

2025年9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254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、あるいは皆様の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/>

254号の目次は以下の通りです(29頁)

1. 論文:「令和7年版厚生労働白書」第1部をどう読むか? (『日本医事新報』2025年8月9日号(5285号):56-57頁)2頁
2. 論文:コロナ禍は日本の医療をどう変え、どう変えなかったか?—「かかりつけ医の制度化」論の盛衰にも触れつつ(「二木教授の医療時評(235)」『文化連情報』2025年9月号(570号):30-39頁)5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(通算234回:2025年分その6:7論文)15頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その248)—最近知った名言・警句20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52回)22頁

お知らせ

論文「2022年以降生じた医療費・社会保障費抑制の3つの『逆流』とは何か?」を『日本医事新報』2025年9月6号(5289号)に掲載します。本「ニュースレター」255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。

1. 論文：「令和7年版厚生労働白書」第1部をどう読むか？

（「深層を読む・真相を解く」（157）『日本医事新報』2025年8月9日号（5285号）：56-57頁）。

『令和7年版白書』の2つの新しさ

厚生労働省は2025年7月29日、『令和7年版厚生労働白書』（以下、白書）を閣議報告し、公表しました。副題（第1部のタイトル）は、「次世代の主演となる若者のみなさんへー変化する社会における社会保障・労働施策の役割を知るー」です。

令和7年版白書には、2つの大きな特色・新しさがあります。1つは、副題で初めて社会保障教育と労働施策・労働法教育をワンセットで取り上げたこと、もう1つは主たる読者として「次世代の主演となる若者」（「高校生、大学生、社会人になったばかりの方」2頁）を念頭に置いて、高校生でも1人で読めるよう、平易に書かれていることです。3～4頁には＜読み方ガイド＞が付けられ、2025年9月頃には厚生労働省のホームページに、第1章を中心にわかりやすくまとめた「別冊版」を掲載する予定だそうです。

例年の白書と比べると、掘り下げ不足気味な記述があり、「参考文献」も付けられていませんが、これは読みやすさを優先した結果だと思います。

私は、2025年7月20日の参議院議員選挙で、参政党や国民民主党等が、SNSを駆使して、「社会保険料の引き下げ」をはじめ、社会保障・社会保険制度の意義を否定・軽視して若者の大きな支持を得て躍進したと報じられたことに驚き、若者に対する社会保障教育の重要性を感じていました。

それだけに、令和7年版白書がそのことに正面から取り組んだことは大変時宜にかなっていると思います。以下、紙数の制約のため、社会保障施策・教育を中心に、第1部各章の構成と概略、及び私が注目・共感したか疑問に思ったことを書きます。

第1章は簡潔な初級教科書

第1部は以下の3章構成です（全132頁）。第1章 社会保障と労働施策の役割とこれから、第2章 社会保障・労働施策に関する若者の意識と知ることの意義、第3章 若者に社会保障や労働施策を知ってもらうための取組状況と方向性。

第1章は、社会保障と労働施策の歴史と現状についての簡潔な初級教科書とも言え、次の3節構成です。第1節 社会保障と労働施策の役割とこれから、第2節 労働施策の役割、第3節 人口減少・超高齢社会とこれからの社会保障・労働施策。

第1節は、（血縁・地縁による支え合い機能の希薄化に伴い、社会保障制度の整備・充実が進んだ）と指摘し、社会保障の機能として、①生活の安定・向上、②所得の再分配、③経済の安定の3つを挙げています。一般の教科書と異なり、「もし社会保障がなかったら」「医療保険制度のような公的に医療を支える仕組みがないとしたら」との基本的な問いかけをしているのは、若者向けらしいと言えます。

私は、医療保険制度について「病気やけがをした場合に、『誰でも』、『どこでも』、『いつでも』保険を使って医療を受けることができる」と＜懐かしい＞説明をしていることに注目しました（17頁）。

第3節は「全世代型社会保障構築会議報告書」（2022年12月）をベースにして書か

れており、「まとめ」では、「**世代間の対立に陥ることなく**、(中略)『全ての世代で社会保障を支え、社会保障は全ての世代を支える』という共通認識の下で、制度を作り上げていかなければならない」と結んでいます(53頁)。私は、白書が上記報告書と同じく、世代間対立を煽りやすい「若年世代」対「高齢世代」に代えて、「**若年期、壮中年期及び高齢期**」という中立的表現を用いていることに注目しました(24頁)。

第2章の高校生アンケートは第1部の白眉

第2章は、「まず高校生を対象にして行ったアンケート調査結果などを通じ、若者の社会保障や労働施策に対する考え方や、社会保障教育や労働法教育の経験などについて見たあと、(中略)若者が社会保障や労働施策を知ることの意義について考えて」います(54頁)。このテーマでの高校生対象のアンケート調査は初めてで、第1部の白眉と言えます。

第1節 若者の社会保障・労働施策に関する意識ではまず、社会保障教育や労働法教育を受けた経験のある高校生がともに6割を超えており、しかも授業の内容を覚えている高校生が、社会保障教育では5割、労働法教育では7割に達していることを示しています(57頁)。アンケート調査でもっとも興味深いのは、「**社会保障教育・労働法教育の効果**」で、「社会保障教育(労働法教育)の経験が、社会保障制度(労働施策)への関心度や理解度を高める可能性があることが示唆される」ことです(59頁)。例えば、社会保障教育の経験のない高校生では、社会保障度への「関心が低い」が47.7%とほぼ半数を占めるのに対して、経験のある高校生ではその割合は30.2%にとどまっていました。

私が驚いたのは、「社会保障・労働施策を知る手段」について、「新聞」が12.3%、「書籍・雑誌」が12.0%にすぎないことです(64頁)。逆に最も多いのは「インターネット(HPなど)」の68.4%で、それに「SNS」の56.5%が続き、「学校」の48.5%を上回っていました。この結果を知り、冒頭に述べた参議院議員選挙の結果が理解できました。

アンケート調査で残念なのは、高校生や若者の社会保障財源についての意見が調査されていないことです。2024年10月の衆議院議員選挙や2025年7月の参議院議員選挙では、特に20～30代の若者の社会保障制度への不信感や社会保険料引き上げへの強い忌避感が報じられましたが、それは**厚生労働省「令和4年社会保障に関する意識調査報告書」**(2022年7月実施)の結果とはだいぶ違います。

それによると、「今後の社会保障の給付と負担の関係」について、「負担増も(は)やむを得ない」は、20～29歳では41.2%、30～39歳でも42.3%で、国民全体の49.6%を下回っていました。しかし、それでも給付水準を「引き下げ」「大幅引き下げ」の合計(20～29歳:16.3%、30～39歳:17.7%)をダブルスコアで上回っています。白書では、この調査も紹介していただきたかったと思います。

第2節は、「社会保障や労働施策を知ることの意義」を、まず豊富な「事例」や「コラム」を用いて、「ミクロの視点」からていねいに説明し、次いで「マクロの視点」から、同じく事例やコラムを用いて、「より良い社会づくりに主体的に関わる」ことの大切さを説明しています。私が驚きかつ意を強くしたのは、「望ましいと思う地域の付き合いの程度について、高校生の33.0%が「地域の行事や会合に参加したり、困ったと

きに助け合う」と答え、「地域での付き合いは必要ない」は3.2 %にとどまっていたことです（91 頁。私は、2022 年度から地元名古屋市内の町内会長をしています）。

第 3 章は厚労省の取組や先進事例を紹介

第 1 節は、厚生労働省の社会保障教育・労働法教育に関するこれまでの検討状況の説明です。社会保障教育の検討が始まったのは 2011 ～ 14 年の「社会保障の教育推進に関する検討会」で、その後継組織が 2023 ～ 24 年まで検討を続けています。ただし、現時点ではまだ「検討」のレベルで、本格的な実施には至っていないようです。**第 2 節**は、「コラム」等で、「現場における取組状況」を紹介しています。ただし、取組の全国データは示されておらず、取組がまだ先進事例にとどまっていること示唆しています。**第 3 節**は「今後の方向性」です。（教育現場の声を反映することや、[厚生労働省と]文部科学省との連携は不可欠である）等は、妥当と思いますが、「今後の課題」にとどまっていると感じました。

第 1 部の「おわりに」では、改めて若者の皆さんに「社会保障や労働施策について、自分事として考えてほしい」と訴えています（132 頁）。併せて、「若者以外の皆さん」に、「周囲にいる若者や、若者と接する機会の多い学校の先生などに向けて、本白書の存在を」知らせることをお願いしています。このような「お願い」が白書に載ることも異例であり、拙論が白書普及の一助になれば幸いです。

2. 論文：コロナ禍は日本の医療をどう変え、どう変えなかったか？－「かかりつけ医の制度化」論の盛衰にも触れつつ

(「二木教授の医療時評 (235)」『文化連情報』2025 年 9 月号 (570 号) : 30-39 頁)

はじめに－コロナ禍突発直後の「終末論」的・扇情的言説

コロナ禍が 2020 年 1 月に突発してから、5 年半が経過しました。本稿では、コロナ禍前後の日本医療の「変化」と「不変化」を次の 4 側面から複眼的に、あえて「変わらなかったこと」にアクセントを置いて、検討します。

第 1 は、ジャーナリズム、一部の研究者や指導的プライマリケア医、財務省の日本医療への評価・言説、第 2 は国民の意識、第 3 は医療機関・医療者の対応、第 4 は政府・厚生労働省等の政策対応です。第 1・第 2・第 4 の側面を検討する際、コロナ禍を契機として起こった「かかりつけ医の制度化」の是非をめぐる論争とその帰結にも触れます。

その前に、2020 年春のコロナ禍突発直後に日本で飛び交った「終末論」的・扇情的言説について一言触れておきます。それらは、「コロナ禍は 100 年に一度の危機」、「コロナで世界・社会は大きく変わる」、「何も対策をとらなければ、最大 42 万人が死亡する」等でした。現時点から振り返ると、このような言説が「浮世離れ」していたことは明らかですが、私は 2020 年 7 月に BuzzFeed Japan のインタビューでそれらを逐一批判しました(1)【注 1】。そのインタビュー等では、「コロナ危機は中期的には日本医療への『弱い』追い風になる」との予測も行いました(1,2)。この予測の妥当性については、本稿の最後で自己検証します。

