

## 第6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4月18日（月）15:00～17:11

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員

（専門委員）印南委員、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、  
落合専門委員、村上専門委員、宇佐川専門委員、戸田専門委員

（政府）牧島大臣、山田大臣政務官

（事務局）村瀬室長、辻次長、山西次長、木尾参事官

（説明者）田村雄一 株式会社カルディオインテリジェンス代表取締役 CEO

高橋秀徳 Deep Eye Vision 株式会社 代表取締役社長

松尾徳哉 一般社団法人全国介護付きホーム協会事務局次長

亀ヶ谷敏幸 一般社団法人日本在宅介護協会（アースサポート株式会社常務取  
締役）

櫻井千恵美 一般社団法人日本在宅介護協会（アースサポート株式会社業務推  
進部長）

有村 聡 一般社団法人日本在宅介護協会（アースサポート株式会社訪問入  
浴指導リーダー（兼）安全運転指導リーダー）

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）

関野秀人 厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長

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）

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長

占部 亮 厚生労働省老健局高齢者支援課生産性向上推進室長

石毛雅之 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

秋山 仁 厚生労働省老健局高齢者支援課介護業務効率化・生産性向上推進  
室室長補佐

東 好宣 厚生労働省老健局高齢者支援課介護業務効率化・生産性向上推進  
室室長補佐

斉藤明哲 厚生労働省老健局高齢者支援課介護業務効率化・生産性向上推進  
室生産性向上推進官

三橋一彦 総務省自治行政局行政課長

4. 議題：

(開会)

1. 家庭用医療機器において兆候を検出した疾病名の表示について
2. 介護分野におけるローカルルール等による手続負担の軽減について

(閉会)

○事務局 定刻になりました。それでは、ただいまより第6回「規制改革推進会議医療・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、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しております。お手元に資料を御準備いただき、御参加をお願いいたします。

本日は、議題1として「家庭用医療機器において兆候を検出した疾病名の表示について」、議題2として「介護分野におけるローカルルール等による手続負担の軽減について」の2件について御議論等をいただきたいと思います。

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

○佐藤座長 よろしく願いいたします。

本日は、牧島大臣、山田大臣政務官に御出席いただいております。山田大臣政務官におかれましては途中で退席される御予定と伺っております。

また、宇佐川専門委員、落合専門委員、戸田専門委員にも御出席いただいております。

初めに、牧島大臣より一言御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○牧島大臣 よろしく願いいたします。本日もお忙しい委員の皆様に御参加いただき、感謝申し上げます。

今回は2つの議題について御議論いただきます。

1点目は、私たちの生活で身近な家庭用医療機器における罹患している可能性のある病名の表示についてです。

2点目は、介護事業者の自治体に対する手続負担の軽減についてとなります。

まず、1点目の家庭や職場などで使用される家庭用医療機器における、病名の表示についてですが、例えば、スマートウォッチなどでは脈拍、心電図といったデータをリアルタイムに測定することができます。その測定データに基づいて、皆様が現在何らかの疾患に罹患している、又は、将来罹患するかもしれないといったことを、AIプログラムによって合理的に予測することが可能となってきています。その合理性が薬機法の承認プロセスなどで客観的に確認されることが前提にはなりますが、予測される疾患名をスマートウォッチなどに表示することで、疾病の早期治療や予防につなげることができる可能性があります。

す。言わば在宅で健康管理・予防から受診、薬剤受領まで行う新たな世界への入口ともなり得るものです。医師の確定診断を前提としつつ、どのような条件であれば制度上可能なのか、事業者に予見可能性を与えるような御議論をお願いいたします。

次に、介護事業者の事務負担の軽減についてです。本件は2月7日のワーキング・グループに引き続き2回目の議論になります。「社長が交代すれば数十、数百の自治体にその旨の届出を行う必要がある、その様式・添付書類も様々である」、「数百枚、数千枚の紙の書類提出に押印を求められる」といった現場の声を伺っています。このような実態は、デジタルの時代においては合理的ではなく、地方分権が目指してきた姿でもないと思います。延べ30万を超える全国の介護事業所で、それぞれの自治体のルールに沿った手続が行われています。介護現場の職員の皆さんが事務手続ではなくて、より多くの時間を利用者と向き合う時間に割けるように、また、自治体の方々がより地域の実情に応じた政策立案を行い得るよう、これまでの枠組みにとらわれない打開策を検討するときに来ています。活発な議論をお願いしたいと思います。

厚生労働省には、本日の御議論をしっかりと受け止めて、速やかな対応につなげていただくようお願いいたします。

私からは以上です。

○佐藤座長 大臣、ありがとうございました。

続きまして、山田大臣政務官から一言御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○山田大臣政務官 大臣からしっかりと御説明いただいておりますので、是非、家庭用医療機器における病名の表示、介護分野におけるローカルルールの手続負担の軽減についての議論をしっかりといただければと思っております。

よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

それでは、早速、議題1に入らせていただきます。

まずは出席者を御紹介いたします。

株式会社カルディオインテリジェンスから田村雄一代表取締役CEOです。

Deep Eye Vision株式会社から高橋秀徳代表取締役です。

厚生労働省から、大坪寛子大臣官房審議官、山本史大臣官房審議官、ほか医薬局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、議題1の「家庭用医療機器において兆候を検出した疾病名の表示について」に入らせていただきます。

まずはカルディオインテリジェンス様から御説明のほど、よろしく願いいたします。時間の関係もありますので、5分程度でよろしく願いいたします。

○田村代表取締役CEO よろしく申し上げます。御紹介にあずかりましたカルディオインテリジェンスのCEOの田村と申します。本日は貴重な時間をいただきありがとうございます。

