

2026年3月5日(木)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻260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/>

260号の目次は以下の通りです (29頁)

1. 論文：高額療養費制度の再見直し案をどう読むか？
〔深層を読む・真相を解く〕(163)『日本医事新報』2026年2月7日号(5311号)：56-57頁
……2頁
2. 論文：医療・リハビリテーション職に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識－効果的・効率的で公平な医療・リハビリテーションのために
〔二木教授の医療時評(240)〕『文化連情報』2026年2・3月合併号(575号)：42-49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240回：2025年分その12：9論文) ……12頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その254)－最近知った名言・警句……………18頁
5. 私の毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第58回)……………20頁
6. 新著『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』(勁草書房)の目次……………28頁

お知らせ

1. 論文「衆院選圧勝後の高市早苗第二次内閣の医療・社会保障改革をどう読むか？」を『日本医事新報』2026年3月7日号に掲載します。
2. 論文「国民皆保険制度の現状と改革の論点、今後の見通し」を『社会保険旬報』2026年3月11日号に掲載します。
両論文は、本「ニュースレター」261号(4月5日配信)に転載する予定ですが、早く読みたい方は掲載誌をお読みください。
3. 著書『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』(勁草書房、3850円)を3月21日に出版します。本書には前著『病院の将来とかかりつけ医機能』(勁草書房、2024年3月)出版以降の2年間に発表した28論文を収録しました。2025年末に公表された2026年度診療報酬改定と高額療養費制度の再見直し案についても、【補注】で分析しました。前著出版後の2年間、世界と日本の政治は激動しましたが、医療政策についての大きな変更はなく、今後も「部分改革」が積み重ねられると私は判断しています。お読みいただければ幸いです。

1. 論文：高額療養費制度の再見直し案をどう読むか？

(「深層を讀む・真相を解く」(163)『日本医事新報』2026年2月7日号(5311号):56-57頁)

高額療養費制度の再見直し案が決まりました。2025年12月24日に閣議決定された2026年度予算案で概略が示され、翌25日の社会保障審議会医療保険部会と高額療養費制度の在り方に関する専門委員会(以下、専門委員会)の合同会議に厚生労働省が提出した「高額療養費制度の見直しについて」(以下、厚労省資料)で、詳細が明らかにされました。

本稿では、この再見直し案を、石破茂内閣が2025年度予算案に盛り込んだが、患者団体等の強い反対により棚上げされた見直し案(以下、旧見直し案)、および専門委員会が2025年12月16日に取りまとめた「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」(以下、「基本的な考え方」と比べながら、複眼的に評価します。旧見直し案の評価時と同じく、政策決定プロセスと内容の両面から検討します(『日本医事新報』5262号、58頁)。

政策決定プロセス面では前進

先ず政策決定プロセス面から見ると、旧見直し案が当事者である患者団体の意見を全く聞かず一方的に決められたのと異なり、今回は患者団体代表(天野慎介全がん連理事長)を含めた専門委員会が設置され、7か月間で8回の会合が行われ、そこで4つの患者団体等の丁寧なヒアリングも行われたことは、前進と言えます。「基本的な考え方」の多くが再見直し案で採用されたことも評価できます。

ただし、旧見直し案時と同じく、今回も、医療保険部会、専門委員会には、閣議決定前に、「具体的な金額(限度額)等」は示されませんでした。

患者負担の年間上限導入は画期的

次に内容面では、新たに、患者負担に年間上限(年単位の上限額)を導入することになったのは、画期的です。上限額は、すべての所得区分で、多数回該当時の負担限度額の12か月分と設定されており、これにより従来多数回該当ではないが、年間では多額の自己負担をしていた患者の負担は相当下がります(患者の申請により、上限額を超えた額が還付されます)。年間上限の導入は、患者団体が長年求めてきたもので、「基本的な考え方」でも強調されていました。

ただし、厚労省資料も認めているように、これには、「自己負担限度額の見直し[引き上げ-二木]により多数回該当から外れてしまう方」への対応という側面もあります。また、「基本的な考え方」が「実現に向けた検討を進めていくべき」としていた、「加入する保険者が変わる際に、多数回該当のカウントがリセットされる仕組み」の見直しは見送られました。今後の重要な課題と言えます。

多数回該当の負担上限額は据え置き

再見直し案では、多数回該当の負担上限額が据え置きとされ、さらに年収約200万円未満の低所得層の多数回該当の上限額は4万4400円から3万4500円に引き下げられま

した。後者は改善と言えますが、前者は2025年2月14日に福岡資磨厚生労働大臣が早々と表明していたことであり、今回の再見直し案の検討でも当然の前提とされていました。

私は多数回該当の負担上限の据え置きは当然と思いますが、現行の負担は患者の家計を圧迫していることを忘れるべきではないと思います。例えば、年収約200～約770万円の多数回該当患者の毎月の負担上限額4万4400円+1%は、男性会社員の毎月の平均お小遣い額(3万9081円)を1割上回ります(『2024年会社員のお小遣い調査』SBI新生銀行、2024年6月28日)。

特に、働き盛りで家計に余裕のないがん患者や難病患者に毎月4万円余りの負担を長期間強いるのは酷です。私は、多数回該当患者には、高額療養費制度の「特例措置」(「高額長期疾病(特定疾病)に係る高額療養費の特例」)を適用し、毎月の自己負担額を1万円に減額すべきと思います。

自己負担限度額引き上げ幅は圧縮されたが……

高額療養費制度の所得区分は、旧見直し案と同じく、現行の5区分から13区分に細分化され、所得区分ごとの自己負担限度額の引き上げは、2段階(2026年8月と2027年8月)で行われることになりました。最終年度の引き上げ幅(月額)は、旧見直し案の最大76%(年収約1650万円以上の高所得層。19万2600円増)という異常な引き上げから、再見直し案では最大35.4%(8万9400円増)となり、ほとんどの所得区分で10%弱～20%強に圧縮されました(年収約650～約770万円の所得区分のみは37.8%増)。ただし、200万円未満の低所得層では、現行の5万7600円から6万1500円となり、旧見直し案の6万600円への上げ幅を上回ります。

所得区分を細分化した上での引き上げは、一般的には、「応能負担」原則の徹底とみなされています。しかし、私は、応能負担原則は保険料や租税負担にのみ適用され、サービスを受ける際は所得の多寡によらず平等に給付を受けるのが「社会保険の原則」と理解しており、賛成できません。

厚生労働省は、再見直し案による医療給付費削減は2450億円と見込んでおり、これは旧見直し案の5400億円削減の約半分です。しかし、この金額は2026年度に導入予定のOTC類似薬の自己負担増で見込まれている医療給付費削減約900億円の2.7倍です。すでに多額の自己負担をしている高額療養費制度利用患者の負担増により、患者全体に求める広く浅い負担増の約3倍もの医療給付費削減を行うのは、公平・公正とは言えないと私は思います。

なお、70歳以上の高齢者の「外来特例」は廃止されず、部分的見直しとなりました。

医療費・薬剤費は急増していない

最後に、高額療養費制度の見直しの根拠とされている、医療費・薬剤費が急増しているとの言説は事実に反する「ナラティブ」であることを指摘します。このことは厚労省資料には書かれていませんが、「基本的考え方」には、「高額薬剤の開発・普及等を背景に医療費全体が増大する」こと等を挙げ、「自己負担限度額の見直しを行っていくことの必要性は理解する」と書かれています。

しかし、国民医療費の対前年度増加率は2021～23年度に連続して鈍化し（4.8%→3.7%→3.0%）、2023年度にはGDPに対する割合も低下しています。2024年度の国民医療費は未公表ですが、同年度の「概算医療費」（国民医療費の98%に相当）の対前年度増加率は、さらに1.3%に低下しています。

医薬品費の増加は2015年度以降、国民医療費以上に厳しく抑制され続けており、医薬品費総額の2015～23年度の伸びは2.8%にとどまり、国民医療費の伸び14.0%を大幅に下回っています（武田俊彦「医薬品は医療費増加の最大要因なのか」『月刊QOL VIEW』2025年10月号：24-27頁）。そのため、この間の医薬品費の国民医療費に対する増加寄与率はわずか5%にすぎず、医薬品費が国民医療費増大の「主犯」とはとても言えません。

私は、「高額薬剤の開発・普及」にもかかわらず、医薬品総額の伸びが低い理由は、以下の3つと考えています。①超高額医薬品の多くは適応となる疾患の患者数がごく限られており、薬剤費総額（価格×回数）は超高額にはならない（例：CAR-T細胞療法「キムリア」の薬価（患者1人当たり）は3000万円を超えるが、適応となる患者数は年間200人強にとどまり、市場規模はピーク時でも70億円程度と見込まれている）。②適応となる患者数が多い高額医薬品の薬価は系統的に大幅に引き下げられている（例：オプジーボの薬価は当初、患者1人・1年当たり3500万円だったが、10年間で80%以上引き下げられた）。③2年に一度の診療報酬改定の度に、薬価全体が引き下げられてきた。

なお、再見直し案については、安藤道人立教大学教授が早くから詳細で緻密な分析・計算をしています。jhttps://note.com/michihito_ando/n/ne5d6b14b8c17

2. 論文：医療・リハビリテーション職に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識－効果的・効率的で公平な医療・リハビリテーションのために

(「二木教授の医療時評 (240)」『文化連情報』2026年2・3月合併号 (575号) : 42-49頁)

はじめに

日本では、今後の超高齢社会化により医療・リハビリテーションのニーズが急増する反面、厳しい財政事情のために、その財源は大幅には拡大しない可能性が大きく、特に回復期リハビリテーション病棟の診療報酬は、2026年度の診療報酬改定でさらに縮減される危険があります。

そのため、医療・リハビリテーション職には、患者・障害者に対して効果的・効率的な医療・リハビリテーションを公平に提供することがますます求められるようになります。私は、そのためには、医療経済・政策学の視点と基礎知識が不可欠と考えています。

