

第2回 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：令和4年2月7日（月）16:00～19:08

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）夏野議長、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員、菅原委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、宇佐川専門委員、落合専門委員、住田専門委員、戸田専門委員

（政府）牧島大臣、小林副大臣、山田政務官

（事務局）村瀬室長、辻次長、吉岡次長、渡部次長、山西次長、木尾参事官

（説明者）齋藤顕是 株式会社三菱総合研究所ヘルスケア&ウェルネス本部介護・福祉グループグループリーダー

平石朗 公益社団法人全国老人福祉施設協議会会長

及川ゆりこ 公益社団法人日本介護福祉士会会長

藤崎基 S O M P O ケア株式会社取締役執行役員C R O

岩本隆博 S O M P O ケア株式会社取締役執行役員C D I O

高崎哲矢 株式会社ソラスト事業開発本部新規事業推進部長

高橋健一 株式会社Z - w o r k s 取締役

小川誠 株式会社Z - w o r k s 創業者取締役

堀内斉 厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当）

山本史 厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）

大坪寛子 厚生労働省大臣官房審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当）

須藤明彦 厚生労働省老健局高齢者支援課長

日野力 厚生労働省老健局介護保険計画課課長

新田惇一 厚生労働省老健局老人保健課室長

田中彰子 厚生労働省医政局研究開発振興課医療情報技術室室長

伊藤建 厚生労働省大臣官房企画官（医薬・生活衛生局併任）

太田美紀 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課薬事企画官

石毛雅之 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

東好宣 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

福田悠 厚生労働省老健局総務課課長補佐

秋山仁 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課課長補佐

鈴木達也 厚生労働省老健局高齢者支援課係長

長倉寿子 厚生労働省老健局高齢者支援課福祉用具・住宅改修指導官

4. 議題：

(開会)

1. 持続的な介護制度の実現
2. オンライン服薬指導に関するコロナ特例措置の恒久化の対応状況について
3. 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの改定に向けた取組状況について

(閉会)

○事務局 それでは、定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議、第2回「医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には、御多忙の中御出席をいただきまして、ありがとうございます。

本日もウェブ会議ツールを用いまして、オンラインで開催をさせていただいております。お手元に資料を御準備いただきまして、御参加をお願いいたします。

本日の議題でございますけれども、議題1として「持続的な介護制度の実現」、議題2として「オンライン服薬指導に関するコロナ特例措置の恒久化の対応状況について」、議題3として「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの改定に向けた取組状況について」の3件について御議論をお願いしたいと思っております。

なお、参考資料1、参考資料2として、昨年9月27日開催のワーキング・グループで御議論いただきました、パルスオキシメータの広告規制に関しまして、広告を可能とする旨の事務連絡が、厚生労働省から2月3日に発出されましたので報告をいたします。

厚生労働省の皆様におかれましては、御対応いただきましてありがとうございます。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。本日もよろしくお願いいたします。

本日は、牧島大臣、小林副大臣、山田大臣政務官に御出席いただいております。また、牧島大臣、山田大臣政務官は途中退出される御予定と伺っております。

あと、夏野議長、菅原委員、落合専門委員、宇佐川専門委員、住田専門委員、戸田専門委員にも御出席いただいております。

それでは、まず、初めに牧島大臣より一言御挨拶をいただければと存じます。よろしくお願いいたします。

○牧島大臣 本日もよろしくお願いいたします。

今日は、介護DXを中心に御議論をいただくことになっております。

具体的には、第1に、昨年末に引き続き、介護施設における人員配置基準の件、この特例の可能性について御議論をいただきます。

第2に、在宅で最期を迎えることを可能とするための在宅介護の充実について。

そして、第3として、介護事業者の自治体に対する各種申請手続について、自治体ごと

に個別に存在する、いわゆるローカルルールと言われているもの、これをどのように見直せるか、御議論をお願いいたします。

いずれの御提案も、データ分析など、デジタルの活用を通じて、新たな時代の介護の在り方というものに挑戦する意欲的なものであると考えています。全てのベビーブーム世代が後期高齢者である75歳となるのが、これがもう2025年ですから、あと3年になっていきますし、高齢人口がピークを迎えるのは2040年、こうした間近に迫っている課題に対して、前回の会議では、介護の労働力の不足、これはもう2040年までにさらに70万人に拡大するという予測が、厚生労働省からも出ています。そうしたものを踏まえて、どのように対応していくのか。

また、都市部のハローワークでは、求人倍率10倍、20倍あるいは50倍といったところもあると聞いています。こうした大変な状況を高齢世帯の40%が独居世帯になるという現実問題も、私たちには突きつけられていると思っています。この我が国が抱えている介護の状況、そして、長期的に持続可能なのかということについて、ある意味、スピード感を上げなければならない、焦燥感にも似たような思いを委員の先生方も感じてらっしゃると思っています。

人生の最期をどのように迎えるのかという大きな問いにも答えを出していかなければなりませんし、老いて体がなかなか動かないという中で、介護サービスを受けられないというようなことがあってはいけません。介護難民といったような状況は避けなければならない。このためにデジタルで何ができるのか。もちろん、人と人との触れ合いが必要な部分もあると思います。人の手で、また、人の心でやらなければならないのだけれども、であるからこそ、デジタルでどの部分をカバーするのかということ、真剣に答えを出していかなければならないので、今日は介護現場の皆様からのお話も受け止めつつ、この介護現場への影響は未知の部分もあると思いますが、しっかり御議論を踏まえて、検証を進めていきたいと思っています。10年先を見据えた、さらには、もう目前に迫っている状況に対しての対応になろうかと思っています。

厚生労働省の皆さんには、パルスオキシメータについても対応をいただいたと冒頭に発言があったとおりでございますが、この介護についても、引き続き、御議論をいただいて、速やかな対応をお願いしたいと思っています。

どうぞよろしくをお願いいたします。

○佐藤座長 牧島大臣、ありがとうございました。

続きまして、小林副大臣から一言御挨拶をいただきたいと思っています。よろしくをお願いいたします。

○小林副大臣 私は最後までいるので、最後のほうで大丈夫です。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。御協力ありがとうございます。

では、山田政務官より、御挨拶のほうをよろしくをお願いいたします。

○山田政務官 ありがとうございます。

デジタル庁でも、介護については非常に重要な領域だということで、現在、情報のプラットフォーム化を進めています。SOMPOケアの岩本さんなどからも直接お話を伺ったこともあったと思うのですが、寝たきりにさせないとか、介護も細かく見ていくとか。例えば脳梗塞や転倒によって動けなくなることで、結局、寝たきりになってしまうとか、あるいは介護は、属人的な部分が多く、介護をしたことによって、どう健康な状態を取り戻したのか、そういったケースの共有なども必要だと思います。

厚労省のほうは、CHASEという仕組みからLIFEという仕組みとして、この介護の仕組みを作ろうとしています。ただ、現実的にはそれが普及しているという状態でもありませんし、現場の方々から、もう少しこうしたほうが良いというような議論もいただいています。介護は、本当にこれからの高齢化社会の中で、重要な領域、しかもその介護は必ずしも高齢化だけではない部分もたくさんありますので、そういうことを含めて総合的に、皆さんからいろいろな議論をいただければ幸いです。

今日は、幅広に議論されるのではないかと期待しています。

すみませんが、公務のため途中退席します。よろしくお願いします。

○佐藤座長 山田大臣政務官、ありがとうございました。

本日の議題2ですが「オンライン服薬指導に関するコロナ特例措置の恒久化の対応状況について」なのですが、こちらは、厚労省におきまして検討途中の省令改正等の具体的な文言に関するものであるため、運営規則第2条を準用する第9条の規定にのっとり、資料及び議事録を非公表といたしたいと思っております。

本日御参加の委員の方々におかれましては、それはよろしいでしょうか。

簡単にいうと、議題2は非公開ということになります。

ありがとうございます。では、そのような措置とさせていただきます。

それでは、早速、議題1「持続的な介護制度の実現」に入らせていただきます。

本議題は、複数の異なるテーマを含みますので4つに分けることとなります。

第1部が「介護施設における介護サービスの質の向上と介護職の負担軽減の両立」。

第2部が「質の高い在宅介護の実現」。

第3部が「ローカルルールの見直し」。

そして、第4部が「介護サービスの質の向上と介護職の負担軽減の両立」の取組のフォローアップということになります。

では、まずは第1部ですけれども「介護施設における介護サービスの質の向上と介護職の負担軽減の両立」について、御出席者を紹介させていただきます。

株式会社三菱総合研究所から齋藤頭是ヘルスケア&ウェルネス本部、介護・福祉グループ、グループリーダー。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会から平石朗会長。

公益社団法人日本介護福祉士会から及川ゆりこ会長。

SOMPOケア株式会社から藤崎基取締役執行役員、岩本隆博取締役執行役員。

厚労省のほうからは、堀内斉大臣官房審議官、須藤明彦老健局高齢者支援課長、日野力老健局介護保険計画課長、新田惇一老健局老人保健課室長、石毛雅之老健局高齢者支援課長補佐、東好宣老健局高齢者支援課長補佐、福田悠老健局総務課長補佐、秋山仁老健局認知症施策・地域介護推進課長補佐、長倉寿子老健局高齢者支援課福祉用具・住宅改修指導官、そして、鈴木達也老健局高齢者支援課係長に御出席いただいております。

紹介が長くなってすみません。

では、まずは、厚労省から御説明をお願いします。

すみません、時間もあるので、5分以内によろしくをお願いします。

では、お願いします。

○堀内審議官 厚労省大臣官房審議官、老健局担当の堀内でございます。

本日は、持続的な介護制度の実現ということで、大きく4つに分けてお話をさせていただきますし、非常に幅広い分野に及びます。山田政務官から具体的に御紹介がありました、LIFEの取組なども、フォローアップという中でございますが、最後の議題の4番目でも御紹介させていただければと思いますが、まず、議題の最初のものについてお話をさせていただきます。

資料1-1になります。

1ページおめくりいただいて2ページ、3ページは、前回12月20日に、私ども社会局のほうからも御説明させていただいた資料でございます。将来推計において、2040年度で約69万人ということです。

それで、この推計の仕方なのですが、注の2で、ちょっと小さい文字で恐縮ですけれども、市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込量に基づいて推計したものでございます。

具体的には、4ページを御覧ください。

介護保険、昨年4月から第8期がスタートしましたが、第8期がスタートするに当たり、各市町村等で第8期の最終年度である令和5年の推計値、そして将来推計ということで2025年、2040年、各自治体の実情などを踏まえながら、どれだけの介護サービス量が必要かという推計値を出してございます。それを合計したものになってございます。

続きまして、6ページを御覧ください。

これは、12月20日のときにも、委員の方からも複数御指摘がございましたし、その後も追加質問という形で来ておりました。書面回答をさせていただいたところでございますけれども、ここに改めて説明させていただきます。

7ページ、8ページが書面回答でしたものでございます。

7ページ、上のほうを御覧いただきますと、人員配置基準の緩和につきましてですけれども、これも前回お話ししましたが、令和3年度介護報酬改定に際して、社会保障審議会のもとにある介護給付費分科会で議論を行ったところです。

前回このワーキング・グループでも、どういう点が不足しているのだろうかということ

で、委員の方から御指摘いただきましたので、この給付費分科会における議論を詳しく述べる形で紹介させていただきました。

真ん中辺の「意見があった一方で」の後でございます。いろいろICT化に当たっては、きちんとデータをそろえるべきというような指摘がなされたところでございます。本日、また、この後、いろいろな団体の方、また、三菱総研からお話がございますけれども、そうした中でどういう調査が行われているのか、あるいはどういう点が足りなかったのかという点を御指摘いただければと思います。

そうした中で、7ページの下に書いてございますが、審議報告の形で、利用者の安全確保とかケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか、施行後の状況を検証するとともに、実証データの収集に努めるということで、いわば宿題のような形になっておるところでございます。

また、8ページを御覧いただきますと、そこで我々のほうで考えているスケジュール感というものを示しております。

2段落目の「具体的には」以降でございますけれども、令和3年度、もうすぐ末になりますけれども、報酬改定を踏まえて、夜間における実証研究を行いました。

4年度は、実証の対象を拡大して、介護助手の活用とか、介護事業者等から御提案があった生産性向上の取組などをテーマにして、実証事業を進めるということで考えてございます。

9ページを御覧いただきますと、令和4年度で考えている実証の方向性ということで書いてございます。

テーマを大きく①、②、③、④と4つ設けて、事業者の協力も得ながら進めたいと思っております。

そのスケジュール感ですけれども、9ページの下、想定するスケジュール、早急にと思っております。この中旬にでも入札にかけ、3月中には事業受託者の決定をして、4月から、早速、計画の策定等に取り組み、早ければ6月頃から6か月程度現場での実証を行っていくことを考えております。

もう少し8ページに戻っていただきますと、今、申し上げたような実証の関係で3段落目に書いてございますようなデータを収集し、それを議論に耐え得る熟度のある調査結果を得て、また、その途中段階の節目節目も、きちんといろいろ宿題をいただいておりますので、給付費分科会にも報告して、トライ・アンド・エラーといいますか、少しこういうものが足りないのではないかというような御意見があれば、そういうことも踏まえて、きちんとしたデータのほうをそろえ、この人員基準の方向性及び関連する方針の取扱い等を具体的に議論していくと考えているところでございます。

説明は、以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に介護制度に詳しい三菱総合研究所様から介護制度における実証の在り方につ

いて御説明をお願いいたします。申し訳ありませんが、5分でもよろしくをお願いいたします。

○齋藤グループリーダー 三菱総合研究所でございます。

では、説明させていただきます。三菱総合研究所の齋藤と申します。本日は、このような機会をいただき、ありがとうございます。

介護分野における生産性向上に向けた実証の現状と考え方として御説明をさせていただきます。

大きく本日2点、御説明させていただきます。私ども厚生労働省の受託者として介護ロボットの導入実証等をさせていただいておりますので、そちらについての御説明、そして2点目として、実証調査の考え方について御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、1点目の実証調査についてですけれども、2点、昨年度の介護ロボットの实証と今年度の実証について御説明したいと思います。

まず、昨年の実証についてですけれども、見守り機器でいいますと、30施設について夜間の見守り機器を導入して実証をしております。

そのほか、幾つかのテーマについて実証をしておりますが、例えば、夜間見守りでいいますと、下の表にあるとおり、職員のタイムスタディ、こちらは5日間分のタイムスタディを実施したり、アンケート調査、ヒアリング調査、こういった形で多面的な調査を実施させていただいております。

具体の結果の一例として次のページに載せておりますが、見守りセンサーの導入割合、右下の図ですが、導入割合が増えると、直接介護、巡視・移動の合計時間が減少する傾向があるといったところが把握されておりますが、赤字で書いてあるとおり、利用者の状況、オペレーションの変更の内容によって差が見られております。したがって、継続的な検証が望ましいのではないかと考えております。

また、施設からですが、夜勤者の負担を減らし、日勤に充てることでケアの質を高められると、そういったコメントもいただいております。

今年度の実証につきましては、見守りについては施設が増えておりまして59施設で、それ以外にパッケージと言っておりますが、パッケージというのは施設ごとに課題を考えて導入機器を決めて、また、オペレーションを変えていく、それらの全体の流れをパッケージと呼んでおりますが、4種類について調査しております。

昨年度に引き続きの調査に加えて、③排泄記録調査、④訪室回数調査、こういったものを実施させていただいております。こちらについては、現在調査中の内容になってございます。

これらを踏まえてですが、実証調査の考え方について御説明したいと思います。

まず、生産性の向上についてでございますが、単に業務効率化、業務負担軽減を目指すものではないと考えております。

現場での、こちらの絵で示してあるようなPDCA、そして組織的な継続的なPDCAを実施することによって、右側にあるような3つの効果というのを狙っているものと理解しており

ます。

1つ目、利用者の効果で言いますと、やはり自立支援、重度化防止、そういった観点でのサービスの質の向上につながるかどうか、そして職員への効果と言いますと、身体的、精神的、時間的、こういった観点で負担軽減につながっているかどうか。

