

## 第1回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 議事要旨

### 一 会議の日時及び場所

日時：平成26年8月11日（月）16:00～17:30

場所：官邸4階大会議室

### 二 出席者

#### ○委員

尾形裕也委員、権丈善一委員、佐藤主光委員、田近栄治委員  
土居丈朗委員、鳥羽研二委員、永井良三委員、伏見清秀委員  
藤森研司委員、堀田聰子委員、増田寛也委員、松田晋哉委員  
山口俊晴委員、山本隆一委員

#### ○政府側

甘利社会保障・税一体改革担当大臣  
加藤内閣官房副長官、小泉内閣府大臣政務官  
内閣官房 宮島社会保障改革担当室長  
厚生労働省 二川医政局長、三浦老健局長、唐澤保険局長

### 三 議事

1. 開会
2. 議事（会長の選任、専門調査会の運営について）
3. 委員紹介
4. 政府側からの挨拶
5. 事務局からの説明
6. ワーキンググループの設置について
7. 委員からのプレゼンテーション
8. 意見交換
9. 閉会

## 1. 開会

## 2. 議事（会長の選任、専門調査会の運営について）

- ・委員の互選により、永井委員を会長に選任した。
- ・専門調査会の運営について、事務局より資料2に沿って説明を行い、資料のとおり決定した。
- ・会長代理については、会長が松田委員を指名した。

## 3. 委員紹介

○尾形委員 昨年4月から東京大学政策ビジョン研究センターの健康経営研究ユニットに所属をしている。それまでは九州大学で専ら医療経営関係の研究等を行っていた。今回は医療・介護情報の活用についての検討ということで、大変意義のある専門調査会だと思っている。

○権丈委員 大学で社会保障を担当しており、医療や年金などを見ている。この2つを比較すると、年金から見ると、医療はなかなかつらいものがある。あるいは医療から見ると、年金はうらやましいものがある。年金では、社会経済状況と給付水準を調整していくインデクゼーションとしてのマクロ経済スライドのようなものが準備できているが、医療ではニーズと提供体制をマッチングさせるシステムも不備があり、医療と財政を調整させるシステムは全くできていないというか、政治調整に依存しすぎの感がある。同時に、医療ではエビデンスベースの議論ができていなかったのも、今回の専門調査会には非常に期待している。

○佐藤委員 バックグラウンドは財政であり、政府税制調査会や財政制度等審議会などの委員を務めている。ここでの私の役割は財政の視点であろうと思う。医療は公平性、効率性が大事だが、何といたっても持続性が非常に大事である。

医療の問題は日本だけの問題ではない。高齢化だけではなく技術的な要因もあるので、将来的な見通しが難しく、どの国にとっても財政リスクになっている。医療の問題をどこまでエビデンスベースで議論できるかが、今後、改革の指針として重要となってくる。

○田近委員 税・社会保障、地方財政などの研究をやっている。税では今、法人税のことなどをやっているが、社会保障では年金、医療、介護、特に

医療・介護の費用の長期推計などをやっており、少しでもお役に立てればと思う。

○土居委員 専門は財政学であり、財政の観点から、社会保障、医療・介護等々の研究をしている。特に2025年を見渡したときに、我が国の医療と介護の給付費がどうなるかを、特にミクロのレベルできちんと裏づけを持って見通しが立てられるようにすることは非常に重要である。

2025年を見渡したときに、どのような形で我が国の医療や介護の姿を導き、かつ、それがどのような財源で裏打ちされるのかということ国民に明らかにすることは重要な役目であり、私としても積極的に関与してお役に立てればと思う。

○鳥羽委員 老年科医であり、認知症を含む高齢者医療に従事している。長寿医療研究センターは心と体の自立を促進して国民の福祉に寄与するためのセンターだが、治し支える医療に関するデータの活用というのは、治す医療への活用に比べて遅れているので、そのような点で何らかの貢献をできればと思っている。

