ISSN 1340-895X

医療経済研究

Vol.37 No.1
2025

医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌

巻頭言

「倫理の崩壊」ではないモラルハザードについて
…… 中村さやか 1

特別寄稿

フレイル予防のポピュレーションアプローチの展開について
…… 辻　哲夫 3

ネクスト・パンデミックに向けて医療行動経済学ができること
…… 佐々木周作 19

高額療養費改革案はどう見送られたのか：
2024 年度案の政策形成・修正過程と患者運動
…… 安藤　道人　河田　純一 29

SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済性評価；
総括的展望と実践への提言（第 2 報）
…… 2022-2024 年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）ヘルスケア社会実装基盤整備事業委託研究「SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済評価の手法開発」研究班 44

研究論文

要支援・要介護リスク評価尺度の点数と 3 年間の
累積医療・介護費との関連：KDB システムと
介護保険給付実績情報を用いた JAGES 追跡調査
…… 小牧　靖典　斉藤　雅茂　渡邉　良太　辻　大士
…… 藤田　欽也　平井　寛　近藤　克則 79

活動報告

第 20 回研究大会報告 …… 94

第 15 回アジア医療経済学会合同会議 …… 98

医療経済学会「学会論文賞」について…… 101

2024 年度「学会論文賞」の報告 …… 102

第 20 回研究大会
「若手最優秀発表賞」授賞の報告 …… 103

医療経済学会第 21 回研究大会について …… 104

Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy
ご投稿のお願い…… 105

投稿規定・執筆要領…… 106

医療経済学会　医療経済研究機構

医療経済研究

Vol.37 No.1 2025

医療経済学会　医療経済研究機構

巻頭言

「倫理の崩壊」ではないモラルハザードについて

上智大学経済学部
中村さやか

医療経済学は分野横断的な研究領域であり、異なる分野の研究者との議論や協働が重要であるが、経済学で言うモラルハザードの概念は経済学者以外にはあまり共有されていないと感じることが多い。私なりの簡単な説明を試みた上で高額療養費制度に関する議論でのこの経済理論の重要性を考えたい。

近代経済学で言うモラルハザードは「倫理の崩壊」ではなく「人的危険」と訳すべきものである。ここでいうモラルは「人の行動に起因する」という意味で、もともとは保険が適用されることで人間の行動が変わり、保険金が払われる確率が変わることを意味していたと聞く。医療経済学では患者の自己負担が軽減されると患者にとっての医療サービスの価格が下がるために医療利用が増加すること、またそれによる弊害を指すことが多い。経済学入門の授業で習うように、財の価格が上がればその財の需要量は減少する。（中級経済学の授業で習うように、そうでない財は非常にまれである。）モラルハザードはこの法則が医療サービスの需要においても成立することを意味しているだけで、患者の道徳心の欠如を非難する言葉ではない。医療サービスは必需品としての性格が強いので需要の価格への反応性は比較的小さいが、決してゼロではない。価格反応性は治療が生命や健康の維持に重要であるほど小さくなり、そうでないほど大きくなる。

経済学的には効率性が損なわれるためにモラルハザードは望ましくない。患者が受診の便益を正しく理解している等の一定の仮定の下では、保険により患者の自己負担が価格を下回ると社会的に最適な水準を超過した過剰な医療利用が生じる。患者の自己負担を減らすほど疾病罹患による経済的リスクは減るが過剰利用が増えるというトレードオフがあるため、効率性の観点からは患者が価格に反応的なほど自己負担を多くして過剰利用を減らし、逆に価格反応性が小さいほど自己負担を減らしてリスクから守ることが望ましい。

社会保障費の増大が財政を圧迫し、同時に社会保険料の負担感が強まる中、高額療養費制度の見直しが提案され、比較的所得が高い患者の一部に対しては少なくない上限引き上げが提案された。制度改正案は自己負担の増加により医療利用が大幅に減少することで公的医療支出を大きく削減できると謳っていたことがとりわけ強く批判された。制度変更で影響を受けるのは重篤な疾患で高度な医療技術を用いた治療を受けている患者が多いため、医療利用の減少は生命の危険をもたらすとして患者団体が強く抗議し世論も同調した。ここで留意すべきは、どちらの側も自己負担増による医療利用の大幅な減少を想定しており、したがって患者の価格反応性が大きいことを前提としている点である。一方、経済学的には逆の理屈で改正案に反対することも可能である。実証研究によれば重篤な疾病の患者の医療需要の価格反応性はゼロではないが限定的である。経済理論的には価格反応性が小さいならば自己負担を下げて患者を金銭的リスク

DOI: 10.24742/jjhep.2025.02

から守ることを優先すべきである。

需要の価格反応性も患者が受診の便益をどこまで正しく理解しているかも結局は実証的に検証するしかない。自己負担の上限の変化に医療需要がどのように反応し、結果として健康状態にどのような影響が生じるかについては未解明の部分が多く、今後の実証研究の蓄積が期待される。それとともに経済理論から導き出される原理原則についても社会への発信を強め政策形成に反映していく必要があろう。個人的には、医療経済学等の応用分野の経済学者からは大学院で理論科目を必修とすることの意義に疑問の声も聞かれる中、はるか昔に大学院の必修科目として学んだミクロ経済理論の有用性をあらためて感じた次第である。

特別寄稿

フレイル予防のポピュレーションアプローチの展開について

辻　哲夫*[1,2]

抄　録

我が国は今後2040年に向けて要介護認定率が6割弱である85歳以上人口が急増し、1000万人に達すると見込まれている。従来からの延長線上での政策だけでは対応が困難であり、介護予防の早期の対応であるフレイル予防のポピュレーションアプローチを展開することが不可欠である。

本稿は、フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する最新の動きであるフレイル予防推進会議の活動に重点を置きつつ、現時点でのフレイル予防のポピュレーションアプローチの展開の状況について、その背景や経過を含め体系的に述べようとするものである。

フレイルという概念は、2014年5月の日本老年医学会のステートメントで定義された。フレイルとは、健常な状態と要介護状態の中間の状態であり、身体的、精神・心理的、社会的など多面的な要因によって進行するという「多面性」とフレイルまでの段階であれば要介護状態よりもはるかに戻れる可能性が高いという「可逆性」にあるとされている。

このステートメントを踏まえ、2022年12月にフレイル予防啓発に関する有識者委員会（委員長：葛谷雅文名古屋大学名誉教授）が「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する提言」を取りまとめ、フレイル予防のポピュレーションアプローチに関し、最新の学術的な知見に基づき、地域住民の行動指針として「フレイル予防の三本柱」を改めて明確化するとともに、フレイルの特性の配慮したフレイル予防のポピュレーションアプローチのあり方を体系的に明らかにし、その推進のためのフレイル予防推進会議の設置が提言された。

2024年7月には神奈川県をはじめとする4県及び35市区町村並びにイオン(株)をはじめとする10の企業からなるフレイル予防推進会議（会長：黒岩祐治神奈川県知事。事務局：医療経済研究・社会保険福祉協会）が正式に発足し、同年11月にフレイル予防宣言を決定し、全国に発信するとともに、同推進会議の組織体制を整備し、同推進会議の構成員が自らフレイル予防のポピュレーションアプローチの最新の動きを開始し、この動きが全国に横展開していくことを目指している。

以上の動きの要点は、①フレイルは一義的には病気ではなく、誰にもやってくる老化の過程であり、その特性や幅広い学術的な知見に留意し、②当面は、地域住民が主体となってそれぞれのフレイルの状態につき測定し、フレイル予防を自分事化し、それぞれの日常生活の工夫によりそれを遅らせることに目覚め、地域の助け合いの下でフレイル予防のまちづくりに展開していくという住民の自助・互助の精神を尊重する理念に立脚した取り組みを国の政策と整合性を保ちつつ推進し、③フレイルの測定で得られる全国各地のデータを体系的に整備し分析しつつ、一次予防の手法とゼロ次予防の手法を組み合わせた総合的かつ効果的なフレイル予防のポピュレーションアプローチを展開しようとしていることである。

2040年という大きな正念場に向けて、産官学民が一体となって果敢に実践することが今問われている。

＊責任者著　E-mail: tetsuo19470628@ybb.ne.jp
1　医療経済研究･社会保険福祉協会理事長
2　東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員

受付：2025年 8 月22日
J-STAGE 早期公開：2025年 9 月29日

DOI: 10.24742/jjhep.2025.03

1．はじめに―フレイル予防のポピュレーションアプローチの重要性

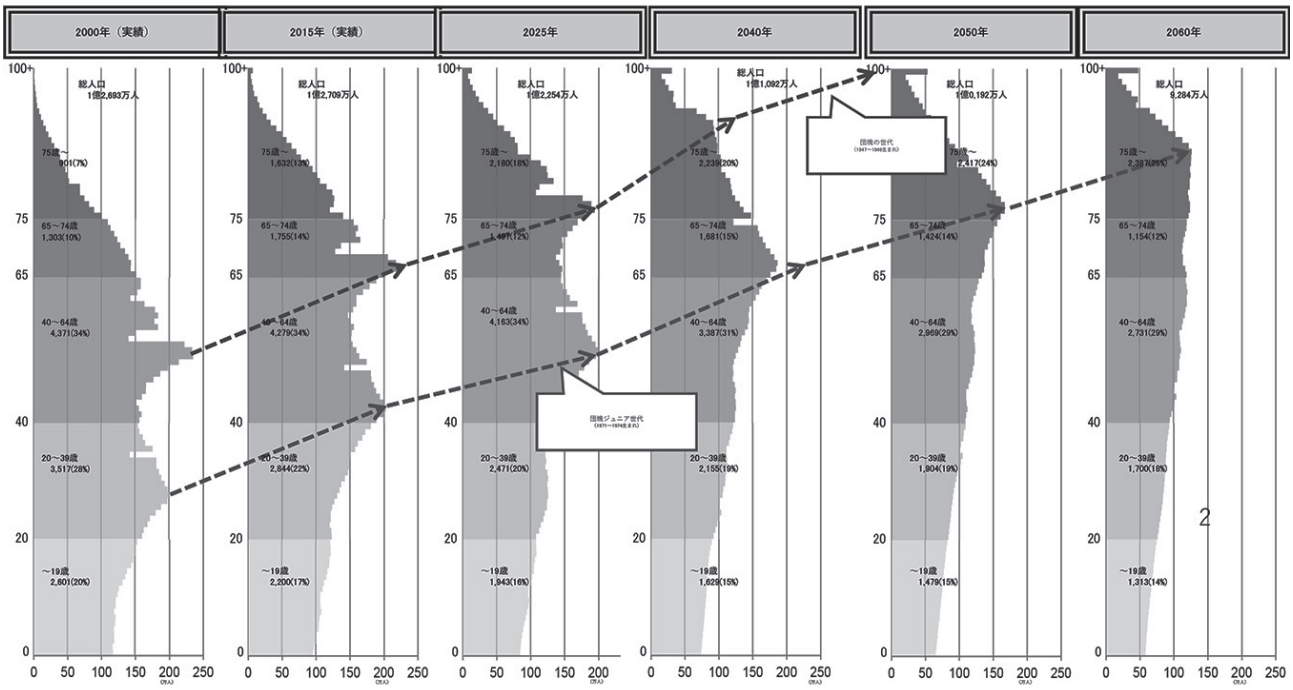
我が国の高齢化率は、世界で最も高い水準で推移しているが、今、超高齢化ともいうべき新しい事態を迎えている。

近年人生100年時代と言われるように国民の長寿化が進行しており、団塊の世代の高齢化と相まって、今後2040年に向けて85歳以上人口が急増し、1000万人に達すると見込まれている【図1】。85歳以上の年齢層の現在の平均の要介護認定率は、6割弱であり、このまま推移すると、介護保険財政の運営が介護人材の不足と相まって厳しい状況を迎え、介護サービスの質が低下するだけでなく介護サービスの不足の影響が医療分野にも及ぶなど、深刻な事態を迎えることが懸念される。結論から言うと、従来からの延長線上での政策だけでは対応が困難であり、介護予防の早期の対応であるフレイル予防のポピュレーションアプローチを展開することが不可欠である。

一方において、地域住民の行動変容を集団として促すということが基本であるポピュレーションアプローチについては、行政が過度に住民の自己責任を求めるといった誤解を招くような手法は取るべきでなく、その手法には十分の精査が必要で

図1　超高齢・人口減少の見通し

○　65歳以上人口の割合は、現在世界一で、2040年には約35%。人口は減少。
○　2040年に向けて、65歳以上人口は歴史上のピークに達し、85歳以上人口は1000万人に達する。
高齢者世帯は、一人暮らしと夫婦世帯が中心。



出典：総務省統計局「平成29年人口推計」

ある。

本稿は、以上の観点に立って昨年７月に地方自治体と産業界の有志等により設立されたフレイル予防推進会議の活動に重点を置きつつ、現時点でのフレイル予防のポピュレーションアプローチの展開の状況について、その背景や経過を含め体系的に述べようとするものである。

なお、本稿の内容のうち、意見に関わる部分は、筆者の責任において述べたものである。

２．フレイル及びフレイル予防の概念と意義

フレイルという概念は、2014 年５月に「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」で提唱されたことに伴い普及してきた[1)]。その基となる国際的に用いられている「frailty」の定義は様々である中で、日本では、日本老年医学会がこのステートメントにおいて、「Frailty」とは、高齢期の生理的予備能力の低下に伴う状態であると位置づけ、「健常な状態から『Frailty』という中間的な状態を経て要介護に陥る」という認識（詳細は５（2）①で述べるが、フレイルまでの段階として「健常」「プレフレイル」という二つの段階がある。）の下で、この中間的な状態を日本語訳として「フレイル」とし、その予防が重要であるとの見解が示されたのである。

併せて、この「フレイル」の概念の意義として、身体的、精神・心理的、社会的など多面的な要因によって進行するという「多面性」とフレイルまでの段階であれば要介護状態よりもはるかに戻れる可能性が高いという「可逆性」が重要であるとされている。この場合重要なことは、病気がフレイルの原因になったり、フレイルの促進要因になるが、一義的には、フレイルの構造自体は病気ではなく、生活習慣病のように治療薬はないので、その予防は地域住民一人ひとり自らの日々の取組（生活の工夫）に大きくかかっているということである。

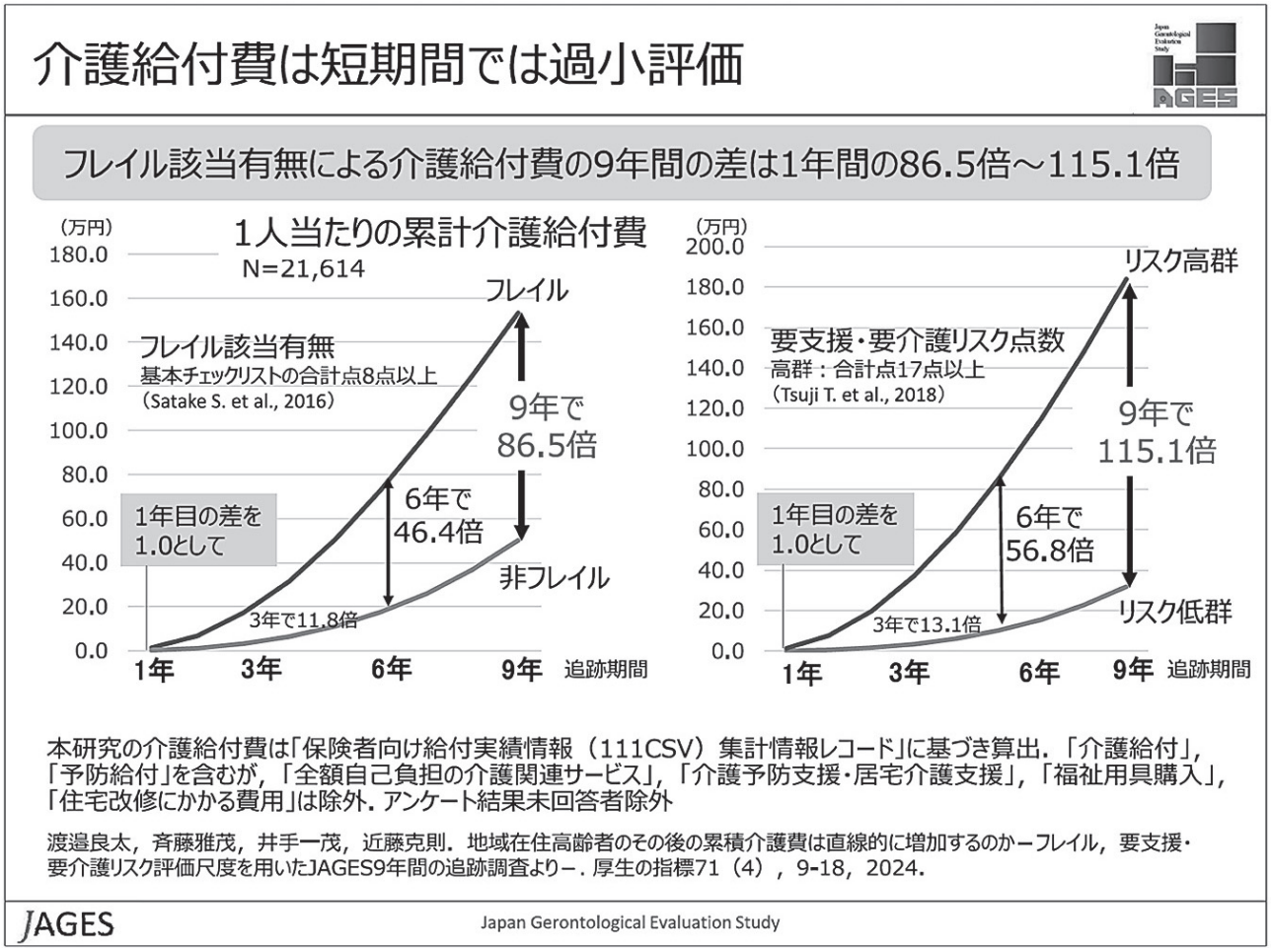
「フレイル」の概念の提唱は、フレイルまでの段階であれば要介護状態よりもはるかに戻れる可能性が高く、かつ、早い段階であれば専門職の手を借りず自らの生活の工夫だけで戻れたり遅らせたりすることができるということを、国民誰もが社会常識として学び、取り組めるという画期的なメッセージであると受け止めている。

３．フレイル予防のポピュレーションアプローチの効果

予防政策の基本は、ポピュレーションアプローチ（元気な高齢者を含めた地域住民の集団に対し、予防についての広報啓発活動や環境整備を行う手法）とハイリスクアプローチ（ハイリスクの人を特定し、それらの人に対して専門職により予防のための対応（介入）を行う手法）の両方を組み合わせることで最も効果が上がるとされており、このことについては、介護予防の手法にも当てはまる。

その効果については、ハイリスクアプローチについては比較的短期間で検証できるが、ポピュレーションアプローチの効果の検証については、中長期的な計測が必要である。特に介護予防のポピュレーションアプローチの効果については、研究の歴史は浅いといえるが、現時点で注目される研究【図２】を紹介したい。同研究は、一定の地域におけるある時点の地域在住の高齢者を健常及びプレフレイルの集団とフレイルの集団に分け、それぞれの集団の１年後の実績介護保険給付費の差がその後累積額でどのように推移したかを見たものであるが、フレイルの集団は健常及びプレフ

図２　フレイル該当の有無とその後の介護給付費との関係



レイルの集団と比べて６年後には46.4倍、９年後には86.5倍に増加していることなどが判明したのである。ポピュレーションアプローチの効果が表れるのには一定の期間を要するが、フレイルの早期の段階におけるポピュレーションアプローチの展開を地域単位に継続的に行うことにより、将来の介護保険給付の適正化に大きな効果が生じることが示唆されている。

今後の我が国の介護保険運営は、2040年までが一つの大きな山場であり、それへの対応に残された時間は少なく、政策展開のあり方が問われている。したがって、今後ともフレイル予防のポピュレーションアプローチの効果検証について学術的な知見の蓄積を図りつつ、まずは、以下に述べるように、現在介護保険の一般介護予防事業で進められている「通いの場等の介護予防政策」を基本に置き、これに「フレイルの特性に留意した住民主体の新たな一定の政策手法」を付け加える一次予防の手法を展開するとともに「広義の通いの場の展開」を含めゼロ次予防の要素を加味していく手法を組み合わせた総合的な政策体系を目指し、フレイル予防のポピュレーションアプローチを積極果敢に展開するべきである。

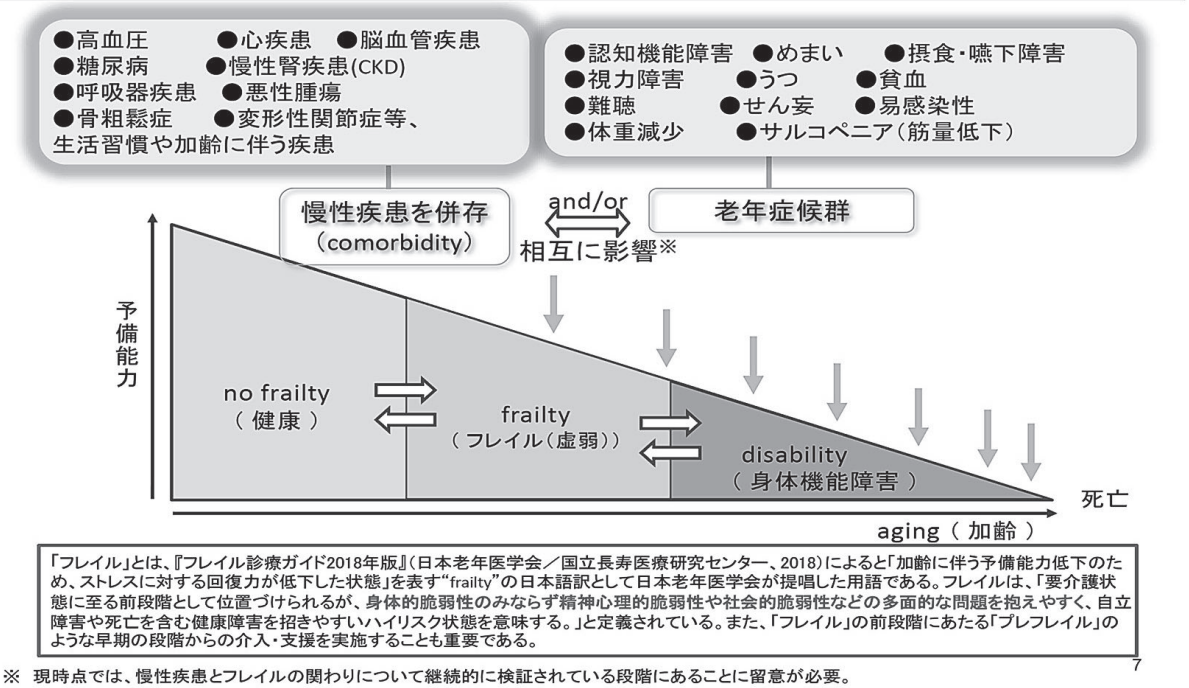
4．フレイル予防のポピュレーションアプローチの体系の確立

（1）厚生労働省における取組

厚生労働省の取組みは、所要の法律改正を経て、経済財政運営と改革の基本方針 2019（令和元年 6 月 21 日閣議決定）において、「高齢者一人一人に対し、フレイル等の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する」とされ、2020 年（令和 2 年）4 月から市町村等が、保健事業と介護予防の一体的な実施（保険局主管）を本格的に行うこととされ、そのガイドラインにおいて日本老年医学会の定義によるフレイルの概念【図 3】を前提としたフレイル予防のポピュレーションアプローチの必要性【図 4】が示された（この場合、都道府県は、「事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価等」の役割を担うこととされていることが注目される）。また、2020 年（令和 2 年）3 月に、令和元年度食事摂取基準を活用した高齢者のフレイル予防事業として「食べて元気にフレイル予防」と題した普及啓発ツールが公表され（健康局所管）、フレイル予防のポピュレーションアプローチのための地域住民の行動指針については、「三本柱の取組（栄養（食事・口腔機能）・身体活動・社会参加）」が近年広く普及しつつある。

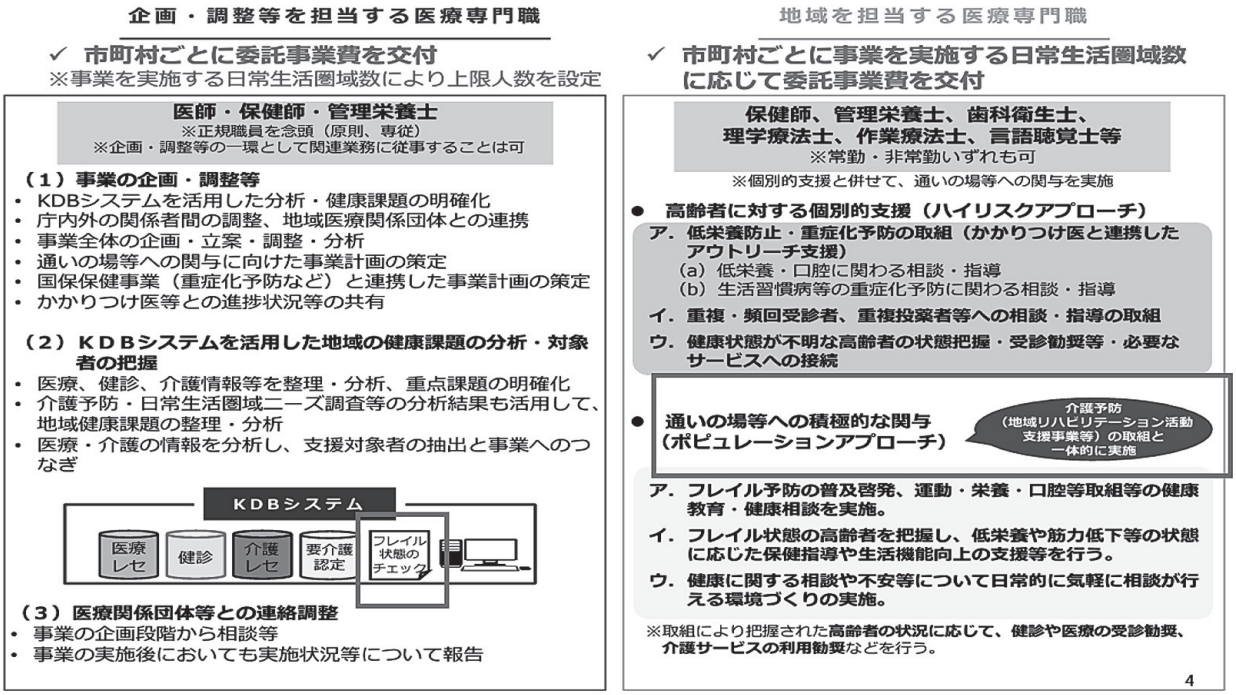
一方、フレイル進行の機序や三本柱の取組の根拠となる学術的な知見やフレイル予防のポピュレーションアプローチのあり方については、それぞれの所管の立場から必要な言及にとどまっており、体系的で統一的な内容は示されていなかっ

図 3　高齢者の健康状態の特性等について



出典：厚生労働省保険局高齢者医療課「高齢者の保健事業　基礎資料集（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）」平成 30 年 10 月 10 日第 114 回医療保険部資料　https://www.mhlw.go.jp/content/001512762.pdf

図４　一体的実施の取組における高齢者保健事業のイメージ



出典：厚生労働省保険局高齢者医療課「高齢者の保健事業　基礎資料集（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた取組について）」https://www.mhlw.go.jp/content/001512762.pdf

た。そこで、有識者による学術面からの知見に基づきこれを明らかにしたのが「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言（フレイル予防啓発に関する有識者委員会）」（2022 年 12 月）である[2)]。

なお、介護予防を担当する老健局は、かねてより地域支援事業における総合事業のうちの一般介護予防事業（以下「一般介護予防事業」という。）として「通いの場」の全国展開などフレイル予防のポピュレーションアプローチに相当するといえる重要な政策を推進してきているものの、保健事業と介護予防の一体的実施の導入に際しては、フレイル及びフレイル予防の概念を用いていなかったが、2025 年（令和 7 年）6 月の事務連絡で示された「高齢者の生活支援を地域の多様な主体の共創により進める都道府県プラットフォーム構築の手引き」において、「高齢者や多様な主体の参加を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化のイメージ」として、高齢者の加齢に伴う心身の状態の経過を「元気―フレイル予防」「フレイル―要支援」「要介護や認知症」という 3 段階を示し、そこで「フレイル」と「フレイル予防」の概念が明示されたことは注目される。

(2)「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言」

「フレイル予防のポピュレーションアローチに関する声明と提言（以下「声明と提言」という。）」を取りまとめた「フレイル予防啓発に関する有識者委員会（葛谷雅文委員長：事務局は医療経済研究・社会保険福祉協会）」は、2022 年 6 月に設置され、6 回にわたる熱心な審議を経て、「声明と提言」が 2022 年 12 月に公表された。

この「声明と提言」の骨子は、最新の学術的な

知見を整理し、それに基づきフレイル及びフレイル予防の概念並びにフレイル予防のポピュレーションアプローチのあり方を体系的に明らかにし、この推進に賛同する地方公共団体と産業界が中心となる「フレイル予防推進会議」の設置を提言したことである。その内容は、「声明と提言」の添付の参考文献と参考資料を含めて詳細かつ体系的な内容となっているが、特に注目される点を下記に紹介したい。

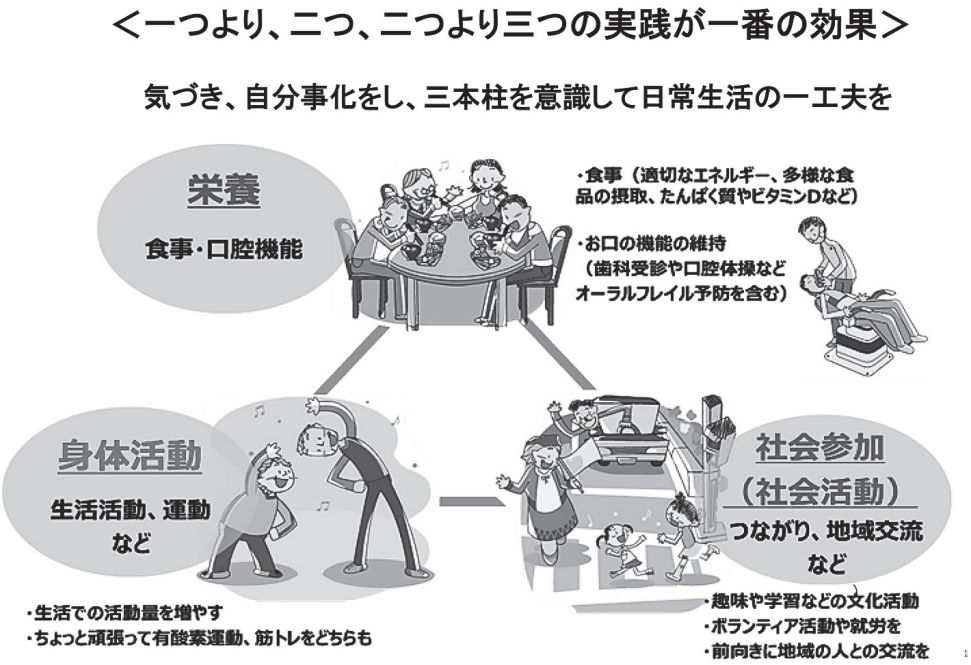
第一点目は、「栄養（食事・口腔機能）」、「身体活動」、「社会参加」の三本柱の行動指針が、フレイルに関する最新の知見に根拠づけられる形で改めて明確化されたことである【図 5】。

その際、併せて、二つの新たな重要な知見が示されたことはフレイル予防のポピュレーションアプローチの推進という観点から、注目されるべきことである。

一つ目は、三本柱の関係性についてであり、三本のうち一つよりも二つ、二つよりも三つのことに取り組む方が更に効果があるということが明らかにされる[3]とともに、二つ目として、従来からの「フレイルサイクル」というフレイル進行の循環の構造についての研究に加えて、「社会性（社会とのかかわり）」が低下することがフレイル進行の悪循環の入り口になりやすいという研究が明らかにされたのである[4]。

第二点目は、「住民主体のフレイル測定」の手法がフレイルの特性に配慮したフレイル予防のポピュレーションアプローチの新たな手法として提案されたことである。上記（1）で述べたように介護保険においては従来から一般介護予防事業としてポピュレーションアプローチが展開されており、各自治体において専門職が関与する中で各種介護予防教室等の一般啓発はもとより、新たな手法として「通いの場」の政策が実施されるなど幅広く実施されているが、その大きな課題は、無関

図５　フレイル予防の三本柱の取組



出典：東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 作図を一部改変

心層等を含めた地域住民自身が実際にフレイル予防の行動指針に沿うような行動変容を起こし、その動きが地域に波及していくかどうかである。

「住民主体のフレイル測定」は、フレイルは、国民誰もが経験する加齢に伴う大変身近で切実感のある課題であるという特性があることを踏まえ、無関心層等の取り込みも含めた幅広い視野の下で、地域社会への浸透力を持ったボランティアが主体となって住民とともに日常的に気づきやすいフレイルに関する一定の質問や計測項目の測定を実施し、フレイルの概念とフレイル予防を皆で学び合い、自分事化してもらおうとするものである。それが行える典型的な質問測定項目として「後期高齢者の質問票」、「基本チェックリスト」及び東京大学が開発した「住民主体のフレイルチェック」が具体的に例示されたのである。

このことは、住民の主体的な自助・互助活動の展開の有効性を重視し、行政の担当者や専門職が前面に出すぎず、住民の主体性を尊重した行政側の側面的な支援が重要となるという、行政にとっては新しい手法が提案されたということでもある。この場合、行政だけでなく、産業界も側面的な支援を担うものとして重要な役割を果たすことが期待されるという考え方が示されるとともに、このような住民主体のポピュレーションアプローチの新しい手法は、まちづくりという大きな展開に繋がることが期待されるということを高知県仁淀川町の具体的な例も交えて示している。

第三点目には、第二点目で述べた政策展開を「一次予防」と位置づけ、併せて、フレイル予防ということを地域住民が認識するかどうかに関わりなく高齢者を含む地域住民が楽しく参加しやすい地域の環境づくりの取組、すなわち「ゼロ次予防」の手法を組み合わせていくことの重要性を指摘している。

第四点目には、以上述べたフレイル予防のポピュレーションアプローチの体系を、現在の介護保険の地域支援事業における総合事業のうちのサービス・活動事業（以下「サービス・活動事業」という。）により行われているフレイル予防のハイリスクアプローチに相当する事業に有機的に連携させ、介護予防の総合的な政策体系に発展させる考え方を提案している。

5．フレイル予防のポピュレーションアプローチの推進体制―フレイル予防推進会議の展開

（1）フレイル予防推進会議の設置準備と設立

「声明と提言」の内容は、公表後速やかに事務局を務めた医療経済研究・社会保険福祉協会がインターネットを通して全国に発信するとともに、2023年5月には厚生労働省の全国課長会議の資料で紹介される一方、「声明と提言」に基づく「フレイル予防推進会議」の設立準備が始まった。

その際、「声明と提言」によって新たに打ち出された手法は、地域住民の自助・互助を基本とするものであり、その政策的展開の形は、上から言われたからとか、個人の自己責任を強調するといった形でなく、あくまでも住民主体の形を堅持することが大切であることが確認された。そこで、フレイル予防のポピュレーションアプローチの重要性に気づき住民主体の活動展開の意義を理解した自治体や産業界が自発的に地域住民の自主的な活動を側面から支援するという動きとそれに共感した動きが響き合うという形を目指すことを念頭に置き、医療経研究・社会保険福祉協会が事務局となって、自治体と産業界に対し働きかけが行われた。この結果、2023年9月に2県及び6市町村並びに3つの企業からなるフレイル予防推進会議設置準備会が設置され、5回にわたる熱心な議論を経て、2024年7月のフレイル予防推

進会議第1回総会において神奈川県をはじめとする4県と各地の35の市区町村及びイオン(株)をはじめとする10の企業並びに一定の有識者からなるフレイル予防推進会議（会長：黒岩祐治神奈川県知事）が正式に発足した[5)]。

第1回総会では、「声明と提言」に基づいてフレイル予防推進会議設置準備会において作成された「フレイル予防住民啓発パンフレット（以下「パンフレット」という。）案」、それを分かりやすく解説した「フレイル予防住民啓発パンフレット説明問答集（以下「説明問答集」という。）案」及びプレイル予防のポピュレーションアプローチの一義的な担い手である地方自治体担当者向けの心得をまとめた「プレイル予防のポピュレーションアプローチの推進に関する基本問答集（以下「基本問答集」という。）案」（以下、これらの三つの資料を「三点式資料」と称する。）が提示され、フレイル予防推進会議としての審議と必要な修正の上で第2回総会において正式決定するという方針が承認されるとともに、同総会に参加した多くの自治体の首長ご本人と企業の代表者ご本人から意欲的な抱負が開陳された。

(2) フレイル予防推進会議の活動

① フレイル予防宣言の決定

三点式の資料は、各構成員の意見を踏まえた必要な修正も行われ、2024年11月に「フレイル予防啓発宣言」として正式決定された[5)]。ここでは、三点式の資料において示されている様々なことのうち、特に注目すべき点を紹介したい。

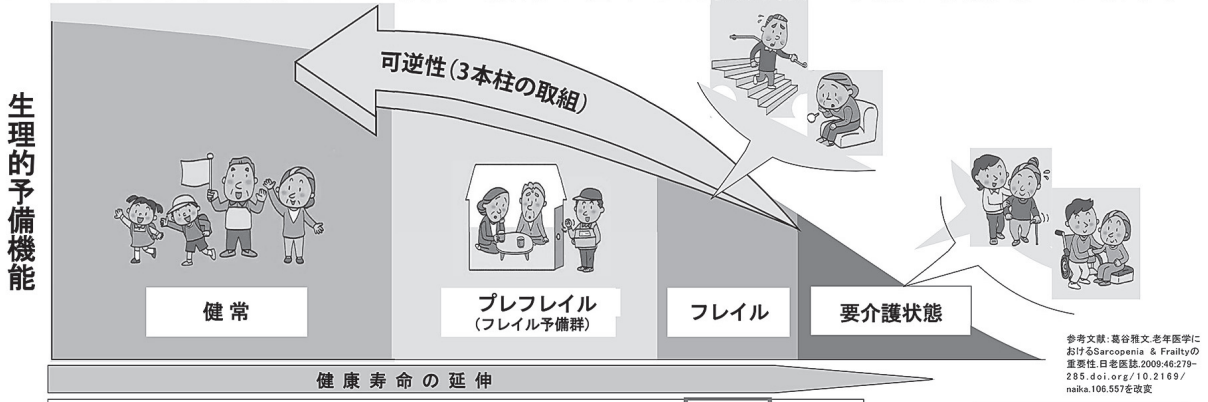
第一点目は、健常及びプレフレイル段階でのポピュレーションアプローチを重視するという考え方である。フレイルに該当する地域住民に対しては、介護保険のサービス・活動事業によるフレイル予防のハイリスクアプローチに相当する事業がすでに取り組まれているが、ポピュレーションアプローチについては、そのメインターゲットのイメージをより明確にするとともに、その効果について期待ができるという分かりやすい説明が必要であるという意見がフレイル予防推進会議設置準備会において行政と産業両方の立場から寄せられた。このことを踏まえ、フレイル予防啓発宣言のうちのパンフレットにおいて、フレイルの判定基準であるJ-CHS基準（通常は、フレイルの判定は介護保険の事業運営の一環で用いられている基本チェックリスト等が簡易な形で代替して用いられている。）と「健常」と「プレフレイル」の段階を図示した【図6】を示し、ポピュレーションアプローチの効果として健常とプレフレイルの状態での対応の方が可逆性がより高いことについての学術的な根拠も明らかにされた[6)]。

第二点目は、近年の住民主体のフレイル予防のポピュレーションアプローチの手法の効果については、これに関する最新の学術的な知見として、住民主体のフレイル測定の最新の手法である東京大学の「住民主体のフレイルチェック」方式の実施回数の多い地域の3年後の調査では、それを受けた個々の住民だけでなく周辺地域全体にも有意の「フレイル」の認知度の向上やフレイルリスクの減少があったことを示す東京都西東京市での研究成果[7)]や通いの場の取組において通いやすい環境に配慮する等ゼロ次予防の手法を加味した愛知県武豊町の試みの一定の継続的な実施が要介護認定率引き下げに一定の効果を及ぼしたとする研究結果が明らかにされている[8)]。

第三点目は、フレイル予防推進会議は、フレイル予防のポピュレーションアプローチの全国展開を目指すことから、現在、厚生労働省が全国的に展開している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組（以下「一体的実施の取組」という。）」において、通いの場等において「後期高齢者の15問の質問票」を用いることとされている

図６　フレイルの概念

「フレイル」とは、年をとって心身の活力が低下した要介護の手前の状態をいいます。



体重減少（半年で意図しない2kg以上の減少）	はい	いいえ
筋力の低下（握力：男性<28kg, 女性<18kg）	はい	いいえ
ここ2週間わけもない疲労感	はい	いいえ
歩行速度の低下（1秒当たり1メートル未満）	はい	いいえ
身体活動の低下（軽い体操や定期的なスポーツのいずれも週1回もしていない）	はい	いいえ

※基本チェックリストや後期高齢者の質問票でも代替できます。

０…健常
１～２つ…プレフレイル
３つ以上…フレイル

フレイルはプレフレイルの段階から日常生活の工夫で予防ができ、健康寿命の延伸につながります。

出典：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会「フレイル予防住民啓発パンフレット」から一部抜粋

ことに着目し、通いの場等で一般介護予防事業として「後期高齢者の 15 問の質問票」を活用した「住民主体のフレイル測定」を展開することが、フレイルの特性に配慮したフレイル予防のポピュレーションアプローチの新たな手法の全国展開への一つの共通手法となるということを明らかにしたことである。

第四点目は、「声明と提言」にあるように地域住民の日常生活に深くかかわっている産業界の役割は大変大きいという認識の下で、産業界がフレイル予防推進会議に参加し、都道府県、市区町村と連携した活動を展開することを期待するとしている。

第五点目は、フレイル予防のポピュレーションアプローチにおける都道府県の役割の重要性である。都道府県は、市区町村を包括する広域の地方公共団体として、今後 85 歳以上人口が急増するという状況を的確に踏まえ、市区町村段階のフレイル予防推進上の課題をきめ細かに把握しつつ、フレイル予防に関する最新の知見や各種データの提供や人材養成など各般の支援を展開することが期待されているとしている。