そして、最終的に経営者と書いていますが、組織の運営面、こちらでも効果があるかどうか、最終的に、介護の現場がより創造的な業務に変わっていく、そういったところが生産性向上となるのかなと理解しております。

生産性向上の効果と書いておりますが、どちらかというに見守り機器を入れた場合の、まず、最初の実証で見るようなところの効果をここで書かせていただいておりますが、それだけでも利用者の効果と職員への効果というのが絡み合っていて、最終的に組織全体への効果というのが、ここには書いていないですけれども出てきているというところになっていきます。

まず、利用者の効果の評価について御説明したいと思いますが、令和3年4月からLIFEの運用が開始されたところがございます。介護現場で記録の電子化も進みつつあるような状況でございますので、LIFEの項目を用いて評価していくことが評価指標の統一、また、現場の負担軽減になるのではないかと考えておりました、実際に今年度実証させていただいているものについても、科学的介護推進体制加算で求めている項目のうち、本事業の実証の仮説にマッチする項目として赤字の項目を実際に評価させていただいております。

また、今、仮説の部分で申し上げますが、やはり機器を入れて単純に同じ結果が出るというわけではなくて、現場の課題を踏まえて機器を入れて、そしてオペレーションをどのように変えるか、それによって評価の項目というのも変わってきます。

ですので、この現場での課題をきちんと把握して、どのようにオペレーションを変えるのかといった部分を、より実証の前に丁寧に時間をかけてでも実施していただくのが望ましいのではないかと考えております。

また、職員への効果の部分でタイムスタディの評価を実施することが多いですが、今年度、感染予防の観点から自記式での調査というのをメインで実施させていただいております。

単一の取組に関しては、施設まとめて集計することがある程度できますが、複数の取組等に関しては、より丁寧な評価を実施すべきではないかと考えております。

最後のスライドになります。

私も単年度の事業を実施させていただくことが多いので、短期的に評価可能な項目というのをメインでこれまで評価を実施させていただいておりますが、例えば、ADL、離職率等に関してはより中長期で把握していくことが望ましいのではないかと考えておりました、縦断研究を図っていく必要があるのではないかとといったところを御説明させていただきます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に多様に富む介護施設の経営の立場から、全国老人福祉施設協議会様から御説明をお願いいたします。

○平石会長 それでは、御説明させていただきます。

全国老施協会長の平石です。本日は、このような場を与えていただきましてありがとうございます。

それでは「介護施設における介護サービス生産性向上について」を御説明いたします。

これは、よく示される図なのですけれども、これを1月の13日に鹿児島市で開催されました職員の研究大会で示しました。いずれにしても、これから介護人材の確保というものは厳しくなるという中で、やはりロボット・ICTを活用しなければいけないよという話をしております。

国のほう、厚生労働省のほうでは、平成30年に介護現場革新会議を立ち上げまして、介護現場の効率的な業務運営を議論して、それから基本方針を平成31年3月に示されたところなのですけれども、全国老施協でも、この流れを理解して現場から変えていこうというように取組をしているという紹介です。

これも先ほどの研究会議でお示ししたのですけれども、介護現場では、こういういろいろなナースコール、見守りセンサー、それからタブレット、それからPCとかいろいろなものを使っていますが、これをもっと進化させる必要があると我々は考えています。

ただ、具体的にどうしたらいいのかということが、やはり介護現場で悩ましいところですから、全国老施協の組織を挙げて、組織的には1万1000会員で構成されていますので、まず、国もいろいろな過程に取り組むというのは分かるのですけれども、やはり介護の現場から自ら変えていく必要があると思っておりますので、今年度からそれぞれ全国8ブロックで、こういう実証実験をやろうということを考えました。このベースになっているのは、北九州モデルです。

北九州に、私も含めて関係者がお邪魔して、令和元年12月のことなのですけれども、これは使えるなと思いました。これを使えると思って、どうやって皆さんに展開していくかということで、老施協版モデル事業というものを、これは全国を北海道、東北、関東と、ブロック別に分けて実証実験をやる施設を募集しました。それを今年度やっているところなのですけれども、いろいろな機器を買うに当たって補助金を出したということです。我々自身も、まず、やるべきだと思っております。

ただ、そういう中で、人材確保との関係ですけれども、これはやはり生産性向上は人材確保にも資するということで、これは当たり前のことなのですけれども、この取組がやっとスタートした段階であると思っております。

これも介護人材確保の考え方を示したものですけれども、介護人材の確保というのは、「これをやればうまくいく」というものはないというのは、我々現場としても理解しているところなのですけれども、今、ロボット・ICTというものを積極的に取り入れる必要があ

ると考えております。

ただ、問題は留意点です。介護現場における生産性向上については、やはり介護というのは、高度の対人サービスであるということで、ここに留意してやらないと、単純労働に置き換えるわけにいかない。それは、もう皆さん十分理解していることなのですけれども、簡単にいかないなと思っております。

それから、人減らし、先ほどお話がちょうど三菱総研からありましたけれども、3つの視点、利用者・家族の観点、それから職員の観点、あとは経営者の観点、3つの観点をおっしゃられたのですけれども、まさにそのとおりだと思っております。

経営者の観点から言えば、合理化したいというのは当然あるのですけれども、現状では、配置基準以上の職員を配置しております。まず、そこを何とかすることが目的だと思っております。

3番、4番についても考えていくべきところだと思っています。

いずれにしても、私たち、特に特養においての一番の問題点は、人材確保、人材不足です。

それから2点目が、経営が厳しいということなのですけれども、やはり、この介護において人をどうやって確保するかということ優先して考えるべきであるとは私は思っております。

具体的にちょっと留意点を挙げてみました。介護現場におけるICT実証実験、これに関する留意点なのですけれども、私も北九州でお邪魔したので、短期的には絶対に人員配置基準を上回るというか、少ない人数でできるのですけれども、実際にそれが継続するかどうか、それがケアの質をどう反映するのか。

例えば、日本では育児休暇、それから、産休、育休、それから短時間勤務というのは随分進んできております。

そういう中で、今、臨時に職員が不足するということが出てくるのです。そういう現象も踏まえた上で、ケアの質が担保されるかどうかということを考える必要があると思っております。

特に瞬時的ではなくて、例えばもう少し長期的に見たときに、本当に週2回以上の入浴ができていないか、それから、新人の研修期間とか、有給休暇が取れるか、これが取れないということになると、なかなか人は、介護を避けてくるということはもう明らかだと思います。なるべく、介護で皆さんが、まず、意欲的に働いていただけるようなことというのは大事だと思っています。

人員配置基準の問題で言えば、今、実際に3対1と言われてはいますが、そこには至っていないのです。ここを何とかしたい。ここを何とかすることで、経営的にも改善がするのだろうと思っております。

あと、検討手続につきましては、社会保障制度審議会の介護給付費分科会、そういったところできちんと議論して検証していただきたいと思っております。

また、何らかの人員配置基準上、極めて限定的な特例を設けるとする場合、特例の対象となる施設、それから、ならない施設も報酬上では加減のないニュートラルにしたい。やはり特殊な環境でうまくいく、全部に広げられると、介護が厳しい状況に陥るという可能性はあると思っています。

私ども全国老施協、これをずっと言い続けているのですけれども、やはり、先ほど御説明ありましたように、今、LIFEの活用をやっております。LIFEの活用と、それから、ICTの活用をやって、やはり最終的には高齢者を大事にする。それから、併せて職員を大事にする職場を作らない限りは日本の介護は、未来がないと思っておりますので、どうか、その点について御配慮いただきますようお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、最後に介護現場の観点から日本介護福祉士会様から御説明をお願いいたします。よろしくようお願いいたします。

○及川会長 お願いします。

公益社団法人日本介護福祉士の及川でございます。このような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

私どもは、様々な介護現場で働く介護福祉士の職能団体でございます。

ちょうど、この件に対する調査というものをしたばかりでしたので、会員からの声を主に皆様のほうにお伝えしたいなと思っております。

「介護現場の介護福祉士の声」というところで、私どもの会員の中でアンケート調査を、毎月やっておりますけれども、去年の12月末から1月の頭にかけて行ったアンケートの中で、回答をもらったものをちょっとまとめたものでございます。

私ども職能団体としましては、デジタルテクノロジーの導入ということについて、別に拒否をしているわけでもなく、反対するわけでもないです。ただ、賛成の意見ばかりでもないのです。そういうところについて少しお話をさせていただくと、私どもは、今までずっと働いてきて、導入することに対して、かなり懸念を持っています。

どんな懸念かと言いますと、質の高い介護サービス提供に資するものなのか、本当に質が担保できるのだろうかというようなことを少し不安に思っているということと、新たな業務負荷になるのではないかというようなこと、それから、私どもは本当に、先ほどデジタル大臣のほうで、人の手で、人の心でという言葉を書いていただきましたけれども、そのとおりで、日々、御利用者様の状態の変化等をしっかり観察したり、情報をしっかり上書きしていくというような作業をしております。

そういう中で、本当に気づきが、それができなくなるのではないか、ちょっとやりにくくなるのではないかというような懸念も持っております。

それから、導入されたからといって、介護を現場の介護職員全体が、本当にすぐに適用できるのかどうかというような懸念もあるという声がありました。

今までデジタル化、デジタル化と言われて、いろいろな介護機器やICT、いろいろなもの

が入ってきているのですけれども、なかなか広まっていけないというのが、実際の気持ちでありまして、こんなに広まっていないのは、何か理由があるのではないのでしょうかというように、やはりちょっと不安の声があるということです。

あわせて、配置基準の緩和についてですけれども、それに対する懸念の声でございますが、質の高い介護サービスの提供とか、業務負荷の軽減につながるものだとしても、本当に配置基準の緩和が、結果として質の高いサービスの提供とか、業務負荷の軽減に逆行することになるのではないかと、ちょっとネガティブに少し捉えるというところが、やはり出てきています。

そして、自職場で、このデジタルテクノロジーを導入するとした場合にも、本当に導入していけるのかというような形で道筋が見えてこない。経済的にも、それから自分たちの作業についても、本当に導入がスムーズにいけるのかどうかというのに少し懸念がありますという声がありました。

それから、このテクノロジーを導入することについて、本当に現場では、介護人材は不足しておりますので、とにかく何とかしたいということは、大きく思っているところがございますので、生産性の向上ということについても、積極的にいろいろなことで検討させていただいている自分たちの職能団体でもありますが、本当にテクノロジーの導入による人員の緩和ということについて、もっと検証作業をしていただいて、しっかり先を見させていただかなければ、なかなか自分たちとしてもちょっと取りかかりにくいのではないかなというようなところがございます。

その検証作業についての意見として、ここはちょっとまとめさせていただいておりますけれども、まず、いかに介護の質の向上に結びつけるか、質の担保というのは、私たちに本当に任されているものなので、これを低下させてはならないというものがございますので、そのことについてや、介護業務が効率化というのは、本当にされるのかどうか、具体的にどんなことなのかということをちゃんと検証していただきたい。

そして業務負荷です。先ほどから言わせていただいておりますけれども、業務の負荷に結びつかないのかどうか。

それから、新たなリスク管理、緊急時の対応であるとか災害時の対応であるとか、今般のコロナもそうですけれども、そういう状況のときに、本当にデジタルテクノロジーの導入が、私たちに効率化を図るものになるのかどうかというところです。

それから、私たちが目の前にいらっしゃる対象者というのは、施設とか事業所、在宅サービスとか、その規模とか、働く環境によって全然違ってきますので、本当に多様性を求められると言え、その一言なのですけれども、そのことについて、しっかり効果が上がるのかどうか。

そして、どのような体制を確保する必要があるのかどうかというようなことを検証していただきたい。

それから、配置基準の緩和の議論をするために確認したいこととして、出た意見として

は、介護サービスの質の低下に結びつかないか。そして、介護職の業務負荷に結びつかないか。危機管理上問題ないといえるのか。必ず上記の結果に結びつけることができる道筋をつくることのできるのかということが不安となっていますけれども、こういう検証をしていただきたいという意見でございます。

そして、最終的にまとめますと、確認が必要と思われる項目の例として、ちょっと出させていただいておりますけれども、簡単ですが、利用者の状態、要介護度もそうですが、ADLの状態、認知症の有無、そして認知症の程度、そういうことが、様々な方々がいらっしゃるの、しっかりと確認が必要であるというところ。

それから、サービス内容等につきましては、日中のサービスと夜間のサービスは違います。先ほど夜間の職員の配置の緩和という話が出ておりましたけれども、やはり私たちも夜間帯ですね、その施設の状態によっては、認知症の方がたくさんいらっしゃる場合、不眠の状態が続いている方がいらっしゃるなり、BPSDが顕著に出ていらっしゃるなりということも出てきますので、そういうようなこと、そして業務内容、サービス対応によって違いますので、その業務内容。

それから、サービス種別で、全部が全部同時にできるものでもないのではないかなと思っておりますので、そういうことについても検証していただきたいし、確認が必要だと思います。

評価項目につきましては、サービスの質です。先ほどから言っています、状態像です。それから、例えば、日中の活動量の増減、あと事故等の発生状況、そして介護職員の負担等についてもしっかり確認が必要だと思います。特に身体的負担もそうですが、心理的負担等についても問題であると考えております。

私どもは、このように考えております。全然否定するものではございませんが、私ども働く側の不安というものについても払拭していただきたいなと思っております。

以上でございます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、これから質疑応答に入りたいと思いますが、今日御出席いただいております、SOMPOケア様から最初に御質問あるいはコメント等をいただければと思います。

SOMPOケア様、よろしくお願いたします。

○藤崎CRO ありがとうございます。SOMPOケアの藤崎でございます。

プレゼンを拝聴させていただいた老施協さんや介護福祉士会の方々から、非常に前向き、かつ具体的なチェックポイントをお示しいただいたと受け止めました。

我々SOMPOは、厚労省さんが進める実証事業に採択されましたら、ぜひその御指摘いただいたようなチェックポイントに対してファクトやエビデンスを、厚労省さんのほうに御提出することで、今回のこの議論に貢献できればと考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、これからオープンで議論をしたいと思います。ちょっと時間が迫っていますが、10分から15分程度をめどとさせていただきます。

では、どちらからでも質問、疑問、コメントがあればいかがでしょうか。

どうぞ。

○平石会長 全国老施協の平石なのですけれども、私どもが一番懸念するところは、やはり人員配置基準ということで考えると、やはりその建物構造、いろいろな建物構造がありまして、そこの中で特養というのは古いタイプ、コンクリートがちがちで、Wi-Fi環境も非常にうまくいかないというケースがあるのです。

本当に最先端のセンサーとかを入れたけれども、うまくいかないというケースはよく耳にしますし、私どもも実際そうでした。

それでロボット・ICTを定着させるためには、まず、きちんと支援する体制が必要だと思っております。SOMPOケアさんなどは、大手の企業ですから、そういうところのバックアップは十分できていると思うのですけれども、社会福祉法人の経営する場合、本当に小規模な状況でなかなか難しいところがございます。

それに対して、国のほうとしては、どういう妙案というか、実証実験をやるのも分かるのですけれども、何かいい策というのはお考えでしょうか。SOMPOケアさんにお伺いしたいのですが、そういういろいろな環境等によって随分違うところあるのではないかとというのが、まず1点。

もう一点、今回の新型コロナ等の対応を見ていると、職員の感染者、それから濃厚接触者が出ると、どうしても休まざるを得ない。だから、平時の、言うならば、この時期だったらうまくいく時期と、それから、1年間見てみると、なかなか厳しい状況があったりすると、そのときに職員は、やはり介護は大変だなと言って避けてしまう傾向があるのです。

そういうところについて、SOMPOケアさんはどう考えるのかというのは、ちょっとお伺いしたいところがあります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、せっかくの機会なのでSOMPOケアさん、もし、回答があればよろしくお願ひします。