○伏見委員 もともと内科医であったが、近年は医療政策に関する研究をやっており、特に中医協のDPCの評価分科会あるいはDPCの指定研究班などで、DPC、急性期医療に関する制度設計に関わるデータ分析などを行っている。また、患者調査等に関する研究班で医療制度のあり方に対するデータ分析の観点からの研究もしており、データ活用を進める専門調査会に参加できたことは感慨深い。今までの様々な研究の蓄積、いろいろな方が行われた研究の蓄積を政策に活かしていけるように協力したい。

○藤森委員 もともと放射線科の診断医で臨床に20年ほどいたが、今はこちらのほうの道に進んで医療管理をやっている。大きなデータ、特に全国規模のDPCやナショナルデータベースの活用を10年ぐらい研究している。

基本的に医療計画あるいは臨床研究のデータをつくっていくのだが、今回、医療・介護情報の活用による改革の推進ということで、データづくり、そしてデータの活用でお手伝いができればと思っている。

○堀田委員 人事管理、ケア人材政策を専門としているが、ここ数年、特にオランダとの比較において地域包括ケアについて勉強している。医療・介護情報の活用を特に専門としているわけではないが、住民本位の地域マネ

ジメントのあり方、患者中心の医療、継続的な質の向上という観点も将来的には見込みながら議論を進めていければと期待しながら、参加させていただきたい。

○増田委員 社会保障については福田内閣の社会保障国民会議からかかわっており、麻生内閣の安心社会実現会議、昨年まで続いた社会保障制度改革国民会議、今回の改革推進会議と参加してきた。

以前、知事をしていた経験から、医療提供体制を適正化していく上で今後都道府県の役割が大変重要になってくると考えている。また、都道府県が地域医療構想をどのようにきちんとつくっていくのか、そのときの基準をどうするか等、様々課題があるので、そうした点でいろいろ意見を申し上げたい。

○松田会長代理 研究領域は医療システムや介護システムなどを対象としており、主たる領域は情報を使って国際比較等をしてしながら、現在は福岡県で医療・介護のモデルづくりを行っている。今回、このような専門調査会でいろいろと検討させていただくことを研究者として非常に誇りに思っている。

○山口委員 がん研にいるが、外保連という 96 の外科系学会の組織があり、そこで医療技術評価、つまり、客観的な診療報酬改定のためのデータづくりのようなことをずっとやってきた。私自身は消化器外科医で、胃がんが専門で、42 年間ずっと、20 年間は京都、8 年間は秋田、そして東京に来て 14 年になるが、今も手術をしている。

○山本委員 元々内科医で、途中病理をやっていたが、今は医療情報学にプロパーな研究者であり、こういった情報データを活用するデータソースをつくる側の研究をしてきた。この専門調査会のデータソースの 1 つとなる厚生労働省保険局が運営する NDB の有識者会議の座長をしている。データソースをどう提供するかという観点から議論に参加したい。

○永井会長 社会保障制度改革国民会議に参加し、医療提供体制、医療費の問題、いろいろ議論させていただいたが、報告書にあるように、市場原理でもなく、通知一本で動くシステムでもない複雑な医療システムを動かしていくためには、データに基づく制御というものが必要である。それを受けて今回の専門調査会が立ち上がったと思っている。良い議論を進め、建設的な 1 つのモデルができればと考えている。

#### 4. 政府側からの挨拶

○甘利社会保障・税一体改革担当大臣 小泉内閣のときに、社会保障費なかならず医療・介護に関する費用と、財政の健全化、持続性という議論の中で、社会保障費といえども聖域ではないという取組を行った経緯がある。私は政調会長代理をしており、この取組は相当な反発を受けたが、やらなければならない、予算に聖域はないということで取り組んだ。しかし、かなり力づくでやったということもあり、途中で頓挫した。

そういった中で、国民会議でも議論され、諮問会議でも指摘をされたが、改革を行う際には、まず、あらゆる情報の見える化を図ることから問題を浮かび上がらせ、解決策を導くのが極めて合理的で、副作用も少ないということであった。

