

2026年4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261号)」 since 2005

BCCでお送りします。出所を明示していただければ、御自由に引用・転送していただいて結構です。御笑読の上、率直な御感想・御質問・御意見、あるいは皆様をご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。本「ニュースレター」のすべてのバックナンバーは、いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に転載されています：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>

261号の目次は以下の通りです(34頁+別ファイル)

1. 論文：衆院選圧勝後の高市早苗第二次内閣の医療・社会保障改革を俯瞰的に考える
(「二木教授の医療時評(241)『文化連情報』2026年4月号(576号):38-43頁) …2頁
 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
(『社会保険旬報』2026年3月11日号(2993号):14-23頁) ……8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241回:2026年分その1:7論文) …20頁
 4. 私の好きな名言・警句の紹介(その255) –最近知った名言・警句 ……25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59回) ……27頁
- 番外：大学院「入院」生のための論文の書き方・研究方法論等の私的推薦図書(2026年度版,ver.27) …別ファイル(26院本推薦.pdf)

お願い：上記第1論文は、高市内閣の医療・社会保障改革についての私の事実認識と「客観的」将来予測のみを書き、医療改革についての私の価値判断には触れませんでした。これについては、第2論文で詳述したので、両論文を併読していただければ幸いです。

お知らせ

1. 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日に出版しました。
2. 論文「2026年度診療報酬改定と新地域医療構想で病院・病床の再編はどう進むか？」を『日本医事新報』2026年4月4日号に掲載しました。本「ニュースレター」262号(5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。

1. 論文：衆院選圧勝後の高市早苗第二次内閣の医療・社会保障改革を俯瞰的に考える

(「二木教授の医療時評 (241)」『文化連情報』2026年4月号 (576号) : 38-43頁)

はじめに

本年2月8日投開票の衆議院議員選挙で、自由民主党（以下、自民党）は3分の2を超える史上最高の316議席を獲得し、2月18日に第二次高市早苗内閣が発足しました。選挙前は高市内閣の「積極的財政政策」には疑義を呈していたイギリス『エコノミスト』も、高市首相を「世界最強の女性」と評しました(1)。

自民党・日本維新の会の議席は参議院では過半数に達していませんが、仮に法案が参議院で否決された場合にも、衆議院で再可決・成立させることができます。このように「一強」となった高市内閣が、「国論を二分する政策」・改革を次々に断行するとの予測、期待や不安もあります。私も、高市内閣が、外交・防衛政策面では、安全保障関連3文書の改定による非核三原則の見直しやスパイ防止法の制定、武器輸出の目的を限定する「5類型」の撤廃等の強硬保守路線を突き進み、憲法改正にも挑戦する可能性が大きいと判断しています。高市首相は、2月20日の衆参本会議の施政方針演説で、これらに網羅的に（ただし抽象度を高めて）言及しました。

他面、医療・社会保障に関しては（限定しては）、大枠では、従来の自公政権の伝統的政策を踏襲し、日本維新の会（以下、維新）が求めている社会保険料や国民医療費の大幅抑制は行わないとも予測しています。高市内閣が発足時に強調したように、私は、「高市氏がタカ派・強硬保守であることと、氏の現在の医療・介護政策は区別する必要」があると考えています(2)。本稿では、私がこう判断する理由を説明したうえで、今後の医療・社会保障財源についての3つの懸念を述べます。以下、2月21日までに得られた情報に基づいて、本テーマについての私の事実認識と「客観的」将来予測のみを述べます。ここで「客観的」将来予測とは、「私の価値判断は一時棚上げした上で、現在の政治・経済・社会的条件が継続する（または大きくは変わらない）と仮定した場合、今後生じる可能性・確率をもっとも高いと私が判断していること」です(3)。

医療費大幅抑制と社会保険料大幅引き下げはない

ほぼ確実に言えるのは医療費の大幅抑制や社会保険料の大幅引き下げは、当面（数年間は）ないことです。

その最大の理由は、高市首相が、2025年度補正予算での医療機関への財政支援に続いて、2026年度診療報酬改定で「本体」3.09%（薬価引き下げを加えた「全体」でも2.29%）の大幅引き上げを裁定したことです。特に注目すべきは、2025年12月24日の財務・厚生労働大臣の最終折衝で、2026年度の診療報酬改定後に消費者物価や賃上げが想定以上に進んだ場合、2027年度に柔軟に報酬を上乗せする仕組みを設けることが確認されたことです(4)。今後、物価・賃金の上昇が続くのはほぼ確実なため、2028年度改定でも、同様の「仕組み」が踏襲さ

れる可能性が大きいと思います。

しかも、2026年度から社会保険料に、「特定財源」として「子ども・子育て支援金」（被用者保険では2026年度は0.23%）が上乘せされるため、維新等が執拗に求めている社会保険料引き下げの余地はなくなると言えます。政府は、「子ども・子育て支援金」を賦課しても、賃上げや歳出削減によって「実質負担増はない」と説明していますが、それを真に受けている人はほとんどいないと思います。

私は、昨年11月に、自民党・維新の連立内閣が誕生した直後、維新だけでなく、国民民主党や参政党の医療・社会保障政策が自民党より「先鋭」（右寄り）であるため、医療費抑制が石破前内閣や厚生労働省が当初想定していた「落としどころ」を超えて進む可能性があるかと危惧しました(5)。しかし、今回の総選挙で自民党が地滑り的に大勝した結果、上記3党の存在感は弱まったため、自民党本来の、3党よりはるかに現実的な医療・社会保障改革が進むと思います。2025年総選挙で落選した、良識・常識ある厚生労働族のベテラン議員が議席を回復したことも、この流れを強めます。

2025年10月の「自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書」の「社会保障政策」のトップには、「現役世代の保険料率の上昇を止め、**引き下げていく**ことを目指す」と書かれていました。しかし、自民党の今回の「政権公約2026」の第4の柱では、「**社会保障支出の伸びを抑える**とともに、社会保険料等の負担を見直します」との、自民党の伝統的表現に戻っています(19頁)。言うまでもなく、「伸びを抑える」とは、社会保障支出（及びその中核である社会保険料）の伸びは容認することを意味します。

私は、自民党の政権公約で「**国民皆保険を堅持しつつ**」との伝統的表現が使われ(38頁)、「連立政権合意書」に初めて書かれた「**国民皆保険制度の中核を守る**…」との限定的表現が使われていないことにも注目しました。

政権公約は、上記表現に続いて、「2040年頃を見据えた新たな地域医療構想による医療機関の連携・再編・集約化の推進、医師偏在是正などの実効的な対策により、持続可能で安心できる医療提供体制を確保します」等、現在、厚生労働省が日本医師会・病院団体との協議・合意を得ながら進めている施策を列挙しています(38頁)。このことは、現在進められている医療提供体制改革を高市内閣がそのまま継続することを意味しています。

自民党政権の従来政策は順次実施

他面、高市内閣は医療・社会保障費の大幅抑制はしないが、政府・自民党が従来（維新と連立する前）から検討してきた以下の4つの負担増・保険給付範囲の縮小を段階的に実施する可能性が大きいと思います：①高額療養費制度の患者負担増の再見直し(6)、②75歳以上高齢者の窓口3割負担の対象の拡大、③患者に追加負担を課すOTC類似薬の対象の拡大、④保険外併用療養費制度の対象拡大と民間医療保険の活用。

④に関しては、「連立政権合意書」でも、「国民皆保険制度の中核を守るための公的保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討」と書き込まれました。同様の記載は、岸田内閣の「骨太方針2024」と石破内閣の「骨太方針2025」にも書かれていました(7,8)。

「骨太方針2025」の記載は以下の通りです：「保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す」(41頁)。ただし、このためには、医療保険給付範囲の大幅縮小と患者負担の大幅拡大が不可欠であり、

それらを一気に進めるのは政治的に困難と思います。

食料品の消費税の時限的ゼロ税率化？

次に、今後の医療・社会保障財源についての3つの懸念を述べます。

第1の懸念は、今回の総選挙で高市首相が突然打ち上げた食料品に関する消費税の2年間の時限的ゼロ税率化による医療・社会保障財源の圧迫です。「自民党令和8年政権公約」には次のように書かれました。「飲食料品は、2年間に限り消費税の対象としないことについて、今後『国民会議』において、財源やスケジュールの在り方など、実現に向けた検討を加速します」(19頁)。その前段には、「『給付付き税額控除』の制度設計を進めます」とも書かれました。

高市首相は、選挙直後の2月12日、片山さつき財務相や財務省幹部に、消費減税や給付付き税額控除について、本年夏前の6月に「国民会議」の「中間報告」を行うよう指示しました。2月17日の「読売新聞」はゼロ税率化が「もう既定路線となった」との財務省幹部の発言を報じています。

食料品に関するゼロ税率化が実現すると、1年当たり約5兆円の減収になりますが、首相は赤字国債に依存しないことを強調するだけで、代替財源は示していません。片山財務相も、「補助金や租税特別措置の見直し、税外収入によって2年分の財源を確保する」と述べるにとどめています。2月20日の施政方針演説でも、高市首相は代替財源には触れませんでした。

そのため、私は、**消費税の時限的ゼロ税率化は必ずしも「既定路線」とは言えず、今後棚上げされる可能性はゼロでない**と感じています。高市首相は、1月19日の記者会見で消費減税は「私自身の悲願」と述べましたが、高市氏の過去の著書はもちろん、2025年10月の自民党総裁選挙時の公約にも、消費減税は書かれていません。中野タツヤ氏は、高市氏の2000年8月以降の公式ブログ記事1000本を検証して、高市首相の『消費減税は私の悲願』は真っ赤なウソであることを明らかにしています(9)(この記事が発表された翌2月18日、高市首相の公式サイトから過去のコラムがすべて削除されたそうです)。私は、高市首相は、今回の総選挙でほとんどの野党が消費税の引き下げを主張したことに対抗して、その主張を「無力化」または「論点外し」するために戦術的に主張したと判断しています。

ゼロ税率化した場合、準備期間を考慮すると実際に実施されるのは早くても2027年度になり、翌2028年に参議院議員選挙が控えていることを考えると、再び8%課税に戻す(国民の肌感覚では「増税する」)ことは、政治的に極めて困難です。もしゼロ税率が続いた場合、医療・社会保障財源に長期的に大きな穴が空いてしまいます。

ゼロ税率化方針については、政府・与党内、各省庁でも反対意見が多く、ふだんは政権を支持している「読売新聞」や「日本経済新聞」も繰り返し疑問を呈しています。「読売新聞」は総選挙翌日の2月9日の社説で「消費税は維持が当然だ」と、10日の社説でも「消費減税は理屈に合わぬ」と主張しました。「日本経済新聞」も2月17日に社説「社会保障の危機から目をそむけるな 負担減の幻想を破れ」を発表しました。財務省や厚生労働省の高官が水面下で、関係団体に反対の意見表明をするよう非公式に依頼したとの話も聞かれています。

私は「日本経済新聞」が2月16日に報じた世論調査で、「(国民会議で) 減税と社会保障の負担増や給付削減をセットで議論すべきだ」が76%に達し、「減税のみを議論すればよい」は17%にすぎなかったことに注目しています。本「医療時評」(239)で示したように、社会保障・医療保険の給付と負担についてワンセットで質問した6つの意識調査のすべてで、負担と給付の両方を減らすと回答した国民は約1~2割にすぎませんでした(10)。そのため、「国民会議」で、減税と社会保障の負担増と給付削減がセットで議論された場合、消費減税の支持が急速に減る可能性もあると思います。

「大砲かバターか」の選択の再来？

第2の懸念は、高市首相が自己の政治信念に加えて、アメリカのトランプ政権からの圧力で、防衛費の大幅増に踏み切った場合、社会保障費を大幅に削減せざるを得なくなることです。

