。

私は、病床削減は、給付金（日本維新の会は1床あたり410万円と想定）が支給される場合は、相当進むと思います。その理由は、人口減少・患者減少が急速に進んでいる地域を中心として多くの地域で、病院の「撤退戦」が始まっているからです。その一端は、2024年度の補正予算に組み込まれた、病床削減を条件とした「病床数適正化支援事業」の給付金を申請した病院の病床数が5万4000床と、当初予定の7000床の7.7倍に達したことに現れています。日本医師会や病院団体も、補助金交付を条件・前提にして、病床削減を「前向きに評価する」か、「一定の理解」を示しています。

ただし、私はそれにより、日本維新の会が想定している1兆円の医療費削減（純減）はありえないとも考えています。その理由は単純で、病床数の相当部分は空床だからです。2023年の病院の平均病床利用率は75.6%で、病院病床のうち約36万床が利用されていないのです（病床総数1,481,183床×24.4%）。当然のことながら、病床削減はまず空床病床から行われますが、空床病床にはもともと医療費が発生していないので、病床が削減されても医療費は削減されません。既存の病院が統合して病床が削減される場合は、新しい病院の機能は大幅に向上し、それにより入院・外来の1日当たり医療費、さらには総医療費は相当増えます。

保険外併用療養費制度・民間保険の活用の拡大

最後に、指摘したいのは「骨太方針2025」では、「骨太方針2024」で（創薬力強化等ヘルスケアの推進）の手段としてごく限定的に示された、保険外併用療養費制度の拡大や民間保険の活用についての記載が、（中長期的な医療提供体制の確保等）の項の最後で、以下のように一般化・拡大して書かれていることです。「保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す」（41頁）。

「骨太方針2025」には抽象的に書かれているだけですが、「グランドデザイン2025」には、「保険外併用療養費制度の運用改善（迅速なアクセス）等」が事細かに書かれています（61頁）。その29頁では、「公的保険外のいわゆるヘルスケア産業」を「2050年に向け…現在の約30兆円から約80兆円規模に向け成長させる」とも書かれています（29頁）。

私は、「骨太方針2024」を検討した際、以下のように書きました。「この方針を字義通りに解釈すると、今後は、医療技術進歩に対応して医療保険の給付範囲を拡大するのではなく、その費用を保険外併用療養費制度と民間保険で賄うことを意味します。（中略）究極的には、実質的な混合診療の拡大により、国民・患者の支払い能力により受けられる医療が変わるといって『格差（階層）医療』が生じ、この面での国民の分断・対立が生じる危険があります」（1）。「骨太方針2025」の保険外併用療養費制度と民間保険の活用方針の拡大により、その危険がさらに増したと言えます。

保険外併用療養費制度・民間保険の活用及び日本維新の会が求めているOTC類似薬の保険外しは、一見公的医療費（医療給付費）の抑制につながるように見えます。しかし、

患者の窓口負担の増加（保険給付から患者負担へのコストシフティング）、公的保険料よりはるかに高い民間保険料の増加、及び保険外しされ自由価格になったOTC類似薬の価格高騰により、社会的総費用（医療給付費＋個人負担）を相当増加させます。

ただし、「骨太方針 2025」には、「骨太方針 2024」と同じように、「有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する」とも書かれています（41頁）。本年は「デジタル化等」という表現が加わりましたが、「デジタル化等の新技術・新材料」に限定して「保険導入を推進する」とは考えにくいので、上記の「危険」がすぐ現実化することはないと思います。

おわりに

以上、「骨太方針 2025」の医療・社会保障改革方針を複眼的に検討してきました。

私は、2026年度診療報酬改定に向けて「医療・介護・障害福祉等の公定価格の引き上げ、経営の安定」等が認められたこと、「社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する」ことが明記されたことにより、医療機関の経営に薄明かりがさしたと評価しています。他面、日本維新の会の主張が一部盛り込まれたこと、及び保険外併用療養費制度と民間医療保険の活用方針が昨年より拡大したことにより、従来以上に医療・社会保障（給付）費が抑制される危険が増した面もあると判断しています。

それだけに、医療団体や研究者には、この両面を国民・ジャーナリズムに広く知らせるとともに、財源に裏打ちされた公平で効果的で、しかも効率的な医療制度改革案を探究・提示することが求められていると思います。

【注】クラウド型電子カルテの費用についての公開論争

本年4～6月に、今後のクラウド型電子カルテ・病院情報システムの導入・維持費用について、興味深い、事実上の公開論争が生じました（「事実上」と書いたのは、2人の論者とも批判する相手の名前を明示していないからです）。

まず高橋泰氏は本文で紹介した文献(5)で、独自の「10年後までのシステム移行シナリオ」を示した上で、クラウド型への移行により、現行のオンプレミス型よりも、「病院ごとにかかる維持コストは長期的には下がる可能性が高い。大掛かりな設備投資を定期的に行わなくて済むメリットは決して小さくない」と主張しました。

それに対して、黒田知宏氏（京都大学大学院医学研究科医学・医科学専攻医療情報学教授）は、「クラウド化した方がセキュリティーが高まる」との主張には「おおむね同意」したうえで、「クラウド化した方が価格が安くなる」との主張は「間違い」、「明らかにオンプレミスよりも高額になり本末転倒」と主張しました。その理由の1つは、「1つの大型病院の電子カルテの処理量（トランザクション数）は、日本中の銀行間の取引を司る『全国銀行データ通信システム』のおおむね1つ分に匹敵」する「ため、複数の病院が共有して使えるようなシステムは高コストにならざるを得ない」からです(8)。

この批判に対して、高橋氏は、同じく「クラウド化」と言っても、従来オンプレミス（院内設置型）で稼働していたサーバー環境をそのままクラウド上のサーバーに移行する「クラウドリフト」と、クラウド環境に最適化された設計思想を持つ「クラウドネイティブ」を区別する必要があるとして、「大学病院などの大病院がクラウドリフトを行い、24時間365

日、巨大な仮想専用サーバーを占有すれば、当然コストは跳ね上がる」と認めました。その上で、「現時点のクラウドネイティブ型は、少人数、少量データ、比較的単純な業務において最適な構成となっており、それに「対応可能なのは、あくまで中小規模の医療機関にとどまる」と指摘し、「現在のクラウドネイティブ基盤では、…巨大施設に耐え得るシステム提供は実現していない」ので、この課題が解消されるためには「大病院に関しては少なくともあと5年はかかるというのが現実的な見通し」と述べました(9)。

私は両者の主張を読み比べて、「存在が意識を規定する」と感じました。黒田氏は大学病院・大規模病院のスタンド・アローンでのクラウド導入について述べているのに対して、高橋氏は中小規模の病院の（「マルチ・テナント」による）クラウド導入を想定しているからです。

文献

- (1) 二木立 『『骨太方針 2024』の医療・社会保障改革方針を複眼的・批判的に読む』『文化連情報』2024年8月号(557号)：229頁。
- (2) 河野太郎 『日本を前に進める』PHP新書、2021、131頁。
- (3) 二木立 『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020、序章「新型コロナウイルス感染症と医療改革」(7、14、19頁)。
- (4) 二木立 『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房、2024、第4章第4節『『骨太方針 2023』等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度改革方針を複眼的に読む』(144-154頁)。
- (5) 高橋泰 「国の医療DX戦略の方向転換ーオンプレミスからクラウドネイティブへー」『社会保険旬報』2025年4月1日号：14-20頁。
- (6) 二木立 「2024年度診療報酬改定を複眼的に評価する」『文化連情報』2024年5月号(554号)：364頁。
- (7) 二木立 「自公維三党合意が『念頭に置く』国民医療費の『最低4兆円削減』が荒唐無稽である理由」『文化連情報』2025年6月号(567号)：30-37頁（【注】「骨太方針」に「保険料負担の引き下げ」が書かれたことは一度もない）。
- (8) 黒田知宏 「電子カルテの価格高騰、クラウド化もコストカットに資せず（シリーズ◎医療DX（インタビュー）」『日経ヘルスケア』2025年5月号：23-24頁。
- (9) 高橋泰 「クラウド化＝高コストという議論への懸念 『リフト』『ネイティブ』の違いを見極めよ（トレンドを読む）」『日経ヘルスケア』2025年6月号：20-21頁。

