

デジタルヘルスの活用が変える保健福祉行政のこれまでと 健康ビッグデータ分析で変わる住民エンゲージメントのこれから

株式会社 野村総合研究所
ヘルスケア・サービスコンサルティング部
プリンシパル 横内 瑛



1 はじめに 社会保障制度と厚生労働行政の変遷

1) 全世代型社会保障の完成までの道筋

わが国は、戦後の混乱期を経て、1960年代より国民皆保険・皆年金の実施を皮切りに、現在の全世代型社会保障サービスの実現に至るまで幅広い基礎を構築してきた。高度経済成長期の終わりごろまでは、一貫して医療提供体制の構築に注力し、わが国の高度な医療アクセスが整えられた。そして、人口構造の変化、社会的情勢がうつろう中で、少子高齢化への対応も視野に2000年には、介護保険制度をスタートし、介護サービスの提供が始まった。その後もさらなる体制・制度の拡充が続いてはいるが、母子保健から終末期医療まで、すべてのライフコースを網羅する形でサービス提供体制が構築されたといえる。

一方、すべての年代をカバーする形で、厚生労働行政および各種サービスをひとつの部署で提供することは、専門性の観点や、個別化する要望にシナヤに対応するという観点からは容易ではなく、膨大な行政事務そのものが年代・対象によって細分化されていった。合理的な行政施策の遂行に当たっては、縦割り化することでサービスの質と量を最適化していくことが可能になった一方、制度・体制のはざまにとらわれてしまったケースもあるが、行政サービスの提供体制の基礎が構築されたともいえる。

2) わが国の社会保障政策が目指すもの

行政が地域住民に対して提供するヘルスケアは、健康（保健）・医療・介護の三つに大別することができる。なお、以降ではヘルスケアという呼称は行政で多用される「保健福祉」という言葉に置き換える。厚生労働省では、健康日本21（第二次）を通じ、2013年度から2022年度までの国民健康づくり運動の中で、健康増進法に基づいて「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を改正し、具体的な数値目標を掲げ、すべての国民の健康増進を図ろうと取り組みが進められている（図表1）。このような目標も付与されつつ、領域ごとの業務の円滑な遂行に向けて、各担当課が日々奮闘している。

同時に、子ども子育て分野、介護福祉分野など、それぞれの分野ごとに取り組み方針が示されている。特に、介護福祉分野では、介護保険法改正を受け、2015年より地域包括ケアシステムの構築に向けた各種施策が展開されている。そしてその中核となる地域支援事業の実施に当たっては、高齢福祉に関わるすべての部署が多岐にわたる業務を推進しているところである。高齢福祉部門だけでも事業の大小はあれど、その業務数はゆうに20を超える。

厚生労働省では、これまですべての国民の健康と日常生活を支えるために、医療・介護サービスの充

図表 1 健康日本 21（第二次）の概要

健康の増進に関する基本的な方向

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- 生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- 国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

2 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

- がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- 国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- 自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- 国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

- 時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- 国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

5 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- 上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

※ COPD：慢性閉塞（へいそく）性肺炎患

出所）厚生労働省 第13回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料（2021年6月）

地域における在宅療養・介護サービスの体制整備が前進しつつある点に言及したが、在宅生活を継続するための日常的な生活支援については、わが国の厚生労働行政だけではなしえない多様な課題が散在している。その一方で、全国的に見れば行政内の連携不足もあってか、具体的な支援が進んでいない地域も散見される。

