２０２６年１１月５日(木)

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻268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、あるいは皆様がご存知の関連情報をお送りいただければ幸いです。
本「ニューズレター」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/

268 号の目次は以下の通りです（２５頁）

1．論文：医療・社会保障についての意識調査の結果は質問が違うとどう変わるか？
（「深層を読む・真相を解く」(171)『日本医事新報』2026 年 10 月 3 日号（5345 号）: 52-53 頁）…２頁
２．論文:「令和 8 年版厚生労働白書」第 1 部を複眼的に読む
（「二木教授の医療時評」(247)『文化連情報』2026 年 11 月号（583 号）: 24-28 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２４８回: ２０２６年分その８ :8 論文）…9頁
４．私の好きな名言・警句の紹介（その 262）ー最近知った名言・警句……１６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６５回）……１８頁

1．論文：医療・社会保障についての意識調査の結果は質問が違うとどう変わるか？

（「深層を読む・真相を解く」（171）『日本医事新報』2026 年 10 月 3 日号（5345 号）：52-53 頁）

本連載（161）（5302 号）「国民は本当に社会保障・保険料の負担増を容認していないのか？」で、2020 ～ 25 年に公表された社会保障の負担と給付についての 6 つの全国調査の結果を検討し、国民の約 4 ～ 6 割は負担増を容認しており、給付と負担の両方とも減らすとの回答は約 1 ～ 2 割にとどまることを示しました。これは、国民は社会保障・社会保険料の負担増・引き上げを容認していないとの通説の「反証」と言え、私は「**給付と負担はワンセットで質問すべき**」と強調しました。

しかし、2026 年に公表された読売新聞（以下、読売）、NHK、健康保険組合連合会（以下、健保連）の調査では、国民の多数は負担増に反対しているとの、逆の結果が示されました。本稿では、これら 3 つの全国調査の質問と結果を発表順に検討し、質問が異なると、調査結果が相当変わることを示します。

読売新聞等「全国世論調査」

読売は、2026 年 3 月 25 日、日本国際問題研究所と共同の「全国世論調査」結果を掲載しました。本調査は同年 1 月 19 日～ 2 月 26 日に郵送方式で実施し、2085 人が回答しました（回答率 70 %）。以下、社会保障に関する質問と解説を検討します。

社会保障に関については、＜**社会保障「充実より負担減」６割**＞の見出しで、以下のように報じました。＜今後の社会保障のあり方として、サービスを充実させることと、負担を軽減させることでは、どちらを優先させるべきだと思うかを聞くと、「どちらかといえば」を含めて「負担の軽減を選んだのは 64 %に上り、「サービスの充実」は 32 %にとどまった。＞

この結果と解釈は、一見、本連載（5302 号）で示した結果と大きく異なります。しかし、これは読売の質問が不適切なためと言えます。なぜなら、今後の人口高齢化を考えると、現行の社会保障の給付を維持するだけでも負担増は避けられないにもかかわらず、社会保障の負担減を行うと給付も大幅に減る事実に触れずに質問しているからです。私は、「どちらかといえば負担の軽減」を選んだ人々（43 %）の大半はこの事実を知らず、負担を軽減しても現在の給付水準を維持できると考えていると思います。

これは私の独断ではなく、別の「国の負担を増やす方がよいと思う」分野についての質問に対して、43 %が「医療」を、40 %が年金を、36 %が「介護」を挙げ、それらを「減らす方がよい」との回答は、それぞれ 6 %、5 %、4 %にすぎません。この結果は、上記の「どちらかといえば［社会保障の］負担の軽減」が 43 %との結果と矛盾します。そのうえ、社会保障の費用は税金と社会保険料の両方で賄われており、しかも社会保険料の方が多い事実を踏まえると、「国の負担で増やす」「減らす」との質問も不適切です。

社会保障についての解説は最後に、「制度の充実は望んでいるものの、自分の懐を痛めてまでやらなくてもいいというのが、国民の率直な気持ちだと言えそうだ」とまとめ、私も

この解釈に賛成です。しかし、質問自体が不適切であることについては無反省です。

「読売」は、「医療部」「社会保障室（旧・社会保障部）」という他の全国紙にはない伝統ある部署を持っているにもかかわらず、このような不適切な質問と皮相な解説をしたのは理解に苦しみます。

ＮＨＫ「医療に関する世論調査」

NHK は、2025 年 11 月～ 12 月に医療に関する世論調査を全国の 18 歳以上の 3600 人を対象に郵送で実施し、58.6 %にあたる 2108 人から回答を得て、その結果を、2026 年 5 月 5 日、以下のように報道しました。

＜この 1 年間に医療費を負担できないなどの経済的な理由で医療機関の受診を控えたことがあったか尋ねたところ、「よくあった」、または、「ときどきあった」と答えた人はあわせて 9 %に上りました。年代別にみると、50 代までは各年代で 10 %を超えた一方、60 代は 8 %、70 歳以上は 6 %となっていて、現役世代で高い傾向にありました。さらに、高齢化や医療技術の進歩などによって医療費が増え続ける中、**医療財政の破綻を防ぐ対策として保険料や税金の負担が増えるのを受け入れられるか**尋ねたところ、「受け入れられない」または、「どちらかといえば、受け入れられない」と回答した人はあわせて 68 %に上りました。一方、「受け入れられる」または、「どちらかといえば受け入れられる」と回答した人はあわせて 31 %でした。＞（以上、テレビニュース）

私は、上記の前半で、経済的な理由による受診控えを報じたことは大変重要と思います。しかし後半は、読売等「全国世論調査」の社会保障に関する質問と解説と同根の不適切な質問と言えます。質問の冒頭に、「財政の破綻を防ぐために保険料などの負担が増える」と書いているのは、結論誘導的と言えます。私は、「どちらかといえば、受け入れない」と回答した人の相当部分は、**「医療保険給付を減らす」や「患者負担を増やす」とセットで質問されれば**、「保険料や税金の負担が増えるのをどちらかといえば受け入れられる」と回答すると思います。

健保連「医療・介護に関する国民意識調査」

健保連は 2026 年 1 月に全国の 20 代～ 80 代の男女 3000 人にインターネット調査を実施し、「速報版」を同年 6 月 3 日に公表しました。本調査については、過去の調査結果との比較も行います。

最初に「医療保険制度の負担感」について質問し、全世代共に、「重い（非常に重い＋やや重い）」との回答が多い結果を示しています。全体では、「非常に重いと感じる」28.1 %、「やや重いと感じる」34.6 %、合計 62.7 %です。しかし、給付と負担についてワンセットで質問せずに、「負担感」のみを聞けば、このような結果が出るのは、過去の諸調査でも確認されています。しかも、「負担が非常に重いと感じる」は、2017 年 37.8 %→ 2022 年 31.6 %→ 2026 年 28.1 %と 9 年間で 9.7 ポイントも低下しており、「これ以上の『保険料のさらなる負担増』は限界」と断定（解釈）するのは論理の飛躍と言えます。

読売やＮＨＫ調査と異なり、健保連調査は続いて、「今後の給付と負担のあり方に」についても質問しており、公正と言えます。全体の結果は以下の通りです。「給付を大

幅に絞り込み、負担を軽減」15.0％、「給付を絞り込み、負担の水準を維持」25.0％、「わからない」27.2％、「給付の水準を維持、負担増はやむを得ない」22.5％、「給付の水準に伴う負担増はやむを得ない」10.2％。

この結果も、本連載(5302号)の結果と異なります。健保連はこの結果を「給付は『維持』より『見直し』が多数派」と解釈していますが、私は給付大幅減・負担減は15.0％にとどまり、2種類の負担増の容認が32.7％を占めていること、及び「わからない」が27.2％も存在することにも注目すべきと思います。健保連も医療費の財源についての質問で、「わからない」が44.1％もあること、しかも2022年（35.4％）から大幅に増加していることに注目し、「財源への理解不足も考えられ」ると解釈しています。

適切な設問を行った2つの調査

最後に、2026年の世論調査で、負担と給付についてワンセットで質問した例を2つ紹介します。

1つは、**共同通信「全国電話世論調査」**（2026年3月7～8日実施）で、以下のように質問しました。「自民党と日本維新の会の与党は、食料品や飲料の消費税2年間ゼロに向け検討を加速すると衆院選公約に掲げました。消費税は、年金や医療、介護など社会保障の財源です。あなたは、与党の消費税減税案に賛成ですか。反対ですか」。結果は、賛成58.4％、反対35.0％、分からない・無回答6.6％でした。

もう1つは、**日本テレビ「定例世論調査」**（2026年3月20～22日実施。電話調査）で、「消費税は、社会保障の財源にあてるよう法律で定められています。消費税の税率を引き下げた場合、社会保障制度が維持できなくなる不安を感じますか、感じませんか」と質問しました。結果は、感じる62％、感じない31％、答えない6％でした。

２．論文：「令和８年版厚生労働白書」第１部を複眼的に読む

（「二木教授の医療時評」(247)『文化連情報』2026 年 11 月号（583 号）:24-28 頁）

はじめにー初めて尽くしの白書

厚生労働省は 2026 年 9 月 29 日、『令和 8 年版厚生労働白書』（以下、白書）を閣議報告し、公表しました。副題（第 1 部のタイトル）は、「これからの医療・介護・福祉の現場で働くことを考える」です。これはやや抽象的ですが、中身は、2040 年に向けた、医療・介護・障害者福祉（以下、福祉）におけるテクノロジー（ICT、AI、ロボット等）の活用による生産性向上が中心です。

白書は、今までも医療、介護、福祉をテーマにしてきたことはありますが、3 分野を統一的・横断的に扱ったのは今回が初めてで、テクノロジーと生産性向上を正面から取り上げたのも初めてです。副題に「現場」が含まれたのも初めてで、３分野の先進的施設・事業所・企業の詳細な「事例取材」（この表現も初めて）が合計 13 も掲載されています。