[本稿は『日本医事新報』2025年7月5日号掲載の『骨太方針 2025』の医療・社会保障改革方針をどう読むか?』に大幅に加筆したものです。]

2. インタビュー：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」(別ファイル)
<https://naokoiwanaga.theletter.jp/posts/bb6a15e0-5d48-11f0-b934-d5909184ce54>

参政党が参院選で打ち出した医療公約「終末期の延命医療費の全額自己負担化」に批判が高まっています。終末期の医療が医療費を押し上げるとも主張していますが、この認識は正しいのでしょうか？医療経済学や医療政策学の専門家、二木立さんに聞きました。

参政党が参議院選挙で「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」という公約を掲げ、「恐ろしい政党だ」「金がない人は苦しんで死ぬのか？」などと批判の声が高まっている。

「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おり」ともするが、この認識は正しいのか？

具体的には「胃瘻・点滴・経管栄養等の延命措置は原則行わない」としているが、これは医療政策としてどうなのか？

医療経済学や医療政策学の専門家である日本福祉大学名誉教授の二木立さんに取材し、検証する。

繰り返される言説

--2019年に、「終末期医療が医療費を圧迫している」として終末期医療を保険適用外にすることを提案した[「落合・古市対談」について二木先生にインタビューした](#)時に、同様の言説は繰り返されており、珍しくもないと評価されていました。[今回の参政党の公約](#)も同様の言説との印象を抱いたのですが、いかがでしょうか？

も参政党の「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」等の公約が、2019年に落合・古市氏が述べたこととそっくりであることに驚きました。彼らも「(高齢者に)『最後の1か月間の延命治療はやめませんか？』と提案すればいい」、「終末期医療の延命治療を保険適用外にするだけで話が終わるような気もする」と言っていましたね。

それと同時に、私が当時、彼らの主張の誤りを批判して示した事実・データと考え方・ロジックが、ほとんどそのまま通じることも再確認しました。

このインタビューの読者もぜひそれを読んでいただきたいと思います。

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

高齢者の終末期医療をカットすることを主張して、多くの人の批判を浴びた落合陽一さん、古市憲寿さんの対談...

www.buzzfeed.com

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

二木立先生のインタビュー第二弾では、財政維持のために社会保障費をカットすることは妥当なのか、高額薬剤...

www.buzzfeed.com

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

医療経済学者、二木立さんインタビュー第3弾では、今、産官学民で盛んに言われ始めた予防医療と健康寿命の...

www.buzzfeed.com

ただし、6年前はあくまでも二人の個人の言説で、しかもそれがジャーナリズムとSNSの両方で厳しく批判され、落合氏は謝罪・撤回しました。古市氏は今でも頬被りしていますが。

昨年の総選挙時の玉木雄一郎・国民民主党党首の10月12日の党首討論会での「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」という発言についても批判されて、あっという間に撤回しましたよね。

それに対して、今回は「全国政党」の公約でありながら、ジャーナリズムでの報道や批判はごく限られていること、そのために参政党もその公約を撤回していないことに、恐ろしさ・異様さを感じています。ただし、私はSNSはまったく使っていないので、それについての反応については分かりません。

私の調べた範囲では、全国紙では「しんぶん赤旗」が7月6日2面で「[終末期医療は全額自己負担/参政党が異常な公約](#)」と批判していました。

終末期の医療は、本人や家族の生き方に関わる問題で、政治家が口を差しはさむべき性格の問題ではありません。「全額自己負担化」導入は、経済的にゆとりのない人から「生きる尊厳」を国家が強制的に奪うものにほかなりません。「しんぶん赤旗」(20

25年7月6日)より

この批判は的を射ていると思いますし、私も賛成です。

朝日新聞も、この公約について参政党の神谷宗幣代表の説明を[報じていました](#)。撤回でも弁解でもありませんでしたね。

若い世代の「被害者意識」が煽られている

--なぜこのような言説は繰り返されるのか、先生のお考えを聞かせてください。

このような言説が繰り返される理由は多面的で、一言では言えません。

まず歴史的に言うと、国民医療費が急騰して医療保険財政、国家財政を圧迫するとの議論は、古くは1950年代の「結核医療費抑制論」が出発点で、75年前にはすでにありました。

他に有名なところでは、1983年の吉村仁氏(当時厚生省保険局長)の「医療費亡国論」、2015年「オブジーボ亡国論」など、長い歴史があります。枚挙にいとまがない。1980年代以降は、人口高齢化に伴って国民医療費のうち比重が増している高齢者の医療費が批判のターゲットになりました。

最近では、現役世代、特に20～30代の若年世代の所得が伸び悩む一方、社会保険料は引き上げられているという「被害者意識」が、ジャーナリズム、国民民主党や日本維新の会、さらには参政党の「煽り行為」もあり、強まっています。

それが世代間の分断、社会連帯意識の低下を生み、一見急騰しているように見える高齢者医療費への批判を強めているとも思います。

モノの生産やIT分野では、技術進歩・イノベーションによってモノ・情報の質は向上するが価格・費用は下がるのが一般的です。それと異なり、医療の技術進歩・イノベーションでは、効果は上がっているのですが、価格・費用も上がることが、一般にはほとんど理解されていないことも見落とせません。

これは参政党ではありませんが、日本維新の会が2月20日に発表した「[社会保険料を下げる改革案\(たたき台\)](#)」には、「他の産業と同様に、市場原理を働かせることで(医療・介護)サービスの質を上げながらコストを下げていく」とナイーブに書かれていたので、思わず私は笑ってしまいました。

もう一つ、特に若い世代は終末期、終末期医療のイメージが湧かないので、どんどん死んじゃうのだから無駄だと直感的に感じるのかもしれない。

政党がこうした公約を掲げるのは初めて 社会連帯意識の低下を招くことを危惧

--このような言説を政党が公約として掲げることはあったのでしょうか？

政党が公約として掲げるのは、間違いなく初めてです。参政党の 2024 年総選挙公約にもまったく書いてありませんでした。

昨年 10 月の総選挙の公約を読む限り、日本維新の会や国民民主党は、もう少しマイルド、抽象的な主張をしていました。参政党は、両党よりさらに「右」のスタンスを意識的にとっているのです。医療についても、敢えてより「先鋭的」な、尖った主張をすることで、現役世代・若者世代の支持を集めようしているのだと思います。

--公党や政治家がこうした公約を掲げることについて、どのような影響があるとお考えですか？

私は、このような主張が、医療・社会保障についての世代間対立、社会連帯意識の低下をさらに促進することを危惧しています。

ちなみに、慶應義塾大学教授の権丈善一氏は、現在は(仕事の上で)現役・若者である人々も長期的には高齢者になり、医療・社会保障の給付を順繰りに受けるのだから、世代間の対立を煽る「現役・若者世代」という表現をやめ、中立的な「現役期・若者期」と呼ぶことを提唱しています。私もそれに賛成です。

高齢者一人当たりの医療費は増えているわけではない

--当該公約の前段に「70歳以上の高齢者にかかる医療費は年間22兆円と全体の半分程度を占め、特に85歳以上になると一人あたりでは100万円を超える。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おり」と書かれています。これは事実でしょうか？

第一文と第二文は全く異なります。

最初の一文「70歳以上の高齢者にかかる医療費は年間22兆円と全体の半分程度を占め、特に85歳以上になると一人あたりでは100万円を超える」は事実です。

しかしこれは、日本で人口高齢化が進行し、70歳以上の高齢者の実数が増加していること、また高齢者は「若人」(行政上は69歳以下の人々)に比べて有病率が高く、1人あたり医療費も高いための当然の帰結です。