す。

事前に資料に沿って御説明差し上げたいと思います。本日扱います未病という概念につきまして、少しまとめさせていただきました。

未病とは、発病に至らないものの軽い症状がある状態、もしくは状態が悪化する前の状態と考えられます。いわゆる完全な状態、健常と呼ばれる状態と発病したり重症化する状態の間にございまして、この期間に特定の疾病を見つけたり対策をすることができる、もしくはより悪化を防ぐことができますと、健康寿命の延伸、医療費の削減及び一人一人の国民のクオリティ・オブ・ライフの向上につながってまいります。

この中で、国民の医療福祉に貢献できる未病対策としまして、大きく分けて2つあると考えられます。

1つ目は、今日のフォーカスであります医療機関にかかる前の未病対策です。すなわち、国民自身が自分でスクリーニングすることができる。こういった病気にかかりそうだ、既にかかっているといったことを自ら家庭用医療機器などを通して見つけることができるというのが1点目です。

2点目は、既に医療機関にかかっている方が重症化しないための未病対策です。すなわち、特定の病気にかかっているけれども、もっと大きい病気にかかるですとか、既に入院している患者さんがより悪い状態になることを防ぐといったことも考えられます。

前者の医療機関にかかる前に未病対策の実例としては、先ほど牧島大臣からも挙げられましたようなスマートウォッチを使った形で、心電図での不整脈検出ですとか、家庭用血圧計での高血圧の確認、最近ですと酸素飽和度という、パルスオキシメーターという機械を使いまして、コロナウイルスの感染症を自宅でスクリーニングすることなども実際には行われています。また、例えばAIをより活用する形ですと、在宅でのAI問診で病名表示をするですとか、将来かかる率の高い病名を、健康診断やその他のデータを複合的に解析することで生活習慣の改善を促すといった形の、病気に移行する前の対策を立てることができます。

最も顕著に進んでいる事例として、本日挙げさせていただいているのが、アップルウォッチの事例です。アップルウォッチで心電計を家庭で測ることができるところから受けられたものですが、ソフトウェア上でアップルウォッチが測定した心電図の中でも心房細動という特定の疾病を表示することが可能になっています。

これはあくまでも医師の下す最終的な診断、治療に結び付く診断ではなく、特定の病気が疑わしい状態、兆候とみなして表示されているものですが、こういったソフトウェア上の処理によって、国民において特定の病気にかかっているリスクを見つけ出すことが可能になります。

海外の事例ですと、AI問診などはかなり積極的に使われておりまして、例えば英国の事例ですと、このBabylon Health社というところが提供しているものでは、国民の皆保険、医療サービスにかかる前に症状のスクリーニングなどを行って、特定の病気の可能性が高

いということ为前提に受診を促す仕組みが確立しております。

こういったことを受けまして、病気の前の状態ですとか、病気にかかりそう、もしくは病気に既にかかっているけれども未発見の状態といったところを放っておくと、病気が悪化して初めて診断治療を行われるということになります。こういったところに家庭用の医療機器などを使って早期に発見、介入することができると、病気の前に対策することができる。もしくは病気を早く発見することができ、健康寿命の延伸につながってくるわけです。

我々の事業においても、こういった家庭でのデータ、スマートフォンのデータ、スマートウォッチからとられる生体データに加えて、自覚症状や健康診断のデータといったものを複合的に評価を行って、家庭用医療機器のアプリケーションでリスク判定をして、病名表示をするといったものの開発を進めております。

こういった中には高血圧狭心症、弁膜症心不全といった、放っておくと命に関わっていくような病気も早期に発見することによって、病気の早期の受診を促したり、例えば禁煙ですとか、健康管理において日常の行動変容を促すといった効果を得ることができます。

こういったことをより具体的にたくさんの事業者に参加していただいて、日本の競争力を高める上で、一般用／家庭用医療機器を用いた疾病リスクに関する要望としまして本日挙げさせていただいているものは、アップルウォッチ自身が今、特例的に1例承認されている事例ですけれども、こういったものをほかに広げていくために、利用者が家庭で用いた場合の安全性が確立しており、表示する根拠となるエビデンスや精度の評価がしっかり行われている。また、それを基に医療機器としての承認もしくは認証を受けている。こういった環境下では、実際にこういった病名表示を行っていく。大事な点は、病名表示が行われた場合に、早期発見の有効性ですとか、次に何をしなければいけないか、国民自身が健康対策をすることもそうですし、例えば診断、治療法が確立している病気であるといったことも必要です。

安易に不安をあおるわけではなく、その次の医療上のアクションがしっかりとられるような状態をしっかりと診断するといったものがエビデンス、精度に基づいて表示できるようなことが一つ、非常に大切かと考え、本日要望を上げさせていただいております。

もう一点、我々はAI医療機器事業者ですので、今度は医療機関に既にかかっている方に対する未病対策も併せて進めています。これは最初にお話ししましたように、ビッグデータ、AIの活用によって、医療従事者が早期に患者さんの悪化の兆候を検出するようなシステムの開発も今、急速に進んでいます。

具体的には、海外の大学病院などで進んでいる、手術後に感染症を起こして亡くなるような事例を減らすようなものをAIでモニタリングを行い、患者さんの状態が悪くなりそうなときに評価してくれるですとか、我々も併せて開発していますけれども、AIを健康に活用して、12誘導心電図だけで特定の病気の発症が分かるシステムは、病院で検査して、そのときには出ていないけれども、その後の展開を予測することができる。こういったデバ