これは、20世紀中は近代経済学の国際的標準教科書だった『サムエルソン経済学』が初版(1948)から、「どのような社会も受け入れなければならない技術的選択」として示していた「大砲かバターか」(guns and butter)の選択という古典的ジレンマです(11)。2025年6月、トランプ大統領の圧力により、軍事費の対GDP比を5%に引き上げる(純粋な防衛費3.5% + 関連経費1.5%)ことに合意したNATO加盟国で現実起きています。

高市内閣は、2025年度補正予算により、防衛費の対GDP比の2%化を2年前倒して実現しました。それをさらに5%または3.5%に引き上げることを決定すると、1%増につき約5.6兆円の追加が必要となり、医療・社会保障費の大幅圧縮が避けられません。最近は、「中国・北朝鮮の脅威」を理由に、政権内で原子力潜水艦の導入議論が進んでいますが、高橋浩祐氏(ジャーナリスト)によると、原潜を数隻導入するだけで、総事業費は数兆円に膨らむ可能性が高いそうです(12)。

円安・国債安・物価高で日本経済沈没？

第3の懸念は、高市内閣が「責任ある積極財政」を野放図に進めた場合、円安(主要通貨全体に対する円安)、国債安(金利高)と物価高・インフレーションが同時かつ急激に進行し、日本経済に対する国際的信認が一気に失われることです。これは「日本経済沈没」とも言え、その場合は、日本の医療・社会保障制度も致命的打撃を受けます。これは2022年9月にイギリスで起きた「トラスショック」(トラス首相が財源を示さないまま大幅減税を発表して長期金利が跳ね上がって金利ショックが突発し、首相は就任後わずか45日で退任に追い込まれた)の再来と言えます。

私がこの懸念を捨てられないのは、高市首相が2021年出版の『美しく、強く、成長する国へ。私の「日本経済強靱化計画」』で、日本は「自国通貨建てで国債を発行できることから、デフォルトの心配が無い幸せな国」等、MMT(現代貨幣理論)ばりの超楽観的な主張をしていたからです(13)。

ただし、高市氏は、その後2025年の自民党総裁選「公約」では、「責任ある積極財政」を提唱し、「財政の持続可能性の観点から、政府純債務残高の対GDP比を緩やかに引き下げるよう配慮」と、4年前の自説を修正しています。施政方針演説でも、「マーケットからの信認を損なう野放図な財政政策をとるわけではありません」と述べました。そのため、この懸念が

実現する可能性は小さくなったとは言えます。しかし、高市首相は施政方針演説で最も強調した「国内投資促進のための『責任ある積極財政』」の財源についてはまったく触れませんでした。そのため、今後、突然、「マーケットからの信認を損なう」事態が起こる可能性を100%否定することはできません。

おわりに

本稿では、第二次高市内閣が医療費の大幅削減や社会保険料の引き下げをすることは、当面はないと私が判断する理由を述べ、併せて今後の医療・社会保障費の財源確保には3つの懸念があることを指摘しました。最後に、高市内閣が発足直後に発表した本「医療時評(238)」で紹介したイギリス『エコノミスト』の秀逸な警告を再掲して本稿を終わります(2)。「彼女が自らのイデオロギー的目標をあまりにも頑固に追求すれば、短命に終わった第一期安倍首相のような結果に陥る危険性がある。政権を長続きさせるためには、第二期安倍首相が示したような実利主義と柔軟性(pragmatism and flexibility)を示す必要があるだろう」。

【付記】 本稿は、高市内閣の医療・社会保障改革についての私の事実認識と「客観的」将来予測のみを書き、医療改革についての私の価値判断（現行の国民皆保険制度の部分改革）には触れませんでした。これについては、「国民皆保険制度の現状と改革の論点、今後の見通し」(『社会保険旬報』2026年3月11日号。「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」260号(2026年4月5日)に転載)で詳述したので、お読み下さい。

文献

- (1) The insider: The world's most powerful woman. The Economist February 11th, 2026 (電子版。紙版は2月14日号:7頁)。
- (2) 二木立「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(573号):28-37頁。
- (3) 二木立『医療改革と病院 幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房、2004、50頁。
- (4) 二木立「2026年度診療報酬『本体』3.09%引き上げをどう読むか?」『日本医事新報』2026年1月10日号(5307号):54-55頁。
- (5) 二木立「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」『文化連情報』2025年11月号(572号):34-42頁。
- (6) 二木立「高額療養費制度の再見直し案をどう読むか?」『日本医事新報』2026年2月7日号(5311号):56-57頁。
- (7) 二木立「『骨太方針2024』の医療・社会保障改革方針を複眼的・批判的に読む」『文化連情報』2024年8月号(557号):229頁。
- (8) 二木立「『骨太方針2025』の医療・社会保障改革方針の複眼的検討」『文化連情報』2025年8月号(569号):38-45頁。
- (9) 中野タツヤ「『消費減税は私の悲願』は真っ赤なウソ…公式ブログ記事1000本を検証して判明 『増税政治家・高市早苗』の正体」PRESIDENT Online 2026年2月17日

<https://president.jp/articles/-/109156>

(10) 二木立「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」『文化連情報』2026年1月号（574号）：30-35頁。

(11) 森岡洋訳『初版 サムエルソン経済学』学文社、2025（原著1948）、16-22頁。

(12) 高橋浩祐「原子力潜水艦 価格は通常艦6隻分7440億円 課題山積も前のめりの自民と維新」『週刊エコノミスト』2026年3月3日号：74-76頁。

(13) 高市早苗『美しく、強く、成長する国へ。 私の「日本経済強靱化計画」』2021、WAC、32頁。

[本稿は、『日本医事新報』2026年3月7日号（5315号）に掲載した「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？」に加筆したものです。]

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

(『社会保険旬報』2026年3月11日号(2993号):14-23頁)

はじめに

私はリハビリテーション科専門医出身の医療経済・政策学研究者で、1972年に東京医科歯科大学(現・東京科学大学)医学部を卒業して以来54年間、技術進歩と患者・障害者の人権の複眼的視点から医療の経済分析・政策の研究を続けています。この視点から、高額療養費制度の患者自己負担大幅引き上げには強く反対しています(1)。本稿では、主に2000年以降の25年間の医療政策の変化を踏まえて、「国民皆保険制度の現状と改革の論点、今後の見通し」について、6つの柱で述べます。その際、私の事実認識、価値判断と「客観的」将来予測を、できるだけ区別します。

1. 国民皆保険が提供する医療サービスは「最適水準」で「最低水準」ではない

第1の柱は、国民皆保険が提供する医療サービスは「最適水準」(オブティマム)で「最低水準」(ミニマム)ではないことです。これは国内外の社会保障研究者の幅広い合意を得ている「通説」です。日本では、藤澤益夫氏が1968年に初めて指摘し、1980～90年代に、地主重美氏(1983)、福武直氏(1983)、堀勝洋氏(1994)等、社会保障研究の重鎮が異口同音に指摘しました(2)。例えば、堀勝洋氏は、国際人権規約を援用しながら、「医療保障制度要における医療自体については、最適なものが保障される必要がある」と述べました(3)。この点は、所得保障(生活保護等)が「最低水準」とされているのと異なります。

それに対して、2000年代初頭の小泉政権時代に、混合診療(保険診療と自由診療との自由な組み合わせ)の全面解禁を主張した一部の研究者は、医療保障も「最低水準」であるべきと主張しました。例えば、八代尚宏氏は、2003年に、保険診療で「生命にかかわる基礎的な医療は平等に保障されたいうえで、**特定の人々だけが**自費負担を加えることで良い医療サービスを受けられる」ようにすると明快に(?)述べました(4)。ただし、現在では、八代氏を含めて、表立って「最低水準」説を主張する研究者や組織はありません。

「最適水準」説は、政府の閣議決定でも確認

私が強調したいことは、「最適水準」説は、政府の閣議決定でも確認されていることです。「診療報酬体系については、少子高齢化の進展や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、**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よう、必要な見直しを進める」。これは2000年代初頭(2001-2006年)に厳しい医療費抑制政策を断行した小泉純一郎首相が2003年3月に閣議決定した「医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針について」の一節で、閣議決定で「最適水準」が書かれたのはこれが初めてです。その後、この方針は現在に至るまで、歴代の内閣・厚生労働省が、少なくとも言葉の上では、維持しています。

意外なことに、「最適水準」を最初に公式に認めた厚生省高官は、1983年の「医療費亡国」論で悪名高い(?)吉村仁保険局長です。吉村氏は、1984年の健康保険「抜本

改革」時の国会答弁でこのことを繰り返しました。例えば、同年7月12日の衆議院社会労働委員会で、「必要にして適切な医療については、これは医療保険給付の対象にいたしますということをつたひつたひつ答弁しているところでございます」と述べました。

「医療保険は大きいリスクに備える」は医療保険の原則ではない

ここで、保険給付の範囲について「医療保険は大きいリスクに備えるもので、小さいリスクは自助努力で賄う」との主張について簡単に触れます。これは、直感的には常識的に見え、「医療保険の原則」と主張されることがありますが、それは誤りで、吉川洋氏（東大教授。経済財政諮問会議議員）が2005年に初めて主張した新説です。「医療保険の場合、ビッグリスクはみんなできちっと支え合うが、中所得以上の人にはスモールリスクは自助努力で賄う」（これは、2011×年の発言です）。吉川氏は、このロジックで受診時定額負担や免責制を提唱しました。しかし、これは公的医療保険と民間保険（火災保険や自動車の損害保険等）を混同した主張です。しかも、保険学の世界では、民間保険が「ビッグリスク」のみをカバーする「小損害不担保」は保険の「原理」ではなく、「保険金支払いの諸工夫」とされています（5）。

財務省は2015年の財政制度等審議会建議以来、この吉川氏のロジックを常用・愛用していますが、「ビッグリスク」を「大きなリスク」、「スモールリスク」を「小さなリスク」と言い替えています。残念ながら、この主張は、現在では、研究者の間でも相当広まっています。

2. 国民皆保険制度は日本社会の統合を維持するための最後の砦

第2の柱は、国民皆保険制度は、現在では、医療（保障）制度の枠を超えて、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ことです。これは第1の柱とは違い、通説ではなく、私の事実認識です。

私は1994年に、特定療養費制度（現・保険外併用療養費制度）の拡大を批判し、「公的医療費の拡大による日本医療の質の引き上げと医療へのアクセスの確保が、わが国社会の安定性・統合性を維持・向上させる上でも不可欠」と主張しました（6）。そして、2019年に「国民皆保険制度は現在では、医療（保障）制度の枠を超えて、日本社会の『安定性・統合性』を維持するための最後の砦となっている」と主張しました（7）。この規定は、医師会幹部を含め、多くの医療関係者の賛同を得ています。

ただし、これは私のオリジナルではありません。アメリカの医療経済学者のフュックス氏は、1986年に出版した『保健医療の経済学(Health Economics)』で、国民医療保険制度がアメリカ以外の高所得国で広く普及している諸要因を検討し、国民医療保険制度は「国民統合の…洗練した象徴」という「政治的役割」を果たしていると指摘していたことを、最近、再発見しました（8）。

「国民皆保険制度の中核を守る」は要注意

現在では、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。日本の医療政策で超党派の合意があるのはこのことだけといっても過言ではありません。

ただし、自由民主党・日本維新の会の「連立政権合意書」（2025年10月20日）に、「国民皆保険制度の**中核を守る**ための公的医療保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討」と初めて限定的に書かれたのは要注意です。これは、今後の患者負担拡大、保険給付範囲縮小、保険外併用療養費制度拡大の布石と、私は判断しています(9)。実は、これに先立って、「骨太方針2024」（岸田内閣）と「骨太方針2025」（石破内閣）にも、保険外併用療養費制度の拡大と民間医療保険の活用が、ワンセットで書かれていました(10,11)。「骨太方針」では簡単・抽象的に書かれているだけでしたが、「骨太方針」と同時に閣議決定された「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」の2024年版と2025年版には、「国民皆保険の堅持とイノベーションの推進を両立させつつ」「保険外併用療養費制度の運用改善」を行い、その際「民間保険の活用も考慮する」と書かれています。私は2024年版の記載を読んで、「この方針を字義通りに解釈すると、今後は、医療技術進歩に対応して医療保険の給付範囲を拡大するのではなく、その費用を保険外併用療養費制度と民間保険で賄うことを意味」と書きました(10)。ただし、現時点ではこの方針の具体化はまだ図られていません。

