

デジタルヘルス時代に関する一考察

A Consideration on the Digital Health Era

金子雅彦
(社会学学科目)

(2024年12月24日受理)

1. はじめに

デジタルヘルスが世界各国で広まっている。COVID-19 パンデミックを機にさらに広がりを見せている (Lupton 2022)。パンデミック時は行動制限が行われ、対面診療が難しくなり、オンライン診療が推奨されたからである。日本でも医療 DX の推進が掲げられている。2024 年 12 月に従来の公的健康保険証の新規発行が停止となり、マイナンバーカード保険証への移行が促されている。デジタルヘルス時代を迎えるといってよいだろう。そうした中、人々はどういう状況に置かれるのだろうか。本稿では、日本よりも早くデジタルヘルスが進展している欧米諸国 (英国を中心に) での議論を検討する。まずニコラス・ローズの生物学的シティズンシップ論などを手がかりに、デジタルヘルス時代の市民像を検討する。シティズンシップとはある社会の完全な成員に与えられる地位である。シティズンシップは「市民権」と訳されることもあるが、本来シティズンシップには権利だけでなく責任や義務も伴う。そのため社会科学の文献ではシティズンシップと表記されることが多い。本稿もそれに倣って、シティズンシップと表記する。その後、デジタルヘルスの進展が人々にとってどういう影響を与えているか、既存の研究知見を検討し、デジタルヘルスを進める際の留意点を探る。

2. 生物学的シティズンシップ

英国の社会学者ニコラス・ローズは生物学的シティズンシップ (biological citizenship) という概念を提唱した。どういう人々にシティズンシップを与えるかというシティズンシップ計画は昔から数多くなされてきた。多くのシティズンシップ計画は、人種や血筋など、つまり出自という観点からなされてきた。これはナショナル・アイデンティティや国民の統一を生物学的視点から枠づけているといえる。民族国家はその典型である。

そこでローズは、人々は「市民とは何かについての考え方を人間 (略) の生物学的存在にかんする信念にむすびつけてきた」と考え (Rose 2007=2014, p.249)、「生物学的シティズンシップ」という概念を提唱する。そして、今日のバイオサイエンスの時代において、シティズンシップを生物学的シティズンシップからとらえた場合、どういう様相が見られるかを考察する。

まず、チェルノブイリ原発の核爆発による放射線の影響を受けた人々が、自身の傷ついた生物学的身体の名において、政府に健康サービスや社会支援を要求したことを、生物学的シティズンシップとして論じた研究を紹介する。あるいは英語圏のAIDS アクティヴィスト（積極的な活動者）たちは自分たちを集団として組織化し、病状についての情報を広めたり、権利のためにキャンペーンを行ってスティグマと闘ったり、病気に罹っている人々を支援したり、日々の病状管理のための一連のテクノロジーを開発したり、さらには有効な治療法を見つけ出す医学研究を行うよう医師や製薬企業に働きかけ、そうした研究に積極的に参加したりするなどしてきた。こうした集団をローズは「彼らがそのために発言し、それに対して責任をもつコミュニティ」(*ibid.*, p.268) とし、生物学的シティズンシップの現れとみなす。

ヨーロッパ諸国の難病や ADHD などの患者団体を調査した研究は、アクティヴィストが自分たちにとって重要だと考える問題に取り組む際、製薬会社や臨床医などと連携して、自分たちの経験的知識と資格のある専門知識を組み合わせながら、変化をもたらそうとしていることを明らかにした。そして、その状況を「エビデンスに基づく活動主義 (evidence-based activism)」と名づける (Rabeharisoa et al. 2014)。これは医学研究への「患者・市民参画」(Patient and Public Involvement: PPI) の動きとも連動している。PPI とは、患者・市民が医学研究の実施（計画立案から終了後に至るまでのさまざまな段階）に関与する行為のことである (武藤 2014)。世界医師会が定める医学研究倫理に関するヘルシンキ宣言は従来「被験者 (research subjects)」という言葉を使っていたが、2024 年改訂で「研究参加者 (research participants)」に代えた。日本では近年日本医療研究開発機構 (AMED) が積極的に PPI を推進している (日本医療研究開発機構 2024)。被験者として研究に参加することからさらに進んで、研究の内容を決める段階から最終評価に至るまでの間、可能な機会に研究者と関わり、意見を述べることを提唱している (研究者向けの患者・市民参画 (PPI) 10 か条の第 2 条)¹。

