

2026年1月5日(月)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻258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/>

258号の目次は以下の通りです(32頁+別ファイル:『文化連情報』論文の表)

1. 論文: 社会保障・医療保険の給付・負担についての意識調査ー給付減・負担減支持は1～2割にとどまる(「二木教授の医療時評(240)『文化連情報』2026年1月号(574号): 30-35頁) ……2頁
2. インタビュー: オレに死ねと言ってんのか?ー検証! 高額療養費制度改悪ー 第15回
大局的な視野に立って高額療養費制度〈見直し〉を捉える必要があるー二木立氏との一問一答(聞き手: 西村章氏)(「集英社新書プラス」2025年12月13-14日アップ) …7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238回: 2025年分その10: 9論文) …18頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その252)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56回) ……………26頁

お知らせ

1. 論文「2026年度診療報酬改定『本体』3.09%引き上げをどう読むか?」を『日本医事新報』2026年1月10日号に掲載します。

本論文は2025年12月24日にWeb医事新報に先行アップされました。

URL: https://www.jmedj.co.jp/blogs/product/product_27830

同誌読者でない方も「会員登録」をすると、無料で閲覧できます。登録の仕方は以下の通りです: ①上記URLをクリック→②アップされている論文(一部)の下「→ログインした状態で続きを読む」をクリック→③「会員登録をする」をクリックし、必要事項を入力。

2. インタビュー「物価・賃金の上昇に対応して1点単価変動方式再導入を検討すべき」を『国際医薬品情報』2026年1月11日号に掲載します。

3. 論文「国民皆保険制度の現状と改革課題」を『月刊保険診療』2026年1月号(1月11日発行)に掲載します。

いずれも、本「ニュースレター」259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。。

4. 1月22日に開かれる日本弁護士連合会主催シンポジウム「人権としての『医療へのアクセス』の保障～さらなる医療費抑制策を問う」で基調講演を行います。参加費は無料ですが、事前申込制です。会場参加またはオンライン参加を希望される方は、以下のURLからお申し込み下さい(申込期限: 1月15日)。

https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/event/year/2026/260122_chirashi.pdf

1. 論文：社会保障・医療保険の給付・負担についての意識調査－給付減・負担減支持は1～2割にとどまる

（「二木教授の医療時評（239）」『文化連情報』2026年1月号（574号）：30-35頁）

はじめに

2024年10月の衆議院議員選挙と2025年7月の参議院議員選挙で国民民主党や参政党が大躍進して以降、国民は社会保障・社会保険料の負担増・引き上げを容認していないとの理解が通説化しました。2025年10月20日の自民党・日本維新の会の「連立政権合意書」の「社会保障政策」の最初の項目にも、日本維新の会の強い要求で、「現役世代の保険料の上昇を止め、引き下げていくことを目指す」が盛り込まれました。住友生命「スミセイ『わが家の台所事情アンケート』2025」でも、20～60代の正規雇用の会社員・公務員の80.0%が社会保険料の負担が重いと感じています（非常に重い45.2%、やや重い34.8%）。

しかし、私の記憶では、社会保障の給付と負担についてワンセットで聞いた意識調査で、給付減と負担減が多数を占めたものは見たことはありません。そこで、友人の研究者やジャーナリストの協力も得て、2020～2025年に実施された全国調査を網羅的に収集・分析したところ、どの調査でも給付と負担の両方を減らすとの回答は1～2割にとどまる一方、負担増を容認する回答が4～6割を占めていました。本稿では、各調査の結果を横断的に紹介します。

6種類の意識調査の概要

今回分析した6つの調査の調査主体「調査名」（調査実施年、調査テーマ、調査対象の年齢）は、調査年順に、以下の通りです（各調査の概要は表）。すべてWeb上に公開。

①内閣府「第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査（2020年、社会保障制度、60歳以上）、②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、社会保障、20歳以上）、③健康保険組合連合会「医療・介護に関する国民意識調査報告書」（2022年、医療保険、20～79歳）、④三菱総合研究所「社会保障制度改革の中長期提言」（2024年、公的保険における医療・介護サービス、20～69歳）、⑤長寿社会開発センター「『高齢者の社会保障に関する意識調査』とりまとめ報告書」（2024年、社会保障、65歳以上）、⑥日本医療政策機構「2025年日本の医療に関する世論調査（2024-25年、公的医療サービス、20歳以上）。

なお、これら以外にも、上述した住友生命調査と日本総研「医療制度・医療提供体制に関する意識調査」（2024年）も給付と負担について調査していました。しかし前者の「給付水準と負担のバランスに関する項目」には雑多な選択肢が10つも含まれており、後者は結論誘導・非中立的（例：「わが国の医療費は増大に歯止めがかからず、このままでは現在の医療制度を維持することが非常に難しい状況に追い込まれている」）であったため、検討対象から除外しました。

6つの調査のうち、①は郵送調査、②は留め置き自計方式（あらかじめ調査員が配布し

た調査票に、調査対象となった世帯員が自ら記入し、後日調査員が回収）で、残りは Web 調査です。回答者数はすべて 1000 人以上です。設問に対する選択肢は 3 ～ 5（3 択：①、4 択：④～⑥、5 択：②③。「わからない」「無回答」を除く）で、④と⑥以外は「わからない」「無回答」の百分率も示していました。④と⑥はこれらを除いて、百分率を計算したと思われます。

調査結果

これら調査のテーマ（社会保障制度、医療保険等）、設問の表現と選択肢の数、「わからない」等の扱い、調査対象の年齢は同じではなく、当然、各選択の百分率にも幅がありました、傾向はかなり似ていました。

(1)給付も負担も減らすは 1 ～ 2 割にとどまる

一番特徴的だったのは、給付も負担も現在より減らす（べき）との回答が全調査で 1 ～ 2 割にとどまっていたことです。具体的には、以下の通りです。①「できるだけ、今後、税や保険料の負担を増やさないようにするためには、社会保障制度の現在の水準が下がってもやむを得ない」10.6 %、②「社会保障の給付水準を大幅に引き下げ、負担を減らすべき」5.6 %、③「医療保険の給付内容を大幅に絞り込み、医療費の負担を減らすべきだ」10.8 %、④「現在よりもサービスの給付水準をさらに下げて、現在より負担を減らすべき」20.1 %、⑤「社会保障の給付水準を大幅に引き下げて、負担を減らすことを優先すべき」17.6 %、⑥「サービス水準を大幅に下げ負担も抑制すべき」20.1 %。

なお、①（内閣府調査）は 2000 年から 5 年おきに同じ設問を繰り返しており、この回答割合は 2005 年の 21.3 %から 2020 年の 10.6 %に半減していました。

(2) 4 ～ 6 割が負担増を容認

逆に、給付の拡充を支持し、そのための負担増を容認する回答も、全調査で 1 ～ 2 割前後にとどまっていました：① 25.8 %、② 16. 9 %、③ 10.2 %、④ 9.7 %、⑤ 2.3 %、⑥ 14.2 %。①（内閣府調査）でこの割合がかなり高いのは、他調査と異なり、選択肢が 3 つであったためと思います。

しかし、この回答を含め、負担増を容認する回答全体（給付増・負担増＋給付水準維持・負担増＋給付を（少し）減・負担増の小計）は、いずれの調査でも 4 ～ 6 割で、給付減・負担減を大幅に上回っていました：① 67. 1%、② 62.1 %、③ 44. 7 %、④ 50.9 %、⑤ 39.6 %、⑥ 56.6 %。

(3)現役・若年世代も負担減支持が多いわけではない

通説では、負担増に対する忌避感（抵抗感）は現役・若年世代で特に強いと言われています。しかし、年齢別の結果を示している 4 つの調査（①～④）に一貫した傾向は見られず、給付減・負担減の割合が、現役・若年世代で特に高いとは言えませんでした。

例えば、②（厚生労働省調査）では、「社会保障の給付水準を大幅に引き下げ、負担を減らすべき」は 20 歳代で 5.7 %、30 歳代で 8.6 %であり、総数の 5.6 %と同水準でした。③（健保連調査）でも、「医療保険の給付内容を大幅に絞り込み、医療費の負担を減らす

べき」は20歳代で10.7%、30歳代で12.4%であり、総数の10.8%と同水準でした。それに対して、④（三菱総研調査）では、「現在よりもサービスの給付水準をさらに下げて、現在よりも負担を減らすべき」は20歳代で27.4%、30歳代で26.6%と、総数の20.1%をかなり上回っていました。逆に①（内閣府調査。対象は60歳以上）では、社会保障の水準向上・税や社会保険料の負担増支持は高齢になるほど低下し、60～64歳の32.3%に対して、80歳以上では23.2%でした。

(4)給付増・負担増への支持は欧米より低い

①（内閣府調査）の国際比較によると、日本の社会保障制度の負担と給付の両方を増やすとの回答は、ヨーロッパ諸国だけでなく、アメリカと比べても、はるかに少ないことが分かります。

日本では、「たとえ、今後、税や保険料の負担を増やすこととなっても、社会保障制度の現在の水準は向上させるべき」との回答は、2005年の18.9%から2025年の25.8%へと漸増しています。しかし、2005年の25.8%ですら、スウェーデンの54.8%、ドイツの45.8%の半分にとどまっています。この割合はアメリカでも36.5%であり、日本の低さが際立っています。

(5)社会保障財源についての回答はバラツキが大きい

最後に、視点を変えて社会保障の財源についての国民意識を検討します。6調査中、3つがこれについての設問を含んでいましたが、選択肢も、回答もばらつきが大きく、一定の結論は得られませんでした。

具体的には③（健保連調査）では、「税金の引き上げまたは新設によって公費で賄うのがよい」23.2%、「保険料を引き上げによって賄うのがよい」10.9%、「税金も保険料も増やさずに、医療機関にかかったときの患者の支払いを増やすのがよい」27.4%でした。④（三菱総研調査）では、「消費税を増税する」29.4%、「現役世代の保険料を上げる」10.1%、「負担能力に応じて保険料率を上げる」60.5%でした。⑥（日本医療政策機構調査）では、税18.8%、保険料22.9%、窓口負担30.0%でした。

考察

(1)給付と負担はセットで質問すべき

以上の調査結果から、まず分かることは、国民の社会保障・社会保険料の負担感だけを強調して負担引き下げが必要と主張するのは一面的であり、給付と負担はワンセットで質問する必要があることです。

実は、「はじめに」で紹介した住友生命調査では、8割が社会保険料の額が重いと回答した一方、社会保障の「給付と負担のバランス」についての設問に対しては、「給付水準を下げてでも負担を減らすべき」は10.4%にすぎず、負担増容認の32.6%（「負担増になっても給付水準は引き上げるべき」19.1%、「負担増になっても給付水準は維持すべき」13.5%）の3分の1にすぎませんでした（この設問では雑多な選択肢が10もあり、回答が分散していました）。

なお、今回は全国調査のみを検討しましたが、大阪府医師会は、「社会保障に関する府

民調査」を継続的に行っており、毎回、給付と負担のあり方についても調査しています。その 2024 年調査では、給付減・負担減は 22.1%と全国調査とほぼ同水準ですが、負担増容認は 28.7 %にとどまっていた（「現在の給付水準を保つために、多少の負担の増加はやむを得ない」 24.8 %、「現在の給付水準を引き上げるために、負担の増加もやむを得ない」 3.9 %）。今回は、大阪府以外の調査は収集できなかったため、社会保障の給付と負担の意識に地域差があるか否かについては、今後の研究課題とします。