○藤崎CRO 御質問ありがとうございます。

まず1点目ですが、生産性改善に必要なインフラ整備という御質問だったと思います。御指摘のとおり、どのようなIT環境あるいはWi-Fi環境を設置するのかというのは、この議論とセットだと思っています。

当社は、実証事業においてどのようなIT環境、データ環境を整備して、その結果どのようなエビデンスを出していくのかという点に関しても明らかにして厚労省様のほうに御報告していきたいと思っています。

それが、他の介護事業者に適用可能かどうかという部分に関しましては、当社としては、

当社のアプローチをお示しするところを、まず、徹底してやりたいと思っています。

それを踏まえて、また、厚労省様がどのようにお考えになるのかという部分は、ディスカッションをさせていただければと考えております。

あと2点目でございます。介護の事業特性で時期の繁忙というような御質問を頂戴したかと思えます。

この点についても同様であります。弊社は過去1年3か月、1年を通じて一回り実証事業を実施してきました。その中で繁忙期においても、十分対応可能であるという確証をもってチャレンジしてきたと考えております。

この点については、抽象論でできる、できないをお答えしてもなかなか分かりにくいのだらうと思っています。まさに、実証事業で、データでお出しするべき部分だと考えております。貴重な御質問をいただき大変ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、手が挙がっています、大浦専門委員、よろしく願いいたします。

○大浦専門委員 多分、この委員の中で本当に介護をやっているのは、私だけなのではないかなと思うのです。ですので、少しお話をさせていただきたいのですけれども、これを今回の実証実験をやり、それで何がしかのICTを入れたら、介護の現場が回るようになるか。誰もそうは思っていないと思います。それが実情なのですよ。

では、どうしたらいいのかといたら、今からでも遅くないので、抜本的な対策というか改革というか、もう、まるで今までとは違うものを何年後かには作れるというようなビッグピクチャーが私たちには必要、この国にはビッグピクチャーが必要なのです。けれども、そのビッグピクチャーなしに、ちょこちょこ実証実験をやっても、やるのが駄目だとは言っていない。ただ、この先にちゃんと介護をやっていけるような未来があるかという、私は、これを見させていただいて、まるでであるとは思えないのですよ。

ですので、実証実験もやっていいですし、いろいろとみんなで取り組んでもいいのですけれども、その前に、この国がやらなければならないのは、ビッグピクチャーを作ることだと思います。

LIFEの話も出てきましたけれども、このLIFEのデータでちゃんといろいろな細かなことが分かるかという、間違いなく分かりません。それは、三菱さんも分かっているはず。そんなデータではありません。ですので、相当細かなデータが取れるような体制を作って、本当に、国全体でこの仕事を変えていくのだと、でも、今、その未来図がないわけです。ただ、介護職がない、困ったという話をされても、それは、ICTを頑張ったところで、何一つこの国の介護職不足に対応できるものにはならないと私は思います。

ですので、本当にこの議論が、実があるものになるためには、一番大事なもの、ビッグピクチャーがありません。それをとにかく作っていただくことを、私は心から願っています。

もう一つ、実は、例えばスウェーデンとか、皆さんが福祉大国だと思われているところ

に行ってみてください。ほぼ在宅です。在宅で高齢者が自己責任で、皆さん独居ですよ、独居でも高齢者が在宅で自分の責任で生きている。この社会的な風土というか、これがなければ、何かとにかく施設に行かなくては困るとか、施設に入れたらどうこうとか、そんな話をやっている限り、絶対にこの国の介護がうまくいく話はないと、私は長く、27年介護をやってきました。27年介護やってきましたし、実際に社会福祉法人も、今、運営しています。それ以外にも、全国のいろいろなものを見させていただくに当たって、強く強く申し上げたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、後で厚労省にまとめて回答をいただきたいと思います。

続けて、お手が挙がっている、佐々木専門委員、よろしくお願いします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

今、大浦先生からあったとおり、ビッグピクチャーというか、やはりその全体像を見ていくというのは、すごく大事だなと思っていまして、今回施設が、例えば3対1とか4対1となっていくとしても、実は介護職のニーズの一番大きいボリュームは、在宅の部分ですね。在宅で、2040年は474万人、介護施設は、現在103万人のところは133万人というところですから、トータルで見たときの削減効果というのは、施設の定数をちょっと緩和しても、そんなに現状としては変わらないかもしれないなと思います。

私は施設の運営者ではありませんが、多数の施設の嘱託医をやっていますけれども、その中で、施設のケアが本当に逼迫する状況というのは、実は平時ではなくて、やはりバリエーションが発生したときとか、急変が起こったときとか、入居者が不穏になって、それが連鎖反応を引き起こしたときというのが本当に大変なので、ですので、日々のケアを薄く、浅く、軽くするよりも、やはりそのバリエーションを起こさないようにすること。それから、バリエーションが起こったときにスムーズに対応できるようにしていくというところがすごく重要だと感じていて、特に老協協さんのように特養とか老健は、医療アクセスが必ずしもいいところが多くないと思うので、医療との連携をスムーズにするだけで、実はかなり運営上は、お手伝いできることがあるのではないかなと、医療側からは、常々思っているところです。

これは、特定施設でもグループホームでも、ほぼほぼ同じで、皆さんが平和に過ごしている限りは、結構現場はちょっとゆとりある。だけれども、ちょっとばたばた起こり始めると、どんどん逼迫して見きれなくなってしまうと、平和だった人たちもどんどん急変していくみたいなことが起こる。

SOMPOさんのテクノロジーですばらしいなと思うのは、急変がある程度予測ができたりとか、予期的な対処がある程度日頃の状況を管理することからできているというところはすごくあるなと思うので、これは、ぜひ皆さんのところでもトライする価値は十分あると私は思っています。

2つ目は、やはり地域のリソースを生かしていかなくてはいけないと思います。やはり在宅がメインなのです。施設はもちろん必要なのだけれども、多くの人たちを収容するのはやはり在宅なので、在宅で介護職をできるだけ消費しないというのはすごく大事なかなと思いますし、施設の中でも地域とうまく連携しながら、地域の人たちが施設の中に入り込んで、ボランティアで仕事をしたり、ちょっとアルバイトみたいな感じで元気な高齢者が仕事をしたり、あるいは子供たちと高齢者が交流することで、何となくその時間帯、高齢の方々が穏やかに安全に過ごせたりみたいなこともあるので、こういった部分について、いろいろな制約をちょっと外していくというのはあるかなと思います。

私、個人的には介護施設の人を減らすという部分について、トータルで見たときのインパクトはそんなに大きくないとは思いますが、ただ、やはり一部の意欲的な事業者さんたちはうまくやっけていらっしゃるし、成功事例と言っていい部分も出てきていると思うので、ですので、人員配置基準を基準化せずに、ここは、できるところは少ない人材でやってもいいという選択は、もちろんあるべきだと思いますけれども、ただ、老協さんが懸念されている、あるいは介護福祉士さんたちが懸念されていることも私は非常によく分かるので、この部分で現場の不安をきっちりと払拭するという部分が、いずれにしてもこの事業を前に進めるための絶対条件だと思いますので、この部分について、ちょっと丁寧なアプローチというのは必要なのだろうなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、日本介護福祉士会様、よろしく申し上げます。

○及川会長 ありがとうございます。

在宅のお話を、今、されていたので、少しだけ在宅のお話をさせていただいて、その後ちょっと質問をさせていただきたいと思うのですが、私は在宅でヘルパーをやっている事業所の管理者であります。

それで、本当に今、在宅のほうでどういう状況かといいますと、要介護が高くなるにつれ、皆さんはもう施設のほうに入るといような準備をされます。ヘルパーは全く足りていません。ですので、在宅がもう危機的な状況であるということは、重ねてお話をさせていただいたかったなと思います。

質問ですけれども、このICTとかテクノロジーを使って、三菱総研さんの資料でいうところの9ページの生産性の向上の取組による効果というところが書いてありまして、きっと、いろいろな機器を眠りセンサーであるとか、尿量の測定の機器であるとか、いろいろなものをお使いになると、本当に介護予防にもなるし、きっといい効果が得られるだろうなと、私も思うのです。

ただ、介護というのは、ほかの専門職もそうですけれども、PDCAで成り立っていて、計画を作ってしっかりとその計画どおりに事を運ぶということで、そのアセスメント能力というものがかなり必要となってきます。

この介護過程ということで、私どもは称して言うておりますけれども、そのアセスメン

トをして課題を持ったときに、その課題をどうやって結びつけるか、いろいろな問題が生じたときに、それをどうやって課題にしっかりまとめ上げるかということが、介護の人たちが一番の力を発揮するところなのです。そのこのところというのは上手にできるのかどうか、ちょっと教えていただきたいなと思って、いろいろな情報は取れると思うのですけれども、そのこのところはやはり人間でやるのだらうなと思うのです。どういうふうに取り回されているのか、ちょっとお聞きしたいのですけれども、どなたか答えていただけますでしょうか。

○佐藤座長 恐らく今、御質問は三菱総研さんだったと、まずは三菱総研さんに答えていただいて、それから、先ほど大浦専門委員からの御指摘もあったので、厚労省さんのほうにまとめて回答をお願いします。

では、すみませんけれども、三菱総研さん、お願いいたします。

○齋藤グループリーダー 三菱総研でございます。ありがとうございます。

課題の分析のところですが、私のほうの理解でいいますと、まず、そもそもの課題が見えていないとか、課題の背景要因が見えていないといった施設さんもあられるのかと理解しております。

それらは、このICTとかを使うことによって、例えば、尿量が分かる機器とかで言うと、これまで尿量とか全く見えてなかったものが見えるようになる、心拍とかが見えるようになる、それによって課題の分析とか、よりできるようになってくるといったところがあると思っています。

ただ、機器を導入したばかりの施設ですと、なかなかすぐに分析できないので、そういったところを、これまで私どもが支援させていただいている実証については、私どもから、技術的な支援といった形で施設さんとディスカッションさせていただいて、こういったところどうですかといったところを踏まえて、支援をさせていただいて、施設さんの中でPDCAを回せる御支援を微力ながらさせていただいております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、いろいろとコメントがありましたけれども、いかがでしょう。

○堀内審議官 厚生労働省の審議官の堀内でございます。

いろいろ御意見をいただきまして、ありがとうございました。

大浦委員からいただきました、ビッグピクチャーが必要と、今のままでは駄目ではないかという御指摘、介護の現場で長年の経験に基づいた御意見で重く受けとめさせていただきたいと思ってございます。

我々のほうで議題ではなかったのですが、説明はしませんでしたけれども、現在、地域包括ケアシステムの構築ということで取り組んでいるところでございます。

先ほどの自治体の将来推計でも在宅が増えているのは、そうした取組を自治体のほうでもやっていくということで取り組んでいって、将来的に在宅の人数が増えているというこ

とだと思えますけれども、その辺はしっかりと取り組んでいきたいと思っております。

一方で、事象の検証、これは前回もそうでしたし、本日も生産性の向上という観点では取り組むべきだけれども、いろいろ懸念もあるというような御意見もありましたので、そうしたところをきちんと、SOMPOケアさんも、本日いらしていただいていたけれども、今までの知見なども活かしていただきながら、ぜひ、我々のほうで精力的に、先ほど申し上げたようなスケジュール感で、建設的な御議論ができるように取り組んでいきたいと思っておりますので、どうぞ御支援いただければと思います。

以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

まだ、ちょっと意見があるかもしれませんが、すみません、ちょっとまだほかにも議題がたくさんあるものですから、ここで一旦打ち切りとさせていただきます。

こういうテクノロジーの利活用というのは、入れるか、入れないかではなくて、現場の状況を見ながらどう入れていくかだと思いますし、それを見極めるための実証事業だと思いますので、実証事業をやりっ放しではなく、どうやってこれを全国展開していくか、あるいは利活用、普及させていくかということ、そういう視点で取り組んでいければと思います。

すみません、ちょっと強引なまとめになりましたけれども、まず、テーマ1は、ここまでとさせていただきます。

では、続きまして、第2部になります。もちろん、委員の先生方、専門委員の方々、まだ足りない御質問につきましては、また後日、言っていただければ、事務局から厚労省に投げて、また、回答をいただくようにいたします。

では、第2部のほうに移らせてください。第2部は「質の高い在宅介護の実現について」ということになります。

御出席者のほうの紹介をさせていただきます。株式会社ソラストから高崎哲矢事業開発本部新規事業推進部長、それからZ-workから小川誠創業者取締役、高橋健一取締役、それから、厚労省からは第1部に引き続き御出席いただいております。

では、すみません、時間が限られていますけれども、5分以内ということでソラスト様、Z-work様からまとめて御説明をよろしくお願いたします。

○高崎部長 ありがとうございます。

株式会社ソラストの高崎でございます。株式会社Z-work様と一緒に質の高い在宅介護の実現、バイタルセンサーの活用の御提案をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

こちらは、日本と海外の介護事情を在宅死亡率で比較したものでございます。日本では、最期を在宅で迎えるに当たり、本人や家族の負担、在宅ケアにおける体制に不安を感じている人が多いというデータもございます。住みなれた自宅で最期を迎えるには、要介護度の進展を抑制するとともに、要介護度が進展しても安心して自宅で暮らせる在宅ケア体制

の構築ということが重要だと考えてございます。

在宅ケア体制の構築には、テクノロジーの活用による生産性向上、業務プロセスの改善も必要となっております。国内における介護ICTの取組について簡単に御紹介させていただきます。

既に、国内における介護現場では生産性改善を目的としたロボット、センサー、ICTの活用が導入されつつございます。また、昨年からは科学的介護の推進も開始となり、ケアの質の向上につながる施策もスタートしております。

現在、ソラストが取り組んでいる科学的介護は経験的ケアからデータに基づくケアへ転換するべく、ADLの向上と認知機能、栄養管理、介護の質向上と、4つの領域で当社約20の事業所で、大学や企業と共同研究や実証実験を実施してございます。

介護の質向上に関しましては、入居系施設でセンサーを試験導入しまして、バイタルデータや人感センサーのデータから利用者の睡眠状態や行動特性から、インシデントの未然防止や従業員の業務改善の効果を検証してございます。

ソラストにおける科学的介護の目指すべき姿は、LIFEにも協力しながら、独自で誰が見ても同じ評価ができること、定性ではなく定量評価をすること、データ×テクノロジー×人による安心・安全な介護サービスを展開することで、住み慣れた地域で最期まで生活できる体制を構築していきたいと考えております。

それでは、在宅介護の課題に移りたいと思います。

現在、在宅介護の課題としまして、独居世帯であるとか、夫婦ともども高齢による老老介護の増加や、自宅で安心して過ごせる環境整備が不十分なことによって、やむなく施設介護を選択しているケース、また、子供や家族が遠距離で生活していることから、本人の認知機能が低下している場合は、ケアマネージャーが新しい情報を入手できずに難渋しているケース。あと、自宅という閉鎖的空間での介護サービス提供による利用者からのハラスメントというのも、昨今対応に難渋するケースが増加しております。

バイタルセンサーなどを活用しますことで、ヒアリングだけでない、定量データ取得による精度の高いケアプラン作成であるとか、離れて暮らす家族が、まるでそばにいなような感覚で、利用者本人を見守ることができることで、要介護度の進展を抑えながら、住みなれた自宅で最期まで安心して生活できる環境構築ができると考えております。

こちらは、在宅でバイタルセンサーを設置することで期待できるベネフィットとしまして、利用者だけでなく、ケアをするスタッフの安全を守ることや、情報を医療、介護、行政を含めた多職種連携で役立てるなど、幅広い範囲で期待ができると考えております。

こちらは、実際に在宅環境に近い居住系施設での活用事例をお示させていただきます。

こちらは、83歳で要介護度3の女性ですけれども、夜間落ち着かずに廊下をうろうろ歩き回る、いわゆる夜間せん妄で、スタッフも対応に難渋するケースが出てきておまして、バイタルセンサーや人感センサーからの情報を基に、日中帯のケアの内容を工夫したことで、夜間せん妄がなくなり、スタッフの夜間作業軽減につながったケースがございます。

