



データ利活用基盤の構築を急げ

—QOL を向上させるデータヘルスに関する中間提言—

2018 年 5 月 25 日

公益社団法人 経済同友会

目次

1. はじめに	1
2. わが国の課題と目指すべき医療・介護システムの姿	2
(1) 医療・介護給付費の増加	2
(2) 医療・介護サービス従事者の不足	2
(3) 目指すべき医療・介護システムの姿	3
3. 提言と効果	5
提言1 「データヘルス推進基本法」(仮称)の制定	5
提言2 健康・医療・介護データの位置づけの再整理と国民理解の醸成 ..	5
提言3 医療・介護データの利活用に向けた制度設計・取組みの推進	6
(1) 健康・医療・介護を通じた標準規格の整備	6
(2) 医療・介護データの国による一元管理	8
提言4 介護データの電子化、収集	8
提言5 小規模病院等に対するIT化支援	9
効果 健康・医療・介護データの利活用が国民生活にもたらすメリット ..	11
①利便性の向上、重複受診・投薬の抑制	11
②健康寿命の延伸	11
③高齢者の社会参画の促進	11
④イノベーションの成果の享受	11
4. おわりに	11

1. はじめに

団塊の世代が後期高齢者になり始める 2022 年を控え、医療・介護サービスの「提供体制の効率化」と「QOL（Quality of life：生活の質）の向上に資する高付加価値化」の両立が喫緊の課題である。

その実現には、①「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（NDB）や「国民健康保険データベース」（KDB）、「介護保険総合データベース」をはじめとする保健医療分野のデータベースを連結し解析可能にすること、②そうしたデータを活用し、医療機関等や企業が利用者本位でより効果的な医療・介護サービスを開発・提供すること、③保険者等が加入者の健康状態に即した効果的で効率的な保健事業を行うこと——が不可欠である。

マイナンバーの普及率をはじめ、公共領域のデジタル化が総じて遅れているわが国の中でも、医療・介護領域の遅れは突出している。世界で最初に超高齢社会を迎えたわが国で、国民が豊かな生活を送り、またこうした環境を産業競争力の強化につなげるためには、健康・医療・介護領域におけるデータ利活用基盤の整備を加速させなければならない。

政府は、2020 年度の本格運用開始を目指し、全国保健医療情報ネットワーク¹や保健医療データプラットフォームの構築、被保険者番号の個人単位化やオンライン資格確認の実現、新たな審査支払システムの構築等に向けた取り組み等を進めている²。2018 年度は、医療分野の研究開発に資するための匿名加工情報に関する法律（次世代医療基盤法）が施行され、また、第 2 期データヘルス計画や第 3 期医療費適正化計画等の初年度でもあり、医療・介護分野におけるビッグデータ活用を推進する上で重要な一年となる。

経済同友会では、この機をとらえ、医療・介護分野におけるデータ利活用の推進について改めて提言を行う³こととし、政府に基盤整備の加速を求めるとともに、その実効性を確保するための方策について整理した。

¹ 同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」や、基礎的な患者情報を救急時等に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、PHR（Personal Health Record）として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。

² 厚生労働省は、①全国的な保険医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス、②医療的ケア児（者）等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービス、③健康に関するデータを集約・分析し、個人（PHR）や事業主（健康スコアリング）に健康情報を提供するサービス、④健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス、⑤介護の科学的分析のためのデータを収集し、最適サービスを提供、⑥がんゲノム情報の収集、医療関係者等が利活用できるサービス、⑦AI 開発基盤に必要なデータを収集し、研究者や民間等が利活用できるサービス——の 7 つを 2020 年度に実現することを目指している。

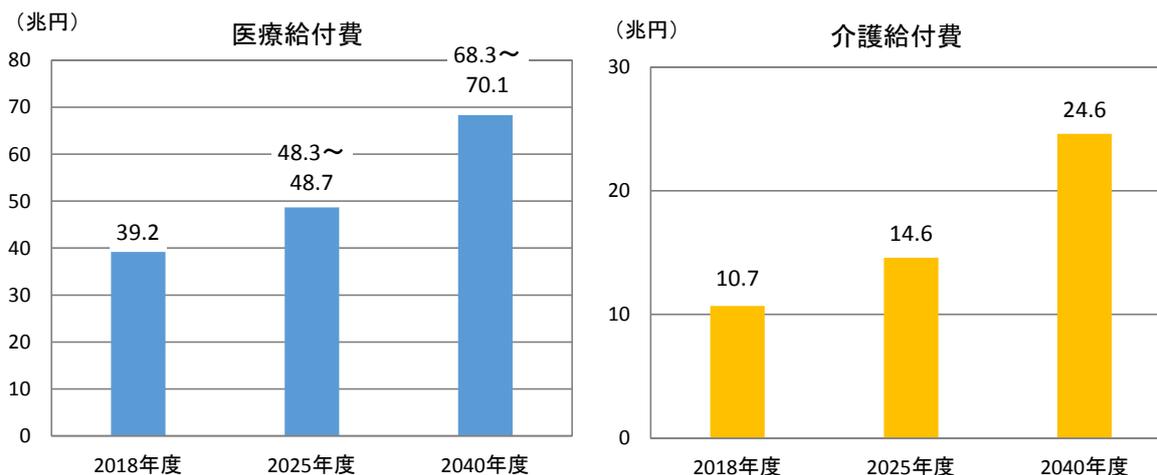
³ 『デジタルヘルス—システムレベルでのイノベーションによる医療・介護改革を』（2015 年 4 月公表）等、医療・介護分野におけるデータ利活用の推進についてかねて提言を行ってきた。