諮問会議で総理のご指示をいただき、総理を中心に関係閣僚からなる改革推進本部の下に、この専門調査会が設置された。医療・介護に関するデータを ICT を活用して見える化をして、そこから無駄や無理、矛盾点をしっかり探り出して、より良い方向に持っていく。そうすることにより、財政の無駄を省く効率化を図り、社会保障の効果的な展開に資する方策を定めていきたい。

今後の日本の社会保障の新たなインフラとも言えるべき作業を先生方には行っていただくわけであり、日本の英知を集めた優秀な有識者の方々に集まっていだいでいる。日本の社会保障制度が新たな前進をしたということ、歴史を振り返って言えるような成果を出していただきたい。

#### 5. 事務局からの説明

- ・専門調査会の概要について、事務局より資料3に沿って説明を行った。

#### 6. ワーキンググループの設置について

- ・ワーキンググループの設置について、事務局より資料4に沿って説明を行い、資料のとおり決定した。
- ・構成員及び主査については、会長が会長代理と相談の上、決定することとなった。

#### 7. 委員からのプレゼンテーション

- ・松田会長代理より資料5に沿って説明を行った。

## 8. 意見交換

○鳥羽委員 医療と介護の費用を両方同時に分析しないといけないというのはそのとおりだと思う。医療の質の評価として、介護に陥らないようなことも医療のアウトカムとして重要だと思うが、福岡方式では、医療と介護情報の一体的な利用のシステムで、時系列で分析できるようになっているのか。

○松田会長代理 個人が時系列で例えば急性期病院に入院した方が次にどこに行って、その方がどのような介護を使っているのかを分析できるようになっている。

○土居委員 データベースを全国的にきちんと整えて、それで各県で活かせるように、ないしは地域医療ビジョンや医療計画を策定する上で活かせるような体制をつくるということが大事だと思う。

介護はまだ必ずしも十分にデータベースが構築できていない。福岡はともかく、必ずしも全国的にはまだそこまで集め切れていないという話を聞いている。

医療と介護、これがどのような形で、要介護度を重度化させないようにするのか、健康状態をより維持できるようにするのも必要で、特に介護の場合は要介護度の時系列的な変遷、個人の時系列的な変遷、つまり、ある人が何年何月に要介護の3だったのが要介護度2にいつ変わったとか、要介護度4になったとかが計れるような形でデータベースが構築されることが必要である。

地域医療ビジョンをこれから策定していくことになるので、このデータを使って、まずは都道府県でどのような差異があるか、ある程度セミマクロ的でも構わないので、分かるようなデータの分析がまず必要なのではないか。

都道府県によって1人当たり医療費に随分差があるが、その差の要因は何なのかがレセプトデータなどでより精緻に明らかになれば、それが今後の地域医療ビジョンの策定などにも活かせるのではないか。

病棟の情報や健康保険組合の被保険者の住所の情報をレセプトではまだ今の段階ではつかみ切れないという問題があるので、今後できるだけそういう情報がきちんとレセプト、ないしはレセプト周辺の情報から得られるような形で分析する必要がある。

特に病床の再編は、我が国の医療改革の喫緊の課題なので、このレセプト

情報がきちんと病床の再編につながるよう、うまく情報が活用されることを願うとともに、さらには二次医療圏を考えると、健康保険組合の被保険者も患者として病院にかかっているわけだが、その方が職場に近いところで病院や診療所にかかられたのか、それともお住まいの近くでかかられたのかが現在のレセプトデータからは分からないという問題もあるので、そういうところを克服していくことが今後データベースの構築では必要である。

○山本委員 レセプトの電算化された情報を活用できるのは約10年ぐらいだと思うが、これが例えば20年、30年たまってくると、被用者保険から国保に移られた方の医療と介護の関係や、その人の生涯を通じてどのようなことが行われたから社会保障の持続性に役立ったかといった話になると思う。

現状、被用者保険のデータと国保のデータをあわせて利用することが非常に難しい。これは制度的な問題だと思うので、制度整備を進め、近い将来には、都道府県を中心にこれらの情報を集めて分析できるようにすることが非常に重要である。

