

2025年10月5日(日)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻255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/>

255号の目次は以下の通りです(28頁+別ファイル)

1. 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? (「深層を読む・深層を解く(158)」『日本医事新報』2025年9月6号(5289号): 58-59頁)2頁
2. 論文: 日本と世界の死亡前医療費割合—文献レビュー(「二木教授の医療時評(236)」『文化連情報』2025年10月号(571号): 32-39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235回: 2025年分その7: 7論文)13頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その249)—最近知った名言・警句18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53回)20頁

お知らせ

論文「参政党の健康・医療政策をどう読むか?」を『日本医事新報』2025年10月4号(5293号)に掲載しました。本「ニュースレター」256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：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？（「深層を読む・深層を解く（158）」『日本医事新報』2025 年 9 月 6 号（5289 号）：58-59 頁）

医療費抑制政策は 1981 年に始まった

日本の医療費抑制政策は、1980 年代初頭から始まりました。その出発点は、1981 年 6 月の診療報酬の事実上のマイナス改定です。実は、1970 年代までは、医療界には「医療機関は倒産しない」との「神話」があったのですが、この改定の前後から、病院・診療所の倒産が多発するようになりました。その結果、1980 年代後半～1990 年代には、医療界では「医療冬の時代」という悲観的な見方がまん延しました。

私は「医療は永遠の成長産業」と主張

それに対して、私は 1986 年以降、それを批判し、医療は今後も「（永遠の）安定成長産業」と主張し続けています。

これの最大の根拠は、厚生省自身が、国民医療費の国民所得に対する割合は長期的に漸増すると繰り返し「推計」していることでした。最初の推計は 1986 年の「高齢者対策企画推進本部報告」です。

最近では、私は、コロナ危機直後の 2020 年 5 月にも、「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」と予測しました（『日本医事新報』5013 号、58 頁）。

医療費の GDP に対する割合が長期間漸増していることは、日本だけでなくすべての高所得国に共通する現象で、例えば高名な財政コンサルタントのマーク・ロビンソンは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」（『政府は巨大化する』日本経済新聞出版、2022）。

しかし、その後、2022 年から 3 年連続で、医療費・社会保障費抑制の 3 つの逆流が生じました。

第 1 の逆流は防衛費の急増

第 1 の逆流は、2022 年 2 月のロシアのウクライナ侵略後、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。日本の防衛費の GDP に対する割合は長く 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、2025 年 6 月 22 日の各紙の報道によれば、米国はそれを 3.5 ～ 5.0 %に引き上げるよう要求しているそうです。これはかつてサムエルソンが、『経済学』（岩波書店）で論じた、限られた資源の配分における「大砲かバターか」の選択問題の復活と言えます。

第 2 の逆流は「こども未来戦略」

第 2 の逆流は、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既にある予算の活用 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 1 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。これは、患者団体や野党の反対で 2025 年秋まで「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。

なお、厚生労働省・政府は、公式には、高額療養費制度の患者負担上限額の見直しの目的が「子ども・子育て支援加速化プラン」の財源捻出であるとは認めていません。しかし、この側面があることは、「日本経済新聞」を含めたすべての全国紙が報じています。

ここで私の「子ども・子育て支援加速化プラン」に対する複眼的スタンスを簡単に述べておきます。私は、国際的経験を踏まえると、子育て支援の拡充により、少子化を反転できるとは考えていませんが、子育てに対する公的支援を拡充し、親の負担を減らすことには大賛成です。その財源の一部に社会保険料・社会保険制度の仕組みを用いることにも反対はしません。しかし、岸田首相が租税や社会保険料の引き上げから「逃げた」ことが、その後の医療保険・医療保障制度改革を大きく歪めたと思っています。

第 3 の逆流は 2024 年総選挙で明確に

この 2 つの逆流は、2024 年 3 月出版の『病院の将来とかかりつけ医機能』（勁草書房、4 頁）でも簡単に指摘したのですが、2024 年 10 月以降、**第 3 の逆流**が明確になりました。それは、2024 年 10 月 27 日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です。2025 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「逆流」はさらに強まると思います。

なお、権丈善一慶應義塾大学教授は、医療や介護費用の「負担」面のみを強調して、世代間の対立を煽る「高齢世代」「退職世代」「現役世代」という表現に代えて、中立的な「**高齢期**」「**退職期**」「**現役期**」を使うことを提唱しています（『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房、2017 年、94-95 頁）。私もそれに賛成です。

3 野党の主張の「ファクトチェック」

ここで、日本維新の会・国民民主党・参政党の主張とは異なる 2 つの事実、「ファクトチェック」を簡単に指摘します。1 つは、厚生労働省や日本医療政策機構の最新の世論調査では、国民の多数は負担増を容認していることです。

「令和 4 年社会保障に関する意識調査報告書」（厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室。2022 年 7 月実施）では、「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」が 49.6 %で、「給付水準を引き下げ、従来通りの負担をすべき」の 7.6 %、「給付水準を大幅に引き下げ、負担を減らすべき」の 5.6 %を大幅に上回っています。

年齢階級別にみると、「負担増は（も）やむを得ない」は20～29歳では41.2%、30～39歳でも42.3%にとどまっていますが、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。

もう1つは、これらの政党や「日本経済新聞」の「賃上げは社会保険料に消える」との主張が事実誤認であることです。入部寛日本社会事業大学教授（当時）の「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）によると、若年世代（39歳未満の2人以上勤労世帯）でも、2018～2024年の6年間の社会保険料負担の増加は6,201円であり、同じ期間の世帯主収入の増加33,341円の18.6%にとどまっています。

しかも、西欧諸国に比べると日本の社会保障給付費のGDPに対する割合は低いことは、厚生労働省も繰り返し公式に認めています。例えば、『令和2年版厚生労働白書』は、「**高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較**」図を示し、「我が国は最も高齢化が進んでいるが、社会支出の対GDP比は、我が国よりも高齢化率が低いフランス、スウェーデン、ドイツの方が我が国を上回っている」と説明しています（123-124頁）。

そのために、私は、今後も、「**社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される**」ために、社会保険料を主財源とし、消費税を含む租税を補助的財源として、財源を確保する必要があると思っています。なお、この「社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される」というステキな表現は、厳しい医療費抑制政策を断行した小泉純一郎内閣が2003年に閣議決定した医療制度改革方針で初めて使われました。

〔本稿は7月24日に長崎市で開かれた第75回日本病院学会・特別講演の一部に加筆したものです〕 ←雑誌掲載時は字数の制約のため削除しました。

2. 論文：日本と世界の死亡前医療費割合－文献レビュー

（「二木教授の医療時評（236）」『文化連情報』2025年10月号（571号）：33-39頁）

はじめに－参政党の公約が契機で文献レビュー

本年7月の参議院議員選挙で大躍進した参政党は選挙公約で、日本の政党で初めて、「終末期の延命医療費の全額自己負担化」を掲げました。同党はその根拠として、「終末期における過度な延命治療に高額医療費をかけることは、国全体の医療費を押し上げる要因の一つとなって」というと主張しました。

私は、選挙期間中にこれについての見解を求められ、参政党の主張が伝統的な医療倫理に反すると批判するとともに、延命医療が行われることの多い死亡前1か月間の医療費の総医療費に対する割合は約3%にすぎないとの先行研究を紹介し、参政党の主張が事実誤認であるとも指摘しました(1)。

ただし、私の紹介した先行研究（後述する医療経済研究機構の研究報告(3)）は1998年の死亡者を対象にしており、それ以降の新しいデータは示せませんでした。そこで、CiNii（国立情報学研究所が提供する日本語データベース）とPubMed（アメリカ国立医学図書館が提供するデータベース）を用いて、ほぼ20年ぶりで、終末期医療費または死亡前医療費の総医療費に対する割合を調査した実証研究論文を網羅的に調査しました【注】。

その結果、以下の3点を確認できました。①日本では、過去30年間の死亡前1年間または1か月間の医療費（または医療・介護費）の総医療費（または総医療・介護費）に対する割合はそれぞれ10%、3%で安定しており、高騰していない。②アメリカを除く高所得国の死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合も約10%であり、安定している。③アメリカのメディケア（高齢者医療保険）ではこの割合は20世紀には30%近くに達していたが、近年は20%台に低下している。以下、文献レビューの結果を紹介します。

日本の死亡前医療費割合推計の2つの先行研究

日本の最新の調査研究を紹介する前に、1990年代のデータを用いて、死亡前医療費の総医療費に対する割合を推計した2つの先行研究を紹介します。後述するように、ここで得られた知見は、最新の研究でも再確認されており、このテーマについて研究する際の「必読文献」と言えます。

1つは、府川哲夫・郡司篤晃「老人死亡者の医療費」（1994）です(2)。本論文は1992年度の「老人医療年齢階級別分析事業」（データは1991年度）で得られた、12道府県の老人医療受給者約170万人のレセプトデータを用いた膨大・精緻な調査研究です。その結果、死亡前1年間の医療費の老人医療費全体に対する割合は11.2%（男14.3%、女8.9%）であり、アメリカのメディケア患者の数値（28%）よりはるかに低いことを明らかにしました。本論文は、アメリカと異なり、日本では死亡直前に医療費が高騰する患者は、死亡者中の20～25%にすぎないことも明らかにし、「日本のこのような特徴は、日本の医療費を低い水準に抑えている重要な要因の一つ」と結論づけました。本論文は、年齢区分が高くなるほど、死亡前医療費は低くなることも明らかにしました（70-74歳～95歳以上の6区分）。なお、この事実は、その後に行われた、年齢区分別の死亡前医療費