本稿では、私がかつて東京の代々木病院で行った脳卒中リハビリテーションの診療・臨床経験と、今まで40年間続けてきた医療経済・政策学研究を踏まえ、最新の研究動向も紹介しながら、医療・リハビリテーション職に必要な、医療経済・政策学の視点と基礎知識について、5つの柱立てでできるだけ分かりやすく述べます。なお、本稿は、2014年の第51回日本リハビリテーション医学会学術集会の教育講演(1)をベースにしつつ、その後に発表した拙論で補足しました(2-4)。

1. 社会の中での医療の経済的位置付けについては2つの「潮流」がある

まず、第一の柱について述べます。ここで強調したいことは、自然科学や医学と異なり、経済学を含めた社会科学には、常に複数の潮流・「学説」があることです。自然科学や医学でも、自然現象や疾病の理解・その治療法について論争があることは珍しくありませんが、長期的に見れば、実験や実証研究が積み重ねられ、1つの見解・理論に収斂するのが普通です。それに対して、社会科学では社会・人間についての異なる見解・学説（多くの場合は根本的な価値観の対立も含みます）が存在・併存するのが一般的で、長期的にもそれらが1つに収斂することはほとんどありません。

経済学、および医療経済学にもさまざまな潮流・学派が存在しますが、現在では「新古典派」と「非新古典派」・「制度派」の2つが有力です。新古典派が市場メカニズムに基づく資源配分を絶対化するのに対して、制度派は市場の役割を認めつつ、それが各国の制度・歴史によって規定されていることを強調します。

経済学全般では、国際的にも日本でも、新古典派が「主流派経済学」となっていますが、医療経済学では制度派経済学も有力です。特に日本では、純粋な新古典派医療経済学研究者はごく少数です。私自身は、新古典派と制度派の両方の（医療）経済学を勉強しましたが、制度派経済学の立場に立ちます。

新古典派は、医療も、一般のモノやサービスと同じく、市場メカニズムに基づいて供給・消費されるべき「私的財」(private goods)とみなします。この場合、消費者である患者は自己の支払い能力と支払い意志に基づいて医療サービスを購入するので、所得水準によって受

けられる医療の量と質が異なる「階層医療」・「格差医療」が生じることとなります。

ただし、新古典派も、公衆衛生・予防接種等の「外部性」のある医療については、例外的に、国・自治体による公的供給を認めています。ここで「外部性」とは、ある経済主体の活動が、市場での取引を経ずに、他の経済主体に与える影響を言い、公衆衛生や予防接種等の正（プラス）の外部性と環境汚染や公害等の負（マイナス）の外部性の両方があります。

日本で、もっとも有名・高名な「制度派」経済学者は故宇沢弘文先生で、先生は、医療を教育や福祉等と共に「社会的共通資本」と位置づけています。先生の『社会的共通資本』では、以下のように説明されています（5）。「一つの国ないし特定の地域に住む人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力のある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置」、「一人一人の人的尊厳を守り、魂の自立を支え、市民の基本的権利を最大限に維持するために、不可欠な役割を果たすもの」。

この立場からは、医療は、国民に公平・平等に提供すべきとされます。よく知られているように、アメリカ以外のほとんどの高所得国は、国民全体（大半）を対象にした公的医療保障制度を有していますが、その背景には、医療をこのような「社会的共通資本」とする考え方がありと云えます。

以上から、私は、マクロのアメリカの医療制度・政策（医学研究ではありません）は世界の例外であり、日本の医療改革の参考にはならないと考えています。ただし、ミクロの医療政策技法や医療経営手法については、参考になるものもあります。

2. 「効率」について正確に理解するー効率化と医療費抑制は同じではない

次に、経済学的な意味での「効率」について正確に理解する必要を述べます。ここで私がまず強調したいことは、「効率（化）」は医療費抑制と同じではないことです。

原理的には、効率とは限られた「資源（コスト）」をもっとも有効に用いて最大の「効果」を引き出すこと、あるいは効果÷費用（費用対効果比）を最大化することであり、医療費抑制と同じではありません。私は、現在でもなお他の医療分野に比べて、普及が遅れているリハビリテーション医療では、このような意味での効率化が不可欠であると考えています。

現実には、医療の効率化により医療費が節減されることが多いのですが、逆に効率化により医療費が増える場合が少なくとも2つあります。1つは、費用は増えるがそれ以上に大きな効果を生み出す新しい画期的な新医療技術が開発された場合です。もう1つは、医療ニーズに比べて、医療供給が不足している分野では、医療効率化による在院日数の短縮により総医療費が増加します。

その好例が、脳卒中の早期リハビリテーションです。早期リハビリテーションにより、廃用症候群の予防、機能障害やADLの改善等の医学的効果が向上するだけでなく、平均在院日数も短縮されます。その結果、入院患者1人当たりの医療費は減少し、医療効率は向上しますが、平均在院日数の短縮に伴い、入院患者総数が増加することにより、総医療費は逆に増加するのです。

ここで、やや専門的ですが、**医療の経済評価の英語論文の「要旨」(abstract)のcost-effective (費用効果的) はcost-saving (費用節減) とは異なることを指摘しておきます。**私の経験では、要旨に、ある新しい医療行為・医療プログラムが cost-effective であったと書かれている場合でも、本文を読むと、費用は増加すると書かれていることがほとんどです。というの

は、cost-effective は先に述べた効率化という意味で使われているからです。

日本で 2019 年度から本格実施されている医薬品等の費用対効果評価でも、新薬は既存薬に比べ費用が増加することを前提として、ICER（増分費用効果分析）で新薬等の年間 500 万円までの費用増を許容されています。

医療効率を考える上での 3 つの留意点

以上述べてきた経済学上の「効率」の定義は、医療に限らず一般のモノやサービスの生産にも共通していますが、医療の効率化を考える場合には、以下の 3 点に留意することが必要である、と私は考えています。①医療効率を考える前提として、国民・患者が最適な医療を受ける権利を公平に保障する。②資源（コスト）の範囲を広く社会的次元で把握し、公的医療費以外の私的な医療費負担、金銭表示されない資源・費用も含む。③効果を総合的、多面的、科学的に評価する。

②について付言すると、金銭表示されるコストを「マネーコスト」、金銭表示されるコストとされないコストの両方を含んだ総コストを「リアルコスト」（または社会的費用）と呼びます。例えば、患者負担の増加や保険給付範囲の縮小による保険給付費の削減は、マネーコストの枠内での公的コストから私的コストへの「コストシフティング」にすぎず、経済学的な意味での効率化ではありません。その上、このような改革により、特に低所得患者の医療受診が抑制される結果、①の医療の公平性も損なわれます。

これに限らず、政府が長年進めている医療・介護保険制度改革の大半は、医療経済学的には偽りの効率化と言えます。2024 年末に提起され、その後凍結された高額療養費制度の見直しは、すでに多額の負担をしている高額療養費制度利用患者の自己負担をさらに大幅に引き上げることにより、保険料を引き下げるという最悪の「コストシフティング」と言えます(6)。

在宅ケアについても同じで、マネーコスト（医療保険・介護保険の費用）のみを計算すると、施設ケアよりも安いように見えますが、リアルコスト（マネーコスト+家族等のインフォーマルな介護費用）で計算すると、少なくとも重度の障害者では施設ケアよりも高くなるのです。このことは、第 4 の柱で詳しく説明します。

ここで、「コスト」には、新しい事業の「介入費用」（事業の実施費用）も含むことを指摘しておきます。私の経験では、「医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制する」との提案のほとんどは、「リアルコスト」や「介入コスト」を無視しています(4)。

ドナベディアン説の正確な理解

2 番目の柱で最後に強調したいことは、「医療の効果」・「医療の質」はドナベディアン『医療の質の定義と評価方法』（1980）に立ち返って考える必要があり、アウトカム絶対化は誤りであることです(2,7)。

よく知られているように、ドナベディアンは医療の質を、構造(structure)－過程(process)－結果(outcomes)の 3 側面から評価しましたが、彼は「プロセス」と「アウトカム」は同格と位置付けました。さらに、「アウトカム」には健康上の結果（客観的側面）だけでなく、患者と医療従事者の「満足」（主観的側面）も含みました。近年のリハビリテーションの診療報酬改定（特に回復期リハビリテーション病棟）は、二重の意味で狭義の＝客観的「アウトカム」（FIM 利得等）偏重と言えます。

もう一つ、EBM(evidence-based medicine)は「客観的根拠に基づく医療」と訳されることが多いですが、これは誤りで正しくは、「根拠に基づく医療」です。厚生省「医療技術評価推進検討会報告書」(1999年3月23日)は、EBMを①利用可能な最善の科学的根拠、②患者の価値観及び期待、③臨床的な専門技能の「3要素を統合するもの」と正確に定義しています(2)。

3. 医療効率・医療の経済評価を行う諸手法—実用的なのは「費用効果分析」

第3に、医療効率・医療の経済評価を行う手法について簡単に紹介します。

医療の経済評価の手法にはさまざまなものがありますが、代表的なものは、費用便益分析(cost-benefit analysis: CBA)、費用効果分析(cost-effectiveness analysis: CEA)、および費用効用分析(cost-utility analysis: CUA)の3つです。費用便益分析では、費用(コスト)だけでなく、「便益」も金銭表示します。その結果、原理的には、医療に限らずすべての行為・事業の経済評価と序列付けが可能になります。ただし、医療の「便益」を測定する際には、人命の経済評価をしなければならないという倫理的難問が生じるため、医療分野ではほとんど行われていません。

次に、費用効果分析は、医療の「効果」を、死亡率の低下や延命、ADLやQOLの改善等により、「実物表示」します。そのため、費用便益分析のような倫理的問題は避けられ、医療分野ではもっとも広く用いられています。リハビリテーションに関連する分野でも、脳卒中患者の早期リハビリテーションと非早期リハビリテーション、入院リハビリテーションと在宅リハビリテーションなどの費用効果分析が行われています。他面、評価尺度は個別的で普遍性がないため、医療の枠内でも、異なった分野・領域の比較ができないという弱点があります。

第3の費用効用分析は、費用効果分析のこの弱点を克服するために1980年代以降開発された手法で、「効用」を「質を調整した生存年」(quality-adjusted life years: QALY [クオアリー])で表示し、それぞれの医療の効率、経済性をQALYを1年延長するために必要な追加費用という同一の尺度で測定します。QALYの基礎になる「健康(あるいは疾病・障害)の質」は、完全な健康を1、死亡を0とする尺度を用い、各種の疾病・障害をその中間段階に位置づけることにより、示されます。これにより、原理的にはすべての医療分野・領域の効率の評価と序列付けが可能になります。ただし、QALY評価に対しては、高齢者や障害者が不利な扱いを受けるという批判も根強くあり、私もそう思います。