(2)社会保障給付費の大幅削減は困難

次に分かることは、6 つの調査のすべてで給付減・負担減の支持が 1 ～ 2 割にとどまっており、負担増容認よりはるかに少ないことです。これは、国民全体、特に現役・若者世代では、社会保障費・医療保険料増に対する忌避感が強く、負担増を容認していないとの通説・通念への「反証」と言えます。このような国民意識を踏まえると、私は、今後も、国民負担・社会保険料の大幅引き下げによる社会保障給付費の大幅削減はきわめて困難と予測しています。

今回の意識調査からは少し離れますが、私は日医総研「日本の医療に関する意識調査」（最新調査は第 8 回調査。2023 年実施）からも、同じことが言えると判断しています。社会保障・医療保険給付を大幅に削減すると、貧富の差により受けられる医療の中身が変わる「階層医療」・「格差医療」が生じますが、この調査によると、その支持も、毎回 1 ～ 2 割にとどまっているからです。第 8 回調査では、「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身（治療薬や治療法）が異なるのはやむを得ない」という考えに近いは 17.0 %にとどまり、「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身（治療薬や治療法）は同じであるほうがよい」という考えに近いは 70.9 %に達しています。

(3)強い政府不信の影響

最後に、日本では、ヨーロッパ諸国（ドイツ・スウェーデン）だけでなく、アメリカよりも、社会保障の給付増・負担増の支持が少ない理由を考えます。

私はその最大の理由は、日本国民の政府不信がきわめて大きいためだと判断しています。今回検討した 6 つの意識調査のうち、⑤（長寿社会開発センター調査）のみが「政府に対する信頼感」も調査しているのですが、現在の政府を「信頼している」はわずか 10.0 %にすぎず、逆に、「信頼していない」は 61.0%にも達しています。

上述したように、私は、今後も社会保障給付費の大幅削減は困難と予測していますが、社会保障の給付を拡充するために負担増を容認する国民は 1 割前後にとどまっていることを踏まえると、政府に対する信頼が今後大幅に回復しない限り、社会保障拡充は困難とも判断しています。

[本稿は、『日本医事新報』2025 年 12 月 6 日号（5302 号）掲載の「国民は本当に社会保障・保険料の負担増を容認していないのか？－ 6 つの国民意識調査の検討」に加筆したものです。]

謝辞 各調査の探索と解釈にご協力いただいた、入部寛氏（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部主任研究官）、江口成美氏（日医総研主席研究員）、遠藤征也氏（長寿社会開発センター事務局長）、島田永和氏（大阪府医師会調査委員会委員）、高橋太氏（神奈川県保険医協会医療政策研究室）、西村章氏（フリージャーナリスト）、渡辺康人氏（朝日新聞世論調査部）に感謝します（あいうえお順）。

2. インタビュー：オレに死ねと言ってんのか？ ―検証！高額療養費制

度改悪― 第 15 回 大局的な視野に立って高額療養費制度〈見直し〉を

捉える必要がある―二木立氏との一問一答」（聞き手：西村章氏）

（「集英社新書プラス」2025 年 12 月 13-14 日アップ）

前編 https://shinsho-plus.shueisha.co.jp/column/ore_ni_shine/32820

後編 https://shinsho-plus.shueisha.co.jp/column/ore_ni_shine/32845

【前編】

高額療養費制度を利用している当事者が送る、この制度〈改悪〉の問題点と、それをゴリ押しする官僚・政治家のおかしさ、そして同じ国民の窮状に対して想像力が働かない日本人について考える連載第 15 回。

高額療養費制度の方向性について検討が続いてきた議論は、2025 年 12 月に入っていよいよ大詰めを迎えようとしている。当初の〈見直し〉案が紛糾していた今年 2 月から患者の自己負担引き上げに強く反対の意を表明してきたのが、日本福祉大元学長の医療経済学者・二木立氏だ。

二木立氏

二木立（にき りゅう）1947 年生まれ。1972 年、東京医科歯科大学医学部（現・東京科学大学）卒業。1975 年から 1985 年まで代々木病院リハビリテーション科勤務、1985 年に日本福祉大学教授、2013 年に日本福祉大学学長。現在は同大学を定年退職し、名誉教授。『病院の将来とかかりつけ医機能』（勁草書房）他、著書多数。毎月 1 回配信のメールマガジン「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」（Web 上にも無料で公開）は多くの医療関係者や研究者、政策当事者が読んでいる。また、月に一度、多くの医療・福祉関係者や研究者が参加する「医療・福祉研究塾（二木ゼミ）」を主催している。

数々の著作や論文で二木氏は、国民皆保険制度が日本社会の統合を維持する最後の砦であることや、患者の自己負担額は諸外国と比較して最も恵まれた制度とは必ずしも言えないこと、高額療養費制度でも医療保険制度全体でも患者の自己負担引き下げが必要であることなどを、再三にわたって明快な論旨と重層的な検証で指摘・主張してきた。

なかでも、「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべき」「難病法に指定されていない難病患者やがん患者、具体的には『多数回該当』の利用患者は自己負担額を 1 万円に減額すべき」という持論を知ったときには、長年の制度利用者として深い感銘と共感をおぼえた。

そこで、昨年冬から続いてきた議論が石破内閣から変わった高市内閣で取りまとめられようとしている現在、高額療養費と日本の医療保険制度について、二木氏に訊ねた。

(取材日：2025 年 12 月 5 日、於 日本福祉大名古屋キャンパス)

—— 2024 年冬にいきなり浮上したように見えた高額療養費制度〈見直し〉は、もともと 2023 年末の政府改革工程（「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」）内で達成目標年度を特に設定せずに盛り込んでいた項目を 2024 年に持ち出してきた、ということのようです。そもそもなぜ「高額療養費の見直し」が改革工程に盛り込まれたのでしょうか？

二木：2023 年の閣議決定の時はいろんな改革項目、たとえば給付範囲の縮小や患者負担の増大が、特にどれが大事だということではなく羅列されていたんです。そのうちのひとつが、高額療養費制度の見直しでした。間口を広げて「こんなことも大事だ、あんなことも大事だ」と盛り込むやりかたは、政府関係文書の常套手段ですよ。ただ大事なのは、その後の公式文書では 2024 年 11 月まで高額療養制度の見直しには触れていなかったんです。要するに（岸田政権下で決定したこども未来戦略の）子ども子育て支援加速化プランで必要になる 1.1 兆円を調達するために何でもかんでも入れた、ということだと思います。

—— 高額療養費制度の自己負担引き上げそのものは、政府にとって長い間の懸案事項だったのでしょうか。2012 年の民主党政権下では「税と社会保障の一体改革」が閣議決定されていますが、その当時から連綿と続く「宿題」のようなものだったのですか？

二木：それはまったく違います。当時はそんな議論を一切していません。なぜなら、その直後の 2015 年に高額療養費制度の患者負担上限は引上げられています（※ 1）。だからそこで一段落がついていたわけで、それ以降は高額療養費制度の話は出ていません。

（※ 1）2015 年には、所得区分がそれまでの 3 段階から 5 段階に細分化され、高所得者層の自己負担上限額はそれまでの 15 万円から 25 万 2600 円へ大きく引き上げられた。一方、年収 370 万円以下の所得層は 8 万 100 円から 5 万 7600 円へ引き下げられた。

—— 二木さんは著書『医療経済・政策学の視点と研究方法』（2006：勁草書房）などで「医療費抑制という国是」とお書きになっています。政府の政策で医療費抑制が国是になったのは、いつ頃、どのような理由からなのでしょう。

二木：これは日本の医療政策や国民皆保険の歴史を体系的に勉強してきた者なら、研究者の立場によらず常識ですよ。1970 年代前半、正確に言えば 1973 年より前までは負担が多少増えても給付をどんどん拡大していました。その 1973 年 10 月に高額療養費制度ができましたね。それと同時（1973 年 10 月）にオイルショックが起きて、そこで流れがガラッと変わって当時の大蔵省が 1970 年代中頃以降は常に「（給付を）減らせ、減らせ」と言ってきました。

（公的）医療費抑制政策が本格的に始まったのは中曽根内閣のいわゆる臨調行革路線で、その 1980 年代前半から、というのは研究者の間では常識です。

——二木さんは「医療に受益者負担は馴染まない」と、論文や著作のなかで再三指摘をしています。では、高額療養費のような医療サービス給付に応能負担が長年適用されているのはなぜなのでしょう。

二木：それは少し誤解で、高額療養費制度で所得別の自己負担上限額（いわゆる応能負担）が導入されたのは2001年です。それまではずっと一律で、2001年に初めて3段階の所得別になりました。そして2015年に今の5段階になりました。つまり2001年、小泉内閣のときに自己負担に応能負担原則を取り入れるやり方がぐんと加速したんです。それ以前は、応能負担は保険料に反映する、という私と同じような考え方が社会保障研究者だけではなく厚労省の担当者の間でも常識だったと思います。

——『きめ細かい制度設計』と称してすでに高い社会保険料を納めている高所得者の自己負担を著しく高くすると、彼らの医療保険制度への不信や、低所得者・医療扶助受給者に対する差別意識を生み、社会保険にとって重要な「社会の連帯」を弱めて分断をもたらしかねない」という『文化連情報』や『月刊／保険診療』などに二木さんが発表した論文の主張は、まさにそのとおりだと膝を打ちました。

二木：賛成していただいて、どうもありがとうございます。

——とはいえ、そのような指摘や、給付の公正化を促す主張が新聞・テレビなどのメディアで主流になったことはおそらくなく、むしろ「医療費抑制という国是」を信じ込んでいるような印象もあるのですが、それはなぜだと思いますか？

二木：わざと古いことを言えば、「時代の支配的思想はその時代の支配層の思想である」とマルクス、エンゲルスが言っていた、昔ながらの言葉どおりのことじゃないですか。不思議でもなんでもないですよ。もうひとつ大事なことは、1990年代末から「支配層」の医療・社会保障改革の流れは、市場原理を万能視する新自由主義的改革と、国民皆保険制度の大枠を維持しつつも医療・社会保障制度の部分的な公私二階建て化を目指す、というふたつのシナリオに分かれたというのが私の主張で、これは多くの人からも賛同を得ています。

——メディアが「医療費抑制という国是」を信じ込んでいることは、「超高額薬剤の増加が医療費を圧迫している」という〈俗説〉にも表れているように思います。

二木：「超高額薬剤により医療費が増大している」という主張は極端な誇張、もしくは事実誤認です。薬価は、2015年以来厳しく抑制され続けています。国民医療費の2015年度から2023年度までの伸びは14パーセントであるのに対して医薬品費総額の伸びは2.8パーセント、と大きく下回っている、という論文（※2）もあります。

その論文にも書いてあり、私も再三言っていることですが、たしかに高額薬には1億円を超えるようなものがあります。しかし、そのような薬品の適用患者数はすごく少ないんです。だから、高額薬が医薬品費総額、ましてや国民医療費の大きなシェアを占めている