も調査した国内外のほとんどの研究で確認されています（5,6,17,19 等）。

もう 1 つは、**医療経済研究機構「終末期におけるケアに係る制度及び政策に関する研究報告書」**（2000）です（3）。この研究では、「1998 年に病院・診療所で死亡した患者が入院中に死亡したと仮定して、死亡前 1 か月以内に消費した入院医療費を試算」し、それは「年間の死亡者全体でも 8 千億円程度〔7859 億円〕であり、平成 9 年度の国民医療費の一般診療医療費（約 23 兆円）の 3.5 % 程度、同入院医療費（約 10.8 億円）の 7.5%にとどまる」ことを見いだしました（42 頁）。この知見に基づいて、報告書は「死亡直前の医療費抑制が医療費全体に与える影響はさほど大きくないと考えられる」としました（99 頁）。この研究を取りまとめた片岡佳和氏（前医療経済研究機構研究主幹）は、この報告書は終末期の医療費が『医療費の高騰につながる可能性』は否定している」と明言しました（4）。

この研究前には、「終末期医療費」は、上記府川氏等の研究を含め、死亡前 1 年間の医療費を指していましたが、これ以降は、少なくとも医療政策のレベルでは、日本では「終末期医療費」は死亡前 1 か月間の医療費に限定されることが普通になりました。例えば、厚生労働省保険局は 2005 年 7 月に、この研究報告書の推計方法を踏襲して、2002 年度の「終末期における医療費（死亡前 1 か月間にかかった医療費）」が約 9000 億円と発表しました。

私はこの限定は妥当と思います。なぜなら、1 年先の死亡を予測することは不可能であり、しかも多くの患者の死亡前医療費は死亡の直前に急増し、それ以前は普通の生活をしているので、死亡前 1 年間をすべて「終末期」と呼ぶのは非現実的だからです。以下、引用論文の著者が「終末期医療費」を用いている場合を除いて、本論文では「死亡前医療費」を用います。なお、「死亡前 1 年」、「死亡前 1 か月」とも、その医療費には、心筋梗塞や脳卒中等の急性疾患で死亡し、実態的には「終末期死亡」とは言えない患者の医療費が含まれます。

2000 年以降の日本の死亡前医療費割合の研究

日本でも世界でも、2000 年以降、死亡前医療費に関連した研究はたくさん発表されていますが、その総医療費に対する割合を調査・推計した実証研究はごく限られています。また、国内外とも、ほぼすべての研究は死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合を推計していました。これは、ほとんどの研究が診療報酬明細書（レセプト）データを用いているため、死亡前 1 か月間の医療費を正確に推計することが技術的に困難なためです。

日本ではこの割合を推計した研究は、鈴木亘氏（2015）、府川哲夫氏（2015）、西巧氏（2024）の 3 つしか見つけられませんでした（5-7）。以下、発表順に紹介します。

鈴木亘氏は、富山県における 65 歳以上の国民健康保険加入者の 1998 年 4 月～2003 年 3 月の 5 年継続データを用いて、「終末期医療費の現状を確認」しました。そして、2002 年度分の医療費を対象にして、死亡者と生存者の医療費を計算し、「死亡者の総医療費合計が全体の総医療費に占める割合は 10.4%」であり、上述した府川等（1994）と「ほぼ同水準である」としました。鈴木氏は死亡前 1 か月間の医療費の総医療費に対する割合は計算していませんが、「死亡前 1 年間の医療費に占める

死亡月の医療費の割合は 28.2 %」と報告しているため、2.9%と計算できます（10.4 %× 28.2 %）。ただし、鈴木氏は「死亡月の医療費は、平均的には 0.5 ヶ月分しか存在しないために、全て 2 倍化して仮想的な死亡月の医療費を作成して」います。この 2.9 %（65 歳以上高齢者）という数値も医療経済研究機構（2001 年）の 3.5%（全死亡者）と同水準です。なお、鈴木氏は「終末期医療費の平均値と 95 %下限の差の割合は 5 %～ 8 %と小さく、標準化・地域格差縮小による削減可能性は意外に低い」との興味ある知見も示しています。鈴木氏は、死亡前 1 年間の医療費は高齢になるほど低下することも確認しています。

府川哲夫氏（2015）は、「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（厚生労働省保険局）の 2011、2012 年度データを用いて、65 歳以上高齢者の死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合は約 10 %（2011 年度：9.6 %、2012 年度：9.7 %）であることを示しました。この数値も、府川氏等の 1991 年度データによる推計（11.2 %）とほぼ同水準です。府川氏も死亡前 1 年間の医療費は高齢になるほど低下することを示しました：全体では 330 万円だが、65 ～ 69 歳は 450 万円、95 歳以上は 220 万円。本論文は 1 人 1 年当たり医療費の死亡者／生存者の倍率も示しており、全体では 5.0 倍、65 ～ 69 歳は 10.0 倍、95 歳以上は 2.5 倍でした。

西巧氏（2024）は、2014 ～ 2020 年の福岡県内市町村国保・後期高齢者の高齢者医療・介護給付費のレセプトデータを用いて、死亡前 1 年間の医療・介護給付費の総医療・介護費に対する割合の 5 年間の平均値は 12.9 %であることを示しました。これも、先行研究結果とほぼ同水準です。それに対して、死亡前 1 か月間の医療費の総医療費に対する割合は各年とも 1.5 %であり、これは上記鈴木氏の 2.9 %の半分です。これは鈴木氏と異なり、西氏は死亡月のデータを 2 倍化していないためであり、鈴木氏のように 2 倍化すると 3.0%となり、鈴木氏と同じ水準になります。

なお、**French**等の、全人口の死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合の 9 か国の国際比較研究（2017）によると、日本は 5.93 %（長期ケア費用を含まない）で調査国中最低とされています(8)。これは、上述した日本の諸研究よりはるかに低い数値です。しかし、本論文の Appendix（19-24 頁）によると、日本の元データは人口約 35,000 人の地方の一小都市の国民健康保険（加入者 11,520 人。調査年の死亡者 77 人）から得られたものであり、国民健康保険の性格上 75 歳以上人口のデータは含まれていないそうです。このような、地方の小規模かつ後期高齢者を除いた 1 保険者のデータで「日本」を代表させるのは無理があり、過少推計と言えます。

日本の死亡前医療費割合は実質的に低下

以上から、2000 年以降の研究でも、1990 年代のデータを用いた研究と同じく、死亡前 1 年間、1 か月間の医療費（または医療・介護費）の総医療費（または総医療・介護費）に対する割合はそれぞれ約 10 %、3 %で安定していることが確認できました。このことは、参政党の主張とは逆に、「終末期における過度な延命治療に高額医療費をかけることは、国全体の医療費を押し上げる要因の一つとなって」いないことを示しています。

私は、この間の日本における死亡者数の激増を考慮すると、死亡前医療費の総医療費に対する割合は実質的には低下していると思います。具体的には、日本の年間死亡者数は 1990

年の 82.0 万人から 2020 年の 137.3 万人へと 67.4 %も増加し、その総人口に対する割合も 0.66%から 1.09 %へと増加しています。言うまでもありませんが、死亡者の医療費は生存患者の医療費に比べてはるかに高いので（府川によると、高齢者では 5 倍(6)）、他の条件が同じなら、死亡前医療費の総医療費に対する割合はこの 30 年間に相当上昇したはずですが。

しかしこの割合が 30 年間ほぼ一定であることは、参政党の主張とは逆に、「終末期における過度な延命治療に高額医療費をかける」医療がこの間減少していることを示唆しています。酒井未知氏等（2021）は、「レセプト情報・特定健診等情報データベース」を用いて、65 歳以上の入院後死亡患者に対する死亡直前の 4 種類の延命治療（心肺蘇生術、人工呼吸器装着、中心静脈カテーテル、ICU 入室）の実施率の 2012 ～ 2014 年の推移を調査し、いずれも実施率が低下していることを示しています(9)。

アメリカのメディケアの死亡前医療費割合の研究

次に、日本以外の国（すべて高所得国）での死亡前医療費の総医療費に対する割合の最近の研究を紹介します。先に述べたように、ほとんどの研究は「死亡前 1 年間の医療費」のみを検討しています。

アメリカでは、1980 年代から、メディケア医療費（65 歳以上の老人医療費）を対象にした、死亡者の死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合の実証研究が行われています。それにより、参政党と同じく、かつては、死亡前の過度な延命治療が医療費高騰の主因・主犯と見なされたこともありましたが、しかし、最近の研究では、死亡前医療費の総医療費に対する割合の上昇は 21 世紀に入って停止し、その後減少に転じているが、それでも 20%の割合が続いていることが確認されています。

このテーマについてもっとも系統的に研究していたのは Lubitz グループなので、まず、彼女らの最後の研究（2010）を紹介します(10)。この論文では、1978 ～ 2006 年の約 30 年間の「継続的メディケア歴史標本」(CMHS。メディケア加入者からランダムに 5 %を抽出したデータセット)を用いて、各年に死亡したメディケア加入者へのメディケア支払い医療費（以下、医療費）の総医療費に対する割合の長期的趨勢等を調査しています。この期間にメディケア加入者の年間粗死亡率は約 5 %で安定しており、死亡者の死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合は 1978 年の 28.3 %から 2006 年の 25.1 %へ微減していました。ただし、年齢、性、死亡率で調整するとこの低下は有意ではなかったそうです。この論文では死亡患者に提供された医療の中身も検討し、最近 30 年間に死亡者に提供される医療は相当変化したが、死亡前医療費の総医療費に対する割合はほとんど変わっていなかったとしています。

Calfo 等による、メディケア・メディケイド・サービスセンターの公式データを用いた調査によると、1994 ～ 1999 年の死亡患者の 1 年間の医療費の総医療費に対する割合は 1994 年の 26.5 %から 1999 年の 28.8 %へと微増し続けていました（11）。それに対して、Weeks 等は、死亡者の 1 人当たり 1 年間の医療費は、2009 年をピークにして、2014 年まで減少に転じていると報告していますが、総医療費に対する割合は検討していません(12)。

Duncan 等は、アメリカにおける死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合についての最近の論争（13 ～ 25 %）をレビューした上で、メディケア・データを用いた独自の推計を行い、2015 年には約 21 %になっていると推計しています(13)。この論争でも分かるよう