1. ジャーナリズム、一部の研究者・指導的プライマリケア医、財務省の評価の激変

まず、ジャーナリズム（特に「日本経済新聞」）、一部の研究者・指導的プライマリケア医、財務省のコロナ禍に対応した医療機関の評価が激変したことを述べます。

コロナ禍が突発してから 2020 年末までは、ジャーナリズムは医療機関・医療者への感謝一色でした。ふだんは医療機関に厳しい態度を取る財務省・財政制度等審議会も、2020 年冬の「建議」で、異例なことに、次のように述べました。「新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい」(34 頁)。

翌 2021 年 1 月に突然、民間病院はコロナ患者の診療をしていないとの「民間病院バッシング」が始まりましたが、これは明らかに事実と反するため、すぐに収束しました(3)。それに続いて、2021 年 5 月からは、診療所がコロナ患者の診療をしないとの診療所バッシングが始まり、それと軌を一にして「かかりつけ医の制度化」論が出現しました(4:第 2 章)。

コロナ禍をかかりつけ医の制度化と結びつけた初期の言説

コロナ禍をかかりつけ医の制度化と結びつけた初期の言説は以下の通りです ((5) : 注)。

政府関連文書で、コロナ禍と結びつけてかかりつけ医の制度化を初めて主張したのは財務省・財政制度等審議会の 2021 年春の「建議」で、「新型コロナを踏まえた医療提供体制の在り方」として、「診療所における『かかりつけ医』を速やかに法制上明確化（制度化）するとともに、機能分化を進め、医療機関や患者の行動の変容を促す方策を推進すべきである」

と主張しました（31 頁）。

コロナ禍と結びつけて、かかりつけ医制度化の青写真を初めて具体的に示したのは**草場鉄周医師**（日本プライマリ・ケア連合学会理事長）です。氏は、2021 年 10 月 11 日の財政制度等審議会財政制度分科会の「有識者ヒアリング」で、「コロナ禍による医療逼迫でわが国のプライマリ・ケアの限界が露呈」した、日本のコロナ対応は「失敗」したと主張し、以下のような「かかりつけ総合医制度」の創設を提唱しました：「国民は平時より、自身の健康管理により対応するかかりつけ総合医を選択する」、「医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックと災害）の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援する」、「総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する」、「総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む」。これは、イギリス NHS（国営の「国民保健サービス」）の GP (general practitioners) 制度に近いものでした。

これを受けて、**財務省・財政制度等審議会**は同年 12 月の冬の「建議」で「コロナ禍では（中略）外来医療・在宅医療のアクセスの機会は限られていたことが指摘されている。世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかったといえよう」と断罪し、以下のように「かかりつけ医の制度化」をストレートに提案しました。「フリーアクセスと出来高払いに過度に依存した診療報酬体系」に代わり、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを段階を踏んで検討していくべきである」（39 頁）。

これ以降、コロナ禍と結びつけてかかりつけ医の制度化を主張する報道・論文が、雨後の竹の子のように発表されました。かかりつけ医の制度化と結びつけないまでも、「コロナ禍で日本の医療（提供体制）の脆弱性が露呈した」的言説はほとんど常套句のようになりました。

「かかりつけ医の制度化」をめぐる激しい論争

その結果、2023 年前半までの 2 年弱、「かかりつけ医の制度化」論と「かかりつけ医機能の強化」論の激しい論争が続けられました。「制度化」論者の多く（指導的プライマリケア医、「日本経済新聞」、財務省等）は、イギリスの GP 制度（登録制・認定制・人頭払い）を理想化していました。それに対して、日本医師会等は「かかりつけ医機能の強化論」（患者のフリーアクセスを制限するかかりつけ医の制度化は不要・有害で、必要なのは「かかりつけ医機能の強化」を「面」＝医療機関のネットワークで行うこと）を主張しました。私も、この立場からこの論争に継続的に参加しました。これの政策的帰結は、後で述べます。

しかし、日本医師会が 2023 年 5 ～ 6 月に行い、私も参加した**イギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査**で、かかりつけ医制度の有無とコロナ対応との関連は全くない（むしろ逆相関する）ことが明らかになりました(4:第 3 章)。具体的に言えば、厳格なかかりつけ医（GP）登録制度を有するイギリスでは、コロナ第一波で GP はコロナ患者の診療を全く行わず、患者が大病院に集中した結果、「医療崩壊」が生じました。それに対して、かかりつ

け医の登録制度はないが国民の 9 割が自主的にかかりつけ医を持っているドイツでは、診療所がコロナ患者の 9 割以上を診療し、イギリスのような「医療崩壊」は生じませんでした。フランスはその中で、2004 年に全国民が主治医を登録する制度が始まっていたのですが、コロナ禍中は全く機能せず、私たちがヒアリングをした全国疾病保険金庫の担当者は、「コロナ禍が主治医制度を壊した」とまで述べました。

2. 国民の意識ーコロナ禍前後で大きな変化はなく、フリーアクセスの制限には反対

次に、国民の意識について述べます。一言で言えば、コロナ禍前後で国民の医療満足度に大きな変化はなく、コロナ禍後も多くの国民は「かかりつけ医の制度化」で生じるフリーアクセスの制限には反対しています。

ジャーナリズムや財務省等が主張するように、もし多くの医療機関がコロナ患者の診療をしていなかったら、国民の医療満足度はコロナ禍で大幅に低下したはずですが、コロナ禍前とコロナ禍中に調査を行った日医総研、厚生労働省、健保連等の 5 つの全国調査の結果を比較したところ、国民の医療満足度はコロナ禍後も低下していないか、むしろ上昇していました(4:第 2 章第 6 節)。例えば日医総研調査では、国民の「日本医療全般の満足度」は、コロナ禍前の 2017 年には 74.2 % でしたが、コロナ禍開始直後の 2020 年には 76.1 % と微増し、2022 年には 77.8 % とさらに増加していました。

健保連が 2022 年に行った「医療・介護に関する国民意識調査」では、コロナで診療を拒否されたとの回答は 3.3 % で、「拒否されたことはない」 36.0 % の十分の一にすぎませんでした(4:90 頁)。私の知る限り、患者・国民がコロナで診療を拒否された経験を定量的に調査したのは、この健保連調査だけです【注 2】。

このような結果は、コロナ禍で「医療崩壊」が生じ、国民の NHS への満足度が激減したイギリスと対照的です。イギリスの NHS 満足度はコロナ禍前の 2019 年には 68 % とかなり高かったのですが、2021 年には 38 % にまで激減しました(4:第 3 章)。さらに、2024 年にはそれは 24 % にまで低下したと報じられています(6)。

ジャーナリズムや健保連は、コロナ禍で国民のかかりつけ医を持ちたいとの意識が高まったと主張していますが、日医総研の調査では、かかりつけ医を持っている患者の割合はコロナ禍前後とも 5 割強で変わっていません(5)。ここで見落としてはならないことは、70 歳以上の高齢者では、かかりつけ医を持つ割合はコロナ禍前から 8 割と非常に高いことです。

私のもう一つ注目したのは、健保連の 2020 年の「医療・介護に関する国民意識調査」で、回答者(持病または体調不良あり)の約 65 % がフリーアクセスの厳しい制限に反対していたことです(4:78 頁)。私は、反対の割合は「健康人」ではさらに高くなると思います。

3. 医療機関ーコロナ禍中は健闘したが、収束後急速に経営悪化

第 3 に医療機関・医療者の対応について検討します。日本の医療機関はコロナ禍中は健闘したが、収束後急速に経営悪化しました。

日本の医療機関は、コロナ第一波時を除けば、公立病院だけでなく、民間病院・診療所もかなり対応したと言えます。「第一波時」を除く理由は、当時、国は、感染症法の規定に基づき、一般の医療機関でのコロナ患者受け入れを厳しく制限していたからです。

国際的にも、日本医療のコロナ禍への対応と実績は高く評価されています。新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書（2022年6月15日）によると、日本は人口対比の死亡者数と超過死亡数が非常に少ないだけでなく、コロナ患者のうち入院患者の割合は世界で突出して高くなっています（4：239頁）。

私は特に、コロナ禍中、ヨーロッパ諸国の一部（スウェーデン等）で実施された「患者トリアージ」（高齢患者のICUへの受け入れやECMOの装着拒否）は公式には行われなかったことに注目しています。ただし、一部の高齢者施設等で「患者留め置き死」が生じたとの報告もあります(7)。

コロナ禍中、アメリカ等に比べると開始がやや遅れたとは言え、政府の医療機関に対する莫大なコロナ関連補助金は大きな役割を果たしました【注3】。これにより、多くの医療機関が積極的にコロナ診療に取り組むことができました。さらに、コロナ禍前は赤字経営に悩んでいた、多くの公立病院や大病院もコロナ禍中は黒字化しました。

しかし、1990年代から進んでいた入院・外来患者数の漸減がコロナ禍で加速し、コロナ禍収束後も患者数、特に入院患者数はコロナ禍前の水準には回復していません。往診・訪問診療を受ける患者は増加していますが、全国的に見ると、入院・外来患者数の減少はとも補えていません。

患者の死亡場所も変化しました。具体的には、コロナ禍前から続いていた、病院での死亡割合の減少、自宅・老人ホーム（老人福祉施設と老人保健施設）での死亡割合と死亡実数の増加がさらに進行しました。ただし、病院での死亡の実数はコロナ後も漸増しています。病院での死亡割合はコロナ禍前の2019年の71.3％から2023年の64.4％へと6.9ポイント減少しました。逆に、自宅での死亡割合は同じ期間に13.6％から17.0％へと3.4ポイント、老人ホームでの死亡割合は8.6％から11.5％へと2.9ポイント増加しました（厚生労働省『人口動態統計』）。この背景には、後期高齢者、特に団塊の世代の終末期医療についての意識の変化があり、この変化は不可逆的との指摘もあります(8)。

このような患者数の減少に、コロナ禍収束後の補助金打ち切り、賃金・物価の急騰、2024年度診療報酬改定（病院は多くが増収減益）が重なり、2024年から医療機関（特に病院）の経営が急激に悪化しています。