言うまでもないことですが、**医療の経済評価の大前提は当該医療サービス・技術に「効果」があること**であり、効果のない医療サービス・技術の経済的評価、効率化は無意味です。そのために、私は「効率的・効果的」医療・リハビリテーションという表現には問題があり、「効果的・効率的」医療・リハビリテーションと表現すべきと思っています。医療法第1条も「良質かつ適切な医療を効率的に提供」と規定しています。ただし、残念ながら、医療介護総合確保推進法(2014年)等では効率優先の表現がなされています(8)。

国際的には、特にヨーロッパ諸国では、医療の経済評価ではCUAが普及しており、イギリスの国営医療(NHS)では、この結果に基づいて、新しい医療技術・医薬品を公的給付に加えるべきか否かの判断がなされます。日本の医薬品等の費用対効果評価もCUAを採用しています。しかし、私は、QALYの評価には理念的・技術的難問があるため、リハビリ

テーション医療で実際の・実用的なのは費用効果分析と考えています。

4. 地域・在宅ケア・リハは入院・施設ケアに比べ安くはないー費用効果分析の結論

第4に、費用効果分析による地域・在宅でのケア・リハビリテーションの経済評価（費用効果分析）で得られた知見を紹介します。私は、医療の経済評価でもっとも研究の蓄積があるのはこの分野の研究であると判断しています。

実は、その結果は、時代により異なっています。私が現役のリハビリテーション専門医だった1970～80年代前半までは、世界的にみても、地域・在宅でのケア・リハビリテーションは入院医療・施設ケアよりも安価だという理解が一般的でした。ただし、これは、費用を医療保険で給付される費用や公的福祉・介護費用、つまり「マネーコスト」に限定した主張でした。当時は、地域・在宅での家族や近隣住民によるインフォーマルなケア・介護の費用（コスト）はタダとみなされていました。

それに対して、1980年代後半以降は、家族介護等を加えた「リアルコスト」でみると、地域・在宅でのケアが施設ケアに比べて安上がりとは言えないこと、特に長時間の介護・ケアを必要とする重度障害者では、地域・在宅でのケアの費用の方が高くなるのが、学問的にも、政策的にも確認されるようになりました。さらに、1990年代以降は、公的費用（マネーコスト）に限定しても、地域・在宅でのケア・リハビリテーションの方が高いとの研究が多くなりました。

最新の研究は、2017年のOECD報告で、加盟15か国のデータに基づき、重度の障害高齢者の在宅フォーマルケアの1週当たり費用は12,000米ドルであり、施設ケアの費用9,000米ドルを大幅に上回っていることを示しています(9)。

その結果、1990年前後からは、厚生労働省の見識ある高官（医系技官）も、在宅ケアが施設ケアに比べて安上がりではないことを認めるようになりました。伊藤雅治老人保健福祉部老人保健課長（1989年）、佐藤敏信保険局医療課長（2008年）、鈴木康裕保険局長（2016年）等です(3)。

例えば、佐藤敏信保険局医療課長は、2008年11月の全国公私病院連盟「国民の健康会議」での講演で、次のように述べました。「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言いつけてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」。そのためもあり、厚生労働省は在宅ケアや地域包括ケアの推進で、医療・介護費が削減されるとは主張していません。

最近、一部の在宅訪問医は「在宅での看取りで医療介護費の抑制は可能」と報告しています。しかし、報告された「在宅ホスピス」的ケアの医療・介護費用は月60～75万円とかなり高額で、介護保険施設での看取り（40万円台）よりむしろ高額です。しかも、多くはマネーコストのみを計算し、家族介護の「社会的費用」（リアルコスト）を含めていません(3)。

なお、私は、元リハビリテーション専門医であることもあり、代々木病院勤務医時代から長年、重度障害者の地域・在宅でのケア費用（リアルコスト）について調査・推計するとともに、文献レビューを行ってきました。それらについては、文献(1)で紹介した「**重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高いことに言及した拙著一覧**」をご覧ください。

5. 医療・リハの経済評価を行う場合、短期的視点と長期的視点を区別する必要がある

第5に、医療・リハビリテーションの経済評価を行う場合、短期的視点と長期的視点を区別する必要があることを指摘します。

リハビリテーション専門職の皆さんには、脳卒中の医療・リハビリテーションを一体的に行えば、両者を分離して行うより、費用が節減されることは自明のことと思います。

実は、そのことを日本で最初に数値をあげて示したのは私です。私は代々木病院でリハビリテーション医として働いていた1980年代前半に、同病院での実績値に基づいて、脳卒中患者の「早期リハビリテーション」と「病院・施設間連携（今流に言えば、ネットワーク）」の経済効果について2つのモデル計算（シミュレーション）を行いました。

1つは、脳卒中の早期入院患者（発症後30日以内〔中央値は2日〕に代々木病院に入院）と非早期入院患者（他病院に入院後、リハビリテーション目的で代々木病院に転院）との比較で、早期入院群は非早期入院群に比べて、総在院日数は48%、総医療費は38%節減できることを示しました。

もう1つは、脳卒中患者がリハビリテーションのない一般病院に6カ月間入院する場合に比べて、早期からリハビリテーションを開始すると共に「病院・施設間連携〔ネットワーク〕」を徹底した場合は、総医療・福祉費を2～4割節減できることを示しました。今では信じがたいことですが、1980年には脳血管疾患患者の平均在院日数は147.6日に達していました（厚生省「昭和55年患者調査」）。

しかし、その後、このような費用削減効果は「短期的」に言えることであり、「長期的」に見ると、総費用はむしろ増加すると考えるようになり、2006年の第43回日本リハビリテーション医学会学術集会のパネルディスカッション「リハビリテーション医療と診療報酬制度」での報告で、以下のように述べ、それまでの自説を一部修正しました。

「早期リハビリテーションにより『寝たきり老人』は減らせるので、医療・福祉費は短期的には確実に減少し、余命の延長も期待できます。しかし、寝たきりを脱した患者にはさまざまな基礎疾患があり、しかもたとえ早期リハビリテーションを行っても、なんらかの障害が残ることが普通なので、延長した余命の期間に、脳卒中が再発したり『寝たきり』化する確率が高いため、累積医療費が増加する可能性が高いのです。この点についての実証研究は私の知る限りまだありませんが、オランダの禁煙プログラムの医療費節減効果のシミュレーション研究のロジックと計算結果は非常に示唆的です。それによると、禁煙プログラムの実施により、医療費は短期的には減少するが、喫煙を止めた人々の余命の延長とそれによる医療費増加のために、長期的には（禁煙15年目以降は）累積医療費は増加に転じるという結果が得られています」（1,10）。

以上から得られる結論は、**医療・リハビリテーションはあくまでも患者・障害者の障害の改善・QOLの向上のために行うべきであり、それによる大幅な費用抑制を見込むのは危険**であることです。

おわりに一ぜひ覚えてほしい医療の経済評価の基本的視点と用語

最後に、医療・リハビリテーション職にぜひ覚えてほしい医療の経済評価の視点と用語を4つあげます。①医療効率化は医療費抑制とは異なる。②費用は「マネーコスト」ではなく、

「リアルコスト」(社会的次元で見たコスト)で評価する。③効果は「プロセス」と「アウトカム」の両方で評価する。④費用・効果とも「短期的視点」と「長期的視点」の両方で評価する。

文献

- (1)二木立「リハビリテーション科医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識」『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,178-192頁(これの圧縮版は、『リハビリテーション医学』51(11):738-743,2014)。
- (2)二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,168-173頁(医療経済学の視点・基礎知識と最近のトピックス)、188-196頁(医療の質・効果の評価について原理的に考えるー「アウトカム」「客観的根拠」絶対化の批判的検討)。
- (3)二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,24-25頁(厚生(労働)省高官の見識ある発言)、28-31頁(在宅での看取りの推進で医療介護費の抑制は可能か?)。
- (4)二木立「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証」『文化連情報』2024年2月号(551号):32-38頁。
- (5)宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書,2000,4-6頁。
- (6)二木立「私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由」『文化連情報』2025年4月号(565号):28-37頁。
- (7) Donabedian A: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press,1980(東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』NPO法人健康医療評価研究機構,2007,88,109,152-153頁)。
- (8)二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,117-120頁([補足]「改定の基本方針(骨子案)」に効率優先の表現が登場したが修正された)。
- (9) OECD:Tackling Wasteful Spending on Health, OECD,2017,pp.208-209.
- (10)Barendregt JJ,et al: The health care costs of smoking. N Engl J Med 337:1052-1057,1997.