に、Lubitz 等が経年的・系統的推計を止めてからは、アメリカではこのデータについての研究者間の合意はないようです。

カナダ・オランダ・フランスの死亡前医療費割合の研究

死亡前医療費についての研究は、アメリカ以外の多くの国でも行われていますが、その総医療費に対する割合の研究は、私が調べた限り、カナダ、オランダ、フランス以外では見つけられませんでした。しかもいずれの研究でも、結果はほぼ同じで、死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合は約10%でした。以下、これら3か国の研究を、国別に発表順に紹介します。

カナダ Pham 等は、2007-2009 年と 2010-2012 年の2つのコホートデータを用いて、カナダ・オンタリオ州の全州民の死亡前1年間の医療費の総医療費（オンタリオ州の医療費予算総額）に対する割合は約9%と報告しています(14)。Tanuseputro 等は、やはりオンタリオ州の2010-2013 年の全死亡データを用いて、死亡前1年間の医療費の総政府医療費に対する割合は約10%と報告しています(15)。

オランダ Stoker 等は、1988-1993 年の（急性期）医療保険と長期医療・ケア保険（AWBZ）のデータを統合して、全死亡者の死亡前1年間の医療・長期ケア費用を推計し、その総費用に対する割合は「約10%にすぎない」と報告しています(16)。この結果に基づいて、彼らは「死亡前1年間の医療費を抑制するための介入は総医療費に対するわずかな影響(only a modest impact) 影響しか与えない」と結論づけています。他の研究と異なり、本研究では死亡前の医療・長期ケア費用は高齢になるほど高くなっていましたが、これは高齢になるほどナースিংホームでの死亡が高くなるためです。Polder 等は、1999 年の全国民の死亡前1年間の医療費は総医療費の約10%で、死亡者の1人当たり医療費は高齢になるほど低いと報告しています(17)。van Dijk 等は2018-2019 年の医療保険データを用いた回帰分析により、全国民の死亡前1年間の医療・長期ケア費用の総費用に対する割合は10.8%と推計しました(18)。

フランス Ricci 等は、フランス国民医療保険情報システムのデータを用いて、全国民の2008 年の死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合は10.5%であり、これら費用の28%は死亡月に発生したと報告しています。彼らは、死亡者の1人当たり医療費は高齢になるほど低く、死亡前医療費の総医療費に対する割合は長年安定しているとも報告しました(19)。Ossima 等は、2015 年の全死亡患者の死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合は9%であり、そのうち44%は死亡前3カ月に生じたと報告しました(20) 彼らは、全年齢区分の死亡前医療費も検討し、高齢になるほど低いとも報告しました。

おわりに—今後は死亡前医療の中身の研究が求められている

今回行った文献レビューのうち、死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合を推計した14論文の総括表を示します（表）。死亡前1か月間の医療費割合の調査・推計は日本で行われていないので略しました。

本レビューにより、日本では死亡前1年間または1か月間の医療費（または総医療・介護費）の総医療費（または医療・介護費に対する割合）は、過去30年間、それぞれ10%、3%で安定しており、高騰していないこと、及びアメリカを除く高所得国の死亡前1年間の医

療費（または医療・長期ケア費用）の総医療費（または総医療・長期ケア費用）に対する割合も日本と同じく約 10 %で、しかも日本と同じように安定していることが明らかにできました。併せて、日本で引用されることの多いアメリカの 20 ～ 30 %という数値は国際的にみて、極端な外れ値であることも示せました。死亡前医療費を年齢区分別にみると、高齢になるほど費用が下がることも、国内外のほとんどの研究で確認されています。

今回紹介した文献の対象人口・医療費の範囲は同一ではなく、対象が全人口と高齢者のみの両方を含んでおり、医療費だけでなく長期ケア費用を含んでいる文献もあります。しかし、死亡前 1 年間の医療費の総医療費に対する割合は、アメリカ以外では、同水準（約 10 %）であるとの結果は頑健(robust)であると言えます。なお、この割合が 20 %を超えているアメリカでも、Pan 等は「高齢者の死亡前医療費が高額という神話」（7つの誤解）を批判し、「メディケア医療費中の死亡前 1 年間の医療費の割合は過去 20 年以上安定している」と主張しています(21)。

今回の文献レビューは死亡前医療費の水準のみに限定しており、死亡前医療の中身（適切さ、低価値医療の有無等）についての研究は、酒井氏等の 1 論文しか紹介できませんでした(9)。しかし、PubMed の検索では、近年、この点についての英語の実証研究論文は多数発表されており、それらの中には日本人の書いた日本の実態を検討した論文も少なからず含まれていることが分かりました。現在進行形の研究も少なくないと聞いています（京都大学の中山健夫教授グループや今中雄一教授グループ等）。今後、それらの英語論文のポイントを紹介した日本語論文も発表されることを期待しています。私の経験では、どんなにすばらしい実証研究でも、英語論文だけしか発表されない場合は、日本の現実の医療政策にはほとんど影響を与えないからです。

【注】日本語文献と英語文献の検索方法

日本語文献は CiNii を用い、終末期医療費&医療費、及び死亡前医療費&医療費で検索し、それぞれでヒットした 60 件、15 件の現物をチェックしました（検索日：2025 年 8 月 11 日）。英語文献（他国語論文の英文要旨も含む）は PubMed で次の検索式で検索しました："end of life" OR "last year of life" AND (healthcare OR care) AND (expenditure OR cost OR payment OR spending)。それによりヒットした 3165 件のタイトルとリード文を、新しい文献から 2000 年発表分まで「降順」で目視でチェックし、本論文に関係のありそうな約 100 論文の要旨を読み、本論文で使えるものは全文をダウンロードして検討しました。日本の研究については上記検索式に AND Japan を追加し、ヒットした 130 件のタイトル・リード文・要旨を改めてチェックしました（検索日：8 月 14 ～ 17 日）。補足的に、私が「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」（2005 年～ 2025 年 8 月）に掲載した終末期・死亡前医療費関連の英語論文の抄訳とコメントもまとめて読み直しました。

この作業を通して、日本の終末期医療、死亡前医療についての実証研究の相当部分が英語論文のみで発表されていることを知り、CiNii による日本語論文の検索だけでは不十分なことを知りました。

文献

(1) 二木立「(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)

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

(2) 府川哲夫・郡司篤晃「老人死亡者の医療費」『医療経済研究』1 巻:107-118、1994。

(3) 医療経済研究機構『終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書』2000。

(4) 片岡佳和「終末期におけるケアに係る制度及び政策について」『社会保険旬報』2001 年 4 月 21 日 (2095 号):12-15 頁、2001。

(5) 鈴木亘「レセプトデータによる終末期医療費の削減可能性に関する統計的考察」『学習院大学 経済論集』52 巻 1 号:15-47 頁、2015。

(6) Fukawa T (府川哲夫): End-of-life healthcare expenditure of the elderly in Japan. *Journal of Epidemiology and Public Health Reviews* 1(1),2015 (Open Access).

(7) 西巧「死亡票とレセプトの連結解析による高齢者終末期ケアの実態解明」『科学研究費助成事業研究成果報告書』2024 年 6 月。

(8) French EB: End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported. *Health Affairs* 36(7):1211-1217,2017.

(9) Sakai M (酒井未知). et al: Decreased administration of life-sustaining treatment just before death among older inpatients in Japan: A time-trend analysis from 2012 through 2014 based on a nationally representative sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(6):3135, 2021.

(10) Riley GF, Lubitz JD: Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Services Research* 45(2):565-576,2010.

(11) Calfo S, et al: Last year of life study. Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, Last modified 09/10/2024.

(12) Weeks WB, et al: Proportion of decedents' of expenditures among recent reductions in Medicare expenditures. *JAMA* 178(5):717-719,2018.

(13) Duncan I, et al: Medicare cost at end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 36(8):705-710,2019.

(14) Pham, et al: End-of-life carfe interventions: An economic analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 14(18):1-70, 2014.

(15) Tanuseputro P, et al: The health care cost of dying: A population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. *Pros One* 10(3):e 0121759,2015.

(16) Stooker T, et al: Costs in the last year of life in the Netherlands. *Inquiry* 38(1):73-80,2001.

(17) Polder JJ,et al: Health care costs in the last year of life --the Dutch experience. *Social Science & Medicine* 63(7)1720-1731,2006.

(18) van Dijk CE, et al: The health and long-term care costs in the last year of life in The Netherlands. *The European Journal of Health Economics*,2025

<https://doi.org/10.1007/s10198-025-01763-w>

(19) Ricci P, et al: [Reimbursed health expenditures during the last year of life, in France, in the year 2008]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 61(1):29-36,2013. (原文はフランス語)

(20) Ossima AN, et al: End-of-life medical spending and care pathways in the last months of life:

A comprehensive analysis of the national claims database in France. *Medicine (Baltimore)* 102(31):e34555,2023.

(21) Pan CX, et al: Myths of the high medical cost of old age and dying. *International Journal of Health Services* 38(2):253-275,2008.