患者団体の反対運動が医療政策を変えた

私は、国民皆保険制度の機能低下は、「社会の分断」を促進し、社会が壊れると危惧しています。そして、高額療養費制度の当初の見直し案（すでに多額の負担をしている同制度利用患者の自己負担の大幅拡大）はその第一歩になるところだったと思います。それだけに、当初の見直し案が見送られたことは、患者団体の反対運動が医療政策を変えた稀有の例と言えます。

この点について、三原岳氏は「今回はめったに修正されない当初予算も含めて、患者団体の主張や動向が政府の医療政策を大きく変更させたのは画期的だったし、日本の市民活動の歴史にも残る出来事」(12)、安藤道人氏は「患者団体が要望書・アンケート・署名活動・ロビー活動・専門家との連携などを通じて引き上げ案の政策論点化と世論形成に成功し、最終的に見送りが実現した」(13)と高く評価しており、私も同感です。

3. 日本での現実的選択肢は「社会保険方式」の維持・部分改善

第3の柱は、医療保障制度には「経路依存性」があり、日本での現実的選択肢は100年の伝統がある「社会保険方式」の維持・部分改善しかありません。これは第1の柱と同じく、医療政策関係者（厚生労働省、日本医師会・病院団体、健保連、医療政策研究者等）の共通認識だと思います。

社会保険方式への2つの批判

ただし、社会保障・福祉研究者の間では、伝統的に、社会保険方式への批判が根強いことも見落とせません。その理由は、保険料負担の逆進性と、保険料を払えない人々が排除される「排除原理」の2つです。

確かに、保険料負担には消費税と同様に逆進性がありますが、所得階層別に分析するとそれは極低所得層と高所得層にのみ見られ、大半の所得階層では所得比例的で、社会保険方式に批判的な大沢真理氏も、「なかほどでフラット」と認めています(14)。

社会保険制度に排除原理があることも事実ですが、排除原理は社会保険制度だけでなく、公費負担制度にもあります。その典型は全額公費負担の生活保護制度で、厳しい資格審査や同制度に対する強い「スティグマ」（世間から押しつけられた恥や負い目の烙印）のために、生活保護基準未満の低所得世帯のうち実際の生活保護受給世帯の割合（捕捉率）は、厚生労働省の控えめな推計（2010年）でも約3割にとどまっています(7)。

私は、財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両方から、日本では「社会保険方式」である国民皆保険制度の維持・部分改善しかなく、公費（租税）負担方式への転換の政治的可能性はないと判断しています(7)。

高所得国で「抜本改革」をした国はない

実は、日本でも、2000年までは、社会保険方式の枠内での「抜本改革」が何度も叫ばれ、政府方針となったこともありました。厚生労働省や同省高官は2001年3月以降、現在に至るまで25年間、「抜本改革」とは一切言わなくなっています(15)。2009年に成立した民主党政権は、総選挙公約で医療・社会保障の「抜本改革」を掲げていましたが、それは全く行われませんでした(16)。国際的に見ても、高所得国で21世紀に入ってから医療制度の「抜本改革」をした国はなく、政権交代でも医療制度・政策の根幹は変わらないとの「経験則」があります（イギリス・アメリカ・韓国等）(16)。

アメリカではオバマ大統領が2010年に国民皆保険制度につながる大改革（オバマケア）を行ったとの主張もありますが、それは誤解です。オバマ大統領は、民主党のクリントン大統領が国民皆保険制度の実現に失敗した経験に学んで、当初から、公的医療保険制度の創設や国民皆保険制度の全面実施（＝抜本改革）は目指さず、民間医療保険の適用拡大（＝部分改革）という政策的妥協を行いました。これによりアメリカの無保険者数は、2000年代初頭の約5000万人からは大幅に減りましたが、2023年でも約2500万人（人口の8.6%）存在します。しかも、バイデン前政権が導入した医療保険の税額控除の拡充が2025年末で終了したため、今後、無保険者数は増加に転じると予測されています。

社会保険方式の「部分改革（改善）」の方向

その結果、現在では、**国民皆保険制度の主財源は保険料で、補助的財源が消費税を含む租税**であることについては、医療政策関係者の間で幅広い合意があります。私自身は、以下のような社会保険方式の「部分改革（改善）」の方向を提唱しています(7)。もちろん、これは私の価値判断です。

1つは、保険料の両端の逆進性の軽減、具体的には低所得者の保険料の軽減・減免と標準報酬月額上限の引き上げです。保険料の賦課対象に金融所得を含めることも不可欠です。高市内閣が昨年11月に閣議決定した「経済対策」には、2026年度に、「後期高齢者医療制度から金融所得を勘案する」制度設計を行う方針が盛り込まれています。国際的にも低い（大企業の）事業主保険料の引き上げも必要と思います。この点は、あまり知られていませんが、国立社会保障・人口問題研究所『令和5年度社会保障費用統計』（2025年7月）の「**社会保障財源（EU基準）の国際比較（対GDP）**」（9頁）によると、日本

は、総額がフランス、ドイツ、スウェーデンに比べて低だけでなく、「社会保険料拠出／事業主拠出」がこれら3か国に比べはるかに低いのです（日本6.7%、ドイツ10.7%、スウェーデン11.3%、フランス12.8%）。なお、この「社会保障財源の対GDP比」は、本年1月17日の大学入学共通テストの「公共、政治・経済」の第1問・問3に出題されました。

もう1つは、租税財源の多様化、具体的には消費税の引き上げ、所得税の累進制の再強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止や過度の内部留保への課税等です。権丈善一氏が指摘するように、「財源は全員野球」だと思います（17）。

保険料についてデリケートなのが、大企業健康保健組合の従業員負担の保険料負担の低さと付加給付の扱いです。これは、労働組合の運動の成果とも言えますが、昨年10月に「健保組合の保険料率データ大公開」をした高橋義憲氏は、次のような正論を述べています。『「社会保険料を下げろ」という人たちがよく言うのは、『能力に応じた負担』で、これを高齢者だけに押しつけようとしています。現役世代についても同じことが言えるということを、保険料率のデータから感じてほしいと思います』（18）。ちなみに、高橋氏の「愛する日本経済新聞社の保険料率は、労使合計で7.3%ですが、従業員負担分は2.1%と世の中とはかけ離れた低さで安定し」ているそうです。

4. 患者負担面では「世界に冠たる」制度とは言えない

第4の柱は、日本の国民皆保険制度・高額療養費制度は堅持しなければならないが、患者負担面に関しては「世界に冠たる制度」、「諸外国と比較して最も恵まれた制度」とは言えないことです。

私は長年、高所得国の医療制度（医療保障制度と医療提供制度）の国際比較も行ってきました。それにより、各国の制度は歴史的・政治的・文化的に形成されてきたので、それぞれ一長一短があり、単純に優劣をつけることはできないと感じています。ちなみに、「世界に冠たる」は日本医師会をはじめ医療関係者が好んで国民皆保険制度に付ける枕詞で、「諸外国と比較して最も恵まれた制度」は高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の第4回会議（2025年9月16日）である委員が用いて以来、公的文書でも用いられるようになっていきます（例：高額療養費制度の在り方に関する専門委員会「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」2025年12月16日、1頁）。

皆保険制度の特に良い点は2つ

私は、国際的に見て、日本の国民皆保険制度の特に良い点は次の2つだと思っています。1つは、医療機関（外来）へのアクセスの良さは世界一であることです。多少の待ち時間があっても希望するその日のうちに、診療を受けられるのは日本だけです。日本の医療は、今でも時に「3時間待って3分診療」と揶揄されますが、それは都市伝説です。厚生労働省「受療行動調査」（2023年）によると、病院の外来の診察等までの待ち時間が3時間以上の患者は総数のわずか1.6%、特定機能病院（大学病院）でも2.4%にすぎません。入部寛氏は1996～2023年のすべての「受療行動調査」の結果を分析し、現在の日本では「30分から60分程度待てば、5分10分程度は診てもらえる」と結論づけています（19）。

なお、現在は、山口育子氏（COML理事長）が指摘するように、正確には、無制限

の「フリーアクセス」ではなく「制限されたフリーアクセス」です(20)。1996年に初めて紹介状なしで大病院を受診した場合の「特別料金」が賦課された後、対象病院が段階的に拡大され、2022年からは一般病床が200床以上の病院になっているからです。

もう1つの良い点は、医療保険の給付範囲が非常に広いことで、「コモンディジェズ」(小さなリスク)から臓器移植等の最先端医療(大きなリスク)まで幅広く給付されています。特に、高額医薬品を含めてすべての新薬が承認後、原則60日以内に保険適用(薬価収載)されている国は日本だけです。

日本の患者負担率は西欧より高い

ただし、日本の患者負担率は、西欧諸国に比べるとはるかに高いことも見落とせません。これについては、安藤道人氏が「日本とヨーロッパ主要諸国の医療費自己負担上限制度」の一覧表を作成しています(21)。イギリスやスウェーデンのような医療国営・公営の国で患者負担がほとんどない(反面、診療までの待ち時間が非常に長い)ことはよく知られていますが、日本と同じ社会保険制度のドイツでも、「自己負担上限額は世帯年収の2%(一定の条件を満たした慢性疾患がある場合は1%)に設定」され、フランスでも、「抗がん剤等の代替性のない高額医薬品は自己負担なし」で、それ以外に「長期疾病患者に対する自己負担免除制度や補足的医療保険制度」があります。

日本で1973年に高額療養費制度が導入されたのは、それ以前は、健康保険本人は10割給付であったのに、家族は5割給付で、しかも自己負担の上限が定められていなかったため、血液透析などの高額医療を受けるのを諦めざるを得ない患者が生まれていることが社会問題になっていたからです。西欧諸国のように患者負担がないか低額であれば、「高額療養費制度」は不要だったとも言えます。

応能負担原則は保険料や租税負担にのみ適用される

私は応能負担の拡大には大賛成ですが、それ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考えています。

これは私の個人的価値判断ではなく、以前は、社会保障研究者の大半が同意していました。

例えば、堀勝洋氏は2009年に、「社会保険においては、『能力に応じて負担し、ニーズ(必要)に応じて給付する』という原則に従うのが望ましい」と述べています(22)。堀氏によると、「保険料は能力に、給付は必要に応ずる方向に進むべきである」と最初に提案した公式文書は、社会保障制度審議会の1962年の「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」だそうです。

日本医師会の「平成30・令和元年度医療政策会議報告書」(2020年4月)も序章の「財源」の項で、以下のように述べました。「社会保障における能力に応じた負担という考えは、財源調達面に限るのであり、生活リスクに直面してニーズが顕在化し給付を受ける段階で、自己負担率に差を設けることは、社会保障の理念にそぐわない」。

最近では、村上陽子連合事務局長が社会保障審議会医療保険部会(2024年11月21

日)で、次のように述べました：「公的医療保険は負担能力に応じた保険料を負担する一方、受けられる医療サービスは所得の多寡にかかわらず同じというものでございます。このような仕組みの中で、今回御提案されているように自己負担上限額についても負担能力に応じた負担を強めるということが、一定以上の収入がある被保険者にとって社会保険に強制加入していることへの納得感を欠くことにつながってはならないと考えます」。これは正論ですが、部会で議論されることはなく、村上氏も、最終的には高額療養費制度の見直し＝患者負担引き上げを容認しました。