[本稿は、2025年11月21日にリハビリテーション・ケア合同研究大会大阪2025で行った教育講演「リハビリテーション専門職に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識ー効果的・効率的で公平なりはのために」に加筆したものです。]

3. 最近発表された興味ある医療経済・政策学関連の英語論文(通算

240回)(2025年分その12:9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。

<病院閉鎖(2論文)>

○予算削減が個々の患者の健康に与える影響:[イタリアでの]病院閉鎖の因果的エビデンス

Ghislandi S, et al: The impact of budget cuts on individual patient health: Causal evidence from hospital closures. *Journal of Health Economics* 101 (2025) 102975, 17 pages [量的研究]

2008年のヨーロッパ財政危機後の公共財政制約はしばしば病院部門に影響した。本論文は、①病院供給の削減が健康に与えた因果的影響と、②それを説明可能なメカニズムを検討する。段階的介入の(staggered)差の差分法を用いて、イタリアの病院閉鎖(37病院)が、2008-2015年に心臓発作(急性心筋梗塞)で入院した全患者約80万人のアウトカムに与えた影響を調査した。その結果、病院閉鎖が生じた市町村では、それがなかった市町村に比べて、院内死亡率は10%上昇し、在院日数は0.3日増加していた。しかし退院後30日以内の再入院率は変わらなかった。差の差分法でそのメカニズムを探究したところ、病院閉鎖による、自宅から別の病院への搬送時間の増加で死亡率上昇の大半を説明できた。この結果は、いくつかの感受性分析でも変わらなかった。

二木コメント— 17頁の緻密な分析です。病院閉鎖が心筋梗塞患者の死亡率を高めることを示した貴重な研究と思います。

○[アメリカでの]2012-2022年の田舎の病院の閉鎖は近隣の「生き残った」病院が請求する価格の上昇を招いていた

Carroll C, et al: Rural hospital closures led to increased prices at nearby "surviving" hospitals, 2012-2022. *Health Affairs* 44(5):563-571,2025 [量的研究]

アメリカでは近年、田舎の病院の閉鎖が急増しつつあり、それによる医療アクセスの低下と田舎の病院市場での競争の低下が懸念されている。民間医療保険が支払う価格は病院と保険者間の交渉で決まるので、病院閉鎖は「生き残った」病院の価格交渉力を増す可能性がある。民間医療保険の医療費請求データを用いて、病院閉鎖が近隣の「生き残った」病院が請求する価格に与える影響を調査した。その結果、2014-2018年に、病院閉鎖により「生き残った」病院の価格は3.6%上昇し、この上昇は病院閉鎖後3-4年で特に大きいことが分かった。価格効果は生き残った病院のうち、市場支配力が強い病院—病院チェーン加入病院と競争が少ない市場にある病院—に集中していた。閉鎖した病院は、閉鎖前、近隣の病院よりも低い価格を請求していることも分かった。その結果、病院閉鎖は田舎の病院市場での低価格の病院オプションをなくしていた。以上の結果は、病院閉鎖は民間医療保険が支払う価格に有意の影響を与えることを示唆している。

二木コメント—医療も市場メカニズムに支配されているアメリカらしい研究です。同じ病院閉鎖の影響の研究でも、日本やヨーロッパとアメリカでは視点が全く違うことがよく分かります。

<プライマリケア関連（4論文）>

○ [アメリカの] 退役軍人庁（VA）の臨床資源ハブ [・アンド・スポークモデルの] プライマリケア・テレヘルス（遠隔医療）プログラムが医療利用と費用に与える影響

Gyujral K, et al: Impact of VA's clinical resource hub primary care telehealth program on health care use and costs. Medical Care 63(12):888-898,2025 [量的研究]

テレヘルス（遠隔医療）は医療資源の不足している地域での医療アクセスを改善できる。ハブ・アンド・スポークモデル（地域の「ハブ（中心拠点）」にいる医療提供者が、「スポーク（小拠点）」診療所を受診する患者にテレヘルスで医療を提供するモデル）は医療アクセスを改善できるが、このモデルの費用への影響は知られていない。本研究の目的は、ハブ・アンド・スポークモデルである退役軍人庁の「プライマリケアのための臨床資源ハブプログラム（CRH-PC）が医療利用と費用に与える影響を評価することである。2018-2021会計年度のデータを用いて、調整済み差の差分法とイベント分析により、CRH-PCサービスの利用者と非利用者を比較する。参加者は、CRH-PCの164拠点の患者1,546,892人と非CRH-PCの704拠点の患者4,062,797人である。VA病院が直接提供するか、VAが購入したすべての医療費用を測定した。

CRH-PC拠点では、64,973人（患者総数の4%）がCRH-PCサービス（テレヘルス）を利用した。田舎の患者、アフリカ系アメリカ人の患者、及び併発症の多い患者ではこのサービスを受けるオッズ比が高かった。このプログラムへの曝露はプライマリケア受診の18%増（+0.7）、及び1人当たり年間プログラム利用費用612ドル増と関連していた。プログラム拠点の全患者（テレヘルス利用者と非利用者）と非プログラム拠点の全患者を比較すると、ビデオを用いた医療を除けば、差はなかった。VAのCRH-PCのテレヘルス利用者はプライマリケア受診と費用が高かったが、プログラム拠点の利用者のうち4%だけがテレヘルスを利用したので、プログラム拠点と非プログラム拠点では、総費用と総利用の差はなかったと結論づけられる。

二木コメント—なんとも分かりにくい「結論」ですが、要は、テレヘルス（遠隔医療）利用者に限定すれば費用は高くなる、つまりテレヘルスも「良かろう高かろう」であり、それにより費用を削減することはできないことが確認されたということです。

○プライマリケアの受けられやすさとイギリス（イングランド）救急部門への避けられる受診：回帰分析

Jamieson T, et al: Availability of primary care and avoidable attendance at English emergency departments: A regression analysis. Health Policy 157(July 2025)105330 [量的研究]

プライマリケアで治療可能な患者の救急部門（EDs）受診は、EDの待ち時間と費用を増すし、医療の質を低くする可能性もある。本研究は、患者のED受診の回避可能性が、患

者特性と一般診療 (general practices. GP) の質、職員体制 (staffing) と受けられやすさ (特に診療時間外での) と関連しているかを調査する。ED 受診レベルの線形確率・ロジスティック回帰を、144 の主要 ED への 65 歳以上患者の 1016 万回の受診データを用いて、推計した。その際、2 つの避けられうる ED 受診の定義を用いた: NHS の定義 (緊急性がない) と、それより新しい広い定義 (臨床的に不適切)。

ED 受診患者のうち避けられうる受診は NHS の定義では 9.3 % だったが、新しい定義では 21.8 % だった。避けられうる受診の確率は、高齢者、女性患者、社会経済的に恵まれない地域や人口が希薄な地域に住んでいる人々、さらには自宅近くに診療所がある人々では低かった。申し込んだその日に GP を受診できる確率が高い地域、または早朝にも GP で診療を受けられる地域の患者では、避けられうる ED 受診の割合は低かった。週末又は夜間の ED 受診が臨床的に不適切である確率は、GP の診療時間が延長されている場合は 0.5 % 低かったが、その確率は診療時間の延長全体の提供とは関連していなかった。

二木コメント— 一般診療が充実していれば避けられうる救急部門受診は減らせるとの予定調和的な調査結果です。私はそれにより避けられうる救急部門受診はごく限られているとの結果に驚きました。

○ [アメリカの] プライマリケア診療所が民間 [医療] 保険加入者の総医療費を削減する上での効果的役割: 体系的文献レビュー

Debbarma A, et al: Effective roles of primary care clinics in lower total cost of care among commercially insured populations: A systematic review. Medical Care Research and Review 82 (4):287-300,2025 [文献レビュー]

医療サービスの費用を削減ししかも医療の質を改善する諸提案は、しばしばプライマリケア診療所 (PCCs) の役割についての野心的な期待を含んでいる。体系的文献レビューを行い、PCCs が避けられうる救急部門受診と外来でも対処可能な疾患 (ACS) を削減する役割を果たすことを示す諸介入を探索した。最終的に本レビューの基準に適合する論文は 7 つしか見いだせなかった。その中でもプライマリケア医が総医療費を減らす取り組みをできる介入を見いだした論文はごく一部 (very few. 正確には 4 論文) であった。その理由はごく一部の医師しか、総医療費削減の介入を行う権限を与えられていなかったためと思われる。外来で対処可能な疾患の入院と救急部門の利用を減らすエビデンスに基づいた介入は、ケースマネジメントモデルと患者の電子医療記録に統合された臨床的意思決定支援ツール・ケアプランだった。

二木コメント— プライマリケア全体の改善・改革ではなく、特定のプライマリケア診療所に必要な権限を与え、それが主導すれば総医療費を抑制できるはずだとの「結論先にあるべき」の文献レビューで、それにもかかわらず、著者が期待したエビデンスは得られていません。著者もこのアプローチには無理があることに気付いているようで、考察では「プライマリケア費用は総医療費のごく一部を占めるにすぎない」と認めています。82 年の伝統を誇る Medical Care Research & Review 誌に、このような恣意的論文が掲載されたことに驚きました。

○台湾の統合化訪問プライマリケアが、外出困難な在宅高齢者のケアの継続とアウトカムに与える影響

Li M-T, et al: The impact of integrated home-based primary care on continuity and outcomes of care among the community homebound older adults in Taiwan. *Medical Care* 63 (9):703-710,2025
[量的研究]

外出困難な在宅高齢者（以下、在宅高齢者）は、障害や医療アクセスの制限のため、しばしばケアアウトカムが不良となるリスクがある。ケアのさまざまなアウトカムの改善を目指して、在宅（訪問）医療サービスが開発されており、台湾では統合化訪問プライマリケア（iHBPC）プログラムが開始された。本研究は、このプログラムが外出困難な在宅高齢者のケアの継続とアウトカムに与えた影響を評価することを目的としている。

2016年3月～2022年4月に、台湾の1病院グループから訪問ケアサービスを受けた全在宅高齢者の電子医療記録を分析した。iHBPCプログラム参加前後の各12か月のケアの継続とアウトカムを観察し、対照群との比較をプロペンシティ・スコアマッチング法で行った。多変量一般化推定方程式回帰・差の差分法を用い、患者特性を調整した上で、iHBPCプログラムが医師受診回数、救急部門受診、入院、及び在院日数に与えた影響を評価した。

患者数は合計912人で、最終的にプロペンシティ・スコアマッチングを受けた患者は、介入群、対照群とも282人だった。プロペンシティ・スコアマッチング後、iHBPCプログラムへの参加グループのプログラム開始後12か月間の医師受診回数、救急部門受診、入院、及び在院日数は、対照群よりも少なかった。以上から台湾の普遍的医療保険制度下のiHBPCプログラムは、ケアのアクセス、包括性、及び協働（coordination）を強化することにより、ケアの継続とアウトカムを改善したと結論づけられる。

二木コメント—日本でも介護保険開始後、一部の先進自治体から同様の報告がなされたことを、なつかしく思い出しました。しかし、それらの多くの報告と同じく、本論文でも、介入費用（iHBPCの事業費用）は要旨だけでなく、本文でも全く示されていません。そのため、本プログラムにより、介入費用を含めた在宅高齢者ケアの総費用が減ったのか、増えたのかは分かりません。私は、総費用は増加していると推察します（介入費用を含んだ総費用が減少していた場合には、そのことを誇らしげに書くのがフツーです）。