イスもFDAではブレイクスルーデバイス指定ということで、早期に実用化することが必要であるということを確認され、開発が急速に推進されております。

我々が扱っております心房細動というものも、放置しますと、ノックアウト型の脳梗塞という非常に重篤な脳梗塞を起こすことが知られています。日本には既に200万人近い患者さんがいると言われてはいますが、高頻度に脳に詰まる。年間数万人の大きな脳梗塞で、例えば突然死ですとか半身麻痺につながっています。そういったところが、未発見の患者さんはまだ半数近くいると言われてはいますので、そういった最重症の脳梗塞を早期に予防する仕組みも今、我々はAI医療機器として開発を進めております。

我々の独自の技術としても、簡便な1誘導、最悪アップルウォッチなどでもとることができますけれども、こういった専門的な細かい機械が必要ない形で、病院で撮った心電図においても、AIを用いることで、そのときには発作が起きていなくても、この方は発作を隠れ持っていますということを予測し、医療従事者に注意喚起をしてくれるといった仕組みをAI用医療機器として我々は治験を進めております。

こういったものの実用化を進めていくために、医療機関にかかった後の兆候検出技術は非常に大切になってきますので、我々のもう一点の要望としましては、実際にエビデンスがあって、医療機器として承認・認証を受けており、また、効果を発揮する臨床的なシチュエーションをきちんと定義されている状態、すなわち、医療現場で確かに役に立つことが分かっている状態のときには、こういったブレイクスルーデバイスのような迅速審査を実現したりですとか、AIを活用した疾病の兆候検出というのは悪化を予防することができますので、医療費削減にもつながる。こういった点から、学会での要望なども併せて保険収載を考慮していく。こういった仕組み作りの要望も併せて行いたいと思います。

このような未病対策を成長戦略に盛り込んでいただくことで、健康寿命の延伸や産業の育成につながってくる。すなわち、元気に過ごせる方が圧倒的に増えていくという点と、ビッグデータ、AIを基にした予測システムといったものがしっかり医療機器として国民の役に立つということが分かれば参入事業者も増えていきますし、今まではなかなか進まなかった健康データのビッグデータ化とその産業化といったものにつながっていくのではないかと考えており、本日の要望を出させていただきました。

以上になります。ありがとうございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次に、Deep Eye Vision様から御説明を、また5分以内ですけれども、よろしく願いいたします。

○高橋代表取締役社長 Deep Eye Visionの高橋秀徳と申します。よろしく願いいたします。

家庭用医療機器において兆候を検出した疾病名の表示についてお話しさせていただきます。

最初に、自己紹介になりますけれども、弊社は2016年に自治医大発のベンチャーでして、

左下の健康診断における遠隔眼底読影医に対するAIの提供をしております。

眼底カメラというのはクラスⅡなのですけれども、こちらで撮影した50万枚、100疾患のラベルの貼ってあるものをAIが学習してしまして、これが一時読影したものを眼底読影が修正して提供する。8割方正答しているので、例えば自治医大においては読影時間が9割削減できている。ただし、未承認というものです。

昨年、右上のAIを認証取得しました。これは単純に、正常からずれているところに色を付けます。そうすると、読影の人は、この色の付いたところだけというわけではないですけれども、注目することによって、効率よく読影ができるという認証品になります。

我々が手がけている眼科領域ですけれども、一番基本的な検査は、この眼底カメラです。左上のようなもので、カメラで写真を撮る。この瞳孔の2、3ミリのところにピントを合わせると、目の奥の写真が撮れます。それを赤丸で囲ってあるジョイスティックで器用に合わせます。

ただ、実際のところ、右上のようにレンズとスマホがあれば同様の写真を撮ることは可能で、家庭でも撮ろうと思えば撮れるものになります。このジョイスティックの操作がある程度訓練が必要なので、相対的医行為として、医師もしくは医師の監督の下、看護師等が行うということになります。

ここ数年はフルオートの眼底カメラです。フルオートというのは、ジョイスティックがなくて、液晶のタブレットの撮影というボタンを押すだけで勝手に全部カメラがやってくれる。したがって、全くしがたい初心者であっても、言われたとおりボタンをタップするだけで熟練者と同じ写真が撮れてしまいます。

患者さんに危害なく、きれいな写真が撮れるというフルオートのカメラに、昨今発達しているAIを組み合わせると、例えばショッピングモール等に眼底カメラを設置して、撮影される血管像から血管の状態、血流の流れやすさを推定することもできるので、そうすると全身の血管の循環状態がいいとか悪いとか、そういった数値を出すことができますし、また、眼底の緑内障、網膜剥離とかがないかを提示することが可能です。

事業所でそういったことをやってもいいですし、あとはレーザー光線で網膜がちょっと焼けているということを見つけない。いろいろなことが技術的に可能になっています。

実際、そういったものを提供しようということで事業化を検討していたのですけれども、こちらにあるような、例えば疾病リスクの表示、病名の表示というのがどこまで可能なのか、現在どういった病気があって、例えば将来、緑内障とか高血圧の可能性が何パーセントあるのか、そういった将来予測も含めてどこまで書いたらいいのかです。

また、眼底カメラというのはクラスⅡなので、健康管理機器として、医師がいない施設で実施することの可否、医師の連携に関しては歩いて数分のクリニックの医師の協力が得られていたのですけれども、同じ建屋でなければならぬという話がありまして、よく考えなければいけないということで、骨密度読影等を参考にした疾病リスク表示AIプログラムの開発を中止したところがあります。

要望といたしましては、フルオート眼底カメラとAIを組み合わせた機器を一般の方々が使用して検査すると、その日の全身の血管状態が、今日は悪化しているとか、だんだん悪化してきたとか、去年より悪いとかいったことも分かりますし、緑内障では末期まで自覚しない疾患等も早期に発見できますので、国民の健康を向上することができて、年配の方は一見普通に歩いているようで全然見えていなかったりということもよくありますので、誰もが末永くよく見えて、生き生きと動いていける世の中を作ることができると思います。