他方、こうした活動主義は規範となって人々を拘束するかもしれないことにローズは注意を促す。すなわち、現在患っている病気の最小化と健康の最大化という名のもとに、食事やライフスタイルを調整することを義務づけられるようになる。「自分自身の生を計算と選択という行為をとおして生きなければならないという、活動的な生物学的市民の義務の一部」(Rose 2007=2014, p.272) をなすのである。

生物学的シティズンシップ論はその後多くの論者によって検討されるようになった。ハイネマンは、生物学的シティズンシップ概念を用いる研究者は、「新しい形の主体化と集団行動を生み出す患者会、疾病擁護団体、自助グループの重要性に言及しており、その結果、素人と科学専門家、あるいは積極的な研究者と技術的進歩の受動的受益者との間の既存の境界線に挑戦している」と評価する (Heinemann 2016, p.350)。その上で、グローバル生命倫理の観点から 3 つの特徴を指摘する。第 1 に、生物学的シティズンシップは個人や社会集団にとって遺伝情報が力を与える側面(エンパワーメント)を強調していることである。共通の遺伝情報を持つ人々を結びつける。国籍や民族性、学歴、社会階級ではなく、共有する身体的経験やその遺伝的構成が重要となる。その結果、個人または集団として、国民国家内および

それを超えて、政治的社会的シティズンシップを主張することを可能にする。他方、自らの意思に反して健康リスクの管理（定期的な検診や予防検診）を求められる可能性がある。第2に、遺伝的な体質は国境を越えて広がるため、生物学的シティズンシップはトランスナショナルなシティズンシップの一形態である。実際、患者団体や支援団体が国境を越えて連携し、力を合わせて活動することを示す研究知見がいくつもある。第3に、第1・第2の特徴から、この概念は包摂性があることを強調する意見がある。たしかに民族性などの既存のカテゴリーとは異なり、トランスナショナルな性格を持っている。他方、今のところ実証的研究は希少な単一遺伝性疾患のケースや医学研究の優先順位に関する意思決定への患者の関与といった分野に限られており、どれだけ普遍性を持つかに関してハイネマンは疑問を呈している。逆に入国審査にDNA検査を利用する場合、現状ではすべての入国者対象ではなく、特定の国からの申請者に限られていて、潜在的差別に利用されているケースもあるとハイネマンは指摘する。

3. 新自由主義と医療分野への浸透

新自由主義 (neoliberalism)² とは、「20 世紀後半から強まったグローバル経済の再構築の過程とこれの社会的文化的派生結果（社会関係の市場化と個人化の強化を特徴とする）である」（Green and Bell 2022, p.84）。

英国では、1980 年代から 90 年代のサッチャー保守党政権時代が新自由主義時代として有名である。サッチャーは小さい政府を志向して緊縮財政を行い、それまで行政が担当していた分野に次々と市場的政策を導入した。医療分野も例外ではなく、NHS に内部市場を導入した（Butler 1992=1994）。1990 年代後半にブレア労働党政権が誕生した。ブレア労働党政権は第三の道を掲げた。第三の道の理論的提唱者であるギデンズは、政府は市民社会のさまざまな組織と協力して、コミュニティの再生と発展を促すための政策を講じるべきだと論じる（Giddens 1998=1999, p.122）。ただし、ここでのコミュニティとは昔ながらの同一地域内に居住する者同士というよりも、問題意識を共有する人々の意味合いが強い。すなわち、第三セクター（ボランティア団体）なのである。ギデンズはこれからの福祉のあり方としてポジティブ・ウェルフェアを提案するが、それは個人ならびに非政府組織が創造するものである。ウェルフェアは経済的ベネフィットのみにとどまらず心理的ベネフィットも含む。「（積極財政を通じて）お金で支援するよりも、カウンセリングの方がずっと有効な場合があり得る」とギデンズは述べる（*ibid.*, p.196、括弧内は筆者挿入）。新自由主義が現実機能するとき、市場のみでなく、市場外部の「社会」的要素が不可欠である。その点で実は「第三の道」も実際の統治戦略では新自由主義と共通性を有すると指摘する論者がいる（Callinicos 2001=2003）。また、英国でデジタルヘルス政策が本格化したのは実はブレア労働党政権時代だった（金子 2024）。