20 世紀末までは医療保険の負担は定率

現実の医療保険制度でも、20 世紀末までは、患者自己負担は所得とは無関係に一律（1～3 割）でした。それに対して、福祉制度（措置制度）ではサービスの利用料は、利用者の所得による応能負担でした。そして厚生省は、2000 年に創設された介護保険制度で、利用者負担をそれまでの措置制度の応能負担から定率負担に変更しました。介護保険制度創設の際の老人保健福祉審議会の最終報告「高齢者介護保険制度の創設について」（1996 年）は次のように書きました。「高齢者介護に関する現行の利用者負担は、福祉（措置）制度と医療保険制度との間でも、また、在宅と施設の間でも不合理な格差が生じているので、この格差を是正するため、介護保険制度においては、受益に応じた負担として統一的なルールを設定することが適当である。**利用者負担の設定に当たっては、受益に応じた公平な負担という観点から、定率 1 割負担とすることが考えられる。**」

2001 年以降患者負担にも応能負担

しかし、21 世紀に入った直後の 2001 年以降、この社会保険の原則が徐々に崩され、患者の自己負担にも「能力に応じた負担（応能負担）」が導入・拡大されています。なお、学問的には「応能負担」ですが、政府・厚生労働省はなぜかこの言葉をほとんど用いず、長年「能力に応じた負担」を常用していました。今回の高額療養費制度の見直しで、厚生労働省も「応能負担」という表現を使うようになりました。

そして、自己負担面での応能負担の導入・拡大を先導したのが高額療養費制度の負担上限額の「所得区分」の細分化でした。具体的には、それは 2001 年に 3 区分とされ、2015 年に 5 区分とされ、さらに 2026 年には 13 区分とされる予定です。従来はその根拠・目的は「（サービス利用者と非利用者との）負担の公平化」でしたが、2024 年 11～12 月の社会保障審議会医療保険部会からは、「現役世代の保険料軽減」が前面に出されるようになりました。

5. 高額療養費制度の患者自己負担の大幅引き上げ案に強く反対する理由

第 5 の柱として、私が高額療養費制度の患者自己負担の大幅引き上げ案（特に 2025 年度予算案に盛り込まれた当初の見直し案）に強く反対する 2 つの医療経済・政策学的理由を述べます(1)。なお、2025 年 12 月末に閣議決定された高額療養費制度の再見直し案の評価は、文献(23)で述べたので、省略します。

第 1 は、それが健康人と企業から高額療養費制度の利用患者への最悪の「コストシフティング」であることです。すでに高い保険料を負担している高所得患者の自己負担を著しく高くするのは「二重取り」で不公正であり、彼らの医療保険制度への不信を生みます。この主

張は、医療保険部会で高額療養費制度の見直しを容認した菊池馨実氏も、以下のように「正論」と認めています：「高額療養費制度をみた場合、応能負担で保険料を徴収して、さらに応能負担で給付も行うというのは、これはある意味で二重取りというか二重取られというか。なので、そういう意味では、本来のあり方としておかしいという議論はあるのです。それも正論だと思います。ただ、現実問題として、やはり医療保険財政を考えると、負担能力に応じて負担していただくほかないという、実際にも負担できますよねと言うところで負担していただいているというところがあると思います」（24）。

患者負担引き上げの理由に立法事実はない

第2は、患者負担引き上げの根拠として挙げられる、高額療養費の増加が「医療保険財政に大きな影響を与えている」、「高額な薬剤などの増加で医療財政が圧迫している」との主張は誇大または事実誤認、法律用語を用いると「立法事実がない」ことです(23)。以下に述べる3点はすべて「事実」で、本稿でもっとも強調したいことです。しかし、一般にはほとんど知らていないので、少し詳しく述べます。

①**高額療養費**は漸増し続け、2022年度は2兆9700億円になっていますが、国民医療費に対する割合は6.79%にとどまり、10年前の2012年度に比べてわずか0.89ポイント上昇しただけです。2012～2022年度の国民医療費と高額療養費の伸びの実額はそれぞれ7兆4850億円、8107億円で、後者の「増加寄与率」は10.8%にすぎず、とても医療保険財政を圧迫しているとは言えません。

②**国民医療費**の対前年度増加率は2021～2024年度に、4.8%→3.7%→3.0%→1.5%と、4年連続で鈍化しています。2024年度の数値は未公開ですが、厚生労働省が昨年12月25日の医療保険審議会・高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の合同会議に提出した「高額療養費について（参考資料）」の15頁に、「実績見込み」として示されていました。2023年度には国民医療費のGDPに対する割合は低下し、2024年度も確実に低下します（同年度のGDPの伸び率が3.7%のため）。

③**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2015～2023年度の8年間の伸びは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（25）。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%で、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。

なお、健保連は1か月1000万円を超える高額レセプトの急増に関して、「医療費の高額化の最大の要因に薬剤費の高額化が挙げられる」と主張し、高額医薬品5品目の「薬価使用合計額」の推移を示しています。しかし、なぜか、高額レセプト全体の医療費、（高額）薬剤費の医療費に対する割合は示していないし、集計もしていません（「令和6年度高額医療交付事業における高額レセプト上位の概要」2025年9月25日）。

医薬品総額の伸びが低い3つの理由

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つだと考えています(23)。これは私の事実認識・「解釈」です。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）は超高額にはなりません（例：CAR-T細胞療法「キムリア」の薬価（患者1人当たり）は3000

万円を超えますが、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ます)。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ます(例: オプジーボの薬価は当初患者 1 人・1 年当たり 3500 万円でしたが、10 年間で 80 %以上引き下げられました)。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続け、2021 年度からは毎年薬価改定=引き下げが行われるようになっていきます。なお、ここで例としてあげたキムリアとオプジーボは、石破首相(当時)が、2025 年 2 月 21 日の衆議院予算委員会で挙げた医薬品で、当時、患者側から「薬を使う患者を傷つけた」と問題視されました。

6. 患者自己負担の引き下げが必要

第 6、最後の柱として、高額療養費制度でも医療保険全体でも、患者自己負担の引き下げが必要との私の価値判断を 3 つ述べます。これについては、文献(1)で詳しく述べました。

①高額療養費制度については、自己負担の引き上げではなく、がん治療や難病治療のため数年～生涯、高額療養費制度を利用している「多数回該当」患者には「高額長期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。

②究極的には、医療保険全体で患者負担の廃止または 1 割負担化を目指すべき(26)。

③そのための財源は、社会保険料全体の低所得者に十分配慮した上での一広く薄い引き上げと税財源の多様化。

国民の 6 ~ 4 割は負担増を容認

このような保険料引き上げや増税の提案は、一見「反時代的」に見えます。しかし、実は、2020 ~ 2025 年に全国民を対象にして実施され、社会保障の負担と給付についてワンセットで聞いた 6 つの意識調査すべてで、回答者の 4 ~ 6 割は負担増を容認している反面、社会保障の給付削減と負担減を支持している回答者は 1 ~ 2 割にとどまっているのです(27)。例えば、厚生労働省「令和 4 年社会保障に関する意識調査報告書」によると、「**今後の社会保障の給付と負担の関係**」について、「負担増も(は)やむを得ない」(「社会保障の給付水準を引き上げ、そのための負担増もやむを得ない」+「社会保障の給付水準を維持し、少子高齢化による負担増はやむを得ない」+「社会保障の給付水準を引き下げつつ、ある程度の負担増もやむを得ない」の 3 つの回答の小計)が 62.1 %を占め、20 ~ 29 歳でも 54.2 %、30 ~ 39 歳でも 55.6 %で、共に半数を超えています。逆に、「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」は総数で 5.6 %にとどまっています。

次に、一部の政党や「日本経済新聞」等の「賃上げは社会保険料に消える」との主張は事実誤認です。入部寛氏の推計によると、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(28)。

と同時に、財源確保の最大の障害が国民の強い政府不信であることも見落とせません。例えば、長寿社会開発センターの 2024 年調査によると、政府を「信頼している」は 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(23)。さきほどは紹介を略しましたが、上記 6 つの調査で、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ます。これらのことを踏まえると、今後、政府に対する信頼が大幅に回復しない限り、社会保障の拡充は困難と思います。

おわりに

最後に、今後の見通し、私の「客観的」将来予測を述べます。ここで「客観的」将来予測とは、「私の価値判断は一時棚上げした上で、現在の政治・経済・社会的条件が継続する（または大きくは変わらない）と仮定した場合、今後生じる可能性・確率をもっとも高いと私が判断していること」です（15:50頁）。

私は、今後、本稿で提案したような**医療制度の「抜本改善」が行われる可能性は低い**が、「**地獄のシナリオ**」（**国民皆保険制度の解体・崩壊等**）が**実現することはありません**と複眼的に判断・予測しています（29）。実は、2000年前後、特に小泉内閣が厳しい医療費抑制政策に加えて、「骨太方針2001」で医療分野への市場原理導入を閣議決定して以来、今後、国民皆保険制度が解体され、日本でもアメリカ型の「階層医療（差別医療）」が生まれるとの「地獄のシナリオ」が何度も繰り返し主張されてきました（30）。しかし、それから四半世紀経っても、国民皆保険制度の根幹は維持されています。

その最大理由は、国民の大多数が平等な医療を支持しているからです。日医総研が2002年以来、2026年まで繰り返し行っている「国民の医療に関する意識調査」では、国民の7割が、常に平等な医療制度を支持しています（31）。今後もこの国民意識が変わらず、それを土台にして医療団体や患者団体等が国民医療改善の運動を進めれば、日本の医療制度を少しでも良いものに改善することは可能かもしれないと述べて、本稿を終わります。

文献（*は近著『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』（勁草書房、3月出版）に収録）

- (1) 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。*
- (2) 二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房、2007、46-47頁。
- (3) 堀勝洋『社会保障法総論』東京大学出版会、1994、57頁。
- (4) 八代尚宏『規制改革』有斐閣、2003、145頁。
- (5) 二木立「受診時定額負担・免責制は保険の原点か？—吉川洋氏の主張とその問題点」『T P Pと医療の産業化』勁草書房、2012、第3章第3節（128-131頁）。
- (6) 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994、156頁。
- (7) 二木立「国民皆保険制度の意義と財源選択を再考する」。『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房、2019、序章（1-9頁）。
- (8) V.R. フェックス著、江見康一・田中滋・二木立訳『保健医療の経済学、勁草書房、1990（原著1986）、70頁（原著269頁）。
- (9) 二木立「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（573号）：40-49号。*
- (10) 二木立『「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』『文化連情報』2024年8月号（557号）：22-29頁。*

- (11) 二木立 『骨太方針 2025』の医療・社会保障改革方針の複眼的検討『文化連情報』2025年8月号(569号):38-45頁。*
- (12) 三原岳「異例づくめの高額療養費の見直し論議を検証する 少数与党の下で二転三転、少子化対策の財源確保は今後も課題」『基礎研』レポート、ニッセイ基礎研究所、2025年4月10日。
- (13) 安藤道人・河田純一「高額療養費改革案はどう見送られたのか:2024年度改革案の政策形成・修正過程と患者運動」『医療経済研究』37巻1号:29-43頁、2025。
- (14) 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。
- (15) 二木立『医療改革と病院 幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房、2004、72-74頁。
- (16) 二木立『民主党の医療政策』勁草書房、2011、第1章(1-17頁)。
- (17) 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房、2017、189-190頁。
- (18) 高橋義憲「健保組合の保険料データ大公開」2025年10月15日、
<https://note.com/takahay/n/ne057956a4f93>
- (19) 入部寛「日本における”病院の待ち時間問題”の30年」『社会保険旬報』(投稿中)。
- (20) 山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能ー必要なときに必要な医療が受けられる機能に」『社会保険旬報』2022年9月21日号(2868号):20-25頁。
- (21) 安藤道人「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓ー『治療断念』と『家計破綻』を防ぐ医療保険の再構築に向けて」『社会保険旬報』2025年6月11日号:6-13頁。
- (22) 堀勝洋『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房、2009、34-54頁(「社会保障と社会保険の基本的考え方」)。
- (23) 二木立「高額療養費制度の再見直し案をどう読むか?」『日本医事新報』2026年2月7日号(5311号):54-55頁(「WEB医事新報」に先行アップ)
- (24) 菊池馨実「(講演録)全世代型社会保障の時代における社会保障改革の動向」2025年2月13日、『生命保険論集』(公益財団法人 生命保険文化センター)第231号:1-30頁。
- (25) 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。
- (26) 二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第3章第3節(104-127頁)。
- (27) 二木立「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限・負担減支持は1~2割にとどまる」『文化連情報』2026年1月号(574号):30-35頁。*
- (28) 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(2967号):10-13頁。
- (29) 「インタビュー:オレに死ぬと言ってんのか?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)。
- (30) 二木立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の『抜本改革』を超えて』勁草書房、2001、序章「21世紀初頭の医療・社会保障改革ー3つのシナリオとその実現可能性」(1-50