家庭用医療機器で検査したデータに基づいて、現在罹患している病名や、将来どのぐらいの確率でなるかといったことの表示をどこまでやっていいのかということを確認にしていだたければ大変新しい戦略につながっていくかと思います。

いろいろな緩和強化等が今後必要になってくると思うのですが、特にAIと、今まで不可能だったことが可能になってくるといった電子技術の進歩が非常に重要な因子になりますので「疾病リスク表示の許容性」について、是非とも御検討いただきたいと思えます。

以上です。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。

最後に、厚労省様からの御説明をお願いいたします。こちら申し訳ありませんが、5分以内でよろしくをお願いします。

○山本審議官 厚生労働省の山本でございます。お手元の資料1-3に沿って御説明をさせていただきますと思います。

次のページをお願いします。

本日議題に上がっております家庭用医療機器で兆候を検出した疾病名の表示についてでございますが、制度の現状といたしまして、まず、一般の方が直接購入して使用する医療機器については、傷病名・症状名を示してそのリスク等に関する情報提供を行うということは、薬事承認の中で認められているのであれば当然可能でございます。

これらの情報提供を行う製品が、一般の人が購入して使用する医療機器に該当するのか、あるいは病院で、診療所で医師の監督下で使われるものなのかについては当該製品が使用者に提供する情報の臨床的意義が確立しているか、使用者自らが結果を解釈して、受診の要否の判断を含めて適切な行動につなげられるかなどの観点から個別に判断することになります。

また、提供される情報などの調整については、当然、先ほどもお話がございましたが、情報の裏付けとなるエビデンスに基づき評価されるべきでございます。

このような製品が医療機器として承認された場合には、疾病の兆候が検出された場合、医療機関を受診すること等について、使用者に十分注意喚起することも必要かと思っております。

今後の対応でございます。先ほど幾つかの開発のアイデアというか、こういったものが非常に意義があるのではないかというお話が盛り込まれておりました。そのような製品が

使用者に提供する情報の臨床的意義等について、具体的に関連学会等の専門家の方々とも協議していく方向性は検討していくことが必要かと思っております。

また、一般の人が購入し、使用する医療機器の研究開発の動向や進捗の把握なども必要かと思っております。

ただ、一般的に、エビデンスがしっかりと裏付けがあるという前提ですが、医療機器として申請されて医療機器として薬事承認が出れば、兆候を検出した疾病名の表示というのは可能かと思っておりますし、それをもって未病対策、あるいは早期の受診勧奨と重症化というか、発症にまで至らずともコントロールしていくということもよりしやすくなっていくのかと思っております。

次のページです。先ほど御紹介のあったアップルウォッチなどを承認したときに、令和2年10月ですが、疾病の兆候を検出し受診を促す家庭用医療機器の承認申請に当たって留意すべき事項ということで、非常に基本的なところのみですが、基本的な考え方、留意事項をお示ししたものがございます。こういったものをいろいろな個別のアイデアに照らして実装していくのかとも思っております。

簡単ではございますが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明について御意見、御質問がありましたらお願いしたいと思います。時間も限られているということもありますので、質問は非常に簡潔にお願いいたします。

どちらからでも、御質問のある方、いかがでしょうか。

大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 ありがとうございます。

厚労省さんに質問なのですけれども、先ほど出された資料の中で2つ質問がございます。

1つ目は、関連学会等の専門の方々とも協議をするということについてなのですけれども、これは学会によって性質も違いますし、その方によって性質も違うかと思うのですけれども、必ずしもこういう新しいものに対して積極的である学会ばかりではないではないですか。その方々がその病気についてはよく御存じであったとしても、こういう新しい先端的な機器だとか、新しい使い方について、必ずしも知識がおありであるとか、そういうビジョンがあおりであったとは限らないので、ある意味、足かせというのか、止めてしまう原因になるリスクもあるかと思うのです。そうならないようにするにはどういうふうに担保される御予定なのかということが1つ目です。

2つ目は、今後の対策の中で、メーカーが適切に情報を集めて、使用上問題がなかったかということ調査してくださいということが書いてございました。これは多分、薬の場合はきちんとそういうことをやられているというところから来ているのだと思いますが、薬の場合は基本的には毒物を体の中に入れるということで、リスクが非常にありますし、思わぬところでリスクが発生することもあるので、きちんとした調査が必要であるという

ことと、それができるだけ利益率も取れている。売上げも取れているし、利益も取れているということだと思います。

同じようなことを、家庭用の医療機器という、極めて安全である、かつ体内に取り入れるわけでもないものに対して課すのかということであるとか、もしくはそういうことをやることによって、結局、事業性が阻害されるリスクをどのように取るのかということなどをどのようにお考えになっているかをお伺いしたいです。

例えば何か問題があるといったときには、これを隠さないできちんと報告してくださいということは、これはもう当たり前のこととしていいと思うのですが、わざわざ調査をして、それを報告してくださいというのは過度ではないかと私は思うのですが、そこら辺はいかがでしょうかといった質問です。

よろしくお願いします。

○佐藤座長 厚労省さん、よろしくお願いいたします。

○山本審議官 山本でございます。まず、御意見、御質問をありがとうございます。

1点目の医療学会等々の御相談が足かせにならない策は何かあるのかというお話ですが、臨床的には確立しているかどうかというところが大きな肝にはなると思いますが、学会の先生方、あるいは医会の先生方も、恐らく早期に発見して受診勧奨を促し、早期に必要な治療にたどり着くということ自体はどの分野でも御理解をいただけるものだと思います。そういう意味で、目的としてそういうところが第一だということを御提示した上で、技術ないしは新しいタイプのデバイスあるいはプログラムについての活用方法を投げかけていけば、かなり前向きな検討をいただけるのではないかと考えております。