2. わが国の課題と目指すべき医療・介護システムの姿

(1) 医療・介護給付費の増加

財政健全化の遅れがわが国の最重要課題の一つとなる中、医療の高度化や高齢者数の増加、高齢者の高齢化等に伴い、医療・介護給付費の増加が続いていく（図表1）。

図表1 医療給付費および介護給付費の見通し



(注) 経済:ベースラインケース、現状投影を基に作成

(資料) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省『2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)』

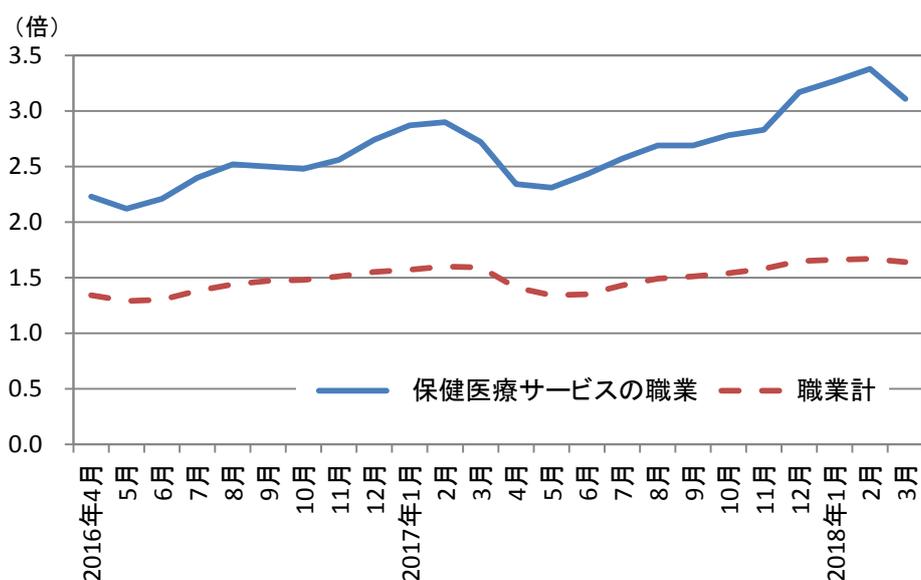
現在、健康保険組合の義務的経費の約46%が高齢者医療への拠出金に充てられており、財政状況の悪化に伴う保険料負担の増加を理由に解散を検討する大規模組合が相次いでいる⁴。団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年が近づく中、技術革新を活かし、医療・介護の効率化による一人あたりサービス提供コストを抑制することや、健康経営・予防医療の充実によって医療・介護サービス受給者数そのものを抑制すること等を急がなければならない。

(2) 医療・介護サービス従事者の不足

医療・介護サービス従事者の不足が常態化し、有効求人倍率は高止まりしている（図表2）。特に、勤務医の長時間労働が課題となっており、医療従事者間の機能・役割の再検討が求められている。

⁴ 報道によれば、全国の派遣社員やその扶養家族約46万6千人が加入する「人材派遣健康保険組合」および生協の従業員ら約16万4千人が加入する「日生協健康保険組合」が2018年度いっぱいでの解散を検討している。両組合の加入者等が「全国健康保険協会」（協会けんぽ）に移行した場合、国民負担が約200億円増加すると言われている。

図表2 保健医療サービスの有効求人倍率の推移



(資料)厚生労働省『一般職業紹介状況』(2018年3月分)

(3) 目指すべき医療・介護システムの姿

われわれの考える、戦後 100 年の節目となる 2045 年に日本が目指すべき医療・介護システムの姿は以下の通りである。これらの実現に向け、バックキャストで 2020 年までに取り組むべき事項について検討を重ね、データヘルスにかかる取り組みをまとめたのが「3. 提言」である。なお、健康経営やコラボヘルスをはじめとする企業・経営者の果たすべき役割については、今後検討を深めていく。