頁)。

(31) 日本医師会総合政策研究機構（日医総研）「第8回 日本の医療に関する意識調査」
2024年1月。

[本稿は、2026年1月22日の日本弁護士連合会シンポジウム「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を問う～」での同名の基調講演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

241回)(2026年分その1:7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。

○医療経済学の興隆:経済学研究の状況の変容

Gschwent L, et al: The rise of health economics: Transforming the landscape of economic research. *Health Economics* 35(1):52-68,2026 [計量書誌学研究]

本論文は、過去30年間の経済学研究・出版の中で、発展しつつある医療経済学の役割を探究する。医療経済学は、歴史的には主としてニッチな領域だったが、近年は存在感が高まり、トップ・ジャーナルに掲載される医療経済学論文のシェアは有意に増加しつつある。本論文ではこのような興隆の要因を見いだすことを目指す。計量書誌学と自然言語処理(NLP)技法を結合して、論文要旨に基づいて医療経済学か否か判断した。NLP技法を用いて学術論文の新規性、影響、及び質を評価したところ、医療経済学の主流化は一部の新奇的で良質の研究により駆動されていること、及び質評価(格付け、rating)で、医療経済学の特定のサブ領域の出現と影響を明示する2つの著名な波(2007-09年と2014-16年)があることが分かった。引用と質評価の間に強い相関があり、医療経済学の論文は他の経済学分野に比べて、質評価が少ないことも分かった。2020・2021年に、コロナパンデミックに関連した研究の引用が増えたが、それらの研究はコロナ禍前の研究と比べて、系統的に新規性が高いわけでも、影響が大きいわけではないことも分かった。

二木コメントー論文タイトルは非常に魅力的で、本文でも緻密な(a/o オタクっぽい)計量書誌学的分析がされているのですが、私には"boring"でした。

○[国民医療費]増加率低下の解剖学:[アメリカの]2009-19年の国民医療費の増加率低下の要因分析

Glied SA, et al: Anatomy of a slowdown: Decomposing the moderation in health spending growth, 2009-19. *Health Affairs* 45(1):29-38,2026[量的研究]

アメリカの、2009-2019年の、インフレ調整済み1人当たり国民医療費(以下、国民医療費)の増加率は1.7%で、1970-2008年の歴史的トレンド3.4%の半分に低下した。その理由を見いだすために、2009-2019年に実施された諸改革(オバマケア等)の財政的影響の保険数理的予測(projection)を計算し、それらをメディケア・メディケイドセンターの2009年を基準年とする国民医療費の将来予測から差し引き、その残余を支払い者別・サービス別に分解して、医療費増加率低下の要因を推計した。その結果、医療費増加率低下に寄与する4つのトレンドを見いだした:①病院、医師診療所、薬局すべての利用率の低下とより安価な代替的サービス提供施設への置き換え、②私的病院・医師診療所の医療価格上昇の低下と非医師診療所の診療範囲の拡大、③最高齢のメディケア被保険者の在宅ケアサービス利用の減少、④私的保険の管理費用の増加率の低下。つまり、2009-2019年の国

民医療費の増加率減少は、主に、2009年時点では予測されていなかった、幅広い、しかし個々には大きくはない(modest)価格とサービス利用パターンの変化によって生じていた。この結果は、従前の医療費将来予測時のいくつかの想定(assumptions)に疑問を投げかけている。

二木コメント—日米の伝統的な国民医療費の増加要因分析よりはるかに深まっており、日本でも「追試」が必要と感じました。「現状投影シナリオ」による将来予測の限界が良く分かります。なお、日本では国民医療費の増加要因分析は名目値で行われますが、アメリカではインフレ調整済みの実質値で行われます。病院・医師 診療所の受診率低下は日米共通なことも分かります。

○ [アメリカでは] 地域直接エントリーの在宅ケアが、2017-2021年には伝統的メディケアの在宅ケアの回数と費用の半分近くを占めている

Salant I, et al: Community-entry home health made up nearly half of home health episodes and spending in traditional Medicare, 2017-21. Health Affairs 45(1):84-91,2026 [量的研究]

メディケアの在宅ケアはしばしば急性期(入院治療)後医療(postacute care)給付とされるが、地域直接エントリーの利用者—在宅ケア利用開始前の入院なしの利用者—が費用と回数の両面で、伝統的(出来高払いの)メディケアの半分近くを占めている。1917、2019、2021年のメディケア管理データを用いて、地域直接エントリーの在宅ケア利用者と急性期後の在宅ケア利用者との違いを分析した。地域直接エントリーの在宅ケアの利用回数、費用、利用者数の割合は2017～2021年に漸増していた。このような利用者は、急性後利用者に比べて、より高齢で、メディケアとメディケイドの重複受給がより多く、認知障害、アルツハイマー病、うつの併発率がより高かった。これらの臨床的違いにもかかわらず、訪問パターンは両群で同様であった。地域直接エントリーの利用者は州間格差が大きく、その利用者の変化は在宅ケア総費用の変化とプラスの関連があった。以上の所見は、急性期後ケアを好む政策とメディケアの在宅ケアの現実(利用者の半分近くは地域直接エントリー)との間の根本的緊張を明らかにした。

二木コメント—アメリカのメディケアの在宅ケアの実態が良く分かります。ただし、2000年から介護保険制度が始まっている日本の関係者にとっては「当たり前」のことと思います。なお、メディケアの在宅ケアは、医師が認めた「一時的かつ専門的な看護・リハビリ」に限定されており、家事支援などの生活援助は原則カバーされず、後者は主にメディケイドでカバーされています。地域直接エントリーの在宅ケア利用者には、メディケアとメディケイドの重複受給者が多いのはそのためです。

○日本の急性期病院における社会経済的に恵まれない状況と低価値医療との関連：横断面分析

Sato S(佐藤壮), et al: Association between socioeconomic disadvantages and low-value care in acute care hospitals in Japan: Cross-sectional study. Health Policy 163(Jan 2026) 105479, 8 pages [量的研究]

低価値医療には臨床的便益はほとんどなく、非効率な医療利用をもたらす。医療アクセス面での社会経済的に恵まれない状況は広く研究されているが、社会経済的に恵まれない

状況にある入院患者の低価値医療のデータは限られている。本研究の目的は、日本の入院医療における、近隣レベルでの社会経済的状況（SES）と低価値医療サービスの割合との関連を、SESの代理変数として、地域剥奪指数（ADI）を用いて検証することである。日本全国の920病院の2022年4月～2023年3月の入院患者のDPCデータベースを用いて、横断面分析を行った。18歳以上の患者で、12種類の低価値医療サービスを受けた入院を含んだ。アウトカムは、入院中に提供されたサービスの1つ以上が確立したアルゴリズムにより低価値医療と分類されることである。剥奪地域（ADIが上位10%）の患者を非剥奪地域の患者と比較し、その際、患者のケースミックスと病院の固定効果を調整した。

524,705入院（女性42.3%、平均年齢69.9±15.5歳）のうち、33,271入院（6.3%）が低価値医療（を含む）と分類された。調整後、剥奪地域の患者はそうでない地域の患者より低価値医療の割合が高かった（6.6% vs 6.3%、調整済みの差、+0.2ポイント；95%信頼区間、0.03-0.5；P=0.02）。サブグループ分析により、65歳以上、女性、及び非大学病院で治療を受けた患者では、社会経済的に恵まれない状況と低価値医療の提供との関連がより強いことが分かった。病院の固定効果を考慮しても結果は変わらなかった。以上から、恵まれない地域の患者はそうでない地域の患者よりもわずかに（slightly）低価値入院医療を受ける確率が高く、この傾向は高齢、女性、非大学病院で治療を受けた患者でより強いと結論づけられる。

二木コメント—低価値医療についての研究の多くが、それを提供する医師に焦点を当てているのとは異なり、低価値医療と患者が社会経済的に恵まれない地域に居住していることとの関連を検証した、つまり「健康の社会的要因」（SDH）にも目を向けたのは、優れていると思います。ただし、居住地による差は「わずか」で、これだけでは確定的なことは言えない気がします。著者も、要旨と異なり、結果の考察（discussion）では、suggestやmayを連発しています。「無価値医療」についても本文ではpotentialとの形容詞を付けています。

○低価値医療を減らすための政策手段の目録：迅速スコーピングレビューの結果

Warkentin LM, et al: An inventory of policy levers to reduce low value care: Results of a rapid scoping review. Health Policy 164(Feb 2026)105508, 9 pages [文献レビュー]

低価値医療の継続的实施は医療制度の資源を浪費し、不必要なリスクを生む。不適切な医療を改善するための政策手段は多数あるが、それを支えるツールが必要とされている。本論文の目的は、低価値医療の削減を助ける政策手段を分類する目録を開発すること、及びその効果のエビデンスと実施可能にする要因を明らかにすることである。適切な政策手段についての情報を、Medline等のデータベースを用いて検索・同定し、エクセルを用いた目録を開発した（5段階。「方法」の詳細は略）。本目録には、臨床家または患者の行動、サービス提供、財政政策、及び人口または組織に影響を与える可能性がある53の手段を含んでいる。手段はしばしば様々な状況で用いられたが、一部の手段は特定の低価値医療に対応している。財政政策手段あるいはサービス提供に影響する手段は対象が限定的（restrictive）であるが、臨床家や患者の行動に関連した手段、及び人口または組織に影響する手段は限定的ではない。40の手段ではエビデンスが多少なりとも確認され、そのうち9つの手段ではインパクトが大きい（行動、利用、費用が5%以上変化）か、一貫して支持的（10研究以上、大半は計画された効果を報告）であった。本目録は、政策手段の比較や

特定の文脈に適応可能な手段を選択することにより、低価値医療に対処する医療システムを支援できる。

二木コメント—政府職員・医療組織管理者・臨床家向けの、低価値医療を減らすための諸手段の世界最大級の最新目録（カタログ）だそうですが、私には企業の新製品のプレゼン資料に見え、実用性があるとは思えません。

○韓国の2024年の医科大学拡張：医療改革から憲政危機へ

Kang D: South Korea's 2024 medical school expansion: From healthcare reform to constitutional crisis. Health Policy 165 (March 2026) 105536, 7 pages [医療政策研究]