わけではけっしてない。医薬品に限らず物やサービスの経済分析の基本は、価格（P）だけを見るのではなく、価格（P）×使用量（Q）＝総額（PQ）、で見る必要がある、ということです。超高額薬品はこれからも次々に登場するでしょうが、トータルの医療費を大きく押し上げる要素にならないのは、そのためです。

（※2 武田俊彦「医薬品は医療費増加の最大要因なのか」：『QOL VIEW』2025年10月号24-27P）

リアリスティックに日本の皆保険の未来を考えると？

——高額療養費制度の多数回該当利用者には疾病の種類にかかわらず毎月の自己負担額を、血友病、人工透析、HIV患者と同様に1万円にするべき、という主張は、長年の制度利用者として非常に心強く感じました。

二木：これは私の主張ですが、日本の今の政治状況を考えるとすぐの実現可能性はちょっと厳しいと思います。

——難しいですか……。

二木：私は言うべきことはちゃんと言います。ただリアリストなので、それが実際に実現するかどうかは、今の政治状況から考えるとちょっときついだろう、という答えになりますね。

——「それを実現するためには、保険料の広く浅い引き上げと公費の負担増が必要」と二木さんは主張されています。社会保険料の引き下げは喫緊の急務、という政党や新聞・TVが多いなかで、そのような主張は世論に受け入れられるでしょうか。

二木：おそらく当面は無理でしょう。ただし、2025年11月に私が調べた六つの全国世論調査（※3）では、「給付も社会保険料も現在より減らす（べき）」という意見は、すべての調査で1～2割に留まっていました。マスコミの宣伝と違って圧倒的に少数派なんです。

やや意外なことに、負担増の容認意見が多いのですが、これには3種類あって、ひとつは「給付を拡充して負担も増やす」、これは1～2割です。あと、「給付水準は今のままで、人口高齢化などがあるため負担増はやむを得ない」「給付は少し減らして、負担は多少増えてもいい」という負担増を容認する回答があつて、この3種類を合わせるといずれの調査でも4～6割、と「給付減・負担減」の意見を大幅に上回っていました。

だから、日本維新の会が主張するような「医療給付を大幅に下げてなおかつ保険料も下げる」という意見が受け容れられる可能性はほとんどないだろう、ということです。ただし、逆に言えば「給付を増やす代わりに負担もかなり上げる」という主張もほぼ同様にしか支持を得られない。

つまり、国民の大半は給付を増やすか減らすかはともかく、「少しくらいの負担増はやむを得ないかな……」と思っている、ということです。これにはもうひとつの背景があつて、日医総研（日本医師会総合政策研究機構）の調査で「貧富の差によって受けられる治療が

変わってもいいですか？」という問いに対する肯定的な回答は、この20年間で2割を超えたことは一度もないんです。それに対して「平等な医療がいい」という人は7割です。これが日本人のメンタリティなのでしょうね。

だから、その両面を考えると、「保険料を広く浅く引き上げてでも多数回該当の月額上限額を1万円にするべし」という私の提案が実現する可能性は当面ないと思うけれども、逆に言えば、日本の皆保険がガタガタになるということもまたないだろう、というのが私の予想です。

(※3)「第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(内閣府/調査年:2020)、「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/調査年:2022)、「医療・介護に関する国民意識調査報告書」令和5年3月(健康保険組合連合会/調査年:2022)、「社会保障制度改革の中長期提言」2024年6月(三菱総合研究所/調査年:2024)、「高齢者の社会保障に関する意識調査取りまとめ報告書」令和6年11月(長寿社会開発センター/調査年:2024)、「2025年日本の医療に関する世論調査」(日本医療政策機構/調査期間:2024年12月26日～2025年1月7日)

この調査内容と結果は二木氏の論文(「国民は本当に社会保障・保険料の負担増を容認していないのか?—6つの国民意識調査の検討」[『日本医事新報』12月6日号掲載:「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」258号に転載予定]で詳細に検証されている。

——とはいえ、「賃金上昇分が社会保険料負担に消えてしまう」という声は近年ますます大きくなっているようです。

二木:これに対しては入部寛氏(日本社会事業大学社会福祉学部教授・当時)が論文で検証(※4)しています。それによると、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6201円で、同じ期間の世帯主収入の増加3万3341円の18.6パーセントに留まっていました。

一方で、社会保険料は逆進的なので税金で面倒をみるべきだという大沢真理(東京大学名誉教授・経済学者)さんのような意見(※5)もあります。大沢さんが指摘するとおり、たしかに社会保険料に逆進性はあります。ただし、それは年間所得が極端に低い場合や極端に高い場合です。具体的には100万円以下の人で負担率が非常に高くなります。また、保険料は上限が決まっているので、富裕層では負担率が下がります。私は以前から「国民皆保険の主財源は保険料」と主張していますが、低所得者に対する保険料減免と保険料の標準報酬月額上限の大幅引き上げを行う必要があるとも主張しています。

つまり、普通の低所得者、中所得者層、それなりの高所得者の負担率は、大沢さんも上記論文で記しているとおおり、「中ほどでフラットである」というのが事実です。ただし、それはあくまでも客観的な事実であって、世間では政党の宣伝やメディア報道などを通じて誤解もされているようですね。

(※4 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 10-13P)

(※5 大沢真理「社会保険料 誰の負担が重いのか」:『世界』2025年9月号 95-102P)

——そこなんです、釈然としないのが。客観的な事実はそうであったとしても、負担の重さという体感的な印象にそぐわないという……。

二木：それはレトリックで、昔からあることです。たとえば、健保連（健康保険組合連合会）は以前からずっと「これ以上の負担増は無理だ」と言っていますよね。でも、健保連は大企業の健保組合です。中小企業労働者が加入する協会けんぽよりも、保険料率はかなり低いんです。しかも、協会けんぽの場合は保険者と加入者の負担割合は 50 : 50 ですが、健保組合の場合だと 60 : 40 や 70 : 30 という場合もある。

だから、ここがポイントなんです、「保険料負担が上限だ」と言っているのは要するに、企業が「これ以上は払いたくない」ということなんです。素直にそう言えばいいのに、労働者をダシにして「これ以上負担できない」というのは論理のすり替えだと私は思います。保険料を引き下げると言うと、労働者本人の負担が引き下がると思うじゃないですか。だけど、同じ額だけ企業負担も減るんです。それはちょっと、今のご時世ではよろしくないんじゃないでしょうか。

——「社会保険料の負担を下げる」という公約を、強く前面に押し出す政党もあります。

二木：保険料負担に対して人々がそういう気持ちになるのは、よくわかります。でも、昔から似たようなことはどこでも言われていましたよ。

古い話で恐縮ですが、私は 1970 年代まで東京の代々木病院に勤務していました。当時も労働組合の総会などでは、委員長や執行部が「賃金が上がっても保険料と税金が増えて手取りが増えない」と普通に言っていました。1985 年には愛知の日本福祉大に移ってききましたが、その労組でも同じことを言っていました。だけど主張の最後が違うんです。東京だと「こんな状況だから家を買えない」と言うんですが、愛知に来ると「我々も家を買わなきゃいけないからこれでは困る」と言う（笑）。

だから昔から、「給料が増えても税金と社会保険料に消えて手取りが増えない」と言っていたんですよ。そもそも、給付と負担のバランスを聞かずに「負担が重いか？」とだけ訊ねれば、8割の人が重いと回答するに決まっているじゃないですか。

【後編】

政治的右派の一部は、むしろ手厚い社会保障制度を志向する

——将来的な医療保険制度や高額療養費制度のありかたが世間でさらに広く議論されてゆくためには、世間の勤労世代と同年代の研究者たちの声をもっと必要なのだと思います。

二木：その意味では、今回の高額療養費に関する議論で伊藤ゆりさんや五十嵐中さん、安藤道人さんたち現役世代の研究者がずいぶん頑張ったと思います。彼らが自分たちの研究をベースにして声を上げたことで、世の中に伝わっていきました。たとえば「破滅的医療支出」は、言葉自体は以前からありましたが、今回の出来事で彼らが声を上げて世の中に普及させた言葉です。逆に呆れたのは、厚労省の様々な審議会等には何人ものベテラ

ン研究者たちが参加していますが、医療保険部会で高額療養費制度の引き上げが 2024 年末に話題になったとき、反対だとはっきり言った人はひとりもいませんでした。にもかかわらず、伊藤さんや五十嵐さんや安藤さんたち（相対的に）若い研究者が自分たちの研究をベースにして声を上げ、何が問題なのかを世の中に伝えてゆきました。

——〈見直し〉案の一時凍結後に再開した議論では、超党派議連が上野厚労相に手交した要望書で年間上限額を設定する案（※6）を盛り込みましたが、このアイデアはどう思いますか？

（※6 その後、12 月 8 日の専門委員会で年間上限額設定案が取り上げられ、多くの委員から賛同を得た）

二木：立派なものです、大賛成です。これは患者団体の努力に加えて、伊藤さんや五十嵐さん、安藤さんたちの努力の成果でもあると思います。それまでは、そんな話が出ていませんでしたからね。

——患者団体の要望活動がきっかけになって動き始めた超党派議連の活動は、どのような効力があるとお考えですか？

二木：効力の有無は、私にはなんとも言いようがありません。ただ、はっきりしているのは、高市総理は政治的には強硬保守のタカ派ですが、医療・社会保障政策に関しては 10 月の自民党総裁選に立候補した 5 人の候補者の中で一番まともでした。総裁選前に共同通信が行ったアンケート調査に対して、5 人の中で唯一高額療養費制度の患者負担引き上げに「反対」と回答していました。元毎日新聞論説委員の宮武剛さんも『週刊福祉新聞』11 月 22 日〈論説〉でそのことに言及し、「その姿勢を貫き、皆保険の生命線を守るため衆知を集めてほしい」と述べています。高市総理がそこまで明確に「反対」と言った以上、大幅な引き上げは政治的に難しいだろうと思います。

——総裁選の時にはそのような姿勢だったことは広く報道もされましたが、首相になると立場が難しくなることはないのでしょうか。

二木：とはいえ、11 月 28 日に閣議決定した厚労省補正予算案でも、「医療・介護等支援パッケージ」で 1 兆 3649 億円を計上しています。医師会や病院団体の求める満額ではありませんが、あれは相当の内容といっているでしょう。さらに新聞報道などでは「来年の診療報酬はプラスになる」とも早々に言い出していますよね。だから、高額療養費についても、根幹は守ると思います。

年間上限額設定による負担軽減に話を戻すと、実現可能性があるかどうかまでは私にはわからないけれども、要求としての筋はとてもいいと思います。実現するかどうかは、力関係によるところも大きいでしょうね。

——社会負担料軽減を掲げる日本維新の会との「連立」政権ですから。

二木：でも、たとえばOTC類似薬の保険適用除外は維新が強力に主張してきた項目のひとつですが、政府は保険から外さずに保険給付の枠内で患者負担を増やす方向の調整を進めているようです。保険給付の枠内で調整する方法に私は賛成しませんが、保険適用除外よりだいぶマシです。維新もおそらく組織内では一枚岩でもないだろうし、医療・社会保障に関しては彼らが高市氏の政策に対してそれほど大きな影響力を持っているようには見えません。