②　フレイル予防推進会議事務局での調査研究の実施

フレイル予防啓発宣言の決定に続いてそれに基づくフレイル予防のポピュレーションアプローチの実践のためにフレイル予防推進会議の活動が展開されることとなる中で、この展開のための基礎的な調査研究も必要であった。そこで丁度令和 6 年度の事業として、厚生労働省老健局から「介護予防等の無関心層等に対する栄養、身体活動、社会参加を組み合わせたポピュレーションアプローチを推進するための人材養成（研修プログラムの作成等）に資する調査研究」という課題の調査研究事業（以下「平成 6 年度老人保健健康増進等事業」という。）が公募され、2024 年 9 月にフ

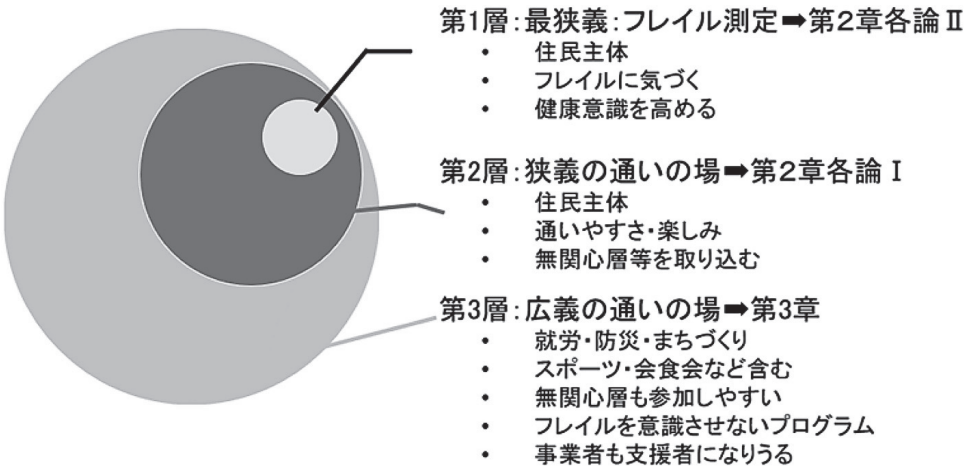
レイル予防推進会議事務局である医療経済研究・社会保険福祉協会の申請が採択され、2025年3月に報告書が提出された[9)]。この報告者の要点は以下のとおりである【図7】。

第一点目は、介護予防等の無関心層等への対応も視野に入れたフレイル予防のポピュレーションアプローチの総合的な戦略を示したことである。具体的には、現在の厚生労働省の介護予防のポピュレーションアプローチの基本をなす政策といえる「通いの場」（第二層）の政策を土台におき、これまでフレイル予防について無関心であった、あるいは知らなかった地域住民を変容させていくことにも有効な手法として「住民主体のフレイル測定」の手法（第一層）を組み合わせて位置付けるとともに、現在実施されている「通いの場」の手法にゼロ次予防（無関心層等が結果としてフレイル予防に資する行動をとる環境を整備すること）の要素を加味した「広義の通いの場」（第三層）を新たに位置づけ、第三層の新たな取組についてはPFS等の政策を検討するという戦略展望を明らかにしている。そして、当面の第一層における事業展開として、一体的実施の取組における「後期高齢者の15問の質問票を活用した住民主体のフレイル測定」の内容（後期高齢者の15問の質問票を基本とし、フレイル測定会場を活性化させるとともにデータの解析効果を高める視点から3項目の測定項目を付加した方式とされた。）を明らかにしている。

第二点目として、第一点目で明らかにした戦略展望を実現するための具体的な人材養成が必要であることから、第一層に関しては、その普及のための人材養成研修プログラムの案を作成し、その実際の試行を神奈川県三浦市と高知県仁淀川町で行った上で具体的に提示するとともに、第二層に関しては、人材養成研修プログラムの試行検証が愛知県武豊町で既に行われていると言ってよい状況にあることから、これを踏まえた人材養成の研修プログラムの案を具体的に提示し、その具体的展開を提案している。

第三点目として、全国の都道府県、市区町村の担当者を対象としてフレイル及びフレイル予防という概念の認知度についてアンケート調査を行った。その結果、「フレイル」という用語については回答者ほぼ全員が知っているという回答であっ

図7　令和6年度老人保健健康増進等事業の調査研究結果の要点



出典：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会　令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護予防等の無関心層等に対する栄養、身体活動、社会参加を組み合わせたポピュレーションアプローチを推進するための人材育成（研修プログラムの作成等）に資する調査研究事業」報告書

た（都道府県 100％、市区町村 99.7％）。では、どのようにして知ったかという質問に対しては、約 7 割が「国の施策」からによるものであり【表 1】、この場合、特に注目されるのは、国の一体的実施の取組が、大きな影響を及ぼしていることであり、フレイル予防のポピュレーションアプローチの全国普及に当たっては、この点に留意することが重要であることが示唆されている。

③　フレイル予防推進会議活動の組織的展開

フレイル予防推進会議の活動は、組織的に展開されるべきものであり、フレイル予防推進会議規約に基づき「実行委員会（実行委員長：川名勝義神奈川県福祉子どもみらい局長）」及びその下での行政部会（普及啓発作業委員会、住民主体啓発作業委員会及び情報システム等作業委員会を含む。）と産業部会が設置されるとともに、「声明と提言」を取りまとめたフレイル予防啓発に関する有識者委員会のメンバーを基本においた「アドバイザリー委員会（葛谷雅文委員長）」が設置され、活動が開始されている【図 8】。なお、フレイル予防啓発宣言のうちのパンフレットと説明問答集は、アドバイザリー委員会による審議を経て、「声明と提言」における学術的知見を含めて現在の最新の知見により監修されたものである。

これまで各部会（各作業委員会を含む。）で様々な検討が行われている[5)]が、その重要な柱を述べる。

第一は、フレイル予防のポピュレーションアプローチの全国への展開とその結果としての介護保険の運営の安定化が、フレイル予防推進会議の目的であり、このための当面の具体的戦略の柱として、現在全国で展開されている一体的実施の一環の介護予防の取組として、「後期高齢者の 15 問の質問票を活用した住民主体のフレイル測定（後期高齢者の 15 問の質問票に 3 項目の測定項目を付加した方式。以下同じ）」をフレイル予防推進会議構成員自身が取り組むことが最も適切であり、これを逐次全国に広めていくということを基本方針としている。

第二には、その基本方針の第一段階として、平成 6 年度老人保健健康増進等事業において「後期高齢者の 15 問の質問票を活用した住民主体のフレイル測定」の試行を行った神奈川県三浦市と高知県仁淀川町の実践をモデルとして、それぞれ神奈川県庁及び高知県庁が「後期高齢者の 15 問の質問票を活用した住民主体のフレイル測定」の県下市町村での横展開を図り、更に逐次同様に取り組む都道府県及び市町村を増やしていくという戦略が検討されており、今年 11 月の総会での議論を経て、段階的に計画的な展開をしていくという方向を目指している。

第三には、フレイル予防のポピュレーションアプローチの旗頭である行政が産業と連携する体制の推進である。産業部会では、フレイル予防のポ

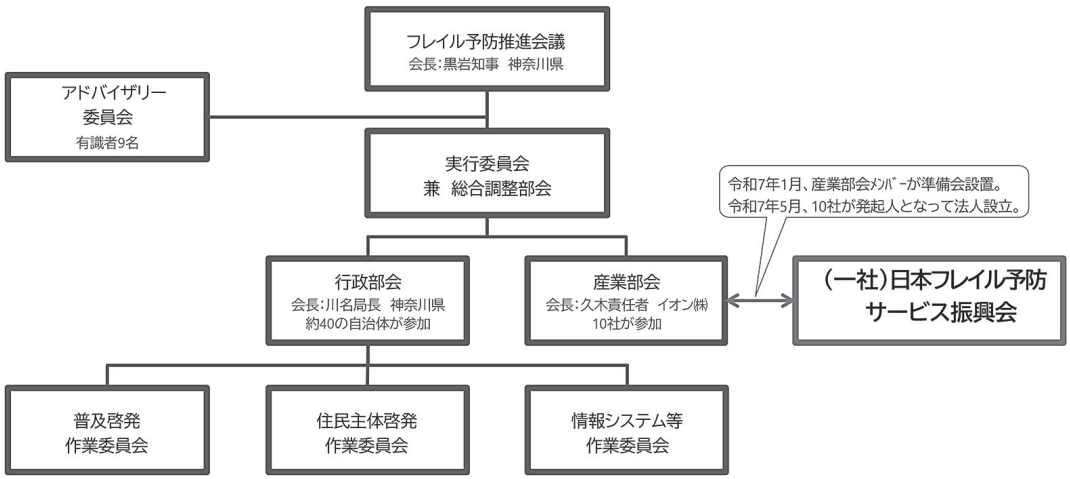
表 1　国の施策の内訳（M.A.）

	都道府県	市区町村
保健事業と介護予防の一体的実施事業	85.7％（12）	91.6％（273）
食べて元気にフレイル予防	28.6％（ 4 ）	46.7％（139）
その他	21.4％（ 3 ）	4.0％（ 12 ）

※（　）内の数字は回答のあった自治体数

図８　フレイル予防推進会議の組織体制

［フレイル予防推進会議］は令和6年7月に設立。
［日本フレイル予防サービス振興会］は産業部会と連携し、具体的に活動する民間組織として設立。



出典：一般社団法人日本フレイル予防サービス振興会広報資料

ピュレーションアプローチの推進に賛同する幅広い産業界の関係者がその推進のために自主的に活動する業界の自主的な団体の必要性を確認し、産業部会の構成員が中心となって、2025 年 7 月に日本フレイル予防サービス振興会が設立された【図 8】。このような開かれた形の業界の自主的な団体を通して、例えば大規模な小売店等において行政と連携したフレイル予防啓発イベントを実施する等の提案をフレイル予防推進会議行政部会に提案するということを検討することとされているなど、合理的な手法による開かれた形での産官連携体制の普及を目指すこととしている。

第四には、今後のフレイル予防のポピュレーションアプローチを効果的に推進するために、フレイル予防関連の情報の蓄積と分析によりその効果と施策の進め方を検証することが不可欠となるということである。このため、フレイル予防推進会議事務局としての医療経済研究・社会保険福祉協会において、フレイルに関する質問計測データとして、「後期高齢者の 15 問質問票を活用した住民主体のフレイル測定」を始め、基本チェックリスト及び東京大学の開発した住民主体のフレイルチェックの 22 の質問測定項目の三種類のデータについて、J-CHS 基準にもとづく健常、プレフレイル及びフレイルという各段階に当てはめた統一的な評価もできる方式で、一元的に記録化し、蓄積し、解析できるシステム（以下「新フレイル予防情報システム」という。）を 2026 年 4 月より本格稼働させることを目指している。

今後のフレイル予防のポピュレーションアプローチの本格的な展開に当たっては地域ごとのデータの整備とその解析が不可欠であり、同一都道府県内はもとより全国的にフレイルに関するデータを客観的に比較できる体制が構築されることが期待される。上記の新フレイル予防情報システムの導入が、これまで未整備であった要介護及び要支援の段階より手前のフレイルに関するデータの全国的な整備と解析のための標準化に向けての一つの契機となることを願うものである。

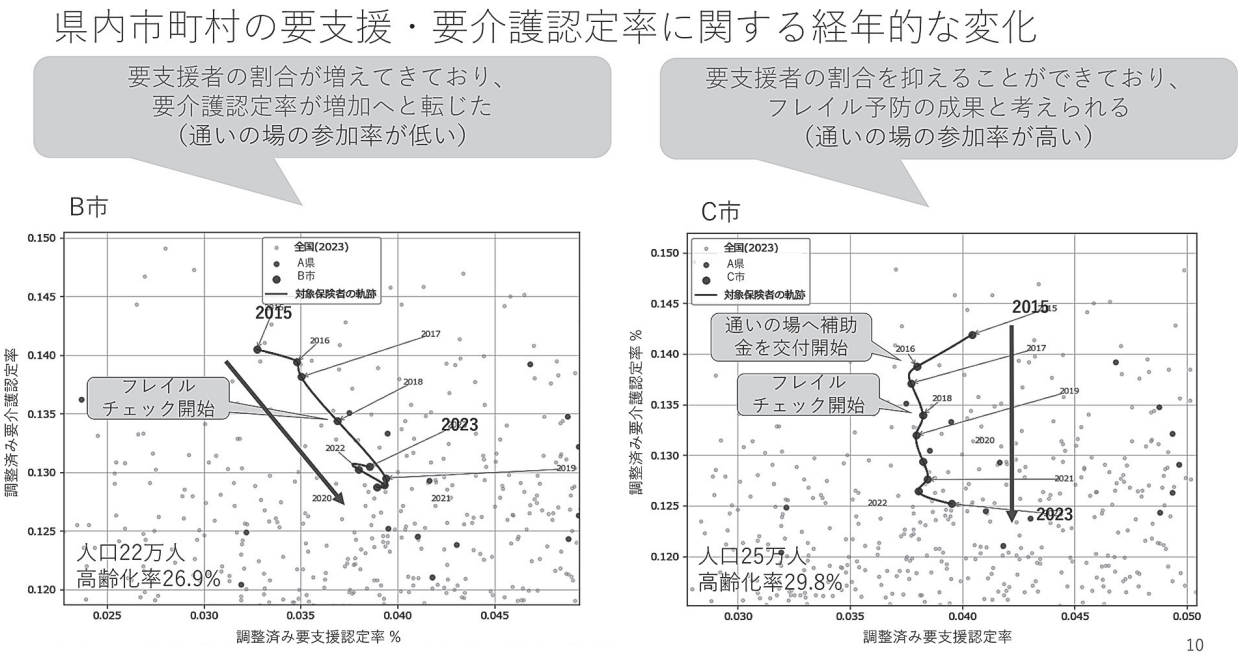
6．おわりに―フレイル予防のポピュレーションアプローチの深化を目指して

以上、フレイル予防のポピュレーションアプローチの体系的な推進について、フレイル予防推進会議の動きを中心に述べたが、2025年に後期高齢者となった団塊の世代が85歳を超えるのは2035年である。2040年という大きな正念場に向けて一刻の猶予もなく、改めて今、産官学民を通じてことの重要性に気づいた者同士が一体となって果敢に実践し、前進するかどうかが問われていると認識している。

おわりに当たり、次の三点を述べたい。

第一点目として、今後のフレイル予防のポピュレーションアプローチを効果的に推進するためには、これまでの要介護、要支援の認定率の推移を振り返り、介護予防に関する政策実施がどのような効果を発揮してきたどうかについての各市町村及び各都道府県ごとの行政の自己評価を行うためのデータ解析機能が是非とも必要であり、この点について、現在導入を検討している新フレイル予防情報システムにおける新しい取り組みを紹介したい。【図9】は、縦軸を要介護認定率、横軸を要支援認定率にして、その二つを満たす点が時系列的にどのように推移しているかを二つの基礎自治体について比較したものである。同一県内においても市町村により動きが異なることが分かる。これがどのような政策あるいは地域ごとの特性によりで生じているのか、日常生活圏単位での地域特性も分析し、合理的な政策選択を検討していく政策の自己評価の手法が必要であることが示唆されている。そして、このためのAIによる解析を行うことも重要になり、これらを通して、介護予防政策の手法が大きく革新されていくのではない

図９　政策評価のための解析システム



出典：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会資料

かということである。

第二点目として、フレイルの概念を地域住民自らが学ぶことによる地域の変容、つまりまちづくりの営みが持つ大きな可能性について述べたい。フレイル予防推進会議で進めようとしているポピュレーションアプローチの新たな手法は、あくまでも地域住民の主体性を基本に置くという理念に立脚している。その典型的な事例である仁淀川町のまちづくりは私たちに大きな示唆を与えている。すなわち、地域住民の主体性の下で誰もがフレイルを自分事化して学ぶということは、人は誰もが最終的には衰え死を迎えるということを地域で学ぶということでもあり、そのことは、皆で楽しく元気に老いていこうという仲間づくりから始まって、自然に、仮に弱っても皆で自らの住む地域を皆が住みよいものにしていこうというまちづくりを考えるようになり、更には次世代を含めた未来に向かって行動することに繋がっていくのではないか。今私たちはこのような大きな可能性に気づきつつあると認識している。

第三点目は、東京大学高齢社会総合研究機構機構長の飯島勝矢教授への謝辞を申し上げることなくしてこの本稿は閉じられないということである。本稿で示されたこれまでのフレイル予防のポピュレーションアプローチの取組の進展は、日本老年医学会のステートメントの発信と住民主体のフレイルチェックの取組を含めた東京大学高齢社会総合研究機構の研究と実践なくしてあり得なかったものであり、それらの活動に献身的にご尽力されてきた飯島勝矢教授のご貢献に心より敬意と感謝の念を表するものである。（以上）

参考文献

1）日本老年医学会「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」2014 年 5 月
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf

2）フレイル予防啓発に関する有識者委員会『フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言』2022 年 12 月
https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/2025/05/%E3%83%95%E3%83%AC%E3%82%A4%E3%83%AB%E4%BA%88%E9%98%B2_%E5%A3%B0%E6%98%8E%E3%81%A8%E6%8F%90%E8%A8%80.pdf

3）フレイル予防推進会議「フレイル予防住民啓発パンフレット説明問答集」問 3 及び参考参照
https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/2025/05/jk_pamphlet_QA.pdf

4）フレイル予防推進会議「フレイル予防住民啓発パンフレット説明問答集」問 1 及び参考 3 参照
https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/2025/05/jk_pamphlet_QA.pdf

5）フレイル予防推進会議ホームページ
https://www.frail-yobo.jp/about/

6）フレイル予防推進会議「フレイル予防住民啓発パンフレット説明問答集」問 1 及び参考 1-1 から参考 1-4 まで参照
https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/2025/05/jk_pamphlet_QA.pdf

7）フレイル予防推進会議「フレイル予防のポピュレーションアプローチの推進に関する担当者用基本問答集」問 5 参照
https://www.frail-yobo.jp/wp-content/uploads/2025/05/jk_pamphlet_tantouQA.pdf

8）平井寛、竹田徳則、近藤克則『まちづくりによる介護予防―「武豊プロジェクト」の戦略から効果評価まで』ミネルヴァ書房　2024 年

9）一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会『令和 6 年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）介護予防等の無関心層等に対する栄養、身体活動、社会参加を組み合わせたポピュレーションアプローチを推進するための人材育成（研修プログラムの作成等）に資する調査研究事業報告書』2025 年 3 月
https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/24330.pdf

Development of a Population-Based Approach to Frailty Prevention

Tetsuo Tsuji*[1, 2]

Abstract

In Japan, the number of people aged 85 and over—of whom about 60% are expected to require long-term care—is projected to increase rapidly, reaching 10 million by 2040. Addressing these challenges cannot be achieved through policies that are merely extensions of existing measures. Instead, the development of a population-based approach to frailty prevention is essential as an early-stage strategy within preventive care.

This paper focuses on the activities of the Frailty Prevention Promotion Council, which exemplify the latest developments in population-based approaches to frailty prevention. It aims to provide a systematic overview of the current status of these approaches, including their background and recent progress.

The concept of frailty was defined in a statement issued by the Japan Geriatrics Society in May 2014. Frailty is a state between normal health and the need for long-term care. It is characterized by "multidimensionality," which refers to the progression due to various factors such as physical, mental, psychological, and social factors, and "reversibility," which refers to the significantly higher possibility than a state of needing care to be able to recover to normal health.

Based on this statement, in December 2022, the Expert Committee on Frailty Prevention Awareness (chaired by Masafumi Kuzuya, Professor Emeritus of Nagoya University) issued a report entitled "Recommendations on a Population-Based Approach to Frailty Prevention". The recommendations clearly present the "Three Pillars of Frailty Prevention" as guidelines for community residents based on the latest academic evidence. They systematically outline an appropriate approach to frailty prevention that considers the characteristics of frailty and propose the establishment of a Frailty Prevention Promotion Council to advance these efforts.

In July 2024, the Frailty Prevention Promotion Council (Chair: Yuji Kuroiwa, Governor of Kanagawa Prefecture; Secretariat: Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare) was officially established. The Council comprises four prefectures including Kanagawa, 35 municipalities, and 10 companies including Aeon Co., Ltd. In November of the same year, the Council decided to adopt a Frailty Prevention Declaration and disseminate it nationwide. It also established the Council's organizational structure and tasked its members with initiating the latest population-based approaches to frailty prevention, with the aim of expanding these efforts across the country.

The key points of the above initiatives are as follows: 1) Frailty is not primarily a disease but a natural aging process that affects everyone. 2) Taking account of its characteristics and extensive academic evidence, local residents are encouraged to monitor their own frailty status, internalize frailty prevention as a personal responsibility, and recognize the importance of delaying frailty through daily lifestyle adjustments. Supported by community-based mutual aid, they collaborate to develop frailty prevention initiatives at the community level. This approach is grounded in the principles of self-help and mutual assistance. 3) Data obtained from frailty assessments are systematically organized and analyzed. By combining primary prevention with primordial prevention methods, a comprehensive population-based approach to frailty prevention is developed in alignment with national policies.

With 2040 approaching as a critical juncture, it is imperative that industry, government, academia, and the public sector collaborate boldly and decisively to implement these initiatives.

1　Chairman, Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
2　Visiting Researcher, Institute of Gerontology, The University of Tokyo

特別寄稿

ネクスト・パンデミックに向けて医療行動経済学ができること

佐々木周作*

1．はじめに

新型コロナ・パンデミックは、筆者にとって、医療行動経済学の政策研究のあり方を見つめ直す契機となった。学術研究は通常、理論的独自性や実証的厳密性を追求して、成果が認められて学術雑誌に掲載されるまでに長い年月を要する。こうした時間軸は、数か月、数週間単位で即時対応を求められる危機対応下の政策現場の時間軸とは大きく異なる。パンデミック下の研究活動を通じて筆者が痛感したのは、平時と有事で研究者に求められる役割や価値観は大きく変わるという点であった。

今回のパンデミックにおける行動経済学研究の重要トピックの一つは「ワクチン接種をどのように促進するか」であり、国内外で膨大な数の研究が行われた。そもそも接種勧奨の方法には、情報提供による広報活動のようなソフトな手段から法的義務づけのようなハードな手段まで幅広い選択肢が存在する。ただし、公衆衛生政策の「最も制限的でない他の方法（the least restrictive alternative）」の原則に基づいて、パンデミックの終息という公共の利益を追求する際には、個人の自由と権利への制約を最小限に留められる手段を選ぶべきだと考えられてきた（Giubilini, 2021）。この倫理的要請に沿うことは、今回の新型コロナ・ワクチンのように新規に開発されたワクチンにおいては一層の重みを持った。開発当初に確認されていたのは主として発症予防効果や重症化予防効果であり、感染予防効果については社会導入後に検証が進められるなど、曖昧性や不確実性を残したまま実践に移されるような状況では、個々人が自律的に判断できる環境を整えることが不可欠であり、強制力を伴わない接種勧奨の手法が優先される。また、この考え方は日本の法制度とも一致した。1994 年の予防接種法改正により従来の「義務規定」が撤廃され、「努力義務規定」へと転換された。接種は推奨されるものの非接種に罰則は伴わず、最終的な判断は個人の自律性に委ねられた。このような制度的背景をふまえれば、新型コロナ・ワクチンの接種勧奨施策は、社会的に望まれた接種行動を人々が自発的に選択できるように促すものでなければならなかった。

そこで注目されたのが、行動経済学の「ナッジ」であった。ナッジは経済学者のリチャード・セイラーと法哲学者のキャス・サンスティーンにより「選択を禁じることも、経済的なインセン

＊責任著者　E-mail: ssasaki.econ@cider.osaka-u.ac.jp
大阪大学　感染症総合教育研究拠点，行動経済学ユニット

受付：2025 年 9 月 9 日
公開：2025 年 10 月 17 日

DOI: 10.24742/jjhep.2025.04

ティブを大きく変えることもなく、人々の行動を予測可能な形で変える選択アーキテクチャー」と定義されている（セイラー・サンスティーン, 2009）。強制や高額な金銭的誘因を伴わず、人々の心理的・行動経済学的特性を踏まえて望ましい選択を自発的に実行できるよう後押しする仕組みで、新型コロナ・パンデミックの初期から、ソーシャル・ディスタンスの確保やマスク着用の推奨等でナッジ的アプローチはすでに用いられていた。

本稿では、筆者自身が新型コロナ期に取り組んだ研究経験を紹介しながら、危機下の政策研究における行動経済学的アプローチの可能性と改善点を整理する。もっとも、パンデミック下の研究と実践の歩みは必ずしも容易ではなく、成果を直ちに政策や行政手続きに結びつけることができなかった事例も少なくない。一方で、そうした『成功とは呼べない経験』だからこそ、研究成果をいかに政策へと橋渡しするかを考える上で、むしろ重要な示唆を与えてくれたとも感じる。本稿ではそれらを整理するために、(1) 平時と有事における価値観の違い、(2) 海外および日本での研究事例、(3) 社会実装の課題、(4) 政策的含意と今後の展望、の順に論じる。これらを通じて、次なるパンデミックに備え、医療行動経済学が果たすべき役割を改めて考えたい。

なお、本稿の整理や議論は、佐々木周作・大竹文雄・齋藤智也によるパンデミック下の研究活動を紹介した書籍『行動経済学で「未知のワクチン」に向き合う』(2025) の執筆過程で検討された内容に基づいている。

2. 平時と有事の価値観の違い

パンデミックでの研究経験を通じて、研究者としての価値観が「平時」と「有事」とで大きく異なりうるのだということを強く意識するようになった。新型コロナ・パンデミック以前には、その違いを深く考えたことはなかった。

パンデミック前の「平時」における筆者の価値観は、(行動) 経済学理論を踏まえた政策的介入を設計し、ランダム化比較試験 (RCT) によって頑健なエビデンスを提示することに置かれていた。国際的にみると、日本の経済学研究のフィールドとして中心的な位置には居ない。そのため、日本の制度や文化の特徴を活かし、日本でしか得られない知見を示すことが、世界に対する学術的貢献にもなる、と説得できる状態を目指していた。そうしたストーリーを描ける実験こそ「エレガントな実験」であると位置づけていた。例えば、フィールド実験のデザインを組む際には、協力先の自治体や企業との交渉の中で妥協を重ねすぎないように注意し、学術研究としての目的や意図を最大限に反映させることを心がけていた。

しかし、パンデミックで、これまでとは全く異なる価値観を強く意識するようになった。世界にも通用するような学術的インパクトを目指す余裕はなく、とにかく眼前の日本のワクチン接種政策に少しでも役立つエビデンスを迅速に届けることが第一の目的となった。エレガントな実験の定義も変化して、法的制度やスケジュールといった既存の枠組みに収まり、現場で直ちに使える形になっていることこそが重要だと感じるようになった。

実験デザインを検討する際の姿勢も大きく変わった。平時は学術研究として必要な設定を守り抜くことが大切だと考えていたが、パンデミック下では「タイムリーにエビデンスを出す」ことが最優先となった。政策決定や実装のタイミングを逃せば、いかに精緻な研究であっても役に立たない。したがって、行政現場の意見を踏まえて介入内容を調整し、迅速に実装できるようにすることが重要であると考えるようになった。

同時に痛感したのは、学術研究と政策研究では時間軸が根本的に異なるということだ。学術研究は新規性や厳密性を重視し、査読付き論文として学界に認められるまでには通常数年以上を要する。一方で、政策研究では次年度予算に間に合わせるため数か月以内に結果を出すことや、年度内に実施と報告を完結させることが求められる。厳密性を追求するあまり、タイムスパンを無視すれば、政策決定のタイミングに間に合わず、社会実装されない。

このように、パンデミック下の研究経験を通じて、私は「平時」には学術的独自性や国際的な貢献を重視し、「有事」には即応性や現場適合性を重視するという、二つの異なる価値観の存在を明確に意識するようになった。どちらが優れているというものではなく、状況に応じて研究者に求められる役割や判断基準は大きく変化するのだという認識に至ったのである。

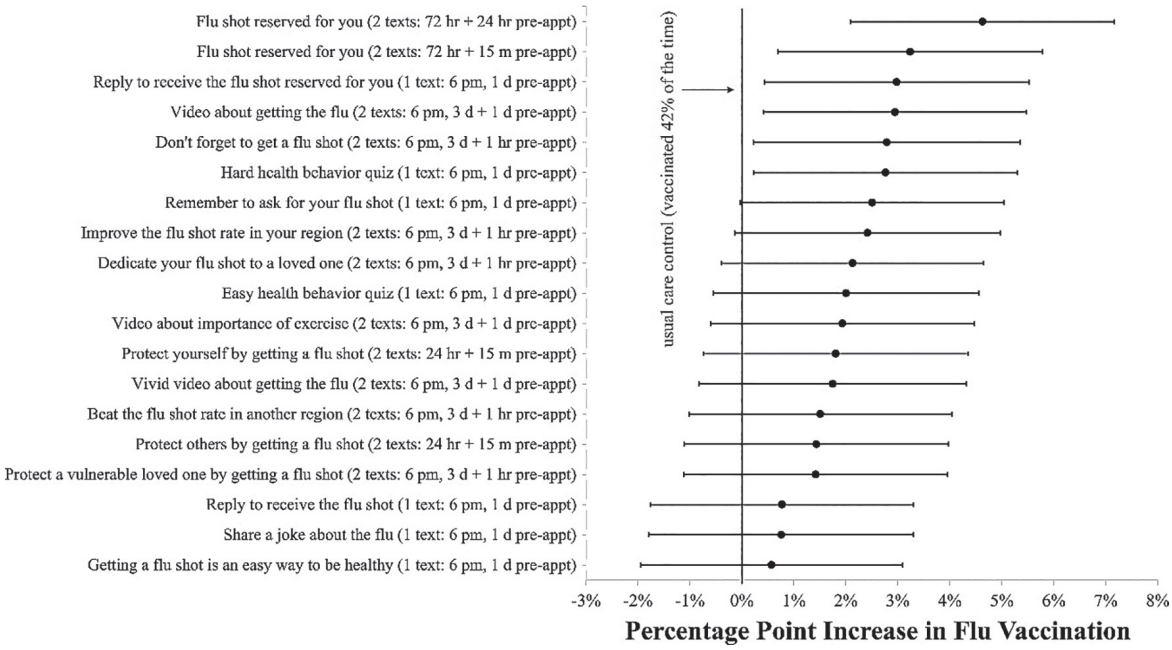
3. 研究事例

海外のメガ・スタディ

このように研究者としての姿勢が変化するプロセスの中で、筆者自身が新型コロナ・パンデミックで実際にどのような研究を行い、どのような知見を得たのかを以下に紹介していく。まず、海外の関連研究から振り返ることから始めよう。

筆者が注目したのは、2020 年秋に著名な行動科学者であるミルクマンらが実施した、「メガ・スタディ」と呼ばれる大規模なフィールド実験であった（Milkman et al., 2021）。米国の大規模医療センターに定期通院している患者を対象に、次回通院のリマインドとして送信されるショート・メッセージ・サービス（SMS）の中に、季節性インフルエンザ・ワクチンの接種を呼びかける文言を加える、というものであった。当時の米

図 1　多種多様なメッセージや送付パターンの介入効果



備考：図は Milkman et al., 2022 より引用
https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2101165118
水平の線は 95％信頼区間を表す。

国は、同年12月から新型コロナ・ワクチン接種が開始されるという計画であったため、本研究の知見が新型コロナ・ワクチンの接種勧奨に直接的に応用されることが明確に意図されていた。実験の結果、「あなたの分のワクチンを確保しています（Full shot reserved for you）」というメッセージをアポイントの72時間前と24時間前にSMSで送信するという介入が、予約当日までに接種を受ける可能性を最も高めることが分かった。

さらにミルクマンらは、全米のウォルマート薬局の協力を得て大規模なフィールド実験を同時期に行い、同様のメッセージが薬局の顧客の季節性インフルエンザ・ワクチン接種も促進することを実証した（Milkman et al., 2022）。この実験では効果が約3か月間持続することも確認され、SMSによる簡便な介入が中期的にも有効であることが分かった。

続いて、2021年1〜2月にはダイらの研究チームによるフィールド実験が実施された（Dai et al., 2021）。介入対象は、米国カリフォルニア州の大規模統合医療システムであるUCLA Healthに登録されている患者であり、「あなたの新型コロナ・ワクチンがちょうど接種できるようになりました（A COVID-19 vaccine has just been made available to you）」というメッセージをSMSで通知することの効果を検証した。実験の結果、このメッセージを受け取ることで、送信から6日以内に新型コロナ・ワクチンの接種予約を取る可能性と、さらに4週間以内にUCLA Health管轄下で実際に1回目接種を受ける可能性の両方が有意に上昇することが分かった。興味深いことに、この効果はUCLA Healthの管轄外での接種を含めても頑健に確認され、さらに8週間経過後も持続していた。

ミルクマンらの研究に代表される「メガ・スタディ」は、季節性インフルエンザ・ワクチン接種を対象とした極めて大規模なフィールド実験であり、新型コロナ・ワクチンの接種開始直前というタイミングで遂行されたことには、学術的だけでなく政策的にも大きな意義があったと評価できる。彼女らは多種多様なメッセージや送付パターンを探索的に検証し、その成果を迅速に公表することで、米国を含む各国における接種勧奨施策の立案に即時的に資する情報を提供した。実験デザインの煩雑さや学術的洗練度に関しては議論の余地があるものの、パンデミックという緊急事態の中で実用性を重視し、短期間にこれほど大規模な検証と社会発信を実現した点は政策研究としてきわめて意義高いと筆者は評価している。

日本のオンライン実験

筆者らの研究チームも、ミルクマンらと同様に、日本の新型コロナ・ワクチン接種の開始に間に合わせる形での研究開発を目指すこととなった（Sasaki et al., 2022）。日本では、医療従事者を対象にした接種が2021年2月に開始され、65歳以上の一般高齢者向け接種が同年4月12日から始まるというスケジュールが、1月下旬に正式決定された。したがって、一般高齢者向け接種が本格的に始まる前に、接種勧奨に用いられるメッセージを発見しておきたいと考えた。しかし、米国でミルクマンらが活用した季節性インフルエンザ・ワクチンの接種機会は、日本ではその時期になると既に終了しており、実際の「接種行動」をアウトカムとした検証は困難であった。そのため、筆者らは「接種意向」をアウトカム指標とするオンライン実験を行うことで、政策に資するエビデンスの創出を目指した。

当時の社会的背景として、いくつかの調査研究から、日本の人たちの大部分が新型コロナ・ワクチンの接種意向を事前に有していることが明らかとなっていた。しかし、65歳以上の高齢者を対

象とした優先接種が開始される2021年4月になると、感染拡大の勢いが一旦落ち着いているだろうと予想されていたことから、接種意向を持つ人々であっても、「深刻になってから接種をすればいいだろう」等と先延ばしして、すぐには接種行動に至らない可能性が懸念されていた。また、今回のワクチンの効果が発症予防や重症化予防に限定されていたため、未接種者にまで感染防止効果を及ぼすことは期待できず、重症化リスクの高い高齢者にできるだけ多く接種してもらう必要もあった。接種意向を持っている人の実際の接種行動を促進して、より高い接種率を実現するための具体的施策の開発が急務となっていた。

筆者らは、数あるナッジの中で「他者の情報を提供するナッジ」に着目した。先行研究の蓄積が豊富であり、現実の政策に導入しやすいと考えられたからである。具体的には以下の3種類のメッセージを設計した。一つ目に「社会比較メッセージ」であり、「あなたと同じ年代の10人中X人がこのワクチンを接種すると回答しています」と伝える形式のものである。二つ目に「利得フレームの社会的影響メッセージ」であり、「あなたの接種が周囲の接種を後押しします」とポジティブ・フレームで表現した。三つ目に「損失フレームの社会的影響メッセージ」であり、「あなたが接種しないと周囲の接種が進まない可能性があります」とネガティブ・フレームで表現した。

これらのメッセージの効果を検証するための実験を2021年3月、優先接種開始のひと月前に実施した。対象は日本全国に住む65～74歳の高齢者798名と25～34歳の若年者797名、合計1595名であり、オンライン調査を活用する方法をとった。本研究のユニークさは、各メッセージが接種意向に与える影響だけでなく、自律的な意思決定感や心理的負担の水準にも着目し、両者を併せて評価した点にあった。新規開発されたワクチンへの不安や不確実性が残る状況では、人々の自律性に十分に配慮する必要があり、ナッジ研究においても自律性や心理的負担を含む包括的な評価が新たな課題となっていた。本研究はこの潮流を反映した設計となっていた。

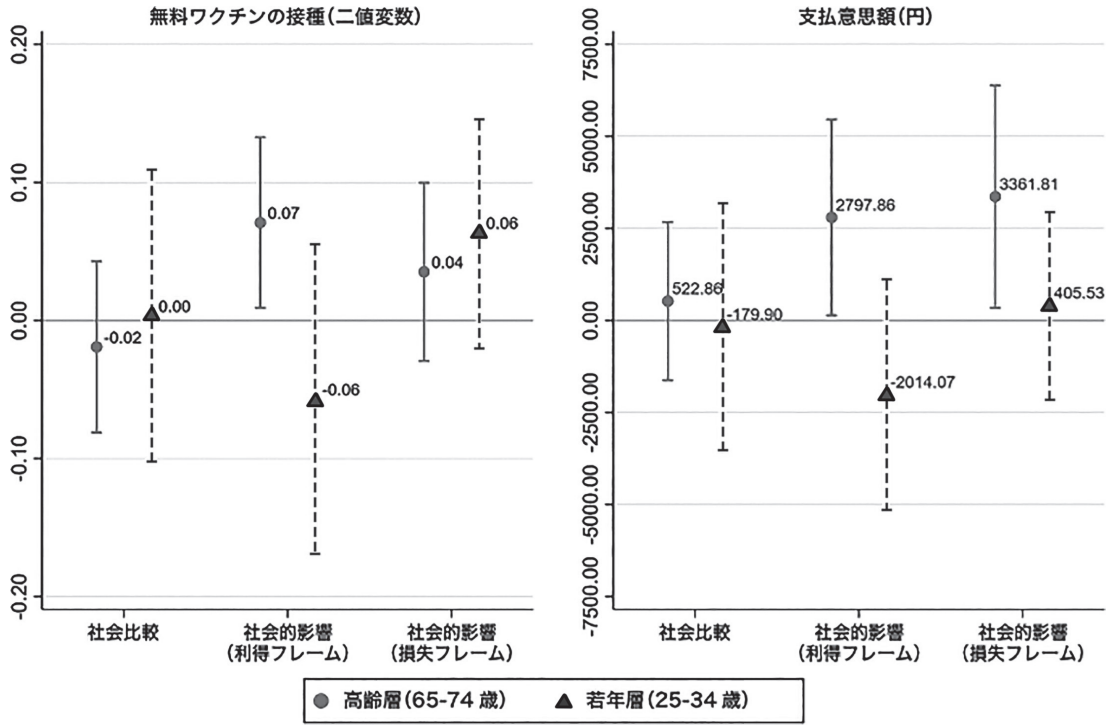
実験結果は以下の通りである。第一に、もともと接種を予定していなかった高齢者の意向を強め、接種希望者数を増やす効果を示したのは、

図２　有効性が確認されたナッジ・メッセージ

- このワクチンには、**発症予防効果**があることが確認されています。
- 接種により、あなた自身が新型コロナに感染した場合に<u>発症する可能性を下げる効果</u>があります。
- 接種により、接種部位の痛みや腫れ、発熱などが生じる可能性があります。
- 稀に、アナフィラキシーなどの副反応が生じる場合もありますが、適切に対処されれば問題ないことが確認されており、日本の接種場所でも、適切に対処できるように準備されています。

ワクチンを接種した人が増えると、
ワクチン接種を希望する人も増えることが分かっています。
<u>あなたのワクチン接種が、周りの人のワクチン接種を後押しします</u>。

図３　ナッジ・メッセージの介入効果



備考：垂直の線は 95％信頼区間を表す。

「利得フレームの社会的影響メッセージ」であった。第二に、既に接種を希望していた高齢者の意向をさらに強化する効果を示したのは、「損失フレームの社会的影響メッセージ」と「社会比較メッセージ」であった。他方で、損失フレームは心理的負担を高める可能性があり、社会比較メッセージは未接種予定者の意向をむしろ弱めてしまう可能性も示された。第三に、これらのナッジ・メッセージはいずれも、若年層の接種意向には有意な効果を及ぼさなかった。

以上から、ナッジは接種勧奨に一定の有効性を持ち得るものの、その効果は対象者の属性やメッセージの枠組みに大きく依存することが明らかになった。また、自律性や心理的負担といった副次的な側面を評価に含めることが、短期的な接種率の向上だけでなく、長期的な協力行動の持続性を担保する上で重要である可能性も示唆された。

日本のフィールド実験

オンライン実験の結果から、少なくとも高齢者に対しては、新型コロナ・ワクチンの接種を円滑に進めるために有効な施策を発見することができた。

実際、4 月以降、高齢者の接種率は順調に上昇していった。学術研究だけでなく自治体現場でも、円滑な接種実現のための工夫が試みられていた。例えば、新潟県上越市は、集団接種の日時と会場をあらかじめ指定し、その仮指定に従って接種を呼びかける「投票所方式」を導入した。この方式では、仮指定された日時で接種する限り、電話やインターネットによる煩雑な予約手続きは不要であった。もちろん、日時の変更や市内のクリニックでの個別接種を選択することも可能である。この仕組みは「デフォルト・ナッジ」の一種として海外研究でも有効性が確認されていたもの

だ（Chapman et al., 2016）。一般的な「空き枠を提示し、希望者に予約してもらう」方式よりも、「○月○日○時に接種できます」と具体的に日時を指定する方式の方が接種率を高めることが報告されてきた。対象者の多くが接種意向を持っていない場合には無断キャンセルが続出するリスクがあるが、新型コロナ・ワクチンのように高齢者の大多数が接種に前向きであった状況では、予約負担を軽減し、効果的に機能していたと考えられる。

これに対し、若年層の接種推移の先行きは当時不透明であった。2021 年 5 月頃の時点で、若年層の接種意向は相対的に低く、オンライン実験においても効果的なナッジ・メッセージを特定できていなかった。若年層は重症化リスクが低いため、接種の個人的便益が小さいことが接種意向を低下させる一因であったと考えられる。しかし、社会全体の便益を考えると、若年層にも接種を受けてもらう必要が出てきた。この頃になると、医学的エビデンスが蓄積されて、ワクチンが感染予防効果を持つとのエビデンスも示されるようになった時期には、行動範囲の広い若年層の接種は公衆衛生上の意義が大きくなった。