以下、第 1 部の構成と概略、及び私が注目した点と物足りなさや疑問を感じたことを書きます。私は特に、「医療・介護・福祉分野における生産性向上の基本的考え方」（定義）が非常に包括的であること、及び医療 DX・電子カルテシステムの項でクラウドネイティブについてまったく触れていないことに注目しました。

第１章は現場の現状と施策を説明

第 1 部は以下の２章構成です（全 127 頁）。第 1 章 医療・介護・福祉を支える現場の現状と、2040 年を見据えた課題と対応の方向性、第 2 章 2040 年に向けた、医療・介護・障害福祉の現場における取組みーテクノロジー（ICT、AI,ロボット等）の活用による生産性向上ー。

第 1 章は次の 3 節で構成されています。第 1 節　医療・介護・福祉の現場の概況と、共通する特徴、第 2 節　人手不足下における医療・介護・福祉の現場の課題と取組み、第 3 節 2040 年を見据えた医療・介護・福祉サービスの需要の変化と今後の方向性。

私は、第 1 章の以下の３点の記述に注目しました。①医療・介護・福祉分野は、「雇用面からみても、地域によっては主要な産業の一つとして、地域経済を支える役割も担っている」と指摘していること（9 頁。ただし、データは示していません）。②「医療・介護・福祉分野に共通するサービスの特徴」を 3 点、以下のように整理していること：(1)多様な専門職間の協働による労働集約的なサービス、(2)公定価格制度の下で提供されるサービス、(3)人員配置基準が定められた下で提供されるサービス（10-11 頁）。③白書として初めて、「職業紹介事業所の紹介手数料問題への対応」を記載したこと（50 頁。ただし、本文ではなく「コラム」での軽い扱いです）。

他面、以下の４点には物足りなさも感じました。①介護職員数と福祉分野の職員数については、総数の年次推移が示されている（2024 年時点で、それぞれ約 213 万人、約 132 万人）のに対して、医療現場の職員数の総数は示されていない（4-5 頁。医師数・看護職員数の年次推移のみ）。

②医師の「業務負担軽減の観点からタスク・シフト／シェアが推進されて」いると書か

れているが、大学病院では若手医師の給与が看護師よりも低いため、タスク・シフトにより逆に人件費総額が増加することに触れていない（20 頁）。この点については、吉村健佑氏（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター特任教授）が新著『大学病院』で繰り返し指摘しています(1)。

③介護・福祉職員の人材確保・処遇改善についてはデータを示して詳しく紹介しているが、医療従事者（医師、看護師等）のそれについては詳しく触れていない（26-49 頁）。ただしこれは、介護・福祉分野の人材不足が医療分野に比べてはるかに深刻なためかもしれません。

④「2040 年に向けた医療福祉分野の就業者数のシミュレーション」として、8 年前の 2018 年に実施された推計が「再掲」されていることです（54-55 頁）。この予測の検証と新しい推計をできるだけ早く発表してほしいと思います。

「生産性向上の基本的考え方」は画期的

第 2 章は次の 4 節で構成されています。第 1 節 医療・介護・福祉分野における生産性向上の基本的考え方、第 2 節　現場におけるテクノロジーの活用による生産性向上と取組み、第 3 節　テクノロジーの活用に対する国民の受け止め方と期待、第 4 節　まとめ。

私は第 1 節の冒頭に書かれいる「医療・介護・福祉分野における生産性向上の基本的考え方」（定義）に注目しました。少し長いですが、きわめて重要なので全文引用します。

（医療・介護・福祉分野における生産性向上は、単なる効率化・省力化が目的ではなく、業務の進め方や役割分担を見直し、**業務効率化による負担軽減を図りながら、創出された時間や人的資源を、直接的なケア・支援等に再配分し、サービスの質や安全性の向上を図る**とともに、働きやすい職場環境の実現を図り、人材の確保や定着につなげることにより、限られた人材の下でも持続的なサービス提供の確保を目指すものである）（57 頁。ゴチックは二木）。101 頁では、「医療・介護・福祉分野における生産性向上は、人を減らすことや支援を減らすことを目的とするものではなく」と、ダメ押し的に書いています。

実は、白書を含めて、厚生労働省の公式文書で「生産性向上」の定義が示されたのは初めてです。厳密に言えば、厚生労働省の新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームが 2015 年に発表した報告「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」（通称「新福祉ビジョン」）も、生産性の向上の定義を包括的に示しました**【注】**。しかし、その後、それが厚生労働省全体の公式文書で言及されることはありませんでした。

白書の「生産性向上」の定義は、「他産業と比較して医療・介護・福祉の生産性は低い」と批判される場合に根拠とされる「付加価値生産性」［(賃金＋利益）÷労働者数］より、はるかに包括的です。最大の特徴は、生産性向上により費用が削減される（できる）と書いていないことです。この定義だけでなく、第 1 部の本文では、例年の白書の定番表現である「医療費（の）適正化」も全く使われていません（第 2 部では 7 回使われています)。私は、このような包括的な「生産性の向上」には大賛成で、今後、積極的に推進すべきと思います。

医療・介護・福祉分野の付加価値生産性が低いとされる理由は単純で、上記定義式の分子に当たる従事者の賃金と事業所の利益が、長年の厳しい医療費・介護費・福祉費抑制政

策のために、他産業に比べきわめて低く抑えられているからで、医療・介護・福祉施設の経営者や労働者の努力不足ではありません。医療・介護・福祉分野の生産性を向上させる確実な方法は、診療報酬・介護報酬・福祉報酬を大幅に引き上げることです。

なお、権丈善一氏（慶應義塾大学教授）は、アダム・スミスの『国富論』にまで遡って、経済学における「生産的労働」「生産性」についての言説の変化を歴史的に検討し、「物的生産性」（産出物量÷労働者数）と「付加価値生産性」の違いを強調した上で、第 2 次産業における生産性の概念を対人サービスにおける生産性に機械的に当てはめる愚を指摘しているので、ご一読をお勧めします(2)。

「生産性向上」以外の注目点

第 2 章でこれ以外に注目した記述は以下の 3 点です。① 3 分野のテクノロジー導入状況の全国調査のデータが示されていること（61、83、102 頁）。②「介護分野におけるテクノロジー導入の効果」の全国調査データも示されていること（85-89 頁）。③医療・介護分野別の「テクノロジーの活用に対する国民の受け止め」についての全国調査の結果が示されていること（116-121 頁）。私は、回答者の 7 割以上が、医療現場における ICT や、医療ケア支援ロボット、手術支援ロボット、診断支援 IT に肯定的であった反面、四分の一（26.3％）の回答者が「AI やロボット技術の安全性への不安」を表明しているという結果はバランスが取れていると感じました。

それに対して、「医療分野におけるテクノロジーの効果」については、全国的に有名な HITO 病院（愛媛県）、NTT 東日本関東病院（東京都）、恵寿総合病院（石川県）、横浜市立大学附属病院（神奈川県）の 4 病院の「取材事例」（⑥〜⑨）、及び他の匿名病院の断片的データが示されているだけなのは残念です（67-77 頁）。

クラウドネイティブに全く触れていない

もう一つ私が注目したのは、白書に書かれていないことです。それは、医療 DX・電子カルテシステムの項で、「クラウドネイティブ」について全く触れていないことです（60 頁）。この点は、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、「クラウドネイティブに最適化された医療 DX 基盤」、「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」（8 頁）と明記し、「日本成長戦略」全体で、「クラウド」をなんと 25 回も使っていたのと対照的です(3)。

この理由は正確には分かりませんが、私は「日本成長戦略」を主導した経済産業省が＜イケイケどんどん＞官庁であるのと異なり、厚生労働省が、電子カルテシステム全体を短期間にクラウドネイティブ型に転換することは技術的に困難で、しかも膨大な費用を要することを熟知しているためではないか？と推察しています。

例えば、白書公開直前の 9 月 25 日に開催された日本病院団体協議会代表者会議で厚生労働省の担当者が配付・説明した「電子カルテ普及計画」では、電子カルテ普及率約 100％達成の目標年である 2030 年度でも、クラウドネイティブ型（クラウド間連携による政府 DX サービスとの接続）の病院全体の普及率は 36.3％、400 床以上の病院ではわずか 11．9%にとどまると推計されています(4)。しかも、この推計値は、私から見ると甘い「仮定」の積み重ねの上になされている「希望的観測」に思えます。

この会議後の記者会見で、神野正博会長は、電子カルテのクラウドネイティブ化について「特に大きな病院になると色々なサブシステムがある。全てをクラウドネイティブにすることは不可能で、サブシステムについてはオンプレミスということもあり得ると思う」と述べ、オンプレミスとクラウドネイティブの「ハイブリッド」があり得るという意見に対し、厚労省側からは「イエス」という趣旨の回答があったと紹介したそうです（m3.com レポート 2026 年 9 月 25 日。配信：水谷悠氏）。

おわりに

以上、『令和 8 年版厚生労働白書』第 1 部を複眼的に検討しました。「はじめに」で、指摘したように、今回の白書は、医療・介護・福祉の 3 分野を初めて統一的・横断的に扱い、しかもテクノロジーと生産性向上を初めて正面から取り上げています(5)。しかも、3 分野の先進的取組みの「取材事例」も豊富です。このテーマに興味のある多くの方が読まれることをお勧めします。

【注】「新福祉ビジョン」での「生産性」の定義

「新福祉ビジョン」は、今後の改革の第２の柱として、「サービスを効果的・効率的に提供するための生産性向上」を挙げました。その際、経済学的にも正確な、「生産性」の定義とそれを向上する方法を示しました。

まず、「生産性とは、生産資源の投入量と生産活動により生み出される産出量の比率として定義され、投入量に対して産出量の割合が大きいほど効率性が高いことを意味する」と述べ、次に、「生産性向上に向けた具体的な取組」として、「①先進的な技術等を用いた効率化」、「②業務の流れの見直し等を通じた効率化」、「③サービスの質（効果）の向上」の３つを挙げ、それぞれについて具体的に解説しました。