もう一つは、最終的に製品化されたときに使っていただく使用者の方以外に当然、それを受け止めていただく病院あるいは診療所の医療従事者の方々の御理解は必須でございますので、そういった意味でもうまく議論が前向きにかみ合うように我々も努めていくつもりです。こういった各領域の学会の先生方と意見交換をする。もちろん、開発側のいろいろな意義あるいはデータも必須だと思いますが、そういった部分が大事かと思っております。

安全性の情報の収集というところでございますが、こういった製品の市販後のデータの取り方というのは、それなりに現実的なやり方をしていくことで足りると思っております。受診遅延によって治療の機会を逸するとか、そういった部分を中心に調査するのかわかりませんが、そのやり方については、それこそ情報の拾い方、ユーザー登録も含めて、今どきのやり方がいろいろあると思っております。そこら辺も工夫をしていきたいと思っております。

○関野課長 続けて、医療機器審査管理課長の関野でございますが、よろしいですか。

○佐藤座長 お願いします。

○関野課長 今、2つ御質問いただいた点について、付け加えさせていただきます。

まず、1つ目の臨床的意義のところでの学会の関与なのですけれども、これは先ほどプレゼンテーションで田村さんのお話の中にも出てきた内容とほぼ同じだと思っておりまう。というのは、エビデンスがあり、検査精度の評価が行われているというのは、正にどういった表示がどういった病気の予兆につながるかといったところに関して、正に医学的な判断ですとか、ふだん診断をされているドクターから見て、どの辺りが妥当で、どの辺りが余剰かということ、あらかじめ表示をすることによってお知らせすることが妥当かという、その辺の妥当性のところは正に専門家である医師が一番よく知っている話だと思いますので、この辺りとの協議は必須だと思っておりまう。

これに対してどう乗り越えるかということに関しては、我々の資料の2ページ目の2つ目のポツの2行目から3行目に書いてありますが「臨床的意義が確立しているか」の次に書いてある部分です。正にどういった形で、遅滞なくといいまうでしょうか、必要に応じて受診につなげられるかという、この辺の一つの体系というか、環境というか、そういったものにつなげられるかどうか肝心ではないかと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大石さん、いかがですか。

○大石専門委員 おっしゃりたいことは分かるのですけれども、現実を考えていただきたいのです。例えばオンライン診療は、0410特例の後にいろいろ情勢が変わりましたがけれども、その前のオンライン診療のときも、学会からオンライン診療を進めるという要望がないので、厚労省としてはこれ以上進められませんということ、3年前の医療・介護のワーキング・グループで実際に起こったやり取りなのです。ですから、専門家の先生方が臨床的な内容について検証するということについては、医学の世界であり、科学の世界であるので別に問題ないかと思いまうし、それは是非やるべきなのだと思いますけれども、これをどう使うのかであるとか、全体のソリューションの中でどう位置付けるのかというのは、そういう方々と切り離れた形で、もうちょっと大所高所から判断する必要があるかと思いまうので、専門家の関与をするのはこの部分だけであるとか、きちんと意味のあるところ限定していただきたいと思いまう。

2つ目の私の質問に対してのお答えの中で、例えば受診遅延がなかったかどうかは、存在していないものを探すという意味で、これは非常に難しいと思いまうのです。ですから、もし厚労省さんがこれをお進めになりたいというのであれば、具体的にこういうふうにしてやると意味があり、かつ過度な負荷にならないという具体性をもって御提案をいただかないと、先ほどのお答えだとなかなか現実的に動くものにはならないと思いまうので、是非そこを御検討いただければと思いまう。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに、エビデンスを作るというのとエビデンスを使うというのは違う行為ですので、エビデンスを作るのが専門家であって、エビデンスを使うのは政策決定者です。

それから、受診につなげるのはいいのですが、受診につなげることが保証できないから活用しないというのはかえって有効な、抗原検査キットもそうでしたけれども、ああいった新しい技術の活用を阻害してしまうので、その辺りは現実的な対応を考えていただければと思います。

次に、印南先生、お願いいたします。

○印南専門委員 追加のあれなのですけれども、まず質問は、Deep Eye Visionの方なのですが、眼底の撮影機の前に何か開発していて自主的に放棄したと書いてあったと思いますけれども、その実質的な理由をお伺いしたいというのが一点です。

なぜかという、今まで通知とか法令上は明確に書いてあっても、実際にその解釈が難しかったり、事業者の方が、ある意味では自主的にリスク回避になって、過剰に解釈して、自主的に開発をやめてしまうとか、そういう例もあったと思うので、そういう何か特別な理由があったのかということをお聞きしたいというのが一つです。

もう一つは、医療関係者以外に通知するとありますけれども、この通知する範囲は全ての学会ですかということです。関係学会を自分で選んで通知すれば足りるのかとか、一般の医療機関に対しては、ホームページに掲載することで一応、情報提供したことになるのか。この辺りまで具体的にしないと、ここも非常に過剰解釈して、自主的に活動で自粛してしまったりするおそれがあると思います。

1点目は質問で、2点目は要望というか、コメントです。お願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

まずは御質問がありましたので、Deep Eye Visionの高橋様に御回答をお願いできますか。

○高橋代表取締役社長 御質問ありがとうございます。

まず、例えば眼鏡屋さんとかコンタクトレンズ屋さんで眼底カメラとそっくりな装置で眼球の屈折を測る機械が置いてあるので、当然、眼底カメラもそういった医療機関外に置けると思って開発事業を始めたのですが、眼底カメラはクラスⅡで、それらの機械は実はクラスⅠだったので、そのために、例えば厚労省のMEDISOさんに御紹介いただいた弁護士さんとか複数の方に相談したところ、白とも黒とも言えずグレーなので、誰もこれが白とかということは教えてくれないから、やってみて結局駄目でしたという可能性が高いですというアドバイスを一ついただいたということです。

