

2026年9月5日(土)

「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻266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/>

266号の目次は以下の通りです(29頁)

1. 論文:「骨太方針 2026」の医療・社会保障改革方針の複眼的検討
(「二木教授の医療時評」(244)『文化連情報』2026年9月号(581号):30-40頁)……………2頁
2. インタビュー:所得高ければ医療費負担も重く…広がる「応能負担」、専門家は問題視
(「朝日新聞デジタル版」2026年8月1日)
<https://www.asahi.com/articles/ASV7Z25ZQV7ZUTFL004M.html>……………12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246回:2026年分その6:6論文)…15頁
4. 私の好きな名言・警句の紹介(その260)ー最近知った名言・警句……………20頁
5. 私が毎月読めチェックした日本語の本・論文の紹介(第64回)……………22頁

お知らせ

論文『医療政策のトリレンマ』『オレゴンルール』説はなぜ不適切で時代遅れなのか?』が『日本医事新報』2026年9月5日号に掲載されました。本「ニュースレター」267(10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紙誌をお読みください。

1. 論文：「骨太方針 2026」の医療・社会保障改革方針の複眼的検討

（「二木教授の医療時評（245）」『文化連情報』2026年9月号（581号）：30-40頁）

はじめに

高市早苗内閣は7月21日、「経済財政運営と改革の基本方針 2026 『責任ある積極財政』元年 ～日本の挑戦を起動する！～」(以下、「骨太方針 2026」)を閣議決定しました。昨年(6月13日)に比べると5週間も遅く、これは食料品にかかる消費税率引き下げ・給付付き税額控除方針が迷走を続けたためです。しかも、その点についても、「今後予定されている社会保障国民会議の中間とりまとめを踏まえ、本年8月上旬までを目途に、その方針を決定する」と先送りされました(27頁)。

本稿では、「骨太方針 2026」に書かれている医療・社会保障改革方針を、昨年の「骨太方針 2025」や6月26日公表の財務省・財政制度等審議会春の「建議」(以下、財政審「建議」、6月30日公表の「骨太方針 2026(原案)」等との記述の異同に注意しつつ、複眼的に検討します(1)。「骨太方針 2026」と同時に閣議決定された「日本成長戦略」については、【注1】で簡単に検討します。

私は、「骨太方針 2026」の第1章「マクロ経済運営の基本的考え方」は高市カラー・高市語録満載だが、第3章2「全世代型社会保障の構築」の個別の医療・社会保障改革方針は大半が従来の政策の踏襲で、「建議」や日本維新の会(以下、維新の会)の<尖った>提案は採用されなかったと判断しています。「社会保険料の引き下げ」が「骨太方針」に明記されたのは初めてですが、それには歯止めの記載も併記されています。

「マクロ経済運営の基本的考え方」は言葉が踊っている

医療・社会保障改革方針について検討する前に、第1章「マクロ経済運営の基本的考え方」を読んで感じたことを3点、簡単に述べます。

第1に、「強い経済」、「転換」等、言葉が踊っており、イケイケドンドンなことです。「骨太方針 2026」全体で、「強い」は43回も使われ、そのうち25回が「強い経済」であり、「転換」も17回も使われています。「コペルニクスの転回」という本来は超長期的転換を意味する用語まで使われています(1頁)。思わず笑ってしまったのは、「国民の力、ピープルズパワーを日本の成長の原動力に変えていくという姿勢が求められている」(1頁)という精神論で、私はアニマル浜口氏の「気合いだー！気合いだー！」を思い出しました。この点に関連して、7月14日の党首討論で玉木雄一郎国民民主党代表が、「気合いと根性だけではマーケットは動かない」と高市首相を批判したのは的を射ていると思います。

なお、「骨太方針」の副題に！（ビックリマーク）が付けられたのは今回が初めてで、情緒で人を動かそうとする高市首相の（ポピュリスト的）姿勢を象徴していると言えます【注2】。

第2は、「官民連携」(5回)、「官民投資」(18回)が多用され、「国家資本主義(国家介入主義)」(statism)」的色彩が強いことです。

第3は、官民投資(2040年度までに約370兆円)の財源も、消費税率引き下げ・給付付き税額控除を賄うために必要な財源(2年で約10兆円)も、確保策がまったく書かれてい

ないことです。小泉純一郎内閣や安倍晋三内閣時代を含め、今までのすべての「骨太方針」に書かれていた「財政健全化」が削除されたことも驚きで、このような「責任なき積極財政」にマーケットが反応して、今後、円安や金利上昇が進む危険があると感じました（6月30日に「骨太方針2026（原案）」が公表された直後にもこの動きが見られました）。

私がこの懸念を持つのは、高市氏が2021年9月の自民党総裁選挙に向けて出版した『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おり、その後、その見解を訂正していないからです(2,3)。

「保険料の引き下げ」と4回も明記

「骨太方針2026」では、「現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針」が、4回も書かれました（2,25,28,38頁）。実は「骨太方針2025」にも、維新の会の強い要求で、「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現する」との表現が盛り込まれていました。しかし、「保険料負担の上昇を抑制」等の従来の「骨太方針」と同じ表現も併記されていました(39-40頁)。それに対し、今回は、2025年10月の「自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書」に基づいて、断定的表現が用いられました。

70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合についても、「原則3割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を2026年末までに策定する」とされました（29頁）。しかし、維新の会が執拗に求めた「原則3割負担」化は盛り込まれず、しかも「見直し」には「低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提」とするとの歯止めがかけられました。

私は、今後、2027年度予算で「原則3割負担」が制度化されることはなく、2割・3割負担の対象拡大にとどまると思います。その最大の理由は、現在1割負担である大半の高齢者（75歳以上の約73%）の自己負担を一挙に3倍も引き上げることは政治的に困難、ほとんど不可能だからです。それに加えて、75歳以上の高齢者の原則3割負担化には、以下の制度的・財政的制約があります。

現行制度では、3割負担の高齢者の医療給付費には、1割2割負担の場合と異なり、50%の公費負担がなく、医療保険からの「支援金」でまかなわれるため、現役世代の保険料が上昇し、保険料率の引き下げの大方針と矛盾します。これを避けるには、3割負担の高齢者の医療給付費にも公費負担を導入することが必要で、維新の会もそれを求めています。ただし、財務省は頑強に反対しています。ただし、3割負担の対象の大幅拡大による公費負担の数千億円の削減を条件にして、財務省が多少（数百億円）の公費負担増を認める可能性は否定できません。

「国民負担率」に代え「社会保障負担率」

私は、「骨太方針2026」が、1980年代以来用いてきた伝統的な「国民負担率」（国民所得に対する租税・社会保険料負担の割合）に代えて、「社会保障負担率」を初めて用い、「2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないように取り組む」と数

値目標を示したことにも注目しました(28 頁)。

「骨太方針 2026」にはこの用語の定義は書かれていませんが、財政審「建議」では、「国民所得に対する社会保険料負担の割合」と明記され(60 頁)、しかもその引き下げが繰り返し提案されました。維新の会も、財務省と歩調を合わせて、社会保障負担率の引き下げを主張しましたが、それは盛り込まれませんでした。

なお、この用語のルーツ・初出は、岸田文雄内閣が導入した「子ども・子育て支援金制度」で、「支援金は医療保険料とあわせて徴収するが、社会保険料負担(社会保障負担率)は増やさない」と説明されました。実は、岸田首相は当初、支援金を導入しても、社会保険料負担は増えないと説明していましたが、それが不可能なことに気づき、マクロ指標である「社会保障負担率」は増やさないと説明を変えました。

しかし「医療崩壊」はすぐには生じない

社会保障費抑制の数値目標を読んで、2006 年の小泉純一郎内閣の「骨太方針 2006」に、2007 年度からの 5 年間で社会保障関係費(国費)を実質 1.1 兆円(年間約 2200 億円)抑制することが明記されたことを想起するベテランの医師・医療関係者も少なくないと思います【注 3】。小泉内閣は 2001 ～ 2006 年度に、診療報酬本体の史上初めてのマイナス改定など、厳しい医療費抑制策を実施していましたが、それに加えてこの数値目標を達成するためのさらに厳しい医療費抑制政策が断行され、それが「医療崩壊」を誘発しました。

異例なことに、このことは『平成 24 年版厚生労働白書』でも以下のように書かれました。「一連の社会保障構造改革は、制度の持続可能性を重視したものであったが、他方でセーフティネット機能の低下や医療・介護の現場の疲弊などの問題が顕著にみられるようになった」(15 頁)。私の知る限り、『厚生(労働)白書』が、歴代内閣の政策のマイナス面を明示したのはこれが初めてです(4)。

そのため、私は、社会保障費抑制の数値目標を設定することには反対です。しかし、今回は、小泉政権後に生じたと同様な「医療崩壊」はすぐには(短期的には)生じないとも判断しています。その理由は以下の 3 つです。

第 1 に、「骨太方針 2026」には、上記数値目標と矛盾する以下の 3 つの記述も書かれました(28 頁)。

①「官公需における適切な価格転嫁を徹底するとともに、医療・介護・保育・福祉等の公定価格について、現場の人材確保、経営の安定、サービスの質の確保に必要な対応を進める」と、「骨太方針 2025」と同様の表記が盛り込まれました。

②注釈 129 に「高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する『強い経済』の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつ(以下略)」という、やはり「骨太方針 2025」と同様の表現が盛り込まれました。

③ 2025 年末の財務・厚労大臣合意(「医療機関等の経営状況に支障が生じた場合」)の 2027 年度予算での診療報酬上の調整)も明記されました(28 頁)。

なお、松本吉郎日本医師会長は、7 月 22 日の定例記者会見で、「骨太方針 2026」に盛り込まれた「医療給付費の対 GDP 比の数値目標」等「3 点について到底容認できません」と厳しく批判する一方、骨太方針が「一方的に、社会保障を抑制するということではないと思っている」とも述べ、その根拠として上記と同様の記述を挙げました(5)。

第 2 に、今後しばらくは名目 GDP の上昇が続くと思われるので、賃金の伸び率が名目

GDP の伸び率を大きく下回らない限り、医療・社会保障費の実額を（少し）増やしても、保険料率を（わずかに）引き下げ、社会保障負担率を維持することは可能だからです。