4. 厚生労働省等一速やかに対応・改革したが、「医療に余裕が必要」なことは忘れられた

第4に、厚生労働省等の政策対応について述べます。私は、厚生労働省等は、コロナ禍に比較的速やかに対応し、制度改革も進んだと評価していますが、コロナ禍で誰もが認めた「医療に余裕が必要」なことが、コロナ禍収束後忘れられたことも見落とせません。

コロナ禍直後に明らかになったことは、コロナ禍前に策定された「地域医療構想」には感染症対策が含まれていなかったことでした。実は、2009年に新型インフルエンザが流行し、2010年に政府は新型インフルエンザ対策総括会議の報告書を取りまとめていたのですが、そこに含まれていた提言は全く実行されませんでした。

しかし、厚生労働省は、その後、比較的速やかに対応しました。具体的には、2021年5月の医療法改正で、「地域医療計画」の6事業目に「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加されました。2022年12月の感染症法等改正で、新たなパンデミックに備えた体制が強化されました(4:23頁)。

厚生労働省は、一貫して「かかりつけ医の制度化」に消極的

さらに、厚生労働省は、一貫して「かかりつけ医の制度化」に消極的で、それに前のめりだった財務省と正反対です。その後、厚生労働省と日本医師会主導で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」のための医療法改正が2023年5月に行われ、本年4月から本格実施されています(5)。「かかりつけ医機能報告制度」に基づく、医療機関からの報告が始まるのは来年1月です。

私はこれらの改革を大卒で支持しており、2023年4月と本年2月に以下のように述べました。「今回の改革が、日本医療でかかりつけ医機能が強化される重要な一步になる…。医療法改正による『かかりつけ医機能の強化』、及び『新たな地域医療構想』や診療報酬改定による誘導により、今後は医療機関の役割分担と連携が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されるので、…**中小病院外来と診療所のフリーアクセスは将来的にも維持し、『かかりつけ医』を必要と感じる患者は自由にそれを選択すればよい**…。フリーアクセスを制限すると国民・患者の医療満足度が確実に低下する反面、財務省等が期待していた医療費節減は生じない可能性が大きい」(4:第2章第1節,5)。

なお、医療法改正の説明にも、制度施行に関する分科会の文書にも、コロナの記載はまったくありません。つまり、厚生労働省は現在はコロナ禍とかかりつけ医機能の強化の「デカップリング」(切断)に徹しています。財務省・財政制度等審議会も2022年冬の「建議」から「かかりつけ医の制度化」要求をコソソリ取り下げています。そのために、私は、2023年8月に「骨太方針2023」を分析した時に、「かかりつけ医問題は政策的には終わった」と宣言しました(4:151頁)。

コロナ禍直後は「医療には余裕が必要」と言われたが……

視点を変えて、残念なことを1つ述べます。コロナ禍直後は、医療関係者や厚生労働省だけでなく、菅内閣の下で「ワクチン接種推進担当大臣」を務めた河野太郎大臣等も、「医療には余裕(冗長性)が必要」と認めました(3:10頁)。私は、これがコロナ禍で最も重要な教訓と思い、2020年8月に、病院経営に「余裕」を持たせるための診療報酬改革の具体的目安として、「入院医療では、『地域医療構想』が想定する病床利用率(高度急性期75%、一般急性期78%)でも十分に経営が成り立ち、適正利益(売上高比で概ね5%)が確保できる水準が目指されるべき」と主張しました(3:11頁)。

しかし、コロナ禍収束後は、この教訓が忘れられ、相変わらず「効率化」一本槍の医療提供体制改革が行われています。その結果、ほとんどの病院は病床利用率を95～100%近くに保たないと赤字に陥っています。この点での「薄明かり」は、本年6月13日に閣議決定された「骨太方針2025」に、厳しい医療費抑制政策の部分的見直しの記述が盛り込まれたことです(9)。

補足・私自身のコロナ禍直後の予測の検証

以上、4つの側面からの検討を行ってきました。その補足として、私自身のコロナ禍直後の予測―「コロナ危機は中期的には日本医療への『弱い』追い風になる」―の自己検証を行います。私は、当時、慎重に「『弱い』追い風」と表現しましたが、現時点では、こ

の予測は外れた、またはまだ実現していないと言えます。

私は、2024 年 3 月に出版した新著で、その理由は、コロナ禍後、医療費抑制政策が、以下の 2 つの要因で逆に強化されたからだと判断しました（4:4 頁）。

第 1 の要因は、2022 年 2 月のロシアのウクライナ侵略開始後、防衛費が急増し、社会保障・医療費を圧迫していることです。防衛費の GDP 対比はコロナ禍前は長く 1 %でしたが、2027 年度に 2 %（約 11 兆円）に引き上げることを目標にして、毎年引き上げられています。さらに、6 月 22 日の新聞各紙の報道によれば、アメリカ政府はそれを 3.5 ～ 5.0 %に引き上げるよう要求しているそうです。

第 2 の要因は、2023 年 12 月に岸田文雄内閣が閣議決定した「こども未来戦略」中の「こども・子育て支援加速化プラン」（最終年度で 3.6 兆円）の財源捻出のために医療給付費が圧縮・圧迫されることです（法改正は 2024 年 6 月）。3.6 兆円の内訳は、以下の通りです。①すでにある予算の活用 1.5 兆円、②社会保険料に「特定財源」として上乗せする「子ども・子育て支援金」1 兆円（ただし、社会保険料の水準は引き上げない）、③社会保障の歳出改革 1.1 兆円。そして③社会保障の歳出改革＝社会保障の給付引き下げの第一弾が、2025 年度当初予算案に盛り込まれた高額療養費制度の患者負担上限額の見直し・引き上げ案と言えます(10)。これは、患者団体や野党の反対で今秋まで「棚上げ」されましたが、「骨太方針 2025」には、それ以外の医療給付費圧縮策が目白押しです(9)。

その後私は、**第 3 の要因**として、昨年 10 月の衆議院議員選挙を契機にして明らかになった、現役世代、特に 20 ～ 30 代の若年世代の、社会保障制度への不信感と社会保険料引き上げへの強い忌避感、及びそれを巧みに取り込んだ国民民主党や日本維新の会の社会保障・社会保険料引き下げの主張を加えるべきだと考えるようになりました(10)。本年 7 月 20 日の参議院議員選挙で、国民民主党や参政党が躍進したため、今後、この要因はさらに強まると思います。

それにもかかわらず、私は、医療・介護は今後も「安定的な成長産業」と考えており、このトレンドは、高所得国に共通すると判断しています(4:第 1 章)。この点に関して、高名な財政コンサルタントのマーク・ロビンソンも以下のように述べています。「コロナ危機後の「これからの 30 年という時間枠で」みると、「医療、気候変動、介護はすべての国の政府が今後支出を増やさざるをえない」、「これは『大きな政府』論者が政治的に勝利するからではない。政府のイデオロギー上の姿勢とは関係なく、政府支出に大きく影響する外部要因の圧力の結果として、大幅な支出増が起きる」(12)。

おわりにー医療制度の「抜本改革」は不可能で、可能なのは下からの部分改革の積み重ね

最後に、結論を述べます。それは、日本を含むすべての高所得国では、コロナ禍を含めてどんな状況でも、医療制度の「抜本改革」は不可能で、可能なのは下からの部分改革の積み重ねであることです。私は 2001 年に出版した『21 世紀初頭の医療と介護』以来、『抜本改革』は幻想であり、わが国で必要なのは部分改革の積み重ねと医療者の自己改革」と主張しています(13)。ただし、これは私のオリジナルではなく、最初に提起したのは池上直己氏（慶應義塾大学総合政策学部教授・当時）です：「医療分野においては理論よりも実践的な経験則が、また上からの抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうがそれぞれ効果的であるように思われる」(14)。

21 世紀に入って、外的要因を契機にして医療制度の「抜本改革」が叫ばれたのは、2011 年東日本大震災・福島第一原発事故直後以来、コロナ禍時が 2 度目です。「100 年に一度」が叫ばれたのは 3 回目で、1 回目は 2008-2009 年の世界金融危機直後です。このときは、私も「新自由主義的医療改革の復活はない」等の甘い判断をしてしまいました(15)。その反省を踏まえて、東日本大震災・福島第一原発事故後はリアルな分析・予測をするように努めています。

大災害後の変化については、2 つの対照的言説があります。1 つは、ナオミ・クラインの「ショック・ドクトリン」、もう一つはソルニットの「災害ユートピア」です(16,17)。『ショック・ドクトリン』は、アメリカ政府とそれに影響・支配された各国の政府・支配層が、大災害（自然災害だけでなく政治的激変も含む）に便乗して、フリードマン流の自由放任資本主義的「ショック療法」を強権的に実施した実例を、1973 年のチリの軍事クーデター、サッチャー改革、ロシア・東欧さらにはアメリカ国内でのショック療法に至るまで、生々しく跡づけ批判しています。それに対して、『災害ユートピア』は、1906 年のサンフランシスコ地震から 2005 年のハリケーンカトリナによる大洪水まで、世界中で起こった 12 の大災害について詳しく検証し、災害の直後には「無数の利他的な行為」が見られ、「特別の共同体」＝「災害ユートピア」が立ち上がることを示しています（18:20 頁）。

世間的には「ショックドクトリン」の方が有名ですが、東日本大震災・福島第一原発事故後、私は後者が妥当と判断し、さらに「災害ユートピア」は「一時的」で「はかない現象」であり、それに依存して抜本改革を夢想すべきではないと主張しました（18：21 頁）。コロナ禍でもこのことが再確認されたと言えます。

【注 1】最大 42 万人死亡説への私の疑問

私は 2020 年 7 月のインタビューで、「何も対策をとらなければ最大 42 万人が死亡する」との主張に次のような疑問を述べました。

＜私が指摘したいのは、このような〔国民のコロナへの〕恐怖心を極度に強めた一因は、「何も対策を取らなければ 42 万人が死亡する」という専門家の発信と、それを無批判に報じた新聞やテレビの報道だということです。／私は、専門家会議の委員の不眠不休の奮闘には頭が下がる思いですが、42 万人死亡説は煽り行為、あるいはショック療法としか思えません。／運動家や政治家がショック療法を取るのはまだ許容範囲です。しかし、研究者は事実に基づいて冷静に発言しなければなりません。特に、不確定な事象に対しては、複数のシナリオを示すべきです。「地獄のシナリオ」のみを示して、確信犯的に煽り行為やショック療法をやることは許されません。＞(1)