<他の医師・診療所関連（3論文）>

○ドイツにおける医師受診控え—3つの横断面分析の結果

Haeger C, et al: Forgone care of doctor's visits in Germany - Results from three cross-sectional surveys. *Health Policy* 155 (May 2025) 205273

医師受診控えは医療が必要なのに医療機関（ドイツの場合は医師診療所）を受診しないことと定義され、救急医療受診等の不適切なアウトカムを生む。本研究はドイツの代表標本の2016,2021,2022の調査を用いて、受診控えの頻度、人口学的特徴、及び受診控えの理由を調査する。個人レベルのコホートデータを用いて、多重ロジスティック回帰モデルにより、医師受診控えの尤度を評価した。受診控えの理由は記述的に分析し、受診控えのバリ

アを分類した。調査参加者 10,122 人のうち、21%が過去 1 年間に受診控えをしたことがあると回答した（2016 年 22 %、2021 年 18 %、2022 年 20 %）。受診控えの尤度は女（オッズ比(OR):1.22 [1.09;1.37]）と 18-44 歳の若年世代（OR: 1.19 [1.05;1.34]）で高く、パートナーシップ（法律婚、事実婚（同棲）、登録生活パートナーシップ（同性カップル））参加者で低かった（OR:0.77[0.69;0.87]）。バリアは制度的（例：待ち時間；39 %）、心理的（例：病名が付けられることへの恐れ；22 %）、及び物理的（例：医師受診までの大変さ;19 %）に分類できた。若年世代と現役世代は制度的バリアを一番多く挙げ、高齢者（65 歳以上）は心理的及び物理的バリアを挙げるが多かった。以上の結果に基づいて、著者は、社会的に弱い人々に対象を絞った介入を行い受診控えを減らす必要があるとし、アクセスしやすい医師診療所、予約方式の改善、テレメディスン（遠隔医療）の拡大、及び診察時間の柔軟化を推奨している。

二木コメント—私は論文名を読んで、受診控えと経済状態（所得水準等）との関係も調査されていると思ったのですが、調査項目にはそれは含まれていませんでした。

○一般診療所での【医師の患者 1 人当たり】診療時間：記述的パターンと文献のスコoping レビュー

Reif S, et al: Contact time in GP care: Descriptive patterns and a scoping review of the literature. Health Policy 156 (June 2025) 105315, 11 pages [国際比較研究・文献レビュー]

一般診療所 (general practice. 以下、GP) での接触時間 (contact time. 以下、診療時間) は、予約診療中、医師が 1 人の患者に費やす時間を指す。診療時間は OECD 加盟国間で大きな違いがあり、これらのバラツキに影響する要因や潜在的結果についての疑問を生んでいる。本研究の目的は、GP 診療での診療時間の説明要因と結果を明らかにすることである。OECD 加盟国の GP 診療の平均診療時間の差を記述的に調査し、次に、150 論文のスコoping レビューを行う。これらの論文は 7 領域に分けられ、7 種類の研究方法を含んでいた。

その結果、各国間で診療時間の相当な (considerable) 差を確認すると共に、1 回当たりの診療時間の長さで 1 年当たりの医師受診回数との間に代替効果があることを見いだした。診療報酬支払い方式と診療時間の長さ間にも関連があった（出来高払いの支払い方式では、人頭払いに比べて診察時間が長かった）。診察時間の差は、患者の特性や医師の経験等の少数の要因で説明できたが、診察時間が共同意思決定や健康アウトカムに与える影響についてのエビデンスはバラバラであった (mixed evidence)。論文の大半は相関研究を行っていた。今後の研究では、どのサービス提供形態が社会的に望ましく、経済的にも維持可能であるかを明確にすることが求められている。

二木コメント—一般診療所での診察時間とそれに関連する要因についての最新の国際比較研究・文献レビューです。このテーマでの国際比較研究は 2017 年に初めて行われたそうです。

○医師の処方行動を理解する：マクロ、メゾ、ミクロレベルでの影響についての体系的文

献レビューとメタアナリシス

Moretti G, et al: Understanding physician prescription behaviors: A systematic review and meta-analysis of macro, meso, and micro-level influences. Health Policy 161 (November 2025) 195415, 11 pages [文献レビュー]

医薬品の処方とは複雑な行為で、医師の経験と権威を反映している。処方決定に影響する一部の要因は研究されているが、実証研究の知見はしばしば矛盾し、処方行動の理解は限定的で断片的なままである。本研究の目的は、医師の医薬品処方習慣に影響する要因を「強固な構造化理論」(Strong Structuration Theory. イギリスの社会学者アンソニー・ギデンズの「構造化理論」を基に、より具体的な実証研究に適用しやすく発展させた社会学的な理論フレームワークー二木)を用いて評価することである。要因は、医師、診療、患者、産業、及びシステムの5カテゴリーに分けた。PubMed等のデータベースで2025年6月までに発表された論文を探索し、最終的に146論文を選択し、マクロ、メゾ、ミクロの3レベルで検討した(詳しい文献探索法は略)。

マクロレベルでは、医師は製薬企業のマーケティング活動を受けるほど処方が増え、私保険患者で処方が増えていた。メゾレベルでは、診療所の開設者、診療所の所在地(都市部か否か)等の影響は論文間で矛盾していたが、メタアナリシスでは有意な影響は認められなかった。ミクロレベルでの影響についての研究が一番多かった。医師レベルでの影響は、ほとんどの変数で結果がバラバラだった。男の医師の方が処方が多かったが、これもメタアナリシスでは認められず、論文により対象が異質であるためと思われる。本研究により、処方行動の複雑性が明らかになったと言える。

二木コメント—社会学の「強固な構造化理論」による緻密な、社会学的文献レビューです。ただし、医療社会学研究の多く(not すべて)がそうであるように、"So what? (Et alors?)"の傾向があります。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 254)ー最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○上野千鶴子（東大名誉教授。日本のフェミニズム研究の旗手）「読者をなめていけない。最良の読者に向けて書きなさい。（中略）もちろん、誤読もあります。でも誤読は私に新たな発見をもたらしてくれます。へー、こんなふうに読めるんだと。（中略）誤読は読者の権利だと思います。どんなメッセージでも、送れば、誤解と正解の両方がきます。わずかでも正解が多ければそれでいいじゃないかと思っています。すべての人に理解される必要はない。すべての人に愛される必要なんてない」（NHK ラジオ第1、2026年1月11日「（日曜カルチャー）私の先生」）。
ニ木コメントーこのラジオ番組を聴いて、上野さんの「覚悟」と「達観」「諦観」を感じました。「誤読は読者の権利」とのフレーズを聞いて、私の好きな&大学管理職時代に常に肝に銘じていた、次の名言を思い出しました。

○小宮一慶（経営コンサルタント）「私はよく、『理解は偶然、誤解は当然』という話をします。人間は他人の言っていることを100%理解することはまずありません。誤解して当然、理解してもらえたらラッキーと思わないといけません。そう思ってこそ、より丁寧に説明するなどの工夫が生まれるのです」（『「超具体化」コミュニケーション実践講座』プレジデント社,2009,45頁。本「ニューズレター」58号（2009年6月）で紹介）。

○安岡健一（大阪大学大学院文学研究科日本学専攻准教授。専攻は日本近現代史）「…戦後史をたどると、歴史の変化は誰の思い通りにもなっていないと思える。社会は誰の思い通りにもならない。だからこそ、それぞれが何をめざすのか、対話していくことに意義がある」（『戦後史 1945-2025 敗戦からコロナ後まで』中公新書、2025年、343頁）。
ニ木コメントー戦後の医療史についても同じことが言えると思います。ごく短期的にはともかく、中長期的にみると、日本の医療政策・医療改革が、政府・厚生（労働）省や日本医師会等の「思い通り」になったことはありません。

○ケインズ（イギリスの経済学者）「自分の理論は[19]30年代に必要だったもので、今はインフレが問題になっているが心配はいらないよ。過去の理論がもはや有害ならば、また自分が新しい理論で世論を変えてみせるさ」（太子堂正弥『ハイエク入門』ちくま新書、2025年、118頁。第二次大戦後にケインズが亡くなる数週間前、ハイエクに会ったときに、指をパチンと鳴らしながらこう言い放ったと紹介）。
ニ木コメントー私も長年、社会科学分野の「理論」の有効性に疑問を感じている（「理論」と呼ばれるものの大半は、学説・論・仮説等にすぎない）ので、ケインズの「臨機応変さ」に大いに共感しました。太子堂氏によると、ハイエクはケインズの「一つの理論の一貫性に固執するのではなく、その都度の状況に合わせて融通無碍に自分の立場を変転させていくところ」を嫌う一方、ケインズは「ハイエクの一貫した主題にひたすらこだわる執拗さを現実離れしたものと感じており、かれの頑固さと論理展開のスタイルを指して、『無慈悲なまでの論理機械』と揶揄した」そうです（101-102頁）。

○内田由紀子（京都大学人と社会の未来研究院教授。専門は社会心理学、文化心理学）「概念のズレがあると、形式上は同じ質問、あるいは最大限にすり合わせる努力をした翻訳であっても、文化によって異なるものを測定してしまうリスクが生じます」、「ウェルビーイングに限らず比較研究全般において、尺度開発して単純に翻訳して国際比較するだけでは十分ではなく、言語・スタイル・価値観の違いを踏まえた慎重な設計と解釈が求められていると言えます」（『日本人の幸せーウェルビーイングの国際比較』中公新書、2025年、98・100頁）。二木コメントー医療制度・政策の国際比較でも同じことが言えると思います。最近の例は、診療所医師の機能・役割は日本と欧米諸国とで違うことを無視して、欧米で開発されたプライマリケアの質評価尺度の日本語版（JPCAT）を用いて、日本のプライマリケア（医）の質が欧米に比べて低いとする主張です（『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房、2024年、111頁（【補注】日本と西欧3か国では診療所医師の機能・役割が違う））。私は日本人の医療リテラシーが低いとの言説にも、同じ視点から疑問を持っています。