また、転倒リスクが高くなった88歳、要介護度2の女性に関しましては、バイタルセンサー、別途、離床センサー、トイレ、人感センサー等複数のセンサーから情報を解析しますと、夜間覚醒し、10回以上トイレに行っていることが判明し、医師へ相談し、診察したところ、膀胱炎の発症が分かり、投薬治療後は症状が安定し、よく眠れるようになることで、日常生活も活発となり、要介護度が1に改善したケースというのもございました。

また、独居高齢者の急変の兆しを遠隔に住む家族や訪問ヘルパーに通知することで、孤独死を防ぐと同時に、センサーデータを機械学習させ、看取り期の予兆をアラート通知することで、医療介護スタッフもフォローしやすくなり、住み慣れた思い出のある自宅で最期を迎えたいという本人の意思を尊重することも、センサーで実現できると考えております。

御参考までにセンサーにかかる費用ですが、Z-work sの場合で初期費用が16万円、月額4,000円の費用がかかってまいります。

それでは、在宅における介護保険の福祉用具の現状と課題について、こちらは、現在、介護保険の福祉用具につきましては、厚労省告示、解釈通知に規定されており、車椅子や床ずれ防止用具などがあります。

センサー類は、認知症老人徘徊感知器のみとなっておりまして、また、現状クラウド利用を前提とする機器につきましては、評価方法が明示されていますが、現状クラウド利用の福祉用具というのは認められておりません。

今後、LIFEへの連携であるとか、地域包括ケアによる多職種連携の促進を鑑みますと、各々単独に機器から通知が来ても、情報を組み合わせるには人の手がかかってしまいまして、不効率かつ煩雑となってしまいます。クラウドを活用し、在宅介護に関わる多くのステークホルダーが情報をリアルタイムに確認できることは、利用者本人の自立助長であるとか、介助者の負担軽減にも寄与できると考えております。

現在、介護保険を利用し、在宅介護で利用可能なセンサーは、認知症高齢者が屋外に出ることを防ぐために活用されるもので、徘徊の防止という目的にとどまっております。

睡眠や生体情報、離床やトイレ利用といった、居室内での行動を別居家族や訪問介護事業者がシステムで遠隔から閲覧できるセンサーの在宅介護における活用につきましては、過去に厚労省の検討会で検討され、「一般の在宅での適切な利用方法や、利用者の自立助長への効果、介助者の負担軽減への効果を明らかにする必要がある」と指摘された経緯がございます。

なお、エビデンスの収集に至っては、必要なエビデンスの内容やデータ量が明示されておらず、不透明であり、かつ在宅でのデータ収集はコスト面からも容易ではございません。

こちらは、過去の検討会審議内容で、センサーに関する内容でございます。御参考までに御提示させていただきます。

在宅におけるセンサーの活用は、データに基づくケアプランやオペレーションの改善にもつながり、安心・安全に自宅で過ごし、要介護度の進展を抑制するとともに、要介護度

が進展したとしても、安心して自宅で暮らせる在宅ケア体制の構築ができ得る一手となると考えております。

規制改革の要望というところで、御提案のページでございます。在宅において科学的介護を推進するためには、各種バイタルセンサーによるバイタルデータの収集と、日常生活動作にかかる生活活動データ等の複合的な解析により、利用者に最適なケアプランやケアサービスを提供することが必要であると考えます。

施設介護でのセンサー有用性は証明されていますので、可能であれば在宅でのエビデンスを収集せずとも、施設介護での有用性や安全性のエビデンスをもって評価していただき、在宅で収集すべきエビデンスがある場合は、内容について明確化いただければと考えます。

また、クラウド利用によってデータを複合的に組み合わせて分析することで、利用者に最適なケアプランやケアサービスを提供することが可能となります。このようなクラウドサービスが果たす機能は、本来、目的を果たすための機能として必要であると考えております。

以上を御提案させていただきます。以下は、参考資料でございます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では次に、厚労省様から御説明を5分以内によろしくお願いいたします。

○堀内審議官 ソラスト様、Z-work s様、御説明ありがとうございました。

御提案で具体的に介護保険の福祉用具についてのものがございました。いろいろ取組なども御説明いただいたのですけれども、福祉用具の点について、制度なども含めて、資料の1-6で御説明させていただきます。

まず1ページおめぐりいただいて、2ページでございます。介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るということから、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものとして、保険給付の対象としてございます。

福祉用具は貸与の原則がでございます。原則貸与で例外的に販売ということになってございます。販売種目というものは、他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うものとして、腰掛け便座とか、自動排泄処理装置の交換可能部品というようなものになってございます。

3ページは、介護保険制度における福祉用具貸与の対象種目の一覧、イメージでございます。

4ページが、福祉用具の範囲の具体的な考え方でございます。

介護保険制度における福祉用具の範囲ということで、点線で大きく囲ってございますけれども、1から7の項目がでございます。具体的にこの項目に該当するかどうかというところで検討しているところでございます。

5ページを御覧ください。

具体的な検討は、目的のところに書いてございますけれども、介護保険福祉用具・住宅

改修評価検討会というものを開催して検討してございます。

検討事項といたしましては、その下に書いてある点でございます。

評価・検討の流れでございます。ここに書いてあるのは、現在のものでございます。新規提案の場合、これにつきましては、1年に1回、基本的に評価検討会を開催しているところでございます。

そのときに評価継続となったものにつきましては、通年で必要なエビデンス等が整理され次第、随時評価検討会を開催するというようにしてございます。

実は、これは、つい最近このように改めたものでございます。後ほど、それはまた説明させていただきます。

まず、あと介護保険の福祉用具・住宅改修評価検討会のメンバーですけれども、下につけてございますが自治体の関係者、あとはリハビリテーションセンターなど現場で働いている方々、あと実際の施設の方々、そうした方々も含めて評価検討をさせていただいているところでございます。

6ページを御覧ください。

先ほど申し上げましたように、現在の評価検討の進め方は令和2年度に改めて整理したものでございます。それまでは、開催も1年に1回ということではございませんでした。

上から4つ目の白丸でございます。従前は不定期の開催であったが、通年で評価・検討を行い、少なくとも年1回は評価検討し、結果を取りまとめるとしてございます。

また、1つ戻って恐縮ですけれども上から3つ目の○、やはり、今日もソラスト様からお話がありましたけれども、検討に当たっての視点がよく分からないということがございましたので、そこは再整理して、この下のほうに評価・検討方法の再整理と書いていますが、こういうふうに透明性を高める観点からの見直しも行ったところでございます。

この中の3つ目の○、複合機器を搭載した福祉用具の評価、先ほどクラウドのお話もございました。個別の製品につきまして、私ども、ソラスト様、Z-work様の商品がどのようなものかというものが分からないので、あくまで一般論でございますけれども、確かにかつては、通信機能などの付加的な機能を有する福祉用具は、これまで原則認めてこなかったのですけれども、令和2年度に改めて評価基準を整理した際には、クラウドだから駄目とかそういうことではなくて、総合的に勘案して判断するとしたものでございます。

7ページ、8ページは、具体的な検討の視点でございます。

9ページを御覧ください。

これは、先ほど申し上げたように制度を変えまして、評価検討の継続については通年でということで、これは、昨年12月、評価検討の継続中であったけれども、エビデンスが出たということで、評価検討会を開催し、新たに種目として追加するというようになったものでございます。

確かにソラスト様がおっしゃったように、在宅のデータというのは、なかなか入手しにくいというものがございます。これもちょっと御覧いただきますと、総合的評価、下のほ

うのところの1つ目の○ですけれども、認知症の対応型共同生活介護におけるデータということで、必ずしも在宅ではないのですけれども、そうしたところのデータをある程度判断して、今回適切としたものでございます。

先ほど申し上げましたが、あくまで一般論でございますけれども、何が何でも在宅ということではなく、在宅に応用できるところを評価しているところでございます。

10ページでございます。

御提案いただきましたセンサー等のお話、せっかくいただきましたので、これまでの考え方を少し述べさせていただいてございます。

先ほども申し上げましたように、ソラスト様、Z-work様の商品については、これまで検討会のほうに御提案いただいているので、あくまでも一般論でございますけれども、まず1つ目の点です。在宅使用の観点とか、クラウド機能等複合機能を有する機器の観点も含めた福祉用具の評価・検討ということで、先ほど申し上げましたように、上から2つ目の黒丸でございます。

通信機能等の複合機能を有する機器、クラウドだから駄目ということではなく、ここに書いてあるような視点から総合的に勘案して評価・検討を行うようになってございます。

また、先ほどの在宅かどうかという点につきましても、その3つ目の黒丸でございます。

あと具体的なエビデンスの内容とか量の明確化、収集に係る支援ということでございます。

これにつきまして、先ほども少し触れましたけれども、評価・検討の継続となっている提案もでございます。上から2つ目の黒ポツでございますけれども、提案者がさらなるエビデンスを取得するためにどのような追加的な実証等を取り組んだらいいかということは、その都度、検討会の構成員から助言等をいただきながら進めていくことができるように取り組んでいきたいと思っておりますし、また、令和4年度には、介護保険制度の新たな福祉用具の提案の際に提案者の方が活用できるように、ポイントなどを示した手引、そうしたものの作成に向けた調査研究にも取り組んでいきたいと思っております。

以上になります。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、これから質疑応答に入りたいと思えます。大体時間を15分から20分程度をめぐらせてください。

最初、ソラスト様のほうに、今の厚労省様の御説明でよろしいのかどうか、あるいは、どういうところが、特にソラスト様としては障害というか、問題だと思っていられるのか、ちょっとその辺り、もう少し具体的にお話をいただければ助かりますが、いかがでしょう。

○高崎部長 ありがとうございます。

こちらに関しまして、今日、同席しているZ-work様の小川さんにも御意見をいた

だきたいと思います。お願いします。

○小川取締役 Z-work sの小川と申します。

私ども考えていたのは、やはり情報をうまく収集できていなかったという反省点はございますが、基本的に徘徊老人検知装置として、テクノエイドさんに申請する、実際、過去にさせていただいたことがあったのですけれども、そのときに、クラウド利用前提というところで、1回はねられたことがございまして、それが令和2年度に変更されて、さらに徘徊老人検知以外のカテゴリというところでも御検討いただけるということであれば、改めてこの論点で申請してみたいなと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ちょっと頭のエクササイズで、今日ソラスト様から御紹介いただいたセンサー、仮に、これを申請したときは、福祉用具として認められそうなものなのですか。厚労省さんが決めることでは、この段階ではないのですけれども、厚労省さんとしては、どんな感じですかね。

もし課題があるとしたら、これなのだというのがあれば。

○須藤課長 すみません、担当の高齢者支援課長でございます。

なかなか具体的な提案を踏まえた上でないと、というところがありますが、例えば、今日、ソラストさんからの資料の22ページのところに、ちょっと同様のものかどうかというのは、もちろん精査が必要かと思いますが、見守り支援機器Bということで、参考で載せていただいているように、これもセンサーを活用しながら、見守りという観点で、評価検討に上がったものでございまして、こちらの25ページに、前回、昨年3月に評価・検討したときの結果でございますが、7項目あるうちの有効性・安全性のところと、在宅での使用のところで少しエビデンス不足ということで、今、継続検討になっております。自立に資するという観点とか、いろいろとそれぞれの論点や検討項目に従って見なくては、何とも確定的なことは申し上げられませんが、提案の前から全く駄目とか、全くいいとか、そういうものでは決してないと思っておりますし、こういったセンサーを使ったものについて、先ほど審議官からも申し上げましたように、クラウドとか通信機能を使っているから、門前払いとか、そういうことは決してないということは申し上げたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○高崎部長 当社は訪問介護事業所もやっておりますので、それなりのエビデンスを作る場としては、在宅でのフィールドで、何かしらそのエビデンスを蓄積するという環境はあると思っておりますので、今後とも厚労省様といろいろディスカッションをしながら、こちらの部分を進めていければなと考えているところでございます。

御意見ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、委員、専門委員の方々から質問、疑問、コメントはいかがでしょうか。

どうぞ、大石専門委員。

○大石専門委員 ソラストさんとZ-work sさんにお伺いしたいです。

非常に素晴らしいお取組だと思っていて、おっしゃっていましたが、ほとんどの高齢者は施設に入らないで、多分、統計的にいって8割方ぐらいは自宅で最期まで過ごされるのです。その方々をよりよい環境で過ごしていただく、また、安全な環境で過ごしていただくというためには、やはり、今やっという取組というのは、とても大事だと思います。

ですから、先ほど厚労省様のほうも、これは、はねられるわけではないとおっしゃいましたが、やはりこういう取組をより積極的に、どうやったらいろいろな高齢者の御自宅に入れられるかということを考えるべきことだと思います。これは私のコメントです。

あと質問なのですが、それを自宅に入れていくときに、私も似たようなことをいろいろ考えたことがあって、ちょっとZ-work sさんは、昔ちょっとコンタクトもさせていただいたことがあるのですが、高齢者の御自宅にWi-Fi環境がないことが結構ネックになってくる。施設の場合もWi-Fi環境がなかったり、もしくは非常に弱かったりすることが、結構ネックになってくると思います。

ですので、ちょっと福祉用具という概念に合わないかもしれないですし、現行の枠組みは、厚労省様としては難しいかもしれないのですが、やはりこういうWi-Fi環境を入れて、より新しいテクノロジーが御自宅にいらっしゃる方々に使えるような仕掛けというものも必要なのではないかと思えます。ということに対して、どう思われますかというのを、ソラストさん、Z-work sさんにお伺いしたいのと、厚労省さんには、ちょっと枠組みが違うかもしれないけれども、そういうことを積極的に考えることが、もしかすると、そもそも厚労省ではないのかもしれないのですが、あり得るのかということをお伺いしたいと思います。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、ソラストさん、まずは、御回答というか、よろしくお願いします。

○小川取締役 Z-work sの小川から、よろしいですか。

○佐藤座長 お願いします。

○小川取締役 こちら、Wi-Fiは一切使っておらず、4G回線を使っております。ですので、高齢者宅、あと施設さんもそうですけれども、電源だけ御用意いただければ、どこからでも接続できるように工夫しておりますので、Wi-Fiですとかネットワーク工事は一切不要の仕組みになります。

それと気になっている点が1個ありまして、介護福祉機器として自立を促進するとあるのですが、私自身、在宅介護で親を看取りまでやった経験があるのですが、やはり自立するとか、改善していくというのは、かなりきつい人間にとっては、かえって虐待に近いところは感じておりまして、ライフエンディングをいかに納得した形で迎えてもらうかというのが、やはり私の中ではテーマになっています。

そういう中で、やはり慣れ親しんだ自分の家で、しっかり納得した最期を迎えてもらい

たいと、センサーの力、やはり、親なので子供の前で強がってしまったり、女性の職員さんの前で強がってしまったりというのがあって、ファクトがやはり見えてこない。

ですので、24時間センサーのデータを取りためることで、本当の事実というのが分かった上で、納得したケアプランの作成というところができることは、やはり自立というところではなくて、ライフエンディングに向けての設計の中に、センサーの持つ役割というのは、新たな価値として御提案できるかなと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○高崎部長 今回、Z-work sと一緒にさせていただいているのは、4G回線だからというところもでございます。弊社は、Wi-Fi環境も整備していますけれども、やはり、壁であるとか、そういうところで、なかなか届かないということがありました。4G回線であれば、緊急時の対応という場合も、迅速にデータが届きますので、やはり、人の命を預かるお仕事でもございますので、そこでWi-Fiの環境のせいで、連絡が滞ったということは、やはりあってはならないというところで、少しでも、その部分が迅速に届くという観点から4Gで動いているZ-work sさんのもので、弊社としては、実証をさせていただいたという経緯もございますので、すみません、そこはちょっと補足させていただきました。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○大石専門委員 ごめんなさい、Z-work sさんの場合は、Wi-Fi環境がなくてもできるという、非常に素晴らしいテクノロジーを使っているんですけど、でも、いずれにしても何らかの形でつながる仕組みというものを作らなくてはいけないということはあるということですね。