私は、「新福祉ビジョン」の発表直後に、それの包括的分析を行いました(5)。

文献

(1) 吉村健佑『大学病院　日本医療の要は再興できるか』東京大学出版会、2026、146、169、192 頁。
(2) 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房、2017、第 1 章「働くことの意味とサービス経済の意味」（1-26 頁。第 3 版、2023、1-26 頁）。
(3) 二木立「『骨太方針 2026』の医療・社会保障改革方針の複眼的検討」『文化連情報』2026 年 9 月号（581 号）: 30-40 頁、【注 1】。
(4) 厚生労働省政策統括官付医療情報連携担当参事官室「電子カルテ普及計画」2026 年 9 月 9 日 www.mhlw.go.jp/content/10808000/001748251.pdf
(5) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017、第 2 章第 1 節「厚労省プロジェクトチーム『新福祉ビジョン』をどう読むか」（56-67 頁）（元論文は 2015 年 11 月発表）。

［本稿は、「WEB 医事新報」に 2026 年 10 月 2 日号に先行アップされ、『日本医事新報』（紙版）2026 年 10 月 31 日号（5349 号）に掲載された、『『令和８年版厚生労働白書』第 1 部をどう読むか？」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248回）(2026年分その8：8論文)

※「論文名の邦訳」（筆頭著者名：論文名．雑誌名 巻(号)：開始ページー終了ページ，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：「ニューズレター」266号（2026年9月）から、原著論文の紹介・抄訳は英文Abstractの AI翻訳を基本として、不適切な AI翻訳は適宜修正することにしました。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【 】で補足しています。「二木コメント」は従来通り、私が作成します。評論や小論文（速報等）には Abstract が付いていないので、私が要旨・コメントを書きます（今回は、第7論文)。

〇慢性疾患自己管理プログラムに関する数十年にわたる研究：各国における長期的な健康アウトカムに関する系統的文献レビューとメタ分析

Robert Olszewski, et al: Decades of Research in the Chronic Disease Self-Management Program: A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-Term Health Outcomes Across Countries

Am J Public Health . 2026;116(9):1397–1408.

American Journal of Public Health 116(9):1397-1408,2026［文献レビュー］

背景 エビデンスに基づいた慢性疾患自己管理プログラム（CDSMP）は、数十年にわたり世界中で広く実施され、適応されてきたが、我々の知る限り、2009年以降の成果に関する包括的な分析は今日まで発表されていない。

目的 この系統的レビューとメタ分析は、各国における CDSMP の参加者の幸福に対する長期的な（介入後6ヶ月）影響を評価し、将来の効果的な実施と適応のための重要な要素を特定することを目的とした。

検索方法 我々は、1978年から2024年までの研究を対象としたシステマティックレビューと、2009年10月から2024年までのメタアナリシスで既に統合されている研究を除外したメタアナリシスを実施した。文献の特定は、データベース検索（PubMed、Web of Science、Scopus）、Self-Management Resource Center がリストアップした情報源の調査、および初期調査結果に基づく対象を絞ったフォローアップという、構造化された3段階のプロセスで行った。

選択基準 慢性疾患を持つ成人を対象とし、介入後少なくとも6か月間の追跡調査データを含む、CDSMP を評価した査読済みの研究を対象とした。

データ収集と分析 2人のレビュー担当者が独立してデータを抽出した。介入後6ヶ月時点で測定された結果（睡眠障害、痛み、疲労（すべて視覚アナログ尺度で評価)、および抑うつ症状（患者健康質問票-9)）について、ランダム効果メタ分析を実施した。

主な結果 合計6565件の記事を検索し、そのうち228件がシステマティックレビューに、20件がメタアナリシスに含まれた。研究に含まれた参加者は、高血圧、心臓病、心血管疾患、脳卒中、炎症性疾患、代謝性疾患などの疾患を最も頻繁に報告した。参加者のプログラム前と6か月後の疼痛スコアの平均差は0.53（95%信頼区間［CI］= 0.24、0.83）だった。う

つ病については 1.47（95% CI = 1.04、1.90）、疲労については 0.46（95% CI = 0.28、0.65）、睡眠障害については 0.57（95% CI = 0.28、0.85）だった。

結論　プログラム修了後 6 か月経過しても、各国のプログラム参加者の間で睡眠障害、抑うつ症状、痛み、疲労の減少傾向が持続している。レビューした研究全体を通して明らかになった大きな課題は、持続可能な資金の確保と、参加者の効果的な募集および維持であり、そのためには対象集団にリーチするための多様なアウトリーチ戦略が必要となる。また、今回の調査結果は、プログラムから最も恩恵を受ける参加者の新たなプロファイルも明らかにしている。

公衆衛生上の意義　持続的な成果は、CDSMP が慢性疾患管理と症状コントロールを改善するための効果的で拡張性があり、普遍的に関連性の高いツールであることを示唆している。系統的レビューによると、複数の疾患を抱える人はこのプログラムからより大きな恩恵を受ける。しかしながら、研究間の比較可能性を高め、より確固たる結論を裏付けるためには、標準化されたアウトカム指標への重点的な取り組みが必要である。

二木コメントー慢性疾患自己管理プログラムの健康アウトカムについての最新かつ高水準の文献レビュー・メタアナリシスで、英文要旨もきわめて明快です。ただし、慢性疾患管理の健康転帰を介入後 6 か月時点で評価するのは短すぎると感じました。

慢性疾患自己管理プログラムは、当初は「医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制する」と喧伝されたのですが、本論文では費用（医療費の変化、介入費用）の分析は全く行われておらず、しかも健康アウトカムも自覚症状に限定されています。このことは、このプログラムには医療費抑制効果がないこと、および客観的症状の大きな改善も得られないことを示唆しており、貴重な「ネガティブ・スタディ」と言えます。

○［アメリカのアカデミック医療センターにおける］高齢者を対象とした電子健康記録を活用した介入および【不適切な処方の中止】　ランダム化臨床試験

Julie C. Lauffenburger, et al: Electronic Health Record Intervention and Deprescribing for Older Adults A Randomized Clinical Trial. JAMA 335(12):1060-1069,2026［量的研究］

重要性　高齢者に対して、不適切である可能性のある薬剤（Potentially Inappropriate Medications: PIMs）が過剰に処方されることは一般的である。電子健康記録（EHR）を活用したツールは、エビデンスに基づいた薬剤の使用を促進し得るが、不適切である可能性のある薬剤の処方を減らす効果については、依然として明らかではない。

目的　高齢患者を対象に、行動科学の手法を用いて設計された 2 種類の EHR 介入が、不適切である可能性のある薬剤の処方中止（deprescribing）に及ぼす影響を、通常の診療（通常ケア）と比較して検証する。

研究デザイン、設定、および参加者　マサチューセッツ州のアカデミック・メディカル・センターにおいて、2022 年 11 月に実施された 3 群並行ランダム化臨床試験である。201 人のプライマリ・ケア医（PCP）を対象にクラスターランダム化を行い、2024 年 3 月 15 日まで追跡調査を行った。介入対象は、ランダム化の対象となった PCP の患者のうち、65 歳以上であり、2022 年 11 月 10 日から 2024 年 3 月 15 日までの間に PCP の診察を受け、かつ過去 180 日間にベンゾジアゼピン系薬剤、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬・鎮静薬を合計 90 錠以上、あるいは抗コリン作用を持つ薬剤を 2 種類以上処方されていた患者とした。

介入　PCP を「通常ケア（介入なし）」群、または以下の 2 種類の EHR 介入のいずれかを行う群にランダムに割り当てた。1 つ目は「事前コミットメント介入」であり、患者の初診時に EHR を通じて医師にメッセージを送り、処方中止に向けた話し合いを開始するよう促す。さらに 2 回目の受診時にも、処方中止を推奨するリマインダーメッセージを EHR を通じて送信する。2 つ目は「ブースター介入」であり、患者の初診時に処方中止を推奨する通知を PCP に送信し、4 週間後に EHR 内のメッセージボックス（インバスケット）を通じてリマインダーを送信する。

主要評価項目および測定指標　主要評価項目は、患者の初診時から追跡期間終了までの間に、少なくとも 1 種類の薬剤の処方が中止されたかどうかとした。処方中止とは、EHR データに基づき、患者単位で評価される「医師の判断による薬剤の中止または用量の漸減」と定義した。解析には、対数リンク関数と二項分布誤差を用いた一般化推定方程式（GEE）を用い、クラスター化の影響を調整した。また、多重比較についてはホルム・ボンフェローニ（Holm-Bonferroni）法を用いて補正を行った。

結果　参加者 1146 人（平均年齢 73.6 歳［標準偏差 6.4］、女性 69.7 %、平均追跡期間 289.9 日）のうち、373 人（32.5 %）において、少なくとも 1 種類の薬剤が中止された。内訳は、事前コミットメント群で 145 人（36.8 %）、ブースタリング群で 122 人（34.3 %）、通常ケア群で 106 人（26.8 %）であった。通常ケア群と比較して、薬剤中止が行われる確率は、事前コミットメント群で 40 %高く（相対リスク［RR］1.40、95 %信頼区間［CI］1.14 〜 1.73、絶対差 10.4 %）、ブースタリング群で 26 %高かった（RR 1.26、95 % CI 1.01 〜 1.57、絶対差 6.5 %）。有害事象報告システムを通じて、重篤な有害事象は報告されなかった。診療録の精査に基づく死亡率は、事前コミットメント群で 1.4 %、ブースタリング群で 3.9 %、通常ケア群で 1.8 %であった。

結論と意義　本研究の結果は、行動科学の原則に基づいて設計された電子健康記録ツールを活用することで、高齢者が使用する不適切な可能性のある薬剤の中止率を有意に高められることを裏付けている。