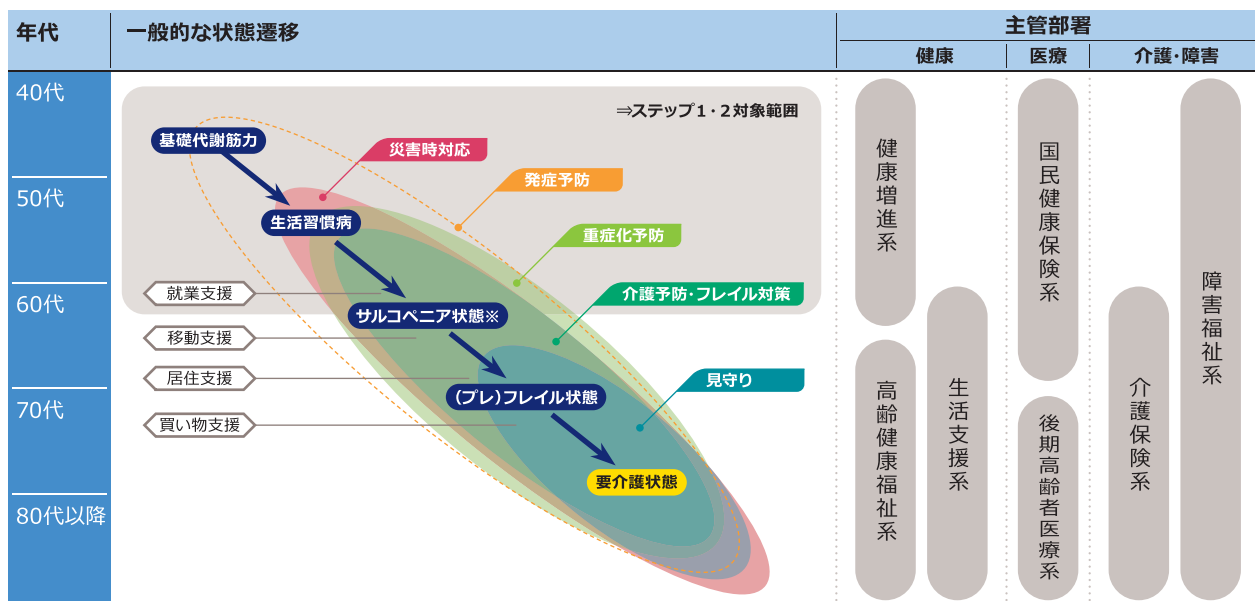
国民の健康寿命の延伸に向けた各種施策、地域包括ケアシステムの構築などに際しては、厚生労働行政だけでは対応が困難な課題も多く、多様な関係機関・部署の連携が必要だが、とりわけ都道府県や市区町村といった自治体内の庁内連携不足が課題解決の大きな阻害要因となっている。

なお、厚生労働省では、データヘルス改革の一環として2014年3月に保健事業指針の一部を改正し、すべての健康保険組合が、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることを促した。国民健康保険組合

の保険者でもある市区町村も例外でなく、保健医療情報として健診データ等の健康ビッグデータを有効に活用し科学的にアプローチすることで事業の実効性を高めていくことが求められている。ここ数年では、予防・健康増進の重要性が高まるとともに、個別化されたより効果的な介入等を実現すべく、PHR^{※1}を活用した質の高い保健医療の実現についても併せて推進されており、ICT・デジタルといった新たなテクノロジーを活用した健康増進・健康寿命の延伸に向けた取り組みが本格化しようとしている。さらに、マイナンバーカードが保険証として活用されるようになるなど、日々の生活の中にも急激な保健福祉サービスのデジタル化の波が押し寄せている。