岩本康志氏（東京大学大学院経済学研究科教授）は、本年 6 月出版の『コロナ対策の政策評価』の第 1 部で、コロナ流行第 1 波時に、上記 42 万人死亡予測に基づいて打ち出された「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・詳細に検証しています（19）。その結果、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ました。岩本氏は、それを踏まえて、対策を考える場合には、「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」と主張し、「専門家の分析を盲目的に信じることを要請される父権主義」を批判しました。私も同感です。ただし、このような重大な事実を、岩本氏を含め、モデル分析に習熟した経済学の誰も、第一波時に指摘しなかったのは残念です。

【注2】「かかりつけ医が機能しなかった」との言説への私の疑問

私は、この健保連調査の存在を2023年11月に「コロナ禍での国民の医療満足度の変化の検証」を行っていた時に初めて知りました(4:第2章第6節)。ただし、それ以前からずっと、ジャーナリズムや一部のプライマリケア医が、コロナ患者激増時に大都市部(特に東京と大阪)で局所的に生じた混乱現象を、あたかも全国で生じたかのように報じ、それが国民・患者の医療不信・不安を増幅した面が強いのではないかと疑っていました。そこで、2023年4月に、上記報道を疑う3つの理由を、以下のように述べました(4:36頁)。
＜第1に、私の地元の愛知県・名古屋市ではそのような報道(新聞・テレビ)は、現在に至るまでほとんどありません。これが私の「肌感覚」での疑問です。

第2に、私の調べた範囲では、全国紙でも、診療所がコロナ疑い患者を拒否したとの報道はほとんどエピソード・レベルにとどまり、大量の「エビデンスに基づく」調査報道はありません。(中略)しかもエピソード・レベルですら、患者の訴え・不満のみを報じ、診察を拒否した(大半はできなかった)診療所側の事情—医師が高齢、空間的・時間的にコロナ診療と一般診療の動線を分けられない等—についての報道はほとんどなく、バランスを欠きます。

第3に、日本で一番患者・家族からの電話相談を受けている認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML(累計66,000件、毎月100件以上)の山口育子理事長に、「電話相談で、2020年のコロナ禍後、診療所またはかかりつけ医(と思っていた医師)に診療を断られたとの苦情は増えましたか?」とお尋ねしたところ、「ほぼ届いていません」、「私も非常に個別的な事例をさもどこでも起きているかのように利用されているように思っています」とのお返事をいただきました(1月20日私信メール。公開許可済み)。>

【注3】医療機関に対する直接的支援の総額は約12兆円?

実は医療機関に対するコロナ補助金の総額についての公式発表はありません。財務省は「新型コロナウイルス感染症について、これまで医療提供体制等の強化のために主なものだけで21兆円程度の国費による支援が行われてきた」と主張しています(2023年4月14日・財政制度等審議会財政制度等分科会への提出資料「財政総論」41頁)。

ただしその内訳をみると、「ワクチン・治療薬の開発、生産支援等」(1.3兆円)、「ワクチンの確保」(2.9兆円)も含まれています。これらを除いた医療機関への直接的支援は、21兆円の約半分(12兆円程度)と思います:「緊急包括支援交付金等」9.9兆円、「診療報酬による対応」0.1兆円(医療費ベース0.4兆円)、「(ワクチンの)接種体制確保補助金」1.6兆円等)。

文献

(1)二木立(BuzzFeed Japan インタビュー):第1回 医療界には「弱い追い風」 医療経済

- 学者が新型コロナの影響を前向きに捉えるわけ、第2回 「コロナで社会は大きくは変わらない」「100年に一度の危機」が度々訪れる時代にどう備えるべきか (2020年7月4-5日公開。聞き手・岩永直子氏) <https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/covid-19-niki-1> (「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」193号(2020年8月)。ウェブ上に公開)
- (2) 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」。
- (3) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第1章「コロナ危機後の医療提供体制」。
- (4) 二木立『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房、2024、第1章「病院の将来」、第2章「かかりつけ医機能の強化」、第3章「私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと」。
- (5) 二木立「『かかりつけ医機能が発揮される制度整備』の評価とそれへの対応」『文化連情報』2025年2月号：26-34頁。
- (6) Labour and the NHS. From the envoy of the world to national embarrassment. The Economist May 31, 2025: pp.44-45.
- (7) 横山壽一・他『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。
- (8) 高橋泰「85歳以上高齢者増と若年人口激減への医療界の対応－病院の再編と撤退に向けたガイドラインと支援策の必要性－」『社会保険旬報』2025年4月21日号：14-19頁。
- (9) 二木立「『骨太方針2025』の医療・社会保障改革方針の複眼的検討」『文化連情報』2025年8月号(569号)：38～45頁。
- (10) 二木立「私が高額療養費制度の患者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。
- (11) 二木立「医療・社会保障の選挙公約での与党と一部野党の『逆転現象』」『文化連情報』2024年12月号(561号)：22-25頁。
- (12) マーク・ロビンソン著、月谷真紀訳『政府は巨大化する 小さな政府の終焉』日本経済新聞出版、2022(原著2020年)、序章。
- (13) 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、はしがき。
- (14) 池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書、1996、234頁。
- (15) 二木立『医療改革と財源選択』勁草書房、2009、序章第1節「世界同時不況と日本の医療・社会保障」。
- (16) ナオミ・クライン著、幾島幸子・村上由見子訳『ショック・ドクトリン 惨事便乗型資本主義の正体を暴く』岩波書店、2011(原著2007)。
- (17) レベッカ・ソルニット著、高月園子訳『災害ユートピア なぜそのとき特別な共同体が立ち上がるのか』亜紀書房、2010(原著2009)。
- (18) 二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房、2012、序章「あるべき医療・ある医療と東日本大震災」。
- (19) 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。

[本稿は 2025 年 7 月 5 日に京都市で開催された第 33 回「ひと・健康・未来シンポジウム
：ポストコロナを探る：パンデミックは私たちの社会と生活をどう変えたのか？」での同
名の講演に加筆したものです。副題は変更し、3 つの注を加えました。]

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

234 回)(2025 年分その 6 : 7 論文)

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

○ [アメリカでの] 医療保険 [カバレッジ] が死亡率に与える影響

Levy H, et al: The impact of health insurance on mortality. Annual Review of Public Health 2025 46 : 541-550 [文献レビュー]

『公衆衛生年間レビュー 2008』で、著者等は医療保険が健康を改善するかという問いについて検討した。当時の回答は慎重な肯定 (cautious yes) であり、それは因果関係についての確定的なエビデンスを示す研究がほとんどなかったからである。単一のアウトカムである死亡率に焦点を当てて、この問いを再訪した。2008 年以降複数の良質な研究が発表されており、それらは擬似実験的な変数を用いて新しい資料を検討するか、古いデータを新しい実証的手法で再評価していた。それらは次の 3 グループに分けられた: ① 2008 年以前に実施された政策の再評価 (5 論文)、② 2000 年代に州レベルで行われた政策の評価 (2 論文)、③ オバマケアの評価 (3 論文)。

その結果、今回はもっと明確な肯定的回答が得られた。異なったデータソースや研究デザインを用いた諸研究により、医療保険カバレッジが死亡率を低下させるとの信頼できるエビデンスが得られた。この効果は、中年以上の成人または子どもで最も大きい傾向があった。そのエビデンスは保険カバレッジ直後に現れ、しかも継続していた。このエビデンスは医療保険が健康を改善すると結論を疑問の余地なく支持する。

二木コメント— 公的医療保険 (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ。UHC) の効果の研究者必読だと思います。言うまでもありませんが、日本を含めたアメリカ以外の高所得国は、何らかの UHC を持っているのです。このような研究はできません。

<プライマリケア関連 (3 論文) >

○ アメリカの [外来の] プライマリケア [医] 費用を推計する 共通の方法に向けて

Zhan C, et al: Estimating primary care spending in the United States Toward a common method. Medical Care 63 (7):514-519, 2025 [量的研究]

プライマリケアの共通の定義と測定方法がなく、適切なデータソースもないことが、アメリカのプライマリケア費用を追跡することの妨げになっている。本論文の目的は、プライマリケア費用を推計する一貫した方法を探究することである。我々が 2024 年に発表したプライマリケアサービスの枠組みを、次の 2 つのデータセットに応用した: 1 つは「医療費パネルデータ」(MEPS) で施設入居者を除いたアメリカ人と家族の調査であり、もう 1 つは「マーケット・スキャン」でアメリカの大企業の被用者と家族の民間医療保険の医療費請求データを含むデータベースである。両調査を用いて、2010 ~ 2021 年の国民 1 人当たり年間プライマリケア費用 (PPPY) と総医療費に対するプライマリケア費用の割合

(PTHS)を推計した。横断面分析と経時的分析を行い、鍵となる方法論的事項を検討した。本研究では、プライマリケア医は家庭医学、内科、一般診療、一般老年科または一般小児科の医師で、外来診療を行っている者と定義し、他の専門医や（病院でのみ勤務する）ホスピタリスト、ナースプラクティショナーやフィジシャンアシスタントは含まず、専門診療所や救急診療所(urgent care center)で働く医師も含まない。プライマリケア費用は、上記定義に基づく真の(true)プライマリケア医が行った真のプライマリケア診療に対して支払われた費用と定義した。

その結果、2019年には、MEPSでは、PPPYは504ドル、PTHSは8.07%、マーケットスキャンではそれぞれ378ドル、6.30%と推計された（信頼区間の数値は略）。2010～2021年にPPPYは両調査とも着実に増加していた：MEPSでは309ドルから639ドルに、マーケットスキャンでは343ドルから433ドルに増加していた。しかし、PTHSには増加傾向は見られず、MEPSでは6～9%の間で変動しており、マーケットスキャンでは8%台から6%台へ変動しつつも漸減していた（本文の表3）。定義とデータのズレがあったので、推計の標準誤差も計算した。

二木コメントプライマリケア医とプライマリケア費用を厳密に定義し、推計プロセスを見える化して、「真の」（狭義の）プライマリケア費用を推計しています。プライマリケアの研究者必読と思います。