ただし、1人当たり医療費の高齢者／非高齢者の倍率は、高齢者の定義をいくつにしても長期間少しずつ減り続けています。これはほとんど知られていません。ですから、高齢者の1人当たり医療費が急増しているわけではありません。

例えば、65歳以上／65歳未満では、2000年度は4.45倍だったのが、2022年度は3.70倍(775.9万円／209.5万円)(厚生労働省『国民医療費の概況』)に低下しています。

昔は70歳以上対70歳未満で見えており、国民医療費ではなく一般診療費で見えていました。その統計のスタートが1977年度で老人医療費がなかった時ですが、4.41倍でした。73年に老人医療費が無料化され、この70歳以上対70歳未満の倍率はどんどん上がって、ピークは86年度で5.67倍まで行きました。

その後は、高齢者の医療費抑制政策が始まったので、倍率は逆にどんどん低下して、今に至っています。

こうすることで、少なくとも老人保健法が成立した1982年以降は、老人医療費(70歳以降)は一般の医療費よりも厳しく抑制されてきました。

だから高齢者の数が増えているので医療費が増えていること、あるいは高齢者は元々病気がちだから医療費が高いことは事実ですが、一人当たり的高齢者が若人に比べて優遇されているわけでもなんでもありません。

終末期の医療が医療費を押し上げている、は事実誤認

そして、第2文「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おり」は、明らかな事実誤認です。

そもそも「終末期」の定義が示されていません。かつては「終末期」を死亡前1年間または6か月と広く捉えることが国際的にも一般的でしたが、これは広すぎます。1年前、半年前から死亡するかどうかはわかりませんから、あまり意味がないわけです。

日本では2000年以降は、マクロの医療費分析を行う場合は、死亡前1か月間の医療費に限定するようになっており、これの総医療費に対する割合は約3%にすぎないことが確認されています。

しかも、これには心筋梗塞や脳卒中等による急性期死亡の医療費も含まれており、常識的にいって終末期とは言えないでしょう。だから、これらを除いた「終末期」患者の医療費はさらに少ないはずです。私は1～2%程度ではないかと見ています。

この結果を踏まえて、厚生労働省関係者も、すでに2001年に、「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」「(終末期ケアが)医療費の高騰につながる可能性は否定している」と明言しています。(二木立『医療経済・政策学の探究』勁草書房,2018,第1部第6章「終末期医療」)。

私は当時、これをもって、終末期の医療費が医療費高騰の原因であるかどうかの政策的な論争は終わったと思いました。実際に厚労省はそれ以降、こうした議論をしていません。ただ、政治的には何度も何度も同じような主張が繰り返されています。

ちなみに終末期が死亡前1ヶ月、というのは、マクロの医療費分析を行う上での仮定です。現実の終末期は、個人間でも病気によってもものすごく差があり、一律には定義できないと思います。このことは、[日本老年医学会の「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」](#)でも詳しく書かれています。

胃ろうは「多くの国民が望んでいない過度な延命治療」?

--公約では具体的に、「欧米ではほとんど実施されない胃瘻・点滴・経管栄養等の延命措置は原則行わない」と書かれています。これは事実でしょうか?また公約のタイトルに「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」とありますが、胃ろう、点滴、経管栄養は「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」であるのか、医学的に見ても不必要であるのか、ご見解を教えてください。

医療と医療保障のあり方は、アメリカとヨーロッパ・カナダ・豪州では相当異なるので、「欧米」という用語を使うのは不適切です。

その上で、ヨーロッパの多くの国では「胃瘻・点滴・経管栄養等の延命措置」はあまり行われていないのは事実のようです。

ただし、物事には両面があります。高齢者の「福祉」が日本に比べてはるかに充実していると言われる北欧諸国の高齢者「医療」は、日本的基準では非常に手薄く、高齢者差別になることが行われていることも見落とせません。

これは新型コロナウイルス感染症のパンデミック中に日本でも紹介されたことですが、スウェーデンでは、75歳以上の高齢者のICU(集中治療室)への受け入れやECMO(体外式膜型人工肺)装着が制度的になされませんでした。(宮川絢子氏インタビュー=スウェーデン在住の医師・カロリンスカ大学病院泌尿器科勤務)「[スウェーデン新型コロナ『ソフト対策』の実態。現地の医師はこう例証する](#)」フォーブズ・ジャパン,2020。

6月27日に公表された日本老年医学会の「[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](#)」は「立場1」で「年齢による差別(エイジズム)に反対

する」と宣言しています。

続く、「立場 2 緩和ケアを一層推進する」でも、「人生の最終段階における医療行為の適否の判断」で、このように明記しています。

「しかし、人生の最終段階における医療行為は、治すための医療行為を除外するものではない。予想しない急変時など、医療行為の効果の判断に不明な点がある場合は “ time-limited trial (TLT) ” を実施し、その効果を確認することが患者の生命を擁護するために重要である」

TLTは「立場表明 2025 年」で初めて用いられた概念で、6 回も(肯定的に)言及しています。

(口で食事が取れなくなった患者が、胃に開けた穴から栄養を入れる)胃ろうについても同様の側面があります。とりあえずやらなければならない、という対応です。逆に言えば、とりあえず胃ろうを作って、必要なくなったら外す人もたくさんいます。永遠に続くわけでもなんでもないので。

胃ろうについては、同じく「立場 2 」で、以下のように慎重に書かれており、決して否定していません。

長年、人生の最終段階における医療・ケアをめぐる課題であった胃ろうや経鼻胃管による経管栄養法を含む人工的水分・栄養補給法や、気管切開、人工呼吸器装着を含むあらゆる医療行為の適否の判断も、緩和ケアの視点から慎重に検討されるべきといえる。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 」立場 2 より

私は「立場 4 人権と尊厳および文化を尊重する意思決定支援を推進する」が、「『自律(autonomy)』を特に重視する英語圏諸国と異なる日本の文化的特徴」に言及しているのも、非常に重要と思います。

「自律(autonomy)」を特に重視する英語圏諸国と異なる日本の文化的特徴として、医療・ケアの意思決定に関する家族等の関与のあり方や、「推し量る文化」のなかで他者に遠慮したり配慮したりして率直な自己表現を回避しようとする態度、また、専門職に決定を委ねようとする態度などが挙げられる。これは高齢世代において特に顕著ではあるが、同一世代でも個人差が大きいことから、あくまでひとりひとりについて本人の意思・意向を把握することが求められる。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 」立場 4 より

参政党は「日本人ファースト」なんですよ？日本や日本人の文化的特徴を無視し

て、欧米の基準の機械的導入を求めることはちょっと疑問です。

また、参政党が「胃ろう、点滴、経管栄養は『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』と主張するのは独断かつ、それらを望むあるいは必要とする一定数の患者・家族の自己決定権を否定しています。

胃ろう・経管栄養については、高齢者を含めて健康人はとても忌避的意識が強いと思います。しかし、それをしなければ生きられない状況になった当事者・家族の意識・判断はまったく異なります。

胃ろうを国民は望んでいないのか？

日本では胃ろうが減っていると言っても、2016年以降も、胃ろう造設術は毎年新たに5万件実施されています(後述する井上雅博ら論文)。

日本では2010年前後に胃ろうバッシングが起こり、その急先鋒だった高橋泰さん(国際医療福祉大学教授)は2012年に、日本もフランスのように、今後胃ろうは急速に減少し、「2020年頃には高齢者に対する胃ろうがほとんど作られない状況が訪れる」との大胆予測をしました(「フランスの高齢者に対する胃ろうはなぜなくなったのか」『社会保険旬報』2012年5月21日号(2496号):12-16頁)。外れてますよね。