第3に、この数年、医療・社会保障費や社会保険料の急増は止まっており、それらを厳しく抑制する必要がないからです。意外なことに、この事実は財政審「建議」の（参考資料）でも、以下のように示されています（Ⅲ-1-12,13,14）。①2018年以降、社会保険料負担を除いた可処分所得は増加している。②勤労世帯の税・社会保険料負担率は、2015年以降はほぼプラトーになっている。③社会保障負担率は、2019～2026年度（見通し）は「横ばいないし微減で推移」している。

なお、日本だけでなく、米国や米国以外のOECD加盟国でも、近年は、総医療費の伸びの鈍化や対GDP比の安定化が生じており、2026年には、その実態と要因についての厳密・膨大なマクロ医療経済学的分析がいくつも発表されています(6-9)。

個別の医療・社会保障改革方針に新味はない

個別の医療・社会保障改革方針、特に（医療・介護等）の項は、ほとんど従来の「骨太方針」や厚生労働省の既存の政策の確認です。これは高市首相が外交・防衛政策等と異なり、医療・社会保障への関心が低く、厚生労働省等に丸投げしていることを示唆しています。

例えば、医療関係者の関心がもっとも強いと思われる新しい地域医療構想については、以下のように既存の方針をなぞっているだけです。「2040年に向けて、病床数の適正化を着実に実施した上で、2027年度以降の地域医療構想を踏まえた医療機関の連携・再編・集約化を促進するとともに、地域包括ケアシステムの深化を図り、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する」（28-29頁）。

言葉として新しいのは、（攻めの予防医療と疾病対策）の項に書かれている、「予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーション」と、高市印と言える「更年期世代の女性への医療の推進や女性の健康総合センターの機能強化」くらいです（31頁）。

「攻めの予防医療」は（医療・介護等）から独立し、言葉としては新しいとも言えますが、中身は従来の方針と大きくは変わりません。「予防・健康づくりを支えるヘルスケア産業の育成」とそっくりの方針は、安倍晋三内閣が経済産業省主導で掲げていました(10)。ただし、安倍内閣時代と異なり、予防・健康づくりにより医療費を大幅に抑制できるとの「根拠に基づく」ことのない記述はありません。「骨太方針2026」には明記されていませんが、高市首相は「攻めの予防医療を通じて社会保障の担い手の拡大に取り組む」ことを目指しているようです（2026年3月12日衆議院予算委員会での答弁）。

「国民皆保険・皆年金を堅持」と明記

逆に私が注目・安心したのは、「骨太方針2026」に「国民皆保険・皆年金を堅持」と書かれ、自維連立政権合意書で初めて用いられた「国民皆保険の中核を守る」という限定的表現が用いられなかったことです（28頁）【注4】。

もう一つ注目したのは、「骨太方針2025」に書かれていた、「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」が書かれていないことです。実は、「骨太方針2026（原案）」公表後の7月7日に取りまとめ

られた自民党・維新の会の「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」には、「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」「公的保険と民間保険の役割分担」「公的保険を補完する民間保険の活用可能性」等が書かれていたのですが、「骨太方針 2026」には採用されませんでした。

なお、「具体的な骨子」には、「(大学病院では) 患者が医師を選択することに関する選定療養の新設について、次期診療報酬改定までに検討し、結論を得る」と唐突に書かれていたのですが、これも「骨太方針 2026」では採用されませんでした。歴史的に言えば、この主張は幸田正孝厚生省元事務次官が 1991 ～ 1993 年に精力的に主張していたことの四半世紀ぶりの突然の復活と言えます(11)。

財政審「建議」の新しい提案・認識も採用されず

財政審「建議」は、高額療養費制度の「特定疾病制度」の見直し、医療機関における窓口業務費用の保険給付外サービス化等を提案し、透析患者（団体）や医療関係者の間に不安を生んでいましたが、これらもすべて採用されませんでした。なお、前者に対しては日本難病・疾病団体協議会協議会が 7 月 24 日、痛切でしかも情理のある声明「特定疾病に係る自己負担限度額見直しの検討について」を発表し、後者に対しては『週刊社会保障』7 月 13 日号の「時鐘」（社説に相当）が鋭い批判をしています(12)。

財政審「建議」の「医療」部分の冒頭には、唐突かつ出所も示さずに「医療政策のトリレンマ」（医療の質の確保、患者アクセスの保障、医療提供のための患者負担の抑制の「3 つを同時に達成することはきわめて困難）が掲げられていましたが、「骨太方針 2026」ではこの考えも採用されませんでした。

なお、「医療政策のトリレンマ」説は、現在でも、一部の医療関係者が「オレゴンルール」と紹介することがありますが、これらは一部の医療関係者等が「オレゴンルール」と紹介することがありますが、共に日本でのみ用いられている俗称（詠み人知らず）で、アメリカのキシック医師が 1994 年に、根拠を示さずに示した「医療の鉄の三角形」（iron triangle of health care）説を源流としています。しかし、その後、その根拠を実証的・理論的に示した文献は発表されていないだけでなく、それを批判・否定した文献も少なくありません。私はこれは、国民皆保険制度をいまだに持たない唯一の高所得国であるアメリカで生まれた「ローカル仮説」にすぎないと判断しています（13,14）。

私は、財政審の 2024 年春の「建議」について、「財務省の医療分野の実証分析・政策提案能力の劣化を表している」と書きましたが、本年の「建議」を読んで、劣化、あるいは不勉強がさらに進んでいると感じました(15)。

おわりに

以上、「骨太方針 2026」中の医療・社会保障改革方針を複眼的に検討してきました。高市自維連立政権が成立して以来、維新の会が「アクセル」となって、医療・社会保障費の抑制が強まったことは間違いありませんが、大卒では、自民党・公明党連立政権時代の方針が維持されていると評価できます。

医療・社会保障改革方針の詳細は「骨太方針 2026」ですべて決まったわけではなく、今

後、年末及び年度末にかけて、自民党対維新の会、および財務省・官邸対厚生労働省・日本医師会等との間で、激しい攻防・駆け引きが続くのは確実です。しかし、2月の総選挙で自民党が圧勝した結果、衆議院での維新の会の議席数が自民党の九分の一（316対36）にすぎなくなったことを踏まえると、今後も維新の会の＜尖った＞主張が大幅に取り入れられることはないとは私は判断しています。

【注1】「日本成長戦略」はさらに言葉が踊っているが、注目すべき記述もある

「骨太方針2026」と同時に「日本成長戦略」も閣議決定されました。これは、内容・位置付け面では、岸田内閣・石破茂内閣の「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」の後継文書と言えます。私はその総論と各論の（2）デジタル・サイバーセキュリティ、（10）合成生物学・バイオ、（11）創薬・先端医療をチェックしました。

「日本成長戦略」は同じ閣議決定とは言え、「骨太方針」より格が低いためか、「骨太方針2026」よりもさらに言葉が踊っており、イケイケドンドンだらけです。その象徴は、17の戦略分野のすべての説明に「勝ち筋・方向性」のみが書かれ、「弱点」や「克服すべき課題」がまったく書かれていないことです。総論部分に2回も、「絵に描いた餅で終わらせてはならない（終わらせない）」と書かれているのは、作成者（官僚）自身もそのことを自覚しているためかもしれません（3,4頁）。

医療分野で特に言葉が踊っている記載は、（10）の「②バイオ医薬品・再生医療製品等」の「主な目標」に、「2040年の我が国企業の売上げについて、世界シェア10%、33.4兆円を目指す」と、（11）の「②感染症対応製品」の「主な目標」に「免疫グロブリンについて、国内自給率100%を目指す」と、書かれていることです。

なお、医薬品政策に精通している坂巻弘之氏は、「日本成長戦略」の閣議決定に先立って、「創薬・先端医療」での政府の「内向き」成長戦略に限界があることを鋭く指摘していました（16）。「骨太方針2026」と「日本成長戦略」が閣議決定された直後には、それには「具体性と検証可能性」が欠けていると指摘し、『絵に描いた餅』というより『絵空事』に近い」と厳しく批判しました（17）。一読をお勧めします。

私が「日本成長戦略」でもっとも注目したのは、計画全体で各論の（2）を中心に「クラウド」が25回も使われていること、特にその⑤が「**クラウドネイティブに最適化された医療DX基盤**」であることです（8頁）。その「勝ち筋・方向性」には、「オンプレミス型の医療機関情報システムをクラウドネイティブ型に刷新する」と明記され、「主な目標」についても、「2028年度までに、電子カルテ未導入の200床以上の病院（療養病床等が中心の病院を除く。）について電子カルテ普及率100%を目指す」と目標が前倒しされました。「日本成長戦略」の前身と言える、2025年の「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025改訂版」には「クラウド」は2回しか使われていなかったのと比べると、大きな変化です。

しかも、「日本成長戦略」の「戦略17分野における『主要な製品・技術等』の官民投資ロードマップ」によれば、「クラウドネイティブに最適化された医療DX基盤」の官民投資額は「2040年までで5.2兆円と想定」されています。このうち官庁投資の額は示されていませんが、それが、今後、先進的医療機関の医療DX投資の財源になる可能性もあります。

「日本成長戦略」でもう一つ注目した、というより意外だったのは、今年の「新しい資

本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版」に書かれていた「保険外併用療養費制度の対象範囲を拡大」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推進」及び「公的保険外のいわゆるヘルスケア産業」を「2050 年に向け（中略）現在の約 30 兆円から約 80 兆円規模に向け成長させる」に対応した記述がなくなっていることです。25 頁に「先進医療制度を活用した新技術社会実装を進める」（これは「骨太方針 2026」30 頁にもあります）、「民間保険のヘルスケアサービス活用を推進する」（28 頁）と控えめに書かれているだけです。

このことは、高市首相は保守派・タカ派ではあるが、新自由主義派ではなく、医療分野に対する市場原理導入には積極的でないことの反映かもしれません。

【注 2】「骨太方針」の副題に！が付けられたのは初めて

「骨太方針」は、2001 年の小泉純一郎内閣が初めて閣議決定して以来、民主党政権時代の 3 年間（2010 ～ 2013 年）を除いて、毎年閣議決定されており、本年が 23 回目です。副題が付けられたのは、第一次安倍内閣の 2007 年が最初（『美しい国』へのシナリオ）で、それ以来、毎年付けられており、今年が 17 回目です。しかし、副題に！（ビックリマーク）が付けられたのは初めてです。