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

235 回)(2025 年分その 7 : 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。

○終末期ケアの現状を(低価値医療・介入の)停止により打破する

Malhorta C, et al: Breaking the status quo in the end-of-life care through de-implementation. *Journal of Internal Medicine* 298(2):97-106,2025 [評論]

終末期ケア(EOL)における低価値医療(low-value care practices)の停止(de-implementation)の課題を論じる。終末期医療では、救命の便益がわずかで、相当の費用がかかり、しかも QOL を低下させる煩わしい介入がしばしば行われているからである。まず、そのような医療を停止する上での複雑さ—臨床医の偏見、積極的介入を好む制度的カルチャー、及び医療提供者、患者、家族間のコミュニケーション上の障壁—を検討する。次に、終末期における停止が他の医療分野とは異なり、費用削減より患者中心の医療を優先していることを示す。患者、家族及び臨床医の効果的なコミュニケーションと支援がきわめて重要であり、その理由は停止がしばしば患者と家族が価値を置く方向へのシフトを意味するからである。本論文は既存のエビデンスのレビューを行い、最適な終末期ケアのための停止戦略を開発し評価するためのニーズを示す。終末期における停止では、終末期ケアの複雑でエモーショナルな性質に敏感であることが求められ、停止を緩和ケアと統合し、終末期ケアの全体的質を向上させる貴重な機会となる。

二木コメント—論文冒頭に"Review"と書かれていたのですが、内容的には「評論」です(ただし、文献も多数引用されていますあります)。アメリカでは一般医療だけでなく、終末期ケアでも低価値医療の停止が論じられていることが分かります。本論文では「終末期」の定義は書かれていませんが、冒頭には、93 歳で重度認知症のため、18 か月経鼻栄養を受けている患者の事例が示されており、本論文の「終末期」が日本老年医学会「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」の終末期の定義より、相当広い(長い)ことが分かります。ただし、本文の「終末期の文脈で停止をどのように行うか」の項では、費用抑制と QOL 改善のために「性急に停止を行う」ことへの警告も発しています。

○【アメリカの病院の】救急外来で始められる【高齢者対象の】緩和ケア クラスター・ランダム化臨床試験 Grudzen CR, et al: Palliative care initiated in the emergency department A cluster randomized clinical trial. *JAMA* 333(7):599-608,2025 [量的研究]

救急部門は重症で余命が著しく短い(life-limiting)疾患を持つ高齢者に対する緩和ケアを始めるための機会を提供する。本論文の目的は、そのような患者に救急外来で緩和ケアを始める複合的介入の入院、医療費、及び生存率に与える影響を評価することである。クラスター・ランダム化ステップウェッジ臨床試験(介入の開始時期をランダムに決定)を、

全米の 29 の救急外来を 2018 年 5 月 1 日～2022 年 12 月 31 日に受診した 65 歳以上のメディケア患者のうち、Gagne 併発症スコアが 6 以上（短期の死亡率が 30 %以上と予測される）を対象として行った。これらの患者に以下の要素を含む「複合的介入」を行った：(1)エビデンスに基づく多職種教育、(2)シミュレーションに基づく重症疾患のコミュニケーションについてのワークショップ、(3)臨床意思決定支援、(4)救急外来スタッフの監査とフィードバック。一次アウトカムは病院への入院、二次アウトカムは入院後の医療利用と 6 か月後の生存率である。

上記期間に 98,922 人が救急外来を受診し、患者の年齢の中央値は 77 歳であった（その他の患者属性は略）。入院率は介入前 64.4 %、介入後 61.3 %で、調整済みオッズ比は 1.03 だった（95 %信頼区間は略。以下同じ）。介入前後で二次的アウトカムに差はなかった。ICU への入室率は介入前 7.8 %、介入後 6.7 %で、オッズ比は 0.98 だった。6 か月以内の死亡率は介入前 28.1 %、介入後 28.7 %で、オッズ比は 1.07 であった。以上から、救急外来で緩和ケアを始めるといふ複合的介入はどの指標からも効果がなかったと結論づけられる。

二木コメント—膨大なネガティブデータを示した貴重な研究と言えなくもありませんが、救急外来で緩和ケアを始めるのはいかにもアメリカ的と感じました。それにしても、要旨の第 1 文（見出しは importance）は、日本の感覚では???です。

○【アメリカの】地域在住の認知症を持つ個人と介護者に対する緩和ケアプログラム IN-PEACE ランダム化臨床試験

Sachs GA, et al: Palliative care program for community-dwelling individuals with dementia and caregivers The IN-PEACE randomized clinical trial. JAMA 333(11):962-971,2025 [量的研究]

ケアマネジメントは地域在住の認知症患者の役に立つが、中・重度の認知症患者やマイノリティの患者についての研究はほとんどなく、緩和ケアは検討しておらず、医療利用を減らすことはほとんどない。本論文の目的は、統合された認知症の緩和ケアが、通常の中・重度認知症ケアと比べて、認知症の症状、介護者のうつや苦痛(distress)、及び救急外来や入院を減らせるか否かを、検討することである。地域在住の中・重度の認知症患者とその介護者を対象としたランダム化臨床試験を、2019 年 3 月～2020 年にインディアナ州の中部で開始し、2 年間継続した。介入群の患者・家族には、訓練を受けた看護師またはソーシャルワーカーが介護者に月 1 度電話をかけ、介護者が患者の精神神経症状に対処するのに支援し、介護者の苦痛を減らすのを助けるエビデンスのあるプロトコルに沿って説明し、緩和ケアについての資料（アドバンスケアプランニング、症状、ホスピス）を届けた(n=99)。対照群（通常ケア群）の介護者には認知症ケアの資源について書面で知らせ、患者はかかりつけ医から通常のケアを受けた（n=102）。一次アウトカムは神経精神症状質問票(NPI-Q)の重症度スコア（0～36 点。点数が高いほど重症）とした。二次アウトカムには「終末期認知症の症状マネジメントスコア」、介護者のうつスコア、介護者の苦痛スコア、及び救急外来と入院の合計回数とした。アウトカムは 4 か月に 1 度、2 年間または患者の死亡まで評価した。

当初合計 201 組（患者（平均年齢 83.6 歳）＋介護者）が参加し、両群とも 90 %以上が最後まで参加した。試験開始時の NPI-Q スコアは介入群 9.92、対照群 9.41 で、24 か月後のスコアはそれぞれ、9.15、9.39 だった。2 群間で、NPI-Q 重症度の変化率に有意の差はな

かった。二次アウトカムにも有意の差はほとんどなかった。以上から、地域在住の中・重度の認知症患者とその介護者に対する2年間の緩和ケアプログラムは、通常ケアと比べて、患者の神経精神症状の有意の改善をもたらさなかったと結論づけられる。

二木コメント—これも貴重な「ネガティブデータ」と思います。ただし、日本の感覚では、重度の認知症患者はともかく、中度の認知症患者に対するケアも「緩和ケア」&「終末期ケア」と呼ぶことには抵抗があります。また、介入群に対するケアはごく手薄く「強化型ケアマネジメント」にすぎず、それを「統合認知症緩和ケア」と呼ぶのは誇大と思います。

○連合王国のアカデミックな医療経済学における女性 [の地位向上] : 1970 年代以降の進歩の評価

Sheard S, et al: Women in UK academic health economics: An evaluation of progress since 1970s.

Social Science & Medicine 368(2025) 117794, 9 pages [混合研究法]

医療経済学は、ブリテンでは20世紀中葉に、経済学のトピックおよび細分化された領域(sub-discipline)として登場した。1980年代までは、それは男性支配だったアカデミアに雇用される人数でも、編集委員会や各種委員会等の責任者面、及び彼らの研究への貢献という意味でも。しかしそれ以降、医療経済学はジェンダー平等という点では相対的には成功物語となり、経済学の他の領域とは異なる。本論文は混合研究法を用いて、アカデミックな医療経済学における、よりバランスのとれたジェンダー代表性、及び女性によるリーダーシップの獲得に向けての課題を同定し検討する。そのために、個人レベルのデータ(履歴書、16のフォーカス・オーラルヒストリー・インタビュー等)と会議参加、著者資格(authorship)と研究の引用ランキング、2つの主要雑誌における編集者としての役割、及びHealth Economics Study Group (HESG)会員調査の分析を行う。女性がアカデミックな医療経済学領域で注目(visibility)や名声を獲得することを可能にする主な要因は以下の通りである: 主流の経済学部門のカルチャーから新しい医療経済学ユニットが相対的に保護されていること、他の学問分野からの医療経済学修士課程への参入、メンターによるキャリア形成の支援、リーダーシップを発揮できる役割を果たす女性の増加、アカデミア・政府・産業で医療経済学者になるための機会の拡大、年2回のHESG学術集会等でのネットワーキング・イベントのフォーマットとカルチャーの改革。

二木コメント—私の経験・感覚では、日本でも、伝統的経済学よりも医療経済学の方が女性の研究者の数・役割は多い・大きいと思います。

<患者の自己負担関連 (3 論文) >

○低所得世帯に対する [処方] 医薬品の自己負担廃止の影響 : [カナダ・] ブリティッシュコロンビア州の接続行政データを用いた比較分割時系列解析

Sharma K, et al: The impact of eliminating out-of-pocket payments for medicines on low-income households: A controlled interrupted time series analysis using linked administrative data from British Columbia. Health Policy 155 (May 2025) 105270, 7 pages [量的研究]

処方薬の自己負担を減らすことへの関心はあるが、その効果は不明なままである。本

研究の目的は、カナダ・ブリティッシュコロンビア州で実施された、公的医療保険で給付される処方薬の自己負担を低所得世帯では廃止するプログラムの影響を検証することである。2017-2021 年の同州の人口等についての行政データを用い、比較分割時系列解析により、2019 年に実施された、年間所得 13750 ドル未満の世帯の自己負担廃止政策の影響を分析した。所得が 45000 ドル以上でこの政策の影響を受けない世帯（自己負担率 20 %）を対照群とした。一次アウトカムは処方薬費用と調剤数とした。この政策実施前後の、処方薬の種類ごとの調剤数と費用の変化も併せて分析した。

介入コホートは 8011 世帯の患者 9095 人・平均年齢 48.4 歳、対照コホートは 471,778 世帯の患者 820,395 人・平均年齢 51.1 歳だった。自己負担廃止により 1 月当たりの医薬品費は 3.85 ドル増加し（95 %信頼区間：1.13-7.03 ドル）、増加率は 16 %だった。この変化は調査期間中続いた。1 月当たりの平均調剤率は 13 %増加した。治療薬の種類にかかわらず、自己負担廃止は処方薬費用と調剤の増加と関連していた。以上から、低所得世帯の処方薬の自己負担廃止は、彼らの処方薬へのアクセスを改善すると言える。