厚生労働省も胃ろうの乱用防止(禁止ではない)のために、2014年度の診療報酬改定時に、胃ろう造設術の点数の大幅引き下げを行いました。具体的には、10,070点から6,070点に4割も減点し、この点数変更と同時に、胃瘻造設時嚥下機能(飲み込む機能)評価加算(2,500点)を新設し、術前の嚥下機能評価を適切に行うことを推奨しました。これは適切だと思います。

当時は特別養護老人ホームでも胃ろうをつけないと入所を受け入れないとしている不適切どころがあったんです。

この直後、胃瘻造設術は激減しましたが、2016年以降は横ばいか一進一退が続いています(井上雅博・他「日本における終末期医療の変化—NDBの解析から」『厚生指標』2025年4月号:22-26頁。Hattori Y, et al: National trends in gastrostomy in older adults between 2014 and 2019 in Japan. *Geriatr Gerontology Int* 2022 Aug 22(8):648-652)。

「胃瘻・点滴・経管栄養等の延命治療は原則行わない」との主張は決して新しいものではなく、一部の医師・論者が以前(20世紀末)からしていましたが、現在でも、それは少数派だと思います。

6月28日に開かれた日本医療政策学会第1回学術集会では、シンポジウム「重度

認知症における胃ろうと中心静脈栄養－医療政策から考える」があり、私も参加しました。そこでも、胃ろうの有効性を前提にした上での真摯な議論がなされていました。

具体的には、訪問診療を行なっている佐々木淳先生が「本人の意思決定がとても重要なので、医者が強行採決し、一方的に胃ろうを作るとか作らないというのは、家族を傷つける。医師はコミュニケーション能力を身につける必要がある」と強調していました。

また、佐々木さんは「医療を必要とするような摂食嚥下障害のある人の胃ろう開始は、多くの場合急性なんだ」と話していました。いわゆる老衰するような人には、今はやらない。

厚労省の人生の最終段階における意思決定支援のガイドラインでも、患者や家族、医療者、医療者以外の関係者との対話のプロセスを非常に重視しています。

それに対して参政党は、「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」と書いています。これは今の世の中の流れと完全に逆行しています。せっかくここまで、医療者が一方的に決めるのではなく患者や家族と一緒に合意形成するんだよと20年間積み重ねてきたのに、それをちゃぶ台返しすることになるのではないのでしょうか。

なお、このシンポジウムでは、胃ろうの費用(保険診療費、社会的費用)は高いとの主張は、演者と参加者の誰からも出されませんでした。

「終末期の点滴や人工呼吸器の診療報酬見直し」「全額自己負担化」はもはや戯言・妄言レベル

--参政党は他にも、「終末期の点滴や人工呼吸器管理等延命治療が保険点数化されている診療報酬制度の見直し」「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」などを掲げています。そもそも「終末期の」「過度な」延命措置医療は、定義できるものなのでしょうか？

これらの施策はもはや戯言・妄言のレベルで、今後も、現実の医療政策で論議されることはないでしょうね。「朝日新聞」(7月9日)によると、福岡厚生労働大臣は7月8日の閣議後会見で、終末期医療についての認識を問われ、「生命倫理に関わる問題とし国民的な議論が必要。慎重に検討すべき」と語ったと報じられています。これは、終末期医療のあり方に関する「議論」です。保険適用を外すなんて話はしていません。

私が、この点についての政治家の発言でもっとも見識があると思うのは、亡くなった安

倍晋三首相 2013 年の発言です。

「尊厳死は、きわめて重い問題であると、このように思いますが、大切なことは、これは言わば医療費との関連で考えないことだろうと思います」(2013 年2月 20 日参議院予算委員会。梅村聡議員の尊厳死法案法制化が必要との発言を受けての答弁)。

私が少し調べたところ、参政党の神谷宗幣代表は一時期、自民党の地方議員をしたこともあり、安倍首相の支持者でもあったそうです。今回の公約は、安倍首相の見識ある発言に反するものだと思います。

若者ウケ狙い？ しかし若者もいずれは高齢者になる

--他にもこの公約では「予防医療が医療費削減に貢献する」と書かれています。これは医療経済学の観点では否定されている内容ですよ？

予防医療の中で医療費を節減するものはあることはあるのですが、予防医療全体が減らすわけではなく、むしろ医療費を増やすものも多いことは医療経済学の常識です。安倍首相は予防医療にご執心でしたが、亡くなってからは政府も言わなくなっています。

決して私は予防医療を否定するわけではないです。国民の健康増進のためにやればいいのであって、それを医療費抑制と結びつけるからおかしな主張になるわけです。

--ワクチンなどへの懐疑的な姿勢も色濃く見られ、科学的根拠に乏しい内容が目立ちます。

参政党の内情は知りません。しかし、昨年日本維新の会と国民民主党の公約を分析する時に聞いたのですが、自由民主党は大きな政党で与党だから蓄積があり、集団で検討されています。それに対して、小さな政党は影響力のある議員や声の大きい議員が主張すると採用されるそうです。

参政党も誰か医療政策のブレーンがいるのかもしれませんが、医療政策全般への理解が不十分なまま、若者ウケするような政策を打ち出しているのではないかと想像します。

--神谷代表は記者団に遊説先で終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」を掲げたことの真意を問われ、「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」と答えたそうです。自己責任論に見えます。

貧乏な人はちゃんと金を貯めなければいけませんよ、自立しなさい、という意味でしょう？ 胃ろうだけでも新規に受け始めた人が毎年 5 万人はいることを考えると、恐ろし

い主張です。普通の成熟した政党であれば、与党であれ野党であれ全額自己負担なんて掲げませんよ。日本維新の会でさえこんなことは言っていません。

要するにウケ狙いだと思います。

-- [NHKによる最近の政党支持率](#)を見ると、参政党は公明党や共産党よりも高くなっていて、特に若い世代(18～29歳 8.8%、30代 9.9%)での支持率が高くなっているのに驚きます。彼らの世代間対立を煽る作戦は成功していると考えていいのでしょうか？

これを見て私も驚きました。だけど今の若者だって、何十年か後には高齢者になるんです。未来の自分の首を絞めているんですよね。そこをわかっていないのではないかと思います。

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

233 回)(2025 年分その 5 : 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。

○韓国のレジデント医のストライキが死亡率に与えた影響

Kim J-H, et al: The impact of a medical residents' walkout on mortality rates in South Korea.

Health Policy 159(2025 September)105375, 8 pages [量的研究]

2024年2月末に、韓国の1万1000人以上のレジデント医が、政府の医学部入学定員増政策に抗議して集団辞職し、そのことは、それだけでなく人手不足の急性期病院で、健康上の悪影響が生じるのではないかとの懸念を生んだ。本研究の目的は、レジデント医のストライキが韓国の2024年の死亡率に与えた影響を評価することである。そのために後方視的観察研究を行い、韓国の「人口動態統計」(2019-2023年)と行政保安部(日本の省)「登録有効期限失効統計」(2024年)を結合した。分析では、性・年齢別の粗死亡率、性年齢調整済み死亡率、及び3つのモデルを用いたCovid-19パンデミックによる超過死亡推計を用いた。

その結果、2024年には死亡率の増加を示すエビデンスはまったくなかった。ストライキ期間中(2024年3-12月)、死亡率(人口10万対577.4)、年齢調整済み死亡率(男女でそれぞれ、人口10万対約650、750)とも、ストライキ前から上昇してはいなかった。これらは、Covid-19パンデミックによる推計超過死亡の影響を調整した数字である。このようなパターンは、人口集団別、地方別に検討しても変わらなかった。1年間に及ぶレジデント医師のストライキにもかかわらず、韓国の死亡率は安定しており、この結果は先行研究とも一致している。政策決定者は医療改革のために(レジデント医と)頑健で民主的な対話を行うべきであるし、研究者はストライキが死亡率以外の指標(医療の質、アクセス、ペーシエント・エクスペリエンス等)に与える影響を調査し、包括的な労働力政策を開発すべきである。