しかも、6 月 30 日に公表された「原案」と、7 月 17 日にとりまとめられた「最終案」（マスコミ各社等に、閣議決定後公開を条件に提供。内容は閣議決定とほとんど同じ）には、副題は付けられていませんでした。城内実内閣府特命大臣は、7 月 21 日の記者会見で、！付きの副題を「高市総理自らお考えになった」と（わざわざ）説明しました。

さらに城内大臣は、記者からの質問に答える形で、大臣が考えたが首相に否定された 5 つの副題案まで紹介し、最後に、＜この副題ですけれども、「起動する！」とビックリマークも付いていて、スイッチを入れるという感じがして、非常に動的でいいなと。個人的には、こちらのほうがはるかによいと感じました」と述べて、首相を持ち上げました（<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2026/0721interview.html>）。

【注 3】「骨太方針 2015」も社会保障費抑制の数値目標を示していた

本論文のベースにした『日本医事新報』8 月 1 日号掲載の『「骨太方針 2026」の医療・社会保障改革方針をどう読むか？』では、今回の数値目標設定を「20 年ぶり」と書きました。

しかしこれは正確ではなく、安倍内閣の「骨太方針 2015」にも、今後 5 年間の社会保障関係費抑制の数値目標・「目安」が、以下のように明記されていました(17)。「2020 年度（平成 32 年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」。「骨太方針 2015」では、「骨太方針 2014」で用いられていた「社会保障の機能強化」という表現も削除されました。

この数値目標の「目安」は、その後の「骨太方針」でも毎年確認され、ようやく「骨太方針 2025」で削除されました(1)。

【注 4】「国民皆保険制度の中核を守る」に隠された維新の会の狙い

「国民皆保険制度の中核を守る」という表現は、2025 年 10 月の自維連立政権合意書に初めて盛り込まれ、本年 7 月 7 日の両党の「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」で

も再確認されました。しかし「中核」が何を意味するのかについての公式の説明はありません。

私は、昨年 10 月に連立政権合意書を読んだときは、「国民皆保険制度の中核を守る」とは、国民皆保険制度の大枠を維持しつつ、保険給付範囲を縮小する、患者負担を拡大するという意味の婉曲表現・言葉の綾、ファジーな表現だと理解しました。

2000 年代の小泉純一郎内閣時代に混合診療全面解禁を主張した八代尚宏氏は、2003 年に「生命にかかわる基礎的な医療は平等に保障されたうえで、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」にするとストレートに主張しました。しかし現在では、八代氏を含めて、表立ってこのような「最低水準」説を主張する研究者や組織はなく、それに代わって「中核を守る」という一見ソフトな表現が用いられるようになったと推察しました (18,19)。

しかし、本稿執筆のために維新の会の一連の医療政策を読み直して、この表現には、維新の会の狙いが隠されていると気づきました。

維新の会の諸政策には「国民皆保険制度の中核を守る」という表現はありませんでしたが、第 27 回参議院議員選挙時に発表した「維新八策 2025 個別政策集」の 1.「社会保険料を下げて暮らしを変える」の 1－2「持続可能な社会保障」の「医療・介護政策」の冒頭に「**高額療養費制度は国民皆保険制度の中核**」と書かれていました。この表現は、2024 年の総選挙時の政策（維新八策 2024 個別政策集）には書かれておらず、2025 年が初出と思います。しかも、2025 年の「個別政策集」の最後に掲載されていた 2025 年 6 月 11 日の自民党・公明党・日本維新の会の政策合意書の「付属書」には、維新の会が「国民皆保険制度を守るための公的保険の在り方及び民間保険の活用の在り方」を提案したと書かれていました (https://o-ishin.jp/policy/2025_lower_social_insurance_premiums/)。

これらを総合すると、「国民皆保険制度の中核を守る」の意味に隠された維新の会の狙いは、**「国民皆保険制度の中核である高額療養費制度（だけ）は守る。しかし、それ以外の医療については民間保険を活用する」**と解釈できます。ただし、維新の会は、高額療養費制度のうち高齢者の外来特例廃止を強く主張しており、維新の会が「守る」高額療養費制度は、現行制度よりも相当手薄いと言えます。これではとても、「国民皆保険制度の中核を守る」とは言えません。

維新の会に限らず、医療給付を抑制するために民間保険を育成するとの主張は広く聞かれますが、長沼建一郎氏（法政大学教授）は民間保険での長い実務経験も踏まえて、「公的な医療保険が縮小した分は、民間保険でカバーすればよいというほど単純なものではない」理由を、ていねいに示しています (20)。逆に、中村譲氏は、昨年 10 月の自維連立政権合意書に「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」が盛り込まれた直後に、それが民間保険にとっての大きなチャンスだと民間保険代理店に呼びかける「コラム」を発表しています (21)。両論の読み比べを勧めします。

文献

(1) 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 (二木立『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』勁草書房、2026、第 3 章第 2 節)。

- (2)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」』WAC、2021、32頁。
- (3)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(『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』第2章第4節)。
- (4)二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014、第4章第5節『「平成24年版厚生労働白書」を複眼的に読む(164-174頁)』。
- (5)日本医師会『「骨太の方針2026」閣議決定等をうけて(定例記者会見)』「日医 on-line」2026年7月22日。<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012824.html> 「メディファックス」2026年7月22日(9733号):4頁。
- (6)Anonym: Dystopia averted An ageing society might not cost too much. The Economist July 11th, 2026:p.71 (紙版)
- (7)David M. Cutler and Lev Klarnet: Has the United States bent the health care cost curve? Working Paper 35231, National Bureau of Economic Research, May 2026.
https://www.nber.org/system/files/working_papers/w35231/w35231.pdf
- (8)Liran Einav and Amy Finkelstein: Elderly Health and Longevity in the US: Evidence and Implications. Working Paper No. w35346, National Bureau of Economic Research, June 2026.
https://www.nber.org/system/files/working_papers/w35346/w35346.pdf
- (9)Sheila Diane Smith and Joseph P. Newhouse: Health-Care Spending Growth Has Slowed Will the Bend in the Curve Continue? American Journal of Health Economics Volume 12, Number 1、Winter 2026.
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/734328>
- ※(6)～(9)の紹介・抄訳は「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」265号(2026年8月5日)に掲載。<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>
- (10)二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020、第1章「経済産業省主導の予防医療推進政策の複眼的検討」(27-72頁)。
- (11)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、136頁。
- (12)「時鐘 医療機関の事務費を患者負担に?」『週刊社会保障』2026年7月13日号(3374号):3頁。
- (13)二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020、第5章第3節「医療政策の3大目標(質・アクセス・費用)のトリレンマ説の妥当性を考える」(178-188頁)。
- (14)二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、第6章第3節『「医療の鉄の三角形」説の文献学的検討」(200-210頁)』。
- (14)二木立「日本の診療所は非効率で集約が必要か?—財政審2024年春の『建議』の新説の検討」『文化連情報』2024年7月号(556号):36—41頁『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』第4章第2節)。
- (16)坂巻弘之「医療大国日本の『空洞化』 バイオ開発・AI活用で置き去り 政府の『内向き』成長戦略に限界」『週刊エコノミスト』2026年6月30日号:32-34頁。
- (17)坂巻弘之「(識者の眼) 骨太の方針と成長戦略に欠ける具体性と検証可能性—創薬の『勝ち筋』を問う」『日本医事新報』2026年8月22日号:58-59頁。

- (18) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017、第3章第1節「『骨太方針2015』の社会保障費大幅抑制方針」(96-99頁)。
- (19) 八代尚宏『規制改革』有斐閣、2003、145頁。
- (20) 二木立「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):18-27頁。
- (21) 長沼建一郎「民間医療保険の設計とその困難ー医療保険改革の受け皿となり得るか」『週刊社会保障』2026年6月8日号(3369号):36-41頁。
- (22) 中村譲「『皆保険の“中核”を守る』時代に、民間保険はどこで価値を出すか」2025年10月22日 <https://hkn.jp/column/61/>

[本稿は、『日本医事新報』2026年8月1日号(5336号)に掲載した『骨太方針2026』の医療・社会保障改革方針をどう読むか?」に大幅に加筆したものです。]

2. インタビュー：所得高ければ医療費負担も重く...広がる「応能負担」、専門家は問題視

（「朝日新聞デジタル版」2026年8月1日）

<https://www.asahi.com/articles/ASV7Z25ZQV7ZUTFL004M.html>

患者の医療費負担に歯止めをかける高額療養費制度が今年8月と来年8月の2段階で見直されます。大きな変更点は、所得の高い人ほど自己負担を多くし、給付を減らす「応能負担」を強めたことです。これは「社会正義に反する」と、医療保険制度に詳しい医療経済学者の二木立・日本福祉大学名誉教授は問題視します。その理由を聞きました。

——高額療養費制度について、政府は今年8月、患者負担の上限額を引き上げ、来年8月、所得区分を増やし、上限額を細かく設定します。負担能力のある人により多く負担してもらう「応能負担」の観点で見直すと政府は説明していますが、公平な見直し方法ではありませんか。

私も医療や社会保障における応能負担の原則には大賛成です。しかし、それは保険料や税の負担に適用されるのであり、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だと考えています。社会保障研究者の大半も同意しています。

所得の高い人は、すでに多額の保険料や税金を払っています。医療を受ける時も負担が重くなるというのは二重取りであり、社会正義に反します。

——二木さんが6月に公表された論文によると、所得の高い人の医療費負担を重くする応能負担が導入されたのは、2000年代に入ってからです。

正確に言うと、2001年以降です。2000年代というと2000年が入ってしまいます。

この1年になぜこだわるかというと、2000年に介護保険制度が導入されました。それ以前、介護サービスは公費による措置制度でした。サービス利用に際して厳格な応能負担があり、例えば、特別養護老人ホームでは、所得の低い人は無料またはきわめて低額の負担で入所できる半面、所得の高い人は高額な費用が徴収されました。