人々の意識にも新自由主義は影響を及ぼした。選択の自由や個人の責任、市場関係の優越といった価値が当然の社会規範として受け入れられた。現代医療に関する言説には、個人の責任、活性化、政府の計画への同意といった新自由主義的な考え方が浸透している（Lupton 1999; Tutton and Prainsack 2011）。この新自由主義的価値

観は、現代人は自分の身体的性質と予測される健康リスクに基づいて権利と責任を引き受けるようになっていくとする生物学的シティズンシップ論における主体概念と親和性がある (Heinemann 2016)。生物学的シティズンシップ論が新自由主義であるかどうかは今後議論の余地があるが、新自由主義時代に現れたものである。

4. デジタルヘルス・シティズンシップ

ローズは生物学的シティズンシップに関連して、電子メールやウェブサイトによって電子的に結びついたコミュニティへ組み込まれることによってつくられるシティズンシップを、デジタル・バイオシティズンシップと呼んだ (Rose 2007=2014, p.253)。

その後、デジタルヘルス・シティズンシップという概念が生まれてきた。論者によって細かい定義は異なるが、今日のデジタル技術の進展に伴い、数量的なヘルスデータが新しい主体の位置づけを生み出していることに注目した概念である (Marent and Henwood 2023)。

ペトラカキたちはデジタルヘルス・シティズンシップを、「治療の副作用の記録やオンラインの患者コミュニティでの慰めの追求、医療従事者へのフィードバックの提供など、健康関連の目的を果たすためにデジタル技術 (健康アプリやプラットフォーム) を使用することで生じる一連の権利と責任」と定義する (Petrakaki et al. 2021, p.2)。彼らは、英国のデジタルヘルスに関する政策文書やオンラインプラットフォームデータの分析と、関係者への半構造化インタビューを行い、デジタルヘルス・シティズンシップの生成におけるテクノロジーの役割を探った。インタビューの対象者は政策立案者、デジタルヘルスの専門家、患者団体 (パーキンソン UK など) の代表、オンラインプラットフォームを利用した患者が含まれる。そして、デジタルヘルス・シティズンシップには、生物学的シティズンシップと同様に、新自由主義的傾向、つまりセルフケアの義務を内包するが、それに留まらないものがあると指摘する。1 つめは、他者のケアに役立つかもしれないという意識から、健康に関するビッグデータに自分のデータを提供する利他的行動を生じさせる。2 つめはオンライン・ピアコミュニティへの帰属の実践である。オンライン・ピアコミュニティは臨床医が提供しないような経験的知識を共有し、受け取る場である。また、このコミュニティでは患者は健康専門家の立場になりうる。ヘルパーセラピー原則が作動する (Riessman 1965)。さらに、このコミュニティは慰めや精神的な支えになる空間となりうる。3 つめはヘルスケアサービスにおける認識と変化の要求である。紙ベースのコメントに比べて、オンラインのコメントは一般に公開されやすく、病院や NHS のサービス改善につながりやすい。

5. デジタルヘルスは公平か

昔は行政サービスは地域にある行政窓口 (市役所など) がもっぱら担当していた。さまざまな支援が必要な人はそこへ行って相談していた。行政窓口の担当者は対面で、個別具体的事情を考慮に入れながら一定の裁量をもって相談に応じていた。これをストリートレベルの官僚制という (Lipsky 1980=1986)。しかし、地域に人を

配置するのは人手がかかり高コストである。そこで、インターネットが普及するに伴い、21世紀になると一部の欧米諸国で行政サービスも効率性を追求しデジタル化を進めるようになった。これをスクリーンレベルの官僚制と呼ぶ（Landsbergen 2004）。ところで、行政サービスの重要な要件の一つに公平性（equity）がある。医療を含む公的社会保障制度は広い意味での行政サービスの一部である。デジタルヘルスは公平だろうか。