この課題認識を背景に、筆者らの研究チームは 2021 年 5 月以降、若年層の接種行動を後押しできるナッジ・メッセージを検証するフィールド実験を計画した（佐々木・大竹・齋藤，2025）。先ほどのオンライン実験が「接種意向」を対象としていたのに対して、実際の「行動」に結びつけて効果を測定することがやはり必要だと考えたため、現実社会の中で行うフィールド実験の実施可能性を探った。行動経済学では、意向と行動が必ずしも一致しないことが知られており、特に感染症対策のような分野ではその差異が大きな政策課題となっていた。

フィールド実験は、大学生を対象とした実験室実験と異なり、日常生活における一般市民を対象にランダム化比較試験を行い、実際の行動を結果指標とするものである。そのため、外部妥当性が高い一方で、自治体や企業などの協力が不可欠であり、複数のステークホルダーとの調整が必要になる。日本でも近年、エネルギーや医療の分野でフィールド実験が増えており、政策設計に直結するエビデンスを得る手法として注目されている（佐々木，2019）。

筆者らが複数の市町村に協力を打診した結果、若年層接種の重要性を共有する一つの自治体から支援を得ることができた。自治体側からは「市民の心理的負担を増やさないメッセージに限定すること」という条件が提示された。大阪大学の研究倫理委員会で承認を得るとともに、自治体内でも倫理的懸念を精査してもらった上で、3 種類のメッセージ（「あなたの分のワクチンを確保しています」「ワクチン接種はあなたやあなたの大切な人を新型コロナから守ります」「ワクチン接種であなたの大切な人に安心して会いに行けます」）を選定した。

2021 年 7 月、協力自治体に居住する 30 代を対象に、これらのメッセージを記載したシールを接種券封筒の表面に貼付して発送した。メッセージ付き封筒を受け取る群と受け取らない統制群をランダムに設け、実際の接種行動を追跡した。分析の結果、短期的には「確保しています」と「会いに行けます」の 2 種類のメッセージを受け取った群の、特に女性において、大規模接種会場でモデルナ・ワクチンを早期に接種する傾向が観察された。一方で、長期的には群間差は解消し、いずれのグループも最終的には約 80％の接種率に到達した。

自治体から後に共有された情報によれば、対象世代に接種券が送付された時期から供給不足が顕在化し、特に市内クリニックでのファイザー・ワ

クチン予約が困難になっていたということだった。大規模接種会場のモデルナの予約枠も限られていたため、メッセージを受け取った人々は早期に予約を試み、残り枠を確保できたと推測される。一方、それ以外の人々も接種意向は有していたため、予約が遅れて一時的に接種機会を逃したものの、後に供給が回復してから接種に至ったのだろう。

この結果は、若年層においても接種意向自体は十分に存在していたことを示すと同時に、ナッジ・メッセージの効果が主として接種の「タイミング」に表れたことを意味する。接種勧奨の効果を理解するためには、個人の心理や行動だけでなく、供給体制や制度的環境を統合的に考慮する必要があることを実感した。

4．社会実装上の課題と学び

これらの研究の過程で得られた最大の教訓は、「研究成果を政策現場にどのように橋渡しするかを、事前に計画しておくことがいかに重要か」ということだった。オンライン実験もフィールド実験も、それぞれに明確な長所と短所を持ち、学術研究としての意義と政策的な活用可能性の両面で一長一短があることも分かった。

まず、オンライン実験を行った当初、筆者らは優先接種の開始までに研究をやり切ることを強く意識していたものの、有効性が確認されたナッジ・メッセージを自治体の接種勧奨にどのように活用してもらうかに関する具体的な知識や戦略をほとんど持ち合わせていなかった。データの分析が終わって初めて、得られた成果を実際の政策に落とし込む方法を模索し始めた、というのが実際のところであった。

実験終了後、省庁及び自治体職員等で構成されるNPO法人PolicyGarage（2025）に協力を依頼して、全国の自治体関係者約80名に研究成果を報告し、活用可能性について意見交換する機会を得た。会合では、郵送による一律配布は接種を希望しない人々にも届くため、心理的負担への配慮が必要であること、また実装する場面や媒体を慎重に選ぶべきだという意見が寄せられた。この経験を通じて、研究者が単に結果を示すだけでは不十分であり、「どのような形なら現場で採用可能か」を一緒に考えるプロセスが重要であると意識するようになった。

続いて、フィールド実験の経験は、タイムリーに研究成果を報告し、政策へ反映させる難しさを示していた。筆者らが自治体と協力して30代を対象に接種券封筒へナッジ・メッセージを付与したのはデルタ株が主流の2021年夏の頃であり、若年層の一回目・二回目接種が強く求められていた時期であった。実験結果からは接種時期を早める効果が示唆されたので、もし状況が変わらなければ、メッセージを追送するなど政策展開の可能性もあった。しかし、後述するように、データ分析を終える頃にはオミクロン株が主流となり、若年層の接種推進の優先度は低下していた。そのため、せっかく得られた成果を実装に結びつけることはできなかった。この経験は、パンデミックのように状況が目まぐるしく変化する中で、研究成果の有効期間が短くなり得ることを痛感させるものであった。

オンライン実験とフィールド実験を続けて行ったことで、両者の長所と短所がより鮮明になった。オンライン実験は迅速で多様な属性を対象にできるが、実際の「行動」をアウトカム指標に設定しにくい。フィールド実験は自治体や医療機関の協力を得て実際の行動を行政記録データで検証できるが、調整やデータ収集に時間を要し、分析結果を提示できる頃には政策上の優先度が変化していることが少なくない。

今回のフィールド実験でも、介入自体は接種券発送に間に合ったが、正確なVRSの接種記録データが集約されるまで約2か月を要したため、初期のデータ分析と検証を終えた頃にはオミクロン株に切り替わり始めていた。つまり、フィールド実験の強みである「正確さ」が、同時に「即応性の欠如」という弱点につながってしまったのである。

これらの経験を踏まえれば、パンデミックのように刻々と状況が変化する「有事」には、迅速なエビデンス生成が可能なオンライン実験を駆使することが適している。一方で、フィールド実験は時間的余裕のある「平時」に実施し、制度や現場に適合したナッジの効果を精緻に蓄積しておくことが望ましい。そのうえで、有事には、平時に蓄えられたフィールド実験の知見を参照しつつ、オンライン実験で素早く得られる結果と組み合わせることで、より柔軟かつ実効的に政策設計に活かすことができるのではないだろうか。つまり、研究成果を社会実装へつなげるには、「平時に蓄積した頑健なフィールド実験の知見」と「有事に即応できるオンライン実験の知見」を組み合わせる二層構造が重要である。今回の一連の研究過程は、ナッジ・メッセージそのものの効果だけでなく、エビデンスを政策現場へ橋渡しするための課題と戦略を明らかにする、貴重な経験となった。

5．政策的含意と今後の展望

本研究を通じて得られた知見から、将来のパンデミックに備えて、今後の政策研究体制に求められる方向性を整理しておきたい。最大のポイントは、パンデミックの発生前から必要な研究成果を蓄積し、発生後には、その成果を迅速に応用・追加検証できる体制を構築することである。

第一に、平時における研究基盤の整備が不可欠である。具体的には、自治体や保健所との協力のもと、定期接種や任意接種を対象にフィールド実験を実施して、接種勧奨施策の効果をあらかじめ検証しておくことが望ましい。フィールド実験は実施前の調整や分析に時間を要するため、パンデミック最中にゼロから立ち上げて政策に即応することは難しい。しかし、平時にエビデンスを積み上げておけば、開発された新規ワクチンに対しても、既存のエビデンスが有効かを追加的に検証する手続きだけで済む。これは、政策の即応性を高めるための現実的な戦略である。

平時にフィールド実験を通じて、研究成果を現場に共有し勧奨施策に採用してもらうプロセスを積み重ねることで、「現場で採用しやすい施策の特徴」が理解できるだけでなく、行政担当者の行動経済学的リテラシーが高まり、研究者と現場のネットワークも構築される。こうした経験は、パンデミック発生時にスムーズに協力体制を築くうえで大きな資産となる。

現在、東京大学や大阪大学などに設置されたワクチン拠点では、ウイルスのゲノム情報が判明してから100日以内にmRNAワクチンを開発する体制の整備が進められている。従来はワクチン開発に年単位を要していたことを考えると、この速度は格段の進歩である。しかし、それだけに接種意向や勧奨施策の効果検証を発生後から一から設計していては間に合わない。基本的な質問文や実験デザインを平時に準備し、ウイルスやワクチンの特性に応じて微調整を加え、速やかに調査や実験を実施する体制が不可欠となる。繰り返しになるが、パンデミック発生後に求められるのは、新しい施策の全面的な検討ではなく、平時の研究成果の追加検証を迅速に行い、人々への精神的負担が過度でないことを確認した上で、自治体や保健所に実装してもらうことである。

最後に、政策研究の供給体制の課題について触

れておきたい。日本の行動経済学者の中で感染症やワクチンをテーマに研究をしている者は極めて少なく、現状、大阪大学の私たちのチームが数少ない例である。アフター・パンデミックの中で、感染症やワクチンに関する論文が経済学の主要誌に掲載される機会は減少しており、新規参入する経済学者が自然に増えることは期待しづらい。こうしたマンパワー不足を乗り越えるためには、感染症学、公衆衛生学、疫学など隣接分野の専門家と協働し、学際的な研究体制を築く必要がある。必要な政策研究のアジェンダを経済学者だけでなく他分野の研究者の関心にも合致する形に設計できれば、より広範なコラボレーションが可能となるだろう。

これまでも医療と経済学の架け橋となってきた医療経済学には、行動経済学と連携しながら、学際的な人材を結集させ、広範なコラボレーションを可能にするネットワークやプラットフォームの構築において、中心的な役割を期待したい。

参考文献

Chapman, G. B., Li, M., Leventhal, H., and Leventhal, E. A. (2016). Default clinic appointments promote influenza vaccination uptake without a displacement effect. *Behavioral Science & Policy*, 2(2), 40-50.

Dai, H., Saccardo, S., Han, M. A., Roh, L., Raja, N., Vangala, S., ... & Croymans, D. M. (2021). Behavioural nudges increase COVID-19 vaccinations. *Nature, 597*(7876), 404-409.

Giubilini, A. (2021). Vaccination ethics. *British medical bulletin, 137*(1), 4-12.

Milkman, K. L., Patel, M. S., Gandhi, L., Graci, H. N., Gromet, D. M., Ho, H., ... & Duckworth, A. L. (2021). A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated at an upcoming doctor's appointment. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 118*(20), e2101165118.

Milkman, K. L., Gandhi, L., Patel, M. S., Graci, H. N., Gromet, D. M., Ho, H., ... & Duckworth, A. L. (2022). A 680,000-person megastudy of nudges to encourage vaccination in pharmacies. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 119*(6), e2115126119.

NPO 法人 *PolicyGarage*. (n.d.). PolicyGarage. https://policygarage.or.jp/（取得日：2025 年 9 月 10 日）

佐々木周作（2019）「チーム研究の作法：フィールド実験の立上げから運営まで」『日本労働研究雑誌　特集：研究対象の変化と新しい分析アプローチ』，No.705，pp.13-18.

佐々木周作・大竹文雄・齋藤智也（2025）『行動経済学で「未知のワクチン」に向き合う』日本評論社，東京.

Sasaki, S., Saito, T., and Ohtake, F. (2022). Nudges for COVID-19 voluntary vaccination: How to explain peer information? *Social Science & Medicine*, 292, 114561.

リチャード・セイラー，キャス・サンスティーン（2009）実践行動経済学：健康，富，幸福への聡明な選択．東京：日経 BP.

特別寄稿

高額療養費改革案はどう見送られたのか：2024 年度案の政策形成・修正過程と患者運動

安藤　道人*[1]　河田　純一[2]

要　約

本稿では、2024 年 12 月に提示された高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げ案が、患者団体の反対運動や野党からの批判を経て 2025 年 3 月に見送りとなった過程を分析する。具体的には、高額療養費の創設から 2024 年の引き上げ案の決定までの歴史的な経緯を整理した上で、2024 年末から 2025 年 3 月にかけての引き上げ案の政策修正過程を検討する。とくに、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経緯を検証する。また、この引き上げ案の見送りが、2000 年代以降の障害福祉や難病対策の自己負担増の政策修正過程と共通点があることを指摘する。

1．はじめに

2025 年の 1 月から 3 月にかけて、高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げ案（以下、負担限度額の引き上げ案もしくは引き上げ案と呼ぶ）を巡り、前例のない事態が生じた。前年の 2024 年の 11 月から 12 月にかけて議論され、そして 12 月 25 日に具体案が示された引き上げ案に対して、患者団体が反対の声を上げ、その結果、2025 年 3 月 7 日に引き上げ案の見送りが決まったのだ。

この一連のプロセスは、2024 年 12 月 25 日の引き上げ案の決定・公表に至るまでの政策形成過程と、そこから 2025 年 3 月 7 日の石破首相による引き上げ案の見送り表明に至るまでの政策修正過程に分けることができる。これまで、引き上げ案の政策形成過程についてはすでに複数の論説で検証されており（安藤 2025a, b、三原 2025a）、また政策修正過程についての詳細な検証もなされている（三原 2025b）。しかしこれらの検証は、2024 年 12 月の引き上げ案が登場するまでの歴史的経緯については十分に触れておらず、また、引き上げ案の見送りにおいて重要な役割を果たした患者団体の動きについても十分な検討をしていない。

そこで本稿では、第一に高額療養費制度の創設から 2024 年の引き上げ案決定までの政策形成の経緯を整理し、第二に引き上げ案の決定から見送りまでの政策修正過程を患者団体の動きを中心に検証する。第一の政策形成過程については、安藤（2025a, b）や三原（2025a）と異なり、本稿では、1973 年の高額療養費の創設から 2015 年に現行制度に至るまでの 70 歳未満の高額療養費の

＊責任著者　E-mail: andomichihito@gmail.com
1　立教大学経済学部
2　東京大学医科学研究所

受付：2025 年 9 月 16 日
公開：2025 年 10 月 17 日

DOI: 10.24742/jjhep.2025.05

負担限度額の推移を整理する。この作業によって、2015 年の改革や 2024 年の引き上げ案が、2001 年改革での「上位区分者」の設定とその所得区分の負担限度額引き上げという改革の延長上に位置づけられることを見ていく。第二の患者団体の動きから見た政策修正過程については、全国がん患者団体連合会（全がん連）を中心とした患者団体が、どのように社会や政治に働きかけ、引き上げ案の見送りが実現したかを見ていく。とくに、2024 年 12 月から 2025 年 3 月までの間に、患者団体が要望書・アンケート・署名活動に加えて、与野党の政治家やメディアや学術団体に働きかけを行うことによって政治を動かした経緯に着目する。

また最後に、2024 年度の負担限度額の引き上げ案の見送りのプロセスを、2000 年代以降の 2 つの社会保障の自己負担増とその修正に至るプロセスと比較する。2000 年代以降の社会保障サービスの対象者の拡大や財政的拡大の中で、2006 年には障害福祉サービス（障害者自立支援法）で、2014 年には難病医療費助成（いわゆる難病対策における自己負担軽減制度）において、自己負担増が提案され（障害者自立支援法のケースでは実現し）、当事者団体の反対により修正された。これら 2 つの自己負担増とその修正を、高額療養費の負担限度額引き上げ案とその見送りと合わせて検証することによって、2000 年代以降の自己負担改革に共通する特徴を指摘する。

本稿の構成は以下のとおりである。2 節では、1973 年の高額療養費制度の創設から 2024 年 12 月末の引き上げ案の決定に至る政策形成過程を整理する。3 節では、2025 年 1 月から 3 月を中心に、引き上げ案の見送りに至るまでの政策修正過程を検討する。4 節では、3 節で整理した政策修正過程において、患者団体がどのような形で運動を展開したかを検証する。5 節は考察と結論である。

2．高額療養費制度の引き上げ案の政策形成過程

2-1．高額療養費創設から現行制度まで

高額療養費が創設されたのは 1973 年であり、当初は被用者保険の被扶養者に対して月額 3 万円の自己負担限度額が設定された。また市町村が運営する国民健康保険（国保）の被保険者についても、同様の高額療養費制度が 1974 年度中に全保険者において実現した（吉原・和田 2020）。当時は健康保険の被用者本人の自己負担は定額負担であったため、自己負担率が 3 割の被用者保険の被扶養者と国保の被保険者が対象になった。

その後、被用者保険の被保険者本人については 1984 年に 1 割負担となった際に高額療養費が導入され、また高齢者についても 2001 年に自己負担が定額負担から 1 割負担へと変更された際に高額療養費（当時の老人保健制度では高額医療費と呼ばれた）が導入された（遠藤 2021）。このように、高額療養費制度はすべての被保険者に一律に適用されたわけではなく、最初は自己負担が 3 割であった層に適用され、被用者本人や高齢者の自己負担が定率負担になる段階で、順次対象者を拡大していった。それ以外にも、世帯合算方式や多数回該当の創設、現物給付化（自己負担限度額を超える分について、立替払いと払い戻しではなく医療機関窓口での支払いを免除）などの改革も進んだ。

創設から現在に至るまでの 70 歳未満の高額療養費の負担限度額の推移は、所得区分やその水準に着目すると、大きく 3 つの時期に分けることができる。第一に 1973 年から 2000 年であり、1981 年に低所得者（住民税非課税世帯）の区分が設けられて以降は 2 段階の負担限度額であった。第二に 2001 年から 2014 年であり、この時

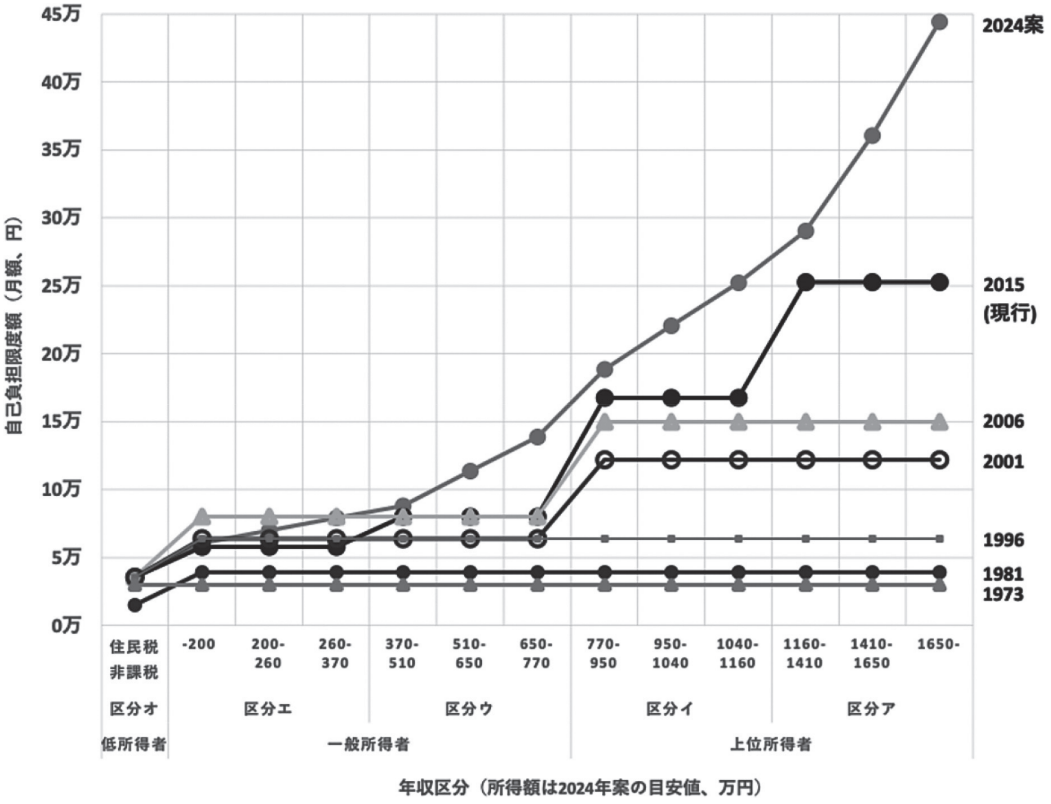
期は「上位所得者」区分の導入によって3段階の負担限度額となった。そして第三に2015年から現在までであり、5段階の所得区分となっている。

図1には、1973年の制度創設時から2024年引き上げ案までの70歳未満の負担限度額の推移を、主要な見直しがあった年を中心に示している。横軸の所得区分には、所得区分が3段階のときのもの（1981-2014）と、5段階のもの（2015-現在）と、2024年12月に提示された引き上げ案の13段階のものを示している。

この図からわかるように、1973年から2000年までの28年間は、高額療養費の負担限度額は、ほぼ所得に関係なく一律であった。創設当時の1973年は所得に関係なく月額3万円であった高額療養費の負担限度額は、1981年に低所得者（住民税非課税世帯）の区分が導入されて2段階となった（当時は低所得者は1.5万円、それ以外は3.9万円）。しかしその後は、1996年まで、（低所得者区分以外は）所得と無関係に、物価や所得の上昇に対応する形で、複数回にわたって一律の引き上げが実施された（1996年時点で低所得者は3.54万円、それ以外は6.36万円）。

その後、2001年からは、デフレーションが長引く中で物価・所得上昇への対応の必要性がなくなる一方で、所得区分を細分化し、中高所得者の

図1　高額療養費の自己負担限度額の推移（70歳未満、主要な見直し年のみ）



注：各種資料より著者作成。低所得者・一般所得者・上位所得者という3区分は2001年に導入され、区分ア～オという5区分は2015年に導入された。またすべての見直しではなく、1973年の制度創設後、新たに所得区分が追加された年（1981年、2001年、2015年）前後の見直しを中心に掲載している。ただし1981年の一つ前の見直しは1976年（限度額の3万円から3.9万円への引き上げ）であるが、図が煩雑になるため表記していない。また2001年以降における限度額を超えた分の1%の追加負担や、多数回該当の仕組みは考慮していない。

負担限度額を引き上げる流れが顕著となる。まず2001年に新たに「上位所得者」という区分が作られ、一定以上の所得になると負担限度額が6.36万円から12.18万円へとほぼ倍となる仕組みとなった。また、負担限度額が超えた分について医療費の1%を追加負担するという仕組みも導入された。さらに2015年には所得区分が5段階に細分化され、高所得層（区分ア）では限度額は15万円から25.26万円へと大きく引き上げられた一方、所得が370万円以下の層（区分エ）の限度額は8.01万円から5.76万円へと引き下げられた[注1]。2015年の見直し以降は、2024年の引き上げ案が出るまで、70歳未満の高額療養費については大きな改革論はなかった。

2-2. 2024年末の引き上げ案の決定

2022年、内閣官房に設置された社会保障の有識者会議の報告書において「負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し」という言葉が掲げられた（全世代型社会保障構築会議, 2022）。2013年の有識者会議の報告書においても、医療・介護の改革の方向性として「負担能力に応じた負担」が提示されていたが（社会保障制度改革国民会議, 2013）、その方向性が再確認された形である。なお、前節で検討した2015年からの高額療養費の負担限度額の5区分への細分化と負担水準の見直しは、この2013年の報告書の提言に沿った見直しであった（安藤 2025b）。

そして、2023年末から負担限度額の引き上げに向けた議論が動き始める。まず2023年11月30日の全世代型社会保障構築会議で提示された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋について（素案）」において、高額療養費の自己負担限度額の見直しが記載される。これについてはこの会議で詳しい議論はなかったが、「例えば高額療養費制度なども負担能力に応じた負担という観点から言いますと、近年の賃金などの動向、賃金を上昇させるという政府で取り組んでいる状況、そういった様々な要因等々について整合性を踏まえたものにしていかなければいけないと、このようにも思います」との発言があった（増田寛也構成員）[注2]。

その後、2023年12月22日、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」が閣議決定される。そこでは高額療養費制度の在り方について「賃金等の動向との整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う」と明記された。この「改革工程」は、2023年12月21日の経済財政諮問会議でも議論されている。

2024年に入ると、議論の場は通常国会に移るが、そこでは「改革工程」に基づく2024年度予算の議論や当時の岸田文雄政権が掲げる「次元の異なる少子化対策」に関連する議論が中心であった。「改革工程」は、2024年1月19日の社会保障審議会医療保険部会や同1月26日の社会保障審議会の総会といった厚生労働省の審議会でも取り上げられ、年度末の2024年3月21日の全世代型社会保障構築会議でも再び取り上げられている。ただし、これらの場では、「改革工程」は報告事項と言う形で取り上げられており、高額療養費についての踏み込んだ議論はなかった。

その後、2024年度に入り、6月の「骨太の方針」では高額療養費についての記載はなかったが、2024年11月15日の全世代型社会保障構築会議で高額療養費が議論の対象となった。ただし、会議の議題や資料には高額療養費についての言及はなく、5名の有識者委員による発言という形で、高額療養費の見直し（とくに引き上げ）の必要性が提起された。委員の発言に加え最後に清家篤座長も、高額療養費の見直しについて「持続可能な医療保険制度の構築に向けて負担能力に応じた負担を求めるという観点から、速やかに検討に着手

していただければ、と考えております」という形で見直しの必要性に言及した[注3]。

そして2024年11月21日から12月12日までの間に、社会保障審議会医療保険部会で4回かけて高額療養費見直しの議論が行われた。ただしこれら4回の議論では、具体的な引き上げ案は一度も提示されず、引き上げの「イメージ図」に基づく議論が行われたのみであった。

具体的な引き上げ案が提示されたのは、2024年12月25日の大臣折衝後であり、それが「大臣合意」案としてメディアに提示された。そして、その2日後の12月27日に閣議決定された「令和7年度予算政府案」として、はじめて広く引き上げ案の詳細が公開された（表1）。

図1には、この表1の引き上げ案の最終的な数値（R9.8～の列）も図示している。現行制度（2015年見直し）と比べた場合、大幅な引き上げとなっていることが分かる。さらに、低所得者世帯（住民税非課税世帯）を除いて一律に6.36万円であった2000年まで（1996年見直し）と比べると、2001年見直し、2015年見直し、そして2024年見直し案では、中高所得者（図1の区分ア～ウ）の自己負担限度額を大きく引き上げていく趨勢があることが分かる[注4]。

表1　自己負担限度額の引き上げ案（2024年12月25日案，70歳未満）

70歳未満　厚労省作成資料

○　高額療養費の自己負担上限額を以下のとおり見直すことにより、機械的に試算すると、加入者1人当たりの保険料（年間）は1,100円～5,000円の軽減が見込まれる。

定率引上げ（R7.8～R8.7）			細分化		R8.8～R9.7	R9.8～
区分	要件	月単位の限度額	区分	要件	月単位の限度額	月単位の限度額
ア	年収：約1,160万円～（月収：83万円～） +15%	290,400＋1％ <多数回該当：161,100> （252,600＋1％ <多数回該当：140,100>）	1	年収：約1,650万円～（月収：127万円～）	367,200＋1％ <多数回該当：203,700>	444,300＋1％ <多数回該当：246,600>
			2	年収：約1,410万円～約1,650万円（月収：103万円～121万円）	325,200＋1％ <多数回該当：180,300>	360,300＋1％ <多数回該当：199,800>
			3	年収：約1,160万円～約1,410万円（月収：83万円～98万円）	290,400＋1％ <多数回該当：161,100>	290,400＋1％ <多数回該当：161,100>
イ	年収：約770万円～約1,160万円（月収：53万円～79万円） +12.5%	188,400＋1％ <多数回該当：104,700> （167,400＋1％ <多数回該当：93,000>）	4	年収：約1,040万円～約1,160万円（月収：71万円～79万円）	220,200＋1％ <多数回該当：122,400>	252,300＋1％ <多数回該当：140,100>
			5	年収：約950万円～約1,040万円（月収：62万円～68万円）	204,300＋1％ <多数回該当：113,400>	220,500＋1％ <多数回該当：122,400>
			6	年収：約770万円～約950万円（月収：53万円～59万円）	188,400＋1％ <多数回該当：104,700>	188,400＋1％ <多数回該当：104,700>
ウ	年収：約370万円～約770万円（月収：28万円～50万円） +10%	88,200＋1％ <多数回該当：48,900> （80,100＋1％ <多数回該当：44,400>）	7	年収：約650万円～約770万円（月収：44万円～50万円）	113,400＋1％ <多数回該当：63,000>	138,600＋1％ <多数回該当：76,800>
			8	年収：約510万円～約650万円（月収：36万円～41万円）	100,800＋1％ <多数回該当：55,800>	113,400＋1％ <多数回該当：63,000>
			9	年収：約370万円～約510万円（月収：28万円～34万円）	88,200＋1％ <多数回該当：48,900>	88,200＋1％ <多数回該当：48,900>
エ	年収：～約370万円（月収：～26万円） +5%	60,600 <多数回該当：46,500> （57,600 <多数回該当：44,400>）	10	年収：約260万円～約370万円（月収：20万円～26万円）	69,900 <多数回該当：47,400>	79,200 <多数回該当：48,300>
			11	年収：約200万円～約260万円（月収：16万円～19万円）	65,100 <多数回該当：46,800>	69,900 <多数回該当：47,400>
			12	年収：～約200万円（月収：～15万円）	60,600 <多数回該当：46,500>	60,600 <多数回該当：46,500>
オ	住民税非課税 +2.7%	36,300 <多数回該当：25,200> （35,400 <多数回該当：24,600>）	13	住民税非課税	36,300 <多数回該当：25,200>	36,300 <多数回該当：25,200>

※1　括弧内の金額は現行の限度額。　※2　年収額は目安の額であり、実際の所得区分の判定基準には月収（標準報酬月額）等が用いられる。
※3　「＋1％」とは、定率窓口負担額を超える医療費に対して1％の自己負担を求めるもの。

出所：「令和7年度社会保障関係予算のポイント」（財務省資料2024年12月27日閣議決定）p. 17

注：表中には「定率引上げ（R7.8～R.8.7）」、「R.8.8～R9.7」、「R9.8～」の3段階の引き上げが提示されているが、最終的な引き上げ案は一番右側の「R9.8～」である。また現行制度における限度額は「定率引上げ（R7.8～R.8.7）」の括弧内に記載されている。

1996年までの見直しと（2024年見直し案を含む）2001年以降の見直しは、性質的にも異なる。1996年までの見直しは、低所得者世帯を除けば一律の負担限度額であり、かつ物価や所得が上昇している時代であったため、負担限度額の引き上げは、実質的な負担水準の低下を防ぐというインフレ調整的な意味合いが大きかった[注5]。しかし2001年の見直し以降は、物価・所得の上昇が生じていた2024年の見直し案も含め、所定の名目所得区分の名目負担限度額を変更する（すなわち所定の所得区分の実質的な負担水準を変更する）という見直しであり、インフレ調整とは解釈できない。

その意味で、1996年までの見直しはインフレ調整的であるのに対し、2001年以降の見直しは「負担能力に応じた負担」という形での見直しである。とくに、2001年、2006年、2015年の見直しは中高所得者において自己負担増となったのに対し（2015年の見直しでは370万円以下の所得区分エは自己負担減となっている）、2024年見直し案は、所得区分を13区分に細分化しつつも、ほとんどの所得区分において大きな負担増とするものであった（安藤 2025a）。

3．2025年1月～3月の引き上げ案の政策修正過程

3-1. 2月14日修正案：「多数回該当は現状維持」

2025年1月時点では、患者団体などによる反対運動が活発化する一方で、政府は高額療養費の引き上げ案を修正することは検討していなかった。1月24日の施政方針演説においても、石破茂首相は高額療養費の見直し（引き上げ）実施を表明する。また1月23日に開かれた社会保障審議会医療保険部会においても、引き上げ案について報告がなされたが、委員から明確な反対や批判はなく、議論というよりは事後報告の場であった。

しかし、2月14日、患者団体の反対運動や野党からの追求などを受けて患者団体と2回目の面会をした福岡資麿厚生労働大臣は、引き上げの対象から多数回該当を外すという修正案を提示した。この修正案は、負担限度額の引き上げそのものは維持するものの、多数回該当（過去1年に3回以上負担限度額に達した場合に4回目から負担限度額を引き下げる仕組み）については、引き上げを行わずに現行制度のままにする、という案であった（図2）。

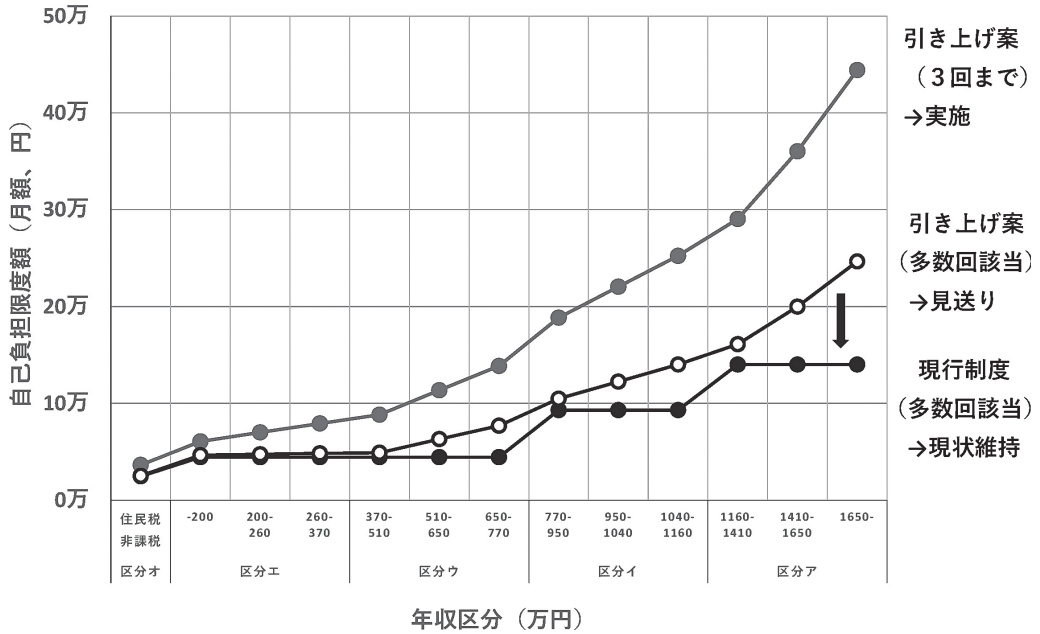
この案（図2を参照）は、多数回該当に当てはまる患者にとっては4回目からの自己負担が現状維持となる一方で、3回目までの負担限度額の引き上げによって高額療養費制度から外れることになる（負担限度額まで達しない）患者にとっては負担軽減にはならない修正であった。そもそも3回目までの負担限度額が大きく引き上がることによって、多数回該当となるのはごく一部の高負担の患者に限られる可能性がある。そのような一部の患者のみにおいて、4回目以降の自己負担が「現状維持」となるという、限定的な修正案であった[注6]。

3-2. 2月28日修正案：「第一段階の引き上げのみ実施」

2月14日の修正案後も批判は収まらず、2月19日には立憲民主党が国会において「高額療養費自己負担引上げ凍結法案」を提出した。またこの時期には、いくつかのがん関連の学会からも要望書が公表された（4-6節参照）。

そして2月28日に、衆院予算委員会で石破首相は2回目の修正案を提示した。その内容は、もともと3年かけて段階的に実施する予定だった引き上げ案（表1）において、比較的小規模の

図２　２月 14 日修正案における「多数回該当は現状維持」案



注：表１より著者作成。多数回該当とは、過去１年の間に３回以上高額療養費の支給を受けた場合に４回目以降の限度額が下がる仕組みである。なお年収 370 万円以上（区分ウ以上）で「引き上げ案（3 回まで）」の場合、この図の自己負担限度額を超えても、超えた分の医療費の 1％の追加的な自己負担が発生する。

引き上げである 2025 年８月からの第一段階の引き上げのみを実施し、それ以降の引き上げはいったん見送り、2025 年秋までに再検討するというものであった。

図３に示したように、第一段階の引き上げは、現在の５つの所得区分を維持したまま、それぞれの区分の負担限度額を引き上げるというものである。この第一段階の引き上げについて、石破首相は経済物価動向の変化を踏まえたものと説明した。ただし前述したように、所定の所得区分ごとの限度額を引き上げるため、この第一段階の引き上げもインフレ調整というよりは実質的な負担増という側面が強かった。

その後も批判は収まらなかったが、与党の自民党・公明党は日本維新の会との連携により、この案で当初予算案が修正され、３月４日に衆議院を通過した。なおこの修正のために増額となった予算額は 55 億円であった。

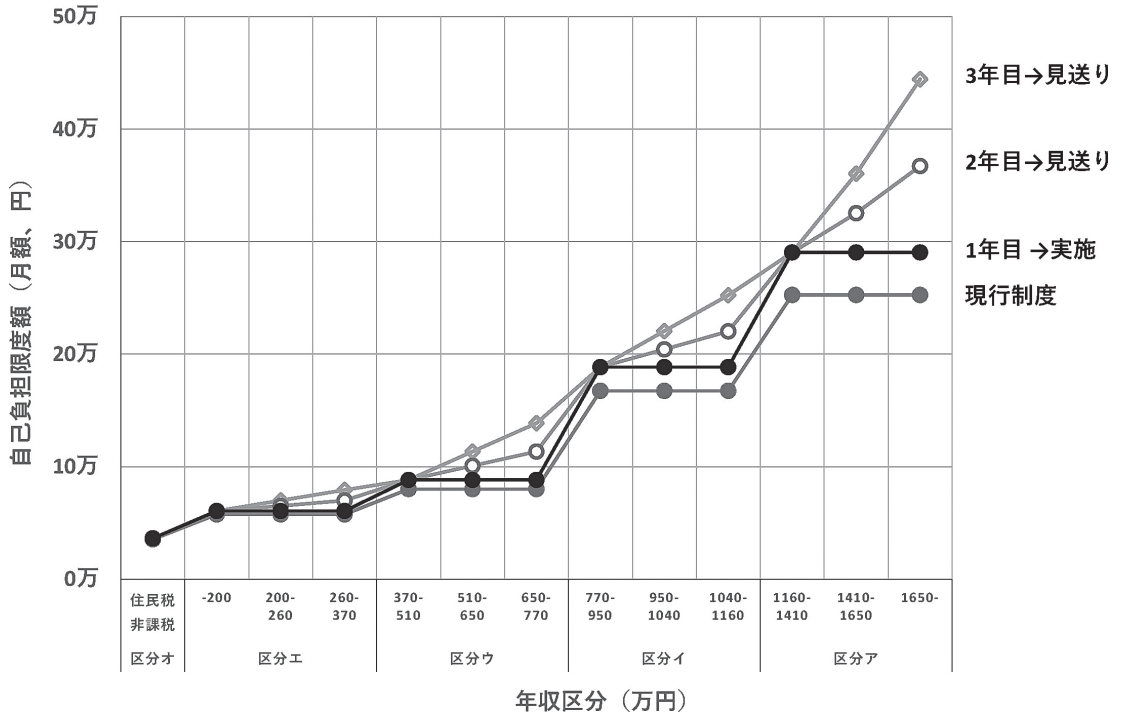
3-3. ３月７日見送り決定

議論の場が衆議院から参議院に移った後も批判は続いた。とくに参議院は 2025 年の夏に選挙を控えており、与党内からも見送りを求める声が強まっていたことが指摘されている。

そして３月７日、石破首相が患者団体の代表と面会し、２回目の修正案であった 2025 年８月からの引き上げ分についても、実施を見送ることを表明した。この見送りにより、予備費から 105 億円が減じられ、予備費の取り崩しという形で、予算上でも引き上げの見送り分が手当された（三原 2025b）。

また、衆議院における修正予算案では２回目の引き上げ修正案が通過していたため、参議院で発生した修正内容を反映した予算案を、衆議院で改めて議決することとなった。これもきわめて異例な事態であった。

図３　２月 28 日修正案における「第一段階の引き上げのみ実施」案



注：表１より著者作成。なお年収 370 万円以上（区分ウ以上）の場合、この図の自己負担限度額を超えても、超えた分の医療費の１%の追加的な自己負担が発生する。

４．患者団体はどう動いたか

4-1．前史：患者団体の形成

高額療養費の引き上げ案に対して、全がん連を中心とする患者団体は、様々な患者運動を展開した。まず、引き上げ案の公表前日の 2024 年 12 月 24 日に全がん連は要望書を提出し、また 2025 年の１月前半には、全がん連は患者・家族・医療関係者のアンケートを実施・公表するとともに、１月から３月にかけて、他の患者団体とともに署名活動や与野党議員へのロビー活動、そして学会への働きかけを行った（詳細は次節以降を参照）。

このような反対運動の背景には、過去のがん領域および難病領域における患者運動の経験の蓄積が存在する。たとえば、2007 年施行のがん対策基本法の制定過程では家計負担の問題が重要な論点となったが、その過程において患者自身が声を上げたことが重要な役割を担った（札幌テレビ放送取材班 2010）。また、2001 年に承認された慢性骨髄性白血病（CML）に対する分子標的薬は、生存率を飛躍的に改善した一方で、生涯にわたる治療継続と経済的負担が発生するなど、高額療養費制度の 2015 年改正（図１参照）をめぐっても制度の限界や課題が指摘された。結果的に、2015 年改正での経済的負担への対応は低所得世帯への措置にとどまったが、この過程で複数の患者団体の働きかけにより、現物給付制度や限度額適用認定証の普及といった成果が実現した。

とくに重要であったのは、2015 年に全国のがん患者団体のネットワーク組織として全がん連が発足（当初は 16 団体が参加）したことだ。多くのがん患者団体がそれぞれの活動を展開する中

で、「がんの種類や地域を問わず、がん全体における共通した課題も存在する」ことから、「共通した課題の解決に向けて連携した取り組みを行う」ことが求められていた（全がん連の設立趣意書より抜粋）。そうした背景を踏まえ、がん患者の統一的な当事者運動を行っていくことを目指して全がん連が結成された。

また、2024 年度の引き上げ案への反対運動を全がん連とともに行った日本難病・疾病団体協議会（JPA: Japan Patients Associaion）にも、患者団体としての運動の蓄積があった。最近では、2014 年末に、難病対策の適用拡大に伴う医療費自己負担の大幅な引き上げ案が提示された際に、JPA などが反対運動を展開し、当初案の修正に繋がった（渡部・安藤 2019、渡部 2023）。その背景には、1960 年代の血友病患者による公費負担要求やスモン病をめぐる患者運動などから続く、患者団体としての長い歴史がある[注7]。