【持続可能性の観点から目指すべき姿】

- ◆ ①技術革新を活かした医療・介護の効率化による一人あたりサービス提供コストの抑制、②公的制度で保障するサービスレベルの抑制、③健康経営・予防医療の充実による医療・介護サービス受給者数の抑制、④生活習慣病等の予防・早期治療を通じた重症化の抑制——等により、医療費・介護費の伸びが抑制されている。
- ◆ オンライン診療の普及や医療従事者間の業務の移管・共同化が進展し、勤務医等の労働環境が改善している。

【QOL の観点から目指すべき姿】

- ◆ 公的保険制度を含む医療・介護のシームレスな提供体制が確立している。
- ◆ 情報の非対称性が解消し、病気になった際には、各患者が治療の効果や副作用等について十分理解した上で、個人の意思で医療サービスを選択している。

- ◆ 平均寿命が伸びるだけでなく、健康寿命がその伸び率を上回って伸びることにより、健康な高齢者が増えている。
- ◆ 実効性ある科学的介護が普及し、要介護度の改善や高齢者の社会参画が当然のこととなっている。

【産業・経済成長の観点から目指すべき姿】

- ◆ AI等を活用した日本の健康・医療・介護技術およびサービスがアジアをはじめ広く世界に普及し、再生医療をはじめとする先進医療や認知症対応等の分野で日本が世界のイノベーションをリードしている。

3. 提言と効果

提言 1 「データヘルス推進基本法」(仮称)の制定

健康・医療・介護データの利活用は、わが国の医療・介護システムの持続性を向上させる鍵である。

データ利活用基盤の構築に向けては、内閣官房をはじめ各府省の各種関連会議体が乱立し、司令塔が不明確で、総合的な政策や推進体制になっているとは言い難い。また、構築に向けた政府全体としてのビジョンと施策・工程表が、国民に分かりやすいパッケージで示されていないため、国民生活に密着した重要な課題であるにもかかわらず、国民の理解・関心を得ることができていない。さらに、ステークホルダーの多様性や国民のデジタルリテラシーの低さ等により、利活用基盤整備のスピードは遅く、このままでは個人情報保護に関する規制等の緩い新興国の後塵を拝するリスクが大きい。

北欧諸国や米国においては、政府の強力なリーダーシップにより基盤整備が進められ、新産業の育成に成功している。高齢化先進国という日本の強みを活かすためには、データヘルスの推進にかかる政府の司令塔を明確にし、関係府省が一体となって速やかにデータ利活用基盤を構築することが不可欠である。

したがって、「データヘルス推進基本法」(仮称)を制定すべきである。同法は、幅広い関係府省・地方公共団体の取り組みに横串を通す観点から、内閣官房が所管するプログラム法とし、アウトカムに関する数値目標と達成期限、工程表およびマイルストーンを設定するとともに、推進体制やモニタリング方法、評価の仕組みを規定する。

あわせて、母子保健法や学校保健安全法、労働安全法、国民健康保険法、高齢者医療確保法をはじめとするさまざまな法律で定められている健康診査等について、今後の健康・医療・介護データの連携深化を視野に、法令等の体系整理に関する工程表を定めるべきである。

提言 2 健康・医療・介護データの位置づけの再整理と国民理解の醸成

個人の病歴や健康診断結果等は、2017年5月に全面施行された改正個人情報保護法の定める「要配慮個人情報」であり⁵、研究・開発に利活用する際は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等のガイドラインに従い、倫理審査委員会による審査等を受ける必要がある。こうした手続きが、健康・医療等の領域におけるビッグデータ利活用の進展が、期待される効果に比して遅れている一因となっている。

今月施行された次世代医療基盤法により、今後は、例えば、医療機関や介護施設等の保有する情報に、個人IDをつけたまま認定機関に預け、解析が必要な

⁵ 個人情報保護法第2条第3項、施行令第2条第2号

場合には同機関が匿名化し、研究分析機関等が受託して分析することができるようになる。そして健康・医療・介護に係るデータを紐づけ、解析し政策や経済活動に利用することが可能になる。

新制度をうまく運用し、信頼できる機関を作るとともに、医療データを連続的に標準化して横断的に使える形にすることが大切であり、個人が ID をつけたまま自己使用する、ID を外して二次利用するなど、データのインフラを作り上げていく必要がある。また、健康・医療・介護に係るデータは誰のものなのかという観点から国民的議論を行い、合意を得ることも必要である。