リッチらは、2010年から2017年までの英国政府のデジタルヘルス政策文書を言説分析して、相互に関連する3つの言説を明らかにした（Rich et al. 2019）。第1に、健康の不平等に対処するためには、デジタルヘルスの推進が低コストで効率的であるという言説である。また、デジタルヘルスの推進はそれを使いこなす市民に力を与えるという言説を伴う。こうした言説は、人々を合理的な消費者としてとらえている。第2の言説的特徴は、デジタル化すると、データが医療従事者や患者など関係者の間で共有しやすくなり、情報の格差がなくなり、民主化されるという言説である。第3の言説的特徴は、患者がデジタルシステムにアクセスして自分の健康管理をコントロールする機会を提供することで、自律性を高めるという言説である。以上のように、多くの政策文書は、デジタル技術が人々の健康行動の変化や新たな健康行動の採用を支援するという想定に基づいて、自己管理への重点が高まっていることを反映しており、新自由主義的傾向があると、リッチらは指摘する。また、政策文書は効率とエンパワーメント、民主化、自律性のディスコースを通じて公平性を組み立てている。そして、市民は特定の主体的能力、すなわち前節で論じたデジタルヘルス・シティズンシップ的な能力を有することを前提とする形で政策介入の対象として位置づけられている。

しかし、これはデジタルヘルスへの関与に影響を与えるさまざまな形態の社会的、政治的、文化的、経済的不平等を覆い隠しているとリッチらは論じる。デジタルヘルス化はどの人々も包摂するだろうと政策文書は想定しているが、実際にはデジタルに不慣れな人々はアクセスしにくく、結局健康の不平等が生じるのではないかと、彼らは懸念する。

英国より行政サービスのデジタル化が進んでいるフィンランドでは次のような調査結果がある。ブチャートとヴレデはフィンランドの高齢移民を対象に、彼らがどのような状況に置かれるようになっているかを調査した（Buchert and Wrede 2022）。高齢の移民は社会的に排除され、さまざまな支援を必要としているが、デジタルにも不慣れであり、いわばデジタルからも排除されている。彼らだけではデジタル化された行政窓口にアクセスできない。結局、第三セクターのアドバイザーが行政から権限を与えられない中で福祉ワーカーの代理の役割を担う羽目になっていた。デジタル化された行政サービスを利用するのに必要な資源やスキルを欠いた人々のためのアクセスを可能にする適切な保証無しに、行政の主要な機能がストリートレベルからスクリーンレベルに移行すると、公平な社会権を危険にさらすのである。

ウィルソンたち（Wilson et al. 2024）はデジタルヘルスの公平性を調べた研究を系統的にレビューした。たしかに既存の研究知見によると、デジタル排除されやすい人々がいる。デジタル排除のリスクに関係する要因には、文化的背景、制約条件

(視覚ないし聴覚上のインペアメント)、教育、年齢、居住（ホームレス）、社会経済的地位がある。

英国の社会学者ピーターセンも、今までのところ「デジタルヘルスの取り組みは、いくつかの側面では一部の人々には有益かもしれないが、大多数の人々にとっては有益ではなく、多くの人々を傷つける可能性もある」(Petersen 2019, p.96)と指摘する。

このように一見公平のように見えるデジタルヘルスだが、デジタル技術はここ数十年に大きく発展してきたものであり、さらに短期間に大きく変化するため、臨機応変に対応することのできない人々が生まれ、実際にはデジタル排除が生じてしまうという知見がある。それではどうすればよいだろうか。