だからこそ、介護保険を導入して、利用者負担は所得の多寡にかかわらず定率の1割としたわけです。

しかし、2001年の高額療養費制度の見直しで、応能負担が導入されました。それまで、自己負担の上限額の区分は「低所得者」「一般」だけでしたが、「上位所得者」が新設されました。

政府はわずか1年で正反対のことをしたわけです。しかし、その理由をきちんと説明していません。あいまいなまま、じわじわと応能負担を広げ、その究極の失敗が昨年撤回された高額療養費制度の見直し案です。最も所得の高い区分で76%も上限額を引き上げるなんて、常識では考えられません。

——サービスの給付で応能負担が進むと、どんな問題があるのでしょうか。

日本は医療に関する平等意識がとても強く、「格差医療」でも構わないという人は少数派

です。その平等意識、連帯意識の基礎にあるのが国民皆保険です。

医療問題で、自民党から共産党まで、全政党が賛成しているのは国民皆保険の維持ぐらいです。国民皆保険は医療保険制度の枠を超え、日本社会を統合する最低ラインになっていると言えます。これは大きな財産です。

高所得者から高い保険料と高い自己負担の二重取りをしていけば、医療保険制度への不信や、負担を軽減、免除されている人への差別意識を生み、国民皆保険がよりどころとする社会連帯に反し、社会の分断をもたらしかねません。

——医療費が増え続けている中で、政府は「取れるところから取る」という立場だと思いますが、やむを得ない部分もあるのではないのでしょうか。

それは常識にとらわれすぎていると思いますよ。近年、日本を含む OECD（経済協力開発機構）諸国では、医療費の伸びが鈍化して、GDP（国内総生産）に対する割合は横ばいになりつつあります。医療費が高騰するなんていう時代はもう過ぎて、安定成長の時代に入っています。それに見合った政策をとるべきです。

児童手当や高校授業料の無償化では、所得制限が撤廃されました。子どもの医療費も全ての自治体で助成制度があり、そのほとんどが所得の多寡によりません。

——医療費の自己負担は今後どうあるべきですか。

少なくとも応能負担を強めるべきではありません。究極的には全年齢で廃止するべきだと考えています。国際的に見れば、自己負担のない国は珍しくありません。

それから、「取れるところから取る発想」という点で言うと、日本が取れるところから取っていない最たるものが企業負担です。保険料は家計だけでなく、事業主も負担しています。日本では、事業主の保険料拠出が GDP 比でドイツやフランス、スウェーデンよりも大幅に少ない状況です。

医療費の自己負担をめぐる主な制度変更

- 1973 年 70 歳以上の医療費無料化。会社員らが入る被用者保険の家族負担を 5 割から 3 割に引き下げ。高額療養費制度を創設
- 83 年 老人保健制度が始まり、70 歳以上の自己負担ゼロを廃止。定額負担に
- 84 年 被用者保険の被保険者本人を初診や入院時の定額負担から定率負担に（当初は 1 割。97 年、2 割に引き上げ）。高額療養費に世帯合算・多数回該当を導入
- 2001 年 70 歳以上は原則 1 割の定率負担に。高額療養費で 70 歳未満に上位所得者区分を設定
- 02 年 70 歳以上の一定以上所得者（現役並み所得者）を 2 割負担に。高額療養費でも 70 歳以上に現役並み所得者区分を設定
- 03 年 被用者保険本人も 3 割負担となり、70 歳未満は原則 3 割に統一（未就学児は 08 年から 2 割）
- 14 年 70 ～ 74 歳は新たに 70 歳になる人から原則 2 割負担
- 15 年 70 歳未満の高額療養費で、上位所得者と一般所得者の 2 区分を計 4 区分に細分化
- 18 年 70 歳以上の高額療養費で、現役並み所得者の区分を 3 区分に細分化
- 22 年 75 歳以上で一定以上所得がある人を 2 割負担に
- 26 年 高額療養費の限度額引き上げ、年間上限の導入。27 年 8 月から所得区分の細分化

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246回)

: 2026年分その6:6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。

※お断り: 今号から、原著論文の紹介・抄訳は英文 Abstract の AI (Gemini) 翻訳を基本として、本文にのみ書かれている記述で私が重要と判断したものを【 】で補足しました。「二木コメント」は今まで通り、私が作成します。評論は Abstract が付いていないので、今まで通り私が要旨・コメントを書きます (今回はなし)。

○医療における人工知能の経済的証拠に関する体系的レビュー

Jelena Schmidt, Alexander W. Carter, Alistair McGuire, Elias Mossialos, Robin van Kessel: A systematic review of economic evidence of artificial intelligence in healthcare. Health Policy 172 (October 2026) 105715, 19 pages [文献レビュー]

背景: AI は米国の医療費を年間 2000 億~3600 億ドル、欧州では 2120 億ユーロ削減できるという野心的な主張もあるが、これらの予測を裏付ける実証的な根拠は依然として不明確である。

目的: 本系統的レビューは、医療分野における AI 技術に関する入手可能な経済的証拠を統合し、入手可能な経済的証拠を、医療分野における AI の経済的影響を取り巻くより広範な政策的期待と照らし合わせて位置づけることを目的としている。

方法: 科学的情報源として、MEDLINE、Embase、Global Health、PsycINFO、および Cochrane Central を検索した。対象とした経済評価の結果を比較・解釈するために、JBI 優位性ランキングマトリックスを使用した。方法論的質は、JBI 経済評価クリティカルアプレイザルツールおよび CHEERS-AI 報告チェックリストを用いて評価した。

結果: 【文献検索は、2024 年 5 月~2025 年 7 月に行った。】我々は 16,430 件の学術文献と 1,593 件のグレー文献を特定し、そのうち 91 件が包含基準を満たし、98 件の独自の評価に相当した。【これらには生成 AI 技術の経済的評価は含まれていなかった。】これらのうち、36%が AI 技術に対する明確な医療経済的選好を示しており、質の高い 51 件の研究のみを考慮すると、その割合は 44%に上昇した。【AI 技術による、1 人当たり潜在的費用削減額の推計は 3 米ドル~2770 米ドルまで幅があった。】

AI 介入は主に医療従事者向けに設計されており、眼科と腫瘍科が最も一般的であった。

結論: 質の高い研究は、AI 技術が費用対効果と経済効の面で確かな可能性を秘めていることを示しているものの、AI 技術によって数千億ドルものコスト削減が可能になるという野心的な主張を裏付けるには至っていない。しかし、我々の研究結果を、臨床現場で AI 技術を評価したランダム化比較試験の結果と組み合わせると、AI 技術は臨床的および経済的な成果の面で改善をもたらすことが多く、あるいは現在の標準治療と同等の成果を上げていることが明らかになる。

二木コメントー医療における AI の経済的評価についてのおそらく世界初の文献レビュー

ーと思います。本論文のポイントは、「質の高い研究は、AI 技術が費用対効果と経済効果の面で確かな可能性を秘めていることを示しているものの、AI 技術によって数千億ドルものコスト削減が可能になるという野心的な主張を裏付けるには至っていない」だと思いますが、「結果欄」の記述を読む限り、費用の範囲や経済評価の方法や結果にはバラツキが大きく、この評価は相当甘いと感じました。例：AI 技術による、1 人当たり潜在的費用削減額の推計は 3 米ドル～ 2770 ドルと、1000 倍の差がある。

○ドイツにおける医療制度への不信：ポピュレーション調査における【不信の】強度、不平等、及びアンメット・ニーズと医薬品の服薬遵守率との関連

Klein J, et al: Health care system distrust in Germany: Magnitude, inequalities, and associations with unmet need and non-adherence in a population-based survey. Health Policy 172 (October 2026) 105699, 8 pages. [量的研究]

背景：医療制度への不信感、医療を受ける上での重大な障壁となっており、社会的属性によってその程度が異なるとともに、不適切な受療行動を通じて健康アウトカムに影響を及ぼすことが明らかになっている。しかし、米国以外の医療環境における研究は限られている。

目的：本研究は、医療関連の不信感に関する概念モデルに基づき、(1) ドイツにおける医療制度への不信感の程度を評価し、(2) 不信感に見られる社会的格差を検討し、(3) ドイツの一般住民を対象に、不信感、医療ニーズの未充足 (unmet need)、および服薬アドヒアランスの欠如 (non-adherence) との関連を調査することを目的とした。

方法：ドイツの成人人口を代表するパネルから無作為に抽出したサンプル (N = 3,246) を対象に、【2024 年 2 月 18 日～ 3 月 2 日に】横断的なオンライン調査を実施した。医療制度への不信感、能力 (competence) と「価値観 (values)」のサブスケールから構成される「改訂版医療制度不信感尺度 (9 項目)」を用いて測定した。さらに、医療ニーズの未充足および服薬アドヒアランスの欠如を評価する項目に加え、様々な社会的属性に関する項目も調査に含めた。

結果：回答者のかなりの割合が、ドイツの医療制度に対して不信感を抱いていることが示された。例えば、約 5 分の 1 の回答者が、「医療制度は患者の健康を改善するために最善を尽くしている」という点について、(強く) 同意しないと回答した。多重ロジスティック回帰分析の結果、不信感のサブスケールによって、年齢、性別、移住歴、学歴、所得といった様々な社会的属性に関連する格差が認められた。また、社会的属性を調整した後においても、両タイプの不信感、医療ニーズの未充足および服薬アドヒアランスの欠如のリスク (オッズ) の高さとは有意に関連していた。【公的医療保険 (のみの) 加入者と民間保険加入者間で、医療制度への不信には有意の差はなかった。】

結論：ドイツにおいて医療制度への不信感、社会的格差や望ましくない医療利用行動と関連している。不信感に対処するためには、能力、共感、コミュニケーション、そして公平性を重視した、患者中心の的を絞った介入が必要とされる。

ニ木コメントードイツの医療従事者・医療制度は 2020 ～ 2022 年のコロナパンデミックに、欧米諸国中もっとも適切に対応したとの高い国際的評価を得ていますが、国内的視点から見ると国民の医療不信も少なくないことが分かります。ただし、本研究は医療「制度」