4-2. 2024 年 12 月の要望書

患者団体が具体的に引き上げ案への反対運動を始めたのは 2024 年の年末からである。2024 年 11 月と 12 月の社会保障審議会の議論では、具体的な引き上げ額は提示されておらず、患者団体としても具体的な対応は困難であった。しかし、12 月 25 日に予定されていた引き上げ案の提示を前に、全がん連は 12 月 24 日に厚生労働大臣宛に「高額療養費制度における負担上限額引き上げの検討に関する要望書」を提出・公表した。続いて 27 日には、JPA も同様に「高額療養費制度における負担上限額引き上げに関する要望書」を提出・公表し、さらに慢性骨髄性白血病患者・家族の会いずみの会（CML いずみの会）が、翌 2025 年 1 月 4 日付で、全がん連および JPA の要望を踏まえた「高額療養費制度における自己負担上限額引き上げに対するいずみの会の見解」を公表した。

各団体の要望書・見解は、自己負担限度額の引き上げが患者の生活および治療継続に深刻な影響を及ぼすことを懸念していた点で一致している。全がん連は自己負担限度額の引き上げについて、「特に長期にわたって継続して治療を受けている患者とその家族」の負担の軽減・緩和を要望しており、JPA も「中長期にわたり高額な治療の継続が必要な患者や家族、治療と仕事を両立しようとする患者や家族」の負担軽減・緩和を要望している[注8]。さらに CML いずみの会は、分子標的薬による長期治療を背景に現状の制度下でも生活や人生設計に支障をきたす患者がいることを強調した。

4-3. 2025 年 1 月の全がん連アンケート

患者団体による要望書・意見書の後に重要な役割を果たしたのは、2025 年 1 月中旬における全がん連のアンケート調査であった。2024 年末以降、高額療養費制度を利用する患者や家族の間では、SNS（ソーシャルネットワークサービス）を中心に不安の声が上がるようになっていた。しかし、12 月 25 日の引き上げ案については一定の報道があったものの、患者団体の声に対するマスメディアの反応は限定的であり、年明け以降もあまり取り上げられなかった。こうした状況を背景に、社会的・政治的問題としての可視化を図るため、全がん連は 2025 年 1 月 17 日から 19 日にかけて、高額療養費制度の負担限度額引き上げに反対する意見を把握するためのアンケート調査を実施した。

この全がん連のアンケートは、引き上げ案に対する「あなたのご意見や思いをお書き下さい」という自由記述を中心としたものであり、初日だけで 1,200 名を超える回答があり、最終的に 3 日間で計 3,623 人からの回答が寄せられた。天野

慎介全がん連理事長は、SNS 上で本調査の目的について「がんや難病その他の疾病で療養する患者や家族の皆さま、医師や看護師など医療関係者の皆さま、その他関心のある一般の皆さまで、高額療養費の負担上限額引き上げに反対する方々から声を集め、政府や国会議員などに声を届けたい」[注9] と述べており、がんや難病に限定されない幅広い層からの意見収集を通じて、政策形成過程に影響を与えることを意図していた。

そして全がん連は、2025 年 1 月 20 日付で「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート取りまとめ結果（第 1 版）～ 3,623 人の声」を公表した（全がん連 2025）。本アンケートには、患者や家族に加えて、医師や看護師など医療関係者からの回答も多く含まれていた。患者の自由記述には、現時点でも高額の医療費自己負担で苦しんでいることや、これ以上の負担は治療断念や死に繋がることを強く懸念する声が多く記載されていた。また医師や医療関係者からも、すでに治療を断念する患者を見てきたという指摘や、経済的に限界的な状況の患者を多く見てきたという指摘がなされていた。

本アンケートは SNS 上で大きな反響を呼び、またこのアンケートの声を国会議員や厚生労働大臣、さらには総理大臣に届けることが、それ以降の患者運動の主要な活動の一つとなった。その初期の展開としては、1 月 21 日に中島克仁衆議院議員を通じて、立憲民主党の国会対策委員会によるヒアリングが開催された。ヒアリングには、全がん連、JPA、CML いずみの会が出席し、厚生労働省の担当官にも「アンケート取りまとめ結果」が手渡された。さらに 1 月 23 日にもヒアリングが行われ、立憲民主党が、2025 年通常国会において高額療養費制度の見直し案の是非を主要な争点とする流れが形成された。

このように、全がん連のアンケートは、患者団体による意見集約とその公表にとどまらない役割を果たすこととなった。それは野党による政策争点化の契機となり、また与野党の政治家や担当官僚・担当大臣・総理大臣にアンケートの声を届けるという患者運動のロビー活動における一つの柱にもなった。そして結果的に、患者団体によって収集された患者・家族・医療関係者の声が、国会での議論に直接的に繋がっていくことになる。

4-4. 2025 年 1 月 - 3 月のオンライン署名

2005 年の 1 月から 3 月にかけて、全がん連のアンケートだけでなく、オンライン署名活動という形でも引き上げ案に対する反対運動が展開された。ここでは、3 つのオンライン署名を取り上げる。

第一に、上記のアンケートを実施した全がん連と、2024 年 12 月と 2025 年 1 月にそれぞれ要望書や意見書を公表していた JPA と CML いずみの会は、2025 年 1 月 29 日から「【緊急署名】『高額療養費制度引き上げ反対』石破首相・福岡厚生労働大臣にがんや難病患者・家族の切実な声を届けたい」という署名活動をオンライン署名プラットフォームである change.org 上で開始した。この署名活動には、12 日間で 13 万 5000 人以上の署名が集まり、2 月 12 日の患者団体と福岡厚生労働大臣との初めての面会のときに大臣に手渡された（3-1 節も参照）。

第二に、肺腺がん患者の水戸部ゆうこも、SNS を中心に自己負担限度額引き上げの撤回を求める署名活動を、change.org 上で 2025 年 1 月 12 日から展開した。水戸部の署名「高額療養費制度自己負担上限額の引き上げ反対！『生きること、子どもの未来を諦めろ！っていうの？！』」は、最終的に 58,000 筆以上を集め、2 月 20 日に厚生労働省の鹿沼均保険局長へ手渡された。水戸部はこの署名活動前後に SNS での発信やメディア

出演を継続し、また後述する全国保険医団体連合会（保団連）などとも連携しながら活動を展開していった。

第三に、患者団体ではないが、医師・歯科医師で構成する保団連も2024年末から継続的に引き上げ案反対を訴えており、2025年3月4日からchange.org上で「#高額療養費の限度額引き上げを撤回してください」という署名活動を開始した。本署名は開始後48時間で10万筆以上の賛同を集め、3月13日には約15万筆の署名を厚生労働省の保険局高齢者医療課長に提出している[注10]。

4-5. 2025年1月-3月の世論形成やロビー活動

2025年1月以降、全がん連などの患者団体の活動は、アンケート結果や署名結果を携えた世論形成や国会議員へのロビー活動が主軸となっていく。

世論形成という観点からは、全がん連らは、様々な機会をとらえてSNSでの発信やメディアを通じた情報発信を行った。例えば1月28日には、2月7日の日米首脳会談の前に世論を喚起して予算委員会での議論につなげていくために、全がん連、JPA、CMLいずみの会は厚生労働省において共同で記者会見を開催している。また2月26日には、全がん連とJPAが専門家と共同で記者会見を開き、修正案を含む引き上げ案の問題点を指摘している（4-6節参照）。

ロビー活動については、1月から3月までの間、全がん連の理事長や理事およびJPA事務局らは、毎日のように国会へ通い、政党レベルでのヒアリングや与野党の国会議員との面会を行った。そして、すでに述べたように、1月21日や23日のヒアリングなどを経て、立憲民主党は通常国会において引き上げ案を争点化していくことを決定する。また1月31日には、衆議院予算委員会において立憲民主党議員による関連質疑が行われた際に、患者団体のメンバーも傍聴している。さらに彼らは、特定の政党に限定せずに様々な与野党議員にアプローチし、議員との面会の様子をSNSで発信して可視化していった。

またCMLいずみの会や日本乾癬患者連合会（2025年1月27日に引き上げ案に対する要望書を提出）のほか、表立って声明を出していない患者団体や、選挙区の政治家とのつながりを有する患者や家族・遺族も、それぞれの立場からロビー活動に参加した。さらに全がん連やJPAは、SNSを通じて、患者や支援者あるいは引き上げ案反対に賛同する人に対して、地元選挙区の議員や候補者に対するアポイントメントを呼びかけ、活動は全国的な広がりをみせた。

また2月7日には、保団連が、引き上げに伴う医療費削減効果として厚生労働省が試算した年間5,330億円には患者の受診抑制効果2,270億円が含まれており、これは重篤な疾患で治療を継続している患者の受診抑制を前提とした改革案であると指摘した。これに対し福岡厚生労働大臣は「あくまでも、機械的な試算」であると答えた[注11]。また同日には全がん連の天野理事長らが厚生労働省と面会し、改めて「凍結の上、再検討すべき」と要請した。

その後、2月12日に全がん連、JPA、CMLいずみの会が福岡厚生労働大臣と面会し、アンケート結果と署名を提出した。面会後の記者会見には多くの記者が集まり、報道も数多くなされた。また、大臣からも「長期にわたって治療を続ける方々に最大限寄り添う必要がある」と、修正を検討する姿勢が示された。

福岡厚生労働大臣からは、2月14日に再度面会の打診があり、引き上げの対象から多数回該当を外すという修正案が提示された（3-1節参照）。これに対し患者団体は、多数回該当の修正を評価しつつも、引き上げ案をいったん撤回し、再度議

論することを改めて求めた。しかし、3-2 節で述べたように、その後、2 月 28 日に 2 回目の修正案が提示されたものの、3 月 4 日にその 2 回目の修正案をもって予算案は衆議院を通過することになった。

そして、予算案の審議が参議院にうつった直後の 3 月 5 日、全がん連理事の轟浩美が参議院予算委員会に参考人として出席し、「毎月さらに多くの医療費を支払うことはできません。死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残す方がいいのか追い詰められています」というアンケート回答を紹介し、「今回の大幅な引上げにより治療を諦める方を生んでしまうことは確実」であり、「命のためにまずは一旦立ち止まっていただきたい」と訴えた[注12]。これは、患者団体に所属する当事者が石破首相に対して直接声を届けた初めての場面となった。

最終的に引き上げ案の見送りが決まったのは 3 月 7 日であり、その日の午前中にマスメディアの報道で見送り決定が報じられた。実際に石破首相が見送りを表明したのは、その日の午後の患者団体との面会の後であった。面会においては、全がん連と JPA の代表らが首相に署名や要望を手交し、患者や家族の経済的負担が治療継続を脅かす現状を訴えた。その後の記者会見で、首相は「患者の皆さまに不安を与えたまま、見直しを実施することは望ましいことではない」と述べ、引き上げ案の見送りを表明をした。これにより、患者団体の声が首相に直接届けられ、それに答える形で首相が見送りを決定するという象徴的な場面が作られた。

4-6. 専門家や学術団体との連携

最後に、患者団体と専門家や学術団体との連携についても記す。というのも、引き上げ案の見送りに至る患者運動には、専門家との連携を通じて批判を強化していったという特徴があったからである。

がん関連の学術団体として初めて患者団体への賛同声明を公表したのは、「AYA がんの医療と支援のあり方研究会（以下、AYA 研）」である[注13]。AYA 研が 2025 年 2 月 11 日に出した声明は、「がんに関わる医療費による経済的負担は、キャリアや家庭の形成期にあり、経済面での不安がある多くの AYA 世代の患者・家族にとって、現状でも重たいもの」であると指摘し、「政策の実施を再考することを求め」ると表明した[注14]。

また 2025 年 2 月 19 日には、大阪医科薬科大学大学院医学研究科のがんプロフェッショナル養成プランが高額療養費をテーマとするセミナーを開催し、AYA 研のメンバーが他の学術団体への呼びかけを行った。そして 2 月 27 日にはがん関連 3 学会（日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会）から引き上げ案に対して懸念を表明する合同声明が出された。

さらに、医療経済学や公衆衛生学の研究者からも、個別の専門家の立場から疑義が相次いで示され、患者団体はそれらの意見を取り入れる形で、メディア対応やロビー活動を行った。たとえば、2025 年 2 月 26 日には全がん連と JPA が専門家（五十嵐中東京大学特任教授と伊藤ゆり大阪医科薬科大学教授）と共同で記者会見を開き、引き上げ案が患者に及ぼす影響について解説した（注 6 も参照）。

5. 考察と結論

本稿では、2025 年 3 月 7 日に見送りが決まった高額療養費の負担限度額引き上げ案の政策形成・修正過程を見てきた。とりわけ、引き上げ案が 2 回の修正案を経て見送りとなった背景として、患者団体の組織的運動やロビー活動が果たし

た役割に着目して検討した。

最後に、2024年の引き上げ案の見送りが、2000年代以降の2つの自己負担引き上げ案の政策修正過程と共通点があることを指摘したい。一つ目は、2006年4月施行の障害者自立支援法における応益負担導入であり、これは障害当事者の運動や裁判を経て、民主党政権下で事実上の撤回となった（岡部 2008, 障害者自立支援法違憲訴訟弁護団 2011）。二つ目は、2015年1月施行の「難病の患者に対する医療等に関する法律」における指定難病患者の医療費自己負担限度額の引き上げ案であり、これは2013年10月から12月の難病対策委員会での検討期間に、JPA等の反対によって大幅に修正された（渡部・安藤 2019、渡部 2023）。

2024年の引き上げ案を含むこれら3つの政策修正過程に共通するのは、制度の対象者や財政支出の拡大を理由に、利用者の自己負担を引き上げる必要があるという改革案が提示され、主たる利用者（障害者・難病患者・がん患者・慢性疾患患者など）の当事者団体らが反対し、そして政府側が修正を余儀なくされる、というプロセスである[注15]。つまり、利用者や財政負担が増えているから利用者もより多く負担しなければならないという考え方が提示され、これに対して当事者らが強く反対し、政策修正に至っている。

これらの自己負担増の動きは、単純な社会保障費の縮減や抑制というよりも、当該制度を含む社会保障の対象者や財政支出の拡大の中で、費用負担増の一部を税や保険料ではなく自己負担に求めるというものである。そして、この自己負担増においては、「負担能力に応じた負担」という応能主義的な配慮が一定程度なされる一方で、障害者・難病患者・がん患者・慢性疾患患者という社会保障ニーズの高い人々を対象に、ときに非常に高い自己負担を求める引き上げ案となっていた[注16]。

本稿の検討は、社会保障・医療保障における自己負担引き上げを基調とする近年の改革が、生活保障の観点からも政治的コストの観点からも限界を抱えていることを示している。2000年代以降、社会保障の対象者や支出の増大に対応する方策として自己負担増が繰り返し試みられ、ときに反対運動によって撤回・修正されてきた。2024年末の高額療養費負担限度額引き上げ案の見送りも、この最近の傾向の延長線上に位置づけられる。

このような自己負担増を基軸とする改革は、仮に実施されたとしても、制度を最も必要とする人々に対する生活保障機能を大きく損なうリスクをはらむ。そのため、そのリスクを日々の生活の中で実感している当事者団体や患者団体による強い反対運動を生じさせるのは必然とも言える。

今後も日本の社会保障は、様々な形で政治的・政策的・財政的制約に直面し続ける。その中で、自己負担の引き上げ案とそれに対する反対運動という局面が再び現れる可能性は高い。その際に、2024年度の引き上げ案見送りや2000年代以降の政策的経緯を通じて得られる歴史的教訓をいかに汲み取り、政策形成に反映させるかが、重要な課題である。

注

1　2015年1月施行の高額療養費の見直しの経緯や内容については安藤（2025b）を参照。

2　2023年11月30日の全世代型社会保障構築会議の議事録より抜粋。

3　高額療養費の見直しの背景としては、子ども・子育て支援金制度の創設に伴う「実質負担ゼロ」の達成のための社会保障費抑制があったことも指摘されている（三原 2025a, 安藤 2025a）。

4　ただし可処分所得に占める負担限度額の割合で見ると、図1の区分エ（370万円以下）の自己負担限度額の水準が低いということはなく、むしろ370万円以上の世帯よりも高くなる可能性がある（安藤 2025a）。

5　自己負担限度額が標準報酬月額（政管健保）の平均

値に占める割合は、1973年の負担限度額3万円のときに51％、1991年の6万円のときに24％、1996年の6.36万円のときに22％であり、負担限度額の引き上げにもかかわらず、実質的な負担水準は低下していた（2005年7月29日開催の第17回社会保障審議会医療保険部会の資料2）。

6　実際、2月26日の全がん連らの会見において、東京大学大学院の五十嵐中特任教授は、負担限度額の引き上げによって完全に高額療養費制度の対象外となる患者が少なくとも8.4万人生じるとの推定結果を公表した。

7　JPAには、その前身団体である全国難病団体連絡協議会や日本患者・家族団体協議会も含めると50年以上の歴史がある。

8　ただし全がん連やJPAの要望書は、「引き上げ額の軽減」や「影響の緩和」といった表現も見られる一方で、引き上げ案全体の撤回や凍結を直接的に訴えたものではなかった。

9　天野慎介全がん連理事長のX（旧ツイッター）上での発言より抜粋（2025年1月17日午前7:51の投稿。アカウント名は@shinsuke_amano）。2025年9月15日最終アクセス。

10　3月13日の保団連の医療ニュース（https://hodanren.doc-net.or.jp/info/news/2025-03-12/, 2025年9月15日最終アクセス）を参照。

11　2月7日の保団連の医療ニュース（https://hodanren.doc-net.or.jp/info/news/2025-02-07/, 2025年9月15日最終アクセス）を参照。なお本稿の著者の1人（安藤）は、2025年3月27日の日本経済新聞の記事（「経済教室」）において、この「機械的試算」という釈明は、医療保険財政の議論が引き上げ案の主たる背景ではなかったことを示唆していると指摘した。

12　第217回国会参議院予算委員会第二号（令和7年3月5日）。轟が引用したアンケートの記述は全がん連（2025）のp.5に記載されている。

13　AYAとは、Adolescent and Young Adultの略であり、日本ではおもに15～39歳を指す。この世代のがん患者は、AYA世代のがん患者と呼ばれることがある。

14　AYA研ウェブサイト（https://pr.aya-ken.jp/）にて2025年9月13日確認。なおAYA研は、発足当初から患者市民参画（PPI）を基本方針として掲げ、理事会に患者経験者を含めており、今回の声明も患者理事からの要望を踏まえたものであった。すなわち、がんの当事者と医療者双方の立場を反映した声明として位置づけられる。

15　ただし、障害者自立支援法は2006年の施行後の修正、難病医療費助成は施行前の2013年末の厚生労働省の難病対策委員会での検討中の修正、高額療養費の限度額引き上げ案は2025年1月から3月にかけての通常国会での予算審議中での見送り決定と、それぞれの修正のタイミングやプロセスには違いがある。なお安藤（2025b）は、このうち2013年の難病医療費助成改革案と2024年の高額療養費改革案の政策形成過程を比較している。

16　2006年施行の障害者自立支援法における一割負担導入については、応能負担ではなく応益負担であることが問題視された（岡部2008）。本稿ではこの論点には立ち入らないが、3つの改革すべてにおいて、福祉・医療サービス利用量が多いほど、より高い自己負担となるような制度改革が図られた点は共通している。

参考文献

安藤道人（2025a）「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓　―「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』25巻2966号、pp.6-13

安藤道人（2025b）「高額療養費の負担限度額引き上げ案は どう「拙速」だったのか」『都市問題』116(8), pp.4-8

遠藤久夫（2021）「公的医療保険制度における自己負担をめぐる諸問題」『医療と社会』, 31(1), pp.11-30

岡部耕典（2008）「障害者自立支援法における「応益負担」についての考察」『季刊社会保障研究』, 44(2), pp.186-195.

札幌テレビ放送取材班（2010）『がん患者、お金との闘い』岩波書店

社会保障制度改革国民会議（2013）「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（2013年8月6日）

障害者自立支援法違憲訴訟弁護団（2011）『障害者自立支援法違憲訴訟：立ち上がった当事者たち』生活書院

全がん連（2025）「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート取りまとめ結果（第1版）

～ 3,623 人の声」(2025 年 1 月 20 日）
全世代型社会保障構築会議（2022）「全世代型社会保障構築会議報告書～全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する～」（2022 年 12 月 16 日）
三原岳（2025a）「政策形成の「L」と「R」で高額療養費の見直しを再考する－意思決定過程を検証し、問題の真の原因を探る」『ニッセイ基礎研究所　研究員の眼』2025-02-17
三原岳（2025b）「異例ず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」『ニッセイ基礎研レポート』2025-04-10
吉原健二・和田勝（2020）『日本医療保険制度史　第 3 版』東洋経済新報社
渡部沙織・安藤道人（2019）「難病政策の社会保障化における政策形成と利用者負担：2013 年度法案審議に関する考察」『立教經濟學研究』73(1), 59-68.
渡部沙織（2023）『難病政策の形成と変容：疾患名モデルによる公費医療のメカニズム』東京大学出版社

特別寄稿

SDGsを意識した予防・健康づくりの多面的経済性評価；総括的展望と実践への提言（第2報）

2022-2024 年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）ヘルスケア社会実装基盤整備事業委託研究「SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済評価の手法開発」研究班*

第５節　考察と提言

5－1．前節までのまとめと考察の焦点提示

第１報（AMED 研究班 , 2024）によって、予防・健康づくりサービスの経済評価を多面的に行うことの意義、現状の到達点、そして克服すべき課題などが明らかとなった。その多くは予防・健康づくりサービスに限らず、医療技術を含む広い保健サービス評価についても今日当てはまるものであるが、予防・健康づくりサービスにおいて意義・課題はより先鋭化して顕れているものであることが示された。その理由として

1. 実施主体および／ないし実施対象の多様性
2. サービス内容の複合性
3. 「効果」の多様性と波及性（介入と効果が一対一対応ではない、時間的段階性、そして非健康効果や外部性としての影響）
4. 異質性（heterogeneity）の存在（効果修飾・交絡要因の存在に加え、特に介入サービスの選択行動の異質性）
5. データ入手可能性が限られていること

にほぼ集約できると思われる。

「1. 実施主体・対象の多様性」は、特に予防・健康づくりサービスを特徴づけるものである。視点・視座の違い、ひいては到達目標や獲得を期待する価値の違いにつながり、コンフリクトがある場合は調整が必要性となる。「2. サービス内容の複合性」は、予防接種など特定技術による単発介入には必ずしもあてはまらないが、介護予防や複合的行動変容プログラムなど socio-ecological（社会生態学的）な地域介入では特に問題となる。複

＊　研究班構成
研究代表者　E-mail: hidehashim@m.u-tokyo.ac.jp
橋本　英樹（東京大学大学院医学系研究科）

研究分担者（順不同）
野口　晴子（早稲田大学政治経済学術院）
飯塚　敏晃（東京大学大学院経済学研究科）
康永　秀生（東京大学大学院医学系研究科）
中村　良太（London School of Hygiene & Tropical Medicine, Department of Global Health and Development）
井深　陽子（慶應義塾大学経済学部（三田））
五十嵐　中（東京大学大学院薬学系研究科）
井手　一茂（千葉大学予防医学センター）
近藤　克則（千葉大学予防医学センター）

事務局（東京大学大学院公共健康医学専攻（2025年3月時点））
塚田　祐介・林　真澄美

学会監査（医療経済学会）　安川　文朗（京都女子大学）

受付：2025 年 9 月 25 日
公開：2025 年 10 月 17 日

DOI: 10.24742/jjhep.2025.06

合的介入の場合、因果論的評価や費用評価が複雑になる。また実施主体が異なる場合は直接費用の推計や按分が複雑になる。さらに「3.「効果」の多様性と波及性」は、「効果」は必ずしも「健康損失の回避」だけとは限らず、社会的機能や日常的役割の維持、労働生産性を含むさまざまな生産性増分などが考慮の対象となる。予防接種の場合であれば集団防衛効果、そして地域介入の場合では地域経済活動への波及効果やコミュニティにおける社会関係資本や社会規範など政治的アウトカムまで射程に入ってくることも考えられる。非健康関連アウトカムや波及効果の存在は機会費用の計算を複雑にすることにも考慮が必要となる。予防・健康づくりサービスの「効果」の発現は単発的なものではなく、継続的もしくは年余に渡るライムラグを置いた段階的発現が見られるものも含まれ、評価の時間軸の設定を複雑にする。感染予防のワクチン接種のような単時点・単回の介入と比較し、たとえば介護予防・まちづくり介入などの場合、介入と評価アウトカムの関係が時間依存性交絡の影響を受けることとなり、因果推計はさらに複雑になる。「4. 異質性（heterogeneity）の存在」については、予防・健康づくりサービスでは介入後の効果発現に個人の選択行動（たとえば生活習慣関連行動の変容など）が大きな媒介要因となっており、効果修飾や多様な交絡要因の考慮に加え、介入効果関係の異質性を考慮した分析評価が必要となる。最後に「5. データ入手可能性が限られていること」が、予防・健康づくりサービスの評価の困難を助長し、評価手法の選択を難しくしている。加えて、評価結果を政策など意思決定に転換するプロセスの透明性を確保することの難しさなどが課題となる。

以上挙げた予防・健康づくりサービスの特徴を踏まえたうえで、本節では今後の日本における予防・健康づくりサービスの評価を行ううえで；

1）「エビデンス」としてどのような質のものをどう担保するか
2）多面的評価において様々な価値をどう扱うか
3）多面的評価を進めるために必要な技術的・制度的要件は何か

について考察を深めることとする。

なお、上記の議論を展開する前提条件として、現状の日本の状況をデフォルトとし、少子高齢化・人口減少という人口特性、皆保険制度と福祉制度による医療・介護・所得保障の存在、予防・健康づくりをめぐる健康日本21などの厚労省における公的セクターにおける政策取り組みや、消費者庁・経済産業省が検討する民間セクターでの取り組みの現状を踏まえることとする。公的保障の在り方や医療サービス（医薬品他を含む）の市場開放ほか議論のあるところではあるが、本稿では議論の焦点を絞ることを優先し、「外的環境条件」の将来的変化が及ぼす影響については限定的言及に留める。

5－2. 予防・健康づくりサービスのポートフォリオ平面図

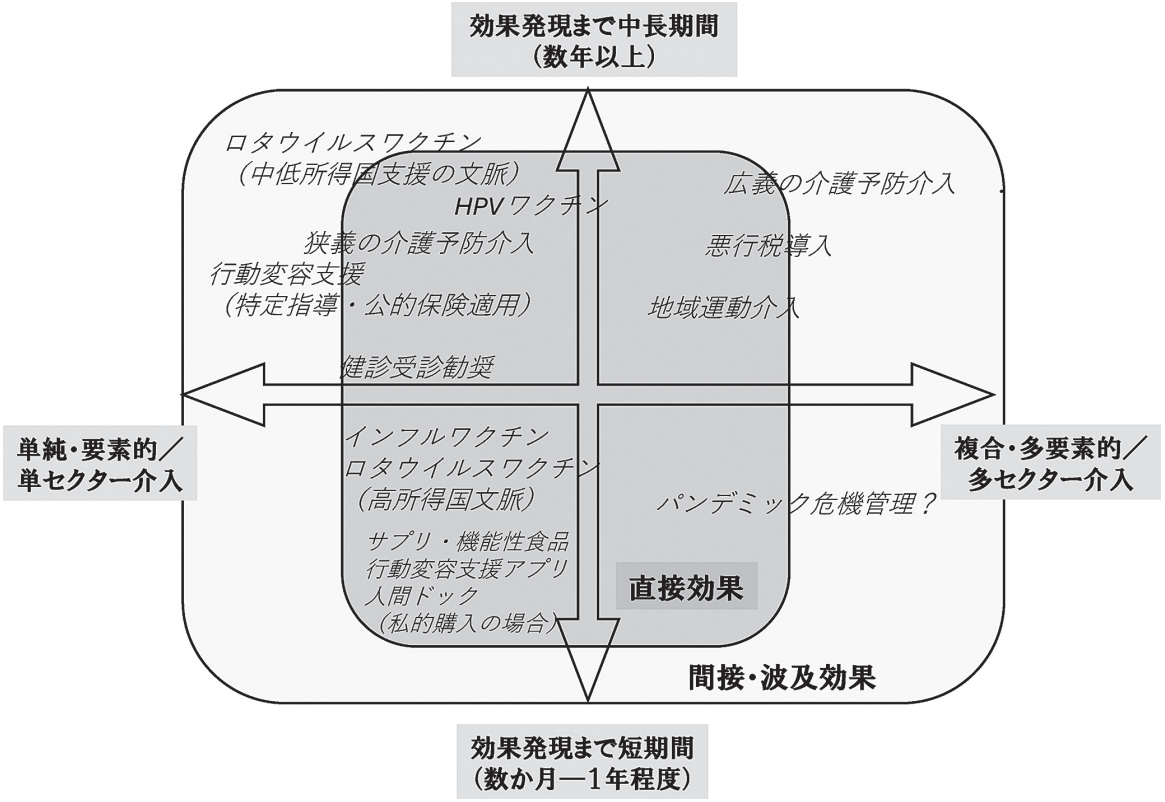
これまで多様・複雑な「予防・健康づくりサービス」を総論的にひとまとめに取り扱ってきたが、これまでの議論でも明らかなように「予防・健康づくりサービス」自体極めて多彩なものであることから、当該サービスの性質そのものを区分け整理することが具体的な検討・提案を進めるうえで不可欠な準備作業となる。そこで多面的評価を必要とする背景となるサービスの多様性・複合的性質と、実施・購買主体となる様々なステークホルダーの視点や目的の多様性の2点を考慮し、「マーケットセグメント」を試案的に用意することで、次節以降の作業を促す準備を行うこととする。

まずサービスについては「効果」そのものの複

雑性とサービスの提供プロセスの複雑性に分けることができるだろう。「効果」の複雑性については、サービス利用・介入の効果が健康関連アウトカムにとどまらず非健康関連アウトカムを含む波及効果・間接効果があること、健康関連アウトカムであってもサービス利用・介入と効果発現の間にタイムラグがあることの２つが問題となる。サービスの提供に関わる複雑性としては介入内容が単要素であるのか複数の介入内容を含む複合要素の介入なのか、さらに介入要素の構造と呼応する形で提供するセクター主体が健康セクター単独で済むか、他のセクター（福祉・経済・産業・教育など）を巻き込む多セクター連携を必要とするかが問題となる。以上を概念整理した図を以下に示す（図 1）。

左下の象限には効果発現までの期間が短くかつ介入が健康セクターなど比較的単セクターにより実施できるもので、かつ介入内容も比較的単要素的なものとして予防接種や私的に購買される予防サービスなどを挙げている。ただし、インフルエンザワクチンは現状実施されている任意接種であれば個人の感染・重症化予防という直接効果に留まるが、法定・集団接種を行うのであれば集団免疫による間接・波及効果も射程に入ってくるので、その場合は直接効果を越えて間接・波及効果の領域にも及ぶことになる。サプリ・機能性食品や行動支援アプリについても消費者が効果自覚を短期に求めている範囲では直接効果のみとなるが、年余に及ぶ健康寿命への影響などを射程に入れるなら左上の象限に移動させることになる（現状販売されているサプリ・機能性食品・健康アプリの長期効果を示すエビデンスは皆無に等しい

図 1　予防・健康づくりサービスのポートフォリオ図



が)。

左上の象限では、介入は単要素・単セクターによるが効果発現に年余の期間を見込むものを挙げている。典型的なのはHPVワクチンであり、初回性交渉などHPV感染機会が始まる前に適用することで、HPV感染予防効果を10年程度長期的に見込むことにより子宮頸がんの予防を見込んでいる。子宮頸がんの罹患・死亡を回避することにより得られる非健康関連アウトカム（たとえば生産性の喪失）を射程に含めるのであれば波及効果を考慮することとなるので、間接・波及効果を含めた範囲にまたがって位置させることになる。ロタウィルスワクチンは、乳児死亡率の低い高所得国では感染予防という短期効果のみを射程に入れて左下象限にいたが、下痢症による乳児死亡率が高い低中所得国では、乳児死亡率の減少による長期的かつ波及的影響（子どもの教育・家計・さらに経済効果）を期待することからこちらの象限に位置させている。

右上の象限では、介入は多セクターを巻き込む多要素的介入となり、かつその効果の発現が年余に及ぶサービスをおいている。同じ介護予防でも狭義のもの（たとえばデイケアでの筋力トレーニング）は単要素となり左上象限に位置していたが、居場所づくり、就労を含めた社会参加促進、公園整備などを含むまちづくりなどを通じた広義の介護予防は、健康・福祉セクターを越えたセクター間の連携が必要となる。また長期的な医療費・介護費へのインパクトを考慮するほか、地域における社会関係資本など政治的アウトカムへの影響なども射程に入れることも可能である。その場合、広い間接・波及効果を見込むこととなる。悪行税の導入も健康セクターと財政セクターの共同が必要であり、かつ悪行税の対象となる商品の流通セクターを巻き込むこと、効果としても短期的行動変化（たとえば喫煙率低下）のみならず、主に長期的健康影響ならびに財政的影響を見込むことからこの象限に位置させた。

最後に右下の象限については、複合的・多セクターをまたぐ短期的な取り組みとして健康危機管理などが当てはまるかもしれない。コロナ禍での対応などが良い事例となるだろう。ワクチン接種開始当初はワクチン入手数が限られておりワクチンの優先接種をめぐり、高齢者・基礎疾患を持つ人などのハイリスク者を対象として重症化予防を行うのか、学校・家庭などでの水平感染の制御を目標とするのか、それともessential workerを守り社会基盤機能を維持することを目標とするのか、など「なにをめざして優先順位をつけるか」について議論があった。目標によって評価指標の選択についても、感染者における致死率（case fatality)、感染者数や集団免疫効果指標（たとえば抗体保有率)、さらには経済活動閉鎖による費用損失や社会的影響（自殺率との関連も議論された）まで幅広い議論がなされた。このようにパンデミックの場合は、ワクチン接種事業であっても単セクターではなく複数セクターをまたぐ事業としてポートフォリオ図上での位置が刻々と変わってくることを示した貴重な経験であった。

その後、2021年当時報告されたワクチンによる感染予防効果が、ウィルス株変異など様々な要因を受けて低下し、抗体保有率と新規感染者数の動向の乖離が見られ始めたことを受け、2024年以降は重症化予防に重点を置くこととなったことは記憶に新しい。このように状況変化によって目標は変化し、状況変化に関わる情報が必ずしもタイムリーに得られない場合、難しい目標判断を迫られることになる。達成目標のリストを用意し、その時点で得られるベストエビデンス（科学的に妥当性が証明されたものがなければ専門家意見でも）をもとに明確に短期的に達成目標を選び、それに整合的な介入判断・実施を設計すること、そ

れと同時に目標の見直しに必要なエビデンスの収集・判断を行っていく作業が並行して求められたのである。そうした教訓から、目標の戦略的管理・判断を統括的に行う組織・制度が必要であることも認識され、感染症危機管理統括庁がそうした役割を果たすことを期待されている。また目標の戦略的管理は感染症専門家だけでなく、関係セクターや関連学術領域（特に行動科学的学術部門）の多セクターにまたがる熟議を経ることが求められ、そのマネジメントをだれが行うかがカギとなる。

上記のポートフォリオ図は例示的に示したものであり、各種サービスを固定的にカテゴリー分類するために用いることを一義的な目的としていない。なぜならポートフォリオ平面のどこにサービスを位置づけるかは、購買者・出資者がだれか、また購買者・出資者がなにを目標としているかによって、同じサービス・介入事業であっても異なる位置に置かれることになるからである。したがって企画者・支払購買者・実施者・受益者・評価者がそれぞれの視点と目的をもって、どこに当該サービス・事業を位置づけるかを明示的に意見表明し、合意形成・共同意思決定する際のコミュニケーションツールとして利用することを強く推奨する。

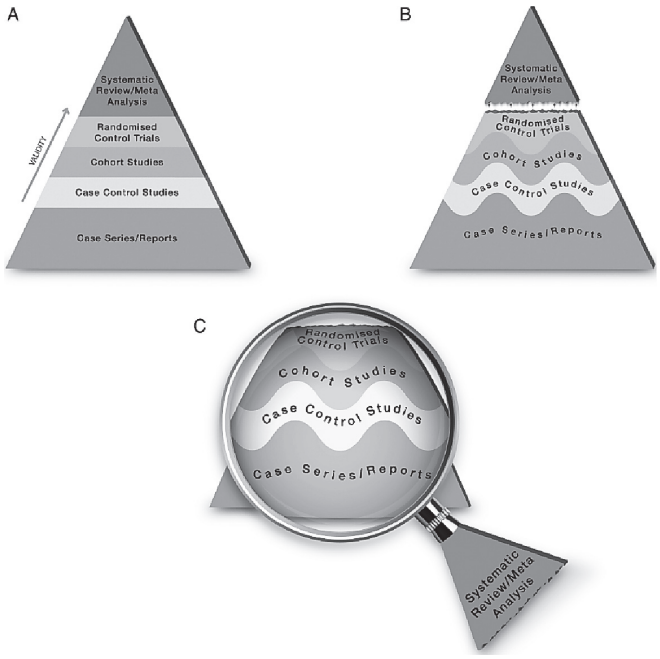
5－3．意思決定を支える情報としての「エビデンス」に求められる「質」

前節では予防・健康づくりサービスの複雑性を考慮してポートフォリオ平面による検討を提案した。本節ではどのような「エビデンス」がどのようなサービスに求められるかについてより具体的な議論を進めるために、「エビデンス」とはなにか、その質を規定するものはなにか、評価に求められる「エビデンス」の要件はなにかについて整理を行う。

5－3－1．エビデンスの「質」とはなにか

この問いは、予防・健康づくりサービスに限らず、広く医療技術評価、さらには政策評価など全般に通じる重要なものである。エビデンスの「質」については、無作為割付比較試験（Randomized Clinical Trial; RCT）の結果を最上質のエビデンスとする質の「ヒエラルキー」が提唱された時代もかつてあったが（Murad, et al., 2016）、現在はRCTであっても最上の質を提示するには条件があり、特定の研究デザインや分析手法を用いるだけでは質の担保はできないと広く認識されている（Deaton & Carwright, 2018; Balshem, et al., 2011）（図2）。診療ガイドラインなどの質を担保するためのシステムとして近年普及が進んでいるGRADEシステム（Grading of Recommendations Assessment、Development and Evaluation）でも、RCTに基づくものをデフォルトでhigh qualityとしたのち、「バイアスのリスク（risk of bias）」、「結果の非一貫性（inconsistency）」、「エビデンスの非直接性（indirectness）」、「効果推計の不精確さ（imprecision）」、「出版バイアスなどレポートバイアス（report bias）」について疑義のある場合は減点される。一方観察研究に基づくものはデフォルトではlow qualityとされるが、上記項目を鑑みて加点されることとなっている。つまり、研究デザインは質に影響する要素となるが、質そのものはデザインとは独立に検討されるべきものとなっている（Balshem, et al., 2011）。かつては複数のRCTを併せた系統的レビューやメタ分析が「質のヒエラルキー」の最上に位置するとされていたこともあったが、これも近年見直されレビューもメタ分析も質を吟味する「レンズ」であり、メタ分析の結果そのものが最上質であるかどうかについても、検討されている個々の研究の質のばらつきなどを考慮したうえで慎重に判断され

図２　エビデンスのピラミッドの見直し



Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med. 2016 Aug;21(4):125-7. doi: 10.1136/ebmed-2016-110401. Figure 1 より引用。

るべきものと認識されている（Murad, et al., 2016）。

GRADE では、上述した系統的レビューのために求められるエビデンスの「質」とは別に、当該技術・サービスを推奨するために求められる質が別途存在することも強調している（Balshem, et al., 2011）。上述した質の評価項目は当該技術・サービスの効果推計が精確であると確信が持てるか（いわゆる内的妥当性の程度）を判断するために求められるのに対し、推奨優先度を判断するには効果推計の精確さに加えて、必要なエビデンスの「質」の成分として 1）望ましい効果と望ましくない効果（副作用や意図外の影響など）のバランス（たとえ望ましい効果があっても副作用が強い場合、推奨度は低い）、2）当該サービスの対象者の効果に対する価値・嗜好の違いによる影響（副作用による生活の質低下と生命予後改善のどちらを重んじるかは人によって異なるなど）、さらに 3）経済的評価を踏まえることが求められている。

実装判断をする際に求められるエビデンスは、効果に関する内的妥当性を担保したエビデンスに限らないという議論は、実装科学の領域でも同様にされている。Brownson らは、臨床ならびに公衆衛生的な介入の実装研究の観点から、エビデンスには 1）課題の現状記述・原因やメカニズムの解明などを目的としたエビデンス、2）介入効果に関するエビデンス、そして 3）介入実装に求められる要件のエビデンス、の 3 つのタイプに分けられると提唱している（Brownson, et al., 2022）。

さらに米国地域予防サービスタスクフォース（US Community Preventive Services Task Force; USCPSTF）でも、効果の検討にあたり非健康アウトカムを含むことが予防健康づくりサービス特有の要請となっていること、地域介入

の文脈影響を考慮して対象や条件設定の適用可能性について情報が求められることについて触れたうえで、当該サービス介入の実施を困難とする課題はなにか、そして入手できるエビデンスの限界を踏まえたリサーチギャップについても提示を求めている（Briss, et al., 2000；Briss, et al., 2004）。こうした固有の要請は、USCPSTF が地域予防介入の主な提供者である政策立案決定者の意思決定を支援することを意識しているためである。すなわち、だれが意思決定者となるかによっても、求められるエビデンスの「質」の成分は異なることを示唆している（Atkins, et al., 2004）。

最後に英国の国立医療技術評価機構（NICE）では、Culyer と Lomas (2006) に依拠しつつ、エビデンスを以下の 3 種類に分けている。

・文脈に依存しない科学的エビデンス
（scientific context-free evidence）
・文脈依存性の強い科学的エビデンス
（scientific context-sensitive evidence）
・通称的 / 非公式的なエビデンス
（colloquial evidence）

文脈に依存しないエビデンスは、いわゆる内的妥当性（internal validity）を担保するため各種バイアスの影響を可及的に取り除いたうえで、主に理想的な条件下で当該技術・サービスがもたらしうるポテンシャル、すなわち効能（efficacy）を示すものである。これに対し、文脈依存性のエビデンスは、内的妥当性が担保されたうえで、より一般的な広い対象に対して、さまざまな条件のもとで提供されるリアルワールドでの結果、すなわち狭義の効果（effectiveness）などを含む（Culyer & Lomas, 2006; Green & Glasgow, 2006）。

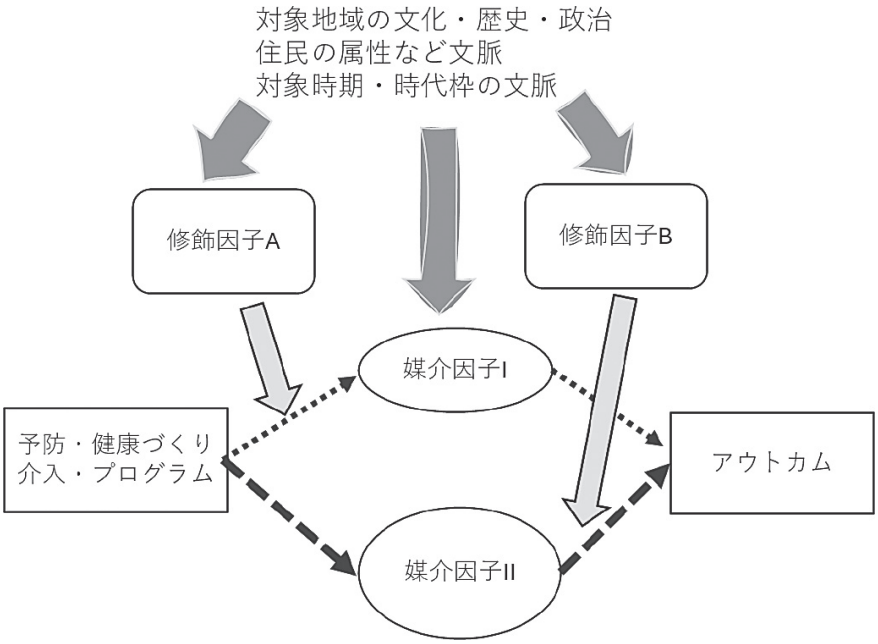
たとえば、ワクチン接種の効能そのものは文脈非依存的に検討しうるが、アクセス条件や対象者の社会経済的生活状況・健康状態などによる実際の効果の違いは文脈依存的に考慮される必要がある。さらに地域集団介入などの場合、介入対象である地域住民の属性など交絡要因に加え、地域の文化・歴史・政治的風土などにより効果が修飾される文脈依存性が強いことから、サービスを適用する対象や環境条件などの文脈を慎重に考慮する必要がある。モデル論的な表現すれば、媒介因子（mediator）と修飾因子（moderator）が文脈を規定し、その多くは未測定ないし測定困難なため、エビデンスギャップが生れるということになる。こうしたエビデンスギャップを埋めるための実証的検討と併せて、経験的・質的判断を含めて当該サービスの推奨度を判定する作業が求められるのである（Green & Glasgow, ibid.）（図 3）。

5－3－2. 予防・健康づくりサービスの評価に求められるエビデンスの「質」

前節では、効果に関する内的妥当性の高いエビデンスが必ずしも無作為割付比較試験などデザインだけで規定されるものではないこと、実施適用にあたっては効果に関するエビデンスだけではなく、実装の可否・程度を左右する要件に関するエビデンスも必要となること、これらは実施対象・地域・時代など文脈的影響を強く受けるものであり、実際に適用することが可能かつ妥当かについてもエビデンスが必要となることについて触れた。

無作為割付比較試験など実験的デザインによる評価では、交絡や選択バイアスなどの影響を極力除いて、介入 - 結果の因果関係について内的妥当性（internal validity）を担保した推論をするために、対象・環境・実施手法などを厳密に統制している。これに対し得られた理想的条件下での結果が異なる条件下でも保たれるかどうかを議論する概念が外的妥当性（external validity）である。再現可能性（replicability）、適用可能性（applicability）、

図３　因果関係に影響する文脈依存性を規定する媒介因子と修飾因子 .