効果的で効率的な医療・介護サービス等にかかる政策立案等に活用するため、個人によるこうしたデータの提供を促す観点から、現在、総務省および経済産業省において検討が進められている情報銀行⁶構想等を含め、提供に同意した利用者の情報を蓄積・活用し、その成果を提供者に還元する枠組みの整備を急ぐべきである。また、健康・医療・介護データの蓄積を加速するため、自らのデータを提供し、ビッグデータが構築されることが広く公益に資するのだという国民理解を醸成した上で、継続的なデータ提供の有無に応じ、例えば公的保険の保険料あるいは自己負担割合に差をつける等、個人に情報提供のインセンティブを与える方策についても検討を要する。

提言 3 医療・介護データの利活用に向けた制度設計・取組みの推進

(1) 健康・医療・介護を通じた標準規格の整備

蓄積された健康・医療・介護データを最大限に活用するためには、標準・フォーマットの統一が必要である。保健医療情報分野における標準規格については、保健医療情報分野の学会や事業者等の各種規格作成団体等が参画する民間団体である医療情報標準化推進協議会（HELICS 協議会）が合意した指針について、厚生労働省の保健医療情報標準化会議が審議し、「厚生労働省標準規格」として認定することとなっている⁷。しかし、同規格は現在のところ、医療機関等に対し、その実装を強制するものではないことから、フォーマットの統一が進んでいない。

今後、介護データ等を含むデータベースの連結を進める上では、健康・医療・介護を通じた標準規格の整備に関するルールの再設計が必要である（図表 3、4）。

⁶ 情報銀行（情報利用信用銀行）とは、個人とのデータ活用に関する契約等に基づき、PDS 等のシステムを活用して個人のデータを管理するとともに、個人の指示又は予め指定した条件に基づき個人に代わり妥当性を判断の上、データを第三者（他の事業者）に提供する事業。

⁷ 未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合（第 1 回）（平成 29 年 10 月 27 日）資料「医療現場における ICT 利活用」より。

図表3 健康・医療・介護に関するデータの状況（その1）

分類	項目	データの保有主体	①データの有無	②電子化	③標準化(項目内)	④接続化(主体間)	⑤接続化(項目間)	⑥データの利活用
健康	ウェアラブルデバイス、家庭用検査機器等の健康データ(例:歩数、体重、血圧等)	民間事業者(機器、アプリ事業者)	×	○ (収集されたデータは電子化済み)	×	×	×	【課題】 ○左記の項目をまたいだ接続がなされておらず、データ利活用の基盤が整っていない ○データを出す側のメリットが明確になっていない場合がある ○データを使う側のメリットが明確になっていない場合がある ○コストの負担配分の在り方 ○制度の在り方 ○その他(人材、資金、技術等)
	職場での定期健康診断データ(例:身長、体重、腹囲、血糖値、尿酸値等)	雇用主	△ (事業所の健康診断受診率は81%)	○ (収集されたデータは電子化済み)	△ (標準フォーマットがあるが、準拠義務なし)	×	×	
	特定健診データ(例:腹囲、血中脂質、肝機能等)	保険者	△ (実施率は48%)	○ (電子化されたデータを収集)	○ (特定健診の電子的なデータ標準フォーマットあり)	×	△ ナショナルデータベース(NDB)	
医療	レセプトデータ(診療報酬明細書)	医療機関 保険者 審査支払機関	○	○ (電子化率(オンラインまたは電子媒体)98.6%)	○	×		
	DPC(急性期医療における診療報酬)データ	医療機関 国	○	○	○	△ DPCデータベース	×	
	カルテデータ(診療記録)	医療機関	○	△ (電子カルテの2017年目標導入率(400床以上)約80%)	△ (一部地域で医療連携のためのデジタル標準化)	△	△	

(資料)経済産業省『新産業構造ビジョン』(平成29年5月30日)