二木コメントー EHR（電子健康記録）を用いた、プライマリケア医による不適切な薬剤処方の中止効果についての緻密なランダム化比較試験です。対照群に比べて薬剤処方中止が 30 〜 40 %高まるとの結果は期待が持てます。ただし、それが即、死亡率の大きな低下にはつながっていないようです。

○チームベースの継続的ケア指標と終末期医療アウトカムとの関連性：カナダ・オンタリオ州における後向きコホート研究

Shuaib Hafid, et al: Association Between Team-Based Continuity of Care Measures and End-of-Life Health Care Outcomes: A Retrospective Cohort Study in Ontario, Canada. Medical Care 64(8):483-491,2026［量的研究］

背景： 関係性の継続性を反映するケアの継続性（COC）指標は、質の指標として使用されてきたが、終末期における適用性は限られている可能性がある。ケアニーズの高まりを反映し、患者中心のアウトカムとの関連性を捉えるために、修正された継続性指標である UPC-Team（通常のケア提供者）と BB-Team（Bice-Boxerman）が開発された。

目的： 人生の最後の 1 年間における修正 COC 指標、UPC-Team、および BB-Team と終末

期（EOL）医療アウトカムとの関連性を測定すること。
方法： カナダ・オンタリオ州の医療行政データを用いて、2018 年 1 月 1 日から 2022 年 12 月 31 日までの間に死亡した成人のうち、死亡の 2 年以上前から進行性慢性閉塞性肺疾患および／または心不全を患っていた者を対象とした後向きコホート研究を実施した。多変量回帰分析により、諸指標と、死亡前 30 日間および 14 日間の地域での滞在、および死亡場所との関連を検討した。
結果： 対象となった 175,323 人（死亡時年齢中央値 80 歳、男性 55.4%）のうち、生前最後の 30 日間と 14 日間の地域滞在日数の中央値はそれぞれ 23 日と 10 日だった。56.5%が医療施設で死亡した。UPC-Team および BB-Team スコアが高いほど、医療機関での死亡リスクが高く、地域滞在日数が少なくなる傾向が見られた。
結論： 継続性スコアが高いほど、医療施設での死亡リスクが高まり、地域社会での滞在日数が減少する傾向が見られ、これらの修正指標は終末期医療の良好な転帰を予測する上で有用性が限られていることが示唆された。今回の結果は、今後の研究において、継続性のあらゆる側面（すなわち、関係性、情報、管理）を組み込むことで、この文脈におけるケアの連携をより的確に把握する必要があることを示している。
二木コメントー「継続性スコアが高いほど、医療施設での死亡リスクが高まり、地域社会での滞在日数が減少する傾向」があるとの結果は、やや意外です。この調査結果からは、著者が開発した指標が不適切なのか、それともカナダでも、終末期患者を自宅・地域で看取ることが困難なのかはは、分かりません。

〇米国における 8 つの医療専門職における所得格差の測定
Ioana Popovici, et al: Measuring Income Inequality Within 8 Health Care Professions in the United States. Medical Care 64(5):318-325,2026［量的研究［全国調査)］
目的： 本研究では、医師・外科医、歯科医、フィジシャン・アシスタント(PA)、検眼師、薬剤師、ナースプラクティショナー・助産師、理学療法士、登録看護師の 8 つの医療専門職における職業間所得と賃金率の分布を調査した。
方法： この研究は、2019 年から 2022 年の米国コミュニティ調査（ACS）から得られた 142,527 人の米国医療従事者のサンプルに基づいており、変動係数、中央値下位シェア、90-10 デシル比（上位 10 %の所得と、下位 10 %の所得の比率)、ジニ係数の 4 つの不平等指標に焦点を当てた。
結果：【8 職種の年間平均所得（2022 年ドル。カッコ内は標準偏差）は以下の通り：医師・外科医 288,610(196,009)、歯科医 217,914(158,533)、フィジシャン・アシスタント 141,745(95,891)、検眼師 140,986(82,249)、薬剤師 137,011(56,409)、ナースプラクティショナー・助産師 121,485(46,138)、理学療法士 95,431(48,196)、登録看護師 85,736(45,327)】調査結果から、所得格差が顕著であることが明らかになった。歯科医と医師・外科医は所得格差が最も大きく、薬剤師、看護師、理学療法士、ナースプラクティショナー、助産師は所得格差が比較的均等であった。職業間の所得格差は、平均年収および賃金水準と相関していた。男女間の格差は全ての職業で顕著であり、男性医師は女性医師よりも一貫して高い収入を得ていた。男性医師の割合が女性医師より高い職業ほど、所得格差は大きかった。年収および賃金水準の格差は、男女間でも認められた。

結論： 本研究は、医療専門職における所得格差の理解に貢献するものであり、これらの格差の決定要因とその長期的な変化を特定するために、さらなる調査が必要であることを示唆している。日間の地域社会での滞在日数、および死亡場所との関連性を測定した。

二木コメントー 8 医療専門職の平均所得だけでなく、男女別所得、年間労働時間、年間賃金率（1 時間当たり賃金）とそれらの分布（標準偏差)、および 4 種類の不平等指数を推計しているのは非常に貴重と思います。

○欧州連合における［公的医療セクターの］汚職と公的医療の質：欧州各地域からのエビデンス

Andreas P. Kyriacou, et al: Corruption and public healthcare quality in the European Union: Evidence from Europe's regions. Health Policy（October 2026）, 7 pages［国際比較研究］

背景：公的医療セクターにおける汚職は、資源の効率的な配分を損ない、健康アウトカムに悪影響を及ぼす可能性がある。欧州連合（EU）において、こうした汚職は、医療サービスを受ける見返りとして医療従事者に支払われる賄賂、公共調達における汚職、あるいは医療スタッフと医薬品・医療機器の供給業者との間における不適切な関係など、さまざまな形態をとる。しかし、その影響に関する実証的な証拠は依然として限られている。

目的：本研究の目的は、EU 各地域における公的医療セクターの汚職と、公的医療サービスの質との関係を評価することである。

方法：2010 年から 2021 年までの期間を対象に、EU 加盟 19 カ国の 165 地域から得られたデータを用い、公的医療セクターにおける汚職の認識度および公的医療サービスの質に関する指標に基づいた定量的なパネル分析を行う。内生性の懸念に対処するため、固定効果モデルや操作変数法を適用し、結果に影響を与え得る広範な要因を制御変数として組み込む。

結果：（相関分析と重回帰分析の結果は略）分析の結果、公的医療セクターにおける汚職は、公的医療サービスの質を低下させる可能性があることが示唆された。

結論：これらの知見は、汚職が蔓延している地域において医療の質を向上させようとする政策立案者にとって、汚職対策を重点的に進めることが優先課題となるべきであることを示唆している。

二木コメントー公的医療セクターにおける汚職と公的医療の質との関連を国・地域レベルで初めて定量的に検討した貴重な（おそらく世界初の）研究と思います。ただし、「ヨーロッパ各国政府の質指数」（EQI)」等は、客観的指標ではなく、33 万人以上の回答者の主観に基づいて計算されているそうです。

○OECD諸国における病院計画改革が医療へのアクセス、コスト、効率性、およびケアの質に及ぼす影響：システマティック・レビューおよびメタアナリシス

Lang Charlotte, et al: Effects of hospital planning reforms on access, costs, efficiency, and quality of care in OECD countries: Systematic review and meta-analysis. Health Policy 173（November 2026）105732, 14 pages［文献レビュー］

背景：多くの OECD 加盟国では、医療費の増大、人口動態の変化、そして医療へのアクセス、効率性、医療の質に関する懸念に対処するため、病院計画の改革が実施されてきた。

こうした改革は広く導入されているものの、その有効性に関するエビデンスは断片的であり、国ごとに異なる状況にある。

目的：病院計画の改革が、アクセス、コスト、効率性、医療の質という 4 つの成果領域に及ぼす影響に関するエビデンスを統合する。

方法：コクラン（Cochrane）の手法に準拠したシステマティック・レビューを実施した。PubMed および Web of Science を用い、2000 年 1 月から 2025 年 9 月までの文献を検索した。研究対象は、「集約化」、「最小症例数要件（MVR）」、「成果に基づく目標設定」、「ガバナンスおよび所有形態の再編」という 4 つの介入タイプに分類した。バイアスのリスク評価には、ジョアンナ・ブリッグス研究所（Joanna Briggs Institute）の準実験的研究用チェックリストを用いた。データが利用可能な場合、ランダム効果モデルを用いたメタアナリシスを行い、アクセスおよび効率性については標準化平均差（SMD）を、医療の質に関する成果についてはリスク差（RD）を統合した。

結果：12 カ国から 26 件の研究が抽出された。集約化は、患者の移動距離を増加させる一方、入院期間（SMD -0.09、95%信頼区間 -0.17 ～-0.01）および合併症（RD -14.52 パーセントポイント、-25.95 ～-3.09）を減少させた。また、「成果に基づく目標設定」と組み合わせた場合には、30 日以内の再入院（RD -0.43 パーセントポイント、-0.65 ～-0.22）も減少した。死亡率への影響は、評価時点や介入の種類によって異なった。短期的な評価指標では有意差が認められないことが多かったが、集約化によって 90 日死亡率が低下し（RD -0.80 パーセントポイント、-1.25 ～-0.35）、最小症例数要件（MVR）の導入によって 60 日死亡率が低下した（RD -2.00 パーセントポイント、-2.82 ～-1.18）。生存率に関しては、いずれの時点においても有意な結果は得られなかった。コストについて検討した研究は存在しなかった。

結論：コストに関するエビデンスが存在しないことは、重要な欠落である。結果に大きな異質性が見られるのは、改革の設計や背景となる状況が国によって異なるためであり、研究結果を解釈する際には、介入の種類や各国の状況を考慮する必要がある。