○雨宮処凜（フリーランスの文筆家）「生活のすべて、24時間365日すべてに『原稿を書くために自分を動かす』が組み込まれているのだ」、「ちなみに執筆は筋トレと同じだと思っている。毎日続けるからこそ、レベルが徐々に上がっていく。その代わりに、1日休むと、確実に下がっているのだ」（『25年、フリーランスで食べてます 隙間産業で生きていく』河出新書、2025年、46・54頁）。二木コメントー本書は読み物として面白いだけでなく、第1章「フリーランスのノウハウ、すべて晒します」には、研究者として生きる上でも参考になることが少なくないと感じました。

○出口治明（立命館アジア太平洋大学前学長。77歳）「僕は年齢と仕事を結びつけて考えたことは一度もない。人は区切りのいい数字に弱いが、暦の都合で自らに限界を設ける必要は全くない。世界を見渡せば、『定年』という日本固有の制度に縛られない国がほとんどだ。年齢を理由に挑戦を諦めるのは、僕にとって最もしっくりこない考え方だ」（「日本経済新聞」2026年1月26日夕刊、「明日への話題 ダーウィンとともに」）。二木コメントー私も、日本福祉大学在職中から、「大学教員に定年があるのは、教員の新陳代謝のためにやむを得ないが、研究に定年はない」と思っています。

<その他>

○新田涉世（元日本プロボクシング協会 袴田巖支援委員会委員長）「結局ボクシングは人生とおんなじですね。“ボクシング人”の世界は、打ち合って、殴り殴られて、減量に苦しんで、だから人生の苦難が来てもなんでもない。We don't know how to give up.（ギブアップする方法を知らないんだから）」（『AERA』2026年1月19日号：48-53頁、「現代の肖像」）。

○OECD（ラッパー。2018年、57歳で死去）「どうして無力だと思ったがるのか。あるよ。ひとりにはひとり分。力が。」（『AERA』2026年1月26日号：32頁、武田砂鉄「今週のわだかまり どうして無力だと思ったがるのか」で、2014年にSNSに投稿した言葉と紹介）。

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58回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」96号 (2026年2月114日) から転載)

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお勧め/お好み

A. 論文の書き方・研究方法論関連

○山浦晴男・他編『質的統合法 混沌から秩序を導く創発の技法』新曜社、2025年10月。
…全6部28章、B5判・530頁の質的統合法についての上級教科書・百科事典。第1～4部 (全12章) は質的統合法の開発者である山村氏による同法の基本原理と技術、理論化とその思想的背景、質的研究のノウハウと教授法、社会实践例の解説で、第5部は看護学分野の6人の研究者の論稿、第6部は社会学の研究者が質的統合法に出会い、取り組み、奮闘した記録。「まえがき」冒頭では、質的統合法は「従来のKJ法を基盤としつつ、質的研究法としての優れた特徴を [KJ法の開発者である川喜多二郎氏の愛弟子であった山浦晴男氏が一二木] さらに発展させたもの」と書かれているが、これは建前。実際は、川喜田氏の遺族 (川喜田研究所) がKJ法を商標登録して、その研究所が主催する講習を受けない限りKJ法という名称を使えなくしたため、山浦氏が「質的統合法」という新しい名称を作り、KJ法を発展させた。

本書中の私のお勧めは**上野千鶴子氏の「KJ法の文化伝搬」**(第19章) : GTA法、SCAT (大谷尚氏)、KJ法原理主義等の批判は的を射ており、上野氏がオリジナルなKJ法を発展させて開発した「うえの式質的研究法」の以下の3つの特徴は魅力的と改めて感じた : ①短時間でアウトプットを出すデータ分析の効率性、②ケース分析とコード分析をクロスする「マトリックス分析」、③一次情報のコンテンツだけでなく分散を対象とする。私は、②・③には以前から注目していたが、①も非常に重要と気づいた。私の経験では、GTA等、カテゴリー抽出型の質的研究法を用いて修論や博論を書いた院生・若手研究者は、膨大な時間と労力を要するデータの収集と分析に疲れ果て、修論や博論を仕上げた後は、2度とその方法を用いた研究を行っていない。

(補足)「うえの式質的分析法」は**上野千鶴子『情報生産者になる』**(ちくま新書、2018の第IV章で詳しく紹介されている)。

○池上彰『池上彰が話す前に考えていること』新潮社、2025年11月。

…内容は、「話す」ことに限定しない、池上流「思考の整理術」。「インプット編」「アウトプット編」「思考を養う生活」の3部構成。「安易に、そして安直に『答え』を求めずに、自分の頭で考えてみる」習慣を身につけるために、池上氏が実行してきた (している) 177項目を、各項目1頁で簡潔にまとめている。

私は特に以下の項目に共感した : 「ノイズを浴びる (「さまざまな情報をシャワーのように浴び、開かれた心でつきあっていく」012)」、「ゆるやかな演繹法を使う」(はじめに仮説を立てるけれど、それに縛られない。調査結果によって、報告内容を柔軟に組み替える。017)、「何がはっきりしないのか、はっきりさせる」(041)、『**真実を伝える**』という言葉は嫌いです」(044)。なお、私は「○○の本質」「本当の○○」という言葉も嫌い、「[新聞は] でき

る範囲でゆるく読む」(064)、『下から目線』で安心感を与える」(079)、「悪文は無駄に長い」(112)、『が』は逆説の意味にだけ使う」(093)、『したいと思います』[や『させていただけます』]ではなく、『します』(103)、「カタカナ語は安易に使わない」(114)、「面と向かっていけないなら、いわない」(128)、「謝罪の原則を守る(「ミスに気づいたらすぐ謝る。どこがどのように間違っていたのかを明確にする」。132)、「[酒を]飲まないメリット」(148)、「私が SNS をしない理由」(152)、「働いていても本は読める」(167)。

唯一、考えが違うのは「スピーチ原稿は用意しない」(116)だが、これは一般のスピーチと研究的講演の違いと思う(私は重要な講演では、参加者に「講演資料(レジュメ)」を配付すると共に、「読み上げ(口演)原稿」も作成し、講演後すぐそれを論文化している)。

○**雨宮処凜『25年、フリーランスで食べてます 隙間産業で生きていく』**河出新書、2025年11月。

…2000年に25歳でデビューして以来、25年間フリーランスの文筆業を続け、貧困問題をメインテーマとして50冊以上の著書を出版してきた雨宮氏が、後輩のフリーランス(希望者)に対して、どうやってフリーランスとして生きてきたかを赤裸々に綴る。全4章。第1章はフリーランスのノウハウの開陳、第2章は3人のフリーランスへのインタビュー、第3章は弁護士とウーバーユニオン代表へのフリーランスの自衛の方法についてのインタビュー、第4章は美大入試に失敗して、19歳から24歳までの5年間、フリーターとして社会の底辺で働きつつ、新右翼団体(一水会)の鈴木邦男氏と親しくなったり(217-220頁)、鈴木氏とは別の右翼団体に参加して活動した後、フリーの文筆業になるまでの壮絶な自分史。

読み物としても面白いが、**第1章には研究者として生きる上でも参考になることが少なくない**：「スケジュール管理や一切やる気を出さなくても仕事はかどるノウハウ、また常に仕事相手の立場を考えるなどの心構えなど、基本中の基本から変化球まで」(15頁)。第1章を読むと、文科系の任期なし教員の生活がいかに恵まれている(率直に言えばいかに甘い)かもよくわかる。私が第1章で一番共感したのは、次の2つの記述：「**生活のすべて、24時間365日すべてに『原稿を書くために自分を動かす』が組み込まれている**」(46頁)、「**執筆は筋トレと同じだ**」と思っている。毎日続けるからこそ、レベルが徐々に上がっていく。その代わりに、1日休むと、確実に下がっているのだ」(54頁)。「終わりに」で書いている雨宮氏が「気をつけていること」-「ケチらない」「惜しみなく与える」と「ただ働きを厭わない」(245-246頁)-にも大いに共感した。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○**伊藤隆夫『地域を支える在宅リハビリテーションのパワー』**日本ヘルスケアテクノ株式会社、2025年12月。

…元日本訪問リハビリテーション協会会長(現・相談役)で、故石川誠医師の片腕として、日本の在宅訪問リハビリテーションを牽引してきた著者(理学療法士)が、近森(リハビリテーション)病院での実践を出発点にして、東京の医療法人輝生会での活動、さらには船橋市での地域リハビリテーション活動で得た経験・教訓をていねいかつ熱く語る。全7章。単なる「自伝」ではなく、在宅リハビリテーションの「制度化の流れ」や失敗談(訪問リハビリテーションステーションの制度化を目指す为实现せず。228-235頁)も率直に紹介しながら

ら、「地域を支える在宅リハビリテーションの視点と仕組み作り」(第4章)について論じている。本書全体に故石川誠医師に対するリスペクト・愛が溢れている。

○特集「変貌する回復期リハビリテーション病棟」『総合リハビリテーション』2026年1月号：4-57頁。

…以下の6論文を掲載：「実態調査に見る現状」(宮井一郎)、「地域医療構想における今後のあり方」(三橋尚志)、「回復期リハビリテーション病棟における地域連携の意義と実践」(菅原英和)、「効果的なカンファレンスの運営」(赤津嘉樹ら)、「在宅復帰後の地域活動支援」(渡部裕介ら)、「就労世代の社会参加支援」(藤井由記代)。回復期リハビリテーション病棟の近年の患者像・課題の変化を知り、広い視野から同病棟の今後のあり方を考えるために必読と言える。内容的には、2026年度診療報酬改定における回復期リハビリテーション病棟部分への対応を先取りしている：同病棟を新たな地域医療構想の中に正確に位置づける、同病棟では3種類の地域連携(前方・側方・後方)や患者の在宅復帰後の地域活動支援が求められる等。私は、診療報酬におけるFIMを用いた「実績指数の功罪」(近藤氏)と「側方連携」(菅原)に共感した。

○池上直己「病院経営の課題と対応」『社会保険旬報』2026年1月1日号：14-20頁。

…①病院の診療報酬の構造と改定、②病院の人事管理、③病院が介護と連携し、看取りに対応すべき点について、ていねいに解説。①では、「点数によって価格を規定しているだけでなく、請求要件の遵守を厳しく管理することで回数を統制」するなど、「緻密な構造」になっていることを強調。池上氏がこのことを台湾で講演したところ、「台湾は日本の昔の診療報酬を参考にしたので、請求要件によって各行為の回数を統制する仕組みを導入できなかったことを担当者は残念がっていた」とのエピソードも紹介。診療報酬改定について、「物価賃金スライド制度を導入し、毎年改定することを検討する必要がある」と結ぶ。