への信頼についての調査であり、国民・患者が実際に受けている医療への信頼・満足度の調査ではないことに留意する必要があります。

○緩和ケアにおける患者報告アウトカム指標（PROM）：医療政策と医療制度のパフォーマンスに示唆を与えるための体系的文献レビュー

Katharaki M, et al: Patient-reported outcome measures in palliative care: A systematic review to inform health policy and health system performance. Health Policy 172 (October 2026) 105688, 14 pages [文献レビュー]

背景：医療制度において、緩和ケアはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の不可欠な構成要素として認識されるようになってきている。しかし、主要なアウトカムが日常的な指標では見落とされがちなため、緩和ケアの質や価値を評価することは依然として困難である。患者報告アウトカム指標（PROM）はこのギャップを埋める可能性があるが、その活用は依然として断片的である。

目的：緩和ケアにおける患者報告アウトカム、それらを測定するために使用される PROM、および導入における障壁と促進要因に関するエビデンスを統合すること。

方法：PRISMA ガイドラインに従い、5 つのデータベース（PubMed、Web of Science、Scopus、CINAHL、Cochrane Library）を対象に、1989 年から 2025 年 12 月までに発表された文献を検索した。緩和ケアにおける PROM の活用に焦点を当てた研究を対象とした。アウトカムの領域、一般的に使用される尺度、導入の障壁と促進要因を整理するためにデータを分析した。研究の質は、Joanna Briggs Institute（JBI）のクリティカル・アプレイザル・チェックリストを用いて評価した。

結果：70 件の研究が対象となった。【論文発表年は、2014 年以前 5、2015-2018 年 16、2019-2022 年 22、2023-2025 年 27 であった。】論文の多くは高・中所得国で実施され、がん患者を対象としていた。身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな側面および QOL に関するアウトカムが最も頻繁に評価されていた。最も一般的に使用された PROM は、Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)、Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)、および EORTC QLQ-C15-PAL であった。導入における課題としては、患者のフレイル、業務量や時間の制約、標準化の不十分さ、臨床ワークフローや医療情報システムへの統合の不備などが挙げられた。対象集団、実施環境、使用された PROM の多様性（不均一性）により、比較可能性は制限された。

結論：本研究の知見は、緩和ケアに PROM を導入し、患者中心の質モニタリングやサービス評価を支援しようとする医療制度に対し、実践的な指針を提供するものである。サービスの開発、質の向上、および医療制度の説明責任を強化するためには、さらなる標準化、デジタル統合、そして政策的な支援が必要である。

二木コメントー緩和ケアにおける PROM (患者報告アウトカム指標) の利用の研究が 2015 年以降、急増していることが分かります。ただし、この文献レビューから得られる政策的含意は多くはないとも感じました

○ [米国における] プライマリ・ケア提供者のバーンアウトに対処するための組織レベルでの介入：文献レビュー

Organizational interventions to address primary care provider burnout: A systematic review.

Medical Care Research and Review 83(3):167-182,2026 [文献レビュー]

米国のプライマリ・ケア提供者（PCP）は、他の医療現場の臨床家に比べて高い頻度でバーンアウトを経験しており、その対策となる介入が急務とされている。組織的な条件の不備がバーンアウトの主要な要因であることから、職場における組織レベルの介入がその解決に寄与する可能性がある。本レビューでは、米国の PCP のバーンアウトに対する組織レベルの介入の効果に関する既存のエビデンスを統合した。4 つのデータベースおよび特定の学術誌を対象に包括的な文献検索を行い、13 件の研究を対象として分析した。【13 論文は医師のみを対象としており、1 論文はナース・プラクティショナー（NP）のみを対象とし、1 論文は医師・NP・フィジシャン・アシスタント（PA）を対象にしていた。ランダム化試験は 1 つもなかった。】介入は 4 つの主要なカテゴリーに分類された。そのうち、業務量【の削減】、業務に対するコントロール（裁量）【の拡大】、および職場における人間関係や連帯感の促進で、バーンアウトの顕著な低減が認められた。PCP のバーンアウト軽減を目的として業務量に関する介入の導入を検討する組織は、人的資源と時間的資源の双方を確保する必要がある。介入の設計や実施の段階で PCP が関与することは極めて重要であり、それがバーンアウトの状況に影響を及ぼす可能性がある。今後は、PCP としての役割を担う機会が増えている NP や PA を対象とした介入についても、さらなる研究が必要である。

二木コメント—アメリカのプライマリケア提供者のバーンアウト対策の、おそらく初めての文献レビューと思います。13 論文の詳細な比較一覧表が付いており、本文でも各論文のポイント・内容について解説されているので、日本のバーンアウト研究者にも参考になると思います。なお、最近のアメリカの論文では"clinician"には、医師だけでなく、ナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントも含まれるので「臨床家」と訳しました。

○【デンマークにおける】病院医療費を規定する競合的人口動態的要因：レッド・ヘリング効果とスティーピング効果の共存

Kallestrup-Lamb M, et al: Competing Demographic Drivers of Hospital Expenditures: Coexistence of the Red Herring and the Steepening Effects. Health Economics 35(6):929-946,2026 [量的研究]

人口の高齢化に伴い、医療制度の財政的持続可能性への懸念が高まっている。この分野の先行研究では、二つの競合する仮説が議論の主流となっている。一つは「レッド・ヘリング仮説（Red Herring Hypothesis）」であり、医療費は暦年齢よりも「死までの近さ（余命）」によって主に決定されると主張する。もう一つは「スティーピング仮説（Steepening Hypothesis）」であり、高齢者において時間の経過とともに医療費の増加ペースが加速するかどうかを検証する。しかし、これら二つの枠組みは、これまで個別に研究されることが多く、両者を統合して検討した例はほとんどなかった。本論文では、これら二つの効果の妥当性と相互作用を厳密に評価できる統合的な計量経済モデルを提示する。

2002 年から 2017 年にわたるデンマーク全人口を対象とした、身体疾患に関する病院医療費の包括的な月次レジストリデータを用い、レッド・ヘリング効果とスティーピング効果の双方が同時に作用していることを示す強固な証拠を提示する。レッド・ヘリング効

果は、高齢化に伴う医療費負担をわずかに緩和するものの、スティーピング効果による影響の方が圧倒的に大きく、後者は観測期間中の病院医療費増加分の 60%近くを占めている。独自の要因分解手法を用いることで、これら二つの現象の間にこれまで認識されていなかった相互作用（「レッド・ヘリング・スティーピング効果」）が存在することを明らかにする。この効果は、高齢者の人生の最終段階における医療費の増加を加速させる。本研究の知見は、人口高齢化が医療制度にもたらす財政的課題が、レッド・ヘリング仮説のみに基づいた従来の認識よりもはるかに深刻であることを示唆している。

二木コメント 著者は、本研究の方法論&分析結果の新規性を強調していますが、私にはほとんど頭の体操にすぎない気がします。著者はレッド・ヘリング仮説が従来は主流だったかのように書いていますが、それは過大評価で、私はそれも頭の体操（数字遊び）にすぎず、政策的含意はほとんどないと判断しています。著者は、冒頭、人口高齢化により医療費が急増すると書いていますが、これは古い認識で、本「ニューズレター」265号（2026年8月）の本欄で紹介したように、最近数年間は、アメリカでも、日本でも、他のほとんどの高所得国でも医療費の伸びは鈍化しています（例外は韓国くらいです）。特に日本では、2023～2025年度には、国民医療費（または概算医療費）の伸び率は3年連続 GDP の伸び率を下回り、国民医療費の対 GDP 比も3年連続で低下しています。

○緊縮財政政策が乳児死亡率に及ぼす影響：ギリシャの事例に基づくエビデンス

Kolesar, et al: Effect of austerity measures on infant mortality: Evidence from Greece. *Health Economics* 35(8):1175-1191,2026 [量的研究]

政府は経済危機に直面した際、しばしば緊縮財政政策を採用するが、それが国民の健康にもたらす長期的な影響については、いまだ十分に解明されていない。本論文では、2010年からギリシャで実施された「トロイカ（欧州委員会、欧州中央銀行、国際通貨基金）」主導の経済調整プログラムを「準実験的なショック」と捉え、大規模な財政緊縮が乳児死亡率に及ぼす影響を検証する。合成コントロール法を用い、同程度の規模や期間の緊縮策を経験しなかった OECD 加盟国および地中海連合加盟国を基に、ギリシャの反実仮想（緊縮策が実施されなかった場合の状況）を構築した。この反実仮想と比較すると、ギリシャでは緊縮策の開始後、乳児死亡率の急激かつ持続的な上昇が確認された。この乖離は2010年直後から生じ、介入後の全期間を通じて統計的に有意であり、COVID-19 パンデミック以前の時点でも完全な回復の兆しは見られなかった。推定された影響は、乳児死亡率の平均 43% の上昇に相当する。死亡率への影響は女児よりも男児において大きく、主に新生児期に集中していた。出生率の低下を明示的に考慮した上で推定を行うと、2010年から2020年までの累積で、約 854 人の「超過乳児死亡」が生じたことになる。広範な頑健性テストの結果も、これらの知見を裏付けている。本研究の結果は、緊縮財政がもたらす全体的な影響を明らかにし、財政再建の過程において乳幼児期の健康を守ることの重要性を浮き彫りにしている。

二木コメント 著者によると、ギリシャの経済危機と緊縮財政が乳児死亡率に与えた影響についての研究は過去に少なくとも 11 回発表されているそうですが、本論文が決定版のようです。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 260)—最近知った名言・警句

<研究と研究者の役割>

○東野圭吾（小説家。2026 年 7 月 23 日死去、享年 68）「この世界でプロとして飯を食っていける人間とそうじゃない人間との違いというのは、些細なことを真剣に考えるか馬鹿にするかなんです」、「結局、オリジナリティのあるアイデアというのは、自分が何を面白いと感じるのかを突き詰めて考える姿勢から生まれるものなのだと考えています」（日本推理作家協会編著『ミステリーの書き方』幻冬舎文庫、2015 年（単行本は 2010 年）、59・69 頁。単行本出版時、東野氏は同協会理事長）。二木コメントーこの姿勢は、推理小説執筆だけでなく、研究でも不可欠だと思います。