そこら辺を、ちょっと厚労省さんはどう思われているのか、ちょっとお伺いできればと思います。

○佐藤座長 厚労省さん、いかがでしょう

○堀内審議官 高齢の方々の御自宅におけるWi-Fi環境などの整備という面では、大石委員も少しおっしゃっていましたが、厚労省だけではなくて、政府全体で、デジタル化に取り組む中で、国民を取り残さないという観点からいろいろ考えていくべき話、その中の一環として、こうした介護の必要な方をどうするのかというのを考えていくことかなと、今、お話を聞いて思いました。

あと、施設のほうのWi-Fiの機器の設備の点でございます。おっしゃるように、コロナのお話もあり、この点は、介護施設のほうでもなかなか整備ができていないという実情がございました。

それで、少し資料の先取りで恐縮なのですが、資料の1-9の12ページを御覧いただければと思いますけれども、この12ページの右側の下でございます。ICT導入支援事業で介護サービス事業のICT化を支援しているところでございますけれども、2年度の一次補正の横のところを横にずっと見ていただきますと、補助対象に、Wi-Fi機器の購入設置と

いうことで加えたところがございます。

ちょうどコロナの感染拡大している中で、こうしたWi-Fiの機器も、やはりきちんと施設に導入していただくということで、こういう対象にも加えているところがございます。

また、これに当たっては、都道府県のほうでの取組が必要ですので、都道府県においても、きちんと取り組んでいただくようにということで、支援しているところがございます。

また、こうした支援に当たっても、この赤字で書いてございますけれども、いろいろな取組をして、このWi-Fiだけではなくて、各種のシステムの利用などをする場合にも、補助の対象を広げるというようなこととか、補助の割合を増やすという取組をしていますので、我々もこうした面も積極的に推進していきたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員からお手が挙がっているので、佐々木専門委員、大浦専門委員の順番でお願いいたします

○佐々木専門委員 ぜひ大浦先生の意見をお聞きしたいなと思ったのですが、ソラストさんに質問がありまして、先ほどエビデンスを構築したいとおっしゃっていましたが、何をもってエビデンスとされているのかというのをお聞きしたいのです。

と申しますのも、複数センサー活用事例と効果と出されているのを見ますと、例1は、在宅ではちょっと考えにくいシチュエーションというか、在宅で、こんなに小まめに介護職が自宅にケアに行くということはできませんし、そもそも在宅は環境変化のストレスがないので、せん妄というのは起こりにくいというのはありますね。

2つ目のケースは、膀胱炎が判明したのはセンサーだと書いてはいますが、これを見る限り、日中かなり頻回にトイレに行かれていて空振りのようですが、もうこの時点で膀胱炎に気づけないというのは、むしろ問題で、だからセンサーがあるからどうこうということではなくて、やはり、介護職のアセスメント力というのは、やはり一定のところで必要なのだらうと思います。

それから、最期を自宅で穏やかに迎えるために、こういう心電図のモニタリングが必要だというような概念が、もしも今後地域に出てくると、ケアが医療化されていってしまうのではないかと、皆さん自身御自分のこととして考えていただきたい。皆さんが年をとって弱っていったときに、ベッドの周りにセンサーがあって、トイレにセンサーがあって、そして、心電図がついていて、心拍数がモニタリングされていて、不穏があると警備会社が駆けつけてみたい状況というのが、果たして、これが自然な人間の年の取り方なのかというと、そうではないのではないかと。

先ほど大浦先生がスウェーデンでは、高齢者がみんな自宅で死んでいるのは、自分ももう近い将来死ぬという覚悟があるからだという話ですが、これは何となく、最期、ちょっと断続的な心肺停止なのだったら、ちょっと救急車で病院に送ってください、私、間に合わない困るのでという家族がたくさん出てきて、自宅の看取り率は逆に下がるの

ではないかと、僕は思っているのですけれども、どうでしょう。

○高崎部長 ありがとうございます。

最初のエビデンスに関しましては、先生のおっしゃるとおりで、我々、介護スタッフは主観的な視線で御利用者様のケアをしています。我々、定量的なデータをたくさん集めることによって、正しいケアプランを作成したりであるとか、より定量的なデータに基づいたケアというものをできる限りしていきたいという考えで、まだ、これは始めたばかりでございますので、まずは多くのデータを集めていく中で、いろいろな変数をいろいろ打ち出して、さらにその中で多職種の専門家の意見を入れながら、PDCAを回す中で、こういう状態の場合には、こういうケアがいいというものをつづつ作っていく必要があると思っております。まずは、そこを今やっているところでございます。

ですので、今、御指摘いただいたその事例というのも、徐々にブラッシュアップしていければいいなと考えております。

あとは、看取りの部分に関しては、小川さんから、お願いします。

○小川取締役 こちらのセンサーは、心電図というよりは、SOMPOケアさんでも使われているようなマットレスの下に置く非接触型の振動センサーになります。ですので、基本的には体に何かつけて、もうずっと看取りで何か医療機器みたいのをつけると、そういうことではなくて、基本は、やはり看取りにちょっとフォーカスされましたけれども、やはりケアプランの作成だったり、ケアプランのアセスメントをする際の定量データというのは、なかなか在宅では取りにくいというところがありますので、それも一因として考えております。

過去、実証実験で在宅の方、元気な方にセンサーをつけさせていただいたのですけれども、確かにトイレにセンサーを入れるのは、皆さん嫌がったので、あれなのですけれども、基本的には気にならないところに置かせていただきました。テレビの横、リビングでの過ごしている時間の活動だったり、あと一番効果的だったのは、玄関の人感反応、外出の有無だったり、曜日感覚の有無、こちらに関しては、燃えるごみの日に玄関を利用されて、ごみを出すかどうかというだけでも、ADLが分かるような、曜日感覚というのが分かってきた実験データがありますので、言ってみれば、尊厳を損なわない程度のセンサーの置き方というのも大分在宅では知見をためてきていますので、その辺りは、寄り添ってセンサーを利用いただけるのではないかと考えております。

○佐々木専門委員 エビデンスというのは、基本的には研究するときは、エンドポイントというのを決めるのですけれども、皆さんがやりたい研究というのは、何をもって成果があったとしたいと、それで厚労省に持っていきたいと思っていられるのですか。

○小川取締役 ソラストさんは、よくおっしゃっているのですけれども、定量データ、こちらの目指す先というのは、匠の技を組織で行うと。ベテランの介護職員さんの動き、あと知見、それを全ての事業者さん、事業所はたくさんありますので、そこで同じようなケアの質の維持をされるときに、定量データの重要性及びその定量データから因果関係を持

って、どういうケアをしたら効果的だったかという、ノウハウをためて、実際に回していくということで、エビデンスとして成り立つのではないかと考えております。

○高崎部長 我々もエビデンスという部分においては、勉強しなくてはいけないところはあるかもしれませんが、我々としては、状態AAから状態Bに変わる際に、どういう打ち手をすると、この利用者様がどういうふうに変化するかという部分を少数で検討した後、その中で、こういう傾向があるので、この状態の御利用者様は、こういうケアをした場合、こういう変化があるかどうかというのを、今度は多くの御利用者様を使って、実際に試してみるというのを繰り返していくようなことが必要ではないかなと考えてございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間の関係もありますので、次に大浦専門委員、よろしくお願いたします。

○大浦専門委員 佐々木先生がおっしゃることは、私はよく分かるので、嫌ですよ。それよりも、もしも厚生労働省が、これこれのものをつけないと、在宅で死なせてあげないよみたいな話をやりそうだなと、私たち長く厚生労働省とつき合っている人間は危惧するので、やはりそういう話が出ると思うのですよ。

ですので、それがあっても、なくても、きちんと在宅で亡くなることができるという幅を、まず持っていただきたい。1点目です。

2点目、また、もう一回申し上げますけれども、地域包括ケアシステムでしたか、あれを作るに当たって、人員配置にどれぐらいを見ているかというのが、多分とても不思議な、現実不可能な数になっているのではないかと、私は想像しております。

ですので、きちんと何人で、これはやれるのか、それは、厚生労働省さんにお出しいただく必要があると思います。

つまり、今の人数の半分ぐらいでできるというシステムでなければ、ワークはしません。これから人間は減りますので。

それから、もう一つ、まず、これが最初だろうと思うのですよ。ですので、こういうトライアルはやっていっていただかないと、もう先にいかないので、どんどんやっていただいてもいいのかなと思うのですけれども、今回の佐々木先生が最初におっしゃったこと、これは、在宅ではないでしょうと、施設ですねというのは、私も若干危惧しますので、在宅と施設は全く違うものなのですね。ですので、しっかり在宅側でのセンサーをやったらどうだったというデータをいただければ、多分、医者というか、私も医者なのですから、何とかいろいろな運営側も納得できるのかなと思います。

最後に、物すごく格好悪い質問をさせていただきます。法人の回線ですのでとおっしゃいましたけれども、では、その法人回線を使うということは、おうちにどんなことをしなければいけないのかというのを教えてください。

○佐藤座長 では、最後のほうだけ、お願いします。

○小川取締役 法人ではなくて、4Gです。第4世代の。

○大浦専門委員 4Gとおっしゃったのですね。すみません、4Gだったら物すごいお金がかかるのではないですか。

○小川取締役 それが、今、データ専用シムというのがございまして、月々数百円です。

○大浦専門委員 分かりました。すみません、ちょっと格好悪い質問だなと思って、全然分からないと思ったので、ありがとうございました。

○佐藤座長 多分、みんなも疑問に思っていたので、よかったと思います。ありがとうございます。

すみません、お時間の都合で、武井委員。

○武井座長代理 すいません、短く。厚労省さんへの一般的なお願いなのですが、デジタル化が進んでいる中で、エビデンス、エビデンスとなっているわけですが、とにかく無の証明を求めるような、そういうエビデンスは無理なわけですね。基本的にアジャイルの発想で御願いしたいです。デジタルはどんどん使いながら発展していくので、100点で用意スタートということではないので、過去のアナログの発想で、エビデンス、エビデンスと求めるのは避けていただければと思います。一般的なコメントですがそこは、強く指摘しておきたいです。

あと、これは、デジタル庁さんにも絡みますけれども、私も人のことを言えないですが、お年寄りの方を含めて、デジタル技術に対するリテラシーを高めるといふか、やはりデジタルへのなじみを日頃から、かつ今から深めていかないといけないと思います。介護の、この年になってからいきなりというのではなく、今からデジタル技術に対するなじみを深めるということは、より大事だなと。そういったメッセージも、これからは大事かなと思いました。

以上、2点です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

もう一人、落合専門委員からもお手が挙がっているので、これで打ち止めとさせていただきます。

○落合専門委員 ありがとうございます。私も手短かに3点です。

1つめが、全体としてどのような計画で、2040年から50年ぐらいに制度を保つことができる形にしているかを早めに決めていくことが非常に重要ではないかと考えております。そういう計画を検討する中で、どの部分をICTで補うのか、どの部分で人を増やのかという議論になると思います。ICTの何を評価するかというポイントについては、全体の計画を決めたからこそ決まるはずですので、ぜひそういった全体の計画の整備を含めた御議論をお願いしたいと思います。

第2点としては、ICTのエビデンスの評価についてで。医療・介護にもともと携わられていた方々からすると、十分理解していないのに、けしからぬという場合も恐らくあるとは思われます。一方で、具体的にどういう仕組みを、どのような手順すればいいのかが分か

っておられないけれど、技術は持っており介護の領域でも使ってほしいと思われる方も増えてきている状況だと考えます。既に調査事業で、エビデンスの考え方であったりとか、先ほど佐々木先生がおっしゃっていただいたエンドポイントとかを整理することも重要です。どういう計画を組んで、どう準備をするべきなのかがわかるよう、事例として過去はこういうものが評価されましたとか、今後考えるガイダンスになる情報を御紹介いただくような取組は進めていただくと、新しい良いものが、評価される可能性が高まるかなと思いました。

最後の第3点ですが、介護分野の場合、先ほどから通信ネットワークの話もございましたが、高齢の方々や介護人材の方々に、ITに詳しくないという方が大半かとも思われます。そういった方々をサポートする仕組みを整備して頂くということで、場合によっては、多少予算を設けることもあるかもしれませんが、取組を進めていただくのも必要と考えました。

最後は、議題からずれていましたら申し訳ございません。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

どれも非常に重要な論点だと思います。

厚労省さんのほう、もし、御回答があれば、手短にお願いします。

○堀内審議官 武井代理からお話もございました、100点を指すのではなくてと、我々も先ほど資料で少し触れましたけれども、9ページ、実際の実例でございますけれども、逆にこれで認めて何でもいいというわけではなくて、まずは発車するけれども、いろいろな留意点とか、さらなる補完も必要ということで話を進めるということで、その上でマルということでやっていますので、この時代に乗り遅れることがなくやるように、先ほど言いました令和2年度に評価・検討の進め方などの改正もしたところでございますけれども、引き続き、時代の流れにきちんと即応できるように対応していきたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、すみません。時間はとくに過ぎておりますので、こちらのテーマのほうは、ここまでとさせていただきます。

先ほどのテーマについても、そうなのですけれども、やはり、ある種、ICTであるとか、新しい技術は、現場に選択肢を与えるもの、利用者にも選択肢を与えるものだと思いますので、そういう観点から普及促進に努めていただければと思います。

次、ローカルルールです。第1部と第2部が終わりましたので、今度はローカルルールということになります。

こちらのほうにつきましては、引き続き、厚労省さんに御出席いただいております。これは事務局のほうからの御説明になりますね。事務局のほう、よろしくお願いたします。

○事務局 では、資料の1-7で御説明をさせていただきます。説明は、簡潔にさせてい

たきます。

まず、経緯でございますけれども、市町村が介護事業者に対して、それぞれ独自のルールを求めているということで、介護事業者、特に広域で事業を営む事業者の事務コストの増加を招いていると、そういう指摘がございます。参考1に具体例を紹介させていただいております。

こういう問題意識のもとで、当ワーキング・グループでも、昨年度、一昨年度にも一定の取組をやっているところがございますけれども、なかなか事業者から評価を得るには至っていないという状況になっていると理解しております。

もちろん「もっとも」と丸のところに書いてございますけれども、市町村が保険者であり、介護事業は市町村の自治事務ということもございますので、市町村の各種の特性を踏まえたような独自ルールが必要となること、それは想定されるのだろうと思ってございますけれども、参考1に書いておりますが、膨大な書類について、それぞれ一つ一つについて様式、記載事項あるいはボリューム等々が違ってくるといった状況について、どうやって考えていくのかということが大きな論点なのだろうと思っております。

それで、2.の(1)に書かせていただいておりますけれども、結局、この話は、介護事業者の事務コスト増、ひいては利用者の負担増ということと、市町村の自治事務でやることを踏まえた配慮と、その折り合いをどう図っていくのかということなのだと思います。

その中でも、先ほど議論になりましたが、福祉用具などでは、市町村が選定する権限があるというのが、今の建付けになっておりますけれども、メーカーからすると、どの市町村で採択されるのかというのは、必ずしも明確ではない、日本全国でどれぐらいの市場規模になっているのかということまで明確ではないことが、今、ほぼほぼこの世界に大企業が入っていないことの1つの要因ではないかという指摘なども伺っているところでございます。

それから(2)、今後の話でございますけれども、ローカルルール、およそ3種類ぐらいの区分があるのだと思ってございます。手続の話であるとか、内容の話だとか、いろいろ区分があるのだと思ってございますけれども、こういうものについて、果たしてどこまで自治体ごとに異なることが妥当なのかということについて考えていく必要があるのだと思います。

その際に、自治事務だから、必ずしも様式や記載事項が違っていいのだということではないのだろうと思っております。典型的には運転免許証などはそうだと思いますけれども、自治事務だとしても、全国共通の様式等々があるということもあるのだと思ってございます。