図表4 健康・医療・介護に関するデータの状況（その2）

分類	項目	データの保有主体	①データの有無	②電子化	③標準化(項目内)	④接続化(主体間)	⑤接続化(項目間)	⑥データの利活用
医療	薬の処方データ(お薬手帳)	薬局 医療機関	○	○	○ (2012年9月に共通データフォーマット策定、準拠義務なし)	△	×	【課題】 ○左記の項目をまたいだ接続がなされておらず、データ利活用の基盤が整っていない ○データを出す側のメリットが明確になっていない場合がある ○データを使う側のメリットが明確になっていない場合がある ○コストの負担配分の在り方 ○制度の在り方 ○その他(人材、資金、技術等)
	がん登録データ(例:種類、進行度等)	国(国立がん研究センター)	○ (法律上の義務)	○ (全国がん登録データベースで電子化)	○ (全国がん登録データベースは1つ)	—	×	
	妊娠・出産データ(母子手帳)	自治体	○	×	△ (2014年1月に標準化に向けた委員会(日本産婦人科学会)が設立)	×	×	
介護	要介護認定データ(例:認定調査結果)	国	○ (自治体から匿名化の上、データ登録)	○ (介護保険総合データベースで電子化)	○ (介護保険総合データベースは1つ)	—	△ 介護保険総合データベース	
	介護保険レセプトデータ(介護保険給付費明細書)	国	○	○	○	—	△	
	介護の記録データ(例:体温、ケア内容、食事量等)	介護施設等	○	△	△ (一部地域で医療・介護連携のためのデジタル標準化)	△	×	

(資料)同上

(2) 医療・介護データの国による一元管理

現状、医療データに関して、分散的な管理を前提として検討・取り組みが進められているが、患者の利便性を向上する観点からは、国による医療データの一元管理が望ましい。北欧諸国等の先進事例を踏まえ、医療従事者同士が相互に参照可能なデータベースの構築等、医療・介護データの管理のあり方についても検討すべきである。

なお、政府におけるシステム投資においては、ベンダーロックイン⁸、つぎはぎシステム⁹といった IT 投資の失敗を繰り返してはならない。また、諸外国の事例をベンチマークし、機能とコストの両面で納税者の納得を得られるものとするべきである。また、技術仕様の検討状況を積極的に開示し、第三者の監視の下で制度設計を行うべきである。

提言 4 介護データの電子化、収集

介護に係るデータとしては、国が保有する要介護認定データおよび介護保険レセプトデータ、また、各施設が保有する介護記録データが存在する。

要介護認定プロセスでは、74 項目から成る主治医意見書は電子化されているが、紙に出力したものを提出し、受け取った紙のデータを行政が再度入力し直すという、デジタル社会では考えられないことが行われている。

介護記録については、厚生労働省の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」が標準フォーマットを含めた検討を行っている。同検討会が公表した「介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて收拾すべき情報について（中間とりまとめ）」（平成 30 年 3 月 30 日）によれば、既存のデータベースを補完するデータベースを CHASE（Care, Health Status & Events）と名付け、一元的な管理と、介護現場のデータ収集負担を極力少なくすることを原則として議論が進められており、最終の取りまとめに向け、データ提出にかかる事業者へのインセンティブ設計等が議論される見通しである。

こうした検討結果を踏まえ、介護データの電子化とエビデンスの蓄積を早急に開始すべきである。

また、今後の輸出産業化を見据えた場合、介護のアウトカムに着目したデータ整備が求められる。世界を見渡しても、介護にかかるデータの蓄積は緒に就いたばかりであり、わが国が優位性を確立できる余地は大きい。そのためには、適切なアウトカムデータの定義と収集のあり方を検討するとともに、公的なサービスが質を保っているかをチェックし、質の悪い介護支援サービスを発見するシステムを構築することが必要である。

⁸ ある特定ベンダーの独自技術に依存したシステム等を導入した結果、保守・後継システム等も当該ベンダーに依存せざるを得なくなり、結果として、コスト高になったり、技術進化のメリットを喪失したりすること。

⁹ 既存システムを温存したまま、新たなシステムを追加したり、複数ベンダーにパーツごとに発注したりすることにより、全体として効率的なシステムとならないこと。

なお、介護データを用いた先進的な取り組みとしては次のような事例が挙げられる。

■ 介護データを用いた先進的な取り組みの事例：株式会社シーディーアイ

株式会社シーディーアイでは、『お世話する介護』から、『自立を支援する介護』へのパラダイム・シフトを、AIを通じて介護の現場に起こす」として、介護分野における人工知能（AI）活用を進めている。

同社が開発したAI“CDI Platform MAIA”は、膨大なデータに基づき、ケアプランや将来予測を提案することが可能であり、ケアマネジャーとパートナーシップを組むことで、「ハイブリッド型ケアマネジメント」を構築するなど、ケアマネジメントのあり方を進化させている。

提言5 小規模病院等に対するIT化支援

電子カルテシステムの導入率を病床規模別にみると、400床以上の病院では既に8割程度で導入がなされている一方、日本の病院の7割強を占め、地域の医療を支えている200床未満の病院では3割以下にとどまっている（図表5）。カルテ情報の電子化については、既にデータの蓄積が進んでいるレセプト情報の利活用によって代替可能なケースもあるが、地域医療において、400床以上の急性期大病院、中規模病院、小規模病院、診療所・介護施設等が連携を進める上で、不都合が生じている。