Green & Glasgow, Evaluation and the Health Professions, 2006 Fig 3 より筆者改変

そして転用可能性（transferability もしくは transportability）などを含む広い概念である。

再現可能性は、同じ条件で実施した場合結果を再現できるかどうかであり、外的妥当性というよりは統計的妥当性の範疇と重なる。これに対し、全く異なる対象や実施条件で同じ結果が得られるかどうかを議論するのが転用可能性である。[註1] これに対し適用可能性は、理想的な条件ではなく、リアルワールドの条件（より一般的な対象や実施環境）のもとで同じ結果が得られるかどうか、つまり効能（efficacy）と効果（effectiveness）に差があるかを議論している。

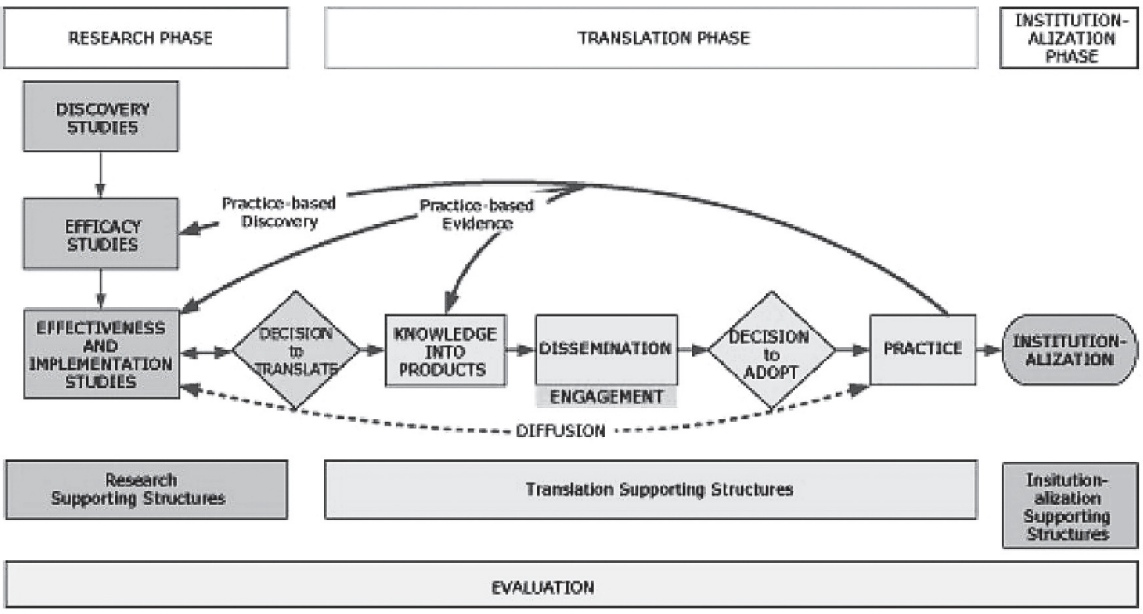
PRECIS2（PRagmatic Explanatory Continuum Indicator Summary version 2）は臨床試験結果の適用可能性に関する標準的評価枠組みで、対象選択・実施設定条件・介入実施手順・介入実施率・介入実施に必要な知見・技術・資源など９つの評価項目からなっている（Loudon, et al., 2015）。内容的には臨床試験に限らず地域介入試験など広く応用可能であると考えられる。再現可能性については TIDieR（Template for Intervention Description and Replication）が提案されている（Hoffmann, et al., 2014）。文脈的影響をより受けやすい地域介入研究領域では外的妥当性を検証するために必要な情報について標準的な報告を求める提案として USCPSTF のガイドライン（Briss, et al., 2000）のほか、特に RE-AIM フレーム（Glasgow, et al. 1999）が使いやすさなどの点で今日広く用いられている。RE-AIM は、実践に関わる情報として実施対象範囲（Reach）や成功率（Efficacy）、実施割合（Adoption）や介入プロトコールの遵守状況（Implementation）、そして介入事業の継続状況（Maintenance）に関する情報を明示することを求めている。こうした評価フレームを用いて、すでに運動疫学の領域などでは、複数の地域介入試験の報告論文について外的妥当性情報の提示状況をレビューする研究が見られるようになっ

ている（Petro-Petro, et al., 2024）。

外的妥当性をめぐる議論は、科学的エビデンスを社会実装に移す際の壁をどう克服するかという議論とも連動し、いわゆる橋渡し研究・トランスレーショナルリサーチや実装研究（implementation research）の分野で並行して進んでいる (Green & Glasgow, 2006; Glasgow & Emmons, 2007)。そうした成果の１つとして、米国疾病予防管理センター（CDC）では、Applying the Knowledge to Action (K2A) フレームが提案され、予防サービスを社会実装するまでのプロセスとして、研究段階・実装段階、そして制度化段階の３フェーズに分けたうえで、各ステージで意思決定者・企画立案責任者・実施責任者・評価者がそれぞれの立場で確認すべきエビデンスの要件について整理している（Centers for Disease Control and Prevention, 2014）（図４）。分けても以下の３点は特筆すべきと思われる。

まず第１にエビデンスについて、介入・サービスの効能・効果に加えて、実装に必要な構造的要件に関わるエビデンス（implementation evidence、たとえば研究・トランスレーションいずれも実施を可能とする構造的要因がなにかを明らかにする）も含めている点である。第２に実装に向けてエビデンスを取り入れ企画・実施・評価を行うプロセスは、決まった順序通りに進むものではなく、様々な議論や判断が同時かつ双方向・反復的に関わる「非線形的（nonlinear）」な過程となることを強調している点である（図では、各ステージをつなぐ矢印が両方向性になっている）。またそれと併せて「研究から得られたエビデンス」を一方方向的に「社会実装」につなげるだけでなく、社会実装の過程で得られるエビデンス（practice based evidence）を研究フェー

図４　K2A frame (Centers for Disease Control and Prevention. *Applying the Knowledge to Action (K2A) Framework: Questions to Guide Planning*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2014. Figure 1 より引用）



ズにフィードバックすることも想定している点（図ではフィードバックの矢印として表現）は注目すべきである。そして第３の要件として、「科学者、企画者、行政、政策決定者、それらを支援する部門ならびに現場の介入実施者など、研究・実践に関わる全てのセクターが実装移行のプロセスに関与し接点を共有していく（involvement and interface）」ことを前提としている（Wilson, et al., 2011; CDC, 2014）。

こうしたエビデンスに基づく実践（evidence based practice）を進めるうえで、不可欠とされるのが「実践に基づくエビデンス（practice-based evidence）」である（Green, 2008; Green & Glasgow, 2006）。実践から得られた現場の経験・知見は、科学的に得られたエビデンスを文脈に即して解釈・適用するために必要な要素とされている。Green は予防・健康づくりの領域では、実践に基づくエビデンスをより積極的に参照する必要性が高いと主張している（Green, 2008）。実践の場は受動的な「エビデンス情報の受け手」ではなく、むしろ積極的にエビデンスギャップを埋める実践経験・実践知を生み出していると Green は主張している（Green, 2008; Brownson, et al., 2018）。先に挙げた K2A でも、実装プロセスでは科学的エビデンスと実践に基づくエビデンスが双方向的に交流しつつ、熟議を進める資源となっている。

英国 NICE も、第３のエビデンスである「通称的・非公式なエビデンス（Colloquial evidence; CE）」を「科学的エビデンスを補完するために用いられるもので、資源、意見、政治的判断、価値、文化、や状況文脈に関する特定の実践上の情報（pragmatics）などに関するエビデンス」と定義している。つまり意思決定に関わる異なるステークホルダーから得られる情報を広く含んだものとなっている。一見、CE は科学的根拠に基づかない、ただの意見・主張・質の低いエビデンスとして議論から排除されるべきものと考えられやすい。これに対し NICE は、臨床現場の医療者・患者などの当事者の意見に依拠しつつ、無作為割付比較試験では得られていないエビデンスギャップを埋める作業を慎重に行ううえで、積極的に用いることを推奨している。ただし、関係者がエビデンスの適用可能性を吟味する熟議的なプロセス（deliberative process）のもとで CE に依拠することが不可欠であると強調している。

５－３－３．補節　エビデンスはなぜ求められるのか

診療サービスにおいて根拠に基づく医療（Evidence based medicine; EBM）が求められるようになって久しい。その提唱者である Sacket は、EBM を「エビデンスを良心的・明示的・そして賢明に用いることで、個々の患者のケアにおける意思決定に資する」ことと定義したうえで、「どんなに優れたエビデンスでも個別の患者に適用可能・適切であるとは限らないため、（エビデンスだけに頼ることは）診療実践を暴力的に妨げる（tyrannized）ことになりかねない」と警鐘を鳴らしている（Sackett, et , a1., 1996）。エビデンスの適用にあたって個々の患者の状態を考慮した医師の臨床経験に基づく判断と併せて意思決定を行うことが重要だとしている。得られた数値的エビデンスに機械的に頼ることに慎重な姿勢は、前節で触れた外的妥当性問題への対応であると同時に、患者（当事者）と医療従事者（プロバイダー）の間で開かれた透明性の高い共同意思決定を行うために求められるのである。

先述した USCPSTF では、予防・健康づくりサービスの文脈では十分な量・質の情報が得にくいこと、非健康関連アウトカムや効果発現までタイムラグがあり測定が難しいアウトカムがあるこ

と、さらに介入の地域文脈が多様で複雑な交絡要因や効果修飾要因が存在することなどを踏まえ、入手可能な科学的エビデンスだけに頼ることで推奨判断が滞ったり、適用外の適用による弊害が発生したりすることに対し注意喚起している（Briss, et al., 2000）。それでもなおエビデンスを必要とする意義について、特定の地域介入を推奨するにいたった論拠（rationale）を明確に示すことで、介入適用となる地域や対象の置かれている文脈を考慮しつつ、推奨介入案の適用可能性を意思決定者が慎重に判断できる材料を提供できるからだとしている（ibd）。

このように、エビデンスに基づく意思決定が必要な理由は「科学的エビデンス＝唯一無二の正しい情報」が存在するからではなく、むしろエビデンスの質と適用判断の限界があることを認めたうえで、意思決定を透明かつ開かれた熟議を通して行うことで、説明責任を果たすことを求めているからである。Sacket が警告したように、エビデンスの実装適用を機械的に判断することは暴力ともなりうる。特に予防・健康づくりの領域では、得られているエビデンスが限られ、仮に内的妥当性の高いエビデンスが入手できたとしても、外的妥当性を左右する要因が複雑で文脈依存性を考慮した判断が求められる。そのため、科学的エビデンスに加え、実践知経験を併せて、実装過程に関わる意思決定者・研究者・実践者・住民や患者などのサービス受給者などが熟議を行うプロセス（deliberative process）を確保することが必須となっている（Culyer & Lomas, 2006）。エビデンスに基づく意思決定は、ステークホルダーの意見をまとめ民主主義的な透明性の高い意思決定を行うためであり、エビデンスはその文脈依存性や科学的手続きの質を考慮しつつ意思決定の透明性を確保するための共有材料として構築され、吟味される必要がある（Culyer & Lomas, 2006 pp358）。

5−4．予防・健康づくりサービスの評価に求められるエビデンス

ここからは 5-2 節で示したサービス・事業のポートフォリオ平面と 5-3 節で整理した「エビデンスの質・タイプ」の議論を併せて、どのようなエビデンスがどのようなサービスにどの立場から求められるのかを具体的に検討する。

1）短期直接効果を想定した単要素的サービス

ポートフォリオ図（図 1）の左下象限に位置するもので、主に私的購買（個人ないし企業の福利厚生目的など）に付される健康・機能・行動変容支援などに関わる要素的サービスで、直接効果が比較的短期間に得られるカテゴリー（デジタル予防医療・生活習慣変容サポートサービスやアプリなど）となる。ここでは、臨床的エビデンスの質を吟味する既存のフレーム（たとえば GRADE）に準拠し、効能に関する「文脈によらないエビデンス」の質を評価するために必要とされる情報の開示がまず求められる。つまり、提示された効能・効果の内的妥当性・信頼性について、情報を受けた側が吟味するために必要な情報を開示しているかどうかが問われることとなる。単に「臨床比較試験をやって有意差がありました」では済まされない。

特に注意が必要となるのが再現性や交絡要因の検討が不十分な場合である。これらバイアスのリスクの程度については ROBINS（Risk Of Bias in Non-randomized Studies of Interventions）（Sterne, et al., 2016）などの枠組みに準拠して標準的に情報提示が可能である。さらに PRECIS2 などのフレームに準拠することで、表示された効能・効果が異なる対象・文脈に適用可能性があるかどうかを判断する情報の提示があれ

ば、購買者は自身の目的にあった効能・効果が得られるのかどうかを判断しやすい。そうした情報がない、提供できない場合にはその旨明記される必要がある。その場合、購買者は限られた情報をもとに、自己目的に沿うかどうかについて、なんらかの自己判断を求められることになる。

このカテゴリーのサービスは、主に私的個人ないし私的組織（企業などが従業員への福利厚生目的に購入するなど）など非専門家が購買者となることが多いと思われ、GRADE や ROBINS、PRECIS2 などの枠組みに沿った専門的情報が提示されていても、購買者にとって直接判断材料とはならないかもしれない。したがって、私的購買者は表示された情報をもとにコンサルテーションできる機会を求めることとなる。たとえば主治医・産業医などの専門家の意見を求めたうえで購買判断を行うことが推奨される。他にも情報提供を行う独立組織（公的・私的）の存在が消費者と供給者の間の情報共有を促進するうえで今後求められるかもしれない。

なお民間組織（企業など）が組織内外に対する Corporation Social Responsibility など意識し、サービスの提案・販売、ないし購買を行う場合は、費用・効果・安全性に留まらず、人材育成・活用や技術的波及効果も含め企業戦略に基づいてミッションを明確にしたうえで、それに見合った情報収集・検討が必要となる。

コラム 1　機能性食品・健康食品をめぐる議論

要素的サービスの中で、やや特殊となるのが機能性食品・サプリメント・特定保健用食品である。わが国では明確な法的定義を持たず、「1 次・2 次・3 次食品機能」という独特の概念に従い、食品安全などの観点から農林水産省・厚生労働省の関わりや、新規に業務移転された消費者庁の役割自体が明確ではない。その結果欧米諸国の制度と比較し、求められるエビデンスの要件などが整理されているとは言い難い（大濱，2008）。特に「機能性食品」は主成分の安全性・機能性エビデンスだけを求めた届け出制であり、主成分以外の化合物を含めた加工製品としての安全性を人で検証することを必ずしも求めていない。そのため市場で実際に流通している形の商品製品の安全性・危害性について事前に予測しがたい。したがって健康被害を積極的に把握するポストマーケット調査の体制を確立すべきであるという指摘が以前からなされていた（梅崎，2010; 千葉，他，2017）。今般問題となった機能性食品による健康被害問題を契機に、食品衛生法施行規則が改正され、2024 年 9 月から健康被害情報の報告義務化に加え、錠剤・カプセル剤などサプリメント形状をとった食品については製造工程上の品質管理基準（GMP）適合が義務付けられた。ただし、その他の形状の「健康食品」については依然として法的定義の見直しと安全性ほか求められる要件の再整理が必要である。その際、安全性・危害性（harms）に関する情報を取得する体制（単なる報告待ちなのか、より積極的なサーベイをいつ行うのか）や評価手法の質（危害の事前定義や情報収集のタイミング・頻度などプロトコールの提示）について、すでに臨床治験で用いられてきた CONSORT の拡張版で、判定に必要な情報の提示項目が挙げられているので、参考にすることができるだろう（Ioannidis, et al., 2004 ）。

コラム２　私的購買による予防・健康づくりサービス；消費者の現状

これまで医療介護保険やワクチンなど法定サービスとして公的に提供されるサービスについて主に注目し、その制度設計者・供給者面からの議論にやや偏って議論を進めていたが、私的購買取引における消費者の現状について確認しておくことが必要であろう。ここでは健康診断や予防歯科診療、さらに公的保険の対象とはならない、主に私的購買により取引される医療・鍼灸接骨以外の健康関連サービスの定期的利用について、本研究事業の一環として実施した全国ウエブ調査の結果の概要を以下に示すこととする。

調査名称；健康政策における衡平性し好の全国ウエブ調査（株式会社インテージの登録モニターを利用し、全国10エリア、25歳以上男女を人口構成に合わせた年齢層区分（25歳以上を10歳ごと階級で区分、75歳以上はまとめて、6区分）を回収ベースで反映したサンプルを用いたオンライン調査）；2023年3月末に4日間実施　東京大学医学部倫理委員会審査番号（2022375NI）として審査済）。N＝8,594

健康診断（病院などの診療中の検査を除く）を利用した人は69.0％、予防歯科（歯石除去・フッ素塗布・矯正歯科など）を利用した人は42.8％ 、どちらも利用したという人は32.2％に見られた。

年齢層・性別・教育歴・就業状態別に見ると、健診受診率は年齢・性・教育歴に加え就業状態の影響を強く反映しており、正規雇用者層（83.7％）・契約社員嘱託層（88.3％）で最も高く、専業主婦・学生層（59.3％）、自営業層（51.2％）と失業層（43.4％）で低かった。現行の特定健診制度が職域中心に整備されていることを反映していると言える。

一方、予防歯科利用率は女性・高齢層・高教育歴層で利用率が高く、就業の影響はこれらの影響を補正すると見られなかったことから、制度化されている健診サービスと比較すると、予防歯科サービスではより嗜好性による個人選択の影響が強いと見られる。

健診を利用しなかった31％の人たちに理由を尋ねると（複数回答可）、忙しい・時間がない（17.2％）、健康だから（22.0％）、費用が掛かるから（19.6％）、機会がなかった・どこで受けたらいいかわからない（18.5％）、ふだん医療機関にかかっているから（35.2％）、悪い結果が出るのが不安（8.7％）など挙げられていて、これらの理由は比較的独立性が強かった。特に費用や機会の問題を挙げていたのは若年層（45歳未満）に多い傾向が見られた。性別・教育歴層別による未受診理由の系統的違いは見られなかった。自由回答欄で健診施設でのコロナウィルスを始めとする感染懸念を理由に挙げたものは17件程度に留まった。

さらに本調査では、公的保険ではカバーされない、医療機関・鍼灸接骨院施設以外で提供される健康関連サービスの定期的利用についても尋ねている。サプリ・健康食品は30.0％、運動・食事・体調管理などの健康関連アプリの利用は7.3％、ヨガ・瞑想・マインドフルネスなどの利用は2.8％、マッサージ・整体・リフレクソロジー・カイロプラクティクスなどの利用は9.1％、いずれも女性・高教育歴層で利用率が系統的に高かった。サプリ・健康食品は年齢が高い層で利用が高いのに対し、アプリの利用やヨガなどの利用は若年層で有意に高い傾向が見られた。何も利用していないと回答したのは62.7％だった。

健康関連サービスをいずれか利用した人を対象に、サービス利用の満足度、感じられた効果、事前のサービスに関する情報が十分だったかを5件法で回答してもらったところ、下位2件（全くそう思わない・そう思わない）と回答した割合はそれぞれ7.8％、8.8％、11.3％見られた。サービス満足度・効果自覚度・事前情報の充足度は相互に強い相関が見られているが、年齢層・性別・教育歴層・所得層などによる系統的な違いは見られなかった。すなわち、消費者の属性によらず、商品に対する事前情報の質と、サービス購買後の満足度・効果自覚は強く関連しており、購買者の10人に一人はサービスの効果ならびに事前情報の質に不満を持っていたことが示唆された。横断的調査の性質上、内生的な関係性（効果に不満だったから情報に不満を持ったのか、情報に不満があって効果に不満があるのか、両者に関連する要因があったのかなど）については検討できない。

以上から、人口学的属性や社会経済的特性によらずに、私的購買により取引される「予防・健康づくり」サービスについては、1）現状で国民の3分の1程度の利用に留まっていること、2）性・年令など人口学的属性や教育歴など社会経済的位置によって購買は選択的に行われていること、3）一方購買者に限ってみれば属性によらず購買後満足度・効果自覚・事前情報の質の相関関係は一貫して見られることが確認された。

2）短期・長期効果発現を見込み、直接効果 / 間接効果を見込む単要素的サービス

ポートフォリオ図（図1）の左上・下の象限で公的購買者によるものを主に想定する。たとえばワクチン接種など公的購買者（公的保険者・自治体行政など）が購買・提供するサービスについては、効能・効果の内的妥当性・外的妥当性に関する情報が入手できる場合、それを開示したうえでサービス受益者（住民など接種対象者）に情報提供することが求められる。こうした情報が入手できない、ないし不十分と判断される場合、そのギャップを埋めるうえで、当該サービスに関わる専門家に加え、必要なステークホルダーから得られる意見をcolloquial evidenceとして提示し、サービス受益者の接種受診判断を支援することが求められる。こうした具体例のひとつとして現在厚生労働省が実施しているHPVワクチンに関する情報提供が挙げられる（https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html）。

さらに長期的な効果（たとえば年余を経て明らかとなる、子宮頸がんの発生リスクや死亡リスク

の低減）についてフォローできる体制として予防接種情報と医療サービス利用情報の結合が必要であり、一部地域などではすでに実施されていること、全国的データベースの整備は今後厚生行政としての系統的取り組みが不可欠であること、については第1報で述べたとおりである。

ワクチン接種による効果として、受益者個人の感染・重症化リスクを下げる直接効果を求める場合と、集団免疫効果など間接効果・波及効果をもくろむ場合では、考慮すべきエビデンスやその範囲は異なってくる。また個人のリスク低減であれば個人による費用負担（公的補助など衡平性への配慮を伴うとして）は整合的であるが、集団免疫効果を考慮するのであれば、接種者以外への便益が外部性として発生することから、費用負担を公的に行うなどの検討が必要となる。すでに予防接種法ではこうした観点から公的購買者の立場から見て間接効果・外部性を重視する疾患（A類疾患；公費でカバーされ接種努力義務が課されているもの）と直接効果を主に重視する疾患（B類疾患；個人負担による任意接種）を制度的に分けている（厚生労働省予防接種・ワクチン情報 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html）。このように本カテゴリーに含まれるサービスでは、公的購買者・提供者はサービス購買の到達目的を明確に表明し、その根拠となるエビデンスを提示したうえで、整合的な費用負担枠組みを受益者に対して説明・提案することが求められる。

なおワクチン接種の状況に地域格差・所得格差・就労状況による格差などがあること、必ずしもワクチン接種の直接費用だけではなく接種受診のための機会費用の問題も課題となっていることが指摘されている（Wada & Smith, 2013）。重要な課題として、こうした格差の状況が公的購買者によって十分評価・把握されていないことを指摘しておかねばならない。衡平性の課題については節を改めて検討することとする。

同じ象限に分類されるサービスとして、狭義の介護予防サービス（たとえば運動プログラムの提供）であれば、公的購買者（主に介護保険者）は、数年後に効果発現が期待される参加者の要介護認定オッズの低下と関連する介護給付費の低下などを評価し、関連の直接経費とのバランスを見ることとなる。ただし、プログラムの実施内容（だれがどのような運動プログラムをどの程度の頻度で提供するのか、サービス参加率はどの程度かなど）やサービス適用者の特性（ベースの運動機能、適用者の住環境など）によって、効果が文脈依存的に異なることから、RE-AIMなどに準拠した文脈依存的な適用可能性を規定する条件に関するエビデンスが、プログラム採否やプログラム企画立案、プログラムの普及に関わる意思決定に必要となる（Pollack, et al., 2011）。現時点ではこうした外的妥当性・文脈依存的エビデンスの蓄積を組織的・系統的に行う枠組みが存在していない。こうした枠組みの提供は、厚労省老健局が実施している「介護予防活動普及展開事業」や総務省統計局で近年始まった「DataStaRt；地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト」などの「事例集」的な既存事業を発展させ、RE-AIMなどの標準評価枠組みを取りいれて情報の標準化を図る余地があると思われる。

3）長期効果発現を見込み、直接効果 / 間接効果を見込む複合要素的サービス

ポートフォリオ図（図1）の右上象限に含まれるサービスは、サービス・介入内容の複合性、見込まれる効果の波及性と発現までの時間ラグなど多くの複合的要素を含んだ、複雑な象限となっている。特にこの象限では、サービス・介入実施に

関わる主体の多セクター性が評価に必要な情報をより複雑にさせる要因となっている。

こうした場合に参考となるのが先に紹介した米国 CDC の Knowledge to Action (K2A) の　フレームである。K2A では研究・実装、制度化の 3 フェーズで以下の 4 つの役割機能が、異なる重みづけ・優先順位で求められているとしている；

・介入プログラムの設計開発と検証（development and testing）
・プログラム導入の意思決定（administrative decision making）
・プログラム実践（implementation）
・プログラム評価（evaluation）

そしてそれぞれの機能を担当する主体ごとに、それぞれのフェーズで必要とする「エビデンス」が異なってくる。たとえば導入意思決定機能を担当するものは、無作為割付比較試験などによる文脈に依存しないエビデンスに加え、実践された結果（効果・実践経験）に関するエビデンスをもとに、適用可能性を考慮するうえで必要な情報（対象特性・実施環境の社会文化政治特性・財政ほか）を必要とする。さらに意思決定者として対象住民・地域のニーズを把握し、当該介入プログラムがどのようにそのニーズを満たすと期待されるかについて判断する情報として適用可能性に関わるエビデンスや、実装に関わる資源入手可能性に関する情報が必要となる。一方プログラム実践を担当するものは効能・効果を裏付けるエビデンスを持つことが実践に関わる各方面を説得する材料として必要であり、さらに科学的エビデンスと実践をつなぐギャップがあれば、実践するフィールド・場面での実践に基づくエビデンス（経験）を入手ないし構築することが求められる。

適用可能性・再現可能性・実装に関わるエビデンスは、RE-AIM や PRECIS 2 などさまざまな枠組みが提案されていることは先に紹介したとおりであるが、これらを使いこなすうえで K2A のフレームが要請していることは、介入サービスがなにをもたらすのか明確なビジョン・目的や明確なターゲットをもったロジックモデルを開発者・企画者・採用意思決定者・実施者・評価者が相互理解のうえで共有していることである。特に複数セクターが関与する場合、達成目標は複数となることもあり、それらをリストアップしたうえで、それぞれの目標に沿ってエビデンスが必要になる。ただしその際に必ずしも同じようなレベル・粒度の情報がそれぞれのセクターについて用意できるとは限らないので、セクター間での交渉・意思決定の際に留意される必要がある。

いまひとつ実践にあたって重要な判断材料は、既存のプログラムをどこまで厳密に実践するのか、それとも対象者・地域のニーズに合わせてプログラムを修正・改変するか、その場合どこまでの改変が許されるかを判断する材料である。文脈依存性・外的妥当性などの問題と表裏一体の問題として、ある地域・条件下で効果性が認められたサービス・介入を他の条件で展開する場合、「どこまで原本に忠実であるべきか（fidelity）」と「どこまで文脈に合わせた改変が認められるのか（adoption）」の間で生じるジレンマがあり、落としどころを見つけることは極めて重要かつ困難である。適用可能性を越えて不適切な適用を行うリスク（Risk of generalizability bias）として広く知られているのは、サービスデリバリーに関する要素（組織体系・予算・支援体制ほか）が既存エビデンスとこれからそれを実装する対象環境との間で乖離していることである（Beets, et al., 2020）。どのように adoption vs. fidelity ジレンマのバランスを取るかについては現時点では十分な見解はまとまっていないが、それを明らかにしようという提案は近年見始められている（von Thiele Schwarz, et al., 2019; Hasson, et al.,

2020）。

ポートフォリオ図のこの象限では、複雑さ・文脈依存性の強さゆえに、内的妥当性が担保されたエビデンスや、外的妥当性に関する情報を入手することはしばしば困難である。Green と Glasgow（2006）は入手できたエビデンスを目の前のローカルな状況に適用可能かどうかは、既存のしかるべき理論に依拠して理性的に判断すること、同じような対象や課題・状況で実施した他のプロジェクトの経験があればそれに準拠すること、そして自らが直面するローカルな対象・状況をよく知っているステークホルダーたちが有する経験と知恵に依拠すること、が重要であると述べている。たとえば、ある市当局が地域運動介入プログラムを住民に提供しようとする場合、担当部局や対象は違っても、これまでに子育て支援事業などを通じて住民参加を促進するうえで必要な資源や組織・自治体内外部局とのコミュニケーションの在り方などについて参考となる知見を内部資源的に有していることがある。そうした Cross-sectoral（部門横断的）な「実践に基づくエビデンス」の重要性を Green らは強調している。

5−5.　多面的評価において様々な価値をどう扱うか

5−5−1. 多様な価値を反映するために必要な条件

第 3 節 1 で触れたように特に予防・健康づくりの文脈において、従来の費用対効果分析で取り扱われてきた健康アウトカム（効能・効果）、費用（直接・間接）に加えて、非健康アウトカム（生産性など）をはじめとする様々な価値を多面的評価に含めるべきという姿勢は、広く支持されている。ただし、Value Flower で取りあげたようなすべての価値を網羅的に評価することは求められていない。どのような価値を特定の評価作業に含めるかは、評価のたびに評価に関わるステークホルダーの間で議論されなくてはならない個別問題となっている。また価値判断として一定の基準や判定アルゴリズムで機械的な議論をするのではなく、熟議（deliberative）プロセスが必要であることも前節で触れたとおりである。

Culyer と Lomas によれば、熟議プロセスが必要となる条件は以下のとおりで、ほぼすべて、予防・健康づくりサービスの評価、特に前節のポートフォリオ図でいうと多セクターを巻き込み波及・間接効果まで考慮しなくてはならない右上象限に入るサービスに当てはまる；

- *一つ以上の専門領域が関連し、エビデンスが必ずしも科学的に整合的な結果が得られていない、また文脈依存的に適用可能性について検討する必要がある。さらにステークホルダー間での利害相反がありうる。*
- *従来の医学・臨床的な範囲を越えてアウトカム・便益・費用の検討が必要であり、不確実性を伴う、さらに科学的評価でカバーしきれないさまざまな社会的・個人的価値、特に衡平性や公正性などへの考慮が必要である。*
- *さらに実施可能性や適用可能性について検討が必要。*

(Culyer & Lomas, 2006; pp363 − 366)

ただし熟議にもコストがあることも知られている。そもそも、すべてのステークホルダーを巻き込むことは実施不可能である。参加するステークホルダーの代表性・価値対立上のバランス、意思決定の正当性をどう担保するか、については住民のランダムサンプルを取るミニパブリクス（mini-publics）など熟議的民主主義（deliberative democracy）の制度化の試みは見られるものの、それが代表性や正当性を無条件に担保するものではないことも指摘されている（山田，2009）。

以上から、多面的価値評価に熟議プロセスは求められるものの、どのような価値を有したどのステークホルダーをどの範囲で招請するかについて、極めて政治的・実務的な判断が求められることとなり、汎用的なガイドラインを作成することは難しい。あくまで評価プロセスをとりまとめ、最終的に評価報告を行う評価者主体が、評価報告すべき聴衆を考慮したうえで、ステークホルダーの選択にあたりどのような基準や制約を設けたのかについて、説明できる準備が必要である。特に熟議が求められるのは、公的購買者・支払者が多セクターにまたぐサービスを対象市民に提供する場合であることを踏まえるならば、当該サービスの採用可否を決める最終意思決定者（介護予防などの場合であれば自治体の責任者）が、ステークホルダーの選択を含め熟議プロセスの監理ならびに説明責任を負うこととなる。

その際考慮しなくてはならないのは「衡平性」の視点である。直接・間接・波及的効果や費用負担に関わる人々の属性によらずに、意思決定の議論テーブルに参加する機会や、意思決定プロセスにおける影響力・貢献力が衡平に担保されうる（実際に参加していなくても可能性として閉じていない）ことが望ましい。すなわち多様な価値をまとめた多面的評価を行ううえで衡平性の問題は避けて通れないということになる（山田，ibid）。これについて節を改めて議論することとする。

なお、ひとたびステークホルダーがそろった後、さまざまな価値をどう評価にまとめ上げるかについて技術的には、前節で取り上げたMulti-Criteria Decision Analysis (MCDA) などがある。ただし多面的評価基準をまとめる定量的プロセスの提案であり、定型的分析手法と混同すべきではない。定量的に情報収集を図る方法としては、Cost-Consequence Analysis (CCA) は実施可能性の点で使いやすいが、情報集約が十分でないこと、分野間でのトレードオフなどが十分考慮できていないことについては第一報で触れたとおりである。より概念的に高度な手法として、異なる分野間の価値について重みづけして社会的便益総量をまとめたうえで、資源制約下でトレードオフが発生するサービス分野における機会費用の影響も併せて評価するSocietal Decision Making Analysis (SDMA) が近年提案されているが（Longo, et al., 2024）、理論的な提案に留まり、実用性の点からまだ議論が必要と思われるため、手法の候補が存在することを紹介するに留める。

5－5－2．衡平性の規範基準

衡平性の概念について第1報でEquity-informative Economic Evaluation（EIEE）を紹介した際にも触れたが、衡平（equity）と平等（equality）の概念の違いとして、前者は規範的価値判断によって「回避すべき差」を定義し、そうした格差が存在しないことを指すものであるということ、さらにその際、何を以て衡平とするかは、依拠する規範的価値基準によって異なり、時に対立しうることについても論じた。本節ではその点を詳細に検討する。

厚生経済学的議論が暗黙のうちに依拠しているのは、功利主義的規範（utilitarianism）と言って差し支えないであろう。功利主義は帰結主義（consequentialism）に部類され、規範的善悪判断は「結果がよいかどうか」、すなわち予防サービス評価においては健康を厚生指標とみなし、社会としての健康総量が増えるか、減るかで厚生の良し悪しを判断することとなる。先に紹介したRobsonらの「健康衡平性嗜好」の測定では、社会として健康総量を増やす選択肢と、健康総量を減らしてでも「衡平」な健康配分をした場合のトレードオフを以て、衡平性に対する価値嗜好の顕れとしている。すなわち功利主義的に考えたら最

良の選択（健康総量の増大）から外れた、超厚生主義的（extra-welfarism）価値として衡平性の嗜好を測定している（Robson, et al., 2017）。つまり、功利主義の範疇に留まる限り配分衡平性は社会的厚生量に影響しない（衡平かどうかは功利主義的には善悪判断の考慮の要件に含まれない）ことになる。

これに対してカント主義的自由主義に部類するロールズ的自由主義規範（Rawlsian liberalism）では、理性的かつ自律的個人が「無知のベール」（veil of ignorance）という条件（自己の既存の立場・要件などに頼らずに道徳的理性にのみ頼って思考実験する個人）のもとで選択すれば、最も不利なひとの状況を改善する（maximin）選択肢を採用することが社会的に衡平な理性的選択であるとしている。この規範は、健康を基本的な人権とみなす考え方と親和性があり（Ramanadhan, et al., 2024）、健康の社会的規定要因など世界保健機関を中心としたパブリックヘルス系の議論で暗黙的に前提とされていることが多い（WHO https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1）。自らは改善できない社会経済的・人口学的要件（経済的資源の有無、民族など）がゆえに健康格差が生まれる場合、社会全体として不利な条件にある人を援助し、格差是正に向けて対応を取ることを衡平と捉え、いわゆる「生活習慣病の自己責任論」について強く反駁する。人々が自然と健康になれる社会を作るというナッジ介入などを正当化する議論でも依拠されることがある。

一方、米国の共和党などを支持する層やネオリベラリズム的な経済政策を指向する層で見られる規範としてリバタリアニズム（自由意志主義など日本語訳はあるが定訳はない）がある。自らの身体・嗜好・能力は自らが道徳的かつ正当に所有しており、国家を始め何人たりともこの自由を妨げることを認めないという立場を取る。いわゆる小さな政府を志向し、国家による皆保険制度などに反対の立場を取り、寄付などによる自発的慈善活動によって格差解消に対応することを求める。すべての人に自らを統率する自由を認めることを衡平とする一方、自由選択によって生じた結果については自己が責任を持つことを要求する。生活習慣が自己の自由選択によるものであると考えるならば、その結果として生じた病気に対して自己責任の範疇で対応を求めることになる。

このように前提とする規範の違いが何を以て「衡平」と判断するかを左右する。しかも、これらの異なる規範を統一的に満足させる価値基準は存在しない。

5－5－3．衡平性価値軸を多面的評価の枠組みにどう取りいれるか？

では、実際に人々は特定の価値規範に沿って衡平性嗜好を表示しているのだろうか？参考にするため、予防・健康づくりサービスの評価の在りかたについてパブリックオピニオンを求めるため市民パネラーを公募しヒアリングを行った。少数ながら（N = 3、男女比 2：1、30 代、40 代、60 代各一人ずつ）意見を伺うことができたので、その結果を踏まえて議論を進めることとする。

研究方法：参加者は、東京大学医学部ならびに学会ホームページにて以下の参加条件を示したうえで公募した。参加者の組み入れ基準は 18 歳以上の成人一般市民とし、医療・医薬関係者は除くこととした。ヒアリングは、参加者 1 名ずつ個別に実施した。予防サービスとしてワクチン（コロナワクチン、HPV ワクチン）、介護予防サービス、アプリによる生活習慣行動変容支援プログラムについて各自の嗜好を伺ったうえで、公的保険者・政府などによる提供を行う場合の「衡平な提供」としてなにが求められるかについて意見聴

取を行った。2 件は学内（東京大学本郷構内）において対面にて、遠方の参加者 1 件についてはオンライン（zoom）にて 2024 年 10 月に各 1 時間のヒアリングを計 3 回実施した。本調査は東京大学医学部倫理委員会にて承認を得て実施された（審査番号：2024143NI）。

結果；

ヒアリング参加者いずれもコロナワクチンの自己の接種判断について、安全性・有効性に関する事前情報が不足していたなかで戸惑っていた。安全性・有効性に対する安心・納得が先決事項である点で参加者は一致していた。情報不足を補うため周囲の接種状況を参考情報にしたひともいたが、あくまで個人の自由選択に任されるもので義務化や接種に対する社会的プレッシャー・偏見などに対する懸念を表明するひともいた。また個人としての立場と組織の長としての立場で、ワクチン接種の便益とコスト（副作用による機会費用損失など含む）の範囲が異なり判断が異なったというひともいた。これに対して HPV ワクチンの公的接種補助については、支持で一致しており、該当年齢の女性が十分な情報提供のもと接種機会を持てるユニバーサルな接種条件を衡平とみなしていた。