二木コメント 2024年の韓国のレジデント医の長期ストライキが、死亡率上昇を招かなかったとのホットな実証研究です。なお、本「ニューズレター」では、以下の2本の文献レビューを紹介したことがあります。

○医師ストライキと死亡率:文献レビュー

(Cunningham SA, et al: Doctors' strike and mortality: A review. Social Science and Medicine: 67(11):1784-1788,2008) (「ニューズレター」55号(2009年3月))

○医療【従事者の】ストライキが患者死亡率に与える影響:観察研究の体系的文献レビューとメアアナリシス

Essex R, et al: The impact of health care strikes on patient mortality: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Health Services Research 57(6):1218-1234,2022) (「ニューズレター」223号(2023年2月)(本論文でも引用)

○ [韓国における] 補足的民間医療保険 [加入の有無] と健康ショック後の家計の借金、医療利用、医療費 [との関連]

Park S, et al: Supplementary private health insurance and household debt, health care utilization, and medical spending following a health shock. *International Journal of Social Determinants of Health* 55 (2):187-198,2025 [量的研究]

本研究の目的は、健康ショックを受けた韓国人の、補足的民間医療保険への加入の有無が家計の借金、医療利用、及び医療費に与える影響を評価することである。「健康ショック」は、がん、心血管疾患、脳卒中、難病のいずれかへの罹患と定義する。家計の借金は、金融機関からの借り入れ、クレジットカードからの借り入れ等、5種類の借り入れの合計額である。韓国は1989年に普遍的な国民健康保険を達成したが、患者負担割合はサービスによって20～60%と高いため、2020年でも国民の78.61%が民間保険に加入している。民間医療保険給付の総医療費に対する割合は、2008年の3.8%から2020年の9.7%に急増している。韓国福祉パネル研究の2009-2017年のデータを用いて、健康ショック罹患後、家計の借金、医療利用が補足的民間保険加入者と非加入者とで違うかを比較した。その結果、両群で有意な違いは認められなかった。補足的民間保険加入世帯は、非加入世帯に比べて、より多くの医療サービスを利用しており、それに伴い自己負担医療費も増えていた。

二木コメント—日本に比べると、公的医療保険における自己負担割合が高く、補足的民間医療保険が普及している韓国の貴重な研究です。英文要旨は簡単ですが、本文では緻密な分析が行われています。民間医療保険に加入しても、家計の借金が減らないという結果は、貴重と思います。

○ [イタリアの山岳部における] がん医療の分散化による [患者の長時間の] 通院負担の軽減と環境への影響

Fattore G, et al: Reducing the burden of travel and environmental impact through decentralization of cancer care. *Health Services Management Research* 38 (1):1-9,2025 [量的研究]

がん患者の余命、QOLと満足度は、患者の病状をホリスティックに考慮する適切な専門的サービスを受けられるか否かに強く依存している。本研究の目的は、北部イタリアの山岳地帯のある医療圏（人口283,000人）に導入された分散型がんサービス事業について評価することである。この医療圏には1つの中核病院と、2つの中規模病院、1つの地域病院と8つのコミュニティーセンター、いくつかの診療所と中間的施設がある。がん医療は中核病院を中心として、他の病院やコミュニティーセンターでも提供される。事業の持続可能性を、社会・経済・環境の3つの柱で評価する。これらはしばしば医療政策策定者が無視している。18,625介入のマイクロデータを用いて、患者の通院距離の削減（社会的持続可能性の指標としての「通院負担」の減少）、NHSが負担する追加的通院費用（経済的持続可能性）、およびCO2排出量の削減（環境的持続可能性の指標）を推計した。

その結果、2016-2021年で、分散化された医療施設が提供した2292介入は、患者の通院距離の218,566kmの節減をもたらし、これは131,140ユーロの価値に相当した。NHSの追加的費用は26,152ユーロであった。CO2排出の削減は32.37トン（5989ユーロ）であった。これらを合計すると、山岳地帯に居住する患者の通院時間短縮の社会・経済的便益は

110,976 ユーロとなった。がん医療の分散化は、患者に相当の経済的利益をもたらすだけでなく、社会的視点から見た費用を節減すると言える。本研究は CO2 削減の便益を推計した初めての研究でもある。

二木コメント—日本で支配的な、人口減少に対応して医療施設の統合・集中を促進するとの議論の盲点を突いた貴重な研究と思います。

○OECD加盟国における外来医療の金融化の趨勢：われわれは何を知っているか？

Suzuki E, et al: Trends in the financialization of outpatient care across OECD countries: What do we know? OECD Health Working Papers No.179, May 21, 2025, 52 pages[国際比較研究](ウェブ上に公開)

OECD 加盟国では近年、金融企業（プライベート・エクイティ企業（株式非公開企業。以下、PE）や営利チェーンを含む）による外来医療への投資と関与が増加しているが、その広がりや影響については十分に理解されていない。そこで OECD は 2024 年に加盟国に対して外来サービスの金融化について調査を行い、20 か国から回答を得た。半数の国は金融化の強いまたは中等度のトレンドがあり、中心的アクターは PE であると回答した。もっとも金融化が進んでいる外来部門は、歯科、眼科、放射線科、検査センターとプライマリケアであった。特に歯科では、アメリカだけでなく、ヨーロッパでも金融化が進んでおり、2015-2018 年の 3 年間に、そのシェアはデンマーク、ノルウェー、スペイン及び英国では 2 倍化していた。フランスでは、金融投資家が直接所有する外来検査センターの割合が 2010 年の 16 %から 2022 年には 78 %に激増していた。

既存の研究では、金融投資家による買収後、患者と保険者が支払う費用が増加することや、長期的には医療の質やアクセス等の患者アウトカムが低下するとのエビデンスも示されている。現時点では大半のエビデンスはアメリカの研究から示されている。大半の国は金融化の影響は評価していないと回答した。

二木コメント—外来医療に限定されてはいますが、医療の金融化についての初めての国際調査で、この分野の研究者必読と思います。

○【アメリカ】医療の「企業化」を定義する

Brown ECF: Defining health care "corporatization." NEJM 393 (1):1-3, 2025 [評論]

医療の企業化とは何か？ Paul Star の 1982 年の独創的著作『アメリカ医療の社会的変容』は、概念的規範を提供した。彼は、20 世紀前半には自律した医療専門職(医師)が社会的・政治的力を得たが、今や、医療制度が「巨大な医療コングロマリットに支配された産業」に変容しつつあると書いた。つまり、彼は医療の企業化を予測した。彼はそれに次の 5 つの側面があるとした：①非営利または政府組織から営利組織へのシフト、②地域に根ざした組織から全国または地方的企業の水平統合へのシフト、③単一市場からコングロマリット企業へのシフト、④医療提供者・支払い者レベルでの垂直統合、⑤組織の集中、規模、範囲の拡大。

同書出版から 40 年で、アメリカの医療制度はこの方向で変化した。アメリカ病院協会によると、営利地域病院のシェアは 1983 年の 13.1 %から 2023 年には 23.7 %に増加した。病院チェーン(非営利も含む)が所有・管理している病院の割合は 1980 年代の 11.6%から 56.1

に激増し、50 病院以上を所有する巨大病院チェーンが 9 つも存在する。1980 年代初頭には、アメリカの医師の 4 分の 3 は自己の診療所を所有していたが、2023 年には逆に 4 分の 3 の医師が病院または企業組織（プライベート・エクイティ基金を含む）に雇用されている。UnitedHealthcare や CVS-Aetna などの保険コングロマリットも医師、在宅ケア、薬局および薬剤給付組織（PBMs）を所有している。