○【スウェーデンにおける】プライマリケア提供者に対する人頭払いにおけるリスク調整患者の社会経済的状態をどのように考慮するかは重要か？

Ellegard LM, et al: Risk adjustment in capitation payments to primary care providers Does it matter how we account for patients' socioeconomic status? Medical Care 63 (6):430-435,2025 [量的研究]

プライマリケア提供者に対する人頭払いの重要な課題の一つは、固定的支払いが公平でしかも予想される医療ニーズで調整されていることである。社会経済的状態(SES)が低い患者は概して医療ニーズが大きい。スウェーデンの研究者は「医療ニーズ指数」を開発し、これはプライマリケア提供者への人頭払い時に、患者のSESを調整するために用いられている。本研究の目的は、プライマリケア提供者に対する公平な支払いをするために、地域レベルではなく、個人レベルでの社会経済的データを収集することの潜在的価値を検討することである。3つの地方（「県」。医療提供が大きな役割）の「プライマリケア・センター」の全受診データを含む行政データと、個々人の背景的特性を含んでいる「スウェーデン統計」を用いた。プライマリケア・センターはグループ診療を行っており、通常は5人のGPと複数の看護師、理学療法士等を俸給制で雇用している。線形回帰分析モデルを用いて、調整済みR二乗（決定係数）と個人レベルおよび地域レベルでの医療ニーズとの適合性を評価した。対象人口はこれら3地方に居住する3,490,943人である。

主要アウトカム変数は、プライマリケア診療所のGPまたは看護師への対面での受診回数である。決定係数を用いて、モデルの予測力を比較した。その結果、変動が説明される割合は、医療ニーズ指標が個人レベルまたは地域レベルで測定されても変わらなかった。以上から、地域レベルでのSESに、個人レベルのSESを追加しても、プライマリケア受診における変動のごくわずかな説明できないと結論づけられた。

ニ木コメント—個人レベルの社会経済的状态についてのデータを加えても、スウェーデンでは、プライマリケアセンターへの公平な支払いのための追加的な情報はほとんど得られないとの「ネガティブデータ」を含んだ貴重な研究だと思います。ただし、本論文の考察によると、アメリカでは本研究とは違う結果が得られているようです。

○ [デンマークの] 医師は混合支払い方式において追加的人頭払いに反応するか？

Kongstad LP, et al: Do physicians respond to additional capitation payments in mixed remuneration schemes? Health Economics 34(6):1143-1159, 2025 [量的研究]

人頭払いと出来高払いを組み合わせた混合支払い方式は、GP の登録患者リストの患者を増やし、登録患者により多くのサービスを提供するという経済的インセンティブを持っている（はずである）。しかし、複雑なニーズを抱える患者の診療時間は長くなる傾向があるので、もし料金が患者特性で調整されていなければ、アクセスの不平等が生じるリスクがある。本論文は、登録患者のうち複雑な患者の割合が高い GP、または特定の地域の GP に対して、人頭払いを追加するという、デンマークで 2018 年以降行われた自然実験（それぞれ「中等度方式」、「集中方式」）を評価する。GP は登録患者の重症度が閾値を超えた場合、追加的支払いを請求できるが、新方式には全国レベルでの予算制約があるため、一部の GP は追加的支払いを受けられない。もっとも恵まれた GP では、追加的人頭払いにより基本所得が 8 %増加する。

本研究では、GP1 人当たり患者数と、患者 1 人当たりサービス数の変化を、差の差分法モデルを用いて検証した。中等度方式、集中方式とも、GP1 人当たり患者数も、患者 1 人当たりサービス数も減少傾向を認めた。この傾向は複雑な患者でも同じであり、改革はアクセスの平等を改善しなかったことが分かった。改革の 1 年後には GP の所得は 2.5 %増加したが、2 年目には増加は有意ではなくなった。この結果は、「目標所得仮説(target income hypothesis.人々は一時的な所得変動に左右されず、安定した所得水準を目標に消費を行うという考え方) が示唆するように、医師は所得増加とレジャー（休暇）を交換していることの現れと解釈できる。

ニ木コメント—通俗的に語られる医師「所得最大化仮説」の否定としては、興味深いと思います。論文のタイトルだけでなく要旨にも、国名がまったく書いていないのは、不適切だと思います。

<在宅ケア関連（3 論文）>

○ [アメリカにおける在宅ケアのアウトカム：ケアの提供者は問題か？ [ケア提供者が違くと利用者のアウトカムは変わるか？]

Coe NB, et al: Home-based care outcomes: Does the care provider matter? Health Economics 34(8):1487-1506, 2025 [量的研究]

在宅での長期サービスは家族や友人が提供しているが、専門職が提供するフォーマルケア、または両方を組み合わせたケアを受ける個人も増えている。しかし、ケアの受け手（利用者）の便益が、誰がケアを提供するかで変わるか否かはほとんど分かっていない。フォーマルケアや家族ケア利用は、ケアのアウトカムに影響する諸要素に影響されるので、因果関係を推計するのは難しい。2008-2018 年の「[アメリカ]健康・退職調査（HRS）」を用

いて、以下の3種類の在宅ケアの組み合わせの影響を検討する：家族ケアのみ、フォーマルケアのみ、及び両方。操作変数法により、家族構造を操作変数として用い、ケア提供者の違いがケア利用者の自己評価による精神的・身体的健康アウトカムに与える因果的影響を推計する。ケア提供者の内生性を調整すれば、フォーマルケアと家族ケアの両方を受けている場合は、家族ケアのみを受けている場合より、利用者の自己評価の健康、移動性、および抑うつ症状が良いことを見いだした。フォーマルケアのみを受けている利用者のアウトカムは、家族ケアのみを受けている場合と変わらなかった。この結果は、様々な感受性分析（操作変数を変える、ケア利用者の家族形態のサブグループ（配偶者／パートナーがいない）、利用者が女性、アウトカムの測定時期の変更等）を行っても頑健であった。

二木コメントー日本や韓国・台湾、ヨーロッパ諸国等のように公的在宅ケアがごく部分的にしかないアメリカでの研究なので、フォーマルケアの大半は民間（営利・非営利）事業者が提供していると思います。この点はフォーマルケアの大半が（公的）介護保険で提供されている日本等とはまったく異なります。本研究では、フォーマルケアの提供者が営利か、非営利かでアウトカムに違いがあるか否かは調査されていません。利用者のアウトカムは家族ケアとフォーマルケアの両方を受けている場合が一番高いという結果は、おそらく日本でも同じだと思います。本論文も、タイトル、要旨とも、対象がアメリカの在宅ケア利用者であることを書いていません。

〇イングランドにおける公費負担の成人ソーシャルケア（ASC）はインフォーマルで無報酬のケアラーのQOLに影響を与えるか？

Longo F, et al: Does publicly-funded Adult Social Care impact informal and unpaid carers' quality of life in England. Health Economics 34(7):1217-1238,2025 [量的研究]

インフォーマル・ケアラーは彼らのケアの受け手にとって重要だが、ケアの負担はケアラーのウェルビーイングに重大な悪影響を与える。イングランドの公費負担の成人ソーシャルケア（ASC）は彼らの負担を和らげる可能性がある。そこで、ASC費用がケアラーのQOLを改善するか否か、改善する場合はこの効果が生まれる経路を調査した。2年に一度行われる成人ケアラー調査の2014、2016、2018、2021年度分から得られるインフォーマル・ケアラーについてのデータを分析した。パネルデータを用いた変数操作法により、地方税における条件付き外生的変動性を用いて、ASC費用の因果的効果を同定した。主な所見は、クライアント1人当たりのASC費用の1000ポンドの増加は、平均して、ケアラーが報告するQOLスコアを0.2増やし、これは2021年度の平均QOLの4.2%増に相当した。さらに、ASC費用はインフォーマルケアラーのケア・タスク、雇用選択の幅、及び経済にも好影響を与えていた。

二木コメントー公費負担の成人ソーシャルケア（ASC）のインフォーマルケアラーの負担軽減効果についての緻密な計量経済学的研究です。ASCは「良かろう高かろう」であることが前提になっています。なお、ASCは、身体や精神の障害、高齢化などにより生活上の支援が必要な成人に対して、自立した生活を維持できるよう提供される広範な社会的サービスで、介護、生活支援、権利擁護などが含まれますが、現在（not数十年前）は、日本の介護保険サービスや障害者福祉サービスに比べ、はるかに手薄いと言われています。

○ヨーロッパ [10 か国] における成人インフォーマルケアの隠れた価値

Costa-Font, et al: The hidden value of adult informal care in Europe. Health Economics 34 (4):791-812,2025 [量的研究]

成人インフォーマルケアの隠れた（潜在的）価値は、長期ケアの総費用推計における、インフォーマルケアの金銭表示されない価値を意味する。本論文は、ウェルビーイングを中心に据えた方法により、ヨーロッパ 10 か国における成人インフォーマルケアの正味価値（net value）を推計する。操作変数法と縦断的・横断的データを用いて、ケア提供が主観的ウェルビーイングに与える因果的効果を推計する。いわゆる補償余剰（compensating surplus）、即ちケア提供の正味不効用を補償するための所得相当額移転（income equivalent transfer）である（支払い意思額と同じと思われる一二木）。

その結果、インフォーマルケアは平均的主観的ウェルビーイングを 1%低下させる（同居しているインフォーマルケア提供者では 6 %低下）。各国の GDP 対比では、インフォーマルケアの価値はフランスの 4.2 %からドイツの 0.85%まで幅がある。このような相対的価値は、各国のフォーマルケア費用の割合が高くなると低下する。これらの結果は既存の長期ケアレジームの分類を再考する必要があることを示している。インフォーマルケア 1 時間当たりの平均補償余剰は 9.55 ユーロであり、スイスでは 22 ユーロ、スペインでは 5 ユーロと推計した。さらに、長期的な補償余剰（個人の恒常所得を用いて推計）は短期的な補償余剰（個人の現在所得を用いて推計）よりも低いとも推計した。