二木コメントー各国の 4 種類の病院計画改革が医療の 4 領域に与える影響の初めての横断面分析だそうです。分析手法は一見緻密ですが、得られた結果は陳腐です。病院制度は各国の歴史・文化・政治・社会・経済の産物でもあるので、定量的分析に馴染まないと思います。一番の問題は、執筆者が指摘しているように、既存研究ではコストについての研究が存在しないことであり、このことは病院計画改革により医療費を抑制することが困難なことを示唆しています。

○男らしさ（男性性）は慢性疾患のアウトカムの社会的要因である

Franklin A. Adjei:Masculinities as a Social Determinant of Chronic Illness Outcomes.American Journal of Public Health 116(8):1077-1079,2026［評論］

【慢性疾患は男性の障害と早期死亡の原因の一部となっている。過去数十年間、人口全体では予防と治療の改善があったにもかかわらず、男性の慢性疾患の諸指標は女性に比べ劣っている。この差は、ライフスタイルや生物学的な差と見なすこともできるが、重要な健康の要因(health determinan)、即ち「男らしさ」を見落としている。これは他の社会的要因(social factors)－社会経済的状態、医療へのアクセス、不平等－と相互作用しながら、健康

アウトカムに影響している。男らしさは、個人の特性ではなく、社会的規範や期待に規定された健康を形成する社会的構造であり、男性がどのように自覚症状を解釈し、リスクを評価し、疾病にどう対応するかを規定する。男らしさは、男性の医療受診を遅らせ、健康にリスクとなる行動や、暴飲暴食を強める。男らしさは重要な健康の社会的要因と見なすべきである。】

二木コメントー AJPH（アメリカ公衆衛生学会誌）8 月号は「男らしさと健康」（masculinity and health）を小特集し、この論文を含む 4 論文と編集長の巻頭言を掲載しています。私は「健康の社会的要因」（social determinants of health）」の概念・範囲が拡大していることは知っていましたが、男らしさもそれに含まれ、小特集が組まれていることに驚きました。

〇米国における「健康の社会的要因」の医療化と、社会ケア・プログラムの実施を通じた不平等の意図せざる再生産

Elizabeth J. Pfeiffer, et al: Medicalizing the social determinants of health and the inadvertent reproduction of inequities through social-care program implementation in the United States. Social Science & Medicine 392（2026）118981［質的研究］

社会科学者たちは以前から、人々の健康に影響を及ぼす社会的・経済的・政治的要因、すなわち「健康の社会的要因（SDOH）」の重要性を指摘してきた。米国では、医療従事者や保険者、病院管理者、臨床医、政府、社会福祉サービス機関、研究機関などが、知識や意識の向上を図り、社会的リスクのスクリーニングや社会的なケアプログラムを推進するための政策策定に多大な努力を注いできた。こうしたプログラムでは、患者の抱えるリスクをスクリーニングし、医療専門職が、患者の健康に関連する社会的ニーズ（HRSN）に対処するための支援リソースへと患者をつなぐ仕組みがとられている。連邦政府の政策は、個人の社会経済的状況を「健康問題」（health problems）として位置づけ、SDOH の「医療化」を推進してきた。こうした取り組みは評価されるべきものだが、患者の健康状態を著しく改善させるには至っておらず、なぜそのような結果になっているのかという問いが残されている。本研究の質的データは、こうした問いに答えるとともに、SDOH の医療化がもたらす利点、限界、そしてその結果について議論するための知見を提供する。

本研究では、2020 年から 2021 年にかけて実施した、診療所スタッフ、患者、社会福祉サービス関係者を対象とするフォーカス・グループ・ディスカッションを通じ、ある社会的リスク・スクリーニングおよびケアプログラムにおける、SDOH の医療化に関する参加者自身の体験を探究した。得られたデータは、医療化には利点がある一方で、意図しない負の結果も生じさせていることを示す実証的証拠となっている。その中には、既存の不平等を再生産し、プログラムの有効性を制限してしまうといった問題も含まれる。個人の HRSN に対処するための取り組みをより効果的なものにするには、人々の生活に有害な状況を生み出し、それを維持させている社会的・経済的・政治的な力が複雑に絡み合う構造そのものに、政策や臨床の現場から切り込んでいく必要がある。

二木コメントーアメリカの高名な医療人類学者が、連邦政府による「健康問題」の取り組みが、医療の社会的要因（SDOH））の医療化をもたらしていると鋭く批判しています。日本では SDOH に対するこのような批判はあまり見られないと思い、「セカンドオピニオン」として紹介します。

4. 私の好きな名言・警句の紹介(その 262)ー最近知った名言・警句

＜研究と研究者の役割＞

〇柳澤正史（筑波大学教授・同大国際統合睡眠医科学研究機構長。米医学賞「ラスカー賞」を授賞した睡眠研究の第一人者）**「真実は仮説より奇なり」**（「読売新聞」2026nenn 9 月 20 日、「顔」。研究は人間の思い通りに進まないからこそ、データの前では謙虚であるべきだとの想いを込めて、これを座右の銘）としている)。**二木コメントー**月並み a/o 予定調和的な仮説検証型研究に対する＜解毒剤›になると感じました。柳沢氏のスタンスは、益川氏の次のスタンスに通じると感じました。

〇益川敏英（京都大学基礎物理学研究所長・当時）「**一番面白いのは、自分の仕事が間違っていた場合。**そうなれば、新しく何かを考える、という理論屋にとってメシのタネができるでしょう？」(『ＡＥＲＡ』2001 年８月 27 日号、77 頁）（本「ニューズレター」9 号（2005 年 5 月）で紹介。益川氏は、その後、2008 年にノーベル物理学賞を受賞)。

〇ブレンダル・バルー（米国の弁護士、元連邦検察官）「**最も重要なのは、絶望や虚無主義に屈しないことである。**たしかに、プライベート・エクイティは、アメリカ経済の金融化というより大きな物語の一部であり、わが国がいかに不平等で不公正になってきたかという物語の一部である。しかし、**われわれの置かれた状況は良くも悪くも不可避なもののだと信じることこそ、まさにもっとも特権的な立場の人々がわれわれに信じさせたいことなのである。**彼らは、良い世界などありえないと思わせたいのだ。彼らは現状維持を望んでいるのである。**変化が簡単なわけではないが、可能性はある。さあ、始めよう**」(『プライベート・エクイティ資本主義が世界を食い尽くす』東洋経済、2026 年 9 月（原著 2023)、358 ー 359 頁)。**二木コメントー**医療政策を分析する場合にも、「変化が簡単なわけではないが、可能性はある」という複眼的姿勢・視点を持ち続けることは重要と思っています。

〇木部夏生（きべ・なつき。囲碁棋士）「**才能という言葉は、とても便利です。／うまくいく人を見たときも、うまくいかない自分を見たときも、私たちはついその一言で説明したくなります。**（中略）／れれど、長く囲碁の世界にいるうちに、私は『天才』という言葉を簡単には使わなくなりました。天才のように見える棋士たちも、努力をしないまま強くなったわけではなかったからです。たくさんの人が、人知れず、悩み、積み重ねていました。**結果だけを見れば軽やかに先に進んでいるように見えても、その裏にはそれぞれの時間がありました。**（中略）だから私は今、誰かを天才と呼ぶとき、その人が重ねてきた努力の時間も一緒に思い浮かべるようにしています」(「しんぶん赤旗日曜版」2026 年 8 月 2 日号、「風の色　才能だけの天才はいない」)。**二木コメントー**私も、同じ視点から、「天才」という言葉は使わないようにしているので、大いに共感しました。実は、私は高校生・医学生時代に「哲学生年」でもあり、天才的哲学者・思想家に憧れを抱いたこともあったのですが、代々木病院の研修医 2 年目時（1973 年）に、ある民間の哲学研究会に参加して、以下の「悟り」を開きました。「哲学者で、新しい思想・理論を生み出せるのは天才だけであり、それ以外の哲学者は天才が生みだした理論の解釈をするだけだ。自分は秀才ではあるが、天才ではないので、新しい思想・理論を産み出すことはできない。それに対して、**医療問**

題の研究は、天才でなくても、コツコツと努力すれば、何か新しい発見ができる」(『医療経済・政策の視点と研究方法』勁草書房、2006、79 頁)。私が、論文等で「天才」という言葉を書いたのは、これが最初で最後と思います。

〇加藤陽子(東大名誉教授・日本近代史)「**本を薦める文章を書いてきた身にとって最上級の表現は、本を読む前と後で目の前の風景が全く違って見えてくるというもの**だが、本書はまさにそれにあたる」(「毎日新聞」2026 年 10 月 24 日、信田さよ子著『溺れながら生きる　依存とケアのあいだで』書評の冒頭の一文)。**二木コメントー**私も、自己の専門外の本を読んで、たまにこう感じることがあります(例:鈴木俊貴『僕には鳥の言葉がわかる』小学館,2025 年)。私も、読者にこのように思われる論文を書きたいと思いました。

＜その他＞

〇小田凱人(ときと。車椅子テニス選手。2026 年 10 月 23 日の愛知・名古屋パラテニス大会で連覇を達成)**「賢いばかですかね」**(「中日新聞」2026 年 10 月 24 日朝刊。2025 年 10 月の講演会で、「自分をひと言で表現すると?」と聞かれ、はにかみながらこう答えた。「社会を変えるためには賢いだけでなく、時にビッグマウスの『ばか』にならないといけないという意味だった。変えたいものは、車椅子テニスの価値)。**二木コメントー**小田選手の頭の回転の速さと使命感に、感銘を受けました。