※1 Personal Health Recordの略。個人の健康・医療・介護に関する情報のことを指す

図表 2 ライフステージ上の健康課題と行政サービスの関係



※ 加齢により全身の筋肉量と筋力が自然低下し、身体能力が低下した状態を指し「加齢性筋肉減弱現象」とも呼ばれる
出所) NRI 作成

2 過去と決別し進化することを求められる保健福祉行政のこれまで

1) 庁内連携の理想と現実

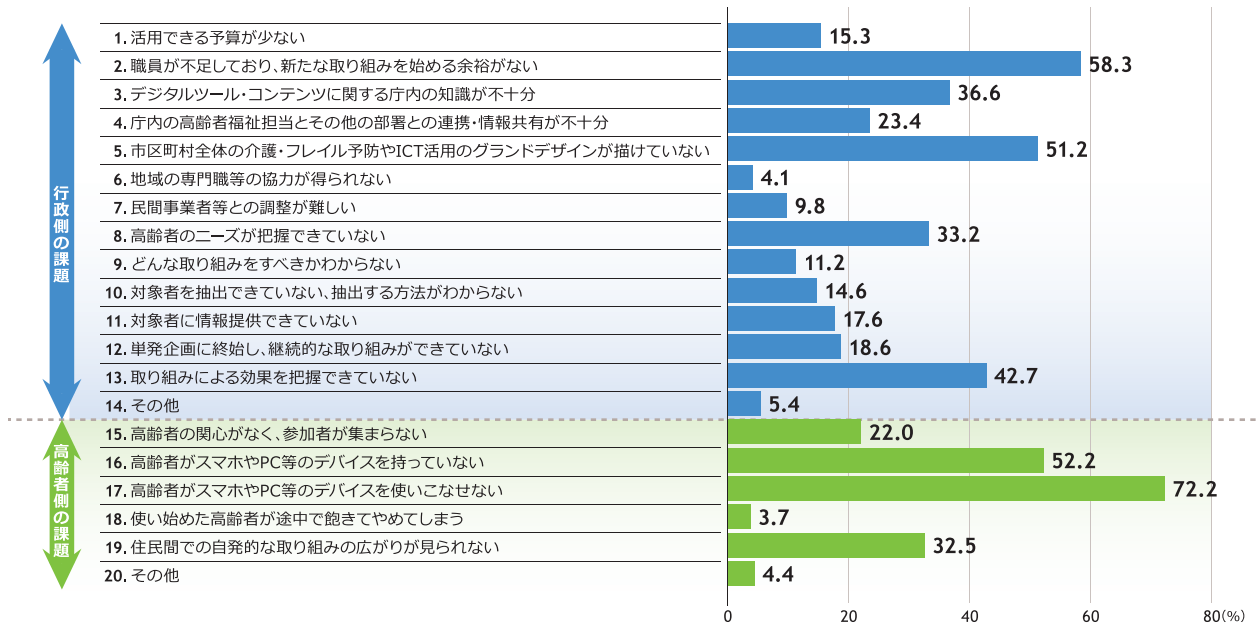
(1) 健康増進・健康寿命の延伸を支えるデジタルヘルス

ここで、庁内連携が図られないことが、どのような形で弊害を及ぼしているのかを見ていきたい。昨今では、自治体が地域住民に対してスマートフォンやタブレット型端末の利用を前提とした ICT ソリューションの提供を進めることは決して珍しくない。具体的にどのようなソリューションが生活習慣病等の発症・重症化予防、もしくはフレイル対策等で活用されているのかの詳細は本号の下松論文と齋藤論文に譲るが、ライフステージに沿って健康増進・健康寿命の延伸に向けた施策を展開しようとする ICT の活用による次世代“ヘルスケア”体験の提供は避けて通れない。なお以降では、このような ICT をはじめとする新しいテクノロジーを活用した保健福祉体験を便宜的に「デジタルヘルス」と呼称する。

ヒトが加齢とともに徐々に身体機能の衰退にさらされるように、ヒトはライフステージの変化に伴って身体的・心理的な状態変化を遂げる。同時に必要とする手助けや支援内容も変遷する。一般的には 20 代半ばから筋力の低下が生じるといわれているが、こうした衰えが意識レベルまで上がり顕在化してくるようになるのは早くも 30 代後半といわれる。この頃から健康診断の結果に応じて特定保健指導を受けるようになるなど、生活習慣病予防を一応の入り口としてセルフメディケーションが始まることになる。やがて要介護状態ともなると、低栄養状態に陥らないこと、筋力を失わないことを目標に栄養改善や筋力増強などによる介護予防活動の行政サービスを受給するに至る。図表 2 では、年代別のライフステージ上の健康課題と、自治体側で具体的な対応策の企画・提供を支援する一般的な部局の割り振りを記載している。年代と顕在化している健康課題によって対処する部課室が異なってくる。

[illegible]

図表 4 在宅における介護・フレイル予防の取り組み上の課題（N=295）（複数回答可）



出所) NRI 令和3年度老人保健健康増進等事業「コロナ後を見据えた在宅における高齢者自身によるフレイル予防促進に関する調査研究事業」

の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」を施行し、同年に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」という新たな事業を開始した。これは、後期高齢者の医療保険者である後期高齢者医療広域連合と市区町村が協力して、後期高齢者の健康増進・フレイル対策に努める新たな仕組みである。当該事業の推進に当たっては、市区町村でフレイルを担当してきた高齢福祉部門だけでは足りず、健康増進に主に取り組んできた健康増進部門、また医療保健、とりわけ国民健康保険を所管してきた国保医療系部門の協力なくしては事業が完成しない。健康状態を損ないやすい高齢者を対象として、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施するなど、厚生労働省が推進を求める施策は、事業推進に際して部署間の連携を前提としつつある。