○特集「地域医療構想における専門病院の役割 求められる・生き残る条件」『病院』2026年1月号：18-57頁+1-8頁(企画：松田晋哉)。

…高齢化の進行に伴い、専門病院でも複数の内科系合併症を持つ患者が増加していることに対応して、専門病院がどのように対応しているかを、「医療介護(福祉)ニーズ複合化」をキーワードにして、地域医療構想との関連を踏まえて検討。松田氏の総論に続いて、脳神経疾患専門病院、整形外科専門病院、リハビリテーション専門病院、心疾患専門病院、周産期医療専門病院の事例報告を掲載。

○高橋一剛「受療率のトレンドから読み解く現状投影型モデルによる医療需要推計の有用性と実務的限界」『病院』2026年1月号：58-63頁。

…広島二次医療圏を対象にして、まず、現状投影型モデルによって、いくつかの疾患群の将来の医療需要を推計し、次に、4疾患(肺炎、肺癌、前立腺癌、大腿骨骨折)を対象を限定して、過去8~9年の入院及び手術受療率の年齢区分別のトレンドを分析。その結果を踏まえて、医療需要の将来推計では、現状投影型モデルの有用性と限界を理解し、受療率のトレンドも読み解く視点が求められると主張。

＋○井出博生・他「入院受療率のトレンドとアクセス性を考慮した必要病床数の推計」『社会保険旬報』2015年8月21日号(2613号):14-21頁。

…将来の必要病床数を、現状投影型モデルではなく、直近の入院受療率のトレンドに基づいて推計した先駆的論文だが、高橋論文では引用されていないので紹介する。1996～2011年の15年間に男女とも、すべての年齢階級で入院受療率が低下し続けている(年率平均マイナス0.6%)事実注目し、この「トレンド」(1999～2005年の実績値)が2025年まで継続すると仮定して、2025年の1日当たりの精神を除いた入院患者数が114万人になると推計。これを病床稼働率で割り戻すと、必要病床数は107万床となり、現在よりも25.5万床の「配置変更」が必要となるとした。本論文は、「現在の制度運用、社会状況、医療的な状況が継続」するとした場合も、必要病床数は大幅に減少するとし、「長期にわたって受療率は低下しているので、われわれは無理な制度運用を行わなくても、現状程度の努力で入院患者数と必要病床数は減少すると考えている」、「むしろ無理に病床を削減するという政策が導入されれば自然に減少する以上に病床が削減されるおそれがある」と警告。(詳しい紹介は『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,1977,42-45頁)。

○特集「売るか?閉じるか?選択を迫られる病院」(遠藤浩介、丸本結実、井上俊明)『日経ヘルスケア』2026年1月号:31-50頁

…47都道府県に対する医療法人の事業譲渡・合併の情報公開請求などにより、過去12年間(2012～2024年度)の医療法人のM&Aが391件(事業譲渡178件、合併213件)であることを明らかにし、その事業譲渡、法人合併別の年次推移と厚生局別の数値を示し、編集部が「全体動向」を解説(「経営難、後継者不足などでM&A件数は増加傾向」)。それに続き、医療法人のM&Aを積極的に行っている医療法人白鳳会・古城資久理事長のインタビューとM&Aの4事例、実務に携わるコンサルタントの実名での座談会も掲載。医療法人のM&Aの全数調査は初めてであり、その解説(「全体動向」)も説得力がある。ケーススタディ、インタビュー、座談会もリアル。特に、古城資久氏の以下のコメントは見識があると感じた:「病院の価値で重要なのは『経営数値』ではなく『医療の質』と『職員の質』」、「地域のなかでなくなっても困らない病院は淘汰されるべくして淘汰される」、「買い手が絶対に避ける病院」(略。本文参照)。ただし、M&Aの法人名は書かれておらず、もう1つのM&A形態である「出資持分譲渡」(既存の社員が持つ出資持分を買い、社員総会、理事会の過半数を獲得することにより、公示することなく実質的に経営権が移行)は、水面下で行われるため調査されていない。

○特集「国民皆保険が崩れる… ～社会保障と医療をどう構想していくか～」『月刊/保険診療』2026年1月号:6-41頁。

…全3部、編集部作成の年表と鼎談と6論文。鼎談と個々の論文には鋭い指摘もあるが、私自身は「国民皆保険が崩れる」という扇情的&運命論的表現は好まない。

○<医研シンポジウム2025講演録>「地域医療構想と地域包括ケアシステムの到達点と課題」『医療と社会』35(4):396-476頁、2026年1月。

…2025年9月29日に開催され、私もリアル参加したシンポジウムの記録で、座長の田中滋

氏の座長基調講演と、田中氏が「厳選した」4人（鈴木亘、三原岳、筒井孝子、松田晋哉）の講演、及びその後のパネルディスカッションの全文が収録されている。地域包括ケアの理念の形成と「進化」を主導してきた田中氏の基調講演は俯瞰的。鈴木・三原・松田氏の講演もそれぞれ勉強になったが、筒井氏の講演はスライドが busy でしかも口演内容と対応していないため断片的にしか理解できなかった。講演録の最後には、パネルディスカッションでの私（質問者C）の「4年間、地元の町内会長をやってきた経験」に基づく率直な（しかし冗長な）発言も収録されている（474-475頁）。

○（無署名）「共生支援交付金 最大7割減 政府 目玉事業の方針転換」「中日新聞」2026年1月25日朝刊（共同通信の配信）。

…「引きこもりや貧困といった複合的な課題を抱える住民を支え、地域での共生を目指す事業〔重層的支援体制整備事業〕について、厚生労働省が2026年度から1自治体当たりの交付金を大幅に削減する方針でありことが分かった。26年度に事業を始める自治体は、以前に比べて最大7割近くカットされる。厚労省が推進へ旗を振ってきた目玉事業で、方針転換に対し自治体から『急激で乱暴だ』と反発や困惑が広がっている。事業の実施を見送る動きもある」（以上リード文全文）。本文では、この動きについて批判的な解説をすると共に、歯切れの悪い「厚生労働省の担当部署の話」と原田正樹日本福祉大学教授の「信頼関係損ねた」との怒りを抑えた談話を掲載している。2020年の社会福祉法改正の目玉事業である「重層的支援体制整備事業」の開始後わずか6年目での大幅縮減は大問題だが、全国紙は報じていない。「週刊福祉新聞」は、1年前の2025年4月22日号に、「重層的支援整備事業 公金減額に全社協地域委が『遺憾』」との記事を掲載していた（減額は2025年度から始まっていたが、大幅減額は2026年度から）。なお、厚生労働省の内情に詳しい友人は、この記事を読んで、「こんなに予算を切られるのか？もしかしたら、生活保護訴訟で負けたから、生活保護費の補填に回すかの？」と考えたとのこと（匿名での引用許可済み）。

○安藤道人『「能力に応じた自己負担」という政策哲学とその限界』『現代思想』2026年2月号：175-181頁（特集「医療の未来 再生医療・生殖技術・終末期ケア」）。

…「能力に応じた負担」・「応能原則という概念は、もともとは租税負担に関する公正性の基準として議論されてきた」が、「日本の社会保障においては、…税や社会保障の枠を超え、サービス利用時の自己負担にまで拡張されている」とし、その問題点を3点指摘。次いで、日本の社会保障制度の歴史を振り返り、2000年代から、医療・福祉・介護で「応益負担と応能負担のハイブリッド化」が導入・強化されていることを指摘。他面、子ども・教育政策では近年、「能力に応じた自己負担」が緩和・撤廃されるという真逆の動きが生じていることに注意を喚起し、「自己負担のあり方についての政策哲学を分野横断的に整理する時期が近づいてきている」として、「財政学的な原則に立ち返るなら、応能負担という考え方は税と社会保険料に適用するにとどめ、社会保障の給付やサービスは、できるだけ低額あるいは定率の負担とすることがシンプルで分かりやすい」と主張。最後に、「税や社会保険料の負担はもう限界」との主張に対して、「健康な人の税・保険料は限界である一方、病や障害のある人の負担増はまだ限界ではないのだろうか」と疑問を呈する。「能力に応じた負担」について、医療の枠を超えた広い視点から検討した好論文で、特に医療・介護・福祉と子ども・教

育政策の改革方向が逆という指摘は鋭いと思う。

なお、『現代の思想』2月号特集は16論文を掲載しているが、安藤論文以外は、現実の医療政策や医療費にはまったく触れておらず、拍子抜け。終末期医療については2論文を掲載しているが、どちらも倫理的・思想的検討のみを行い、2025年参院選で参政党が掲げた「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」には言及していない。

○結城康博「2040年に向けた介護保険改革を考えるー2027年介護保険法改正を占う」『社会保険旬報』2026年1月11日号：14-21頁。

…介護保険制度と介護福祉（士）の改革・改善を目指していつもタイムリー・スピーディーな論説を発表している結城氏が、2025年度補正予算・2026年度臨時介護報酬改定、2027年に予定されている介護保険法改正、ケアマネジメントの有料化と更新制廃止、要介護1・2の総合事業への移行、有料老人ホームなどの困り込み、中山間地域での配慮緩和措置について包括的かつ批判的に検討し、このままでは「制度は存続するが介護サービスなし」の事態に陥ると警鐘乱打している。厚生労働省や社会保障審議会介護保険部会の公式文書を読むだけではわからない厳しい現実がよく分かる。

○苦境の介護保険制度（上・中・下）：飯塚敏晃「ケアマネージャーを司令塔に」、結城康博「公費負担6割に引き上げを」、高野龍昭「給付・負担の見直しを肅々と」。「日本経済新聞」2026年1月30日、2月2日、2月3日。