〇岡田武史(財団法人日本サッカー協会(JAF))副会長。2026 年 10 月 2 日に副会長を電撃辞任)「誠に勝手ながら、このたび、副会長の職を辞させていただくこととしました。**私はこれまで、スポーツは高潔であるべきだという信条のもと、その社会的価値を大切にしてきました。しかし、今回のFIFAワールドカップをめぐる一連の対応については、私自身の信条との間に大きな隔たりがあり、それを一人のスポーツマンとして受け入れることができず、このたびの決断に至りました**。(以下略)」(日本サッカー協会 HP。辞任の背景には、国際サッカー連盟(FIFA))のインファンティノ会長の再選支持を表明したアジアサッカー連盟会長に、JFA 会長が同調したことがあると報じられている(Yahoo!ニュース」他、2026 年 10 月 26 日)。**二木コメントー**日本のスポーツ関係者には珍しい歯切れの良い岡田氏の辞任「コメント」に、清々しさを感じました。

〇宇野維正(映画ジャーナリスト)「同時代のアメリカを舞台にしたスティーヴン・スピルバーグの作品は『宇宙戦争』依頼、実に 21 年ぶりとなる。プロレス会場のリング上から客席へとスピーディーに視点が移動し、機密情報らしきものを巡る争奪戦がいきなり展開する冒頭から、**とても今年 80 歳になる巨匠の新作とは思えない**躍動感に興奮する」(「日経新聞」2026 年 10 月 2 日夕刊、「シネマ万華鏡」)。**二木コメントー**私はこの映画を観て「アクション過剰の凡作」と感じていたので、「とても今年で 80 歳になるとは…思えない」は、「80 歳という年齢を考えれば、そこそこ良くできている」の婉曲的表現と解釈しました。本当にすばらしい映画なら、監督の年齢など書きませんから。同じ表現が、黒澤明監督の晩年の映画評でも使われていたことをよく覚えています。

５．私が毎月読むかチェックした日本語の本・論文の紹介（第66回）

（「二木ゼミ通信（君たち勉強しなきゃダメ）」104 号（2026 年 10 月 10 日）から転載）

※ゴチック表示の書籍・論文は私のお奨め/o私好み

Ａ 論文の書き方・研究方法論関連

〇井上浩輔『「もしも」で命は救えるか？因果推論入門』光文社新書、2026 年 5 月。

…気鋭の医師・疫学者による、数式をまったく使わない＆大変バランスのとれた因果推論入門書。単なる解説ではなく、著者グループの研究をベースにしているので、説得力がある。全 8 章。キーワードは「反実仮想」と「交絡（バイアス）」。最近の若い研究者には因果推論一辺倒で、記述統計を軽視する傾向があるが、著者は**「因果推論の土台としての記述統計」の重要性**を強調（122-126 頁）。特に、「記述統計の強みは、その分かりやすさにあります。数字や割合として現状を示すことは、専門家だけでなく、政策立案者者は市民にとっても理解しやすい」との視点は、私も長年感じてきたこと。もうひとつ注目したのは、**「すべての研究には限界がある」**ことを繰り返し強調していること（237 頁等）。ただし、本書では因果推論の個々の手法の詳しい説明はされていない。代表的手法の入門書としては、少し古いが、次の 3 冊の本がお勧め。

〇中室牧子・津川友介『「原因と結果」の経済学－データから真実を見抜く思考法』ダイヤモンド社、2017 ＆**伊藤公一朗『データ分析のカ－因果関係に迫る思考法』**光文社新書,2017。

…両書とも、相関関係と因果関係の混同を戒め、因果関係に迫る統計的推論の手法のポイントが「直観」的に分かるよう、数式はまったく使わず、実際の研究事例＆ごく簡単な図を用いて、分かりやすく説明している。両書とも、各手法の限界をキチンと示している。両書ともハウツー本ではなく、読んですぐ各手法を使えるわけではないが、統計手法の誤用や結果の解釈の誤りを（ある程度は）防げると思う。

中室・津川著は、エビデンスが高い順に、ランダム化比較試験、自然実験、差の差分析、操作変数法、回帰不連続デザイン、マッチング法、回帰分析について、医療と教育分野の事例を示しながら、解説。その際、各手法が「成立するための前提条件」を明快に書いている。私は、回帰分析を「エビデンスがレベルが［もっとも］低い」としていることに注目・納得した。

伊藤著は、まず、ランダム化比較試験（ビジネス分野では「ＡＢテスト」と呼ぶこともある）、ＲＤデザイン（中室・津川著の「回帰不連続デザイン」と同じ）、集積分析、パネル・データ分析の概略、強みと弱み等を解説し、次に「実践編」（第６章）で「データ分析をビジネスや政策形成に生かす」ためのポイント・鍵を書いている。最後に「上級編：データ分析の不完全性や限界を知る」（第７章）で、「**データ自体に問題がある場合は優れた分析手法でも解決は難しい**」等と警告している。私は、アメリカだけなく、日本でも、経済政策分野では、経済産業省主導で、著者も参加した大規模なランダム化比較試験（例：北九州市での電力価格フィールド実証実験（71 頁）、京都京阪地域での同様の実験（100 頁）がすでにいくつも行われていることを知り、驚いた。

〇康永秀生・山名隼人・岩上将夫編著『超絶解説　医学論文の難解な統計手法が手に取るようにわかる本』金原出版、2019 年。
…康永教授教授（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学）グループがまとめた、臨床医学研究で次々に登場している難解な統計手法の理解を深めるための本。「いかなる臨床的状況や、どのような臨床的データにフィットするかに焦点を当て」、「一歩進んだ統計手法を理解し医学論文を読みこなしたいと考えている臨床家」等向け向けに、以下の 14 の手法を解説（全 14 章）：①傾向スコア分析、②操作変数法、③不連続回帰分析、④差の差分析、⑤時間依存性交絡と周辺構造モデル、⑥感度分析、⑦生存時間分析における競合リスクモデル、⑧欠測データの取り扱いと多重代入法、⑨マルチレベル分析、⑩症例対照研究、マッチド・ペア・コホート研究、⑪自己対照研究デザイン、⑫臨床予測モデル、⑬機械学習、⑭データベースにおけるバリデーション研究。多くの解説で各手法の「限界」も指摘している。本書を読んですぐに各手法を使えるわけではないが、論文を読んでいて分からない手法が出てきた時に手軽に参照できると思う。コラムも充実。

〇齋藤孝・和田秀樹『「いくつになっても冴えている人」の言葉の習慣　60 歳からの「日本語の壁」を越える』朝日新書、20206 年 9 月。
…書名に惹かれて購入した。対談本で、全 5 章。第 2 章「本を読む人は、言葉が老けない」で語られていることのほとんどは、私も日頃行っていることなので、同感・納得した。例：齋藤「**本は『人に話す』ために読む**」（人に伝えたい言葉はないかと探しながら本を読んで、見つけたらすぐに人に話す）、齋藤「**『書評を書くつもり』で本を読む**」。しかし、第 2 章以降は散漫、ほとんど漫談、「昔は良かった」風。唯一共感したのは、齋藤「ご高齢の方に限らず、**人間にとって大事なのは、自分が死ぬという恐怖感と関係なく生きること、つまり『自由』**」（206 頁）。私は現在 79 歳だが、死ぬこと（どんな死に方をしたいか、どこで死にたいか等）について、いまだに一度も考えたことがない。

Ｂ．医療・福祉・社会保障関連
〇水野篤『医療から行動経済学を再考する　アタマとこころと仕掛け』メディカルビュー社、2026 年 4 月。
…「『臨床最前線の医師』（聖路加国際病院循環器内科医）であり『データオタク』でもある」著者が、行動経済学の多数の原著・原著論文を読み込み、勤務先でそれの実装を試みた上で、医療従事者向けに書いた「経済学の本という皮を被った、『人間の非合理性という病理を解き明かし、理解するための入門書」（5 頁）。オスラーの有名な格言「医療はアートであり科学である」を、医療行動経済学の知見を踏まえて現代的に再解釈。全 4 章。前半（第 1・2 章）で行動経済学の理論を、後半（第 3・4 章）でそれの実装について解説。全章とも、「こころさん」（医療現場で働く若手医療従事者・医師）と「博士」（行動経済学に詳しい博士）との対話形式で、「直観への問い」、「現象の自覚」、「論理的解明」、「臨床現場から」の 4 本柱で分かりやすく説明する努力をしている。ただし、第 4 章の 02、03 は駆け足 a/o 詰め込みすぎと思う。
　行動経済学の概念の説明は丁寧・正確で、医療現場で本人自身及び患者の一見「不合理な」認識・発言に悩んでいる、医療従事者にはピッタリの本と言える。ただし、脚注で、訳書が

あるものも含めて英語の原著のみを示しているのは読者に不親切で、本書の敷居を不必要に高くしていると思う。私は、コラム等に書かれている著者の個人的見解の多くにも共感した。例：「自己責任論と選択可能なコメットメント」（115 頁）、クリステンセンの「破壊的イノベーション」概念への異論（153 頁）。著者が「生活習慣病」という用語を（おそらく意図的に）まったく使っていないことにも注目・共感した。

〇吉村健佑『大学病院　日本の医療の要は再興できるか』東京大学出版会、2026 年 8 月。
…大学病院の管理者や医療政策研究者の必読書。大学病院での診療と管理・運営・企画経験、及び行政（厚生労働省と千葉県庁）での勤務経験を有する著者が、「過去最大の経営危機」にある大学病院の過去・現在・未来（改革課題）を包括的・歴史的に、臨場感を持ちつつ冷静に描いた力作・労作。各章の前半に挿入されているさまざまな大学病院関係者との短い対談・インタビューが臨場感を増している。序章を含めて全 7 章。第 1・2 章は、それぞれ大学医学部・大学病院と大学医局の歴史を簡潔に描く。第 3 章では 2010 ～ 2026 年までの大学病院に対する政策意図を、第 4 章は「大学病院の自助努力とその限界」を著者自身の努力や経験を踏まえて書いており、特に臨場感・迫力がある。第 5 章は著者の大学病院改革論で、「あとがき」では「厳しいが再興は間に合う」と３つの理由を示して主張している。
　私は特に、以下の記述に注目するか、勉強になった。かつては否定的に評価されていた大学医局の役割、特に「医師の配置力」を「見えないインフラ」として再評価している（第 2 章）。日本の臨床医学研究は大学病院への依存度がきわめて高いが、大学病院の研究力は急速に低下しており、それの要因の 1 つは 2004 年に行われた国立大学「法人化による運営費交付金の減額」（第 3 章）。厚生労働省は、医師の仕事の「タスク・シフト」を進めているが、大学病院では若手医師（多くが非常勤）より看護職員（全員が原則常勤・無期雇用）の方が高給与のため、それを進めるとむしろ人件費が増加するという「逆説」があることを何回も指摘（第 3 章 146、第 4 章 169 頁、192 頁）。横田慎一郎氏（大学病院の看護管理者）との対話（第 4 章 201 頁）。