あとは、医療ベンチャー界限では病名を出せないというのが当たり前となっているので、そうすると、一般向けに対して病名は出せないということで、実は骨密度計を参考に、運動しましょうとか、そういったことを書いたプログラムを作ったのですけれども、それだと実際には、例えばどう見ても緑内障だから早く病院に行ってほしいのに、全く意味のない専門家に相談しましょうで終わってしまいますので、これだと併記をする意味がないのではないかと、この2点でやめました。

以上です。

○印南専門委員 資料を見ていると、兆候とか可能性のある病名表示というのが混在しているような感じがしていて、病名を確定診断的に表示するのは確かにいろいろハードルがあると思いますけれども、兆候を表示すること自体がグレーだというのは逆に私にはよく分からなくて、後知恵になるかもしれませんけれども、それはちょっと過剰な解釈だったのではないかと思います。

余計なことを言って済みません。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確定しているわけではないですね。

○印南専門委員 そうなのです。

○佐藤座長 警告というか、予兆、可能性を指摘しているわけですから。

○高橋代表取締役社長 県の薬務課等に聞いたほかのベンチャーの方から、5段階表示ならいいけれども、例えば100%は駄目だとか、いろいろな話が伝わってきて、それでそのように判断してしまいました。

○佐藤座長 ありがとうございます。その辺りも不明確だというものがあるんですね。

また御質問を受け付けますので、少々お持ちください。

戸田専門委員、よろしくお願いたします。

○戸田専門委員 ありがとうございます。

印南先生のお話と同じ件なのですけれども、開発する企業の立場からすると、案件ごとに個別に検討いただくということではなくて、分かりやすい基準をあらかじめ明示いただくと非常に参入しやすくなります。例えばアラート表示であれば、ここまでの表示なら医療的な診断には当たらないという基準を公開いただくと企業側もチャレンジしやすくなると思います。また、過去に医療用に限られていた血圧計やパルスオキシメーターが家庭用にも販売可能となったプロセスを明らかにしていただくと、想定のつきやすい分かりやすい基準ができるのではないかと思います。そういった基準をお作りいただくお考えはないのかというのが、まず、質問の第1点です。

もう一点、エビデンスについてなのですけれども、臨床的なエビデンスを集めてくださいと言われると非常に開発期間は長くなってまいります。そのため、今回の議題のようなアラート表示については、非臨床的なデータ、例えば健診データとの相関分析等をエビデンスとして使えるようにさせていただけないかというのが2点目の質問でございます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、御回答をお願いできますか。

○関野課長 関野です。

まず、2点目からお答えしますと、エビデンスに何をを使うかということに関しては、個別具体の製品について語っていったほうが恐らくクリアだとは思っているので、一概に駄目とも言っていないので、先ほど例示として挙げられていた健診データのようなものがどうい

った疾患を予兆するアプリ等に使われるかというところを個別に判断していれば可能性はあると思っています。

もう一点は、アラート表示に関してどの範囲であればということについては、現在、これも結局、病気によって、正に医学的な判断で、どこから先が診断で、どこまでがある程度将来に向けたアラートかといったところの境界線のような感じだと思いますので、専門性を持って普段診断されている方も交えて、個々の病気ごとに違ってくると思いますので、この辺りは正に開発されようとしている製品と、どういった疾患との絡みかというところも含めて、具体性を持った議論が必要ではないかと思っています。

以上です。

○佐藤座長 戸田専門委員、いかがでしょうか。

○戸田専門委員 開発投資というのは先行的にお金がかかるものですから、なるべく分かりやすい基準を明示いただくほうがありがたいと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

確かに先ほど高橋さんから御指摘があったように、ちまたではこういううわさが立っているとか、こういうアドバイスが散見しているという状況なので、一般的なガイドラインがないとなかなか事業を始めること自体難しいかという気がするのです。

先ほど戸田専門委員から御質問があった、一般的なガイドラインを作るとか、そういう計画は今、厚労省にはないという理解で大丈夫なのですか。

○山本審議官 山本です。

ガイドラインにどういうイメージをお持ちか分かりませんが、例えば先ほどの厚生労働省の資料の3ページ目にお示しした留意事項というのが、正に疾病の兆候を検出する家庭用医療機器というものが存在し得て、それについて、こういったことを開発に当たって揃えていただきたい、あるいは市販後にこういうことが必要になることを想定して開発とか市販後の準備を進めていただきたいということになるろうかと思っています。

疾病名の表示は、先ほど課長の関野からも申し上げましたように、一律すべからくの領域について、有効な考え方がなかなか難しいかもしれません。そういう意味では、領域、具体的なアイデアを御提示いただいたところについて、例示で考え方を示していくということではできるのかもしれませんが、そこら辺は検討させていただくことになるのではないかと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、順番から言うと、Deep Eye Visionの高橋様、よろしくお願いたします。

○高橋代表取締役社長 ありがとうございます。

幾つか追加になってしまいますが、Appleが新設の家庭用医療機器を作ったという、これは大手企業だからできたということで、家庭用医療機器の新しいカテゴリーを作るのに承認が必要なのは当然だとしても、既に医療用としては存在する機械の廉価版のような形に