またしても古い話を持ち出して恐縮ですが、たとえば1960年の安保闘争の時の首相は、安倍晋三元首相の祖父、岸信介氏でした。憲法改正を主張した超タカ派の人物ですよ。けれど、その岸首相が国民皆保険実現のための新しい国民健康保険法を1958年12月末に成立させたんです。だから、政治的な右派思想とそれなりに手厚い社会保障制度の考え方は、じつは全然矛盾しないんですよ。なぜなら、右派の人たちは地域社会を大事に考えるから。だから、それこそレーガンやサッチャーのように政治思想が右派だから右派の政治家は皆、福祉や社会保障も抑制するというのは固定観念で、実際にはそう単純な話ではないんです。

——高市総理は自身も関節リウマチに罹患していることを公表し、生物学的製剤の治療をおそらく現在も継続しているだろうと思うのですが、そのような個人的経験が政府の政策にどれだけ影響するのか、気になるところです。

二木：そこについては、わからないとしか言いようがないですね。ただ、総理就任後からここまでの動きを見てみると、補正予算でも医療関係の分野を大幅に増やしたし、新聞報道などによると診療報酬もプラスの方向で進めるということだから、維新との「連立」で当初不安視されたほど大幅な社会保障の切り詰めにはならないと思います。

現在進む制度改革の議論をどう評価するか？

——制度改革という面では、保険が変わると高額療養費の多数回該当がリセットされてしまうという現行制度上の問題は、専門委員会でも再三指摘されてきました。

二木：制度上困難、というのはできないということではないんですよ。理屈は後からいくらでもついてくる。ただし、これは力関係の問題だから、どうなるのか私には予測はできません。

——高齢者の金融所得を把握して窓口負担や保険料率の算定基準に反映させる、という方向の制度改革議論も進んでいます。

二木：金融所得の把握については、私は以前から賛成です。本来は全世代でやるべきだと思いますが、高齢者に限定しているのは、技術的に手続きが簡単であることと、今は勤労世代が負担増になる政策提案を避けたいという政治的判断の両方だと思いますね。

高額療養費制度の高齢者外来特例（※7）も部分的に縮小する程度で、一気に全面廃止

するようなことにはならないでしょう。介護保険料や自己負担の見直しなども議論されているので高齢者の負担だけが大きく増えないように調整すると思います。高市総理自身が総裁選の政策アンケートで「高額療養費の自己負担を引き上げるべきではない」と言った以上、大きな負担増にはできないでしょう。

自維連立合意書では、社会保障政策の中で高額療養費にひと言も触れていませんでした。12月2日の財務省財政制度等審議会の冬の「建議」でも、社会保障・医療の項で医療費抑制や給付範囲の縮小について様々な提案をしているなかで「高額療養費制度の見直し」についてはまったく触れていません。2024年冬の「建議」では「高額療養費制度の見直し」について以下のように書いていたのと対照的です。

オ) 高額療養費制度の見直し

高齢化や医療の高度化により医療費が増加しているが、高額療養費制度により患者負担が抑えられてきたことなどにより、患者の実効負担率が低下している。高額療養費制度については、世代間・世代内での負担の公平化を図り、負担能力に応じた負担を求めることを通じ、現役世代をはじめとする被保険者の保険料負担の軽減を図る観点から、物価・賃金の上昇など経済環境の変化も踏まえ、必要な見直しを検討すべきである。あわせて、高額療養費制度の意義や仕組みについて、国民に分かりやすく周知することも徹底すべきである。〔資料Ⅱ－1－74 参照〕(P 49)

「建議」は、来年度予算編成に向けた財務省の「最大限要求」で、現実の政府の医療政策は「建議」の枠を超えて進むことはないので、このことは、少なくとも2026年度の「高額療養費制度の見直し」は、外来特例の部分的見直しなどのごく部分的なものにとどまることを示唆しています。

これは論文(※8)にも書いたことですが、2024年末の原案は患者の自己負担を段階的に大幅に引き上げる内容で、高額所得者に至っては1ヶ月の負担が25万2600円強から44万4300円強へと、19万1700円(75.9パーセント)もの負担増でした。それがそもそもの失敗です。そしてその諸悪の根源は、子ども子育て支援加速化プランの財源確保のために1.1兆円を減らすのが至上命令だったことです。それがなければ、せいぜい10パーセント程度の穏やかな引き上げ幅提案ですんでいたかもしれません。

(※7) 年間所得が一定額以下になる70歳以上の高齢者は、外来診療で支払う1年間の自己負担限度額を低く抑えられる制度

(※8 二木立「私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由」：『文化連情報』2025年4月号 28-37P)

日本社会に適合している国民皆保険制度

——「医療保険の患者負担は究極的には全年齢で廃止すべき」という二木さんの持論が現実化される日が来れば、高額療養費制度も存在する必要性がなくなっていると思います。もしもそれが実現すれば、日本の医療保険制度は〈世界に冠たる〉と自称することができるでしょうか？

二木：そのような質問をされると苦笑せざるを得ないのですが、「世界に冠たる」という言い方自体が私は大嫌いなんです。論文でも、今まで一度も使ったことがありません。

そもそも医療制度というものは、それぞれの国の歴史と文化の上に作られているものだから、いい悪いなどないんですよ。たとえばアメリカは全国民を対象にした公的医療保険制度がなく、日本的な感覚で考えるとありえないと思うかもしれないけれども、共和党や支持者の人たちは今の制度が正解だと思っていますよ。ヨーロッパでもイギリスや北欧諸国など、医療費の自己負担のほとんどない国など、いろいろな制度があるけれども、それぞれ一長一短があります。だから医療に限った話ではないのですが、〈世界に冠たる〉という表現を私は絶対に使いません。

最初にも言いましたが、給付は1973年がピークでした。その後、医療費は抑制論が強くなっていきますが、平均寿命が伸び、乳児死亡率が低くなり、2000年にはWHOの世界健康比較で日本が1位になりました。しかし、1970年代前半頃までは日本が遅れていることは常識でしたよ。今でも、国民全体でそう思っているかどうかは別にして、「世界に冠たる……」なんて言っているのは一部の人たちだと思いますよ。

ただ大事なことは、「医療・年金・介護」と並べたときに国民の信頼が一番高いのは医療です。これは事実ですよ。医療機関は、国民のほぼ全員が1年に1回くらいは受診するじゃないですか。年金は歳を取らないともらえないし、福祉も建前は全国民が対象ですが実際に利用している人はごく一部です。

——体感的にも確かにそうですね。ただ、医療保険制度は二木さんが主張する理想的な方向に変わっていく可能性が極めて少ない……。

二木：逆に、「地獄のシナリオ」になるようなこともないと思います。一番いい例が、小泉純一郎首相が2001年から5年間かけて医療分野に市場原理を導入しようとして混合診療も解禁しようとしたことがありました。今はそんなことを誰も言いませんよね。正確に言えば、一部の病院団体の幹部がチラッとすることはありますが、それでも組織としての決定や大きなムーブメントにはなっていませんよね。理由のひとつは、この20年間で日本の所得水準が下がって貧しくなっているから。格差が広がっているといってもアメリカほど極端ではないし、お金持ちだけで成り立つアメリカのようなマーケットもないんですよ。

だから、なんだかんだと言っても国民皆保険を守り、改善するしかない。国民皆保険は、医療（保障）制度の枠を越えて日本社会の統合を維持するための最後の砦になっている、というのは要するにそういうことです。国会に議席を有するすべての政党が国民皆保険制度の維持・堅持を主張しています。具体的な医療政策・医療改革に関しては政党間で様々な意見の違いがありますが、国民皆保険の維持・堅持についてのみは合意があるんです。国民皆保険制度の機能低下は、社会の分断を促進し、社会が壊れることにもつながりかねないからです。

ただし、私は今回の自民党と日本維新の会の「政権合意書」で「国民皆保険制度の中核を守る」という限定的表現が初めて使われたことはアブナイと思っています（※9）。

結論を言えば、私が考える理想的な医療保険制度の実現可能性は、いまだ道遠し、ですが、地獄のシナリオになる可能性は今言ったとおり、さらにもっと低いと思います。なぜ

ならさっきも言ったように、世論調査で国民の多くは社会保険料の負担を受けいれているし、すべての政党も国民皆保険に合意しているんですから。

(※9 二木氏の論文「高市自民党総裁の医療公約は積極的だったが 高市自維連立政権の医療政策は不透明」：『文化連情報』2025 年 12 月号 28-37P、ではさらに複眼的な検討が行われている)

——高額療養費についても、新たに方針を決定するとして 2025 年 12 月にまとめる案は、2024 年冬のものほど過激なものではなさそうです。

二木： 政府案が一度流れた、ということがやはり大きかったのでしょう。衆議院を通過した予算案が参議院へ回った後にもう一度衆議院へ回されるという、私から見ると画期的な出来事があって事実上の撤回ですから、あれは政府・厚生労働省には大きなダメージになったと思います。あれで出世が止まったお役人もきつというでしょうから。だからもう極端に変なことはできないだろうし、何かやるとしても弥縫策、というのがせいぜいのところでしょう。

西村章（にしむら あきら）

1964 年、兵庫県生まれ。大阪大学卒業後、雑誌編集者を経て、1990 年代から二輪ロードレースの取材を始め、2002 年、MottoGP へ。主な著書に第 17 回小学館ノンフィクション大賞優秀賞、第 22 回ミズノスポーツライター賞優秀賞受賞作『最後の王者MottoGP ライダー・青山博一の軌跡』（小学館）、『再起せよ スズキMottoGP の一七五二日』（三栄）などがある。

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

238 回)(2025 年分その 10 : 9 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。

○ 10 か国におけるプライマリケア医のバーンアウトの原因と影響

Gunja MZ, et al: The causes and impacts of burnout among primary care physicians in 10 countries. Commonwealth Fund, November 20, 2025. <https://doi.org/10.26099/4p0p-hk02> [国際比較研究]

プライマリケア医のバーンアウトについての調査を 2025 年 3 ~ 9 月に、次の 10 か国の医師を対象にして行った: オーストラリア、カナダ、フランス、ドイツ、オランダ、ニュージーランド、スウェーデン、スイス、イギリス (UK)、アメリカ。回答者は 10,895 人であった。

主な結果は以下の通りである。ほぼすべての国で、プライマリケア医の少なくとも 2 割がバーンアウトしたと回答しており、この割合はアメリカで一番高かった (43 %)。すべての国で、バーンアウトした医師がもっとも不満を持っているのは、事務作業 (administrative tasks) の多さであり、アメリカでは 4 割 (44%) の医師がそれがバーンアウトの主因だと回答した (最多はスイスの 65 %)。バーンアウトしたプライマリケア医で、その主因は自分たちの価値が過小評価されていることだ感じている医師はアメリカでは 17 % だったが、この割合はオーストラリアでは 36 %、イギリスでは 31 % だった。ほとんどすべての国で、バーンアウトしたプライマリケア医は自己の仕事に不満を感じ、精神的苦痛 (emotional distress) を経験し、近い将来診療を止めることを考えていると回答した。

二木コメント—プライマリケア医のバーンアウトについての初めての国際比較調査だそうで、日本で医師の働き方改革を進める上で参考になると思います。なお、The Economist 2025 年 12 月 13 日号 (紙版 35 頁) は、アメリカ欄でこの研究を「アメリカの医師はリッチで不幸だ」 (rich and unhappy) との見出しを付けて紹介していました。