〇工藤高「ロボット支援手術機器の集約化へ拍車（プロの先読み・深読み・裏読みの技術（第 100 回））」『月刊／保険診療』2026 年 9 月号：36 頁。
…まず、「高額な医療機器が希少価値による『打ち出の小槌』として、ある程度の集患機能があったのは、ふた昔前の PET（陽電子放出断層撮影）と、ひと昔前のロボット支援手術）（ダ・ヴィンチ等）が最後であろう」と回顧。その上で、2026 年度診療報酬改定で新設されたロボット支援手術の「内視鏡手術用支援機器加算」に、年間実施症例数 200 例以上等」の要件が付けられたことを指摘し、「今回の加算要件は、ロボット支援手術機器の新規導入医療機関を抑制し、低稼働の施設をきびしくして、ハイボリュームセンターの集約化に拍車をかける」と予測し、今後は「身の丈に合わない希少価値の高い高額機器の導入競争は必要ない」と断言。1 頁の短文だが、厚生労働省の高額医療機器導入の抑制と集約化についての新しいスタンスを的確に捉えていると思う。
　実は、9 月 5 日の第 20 回医療経済学会研究大会では、工藤氏流に言うと三昔前の高額医療機器で、現在では市場が飽和し、医療費増加要因にはなっていない MRI の利用件数の変化を分析し、医師誘発需要が存在することを見いだしたとして、「医療機器投資や病院間競争

が医療費増加の一因となっている可能性がある」と主張する、なんとも時代遅れの一般報告とシンポジウム報告があった。それを聞いてあきれていた直後だったので、工藤氏はセンスが良いと改めて感じた。

〇市川亨『障害者福祉ビジネス　食いものにされる税金と利用者』集英社新書、2026 年 9 月。…知的障害のある子どもの親で約 20 年も福祉の世界に触れてきた共同通信記者が書き下ろした渾身の調査報道書。全 7 章。書名は「障害者福祉ビジネス」だが、障害者向けグループホームや障害者雇用支援事業所だけでなく、「チェーン店のような精神科訪問介護」（医療保険）、「『荒稼ぎ』ホスピス型住宅のカラクリ」（医療保険）にも鋭いメスを入れ、さらに「陰にいる福祉コンサルタント」、行政の（特に障害者福祉）事業者性善説に基づく不作為も批判。ただし、単なる告発本ではなく、「まっとうな事業者」にも取材している。日本医療ソーシャルワーカー協会の調査に基づいて、医療ソーシャルワーカーの一部が老人ホーム紹介会社から接待を受けたことがあることも書いているが、告発調ではない（167-168 頁）。著者は、悪質な医療・介護・福祉ビジネスが税金と利用者を食いものにしているだけでなく、地域の医療・介護施設等の連携を取っていないことも問題にしている（168 頁）。と同時に、「すぐ入ることができる」これらのビジネスを利用せざるを得ない、重度の患者・障害者やその家族が多数存在する事実も指摘している（55、161 頁等）。

荒稼ぎホスピス型住宅については近年、共同通信や中日新聞等が大きく報道し、それを受けて行政も規制に乗り出している。例：厚生労働省は、「ホスピス型」有料老人ホームの大手 2 社（「医心館」を運営する最大手アンビスホールディングスと「PD ハウス」運営のサンウェルズ）に対して、入居者への訪問看護で不適切な診療報酬の請求があったとして、報酬を返還するよう指導した（「共同通信」9 月 30 日）。私は、2021 年以降、それが医療保険の「緩和ケア病棟を大きく上回る存在に」なっていることに驚いた（それぞれ定員約 3.6 万人、約 9900 床。131 頁）。もう一つ驚いたのは、「医療保険型の訪問看護の利用者約 48 万人のうち、半分近い約 22 万人は精神や行動の障害がある人たち」であること（99 頁）。

〇日本学術会議「生活習慣病対策の再構築に関する提言 ―ライフコースを通じた包括的な対策に資する、多職種連携と統合データ基盤の確立―」2026 年 9 月 18 日
https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf2/kohyo-26-t407-3.pdf
… 1996 年に定義された「生活習慣病」とそれの対策は「一定の成果を上げてきた一方で」「健康及び疾病をめぐる状況は変容して」おり、「予防と共生を統合した新たな健康観に基づき、人生全体を支える持続可能な支援体制への抜本的転換の必要性を提示」している。「対策の現状及び問題点」として、以下の 3 点を指摘している。(1) 支援体制の縦割りとライフイベントにおける断絶、(2)データの断絶による支援の非連続性、(3)**生活習慣病という用語が内包する課題**。(3)では、生活習慣病の「対象疾患の範囲が必ずしも明確に定義されておらず、医学的・行政的に見解の不統一がある」ことや、「疾病の成因や生活習慣そのものの形成要因として、遺伝要因、外部環境要因、社会経済的要因など多層的に関与していることが明らかになっている」ことを指摘している。この項の最後では、生活習慣病という用語には以下の 4 つの構造的課題が内在すると整理し、分かりやすい表も付けている：①生活習慣病の範囲に関する見解の不統一、②国際的概念である NCDs との概念的・疾患範囲上の非整合、③

「生活」・「習慣」に対する多面的理解の不足、④「生活習慣」の他要因の相対的過小評価と生活習慣病患者への自己責任論の助長」（16-17 頁）。①の例として、2017 年の文部科学省の学習指導要領では、「がん」を生活習慣病から切り離す変更が行われたことも示している。

その上で、以下の 3 つの提言を行っている。(1) ライフコース全体を貫く切れ目のない多職種連携による支援体制の構築」、(2) 統合データ基盤の構築と未来志向のヘルスプランへの転換、(3) **生活習慣病の用語に関する学際的・社会的な議論の推進**。(3) では、この議論は「我が国の疾病対策の方向性を踏まえた医学・公衆衛生学観点にとどまらず、社会学、倫理学、哲学、言語学等の学際的視点から多角的かつ開かれた形で進められるべきである」としている（19 頁）。

本「提言」は内容豊富で、しかもバランスがとれており、「生活習慣病」に関わる教育・研究・業務をしている方必読と思う。私は、2017 年から、「生活習慣病」用語の見直しを提案してきたので、日本学術会議の委員会・分科会ではなく学術会議本体が、「生活習慣病の用語に関する学際的・社会的議論の推進」を「提言」したことに、時代の変化を感じ、感銘を受けた。残念ながら、「提言」は生活習慣病に代わる用語の例示はしていないが、これを機に、用語見直しの議論が活性化することを期待したい。

この点以外に、私は以下の 3 点にも注目・共感した：①「生活習慣病は、単に予防すべき対象ではなく、生涯にわたり共生すべき健康課題として再定義」し、「予防の重要性を維持しつつ、『支援の継続性』と『疾患との共生』を中核とする新たな社会モデルを確立する」（11 頁）。②「健康増進という名目のもとで個人の私的領域に過度に可視化・介入される『監視』の様相を帯びることを防ぎ、不健康な選択も含めた個人の自律性や尊厳をいかに保障するかという ELSI の視座」を強調（12 頁）、③ social determinants of health（SDH）の訳語として、定番の「健康の社会的決定要因」を用いず、「健康の社会的規定要因」、「（健康の）社会経済的要因」を用いている（「用語の説明」等）。

本提言で唯一（？）残念なことは、2017 年に「『生活習慣病用語』用語の見直し」を提起した私の論文（『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,第 5 章第 1 節に所収）が「参考文献」に含まれていないこと。

○イギリス医療保障制度に関する研究会（座長：池上直己）編『イギリス医療保障制度に関する調査報告書 2025 年度版』医療経済研究機構、2026 年 3 月（実際の発行は 2026 年 9 月末）。

…医療経済研究機構が数年おきに発行している各国別「調査報告書」の最新版で、2025 年末（一部は 2026 年）までの、医療提供体制と財源・国民保険・支払い方式について最新政策・情報が示されている。目次は詳細で（4 頁）、根拠文献もすべて示されており（合計 548 ！）、イギリス医療についての最新「百科事典」とも言える。前回の 2023 年版では各章の執筆者は示されていなかったが、今回は各章の「担当者」が明記されているのは大変良いと思う。ただし、奥付で発行年月を半年も早めている悪弊は続いている。なぜか、今年版は「付録」に「ニュージーランドにおける待機患者問題の状況と対策」（調査研究）が付けられている。

○近藤田津「イギリス労働政権（2024 年 7 月～）によるNHS改革」『Monthly IHEP（医療経済研究機構レター）』366 号：37-48 頁、2026 年 9 月。

… 2024 年 7 月に労働党が 14 年ぶりに政権について以降進められている NHS の大規模な改革を、2028 年 8 月中旬までに確認できた情報に基づいて、ていねいに解説しており、イギリスの医療制度・政策の最新動向を知ることができる。