○松田会長代理 福岡県や関東のモデル地域でこういう分析を行った際には、自治体の方にはかなり御苦労いただいて、健保から国保のほうに移動するというひもづけをしていただいた。ただ、これを保険者の方に手作業でやっていただけでは、体系的に物事を考える点ではだめだろう。北欧諸国やフランスがやっているマイナンバーのようなものを入れていかないと行かないのではないのか。健保から国保に動くタイミングで、受療率がどんと上がってしまうが、なぜそうなってしまうのかを詳しく分析しないと、医療費の適正化や医療提供体制の適正化もできないので、つなげて分析できるような仕組みが必要である。

また、住所地情報がないとなかなか分析ができないので、DPCや急性期の入院では行っているが、住所地の郵便番号だけでも入れてもらう、あるいは郵便番号が難しければ市町村コードだけでも入れていただく枠組みが必要である。

○田近委員 1回目なので、この専門調査会の目標とアウトカムをシェアするために発言するが、事務局資料の2ページで、麻生財務大臣が福岡県の先進事例やフランスの医療費支出目標などを踏まえて、医療需要を前提した支出目標を設定して医療費を適正化することを提案したことが1つのきっかけになって、この会議がつくられたという説明があった。

松田委員の御説明のまとめで、福岡方式の事例を発展させて、都道府県

が医療提供体制の取組を進める際の支出目標等を設定する、あるいは都道府県の標準的な医療機能別の病床数や支出目標についての計算式を示すということだが、専門調査会として発信していくときに、そういうものを組み合わせたマクロの日本全体の医療費、介護費がどうなっていくのか、いろいろな仮定を変えることでそれがどのように変わっていくのか、つまり、地域別の取組がマクロにどういう影響を与えるのかを、政策的に欠くことはできないのではないかと。

そして、医療費や介護費用の推計を研究している者として発言させていただくと、特に介護費用は、75歳以上になると非常に増えている。医療との組み合わせをどう考えるか。また、看取りのときに医療をどうするかということもあるので、この専門調査会では医療と介護の連携もやっていただきたい。

さらに、この会議のアウトカムがどうなるかというイメージは、その都度共有していくべきである。専門性が高いので、フォーミュラが出るとなったとき、それをこの会議のアウトカムにするのか、それを踏まえてより医療・介護政策的なことをやるのか、会議の進捗を踏まえて議論していくべきと思う。

○権丈委員 2008年の社会保障国民会議のときから、あるべき医療、あるべき介護という言葉が使われるようになった。あるべき医療、あるべき介護というものを定めて積み上げて、そこに単価を掛けていった総額というか、緩やかな目標に関し、その目標でやっていくということについては、コンセンサスがあると思う。今まで技術的にできなかったが、今、技術的にできそうなところに差しかかっていると思う。

市場の力でもなく、政府の力でもなく、データによる制御機構をつくっていこうという永井先生の発言を参考とした言葉が国民会議の報告書にあるが、具体的には地域医療ビジョンに各都道府県があるべき医療、あるべき介護を入れていくことになる。それまでに、先ほど松田先生がおっしゃった標準的な算定式、先ほどの私の話で言うと年金のマクロ経済スライドに相当するような医療における標準的な算定式をつくるということが核になる。

30ページの「わが国における医療支出目標設定について」の国レベルの課題というところで、この形ですっとやっていくと現状追認的になってしまうが、地域差をどこまで容認していくのかなどを、あるべき医療、あるべき介護像と照らし合わせてどう調整していくかが課題になる。

また、標準的な算定式を都道府県の中で利用することができる人材を早急に育てなければいけないという大きな課題もあるので、こうしたこともワー



キンググループで詰めていただきたい。

今までは総枠を GDP キャップで決めていくという意見と、積み上げていくという意見があったが、総枠は暴力的で、あるべき医療、あるべき介護の積み上げだったら致し方なしという形で、多くの人たちがコンセンサスを持っていると思う。