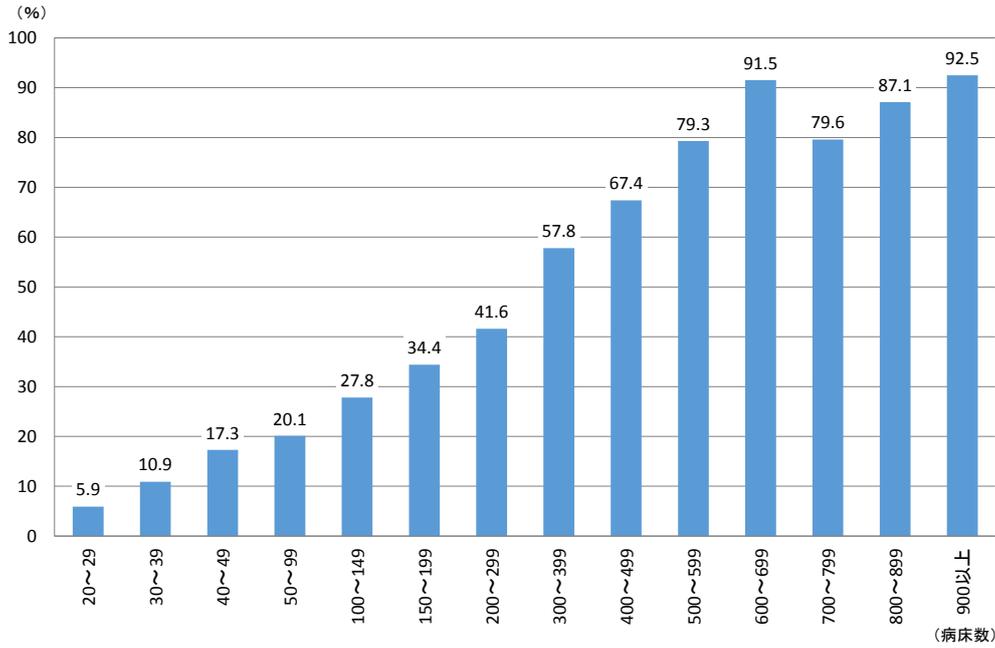
政府は、『日本再興戦略 改訂2015』において、400床以上の一般病院における電子カルテの全国普及率を90%以上にするという数値目標を掲げているが、400床以上の病院は経済力もありIT化を進める力がある。一方、200床未満の病院は経済力も限られることから、政府は診療報酬点数によるインセンティブづけや助成等を通じ、こうした小規模病院等を強力に支援すべきである¹⁰。

病床の規模によっても異なるが、クラウドにのみ保管している医療機関はごく少数である。制度上はクラウドでの保管も認められており、特に200床未満の病院で普及を促進すべきである。医療機関はインターネット上にデータを保管することを必要以上に警戒しているため、厚生労働省はIT化の必要性等について十分な働きかけを行い、意識改革を促すべきである。例えば米国では、“Meaningful Use¹¹”の基準を満たした電子カルテシステムを導入することに対し経済的なインセンティブを付与したことにより、大幅に普及率が上昇した（図表6）。

¹⁰ 100～200床規模の病院では、100床あたり2,500～3,000万円と言われている。

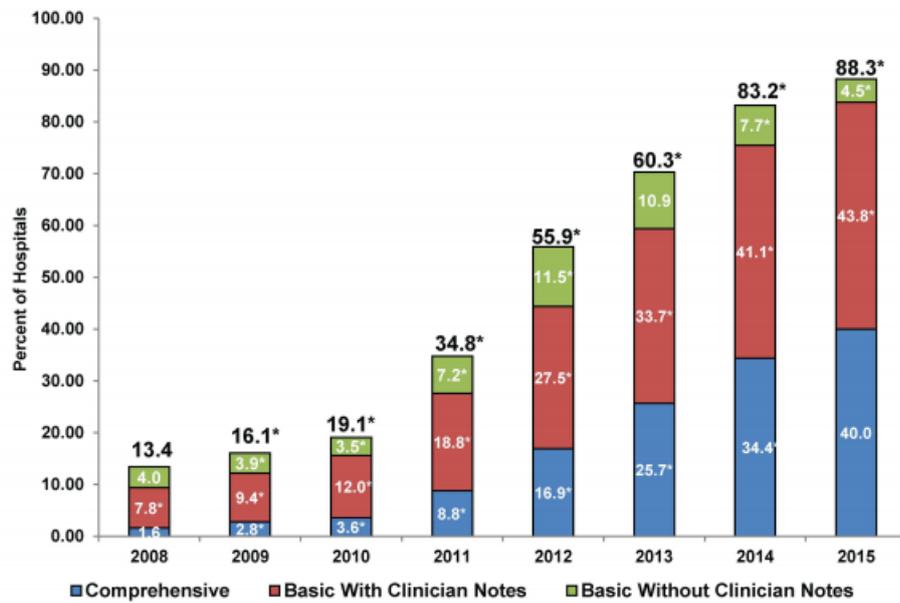
¹¹ “Meaningful Use”とは、電子健康記録（Electronic Health Record：EHR）に係る文字通りの「意義ある利用」の意であり、一定のパフォーマンス基準が設定されている。