Star の記念碑的な概念を踏まえつつ、私は企業化の新しい定義を提案する：医療産業の全分野での、利潤志向企業に支配されたより高レベルへの統合への一般的趨勢。この定義には 2 つの要素がある。企業化の第 1 の要素は利益創出の絶対化で、これは新古典派経済学者が主張した株主主権概念の産物である。そして非営利病院も大規模化すると企業化しうる。第 2 の要素は統合である。

1980 年に当時本紙の編集長だった Arnold Relman は「医療産業複合体」が医療政策に悪影響を与え、公共の利益を破壊すると警告した。他の論者は医療専門職の「商業化」を批判した。最近では、「金融化」が用いられるようになっていく。これらの現象は Star の「企業化」と共通する。企業化と対決するためには医療制度の根本的な再編成が必要になるかもしれない。そのような政治的志向は現在は地に墜ちているかもしれないが、将来の医療政策のためには、我々の医療制度は、誰に奉仕するのか—巨大企業か社会全体か—という根源的問いに答える必要がある。

二木コメント—アメリカ医療で過去 40 年間進行している「企業化」・「金融化」に対峙する格調高い評論です。NEJM 誌は本論文（7 月 3 日号掲載）を第 1 回として、「アメリカ医療の企業化」（the corporatization of U.S. health care）の連載を始めるそうです。

○トランプケア（アメリカ）共和党は過去 15 年で最大の医療改革に乗り出す

Trumpcare Republicans brings the biggest changes to health care in 15 years. The Economist July 19th, 2025:25-26 [論評]

「一つの大きく美しい法律」（One Big Beautiful Bill. 2025 年 7 月 4 日成立）は医療改革を目的としているとは見なされていないが、2010 年に成立したオバマケア以来最大の医療制度改革になる。今後 10 年間にメディケイド支出は 15%、総額 1 兆ドル削減される。超党派の議会予算局は、これにより 1090 万人が医療保険（メディケイド）を失うと予測している。個人医療保険取引所（exchanges）に導入される広範な補助金の廃止等によって、無保険者はさらに増加し、オバマケア以降に減少した無保険者のうち 4 分の 3 が反転する可能性が高い。アメリカでは上位 1% の高所得者と下位 1% の低所得者の平均寿命の差は 15 年もある。裕福な州と貧しい州の間の格差も大きく、それはオバマケアでかなり縮小したが、この格差は再び拡大する可能性が高いとの指摘もある。（以下略）

二木コメント—「一つの大きく美しい法律」は日本ではほとんど税制改革・減税法と報じられていますが、オバマケアの根幹を骨抜きにし、無保険者を大幅に増やすことを詳しく報じており、アメリカ医療の研究者必読と思います。The Economist はヨーロッパ・イギリス流の「自由主義」（liberalism）を信条としていますが、この法律にはきわめて批判的です。ただし、同誌 2025 年 3 月 1 日号（28-29 頁）が、トランプ大統領でもメディケイド予算の大幅削減は困難と予測していたことには触れていません（Under the knife To make their numbers work, Republicans must slash health spending）。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その247)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○松浦昭彦 (UAゼンセン会長・連合会長代行)「**微力ではあっても無力ではないと信じて**、政府を動かすための活動を続けています。全員救出に向けて、ご家族に寄り添った取り組みを続けています」(藤正明『反共と愛国 保守と共棲する民主社会主義』中央公論新社,2025年,188頁。2023年10月下旬に開かれた特定失踪者問題調査会主催の『『お帰り』というために拉致被害者・特定失踪者家族の集い』で、こう述べたと紹介)。**二木コメント**ーこの言葉を読んで、私が、50年以上、医療政策の分析・予測や改革提言を続けてきたのも、「微力ではあっても無力ではないと信じて」いたからだと思ひ至りました。

○キム・ファーレイ (Kim-Farley RJ.UCLA公衆衛生大学院疫学・地域保健科学部門教授)「**ラディカルな希望を創り上げる。世界が変わるのを待つか、それとも世界を変えるか?**」(Forging radical hope: Waiting for the world to change, or changing the world?)「**希望は受け身な心の状態ではない。それは真剣な取り組み、想像力、そしてレジリエンスのプロセスだ**」(American Journal of Public Health 115(5):678-679,2025)。**二木コメント**ー希望が「プロセス」であるとの指摘は新鮮でした。

○高橋源一郎 (小説家)「この映画『君たちはどう生きるか』を観ながら、僕は後藤繁雄さんの歴史的名著『**独特老人**』を思い出していました。(中略) **誰もが同じ考えに流されていったとき、かけがえのない自分だけの考えを持ち続けることができた人たち**。そんな彼らを、後藤さんは『**独居老人**』と呼びました。**独断、独走、独学、そして一人楽しむという意味で独楽。独特とは『独り』で『特別』**。高速で回転する独楽(こま)。最後に後藤さんは、こう書いています。『この「独特老人」に登場した人は、『**一流**』とかではなく『**破格**』である。(以下略)』(『ラジオの、光と闇ー高橋源一郎の飛ぶ教室2』岩波新書,2025年,162-163頁)。**二木コメント**ー「独特老人」という言葉は初めて知りましたが、私にもこの傾向があると気づきました。特に「一人楽しむという意味で独楽」はピッタリ当てはまります。

<その他>

○ポンペ (オランダ海軍軍医として1857年に来日し、松本良順と共に、長崎に日本初の医学校(医学所)附属病院(小島養生所:124床)を開設し、種痘の再開やコレラの治療を実施した。近代西洋医学教育の父であり、かつ長崎大学医学部の創設者と言われている)「**ポンペの医戒: 医師は自らの天職をよく承知していなければならぬ。ひとたびこの職業を選んだ以上、もはや医師は自分自身のもではなく、病める人のものである。もしそれを好まぬなら、他の職業を選ぶがよい**」(栗原正紀医師(長崎リハビリテーション病院理事長)が2025年7月24日に長崎市で開かれた第75回日本病院学会学会長講演で紹介)。**二木コメント**ー栗原医師の講演を聞いて、この言葉は、近年、批判されている一部の医師の営利的行動に対する戒めとも言えると、感銘を受けました。

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50回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」89号 (2025年7月12日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のお奨め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○藤沢晃治『「わかりやすい文章」の技術 読み手を説得する18のテクニック [新装版]』

講談社ブルーバックス,2025年4月 (旧版2004)。

…「わかりやすい文章」とは、自己の意図を正確に伝え、目的を達する文章 (実務文)。そんな文章を書くための心構えとテクニックを高校生から読めるようにわかりやすく伝授。前著と同じく、分かりにくい文とその改善法の実例が豊富、18のテクニックも適切と思う。テクニック②「要点を先に、詳細は後に書く」のが「文章術の最重要テクニック」(52頁)は私も長年励行。テクニック⑩「自分の感情を抑えて書く」(感情が高ぶった一言が信頼を失わせる等)(108頁)は、特に社会福祉系等の「心優しい」書き手が肝に銘ずべきこと。第7章「文章をなめらかにする『推敲の技術』」も良くまとまっている。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○横山壽一・他編『コロナ「留め置き死」 医療を受けられなかった人たち』旬報社,2024年7月。

…京都府内の病院・老人施設等で、(入院)医療を受けられずに「留め置き死」となったコロナ患者の事例を丹念に掘り起こして分析し、その背後にある1980年代以降の医療費抑制政策を批判。第4章「急性期病院と新型コロナ留め置き問題」(吉中丈志)は特に読み応えがある。

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

ウェブ上に公開: <https://www.jili.or.jp/files/research/ronshu/record231.pdf>

…厚生労働省社会保障審議会の様々な部会に所属している菊池氏が、全世代型社会保障構築会議報告書(2022年12月)の枠組みに沿って、こども・子育て支援、年金改革、医療・介護制度改革、地域共生社会の実現について、政府・厚生労働省が進めている改革の「ポイント」等を、説明。一部、回りくどい表現だが、私見・疑問も交える:「支援金制度はスキームとしては賛成した」が、「高校生の児童手当まで医療保険で出せるかという問題は、厳密に言うとないわけではないかもしれませんが」(6,8頁)。