健康支援アプリについては個人として購入する際の条件は使いやすさ・価格・効能（アプリプログラムの監修者の信頼性やユーザーの口コミなどを情報ソースとして）・インセンティブ（ポイントが付くなど）・インターフェース（支援的関係づくり）など、それぞれ重視している項目が異なった。一方、これを保険適用にした場合の保険料貢献については、がん予防など自分に対しても適用になるものについては是としたが、メタボ対策・禁煙支援など生活習慣病対策アプリについては、「利用者が自分でできるものは自分でやるべき」であり、利用を必要としない自らが保険料貢献をすることには抵抗があるという意見で一致していた。保険者の立場として医療費支出を下げることを目的とし保険者が購入提供することについては認めるとする意見もあった。一方、女性の月経周期管理などのサポートアプリについては、ジェンダー不平等が強い現状の日本では保険者がカバーすべきであると一致していた。

介護予防サービスについては、サービスに求められる価値として高齢者を一律・子ども扱いなどせず、生活選択の自由に配慮した「尊厳」や単なる機能維持に留まらずに権利として QOL 獲得を支援することなどが求められていた。また生活していくうえで自分を信じて穏やかな「心持ち」が持てることを重視する声もあった。一方、介護予防サービスを公的購買者（自治体）が保険料・税をベースに運営提供することについて、機能低下などを予防する自助努力が見られない場合「なんでも国が見てくれる」ことに抵抗がある、社会的な貢献の度合いが大きいひとを優先すべきだ、などの声があった。

最後にヒアリング参加者に対し、先に紹介した Robson ら（2017）の枠組みを用いた質問票で所得の高低 2 群に対し健康寿命を延伸するための政策オプションをいくつか提示し「衡平性嗜好」を尋ねたところ、回答結果から参加者いずれも健康寿命が相対的に短い低所得層に対して傾斜配分するオプションを選択する傾向を持つ「egalitarian」ないし「maximin (Rawlsian)」に分類された。

考察；

以上の結果から参加者はいずれも自律性を担保する条件や選択の自由など自由主義的価値を重視している点で一致していた。また「弱者」に対し支援を行い格差是正することについて公的介入がなされることについても是としており、egalitarian ないし Rawlsian 的な立場を取っていた。一方、生活習慣病や介護予防など社会通念

的に「自助努力」が求められると言われている領域のサービスについては、リバタリアン的な「自己責任論」の立場を取っているように見える。このように理論的には矛盾した価値規範に依拠しているようにも見られる。その理由として以下のものが考えられる。

1）Attribution bias の影響

生活習慣病・要介護状況など、行動・生活習慣の自己選択によって回避できることで予防が可能である、と考える場合、自助努力を欠いているがゆえにこうした状況に陥ることは「自己責任」とみなす論拠とされる。これに対していわゆる「社会的健康規定要因」概念では自助努力だけでは抗しがたい社会経済条件が行動選択の幅を強く制約していると考えている。このように人の行動選択を内的動機・性格などに帰属させるか、それとも外的制約などに帰属させるかによって判断が分かれることとなる。他者や自分の行動を規定する要因をどう捉えるかについて帰属理論（attribution theory）では、人は自己ならびに他者の行動規定因子として内的なものを重視しやすく、外的因子を軽視する傾向（本質的帰属錯誤；fundamental attribution error）が存在し、特に他者の行動についてその傾向が強いことが知られている（Ross, 1977；Weiner, 1985.）。

2）Communitarian 規範

今一つの解釈として、参加者は自由主義でもリバタリアンでも、ましてや功利主義でもない、別の規範価値軸を持っていたと考えることもできる。コミュニタリアン規範（Communitarianism; 共同体主義）では個人の自由を尊重しつつも、より重要なものとして集団として共通善（common goods）の存在を前提に、共通善の達成に向かう判断を是とする。仮に個人の自由の追求が集団としての共通善の実現と反する場合には、自由の制限が容認されうる。また集団としての共通善の達成に向けた連帯と道徳的責任・貢献義務が求められる（Etzioni, 2014）。したがって、共通善として人々の健康を衡平に達成することを目指す場合、弱者に対する取り組み（たとえばジェンダー差別や社会経済格差による健康格差の解消に向けた政策的介入）は是とされる一方、共通善の達成に向けてコミュニティ構成員としての責任・貢献が十分果たされていないと判断される場合、たとえば「生活習慣予防の個人努力を払うという道徳的義務」を想定し、それが果たされていない場合、社会としての連帯的取り組み・支援の対象に含まないという判断に繋がりうる。ヒアリングで観察された参加者の嗜好はコミュニテリアン規範に基づく価値表現であったとすれば矛盾なく解釈できる。

少数の意見表明に基づく議論ではあるが以上の考察に基づけば、わが国において予防・健康づくりサービスの多面的評価、特に公的セクターが実施し波及効果・間接効果を含み多セクターを巻き込むようなサービス介入の場合、「衡平性」を議論するにあたって、なにを目指すのか（個人の自由の表現としての健康、もしくは共通善としての集団健康）について開かれた意見表出・相互理解がまず必要となる。その際、行動変容を妨げる要因に関する（科学的）根拠に基づき、帰属錯誤によるバイアスがあれば補正したうえで、それぞれのステークホルダーがなにを以て「衡平」と見なすかについて意見表明し相互理解を深めることが、議論を収斂させていく前提作業となる可能性が示唆される。いまひとつの課題として、これまで費用対効果分析は主に功利主義的厚生関数を前提とした価値体系のもとで議論され、そこに EIEE は超厚生主義的な価値評価を追加してきたが、今後コミュニテリアン的価値規範をどのように取り入れるかも多面的評価の議論の中で深めていく必要があることが示唆された（van

Staveren, 2009)。

なお公的介入の是非は、衡平性の観点とは別に、経済学領域では外部経済性との関連で議論されることがあるので、ここで短く触れておくこととする。簡単な事例でいえば、喫煙者の喫煙に伴う私的限界費用と、喫煙の副流煙によって生じる他者の健康被害による社会的限界費用との間で乖離が生じる場合、経済外部性が発生する。[註2] 私的価値と社会的価値との間の乖離による経済外部性の発生は、予防・健康づくりサービスのなかでも、多セクター多要素的な介入・サービスで波及・間接効果を有するポートフォリオ象限で起こりやすい。このサービス象限には、社会的健康規定要因が関連するものが含まれ、世界保健機関は社会的健康規定要因に対する公的介入の必要性の根拠として、経済外部性を挙げている（World Health Organization, 2013)。経済外部性の対処策として内部化を図ること（発生した外部経済を市場取引の対象とする、たとえば二酸化炭素市場など）や政府による規制・介入（環境基準規制や環境税など）がよく取り沙汰される。予防・健康づくりにおいてもたばこ税・さとう税などの悪行税や喫煙者の保険料増額などが内部化手段として議論されることがある。一方、社会保険による公的対応（自治体の介護予防サービス提供、保険者による特定指導など）も存在する。後者は社会保険＝連帯によるものであるが、外部性への対応は必ずしも連帯に基づく対応と対立するものではない。サービス・介入によりなにを達成価値とするか、介入を必要とする課題はどのような要因により左右されているか、などについて公的購買者などが中心となり、ステークホルダー内での熟議・合意形成を図り、バランスを取った対応を選択していくことが望ましい。

5－6．多面的評価を進めるための技術的要件について

以上議論をまとめると多面的評価を進めるための必要要件として以下が挙げられる。

1）多面的評価に必要なエビデンス構築に必要な情報・データ
2）多面的評価、特に衡平性などを議論するうえで必要な分析技術
3）多面的評価に必要なエビデンスの蓄積・共有の枠組み
4）多面的評価を遂行するためのマネジメント技術
5）多面的評価を可能にするインフラ（人材・財政・制度）の整備

ただし、これらの要件はそれぞれ独立ではなく、相互に関連しながら議論される必要がある。

サービスの性質や購買者・採用判断者の立場・性質により、求められる「エビデンス」の性質や入手可能性が大きく異なることはすでに議論してきたとおりである。理想的には内的妥当性ならびに外的妥当性の双方が担保されているものが望ましいが、そのようなエビデンスはほぼ存在しない。したがってエビデンスの内的妥当性・外的妥当性を担保するための検討がどの程度なされているかについて判断できるような標準的形式に沿った報告情報を入手できることがもっとも有用である。単要素的なサービスであればGRADEやPRECIS2など、より複合的かつ文脈の影響を受けやすい多要素的複合介入であればRE-AIMなどの標準的報告様式に沿って情報入手できることが望ましい。安全性についてもCONSORTの危害性報告の様式に沿って安全性情報の入手体制や安全性の評価手法の質などについて公開されることが求められる。特に健康食品・サプリなど私的購買に付されるものは、非専門家である購買者の判断を助けるべく、関係法規・通達により製造・

販売者に対し標準的様式に沿った報告の義務化が求められる。

評価技術として、差の差分析や回帰不連続モデルに留まらず、より高度な因果推論的統計手法の応用や不均一効果の検出を行う機械学習などの手法の応用が進んできている。しかしこれらを用いているかどうか、よりはこれらの手法を用いることが妥当であることを担保する情報を示しているかどうかのほうが、サービス評価・判断には重要である。データの性質や入手可能性などの制約がある場合、必ずしもこうした高度な分析手法の適用が求められるわけではない。むしろそうした制約のもとで内的・外的妥当性を左右しうる要因に関する情報提示があるほうが、評価結果の解釈を適切に行ううえで有益である。

衡平性の検討にあたって先に紹介したEIEEの各種手法の提案はされているが、これら手法を適用するには、まず何に対するどのような「衡平」が求められるのか、政策目標として設定されていることが前提となる。年令・地域・社会経済属性・ジェンダー・人種民族ほか、どのようなマイノリティに対して社会・集団として格差の是正が求められるのかが、まず政治的・社会的に合意形成され、かつそれが集団（国家・地域・それ以外の属性集団）として政策・施策・対策の到達価値として明確に示されている必要がある。目標なき「衡平」は到達しようもないし評価のしようもない。設定された政治的・社会的価値到達目標に向けて評価に必要な情報の収集を制度化することが求められる。英国でEIEEやSocial Determinants of Healthなどの政策議論・学術的分析が進み集団健康の衡平性の評価に必要なデータ要件がそろっているのも、社会階層間格差の解消が政治的アジェンダとして共有され、社会階層指標の設定・それに基づく政府統計の収集などが制度化されているからに他ならない。

以上を前提としたうえで、より要素的な技術要件について列挙する。

1）必要な情報・データ

情報・データの技術要件が最も高度となるのは、多要素多セクターを巻き込み、直接効果のみならず間接効果・波及効果の検討を必要とする、しかも長期に渡り観察が必要な介入・サービスである。こうしたデータを個別サービスごとに収集蓄積するには膨大なコストが必要となる。望ましいのは既存のデータ収集の枠組みとして公的統計や公的保険データなど行政データの個票レベルデータを様々なレベルでリンクして利活用することである。医療経済学会学術推進委員会が中心に提言を行ってきたところ、2025年6月に閣議決定された「規制改革実施計画」では既存統計・行政情報の政策・研究活用に向けてデータリンケージを含むデータ利活用環境・制度の整備に向けて方針が出されたことは大きな前進である。今後中央政府の管轄するデータについて、医療介護などの枠を越えた個票レベル・組織レベルでのデータリンケージに加え、自治体政府の管轄するデータについても同様の利活用体制が条件整備されることが望ましい。一方、こうした高度かつ複雑な「リアルワールドデータ」を監理する情報処理技術・情報セキュリティ技術の整備、さらにはデータ監理の説明責任を果たすガバナンス技術・体制の構築が必要となる。特に情報ガバナンス制度の構築は、セクターをまたいで議論をまとめ上げることが求められ、重要かつ困難な作業となることが見込まれることから、今後引き続き政府の主導による議論の進展が期待される。

2）分析技術

実験的（たとえば無作為割付比較試験など）・準実験的デザイン（たとえば回帰不連続モデルの

利用など）による介入 - 効果の因果推論的評価は引き続き重要な中核的分析デザイン・技術となることが見込まれ、こうしたデザイン・分析を行う技能や資源を確保することは重要である。加えて今後必要となるのが、複数の介入内容と結果（直接・波及）を含み、かつ効果が一様ではなく環境や対象者属性などにより修飾されるような場合の対応である。動的非線形性・異質性を取り込む必要があり、人工知能や機械学習の利用も必要となるが、これらの技術に機械的に頼るだけでは分析アウトプットの解釈は困難である。こうした技術を使いこなすうえで、社会学・心理学・経済学など行動科学的理論の裏付けをもった仮説的因果モデルを構築する技能がより高度に求められる。また非線形性・動的交互作用に対応できるミクロシミュレーションなどの複雑系数理モデルの活用も今後求められるだろう。すでに予防・健康づくりなど公衆衛生学領域において複雑系科学の導入必要性について、米国をはじめとして議論が始まっている（Leischow & Milstein, 2006; Green, 2006）。

データのリンケージ・利活用が進むことにより、これまでデータ制約ゆえに計量化が難しかった変数（労働生産性やワクチンの集団免疫や経済活動効果など波及効果など）は今後取り扱いが可能になると期待される一方、変数概念が整理できていないようなもの（たとえば“技術的波及効果”や“社会政治的波及効果”など）については、既存の理論をベースにまず理論的概念整理を進める必要がある。その際、学術的に普遍性の高い概念定義だけに留めず、具体的な評価目的や評価対象属性などと概念定義が整合性を持った形で示されることが望ましい。

3）エビデンス情報の蓄積と共有

これまで先人たちによる膨大な努力のおかげで、臨床治験については登録制度と標準的様式による報告が義務化され、情報の集約もコクランライブラリーはじめとするものが入手可能となってきた。しかし適用可能性・再現可能性など外的妥当性に関する情報の系統的蓄積と共有の枠組みは今後整備を進めていく必要性が残されている。さらに地域介入プログラムでは、RE-AIM など標準報告様式が提案されているにもかかわらず、体系的なエビデンス情報の蓄積・共有はおろか、収集もいまだ十分図れていない。さらに実践から得られたエビデンス（Practice-based evidence）の有用性が認められてきたにもかからず、その系統的蓄積・共有の枠組みは未確立である。

そうした試みとして、米国においてケンタッキー大学が全米センターを務めた“Practice-Based Research Networks”(PBRNs) が参考になると思われる（Mays & Hogg, 2012; Mays, et al., 2013）。PBRNs は、予防健康づくりに関する行政関係機関・教育研究機関・地域関係者が地域ごとにコンソーシアムを形成し、共同参加したネットワークである。介入プログラムの設計・評価に加え、実施に関わる組織要件・予算・必要人材の要件などについて情報を相互利活用できるように集積する試みとして注目された。[註3] 残念ながら PBRNs は制度化されずに終了してしまっている。日本でも近年、独立行政法人統計センターの統計データ利活用推進事業の中で実施されている地方自治体のデータ利活用支援や事例紹介（“EBPM ブートキャンプ” https://www.stat.go.jp/rikatsuyou/promotion/）がある。現状で事例情報の標準的収集がなされているとは言いがたいが、今後 RE-AIM など標準報告様式として採用するなどして、既存枠組みとして存在する制度を利用することで、日本版 PBRNs に発展させていくことが期待される。

4）多面的評価遂行のためのマネジメント技術

予防・健康づくりサービス・介入・政策の多面的価値評価を行うには戦略論的マネジメントが必要となってくる。まず当該サービス・介入の意思決定を行う主体が明確な目的（誰に対し、なぜ、なにに答えるのか／なにを達成したいのか）を持つことが求められる。先に紹介したK2AやPRECIS2などの枠組みでも評価を可能とする大前提として、明確な目的を提示することが要求されている。目的を明確に初期設定することで、なにをどの範囲まで手を付けるのか境界設定でき、それに合わせた粒度の情報・データ収集や評価計画を立てることにつながる（いわゆる戦術（tactics）の選定に相当する）。招くべきステークホルダーの範囲や健康関連領域を超えた専門家の招請範囲の初期設定も説明責任を果たせる形で行うことができる。どの価値を評価軸とするかについて参加者が明示的にかつ開かれた形で価値表明を行ったうえで、熟議を通じて初期設定された戦略の見直し・更新を図ることになる。これらの戦略論的要件は、経済開発協力機構（Organization for Economic Cooperation and Development; OECD）が2023年以降科学技術政策委員会で議論している科学技術イノベーションのための政策枠組み（strategic intelligence）でもほぼ同様のものが挙げられている（OECD, 2023）。いわゆるロジックモデルの構築と呼ばれるものも形式的に行うのではなく、戦略論的視点・姿勢を以て説明責任を意識しつつ行うことが、実効性や評価可能性をもったロジック策定の前提条件として求められる。そして熟議を促すためのプロセス管理に関するマネジメント技術についても、今後学術ならびに現場双方でのエビデンス集約が必要となる。

5）多面的評価を可能にするインフラの整備

最後に、多面的評価分析はタダではない。さまざまなコストを必要とする。データ収集・分析に金銭的費用もかかるが、セクターをまたぐプログラム・介入で年余にわたる観察評価が必要な場合、関係諸部署との連携・ネットワークを保つための心理的・社会的・政治的労力・負担は大きい。多面的評価を実施するためのリソースとして重要なのは、「データ分析ができる」人材ではなく、予防・健康づくりプログラム・介入を設計・企画・運営するための課題設定能力・仮説形成力・企画力を持った人材であり、多面的評価・ステークホルダーの調整を行う高いコミュニケーション能力・システム思考を持った人材である（Mays & Scutchfield, 2015; Thomas, et al., 2015）。こうした人材は、統計・疫学・経済学などの計量的技法のトレーニングのみならず、評価研究・実務を経験することを積み重ねて育成することができるもので、一朝一夕の養成セミナーなどでできるものではない。したがって、評価活動をプロジェクト単体のものとして実施することは効率が悪く、組織的継続性や予算措置化も図りにくい。公的購買・評価の場合、公的組織として評価部門を持つことが求められる。また学術機関との人事交流・連携や関係学会間での相互交流・協力、学術的な基盤や経験を持つ第三者評価機関への評価事業の委託などの促進も必要となる。外部資金やエフォート管理など含む現状の学術活動の規制についても再検討の余地はあるだろう。

地方自治体などでは、上記のリソースを独自に確保することは困難な場合が多いと推察され、そのため予防・健康づくりプログラムの実施が精一杯で、評価を科学的・多面的に行うことについて動機が持ちにくい。しかし、当該自治体の他部門で実施したプログラムから得られる「実践から得られるエビデンス」を系統的に蓄積することや、

自らと他自治体の経験を共有比較できるような環境を持つことは、政策立案・評価の妥当性・効率性を高めることに繋がると期待される。地方自治体レベルではリソース的に難しい場合、総務省データセンターなどがリードする形で、標準的評価フレームの提示やトレーニング、さらには各自治体と近隣学術機関との人事交流などのマッチングを支援するなどし、自治体レベルでのエビデンス蓄積を促進することが望ましい (Brownson, et al., 2018: Brownson, et al., 2022)。

6. まとめと提言

本稿ではこれまで予防・健康づくりサービス・介入プログラムの特性と、その特性を踏まえた議論として従前の医療技術評価で用いられてきた費用対効果・生産効率性評価を越えた多面的評価がなぜ必要か、なにが課題か、どう克服すべきかについて論じてきた。最終節を結ぶにあたり、提言の形に整えてまとめることとする。

1）多面的評価を行う意義・前提・留意点

- 評価主体が明確な達成価値・目的のビジョンを示すこと
  予防・健康づくりサービス・介入プログラムも民間市場で取引されるもの、公的購買により私的財的に提供されるもの、もしくは準公共財的に提供されるものがあり、直接効果・間接波及効果（外部性含む）の考慮の範囲や、便益・負担の内容、ステークホルダーの範囲が異なってくる。まず当該サービス・プログラムの購買・提供を意思決定する主体が明確に達成価値・目的を提示できることが、多面的評価を行う際にどの範囲の便益・負担・ステークホルダーを考慮し、どのような価値を取り入れ、評価指標をどう選択するかなどを議論する大前提となる。
- 熟議による評価の共同構築（co-creation）を図ること
  評価価値の定量化・可視化を図ることは議論を開かれたものとするためであり、定量化指標の多寡で機械的な購買・導入意思決定を行うためではない。また事前・事後的評価を行うことは「失敗の原因・犯人捜し」をするためではなく、サービス・プログラムの実践過程をステークホルダー間で共有し、継続的発展にむけた意思決定を支えるためであることを認識共有する必要がある。繰り返しとなるが、これらのプロセスを評価主体が責任監理することが求められる。
- 実践を意識した「エビデンスの質」を求めること
  意思決定主体の目的とサービス・介入プログラムの性質・対象属性や範囲により、安全性、効能・効果などアウトカムに関するエビデンスや、実践・実施を可能とする条件に関する情報など、必要とされる情報属性や情報粒度が異なってくる。したがってエビデンスを意思決定に活かすには、目的に応じて求めるエビデンスはなにかを吟味する必要がある（5－1節 K2A など参照）。その際、いわゆる科学的エビデンスだけでなく、文脈影響を受けやすいサービス・介入では実践から得られたエビデンスを併せて考慮すべきである。エビデンスを提供する側は、研究デザインは内的妥当性のレベルを推測するうえで重要な情報ではあるが質を保証するものではないことを認識し、内的妥当性がどの程度担保できているかを判断する材料となる情報を明示的に提供することによってエビデンスの質を示すべき

である。さらに適用可能性・再現可能性などの外的妥当性に関する情報についても情報があるかないか、について表示すべきである。

- 評価はタダではない；「評価事業経営」が必要であること
  特に多セクター・複雑介入・波及間接効果を期待する場合、評価に必要な情報の収集・蓄積・分析・熟議は膨大な時間・金銭的・心理的・政治的コストを必要とする。評価をすることはデータを集めて計量分析する「データサイエンス」だけではない。評価事業として明確な目的をもって資源調達と運営管理が必要な「事業経営」であること、それらを担う評価機関や主体、人材の育成の重要性を認識することが必要である。
- 「衡平」を議論するにはどのような「衡平」を求めるのかをまず表明すること
  準公共財的に予防・健康づくりサービス・介入を企画提供する場合、「衡平」の議論は避けて通れない。ただし「衡平性」は規範に基づく概念であるため、なにの「衡平」を求めるかは、依拠する政治哲学的立場や「衡平」が必要となる要因に関する信念（帰属解釈）により異なる。そのため、「衡平」目標の間でトレードオフ・対立が生じやすい。しかもこうした立場・信念は暗黙前提となっていて意識化されていないことが多い。「衡平」議論をするうえで、「格差」がなぜ生じるのか、どのような「衡平」を求めるべきか、について各自が明示的な立場・信念の表明を行うことが、意義ある議論を行うための準備として不可欠である。

2）各ステークホルダーに向けた提言

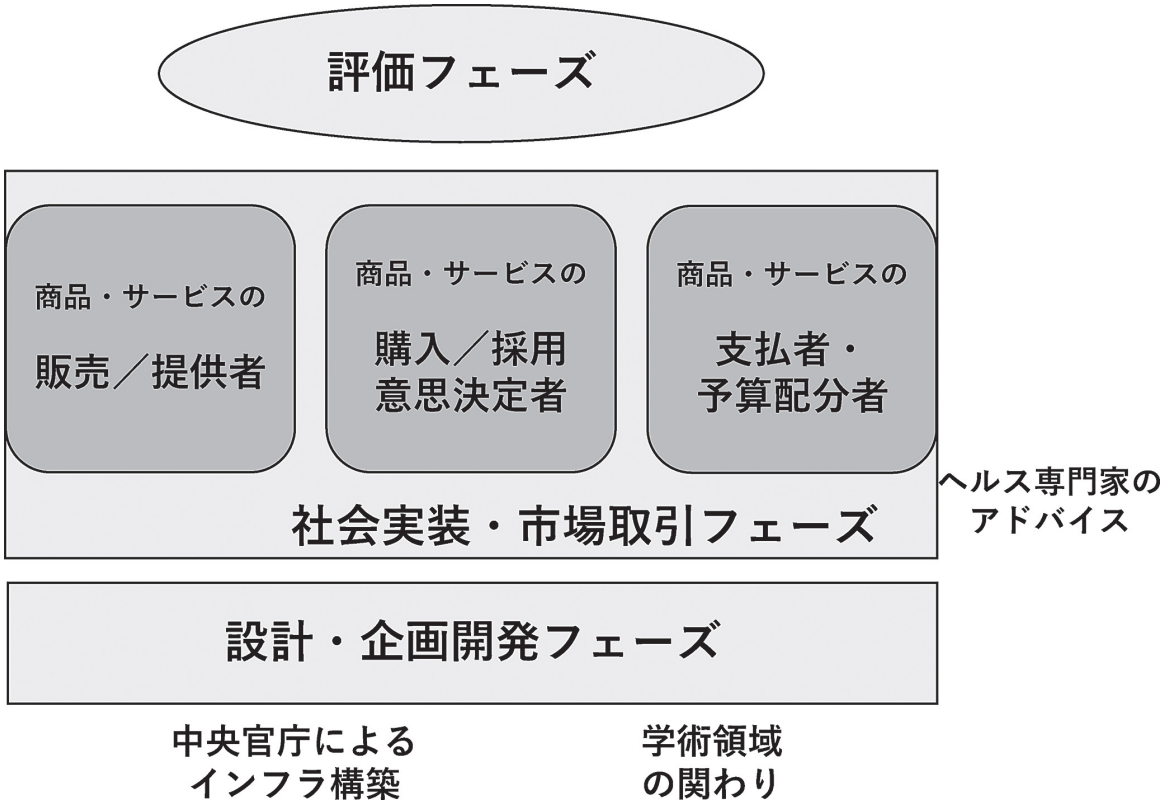
5－3－2節　でCDCのK2A（knowledge to action）のフレームを紹介した際、フェーズとステークホルダーの立場について触れたことを再度ここで取り上げておく。予防・健康づくりサービス・介入の設計・企画開発フェーズ、サービス・介入の社会実装・市場取引フェーズ、そして評価フェーズに分けたうえで、ステークホルダーの立場としてサービス・介入の購入／採用の意思決定者、販売／提供者、そして支払者／予算配分者の３つの立場を想定する（図5）。たとえば個人が健康づくりサービスを購入する場合、提供者は商品を販売する私的企業であり、個人は購入意思決定者であると同時に支払者でもある。一方、介護予防・まちづくりプログラムであれば、自治体などが中心となって企画開発、プログラム採用意思決定、予算配分がなされるとともに、自治体は地域住民に対してサービスを提供する販売／提供者の立場も兼ねることとなる。

2－1）個人

個人として予防・健康づくりサービスを購入する場合、個人は購買意思決定者であり、かつ支払者である。したがってもっとも重要なことは、予防・健康づくりサービスの購入によって自分がなにを得たいかについて具体的な目的・目標を意識したうえで購入判断を行うことである。あいまいなまま「健康にいい」「飲んでいれば健康寿命が延びる」などの表層的な宣伝文句に踊らされずに、なにを指標として自らが効果を判定できるか（客観的でなくても主観的・感覚的な指標でもよい）について具体的なイメージを持つことが、購入判断をするために必要なエビデンス情報の質を吟味するために肝要である。

特にサプリ・食品など直接摂取するものを購入する場合は、安全性についてひとを対象とした安全性確認がなされているかどうか、ない場合、万一危害が発生した場合の早期検知・対応管理体

図５　予防・健康づくりの多面的評価のフェーズとステークホルダー



制が表明されているかどうかなどは購買判断の参考になるだろう。また当該サービスから得られる便益（効果）に関する情報として、単に「臨床試験をやりました」ではなく、対象や研究デザイン、分析手法、バイアスに関する考察など詳細な情報が、文献など入手可能な状態で公開されているかどうか、は参考になる。こうした情報の内容自体は非専門家が吟味することは難しいことから、必要に応じてかかりつけ医ほか専門家の意見を求めることが望ましい。また効果が示されているだけでなく、その適用範囲として自分の条件が含まれているかどうか（自分の年齢・性別・健康や機能状態ほかを鑑みて、摂取による期待効果など自分の目的に応じた効果が、表示された効果と同じように期待できるか）について確認が必要である。自分に対する適用可能性に関する情報が明示されていれば、購買判断を適切に行ううえで参考になるだろう。

2－2）私的組織（企業など）

従業員の福利厚生や健康経営的目的で予防・健康づくりサービスや介入プログラムを購入する場合、個人購買者と同様、私的企業は意思決定者であり支払者であるが、個人と異なり、企業内で意思決定者と支払者の部署が異なる場合、それぞれの判断に資する情報を入手する必要がある。またそれと同時に従業員などに対してサービスを提供する提供者としての立場も有することから、最終的なサービス需要者である従業員に対する説明責任を果たすために必要な情報も入手しなくてはならない。

購入・採用意思決定において効能・効果・適用

可能性などの情報や、その内的・外的妥当性を検証するに足る情報が公開されているかどうかは、判断材料となる。情報妥当性の吟味そのものについては産業医ほか専門家の意見を求めることが望ましい。支払者としては費用対効果の評価を行うにあたって、効果の価値を企業の目指す獲得価値と一致させて選択したうえで検討する必要がある。そもそもサービス提供者の立場でより重要なのは、評価を行うにあたりサービス・プログラムの導入によりなにを企業として獲得目標・価値としたのかについて、事前に明示的に定めておくことである。従業員の健康状態の改善なのか、医療給付費の削減なのか、「生産性」の向上なのか、によってどのようなタイムスパンで、なにを評価指標とするか、を事前に評価項目として定めておく必要がある。また当該サービス・介入がターゲットアウトカムに理論的に影響しうるものなのか、その影響をバイアスする要素（交絡要因など）はなにか、についてあらかじめ吟味しておく必要がある。支払者として、獲得目標・価値を直接効果としてそれに見合う費用であるかどうかの判断に加え、間接効果として社会的貢献・還元（Corporate Social Responsibility）や波及効果として新たな技術 / ビジネス開拓まで射程にいれる場合は、単純な費用対効果分析や ROI 分析では表現できない。企業価値を踏まえた戦略的な購買判断と評価計画を組み立てる必要がある。

2－3）私的サービス・製品の製造・販売者

設計・企画開発ならびに最終的に販売・提供者の立場となる。提供者の立場からは「消費者」の購買判断に必要な商品情報を適切に提供することが、品質を担保するうえで必要であることは、予防・健康づくりサービスに限ったことではない。その際、購買判断者・支払い者・サービス需要者が、個人のように一致している場合と、企業のように同じ組織内でも支払い・採用判断の意思決定について部署やヒエラルキーが異なる場合があることを意識して提供すべき情報のターゲティングを行う必要がある。企画開発の段階で、ターゲットとする消費者セグメントの求めるニーズに見合った情報項目・粒度の情報を見定め、消費者が入手し（専門家の力も借りつつ）利用可能な形で提供していることが求められる。臨床比較試験をやっています、だけではもはや品質保証としては不十分であり、内的妥当性を左右する要因に関する詳細情報や、適用可能性に関する検討の有無ならびに関連情報を、消費者が参照しやすい形で公開することが、消費者の判断を支援するうえで望ましい。

4）地方自治体・公的保険者など公的購買・提供者

公的購買・提供者・そして公費による支払者として、当該サービス・介入により誰を対象としてどのような効果・価値提供をすることを目的としているのか、をまず表明したうえで、関連するステークホルダーの招集、エビデンスの収集と提示、熟議による到達価値の再検討と吟味が必要になる。エビデンス構築、採用判断、評価などのステージによって、評価者・企画者・購買者・支払者・評価者が必要とする情報の性質や粒度が異なることについては、K2A などの既存フレーム（5－3－2 節参照）を参考にすることができる。サービス企画・採用・実施・評価の一連を事業として実施するための、リソースの確保、組織内外のコミュニケーション構築、首長のリーダーシップによるミッション構築・共有などが求められる。共有作業を進めるためのコミュニケーションツールとしてロジックモデルを利用することは有用であるが、ロジックモデルありき、に陥らないように注意が必要である。より根本的には、様々なセクター・分野が実施した事業から得た教訓やデータ情報を

「実践に基づくエビデンス」として蓄積・共有できるような、協働的ガバナンス（collaborative governance）が機能する組織づくりが大きな課題となる。

5）中央官庁

消費者や自治体などが、適切な情報をもとに予防・健康づくりサービスや介入の購入・採択を判断できる設計・企画開発や評価フェーズ、ならびにスムーズな社会実装・市場取引フェーズを支えるインフラを構築することが求められる。EBPMを数字による暴力支配に陥らせず、説明責任を果たし理性的で透明性の高い政策議論を進めるための社会共通資本としてインフラ確保することが中央官庁に期待される役割であり責任である。そのためには

- まず明確な政策目標が存在すること
- 政策目標実現に向けた活動を安定かつ信用性高くモニターできる統計情報・行政情報システムを構築・運営・維持すること
- 中央官庁ならびに民間・自治体などの実践活動から得られたエビデンス情報の系統的蓄積を図る枠組みを構築すること（RE-AIMなどの標準形式の利用）
- 収集情報の利活用性を開放的に確保すること
- 利活用のためのシステム構築支援・評価機関・人材育成支援を行うこと

などが期待される（以上5−6節を再度参照のこと）。規制改革実施計画で提示された方針を実現させるうえで、これらの要請項目が重要なカギになると考える。冗長となることを恐れずに繰り返せば、予防・健康づくりサービス・介入プログラムについて現状で入手可能なエビデンスに限界があること、多面的なセクター・ステークホルダーの価値を分野横断的に議論する必要があることを踏まえつつ、一方で数字の暴力に陥らないように、熟議的プロセスを開かれた形でいかに管理運営していくかが、中央官庁に最も固有な機能役割であり課題であると思われる。また、小論で述べてきたような評価を巡る議論の到達を理解して評価を担える機関・主体や人材の育成も重要である。

6）ヘルスほかの専門職

予防・健康づくりサービス・介入に関するエビデンスを批判的に吟味するには専門的知識・技術が必要である。購買判断を行う個人・組織・行政体、企画開発を行う私的・公的組織の判断を助けるうえで、予防・健康づくりに関わる専門職には、適切なアドバイスを行うことが求められる。具体的には疫学・統計学や政策評価技術について理論・手法を踏まえ、内的ならびに外的妥当性の批判的吟味に必要な情報の有無やその質を判断できる能力が求められる。文脈性の影響を受けるサービス・介入については、エビデンスギャップを適切に埋めるために、さまざまな臨床経験・介入実施経験を取材し実践に基づくエビデンスを適切に参照したうえで、当該ケースに対する適用可能性について情報提供できることが求められる。残念ながら、特に健康食品・サプリなど薬機法対象外の予防・健康づくり商品の効果について、医療専門家を名乗りながら、人を対象とした検証がなされていない不十分な情報に依拠し「専門家」見解を示すものがあとを絶たないのは極めて遺憾なことである。消費者・社会が予防・健康づくりサービスの市場を安定確保するうえで有益ではない。従前の医療技術評価にまして、予防・健康づくりサービスの評価においては一層科学的態度が求められることについてプロフェッショナルとしての倫理規範を意識すべきであり、消費者・市場の信頼に耐える態度と技能獲得、相互批判による自浄機能の強化が求められる。また評価の専門職

として技術的アドバイスを適切に行うことに加え、評価の目的に合った粒度・レベルに併せて、文脈依存性がある場合はその点を考慮した評価が行われるよう支援することが望まれる。

7）学術領域

予防・健康づくりサービスの評価は、健康・医療の範疇を遥かに越えた複合領域的な科学的営みである。単に分析技術の相互参照に留まらず、理論・価値規範形成、社会実装・実践、制度化の各レベル・フェーズで関連学術領域の横断的協調や実装・実践主体との連携が、研究・人材育成のいずれにおいても、より高度なレベルで要請されることとなる。専門学術の壁を越え、実践と理論の相互作用のなかで学術領域のネットワークを有効に構築することは、予防・健康づくりの多面的経済評価を進めるうえで必要であるとともに、開かれた科学・市民参画など科学・学術の社会的存在の意義を昇華する営みとしても意義を有している。また手法論的には複雑なシステムをシステムとして検討するシステム科学と予防・健康づくりの評価科学の結合が求められる。

最後に、予防・健康づくりサービスが目指すものは究極的には、人的資源の構築を通じて国家経済の持続可能性を高めることであり、私的資源としての健康と社会資源としての集団健康のバランスを取った fair society を構築することにある。多面的評価による賢い選択がこうした持続可能社会形成を支える活動であることを再確認し、本特別報告を閉じることとしたい。

謝辞

本事業遂行にあたり、Web 調査ならびにインタビュー調査にご参加いただいた皆様に貴重なご意見をいただけたことを深く御礼申し上げます。また AMED の Program Supervisor の中山健夫先生（京都大学）、Program Officer として後藤励（慶應義塾大学）、木下彩栄（京都大学）、堤明純（北里大学）、野出孝一（佐賀大学）の各先生よりご助言をいただいた。AMED 事務局（阿野泰久・青島健）ならびに経済産業省商務情報局ヘルスケア産業課（佐藤大輔課長補佐）の各氏よりご支援をいただいた。併せて御礼申し上げる。本報告の記載・主張はあくまで本研究班のものであり、医療経済学会を代表するものではない。また誤りなどあればそれはすべて本報告執筆者の責に帰する。

註

1　近年、疫学領域で発展が著しい因果推論の領域でも、外的妥当性・一般化可能性に関する議論が急速に進んでいるが、用語や概念定義が若干異なることに注意が必要である。Bareinboim と Pearl では、一般化（generalization）問題を交絡バイアス・選択バイアス・そして移行可能性バイアス（transportability bias）の問題に整理したうえで、ビッグデータが入手できる環境下でそれぞれのバイアスに対抗する因果推論的手法を提案している。(Bareinboim & Pearl, 2016)。交絡・選択バイアスの議論が applicability の概念に、また移行可能性バイアスの議論が transferability の概念に相当すると思われる。

2　自由選択であっても限定合理性などにより効用最大化につながる合理的選択が果たされていなかった場合には、自己内部でも経済外部性は発生しうる。この場合、自己責任帰属は弱まるかもしれないが、ナッジなどによる外的介入を正当化する論拠とされることがある。

3　1996 年から立ち上がった米国地域予防サービスタスクフォース（US Community Preventive Services Task Force; USCPSTF）は 1999 年以降、予防サービス介入効果に関するエビデンスをまとめ地域予防サービスガイド（Guide to Community Preventive Services）として情報更新しながら発信している（Briss, et al., 2000; Briss, et al., 2004）。しかし地域予防介入の文脈依存性などが障壁となり、ある地域で実施された成果のエビデンスが他の条件で適用可能とは限らないこと、そもそもそうしたエビデンスが十分に得られていないケースが多いことから、地域予防サービスの実装普及が進まないことが問題視されていた（Mays & Hogg, 2012）。実践に基づくエビデンス

（Practice based evidence）を含め、実装に必要な組織体制・資金確保・人材育成など、実装実現に必要なデリバリーシステムに関する研究（Delivery research）の必要性が議論されるようになり、2008年からRobert Wood Johnson Foundationの資金提供によりPractice Based Research Networks Programが立ち上げられ、ケンタッキー大学にセンターが置かれた。このプログラムでは全米10数か所の州レベルないし群レベルでの公衆衛生的予防介入プログラムの知見を収集するとともに情報の相互利活用を促進する役目を果たしていた。各地域プログラムは、それぞれの地域における行政・研究教育機関・地域関係者（パートナー）によるコンソーシアムを形成し、実装・橋渡し研究を進める体制を取っていた。2012年から米国疾病予防管理センター（CDC）とRobert Wood Johnson Foundationが、共同で予防・健康づくり介入を実装するために必要な組織的要因・資金作り・実践に必要な人材確保や技術的要件を研究する新しいアジェンダとして公衆衛生サービスシステム研究（Public Health Services Systems Research; PHSSR）を提唱した（Mays & Scutchfield, 2015）。しかしPBRN-PHSSRの取り組みは2015年を境に予算が止められ中断している。中断理由は今回十分取材できていない。

参考文献

- Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, Liberati A, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann H, Edejer TT, Vist GE, Williams JW Jr; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004 Dec 22;4(1):38. doi: 10.1186/1472-6963-4-38.
- Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011 Apr;64(4):401-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
- Bareinboim E, Pearl J. Causal inference and the data-fusion problem. Proc Natl Acad Sci U S A. 2016 Jul 5;113(27):7345-52. doi: 10.1073/pnas.1510507113.
- Beets MW, Weaver RG, Ioannidis JPA, Geraci M, Brazendale K, Decker L, Okely AD, Lubans D, van Sluijs E, Jago R, Turner-McGrievy G, Thrasher J, Li X, Milat AJ. Identification and evaluation of risk of generalizability biases in pilot versus efficacy/effectiveness trials: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020 Feb 11;17(1):19. doi: 10.1186/s12966-020-0918-y.
- Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, Fielding J, Wright-De Agüero L, Truman BI, Hopkins DP, Mullen PD, Thompson RS, Woolf SH, Carande-Kulis VG, Anderson L, Hinman AR, McQueen DV, Teutsch SM, Harris JR. Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services--methods. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2000 Jan;18(1 Suppl):35-43. doi: 10.1016/s0749-3797(99)00119-1.
- Briss PA, Brownson RC, Fielding JE, Zaza S. Developing and using the Guide to Community Preventive Services: lessons learned about evidence-based public health. Annu Rev Public Health. 2004;25:281-302. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153933.
- Brownson RC, Fielding JE, Green LW. Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. Annu Rev Public Health. 2018 Apr 1;39:27-53. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-014746.
- Brownson RC, Shelton RC, Geng EH, Glasgow RE. Revisiting concepts of evidence in implementation science. Implement Sci. 2022 Apr 12;17(1):26. doi: 10.1186/s13012-022-01201-y.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Applying the Knowledge to Action (K2A) Framework: Questions to Guide Planning.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2014. Available at http://intranet.cdc.gov/nccdphp/home/WGOT/tools/index.html
- Culyer AJ, Lomas J. Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work

and how might we know?. *Evid Policy 2006, 2*(3), 357-371. https://doi.org/10.1332/174426406778023658.