図表5 電子カルテの病床規模別導入率



(資料) 一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会『医療情報システム(オーダエントリー・電子カルテシステム)導入調査』(2017年調査)

図表6 米国における電子カルテの導入率の推移



(資料) The Office of National Coordinator for Health Information Technology, "ONC Data Brief No. 35"

効果 健康・医療・介護データの利活用が国民生活にもたらすメリット

①利便性の向上、重複受診・投薬の抑制

全国的な保健医療ネットワークが整備されることにより、出張・旅行先や転居後の初診時等においても、過去の健診データや受診履歴等を踏まえた最適な診断・診療を受けることが可能になる。また、診療情報が共有されることにより、複数の医療機関で重複して検査・処方を受けることが抑制される。

②健康寿命の延伸

乳幼児健診、学校健診を含む個人の健康・医療情報を、ライフステージを通じて収集するとともに、ウェアラブル端末等を活用して日々の健康情報を管理することにより、生活習慣病の予防等に関し、医師等からより適切な介入を受けることが可能になる。

③高齢者の社会参画の促進

医療・介護データがシームレスに利活用できることにより、詳細な疾患状態を含む利用者の状況に応じ、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた適切な介護サービスを受給することが可能になる。結果として、高齢者の社会参画が促進される。

④イノベーションの成果の享受

匿名化されたビッグデータが医薬品や医療・介護機器、治療法等の研究・開発に活用されることにより、革新的かつ効果的な医療・介護サービスが開発される。こうした技術革新が医療従事者の働き方等を改善し、ひいては国民が良質で安定的な医療サービスを受けることが可能になる。

4. おわりに

健康・医療・介護にかかるビッグデータ利活用および PHR (Personal Health Record) の普及は、①国民の QOL 向上、②新薬開発等のイノベーション推進、③給付レベルの適正化、④医療従事者の過重労働軽減——等、幅広い分野で大きな効果をもたらす。わが国の成長戦略と財政健全化の起爆剤として重要な取り組みであることから、政府には改めて、司令塔および政府全体としてのビジョン・工程表の明確化と、基盤整備の加速を求める。

国民の健康寿命を延伸する観点からは、企業が貢献できる余地も大きい。医療費の約3割は生活習慣病に起因すると言われる中、われわれ経営者も勤労世代が健康管理・予防医療を習慣づけるための後押しができるはずである。医療・介護システム改革委員会では今後、企業や健保組合が果たすべき役割についても議論を深めていく。

以上

医療・介護システム改革委員会

(敬称略)

委員長

若林辰雄 (三菱UFJ信託銀行 取締役会長)

副委員長

宇賀神史彦 (IQVIAソリューションズ ジャパン 取締役社長)

川上登福 (経営共創基盤 パートナー・取締役マネージングディレクター)

鈴木雅子 (ベネフィット・ワン 取締役副社長)

野呂順一 (ニッセイ基礎研究所 取締役会長)

平野英治 (メットライフ生命保険 取締役 副会長)

布施達朗 (セコム 常務取締役)

山田哲 (ジェイ・トップ 取締役社長)

委員

浅野敏雄 (旭化成 常任相談役)

荒井喜八郎 (荒井商店 取締役会長)

市川晃 (住友林業 取締役社長)

伊藤秀俊 (ズッフィアレクサンダー Inc. 取締役会長)

稲葉延雄 (リコー 取締役会議長)

井上明義 (三友システムアプレイザル 取締役相談役)

井上哲 (フィリップ モリス ジャパン 職務執行役 副社長)

井上正明 (ポピンズ 取締役副社長執行役員)

岩崎真人 (武田薬品工業 取締役 ジャパン ファーマ ビジネス エット プレジデント)

上島健史 (みらい証券 取締役社長)

内田士郎 (SAP ジャパン 取締役会長)

大久保和孝 (新日本有限責任監査法人 経営専務理事)

大西賢 (日本航空 取締役)

柿崎昭裕 (きらぼし銀行 相談役)

梶川融 (太陽有限責任監査法人 代表社員 会長)