韓国は医師不足に直面している（人口1000人対医師数は2.3人で、OECD平均の3.7人を大幅に下回る）。しかし、韓国は国民皆保険（universal coverage）を維持しており、それは医師が年間6113人ものを診療する（OECD平均は1,788人）という超効率的モデルによって可能になっていた。医学部定員増についての医療界との27年間にも及ぶ交渉が決裂して、政府（尹錫悦（ユン・ソンニョル）政権）は利害関係者（医師会や医科大学等）に諮ることなく、医学部定員の65%拡大を公示した。2024年2月、政府は、一方的に、医学部の1学年定員を3058人から5058人に増やし、350人増との医療界の提案を拒否した。レジデントの86.7%が辞職し、医学生生の97.3%が授業ボイコットしたところ、政府は就業維持規則を強化し、ライセンス失効の脅しをかけた。医療サービスが崩壊し—主要病院では手術の30-50%がキャンセルされ、地方の病院では専門医がいなくなった—、政府は同年12月3日に戒厳令を宣言した。軍隊は議会での審議阻止を試み、戒厳令に従わない専門職（医師）を処断する（execution）と脅した。

政府は、医学部定員増により、医師分布は改善するし、それを市民の76%が支持すると期待していた。しかし、医学部教育は完全に崩壊し、医療危機は憲政危機に急激にエスカレートした。ユン大統領は12月14日に弾劾され、12月27日にはハン臨時大統領も弾劾された。危機は最終的には2025年6月の臨時大統領選挙で李在明（イ・ジェミョン）新政権が誕生し、政策転換がなされたことで解決した。本事例は、医療労働力（医師定員増）改革は専門職（医師）部門の強制によっては成功しないことを示している。利害関係者の関与を迂回し、重大な事項を無視すると、連鎖的に制度が崩壊するリスク—医学教育の閉鎖から憲政危機へ—がある。このことは、すべての民主主義国に、強制的医療改革は危険であり、たとえ誤った政策が最終的に転換された場合にも、甚大な社会的コストが生じると警告している。

二木コメント—韓国における医学部定員増をめぐる大論争についての初めての（英語）論文だそうです。私は、韓国における2024年の医学部定員増をめぐる大論争・闘争とユン大統領の戒厳令発布とその後の政権交代は注視していましたが、著者のように「医療危機が戒厳令の引き金になった」との認識は持っていませんでした。ただし、これらの動きについての評価は、韓国内で分極化しており、著者（梨花女子大学医学部教員・形成外科医）の主張は1つの見解と相対化する必要があると思います。しかも、日本のように厚生労働省（not 政府全体）と日本医師会・病院団体とが大枠では医療改革についての共通認識を持っている日本と韓国では、状況が全く違うことに留意する必要があります。なお、現政権は、医療を含めて多くの分野で前政権からの政策転換を行っていますが、医学部の定員

増についてはユン前政権の方針を大枠で踏襲しており、現在も医療界との緊張関係は続いているそうです（本論文はそのことには触れていません）。

○希望とライフコース：25,000人の【オーストラリア】成人の縦断研究の結果

Graham C, et al: Hope and the life course: Results from a longitudinal study of 25,000 adults.

Health Economics 35(1):90-101,2026 [量的研究]

本研究は、ウェルビーイングの最も知られていない側面—希望—と、人生のさまざまな領域での長期的なアウトカムとの最初の大規模な縦断的リンクについて報告する。希望には、人々の将来のアウトカムに関連したエージェント的特性がある。オーストラリア人の成人の全国代表標本 25,000 人を、2007～2021年の14年間（N>115,000）追跡したところ、希望と現在・将来のアウトカムとの強いリンクを見いだした。高レベルの希望を持っている個人は、そうでない個人と比べて、調査開始後、ウェルビーイング、教育、経済的・雇用アウトカム、主観的・客観的健康が改善し、孤独(lonely)ではなかった。希望は、レジリエンス、適応能力、内的統制型(internal locus of control)の高さと関連していた。希望は、困難な時期の心理的バッファーとしても機能していた。高レベルの希望を持っていると回答した者は、マイナスのライフイベント（8種類）に影響されにくく、それらの主要イベント後、より迅速かつ完全に対応していた。希望の駆動要因と結果についての理解を深めることは、究極的には人々のライフを改善するための公共政策に情報を与えることができる。

二木コメント—希望と長期間の人生のアウトカムとのリンクを詳細に分析した世界初の大規模調査だそうです。このような実証研究が、社会学の研究誌ではなく、超一流の医療経済学雑誌に掲載されることに時代の変化を感じました。私は、長年、今後の医療（政策）についても、常に希望を持つ（語る）ことを強調してきたので（例：2007年に出版した『医療改革』（勁草書房）の副題は「危機から希望へ」）、我が意を得たりと思いましたが、調査結果はやや「予定調和的」とも感じました。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 255)－最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○香取照幸(一般社団法人臥龍代表理事・兵庫県立大学大学院社会科学部特任教授)「やっぱり意思のある人が正論を吐き続けるしかありません。学者でも役人でもマスコミでも市民でも。議論をしなくなっているのがいちばんだめなんです。物事は100%だめとか100%いいということはないわけだから」(『社会保障・税一体改革の政治過程分析』日本経済新聞出版社、2026年、397頁)。**二木コメント**ー私も長年、事実認識だけでなく、私の価値判断＝私が「正論」と判断しているものを書き続けてきたツモリなので、大いに共感しました。

○E・H・カー(イギリスの歴史家)「政治学は、何が存在するかについての学問であるのみならず、何が存在すべきかについての学問でもある」(原彬久訳『危機の二十年』岩波書店、2011年(原著)、29頁。細谷雄一『危機の三十年 冷戦後秩序はなぜ崩壊したか』新潮選書、2026年、10-11頁で引用)。私も、常に医療政策について、「事実認識」と「客観的」将来予測と私の価値判断を書くようにしているので、大いに共感しました。

○竹内好(魯迅の翻訳でも知られる中国文学者。1977年、66歳で死去)「『石橋湛山全集』を読むまで、私は、中国のナショナリズムを同時代に理解できる日本人は一人もいなかったのではないかと疑っていた。中国のナショナリズムを理解できる資格とは、自身が開かれたナショナリストであることだが、見わたしたところ、左右を含めてそんな人がいるはずがない、というのが私の独断だった。(中略)そのために石橋さんが、私には型破りに見える」(『石橋湛山全集』第八巻「月報」、1971年。保阪正康『真の保守とは何か 近代日本の地下水脈』文春新書、2026、102頁から重引)。**二木コメント**ー私は長年、「左翼ナショナリスト(leftist nationalist)」と自称してきました(『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006、100頁)。しかし、この表現は説明をしないと誤解を招きやすく、「開かれたナショナリスト」の方がずっとスマート・的確だと感じました。今後はこれを使いません。

○後藤田正晴(自民党の「護憲」政治家。2005年、91歳で死去)「共産主義に賛成とか反対とかで中国を見ていたら、国際社会はわからない。これからは、そんな時代ではなくなる。とにかく一度行って見てくるといい」(保阪正康『真の保守とは何か 近代日本の地下水脈』文春新書、2026、140頁。保阪氏が、中国から招待を受けたとき、後藤田氏に「私は共産主義に批判的なのだが、それでも言った方がいいだろうか」と相談したところ、後藤田氏はこう答えたと紹介)。**二木コメント**ー私は、アメリカについてもまったく同じことが言えると思います。突きつめると、どんな人物・組織を評価する際にも、「賛成とか反対」、好き嫌い等の個人的感情・判断は(一時的に)棚上げする必要があると思います。2025年に参政党や高市早苗議員の医療政策を研究した際も、この視点を貫きました。後藤田氏の発言は、私の好きな次の名言に通じると感じました。

○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」。『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2026、44頁で紹介。

○新井鷗子（インクルーシブアーツ研究者、横浜みなとみらいホール館長。脳性まひがある一人の高校生との出会いから「誰でもピアノ」を開発）「それまで私は東京芸大を出て、音楽の世界で生きてきて、『音楽とは良いものだ』と思い込んでいたところがありました。それを「障がいとアーツ研究」授業で出会った視覚障害のある人から「そもそもアートを共有することが良いことだと思ってこないでくれ」とお説教をされて]根底から覆され、**音楽には皆をつなぎ、心を力にする力があるという考えは、音楽をやっている者の奢りであって、不要な人にはまったく必要ないもの、芸術は限られた人だけが分かる、バリアフリーではないものだ**と思い知らされたのです。そこから考え方を改めて、障害当事者が心から求めていることだけをやろうと決めました」（『週刊エコノミスト』2026年3月31日号：48-51頁、「情熱人 178」）。**二木コメント**—新井氏が以前持っていた「奢り」は、「スポーツで人々に希望を与える」的発言をするスポーツ選手にあるだけでなく、研究者にもあると思います。研究者は、自己の研究に誇りを持つと同時に、（自己の）研究は「不必要な人にはまったく必要ないもの」との醒めた認識を持つことも必要と思います。

<その他>

○落合恵子（小説家、クレヨンハイツ主催）の母「**される人たちと緩く手を握りなさい**」（NHKラジオ深夜便2026年3月13日、「人生のみちしるべ・“わたし”を生ききる覚悟（後編）」（再放送）で、母から教えられた言葉と紹介。「される人たち」とはマイノリティや社会的に弱い人々を指す）。**二木コメント**—私は、若いときは「強く手を握る」・「かたい絆」が大事と思っていました（例：♪「かたい絆に思いをよせて、語り尽くせぬ青春の日々」♪（長渕剛「乾杯」1980年）。しかし、2022年度から地元の町内会長をするようになって、「緩く手を握る」「緩い絆」が大切だと感じるようになっていたので、大いに共感しました。例えば、2024年4月の町内会総会の会長挨拶で、「町内会長の仕事を通して、町内会が持つ『緩やかな絆』機能の役割を実感しました」と述べました。なお、諸般の事情から、町内会長は、2026年4月からあと1期（2年。合計6年！？）続けることになりました。

○アヤトラ・アリ・ホメネイ氏（イランの最高指導者。2026年2月28日、イスラエル・アメリカの奇襲攻撃で殺害された。86歳）「**歴史の根をもたず、その法則も知らぬ者が、数千年の遺産をもつ文明を征圧できると誤解している**」（ホメネイ氏の最後の演説として、イラン最高事務所が記録した一節。「日本経済新聞」2026年3月17日朝刊、「米誤算、イラン認識ズレ 歴史軽視、根深い不信感」が紹介）。**二木コメント**—トランプ大統領の認識の浅さ・誤算を正確に言い当てていると感じました。

5. 私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介 (第59回)

(「二木ゼミ通信 (君たち勉強しなきゃダメ)」97号 (2026年3月11日) から転載)

※チェック表示の書籍・論文は私のオススメ/お好み

A. 論文の書き方・研究方法編関連

○石川善樹『問い続ける力』ちくま新書、2019年。

…2部構成。第2部は、著者が、「○○では派」から「△△とは何か？」派になることを目指して、「問い続ける達人たち」9人に行ったインタビュー (旅) の記録。第一部 (「問い」を問う) は、インタビュー等から著者が学んだ結論の簡潔なまとめ: 「小さな問い」ができれば、好奇心に導かれて「行動」にいたり、想定した結果が得られ、求めていた「報酬」につながれば、また次の「問い」が生まれる…。典型的な、「他人の禪で相撲をとった」本。

○バージニア・ブラウン/ビクトリア・クラーク著、溝呂木佐季訳『テーマ分析 実践ガイド』新曜社、2025年8月 (原著2022)。

…質的研究法の一つであるテーマ分析 (TA) のうち、著者らが提唱する「リフレクシブ TA」 (「主観を持ち、状況に位置付けられており、自覚的で、問い続ける」「批判的で構築主義的なアプローチ」5頁) についての教科書。2部・9章構成。「実践を通して学ぶ」ことを重視し、類書とは逆に、第1部が「初学者向けの実践編」でリフレクシブTAの6つのフェーズをていねいに解説し、第2部でその「理論、解釈、質」を論じている。私は訳者が、*reflexive* を敢えて (一般人には理解できない) 「再帰的」と訳さず、カタカナ表示した上で「研究者の批判的な内省」と説明していることに好感を持った (303頁)。なお、私は、リフレクシブTAを含め、質的研究が「研究者の主観」を重視することは理解できるが、本書のように「一般化可能性」を「幽霊」として、ほとんど否定・拒否することには抵抗がある (厳密に言えば、本書はそれを全否定はしておらず、「移転可能性」 (transferability) は認めている) (147-151頁)。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○山中光茂『家で幸せに看取られるための55のヒントー『よく生き、よく死ぬ』ための新常識』九十九、2025年10月。