そこで今後ですけれども、ローカルルール、各種、種類がございますけれども、そういうものについて、自治体の意見などをももちろん踏まえながら、国で統一をすると、標準化という言葉は、多義的なのであえて使いませんが、統一をすることについて

の妥当性を厚労省のほうで検討してもらう必要があるのではないかとということでございます。

今後の対応でございますけれども、まずはということでございますが、書面、様式等々、介護事業者の行政対応などは、もちろんそうですし、あるいは介護事業者が行政に毎月提出するものではなくても、保管しておかなければいけない書類なども、かなりたくさんあるわけでございますけれども、そういうものについて標準化、先ほども申し上げましたが、統一的な標準化を進める必要があるのではないかとということでございます。

さらに並行して、書面、様式以外についても、どういうローカルルールがあるのかということの把握を進めた上で、統一化の必要性、妥当性の検証を行っていただくということも必要があるのではないかとということの提案でございます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、厚労省様から御説明を5分以内でお願いいたします。

○堀内審議官 引き続きまして、厚労省の審議官の堀内でございます。

資料の1－8になります。

まず、いわゆるローカルルールという点で、先ほども事務局のほうからありました、ここ数年、規制改革会議ワーキングでも問題意識を持って取り組んでいるということでした。私どものほうでも、ここ数年取り組んでおります。前回12月20日のワーキングの際に、杉本委員からも御質問があり、また、座長からも、介護保険部会の委員のときに大きなテーマだったけれども、その後どういう進捗だということもございましたので、改めてこの場で御説明をさせていただきます。

まず、2ページでございます。

これは、いわゆる骨太ですけれども、2019ということで令和元年6月の閣議決定でございます。

真ん中に線を引いてございますけれども、介護、保育、福祉の現場等を中心に自治体ごとにはばらばらな申請書類、添付書類等について、標準化ガイドライン化を進めるということでございました。

それを受けまして、3ページでございます。

我々のほうの介護保険部会のもとに、介護分野の文書に係る負担軽減に対する専門委員会というのを設けました。メンバーは、委員名簿というのを、現在のものをつけてございますけれども、自治体関係者、また、これも介護の現場でやっている事業者の方々、学識経験者などに入らせていただいております。

真ん中でございます。この令和元年の閣議決定なども受けて始めたところですが、元年の12月には中間取りまとめということで3つの視点、検討スケジュールというのを具体的に定めたところでございます。

この3つの視点のうち2番、標準化ということで、自治体ごとのローカルルールの解消

というのを掲げてございます。それにのっとして、その後やってきたところでございます。

4 ページを御覧ください。

大きく簡素化、標準化、ICTの活用と分けてございます。先ほどの中間取りまとめ以降、元年度、令和2年から3年度に取り組んだもの、あと令和4年度までということで残っているものを書いてございます。

標準化の関係でございますけれども、上から3つ目の標準化のみのところでございますけれども、様式例の整備、総合事業の指定申請、加算の届出書等と書いてございます。これにつきましては、この年度内に、自治体等に示したいと思っております。

また、最後のところのグリーンのところ、ウェブ入力・電子申請のところでございますけれども星、※印をつけてございますけれども、電子申請や届出システムの構築のために、介護サービス情報公表システムの改修を目指す、令和3年度中に目指すことにしています。

実際の運用は、令和4年度参加自治体を募集しまして、開始したいと思っております。

なお、こうした取組につきまして、次の議題のフォローアップのところ、令和2年、令和3年と、閣議決定などもございます。その中できちんとフォローアップしているということで、資料のほうは用意させていただいておりますけれども、時間の関係もあるので、その辺は少し省かせていただきます。

そして、また、取組を徹底するための方策。この4ページの右側に点線をつけてございます。そのうちの下のところ、保険者機能強化推進交付金の評価指標への追加というものがございますので、そこを少し御説明させていただきます。

5 ページを御覧ください。

5 ページは、この保険者機能強化推進交付金等の概要でございますけれども、これは自治体等に財政的インセンティブを与えるために客観的な指標を設定して、その交付金を配分するというシステムでございます。

これ自身は平成29年に設けられまして、予算的な規模としては、令和2年に拡充してございますけれども、自治体における、こういうローカルルール解消も含めて、文書負担軽減の取組について、この指標に組み入れるということを令和2年からやってございます。

6 ページ御覧いただきますと、今度は令和4年度、今年の4月から始まる予算年度における配分に当たっての評価指標というものでございます。

ここに掲げているのは、文書負担の軽減、ローカルルールの解消をなども含めたものでございますけれども、7 ページを御覧いただくと、それについての自治体等の取組でございます。

都道府県、政令都市、中核市、全市町村ということで、取組の実施率なども掲げているところがございます。100%になっているものもあれば、そうでないものもある、また逆にそうではないという面では見劣りしているものもございます。こうしたところにしっかりと取り組んでいただけるように、今後もしていきたいと思っております。

個別の論点でございますけれども、事務局のほうから少し事前に御指摘のあった点について掲げてございます。まず、ユニット型の定員の話でございます。

8 ページを御覧ください。

各自治体の運用は変わらないと考えられるけれども、速やかに通知等を発することも含めて検討すべきと、また、どのような段取りスケジュール感で検討を行うのかということで、これにつきましては、先日、追加質問に対する書面回答ということで回答させていただきました。

9 ページがその概要になります。私どもといたしましては、基準省令の改定、そして、また解釈通知の改定をしておりますので、御指摘を踏まえまして、きちんとその旨を改めて周知するための事務連絡等を発出したいと思っております。また、発出をいたしましたら、自治体の対応状況については、きちんとフォローしていきたいと思っております。

なお、この定員の基準でございますが、介護保険法等におきまして、いわゆるこうした基準の分類の中では参酌基準ということになってございます。介護保険、先ほど事務局からございました自治事務ということで、こうした中で、平成23年以降、地方分権の観点から様々な基準を、従うべき基準ということと、あと標準とか参酌ということで自治体の裁量を認めるという基準に振り分けられたところでございます。

基本的に従うべき基準というものは、少なくなっているところで、実は昨年ですけれども、地方分権の観点から小規模多機能型の介護施設の利用定員が、従うべき基準というものがあつたものを標準基準にするというような法律の改正を地方分権一括法でさせていただいているところでございます。

夜間巡視の点、11ページでございますけれども、これも先ほど事務局の論点ペーパーに少しございました、見守り機器を活用する場合の夜間巡視、これも追加の回答ということで用意させていただいたものでございますけれども、12ページになります。

訪室によらない見守りとして差し支えないと我々ども考えていますけれども、こうしたことが曖昧なために、自治体で、まさにローカルルールといいますか、ばらばらだということであれば、これにつきましては、御指摘を踏まえて、きちんと、2段落目でございますけれども、ガイドラインとか事務連絡等で明記して周知したいと思っておりますし、また、その後のフォローアップもしていきたいと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、今いただいた御説明につきまして、質疑応答を始めたいと思います。おおむね時間は15分程度とさせていただきます。

では、どちらからでも御質問、コメント等あれば、いかがでしょうか。

どうぞ。

○小林副大臣 事務局から書類がとても多いところと少ないところがあるという説明がありました。それに対して、電子化するという話なのですが、そもそもその分量すらばらつ

いている中で、電子化するというのは、どういう取組になるのか教えてください。

○佐藤座長 お願いできますか。

○堀内審議官 すみません、少し説明が不十分だったかと思いますが、おっしゃるように、ばらばらの中で、こういうICT化を進めても、かえって手間といいますか、非効率という面もございます。

それで、資料の4ページに戻っていただきますと、簡素化、簡素化・標準化、標準化、ICT等の活用と書いていまして、例えば、ばらばらのようなものについては、まず簡素化をすると、その上でまた標準化をすると、そしてICT化に載せていくと、そういう取組でやっております。

それで事務局のペーパーにありましたように、自治体において必要な枚数が、数枚のものもあれば、百数十枚のものもあるという御指摘がございました。我々のほうでも、この御指摘の分かどうか分かりませんが、こうした自治体によってばらばらなものがありましたら、しかも、その負担が、枚数が、これほど極端なものがあれば、極力最小の枚数のほうに合わせるということで、先ほど申し上げました、簡素化とか標準化に取り組んだところでございます。

口頭で失礼いたします。

○小林副大臣 ありがとうございます。

厚労省さんもやりたいことなのではないかと思うのです。ただ、地方自治体に分権をしてしまったということがあると思います。ただ我々は、物すごく応援するので、ぜひやるべきところまでしっかりやり切っていただければと思っています。よろしくお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしくお願いします。

○大石専門委員 今の厚労省さんのお話を伺うと、かなり前向きに進めていらっしゃると思うのですが、一応、今まで事務局からいただいた資料等々を見ながら、実は私も通所介護事業をやっておりまして、あと、いろいろなところのコンサルティングをやっている中で、やはり現場は非常に困っているという声が上がっております。

ローカルルールの問題もあるのですが、そもそもその書類は要るのかという問題であるとか、あとは何度も出ていますけれども、デジタルの問題であったり、いろいろな課題があって、細かく、本当は事務局のほうで出された通所介護は、こんなにいっぱい資料を求められているという資料と合わせてお話をしたかったのですが、時間もないので、もしも座長のほうでよろしければ、これは、また書面で、私、出させていただきますので、書面で代えさせていただいて、厚労省様のほうは、既にもう対応されているかもしれないのですが、こういうことが非常に現場で困っていることを留意していただきながら進めていただければと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、まず、厚労省さんに振る前に、続きまして、戸田専門委員、よろしくお願

します。

○戸田専門委員 ありがとうございます。

先ほどガイドラインをお示しするような形で進めるという御説明がございましたが、自治体ごとに、保険者としての財政状況が大きく違う中で、加算に関する考え方が大きく異なるケースがある他、多くの介護事業者をふるいにかけてたい自治体もあれば、事業者を多く呼び込みたい自治体もある等、事情が自治体ごとに大きく異なると思います。そうした中で、ガイドラインが1つ示されてそれに集まれと言われてもなかなか乗りにくいのではないかというのが少し懸念されますが、自治体ごとの異なる事情を踏まえ、複数のガイドライン（標準化）を示すようなお考えはあるでしょうか。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答のほうをお願いできますか。

○堀内審議官 すみません、ちょっと確認させていただきたいのですが、ガイドラインと、今、御指摘があったのですが、12ページ目、我々のほうで回答したガイドラインの件でございますでしょうか。

○戸田専門委員 すみません、資料1-8の4ページをガイドラインと読み違えておりました。資料1-8の4ページの「標準化」のことでございます。

○堀内審議官 例えば、様式例の整備などで、こうしたことを周知徹底するために、標準化ということで、自治体に無理にさせるようなことのないようにという御趣旨、すみません、時間もあれですから、そういうことでございましたら、まず、この様式例の整備に当たりますとは、先ほど申し上げましたように、我々のほうで専門委員会にも、自治体の方にも入っていただき、自治体も、御覧いただきますと、県の方、市の方あるいは町の方、あらゆる階層の方に入っていただいて意見を聞きながら、先ほど事務局からありましたけれども、自治体事務であるということも前提にした上で、どうしたものが標準化できるものかということで検討した上で進めているものでございまして、やはり、どうしてもそんなものに従うことは難しいというようなものは、無理にやらせるというようなことではなく対応しているつもりではございます。ただ、これも、もし、現場から御意見がありましたら、そうしたことも踏まえて考えていきたいと思っております。

○戸田専門委員 すみません、申し上げたかったのは、最大公約数的なものを1つ作っても、効果があがらない可能性があり、幾つか異なる事情にあわせたパターン化をしてはいかがかという考えを申し上げました。

○佐藤座長 パターン化というのは、例えば、大都市とか中都市とか、そういった都市の類型によってという意味ですか。

○戸田専門委員 そうですね。

○佐藤座長 なるほど、そういう試みはあるのでしょうか、厚労省さん、要するに政令指定都市用とか、中核市用とか、一般の町村用とか。

○日野課長 今のところは、様式例としては1つのパターンでお示しをしているという状況です。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

先ほど、大石専門委員から御指摘があったように、現場は困っているというのは、確かにそのとおりで、かなりばらつきがあるだけでも、負担感が増すということだと思っております。

すみません、では、戸田専門委員、よろしいでしょうか。

では、次に、大浦専門委員、大橋専門委員の順番でよろしく申し上げます。

では、大浦さん、よろしく申し上げます。

○大浦専門委員 このローカルルールの話なのですけれども、書類自身もそうなのでしようが、実は、実地指導と言われているものに物すごい振り幅があると思うのですよ。それと実際に申請を出したときに、書類には結果しか書かれていないと思うのですけれども、その書類に出すための基準というものの振り幅が、すさまじくあるのではないかなど、私は考えています。

それについては全く対策がなされない。その指導がこんなに違うのだよということには、指導がなされないのであれば、多少その書類を減らしていただくのはありがたいですけれども、全く勝手なことを現地の方がおっしゃるかもしれないのは、厚生労働省さんからきちんとそこを管理するということがないからではないかと思うのですよ、今の日本語、すみません、私、はっきりしないかもしれませんが、現地では、本当に日本の基準とは違うところで指導が行われているように思います。それに対して、どういうふうに今後指導なさるかということが、私は求められていると思います。ぜひ、これは議事録に残してください。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今日は書面の話が出ましたけれども、そういう実地検査とか指導とか、その辺りのガイドライン。

○堀内審議官 すみません、厚生労働省でございますけれども、4ページを御覧いただければと思います。

4ページの右端のところに、実地指導という欄を設けてございまして、いろいろ取り組んできているのですけれども、今の大浦委員の御趣旨を踏まえると、恐らくこういう取組でも不十分だということかもしれませんので、その点は重く受け止めて考えたいと思っておりますけれども、足元で申し上げますと、これも標準化の欄の右端でございまして、実地指導の標準化・効率化指針というものを出示しまして、その周知徹底ということでやっていきたいと思っております。

また、これについても実際の自治体でどう行われるかも踏まえて、また今日の大浦委員の御発言を踏まえて考えていきたいと思っております。いろいろ取り組んでいるのです

けれども、もしかしたら不十分ということかと承りました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大橋専門委員、よろしくをお願いします。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

いろいろ悩まれて、進められていると捉えました。介護分野のローカルルールの中で、今回、文書の様式とか、あるいは書面に関して言うと、事務処理の内容の共通性があって、なおかつ明らかに申請者の利便性にかなうものというものは、あまり考えずに共通化してしまったらいいのではないかと思います。

今回の事務局の資料にもありますけれども、自治体の情報システムについては、そうした標準化をやるとなっています。介護保険がこの中に入っていると認識していますけれども、これについては、恐らく横出しはしないということでやられるのだとすると、これに引っかけて、ほかの文書処理についても、一律に横出しのない方向でやるという姿勢で臨まれることについて、特段大きな異論があるのかどうかということが、私は非常に疑問なのでありますけれども、そうした対応というのは難しいということなのではないでしょうか。

○福田課長補佐 厚労省老健局総務課の福田と申します。

事務に関しては、極力我々も標準化していきたいと考えておるところでございますが、実際、自治体の皆様の意見を踏まえながら進めていくと、それはやりすぎではないかとか、いろいろな御意見もいただくところでございます。

ですので、そういった意見を無視して進めてもなかなか標準化というところは進みませんので、しっかりと自治体の皆様の御意見も丁寧に踏まえながら、標準化できる落としどころをいろいろと検討していきたいと思っておりますし、今までもそうしてきておりますし、引き続き取り組んでまいりたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。よろしいですかね。

では、すみません、これで時間が来ていますので、では、次の杉本委員で最後とさせていただきます。

○杉本委員 ありがとうございます。

今の御質問の御回答と少し関連がある質問になってしまうのですが、先ほど提示していただきました4ページの、これまでの主な取組を拝見しておりますと、令和元年度を取組から始まって、このスケジュールですと、ウェブ入力、電子申請は令和4年度までの取組ということで、この図を見る限り、スケジュールされている計画としてはすでに最終段階にあるように思われます。一方で、最初に事務局から御説明いただいた内容を拝聴していると、各自治体の現場の声としては、まだ負担が非常に大きいということで、これまでの主な取組のスケジュールと、現状の現場の声が少し乖離しているように思えました。こういった取組、これまでなされてきたことは非常に理解するのですが、恐らく、先ほども御回答にありましたが、その取組を各自治体にどうやって周知して、どうやって