門脇英晴 (日本総合研究所 特別顧問・シニアフェロー)

上斗米 明	(パソナグループ 専務執行役員)
河合輝欣	(ASP・SaaS・IoT クラウド コンソーシアム 会長)
川原秀仁	(山下PMC 取締役社長 社長執行役員)
木川 眞	(ヤマトホールディングス 取締役会長)
北地達明	(有限責任監査法人トーマツ パートナー)
北原義一	(三井不動産 取締役副社長執行役員)
栗原美津枝	(日本政策投資銀行 常勤監査役)
高乗正行	(チップワンストップ 取締役社長)
河野栄子	(三井住友海上火災保険 アドバイザー)
小林英三	(日本証券金融 取締役社長)
近藤康之	(不二熱学工業 取締役社長)
斎藤敏一	(ルネサンス 取締役会長)
酒井伸一郎	(茨腎会 理事長)
佐藤玖美	(コスモ・ピーアール 取締役社長)
佐藤義雄	(住友生命保険 取締役会長代表執行役)
椎名 茂	(KPMG コンサルティング 執行役員パートナー)
島田俊夫	(CAC Holdings 取締役会長)
下野雅承	(日本アイ・ビー・エム 取締役副会長)
下村満子	(東京顕微鏡院 特別顧問)
昌子久仁子	(テルモ 顧問)
住谷 貢	(アクサ生命保険 取締役執行役兼CFO)
反町勝夫	(東京リーガルマインド 取締役会長)
高木邦格	(国際医療福祉大学 理事長)
高橋栄一	
高橋 薫	(損保ジャパン日本興亜ひまわり生命保険 取締役会長)
田口佳子	(セルム 専務執行役員)
竹内成和	(みらかホールディングス 代表執行役社長 兼 グループCEO)
竹川節男	(健育会 理事長)
田中豊人	(アリババ 代表執行役員副社長)

近 浪 弘 武 (日本コンベンションサービス 取締役社長)
月 原 紘 一 (三井住友カード 顧問)
堤 浩 幸 (フィリップス・ジャパン 取締役社長)
出 口 恭 子 (色空会 お茶の水整形外科 機能リハビリテーションクリニック 副院長)
豊 沢 泰 人 (ファイザーヘルスリサーチ振興財団 常務理事)
鳥 越 慎 二 (アドバンテッジリスクマネジメント 取締役社長)
中 里 克 己 (東京海上日動あんしん生命保険 取締役社長)
中 島 基 善 (ナカシマホールディングス 取締役社長)
長 久 厚 (DNAパートナーズ 代表社員)
西 浦 天 宣 (天宣会 理事長)
西 川 久仁子 (ファーストスター・ヘルスケア 取締役社長)
馬 田 一 (J F Eホールディングス 相談役)
浜 田 昌 宏 (SOMPOホールディングス
グループCSOグループCIO常務執行役員)
林 明 夫 (開倫塾 取締役社長)
林 信 秀 (みずほ銀行 取締役会長)
原 田 明 久 (ファイザー 取締役社長)
平 賀 暁 (マーシュ ブローカー ジャパン 取締役会長)
平 野 圭 一 (アクティヴィ 代表取締役CEO)
廣 岡 哲 也 (フージャースホールディングス 取締役社長)
福 田 誠 (あおぞら銀行 取締役会長)
藤 重 貞 慶 (ライオン 相談役)
古 川 紘 一 (わらべや日洋ホールディングス 社外取締役)
堀 田 利 子 (ルネサンス 取締役副社長執行役員)
本 城 正 哉 (住友生命保険 取締役 (常勤監査委員))
松 尾 憲 治 (明治安田生命保険 特別顧問)
松 岡 芳 孝 (ステート・ストリート信託銀行 顧問)
間 塚 道 義 (富士通 相談役)
松 林 知 史 (マーケットファクトリー 顧問)

三津家 正 之 (田辺三菱製薬 取締役社長)
宮 内 淑 子 (ワイ・ネット 取締役社長)
望 月 淳 (浜銀ファイナンス 取締役会長)
築 田 稔 (コア アドバイザリーフェロー)
山 下 徹 (NTTデータ 相談役)
由 利 孝 (テクマトリックス 取締役社長)
吉 本 和 彦 (地方公共団体情報システム機構 理事長)
林 原 行 雄 (現代写真芸術振興財団 理事)
湧 永 寛 仁 (湧永製薬 取締役社長)

以上90名

事務局

菅 原 晶 子 (経済同友会 執行役)
山 本 郁 子 (経済同友会 政策調査部 グループ・マネジャー)
三 浦 雅 央 (経済同友会 政策調査部 マネジャー)