この例は、庁内連携を前提とする事業のひとつにすぎないが、保健福祉の本来の趣意に立ち返れば、地域住民の健康増進を総合的に図るべく、組織的な

連携と事業の共同推進は積極的に取り組まれるべきである。医療・介護の必要性を低減させることで行政としての支出を適正化し、保健福祉の質と量を高めていくことが求められる一方で、行政事務の細分化は行政の機動性と有機性を損なうだけでなく、地域住民の健康寿命の延伸という最重要課題を未達に終わらせる大きな要因のひとつとなっている。この点については、管理職層がビジョンを的確に言語化できず、また体制面の欠陥を理解できてさえない市区町村は、根本的な考え方から改める必要があるのではないかと筆者は考える。

3) デジタルヘルスの導入に必要な環境づくり

(1) 組織を横断する施策展開の難しさ

ここで、改めてデジタルヘルスの活用を通じた次世代“ヘルスケア”体験、すなわちライフステージ別の健康課題に対処するためのICT活用が行政施策として遅れているのかどうかを論じたい。デジタルヘルスの活用障壁について、NRIが全国の市区町村

職員にアンケート調査を実施したところ「市区町村全体の介護・フレイル対策や ICT 活用のグランドデザインが描けていない」ことを課題と感じる担当者が 51.2% 存在することが明らかとなった(図表 4)。こうした課題意識は、デジタルヘルスを取り入れ始めた自治体ほど顕在化しやすい傾向があることがヒアリング調査の結果からも明らかとなっている。健康増進の文脈で施策を展開しても、介護予防（高齢福祉）の文脈で施策を展開しても、年代や身体状態によって、住民の課題に対峙（たいじ）する部署が異なってくる。しかし、各部署がアプリやデジタルヘルスソリューションを乱立させることで、行政事務的なすみ分けが難しくなったり、施策を展開した際の目標設定が十分にできなくなってしまうことも少なくない。継続して施策に打ち込んでもらうことで辛うじて成果が出てくるようになるテーマ・領域であるにもかかわらず、単年度の施策展開にとどまり収集データが連続性を失うなど時系列分析が不能になるために価値を喪失するといった保健福祉データ固有の特性はあまり広く知られていない。

(2) デジタルヘルス活用を描いたグランドデザインの必要性

部署の壁に阻まれることで連続性を失ってしまう最たる例としては「歩数」の管理アプリなどが代表的である。健康づくりの文脈で地域住民の運動量を高めようとする施策は、全国のかんりの自治体で取り組まれてきた。しかし、この手の歩数を管理するアプリケーションなどが、健康づくりや健康増進という垣根を越えて、高齢者のフレイル対策や介護予防活動でも同じように使われているかというところとも言えない。国庫補助を活用していることによる予算制約などもあり、各部課室が所管する対象者に

限定できず、かといって経費を予算ごとに案分することもできず、ひとつのアプリを自治体としてすべての住民に提供することができない事情もある。

実際は、デジタルの活用に向けてアプリをひとつ導入するにしても、旗を振る担当者がアプリ活用の恩恵にあずかる部署・事業を網羅的に整理し、各事業担当レベルの賛同を得つつ、次いで事業を所管する関係各所の管理職に導入時のメリットとデメリットを伝える必要がある。そもそもツール導入によって、どのように地域の保健福祉を改善していくのかといった基本方針のようなものが定まっていれば、このような調整作業は不要だが、現時点でデジタルヘルスの活用に向けたグランドデザインを描けている自治体は極めて少数である。

3 エビデンスに基づく保健福祉行政の遂行に向けて

1) 政策の効果検証の必要性

全国の市区町村は、厚生労働省が何らかの根拠法のもとに実施してきた健康増進・保健施策以外にも、独自施策を展開することで、地域における健康増進の取り組みの質と量を向上させてきた。しかし、保健福祉行政にありがちなことではあるが、財務当局などから施策効果を問われた際に、明示的かつ定量的にその効果を語ることが難しいと考える担当者も少なくない。福祉の観点でいえば、施策の効果・効能を評価するにも数値化しにくいものが大半を占めるし、客観的な評価のしようがないケースもある。

一方で、投入コストと比較して、取り組みを浸透させようとした対象者層のどれほどにリーチできたのか、また取り組みの効果として、目標に据えたものがどれほど達成できたのかを適正に評価しようとする動きがなかったこともまた事実である。