協力してもらおうかということが、非常に重要なところであり、結局そこが変わらないと現場の負担というものなかなか変化していかないのだろうと思うのですが、これまで各自治体に、これまでのスケジュールでやってこられた取組を、具体的にどのように周知して、各自治体でどのような連携をとられて、今後、最終段階のウェブ入力、電子申請まで持っていくのに、これからどういうふうに各自治体に周知し、定着をさせていくのかということについて、厚労省さんのほうで、具体的にこれまで取り組んできた内容ですとか、これからやっていこうと思われていることですかありましたら、教えていただければと思います。

○佐藤座長 厚労省さん、いかがでしょう。

○福田課長補佐 老健局総務課の福田でございます。

これまでの令和元年から令和2年度の取組につきましては、局長通知という形で各自治体の皆様に周知いただいておりますとともに、毎年課長会議というものもしておるのですが、そういった課長会議の場でも、こういった取組について周知しているところでございます。

また、インセンティブ交付金の評価項目に追加したことで、自治体の皆様も、こういった取組があることは十分承知しておりますし、各自治体の皆様の介護保険計画を策定するに当たっても、文書負担軽減に取り組むといったところを盛り込んでいただいたりしておりますので、こういった取組をしているということは、かなり広く知れ渡っているところかなと思います。

あとは、今、自治体の皆様がそれぞれ取り組んでいらっしゃることをいかに標準化にもっていくかということでございますが、1つの有効策となるのが、やはりデジタル化、システム化ということかと思っております。ウェブ入力、電子申請というところで、電子申請、届出システムを構築していくことで、まず、そういったところで申請書とか届出の様式といったところは一本化されていくものと期待しているところでございます。

今年度、そのシステムを構築しまして、自治体の皆様のほうでも活用いただけるような準備期間を経て、令和4年度下期頃を目途に運用を開始していきたいと、それで、参加自治体をどんどん拡大していきたいと考えておりますが、そういったところで標準化を一層進めていければと考えております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、時間が大分過ぎておりますので、この第3部は以上とさせていただきます。

実は、私、もともと専門が地方財政なものですから、この分野はいろいろ考えさせられるところがあるのですが、日本の地方分権、分権化するべきは政策であって業務ではないのですね。業務はあくまでも標準で、業務とは、要するに、ゲームでいえばルールですから、その中で、どういう戦術を組むか、これが政策なので、政策は分権化していいのですが、業務、ルールは標準化されたほうがよろしいかと思っております。

もし、標準化から乖離しているのであれば、自治体に、なぜそれを乖離させるのかという説明責任とかエビデンスを求めるとか、そういうことをやることは必要かなという気がしました。

すみません、いろいろと時間が経ってしまいましたけれども、第4部、今度はフォローアップなのですけれども、介護サービスの質の向上と介護職の負担軽減の両立の取組のフォローアップというところで、厚労省様のほうから、5分程度で、すみませんが、説明をお願いいたします。

○堀内審議官 資料1-9に沿って説明させていただきます。

令和2年の7月と令和3年6月の2度にわたる規制改革実施計画への対応状況ということでございます。

まず、2ページを御覧ください。

全てのページの左側が実施計画の内容、右側が取組状況になってございます。

2ページの一番上、これは先ほどの文書負担の軽減、あるいはケアプランのシステムの話が出てございます。

右側でございすけれども、先ほどと重複しますけれども、専門委員会の中間取りまとめ、また、それに基づく取組を事務連絡で発出しているところでございます。

また、ケアプランとか重要事項証明書、こうしたものについては電磁的記録による対応を可能としたところでございます。

次のbでございすけれども、これもローカルルールの絡みでございすけれども、先ほど申しあげましたように、加算の見直しなども行っているところでございます。

特に、この令和3年度、足元ですけれども、加算の届出書の様式とか、総合事業の指定申請、これはもう年度内ということで、もう今2月に入っていますけれども、3月までにはきちんと周知したいと思っております。

3つ目のcでございす。これにつきましても、介護サービス情報公表システムを改修して実現を図るということで、先ほど申しあげましたように、足元も取り組んでおりまして、4年度から自治体にも参加していただこうと思っております。

dでございすけれども、署名・捺印等のケアプランへの同意、これも電磁的記録による対応を可能としてございす。

eでございす。これにつきましては、調査の項目が重複しているようなものは、負担軽減の観点から効率化すべきではないかということで御指摘をいただいたものでございす。

特に2つ目の○のところではございすけれども、これにつきまして17ページを御覧ください。

これにつきましては、当ワーキング・グループではございせんが、内閣府の規制改革行政改革のホットラインのほうからのお話を受けまして、情報公表制度の内容と、一般調査との項目が重複しているということですので、見直しを行ったところでございす。令

和4年度から実施して、回答者の負担を軽減したいと思っております。

また、資料戻っていただきまして3ページでございます。

3ページの上、fでございます。これも保存期間に係る定義というものが、各自治体でばらばらでしたので、右側の最終行ですけれども、記録の性質を踏まえて、記録の種類に応じた起算日を明確化して解釈通知にて周知しているところでございます。

続きまして、ICT・ロボット関係でございます。

aでございますけれども、これは、前回も議論ありましたし、本日も議論がありました、これまでの取組と今後の取組、改めて書いているところでございます。

bでございますけれども、介護支援専門員の業務負担軽減に取り組むということでございますので、これにつきましては、テレビ電話等を活用した実施を認めることとしました。

cでございますが、ICT導入事業、これにつきましては継続して実施しているところでございます。先ほども少し触れましたけれども、予算面の取組を書いているところでございます。

d、これは前回も少し御説明しましたけれども、普及のプラットフォームを構築するというので、例えばSOMP Oケアさんなどもプラットフォームに入っていて取り組んでいるところでございます。これにつきましても、令和3年度も拡充しましたし、4年度以降も拡充していきたいと思っております。

続きまして、4ページでございます。

4ページも、これは前回でしたか、大浦委員からもお話ありましたし、今日も山田政務官をはじめ、委員の方々も少し言及がありました、事業者の方々の言及もございました科学的介護ということで、取組でございます。

我々のほうはLIFEということで、昨年の4月からPDCAサイクルを回して、それを介護報酬上も評価するというので始めたところでございます。

これにつきましては、今後、上から○の4つ目を御覧いただければと思いますけれども、実際には令和3年の6月に全国集計値の提供開始したところでございまして、今年度中に事業所単位のフィードバックの提供を開始すると、また、来年度中には利用者単位のフィードバックの提供を開始できるように取り組んでいきたいと思っております。

また、bについてですけれども、これにつきましては公的データベース間の連結ということで、法律的な根拠がそれぞれ必要でしたが、法律上の手当がございますので、まず医療のほうと介護のDBの連結、そして、またLIFEも連結するというので取り組んでいきたいと思っております。

また、一番下でございます。これは社会福祉連携推進法人制度、これも法律が通りまして、実施時期は、今年の4月からということで目前に迫ったところでございます。

これにつきましては、法律を受けて、検討会を設けて、そこで様々な検討をして、関係政省令や通達を公布していますので、それを今まで周知して4月を迎えるように取り組んでございましたが、今後もスタートしましたら、好事例等の収集を行って周知を図ってい

きたいと思っています。

5 ページでございます。

5 ページからは、令和3年の実施計画に関するものでございます。

a は、先ほど申し上げましたような文書負担軽減の取組でございます。

b と c でございますけれども、b、ケアプランの電子的な送付保存を可能とするケアプランデータ連携システムの工程でございますけれども、これにつきましては、国民健康保険中央会にシステムの構築運用をお願いして、それに伴って今システムの改修を行ってまいります。令和4年度中には構築でき、スタートできるのではないかと考えてございます。

また、ICTやロボットの話でございます。これにつきましても、前回と今回も話がございました、そのことを書いてございます。

すみません、長くなりましたが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

すみません、時間がもう迫っていますので、もし、どうしても質問、確認しておきたいことがあれば、ぜひということであれば、いかがでしょう。

大丈夫ですかね。すみません、何か気がついたことがあれば、また、事務局のほうに御連絡ください。ちょっと、かなり時間がオーバーしているものですから申し訳ありません。議題1は、これでおしまいとします。

先ほどちょっと申し上げるのを忘れていたのですけれども、第1部の介護施設における介護サービスの質の向上と介護職負担の軽減の両立につきましてですが、厚労省による実証事業の開始は4月に予定されているということで、通常の規制改革実施計画の決定時期よりも早いこともありますものですから、当ワーキング・グループにおきまして、この件につきましては近日中に考え方をまとめるということにしたいと思っております。これについては、また別途、事務局からワーキング・グループの委員の皆様方に御相談申し上げます。

よろしいでしょうか。

では、すみません、まだ大玉が残っているのですが、議題2ということにさせていただきます。

(議題2については非公表)

○佐藤座長 すみません、これで、もう既に時間はオーバーしているのですが、もう一つ重い課題といたしますか、議題3があります。

「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの改定に向けた取組状況について」に移りたいと思っております。

本件は、昨年10月のワーキング・グループでも議論をいただいた、電子署名の在り方、さんざん議論がありましたね。その電子署名の在り方について具体化したものであります。

厚労省からは、大坪寛子大臣官房審議官、伊藤建大臣官房企画官、田中彰子医政局医療

情報技術室長に御出席いただいております。

それでは、すみませんが、5分間、手短に厚労省様から御説明をお願いいたします。

○大坪審議官 医政局の大坪です。いつもお世話になります。

1 ページ目のところ、規制改革の実施計画ですとか実施事項、ここは既存の御指示いただいている内容ですので、飛ばします。

2 ページ目ですけれども、これも改めて申し上げますまでもないのですけれども、e 文書法などにおいて、法令の規定において、署名をしなければならないと定まっているものについて、これは厚生労働省の定める主務省令のもと、電子署名としているところですよという確認でございます。

この医療分野におきまして、医療に係る文書で、今、署名を必要としているもの、処方箋、死亡診断書、死体検案書、こういったものがあるわけで、法令で記名押印または署名を求めている文書ということになりますので、これらの電子署名の在り方について、今、ガイドラインの改定の中で議論をしているというところで御報告を、今日させていただきます。

3 ページ目にまいります。

閣議決定等々で御宿題をいただいている記載、これが左側3点、ここに記載をしております。そもそもHPKIを推奨とガイドラインの中に書いてありましたが、それのみにかかわらないということは、これまでも説明をしておりますが、文書はそうなっております。そこを直しましょうという御指摘をいただいております。

右に行ってくださいますと、対応としましては、HPKI推奨の記載はなくしてございまして、これまで申し上げてきましたように、認定認証事業者ですとか、その他の電子署名ですとか、JPKIですとか、そういったものパラレルに書かせていただく方向で今やっております。

2つ目は、本人確認の活用、医療機関が本人確認書を行うということではどうかという御提案もいただいております。

こういったことをクラウド電子署名など、幅広く現場のニーズを踏まえて、議論を検討しているところです。

右側に、いろいろ書いてありますけれども、これもローカル署名のほか、リモート署名、立会人型署名、さまざまなシチュエーションがあり得ると思いますので、これを列挙して議論をしております。

3番目、医療機関や電子署名サービスの提供事業者による医師の資格確認に関して、都度照会する必要、これはもうないものだと考えております。利用者の登録時にのみ、これを一旦行っていただければ、その都度証明というものは必要ないということは、我々も同じ認識でおります。

次、おめくりをいただきまして4ページ、これはちょっと整理のために作っております。電子署名サービス事業者、HPKI、一番上に書いてありますが、これは現在あるので書いてあるというだけでして、その下の認定認証事業者、これは、JIPDEC、デジタルトラスト評

価センターで審査をおこなった後、内閣総理大臣及び法務大臣によって10社認定を、今、されていると承知をしておりますけれども、こういったところで当然よくて、それ以外にも認証を業とする事業者、こういったところも、同等の厳密さで本人確認が行われれば、それでよいものだろうと考えています。

一番下の公的個人認証サービス、これも今後の話ですけれども、こういったところでマイナンバーをひもづけですとか、そういうところで資格確認をひもづけていく、こういった動きも今あるものと考えています。

これは、あくまでも本人の確認の手法でありまして、そこに対して医師の資格がセットでひもづいてくるのは、今後マイナンバーなどを活用すると、そういう未来があるのだろうと思いますが、ただいまのところ言うと、HPKIであったり、デジタルトラストデジタルトランス評価センターのほうで認定していただいているところ、こういったところが医師の資格があるかどうかというのを、どうやって確認をするのかというところの項目を右側に1から4でお示ししています。

これらの事業者さんが、資格を確認するに当たっては、例えば利用者からHPKIを持っていますよとお示ししていただくことでも足りると思いますし、また、利用者から国家資格免許書の原本ですとか、コピーですとか、こういったことを見せていただくということでもいいのだろうと思います。

それ以外にも、利用者から電子的に国家資格情報連携して提示できる仕組み、これが先ほどのマイナンバーひもづけですけれども、こういったこともあろうかと思いますが、4番目に医療機関から利用者の資格保有の事実の立証、これを受けるということでも、特に安全ガイドラインの中で、これはどうこういうものではないと思っています。

1から4につきましては、外部の評価というものが一定程度要るのではないかということで、今ここの表の中では、認定認証事業者以外の認証事業者ですとか、サービス提供事業者ですとか、そういうところについては第三者の外部評価というものが必要なのではないかという方向で検討をしています。

また、この医師の資格の確認の仕方、これは1から4のいずれの中でも乗り入れ可能だろうと思っていますので、これは最初に、いずれかで資格確認を行った後も、それをほかの事業者へ情報提供したりということでも乗り入れをしていただくことが、自由な仕組みで考えております。

5ページ目は、セキュリティのところでも宿題をいただいております、外部のネットワーク接続が禁止されているかのような書き方をしているのではないかと。

ここで接続は、禁止はしていないのですけれども、していないということを書いていないので、そこをはっきり分かりやすく書いてはどうかという御指示をいただいておりますので、対応状況といたしましては、この右側にありますように、医療情報内部ネットワークと外部ネットワークを接続して利用する場合があることを前提とした上で、こういった外部からの脅威に留意をした考え方を取るべきかということ、この医療安全ガイドライ

ンの中の別冊で技術的な項目をお示ししております。

例えば、当たり前ですけれども、盗聴、改ざん、なりすましなどの危険性への対応方法ですとか、専用線を用いた場合の、それぞれ求められるセキュリティなどについて記載をしております。

また、2つ目のポツですけれども、必要に応じてネットワークの分離を行うことが望ましいと書いてあるということは、やはりネットワーク、外部が使えないのではないかと思わせるような記載があるという御指摘がありましたので、これは、物理的に分離をすることではなくて、ネットワークの論理制御上の分離、混在しないようにするというところで書かせていただくなどの工夫はしております。

6 ページのところは、安全ガイドラインの改定のスケジュールでございます。

今、こんな形で取りまとめが行われたところでして、今後、パブリックコメントを予定しているというところでございます。

役所からは、以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局 資料3-2でございます。簡潔に説明いたします。

主な懸念点でございますけれども、まず1ポツ、電子署名の要件として、電子署名法の3条まで引用して、実印相当を求める必要があるのかということが1点目であります。

2ポツは、先ほど相当程度の説明をいただきましたので、省きまして、3ポツ、外部評価のところでありますけれども、その必要性は、必ずしも全面的に否定するものではございませんけれども、現時点において、具体的に何について、どの程度の評価を行うのかということが示されてございませんので、電子署名サービス提供事業者が容易に実行可能な程度のものでないとワークしないのではないかとということが、2点目であります。