○ [患者の視点からの] テレヘルス (オンライン診療) 評価における離散選択実験の使用: 体系的文献レビュー

Savira F, et al: The use of discrete choice experiments in evaluating telehealth: A systematic review. Health Policy 161 (November 2025) 105421, 15 pages [文献レビュー]

テレヘルスに関連した離散選択実験から得られるエビデンスが増加している。離散選択実験はテレヘルス・サービスのデザイン、評価、実施と政策に価値ある知見を提供する。本レビューの目的は、離散選択実験を用いて、消費者のテレヘルスに対する選好 (preferences) を評価した諸研究を検証することである。5 つの医療・学際的データベースを用いて、2024 年 4 月 4 日までに公開された文献を検索した。灰色文献の検索、手作業での検索、及び各論文の文献欄に載っていた文献も検索した。2832 論文をスクリーニングし、

最終的に選択基準に合致した 52 論文を選んだ。大部分の研究は患者の視点から行われており (n=47/52, 90 %)、幅広い人口と場をカバーしていた。質評価が可能だった論文のうち、68 % (n=23/34) は良質、残りは中等度と評価された。

対面診療とテレヘルスを比較した研究では、総じて対面診療の方が好まれていた。テレヘルスは、もしそれがより安い費用で提供され、待ち時間を減らし、包括的医療提供の一部である場合には、好まれる傾向があった。テレヘルスは若い患者や医師、デジタルに強い患者、重症でない患者、及びスティグマのある疾患の患者に、好まれる傾向があった。結論的には、一般的には対面診療が好まれるが、テレヘルスは費用を減らし、待ち時間を短くし、包括的医療に統合されている場合は、患者は対面診療より優れているとみなすと言える。

二木コメント—患者の視点からのテレヘルスの選好についてのバランスのとれた文献レビューで、結果もよく理解できます。52 論文の詳細な一覧表も付いているので、テレヘルスの研究者必読だと思います。ただし、患者の評価についての文献レビューなので、テレヘルスが実際に「費用」を削減するか否かは検討していませんし、「費用」が何を指すのかの説明もありません。

○【アメリカの】メディケアにおける価値に基づく支払い：進歩、課題と将来展望

Figueroa JF, et al: Value-based payment in Medicare: Progress, challenges, and future directions. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 50(6):1059-1079,2025[総説]

アメリカは、世界で一番医療費が高いにもかかわらず、主な健康アウトカムでは他の高所得国の後塵を拝している。過去数十年間、この費用とアウトカムとの切断は、「量」よりも医療の「価値」の促進に焦点を当てたさまざまな国レベルでの改革を生んできた。本論文では、アメリカの特にメディケアにおける、価値に基づく支払いの試みの経験を概観する。

先ず、以下の 4 種類の価値に基づく医療パラダイムの概略を示し評価する：病院等の治療成績等の公開プログラム (public reporting programs)、成果に基づく支払いモデル (P4P)、エピソードに基づく支払いモデル (特定の疾患の治療の開始から終了までの一連の過程 (エピソード) に対する包括払い)、人口ベースの支払いモデル (アカウントブルケア組織 (ACA) 等)。すべてのモデルで、費用削減と質の向上の両方の達成という点で成功と失敗が入り交じっている (mixed success)。エピソードに基づく支払いと人口に基づく支払いのいくつかは多少の (modest) 費用削減を生んだが、価値に基づく医療改革の全体の効果は最適とは言えない (sub-optimal) レベルにとどまっており、しかも多くのモデルは既存の健康格差を悪化させるという予期せぬ副作用も生んでいる。これらのエビデンスを踏まえ、モデルの改善策を示す。

二木コメント—アメリカで、特にオバマケア (ACA) 施行後、さまざまに試みられている「価値に基づく支払い」についてのバランスのとれた総説です。ただし、私は、以前からこの用語について強い疑問を持っています。本論文でもそれは、「患者アウトカムを最大化すると同時に費用を削減することを目指す支払い」と説明されていますが、これでは伝統的な医療の経済評価 (費用効果分析) との違いが分かりません。

<医療におけるP E（プライベート・エクイティ）等：5 論文>

○医療へのプライベート・エクイティを規制するための政策オプションには何があるか？

高所得 7 か国で実施されたか検討されている政策のレビュー

Tracey M, et al: What are the policy options for regulating private equity involvement in health care? A review of policies implemented or considered in seven high-income countries. Health Policies 156 (June 2025) 105312, 10 pages [政策研究・質的研究]

過去 20 年間、医療におけるプライベート・エクイティ（株式非公開。以下、P E）投資が相当増加した。その支持者は、P Eは医療サービスを最適化し改善できると主張するが、その批判者はこれら企業のビジネスモデルは医療提供の社会的価値規範と相容れず、医療制度と患者に有害な影響を与えていると警告している。しかし、地方政府(subnational government)、中央政府及び超政府(supranational government)がP Eの活動をどの程度、いかに規制しようとしているかは明らかにされていない。本研究の目的は、医療におけるP E活動を規制するために実施されたか提案されている政策オプションの事例を見だし、規制者に有用な政策オプションを引き出すことである。

ナラティブ・レビューにより、高所得 7 か国（カナダ、ドイツ、フィンランド、フランス、アイルランド、オランダ、アメリカ）で提案されたか実施された政策手段を見だし、ミルトン・フリードマンの政府規制の分類とアベディス・ドナベディアン（Donna B. DiMatteo）の医療の質の 3 分類（構造、過程、アウトカム）に基づく枠組を用いて、それらを分類する。各国でP Eの活動に対処するために提案されたか、実施されたいくつか政策オプションの事例を見だし、それに基づき政策オプションを、情報公開(disclosure)、規制（経済的規制、プロセス規制、アウトカム規制に細分類）、禁止に分類した。介入の大半は情報公開(disclosure)と分類され、アウトカム規制に焦点を当てていたのは 1 つだけだった。以上の結果は、いくつかの国は医療におけるP Eの役割に直接対処するための政策介入の開発を始めているが、他の国々はP E活動に限定した規制は行っていないことを示唆している。

二木コメント—欧米の 8 か国の研究者の共同研究で、タイトルは非常に魅力的なのですが、中身はやや期待外れです。それでも、P Eの医療分野への参入に対する実効的な規制は、世界的にもまだほとんど手がついていないことは分かります。7 か国におけるP E規制の一覧表は、この分野の研究者に有用と思います。ただ、私には、原理的には政府規制を全否定するフリードマンと医療の質評価の枠組みの創始者のドナベディアンの「接ぎ木」は???です。

○ [アメリカの] プライベート・エクイティ所有のホスピスは他の所有モデルと比べて利益がもっとも多く、[直接] 患者ケア費用がもっとも少ない

Soltoff A, et al: Private equity-owned hospices report highest profits, lower patient care spending compared with other ownership models. Health Affairs 44(10):1235-1243,2025 [量的研究]

アメリカのメディケアは 1982 年にホスピス給付を始め、当初は小規模の非営利ホスピスが多かった。その後、営利企業が所有するホスピスが急増し、そのシェアは 2000 年に 30 %、2022 年には 75 %以上になっている。しかし、営利企業所有ホスピス間の財政的アウトカムはほとんど知られていない。2022 年のメディケア費用報告を用いて、以下の 4 種類のホスピス所有モデルの収入・支出データを比較した：プライベート・エクイティ（株式

非公開。以下、PE)企業、株式公開企業（以下、公開企業）、その他の営利企業、及び非営利組織。

諸要因調整済みの分析により、非営利ホスピスは3種類の営利ホスピスと比べて直接患者ケアにもっとも多くを費用を費やしており、これは看護・介護職員の給与の多さのためだった。PE 所有ホスピスは、4種類のモデルの中で、一番利益（率）が多く、直接患者ケアと給与以外の管理サービスの費用が一番少なかった。調整済み純利益（患者1人・1日当たり）は、PE 所有 15.2 ドル、公開企業所有 3.3 ドル、その他の営利企業所有 11.5 ドル、非営利所有 2.9 ドルであり、調整済み総利益率(total margin) はそれぞれ、7.6 %、1.2 %、5.7 %、1.5 %だった。他面、PE 所有ホスピスは、居室・食事(nursing facility room and board) 関連の収入と費用が最も高かった。以上の差はすべて統計的に有意だった。この結果は、PE 所有ホスピスが居室・食事提供を効率化する一方、直接的患者サービスへの投資を制限するとの明確な運用戦略を持っていることを示唆している。

二木コメントー営利ホスピスと非営利ホスピスとの比較研究は今までもありましたが、営利ホスピスを細分して比較し、PE 所有ホスピスの利益率が飛び抜けて高く、その主因が直接患者サービス費用の少なさであることを示した点に本論文の新しさがあると思います。

○【アメリカの】プライベート・エクイティに買収された【眼科】診療所における医師の離職

Singh Y, et al: Physician turnover increased in private equity-acquired physician practices. Health Affairs 44(3):280-287,2025 [量的研究]

プライベート・エクイティ（株式非公開。以下、PE）企業による医師診療所の統合（買収）は加速しており、PE が短期の利益を強調することが医師の離職を促進し、それが医療の継続性に影響するのではないかと懸念が強まっている。この問題は重要だが、PE による買収が医師離職に与える影響についてのエビデンスは限られている。2014-21 年の臨床家レベルのデータを診療所買収データとリンクし、差の差分法を用いて、この間に PE に買収された 200 眼科診療所（臨床家 1980 人）における買収後の医師の雇用と離職を検証した。

コントロール群と比べて、PE に買収された診療所は、買収後の3年間で臨床家総数が 46.8 %増加していた。この増加は、眼科医 (30.7 %) と検眼師 (36.2 %) の増加が駆動していた。PE による買収は医師の離職も増やしており、買収後1年以内の離職は、非買収眼科診療所に比べて、13 ポイント、265 %増加していた。なお、年齢別に見ると、臨床家の置換率(replacement ratios)は PE に買収された診療所、買収されなかった診療所とも、若手医師で高かった。以上の知見は、PE による診療所の買収がいかに医師の雇用と労働の安定性を変えているかを明らかにしている。

二木コメントー PE による診療所買収では、眼科診療所が特に多いことは先行研究で示されていますが、それにより医師の離職が増えることを定量的に示したのは初めてだと思います。なお、日本語では統合と買収は（言葉の上では）区別されていますが、本論文では consolidation と acquisition は同義で使われており、私の経験では他の英語論文でも同じです。日本では clinician は臨床医を意味しますが、アメリカでは医師以外の開業資格のある医療

専門職（nurse practitioner, physician assistant 等）も含んでおり、本論文でも clinician に眼科医と検眼師(optometrist)の両方を含んでいるので、医師と区別して「臨床家」と訳しました。

○アメリカの医療保険市場における共通株主所有と競争の抑制：定量的分析

Smith K: Common institutional ownership and the erosion of competition in the American health insurance market: A quantitative analysis. Health Policy 156(June 2025) 105316, 8 pages. [量的研究]