- Deaton A, Cartwright N. Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. Soc Sci Med. 2018 Aug;210:2-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.12.005.
- Etzioni A. Communitarianism Revisited. J Political Ideol. 2014; 19(3):241-260 Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2544696
- Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. Annu Rev Public Health. 2007;28:413-33. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145.
- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1322-7. doi: 10.2105/ajph.89.9.1322.
- Green LW. Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? Am J Public Health. 2006 Mar;96(3):406-9. doi: 10.2105/AJPH.2005.066035.
- Green LW. Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? Fam Pract. 2008 Dec;25 Suppl 1:i20-4. doi: 10.1093/fampra/cmn055.
- Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. Eval Health Prof. 2006 Mar;29(1):126-53. doi: 10.1177/0163278705284445.
- Hasson H, Gröndal H, Rundgren ÅH, Avby G, Uvhagen H, von Thiele Schwarz U. How can evidence-based interventions give the best value for users in social services? Balance between adherence and adaptations: a study protocol. Implement Sci Commun. 2020 Feb 25;1:15. doi: 10.1186/s43058-020-00005-9.
- Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman DG, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb SE, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt JC, Chan AW, Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014 Mar 7;348:g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687.
- Ioannidis JP, Evans SJ, Gøtzsche PC, O'Neill RT, Altman DG, Schulz K, Moher D; CONSORT Group. Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement. Ann Intern Med. 2004 Nov 16;141(10):781-8. doi: 10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00009.
- Leischow SJ, Milstein B. Systems thinking and modeling for public health practice. Am J Public Health. 2006 Mar;96(3):403-5. doi: 10.2105/AJPH.2005.082842.
- Longo F, Claxton KP, Griffin S, Mason AR, Walker SM, Weatherly HLA. Social Decision-Making Analysis: A General Approach to Inform Decisions on Resources in the Public Sector. Value Health. 2024 Jul;27(7):823-829.
- Loudon K, Treweek S, Sullivan F, Donnan P, Thorpe KE, Zwarenstein M. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. BMJ. 2015 May 8;350:h2147. doi: 10.1136/bmj.h2147.
- Mays GP, Hogg RA. Expanding delivery system research in public health settings: lessons from practice-based research networks. J Public Health Manag Pract. 2012 Nov;18(6):485-98. doi: 10.1097/PHH.0b013e31825f75c9.
- Mays GP, Hogg RA, Castellanos-Cruz DM, Hoover AG, Fowler LC. Public health research implementation and translation: evidence from practice-based research networks. Am J Prev Med. 2013 Dec;45(6):752-62. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.011.
- Mays GP, Scutchfield FD. Improving population health by learning from systems and services. Am J Public Health. 2015 Apr;105 Suppl 2(Suppl 2):S145-7. doi: 10.2105/AJPH.2015.302624.
- Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med. 2016 Aug;21(4):125-7. doi: 10.1136/ebmed-2016-110401.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Technology Assessment for Emerging Technology; Meeting New Demands for Strategic Intelligence. OECD Science Technology and Industry Policy Papers Apr. 2023. No. 146.

www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/technology-assessment-for-emerging-technology_36ad6cd6/e738fcdf-en.pdf

- Petro-Petro J, Arango-Paternina CM, Patiño-Villada FA, Ramirez-Villada JF, Brownson RC. Implementation processes of social network interventions for physical activity and sedentary behavior among children and adolescents: a scoping review. BMC Public Health. 2024 Apr 22;24(1):1101. doi: 10.1186/s12889-024-18615-6.
- Pollack LA, Hawkins NA, Peaker BL, Buchanan N, Risendal BC. Dissemination and translation: a frontier for cancer survivorship research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011 Oct;20(10):2093-8. doi: 10.1158/1055-9965.
- Ramanadhan S, Alemán R, Bradley CD, Cruz JL, Safaeinili N, Simonds V, Aveling EL. Using Participatory Implementation Science to Advance Health Equity. Annu Rev Public Health. 2024 May;45(1):47-67. doi: 10.1146/annurev-publhealth-060722-024251.
- Robson M, Asaria M, Cookson R,Tsuchiya A, Ali S. Eliciting the Level of Health　Inequality Aversion in England. *Health Econ 2017, 26* (10）; 1328-1334. https://doi.org/10.1002/hec.3430.
- Ross, L. The Intuitive Psychologist And His Shortcomings: Distortions in the Attribution Process1. In *Advances in experimental social psychology* Vol. 10, pp. 173-220, 1977. Academic Press.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ. 2016 Oct 12;355:i4919. doi: 10.1136/bmj.i4919.
- Thomas CW, Corso L, Monroe JA. The value of the "system" in public health services and systems research. Am J Public Health. 2015 Apr;105 Suppl 2(Suppl 2):S147-9. doi: 10.2105/AJPH.2015.302625.
- van Staveren I. Communitarianism and the Market: A Paradox. *Revi Soc Econ. 2009:67*(1); 25-47. https://doi.org/10.1080/00346760802431306
- von Thiele Schwarz U, Aarons GA, Hasson H. The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. BMC Health Serv Res. 2019 Nov 21;19(1):868. doi: 10.1186/s12913-019-4668-y.
- Wada K, Smith DR. Influenza vaccination uptake among the working age population of Japan: results from a national cross-sectional survey. PLoS One. 2013;8(3):e59272. doi: 10.1371/journal.pone.0059272.
- Weiner, B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychol Rev. 92*(4); 548-573, 1985. https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548
- Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C; NCCDPHP Work Group on Translation. An organizing framework for translation in public health: the Knowledge to Action Framework. Prev Chronic Dis. 2011 Mar;8(2):A46.
- World Health Organization; The economics of the social determinants of health inequalities; a resource book. Geneva, 2013. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/84213/9789241548625_eng.pdf
- 千葉　剛（主任研究者）　2016 年度厚生科学研究費補助金（食品の安全確保推進研究事業）　健康食品の利用が関連した被害通報の実態調査. 2017. Available at https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2015/154031/201522039A_upload/201522039A0009.pdf.
- 厚生労働省老健局　介護予防活動普及展開事業 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html
- 内閣府　規制改革実施計画　https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/program/250613/01_program.pdf（最終アクセス 2025 年 8 月 15 日）
- 大濱宏文．欧米におけるサプリメントに対する取組み．薬学雑誌 128(6): 839-850, 2008.
- 総務省　DataStaRt; 地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト　https://www.stat.go.jp/dstart/（最終アクセス　2025 年 8 月 15 日）

●梅崎敬三．健康食品の実態とその安全性・有効性．食品衛生学雑誌 51(6):396-401, 2010.
●山田　陽　熟議民主主義と「公共圏」 相関社会科学 19 号 ; 54-72, 2009.
●AMED 研究班（2022-2024 年度　ヘルスケア社会実装基盤整備事業委託研究　SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済評価の手法開発研究班）．SDGs を意識した予防・健康づくりの多面的経済性評価；総括的展望と実践への提言（第 1 報） 医療経済研究 36(1):29-67, 2024.

研究論文

要支援・要介護リスク評価尺度の点数と３年間の累積医療・介護費との関連：KDB システムと介護保険給付実績情報を用いた JAGES 追跡調査

小牧　靖典*[1]　斉藤　雅茂[2,3]　渡邉　良太[4]　辻　大士[5]
藤田　欽也[6]　平井　寛[7]　近藤　克則[8,9]

抄　録

背景

これまでに、要介護度が高くなるにつれて医療費は減少するが、介護費は増大するとの報告がされている。医療費と介護費は代替性があるとの報告もあり、両者を合計した費用（医療・介護費）として実態を捉えることが重要である。そこで、本研究では、要介護認定発生が予測可能で、ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）事業等の介護費削減額の試算に用いられている要支援・要介護リスク評価尺度を用いて、要介護リスク評価尺度の点数（リスク点数）とその後３年間の累積医療・介護費との関連を解析した。

対象と方法

2016 年 10 月に日本老年学的評価研究（JAGES）が愛知県武豊町で実施した要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象とした悉皆調査を用いた。自治体が保有する KDB システムおよび介護保険給付実績情報に基づいて、2017 年 4 月 1 日から 2020 年 3 月 31 日までの３年間の医療保険サービスおよび介護保険サービスの利用状況を把握した。そのうち、リスク点数が算出不可であった人を除いた計 5,213 人（男性 2,450 人、女性 2,763 人）を分析対象とした。被説明変数は、３年間の累積医療費、累積介護費、累積医療・介護費を用いた。説明変数は、10 項目の質問と性・年齢を基に０～ 48 点で評価され、点数が高いほどリスクが高いという特徴をもつ要支援・要介護リスク評価尺度の点数を用いた。調整変数は、教育歴、所得の代理変数として介護保険料賦課段階、婚姻状況、世帯構成、治療中の疾患の有無、認知症の有無を用いた。推定は最小二乗法（OLS）を用いて行った。

結果

線形モデルによる解析では、リスク点数が１点高いほど、累積介護費は 0.96 万円高いという先行研究の再現に加え、新たにリスク点数が１点高いほど、累積医療費は 4.73 万円、累積医療・介護費は 5.69 万円高いことが明らか

＊責任著者　Email: y7komaki@gmail.com
1　名古屋市立大学経済学研究科　研究員
2　日本福祉大学社会福祉学部　教授
3　同　健康社会研究センター・センター長
4　日本福祉大学健康社会研究センター　主任研究員
5　筑波大学体育系　助教
6　一般社団法人 日本老年学的評価研究機構　コーディネーター
7　山梨大学大学院総合研究部　生命環境学域　准教授
8　千葉大学予防医学センター　特任教授（名誉教授、グランドフェロー）
9　一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構　研究部長

受付：2025 年 1 月 23 日
受理：2025 年 3 月 18 日
J-STAGE 早期公開：2025 年 5 月 20 日

DOI: 10.24742/jjhep.2025.01

となった。非線形モデル（2 次式）による解析では、リスクスコアが 44.0 点および 8.6 点を境に、それぞれ累積医療費は上に凸、累積介護費が下に凸の二次曲線的な関連が認められた。一方、リスク点数と累積医療・介護費の関連は、非線形でなく線形がより適切であった。

結論
リスク点数が 1 点高いほど、その後の 1 人あたりの 3 年間の累積医療・介護費は約 5.7 万円高かった。今後、リスク点数は、介護費に加え、SIB 事業等における医療・介護費の財政効果の評価指標の一つとして活用されることが期待される。

キーワード：地域在住高齢者、医療費、介護費、医療・介護費、医療レセプト、介護レセプト、要支援・要介護リスク評価尺度、ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）

1．はじめに

我が国の医療・介護費が増大している。2023 年度の概算医療費は 47.3 兆円[1]、介護費は 12.3 兆円に達した[2]。介護保険制度が創設された 2000 年度と比較し、医療費は 1.6 倍[3]、介護費は 3.8 倍となっている[4]。医療・介護費の推移を把握することは、将来の社会保障費を予測し、適切な政策を立案するために重要である。

医療費と介護費を議論する上で、両者は代替性があるとの報告もあり[5,6]、二つを合計した費用（以下、医療・介護費）として実態を捉えることも重要である。高齢期の医療費の減少は、健康状態の改善による医療需要の低下だけでなく、介護保険サービスの利用による介護費の増加をもたらしている可能性も考えられる。Hoover らは、死亡前 1 年間の医療・介護費は死亡時の年齢によって大きくは変わらないが、高齢で死亡した人ほど、死亡前 1 年間の介護費は高く、医療費は低かったと報告している[7]。また、湯田らは、死亡前 1 年間の医療費は、死亡年齢の上昇に伴って減少するが介護費は逆に増大する、さらに要介護度が高くなるにつれて医療費は減少するが介護費は増大すると報告している[8]。また、鈴木らは、レセプトデータを用いた医療費と介護費の分布特性について、医療費と介護費は弱いながらも負の相関があるが、これはそれぞれの高い分位が大きく影響しており、それを除くと若干の正の相関が見てとれると報告している[9]。このように、高齢者の医療費と介護費は相互に影響しており両者をあわせた実態の把握が重要である。

介護保険者である市町村・広域連合は、地域の高齢者の特性やニーズを把握し、効果的な介護予防策を立案するため、介護予防・日常生活支援総合事業対象者などを対象とした介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、ニーズ調査）を実施している[10]。辻らはニーズ調査の項目から地域在住高齢者の要介護認定発生が予測可能な要支援・要介護リスク評価尺度（以下、リスク評価尺度）[11,12]を開発している。リスク評価尺度の点数（以下、リスク点数）が高いほどその後の要介護状態へ至る確率が上昇するため[11,12]本点数が高い集団では介護費も上昇すると報告されている[13,14]。これまでに、リスク点数とその後の 6 年間累積介護費の関連が報告[13,14]がされ、社会課題解決のための新たな官民連携手法ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）の成果として介護保険行政上の財政効果指標としても活用されている[15]。

一方、高齢者医療費は、全世代医療費の 6 割を占めるなど、その規模は膨大であり、介護費の 2 倍以上となっている[3]。介護に至る主な原因疾患は、認知症、脳血管疾患（脳卒中）、骨折・転倒などであり[16]、高齢者の主要な受療疾患[17]と

共通するものが多い。SIBによる介護費用抑制効果が注目される背景から、医療費抑制効果への期待も高まっている。リスク点数は、累積介護費との関連が示されているが[13]、介護に至る主な原因疾患と高齢者の受療疾患の共通性から、累積医療費との関連も示唆される。しかし、リスク点数と累積医療費の関連を直接検証した研究は、現時点において十分に行われていない。さらに、上述したように医療費と介護費は相互に影響しており、リスク点数と医療・介護費をあわせて分析することは、、リスク点数の有用性を評価する上で重要である。本研究の目的は、地域在住高齢者を対象としてリスク点数とその後の3年間の累積医療・介護費の関連を明らかにすることである。得られた結果をもとに、リスク点数は、SIB事業における医療・介護費に関する財政効果の評価指標の一つとして活用されることが期待される。

2. 研究方法

(1) 研究デザインおよび分析対象

研究デザインは前向きコホート研究である。2016年10月に日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）が愛知県武豊町で実施した要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象とした調査をベースラインとした（回収数6,430人（回収率73.8%））。その後、国民健康保険団体連合会および自治体が保有するKDBシステム被保険者の介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）情報、介護保険給付実績情報、および介護保険料賦課情報に基づいて、2017年4月1日から2020年3月31日までの3年間の医療保険サービスおよび介護保険サービスの利用状況、ならびに死亡・転出状況を把握し突合した（5,920人）。ベースライン調査から医療費と介護費の調査開始までには約6か月間の期間がある。なお、KDBシステム被保険者の介入支援対象者一覧情報は、国民健康保険と後期高齢者医療保険における医科（入院・入院外）、歯科、調剤等の医療費が掲載されているものである。ここでは、医療費を直接把握できない被用者保険加入者および医療費との照合が不可であった一部の国民健康保険加入者合計312人とリスク点数が算出不可であった395人を除いた計5,213人（男性2,450人、女性2,763人）を分析対象とした。

(2) 使用した変数(表1 分析に用いた変数の定義)

①被説明変数：3年間の累積医療費、累積介護費、累積医療・介護費

医療費、介護費および医療・介護費については、追跡期間である3年間（36ヶ月）分を総和したものを累積費用として扱った。なお、使用していない月は0円とした。累積医療費は、「介入支援対象者一覧情報」から、追跡期間中の国民健康保険と後期高齢者医療保険における医科（入院・入院外）、歯科、調剤の4種類の医療費を合計した。累積介護費は、「保険者向け給付実績情報（111CSV）集計情報レコード」に基づき算出した。これは「介護給付」、「予防給付」を含み、「総合事業」は含まない。さらに「全額自己負担の介護関連サービス」、「介護予防支援・居宅介護支援」、「福祉用具購入」、「住宅改修にかかる費用」は含まれていない。追跡期間中の集計情報レコードの単位数合計に10円を乗じて算出した。累積医療・介護費は、累積医療費と累積介護費の合計とした。

②説明変数：リスク点数

リスク点数は、性、年齢、および「バスや電車を使って1人で外出していますか」など10項目の計12項目に基づいて算出される複合尺度である[12]。各項目には、個人の自立度や要介護リスク

表１　分析に用いた変数の定義

被説明変数	
累積医療費（万円）	
累積介護費（万円）	追跡期間（3年間）の累積費用
累積医療・介護費（万円）	
説明変数	
リスク点数（点）	下記質問に答えることで、要支援・要介護発生リスクを評価できる（質問の括弧内は回答選択肢、48点満点）。要支援・要介護への移行確率のカットオフポイントとして16点以下／17点以上が提案されている。 「バスや電車を使って1人で外出していますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと2点）」「自分で食品・日用品の買い物をしていますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと3点」「自分で預貯金の出し入れをしていますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと2点」「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと3点「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと2点」「15分くらい続けて歩いていますか（できるし、している・できるけどしていない・できない）できないと1点」「過去1年間に転んだことがありますか（何度もある・1度ある・ない）何度もある、一度あるで2点」「転倒に対する不安は大きいですか（とても不安である・やや不安である・あまり不安でない・不安でない）とても不安である・やや不安であるで2点」「BMIが 18.5未満　3点」「昨年と比べて外出の回数は減っていますか（とても減っている・減っている・あまり減っていない・減っていない）とても減っている・減っているで3点」の10の質問に対する回答点数と「性別（男性）1点」、年齢「67～68歳（1点）」「69歳（3点）」「70歳（4点）」「71歳（6点）」「72歳（7点）」「73歳（9点）」「74歳（10点）」「75～76歳（12点）」「77歳（13点）」「78歳（14点）」「79歳（15点）」「80歳（17点）」「81歳（18点）」「82～83歳（19点）」「84～85歳（21点）」「86～87歳（22点）」「88～89歳（23点）」「90歳以上（24点）」の回答点数の合計により算出
調整変数	
教育歴	「9年以下(中学卒業程度)」「12年以下(高校卒業程度)」「13年以上(大学卒業以上)」の３区分　参照：「9年以下(中学卒業程度)」
所得段階	介護保険賦課データの保険料段階（所得段階）：「世帯全員住民非課税」「本人住民税非課税」「本人住民税課税」の３区分区　参照：「世帯全員住民非課税」
婚姻状況	「有配偶」「死別」「離別」「未婚」の４区分　参照：「有配偶」
世帯構成	「同居」「独居」　参照：「同居」
治療中の疾患の有無	「有」「無」　参照：「無」
認知症の有無	「有」「無」　参照：「無」

要支援・要介護リスク評価尺度 Tsuji et al.(2018)

を反映するよう配点が設定されており、合計点によって個人のリスクレベルが評価される。本研究では、48 点満点（点数が高いほど高リスク）で算出したリスク点数を説明変数として用いた。なお、本リスク点数は、先行研究において要支援・要介護認定の発生予測妥当性が検証されており、カットオフ値 16/17 点で感度および特異度ともに 73.3％という高い予測精度が報告されている[12]。

③調整変数

医療機関や介護サービスへのアクセスを考慮するため、以下の基本属性や社会経済状況を用いた。教育歴は、9 年以下を参照として、10 年以上 12 年以下、13 年以上をそれぞれ 2 値変数とした。所得の代理変数として介護保険料賦課段階を用いた。世帯全員住民税非課税、本人住民税非課税、本人住民税課税の 3 区分とし、世帯全員住民税非課税対象者を参照として、各段階を 2 値変数とした。婚姻状況は、有配偶を参照として、死別、離別、未婚をそれぞれ 2 値変数とした。世帯構成は同居の有無を調整した。さらに、追跡期間中の医療・介護費に影響を与えると思われる要因について、治療中の有無、認知症の有無を調整した。なお、リスク点数に性と年齢が含まれているため、性と年齢は用いなかった。

（3）分析方法

はじめに、リスク点数別の累積医療費、累積介護費および累積医療・介護費を確認した。続いて累積医療費、累積介護費、および累積医療・介護費を被説明変数、リスク点数を説明変数として、最小二乗法（OLS）を用いた回帰分析を行った調整変数には使用した変数の項に記した変数が含まれる。先行研究からリスク点数と累積介護費用の間には非線形の関連[13, 14]が確認されていることから、リスク点数とその二乗項を含めた以下のモデルを推定した。

$$MED_i=\beta_{M0}+\beta_{M1}\,risk\ score_i+\beta_{M2}\,(risk\ score_i)^2+\sum_{n=3}^{N}\beta_{Mn}\cdot x_{ni}+u_{Mi} \quad (1)$$

$$LTC_i=\beta_{L0}+\beta_{L1}\,risk\ score_i+\beta_{L2}\,(risk\ score_i)^2+\sum_{n=3}^{N}\beta_{Ln}\cdot x_{ni}+u_{Li} \quad (2)$$

$$Total_i=\beta_{T0}+\beta_{T1}\,risk\ score_i+\beta_{T2}\,(risk\ score_i)^2+\sum_{n=3}^{N}\beta_{Tn}\cdot x_{ni}+u_{Ti} \quad (3)$$

ただし、MED_i、LTC_i、$TOTAL_i$ はそれぞれ個人 i の累積医療費、累積介護費、累積医療・介護費を表す。$risk\ score_i$ は個人 i のリスク点数を表す。x_n はそれぞれの推定式に含まれる個人属性（教育歴、介護保険料賦課段階、婚姻状況、世帯構成、治療中の疾患の有無、認知症の有無）を示す変数群を表す。u_{Mi}, u_{Li}, u_{Ti} はそれぞれの誤差項である。なお、欠損値が認められた変数（教育歴、婚姻状況、世帯構成、治療中の疾患の有無、認知症の有無）については、多重代入法を用いて補完を行った。加えて条件が変わることによって結果に相違がないか確認するために以下の感度分析を実施した。第 1 に欠損値を除外した完全ケース解析である。第 2 に期間中に介護費を利用した対象者の割合は 5.5％と低率であったため、累積介護費については、two-part モデル（第 1 段階：ロジスティック回帰、第 2 段階：ガンマ分布を用いた回帰）にて解析を行った。本モデルは、費用 0 の対象者が多い場合の医療費分析などに用いられている[18]。第 3 に本研究では、リスク評価尺度の質問に対する回答「できるけどしていない」をニーズ調査で同様の質問項目を用いた先行研究[19]を参考に「機能低下非該当」と評価した。本回答を「機能低下該当」と評価した解析を行った。第 4 に追跡期間中の生存例に限定し、解析を行った。統計ソフトウェアには Stata BE/18.0 を用いた。

（4）倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院医学研究院の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。（承認番号：2493、承認日時：2018 年 1 月 29 日）自治体からのデータ提供に際しては、定められた個人情報取扱特記事項を遵守し、個人情報保護のために住所・氏名を削除したほか、各市町村が被保険者番号を暗号化し、分析者が個人を特定できない状態で分析した。

3. 結果

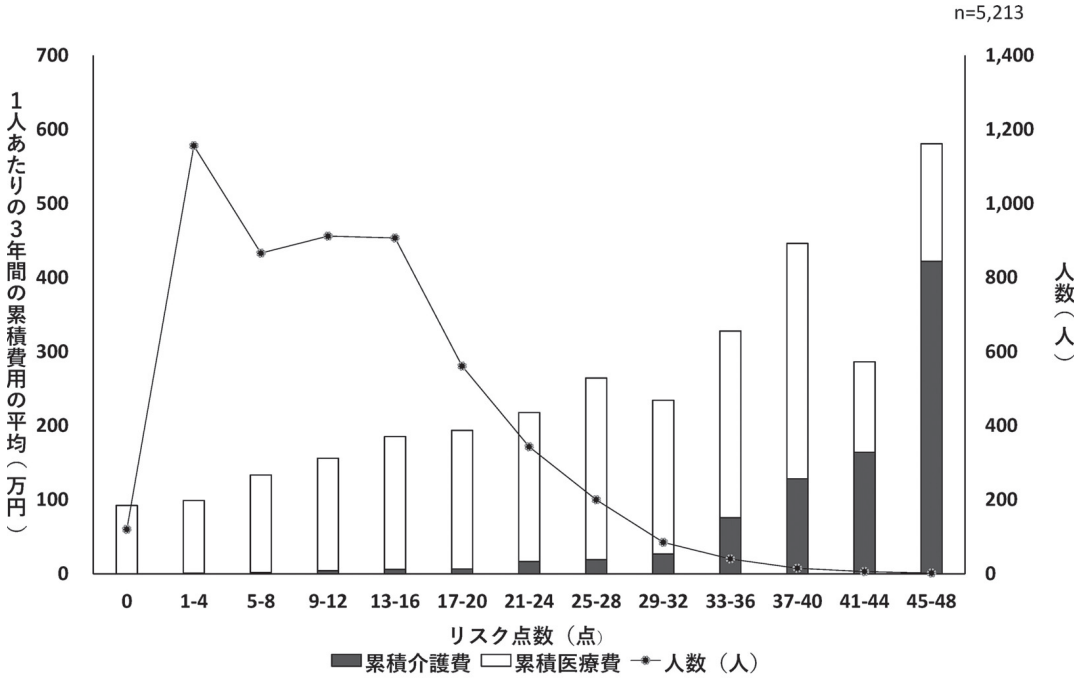
表 2 に解析対象者の属性を示す。対象者の平均年齢は 73.4（5.6）歳であった（数値は平均、括弧内は標準偏差）。対象者の 3 年間の累積医療費は 152.8（221.7）万円、累積介護費は 6.4（54.1）万円、累積医療・介護費は 159.2（237.2）万円、リスク点数は 11.4（7.9）点であった。性別は男性が 47.0％を占め、ほとんどの対象者が医療費を使用していた（98.1％）。一方、介護費の利用者は 5.5％と相対的に少なかった。さらに、対象者の 13.5％が独居、80.4％が治療中であり、認知症患者は対象者の 0.3％であった。追跡期間中の死亡率は 5.3％であった。図 1 は、リスク点数と累積医療費・累積介護費・累積医療・介護費および点数区間ごとの人数を示したものである。累積医療費は、リスク点数が低い区間でも一定の費用が発生しており、リスク点数の上昇に伴い概ね増加する傾向が見られた。ただし、リスク点数 37-40 点の区間でピークを迎え、以降は減少に転じるという特徴的なパターンを示した。累積介護費は、リスク点数の上昇とともに非線形に増加する傾向が見られた。累積医療・介護費は、リスク点数 41-44 点の区間で一度減少するもののの、リスク点数の上昇に伴い概ね増加する傾向が見られた。区間人数は、リスク点数が 1-4

表 2　解析対象者の属性

総数（人）	5,213
累積医療費（万円）	152.8 (221.7)
累積介護費（万円）	6.4 (54.1)
累積医療・介護費（万円）	159.2 (237.2)
期間中医療費	
有	5,115 (98.1%)
無	98 (1.9%)
期間中介護費	
有	286 (5.5%)
無	4,927 (94.5%)
期間中医療・介護費	
有	5,118 (98.2%)
無	95 (1.8%)
リスク点数（点）	11.4 (7.9)
性別	
男性	2,449 (47.0%)
女性	2,764 (53.0%)
年齢（歳）	73.4 (5.6)
教育歴	
9年以下	2,199 (42.8%)
10年以上12年以下	2,092 (40.7%)
13年以上	848 (16.5%)
介護保険料賦課段階	
世帯全員住民税非課税	945 (18.1%)
本人住民税非課税	1,685 (32.3%)
本人住民税課税	2,583 (49.5%)
婚姻状況	
有配偶	3,880 (75.6%)
死別	993 (19.4%)
離別	167 (3.3%)
未婚	91 (1.8%)
世帯構成	
独居	661 (13.5%)
同居	4,253 (86.5%)
治療中の疾患	
有	4,005(80.4%)
無	978(19.6%)
認知症の有無	
有	17 (0.3%)
無	4,966 (99.7%)
期間中生存	
死亡	275 (5.3%)
生存	4,938 (94.7%)

無回答・不明を除く

図１　リスク点数と３年間の累積医療・介護費



点が 1,156 人（22.2%）と最も多く、点数が高くなるほど少なくなり、45-48 点は２人（0.04%）であった。

続いて、リスク点数と累積医療費、累積介護費、累積医用・介護費の関連について、リスク点数単独モデル、リスク点数に調整変数を追加したモデル、リスク点数とその２乗項を含むモデル、リスク点数とその２乗項に調整変数を追加した４つのモデルを用いて解析を行った。推定結果を表３示す。

累積医療費（第３列）は、リスク点数が１点高いほど 4.73 万円高かった。リスク点数の２乗項を考慮した非線形モデル（第４列）では、リスク点数が 44.0 点（7.04 /（2 * 0.08））を境に累積医療費が減少し、上に凸の二次曲線が確認された。累積介護費（第７列）は、リスク点数が１点高いほど 0.96 万円高かった。しかし、リスク点数の２乗項を考慮した非線形モデル（第８列）では、リスク点数が 8.6 点（1.55 /（2 * 0.09））を境に、累積介護費が増大する下に凸の二次曲線が確認された。累積医療・介護費（第 11 列）については、リスク点数が１点高いほど累積医療・介護費が 5.69 万円高かった。リスク点数の２乗項を考慮したモデル（第 12 列）では、２乗項は有意でなく、線形モデルがより適切であった。

完全ケース解析での結果は同じ傾向を示した（附表 1）。two-part モデルを用いた累積介護費は、２乗項を考慮した非線形モデルの結果と同じ傾向を示した。また、中立的な回答を機能低下とみなした場合の解析結果も、本解析と同じ傾向を示し、１点あたり累積医療費は、4.48 万円、累積介護費は 0.81 万円、累積医療・介護費は 5.30 万円高かった。さらに、追跡期間中の生存例のみの解析についてもリスク点数が高いほど医療・介護費が高いという点で同じ傾向を示し、１点あたり累積医療費は 4.22 万円、累積介護費は 0.77 万円、累積医療・介護費は 4.99 万円高かった。

表３　リスク点数と累積医療・介護費（推定結果）

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
費用（万円）	累積医療費	累積医療費	累積医療費	累積医療費	累積介護費	累積介護費	累積介護費	累積介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費
リスク点数（点）	5.07**	7.78**	4.73**	7.04**	1.13**	-1.69*	0.96**	-1.55*	6.20**	6.09**	5.69**	5.49**
	(0.38)	(1.04)	(0.43)	(1.10)	(0.18)	(0.66)	(0.17)	(0.66)	(0.44)	(1.31)	(0.48)	(1.37)
リスク点数の２乗項		-0.10*		-0.08*		0.10**		0.09**		0.00		0.01
		(0.04)		(0.04)		(0.03)		(0.03)		(0.05)		(0.05)
教育歴（参照：9年以下）												
10年以上12年以下			3.46	4.20			0.63	-0.17			4.10	4.03
			(6.48)	(6.49)			(1.50)	(1.55)			(6.94)	(6.97)
13年以上			16.39	17.82			0.23	-1.32			16.62	16.50
			(10.71)	(10.79)			(2.14)	(2.17)			(11.04)	(11.14)
所得段階（参照：世帯全員住民税非課税）												
本人住民税非課税			-2.87	-2.07			-4.43	-5.30			-7.29	-7.36
			(9.28)	(9.28)			(2.72)	(2.77)			(10.06)	(10.09)
本人住民税課税			8.63	8.71			-3.11	-3.20			5.52	5.52
			(8.93)	(8.92)			(2.60)	(2.59)			(9.73)	(9.74)
婚姻状況（参照：有配偶）												
死別			-20.82*	-19.91*			3.15	2.16			-17.67	-17.75
			(10.05)	(10.01)			(3.37)	(3.43)			(11.21)	(11.19)
離別			-33.80*	-33.96*			3.38	3.55			-30.42	-30.41
			(16.24)	(16.20)			(4.78)	(4.80)			(17.20)	(17.20)
未婚			-25.84	-24.99			13.33	12.41			-12.51	-12.58
			(17.10)	(17.09)			(8.59)	(8.68)			(22.33)	(22.32)
居住形態（参照：同居）												
独居			-1.45	-1.51			-4.73	-4.66			-6.18	-6.17
			(11.18)	(11.20)			(4.39)	(4.35)			(12.55)	(12.55)
治療中の疾患（参照：無）												
有			79.66**	78.91**			-0.12	0.69			79.54**	79.60**
			(6.30)	(6.32)			(1.29)	(1.30)			(6.58)	(6.60)
認知症の有無（参照：無）												
有			37.85	47.00			211.11*	201.17*			248.96*	248.17*
			(62.11)	(61.32)			(82.50)	(81.79)			(101.85)	(102.46)
定数	95.18**	82.65**	33.36**	22.20*	-6.43**	6.61**	-2.78	9.36*	88.75**	89.25**	30.58**	31.57*
	(4.60)	(5.38)	(10.47)	(11.05)	(1.63)	(2.42)	(2.96)	(4.27)	(5.01)	(6.13)	(11.31)	(12.40)
観測数	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213	5,213

括弧内は頑健標準誤差

** p<0.01, * p<0.05

欠損値については多重代入法にて補完した(m=20)。

4. 考察

本研究は、愛知県武豊町における要介護認定を受けていない地域在住高齢者を対象として、リスク点数とその後3年間の累積医療・介護費の関連を解析したものである。その結果、リスク点数が1点高いほど、累積介護費は0.96万円高いという先行研究の再現に加え、累積医療費は4.73万円、累積医療・介護費は5.69万円高いという結果であった。非線形モデル（2次式）による解析では、累積医療費はリスク点数44.0点をピークに上に凸の曲線を示し、累積介護費はリスク点数8.6点を底に下に凸の曲線を示すことが明らかとなった。一方、累積医療・介護費は、線形モデルによる推定がより適切であることが明らかとなった。

これまでの研究で、リスク点数が高いほど、累積介護費が増加し[13]、その関係は追跡期間が長くなるほど顕著になることが示されている[14]。斉藤らは6年間の追跡研究で累積介護費は下に凸の曲線状に増えることを示しつつ、全体としてリスク点数1点あたりの累積介護費が約3.16万円大きいことを報告している[13]。本研究の3年間の推定値である約0.96万円は、6年間の追跡研究と比較すると、1点あたりの費用が約30％にとどまり、6年間の追跡研究における増加額の約3分の1であった。渡邉らは9年間の追跡研究で、介護費の増加は単純な線形関係ではなく、時間経過とともに指数関数的に増加する傾向にあることを示している[14]。本研究は追跡期間が3年と斉藤らの研究の1／2の期間であるが、1点当たりの累積介護費が0.96万円と約1／3であった。この結果は、リスク点数と累積介護費用が指数関数的に増加するという渡邉らの研究結果と整合的である。

今回、新たにリスク点数は累積医療費とも関連していることが認められた。上述したように介護に至る主な原因疾患は、認知症、脳血管疾患（脳卒中）、骨折・転倒[16]などであり、高齢者の主要な受療疾患である循環器系の疾患（高血圧、脳血管疾患、虚血性心疾患）、筋骨格系疾患[17]と共通するものが多いことが理由としてあげられる。今回、新たにリスク点数と累積医療・介護費の間に正の線形関連が認められた。具体的にはリスク点数が1点高いほど、累積医療・介護費は約5.7万円大きいという結果であった。この結果は、医療と介護の費用が相互に影響し合い、両者の合計である累積医療・介護費がリスク点数にほぼ比例して増加することを意味している。高齢者の医療費と介護費は相互に影響しているが、リスク点数という単一の指標を用いることで、両者の費用を総合的に把握し、累積医療・介護費の増減額の試算をより簡潔に行うことができることが示された。

1都道府県の65歳以上の国民健康保険被保険者の死亡者を対象とした湯田らの報告では、死亡前1年間の医療費と介護費の間には負の相関関係があることを示し、この相関は死亡年齢が高くなるほど、また、死亡時の要介護度が高くなるほど強くなるとしている[8]。さらに、鈴木らは、医療・介護費と入所施設の種類との関係に着目し、要介護度が高い人は、特別養護老人ホーム（特養）や介護老人保健施設（老健）への入所率が高いため、制度的な要因により医療費が抑制される傾向が見られたとしている[9]。これらの先行研究は死亡者や要介護認定高齢者に限定している点で本研究とは異なるが、今回のリスク点数と累積医療・介護費の間に正の線形関連が認められたという結果は、合理性のあるものと思われた。

本研究で用いたリスク評価尺度は、全国の自治体で実施されている介護予防・日常生活支援総合

事業におけるニーズ調査の必須項目のみを用いて開発されているため、汎用性が高い。さらに、リスク点数の質問項目には、日常生活動作や身体活動などの改善可能性がある変数が含まれている。実際、地域在住高齢者を対象とした先行研究では、高齢者向けのプログラムの実施によって、リスク点数が改善した事例が示されている[20,21]。これまでSIBでは、リスク評価尺度を用いた介護費削減額の試算が行われてきた[15]。本研究の結果は、この尺度が医療・介護費削減額の試算にも応用可能であることを示している。

本研究結果を解釈する際にはいくつかの限界を考慮する必要がある。第1に、本研究は特定の地域における自記式質問紙調査に基づいているため、その結果は必ずしも全国の高齢者に当てはまるとは限らない。より多様な地域における大規模な調査データを用いた検証が必要である。第2に、医療費データの取得が困難な前期高齢者の被用者保険加入者や、医療費との照合が不可能であった一部の国民健康保険加入者は、分析対象に含まれていない。これらの高齢者は、医療サービスの利用行動が他の高齢者と異なる可能性があるものの、高齢者全体における被用者保険加入者の割合は約11％程度[22]であり、結果に与える影響はそれほど大きくないと思われた。第3に、研究デザインに関することである。本研究は、調査データの都合によりベースライン調査から6か月後に医療・介護費の測定を開始していおり、費用調査開始前の6か月間の医療・介護費に関する情報が欠如している。リスク点数が高い高齢者は、医療・介護サービスの利用率が高い傾向にあると考えられるため、本研究結果のリスク点数と医療・介護費の関連を過小評価している可能性がある。ただし、本研究の対象者はベースライン時点で要介護認定を受けていない自立高齢者であることから、6か月間の期間がもたらす影響は限定的であると推測される。第4に、追跡期間に関してである。本研究は、3年間という介護保険事業計画一期分の期間において、リスク点数と医療・介護費との関連を分析したものである。しかし、この追跡期間は、高齢者の健康状態や介護ニーズの変化を十分に捉えるには短い可能性がある。今回、新たに要支援・要介護状態となった高齢者の割合が5.5％と低かったことから、長期的な費用推移を十分に捉えられていない可能性がある。これまでの研究では、追跡期間が長くなるほど、低点数群と高点数群の累積介護費の差は大きくなるとされており[14]リスク点数が高い高齢者ほど、介護費が増加する傾向がより顕著になることが報告されている。今後、より長期的な追跡調査を行い、リスク点数と医療・介護費との関連が経時的にどのように変化するかを検討する必要がある。

5. 結論

本研究は、リスク点数と地域在住高齢者のその後3年間の医療・介護費の関連を分析した。その結果、リスク点数と累積医療費、累積介護費との間にはそれぞれ上に凸、下に凸の非線形の関連が認められた。一方、累積医療・介護費については、リスク点数との間に非線形でなく正の線形関連が認められ、リスク点数が1点高いほど、費用は約5.7万円高いことを示した。今後、リスク点数は、介護費に加え、SIB事業等における医療・介護費の財政効果の評価指標の一つとして活用されることが期待される。

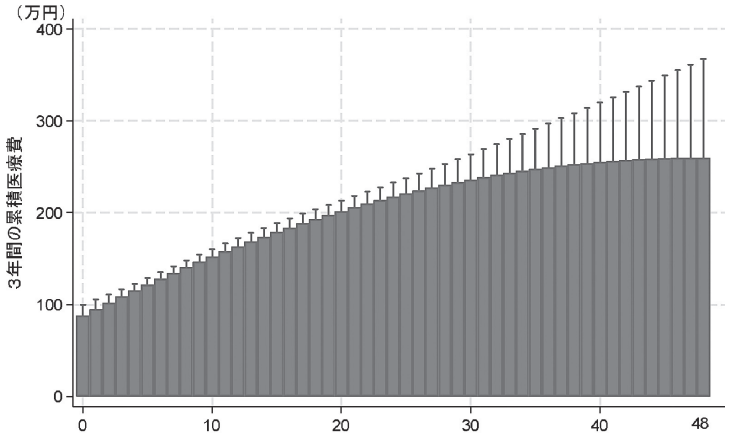
附表１　リスク点数と累積医療・介護費（推定結果）完全データ解析

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
費用（万円）	累積医療費	累積医療費	累積医療費	累積医療費	累積介護費	累積介護費	累積介護費	累積介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費	累積医療・介護費
リスク点数（点）	5.07**	7.78**	5.08**	7.21**	1.13**	-1.69*	0.97**	-1.62*	6.20**	6.09**	6.05**	5.59**
	(0.38)	(1.04)	(0.48)	(1.21)	(0.18)	(0.66)	(0.18)	(0.73)	(0.44)	(1.31)	(0.53)	(1.50)
リスク点数の２乗項		-0.10*		-0.08		0.10**		0.09**		0.00		0.02
		(0.04)		(0.04)		(0.03)		(0.03)		(0.05)		(0.06)
教育歴（参照：9年以下）												
10年以上12年以下			7.58	8.23			0.28	-0.51			7.86	7.72
			(6.98)	(6.99)			(1.63)	(1.68)			(7.50)	(7.52)
13年以上			17.96	19.31			-1.36	-3.00			16.59	16.31
			(11.43)	(11.53)			(2.18)	(2.20)			(11.76)	(11.86)
所得段階（参照：世帯全員住民税非課税）												
本人住民税非課税			-4.85	-4.02			-4.08	-5.10			-8.93	-9.11
			(10.22)	(10.24)			(2.83)	(2.89)			(11.01)	(11.06)
本人住民税課税			8.74	8.77			-3.53	-3.57			5.21	5.20
			(9.73)	(9.73)			(2.68)	(2.67)			(10.54)	(10.54)
婚姻状況（参照：有配偶）												
死別			-22.20*	-21.23			3.72	2.54			-18.48	-18.69
			(10.94)	(10.88)			(3.69)	(3.76)			(12.31)	(12.28)
離別			-36.68*	-36.75*			4.11	4.20			-32.57	-32.55
			(17.01)	(16.98)			(5.36)	(5.38)			(18.21)	(18.22)
未婚			-26.87	-26.06			15.30	14.31			-11.57	-11.74
			(17.64)	(17.62)			(9.38)	(9.47)			(23.62)	(23.62)
居住形態（参照：同居）												
独居			-0.65	-0.83			-4.72	-4.51			-5.38	-5.34
			(11.73)	(11.71)			(4.79)	(4.74)			(13.33)	(13.32)
治療中の疾患（参照：無）												
有			79.33**	78.50**			-0.18	0.83			79.15**	79.33**
			(6.83)	(6.86)			(1.31)	(1.33)			(7.13)	(7.16)
認知症の有無（参照：無）												
有			45.01	54.55			259.00**	247.43**			304.01**	301.97**
			(65.80)	(64.66)			(92.78)	(92.23)			(107.50)	(108.36)
定数	95.18**	82.65**	30.57**	20.50	-6.43**	6.61**	-2.48	9.74*	88.75**	89.25**	28.08*	30.24*
	(4.60)	(5.38)	(11.40)	(11.93)	(1.63)	(2.42)	(3.21)	(4.61)	(5.01)	(6.13)	(12.32)	(13.38)
観測数	5,213	5,213	4,593	4,593	5,213	5,213	4,593	4,593	5,213	5,213	4,593	4,593
R-squared	0.03	0.03	0.06	0.06	0.03	0.05	0.10	0.12	0.04	0.04	0.07	0.07
Adj R2	0.0325	0.0336	0.0568	0.0573	0.0271	0.0497	0.0998	0.118	0.0425	0.0424	0.0691	0.0689

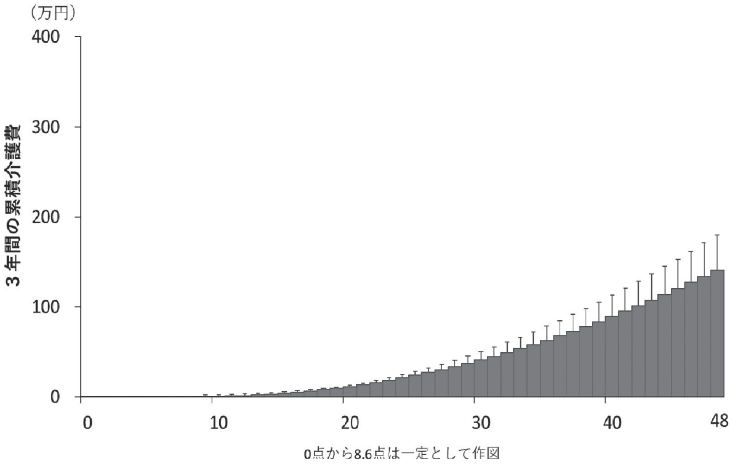
括弧内は頑健標準誤差

** p<0.01, * p<0.05

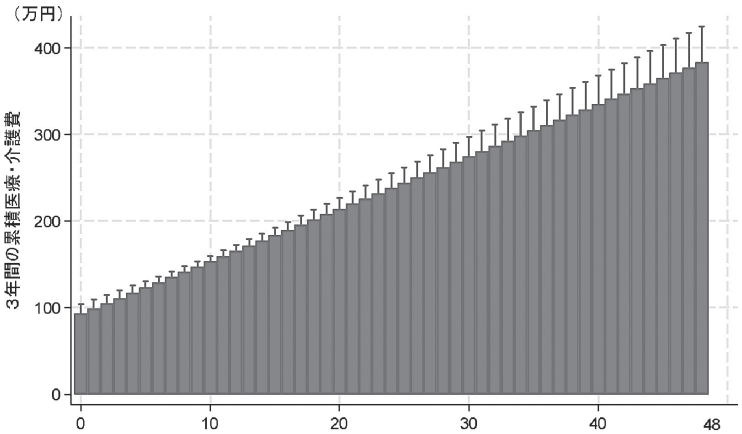
附図１－１　リスク点数と累積医療費
（推定値と 95%信頼区間）



附図１－２　リスク点数と累積介護費
（推定値と 95% 信頼区間）



附図１－３　リスク点数と累積医療・介護費
（推定値と 95% 信頼区間）



謝辞

本研究は、JSPS 科研（23H00060）の一環で行われた成果の一部である。本研究で使用した調査データは、JSPS 科研費（ 20H00557, 20K10540, 21H03196, 21K17302, 22H00934, 22H03299, 22K04450, 22K13558, 22K17409, 23H00449, 23H03117, 23K21500）、厚生労働科学研究費補助金（19FA1012, 19FA2001, 21FA1012, 22FA2001, 22FA1010, 22FG2001）、国立研究開発法人科学技術振興機構 (JPMJOP1831)、公益財団法人健康・体力づくり事業財団令和 4 年度健康運動指導研究助成 , TMDU 重点研究領域 , 国立研究開発法人防災科学技術研究所などの助成を受けて一般社団法人日本老年学的評価研究機構によって実施・整備されたものである。記して深謝します。本稿は、著者の見解を論じたものであり、資金等提供機関の公式見解を必ずしも反映していない。

引用文献

1）厚生労働省保険局「医療費の動向　令和 5 年度の状況)」https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/23/dl/iryouhi_data_sankou.pdf（2024 年 9 月 8 日アクセス可能）

2）公益社団法人　国民健康保険中央会「介護給付費の状況　令和 5 年度年間分」https://www.kokuho.or.jp/statistics/kaigo/condition/st_condition_R5.html（2024 年 9 月 1 日アクセス可能）

3）厚生労働省保健局「令和 3（2021）年度 国民医療費の概況」https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/21/dl/data.pdf（2024 年 9 月 1 日アクセス可能）

4）厚生労働省老健局「社会保障審議会介護保険部会（第 92 回）資料 1 介護保険制度をめぐる最近の動向について」https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000917423.pdf（2024 年 9 月 1 日アクセス可能）

5）Hashimoto, H., Horiguchi, H. and Matsuda, S. Micro data analysis of medical and long-term care utilization among the elderly in Japan. International journal of environmental research and public health 2010;7(8):3022-3037

6）田近，菊池．死亡前 12 か月の高齢者の医療と介護：利用の実態と医療から介護への代替の可能性．季刊社会保障研究 2011；47(3)：304-319

7）Hoover, D.R., et al. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992-1996 Medicare current beneficiary survey. Health services research 2002;37(6):1625-1642

8）Yuda, M., et al. An empirical investigation of causal interrelationship between medical and long-term care expenditures in the last year of life, 2013.