元来、健康増進や公衆衛生活動、フレイル対策な

ど、すべての年代に対する保健福祉サービスの提供に当たっては、専門職が、有する専門知識や技能の一部を活用することでそのサービスが支えられてきた。しかし、昨今の厳しい予算制約や人手不足と、デジタルの活用がもたらす数々のメリットに鑑みれば、行政に所属する専門職は、改めて自身の活動が地域に与えるインパクトに関して質・量の観点から効果的な施策展開につながっているかどうかを見つめ直す必要がある。これからの保健福祉行政は、施策を実施して責任を全うしたとするのではなく、施策効果を適正に評価検証しその効果を踏まえて次の施策を講じていくようにすることが求められる。すなわち、EBPM^{※2}の考え方を取り入れた施策立案の推進が肝要である。デジタルヘルスは、この評価検証の基礎をなす適正なモニタリングと分析に必要なデータ組成において強力な武器となりうるだろう。

2) 求められる持続的・発展的な行政施策の企画・実行

地域の母子・義務教育課程にある児童、40歳以上75歳未満のすべての被保険者・被扶養者特定保健指導対象者や、65歳以上の高齢者（介護保険第1号被保険者）といった大きなくくりに対して、行政は健康増進・保健福祉施策を展開してきた。ひとつのくくりで見ても少なからず多くの自治体担当者は、数千～数十万人を対象とした施策実施の責を負っている。しかし、住民向けに企画したイベントも集客数は数十～数百人程度にすぎず、施策効果については測定すらしていないという、いわゆるやりっぱなしになってしまっているものも少なくない。また、地域で施策を展開しても、対象となる地域住民の顔ぶれに変化はなく、サービスの受け手と支え手の双方がマンネリ化してしまっている地域も多く見聞きする。

こうした状況に対して、強い問題意識を有している地域では、デジタルの活用により対象者の拡大を図り、限界を感じてきた従来の活動内容の拡充を図ろうとしている。例えば、兵庫県洲本市ではデジタルヘルスの積極的な活用を通じ、ヒトではなくAIやシステムなどが第三者として客観的にユーザーに語り掛ける仕組みを活用し、健康状態に問題がある人やプレフレイルに陥りそうな高齢者のモチベーションの維持を図ろうとしている。同市では、配偶者や身近な家族、顔見知りの行政専門職から行動を変容するように言及されることには反発する一方で、システムの言うことには反発せずに聞き入れる人が多かったという実証結果を取り込んだ施策展開を進めている。

デジタルの活用は、期待効果の高い再現性を見込むことができるが、同時に基本的にはどのような施策であれ、その展開に当たっては、対象者数に比例してコストもマンパワーもかかる。限られたリソースで確実に高い成果を得るには、投入リソースを一定レベルに抑えながら対象者を増やしていける仕組み、言い換えれば「持続性」と「発展性」を持った仕組みの構築が求められるのである。

4 健康ビッグデータ分析の効用最大化に必要な組織的対応力の向上に向けて

1) 健康／医療ビッグデータ分析の便益と活用障壁

これまでの医療・介護をはじめとする保健福祉行政では、担当職員による地域の関係者へのヒアリングで集められた定性的情報に基づく地域分析に終

※ 2 Evidence Based Policy Making
の略。政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化した上で合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする

図表 5 健康／医療ビッグデータの網羅性

		0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	社保 (健保など)	妊婦健診 乳幼児健診	従業員健診	特定健診	後期高齢 者健診
	国保	学校健診			
レセプト	医科(社保)	★ NDB			
	医科(国保)				
	介護				★ KDB
診療情報	DPC	DPCデータ			
	カルテ 術式など	地域単位で個別事例あり。なお術式はNational Clinical Databaseが存在。			

出所) NRI 作成

始してきた。今後は、定量的な実態把握を通じて地域における要対処課題の抽出と的確な施策実施が、EBPM の推進という観点からも重視されるようになる。しかし、このような定性・定量データに基づく的確な地域の健康課題の把握には、関係部局が保有しているデータの統合が欠かせない。