実証研究は巨大機関投資家とプライベート・エクイティ・ファンドが同一産業内の複数の公開株式会社の相当の株式を所有する共通株式所有(common institutional ownership)は反競争的行動につながる可能性があることを示している。2010年にオバマケア法(ACA)が成立し、同法により医療保険交換所(health insurance exchange. marketplace も同義)が創設され、アメリカ人はそこで医療保険を直接購入できるようになった。医療保険交換所の医療保険にも共通株主所有があるため、それがこの市場の競争レベルに影響する可能性がある。

本論文は、共通株主所有がアメリカの医療保険市場の競争に与える因果的効果を評価する。(研究方法は専門的なので省略)。その結果、共通株主所有の1標準偏差上昇は、特定の医療保険の1月当たり保険料を7.7%上げることが示された。この所見は、複数のモデルを用いて計算しても頑健であり、共通株主所有は医療保険交換所における競争を抑制していることを示唆している。

二木コメント 日本の公的医療保険と異なり、アメリカでは、半公的性格のある医療保険取引所でも、民間医療保険の保険料率への公的規制はないため、各医療保険の共通株主所有により、保険料が上昇することを実証した、「通向け」の研究です。タイトル中の"erosion"は「侵食、崩壊」という強い意味ですが、本文の用語(reduce)を踏まえて「抑制」と訳しました。私の経験では、特にアメリカの論文では、読者の注目を引くために、タイトルに本文では使っていない「強い」表現が使われることが少なくありません。

○アメリカの在宅医療組織の買収がケアの質に与える影響の探究

Winberg D, et al: Exploring the impact of acquisition on quality of care among US home health agencies. Health Services Management Research 38(4):211-218,211-218, 2025 [量的研究]

アメリカとヨーロッパで、在宅医療産業の統合、M&Aが急増している。それによる競争の減少はケアの質に影響を与えたとの懸念を生んでいる。本研究は、重み付けをした時差式の差の差分法(複数のグループが異なるタイミングで施策(介入)を受ける状況において、その施策の因果効果を測定するための統計手法)を用い、アメリカ全土の10,184在宅医療組織を標本として、その買収がケアの質に与える影響を検証する。2018-2022年の3つの公的統計を用いて、臨床的アウトカム、組織プロセス指標、および患者エクスペリエンス(それぞれ3指標)を調査した。

その結果、買収後、組織プロセス指標は1.07ポイント改善したが、アウトカムと患者エクスペリエンスには有意の変化がなかったことが示唆された。この知見は、在宅医療組織の統合は組織プロセスを多少改善する可能性があるが、患者への便益はほとんどないことを示唆している。

ニ木コメントー病院やナーシングホームの買収、統合、M&A の影響についての研究は多数ありますが、在宅医療組織のそれについての研究はほとんどなく貴重と思います。ただし、数字の洪水的論文です。なお、本論文は PE には触れていません。

補足

○ [アメリカの] メディケアでのアドバンス・ケア・プランニング (ACP) に対する支払い：死亡直前のケアと費用 [と死亡] への影響 ※ 2024 年発表

Chen AJ, et al: Paying for advance care planning in medicare: Impacts on care and spending near end of live. Journal of Health Economics 98 (2024) 102921 [量的研究]

アメリカでは、終末期の費用の総医療費に対する割合が大きくしかも増加しており、これは死亡しつつある患者に対する疑問の余地のある強力な (aggressive) 医療がしばしば行われることを反映している。本論文は、新規な操作変数法を用いて、終末期患者に対するアドバンス・ケア・プランニング (ACP) – 医療のゴールについての患者の選好を討論し、記録するプロセスに対するメディケア給付の医療利用、費用及び死亡アウトカムへの因果効果の検証を、全国レベルで初めて行う。なお、メディケアは 2016 年 1 月から ACP 給付を始めている。

その結果、メディケア給付を請求した ACP サービスは、1 年間のホスピスの利用と費用を相当増やし、それに伴い 1 年間の死亡も増えたことを見いだした。ACP サービスのホスピス利用・費用に対する影響は、認知症患者と社会経済的地位の低い患者で特に顕著だった。死亡者では入院は有意に少なく、死亡前 30 日以内の総医療費、入院費用も有意に低かった。ACP を受けた患者の死亡前 30 日間の医療費は、受けなかった患者と比べて 17 % (3059 ドル) 低かった。以上の知見は、ACP に対するメディケア支払いはメディケアの終末期患者のホスピス利用を改善する効果があり、それに伴い (おそらく意図された) 1 年間の死亡の増加をもたらすことを示唆している。

ニ木コメントーACP サービスを保険給付に加えることにより、総医療費が削減でき死亡も増えること、その影響は認知症患者と社会経済的地位の低い患者で特に顕著であることを、精緻な計量経済学的分析でストレートに示した、なんともアメリカ的研究です。2024 年発表ですが、日本ではまずありえない研究と思い紹介します。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 252)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○**熊本史雄**（駒沢大学教授。『外務官僚たちの大東亜共栄圏』（新潮選書）で、第 25 回大佛次郎論壇賞を受賞。周囲の歴史家から「誰よりも深く、広く史料を読んでいる」と評される）**「歴史家として、上から目線の後知恵ではなく、同時代的に追体験していく感覚を養いました」**（「朝日新聞」2025 年 12 月 24 日朝刊）。**二木コメントー**私も戦後医療史の論点を検証するとき、公式資料だけでなく、当時の関係者の講演録、インタビュー、座談会、エッセー等も読み、彼らの本音を調べることにしているので、大いに共感しました。

○**加藤陽子**（東大教授・日本近代史）「蓄積された膨大な既存データをふまえて蓋然的な結論を導くのが A I の得意分野だとすれば、**既存の概念を飛び越える跳躍台を用意すればよい**のではないかと。その跳躍台の一つとしてお勧めしたいのが S F であり、いま一つが**超長寿の方々の思考に触れること**、これである。要は、**時代を媒介として揺さぶりをかけていく**という魂胆だ」（「毎日新聞」2025 年 12 月 20 日朝刊、直木孝次郎『歴史学者と天皇・戦争』の書評）。**二木コメントー**私はこのような視点から S F を読んだことはありませんが、超長寿の研究者の伝記は、同じ視点・目的から、よく読んでいます。

○**武田真一**（フリーアナウンサー）「しゃれた修飾語がなくても、心に落とし込んだ言葉があればいい。**どれだけ自分の心や腹に落とし込んだファクトを話すことができるかが大事だ**と思っています。言い替えば、**本当に思っていること以外は口にしない**」（『AERA』2025 年 12 月 22 日号：14 頁）。**二木コメントー**私も、『90 年代の医療 「医療冬の時代」論を越えて』（勁草書房、1990 年）の「あとがき」（218 頁）で、「**一切のタブーにとらわれず、事実と“本音”を語ることにした**」と宣言して以来、36 年間、それを実行しているので、大いに共感しました。

○**武田真一**「**自分の思いを伝えるために『一人称』も意識しています。**たとえば戦争を伝える報道番組で（中略）一人称で『私はこの戦争の記憶をこれからも伝えていきたいと思っています』と言います。**もちろん言葉への責任も生じますが、伝わり方が強くなります。**これは今すぐ意識しています」（同上）。**二木コメントー**私も、個人として発言するときは絶対に「私たち」、「我々」は使わず、「私は」と述べる（書く）ことにしているので、大いに共感しました。大学教員時代にも、学生や院生に、卒業論文や修士・博士論文を書くとき、「私」と書くように指導しました。

○**櫻川昌哉**（慶應大学名誉教授。経済学者）「**大学を定年で辞め、常に何かを書く人生に変わった。教えるのも悪くはないが、書いているのは至福のひとつ**」（「読売新聞」2025 年 12 月 28 日朝刊、『読書委員』、この 1 年）。**二木コメントー**私も 2018 年 3 月に日本福祉大学を定年退職した直後に、似た感覚を持ちました。ただし、今でも「至福のひとつ」の心境には達しておらず、「**苦楽しい**」（遠藤周作。本「ニューズレター」78 号（2011 年 1 月）で紹介）レベルです。

○**五木寛之**（作家。1932 年 9 月生まれの 93 歳。現在も、第一線で精力的に執筆活動を継続し、NHK ラジオ深夜便の「五木寛之のラジオ千夜一話」等にも出演）「**長くやるということも、1 つの価値だ**と思うんですよね。**長く続けるってことは、本人がそれをやれるという能力とか才能の問題だけで**

はなくて、時代との向き合い方だの、それが時代に受けてもらえるかどうかという問題もあると思うんです」(NHK ラジオ第1放送「ラジオ100人インタビュー」、2026年1月1日5:05放送(2025年3月放送の再放送)。**二木コメント** 私が『文化連情報』と『日本医事新報』の連載を長く続けられているのも、編集者と読者の支えがあるのだと感じ、心を新たにしました(『文化連情報』の「二木教授の医療時評」は2004年10月号(319)から、『日本医事新報』の「深層を読む・深層を解く」は2010年4月1日号(4636号)から始めたので、今年でそれぞれ23年目、17年目になります)

○不破哲三(本名：上田建二郎。日本共産党前議長、現役引退後も党の理論的支柱として現実路線への転換を進めた。2025年12月30日死去、95歳)「僕はもう体力はないけれど、頭を使って人類が幸福になるための仕事をするために働きたい」(「朝日新聞」2025年12月31日朝刊。志位和夫議長が、亡くなる数日前にこう語っていたと聞いたと明かす)。**二木コメント** 95歳で亡くなる数日前まで、不破さんが高い志を持たれていたことに敬服しました。これを知って、不破さんが2011年＝81歳時に書いた次の言葉を、生涯貫いたことに感銘を受けました。

○不破哲三「それまでは委員長や議長を務めたあとは、党中央の活動から離れるのが普通だったのですが、私は、**知力と体力がある限り、しかるべき場所で力を尽くすのが義務**と考えていました。だから、前例のないことですが、みんなに相談し、党常任幹部会の一員として活動することにしました」(『時代の証言』中央公論社、2011年、217頁)。

○名越究(島根大学医学部環境保健医学講座教授。25年間勤めた厚生労働省を2020年に辞め、現職に就く)「主流にいらなくても、本質を衝いた仕事は続けられます」(『COML』414号：1頁、2025年2月15日)。**二木コメント** 私にとってこんなことは自明ですが、厚生労働省OBが述べるのを読んで、同省勤務時代によほど苦い経験があったのだと推察しました。

<その他>

○シェークスピア「これからは、言うべきだとされている言葉ではなく、感じたことを語ろう」(「中日新聞」2025年12月30日朝刊社説「悲劇の幕が下りる前に 年の終わりに考える」。「リア王」の最後の場面で、生き残った者たちがこの国の再建を誓ったと、紹介)。**二木コメント** 私は、ふだんは各紙の「社説」はあまり読みませんが、この社説は心にしました。

○安川健司(日本製薬団体連合会会長、アステラス製薬会長)「我々は営利団体。慈善のボランティアではなく、多くは株式会社」、「短期では5%以上のROE(自己資本利益率)が達成されないと、経営者または会社そのものが存在することが不適切とシグナルを世界中に出されてしまう」、「**経済的に恵まれない方にどう手を差し伸べるかは、全く別の社会問題で、”2列後”の厚労(省事務方)の方々に考えていただくようなアジェンダ**」(「シルバー新報」2025年12月19日号の「時評風評」欄が、2026年度薬価制度改革に向けて行われた中央社会保険協議会の業界ヒアリングでの「”奔放な”発言が波紋を広げた」と報じた。これに対し、江澤和彦委員(日本医師会常任理事)は、「医療保険制度をどう維持するかは、我が国にとって最大の問題。『2列目以降の人がお考えになることだ』と、**第三者的におっしゃったのは非常に残念**」と述べた)。**二木コメント** これはもちろん「名言」ではありませんが、大企業トップが本音をこれほど「明言」したことは珍しいと感じ、紹介します。