冒頭、コロナ禍収束後も、選択的治療（大半は手術）の待機件数は高止まりを続けていること（2026 年 4 月時点でも約 734 万件）、NHS に対する国民の満足度は多少回復したが、2026 年でも不満が 51%であることを示している。次に「労働党の NHS 改革の概要」を以下の 5 本柱で紹介している：(1)ダルジ卿による NHS England の独立調査、(2)NHS England の廃止（方針）、(3)「NHS10 か年計画」の策定、(4)Blueprint の公表、(5)Health Bill（医療法案）の審議開始。「おわりに」で、2026 年 7 月に首相に就任したバーナム氏が、ブラウン労働党内閣で保健相の経験を有しており、就任後も、「社会ケア改革を重視しつつ、医療と社会ケアの統合を推進する姿勢を示して」いることを紹介している。

〇古元重和・長谷川正宇・木戸太一「我が国における費用対効果評価に基づく総合的評価及び価格調整方法の検討過程について」『社会保険旬報』2026 年 10 月 1 日号：14-23 頁。
…日本の医療保険の費用対効果評価制度は、2012 年度から検討が開始され、「試行的実施」を経て、2019 年度から開始された。それの実務責任者を務めた古元氏（現・北海道大学大学院医学研究院医療政策評価学教室教授）らが、それの「検討過程」と「議論」－ ICER（増分費用効果比）の制度化、それに応じた価格調整方法、価格調整にかかる基準値の設定、価格調整率・下げ止め、関係業界からの意見への対応等－を経時的に丁寧に解説している。貴重な歴史の証言で、このテーマの研究者・関係者必読と言える。

私は、価格調整における基準値の設定のために、新たな支払い意思調査を実施することについて中医協で賛否両論があったが実施されず、「現在償還されている医療技術を示す代表例として、血液透析に要する年間医療費（約 500 万円）が参考とされ」るなどして、最終的に通常品目の「基準値」が 500 万円とされたプロセスを読んで、懐かしさを感じた。

執筆者には、本論文の続編として、費用対効果評価制度が開始されて以降 8 年間の経緯と評価をまとめてほしい。

C. 政治・経済・社会

〇広井良典『日本の未来像－地球定常文明のデザイン』岩波新書、2026 年 3 月。
…著者が以前から主張している「地球定常文明」論の最新著。序章と終章を含めて全 9 章。著者が自認するように「人類史的スケール」（203 頁）、「気宇壮大な内容」（233 頁）の＜広井ワールド＞。第 4 章「地球社会のＡＩシミュレーション」は私には疑問、第 7 章「持続可能な福祉社会」は本書で唯一現実的な記述だが、『日本の社会保障』（1999）から＜時計が止まっている＞。ただし、『日本の社会保障』で主張していた公的年金の 2 階建て部分の民営化（「民間保険に委ねる方向で改革を進める」。191 頁）は、本書では「厚生年金は段階的にスリム化していくべき」とぼかして書いている（213 頁）。

〇久保田哲『福沢諭吉　負け続けの偉人』集英社インターナショナル新書、2026 年 4 月。
…副題は「負け続けの偉人」だが、これはやや奇をてらっており、内容はオーソドックスな福沢諭吉伝。著者も「敗北ではなく挑戦の過程」と評している（268 頁）。福沢諭吉について

の教養が身につくが、特に新しい知見はないと思う。序章と終章を含めて、全 7 章。

〇三牧聖子編『「アメリカの戦争」と世界危機－イラン侵攻は何をもたらすのか』岩波新書、2026 年 6 月。
…アメリカ、イラン、イスラエル、中国、資源、国際法、経済安全保障等の専門家 12 人が、2026 年 2 月 28 日のアメリカとイスラエルによるイラン攻撃が何をもたらしたか、今後何をもたらすかを緊急に読み解いている。序章を含めて全 13 章。序章（三牧聖子）が、各章のポイントを簡潔に紹介。いずれも 20 頁前後の短い論文だが、大半は臨場感があり、最新の世界情勢についての教養が身につく。私は、第 5 章「トランプの論理－神の名をめぐる闘争」（加藤喜之）」と第 6 章「覇権国不在の世界経済の行方－ 1930 年代型の混乱が続くか」（河野龍太郎）が特に勉強になった。

〇苅谷剛彦『不平等と教育　日本の格差問題はなぜ解決しないのか』中公新書、2026 年 6 月。
…日本の教育（改革）論議が曖昧で不毛な理由の一つは、日本人の認識枠組みにあり、意味が曖昧なまま外来の流行語・翻訳後を使うため、議論がすれ違うためと考え、ヨーロ　ッパまたはアメリカ起源の翻訳語・鍵概念－「大衆（化）」「機会均等」「階級」「階層」「不平等」「格差」等－の日本での使われ方の変遷・変質・論争を、比較知識社会学的に厳密に検証した研究書。全 6 章。これらの用語の使われ方の変遷についての教養は身につくが、私にはやや＜訓詁学＞的に感じられた（In a word, boring）。なお、現在ではかなり広く使われている「大衆教育社会」は、著者の造語とのこと（16 頁）。

〇ブレディみかこ『それはどこでも起こり得る　壊れゆく世界への抵抗』文藝春秋、2026 年 7 月。
… 1996 年から英国ブライントンに在住し、「地べた」の視点から、話題作を出版し続けている著者の最新評論。全 7 章。「責任」（リスポンシビリティ vs アカウンタビリティ）、「極中」（エクストリーム・センター）、「クラス・シーリング」（階級の天井）、「プラットフォーム・ポリティクス」、「テクノ大衆」、「リマイグレーション」（大量の移民送還）等、近年、英国社会のキーワードになっている言葉を選び、多面的に考察し、英国で起こっていることが「（日本を含め）どこでも起こり得るし、もう起こっている」と主張。イギリスの政治・社会についての最新状況を知ることができるだけでなく、言葉の語感に敏感になる。
　私は「極中」という言葉を初めて知ったが、これは「昔ながらの中道」ではなく、「極右、極左」と並ぶ「極端な中道」の意味で、ブレア首相以降の英労働党政権やクリントン大統領以降の米政権も包含する（第 2 章）。著者は、それに対置して、著者の理解・支持する「アナキズムの個の力」を強調しているが（第 6 章等）、私には思弁的に思える。クラス・シーリングに関して、「機会平等は『参入機会の平等』だけで終わっていいのか」という問いは重要と思う（第 3 章、101 頁等）。フェミニズムの伝統的スローガン「個人的なことは政治的なこと」も、アナキズムの視点から批判的に「再考」しているが（第 6 章）、私にはよく理解できなかった。一番勉強になったのは、イエス・キリストの教え（ヨハネ福音書第 15 章 12-13 節。「私があなたを愛したように、互いを愛し合いなさい」）の解釈についての、ヴァンス米副大統領と英国のローリング・スチュアート（学者・ブロードキャスター）との論争

＆教皇レオ 14 世も教皇就任直前に「ヴァンスは間違っている」と明言したこと（第 5 章）。

〇上野千鶴子『スピリチュアル嫌いの宗教遍歴　そして神も仏もいらなくなった』春秋社、2026 年 9 月。
…日本の女性学、フェミニズムを牽引してきた著者による「宗教遍歴」を通奏低音とする自伝・「最終講義」。2024 年 2 月に「東京自由大学」の「宗教を考える学校」で行った「スピリチュアル嫌いの宗教論」という挑発的講演をベースにしている。全６章。Ⅰ・Ⅱ章で、富山県で厳格なプロテスタント＆「家父長的な性差別主義者」である父（開業医）のもとで物心がついた時から教会に通っていたが、10 代でキリスト教に疑問を抱き、カトリック、禅宗等への「宗教遍歴」をして、最終的に「棄教」するまでの苦悩を描く。Ⅲ・Ⅳ章では、10 代末から 20 代前半の京都大学学生時代に参加した「大学闘争の敗北感」に打ちのめされ、大学院に「モラトリアム入院」したものの、生きる意味を見失った末に、30 代の初めに女性学、「マルクス主義フェミニズム」に出会い、「マルクスが見落としたものがわか」るまでを、飾らずに語る。併せて、「新左翼運動のただなかにも、家父長制と女性差別はありました」と証言（105 頁）。Ⅴ章では、50 代で介護・ケアの研究にシフトして以降の思索と実践を語りつつ、上野氏が「尊敬するふたりの知識人、加藤周一さんや中井久夫さんが、最晩年にカトリックに改宗した」「謎」に迫り、「スピリチュアルケア」という概念への率直な疑問を述べる。Ⅵ章では、「好きな男性」である色川大吉さんとの生活や看取り等について詳細に語り、最後に「尊厳死」よりも「尊厳生」をと主張し、「私には宗教は必要なくなりました」と結ぶ。

上野氏が、本書全体で、自己の苦悩のプロセスを率直に語ると共に、家族や尊敬する人々でも疑問を持った言動については、ほとんど実名をあげて、忖度なしに批判していることに「知的誠実さ」（intellectual honesty）を感じた。内容的には、Ⅴ章に一番共感したが、Ⅲ章は私にはやや思弁的に思え、理解しにくかった。私は、今まで上野氏を「強い自立した」人間・研究者と思っていたが、幼年時代から 20 代までは、内面的にはさまざまに苦悩し、いくつもの挫折を繰り返したことを知り驚くと共に、親近感も感じた。また、「学問とは将来予測をするものではなく、現実に起きた変化をあたう限り誠実に追いかけて、説明するものだ」（83 頁）との認識に大いに共感した。「生産性の思想もまた、無用の者、厄介者を死にいなざう『死ぬための思想』」と喝破しているのに（165 頁）、「宗教者とは、『生産性のない者』たちの集団」（24 頁）と決めつけるのは言い過ぎ（筆が走った？ a/o 説明不足？）と感じた。用語の問題では、上野氏が、ほとんど「女」を用い、「女性」はごくわずかしか使っていないことにも注目・共感した（私も、「男性」「女性」よりは、「男」「女」という表現を好んでいる）。

注意：私は、上野氏と同じく無神論・無宗教なので、本書を読んで違和感は感じなかったが、宗教を信じている方には不快な記述が少なくないと思うので、お勧めしない。