○貴志祐介（小説家）「[執筆する中で、絶対にしないと決めていることは] 作品によって取り組む姿勢に軽重をつけ、手を抜くこと」（『ミステリーの書き方』389 頁）。二木コメントー私は、論文・講演の重要性に軽重をつけることはありますが、「手を抜くこと」はしないようにしています。

○北村薫（小説家）「では、どうすれば、自分の作品を客観的に見ることができるかというと、自分一人では難しいんです。自分の作品について、本当のことを言ってくれる気心の知れた友達がいるのがいちばんなんです。あるていど本を読んで、センスがあるなど自分が思っている人の言ってくれたことだったら、作者よりもだいたい正しいはず」（『ミステリーの書き方』240 頁）。二木コメントー私も、原稿を書いたらまず、信頼できる友人に送って意見を求め、いただいたコメントを参考にいて推敲しているので大いに共感しました。

○酒井邦嘉（言語脳科学者、東京大学大学院教授）「科学の世界では、文章を書く上で文系的な知識はさして重要ではないと思われがちですが、それは誤解です。専門性が高いからこそ、背景知識の異なる読者にも伝わる書き方が求められます。論文や解説文を書く技術はきわめて大事なのです。／自分の文章を伝えるには、他者がそれをどのように読むかという想像力が求められます」（『A I 脳クライシス』集英社インターナショナル、2026 年、65 頁）。二木コメントー私の経験でも、<頭の良い>研究者（特に、ふだん頭の良い人々として接していないエリート大学・研究所の研究者）の中には、自分の文章を「専門知識の異なる読者」が「どのように読むかという想像力」が欠けている方が少なくないと思います。これを少しでも矯正するためにも、北村薫氏が指摘しているように、論文の草稿を信頼できる友人に読んでもらい、率直なコメントをいただくことが大事だと思います。

○酒井邦嘉「私は科学者ですが、一見、運やツキとは関係なさそうな科学研究でも、『運・鈍・根』そして『勘』が必要だと考えています。『鈍』とは周りに流されないこと、『根』とは根気、『勘』とはひらめきですから、どれも科学者にとって大切な能力だと分かるでしょうが、『運』は科学とは縁遠いと思われるかもしれません。そこで、物理学者の小柴昌俊先生についてお話しします。（先生が定年退職を翌月に控えていた 1986 年 2 月に、大マゼ

ラン星雲で起きた超新星爆発でニュートリノが放出され、カミオカンデに到達した)／残りの『運』については、『つかまえる準備をしている』という小柴先生の言葉がとても大事だと思います」(上掲書 88-89、92 頁。将棋棋士・羽生善氏との対談)。二木コメントー私は、羽生氏が、酒井氏の発言を「**認識が深まるほど運の要素が少なくなっていく、という**感じではないでしょうか」と肯定しつつ、「**そういう認識が深まって運の要素が少なくなったとしても、それは決してゼロにはならない**」と述べていることに注目・共感しました。

○上野千鶴子(社会学者、日本のフェミニズム研究の先駆者)「学問は『客観的・中立的』でなければならないという『神話』はどれほど流通してきただろうか。ここでわたしが使う『神話』とは、『根拠のない思い込みの集合』のことを指す。そのため**学術論文の文体は『と思われる』と受動態を多用したり、『われわれ』『人々』と抽象的な無人称の代名詞を使うものだというすりこみ**をいまだに持っている学生や学者は多い。私は、**自分の論文に『わたし』という一人称単数形を使うように指導**してきた。『と思われる』のはそう『思う』誰かがいるはずで、それは『わたし』にほかならない。**論文には『わたし』の考えを、根拠を示し、論理を尽くして、他者に伝達するためのものだ、**と言ってきた」(「京都新聞」2025 年 2 月 25 日、「天眼 歴史は文学か」。本庄豊『戦後史の証言者ゴジラ』(旬報社、2026 年、210 頁)が引用)。二木コメントー私も長年同様に考え、ゼミ生・大学院生・若手研究者の研究指導をしてきたので、大いに共感・同感しました。これは趣味の問題ですが、私は「わたし」ではなく、「私」を常用しています。また、若手研究者等が学術雑誌に研究論文を投稿する際は、「私」ではなく、「筆者」と書く方が＜安全＞だとも助言しています。

<その他>

○梶芽衣子(俳優・歌手、79 歳。2025 年にデビュー 60 周年を迎えた)「[人生におけるモットーは] **媚びない、めげない、挫けない**」(『AERA』2026 年 8 月 3 日号：51 頁、「現代の肖像」)。二木コメントー私も、長年、これらをモットー(の一つ)にしてきたツモリなので、大いに共感しました。

○後藤洋平(朝日新聞編集委員。「朝日新聞週末版」be の人生相談「悩みのるつぼ」の**美輪明宏氏**(歌手・俳優・演出家・タレント・声優。2026 年 6 月 20 日死去、享年 91)の回答の編集者を 10 年も務めた)「劣等感についても、三輪さんはそれをただ否定しなかった。／自分を低く見積もり、自信を持てずにいる女性からの相談に対して、三輪さんは『**劣等感があるということは自己批判をする能力に長けているということです**』と語った。自己否定にまで行きすぎているなら、その手綱を少し緩めればいい。／そしし、実に三輪さんらしい励ましをした。『最近の政治家や役人たちを見なさい。厚顔無恥な人たちは劣等感など露ほども持っていない。ああいう人たちと違って、どんなに自分が立派かを思い出せばいいのです』」(『愛してるわよ』 美輪明宏さんは私に言った『文藝春秋』2026 年 9 月号：362 頁)。

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64回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」102号（2026年8月15日）から転載）

※チェック表示の書籍・論文は私の授けぬ/お好み

A. 論文の書き方・研究方法編関連

○谷内江望『アカデミアの泳ぎ方 研究の世界に生きるための哲学と実践』羊土社、2026年4月。

…著者は日本・カナダを中心に世界を股にかけて活躍する生命情報科学分野の研究者（45歳）、カナダ・ブリティッシュコロンビア大学バイオメディカルエンジニアリング科教授で、本書は同大学での講義と『実験医学』連載を元に行っている。全18章。タイトルから想像される実用書ではなく、（自然科学）研究の「世界に身を置くことを引き受けた研究者が、誠実さと構造「ママ」を武器に、自分の研究と人生を前に進めるための考え方」を体験的・体系的に示している（はじめに）。ただし、高水準の（自然）科学研究をするためのさまざまな実用的ルールもふんだんに書かれている。本全体に著者の「熱量」が溢れている。

B. 医療・福祉・社会保障関連

○岡本悦司・他「所得と疾病 レセプト（診療報酬明細書）と世帯所得の突合分析」『福知山公立大学研究紀要』10(1):71-86頁、2026年3月。（ウェブ上にも公開）

<https://fukuchiyama.repo.nii.ac.jp/records/2000109>

…1955年から2007年度まで毎年実施されていた「国民健康保険医療給付実態調査」は、レセプト情報と所得情報を突合した唯一の公式調査だったが、所得と疾病との関係についての調査結果は統計報告書には一度も掲載されなかった。岡本氏等は、統計法に基づく研究利用手続きにより、2007年調査の調査票（個票。ただし、市町村国保分のみ）を用い、所得と疾病との関係を初めて定量的に検証した（当初は、「実態調査」の全データの分析を計画したが、データ処理上の制約から2007年度のデータしか分析できなかったとのこと）。その結果、産科疾患や胆石症等の患者の世帯所得は高く、逆にアルコール性肝疾患や薬物依存は所得水準が低い等、上下位の疾患間で平均所得には倍以上の差があることを明らかにした。

18年前のデータの分析ではあるが、岡本氏の長年の執念が感じられる貴重な実証研究。ただし、調査結果とその考察は「速報」のレベルであり、今後、同じデータを用いたより詳細で包括的な分析を期待したい。

○山田秀臣『外国人患者 医療ツーリズムと日本の現実』新潮新書、2026年5月。

…東大病院国際診療部で外国人患者の診療に携わる著者が、自己の診療経験をまとめたエッセー。全9章。本の扉&「はじめに」には、「日本の病院診療を取り巻く状況はかつてないほど危機的」だが、「それでも希望はある…それが『医療ツーリズム』」と書かれているが、それについてのまとまった記述は第2章くらいで、それも「成功した各国」の断片的紹介。著者自身が「私の役目は『馬にまわりつく虻』」と自嘲している（203頁）。

○矢野経済研究所『2026年版病院グループの将来展望』2026年3月。

…同研究所の定評ある病院グループの調査・分析の最新版。病院グループとそれを構成する医療法人の2022年度、2023年度の事業収益、事業利益、総資産、純資産、純資産比率の上位100法人を掲載。それに加えて、4グループ（ジャパンメディカルアライアンス、白鳳会、ユカリア、洛和会）の取材に基づいた事例研究と、全国の主な民間病院グループ（168グループ）の病床数などのプロフィール、グループ医療法人収支等を掲載。ただし、価格は198,000円と非常に高価で、私は未購入。

○井艸恵美「専門特化型、美容クリニックが上位に 医療法人ランキング」『週刊東洋経済』2026年7月11日号：64-67頁。

…同誌としては久しぶりのランキング。医療法人の2023年度決算データを基にして、売上高、営業利益率、自己資本比率別に、上位100法人を示し、簡単な解説を書いている。売上高ランキングの大半は病院グループだが、営業利益率トップは美容外科チェーン（創彩会）。売上高トップは今回も徳洲会（5783億円）だが、私は営業利益率が4.0%と、かつてより大幅に低下していることに驚いた。論文の唯一の見出しも「大手の利益率が低下」。病院経営は2023年度以降急速に悪化しているので、同誌には追跡調査を期待する。このランキングは「法人」単位なので、今後は、「グループ」単位の集計も加えてほしい（本文ではいくつかの事例は示している）。

○安藤道人「福祉国家のカバレッジ変動—教育・社会保障改革の原因と結果」（特集「社会保障のためのEBPM」）『社会保障研究』11(1):49-67頁、2026年6月。

…福祉国家における教育・社会保障政策の変動を「カバレッジ変動」という概念で捉え、義務教育、就学前教育、職業訓練、老齢年金、医療保養の5領域を対象にして、その原因と結果に関する膨大な先行研究を、福祉国家研究と実証経済学研究別に、ていねいにレビューし、最後に、それによって得られた含意を「証拠に基づく政策形成」（EBPM）と関連付けて検討している。5領域の実証研究の蓄積と動向を鳥瞰できる労作。