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56回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」94号（2025年12月12日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私の選り好み

A. 論文の書き方・研究方法関連

○岡本裕一朗『思考実験大全』イースト・プレス、2025年9月。

…西洋の古典哲学から2025年に発表された「AI 2027」まで、古今東西の100の広義の思考実験（鋭く現実を切り取る問いや思考実験的な着想）を、それぞれ「エピソード」と「解説」の2部で紹介。全5章、567頁の大著なので、著者自身が「面白そうな部分をブックアップして読んでいただくことをおススメ」している。一種のオタク本。

○秋山仁『数学者に「終活」という解はない』講談社＋α文庫、2025年10月。

…世界を股に掛けて数学の研究と教育に邁進してきた著者が80歳を前にして書き下ろした自分史で、「40～70代頃の出来事を通じて得た教訓や戒めを恥を忍んで綴る」（20頁）。終章を含めて全8章。私（二木）との最大の共通点は「他人と比較しない」こと（44頁）。各章の見出しは、すべて著者お気に入りの名言・格言（第1章冒頭の見出し「努力は報われず、正義は滅びる。されど挑戦の日々」だけは著者の自作）。元気が出る本だが、コロンブスの評価はナイーブすぎると思う（第6章。コロンブスのアメリカ大陸「到達」が、その後の、スペイン等による、現地の人々の迫害・虐殺、帝国の滅亡の引き金になったことにまったく触れていない）。一番印象的だったのは、長寿で生涯現役を貫かれた日野原重明先生も、死の1年くらい前から「死ぬのは怖い」、「死にたくない」と時々漏らしていたことを紹介していること（220頁）

○佐藤信編『オーラル・ヒストリー入門』ちくま新書、2025年10月。

…分野横断的に若手が集まった「インターネット時代のオーラル・ヒストリー」研究会の成果、全8章。第1部「オーラル・ヒストリーの基本形を学ぶ」で、「話し手の口述によること」「共有可能にしようとしていること」「話し手が歴史的事実を語り残そうとしていること」の3点を実現するための具体的手順を示す。第Ⅱ部「オーラルヒストリーを実践する」で、様々な人々（市井の人、地域で暮らすお年寄り、美術家、政治家、官僚、外交官）への実際の聞き取りの様子を紹介し、それぞれの領域での面白さと苦労と工夫を示す。実際の依頼状（34頁）や「オーラルヒストリーのための聞き取りに関する合意書」（279頁）等を示すなど、実践的・具体的なガイドに徹しており、オーラルヒストリーだけでなく、インタビュー調査・事例調査等を予定している者も必読と思う。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○榎木英介『病理医が明かす死因のポイント』日経プレミアシリーズ、2021年。

…フリーランス病理医が、一般読者向けに、「死にゆく人間の体で一体何が起きているのか、死という自然現象とはどのようなものかを、[たくさんの事例を紹介しながら一二木]

医学的、生物学に」分かりやすく解説。ただし、死の社会的側面（例：孤立死の増加や死に場所の変化）についての記述はない。

○山岡淳一郎『ルポ薬漬け 医療とビジネスの罟』地平社、2025 年 5 月。

…2013 年に軽い不眠のために精神科クリニックを受診し、安易に向精神薬を処方されかけた体験を契機にして、日本の「薬漬け」について多面的な取材を行ってまとめた迫力あるルポ。終章を含めて全 6 章。第 1 章で、巨大製薬会社のマーケティング戦略に焦点を当て、終章で「製薬ビジネスに翻弄される行政」を批判。

○大沢真理『社会保険料 誰の負担が重いのか』『世界』2025 年 9 月号：95-102 頁。

…著者は、2024 年衆院選や 25 年参院選で「負担の軽減」が叫ばれたが、「誰の」負担なのかが明確にされず、「現役世代」と高齢者とがことさら対置されたことに違和感を持ち、「生活保障システム」という視点から、この違和感の背景にある以下の事実認識を述べている。

①税・社会保障制度の国際比較では、日本は所得再分配の効果が低く、負担でも給付でも富者が厚遇（貧者が冷遇）されている。②日本ではいくつかのグループでは、政府による所得再分配が貧困をかえって深めているおそれさえある（「社会保障の逆機能」）。③日本では 1990 年以来、社会保険料負担の規模（対 GDP 比）が着々と高まり、政府の税制調査会ですら、個人所得課税と社会保険料を合わせた「実効負担率」についてみると、「負担構造の累進性は主要国中、最も緩やかとなっている」と明言している。④当初所得に対する負担率のグラフを見ると、**なかほどでフラットであるとはいえ**、左端（100 万円未満）で非常に高く、右端（800 万円以上）で低い。その上で、著者は、このような「構造をそのままにして、負担をおしなべて軽減したり、わずかな定額給付をおこなっても、もっとも生活に苦しんでいる人々に支援は届きにくい」と指摘し、「高齢者の貧困を放置すると、つけを払うのは現役世代や若者なのである」と結ぶ。

なお、「社会保障の逆機能」は著者の十八番概念だが、本論文では、その「給付面では、医療・保育・介護などのサービス給付を含まない」（つまり現金給付のみ）ことが明記されている。私はこれらを含めると、「社会保障の逆機能」はごく限定的になると思う。また、本論文は、ヨーロッパ諸国に比べて低い企業の社会保険料負担には触れていない（著者によると、紙数の制約のためとのこと）。

○菊池馨実「新政権下での社会保障の行方」『週刊社会保障』2025 年 11 月 11 日号：28-29 頁。

…タイトルは魅力的だが、10 月 20 日の自民・維新合意文書と 10 月 24 日の高市総理大臣所信表明演説の記載、及び厚生労働省で議論している課題をなぞっただけ。In a word, 手抜き (corner-cutting, shoddy, lazy)。

○三原岳「地域医療連携推進法人の現状と今後を考えるー『連携以上、統合未満』で協力する形態、その将来像は？」「ニッセイ基礎研究所」2025 年 10 月 28 日。

https://r34.smp.ne.jp/u/No/7459242/E05KAEEAektID_37018/459242_251111004.html

…「ジワジワと広がっている」地域医療連携推進法人制度の概要・創設経緯・現状を概括

した上で、「好事例として報告されいる取組」を紹介し、同法人のメリットと弱みを指摘し、「今後の展望」を述べる。三原氏は、同法人の「人口減少を見据えた『撤退戦』での活用」について検討し、今後「一段のテコ入れ策」として「活用することは検討に値する」と主張。文献・資料は卒なく紹介しているが、全体として＜座学＞の印象を受ける。

○千田敏之「地域医療連携推進法人の現在地（前編）（後編）」『日経ヘルスケア』2025 年 11 月号：72-77 頁、同 12 月号：68-75 頁。

…（前編）では、制度がスタートしてから 8 年半経った「地域医療連携推進法人」の最新トレンドを、同誌 2023 年 8 月号の特集「活用広がる地域医療連携推進法人」で示した「地域別・連携形態別の分類」に沿って、以下のように紹介：①ますます進化する垂直連携型、②病院の再編・統合のための連携推進法人続々、③地域の実情に合わせた多様な水平連携型が登場、④特定機能病院見直しで大学病院の取り組みが増える。千田氏は、④が「今後のトレンドとして注目される」と予測。千田氏は、同法人の構想段階から継続的に取材しているベテラン医療ジャーナリストで、今回の記事も多く法人の取材に基づいており、臨場感がある。

（後編）では、経営環境の厳しさを乗り切るため、「ツールの 1 つである地域医療連携推進法人制度を活用する 5 つの事例」を紹介：①信州松本ヘルスケアネットワーク（長野県松本市。相澤病院を核にコスト削減と人材の交流・有効活用に取り組む）、②神戸圏域放射線治療共同利用組合（がん治療の集約化の流れに沿い、放射線治療の共同利用に特化）、③東葛南部メディカルアライアンス（千葉県船橋市。似通った医療機関同士の水平連携型）、④浜松アカデミック・メディカル・アライアンス（国立大学法人（浜松医大）が参加する初めての地域医療連携推進法人）、⑤日本海ヘルスケアネット（山形県酒田市。公立・公的と民間という設立母体の違いを超えて、密度の濃い事業連携を実現）。

なお、最近では、厚生労働省が地域医療連携推進法人育成に舵を切り、法人数を 200 に持っていこうとしているとの大胆な言説（第 24 回日本医療経営学会学術集会・蔭山裕之氏）も聞かれるが、厚生労働省の桑原寛医政局医療経営支援課医療法人支援室長は、（前編）のインタビューで、「元々、認定数を増やすことを目的としてはいない」と明言し、同制度開始時の「一つの選択肢」というスタンスを堅持（？）している。この点は、財務省が「地域医療連携推進法人の普及促進」を主張しているのと、一見対照的（財政制度等審議会の 2025 年秋の「建議」（2025 年 12 月 2 日）39-40 頁）。ただし、「建議」も「地域医療連携推進法人は、有力な選択肢の一つとなり得る」とやや抑制的に書いており、両省のスタンスに大きな違いはないとも言える。

○武田俊彦「医療費増大の”主犯格”として抑制手段に使われてきた薬価改定 薬剤費以外の論点に向き合うとき（FOCUS 医療政策の論点を追う～医療の未来を見つめて～第 4 回）医薬品は医療費増加の最大要因なのか」『QOL VIEW』2025 年 10 月号：24-27 頁。

…石破首相（当時）の国会答弁をはじめ、高額医薬品が医療保険制度を持続できないものにしていくと言説を、以下の 3 つのファクトを示して明快に否定。①石破首相も言及したキムリアの薬価は確かに高額（3349 万円）だが、患者数はごく少ないので、年間費用は 72 億円で、年間の医薬品給付額の 0.1 %にすぎない。②國頭英夫医師は、2016 年にオブジー

ボの薬剤費は年間 1 兆 7500 億円になると発言して関係者を震撼させたが、その後薬価は連続的に引き下げられ、実際の年間薬剤費は 1000 億円台で推移している。③ 2015 ～ 2024 年度までの 9 年間で国民医療費は約 6 兆円増加したが、その間に薬剤費（医療用医薬品の市場）は 0.4 兆円しか伸びていない。

※本論文のサワリのデータは、**薬価流通政策研究会・くすり未来塾「医療先進国としての明るい未来を目指して～提言XIII」**（2025 年 9 月 30 日。ウェブ上に公開）にも掲載（武田氏はこの「塾」の共同代表）：<https://kusurimirai.com/news/2112/>

○吉田恵子「ドイツ医療の営利化と改革（上）（中）（下）」『文化連情報』2025 年 9 月号：40-44 頁、10 月号：27-31 頁、11 月：43-47 頁。