ニ木コメンターやや予定調和的ではありますが、キレイな結果だと思います。

○メディケア【公的医療保険】緊縮改革と患者の自己負担：オーストラリアのがん患者の経験

Naghsh-Nejad, et al: Medicare austerity reforms and patient out-of-pocket costs: The experience from Australian cancer patients. Health Policy 155 (May 2025) 105296, 7 pages [量的研究・政策研究]

本論文は、医療提供者（診療所医師）の料金請求、私的病院外（診療所）医療サービス（医師診療）に対する政府支払い費用、及び患者の自己負担が、政府費用抑制を目指した政策変化（2014 年以降実施されている賃金・物価上昇に対応した医療給付費引き上げの凍結等）によりどう変わったかを検証する。医療ニーズが大きい患者グループ、つまりがんと診断された人々の経験を調査する。オーストラリアの制度では、サービスは主に公的資金・出来高払いで提供され、政府は診療所医師が患者に請求する料金を管理していない（サービスごとに政府が診療所医師に支払う費用は決まっているが、医師はそれに縛られず、患者に自由に料金を請求できる。政府の支払いが凍結された場合、医師は患者に請求する料金を引き上げ、それと政府支払い額との差額である患者の自己負担は増加する）。

患者ががんと診断されてから 12 か月間の自己負担額を計算したところ、この費用は患者が受けた治療の種類、及び居住地と政府が低所得者に提供する追加的保護（価格割引カード（concession card）。国民の四分の一が受給）の有無でバラツキが大きいことを見いだした（年間の自己負担額は平均 514 ドルであったが、40%以上の患者では 250 ドル未満である反面、2000 ドル以上負担している患者の割合は 2014 年以降増加していた。私保険に加入している患者の自己負担額はさらに多かった。診療所医師が、私保険加入患者には高めの料金を請求するからである）。この知見は医療ニーズが大きい患者グループで特に重大であり、その理由は自己負担が医療アクセスに対する障壁とみなされているからである。政府は長期的な財政課題に対応するために給付を制限しようとするが、本調査の結果はそのような政策の総合的影響を注意深く考慮する必要があることを示している。

ニ木コメント オーストラリアのメディケア（公的医療保険制度）では、日本と異なり、診療所の医師サービス料金が公定されていないため、政府の公的医療費緊縮政策により、医師が患者に請求する料金が引き上げられ、その結果患者の自己負担が増加し、それが特にがん患者にとって重い負担になっていることがよく分かります。英文要旨は抽象的に書かれているため、カッコ内で本文の記述を補足しました。

○オーストラリアの慢性疾患を持つ人々とその家族の自己負担医療費の生きた経験：体系的質的文献レビュー

Desborough J, et al: Lived experience of out-of-pocket costs of health care and medicines by people with chronic conditions and their families in Australia: A systematic review of the chronic literature. Health Policy 158 (August 2025) 105359 [質的文献レビュー]

オーストラリアには普遍的医療保険制度（Medicare）があるが、患者の自己負担医療費は総医療費の14%を占めている。慢性疾患を持つ人々が自己の所得から医療に支払う費用の割合は、慢性疾患を持たない患者よりも高い。本論文の目的は、質的文献レビューにより慢性疾患を持つ人々が病院外（診療所）医療で経験している自己負担費用を調べ、それとの関連でオーストラリアの現行の医療政策について論じることである。方法は、オーストラリアの慢性疾患を持つ人々の自己負担費用を調査した質的研究の体系的文献レビューとナラティブ合成であり、そのために PubMed 等 6 種類の文献データベースに 1999 ～ 2025 年に掲載された文献を検索した。

最終的に 37 論文を選んだ。疾病による雇用の条件悪化や喪失が所得喪失を招き、それにより家計における医療費負担が悪化している。多くの患者は包括請求の一般医（GP）を受診できていたが、医師や医師以外の専門職受診のための前払い金や定率負担が重荷になっていた。医薬品の自己負担もあった。自己負担費用は歯科受診の最大の障壁だった。家計の医療費負担と基礎的生活ニーズを満たすことの間にトレードオフがあり、このことは特に政府の福祉支払い（価格割引カード（concession card））を受給できる所得基準を（少し）上回っている人々では特にそうだった。以上から、オーストラリアの医療政策は多くの人々の医療費負担を効果的に軽減しているが、価格割引カードを受給できない人々に対処する上では重大な課題が残っていると結論づけられる。

ニ木コメント 25 頁もの大論文で、その半分(13 頁)が 37 論文の詳細な要約表も付いており、患者の自己負担についての質的研究を行っている方必読と思います。オーストラリアでは、診療所受診時の自己負担を軽減するため低所得者には「価格割引カード」(concession card)が交付されているが、低所得ではない慢性疾患を持つ人々はそれを受給できずに、重い自己負担に直面していることがよく分かります。先に紹介した Naghsh-Nejad 等論文と共に、日本で今後計画されているさまざまな患者自己負担増政策を批判的に検討する参考になると思います。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 249)ー最近知った名言・警句

＜研究と研究者の役割＞

○東畑開人（臨床心理士）「社会という全身が病んでいるときに、必要なのは特定の患部を切除する外科手術ではなく（これこそが陰謀論の思考法だ）、身体全体のバランスを回復させるような息の長い内科的治療であるべきはずだ。陰謀論と向き合うとは、社会に満ちている『奪われている』という声を聞くことにほかならない。そのための第一歩となる本である（「読売新聞」2025年9月7日、『となりの陰謀論』（烏谷昌幸著）の書評の最後の段落）。二木コメントー私も、東畑さんと同じ視点から、長年、「医療保険の『抜本改革』は幻想であり、わが国に必要なのは部分改革の積み重ねと医療者の自己改革である」と主張しているので、大いに共感しました（『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,ii 頁）。

○垂秀夫（「中国がもっとも恐れる男」と謳われた元駐中国大使）「情報のピースをはめ込んでいく作業は、これまでの経験、知見、中国観に左右される。その際、個人の好き嫌いの感情を排して作業することが求められる。『中国はけしからん国だ』『こいつは悪いやつだ』と言った気持ちで作業すると、『自分が見たい絵』を作るため、元のピースの形を無理やり変えてしまうようなことになる」（『日中外交秘録 垂秀夫駐中国大使の闘い』文藝春秋,2025,164 頁）。二木コメントー今号に転載した論文「参政党の健康・医療政策の批判的・複眼的検討」も、「個人の好き嫌いの感情を排して」書いたので、大いに共感しました。垂氏の警告は、私がいつも肝に銘じている次の2つの警告に通じると思います。

○吉崎達彦（『アメリカの論理』の著者）「俺はブッシュが嫌いだ、などと言った瞬間、アメリカ情勢の予測は当たらなくなる。もちろん、ブッシュ万歳でもだめ。…当たる予測を書くのが私の仕事で、こうあるべきだ、こうであっては困る、などという前提でものを考えるわけにはいきません」（「中日新聞」2003年6月22日朝刊「著者に聞く」）。

○「敵を憎むな、判断が狂う（Never hate your enemies. It affects your judgement）」（映画「ゴッドファーザー・パート3」）。二木コメントーこの言葉は、1991年春に公開されて話題を呼んだ、巨匠コッポラ監督の映画「ゴッドファーザー・パート3」で、アル・パチーノ演じるニューヨーク・マフィアのゴッドファーザー、マイケル・コルレオーネが、亡き兄の私生児ビンセントを諭して言った言葉です。ビンセントは暴力志向が強く、マイケルの子分がニューヨークの「しま」を奪おうとして、マイケルの暗殺を図ったことに逆上し、すぐに報復しようとするのですが、その時に、マイケルは、ビンセントを制して、この名言を吐くのです。そして、彼は、独自の情報網を使って「敵」の動きをじっくりと把握した後に、慎重に反撃の手はずを整え、最後には「敵」を完膚なきまでに打ちのめしてしまいます。

（以上、『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,44 頁（第2章【コラム2】私の好きな名言ー将来予測のスタンスと将来展望）より）。

○垂秀夫「戦略的臥薪嘗胆」では、日本はどのように中国に向き合えばよいのか？／ここでカギとなるのが、「戦略的臥薪嘗胆」というアプローチである。／国力を高め、急激に軍

事力を増強させている中国に対し、真正面からぶつかるのは得策ではない。**今すぐ焦って解決しようとしてはいけない。そうすれば必ず逆効果になる。**この局面では、あえて日本は耐えがたきを耐え忍ぶしかない。ただ、中国は経済の悪化や人口減少にともなう労働者人口の減少なので、国力がピークアウトしつつある。ならば、数十年後の中国の力が落ちるタイミングを見据えて、ぬかりなく準備をしておくことだ。――それが『戦略的臥薪嘗胆』である」（『日中外交秘録 垂秀夫駐中国大使の闘い』文藝春秋,2025,336 頁）。**二木コメント**ー私は、「戦略的臥薪嘗胆」は、現在の医療関係者・団体にとっても有益な視点と感じました。

○早川タダノリ（編集者）「**専門分野ではそれなりの業績をあげた優れた学者が、ふとしたはずみに専門外の領域について語り始めると、啞然とするほど凡庸で思い込みに満ちた『文明論』『文化論』を語ってしまうことがよくある**」（『「日本スゴイ」の時代 カジュアル化するナショナリズム』朝日新書,2025,166 頁）。**二木コメント**ー私も長年、高名な経済学者等が日本の医療と医療政策の現実と歴史も知らずに（学ばずに）、「凡庸で思い込みに満ちた」改革論を自信満々に主張するのを飽きるほど見てきました。私自身は、医師になった 1 年目（1973 年 2 月）に読んだヘーゲル『小論理学』の「**何か偉大なことをしようとするものは、…自己を限定することを知らなければならない**」との教えを 50 年以上墨守しており、自分の専門外のことについては勉強はしても、論文に書いたり、公の場で発言することは控えています（『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,112 頁）。早川氏の指摘は、オルテガの「**専門家の野蛮性**」についての、次の指摘に通じると思います。