技術的にこれまでできなかったことが今できるのであれば、世界に例がないようなデータによる制御機構により、提供体制とニーズをマッチさせ、そこに単価をかければ財政的などころまでマッチングさせていく標準式、地域の人たちがご当地の特性を加味する前の大まかな標準式が各都道府県や二次医療圏で利用できるのではないかと思うので、是非とも 30 ページにまとめられている課題をワーキンググループで詰めていただきたい。

○松田会長代理 最初に医療費支出目標でないだろうと思っている。具体的には、どのような医療提供体制が望ましいのかということを中心に二次医療圏単位で推計をする。その方法論は、今ロジックをつくっている。

骨組みとしてはそれがあって、そこに入れるパラメータをどうするかが一番大きな議論になってくる。例えば受療率のある程度幅を認めて、どのように設定するのか、あるいは高度急性期、一般急性期、回復期をどのような配分にするのか。例えば東京のようなところだと、患者さんの流入がかなりあるので、二次医療圏ごとの流入をどのように設定していくのか。いろいろなパラメータを設定しながら、この算定式を確立していくという作業がある。そのための研究を今やっているのだから、この専門調査会には、私どもがやっている研究の成果を随時報告させていただきながら、その妥当性あるいは政策への応用可能性をほかの委員の先生方からいろいろとお聞きしながら、実際に実効性のあるものに仕上げていくのが我々の役割になるのではないかと考えている。

○藤森委員 医療・介護情報の活用にあたり、現状でどういうデータがあって、どのような制約があるのかということをお知らせしていただく上で議論を進めたほうが良いと思う。

例えば、今、政府では老健局に介護データベースがあって、保険局にはナショナルデータベースがあるが、個人 ID を変えているので一切突合ができない。制度設計上そうなっているので、少なくとも政府側から医療・介護を突合したデータが出てくることはないということは理解する必要がある。

また、もし、これを都道府県内でやろうとすると、都道府県が直接扱える医療データというのは国保と後期だけであり、またここに制約が出てくる。

そして、介護データには病名がないので、病名をぶつけようとするとしても医療データをぶつけるしかない。そのためには介護データの中に医療の被保険者番号データのマスターが必要となるが、全ての市町村が持っているわけではない。何ができて何ができないのか、地域差もあるので、それを明らかにしていった上で、当面何をやるのか、そして、今後、何をどう変えていけばいいのかという議論をしていく方がいいと考えている。

○佐藤委員 レセプト情報の活用には、ミクロ的な活用とマクロ的な活用の区別があり、まさにミクロ的な活用は、保険者が利用できるもの、重複受診の排除やジェネリックの普及、特定健診など、保険者レベルの情報を使えばできることなので、恐らくミクロ的な活用についてはレセプトとしては可能性が非常に高いと思う。

一方、マクロ的な活用として、我が国の医療費の今後の推移をどう予想するのかとか、あるいは元々あるべき医療はどのぐらいの水準として考えるべきかとなると、もう一工夫必要になる。

あるべき医療というには、標準的な診療行為は何かということも含めての議論が必要になるが、予想がかなり難しいと思うのは、我が国の場合、包括払い部分もあるが、診療報酬は出来高払いなので、点数を変えるとそれだけ行動変容というのでも医療機関のほうで起きるので、ある程度うまく帳尻を合わせるように点数を変えたとしても、予想したとおりの結果にはならないかもしれない。

医療費支出目標については、かつてのマクロ管理指標なのであろうが、日本でも医療費についていろいろ目標を立てようとしたことがあったが、どうしても情報がタイムリーでないと支出目標からの乖離を予想できないし、それにどう対応するかも決められないので、包括的なデータをどこまでタイムリーに取得できるかも問われてくる。

○堀田委員 まず、短期的には、標準的な計算式などを出していったときに、都道府県や保険者単位で問題意識やビジョンと結びつけて、これをしっかりと使いこなせる体制をどうつくるかというところにも、特にワーキングの中で配慮していただきたい。