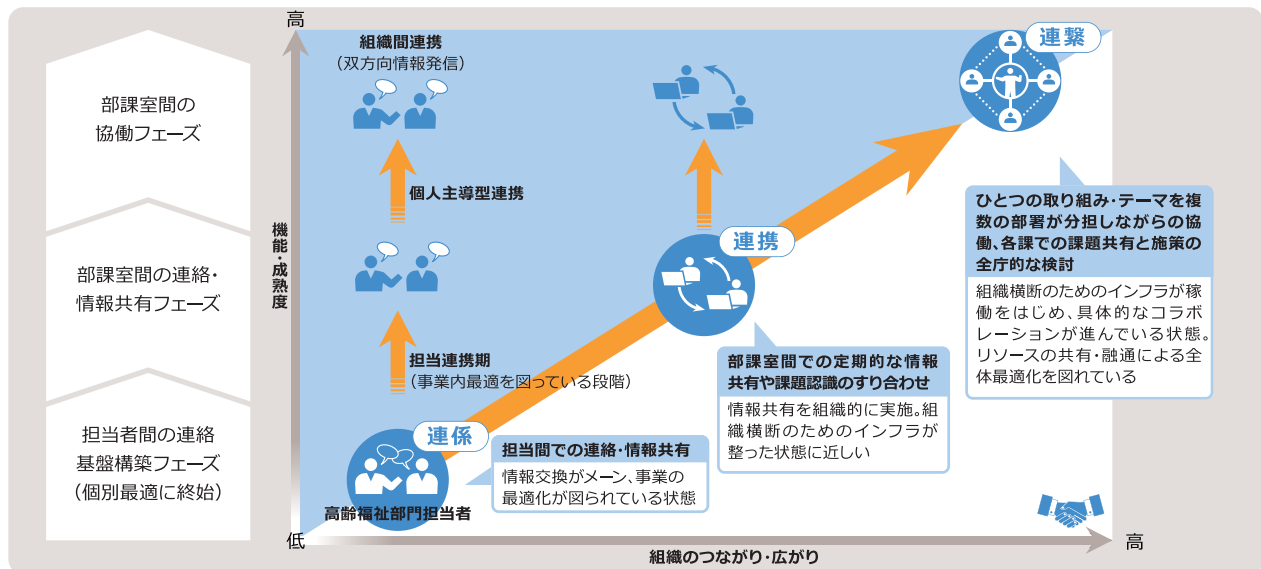
都道府県であれば NDB^{※3}、市区町村であれば KDB^{※4} といった健康／医療ビッグデータを保有しているが、データへのアクセス制限が行政内でも厳しくかけられていることで、データを統合して分析できる形にはなっていない。詳細は本号 Social Insight の神戸論文に譲るが、地域住民の多くは、健康保険組合や協会けんぽのような社会保険に加入していることもあり、行政が地域住民すべての健康データにアクセスすることは難しい。一方で、定年後となると保険者が国民健康保険（以降、国保という）に移行することから、高齢者データについては比較的充実している。地域の健康課題等の分析に活用できるデータを図表 5 に整理するが、市区町村が一部を保有する KDB システムのデータの網羅性が高いことは言うまでもない。

このようにデータ利活用の可能性の高さが垣間見える一方で、データアクセスの壁は同一市区町村内においても高いものがある。たとえば、KDB システムのデータは、市区町村の中でもアクセスできる部局・担当者が限られているし、国保加入者のうち 75 歳未満までのデータは市区町村国保担当者がそのデータを取得できるが、75 歳以上の後期高齢者データには、後期高齢者医療保険担当者しかアクセスできない。データ分析を推進するためには、データの統合や、分析の組織的・持続的な仕組みと仕掛

※ 3 National Database の略称。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、厚生労働省が医療費適正化計画の作成、実施および評価のための調査や分析などに用いるデータベースで、①医療機関が医療保険者へ向けて発行するレセプト情報と②特定健診・特定保健指導情報の二つの要素情報が格納されている

※ 4 国保データベースの略称で、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報が格納されている

図表 6 庁内連携における関係深化の流れ



出所) NRI 令和2年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体内の有機的な連携・役割分担等に係る調査研究事業」

けを構築する必要がある。しかし、地域の健康課題の把握に、このようなビッグデータが活用されている自治体は全体的にもごく少数にとどまる。実態としては、地域別健康課題の単時点でのスナップショットを見ることさえままならず、時系列分析による地域別傾向の把握や、特に介入支援が必要となる(プレ)ハイリスク者の特定といった効果的な保健福祉施策の実施とはほど遠い状況にあるのである。