…著者は、ケニアの離島で医師としてエイズプロジェクトに携わった後、三重県松阪市長を2期務め、現在は東京都江戸川区のしろひげ在宅診療所院長として、1000人以上の「自宅での看取り」をしている医師。その経験・実績に基づいて、「どんな人でも望めば自宅で幸せな最期を迎えられる！」と主張し、そのための55のヒントを示す。返す刀で、全国の1万か所を超える在宅診療所のほとんどは「なんちゃって在宅診療所」と批判。

○日本医療政策機構「持続可能な保健医療システムへの道筋 社会的合意が期待される三つの視点」2026年1月22日公表。

<https://hgpi.org/research/is-20260122.html>

…産官学のディスカッションメンバー9人とともに、「給付」「負担」「社会実装プロセス」

という3つの視点から、持続可能な保健医療システムへの道筋を提示。包括的ではあるが、抽象度が高く、現実の医療政策との間には大きな距離がある。例：2025年の医療改革で大きな焦点となった高額療養費制度の見直しについてはほとんど触れていない。

提言で一番注目すべきことは、トップに「低価値医療を保険給付から除外」することを掲げていること。私も「無価値医療」の保険給付からの除外には賛成だが、誰もが同意する無価値医療はごく一部と思う。ましてや、「低価値医療」を厳密に定義することは学問的にもほとんど不可能であり、それを保険給付から除外することなど、政治的に不可能と言える。「提言」も、「低価値医療の保険給付からの除外や自己負担引き上げは、短期的には財政の適正化への影響が限られている」と認めている。この提言で初めて使われている「中価値医療」は??? もう一つ、医療財源として、ほとんど消費税を挙げている（10頁）のは、10年以上前の民主党政権時代の社会保障・税一体改革の議論と同じと思ったが、これは高市内閣の時的消費減税方針への（隠れた）異議申し立て?とも感じた。社会保険料について「再点検」と「最適化」を語り（3,7頁）、「引き下げ」は主張していないことも、同じかもしれないと想像した。SDH(social determinants of health)を「社会的決定要因」ではなく、「社会的要因」と表現していることには注目・共感した（7頁）。

○井深陽子「高額療養費制度をめぐる医療経済学的考察」『三田評論』1301：39-43頁、2025年7月。ウェブ上に公開：<https://www.mita-hyoron.keio.ac.jp/features/2025/07-6.html>

…厚生労働省は、高額療養費制度の当初見直し案作成時に、長瀬効果の推計式を用いたが、「日常的に発生するような少額診療に対する定率負担の変化と、高額治療費に対する月額上限の引き上げとは、同じ『自己負担増』であっても性質が大きく異なる」と批判。さらに、財政影響の評価における医療利用が「健康への影響はない」と暗黙に仮定しているが、アメリカの「RAND実験では、健康状態の悪い層に限れば自己負担減による健康改善効果が確認されて」と指摘し、「財政効果の推計と並行して、健康アウトカムの影響を慎重に評価することが制度設計の前提となる」と強調。

○中村さやか「経済学から公的医療保険における患者自己負担を考える」『週刊社会保障』2026年2月2日号：34-39頁。

…新古典派（医療）経済学の理論や実証研究の蓄積に基づいて、医療保険における患者の自己負担増加がもたらす影響を、高額療養費制度の見直し等がもたらすとされる「受診控え」を中心に、ていねいかつ、全体としてはバランス良く概観。まず、「金銭的リスクからの保護の観点からは自己負担ゼロが望ましい」と認めた上で、「患者の自己負担を軽減すると過剰利用が発生する」「モラルハザード」が生じるとしている。ただし、この用語は「人の行動に起因する」という意味であり、「倫理の崩壊」ではないとも正確に指摘している。

次に、「モラルハザードの抑制とリスクからの保護のトレードオフ」について論じるが、「経済理論のみに基づいて患者の自己負担の在り方を決めることはできない」とも指摘。さらに、高額療養費制度の当初見直し案について批判的に検討し、通常の高額療養費制度を利用する患者では「患者による非効率な医療利用がどの程度あるのかは未解明な部分が多い」等と指摘する一方、70歳以上の高齢者を対象とした外来特例では「過剰利用が生じている可能性が高い」とも指摘している。最後に、患者の自己負担引き上げによる「受診

控え」では、「概して健康への大きな影響は認められていない」との先行研究を紹介しつつ、「先行研究での健康状態の把握には限界もある」として、「健康への影響の精緻な分析は今後の課題である」と指摘。最後を、「さらなるデータ整備が望まれる」と、学術論文の定番・お約束表現で結ぶ。

最後に一言：中村氏に限らず、「社会保障費の急激な増大が止まらず、財政が圧迫される」との惰性的表現はいただけない。研究者なら、以下の事実を踏まえて書くべき：国民医療費の対 GDP 比は、最近のインフレーションにより 2023 年、2024 年度と 2 年連続低下しており（確定値）、2025 年度も低下すると見込まれている。

◎香取照幸『社会保障・税一体改革の政治過程分析』日本経済新聞出版社、2026 年 2 月。…「社会保障政策の決定過程を、2010 年から 2012 年にかけて取り組まれた近時最大の改革であった『社会保障・税一体改革』を題材に検証」（まえがき）。社会保障の機能強化と安定財源確保を同時達成したこの歴史的改革に、厚生労働省と内閣官房の担当者として直接携わった香取氏の精密かつ生々しい唯一無二の「歴史の証言」であり、社会保障（政策）の研究者の必読書。527 頁の大作だが、2020 年度の上智大学大学院社会保障特殊講義（全 13 回）の資料と講義録をベースにして「書き下ろした」ため比較的読みやすい（ただし、読むのに相当の時間はかかる）。第 1～5 回はイントロダクションと「一体改革」の前史、第 6～10 回は「一体改革」の微に入り細を穿った解説・証言、第 11・12 回は安倍政権下での「一体改革」と「ニッポン一億総活躍プラン」の批判、第 13 回はまとめ。いずれの回も、資料が豊富で、関わった政治家や（厚生労働省以外の）官僚・研究者の大半の実名を明記している。巻末の「人名・組織索引」も充実。

第 1～5 回では、小泉政権の厳しい給付抑制型の社会保障改革・構造改革の結果、「医療崩壊」・「社会保険の空洞化」が生じ、福田・麻生政権で「社会保障の機能強化」への路線転換の動きが始まったこと、及び 2009 年の（麻生政権での）所得税法の改正法附則第 104 条が、その後の民主党政権の「一体改革」を大きく「縛った」ことを示している。第 6～10 回では、民主党政権の迷走と与謝野馨社会保障・税一体改革大臣の超人的奮闘、及び当時野党の自民党主導で「一体改革」法が成立したプロセスを、「うんざり」（320 頁）するほど詳細に書いている。厚生労働省と財務省の「戦略的互惠関係」（対立と妥協）のプロセスも（おそらく初めて）詳しく説明されている（例：「増税実現までは手を携えていくけれども、増税した金をどういうふうに分けるかの話になると意見が違う」411 頁）。第 11・12 回では、一転して、安倍政権及の社会保障政策と安倍首相の姿勢を、アベノミクスと「ニッポン一億総活躍プラン」中心に舌鋒鋭く批判：主な見出しは、「ないがしにされる一体改革のスキーム」、「財政再建も先送り」、「フレームの歪み」、「語られなくなった負担増」（これが「安倍政権の最大の罪」440 頁）、「財政規律の緩さ」、「空虚なスローガン」、「一億総活躍プランは一億みんな働け社会プラン」、「封じ込められる批判」、「政治の私物化」等。第 13 回は「2040 年に向けての課題」を示す。その前提として、「（日本の）社会保障分野は最もよく対応している分野」と高く評価し（481 頁）、「私の結論」として、「安定財源を確保すること」を強調しているが（511 頁）、具体策は示していない。

本書を読むと、「一体改革」前後を含め、この間の社会保障改革が凄まじい政治過程であったことがヒシヒシと伝わってくるとともに、その教訓が現在の社会保障改革の議論では

とんど忘れられていることに改めて驚かされる。私は、香取氏が、本書全体で、政府・厚生労働省の次の2つの公式用語をまったく（おそらく意識的に）使っていないことに注目・共感した：①医療費・社会保障（給付）費の「適正化」を一切使わず、「抑制（路線）」、「削減（路線）」とストレートに書いている。②「地域包括ケアシステム」も一切使わず、「地域包括ケア」（一部「地域包括ケアネットワーク」）を使っている。もう一つ注目・共感したのは、厚生労働省・政府の説明・宣伝とは逆に、「健康寿命が延びれば平均寿命も延びますから結局〔生涯〕医療費が増えます」と繰り返し明言していること（458、478頁等）。残念なのは、巻末の「参考資料」で政府・厚生労働省の公式文書のみを挙げ、本文で言及したものも含めて、個人論文を一つも示していないこと。

○小塩隆士「衆院選後の高市政権の課題(下) 社会保障の『支え手』増やせ」『日本経済新聞』2026年3月5日朝刊。

…「ポイント」は以下の3つ：①経済成長で社会保障の財源確保は難しい、②給付の削減や現役世代の負担増にも限界、③高齢者就業増加で「社会的扶養力」は上昇（番号は私が付けた）。①に関する次の記述は正論&痛快：「新政権は『責任ある積極財政』と同時に『大胆な危機管理投資による力強い経済成長』を目指すとしているが、アベノミクスの実績が示唆するように、政府主導型の供給能力強化策は、よほど大胆な施策を行わないと成果が出てこない。経済成長で社会保障の財源が確保できるとまで期待するのは楽観的過ぎる」。③に関して、図2で就業者の非就業者に対する比率〔就業率／(1－就業率)〕が2010年以降上昇に転じているのをキレイに示している（これの主因は高齢者就業率の上昇）。

なお、人口高齢化にもかかわらず社会の扶養負担は高まらないことは、「高名な経済学者の伊東光晴氏が1982年に初めて指摘し、[次いで1983年に里見賢治氏が詳しく論じ、さらに]、1989年に川口弘・川上則道氏が本格的に論じ、最近では[2001、2015年に]権丈善一氏が精力的に強調」している（『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017、3-5頁〔〕は今回補足）。

○池端幸彦「(インタビュー) 2026年診療報酬改定を読み解く(6)病院経営の”助け船”となる改定を望む」、特集Ⅰ「2026年診療報酬改定『新旧対照表』解説」PartⅡ「2026年診療報酬改定のキーポイント(流石学、伊藤哲雄、工藤高、長面川さより)、工藤高「2026年度改定の一丁目一番地はどこ?(プロの先読み・深読み・裏読みの技術(第95回))」『月刊/保険診療』2026年2月号:2-5、152-162、166頁。

…専門誌の先陣を切って、2026年度診療報酬改定の全容・ポイントを解説。2025年10月に中医協委員を退任したばかりの池端氏は、「委員を外れたから言えること」を率直に語る。「ベースアップ評価料ではなく、入院基本料を上げて、病院の規模や経営状況に応じて使えるようにするのが本来の仕組み」、「『診療報酬も物価変動にスライドさせるべき』と、声を大にしても言うべきとき」は正論。『急性期一般入院医療』の[2]～[6]は、算定条件を満たす救急受入数や手術数が保持できないなら、いずれ地包医〔地域包括医療病棟〕に転換させたいというのが厚労省の思惑」との判断もその通りと思う。

特集Ⅰの4論文は、2026年度診療報酬改定で、急性期病院・医療提供体制がどう変わるかを簡潔に示している。工藤氏の2論文は、2026年度改定を2024年度改定だけでなく、2022