近年、介護人材に関して需給推計ができるシートを都道府県に配布しているが、推計とビジョン・戦略が結びついてこそ意義があると思う。

それから、短期的にはエビデンスに基づいた政策の形成、とりわけ財政の持続可能性ということが主目的になると理解しているが、中長期的には地域単位でアウトカムをどう考えるかという論点も必要ではないか。

先ほどの松田先生のプレゼンテーションの中でも労働生産性との関係なども触れていただいたが、コストだけでなく、例えば地域の QOL 指標のようなものについても各国で模索が続いているところで、地域を基盤とする医療・介護を検討する上でもアウトカムの考え方は重要だろう。

最後に、先ほども現状の課題との関係性という話があったが、30 ページにも、現状追認的ではなくて質を勘案したとあり、松田先生の御提案の中で医療提供側に説明責任を持たせる仕組みという点にも言及されている。医療も介護もレセプトは重要な財産だと認識しているが、どのような問題に対してどのような介入をしてどんな成果が得られたのか、診療内容あるいはケアマネジメントの標準化、アカウンタビリティをどう高めていくかということも、さらに中長期的にはしっかりとやっていくことが不可欠だと思う。

○尾形委員　そもそも、この専門調査会の性格ということを見ると、厚生労働省の調査会でもなければ財務省の調査会でもなく、内閣に置かれて政府全体で考えていくというのは非常に大事な点ではないかと思う。

先ほどの松田先生のプレゼンテーションの中で、24～26 ページにかけて重要な問題提起がされている。医療の目的は単なる病気の治療だけではなく、労働生産性の維持あるいは向上まで含めて広く捉えるべきだという話であるが、これはここ 20 年ぐらい、欧米諸国では盛んに研究が進んできている分野である。

残念ながら我が国ではあまりこうした観点に立った調査研究が進んでいない。私ども東大では、Absenteeism や Presenteeism を含めて、医療費だけではなく、全体としての健康のコストを測定し、これを改善するにはどうしたらいいかということ、データヘルス計画の中で 3 つの健保組合及び母体組織・企業と組んでこれから取り組もうとしている。

せっかく政府全体として取り上げるということであれば、医療費の問題と合わせて、そういう観点から、全体の健康に関するコストを最適化していくという発想も是非取り入れていただきたい。

○山口委員　レセプトを審査員として随分長い間見てきた。昔はデータ化されていなかったのが、個人で見る限りは何も見えてこなかったが、ビッグデータとして取り扱うということで新たな可能性が出てきたと思う。

DPC データが病院に関しては既にあるが、松田先生が 31 ページで指摘しているが、病院の技術評価とかいろいろなことが随分行われてきている。一方、診療所や外来の開業医の医療の質についてはほとんど検討されていないといってよい。レセプトを見るときも、普通よりも高いものを削るという観

点で、安いものは野放しになっている。つまり、やるべき検査をやらずとも別に問題ないという感じで、そういうことは非常に問題だった。今のレセプトデータもそれが単にビッグデータになったからといって、本当に質の評価ができるかは疑問に感じる。

病院医療については、外科学会中心にナショナルクリニカルデータベースという、手術に関して、どこで誰がどんな手術をしてどういう成果が得られたかが分かるようになっている。例えば医療資源としての人的な資源の配置などに関する非常に良いデータがたくさんある。今のレセプトデータだけでは足りないのではないかと思うが、何かこういうものを足すとか、既存のきちんとしたデータをあわせて活用する必要があるのではないか。

○松田会長代理 先ほど藤森委員からもお話があったが、やはりデータの制約はかなりあるだろうと思う。ただ、現時点で活用が十分にできていないということがあるので、まず、これを分析してみて、いろいろな指標をつくっていく。その過程で、もし、こういうもののデータがあれば、より良いデータベースになる。多分そういう提案をしていくことが中期的には大事になってくるのではないか。