○オルテガ（スペインの思想家）「**専門家は、自分の領域の微少な片隅を非常によく《知って》いる。しかし、他のことはからっきし知らない。（中略）この人は、自分の知らないあらゆる問題にたいして、一人の無知な男としてではなく、自分の特殊な問題では知者である人間として、氣どった行動をする…**」（寺田和夫訳『大衆の反逆』中公クラシックス,139 頁〔原著は 1929 年出版〕。本「ニューズレター」23 号（2006 年 7 月）で紹介）。

○吉野孝之（いまやがんデータサイエンスの聖地となっている国立がん研究センター東病院副院長）「**”そんなことできない”**というようなテーマでいち早く旗を揚げ、あとは**徹底的にその可能性を追及すること**」（2025 年 7 月に開催された日本乳がん学会学術集会での講演の質疑応答で、成功の秘訣を問われてこう答えた。『国際医薬品情報』2025 年 7 月 28 日号「薬業時事」[1260]）。

<その他>

○石破茂（内閣総理大臣。9 月 7 日に退陣表明。常に自身の対極的存在として、「戦後レジームからの脱却」を掲げた保守派の安倍晋三元首相を意識していた）「日本政治の歴史で『総理辞めるな』というデモは初めてではないか」「**俺はこの国が『右』に席卷されるのが嫌だ。この国は左に行って潰れたことはないが、右に行って潰れた歴史がある。何があっても繰り返してはいけない**」（「朝日新聞」2025 年 9 月 11 日、「緊急連載 砕かれた理想 石破首相退陣（下） リベラル寄り 離れた保守層」。7 月下旬以降、官邸前で複数回開催された「石破辞めるなデモ」について、周囲にこう語った）。

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53回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」91号 (2025年9月13日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私の受賞文/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○石黒圭『読み手に届く文章技術』ちくまプリマー新書,2025年6月。

…文章執筆を代行してくれるテキスト生成 AI の登場を踏まえ、「書き手と読み手の認識の共有を適切に作り出す文章技術」を身につけるための「9つの観点」を紹介。文章論の研究者らしく理路整然と書いているが、読み切るのには相当の時間と精神の集中を要する。それもそのはず、本書は前著『ていねいな文章大全』(ダイヤモンド社,2023年,全528頁!)の凝縮版(この本は、「ゼミ通信」71号(2024年1月)で紹介(not 推薦))。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○恩田裕之「在宅医療の課題」『レファレンス』888号:25-50,2024年12月(ウェブ上に公開)

…恩田氏は国立国会図書館調査及び立法局主管で、本論文は局内で「国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰性等の観点から審査を経た」とのこと。在宅医療の現状、在宅医療関連施策、医療費削減効果の議論、医療提供体制の課題、終末期の在宅医療、子どもの在宅医療、諸外国の在宅医療について、多数の文献を用いて、包括的に論じている。私は、「在宅医療の医療費削減効果は国内外で議論され賛否両論ある」と明記していることに好感を持った。文献では、小豆畑丈夫医師の『在宅医療の真実』(光文社,2021)や論文をもっとも多く引用していることに注目した。私もこの本は、今後の在宅医療のあり方を考えるための必読書と思う。

+◎小豆畑丈夫『在宅医療の真実』光文社新書,2021年5月。

…著者は救急医出身の医師。故郷の茨城県那珂市で、実父の後を継いだ地域密着型の小規模病院を中核とする「保健・医療・福祉複合体」で、救急医療と在宅医療に従事する傍ら、日本在宅救急医学会の設立に尽力。その経験・実績を踏まえて、「在宅医療に関わる救急医の立場から見た『もう一つの在宅医療』について、その問題点・改善策などを」を系統的・包括的に論じる。「在宅医療＝在宅での看取り」、「在宅医療は在宅医療だけで完結する」との俗説を、実体験・事例とデータに基づいて否定し、「生きる」を支える医療が在宅医療だと主張。さらに、「在宅医療の落とし穴は『急変時の対応』」であるとして、那珂市での「在宅医療と救急医療の連携」の実践・実績を示す。「施設より自宅のほうが社会的コストは高いこと」も示し、私の著書も引用。類書ではほとんど取り上げられない、障害当事者が運動で勝ち取った「重度訪問看護」の意義を熱く語る。一般読者向けの本だが、在宅医療・ケアに関わる医療・福祉関係者・研究者、特に医療ソーシャルワーカーの必読書と言える。

(「ゼミ通信」号(40号(2021年6月))での紹介・推薦文の再掲)

○フランス医療保障制度に関する研究会編(座長:加藤智章)『フランス医療保障制

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（実際の発行は 8 月）。

…医療経済研究機構が、研究者等の参加も得て継続的に発行している、各国の医療保障制度（医療提供体制、介護制度を含む）に関する基礎データと制度改革についての最新情報を掲載した「ハンドブック」・「百科事典」の 2 年ぶりの改定で、2025 年 3 月までの情報を対象としている。全 8 章、206 頁。第 1 章 2「最近の動向」は便利。

○林行成『知っておきたい医療リテラシー 日本の医療の効率と公平を問う』日本評論社,2025 年 6 月。

…著者は、一般読者を対象にした「医療経済学」の「入門の入門」と称しているが、内容・レベル的には、経済学の知識が不足している医療専門職向けの「入門書」と思う。全 9 章で、各章の終わりに簡潔な「まとめ」が書かれている。章名は「医療費の増大は国を減ぼすか？」（第 1 章）、「日本の医療保険制度は世界に誇るべきものか？」（第 3 章）等、強烈 a/o 反語的だが、記述は概ねバランスがとれている。例：「これからの日本の医療の課題は、節約をしながらも必要な医療はきちんと保障するというしくみを考えるべきです。必要のない無駄があれば、しっかりそこは省いていくという『効率化の視点』が不可欠なのです」（17-18 頁）、「検査にはメリットとデメリットの両方があることを理解しよう」（149 頁）、「不採算医療を担う公立病院の赤字に過度にきびしく対応することは、地域の重要なインフラである採算医療の確保にも影響を与えかねません」（187 頁）。

○小塩隆士『健康の社会的決定要因 「つながり」と地域の重要性』日本評論社,2025 年 6 月（一橋大学経済研究叢書 68）。

…著者が「健康の社会的決定要因」を多面的に分析し、2019～2024 年に国際学術雑誌に筆頭執筆者として発表した 12 の英語論文を大幅に書き換え、さらに序章と終章を加えた学術書。序章・終章を含めて全 5 章。序章で「本書の問題意識と構成」をていねいに説明し、終章では各章で得られた知見のエッセンスを箇条書的に整理している。本文は以下の 3 章（各章とも 4 論文で構成）：第 1 章「社会参加活動と健康」、第 2 章「居住地域の属性と健康」、第 3 章「パンデミック下における『つながり』と健康」。**健康の社会的（決定）要因の研究者の必読書**と言える。ただし、私は"social determinants of health"の訳語しては、「健康の社会的決定要因」より、「健康の社会的要因」の方が適切と考えている（『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,174-175 頁）。著者も「はしがき」の冒頭で、『健康の社会的決定要因』とは、私たちが日常生活を営む中で、**健康に影響を及ぼすと考えられるさまざまな社会的要因**を意味する」と書いている。

著者がこの間、中医協会長の重職・激職をこなしながら、自身が筆頭執筆者の英語原著論文を継続的に発表していること、及び他の多くの研究者と異なり、それで終わりにするのではなく、全論文を日本語訳して一書にまとめたことに頭が下がる。

○箕浦洋子・許斐正啓『いまさら聞けない入院基本料』MC メディカ出版、2025 年 8 月。

…入院基本料の選択と管理は病院経営の要の一つだが、看護職も理解できるように体系的にまとめた本はほとんどない。本書は、入院基本料について精通し、看護局長・副院長を

努めた箕裏氏と現在も愛知県・公立西知多総病院で事務局長・副院長を務める許斐氏が、入院料等と入院基本料、主な入院基本料、主な算定要件、加算・減算（要件）について、分かりやすく解説し、最後に2人のうんちくある対談「看護管理者に必要な『先読み力』と『伝える力』」を収録（全5章）。許斐氏の「入院料を考えることは病院のチーム医療を考えることとイコール」（135頁）は至言。本書の主たる想定読者は看護管理者だが、院長等の病院経営者や事務職にも大いに参考になると思う。

○「社会保障読本 2025 年版－医療・介護・年金制度の現状と課題」『週刊社会保障』2025 年 8 月 11-18 日号（夏季特別号）。

…毎年 8 月に発行される「年鑑」。医療保険、医療制度、介護保険、年金保険についての 25 論文を収録。夫々のテーマについて厚生労働省の若手現役担当者が「現状編」を書き、研究者が「理論編」を書いている。私のお薦めは、**大道久「診療報酬体系の課題と将来」**（50-55 頁）と**吉村健佑・他「医療提供体制の課題と将来－質・アクセス・コストの再構築」**（68-73 頁）。特に吉村等論文は、医療提供体制の現状と課題と解決策を、最新の情報と全国各地の具体的な事例と取組を紹介しながら、「可能な限り前向き」に書いているので迫力・説得力がある。ただし、論文の冒頭で、「医療の質・コスト・アクセスのトリレンマ」説を、文献も示さず無批判に紹介しているのはいただけない。私は、これの初出（キシック,1994）を示した上で、その根拠は原著でもその後も示されておらず、それが「アメリカのローカルな仮説」にすぎないことを示しているのだが…（『2020 年代初頭の医療・社会保障』勁草書房,2022,第 6 章第 3 節「『医療の鉄の三角形』説の文献学的検討－アメリカのローカルな仮説で実証もされていない」）。