ウィルソンたち (Wilson et al. 2024) は、デジタルヘルスで公平性を実現するための条件を検討する。鍵となるポイントとして、ユーザーフレンドリーなデザイン、インフラ、教育的支援があることが既存の研究知見からわかった。1つめのユーザーフレンドリーなデザインとは、多様な利用者を包摂するソフトウェアやウェブサイトのデザイン要素である。これは、先に挙げた6つのデジタル排除リスク関連要因すべて（文化的背景、制約条件、教育、年齢、居住、社会経済的地位）に関わる。そして、ユーザーフレンドリーなデザインの促進要因として、シンプルで容易にカスタマイズできることや文化的に受け入れられる内容などを挙げる。逆に阻害要因には、多様な人々が同じように使うことができるようにするためには大量のデバイスを考案しなければならないことがある。またセキュリティ問題も阻害要因となる。2つめのインフラはデジタルヘルス技術へのアクセスである。これは文化的背景、教育、居住、社会経済的地位が関係する。このインフラの促進要因は、デバイスや接続スポットへのアクセスをしづらくさせる金銭的問題を減らすこと（無料 Wi-Fi スポットを多くの場所に設置するなど）や、代替ルート（非デジタル）を提供することによってヘルスケアへのアクセスバリアを減らすこと³である。他方、阻害要因はリソースを増やさなければならないことや、支援の受け入れやすさの程度である。3つめの教育支援はデジタルヘルス技術を利用するのに必要なリテラシースキルを獲得するための訓練などである。これも、ユーザーフレンドリーなデザインと同様、6つのデジタル排除リスク関連要因すべてに関わる。促進要因は、時間の経過とともに自立性が高まることや、デジタルヘルス技術の利用を促す社会的ネットワークである。逆に阻害要因は支援の受け入れやすさの程度や追加的支援が必要となることである。

以上から、ウィルソンたちはデジタルヘルスを包摂的で公平なものにする鍵となる戦略として、共同作業と効果的な広報を提案する。共同作業とは、デジタルヘルス技術開発者や医療専門家、政策立案者だけでなく、患者やデジタル排除リスクのある集団の一般メンバーも含めた関係者で協力しあいながらデジタルヘルス技術の共同設計と支援提供の改善を行うことである。また、効果的な広報戦略も一般の人々の認識を高め、デジタル排除のリスクがある人またはそのような人を知っている人に利用可能な対面支援とその利用方法を知らせるために不可欠だと述べる。

6. 日本の社会経済状況

さて、デジタル排除されやすい社会的カテゴリーの人々がいるからといって、デジタルヘルスの進展を抑制した方が良いのか。それは否である。というのは、日本を含め西側先進諸国は少子化の進展により生産年齢人口（15～64歳）が減少している。国勢調査結果によると、日本の生産年齢人口は1995年の8716万4721人をピークに減少し、2020年は7508万7865人となっている⁴。今後短期間で増加する兆しはない。労働力人口は20世紀後半1990年代前半までは右肩上がりが増えていたが、1990年代後半以降はほぼ横ばいである（1995年は6666万人、2023年は6925万人）⁵。労働分野での人手不足は今後ますます高まる。それを補うためには、仕事のデジタル化は避けられない。

少子高齢化の進行と医療技術の高度化により医療費は増加している。2000年度は30兆1418億円だったのが、2022年度は46兆6967億円になっている。国内総生産に占める国民医療費の割合は、2000年度は5.61%だったが、2022年度は8.24%となっている。そして、65歳以上医療費が国民医療費の60.2%を占めている（2022年度）⁶。国民皆保険制度をはじめとした日本の医療制度を維持するためには、医療費の上昇を少しでも抑えることが必要である⁷。

2024年10月に厚生労働省は、マイナンバーカード保険証（マイナ保険証）と以前の健康保険証で、受診者が有効な保険証を提示しているかどうかのオンライン資格確認を比較調査した。すると、資格確認ができなかった割合が以前の保険証では1.93～11.11%だったのに対して、マイナ保険証は0.20%だった。マイナ保険証は、医療機関の受付が受診者の被保険者番号を誤入力するなどのミスを防ぐことができるからである。また、資格無効の割合は以前の保険証が1.62～2.03%だったのに対して、マイナ保険証は0.29%だった。日本の公的医療保険制度は職業ごとに加入する保険者が異なり、数千の保険者が存在する。そのため、職業や職場が変わった受診者がそれを失念して前の職場の保険証を持参した場合、資格無効が生じる。マイナ保険証はそれを防ぐことができる。さらに、レセプトの審査支払機関から医療機関等に対するレセプト返戻（保険証番号の誤りや該当者がいないことなどによる）も、マイナ保険証の利用率が高い施設ほど低いことがわかった⁸。デジタル度の高いマイナ保険証の方が、ミスが少なく作業効率が良い。