二木コメント—これもインフォーマルケアについての精緻かつ大規模な計量経済学的研究ですが、きわめて難解で、要旨を読んだだけでは、よく理解できませんでした。最先端の研究で、しかも興味ある知見を含んでいると思うので、興味のある方は本文をお読みください。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 248)—最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○高橋源一郎（作家）「[瀬戸内] 寂聴さんは、誰より、なによりも、書くことが好きな方でした。小さなからだを机の前に折り畳み、書いて、書いて、つらいと思っても、いつの間にか、また書いていた。ラジオで聴いた最後のお話も、次に書きたいものについてでした」(『高橋源一郎の飛ぶ教室—はじまりの言葉』岩波新書,2022,205 頁。瀬戸内寂聴氏は、2021 年 9 月、99 歳で死去)。**二木コメント**—これを読んで、以下のプリニウス&サルトルの言葉を思い出しました。私もほぼ毎日、何かを書いています、いまだに「書くことが好き」という心境には達していません。

○プリニウス（古代ローマの碩学）「一行たりとて、書かざりし日なし」(『博物誌』。芸術家の精進を示す名高い言葉。**サルトル**（フランスの実存主義哲学者）が自叙伝『言葉』（白井浩司訳。人文書院,1964,173 頁）の最後で引用し、これは「私の習慣」（でもある）と述べた。海老坂武『加藤周一—二十一世紀を問う』（岩波新書,2013）は、「はじめに」の最後でこれを引用し、「加藤周一も同じように言い得たかもしれない」と述べた。本「ニューズレター」108 号（2013 年 7 月）で紹介）。

○北嶋誠（酪農を営む傍ら、農政などの矛盾をテーマにフォークソングを自作して歌い続ける。1998 年にくも膜下出血で両目の視力を失ったが「百姓フォークと自称して、オリジナルの曲を作り歌い続ける。72 歳）「**何よりも続けていくことです。失明して一番最初にできた農作業って、手探りでできるジャガイモ掘りなんです。だから、無理に新しいことをやるんじゃなく、今までやってできたことをいかに継続するかが大事**」(『週刊エコノミスト』2025 年 9 月 2 日号：49 頁、「情熱人(158)」)。

○平山賢一（麗澤大学教授）[「垂秀夫『日中外交秘録 垂秀夫駐中国大使の闘い』の」本文と写真の背後には、筆者[垂秀夫氏]の『**三つの視点**』があるように思われる。すなわち、**鳥の目で構造を俯瞰し、虫の目で現場を精緻に観察し、魚の目で時の流れを読むという複眼的姿勢である**」(『週刊エコノミスト』2025 年 9 月 2 日号：55 頁。上掲書書評)。**二木コメント**—「鳥の目」と「虫の目」に、「魚の目」を加えたのは秀逸と感じました。

○垂秀夫（「中国がもっとも恐れる男」と謳われた元中国大使。2023 年 12 月退官）「習近平体制の本質を知るには、習近平体制だけを**虫眼鏡で観察するのではなく、巨視的な視点を持たなければならない**。中国共産党を**長い歴史の時間軸の中で分析する必要がある**」、「私は、約四十年間にわたり蓄積したチャイナスクールとしての経験と知見を持つ。さらに大使として現場北京で捉えた感覚。これまで培った中国人脈を駆使して収集した情報、**歴史的視点も踏まえた独自の分析**」(『日中外交秘録 垂秀夫駐中国大使の闘い』文藝春秋,2025,44,78 頁)。**二木コメント**—平山氏の「魚の目」という新語(?)は「長い歴史の時間軸の中で分析」「歴史的視点も踏まえた分析」の言い換えと思いますが、私には垂氏のオーソドックスな表現の方が適切と感じました。

＜その他＞

○高橋源一郎（作家）「私たちが入る唯一の墓は他人の『記憶』だと思います。誰かが覚えてくれる限り、その誰かの『記憶という墓』の中にわたしたちは存在している。あのちんけな石の塊の下じゃなくてね。彼らが記憶されているのは、懸命に生きたからです。その姿がみんなの脳裏に焼きついていたからです。あなたは どう ですか？ 墓の心配なんかしている場合ですか。自信を持って『懸命に生きている』と言えますか？ 人間は死ぬまで生きるのです」（「毎日新聞」2025年8月9日朝刊、「人生相談」。相談者（45歳・女性）の「支配欲の強い義母と同じお墓に入りたくないです」との相談への答えの後半）。二木コメントー引用した最初の二文に同感です。最後の二文に大いに共感しました。私は、「毎日新聞」の毎週土曜日の「人生相談」欄に掲載される高橋氏のウィットに富んだ回答を愛読しています。高橋氏の言葉を読んで、若月俊一先生の晩年の次の言葉を思い出しました。

○若月俊一（元佐久総合病院院長。2006年8月死去、96歳）「人間の死は社会的なものなのです。どうも今日のわたしたちには、人間が『社会的動物』だという視野が欠けているように思えて仕方ありません。／（中略）死は生であり、生は死でもあります。個人は死んでも、その影響は社会に残っています。（中略）／自分らしく死ぬとは、『はいさようなら』ではありません。『この世の闘いはまだ続いている』『生きている限りはできるだけ頑張った』だけでなく、『＜死んでも＞この世の正しい発展のために尽くしたい。次世代のために、何かを尽くしたい』という気持ちが大切ではないでしょうか。（中略）／わたしはもう力がなく、たいしたことはできません。しかし、生きている限りは、そして死んでからも何らかのかたちで、次世代の発展のために尽くしたいと思うのです」（最後の著書『母なる農村に生きて』家の光協会,2000,217,219,220頁「あとがきにかえてー自分らしく死ぬということ」）。二木コメントー農村医学の確立と医療改革のために最期まで闘い続けられた若月俊一先生が、89歳で到達された「死生観」です。先生は、84歳時までは、「死生観でいっても、僕は死ぬことなんて考えたことないからなあ」と述べていました（南木佳士『信州に上医ありー若月俊一と佐久病院』岩波新書,1994,179頁。本「ニューズレター」23号（2006年7月）で紹介）。しかし、1998年に腹部大動脈瘤破裂手術で九死に一生を得てから、「いったい死とは何か」について考え、この境地に達したそうです（「ニューズレター」92号（2012年3月）で紹介）。

○秋山仁（数学者）「ある時、[高校の] 数学の授業中に漫画を読んでいたら、先生が回ってきて『ちゃんと授業を聞きなさい。分からんところは何でも質問しなきゃダメだ』と怒られました。／とっさに黒板を見て『10g（グラム）って何ですか？』と聞いてしまいました。『バカもん、これはlog（対数記号）だ!』とあきれられました」（「読売新聞」2025年8月18日朝刊、「時代の証言者 夢さえあれば 秋山仁(6) 数学に人生懸ける決意」）。二木コメントー秋山氏の質問を読んで、私が1992年にUCLA公衆衛生大学院に留学し、夏季講習の「統計学入門」講義を聴講した時に現認した次のやり取りを思い出しました：教師が講義の最後に「分からないことがあったら何でも質問しなさい」と述べたところ、最前列に座っていた若い女子学生（院生）がすかさず「全て（分かりません）」(All!)と質問(?)し、教師が絶句した。

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52回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」90号 (2025年8月9日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私の受賞や好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連 (今月はなし)

B. 医療・福祉・社会保障関連

○長友薫輝『全世代型社会保障改革とは何か 国民健康保険と医療政策のゆくえ』自治体研究社,2025年3月。

…著者は国民健康保険制度研究のエキスパート。本書には2022～2025年に発表した5論文を収録し、一般の報道では触れられない制度改革の問題点や狙いを指摘している。例：政府は国民健康保険への生活保護の医療扶助の移管を検討しており、それと被用者保険の適用拡大により「国保と被用者保険の二極化」が鮮明となる。ただし、閣議決定である「骨太方針」と財務省の最大限願望である財政制度等審議会「建議」、さらには自民党の政策文書を一体のものと見なして分析・批判するのは粗雑と思う。財務省が医療扶助受給者の国民健康保険への加入を以前から提案しているのは事実だが、「骨太方針」はそこまで明確には述べておらず、特に「骨太方針2025」(本書出版後に閣議決定)では、「生活保護受給者の医療扶助のあり方の検討」という抽象的表現に後退(?)している(41頁)。

○伊藤周平『日本の社会保障』ちくま新書,2025年7月。

…著者は長年、「国民の生存権と国の義務」(憲法第25条)の視点から、日本の社会保障制度全体の包括的分析・批判と改革提言を行ってきた。本書はその最新版で、序章と終章を含めて全12章(446頁)。第二～九章でそれぞれ、生活保護(公的扶助)、年金、医療、公衆衛生、介護保険と高齢者福祉、労災保険と雇用保険、児童福祉・保育と子育て支援、障害者福祉と障害児の療育の各施策の歴史と現状、改革の課題を提起。第十章で「社会保障の財政」を、終章で政策転換についての私見を述べる：「社会保障の財政政策は、応能負担原則にもとづき、消費税に依存することなく、大企業や富裕層が優遇される税制を是正し、能力に応じて負担する税制改革が基本となるべきだ」(417頁)。ただし、著者の提言する諸改革は、「現在の自公政権が続く限り、その実現可能性はゼロとっていい」とも率直に認めている(428頁)。

○塚原康博「介護保険における財源確保策についての調査研究—『加入開始年齢の早期化』と『利用時の自己負担率の引き上げ』を中心に」『厚生指針』2025年7月号：1-5頁。

…著者が独自に実施した全国調査のデータ(サンプルサイズ700)を用いて、四者択一による望ましい財源確保策についての回答を、二項ロジスティック回帰分析で分析。その結果、「加入開始年齢の早期化」が29.9%、「利用時の自己負担率の引き上げ」が23.3%、「介護保険料の引き上げ」が7.3%、「公費投入の増加」が39.6%であった。(年齢階級別・男女別の分析は略)。著者は、この結果は「シルバー民主主義」論を必ずしも支持していないと解釈し、私も同感。私は四者択一で、「介護保険料の引き上げ」がきわめて少ないこと—

「利用時の自己負担の引き上げ」の3分の1に驚いた。

○田中耕太郎「子育て家庭に対する経済的支援の政策選択ードイツの児童手当と税の児童扶養控除の一元化の過程から考えるー」 2025年7月16日、田中氏のHPに公表

<https://ktanaka-ssri.net/archives/513>

…ドイツにおける児童手当制度の第二次大戦後の変遷と2025年現在の制度の基本的仕組みを簡潔に、しかし緻密に紹介。ドイツの児童手当は社会給付と税の扶養控除の二元制から児童手当の一元制へ、さらには1990～1994年の連邦憲法裁判所の違憲決定を踏まえて税法上の一元制へと、ダイナミックな発展変化を遂げてきた。違憲決定を踏まえて1996年に、税の扶養控除を中核とした新たな一元的なハイブリッド型の児童手当制度が導入されて以降は、5回の政権交代を経ても基本的な枠組みはいっさい変更が加えられず、社会に定着している。著者はこれを「成熟した民主政治の成果」と高く評価し、「今後の日本における児童手当や児童扶養控除、さらには課税最低限に関する議論と政策選択の深化・成熟化に向けて、多くの示唆を与える」と結んでいる。