…ドイツ在住の著者が、ドイツの医療と医療政策の最新動向を、文献だけでなく、「知人の体験談」や州での実地調査も紹介しながら報告しているので、臨場感がある。各回のトピックスは副題に示されている：（上）「入院 1 件ごとの包括払い制度導入で起きたこと、（中）「営利主義脱却を目指し、制度改革」、（下）「外来医偏在対策に、アクセス制御の動きも」。

私は特に以下の記述に注目した：「医療の営利化傾向は、営利だけでなく非営利病院でも起きている」（上）、「G-DRG はこれまでも何度か修正され、その度に入院一件当たりの報酬支払いの性格を弱めている」（中）。例：2020 年から、病院看護職員の人件費が切り離され別枠で支払われるようになった。2024 年の法改正で、包括払いの割合は従来の 40 % に縮小され、残りは誰も入院していなくても一定額が支払われる「維持包括報酬」で賄われることになった）。ドイツは制度上は患者は家庭医の紹介なしに専門医を自由に受診できるが、専門医は常に混んでおり、「患者の 25 %は 30 日以上待たされる。これに比べ、国民の 1 割にあたる民間保険加入者の待機時間は短い」（下）。

○田中耕太郎「ドイツの病院再編と診療報酬制度の大胆な展開」「比較社会保障研究室（コータローの社会保障塾）」2025 年 12 月 1 日アップ。<https://ktanaka-ssri.net/archives/593>

…ドイツで 2021 年に成立した社会民主党・緑の党・自由民主党の 3 党連立政権（当時）の下で 2024 年に成立した病院医療提供体制とその診療報酬支払い方式の大胆な改革（「病院透明化法」と「病院医療改善法」の 2 法）について詳述。病院透明化法では病院レベルの体系化が行われ、病院医療改善法では、DRG の功罪を踏まえた「DRG の限定と準備状況に応じた支払い方式の導入」が行われた。「大学病院の地域医療における要となる位置づけの明確化」は日本の最近の医療法改正（2025 年 12 月成立）と似ているが、「病院の提供する医療レベルに応じた体系化」により、病院は「原則として州当局により割り当てられたサービス群の提供しか提供できず、またそれに対応した診療報酬の請求しか認められなくなる」ことは、日本の地域医療構想・診療報酬体系とは全く異なる。

○特集「赤字経営脱却 危機的状況からの経営改善」『病院』2025 年 12 月号：916-945 頁。

…赤字経営からの脱却を目指し、経営資源の最適化、コスト削減、収益向上のための具体策を検討し、実際に経営改善を成し遂げた以下の 4 病院の事例報告：脳血管研究所三原記念病院、大川原脳神経外科病院、熊本託麻台リハビリテーション病院、三郷中央総合病院。

○佐藤敏信「財務省資料とChatGPT-5.1（門前雀羅 24）」『週刊社会保障』2025 年 12 月 8 日号：34 頁。

…財務省は、2025 年 11 月 11 日の財政制度等審議会財政制度分科会に提出した「資料 3（社会保障②）」の 45 頁で、「専門職国家試験の合格率」図（2012 ～ 2024 年）を示し、「医師国家試験の合格率は 90%前後と、他の専門職国家試験と比べても高い水準で推移」していることを問題視して、「仮に**定員数の抑制が進まない場合には、国家試験の合格率により医師の供給数をコントロールすること**も含めあらゆる選択肢を検討すべき」との【改革の方向性】（案）を示した。

佐藤氏は、高橋泰氏（国際医療福祉大学教授）と並んで、ChatGPT を駆使して、医療政策の分析・提言をしている双壁。財務省の提出資料が「ツッコミ満載」とした上で、上記記述に限定して、ChatGPT に解説してもらった答えを全文紹介している。答えはまず「この比較は乱暴である」と明言し、その理由を理路整然と述べている。「医学部は…入学そのものが『合格率調整装置』として働いている。そのうえ、入学後も…複数の関門があり、国家試験の前までに相当数がふるい落とされている。従って、医師国家試験の合格率が 9 割前後で推移するのは、受験者がすでに厳しく絞り込まれた結果にすぎない」。以下略。そして、最後を以下のように結んでいる。「合格率という”表面的な数字”だけを比較するような議論は、かえって財務省提出資料の他の箇所における信頼性を損ねるのではないかと危惧する」。

私は、この数年、財務省の事実分析能力と政策提言能力が劣化していると感じていたが、そのひどさに驚くとともに、ChatGPT がここまで優れた回答をすることに驚嘆した（佐藤氏によると、的確な回答を引き出すコツは質問（プロンプト）を工夫すること）。なお、12 月 2 日に取りまとめられた財政制度等審議会「建議」には、さすがに上記のトンデモ「改革の方向性」は含まれなかった。

C. 政治・経済・社会関連

○朝日新聞取材班『縮む韓国 苦悩のゆくえ 超少子高齢化、移民、一極集中』朝日新書、2025 年 5 月。

…かつて「圧縮成長」と呼ばれる経済成長を遂げた韓国が直面している、日本よりはるかに深刻な諸問題（世界最速の少子化、首都圏への一極集中（ソウル首都圏以外のほとんどの自治体の人口減少）、外国人労働者への依存、社会における「同調圧力」の強さ等）の「リアル」を現地取材により活写。全 4 章＋コラム、インタビュー。本書を読むと、今や、日本と韓国が同じような社会課題に直面していることがよく分かる。私は、**第 3 章「移民編 進む移民政策 未完の共生」**が一番勉強になった。

○若松邦弘『わかりあえないイギリスー反エリートの現代政治』岩波新書、2025 年 5 月。
…『「取り残された」人々 その怒りと不信の矛先』とのキャッチコピーは魅力的だが、文章が下手で、「あとがき」も独りよがり。アメリカと同様にイギリスでも、「リベラルの時代」は終焉し、エリート vs. 「普通の人々」の対立が激化し、下から&地方からの反乱が頻発していることはわかったが、記述が細かすぎて、イギリス（政治）についての相当の知識がないと深くは理解できない。

○宇都宮健治・醍醐聰編『なぜ資産に課税しないのか 富裕税入門―富の格差是正のために』明石書店、2025 年 8 月。

…近年、進歩的研究者や社会運動家（not 現実の政策）の間で注目を集めている「富裕税（資産課税）」についての最新の国際的動向を丹念に紹介し、日本への導入を念頭に置いて、その必要性と可能性を理論・実務の両面から検討しており、このテーマについての教養が身につく。全 5 章。第 5 章では、国際的に最も注目を集めているフランスの経済学者ガブリエル・ズックマン教授（ピケティの弟子）の「超富裕層に対するミニマム純資産課税の導入を促す報告遺書」の要旨を紹介しているが、翻訳調で分かりにくい。同じ富裕税と言っても、ズックマン氏の「青写真」が、世界で 3000 人（世界人口の 0.0001 %）のビリオネア（資産 10 億ドル：1500 億円超）への課税を提案しているのに対して、第 2 章（醍醐氏）では日本の最上位の 1%（1 世帯当たり純資産額 3.8 億円以上）または 2-5 %（同 1.4 億円）への課税を提案しており、スケールが全く違う（1000 倍！）ことに違和感を持った。

○参考：Don't tax wealth Even the most sophisticated arguments in favour of doing so make no sense(富に課税するな。それを支持する最も洗練された主張さえ意味が無い)。The Economist 2025 年 10 月 4 日号（紙版：66 頁）

… The Economist は以前から富裕税には反対で、それによる税収増は期待できないと主張する記事を時々載せている。この評論の背景には、フランスをはじめ、西ヨーロッパ諸国で富裕税の（再）導入の主張が強まっていることに加えて、左派の経済学者だけでなく、中道派の経済学者にもその支持者が増えていることがあるよう。富裕税の理論的支柱は、上記『富裕税入門』でも紹介されている Zukman。

○雨宮処凛「ロスジェネ世代の右傾化と強固な自己責任論 何が私たちの『連帯』を阻むのか？」『月刊保団連』2025 年 11 月号：30-35 頁（特集：「失われた 30 年」の傷跡）。

…著者は今年 50 歳のロスジェネ世代の当事者で、「反貧困ネットワーク」世話人。大学受験に失敗し、フリーターをしていた 20 歳に右翼団体に入ったが、憲法前文に「ウッカリ感動」して 2 年で辞め、その 2 年後の 25 歳時にもの書きデビューし、反貧困ネットワークに身を投じることになった。このような波瀾万丈の歩みを振り返りながら、「失われた 30 年」が残したものを考え、最後に、ロスジェネ世代が連帯できない理由として、「強固に埋め込まれた自己責任論」があると指摘し、「そんな中で今、『自分たちの苦しさ』の原因を外国人に転嫁する（参政党の一二木）言説に一部の人々が飛びついている」と推測。

私はそれに加えて、左翼（団体）の主張が難解で、彼らに届いていない面もあると感じた：雨宮氏は、「右翼や左翼と言われる人たちは社会や政治に怒っているらしい」といううろ覚えの知識から、「まず、左翼と言われる人たちの集会に行ったのだが、専門用語ばかりでまったくもってチンプンカンプン。／その次に行った右翼の集会で、右翼の人は叫んだ。『お前らが生きづらいのは、戦後民主主義とアメリカのせいだ！』。生まれて初めて、大人に『お前は悪くない』と免責された気がした。（以下略）」。

○島田裕己『参政党の研究』宝島新書、2025 年 11 月。

…長年、創価学会・公明党の研究を（も）してきた著者が、「参政党が生み出した新しい神

話は、支持者を組織化し、そこに新たな世界観を示し、さらには救いを与えている点で、宗教が持つ力学と似通った構造をしている」点に注目して書き下ろした「参政党研究のわかりやすいガイド」(7頁)。終章を含めて、全10章+橘玲氏(作家)との2つの対談。

「おわりに」の最後で、著者は「参政党の台頭を強く懸念する側はどうしたらいいのだろうか」と問いかけ、「参政党の支持層のコアとなったロウアーミドル階層の生活を改善、向上させ、未来に対する希望を与えられる政策を他の政党が提言し、それを実行に移すこと」でしか、「参政党の台頭を抑える手立ては存在しない」と指摘(302頁)。私も同感。私は、以下の指摘にも注目した:「極右とも呼ばれる参政党がリベラルな理想を体現」(57頁)、「無関心層と変革を望む無党派層の票を取り込んだ」(121頁)、「響き合うポピュリズムーれいわ新選組が躍進させた参政党」(第5章)。

○上野千鶴子「フェミニストが高市首相を歓迎できないこれだけの理由」『世界』2026年1月号:145-153頁。

…上野氏は、(高市早苗氏が自民党新総裁に就任した翌日の)2025年10月5日に、Xに「初の女性首相が誕生するかもしれない、と聞いてもうれしくない」と投稿したところ、賛否両論がバズった。本論文の前半では、氏への批判的な投稿を、さまざまな「論拠を示し」て、明快に批判。「女性が増えると政治は変わるか」という問いに対しては、じゅうぶんに検証可能なデータが蓄積されているとして、荻上チキ氏等の「調査報告」を紹介しているのは勉強になる。女性(政治家)が「男以上に男らしくふるまう」「過剰同一化」の説明・実例も分かりやすい。男が一枚岩ではないように女・マイノリティも一万岩ではないことも指摘し、「政策が女性にフレンドリーかどうか、で判断すべきであり、政治家の性別で判断すべきではないことがはっきりする」とまとめる。(後半の紹介は略)。