都市部に医師が集中し、地方で医師が不足する偏在問題が社会問題化し、厚生労働省はさまざまな対策を講じてきた⁹。国民皆保険体制なので、国内のどの地域に住んでいても「保険あってサービスなし」という事態に陥らないようにすることを目指している。その際、医師不足地域への対応として、オンライン診療を含めた遠隔医療の活用も考えられるだろう。阿南（2024）は、日本以上の島嶼国家であるインドネシアでは、2015年に国民皆保険制度が始まり、近年インターネットの活用によるオンライン診療が急速に普及していることを紹介している。

このように日本の社会経済状況を考えれば、デジタルヘルスを進めることは待ったなしの状況である。

7. 結びに代えて

インターネットの普及とともに、21 世紀に入って先進諸国の多くはデジタルヘルスを進めるようになった。デジタルヘルスは低コストで効率的である。またエンパワーメントやデータの共有による民主化、自律性、利他的行動などを促す可能性がある。

他方、自分の医療情報を容易にチェックできるので、セルフケア（自己管理）を求められやすい。そのため、自己管理を義務づけられるようになるから新自由主義的だという批判がある。ただし、セルフケアに努めること自体は否定されるべきものではない。

デジタル技術に不慣れな人々が存在している。たとえデジタル技術を使える人々の間では民主化が促進されても、デジタル排除の問題が生じる。

しかし、2020 年からの COVID-19 パンデミック期では行動制限が行われ、自由に外出できることは必ずしも当たり前ではない状況が出現した。対面診療も制限され、代わりにオンライン診療が推奨された。現実にはデジタルヘルスの需要がますます高まっている。公平性の問題など現在抱えているデジタルヘルスの課題点を少しでも是正していくべきである。ピーターセンも人々が受動的ではなく、事態を形作る能力を持っている例があることを示し、本の最後で、市民が結集して代替的な未来を創造する潜在の可能性を強調している（Petersen 2019, p.119）。上述したウィルソンたちの提案に挙げられているような戦略をとっていくことが肝要である。

【注】

1. 英国では、研究分野だけにとどまらず、医療政策全般においてその意思決定の場に患者・市民を関与させる政策を PPI と総称している。また、カナダや米国では、PE（Patient Engagement）と呼ぶこともある（日本医療研究開発機構 2024）。
2. 仁平（2023）は、日本では新自由主義をめぐる議論は 2000 年代後半をピークに減ってきて停滞しているが、世界では 2010 年代以降も対象範囲を広げて増加していることを明らかにしている。
3. 現在の日本の文脈に照らせば、マイナ保険証を推進する一方、資格確認書による保険診療受診も認めることが、これに該当する。
4. 総務省統計局「令和 2 年国勢調査 調査の結果」 <https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka.html>
5. 労働政策研究・研究機構「図 1 労働力人口」 <https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/timeseries/html/g0201.html>
6. 厚生労働省「令和 4（2022）年度 国民医療費の概況」 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/22/dl/data.pdf>
7. とはいえ、現行の医療制度の抜本的な見直しもいずれ迫られるだろう。それについては稿を改めて論じたい。
8. 第 184 回社会保障審議会医療保険部会（2024 年 10 月 31 日資料）「マイナ保険証の利用促進等について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001323478.pdf>

9. 今までの医師の偏在対策とこれから行うことを検討している対策については、次の資料を参照。厚生労働省「第114回社会保障審議会医療部会資料1：2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見案」（2024年12月18日開催） <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001357466.pdf>