○権丈善一『ちょっと気になる社会保障 V4』勁草書房,2025年7月(初版2016年、V3 2020年)。

…V3から5年ぶりの改定。新しく「労働力希少社会、アテンション・エコノミーの話」が入っている。アテンション・エコノミーとは、大衆からの注目(アテンション)を刺激することが、「お金にもなり、票にもなることが広く分かってきた」「資本主義の新しい形態(288頁)で、著者は「今は、歴史の屈折点にある」と注意を喚起している(296頁)。私は、このような社会・資本主義の変化が、最近の衆院選・参院選での国民民主党や参政党の大躍進をもたらした一因と感じた。

冒頭の長い「V4刊行にあたって」で、著者は、この間に生じた以下の3つの変化を強調している：①日本人は若返った、②社会保障まわりでDXが進んだ、③労働力希少社会の到来。私は③についての以下の記述に注目・共感した。「この[社会保険料などが上がった]現象を外からみると、社会保険料が上がったために賃金が上がらなかったようにも見えます。と言ってもそうした因果関係とは異なり、労働市場が弛緩していたために企業は賃金を上げるインセンティブがなかったけど、高齢者化や医療の高度化のためゆえの社会保険料の上昇に伴い、社会保険料は上げざるを得なかったというように見ることもできます。後者の見方で考えると、この間、すなわち賃金を上げなくても必要とする労働力を確保できた間は…社会保険料が上がらなくても賃金は上がらなかったと考えることもできます」

(iv頁)。もちろん、「V3の使命と理念と正義の心は引き継いでいるので」、社会保障を本格的に勉強するための必読書と言える。出版上の新しい試みは、前版までの「オンラインへGO!」や出所となる資料にQRコードが付けられたこととNotebookLMという「音声解説」とのリンクが加えられたこと(「**楽してわかる社会保障(生成AIによる音声解説)**」

(<https://kenjoh.com/article-and-lm/> これは本書を購入していなくても閲覧可能)。

○国立社会保障・人口問題研究所『令和5年度社会保障費用統計』 2025年7月29日。

ウェブ上に公開：<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/R05.pdf>

経年での比較（Excel ファイルのみ）：<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/3/R05-15.xlsx>
…社人研は、毎年、社会支出（OECD 基準）、社会保障給付費・社会保障財源（ILO 基準）、社会保障財源（EU 基準）を公表し、これらを総称して「社会保障費用統計」と呼んでいる。社会支出（OECD 基準）総額の対 GDP 比は、コロナ禍のため 2019 年度の 22.97 %から増加し 2021 年度に 25.79 %になった後、減少に転じ、2023 年度には 28.50 %になった。この間、人口構成の高齢化は進んでいるが、これはほぼ 2019 年度並みの水準。

興味深いのは「**社会保障財源（EU基準）の国際比較（対GDP）**」（9 頁）で、日本は、総額で、フランス、ドイツ、スウェーデンに比べて低いだけでなく、「社会保険料拠出／事業主拠出」がこれら 3 か国に比べはるかに低い：日本 6.7 % << ドイツ 10.7 % < スウェーデン 11.3 % < フランス 12.8 %（日本は 2023 年度、他は 2022 年度）。人口高齢化の水準を調整すれば、日本の数値がさらに低くなることは確実。

○特集「病院大淘汰時代 会計と経営のプロが語る生き残り戦略」（企画：中村康彦）『病院』2025 年 8 月号：577-584 + 594-633 頁。

…巻頭対談と 5 論文。5 論文のいずれも「病院大淘汰時代」についての具体的言及はなく、非大都市部の公立病院どおし、または公立病院と民間病院の病院再編、地域医療連携推進法人の形成による病院病床の「減反政策」についての事例報告。巻頭インタビューで長英一郎氏は、経営難に直面する病院が生き残るために有効な施策として、「医療介護複合体」「保険外（自費）診療」「規模拡大」という 3 つの策が考えられるとしているが、氏の例示する「**保険外（自費）診療**」で経営改善できる病院は、特に非大都市部はごくごく限られると感じた。

○中村秀一・島崎謙治・田中聡一郎「（座談会）日本の国民皆保険の歴史的評価と将来展望（上）（下）」『週刊社会保障』2025 年 7 月 28 日号：24-31 頁、8 月 4 日号：36-43 頁。

…（上）は国民皆保険制度の歴史的評価を、（下）はその将来展望を、各氏の率直な私見を交え語っており、医療政策・国民皆保険の研究者必読と思う。私は、（上）では、特に「経路依存性と政策の分岐点」の項で、田中氏と中村氏が、「1981 年の診療報酬改定」を、それぞれ、「政策的な分岐点」、「歴史的にも画期的なもの」と評価していることに注目・共感した（29-30 頁）。中村氏の「今回の高額療養費の問題などが（中略）脈絡なく、護衛艦もつけず、海に乗り出して沈んでしまったという印象を受けます」は強烈（31 頁）。

（下）には、厚生労働省の公式文書には書かれていないが、今後の国民皆保険制度の改革を考える上で参考になる大胆な指摘や提言が少なくない。例：「診療報酬の配分も変える必要がある（中略）診療所、すなわち外来の点数を下げ入院に回すべき」（中村氏。38 頁）、「再分配が効き過ぎると保険の要素が失われていきます。『保険である』ことで納得していたのに、『取られ損』という発想が出てくる」（田中氏。38 頁）。私は、島崎氏の次の発言に共感した：「いずれにせよ、**負担の議論から逃げずに正面から受け止め検討することが大切であり、医療関係者やマスコミはそれらを挫けずに主張し続けるべきです**」（41 頁）。

C. 政治・経済・社会関連

○「詳報・石原都知事の『人格』発言 心身障害児施設視察記者会見で」『朝日新聞』1999

年 9 月 23 日（第一報は 9 月 18 日）。

…私は、参政党・神谷宗弊代表の終末期患者の人間性を侮蔑する発言は、石原慎太郎都知事の 1999 年の東京都立府中療育センター視察後の記者会見での、「ああいう人ってのは人格あるのかね」発言とパラレルと感じ、26 年ぶりに読み返した。「朝日新聞」の同年 9 月 18 日の記事だけでなく、石原知事のその記事への批判に応えた「詳報」（9 月 23 日）もあり、なかなか深まっている。

私自身も、かつて、重症心身障害児施設をなんどか見学するたびに、「生きるとは何か？」についてイロイロ考えさせられたので、石原都知事の「一人の人間として自ら思い悩む」ことを吐露した＜正直な＞感想はそれなりに理解できる。ただし、「詳報」が書いているように、「都の医療、福祉行政の最高責任者でもある知事が、報道されることを前提にした記者会見の場で語った」のは問題だと思う。石原都知事の発言に比べると、神谷代表の発言はとにかく＜軽い＞&医療費と結びつけているのはアブナイと、改めて感じた。

○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 3 月。

…1960 年に社会党の「容共化」に反発して結党した民主社会党（1969 年、民社党に改称）は、当初はイギリス労働党を範とする「民主社会主義」を標榜していたが、その後急速に「右旋回」し、特に防衛政策では「自民党よりタカ派」と言われるようになり、1980 年代の中曽根内閣の行政改革では「行政与党」と自称し、最終的には 1990 年代前半の政界再編（新政党結成）に伴い、1994 年に解党・解散した。本書は、「反共と愛国」をキーワードにして、関係者への詳細なインタビューも踏まえて、民社党の結党から解党までの軌跡を、第 2 次大戦前の源流にまで遡り、中立的かつ克明に記録・分析した労作。終章を含めて全 6 章。著者は朝日新聞社で右翼、右派・保守の国民運動を取材してきた元社会部記者。

民社党と国民民主党の重要な支持基盤は共に民間大企業の右派巨大労働組合であり、憲法改正等をはじめ両党の政策も近いと感じていたので、本書を読んだ。著者も、「俺たちの言っていたことが国民民主党に乗り移ったんだ」と喜んでいる民社系 OB を紹介しているが、人脈的には「かなり違うもの」としている（「国民民主党と民社党の距離」229-231 頁）。

○鳥谷昌幸『となりの陰謀論』講談社現代新書,2025 年 5 月。

…著者はメディア研究者で、アメリカでまん延する陰謀論（政治・コミュニティ）と「陰謀論研究」をアカデミックな筆致で紹介。全 IV 章。陰謀論についての教養は身につくが、日本についてはまったく触れていない。全 4 章。最終章で著者は、「陰謀論の威力を過小評価する考え方を改めるべきであることを繰り返し強調」している。「偽情報が拡散するスピードにファクトチェックが追いつかず、誤りをどれほど訴えても…陰謀論を信じる人の割合がほとんど変化しないこと」は私自身、参院選挙期間中に、参政党のトンデモ終末期医療（費）論のファクトチェックをして感じた（169 頁）。

○佐高信『玉木、立花、斎藤、石丸の正体—SNS政治家を撃つ』旬報社,2025 年 5 月

…筋金入りの社会党（現・社民党）支持者で、石橋湛山元首相等のリベラル派自民党政治家も高く評価している辛口評論家の最新の時評集。著者は、以前から、「大学および大学教授はヒモノであり、ナマモノの現実を知らない」と嘲笑して」おり（142 頁）、私もその点を