9）鈴木亘，他．レセプトデータを用いた医療費・介護費の分布特性に関する分析．医療経済研究 2012；24(2)：86-107

10）厚生労働省老健局「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 実施の手引き」https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000560423.pdf（2024 年 6 月 12 日アクセス可能）

11）辻大士，他．基本チェックリストと健診データ 9 用いた縦断研究に基づく要支援・要介護リスク評価尺度の開発．日本公衆衛生雑誌 2017；64(5)：246-257

12）Tsuji, T., et al. Development of a risk assessment scale predicting incident functional disability among older people: Japan Gerontological Evaluation Study. Geriatrics & Gerontology International 2018;18(10):1433-1438

13）斉藤雅茂，他．要支援・要介護リスク評価尺度点数別の累積介護サービス給付費：介護保険給付実績の 6 年間の追跡調査より．日本公衆衛生雑誌 2021；68(11)：743-752

14）渡邉良太，他．地域在住高齢者のその後の累積介護費は直線的に増加するのか：フレイル，要支援・要介護リスク評価尺度を用いた JAGES9 年間の追跡調査より．厚生の指標 = Journal of health and welfare statistics/ 厚生労働統計協会 編 2024；71(4)：9-18

15）一般社団法人日本老年学的評価研究機構．令和 2 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 - 官民連携による成果連動型介護予防の取組に関する調査研究事業報告書，令和 3 年 3 月．https://www.jages.net/about_jages/report/?action=common_download_main&upload_id=13913（2024 年 6 月 12 日アクセス可能）

16）厚生労働省「2022（令和 4）年国民生活基礎調の概要」https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf（2024 年 11 月 13 日

アクセス可能）
17）厚生労働省「2020（令和2）年患者調査の概況」https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/toukei.pdf（2024年11月13日アクセス可能）
18）小暮厚之，小林凌雅．健康保険データに基づく医療費予測モデリング―正則化two-partモデルによるアプローチ―．日本保険・年金リスク学会誌 = Journal of the Japanese Association of Risk, Insurance and Pensions: ジャリップジャーナル 2018；10(1)：21-35
19）Sato, K., et al. Intensity of community-based programs by long-term care insurers and the likelihood of frailty: Multilevel analysis of older Japanese adults. Social Science & Medicine 2020;245:112701
20）Watanabe, R., et al. Home-Based frailty prevention program for older women participants of Kayoi-No-Ba during the COVID-19 pandemic: A feasibility study. International journal of environmental research and public health 2022;19(11):6609
21）田近敦子，他．「通いの場」への参加は要支援・要介護リスクの悪化を抑制するか：JAGES2013-2016縦断研究．日本公衆衛生雑誌 2022；69(2)：136-145
22）厚生労働省保健局「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000488122.pdf（2024年9月1日アクセス可能）

Association between scores on the risk assessment scale for incident functional disability and cumulative medical and long-term care costs: A 3-year follow-up study in JAGES.

Yasunori Komaki*[1], Masashige Saito[2,3], Ryota Watanabe[3], Tsuji Taishi[4], Kinya Fujita[5], Hiroshi Hirai[6], Katsunori Kondo[7,8]

Abstract

Background

In this study, we analyzed the association between the score on the risk assessment scale for incident functional disability (risk score) and the cumulative medical and long-term care costs over the following three years, using the risk assessment scale for incident functional disability, which is used to predict the occurrence of requiring long-term care certification and to estimate long-term care costs in Social Impact Bond (SIB) projects and other initiatives.

Subjects and Methods

We used a comprehensive survey of people aged 65 and over who had not received a certification of long-term care need, conducted by the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) in Taketoyo Town, Aichi Prefecture, in October 2016. Based on the KDB system and long-term care insurance benefit information held by the local government, we ascertained the use of medical insurance services and long-term care insurance services over a three-year period from 1 April 2017 to 31 March 2020. A total of 5,213 people (2,450 men and 2,763 women) were included. The dependent variables were the cumulative medical costs, cumulative nursing care costs, and cumulative medical and nursing care costs over the three-year period. The explanatory variables were the scores on the risk assessment scale for incident functional disability, which is scored on a scale of 0 to 48 based on 10 questions and sex and age, and the square of this score, with the higher the score, the higher the risk. The adjusted variables were the level of education, the stage of the long-term care insurance premium levy as a proxy variable for income, marital status, whether or not the person had a disease that was being treated, whether or not the person had dementia, and the follow-up days. The estimation was carried out using the ordinary least squares (OLS) method.

Results

In the analysis using a linear model, in addition to replicating the results of previous studies that showed that the cumulative nursing care costs were 9,600 yen higher for each point increase in the risk score, the cumulative medical costs were 47,300 yen higher and the cumulative medical and nursing care costs were 56,900 yen higher for each point increase in the risk score. In the analysis using a nonlinear model, a quadratic relationship was observed between the risk score and cumulative medical costs, with a peak at 44.0 points and a peak at 8.6 points. On the other hand, the relationship between the risk score and cumulative medical and nursing care costs was more appropriately linear than nonlinear.

Conclusion

The higher the risk score, the higher the cumulative medical and nursing care costs per person over the following three years, by approximately 57,000 yen. In the future, it is hoped that the risk score will be used as one of the evaluation indicators for the financial effects of medical and nursing care costs in SIB projects, etc., in addition to nursing care costs.

[**Keywords**] older adults living in the community, medical costs, long-term care costs, medical and long-term care costs, medical receipt data, long-term care receipt data, the risk assessment scale for incident functional disability, social impact bond (SIB)

*1 Graduate School of Economics, Nagoya City University, Nagoya, Japan
2 Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University, Aichi, Japan
3 Center for Well-being and Society, Nihon Fukushi University, Aichi, Japan
4 Institute of Health and Sport Sciences, University of Tsukuba, Bunkyo City, Tokyo, Japan
5 Japan Agency for Gerontological Evaluation Study, Chiba, Japan
6 Graduate Faculty of Interdisciplinary Research, Faculty of Life and Environmental Sciences, University of Yamanashi, Kofu, Yamanashi, Japan
7 Center for Preventive Medical Sciences, Chiba University, Chiba, Japan
8 Institute for Health Economics and Policy

活動報告

医療経済学会
第 20 回研究大会
The 20th Annual Conference of Japan Health Economics Association (JHEA)

➢ 日　時
2025 年 9 月 6 日（土）9：00 ～ 17：30

➢ 会　場
慶應義塾大学　三田キャンパス
（シンポジウムのみ現地会場と ZOOM 配信によるハイブリッド開催）
〒 108-8345　東京都港区三田 2 丁目 15 － 45

➢ 研究大会長
後藤　　励　（慶應義塾大学　経営管理研究科　教授）

➢ プログラム委員　（敬称略・五十音順）
プログラム委員長
井深　陽子（慶應義塾大学　経済学部　教授）

プログラム委員
岩本　哲哉（国立保健医療科学院　保健医療経済評価研究センター　主任研究官）
及川　雅斗（早稲田大学　教育・総合科学学術院　講師（テニュアトラック））
加藤　弘陸（横浜市立大学　国際商学部　准教授）
佐々木典子（京都大学大学院　医学研究科　医療経済学分野　特定准教授）
杉山　雄大（国立健康危機管理研究機構　システム基盤整備局　医療 DX 部　部長
筑波大学　医学医療系　ヘルスサービスリサーチ分野　特任教授）
菅原　慎矢（東京理科大学　経営学部　准教授）
中村さやか（上智大学　経済学部　教授）
丸山　士行（大阪大学　国際公共政策研究科　教授）
宮脇　敦士（筑波大学　医学医療系　社会医学　准教授）

「医療経済学会　第 20 回研究大会」全体スケジュール

日　時：2025 年 9 月 6 日（土）9：00 ～ 17：30（8：30 より受付開始）

会　場：慶應義塾大学　三田キャンパス　南校舎
A　会　場：455 教室（5 階）
B　会　場：456 教室（5 階）
C　会　場：457 教室（5 階）
D　会　場：453 教室（5 階）
Y　会　場：452 教室（5 階）

◇ 一般演題（24 演題）　9：00 ～ 11：50、15：20 ～ 16：40
会場：A・B・C・D会場

◇ 若手研究者育成のためのセミナー（4 演題）　9：00 ～ 11：50
会場：Y会場

◇ シンポジウム　12：50 ～ 14：50
会場：北館ホール　1 階
テーマ：「医療者の労働市場を考える　―医師の働き方改革を中心に―」
- 挨拶　後藤　励（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

パネル・ディスカッション
- 司会　後藤　励 氏（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）
- 司会　井深　陽子 氏（慶應義塾大学経済学部）
- パネリスト　臼井　恵美子 氏（一橋大学経済研究所）
- パネリスト　大湾　秀雄 氏（早稲田大学政治経済学術院）
- パネリスト　小池　創一 氏（自治医科大学　地域医療学センター）
- パネリスト　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）

医療経済学会　総会　17：00 ～ 17：30
会場：北館ホール　1 階

共催：慶応義塾大学経済学部附属経済研究所

第 20 回研究大会　一般演題一覧

演題番号	発表者氏名	所　属	演　題　名	若手最優秀発表演題賞候補
A-1	Shen Yichen	Kanagawa University of Human Services	Does Minimum Wages Affect Drug Use Outcomes in Canada?	
A-2	Yu Yijun	Kyoto University	Maternal education and child development: Insights from nutritional status in Kenya	
A-3	Kyoko Shimamoto	Keio University / University of York	Inequities in the vaccine uptake, intention, perceived economic burden, Willingness-to-Pay and Willingness-to-Accept in Japan: A case study of HPV vaccination	
A-4	Yao Ying	慶應義塾大学	Valuing Health in Bhutan: A Population-Based Study of Willingness-to-Pay	
A-5	Minh Le	Health and Wellbeing Centre for Research Innovation, The University of Queensland	Trajectories of children's behaviour problems and their associations with maternal mental health trajectories in Australia	○
A-6	Midori Matsushima	University of Tsukuba	The association between a father-unfriendly workplace culture, paternity leave, mental health and child abuse	
B-1	船田　哲	慶應義塾大学医学部　衛生学公衆衛生学教室	病院を開設する医療法人に関する財務分析	
B-2	吉村　聡浩	株式会社大和総研　調査本部	コロナ禍における病床確保料の効率性 ―――情報開示請求による病院別個票データによる解析―――	
B-3	渡邉　雄一	日本貿易振興機構アジア経済研究所	Partial Change in Patient Cost-sharing Affects All? Evidence from National Health Insurance Reform in Korea	
B-4	岡庭　英重	山形大学人文社会科学部	特定健康診査に対する需要と健康および医療利用に与える影響	
B-5	Ayu Tabuchi	京都大学	Spatial spillover effects of area-level socioeconomic factors on life expectancy in Japan: an ecological study	○
B-6	中村　さやか	上智大学	Sources of Regional Variation in Healthcare Expenditure in Japan: Evidence from Movers	
C-1	森　太一	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科	大腸がん検診の費用効果分析	○
C-2	川村　結愛	大阪経済大学経済学部	高額医療機器の過剰導入がもたらす影響	○
C-3	沢田　拓哉	東北大学経済学研究科	日本の医薬品市場における東日本大震災の生産面の影響	○
C-4	田中　真吾	慶應義塾大学大学院経営管理研究科	新興製薬企業（EBP）による医薬品開発と日本のドラッグラグ・ロスとの関係に関する研究	○
C-5	草野　哲史	早稲田大学経済学研究科	The Effect of Maternity Ward Closure on Physician's Practice and Health Outcomes for Infants in Japan	○

演題番号	発表者氏名	所　属	演　題　名	若手最優秀 発表演題賞候補
C-6	Yoshimasa Katayama	神戸大学	Readmission Penalty Under Nonlinear Payment Schedules	
D-1	松井　信智	一橋大学大学院　経済学研究科	企業が従業員の Well-being（幸福度）を予防医療によって最大化するためには	
D-2	熊谷　成将	西南学院大学　経済学部	Persistent Job Insecurity and Severe Mental Illness among Japanese Workers During the COVID-19 Pandemic	
D-3	武内　真美子	愛知学院大学経済学部	Labor supply among patients diagnosed with diabetes in Japan.	
D-4	冨沢　佳弘	慶應義塾大学健康マネジメント研究科	うつ病による経済的負荷の推定と評価	○
D-5	柳　垠希	慶應義塾大学経営管理研究科	親の急病が子どもの医療利用に与える影響について	○
D-6	髙田　大輔	同志社女子大学　生活科学部　食物栄養科学科　臨床病態学研究室・京都大学大学院医学研究科　社会健康医学系専攻　医療経済学分野	急性心筋梗塞における医療従事者の年間学会発表数と院内死亡の関係	

第 24 回　若手研究者育成のためのセミナー　演題一覧

演題番号	演者氏名	所　属	演　題　名
Y-1	劉　子瑩	アジア太平洋研究科、神戸大学	Sales Promotion in Preventative Health with Incentives to Stimulate the Efforts of Community Health Volunteers（インセンティブ制度下における医療ボランティアの感染症予防製品の販売促進活動：インドネシアジョグジャカルタ特別州における実証研究）
Y-2	須加　真莉菜	慶應義塾大学経済学研究科	医療分野におけるエキスパートレビューの影響力に関する実証分析
Y-3	廣野　めぐみ	慶應義塾大学	保険調剤における小児医療助成資格有無による後発医薬品選択の変化
Y-4	Omi Watanabe	京都大学大学院医学研究科　ヘルスセキュリティセンター　健康危機管理システム学分野	Health and Life in Cost-Benefit Analysis of Disaster Management: A Scoping Review

活動報告

第 15 回アジア医療経済学会合同会議

The 15th Asian Health Economics Associations Joint Conference

- **日　時**

  2025 年 9 月 7 日（日）8：35 ～ 16：55

- **会　場**

  慶應義塾大学　三田キャンパス　東館 6 階　G-Lab
  〒 108-8345　東京都港区三田 2 丁目 15 － 45

- **大会長**

  飯塚　敏晃（東京大学大学院経済学研究科　教授）

- **プログラム委員長**

  中村　さやか（上智大学 経済学部 経済学科　教授）

スケジュール

8：35 — 8：45	Welcome Remarks Prof. Hideki Hashimoto (President, JHEA)
	Session 1 **Chaired by Rachel Lu (Chang Gung University)**
8：45 — 9：30	**Title: The Effect of Paid Parental Leave Benefits on Fertility: Regression Kink Design Evidence from Administrative Data in Taiwan** Presenter: Ruei-Hua Wang (Soochow University) Discussant: Masaki Takahashi (Sophia University)
9：30 — 10：15	**Title: Restricting Mothers' International Migration and Human Capital Investment** Presenter: Takuya Hasebe (Sophia University) Discussant: Ja-Eun Shin (KDI School of Public Policy and Management)
10：15 — 10：30	Coffee Break
	Session 2 **Chaired by Sayaka Nakamura (Sophia University)**
10：30 — 11：15	**Title: Does Minimum Wages Matter to Familial Health?** Presenter: Josh (Yichen) Shen (Kanagawa University of Human Services) Discussant: Yiing-Jenq Chou (National Yang Ming Chiao Tung University)
11：15 — 12：00	**Title: Mendelian Effects of Obesity on Labor Market Outcomes** Presenter: Juan PANTANO (The University of Hong Kong (HKU)) Discussant: Yoshimasa Katayama (Kobe University)
12：00 — 13：30	Lunch
	Session 3 **Chaired by Jianchao QUAN (The University of Hong Kong (HKU))**
13：30 — 14：15	**Title: The Impact of a Medical Residents' Walkout on Mortality and Health Care Utilization in South Korea** Presenter: Sungchul PARK (Korea University) Discussant: Nicole Huang (National Yang Ming Chiao Tung University)
14：15 — 15：00	**Title: Peer Effects in Drug Adoption** Presenter: Meng-Chi Tang (National Chung Cheng University) Discussant: Jianchao QUAN (The University of Hong Kong (HKU))
15：00 — 15：15	Coffee Break
	Session 4 **Chaired by Tae Hyun Kim (Yonsei University)**
15：15 — 16：00	**Title: The Effect of Firm Relocation on Health, Healthcare Utilization, and Family** Presenter: Hyuncheol Bryant Kim (Yonsei University) Discussant: April Yushan WU (Chinese University of Hong Kong (CUHK))
16：00 — 16：45	**Title: Economic evaluation using a Chinese diabetes outcomes model** Presenter: Juliana LUI (Chinese University of Hong Kong (CUHK)) Discussant: Jeongwoo Shin (KIHASA)
16：45 — 16：55	Closing Remarks Prof.Toshiaki Iizuka (Conference Chair)

各医療経済学会参加者

・South Korea

1. Tae Hyun Kim, (Chair)
   Professor, Yonsei University
2. Hyuncheol Bryant Kim, (Presenter)
   Associate professor, Yonsei University
3. Sungchul Park, (Presenter)
   Associate professor, Korea University
4. Ja-Eun Shin, (Discussant)
   Professor, KDI School of Public Policy and Management
5. Jeongwoo Shin, (Discussant)
   Research Fellow, KIHASA

・Taiwan

1. Rachel Lu, (Chair)
   Professor, Chang Gung University Academic Capacity Ensemble
2. Meng-Chi Tang, (Presenter)
   Professor, National Chung Cheng University
3. Ruei-Hua Wang, (Presenter)
   Assistant Professor, Soochow University
4. Yiing-Jenq Chou, (Discussant)
   Professor, National Yang Ming Chiao Tung University, School of Medicine
   Institute of Public Health & Department of Public Health
5. Nicole Huang, (Discussant)
   Professor, International Health Program & Institute of Hospital and Health Care Administration
   College of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University

・Hong Kong

1. Jianchao QUAN, (Chair / Discussant)
   Clinical Assistant Professor, The University of Hong Kong (HKU)
2. Juliana LUI, (Presenter)
   Research Assistant Professor, Chinese University of Hong Kong (CUHK)
3. Juan PANTANO, (Presenter)
   Professor, The University of Hong Kong (HKU)
4. April Yushan WU, (Discussant)
   Research Assistant Professor, Chinese University of Hong Kong (CUHK)

・Japan

1. Hideki Hashimoto
   Professor, The University of Tokyo
2. Toshiaki Iizuka, (Conference Chair)
   Professor, The University of Tokyo
3. Sayaka Nakamura, (Program Chair/Chair)
   Professor, Sophia University
4. Yichen Shen, (Presenter)
   Assistant Professor, Kanagawa University of Human Service
5. Takuya Hasebe, (Presenter)
   Associate Professor, Sophia University
6. Masaki Takahashi, (Discussant)
   Assistant Professor, Sophia University
7. Yoshimasa Katayama, (Discussant)
   Assistant Professor, Kobe University

医療経済学会「学会論文賞」について

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るため、2009 年に「学会論文賞」が設立されました。

この賞は、医療経済学会誌である「医療経済研究」に掲載された研究論文の中から、同誌の編集委員会による選考を経て医療経済学会理事会で決定された論文に対して与えられるものであり、賞状のほか、副賞として医療経済研究機構の提供により賞金が贈られます。

2025 年度については、下記のとおり選考等を行うこととしておりますので、お知らせいたします。

記

【選 考 対 象】

2025 年度に発行された医療経済学会誌「医療経済研究」（Vol.37）に掲載の研究論文

【選考・決定】

「医療経済研究」編集委員会の選考を経て医療経済学会理事会で決定。

【表　　彰】

2026 年度に開催予定の第 21 回総会において表彰を行い、受賞者に対して賞状及び副賞（提供：医療経済研究機構）を贈呈します。

2024年度 「学会論文賞」の報告

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るため、2009年に「学会論文賞」が設立されました。

この賞は、医療経済学会雑誌である「医療経済研究」に掲載された研究論文の中から与えられるものであり、賞状のほか副賞として賞金（提供：医療経済研究機構）が贈られます。

2024年度は学会論文賞については、2025年9月6日開催された医療経済学会 総会にて、以下の通り報告されました。

「生活習慣病に関する総合的な治療管理が避けられる入院に与える影響：後ろ向きコホート研究」

森田　和仁 氏（東京大学大学院　医学系研究科）

授賞理由：

本研究は、超高齢社会における医療費抑制と質向上の両立という喫緊の課題に対し、プライマリ・ケアの価値を定量的に実証した優れた研究である。高次元傾向スコアマッチングを用いた厳密な疫学手法により、生活習慣病管理料が特定疾患療養管理料と比較して慢性 Ambulatory Care Sensitive Condition（ACSC）入院を有意に減少させることを明らかにした。既存の診療報酬制度内での比較により直接的な政策示唆を提供し、医療の持続可能性に資する重要なエビデンスを創出した点を高く評価する。

「日本の医薬品市場における広告の利益率への効果分析」

沢田　拓哉 氏（東北大学大学院　経済学研究科）

授賞理由：

本研究は、医薬品市場における広告効果を実証的に解明した先駆的研究である。52社の有価証券報告書データを丹念に収集し、固定効果モデルによる厳密な分析を通じて、広告支出が売上高・営業利益に与える効果を定量化した。医療用・一般用医薬品の差異を明確に示し、広告ストックの概念を導入した分析手法は学術的に高い水準にある。単著での完成度の高い研究として、若手研究者の独立した研究遂行能力と医薬品市場分析への新たな視座を提供した貢献を評価する。

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るべく2009年に学会論文賞が設立されました。また2012年からは、若手研究者の研究奨励を図るべく、新進気鋭の若手による意欲的な論文を評価してきました。次年度以降、若手諸氏の意欲的投稿を引き続き期待するとともに、わが国の医療経済・医療政策研究の発展につながる質の高い論文の投稿をお願い申し上げます。

『医療経済研究』編集委員長　野口　晴子

医療経済学会 第20回研究大会「若手最優秀発表賞」授賞の報告

2025年9月6日（土）医療経済学会 第20回研究大会の一般演題の部において、発表論文の第一著者で、かつプレゼンテーションを行った大学生・大学院生を対象とした「若手最優秀発表賞」を決定・授与いたします。受賞者には表彰状、ならびに副賞5万円が授与されました。

厳正な審査の結果、下記のとおり受賞者が決定したことをご報告申し上げます。

第20回研究大会長
慶應義塾大学大学院経営管理研究科　教授
後藤　励

【受賞者・演題名・授賞理由】

受賞者：草野　哲史 氏
（早稲田大学経済学研究科）

演題名：The Effect of Maternity Ward Closure on Physician's Practice and Health Outcomes for Infants in Japan.

授賞理由：

日本における分娩を扱う医療機関の閉鎖が、医師の治療選択および子の健康アウトカムにどの様な影響を与えたかを分析した研究である。

授賞理由は次の４点である。第一に、政策的に重要なテーマを扱っている点である。第二に、分析手法に関して、新しい研究手法であるstaggered difference-in-differencesを用いた堅実な分析が行われている。第三に、それら丁寧な統計解析から重要かつ興味深い事実が発見されている。最後に、当日の発表も入念に準備され、質疑応答も充分な知見にもとづく的確なものであった。

他の発表者の論文報告も大変レベルが高く、優秀な報告が多数あり、選考することが非常に難しかったが、以上の理由から医療経済学会 第20回研究大会 プログラム委員会としては、同氏を「若手最優秀発表賞」とすることと決定した。

医療経済学会 第21回研究大会について

1．研究大会長

東京大学　大学院医学系研究科　臨床疫学・経済学　教授
康永　秀生 先生

2．日程

未定
（2026年9月頃を予定していますが、正式に決まり次第、ホームページ上で公表します）

3．会場

東京大学　本郷キャンパス（予定）

4．今後のスケジュール

一般演題募集　　：2026年2月～2026年5月ごろ
研究大会参加申し込み：2026年7月～2026年8月ごろ

Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy
ご投稿のお願い

医療経済学会と医療経済研究機構では、アジア太平洋地域での医療経済・医療政策研究の更なる発展を目指し、アジア太平洋地域での医療政策の具体的な文脈を踏まえ、政策的含意を含む意欲的な論稿をglobal audience に届けるため、英語版電子ジャーナル「Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy」を発刊しています。

2018 年以降、日本内外の論稿を受け付けています。

医療経済・医療政策研究に関する研究成果の投稿を広く募集しております。

- **投稿者の条件はありません。**
- **採用された論文の掲載料金は無料です。**
- **論文には DOI を割り当てられ、オンラインでだれでも閲覧できるオープンジャーナルです。**
- **投稿規定、執筆要領は学会 Web ページ（https://www.ihep.jp/jhea/）の「医療経済研究」、もしくはバナー「Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy」をご覧下さい。**

『医療経済研究』投稿規程

本誌は、医療経済学会と一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌として、共同で編集発行しています。以下の目的等にかなう研究の成果物を広く募集します。

1. 目的

（1）医療経済・医療政策の分野において研究および調査の発表の場を提供する。
（2）医療経済・医療政策研究の発展を図り、医療政策立案および評価に学術的基盤を与える。
（3）医療経済・医療政策の分野において産、官、学を問わず意見交換、学術討論の場を提供する。

2. 原稿種別

（1）「研究論文」：理論的または実証的な研究成果を内容とし、独創的な内容をもつもの。実証的な研究の場合には目的、方法、結論、考察について明確なもの。
（2）「研究ノート」：独創的な研究の短報または小規模な研究など、研究論文としての基準に達していないが、新しい知見を含み、学術的に価値の高いもの。
（3）「研究資料」：特色ある資料、調査、実験などの報告や研究手法の改良などに関する報告等で、将来的な研究に役立つような情報を提供するもの。
（4）本誌は上記のほかに編集委員会が認めたものを掲載する。

3. 投稿資格・要件

（1）投稿者の学問領域、専門分野を問いません。また一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構（以下「医療経済研究機構」という）または医療経済学会の会員であるか否かを問いません。
（2）本誌に投稿する投稿論文（第 2 項のすべての原稿種別を含めるものとして以下「論文等」という）等は、いずれも他に未投稿・未発表のもの（投稿者自身の著作または共著にかかるもの）に限ります。投稿にあたっては共著者がある場合は全員の同意を得るものとし、採否通知を受けるまでは他誌への投稿を認めず、採用が決定した場合は「医療経済研究」の掲載論文等として刊行するまでは他誌への投稿を認めません。

4. 投稿要領

（1）投稿者は、投稿に際し、本文・図表・抄録を電子メールで送付してください。なお、投稿の際に様式 1 の投稿者チェックリストも合わせて電子メールで送付してください。送付後 1 週間以内に受領通知が届かない場合は、『医療経済研究』担当までお問い合わせください。また、投稿者は、「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」の原稿種別を指定してください。但し、その決定は編集委員会が行うことと致します。
原稿の送り先は以下のとおりです。
E-mail kikanshi@ihep.jp
（2）原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従ってください。編集委員会から修正を求められた際には、各指摘事項に個別的に応え、再投稿して下さい。
編集委員会が修正を求めた投稿論文等について、通知日から 90 日以上を経過しても再投稿されない場合には、投稿の取り下げとみなします。ただし、事前に通知し、編集委員会が正当な理由として判断した場合はこの限りではありません。
（3）責任著者および共著者（以下「責任著者等」という）について、投稿論文等にかかる研究に対し、研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究課題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。
（4）ヒトを対象とした研究である場合には、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等の倫理基準を遵守し、適切に行われていることを明示してください。
（5）責任著者等について、利益相反（Conflict of Interest）の有無についての情報を開示してください。
（6）投稿論文等が第三者の著作権と、その他第三者の権利を侵害しないものであることをご確認ください。他者が著作権等を保有する図表、写真等を使用する場合は、責任著者の責任において、権利者の利用許可（権利許諾）を得てください。

(7) 他者が著作権を保有する著作物の翻訳・翻案等の二次的著作物については、責任著者が、原著作者との間の著作権処理（翻訳権、翻案権等および本投稿に関する許諾の取得）を必ず行ってください。
(8) 投稿論文等の掲載の採否および種別については、査読審査に基づいて、編集委員会にて決定します。その際、「研究論文」の基準には満たない場合であっても「研究ノート」または「研究資料」としての掲載が可能という決定になる場合もあります。
(9) 掲載が決定した論文等の掲載料金は無料です。責任著者へは無料にて PDF ファイルを提供します。別刷が必要な場合にはその旨ご連絡ください。実費にて申し受けます。
(10) 英文の校正等は、第一義的には責任著者の責任であり、水準に満たない場合は合理的な範囲での費用負担を求める場合もあります。

5. 著作権等
(1) 投稿論文・掲載論文等の著作権は責任著者等に帰属したままとしますが、(2)～(4) に同意いただきます。なお、本誌への掲載決定後、責任著者を始めとする執筆者全員に利用許諾同意書（別紙）を提出いただき、これを掲載条件とします。
(2) 掲載が決定した論文等について、医療経済学会および医療経済研究機構は、医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌「医療経済研究」（ウェブ掲載含む）の記事として刊行することができる権利を有するものとします。
(3)「医療経済研究」の掲載論文等を出版、インターネット等を利用した公衆送信その他の方法で公開する場合は、(2) の刊行後とし、出典元「医療経済研究」（公式サイトに該当記事のアドレスがある場合はそのアドレスへのリンク）を明示することとします。
(4)「医療経済研究」の掲載論文等を基礎に加筆・修正等を加えてまとめた論文等を他の媒体・方法で公開する場合も、(2) の刊行後とし、「医療経済研究」の掲載論文等をもとに加筆等したものである旨と、その掲載号（公式サイトに該当記事のアドレスがある場合はそのアドレスへのリンク）を明示することとします。
(5) その他、投稿論文・掲載論文等の著作権に関して疑義を生じた場合は、「医療経済研究」担当へお問い合わせください。

6. その他
採用された研究論文については、「学会論文賞」の選定対象となり、正賞を医療経済学会から、副賞を医療経済研究機構から贈呈します。

（問い合わせ先）
〒 105-0001　東京都港区虎ノ門 1-21-19　東急虎ノ門ビル 3F
一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構
医療経済学会事務局
医療経済学会雑誌・医療経済研究機構機関誌『医療経済研究』担当
TEL 03－3506－8529 ／ FAX 03－3506－8528
E-mail：kikanshi@ihep.jp

（2017 年 9 月 2 日 改定）

『医療経済研究』執筆要領

1. 原稿の書式
（1）A4 版 Word 入力
（2）1 行 40 字×36 行、横書き入力
匿名で査読を行いますので、著者の属性に係る事項は表紙（1 ページ目）に以下①～④の項目を記入し、本体ページ（2 ページ目）以降に本文を掲載し、謝辞を入れずに原稿作成をお願い致します。
① 題名著者の氏名および所属・肩書、謝辞、提出年月日
② 連絡先著者 1 名の所属・肩書、メールアドレス、住所、電話番号、FAX 番号
③ 共著者全員のメールアドレス
④ 研究費補助の有無。研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（何年のどの機関・企業からの研究補助等）を謝辞の中に明記してください。

2. 原稿の長さは「40 字×36 行」12 枚、英文の場合は 6000 語以内とします。（表紙、図表、抄録は除く）

3. 抄録は和文（1,000 字程度）および英文（400 語程度、ダブルスペース）で作成の上、添付してください。また論文検索のため、和文・英文各 10 語以内でキーワードを設定し、末尾に記載してください。（英文キーワードは原則として小文字にて記載）

4. 注）は本文原稿の最後に一括して掲載してください。掲載は、注 1）などのナンバーをふり、注）の番号順に並べてください。

5. 文献記載の様式は以下のとおりとします。
（1）文献は本文の引用箇所の肩に 1）などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載してください。文献の著者が 3 名までは全員、4 名以上の場合は筆頭者名のみあげ、（筆頭者), 他 . としてください。
（2）記載方法は下記の例示に従ってください。
① 雑誌の場合
1）Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of American Medical Association 2000;283:373-380
2）南部鶴彦，島田直樹．医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定．医療経済研究 2000；7：77-100
② 単行本の場合
1）井伊雅子，大日康史．第 9 章 予防行動の分析．医療サービス需要の経済分析．日本経済新聞社．2002：173-194
2）Organisation for Economics Co-operation and Development. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publications, 2000.
③ 訳本の場合
1）Fuchs, V., 1991. National health insurance revisited. Health Affairs [Winter], 7-17.（江見康一・二木 立・権丈善一訳『保健医療政策の将来』勁草書房 , 1995, 245-261）

6. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付け、出所を必ず明記してください。また、本文には入れ込まず、1 図、1 表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を本文中に指定してください。

7. 見出しに振る修飾数字・英字等は原則として以下の順序に従ってください。
1.　（1）　①　（a）　（ア）　…

（2017 年 9 月 2 日 改定）

医療経済学会 入会申込書

【学会設立の趣旨】
医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

年　　月　　日申込

入会希望の方は下記様式に記入の上、事務局までメール、FAX または郵送して下さい。
なお、入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用致します。

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">西暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">会員の別</td><td colspan="4">・普通会員</td></tr>
<tr><td colspan="4">・学生会員（※）
［大学名：　　在籍学位課程：　　］
［修了予定年月：　　］</td></tr>
<tr><td rowspan="2">所属先</td><td>名称</td><td></td><td colspan="2">職　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電　　話</td><td></td><td colspan="2">FAX</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">自宅住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電　　話</td><td></td><td colspan="2">FAX</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">郵便物希望送付先（該当に〇）</td><td colspan="3">所属先　・　自宅</td></tr>
<tr><td colspan="2">E-mail</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（※）学生会員は、大学、大学院またはこれに準ずる学校に在籍し、学士・修士・博士・専門職学位課程に在籍する者とします。学生会員を希望される方は、学生証コピーの提出をお願い致します。なお、所属が変更した場合は速やかに事務局宛にご連絡ください。

【主な活動】
研究大会の開催、学会誌「医療経済研究」の発行など

【学会年会費】
普通会員：年 10,000 円、学生会員：年 5,000 円

【入会の申し込みおよびお問合せは下記へ】
医療経済研究機構内　医療経済学会事務局
TEL 03-3506-8529　FAX 03-3506-8528
https://www.ihep.jp　E-mail：gakkai@ihep.jp

編集委員長	野口晴子	（早稲田大学政治経済学術院 教授）
編集顧問	池上直己	（久留米大学医学部 客員教授／慶応義塾大学 名誉教授）
	西村周三	（京都大学 名誉教授／医療経済研究機構 評議員）
編集委員	五十嵐　中	（東京大学大学院薬学系研究科 特任准教授）
	井深陽子	（慶應義塾大学経済学部 教授）
	菅原琢磨	（法政大学経済学部 教授）
	杉山雄大	（国立国際医療研究センター糖尿病情報センター医療政策研究室長／筑波大学医学医療系 教授）
	高久玲音	（一橋大学経済学研究科 教授）
	福田治久	（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授）
	康永秀生	（東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 教授）
	山田篤裕	（慶應義塾大学経済学部 教授）

医療経済研究　*Vol.37　No.1　2025*

2025年10月22日発行

医療経済学会事務局

編集・発行　**医療経済学会**
医療経済研究機構
〒105－0001　東京都港区虎ノ門1－21－19
東急虎ノ門ビル3F
一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会内
TEL 03（3506）8529
FAX 03（3506）8528
医療経済研究機構ホームページ：https://www.ihep.jp/
医療経済学会ホームページ：https://www.ihep.jp/jhea/

制作　**株式会社 祥文社**
〒135－0034　東京都江東区永代2丁目35番1号
TEL 03（3642）1281㈹

本号ならびにバックナンバーについては医療経済学会ホームページよりPDFが閲覧可能です。
また、会員の皆様には最新号を郵送いたします。

Japanese Journal of Health Economics and Policy

Vol.37 No.1 2025

Contents

Prefatory Note

Moral hazard (and not the lack of ethics) in health insurance
Sayaka Nakamura 1

Special Contributed Article

Development of a Population-Based Approach to Frailty Prevention
Tetsuo Tsuji 3

How Behavioral Economics of Health Can Contribute to Next Pandemic Responses
Shusaku Sasaki 19

How the High-Cost Medical Expense Benefit Reform Proposal Submitted in FY2024 Was Suspended: Policy Formulation, Revisions, and the Patient Advocacy Movement
Michihito Ando *Junichi Kawata* 29

Multidimensional Economic Evaluation of Preventive Health Services in the SDGs Era; a Scoping Review and Practice Implications; Second Report
Research Group on Multidimensional Economic Evaluation of Preventive Health Service in the SDGs Era 44

Research Article

Association between scores on the risk assessment scale for incident functional disability and cumulative medical and long-term care costs: A 3-year follow-up study in JAGES.
Yasunori Komaki *Masashige Saito* *Ryota Watanabe* *Tsuji Taishi* *Kinya Fujita* *Hiroshi Hirai* *Katsunori Kondo* 79

Activity Report

HEA 20th Annual Conference Report 94

The 15th Asian Health Economics Associations Joint Conference 98

Selection of the Best Paper Award of the Year 2025 101

Announcement of the Best Paper Award of the Year 2024 102

JHEA 20th Annual Conference Young Investigator Award 103

Announcement of The 21th Annual Conference of JHEA 104

Call for papers
Asian Pacific Journal of Health Economics and Policy 105

Instructions to Authors/Manuscript Submission and Specifications 106

Japan Health Economics Association
Institute for Health Economics and Policy