…介護保険制度の現状と改革について三人三様の主張をしている。飯塚論文は、医療経済学の知見を介護に「応用」したすぎず、「ケアマネージャーを司令塔に」との主張は浮世離れしている。自己負担増は「『切れ味の悪い政策』として知られる。必要性の高いサービスも削減してしまう可能性などの副作用」があると認めているのに、「2割負担増の対象が拡大すると、年間200億円以上の介護給付費が削減され、保険財政改善の特効薬となる」と書いているのは理解に苦しむ。

結城氏の「公費負担6割に引き上げを」、過疎地域では「公務員ヘルパー」の導入をとの主張は首尾一貫しており、財源（法人税の引き上げや高齢者の資産税の強化）も明示しているが、結城氏自身が認めているように「政治的には実現が難しい」と言える。高野論文は、タイトルだけ見ると厚生労働省寄りに見えるが、本文を読むと高齢者の視点等、多面的に書かれており、理想と現実の狭間で悩みながら書いたことがうかがわれる。私は、応能負担原則は保険料や租税負担にのみ適用されると考えているので、介護サービス利用時に「高齢者に応分の負担を求めるこれらの改革[2割負担の対象拡大ー二木]は速やかに進めるべきだ」との高野氏の主張には賛成できない。しかし、「筆者がもっとも懸念するのは社会保険料を抑制すべきだとする世論と政策である」として、「社会保険料と税の国民負担を拡大する方策を検討するしかない」と書いていることには共感した。

C. 政治・経済・社会関連

○太子堂正弥『ハイエク入門』ちくま新書、2025年5月。

…書名は「入門」だが、内容的には研究書に近い。本文だけで444頁の厚い本だが、ハイエクの思想の発展・転回がていねい説明されているので、ジックリ読むと、ハイエクの実に多

面的な業績（「経済学はもちろん、法哲学、政治学、科学哲学、社会思想、そして心理学」8頁）についての教養が身につく。少なくとも、ハイエクが市場原理主義、新自由主義、保守主義とする誤解は払拭される。終章を含めて、全6章。本書を読むと、ハイエクの知的交流の範囲の広さにも驚かされるし、著者は、一見ハイエクと対立するような研究者の主張もていねいに紹介し、両者の「隠れた共通点も探究」している。私が一番驚いたのは、ハイエクが日本の「右翼の巨魁」田中清玄とも親交があったこと（351頁）。

私は次の2点で、著者に好感を持った。①ハイエクべったりではなく、チリのピノチェット独裁体制に賛辞を送ったことを「彼の人生における一番の汚点」と厳しく批判していること（425頁）、②「支配と自由との戦いが続く限り、人々が強制のない自由を希求する限り、ハイエクの名は何度でも蘇るであろう」と述べつつ（435頁。終章の最後）、読者にハイエクの著書そのものを読むことは勧めていないこと。逆に、「はじめに」では、「ハイエクの経済理論は現在、一般的にはほとんど知られていない」と冷静に認めている（8頁）。本書を読んで、私は、立花隆氏の古典の分類を借りると、ハイエクの著作（not 思想）は、「時代を越えて一般人が読んでゆくもの」ではなく、もはや、「歴史家とディレクタントだけが読む対象として生き残ってゆくもの」になっている」と感じた（『僕はこんな本を読んできた』文藝春秋,1995,48-49頁）。私は、ハイエクの「自生的秩序論」には魅力を感じるが、そのためにわざわざ彼の分厚く難解な原著（もちろん訳書）を読む意欲は湧かない。

○是川タ『ニッポンの移民—増え続ける外国人とどう向き合うか』筑摩書房、2025年10月。…日本には移民政策がないとの通説が事実と異なることをていねいに示すと共に、移民についての誤解や不安を取り除くことをめざした労作。序章と終章を含めて全6章。第2章「少子高齢化と移民を考えるために—移民政策の歴史」は、「介護分野での移民受け入れ」を考えるうえで必読と思う。第3章「人はなぜ国境を超えて移動するのか？—移民理論の現在地」からは、この分野のさまざまな「理論」（私から見ると、学説・論・仮説）についての教養が身につく。第3章で、私が一番驚いた・勉強になったのは、「アジアが堅調な経済成長を遂げる中、日本はアジアから先進国を目指す移民にとって最大の目的地となって」おり、日本は「選ばれない国」になったとの通説が誤りであること。本書を読んで、「日本に移民政策はない」との言説が誤りであること、及び日本がすでに「移民国家」になっていることは理解できたが、1970年代以降、「日本の入管行政におけ『埋め込まれたりベラリズム』が形成された」とまで言い切れるかには疑問がある（25頁）。

○安岡健一『戦後史 1945-2025 敗戦からコロナ後まで』中公新書、2025年11月。…46歳の（私よりはるかに）若手研究者が、自己が一部しか体験していない「戦後史」について、文献を渉猟して、政治だけでなく芸能まで含めてていねいに鳥瞰した意欲作で、戦後についての「社会的な共通理解」=教養が身に付く。序章を含めて全6章で、第1章（1945～60年）以外は私自身の社会人としての実体験とも重なり、興味深く読めた。著者が、常に、制度と実態を区別している点、及びときどきの政策のほとんどが一枚岩で決められたのではなく「路線の対立」の産物であったことを強調していることに好感を持った。ただし、第4章（1989～2008年）と第5章（2008年～）の記述は「駆け足」的。社会保障についての記述は断片的だが、「戦後日本の国民統合は、こうした社会全体で命を守ろうとする制度

「国民年金・皆保険一二木」によって成り立った」（134頁）との指摘は的を射ている（134頁）。

○内田由紀子『日本人の幸せーウェルビーイングの国際比較』中公新書、2025年12月。
…著者の専門とする文化心理学の立場から、日本社会・文化の中で見られるさまざまな心理的傾向の特徴を、他文化との比較やグローバリゼーションの影響を交えながら、わかりやすく解説しており、この領域の教養が身に付く。全8章。著者等が開発した「協調的幸福尺度」（93頁）や、「場のウェルビーイング」概念（116頁）は、日本を含めた東アジアの人々のウェルビーイング・幸せ感の特徴を捉える上で有用と感じた。

【番外】（オマケ）

○大西洋横断同盟に対するヨーロッパの悲しみの5段階 否定から交渉、そして世界が変わったことの受け入れへ（Europe's five stages of grief for the transatlantic alliance From denial to bargaining to acceptance that the world has changed. The Economist Jan 22nd 2026（紙版1月24日号：45頁））。

…トランプ政権の容赦ない圧力・攻撃による、ヨーロッパのアメリカ喪失感の進展を、キューブラー＝ロスの死の受容の5段階説（否認、怒り、駆け引き、抑うつ、そして最後に受容 [grief, denial, anger, bargaining, depression, and finally acceptance]）に沿って簡潔に説明し、ヨーロッパはまだ最後の受容の段階には達していないし、達するには時間がかかるとまとめている。キューブラー＝ロスの著書の訳書『死ぬ瞬間ー死にゆく人々との対話』（川口正吉訳。読売新聞社、1971）はかつて日本でも広く読まれ、上田敏先生はそれを援用して「障害の受容の5段階」説を提唱した（『リハビリテーションを考えるー障害者の全人間的復権』青木書店、1983、第3章「障害者の心の世界」。先生の障害受容論の総集版は上田敏『『障害の受容』再論ー誤解を解き、将来を考える』『リハビリテーション医学』57(10):890-897、2020）。私は、この論評を読んで、ヨーロッパでは、キューブラー＝ロス説が、現在でも知識人の常識として残っていることを知り驚いた。

6. 『ファクトで展望する高齢日本の医療政策－終末期医療・「生活習慣病」・高額療養費制度－』の目次

(勁草書房,2026年3月18日配本、3850円)

序章 医療・社会保障費抑制の逆流と国民意識

第1節 2022年以降生じた医療費・社会保障費抑制の3つの「逆流」

第2節 社会保障・医療保険の給付・負担についての意識調査

第1章 コロナ禍の総括とかかりつけ医機能強化

第1節 コロナ禍は日本の医療をどう変え、どう変えなかったか？

第2節 「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

第2章 石破内閣の誕生と右派野党の台頭、そして高市自維連立政権

第1節 自民党総裁選挙と石破新総裁・内閣の社会保障・医療政策

第2節 医療・社会保障の総選挙公約での与党と一部野党の「逆転現象」

第3節 参政党の健康・医療政策の批判的・複眼的検討－特異性と他野党との共通性

第4節 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

第3章 「骨太方針2024」から「骨太方針2025」へ

第1節 「骨太方針2024」の医療・社会保障改革方針の複眼的・批判的検討

第2節 「骨太方針2025」の医療・社会保障改革方針の複眼的検討

第4章 2024年度診療報酬改定と医療制度改革の2新説

第1節 2024年度診療報酬改定を複眼的に評価する

第2節 日本の診療所は非効率で集約が必要か？－財政審「建議」の新説の検討

第3節 自公維三党合意が「念頭に置く」国民医療費の「最低4兆円削減」が荒唐無稽である理由

第5章 高額療養費制度見直しの論点と改革提案

第1節 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

第2節 厚労省と石破首相は高額療養費制度見直しでなぜ判断ミスを重ねたのか？

第6章 『厚生労働白書』と「高齢社会対策大綱」の複眼的検討

第1節 「こころの健康」を初めて論じた『令和6年版厚生労働白書』第1部

第2節 『令和7年版厚生労働白書』をどう読むか？

第3節 岸田内閣の「高齢社会対策大綱」をどう読むか？

第7章 「生活習慣病」と「健康の社会的決定要因」の用語見直し

第1節 私が「生活習慣病」の用語見直しが必要と考える理由・再論

第2節 「健康の社会的決定要因」の訳語見直しも必要

第8章 戦後医療政策史の論点

第1節 「医療費適正化」は「医療費抑制」と同じ意味で使われてきた－歴史的検証

第2節 診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を探る

第3節 診療報酬引き下げによる医師の地域偏在是正は困難－50年間の診療報酬誘導策の検証

第4節 診療報酬単価が1点10円に固定された経緯を探る

第9章 医療経済・政策学の論点

第1節 医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証

第2節 私が在宅ケアの「リアルコスト」・社会的費用を計算した経緯を振り返る

第3節 日本と世界の死亡前医療費割合－文献レビュー

補論 医療・福祉研究塾（二木ゼミ）の紹介