私は、「実証経済学研究の蓄積については、『政策効果』の検証や知見が年々進む一方で、実際の政策論議において期待される知見との乖離も明らかになりつつある」、「近年の実証経済学における分析手法の発展は因果効果の統計的推論・推定の妥当性や精度の向上であって、それらは費用対効果の検証の妥当性の向上には限定的にしか結びつかない」との率直な指摘に注目・共感した（62頁）。

○特集「コミュニティホスピタルの深化と真価—総合診療を核とした中小病院の経営モデル」『病院経営羅針盤』2026年7月1日号：10-28頁。

…特集のリード文には、「コミュニティホスピタルの概念の過去・現在・未来を紐解くとともに、地域活動を主軸に置いた具体的な戦略展開、コミュニティホスピタルへの転換がもたらした経営改善の軌跡を紹介」と書かれており、3病院—潁田病院（福岡県飯塚市）、掛川東病院（静岡県掛川市）、水海道さくら病院（茨城県常総市）—の院長が事例報告している。本田宣久氏（潁田病院院長）は、氏が2017年に他医師と共同して2017年に設立したCommunity Hospital Japan（CHJ）の説明もしているが、私には、3病院が、日本に多数

存在する「地域密着型の（地域に根ざした）中小病院」とどう違うのか理解できなかった。

○特集「病院リハビリテーション再考 超高齢社会の医療におけるリハビリテーションの役割」（企画：松田晋哉）『病院』2026年7月号：506-550＋489-497頁。

…急性期、回復期、慢性期医療、術前リハビリテーション（プレハビリテーション）、老人保健施設等で、先進的なリハビリテーションケアを提供している病院・施設の関係者6人が高齢社会における適切なリハビリテーションの在り方およびそれを進めるための診療報酬・介護報酬の改善点について報告。水間正澄氏は、巻頭インタビュー（聞き手は松田晋哉福岡国際医療福祉大学学長）で、2026年度診療報酬改定を「リハビリテーションの在り方を問う試金石」と位置付け、現在のリハビリテーションの問題点と今後の課題を率直に語っている。

○特集「患者・市民参画（PPIE）」『医療と社会』36(1):3-143頁、2026年7月。

…日本と世界で2000年代以降広がってきた「患者・市民参画」（専門家や行政、企業らと患者・市民とのパートナーシップに基づく協業）の推進に日本国内で尽力している11団体・機関の方々が寄稿した141頁の大特集。冒頭の「特集のねい」（武藤香織・中山健夫氏）を読むだけでも、PPIEについての最低限の基礎知識が身につく、各論文の特徴を知ることができる。

○宮本太郎『社会保障改革の岐路－信頼のセーフティネットは可能か』岩波新書、2026年7月。

…国際的視点から福祉政策・福祉政治（ただし医療は除く）について長年論じてきた著者の最新作。全5章。書名は「社会保障改革」だが、本書全体で社会保障（改革）と雇用（改革）を統合し、欧米の最新研究や政策動向についても幅広く紹介しながら論じており、この分野の知識と教養が身につく。本書の特徴は、次の3点で、いずれも妥当だと思う：①「狭義のセーフティネット」（公的扶助）と「広義のセーフティネット」（公的扶助＋雇用保障、社会保険、対人支援サービス）を区別し、後者の視点に「こだわ」っている。②セーフティネットを「生存」保障から「承認の保障」へと「機能拡大」して論じている。③「庶民」を、安定就労層、「新しい生活困難層」、「福祉受給層」の3層に分けて分析している。

第1章「不信に揺れる社会保障と雇用」～第4章「改革はなぜ成就しないのか」は、リアルな分析に徹していて説得力があるが、読んでいて暗い気持ちにもなる。それに対して、第5章「雇用のデジタル転換と社会保障改革」は、著者の社会保障改革の青写真＝希望も語っているが、欧米の研究の紹介と日本の先進事例の接ぎ木的で、読みにくい。著者は、地域共生社会の諸施策に期待しているが、私の町内会長の4年半の経験に基づけば、「地域」に大きな期待を持つことはできないと思う。著者も、『『場』の両義性』を指摘している（191頁）。また、宮本氏は、今までの著作と同じく、本書でも、社会保障改革の理念・総論のみを述べ、社会保障の財源についてはほとんど触れていない（率直に言えば、「逃げている」）。例えば、「AI時代のエッセンシャルワーク」の項で、「今日の労働市場改革において優先度が高い課題は、…エッセンシャルワークの処遇を改善し、これらの仕事に就くことが、多

くの人にとって生活を成り立たせるためにも望ましい選択肢となっていくこと」と書き、私も大賛成だが、「公的財源を確保することで殊遇は改善できる」と書くだけで、その財源をどう確保するかには触れていない（158-159 頁）。

著者は本書全体で、社会保障が「不信に揺れている」ことをなんども強調しているが、それを示す量的データはほとんど示していない。私もその側面・事実を否定しないが、一方で、社会保障の給付と負担についてワンセットで質問した 6 種類の全国調査のすべてで、回答者の 4 ～ 6 割が負担増を容認し、給付と負担の両方を減らすとの回答は 1 ～ 2 割にとどまっていること、しかもこの割合についての世代間格差はごく小さいことも見落とすべきではないと考えている（『ファクトで展望する高齢日本の医療政策』勁草書房、2026 年、序章第 2 節）

○「（時鐘）医療機関の事務費を患者負担に？」『週刊社会保障』2026 年 7 月 13 日号：3 頁。
…財務省・財政制度等審議会の春の「建議」が提案した「通常の診療の際の窓口業務のコストについても保険給付外サービスとして請求できるようにすることを検討すべき」が、以下の 2 つの理由から「ハードルは高い」とやんわり、しかし鋭く批判。① 2005 年の厚労省通知「療養の給付と直接関係のないサービス等の取り扱い」では、「療養の給付と直接関係のないサービス等を例示」しているが（おむつ代や病衣の貸与代、民間保険の手続きに必要な書類等）、これらは「いずれも患者の選択が前提となっている」。② 2026 年度の診療報酬改定では、人件費の高騰に対応するため、「ベースアップ評価料」を見直し、その対象範囲を「主として医療に従事する職員」から、「当該医療機関に勤務する職員」に変更し、その例示として「事務職員」を加えている。

○高橋太「オンライン診療受診施設の問題点と医療機関に与える影響」『診療研究』（東京保険医協会）620 号：23-33 頁、2026 年 8 月。

…「オンライン診療受診施設」（業としてオンライン診療を患者が受ける場所として提供される施設。以下、オン診施設）は 2025 年の医療法改正で「医療提供施設」とされ、個人、法人を問わず、誰でも開設可能となり、2026 年 4 月から、JR 東日本が東京都内 14 駅の駅ナカに個室ブース型の施設を開設している。本論文は、このオン診施設の概要と誕生までの経緯、擬似的クリニックの懸念—営利企業の草刈場となる危険、企業家的医師らの関与等—をていねいに解説し、医療倫理が崩れないよう注意喚起している。オン診施設の問題点についての初めての本格的論文で、「**医療の営利化**」に関心のある者必読と言える。

なお、本論文は書いていないが、財政制度等審議会の 2026 年春の「建議」は、2026 年度診療報酬改定で、「オンライン診療では明確に受診時の窓口業務のコストを患者に転嫁することができるようになったと解することが可能」として、「医療機関における窓口業務費用の保険外サービス化」を提案した（68 頁）。ただし、この提案は、「骨太方針 2026」には採用されなかった。

○特集「Commercial Determinants of Health 健康の商業的決定要因と公衆衛生」『公衆衛生』2026 年 8 月号：597-661 頁。

…最近、国際的にも注目されてきた Commercial Determinants of Health（CDH、CDoH）に

についての日本で初めての雑誌特集。福田吉治氏の序説（「ことはじめ」）に続いて、食、運動・身体活動、飲酒、労働、メンタルヘルス、感染症などの分野の専門家がそれぞれの分野の CHD について解説している（全 10 論文）。

ただし、私は CDH を「健康の商業的決定要因」と訳すのは不適切で、「健康の商業的要因」が適切と思う。「健康の決定要因」と訳すと、それが決定的要因との誤解を与えるが、商業的要因は他の要因と共に、健康に影響を与える 1 つの要因であるし、英語の *determine* には「決定する」との強い意味だけでなく、「影響する」との弱い（？）意味もある。福田氏も、CDH の暫定的定義で「人々の健康と健康格差に影響を与える、…」と書いているのだが…。この点については、『ファクトで展望する現代日本の医療政策』（勁草書房、2026）第 7 章第 2 節『健康の社会的決定要因』の訳語見直しも必要」（190-195 頁）参照。

【補足】私も CDH に注目し、「ニューズレター」で 2022 年以降、5 論文を紹介してきた。
"commercial “は、本特集を含めて、一般には「商業的」と訳されることが多いが、私は、最初に紹介したレビュー論文の CDH の下記の（批判的）定義を踏まえて、「営利的」と訳している：「社会的、政治的および経済的な構造、規範、規則及び実践で、国民・諸国民の健康、疾患、外傷、障害および死亡に関連して利益を生み市場支配力を増すもの」

(Freudenberg N, et al: Defining priorities for action and research on the commercial determinants of health : A conceptual review. American Journal of Public Health 111(12):2202-2211,2021)
（「ニューズレター」212 号（2022 年 3 月））。

○加藤駿典「子育て支援政策が出生率に与える効果の構造－全国市町村パネルデータによる作用経路の分析」『社会保障研究』11(1):84-102 頁、2026 年 6 月。

…全国市町村パネルデータ（2013 ～ 2020 年）を用いて、地方自治体の子育て支援政策が出生率に与える影響を頑健な手法で実証的に検証。その結果、先行研究で報告されていた市町村の児童福祉費単独事業（以下、児童福祉費単独）の出生率への正の効果は一貫して確認されなかった。因果媒介分析では、児童福祉費単独については、移住を介した「間接的」な効果は認められない一方、一部の地域では出生率への「直接的」な効果が示唆された。保育所定員率は出生率への「直接的」な効果を持たないものの、財政力の大きい自治体や都市部では、出生ポテンシャル世帯の移住を促すことにより「間接的」に出生率を押し上げる効果が示唆された。