○**井上信次・他「一般市民における社会的課題に対する社会解決指向性とその関連要因」**『厚生生の指標』2025 年 8 月号：20-25 頁。

…日本国内に在住する 15～90 歳の男女 4000 人（有効回答は 2849 人）を対象としたインターネット調査。「多重コレスポネンシス分析およびクラスター分析の結果、社会解決への指向性が低い人は、世帯収入が 500 万円未満であり、29 歳以下、生活満足度は不満足、社会的連帯感も低い人達」、「逆に、社会解決への指向性が高い人は、50 歳以上で生活満足度は満足、社会的連帯感が高い人たちであることが認められた」。要するに「恒産なくして恒心なし」（孟子）であり、これは私の 4 年間の町内会長経験とも一致する。残念なのは、せっかく調査項目に性別を含めているのに、男女の違いの有無について検討して（書かれて）いないこと。私の経験では、少なくとも退職世代（特に団塊の世代）では、社会解決への指向性（例：町内会活動への参加）は女性の方がはるかに高い。

○「参院選を終えて－高額療養費制度の見直しを含めた医療制度改革はどう議論されるべきか？医療介護福祉政策研究フォーラム理事長の中村秀一氏に聞く 議論の停滞は病院経営難への対策や医療従事者の質上げにも跳ね返る可能性」『日経メディカル』2025/08/19

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/202508/589821.html>

…参院選の結果を踏まえて、今後の医療制度改革についての中村氏の事実認識と予測や個人的価値判断を包括的かつ率直に述べており、今後の医療制度改革を考える上での「必読

文献」と言える。冒頭、「今回の高額療養費制度の見直しは、子ども未来戦略という医療保険制度の外からの要請による、財源捻出のための手段として選択された」と明言した上で、「高額療養費制度のみを単独で改革しようとしても、反発をうけるのは必至」、「昨年末の時点で、医療費の公費負担を削減する必要があるならば、そのための総合的なパッケージが示すべきでした」と指摘。

「骨太方針 2025」に書かれた「OTC 類似薬の保険給付の在り方の見直し」についても「この政策を実行するには、相当のエネルギーが必要」と指摘し、「個人的には、小泉政権下の経済座談会で吉川洋氏が提案した『受診時定額負担』も、再考の余地がある」と述べる：その理由は、「OTC 類似薬の保険外しほどには複雑な条件設定を必要としませんし、財政効果も比較的大きい」ため。「高齢者の窓口負担割合の引き上げ」についても、「高齢者の患者負担増を行うのであれば、同時にその分を年金で賄う必要があるという議論が強まる」ので、「国庫負担は差し引きゼロという事態もあり得る」と冷静に予測。

さらに、「国民の痛みを伴う大きな改革は、基本的には強い与党でないとなかなかできませんから議論が停滞する可能性も十分にあり得」、「医療機関の経営改善や医療従事者の賃上げの財源も生まれず、…議論がストップする可能性が十分に考えられる」と指摘。最後に、「将来的にはマイナンバーカードの活用など合理的な議論が望ましい」と結ぶ：「マイナンバーを使えば、術的には年間の医療費支出や個人・世帯の年収を把握することが可能なので、年収の何割かを医療費の上限としてそれ以上は請求しないような、個別性の高い応能負担の形にできる」。なお、中村氏は、『週刊社会保障』8月4日号の座談会（38頁）では「診療報酬の配分も変える必要がある…診療所、すなわち外来の点数を下げ入院に回すべき」と発言していたが、本インタビューではそのことには触れていない。

○尾形裕也『『国宝』及び中医協分科会中間報告をめぐって(この国の医療のかたち(136))』

「MEDIFAX web」2025年8月24日（会員限定）。

…著者は、中医協「入院・外来等の調査・評価分科会」の分科会長。冒頭、映画「国宝」についての蘊蓄あるコメントを書いた後、8月6日に中医協総会に報告された分科会「中間取りまとめ」のポイントを、私見を交えて解説。急性期一般病床入院料1（看護配置7対1）の届出病床数がピーク時より5万床減少したことを指摘し、「この減少傾向が今後続くものなのかどうかについては、現時点では確定的なことは言えません」とした上で、「さらに減少する余地があるものと思われます」と私見を述べる。続いて、従来の「回復期」機能を衣替えした「包括期」機能について、ていねいに解説。尾形氏はいつも重要なことを（注）でさりげなく書く「癖」があるが、今回も（注4）で、急性期病院は「（入院につながる確率の高い）紹介ありの外来患者を中心にするということ」が「重要な経営戦略」になると指摘。

○「真偽見極め正しく理解 終末期月 1000 万円超× ○高額ケースまれ」 「中日新聞」2025年8月26日朝刊（無署名記事）。

…終末期医療を巡っては、月に一千万円以上かかるとの SNS の投稿や参院選で自己負担化を掲げた政党（参政党）もあった。そもそも「終末期」とはどういう状態なのか、その医療費は本当に高額なのかについて、福井県越前市の池端病院を訪ね、理事長の池端幸彦氏

にインタビューした。池端氏は、高齢者医療についての豊富な臨床経験を踏まえて、以下のように回答。「患者の病状は刻一刻と変わります。回復の見込みがない終末期がいつなのか、それを見極めるのは非常に難しい」、「[参政党は]終末期を単純に捉えている。振り返ればこの時期は終末期だったと言えるかもしれないが、それは結果論」、全日本病院会の終末期の定義（3条件）を「全て満たすことはまれ。医療チームと連携して家族の意向を常に確認する」、医療費についても「人工呼吸器などを装着すると高額になる場合もあるが、それは珍しく、延命だけを目的とした治療を施すことはほとんどない」、「終末期の医療と医療費削減を絡めて考えるのは危険。治療を受けられない人が出て、人としての尊厳を失いかねない」。池端氏は、福井県医師会長、日本慢性期医療協会副会長、中医協委員等を務め論客・医療界の良心と言える方で、私は2005年以来、20年間、意見・情報交換をしている。

〇五十嵐中「OTC類似薬の保険適用除外（下）患者負担の急増に配慮必要」『日本経済新聞』2025年9月2日朝刊。

…五十嵐氏は、2025年3月、政府の高額療養費制度の自己負担引き上げ案をエビデンスに基づいて厳しく批判した。氏は、「医療費削減に関する議論の落としどころとして、OTCで代替可能な軽医療に焦点を当てた意見や試算は多く見られる」として、氏自身が2020、2022、2024年に発表した「セルフディケーションによる医療費の『削減効果』（筆者推計）」を示し、それぞれの推計方法と金額を簡潔に紹介している。私は最新の2024年推計（生活習慣病5領域に絞り込み）が、氏の従来の推計の半分以下の1500億円～1100億円削減であることに注目し、今後の現実の政策決定ではこれが「落としどころ」になるのでは？と感じた。氏はさらに、「政策実現可能性までも視野に入れるならば、患者負担が急激に増えないような措置を講ずる必要がある」として、きめ細かい措置も提案している。私はOTC類似薬の保険外しには賛成できないが、氏の提案は、日本維新の会等の1兆円削減説や印南一路氏の1兆2千億円削減説（『日経』9月1日朝刊）等と比べれば、lesser-evil（患者・国民への害悪が一番小さい）と思う。

なお、五十嵐氏は、『可能性は小さいものの、起こってしまったら甚大な負担が生じる』災いに備えることが「保険制度の本質」・「定義」と書いているが、これは医療保険制度については、一つの価値判断にすぎない。日本ではこれは、小泉政権時代の経済財政諮問会議で吉川洋議員が「スモールリスク対ビッグリスク」として初めて主張し、その後、財務省も採用するようになった「新説」（「受診時定額負担・免責制は保険の原点か？—吉川氏の主張とその問題点」（『日本医事新報』2011年8月20日号→『TPPと医療の産業化』勁草書房,2012,128-131頁）。若い研究者には信じられないと思うが、日本でも1984年までは健康保険本人は10割給付で、それが医療保険制度のあるべき姿とする意見も社会保障領域では有力だった。

特集「転換点迎えた医療介護連携」『病院』2025年9月号：674-724+657-664頁。

…医療機関・介護施設双方に連携を促した2024年度診療報酬・介護報酬同時改定を踏まえた特集。6論文＋1インタビュー。巻頭論文で、この改定に厚生労働省老健局老人保健課長として関与した古元重和氏（現・北海道大学教授）が、「医療介護連携における病院への

期待」を述べ、インタビューでは同じくこの改定の議論に加わった江澤和彦氏（日本医師会常任理事）が、「病院のための医療介護連携」について語る。

○森川尚子『『民医連新聞』『相談室日誌』から見えてくるソーシャルアクション』『民医連医療』2025年9月号：56-61頁。

…『民医連医療』の「(ソーシャルワーカー) 相談室日記」欄に1998～2023年までの25年に掲載された575件のうち、ソーシャルアクションに関わる46件を分析。ソーシャルワークにおけるソーシャルアクションについて論じた先行研究（岩間伸之（2014）、高良麻子（2017）等4論文）を踏まえて、ソーシャルワーカーのソーシャルアクションを「クライアントのニーズを地域の共有ニーズとして可視化し、地域を組織化して、協働により社会変革を行うこと」と定義。その上で、上記46件を、6つの類型に分類（「SW単独もしくは支援団体・当事者団体と協議し交渉」～「地域でのネットワークモデルづくり」）し、それぞれの典型事例を紹介。それらはすべて、「社会的に不利な立場に置かれたクライアントが、社会参加を果たし、基本的な権利を実現できる社会の構築を目指す実践」とまとめる。ソーシャルワーカーによるソーシャルアクションについての貴重な報告だが、残念なのは、46件の発表年のみが示され、掲載誌の号数が示されていないこと。

※本論文は、森川尚子「ソーシャルアクションにおけるソーシャルワーカーの役割及び専門性についての一考察」（『福岡県立大学人間社会学部紀要』33巻2号：75-85,2025年3月。ウェブ上に公開）の要旨（森川氏より）。