なるので、何かしらベンチャー程度でも申請できるような形になれば大変いいのかと思っております。

また、関連学会等の専門家との協議が必要というのはもちろん、必要なのは当然なのですが、すけれども、学会の会員の中に技術レベルが低くて、何となくで受診するような患者さんを対象に生計を立てているという会員のこともある程度考えないといけないので、そうすると、こういう新しい家庭用医療機器に客を取られるという懸念を常に、私が眼科医だからか知りませんが、よく聞いております。ですので、同じぐらいの専門家の人数として、医療経済学の専門家を入れるとか、そういった形でバランスを取ると公平な議論ができるのではないかと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、この辺りはどうなのですか。人のことを言っはいけないのですが、専門家はイコール中立的とは限らないので、学会の中立性、利害背反という可能性はどうやって排除しますか。

○山本審議官 例えばということで御提案のあった、いろいろな専門家の方々と意見交換をするというのが一つあるとは思いますが。学会は学会できちんと役割を果たしていただけるものと期待しておりますし、先ほどおっしゃった医療経済とか、あるいは消費者行動のような専門の方々もおいでかと思っておりますので、臨床意義ということも一つでございますが、こういった製品についての意義ないしは一般の方が自らこれを扱ってどう行動できるかということについても、いろいろな面で御意見をいただくのは意義があるのかなと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

高橋さんと重なるかもしれませんが、先ほど厚労省さんから、医師が判断に関わるのは当然であると。それはつまり、これがどの程度確定診断に近くて、どこからどこまでが疑いなのかというところの線を引くのは医師なのだから、学会の意見を通して、そこで専門の先生の意見を聞くのは当然だということなのだと思います。ただ、カルディオインテリジェンスの田村さんもDeep Eye Visionの高橋さんも、それぞれの領域で専門医として既に認められる立場におられて、大学の准教授という職にもいらっしゃる方が現場の課題を解決しようとして世に出したものについて、こういうものが必要なかどうかを改めて学会に諮るということが本当に必要なのかは大変疑問なのです。

大石さんも先ほど言及されていましたが、医療系の学会は非常に、特に権威が強ければ強いほど上層部は大変に保守的で、新しいものを基本的にあまり認めていきません。高橋先生も御指摘のとおり、みんながみんな世の中をよくする、よりよい未来を作ろうと前向きに進んでいるということよりは、開業医としての生計を維持していくという

ところが非常に重要であるというふうに、優先順位が違う方もいらっしゃる中で、オンライン診療に大変強く日本医師会が反対していたのと同じように、こういった新しい技術が導入されることによって、申し訳ないのですけれども、診療報酬の取り分が減るのではないかと思います。

多くの学会は特定の企業、特定ではないですけれども、一部の企業から大変な金額のスポンサーを受けていたりとか、学会の上のほうにいらっしゃる方々が特定の企業からかなり多額の寄附を受けておられたりとか、そういったことは今、改めて言うまでもなく、皆さん御存じのとおりだと思いますけれども、例えば高橋先生がリリースしようとしているものと相反するもの、似たようなものを出そうとしている企業から寄附、献金を受けているような方がもし審査に関わるとなったときに、高橋君のところは幾ら出してくれるのだみたいな話にならないとは思いますが、そういったところでゆがんだ判断がこれまで実際に臨床系の医学会では行われてきたことも事実であって、もしも専門家を関与させたいということであれば、既存の臨床系の医学会という枠組みではなくて、こういったことがきちんと理解できるという、きちんとした専門家の集団は臨床医だけではなくて、先ほどおっしゃられたとおり、患者代表の立場とか、医療経済の立場の人も含めて、何らかのこういった検証機関などを作って、より中立の立場で検証できるようにしていく必要があるのではないかと。

もう一つは、学会に投げると、学会名で、これは認められみたいなことが結論として届くことはありますけれども、誰がどういった議論のプロセスを経て、それがリジェクトされたのかとか、そういったことが恐らく公にされない可能性があって、結局、企業側としては、どこをどうすればこれが通るのかみたいなことにフィードバックされない可能性もあると思うのですよ。世の中をよくしていくための何らかのフィードバックがあって、よりよい製品として、更に世に出ていく可能性があるということであればいいのだと思いますけれども、現状、こういったものは時期尚早であるみたいな、よく分からない一文で突き返されたりする可能性はきっとあるのではないかと考えていて、こういうことをやっている、いつまでたっても日本は化石みたいな医療しかできなくなってしまうのではないかと。

だからこそ、こういったことをある程度きちんとテクノロジーの利点や限界も含めて理解している、医師としての能力もある人たちで、例えばそういった検証機関を作るなどの取組をして、こういったものを規制するというよりも、よりよい形で、より早く社会に実装されていくことを目的とした新しい組織を作る。それに検証させるというなら分かるのですけれども、旧態依然とした臨床医の集団でこういったものが果たして中立に本当に検証されるのかどうか。私もそういった幾つかの組織に身を置く中で正直、疑問に感じざるを得ないところはあるかと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

SaMDのときもこの議論があったような気がするのですけれども、状況がかなり変わって

きているので、新たな、より中立的な検証機関であるとか申請機関を作るとか、あまり学会に丸投げしない方法は何か、厚労省としてアイデアはないのですか。あるいは検討する可能性はありますか。

○関野課長 関野でございます。

何かフレームを作るかどうかというよりは、それぞれの開発しようとしている機器が対象とする疾患によって変わってくると思いますので、あまり恒常的な何か委員会というよりは、関係のところとの話、あるいは協議ということになるのではないかと当初イメージしておりましたが、いずれの場合も、どういうやり方にせよ、先生方の御意見も伺いながら考えていければいいのだと思います。

加えて申し上げるなら、透明性の確保というものは、この議論に参加する方全員にとって共通の問題だという捉え方で当然やるのだと思っております。

今、言えることは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。透明性というのは忘れずによろしく願います。