今のレセプトで全てができるとは思っていないが、ただ、やってみると、福岡県内でやってみても、例えば糖尿病の患者の年間の眼科受診率のようなものは非常に差がある。要するにプロトコルでこのような医療が望ましいということが決まっているにもかかわらず、それがかなりばらつきが出ているので、現在のデータを分析するだけでもある程度のサジェスションができると思う。

ただ、それを臨床の先生方が納得できるレベル、あるいは行政の担当者の方が納得できるレベルにまで持っていくために何が必要なのかということ、そういうデータをお見せしながら、改善提案をしていく、そういう作業を地道にやっていくということが必要なことではないかと考えている。

○永井会長 意見交換はこのあたりにしたい。

当面の進め方としては、ただいまの御意見も踏まえて対応していくが、まず、本専門調査会においては、本年4月の経済財政諮問会議における総理の御指示や本年6月に閣議決定された「骨太方針 2014」等を踏まえて、厚生労働省とも役割分担をしつつ、検討を進める必要がある。

このため、まず本日設置を決定したワーキンググループにおいて、松田委員からのプレゼンテーションや委員の皆様からの御意見なども踏まえつつ、都道府県ごとの医療費水準のあり方、医療提供体制のあり方、医療費適正化

対策のあり方といった視点から、データ加工・分析の手法・枠組みを含め、医療・介護情報の具体的・実務的な分析・検討をまず進めてもらうこととしたい。

その上で、地域医療構想の策定を初めとする医療提供体制改革のスケジュールや医療費適正化計画の見直しスケジュールも念頭に、ワーキンググループにおける検討状況なども踏まえつつ、専門調査会を開催し、まずはこれらの制度見直し等における医療・介護情報の活用方策やその活用のための制度設計等の方向性を整理していきたい。

あわせて、ワーキンググループにおける検討成果等を踏まえ、今後の作業工程表を策定し、地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の具体化や、データの加工・分析の手法・枠組みの標準化、横展開が計画的に進められるようにしていきたい。

委員の皆様から有益な御意見をいただいたので、今後、事務局とも相談しながら対応を検討したい。

○加藤内閣官房副長官 松田先生のプレゼンテーション、そして、それぞれの方々からの御意見をいただき、感謝したい。政府全体としての取組という立場で議論していただき、また、こうしたデータベースを使って、データによる管理手法ということを試行錯誤しながら進めていかなければいけないだろうと思っている。この場を使ってその第一歩を踏み出していきたい。

○小泉内閣府大臣政務官 松田先生のプレゼンを聞き、改めて皆さんの使命、責任の重さを痛感した。

2020年はオリンピック・パラリンピックがあるが、私の世代にとっては、むしろその後に来る2020年代の大きな課題に対して身震いするほどの緊張感を持って、皆さんの議論をこれから見守りたい。

そういった中でも、今日、私にとっては2点、目先のことかと思うが、印象的だったのは、一つはジェネリック。これがなぜこんなに進まないのかと。私もこの前、風邪をひいたときに病院に行って、その後、薬局に行ったときに、薬局の薬剤師さんから、国はジェネリックを進めていますから、小泉さん、もちろん、ジェネリックですよねと言われて、それはもちろんですと言ってジェネリックを受け取ったが、先ほどの福岡方式の話を聞けば、今すぐにでも、そんなに時間をかけないで徹底してやれば、これだけ医療費の削減ができるので、将来的なデータの活用という大きな基盤整備と同時に、速やかにスピード感を持って進めていけるところは是非やっていただきたい。

また、もう一つは、20歳のときの体重から、運動しないで10kg増えているかどうかという話は、もしもそうであるならば、逆に20歳の成人をする人たちに20歳のときの体重を覚えておいてくださいねと、これからそれを1つの目標に、10kg増えないように運動しながら頑張ってくださいねと、こういった健康診断のあり方も1つおもしろいアイデアなのかなと、そんなことも思いながら聞いていた。

## 9. 閉会

- ・ 会議の内容については、この後記者会見を開いて、会長代理が同席の上、会長から説明することとなった。
- ・ 第2回の日程については、ワーキンググループの開催状況なども見ながら調整することとなった。

(以上)