年度改定とも対比して論じており、視野が広がる。その上で「今回ほど『大胆かつ細部までリンク』した改定は初めて」、「歴史に残る改定」になる（今改定を主導した林修一郎医療課長の表現）と評価。「現在の急性期一般入院料2～6は高齢者救急へ対応した地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟というハイブリッドな『包括期』機能への誘導が進んで行くであろう」との将来展望は、上記池端氏の判断と重なる。

○「太田圭洋・日本医療法人協会副会長に聞く」 Vol.1：本体 3.09 %、感謝も「十分と言いきれず」、Vol.2：急性期への「傾斜配分」も、依然経営は厳しく、Vol.3：新設「急性期病院」Aに込められた2つの意味、Vol.4：入院料、「2006年度改定」に匹敵する重要改定、Vol.5：国民会議、「医療の給付と負担の議論」不可欠（聞き手・まとめ：橋本佳子）。m3.com 2026年3月2、4、6、9、11日。

…名古屋記念財団理事長（HOSPYグループ）で病院の経営を熟知し、中医協委員でもある太田氏が、2026年度診療報酬改定の課題と問題点を、ポジショントークではなく、本音ベースで縦横無尽に語っている。特に病院経営者は必読。氏の事実認識と主張のポイントは、各回のタイトルに簡潔に示されている。

私は、vol.1で、診療報酬引き上げが「十分とは言いきれない」理由として、国民医療費の対GDP比が2022年度から2025年度まで漸減し、診療報酬改定のある2026年度ですら「横ばいから微減」となると率直に指摘し、vol.5の最後で、このままでは若い医療者が『『夢』や『やりがい』よりも『コスパ・タイパ』を重視する方向に流れてしまう。それは本来、日本の医療があるべき姿ではないはずです」と切々と訴えていることに、太田氏の見識と強い危機感を感じた。

○特集「学校作業療法－For School: 学校のための作業療法」『作業療法ジャーナル』2026年3月号(60巻3号)：210-240頁。

…総論と4本の実践報告。『作業療法ジャーナル』が「学校作業療法」を特集するのは初めてと思う。「実践3」は「多職種連携」を論じているが、これを含めどの論文も、スクールソーシャルワーカーについて触れていないのは??? この分野でも縦割? a/o 領地争い?

C. 政治・経済・社会関連

○梶谷懐・高口康太『ピークアウトする中国 「殺到する経済」と「合理的バブル」の限界』文春新書、2025年1月。

…現地ルポ×経済学の異色タッグの名著『幸福な監視国家・中国』（NHK出版新書、2019。本「ゼミ通信」30号（2020年8月）で紹介・推薦）の続編、全8章。「本書の特徴は、不動産市場の低迷による需要の落ち込みと、EVをはじめとする新興企業の快進撃と生産過剰という二つの異なる問題を、中国経済が抱えている課題のいわばコインの裏と表として捉える点にあり、「中国経済のどこに目を向けるかで見える景色がまったく違う」理由が良く分かる（5-6頁）キーワードは副題の2語、及び短期&中期の視点。私は、「中国政府はなぜ均衡財政にこだわるのか」（第6章2・3）が一番勉強になった（答えは「地方分権的すぎる中国の財政制度」（＝「国家財政に占める中央政府の比重が非常に低い」と「均衡財政主義の下で推奨される『供給制度の改革』（＝いわゆる「新自由主義的な処方箋」））。

年金制度の不備が不動産バブルに拍車をかけたとの指摘も興味深い：(日本のような)「賦課方式の年金を通じた世代間の資源移転が十分ではない状況の下で、人々は『安心な老後』を過ごす手段としてマンションを購入してきた」(88-91頁)。ただし、この指摘は日本と中国の経済発展水準の違いを考慮すると、<無い物ねだり>にも思える。

私は、本文の最後に書かれている、「あなたがどれだけ中国のことが『嫌い』だったとしても、中国経済の行く末に無関心でいることができない」に大賛成(245頁)。ただし私は、「中国とアメリカの政治経済の行く末…」と表現する方が適切と考えている。

なお、Googleで調べたところ、「ピークアウト」は和製英語とのこと。私も、The Economistでこの表現を見たことはなく、同じ意味では、"Peak (China)"が使われていると思う(例：2023年5月13日、電子版)。

○ブランコ・ミラノビッチ著、立木勝訳、梶谷懐解説『不平等・所得格差の経済学 ケネー、アダム・スミスからピケティまで』明石書店、2025年2月(原著2023)。

…グローバルな不平等研究の第一人者が、経済学の歴史を俯瞰し、経済学者たちは所得の不平等をどのように説明してきたかを探究。全7章で、第1～6章では以下の6人の経済学者の理論をていねいに検討：フランソワ・ケネー、アダム・スミス、デヴィッド・リカード、カール・マルクス、ヴィルフレッド・パレート、サイモン・クズネツ。スミスについて、『道徳感情論』と『国富論』での富裕層への態度が全く異なり、前者では「露骨な反動主義者として立ち現れている」(82頁)と酷評。マルクス理論の説明は丁寧かつ好意的。「クズネツの貢献は、ブラジルや中国といった国々での不平等の進化を理解するうえで今も生きている」と高く評価(258頁)。これら6人の後の「冷戦期」は「不平等研究の暗黒時代」と一括して否定的に評価しており(例外は、ネオ・マルクス主義研究)、「エピローグ」ではトマ・ピケティを高く評価。本書全体でケインズについてはまったく言及していない。やや厚い本(392頁)だが、訳文はこなれており、不平等・所得格差の経済学史についての教養が身につく。なお、本書は2025年末に、「日経」「エコノミストが選ぶ経済図書ベスト10」の第2位に選ばれた(同紙12月27日朝刊。第1位は『スティグリッツ 資本主義と自由』(本「ゼミ通信」95号(2026年1月)で紹介・推薦)。

○松岡真宏『経営者のための正しい多角化論』日本経済新聞出版、2025年6月。

…私は、著者が『週刊東洋経済』2025年11月22・29日号のインタビューで「『選択と集中』は誤訳が広がった コングロマリットこそ成長のカギ」と主張しているのを読んで、興味・違和感を持った。というのは、私が『保健・医療・福祉複合体』(医学書院、1998年)を出版した当時の経営学では、コングロマリットは否定的に扱われていたからである。同書の「複合体」の諸「用語の定義」の最後に、以下のように書きもした：「『複合体』への否定的ニュアンスを込めて「コングロマリット」という表現が用いられることもあるが、これは不適切である。なぜなら、これ[複合体]は「非関連型の多角化を行う」企業を指す用語だからである」。

本書を読んで、「選択と集中」はウェルチの"Focus"の大誤訳であることはよく分った(ただし、誤訳者・その理由は分からないとのこと。126-144頁)。この誤訳は1999年以降日本で流行しだし、松岡氏はそれにより「日本の経営者たちはリスクテイクを伴う成長戦略

を劣後させた」と批判している（139頁）。『選択と集中』の問題点」や、そこで触れられている「シナジー原理主義」の批判も、勉強になった。私は、『複合体』では、「選択と集中」は使わなかったが、2003～2017年度に、日本福祉大学で社会福祉学部長や学長等、さまざまな役職についていた時、「選択と集中」を一種のファッション（松岡氏流に言えば「便利なお神託・おふだ」137頁）として、無批判に使っていた。本書は一般読者向けに分かりやすく書かれており、生きた経営学（論）の教養を身につけられると思う。ただし、本書は上場している伝統的な大企業の変革を目的としており、医療・福祉・非営利組織についてはまったく触れていない。

○天野友道『イノベーション 普及する条件』岩波新書、2025年7月。

…書名は魅力的だが、著者の言う「イノベーション」は一般の「新商品やサービス」。事例も多くが小売業のヒット商品についてのもので、私には新鮮味がない。In a word, boring.

○枝廣淳子『社会の価値の計り方ー「見える化」で地域を豊かにする』岩波新書、2026年1月。

…「はじめに」によると、最新の研究を取り入れ、同時に著者たちの現場〔環境と地域経済〕での実践を紹介しながら、『見える化』と『測定』、それによる問題解決や改善の実例と可能性を紹介している（vii頁）。前掲書と同じく、本書も書名は魅力的だが、中身は私には期待外れ、boring.

○朝倉慶『株はもう下がらない 誰も止められない世界的金融インフレの暴走』ビジネス社、2026年1月。

…タイトルはキワモノ的だが、「株式市場はもはや従来の市場ではない。「株価こそ政策の中心をなす政策装置なのです！だから株はもう下がらない。（中略）これこそが"新しい資本主義の正体"」（2頁）との主張は鋭い気がする。序章「インフレ税が資産なき人々を直撃する！」は、下記の渡辺本や中園論文と共通。第3章「高圧経済という幻想」（リフレ派批判）も説得力がある。ただし、第5章「痛みの否定と国家の終点」はアジ演説。本書の強い推奨にもかかわらず、私は本書を読んでも株を買う気にはならない。

○渡辺努『インフレの時代 賃金・物価・金利のゆくえ』中公新書、2026年1月。

…物価研究の第一人者が、世界で先行していた物価の高騰＝インフレーションが、日本でも2022年春から始まり、それまでのデフレから一転した謎に挑戦。序章を含めて全7章。2022年以降「その時々書いたエッセーを集めたため」、臨場感がある反面、「思考の流れが揺れ動き」、「一部が読みにくく感じられる」（5頁）。序章「新たな時代の始まり」、第1章「賃金・物価・金利の正常化」、第2章「インフレは日本経済をどう変えるのか」、第4章「インフレと賃上げ」、第5章「インフレと財政」は、最新のデータ（分析）に基づいて分かりやすく書かれており、「慢性デフレの終焉と価格メカニズムの復権」&『インフレの時代』の到来がもたらす効率性の改善と格差の拡大（14-15頁）との著者の結論は説得力がある。「インフレ率2%経済への移行で得られるインフレ税収」が180兆円（政府債務の16%の減少）で「他国を圧倒している」との著者の試算には驚いた（215-216頁）。「賃金と物価を上げるための財政支出をためらってはいけない」との主張（203頁）は、高市

首相の「責任ある積極財政」を連想させるが、『物価を下げる』ためにインフレ税制を使うのは本末転倒（236頁）と釘を刺している。それに対して、第3章「インフレと日銀」と第6章「インフレの変動要因」は、私を含めた一般読者には記述が細かすぎ、しかも「思考の流れが揺れ動き」、分かりにくい。「あとがき」は<オタク>。

○中園善行「消費減税の裏にある『インフレ増税』の罟」『世界』2026年3月号：55-64頁。
…高市早苗首相は「税率を上げずとも税収が自然増に向かう強い経済を実現する」と主張したが、「経済成長の実現可能性が低いことを考えれば、増税に頼らずに政府債務を削減する方法は、[インフレ率よりも低い金利水準を維持し、円安を生む]金融抑圧的手法によるインフレ税しかない」と喝破し、「目に見えにくいインフレ税」により「政府は巨額の債務のツケを労働者と年金受給者に負担させようとしている」と批判。

○特集「防衛産業の経済学」『週刊エコノミスト』2026年2月24日・3月3日号：9-41頁。
…「安全保障政策の大転換」を掲げる与党自民党の歴史的勝利を受け新たな局面に入った日本（および米国）の防衛産業を多面的に分析する14論文・記事を掲載。**森信茂樹「防衛財源のカラクリ」**は、「国民は今後、乏しい財源の中で社会保障と防衛費のどちらを優先するのか—という究極の選択を突きつけられるだろう」と予言（36頁）。この特集とは別だが、私は、次の論文が大変勉強になった：**高橋浩祐「原子力潜水艦 価格は通常艦6隻分7440億円 課題山積も前のめりの自民と維新」**（74-76頁）。