【参考文献】

- 阿南誠, 2024, 「我が国の医療 DX はどうして躓いたのか」『社会保険旬報』2945 (2024年11月11日号), pp.12-21
- Buchert, Ulla and Sirpa Wrede, 2022, “‘Bridging’ and ‘fixing’ endangered social rights in the digitalising welfare state,” in Hirvonen, Helena, Mia Tammelin, Riitta Hänninen, Eveline J.M. Wouters (eds.), *Digital transformation in care for older people: Critical perspectives*, Routledge, pp.54-71.
- Butler, John, 1992, *Patients, policies and politics: Before and after working for patients*, Open University Press. (=1994, 中西範幸訳『イギリスの医療改革—患者・政策・政治』勁草書房)
- Callinicos, Alex T., 2001, *Against the third way: An anti-capitalist critique*, Polity Press. (=2003, 中谷義和監訳『第三の道を越えて』日本経済評論社)
- Giddens, Anthony, 1998, *The third way*, Polity Press. (=1999, 佐和隆光訳『第三の道—効率と公正の新たな同盟』日本経済新聞社)
- Green, Judith and Kirsten Bell, 2022, “Neoliberalism,” in Monaghan, Lee F. and Jonathan Gabe (eds.), *Key concepts in medical sociology (3rd ed.)*, Sage, pp.84-89
- Heinemann, Torsten, 2016, “Biological citizenship,” in Ten Have, Henk (ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics*, Springer, pp.347-353.
- 金子雅彦, 2024, 「イングランドのデジタルヘルス政策の展開」『防衛医科大学校進学課程研究紀要』47, pp.1-11.
- Landsbergen, David, 2004, “Screen level bureaucracy: Databases as public records,” *Government Information Quarterly* 21, pp.24-50.
- Lipsky, Michael, 1980, *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*, Russel Sage Foundation. (=1986, 田尾雅夫, 北大路信郷訳『行政サービスのディレンマ—ストリートレベルの官僚制』木鐸社)
- Lupton, Deborah, 1999. “Developing the ‘whole me’: Citizenship, neo-liberalism and the contemporary health and physical education curriculum,” *Critical Public Health* 9 (4), pp.287-300.
- Lupton, Deborah, 2022, “Digital health,” in Monaghan, Lee F. and Jonathan Gabe (eds.), *Key concepts in medical sociology (3rd ed.)*, Sage, pp.241-246.
- Marent, Benjamin and Flis Henwood, 2023, “Digital health,” in Dew, Kevin and Sarah Donovan (eds.), *Encyclopedia of health research in the social sciences*, Edward Elgar, pp.88-93.
- 武藤香織, 2014, 「臨床試験への患者・市民参画 (patient and public involvement: PPI) とは何か」『医薬ジャーナル』50 (3), pp.93-98

- 日本医療研究開発機構, 2024, 「AMED 患者・市民参画 (PPI) ガイドブック」
<https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.html>
- 仁平典宏, 2023, 「日本における『新自由主義』概念の位置と教育研究」『教育学年報 14—公教育を問い直す』世識書房, pp.399-424
- Petersen, Alan, 2019, *Digital health and technological promise: A sociological inquiry*, Routledge
- Petrakaki, Dimitra, Eva Hilberg, and Justin Waring, 2021, “The cultivation of digital health citizenship,” *Social Science & Medicine* 270, doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113675
- Rabeharisoa, Vololona, Tiago Moreira, and Madeleine Akrich, 2014, “Evidence-based activism: Patients’ organisations, users’ and activist’s groups in knowledge society”, *BioSocieties*, 9, pp.111-128
- Rich, Emma, Andy Miah, and Sarah Lewis, 2019, “Is digital health care more equitable?: The framing of health inequalities within England’s digital health policy 2010-2017,” *Sociology of Health & Illness* 41(s1), pp.31-49
- Riessman, Frank, 1965, “The ‘helper’ therapy principle”, *Social Work* 10(2) pp. 27-32
- Rose, Nikolas, 2007, *The politics of life itself*, Princeton University Press. (= 2014, 檜垣立哉監訳『生そのものの政治学—二十一世紀の生物医学、権力、主体性』法政大学出版局)
- Tutton, Richard and Barbara Prainsack, 2011, “Enterprising or altruistic selves?: Making up research subjects in genetics research,” *Sociology of Health & Illness* 33(7), pp. 1081–1095
- Wilson, Sarah, Clare Tolley, Riona McArdle, Lauren Lawson, Emily Beswick, Nehal Hassan, Robert Slight, and Sarah Slight, 2024, “Recommendations to advance digital health equity: A systematic review of qualitative studies,” *npj Digital Medicine* 7, doi: 10.1038/s41746-024-01177-7

(URL の最終アクセスは 2024 年 12 月 24 日)