○武久洋三『地域ごちゃまぜ病院をつくろう』中央公論事業出版、2025年9月。

…長年日本慢性期医療協会会長を務めて、慢性期医療（施設・協会）の視点から、大胆な医療・介護改革を提案してきた論客の最新著。全12章。第1～5章は日本の医療・介護の歴史と現状バランスのとれたスケッチ。第4章で、「慢性期の高齢患者の場合、医療と介護の両方のケアが必要となるので、医療の知識を持ったケアマネージャーすなわち『メディカルケアマネージャー（MCM）』の設置」を提唱（94頁）。第6章で「新しい地域医療構想」を批判し、「私見」として、急性期・地域包括期・慢性期（在宅期）（介護期）の3層構造を提唱。第7章「急性期後症候群とは」は、前著『高齢者が急性期病院に殺されないために知っておくべきこと』（幻冬舎、2024）の穏健表現とも言える。第8章では「急性期リハビリテーションの重要性」を強調し、今後はそれが整備される結果、「その分、回復期リハビリテーション病棟の利用者数が減るのはむしろ喜ぶべきこと」と大胆に（？）主張（128頁）。

第10章で人口減少と過疎地が直面する医療・介護の現状を示し、第11・12章で、過疎地に、「医療と介護の機能をまとめて一体的に提供する『地域ごちゃまぜ病院』」（主として公設民営の「複合医療介護施設」。私流に言えば、「保健・医療・福祉複合体」）を創設することを提唱。そのアイデアの出発点は、「日本が“文明国家として全国どこでも最低限の生活を保障するのであれば、住民が住み慣れた土地で暮らし続けられる仕組みを整備しなければなりません」との強い信念・人権意識（160頁）。

○特集「“ごちゃまぜ”の実践が生み出すもの」『月刊福祉』2025年10月号：10-43頁。

…高齢・障害・児童等の既存の制度における縦割りを排した実践は、富山型のデイサービスで注目を集め、“ごちゃまぜ”の実践として各地で広がっている。本特集は、原田正樹氏（日本福祉大学学長）の2論文（「特集の視点」と「解説」）、原田氏等4人の座談会、および4つの事例報告（レポート）で構成されており、いずれも読み応えがある。原田氏は「特集の視点」で、ごちゃまぜに期待が集まる背景には、生産性や効率性が重視される現代社会への閉塞感、（過度の）「専門分化」への批判に加えて、「人口減少による過疎化が深刻になる状況で、新たな地域づくりへの試みとして取り組まれている実践」があると指摘。この点は、武久洋三氏の「地域ごちゃまぜ病院」の提唱とも重なるが、武久氏と異なり、対象を「僻地」には限定していない。私は、原田氏が、ごちゃまぜを「ボランティアだけに頼っては志のある人たちしか実践できない。公的な支援とボランティアな活動を推進する、新しいごちゃまぜの中間支援が求められる」、「相互実現を権利として実現していく」と強調していることに大いに共感した。

「座談会」では、富山型デイサービスを（介護保険制度創設前の）1993年に始めた惣万佳代子氏（NPO このゆびと一まれ代表。看護師）と、惣万氏の活動に触発されて“ごちゃまぜ”の実践を行っている若い（30代）濱野将行氏（一般社団法人えんがお代表理事。作業療法士）の、実践に裏打ちされた発言が含蓄に富んでいると感じた。例：「専門職が専門性にこだわってしまうと、ごちゃまぜのケアはうまくいかない」（濱野氏）、「専門職を『先生』と呼ぶことにも、私は反対です。あくまで生活の場ですから、『〇〇さん』と呼び合えばいいのです」（惣万氏）。私は、原田氏と座談会の出席者が、「福祉」、「介護」を用いず、もっぱら「ケア」を用いていることにも注目した。

C. 政治・経済・社会関連

○葛城明彦『不適切な昭和』中公新書ラクレ,2025年5月。

…「近年、若者の間で昭和ブームが起きているとの話をよく耳にする」が、「それはあくまで美化されたイメージであって、実態としては至る場面でトンデモがまかり通っており、どこまでも『野蛮で乱暴、いい加減で不潔、不便なところだらけの時代であった』。とはいえ、当時は、「人間関係が今よりはるかに濃密で、景気が＝上り調子となっていたのも事実であるし、規制がユルユルで監視もされず、なんでも自由に伸び伸びとできていて、世の中全体が活気に満ちていた、というのもまた確かではあった」という複眼的視点から、主として「昭和40年代～昭和末期までを東京・練馬区の中流家庭で過ごした筆者の記録（日記等）と記憶に基づいて」まとめている。（以上、「はじめに」）私も同じ期間を練馬区の隣の中野区等で過ごしたので、本書で書かれている「今では信じられないような話」のほとんどを実体験。特に、第5章「女性－差別もセクハラも放ったらかしだった頃」を読むと、社会常識の変化とその速さに驚かされる。「あとがき」で書かれているように、「懐古趣味」a/o「温故知新」の本。

＋○小谷野敦『徳川時代はそんなにいい時代だったのか』中央公論新社,2022。

…上掲書と同様の視点から、徳川（＝江戸）時代美化論を批判し、「他国と戦争をしなかった平和な時代ではあったが、封建社会であり、厳密な身分制がしかれていたために、優秀な個人がなかなか上にあがれない、閉塞感のただよう時代でもあった」等、「徳川時代の不都合な真実」を比較文化のグローバルな視点からアカデミックに示す。様々な知識人（例

：渡辺京二）の言説を実名をあげて（やや独断的に）批判してもいる。教養が身につく本。

○早川タダノリ『「日本スゴイ」の時代 カジュアル化するナショナリズム』朝日新書,2025年6月。

…現代の「日本スゴイ」コンテンツ・イデオロギーが果たしている役割を、具体的なエピソードを通して考察。全7章。右派知識人・政治家等の言説や経済産業省の戦略の批判は鋭いが、全体的にシツコイ・クドい！新型コロナ流行初期（2020年5月）に安倍首相等が振りまいた「日本モデル」が幻・思いつきにすぎなかったとの指摘は懐かしい（157頁）。

○垂秀夫著、城山英己聞き手・構成『日中外交秘録 垂秀夫中国大使の闘い』文藝春秋,2025年7月。

…「中国がもっとも恐れる男」と呼ばれた異能の外交官の回顧録。全542頁の大著だが、インタビュー形式ではなく、著者の書き下ろし的に書かれているのでスラスラ読める。習近平「一人支配」・「一極集中」（個人独裁）下の現代中国の実態・実像を、ほとんど実名入りで詳細に述べているのは迫力がある。著者の信条である「言うべきことは言う」（211、307頁等）は、私の代々木病院勤務医&日本福祉大学教授時代のモットーでもある。人物評も、多くの場合、バランスがとれている・公平と感じた（例：浅井基文氏（94-99頁）、江沢民（146頁）、王毅（254頁）等）。ただし、著者は桁外れの自信家で、自己陶醉の傾向があるので、著者の主張・断言は割り引いて理解した方が良いかも知れない。

一番注目・共感したのは、著者の「視座」：「習近平体制だけを虫眼鏡で観察するのではなく、巨視的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」（44頁）。一番勉強になったのは、2016年の第一次安倍政権時代に、対中関係打開のために著者が「考案した」「戦略的互惠関係」というコンセプトの誕生プロセスが具体的に書かれていること（第5章一）。著者が本書で強調している「戦略的臥薪嘗胆」も興味深い（336頁）：「数十年後に中国の国力が落ちるタイミングを見据えて、ぬかりなく準備をしておく」（ただし、その頃は日本の国力はさらに落ちていると思う）。もう一つ勉強になったのは、「香港人は皆が民主化を求めているわけではない」（186頁）と「知られざる台湾の『反日』」（207頁）。

＜参政党関連＞

○宮原ジェフリー『『声なき声』の参政党支持 分断と対話のゆくえ』『世界』2025年9月号：61-68頁。

…2025年7月の参院選の取材に基づき、参政党の街頭演説や支持者の様子、「カウンター」の人々の振る舞いを具体的に描写し、参政党の「躍進は、既存の政治やメディアに対する国民の根深い不信、そして『声なき声』が新たな表現の場を求めていたことの表れ」だと主張。私は次の指摘に注目・共感した。「参政党の主張は、一見穏当で常識的な言葉で語られながらも、その奥には、科学的根拠に乏しい情報や、特定の集団への不信を煽るようなロジックが組み込まれている。彼らは、あえて直接的な排外主義を避けることで、従来の極右的な政党には見向きもしなかった、より広範な層の『隠れた不満』を拾い上げ、共感のネットワークを築いている」（64-65頁）。最後に、「分断を超え、対話の回路を開く」た

めの4つの視点を提起。私もその①『『悪魔化』の誘惑に抗う』は重要と思い、参政党の主張の分析やそのエビデンスの欠如を冷静に指摘しているツモリ（「敵を憎むな、判断が狂う」（映画「ゴッドファーザー Part 3」）。

○伊藤昌亮「参政党 『真ん中』からの反革命」『世界』2025年10月号：18-26頁。

…私が9月10日までに読んだ参政党関連の論文・記事で、同党の「経済政策に注目し、その背景と共に考えて」いる唯一のもの。鋭い指摘が少なくないが、記述はなんとも分かりにくい。例：論文タイトルの真意は、参政党は、所得階層の「真ん中」のうち「ロウアーミドル」に焦点を当て、「取られてばかり」という彼らの根深い恨みに応えるかのような「左派的な問題提起」を導入部として、「右派的な主張が結論部分にある」という意味。参政党の政策は「広く共感を呼びやすい導入部の実際的な提案から、イデオロギー色の強い結論的なコアな主張へ、という順番で並べられて」いるという指摘や、参政党の一連の差別発言は、高齢世代、性的マイノリティーや障害者、外国人等の『『端っこ』を切り捨てることで、『真ん中』を守ることをアピールするためのもの』との読み解きは説得力があると感じた。