私が注目したのは、質疑応答時の次の発言(質問者は民間生命保険関係者と思われる):

①「高額療養費制度をみた場合、応能負担で保険料を徴収して、さらに応能負担で給付も行うというのは、これはある意味で二重取りというか二重取られというか。なので、そういう意味では、本来のあり方としておかしいという議論はあるのです。それも正論だと思います」と、私とそっくりのロジックを用いているのに「ただ、現実問題として、やはり医療保険財政を考えると、負担能力に応じて負担していただくほかないという、実際にも負担できますよねと言うところで負担していただいているというところがあると思います」

と厚生労働省の方針に理解を示す（私から見ると、「腰砕け」）。②「思いつきでは高額療養費の負担が重くなったら、それは民間保険でカバーしできますかね？とも考えたのですが、やはり制度設計は難しそうですね」（26-27頁）。

○ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2024年度版』医療経済研究機構,2025年3月。

…医療経済研究機構が数年に一度更新しているドイツの医療保障制度についての「百科事典・データブック」の最新版で、2024年3月まで（つまり前シュルツ政権時）の最新情報を収集・解説している。なお、2022年度版は2023年3月発行。調査方法は明記されていないが、本文の記述から判断して、現地調査は行っていない。

○杉原陽子「介護保険サービスの自己負担割合とサービス利用状況および介護者の負担感との関連－要介護度と認知症の有無による違い」『社会福祉学』66巻1号：100-109頁、2025年5月。

…東京都A市の要支援・要介護認定者の無作為抽出標本とその家族介護者から得たデータを用いて、自己負担割合と月間介護費用総額および主介護者の介護負担感との関連を一般化線型モデルで推計。その結果、要介護度によって自己負担割合と費用総額との関連は異なり、要介護5では1割負担者よりも2・3割負担者で費用総額が低い傾向があり、自己負担割合と介護負担感との関連では、被介護者が認知症の場合に1割負担よりも2・3割負担種介護者の方が介護負担感が高い傾向が示された。自己負担割合と介護費用総額との関連をマクロ的に検討した研究はあるが、これほど多面的な実証研究は日本では（もしかしたら世界でも）初めてで、政策的意味合いも大きいと思う。

○山田篤裕「保健医療福祉関係資格の複数取得と賃金」『週刊社会保障』2025年6月9日号：42-47頁。

…複数資格に共通する基礎課程の設置など、保健・医療・福祉の国家資格の見直しが検討されているが、複数資格を取得するインセンティブとして賃金上昇を期待できるかに関する定量的研究はほとんどない。本論文は、社会福祉法人7908及びその従業員を対象にして2023年2・3月に行った共同研究の一部を紹介している。社会福祉法人の従業員で保有率の高い、介護福祉士、訪問指導員、社会福祉士、保育士、幼稚園教諭の5資格に注目して分析しているが、2番目以降に取得した資格には看護師も含んでいる。

最初に取得した資格が上記5職種である従業員の2番目以降に取得した資格を見ると、最初の資格が介護福祉士である場合、26%が介護支援専門員資格を、9%が社会福祉士資格を取得している。同社会福祉士である場合、23%が介護福祉士資格を、24%が介護支援専門員資格を、10%が精神保健福祉士資格を取得している。5職種とも、2番目以降に看護師資格を取得した割合は1.0%以下。回帰モデルを用いて、複数資格で賃金が高くなっているかを推計した結果、最初の資格が介護福祉士であり、かつ追加的に介護支援専門員を取得している場合に7%、社会福祉士を取得している場合に11%、賃金率は高い。一方、最初の資格が社会福祉士である場合は、賃金率に有意な追加資格取得効果は確認できない。他方、最初の保有資格が社会福祉士と保育士であった場合、転職回数が多いほど、賃金率

は高いという関係が確認できた。

このテーマについての初めての本格的な量的調査で、福祉・介護職の養成課程で働く教職員等必読と思う。私が一番驚いたことは、「45%の（社会福祉）法人にはそもそも資格手当がない」ことで、この点は「超資格社会（組織）」である病院と全く異なる。本調査では、「2番目以降に取得した資格」に「准看護師」が含まれていないが、取得率がきわめて低かった、または看護師に准看護師を含んでいるためと思う。

なお、「医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し」（「医療・福祉の複数資格に共通の基礎課程を創設」等）が最初に提起されたのは、安倍晋三内閣の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年6月）においてで、そのときは「検討対象」に4つの福祉職と8つの医療職（看護師、准看護師等）が含まれていた。そのため、私は「もし、これが計画通りに行われれば、医療・福祉人材の養成課程の史上最大の改革になります」と判断した（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,77頁）。しかし、その後早々と福祉職の枠内での「複数資格に共通する基礎課程の設置」の検討に限定され、しかもそれすら細々と行われるにとどまっているよう（竜頭蛇尾）。

○黒澤一也「人口減少社会において小病院が生き残るためには～保健医療福祉複合体としての街づくりと自治体との連携の実践」『病院経営羅針盤』2025年6月15日号：24-29頁。

…長野県佐久市で1980年代から先駆的に保健医療福祉複合体作りを進めてきた医療法人（現社会医療法人）恵仁会・くろさわ病院（83床）グループの事業展開の軌跡と、最近の自治体と連携しての街づくりを簡潔かつ率直に報告している。同グループは2000年の第二代理事長（著者の実父）の急逝後、一時「経営が混迷」したが、その後、病院の医療体制を充実すると共に、2002年に「市内初の宅老所開設を皮切りに市内で複数の宅幼老所や有料老人ホームを開設」し、2009年には社会医療法人の認定を受け、2019年にはJR小海線中込駅前到医院を新築移転すると共に、「臨機応変に事業の拡大・統廃合」を行い、「低迷期」を乗り切った。

病院の医療機能を高める一方、佐久市、地域自治会・住民等との話し合いを経て、中込駅前の旧商業地を取得し、「当法人施設内に〔病院と連絡橋でつながる〕公民館を併設し市に貸与する」ことを決定し、地域包括ケアシステムの拠点としている。さらに駅前商店街にあった空き店舗を借り受けコミュニティースペースとしてさまざまなイベントの実施や貸し出しも行い、中込駅前の再活性化にも貢献している。全国的に見ても、「民間病院と自治体のコラボレーション」は珍しく、「民間病院が今後の少子高齢化・人口減少社会を生き残る」貴重なモデルケースとなっていると思う。

○入部寛「社会保険料増加は賃金上昇を無効化しているか」『社会保険旬報』2025年6月21日号：10-13頁。

…2024年衆議院議員選挙では「手取り増」を掲げた野党が躍進し、「日本経済新聞」や日本経団連は「賃金上げ、社会保険料に消える」等と主張している。しかし、総務省の2018～2024年の7年間の「家計調査」で40歳未満2人以上勤労者世帯の実収入・実支出のトレンドを見ると、社会保険料の増加は6201円で、同じ期間の世帯主収入の増加3万3341円の18.6%にとどまっており、若い現役世代の賃上げが社会保険料増によって無効化また

は大きく希薄化しているとの上記言説が妥当しないことを明快に示している。

私はこの貴重な「ファクト・ファインディングス」に加えて、次の2つの指摘にも共感・同感した。①現役世代の保険料の4割が高齢者医療向けの拠出金になっているとの経営者団体や健保連・組合健保の不満は、その高齢者の中に少なからぬ被用者OBが含まれていることを見落としており、「人の一生の『いいとこ取り』との誹りを免れない」。②組合健保や協会けんぽは、疾病の予防、予防医療や重症化予防を行うことで、医療費の適正化・抑制を図っており、そのこと自体は否定的には見ないが、「予防によっていわば作為的に後ろ（高齢期）に送った分の医療費の負担について、現役世代の保険者には関係がないと断ずるのであれば、それは倫理的な問題も孕んでいる」。