あと4ポツ、その他でありますけれども、電子カルテ情報、組織認証等々をいかに活用するかというところについても、引き続き検討が必要であるということを挙げさせていただいております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、これから質疑のほうに入りたいと思いますが、最初に事務局のほうから懸念事項で挙げられた、最初の1点目なのですけれども、こちらにつきましては、いかがでしょうかというのが質問になってしまうのですが、第3条を引用していると、事務局資料3-2の1ポツの電子署名の要件についてです。こちらについては、厚労省さん、どういう対応あるいは解釈になるのでしょうか。

○大坪審議官 ありがとうございます。

これは、法律の中では、もともと1条、2条、3条と書かれているわけですし、あえて、この3条というのを、今まで書いていなかったものを、なぜ書くのかということにつきま

しては、電子署名の定義としては、2条に書き切られているのだらうと思っています。

その上で3条というのは、その運用に関わるようなところですので、あえて書いていないのですが、書いていないからといって、それをやらなくていいではなくて、法律上に定まっているという意味ですので、これは、このとおりに運用する必要があるのだらうと考えておりますので、今のところ、ここに記載をさせていただいております。記載をしなくても、それが当然の事実ということで運用されるということであれば、それはそれでもいいのかもしれませんが、これは条文をそのまま引いているという理解でございます。

○佐藤座長 事務局のほうから懸念事項で挙がってきた、実印相当の厳格さを求める、解釈の問題ですけれども、こちらは、どうされますか。

○田中室長 実印相当のための条件という認識はございませんで、あくまで求められている否認防止のための推定と考えておりまして、別に実印相当をする条件という認識はないのですが。

○大坪審議官 そうですね、本人が作成されたということが推定されれば、それで足りるのだらうとは思っています。

○佐藤座長 分かりました。

では、落合専門委員から、お手が挙がっているので、よろしく申し上げます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

まず、今、おっしゃっていただいた点についてです。電子署名法の3条は、民事訴訟法上の押印の推定効が働く場合、これは実印プラス印鑑証明書があるような場合と同様の効力を持つ条文になっております。この点で電子署名法3条というのは、基本的には実印相当ということになるかと考えます。

もともとの整理において、印鑑として実印を要求している場合に、電子署名法3条にするとか、または実印プラス印鑑証明という慣行を残すということは、他省庁でもやられているとは認識しておりますが、もともと認印でもよいという箇所について、特段理由なく実印にしていく、実印相当の要件に変えていくということは、ほぼ行われていないのではないかと思います。

この事務局資料の中でも、※マークのところ、厚労省のIT省令と思われませんが、その第7条のほうでも、第2条1項の電子署名とされていると定められております。例えば、地方自治体等の契約でも、2条1項まで満たしてれば十分ではないかということがあり、規制改革推進会議のほうでも、規制改革実施計画の中で、グレーゾーン解消制度を使って、2条1項について経産省、法務省等で確認できるようにするというスキームを整備しているということがありますので、この部分については、かなり厳しすぎるものと考えます。

もう一点、別の事項がございます。ネットワークの点についてでございます。いただいている資料の3-1、参考資料1の87ページで、オープンなネットワークで接続する場合というのを記載させていただいております。これは先ほど御説明いただいた中で、オープンなネットワークを排除するつもりではないとおっしゃられていたことと合致するような

記載と考えております。

このため、本心として、オープンなネットワークでの接続を全面的に禁止したいと考えられていないこと自体はよく分かります。一方で、96ページの最低限のガイドラインという箇所がございまして、こちらのほうを見てまいりますと、どちらかというところと規範性がある内容と考えられます。先ほど杉本先生がおっしゃられた要件のような議論に近くなってくるところだと考えられます。こちらのほうで、例えば、1番のところでも、IPsecとIKEを利用してセキュアな通信路を確保するといったことが記載されており、そうすると、これは閉域網や、VPN等に相当するようなもので接続することを前提にされているように見えます。また、2番のところでは、相手の拠点の施設の入り口や使用機器を確認するというような話があって、これも閉域網が前提になっているように考えられます。最終的に、4を見ていくと、ネットワーク機器は安全性が確認できる機器を利用し、施設内のルーターを経由して異なる施設間を結ぶVPNの間で送受信ができないように経路を設定するといったことが書かれております。このため、全部を要件という形で読んでいくと、外部と接続できるのは閉域網やVPN等に相当するものを利用する場合だけではないかとも思われます。この辺りは、もともとのお考え自体がというよりは、この最低限の基準という箇所でお考えになられた内容が十分に反映されていない部分が残っていると考えます。こういった点については御修正というか、VPN等の場合に前提としていただくのはよろしいかとは思いますが、オープンネットワークを使う場合には、これだけ満たせば実施できるという内容を明確にさせていただくことが適切ではないかと考えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

この2点、いかがでしょうか。

○大坪審議官 前半の質問についてお答えします。

これは、必ずしも実印相当のものを求めるというつもりはございません。ただ、処方箋等の電子署名が付された文書というのは、基本的に体の健康等々に影響するものですので、本人によって作成された文書であると推定されるということが重要なのだらうと思っております。

通常、紙の処方箋などでも、基本的には本人が作成していると推定した上で行うわけですが、実務上は、代行といいますか、その他の者の方が書かれたりとか、補助として行うことはあるかと思えます。ただ、それも最終的には医師が確認して署名しているということを推定した上で、そういった便宜上の補助などは認めているところですので、ここも解釈などで、そういった考え方をお示ししていけるのではないかと考えています。

○田中室長 2点、最低限のガイドラインの点なのですが、これは現状に合わせて記載をされているものでございまして、あくまでオープンネットワークのときでもセキュアなVPNを求めていくということで、我々は認識をしております、これを変えなければ、まさに外部ネットワークとは接続できないというものではないかと思っております、こ

れは両立が可能な書きぶりや認識をしておりますが、これを書き換えない限り、外部ネットワークは接続できないというところが、具体的にどこかおありでしょうか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

今おっしゃっていただいた点については、オープンなネットワークで接続する場合という項目が87ページにあります。インターネットによる接続形態であり、この場合に、通信経路上では「盗聴」「侵入」「改ざん」「妨害」等の様々な脅威が存在するため、暗号化の対策を行わなければならないということが書かれています。これは完全に無害化処理をされた専用線を設けているというわけであればありうることでありますが、VPNでも通信網の利用等によってハッキングされるおそれがあることをおっしゃられているのか、それとも一般的なインターネットのリスクが書かれているのかがよく分かりませんでした。一応そのように抽象的には様々な可能性があります、こういう書き方をされている場合は、普通はVPNだけに限定されていないとも思われましたので、最低限のガイドラインの部分とは何か考え方に整合性がないようにも思われたのですけれども、いかがでしょうか。

○田中室長 ちょっと確認をさせていただきます。今すぐに即答するのが難しいので、申し訳ございません。

○落合専門委員 技術的な事項だとは思いますが、確認いただいて正確に整理していただいたほうが良いと思います。また、1点目のほうに補足させていただきますと、推定をするから正しい作成名義人のものができるのではなく、推定をできるような確認がされており、しかもその証拠が残っているということを確認できるから、訴訟との関係では、誰が作成したということの推定効が働くということになります。このため、先ほどおっしゃっていただいた内容は、推定がされるから大丈夫というように聞こえたのですが、それは病院であるから何となく医師が作ったような雰囲気をするということをおっしゃられたただけだと思いますので、必ずしも電子署名法ですとか押印廃止のときに議論していた民事訴訟法であったり、裁判までいったときの最終的な法的効力ということまでの議論は、御説明はいただいてなかったと思います。このため、さらに御整理をいただいたほうが良いのかなと思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の落合専門委員のコメントの件、いかがでしょうか。すみません、私も法律の専門ではないのですけれども、民事訴訟、訴訟されたときにどうだという話だと思うのですが。

○大坪審議官 紙の処方箋でも同じなのですけれども、本人であることが確認される必要があります。それは、それを推定される方法というものを、もう少し明記したらどうかという御提案だと思いますが、そこは紙の文書の場合においても、その認印をもって、本人が作成されたのであろうと推定をしている。法文上は、処方箋は医師が作成することになっている。こういったことから、これが最終的には、補助行為として、別の者が記載をしたとしても、最終的に確認したのは医師であるということ、通知等々でお示しをして

いるということになります。

紙の場合はそれでいいのですけれども、電子になってきますと、ほかの方がおやりになったことを、この医師が署名をしたこととみなすことがなかなか難しいわけですが、そこは本人が本人であることを、本人性を認めていることと、あとは一種の資格をその事業者が認めている、その仕組みを運用した、使った人間がこれを作成したということを推定するということになるのだらうと思います。

ですので、そこを実印で求めるという、実印相当の厳格というのは、では何なのだというところは、もう少し書き下す必要があるのかもしれませんが、基本的な考え方としては、これは、その条件が整えば、医師が作成したものであるとみなすのだらうと思います。

少し落合先生の御質問にきちんとお答えできていないかもしれませんが、実印相当の厳格さの要件というものをどういうふうに考えるかということは、ちょっと宿題として受け取らせてください。

○佐藤座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

武井委員、どうぞ。

○武井座長代理 ありがとうございます。今の点ですが、すみません、お話を伺っていませんと相当溝が深いなと思っています。「別に3条というのは、実印ではない」とおっしゃりながら、実印と同じものを求めている。三文判でもいい書面に関しては、ほかのところでおよそ、こんな3条は求めているのです。今、処方箋は、三文判でいいわけですね、実印を必要としていないわけではないですか。それなのに3条を求めるというのは、およそおかしいです。3条の推定は、その文書によって何か法的権利義務が決まって、本当に裁判になる重大なもの、しかもその重大なもので、実印ではないものでも3条を求めたものがあるのですね、それなのに、三文判で今終わらせている処方箋について、3条というのは、およそおかしいです。その感覚がずれていると、ほかの外部評価の点を含めて、デジタルの電子署名を使わせる気がないということをやっているように見えます。今、御説明を受けましたけれども、相当溝が深いなと思いました。

「3条までいけば推定できます」といった御説明を超えて、ものすごく新たな規制をデジタル化とともに課している、アナログにない新たな規制を課している状態になりますから、これは根本的に考え直す必要があると思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、追加で。

○落合専門委員 ちょっと別の論点で言い忘れたところがありました。資料の3-1の4ページで、立会人型書面について電子署名法施行規則5条1項または2項ということを書いていただいておりますが、施行規則5条1項または2項というのは、法6条のほうで、いわゆる旧来の認証局の認証に使われているほうの基準を満たしていることになると思

られます。しかし、必ずしも、こういうものだけが電子署名として適当とされているわけではなくて、立会人型についても2条であったり、3条の要件を満たすのであれば、それを積極的に使っていこうということを規制改革推進会議でも議論して閣議決定を行っているというところだと考えております。このため、立会人型のものについても、全部電子署名法施行規則5条のほうの充足を求めると、同条の要件を全部満たしていない可能性があると思います。このような記載の方法自体が、立会人型は全部利用が難しいと言っているのに等しいおそれもあるようにも思われます。立会人型の電子署名サービスが5条の要件を満たしているかは確認していないので、実際聞いてみると、多少は満たしている会社もあるかもしれませんが、そういう5条の仕組みではない仕組みでも、しっかり使われているものが出てきているというところだと考えております。先ほど議論させていただいた点よりは比較的細かいところになりますが、要件の設定や整理の仕方が、ほかで議論している電子署名法であったりですか、民事訴訟法を踏まえた押印廃止の議論と、かなり離れているように思われますので、全般的に御再考いただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

武井委員。

○武井座長代理 すいません、今の外部評価の点もさきほどの3条と同じですね。三文判で、今、できている話に関して、一番厳しい、しかもほかではそのレベルまで求めていないものを求めていると。そうした点は、今の外部評価の話と同じだと思うので、根本的に再考していただく必要があると思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

時間もなくなってきているのですが、ここは溝が深い気がします。やはり対面と同じレベルの本人確認でいいわけであって、それにプラスアルファの要件は要らないだろうというのと、ほかの電子署名、別に電子署名はほかの分野でも使われているので、ほかの分野とも平仄を合わせたほうがいいと思うので、ここだけ、なぜそんなに厳しくすると、あるいは厚労省さんとしては厳しくする意図はなくても、でも、そういう解釈が法律上でできちゃうねと、周りが思うと、なかなか電子署名が普及しないということになってしまうので、ここは、恐らく、すみません、私は法律の専門家ではないので、何度もいいますが、技術的に確認をいただかないといけないところもありますし、事務局のほうとも、一応、もう少し議論を詰めてもらったほうがいいかなという気もしますし、この辺いかがですか、今日、これは決めないといけないのですかね、ちょっとこれは議論が分かれているなという気がするのですけれども、第3条の扱いと、今の外部評価のところですね。

副大臣、何かあれば。

○小林副大臣 厚労省さんが書いたこの文章というのは、実印ぐらいのレベルを求める意図として書いているということなのか、そういうことではなくて、今までどおりでいいのだけれどもという意味合いで、ただ、今回引っ張って書いてみたら、今まで我々は押印の

議論をかなりやってきたので、そう書いてしまうと、実印相当と見られてしまいますよという議論でかみ合っていないのか。ちょっと厚労省さんの意図を確認したほうがいいのではないかと思うのですけれども、これは、どちらですか。

○大坪審議官 これは、厳しくするというのではなくて、2条が定義ですがでした、法律の3条もそのまま引っ張ってきたということです。

また、今日御指摘いただきましたように、ほかの電子署名の扱い、ほかの制度においての署名、認印だった場合の取扱いとかを確認させていただきたいと思いましたが、そこは、すみません、一緒に引き取らせていただければと思います。

○小林副大臣 それがいいのではないのでしょうか。おそらく、我々はマニアックに押印について詳し過ぎるので、厚労省さんの意図に沿った書き方として、何がいいのかというのを、事務局からも少しサポートしたほうがいいのではないかと思います。

○佐藤座長 整理をいただきまして、ありがとうございます。

事務局のほうは、いかがですか。

○事務局 事務局は了解いたしました。厚労省と御相談します。

○佐藤座長 お互い、ちゃんと目線が合うように、表現とか、いろいろと調整をいただければと思います。

○事務局 かしこまりました。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

予定を30分超、超えてしまいましたけれども、すみませんが、これでやっと議題3も終わりということになります。

ただ、ちょっと時間がなかったので、議題1を含めまして、委員、専門委員の方々、まだ御意見があるという方は、すみません、明日中ということになりますけれども、事務局のほうに御連絡ください。事務局のほうから、厚労省にまとめて連絡するようにいたします。

では、すみません、ばたばたとしましたが、今日は盛りだくさんだったので、多分、こうなるだろうなと分かっていたのですが、本日は、これで会議を終了と、その前に、すみません、副大臣のほうから一言、冒頭御挨拶をいただかなかったので、もし、まとめて御感想でもあれば、よろしくをお願いします。

○小林副大臣 皆さん、大変お疲れさまでした。

厚労省の皆さんは、メンバーが入れ替わってしまったので、冒頭の人たちにはメッセージが届けられませんが、おおむね、かなり前向きにやっただいていると思っています。ただ、地方自治体に分権してしまっている問題が、やはり厚労省としては乗り越えづらい問題なのだと思うので、相当我々も踏み込んで頑張っただけ背中を押してあげないといけない部分かなと思っています。

また、各種団体のお話を伺いましたが、とにかく自動的に人を減らすのだということではなくて、やれる能力がある人が頑張れるように、選択肢を広げていこうということだと

いうことは、なるべく共有しながらできたらと思います。

そして、最後のオンラインのところは、大坪審議官をはじめ、メンバーの皆さん、相当頑張ってください、ありがとうございます。

最後のひと詰めで、変な書き方にならないようにだけ、事務局ともしっかり詰めていただけたらと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、これで本日の会議は終了とさせていただきます。長時間にわたりまして、お疲れさまでした。厚労省の皆様方もありがとうございました。

この後、都合のつく方で、最大15分程度、10分程度かもしれませんが、御相談等々をしたいと思いますので、このままお残りください。時間のある方、余裕のある方だけで結構です。

では、本日はこれでお開きです。お疲れさまでした。