ここで、注目すべき取り組み事例として山梨県北杜市のケースを紹介したい。同市では、データ分析可能な環境整備を目的に、福祉保健部長をトップとして国保年金課・健康増進課・介護支援課の3課が合同した月例会議を開催している。この会議体を通じ、先に紹介した高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進をはじめとする関係事業の円滑な実施に必要な情報共有と意見交換を図っている。同市では、関係課による情報共有や、地域分析の方針について議論するなど、データ活用のための基盤

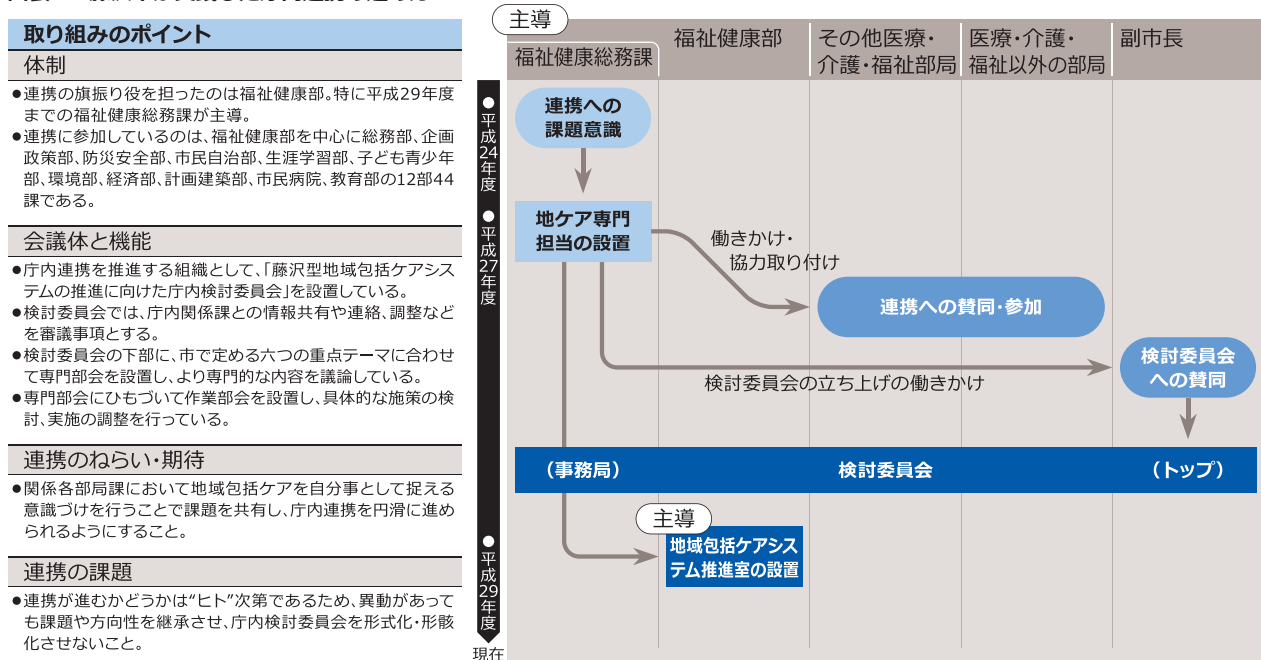
づくりと運用方法の確立に向けた連携が推進されつつある。

2) 保健福祉分野の複雑性を解きほぐす庁内連携の在り方

本章の最後に、保健福祉を所管する各部署の連携のあるべき姿に触れたい。保健福祉部局に限った話ではないが、すべての年代を対象とするだけでなく、事業別の対象者像が異なること、専門的知識や物事の優先順位が大きく異なるといった事業特性などもあり、同領域における庁内連携の難易度は高い。さらに、行政保健師をはじめとする専門職の存在など、事業を事務面・実務面で進めなければならない構造的な難しさも考慮する必要がある。

このような状況に鑑みれば、管理職層および事業全体を統括する立場にある行政専門職には、組織俯瞰力・調整能力等の高度なマネジメント力が求められることは言うまでもない。さらに職員の度重なる異動もあり、地域で脈々と積み上げられてきた保健

図表 7 藤沢市が実践した庁内連携の進め方



出所) NRI 令和2年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体内の有機的連携・役割分担等に係る調査研究事業」