○岩本康志『コロナ対策の政策評価 日本は合理的に対応したのか』慶應義塾大学出版会、2025年6月25日。

…著者は数理モデルにすこぶる強い経済学者。序章、第1部EBPMの視点（第1～4章）、第2部経済学の視点（第5～8章）、終章の全10章構成。本文は数学の知識が無くとも読めるように工夫されている。第1部はコロナ感染第一波（2020年2～6月）時に、「何も対策を取らなければ42万人が死亡する」との予測に基づいて実施された「接触8割削減」方針（1日当たり新規感染者数を100人以下に抑えるためには接触機会の8割削減が必要）の科学的根拠の有無を、モデルとモデル分析の妥当性にまで遡って厳密・詳細に検証している。それにより、当初の「分析結果では新規感染者数と感染者数が取り違えられていた」、「基本再生産数の変更」が行われていた等の衝撃的事実を明らかにし、「接触8割は科学的根拠に基づいたものではなかった」と結論。第2部はコロナ対策を考える「経済学の視点」・概念（統計的生命価値、ICER等）の教科書的解説で、「健康と経済のトレードオフ」の視点を強調し、追加的に第1部の「結論」を補足する分析も行っている。

私は、医療経済・政策学を専門としているので、岩本氏の強調する「健康と経済のトレードオフ」の視点には賛成だし、対策を考える場合、「特定の想定を信用するのではなく、複数の想定を置いて幅をもって見る必要がある」との指摘にも同感（後者については私も、2020年7月のBuzzFeed Japanのインタビューで指摘した）。ただし、岩本氏が第1部で指摘している重大な事実（誤認）を、氏自身を含め、モデル分析に習熟した経済学者の誰も、第一波時に指摘しなかったことが、結果的に第一波時の対策を、「感染症専門家の主張を無批判に受容した」、今から振り返れば極端に偏ったものにしたとも感じている。この点の自省・反省がないことが、本書を読んでの「後味の悪さ」となっている。

○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（プレスリリース）<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/tachiba.html>

…日本老年医学会は、2001年に初めて、＜「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」＞を公表し、2012年にその内容を更新した。今回は「立場表明」の第3版と言える。厚生労働省が2015年に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」に変更したのに対応して、本「立場表明」も、タイトルを「高齢者の人生の最終段階の…」に変えている。2012年版は「11の立場」だったが、今回は「10の立場」に変更・再構成されており、それぞれの「論拠」がより詳しく書かれ、前回はなかった内外の

「引用文献」が 83 も示されている。立場 1 の「年齢による差別（エイジズム）に反対する」は不変。「チームによる医療・ケア」から「多職種のチームによる医療・ケア」（立場 5）に変わり、新たに「地域包括ケアシステムを推進する」（立場 7）が加えられた。私は「立場 4 人権と尊厳および文化を尊重する意思決定支援を推進する」が、『自律(autonomy)』を特に重視する英語圏諸国と異なる日本の文化的特徴」に具体的に言及しているのも、非常に重要と感じた（9 頁）。なお、「立場表明」が医療費（費用・コスト）についてまったく触れていないのは、医学会としての一つの見識と思う。**高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに係わる実践家・研究者必読。**

○特集「独居高齢者の生活維持への支援」『総合リハビリテーション』2025 年 7 月号：660-699 頁。

…リハビリテーション専門職が、独居高齢者の生活支援に係わる際に注意すべきポイントや対処方法について解説。リハビリテーション以外の医療・福祉職にも参考になる知見が少なくない。以下の 6 論文：①独居高齢者の疾病管理と生活指導（森清）、②独居高齢者の認知機能に関する課題と対策（湯本昌代ら）、③独居高齢者の身体機能維持の課題と取り組み（前田伸悟）、④独居高齢者の見守りの課題と支援技術開発の展望（穴田聡）、⑤過疎地域の独居高齢者の生活支援（杉井たつ子）、⑥独居高齢者の意思決定支援（石井久仁子ら）。

C. 政治・経済・社会関連

○照沼康孝『日本史教科書検定三十五年 教科書調査官が回顧する』吉川弘文館,2025 年 4 月。

…日本史教科書検定（「国の行政処分」）に、大学院博士課程修了から定年まで係わった「伝説の調査官」の回顧録。著者が保管していた「教科書検定関係文書」（検定の経緯を示す私的メモ）も用いて、検定現場の実態や文科省の内実等を刻銘に記述している。私は、著者が、教科書裁判の原告で、文部省の教科書検定制度を違憲と主張していた家永三郎教授の対応を「温厚な対応」と評価する一方、右派の執筆した諸教科書の内容の杜撰さを批判しているのに注目した。例：『新しい歴史教科書』（扶桑社）の「内容は…あまりにも通説からかけ離れたものが多く、その根拠が一般的に、もしくは十分に検証されているとは言いがたかった」、「私に言わせると、逆の意味での自虐史観とも思える記述が目についた。（中略）つまり日本の自律的な判断ではなく、他に責任を転嫁する姿勢が濃いように思われ、なんとなく情けない日本、という風にも読めた」（70-71 頁）。残念なのは、「政治の介入」には 26 頁でチラリと書いているだけなこと：「民間の作成する教科書に対して、国家権力を発動するのであるから、可能な限り抑制的に行うべきだと感じた。残念ながら、その後の経験では政治の介入もあり、すべてがそのようにできたわけではなかった」（26 頁）。

○橋本健二『新しい階級社会 最新データが明かす格差拡大の果て』講談社現代新書,2025 年 6 月。

…2018 年に刊行された同じ著者の『新・日本の階級社会』の続編。全 8 章。「新しい階級社会」とは、「格差拡大とともに新しい下層階級 [アンダークラス] が出現した社会」で、資本家階級・新中間階級・旧中間階級・正規労働者階級+アンダークラスの 5 階級で構

成される（第1章）。これら5階級の実態を、著者等が独自に行った「2022年三大都市圏調査」と2015年のSSM調査（「社会階層と社会移動に関する全国調査」）で得られたデータを用いて、多面的に分析している。私は著者の概念枠組みは理解できるが、第2～8章はデータの洪水の連続で、読み通すのは困難。しかも、ほとんど5階級の平均値の差の比較のみを行い、各階級内での分散（バラツキ）は検討していない。第8章はそれまでの「客観データ」の分析から一転して、各階級の「認識」・意識について調査し、その結果に基づいて、「政治意識からみた現代日本人の五類型」を示す。そして、最後は、唐突に「政党システムが変われば日本が変わる」と結論。この超楽観的結論と、第2章～7章で論じてきた「新しい階級社会」＝「日本社会の惨状」とは、私にはパラレルワールドで、?????

○出口治明『世界は宗教で読み解ける』SB新書,2025年5月。

…博覧強記で知られる出口氏が、世界の諸宗教の特徴をカタログ的に紹介。全8章でこのテーマについての教養・雑学は身に付く。「宗教を知れば、世界がわかかる」は販売用の誇大宣伝だが、宗教の知識があると世界の動きをより深く理解できると思う。

○特集「宗教で読み解く世界&経済」『週刊エコノミスト』2025年7月1・8日号：16-35頁。

…世界で相次ぐ紛争や経済活動の変化の深層には何があるのかを、宗教をキーワードに読み解く。出口治明氏のスケールの大きなインタビュー「今、宗教を知る意義『対立だけでなく共存してきた1000年単位の歴史を俯瞰』」に続いて、以下の8つのテーマについての小レポートを掲載：ユダヤ教、イスラム経済圏、ガザ紛争、コンクラーベ、バチカン、ロシア正教会、キリスト教右派、インド・パキスタン。宗教についての教養を身につけるには便利。なお、出口氏の、トランプ大統領のような「ディール中心のやり方が長く続くとは思わない。4年（1期）で終わるだろう」との予測は、あまりに楽観的だと思う。