自戒してきた。右派・右翼の政治家・言論人・ジャーナリスト・研究者だけでなく、立憲民主党幹部やリベラル系言論人（例：内田樹、高橋源一郎、中島岳志、山口二郎）も、すべて「実名告発」（233 頁）。一般の新聞・雑誌には書かれていない、政治・政治家等の生々しい実態・裏話を知ることができるが、一方的決めつけも少なくないと思う。本書全体でもっとも批判されているのは書名にもなっている 4 人の政治家ではなく佐藤優で、私も同感（「知の虚人 佐藤優」78 頁、「佐藤優の立ち位置」139 頁等）。一番勉強になったのは「渋沢栄一の負の遺産」（126 頁＋ 51 頁）。一番驚きかつ憂鬱になったのは、「若い世代が労働組合などに頼らない理由…一生、自分が労働者だと思っている人間は上昇志向がないバカなやつだ。起業して、経営者になり独り立ちできるようになるのが一番いい生き方なんだ」（雨宮処凛から聞いたこと）」（252 頁＋ 154 頁）。

私が本書を読んで一番注目したのは、本書に収録された時評は昨年 10 月の総選挙までに書かれたものだが、「はじめに」と「あとがき」はおそらく 2025 年 4 月頃書かれたものと思われるにもかかわらず、同年 7 月の参院選で大躍進した参政党と神谷宗幣党首については、一言も触れていないこと。このことは、参政党ブームがごく最近突発した現象であることを示していると思う。私も、最近、2024 年総選挙の参政党の公約を初めて読んだが、参院選の後半でメディアから批判された「終末期の延命措置は全額自己負担」等の極論は書かれていなかった。

C（補足）. 参政党関連

私は 7 月の参議院議員選挙で、「参政党が、選挙公約で『終末期の延命措置は全額自己負担』等、日本維新の会や国民民主党よりもはるかに過激な公約を掲げたこと、およびそれにもかかわらず若い世代の有権者が同党を強く支持したことに恐ろしさを感じ」た（7 月 24 日の日本病院学会・特別講演）。しかし、その後、「朝日新聞」7 月 28 日朝刊の以下の世論調査結果を読んで、私のこの感覚は国民の多くと乖離していることを知った：参院選で参政党が大幅に議席を増やしたことについて、「よかった」が 52 %で、「よくなかった」の 34 %を大幅に上回った。「日本人ファースト」という考え方を「評価する」が 48 %で「評価しない」の 41 %を上回った。特に 18 ～ 29 歳ではこの割合は 71 %対 27%！そのため、参政党そのもの及び同党の医療政策以外の政策をきちんと知る必要があると感じ、文献をまとめて読んだ。以下、参考になった 6 文献を紹介する。**私の結論：参政党を侮るな！**

○神谷宗幣編著『参政党ドリル』青林社、2024 年 6 月、2025 年 7 月第 4 刷。

…神谷宗幣「編著」となっているが、本書の根幹部分は神谷氏一人が執筆したと思われる。序章を含めて全 9 章。序章は神谷氏の自伝で、第 2 章以降はテーマ別の、参政党（の政策）に関する Q & A（全 71）。すべての A の冒頭にゴチックでポイントを簡潔に書くなど、大変分かりやすく書かれている。アジア・太平洋戦争を「大東亜戦争」と呼び、「連合国側が戦争犯罪を犯していなければ、[日本は]勝利していたかもしれません。結果的に世界中の国々を解放しました」（127 頁）等と主張しているのは、右翼政党の面目躍如（？）。「巻末資料」に、昭和天皇の開戦・終戦の「詔書」全文（原文と口語訳）を付けているのは異様。反グローバリズムを鮮明にし、「グローバルエリート」・「国際金融資本家」を強く批判しているのは理解できるが、「共産革命自体が国際金融資本家の計画の一つだった」は？？？（136

頁)。日本は「西洋諸国の罠に乗せられた結果、戦争を開始しました」との主張（弁解）は、照沼康孝氏の指摘する「逆の意味での自虐史観」と思う（『日本史教科書検定三十五年』吉川弘文館,2025,71 頁）。歴史観部分はこのように「ツッコミどころ満載」。

ただし、歴史観以外の部分は、意外に穏健で、私も賛成する記述も少なくない。例：「戦後約 80 年続くアメリカへの依存体制から脱却する」（86 頁）、「現行の憲法を改正して緊急事態条項を加えることには反対」（78 頁）、「安全で健康的な食」の主張（第 6 章）、マイナンバーカードやマイナ保険証のような「全ての情報を一元化するような仕組みは個人情報保護や安全保障の観点から進めるべきではありません」（214 頁）等。かつてのように「反ワクチン」は主張せず、「新型コロナワクチンの接種に慎重な姿勢」をとっている（第 7 章 Q54,56）。ワクチン以外の医療（政策）については、「無駄な医療費を削減」と抽象的に書いているだけ（152 頁）。参院選で批判された「終末期の延命措置は全額自己負担」は（まだ）主張しておらず、「患者も病院も過剰医療を受けない、行わないことを意識し、健康的な生活を行う意識を持つ、医療改革が重要」と抽象的精神論を主張し、「現役世代と高齢世代が対立するのではなく、問題の本質を見極めた上で協力して解決の手段を導き出すことが可能」とも書いている！？（第 7 章 Q 57, 58）。ただし、「日本国民が国の保険制度を使用しない代わりに、税金の減額など公共サービスの優遇を受けられるというシステム」は提唱しており（189 頁）、これが参院選の公約「G oTo トラベルで医療費削減」に発展した（？）と思われる。

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

○神谷宗幣「我、かく戦えり」『HANADA』2025 年 9 月号：46-54 頁。

…冒頭、「高齢の女性は子どもを産めない」との発言の真意を説明し、「私は 1 ミリたりとも引くつもりはありません」と宣言。「日本人ファースト」に対する批判についても、『都民ファースト』はよくて、なぜ『日本人ファースト』はダメなのでしょうかと切り返す。「参政党は国民国家を目指す政党」で「自民党や公明党、日本維新の会のように、グローバル化を推進する政党ではありません。日本の歴史や伝統、文化、日本人の精神や日本人の誇りを守りましょうというのが我々の主張です」と、他党との差別化を図る。参院選の公約（「三つの柱と九の政策」）の説明でも、『終末期の延命措置の全額自己負担化』を訴えて」いることを紹介し、「根源的な問いを提示」と誇る。最後に、国政政党になってたった 3 年で 150 名の地方議員を作れたことを誇り、「勝利は次の衆院選です」と結ぶ。

それなりに説得力があり、神谷氏が相当な論客であることがよく分かる。「終末期の延命措置の全額自己負担化」について一步も引かないのは、国民民主党が 2024 年の衆院選の公約で、「尊厳死の法制化による終末期医療のあり方の見直し」を掲げたものの、強い批判を受けて、玉木雄一郎代表がすぐそれを修正したのと対照的で、「腹が据わっている」・筋金入りと言える。私は、「我れ、かく戦えり」というタイトルを見て、ヒトラーの『我が闘争』を連想し、支持者に向けての「犬笛」？と思ったが、そんな＜深い＞（？）意味はないよう。

○『『参政党研究』の第一人者・古屋経衡氏が語る”支持者の本質”『大半は人生で初めて投票に行く”無関心層”だが300万～500万票は動く』』『AERA DIGITAL』2025年7月16日。(この要旨は下記『AERA』レポートにも載っている)。

…古屋氏は「長く保守論壇で活動してきた評論家」で、神谷氏とも一時期、よく一緒に仕事をしていたが、今は距離をとっている。「岩盤保守層やネット右翼が大量に参政党へ流れている」との見方を否定し、「参政党の主張は、従来の保守層やネット右翼とは相容れない」、参政党を支持している多くは「人生で初めて投票に行く『無関心層』(中略)報道や外国人が増えたという何となくの実感から無自覚なゼノフォビア(外国人嫌悪)を抱いた人々。それが参政党支持層の中心」と指摘。神谷氏を「優秀な自己啓発セミナーの講師」と評し、「話はうまいですが、具体的な知識やビジョンはあまりありません」と批判。最後に、「私が懸念しているのは議席を減らした既成政党が、次の衆院選でより過激な外国人排斥政策を打って出ることです。(中略)そうすると次の衆院選で自民大勝もあり得るし、外国人排除の法案もいくらかでも可決されてしまいます」と結ぶ。

○川口穰・他「『参政党大解剖』躍進する参政党の正体とは? 『オレンジ旋風』が来た」『AERA』2025年7月28日号:17-19頁。

…私が8月上旬までに読んだ参政党についての記事・論評の中で一番良くまとまっており、同党が参院選で急速に人々の心をつかみ、支持を広げた背景を簡潔に紹介している。参政党は2020年4月に設立されたが、路線対立の末、2021年に創設メンバーの一部が離脱し、その後新型コロナのワクチン接種と行動制限に反対する姿勢(「反ワクチン」)を鮮明に打ち出すようになった。しかし、日本版Qアノンのような意味不明な主張まではしなかったため、反ワクチンの人々を味方に付け、2022年の参院選挙で1議席を獲得し、得票率も2%を超え、「国政政党」となった。その後政党としての体制を整え、地方支部を整備し、地方選にも積極的に候補を立てた。2023年8月に神谷宗幣氏が代表の座につき、党のイメージ転換のために、陰謀論や非科学的な主張よりも、反グローバリズム、積極財政、選択的夫婦別姓やLGBTQの権利拡大反対など保守色の強い政策を前面に打ち出すようになった。2024年の衆院選では「日本をなめるな!」をキャッチフレーズに3議席を獲得し、急進的な右派政党として政界での存在感を増した。2025年に入り、参院選が近づくと、以前から取り組んでいた若手インフルエンサーらによる動画広告のインプレッションが増加し、急速に知名度を高めた。「日本人ファースト」を掲げ、外国人が優遇されているなどと言いつのることで一気に支持を広げていった。参政党躍進の要因の一つが神谷氏の圧倒的なカリスマ性であることは間違いなく、「教祖みtainな存在」、「24時間中25時間働くような人」とも評価されている。

○中島岳志「(論壇時評)参政党躍進の背景は?既成政党は真剣に分析を」『中日新聞』2025年7月30日夕刊。

…参院選前後の参政党についての重要な論評・報道を簡潔に紹介し、「参政党が支持された理由を真摯に分析しなければ既成政党は若い世代からそっぽを向かれてしまうだろう」と結ぶ。私も、この警告は重いと思う。

○池上彰「参政党の『新日本憲法』[池上彰のそこからですか？連載 671]」『週刊文春』2025 年 2025 年 8 月 7 日号：42－43 頁。

…参政党の憲法案を逐条解説し、最後を「疑問だらけの憲法案でした」と結ぶ。