福祉の在り方や、地域特有の考え方、ステークホルダーの関係値などを適切に理解できないまま事業を担当している行政職員も少なくない。行政側の理解不足によって、行政と地域の医療・介護等の支え手の一体感が損なわれ、事業推進が遅滞している地域も少なくない。実際、厚生労働省では、保健福祉行政の根幹を担う職員の異動について、一定程度考慮するように事務連絡等で市区町村に対して通知を出している。

市区町村に求められていることは、まずは各事業担当者が自身の事業と隣接する領域を扱っている担当者もしくは部課室との連携を図ることであり、かつ、全体を統括する管理職もしくは専門職を育成することであると筆者は考えている。

また、保健福祉行政を所管する部局を起点とする庁内連携には3段階あり①担当者間の連絡基盤構築フェーズ（連係）から始まり②部課室間の連絡・情報共有フェーズ（連携）③部課室間の協働フェーズ

（連繋）と発展していくものと考えている。詳しくは図表6を参照してもらいたい。各フェーズでレンケイのねらいや機能が異なり「連繋」フェーズに至ると各部署の抱える課題を俯瞰した上で、それぞれが持つリソースを有効活用しながらその解決を図ることができるようになる。

最も重要なことは、事務職と管理職が担当する事業目標を共有できており、同じビジョンのもとで、地域に必要な施策の優先順位や投下するリソースについて、議論できる環境が整っていることである。そんなことは当然だろうと思われるかも知れないが、それだけ文章では表現できないほどに保健福祉行政が担当している事務・事業流域は複雑に絡み合っている。さらに、関係する外部のステークホルダーの多さや、意思疎通のしやすさといった関係性なども、事業担当者は考慮しなくてはならない。このように庁内外の地域の実情を適正に理解できていなければ、自身の担当する事業成果が、他の保健福

社関連の事業に及ぼすプラスの波及効果を見逃すということも起こり得る。そのため、庁内での連携が機能していないがために、同じような事業や会議体を複数並走させている地域も少なくない。

神奈川県藤沢市では、このような事態に対処すべく、保健福祉に関わる複数部署の担当者を、連携を目的とする月例会に集めて、事業遂行上、統廃合可能な会議体や事業領域の見極めなどを進めており、各部課室の連携を図るとともに事業推進の合理化と円滑化を図っている（図表7）。

でも従来型の保健福祉行政から脱却し、協調すべき業務を俯瞰的に把握するとともに、担当者を超えた部局間レベルでの連携によって、限りある資源の効用最大化を目指したヒト・モノ・コトレベルでの連携が事業の成功を左右する大きな鍵を握る。団塊世代が後期高齢者になり医療・介護需要の急伸が予想される2025年問題を前に、保健福祉領域ではいま、古くて新しいテーマである庁内連携の在り方を改めて問い直す好機にあるのではないだろうか。

5 おわりに

わが国では、戦後80年の時を経て、感染症対策や急性期治療といった発展途上国型の医療提供体制から生活習慣病をはじめとする慢性疾患治療へと重きが置かれるようになった。現代では、生活習慣病の発症予防を先駆けとして、健康・医療・介護領域における発症および重症化予防を全国の市区町村を最小単位として進めている。デジタルヘルスの活用は、Society 5.0^{※5}の中でも論じられており、健康寿命の延伸などデータ活用による保健福祉サービスの個別最適化が図られようとしている。現在では、疾患管理型ソリューションも多くサービスインしている。PHRやプログラム医療機器、DTx（Digital Therapeutics）など、健康増進・疾病管理においては、スマートフォン・ウェアラブル端末などを用いたソフトウェアによる保健福祉サービスが科学的にも効果を発現しつつある。今後は、健康・予防投資を積極的に推奨し、予防に費用をかけることのほうが、疾病治療や介護に必要な支出よりも経済性で優れていることを社会全体で示していくことが求められるだろう。

こうした時代の流れと技術動向を受け、行政とし

※5 狩猟社会（Society 1.0）、農耕社会（Society 2.0）、工業社会（Society 3.0）、情報社会（Society 4.0）に続く、新たな社会を指すもので、第5期科学技術基本計画においてわが国が目指すべき未来社会の姿として提唱された

●…… 筆者

横内 瑛（よこうち あきら）

株式会社 野村総合研究所

ヘルスケア・サービスコンサルティング部

プリンシパル

専門は、社会保障政策研究、健康・医療・

介護関連事業の経営・事業戦略の立案、

医療・介護・福祉の生産性向上、実支

援など

E-mail: a-yokouchi@nri.co.jp