分析手法は手堅く、結果の解釈も「慎重」で、先行研究の検討もていねいに行っている高水準の実証研究。私は以前から、国際的経験に基づけば子ども・子育て政策の出生率上昇効果はないと考えているが、本研究により、日本でも「国全体」（not 個別自治体）では、そのことが示唆されたと解釈した。

○金成垣「韓国の少子化対策に何を学ぶか－『結婚を前提としない対策』の可能性」『社会保険旬報』2026 年 8 月 11 日号（3008 号）：14-22 頁。

…韓国では少子化が世界最速で進行しており、政府は、この間の煩雑な政権交代にもかかわらず、20 年以上莫大な予算を投入して積極的に少子化対策を進めてきた。しかし、出生率の低下はますます深刻化し、2024 年の合計特殊出生率は 0.75 と世界最低となっている（日本は 1.15）。この状況を打開するために、韓国政府は最新の「第 4 次低出産高齢社会基本計

画」(2021-2025 年)で、これまでの「結婚を前提とした」少子化対策から「結婚を前提としない」少子化対策への大きな方向転換を行った。

本論文は、「非婚出産支援」に着目して、韓国でこの方向転換に至った経緯をていねいに明らかにし、それが日本を含む他の高所得国の少子化対策に対して示しうる理論的・政策的示唆について考察している。韓国の新政策は、いままだに出生率の反転・回復を(建前では?)目ざしている日本の少子化対策よりはるかにリアルであり、同対策担当の行政官や研究者の「必読文献」と言える。

C. 政治・経済・社会関連

○船橋洋一『戦後敗戦』実業の日本社、2026 年 3 月。

…練達のジャーナリスト(元朝日新聞社主筆。81 歳)は、平成は戦前の昭和より惨めな「失われた時代」とみなし、以下の 7 つの「戦後敗戦」(「より正確には冷戦後の敗戦」8 頁。昭和後期も含む)について詳細に検証している: ①石油危機、②プラザ合意、③半導体敗戦、④湾岸戦争、⑤ネット敗戦、⑥尖閣ショック、⑦福島原発危機。全 7 章、473 頁の大著だが、記述は分かりやすい。しかも各章の後に「教訓」「黒革取材ノートから」が付けられており、それぞれの事件の時代背景もよく理解できる。特に⑦福島原発危機は迫力があり、「第二の敗戦」と呼ぶに値すると感じた。著者の「戦後の『成功物語』神話からの解放を」との訴えは説得力がある。

私が特に「絶望的」と感じたのは、現在でも続いている③半導体敗戦と⑤ネット敗戦で、本書を読むと高市早苗内閣が 2026 年 7 月に閣議決定した「日本成長戦略」がいかに絵空事か良く分かる。逆に、①石油危機は、「高度成長の終焉」ではあったが、当時の田中内閣(田中首相、中曽根通産相等)は、現在の高市内閣とは逆に、産油国との直接取引等、対米自主外交を貫いて大きな成果をあげたので、「危機」ではあっても「敗戦」とは言えないと思う。この点を含めて、本書には「ないものねだり」、「上から目線」、「後知恵的記述」が少なくないとも感じた。これは価値判断の違いだが、私は平和主義者なので、著者の「一国平和主義」批判&安倍首相の「積極的平和主義」肯定には違和感を持った(第 4 章等)。

○吉川洋『日本—没落か再生か 時代精神とアニマルスピリット』新潮選書、2026 年 5 月。…全 6 章。「マクロ経済学の第一人者が、二人の天才経済学者[ケインズとシュンペーター]が共に重視した人間の衝動や情念に注目し、「心と国力」の相関を解き明かす」との触れ込み(帯封)。吉川氏は私とほぼ同世代(1950 年生、私は 1947 年生)なので、1970 年以降の記述は、私自身が社会人として体験した「同時代史」でもある。**第 3 章「人口減少が止まらない」**は、18 世紀のイギリスとドイツでの経済学者の人口論争を簡単におさらいした上で、日本における少子化と少子化対策の歴史を簡潔に整理しており、貴重。それ以外にも、著者の該博な知識に裏付けられた記述が豊富で知識と教養は身につくが、全体的に冗長で、ノスタルジックとも感じた。

○依田高典『ノーベル賞で語る現代経済学 巨人たちの生涯と学説』中公新書、2026 年 6 月。

…1972 ~ 2025 年の「ノーベル経済学賞(正確には、アルフレッド・ノーベル記念経済学

スウェーデン国立銀行賞)の受賞者99人のうち、44人の経歴、学問的業績、現代における意義を簡潔に解説。全16章だが、序章で、スミス、リカード、マルクス、ワルラス、ケインズという5人の「経済学の神々」の業績にも触れ、第16章(事実上の終章)では、「当然受賞すべき偉大な経済学者が受賞を逃した例」についても触れる。著者が放送大学で13年間講義した『現代経済学』の教科書を基にしているため、記述は簡潔でバランスが取れており、現代経済学とノーベル経済学賞についての知識と教養が身につく。

私は、以下の受賞者が、若かりし頃に書いた論文の経済学専門雑誌への掲載を拒否されることが特に勉強になった:オリーン(147頁。ケインズから!）、クルーグマン(162頁)、アカロフ(170頁)、ロス(264頁)、カーネマン(280頁)、ノードハウス(315頁)。もう一つ、依田氏が受賞者の業績の紹介時に、「理論」よりも、「学説」「説」「モデル」という表記を多用していることにも注目・共感した。

○黒猫ドラネコ『参政党と大陰謀時代』文藝新書、2026年4月。

…2025年参院選を機に大躍進を遂げた参政党のデモや集会の現場に、2021年からこっそり潜入して定点観測を続け、同党の陰謀論的な言説をメールマガジンで配信し続けてきた著者が、「できるだけ楽しく、しっかり悪ふざけしながら」書いた観察ルポルタージュ。全4章。神真都Q(やまときゅー)に始まる参政党のルーツや人脈、幹部の離合集散がよく分かる。ただし、参政党が参院選で公約に掲げた「終末期の延命措置医療の全額自己負担化」についてはまったく触れていない。

○明石順平『サナエノミクスによろしく』インターナショナル新書、2026年6月。

…タイトルからは、高市早苗首相の経済政策の分析を期待させるが、大半はアベノミクス(特に金融緩和と円安誘導政策)を中心にして、「2024年までを主たる分析対象」としている。ぼうだいな図表を用いて詳細・執拗に批判しているが、サナエノミクスについては序章(5頁)と「おわりに」(4頁)でチラリと言及・批判しているだけ。「アベノミクスは第1の矢である金融緩和に尽きる。そしてサナエノミクスは、不十分に終わったアベノミクスの第2の矢である財政支出を拡大する政策」、「以前と異なるのは、円の信用が尽きようとしている点」(237頁)という指摘は的を射ていると思う。それにしても、高市首相の「円安ホクホク」発言にはあきれる(228頁)。

○適菜収『高市早苗という病』KKベストセラーズ、2026年8月。

…高市早苗首相の過去の言動を、1980年代にまで遡って掘り起こし、「肥大した承認欲求、上昇志向、虚言癖…」等と徹底的に批判。私は、高市氏が松下政経塾在籍中に、リベラル派のパトリシア・シュローダー米下院議員の下で研修したことは知っていたが、その職を得るために「自分は日本の軍事問題の権威だ」と嘘をついたことやそのときの肩書きを「米国連邦議会立法調査官」と詐称していたことは知らなかった(実際は、コングレッショナル・フェロー＝研修生)(31-33頁)。しかし本書は、高市氏を批判・罵倒するだけで、高市首相・政権に7割の「人間が熱狂したという事実」についてはまったく考察していない(210頁)。もう一つ、国会議員になった当初は、夫婦別姓にも賛成の「リベラル寄りの保守」だった高市氏が、その後、タカ派・保守強硬派に転向したことに一言も触れていない

ことにも疑問を持った。

○老川祥一『長期政権の条件』新潮新書、2026年5月。

…政治記者歴60年を誇る読売グループのトップ（85歳）が、長期政権を実現した4人の政治家（佐藤栄作、中曽根康弘、小泉純一郎、安倍晋三）を回顧し、以下の3つの共通点を引き出す：運に恵まれたこと、選挙に強いこと、自制心を持ち続けたこと。そして、自制心が失われた時、権力はあっという間に崩壊する、栄耀栄華を極めた政治家は時に自分の得意技によって足を掬われるとも指摘。全3章。上記4人だけでなく、他の首相・大物政治家の記述にも臨場感があり、1960年代半ば以降60年間の日本の政治史についての教養・豆知識が身につく。次に紹介・推薦する『安倍晋三』と併読すれば、理解と知識がより深まると思う。

○服部龍二『安倍晋三 平成・令和の光と闇』中公新書、2026年6月。

…戦後最年少の52歳で首相に就任し、8年8か月の最長政権を誇り、2022年に凶弾に倒れた安倍晋三氏の波乱に満ちた生涯をたどりながら、「平成・令和を貫く日本政治の光と闇」の総括を試みている。序章と終章を含めて全7章。ほとんど公開資料に基づいて書かれているため新味は少ないが、安倍氏・安倍政治の正負の業績・遺産をバランスよく書いている。服部氏は、佐藤栄作、田中角栄、大平正芳、中曽根康弘の伝記も出版しており、本書も平易な記述でスラスラ読めるが、中身は濃い。

私は、安倍首相が小泉首相の後継であるが、2人の間には大きなタンスの違いがあったことが一番勉強になった（第1章）。私は、安倍氏が（小泉首相に比べて）スピーチ下手だと思っていたが、安倍氏が外交に際して「スピーチとは『話芸』」との信念を持つジャーナリスト出身のスピーチライター（谷口智彦氏）を置き、念入りに原稿を仕上げる努力をしていたことに驚いた（67-68頁）。著者は隣国外交に関して、安倍首相を「不完全なリアリスト」（203頁）と評しているが、私は安倍首相が他の分野でも同じだったと感じている。