落合専門委員、よろしく願います。

○落合専門委員 御説明ありがとうございます。私のほうからは3つお伺いしたいと思います。それぞれ質問が細くなるようなところもあるかもしれませんが、必要に応じて後で御回答いただくのでもいいのかもしれませんが、質問させていただきたいと思います。

1つ目が表示の点でございます。現在罹患している可能性と、将来に関するリスクと、それぞれ議論があるところだと思っております。これらの点に関して、確実にできないであろうことは、医療機器の側が最初に判断して確定診断をすることで、これができないことは明確だということです。これ自体は、まず問題ないのかと考えます。

一方で、そこに至らない可能性を認識していただくことによって、病院への受診であったり、生活習慣の改善につなげるとか、こういった効果があるであろうことは各御発表の先生方からもいただいたのかなとも思っております。そういった意味で、御本人に対して誤認させることがあってはならないということではあると思っておりますので、確定診断ではないということを明確に記載することであったりですとか、最終的には、医師にかかっていたきたいことであったりですとか、医師に受診勧奨するのが目的なのですということを明示的にしておいていただくとか、こういった条件を設定する中で、できる限り可能性については表示できるようにしていくことが重要ではないかと思っております。

そういったときに、ここから先は更に細かいですが、相対的医行為ですとか絶対的医行為というお話も本日ありました。どこが本当にできないのかという話であったり、可能性の表現についても、5パターンだったらどうなのかとか、10パターンだったらどうなのかとか、1つだけだとどうなのかとか、そういった割とディテールのところでかなり御疑問が生じているというところは実際あると思っております。いずれも、今存在するガイダンスもそこまで詳細な事項は書かれていないと思っておりますので、そういったかなり細かいところも、

拘束的なものではなくていいかもしれませんが、より具体的な例を分析するようなものだったり、こういうものをより充実させていただく必要があるのではないかと考えております。これがまず1つ目です。

2つ目の点が情報収集の点でございます。情報収集を販売後に行っていくことについては、やはり相当程度、負担としては生じてくるであろうことはあると聞いております。もちろん、紙ベースでやり取りをしている場合よりはデジタルのほうが情報も取りやすいであろうということはおっしゃるとおりの部分もあるのですが、それでもデータのコスト、データをとって維持、管理するコストがそれなりにかかったりですとか、それに対して、本当に情報を返してもらうようにするためには、一定の働きかけがなければ、それなりのデータ群を取れないような場合もあり得ると聞いております。そうすると、それなりに負担になる場合があるであろうということだと思います。

そういった点からすると、本当に問題があることが分かった場合には報告義務を課するという形にして、また、当初、審査をしていただく際に、そもそも必要な範囲でエビデンスを取っていただいているのだと思うのですが、そこでそもそも、審査の段階で必要な範囲で審査をしていただいて、大きく状況変更するような場合のみ報告であったり、事故の場合に報告であったり、そういう形にすることが合理的ではないのかと思いますが、この点はどうお考えになれるかというのが2つ目です。

第3点としては、学会の点になります。学会について、先ほどまでも議論をしていただいておりますが、透明性という言葉も先ほどおっしゃっていただいたところもありました。これが議論の中でどういう形で決まっていくのかということも重要だろうと聞いております。利益相反の防止ということに関して、学会での発表等に関しては利益相反は整理されていると思うのですが、様々な審査であったりですとか、これが国の制度の中で何らかの位置を持つようなときの利害の整理等々については必ずしも整理されていないような場合がほとんどではないかと聞いております。そうすると、必ずしも十分な透明性であったりですとか、利害関係の問題というのが生じないようになるということが難しいのではないかと聞いております。

また、団体の、そもそも学会を選ぶときも、同じ事項について複数の学会がある場合にそれぞれ見解が違うようなこともあり得るとは考えております。そういうときに、どちらを採用されるのかといったことですか、どこにどう相談するのかとか、そういったことも必ずしも分からない部分があるように聞いております。そういった意味で、大きく学会と言ってしまうと、どうしても透明性がない形になってしまうのではないかとこのところが懸念される部分だと思いますので、こういった点を踏まえてどういうふうに、方向修正をしていただく余地があるのかということをお伺いしたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、御回答をお願いできますか。

○山本審議官 1点目の、いろいろな限界がある中、あるいは誤認させないとか、いろいろな受診につなげるとか、様々なことを前提にということを表示できるようにしていくのが望ましいのではないかという御指摘ですが、私どもも基本的にそういう限界というか、前提を想定しながら考えております。相対的医行為でもし何かあれば、また後ほど同僚からコメントさせていただきます。

2点目の承認後の情報収集ということも、医薬品にしる、医療機器にしる、プログラムにしる、審査前に確認できることはさせていただいた上で、それでもなお市販後に委ねざるを得ないことについて、市販後に情報収集をお願いするという構図です。それは決して医薬品と同じものを医療機器に求めているわけでもなく、そこはどんな製品であって、審査前に、あるいは承認時までどこまで確認できていて、ただ、一定のところは承認後に委ねざるを得ないというものについて、どうしてもお願いすることを明示するというものでございますので、必要なものに限ってお願いするというところで御理解いただければと思います。

3点目です。利益相反、透明性の話でございます。いろいろな協議の段階があると思いますが、例えば具体的に申請が出た後にPMDAなどが審査するわけですが、例えば外部の専門家に御意見を伺うというときは、一定の利益相反の規定があって、それに抵触しない方を選ぶという形になりますし、学会に御意見を伺うときは学会として御意見をいただくことが多いのでございますが、個人として関与していただくときには一定の利益相反のルールで人選をさせていただくというところがございます。お答えになっているかどうか分かりませんが、審査のプロセスに関与する専門家についてはそのように取り扱わせていただいております。

○関野課長 関野です。

1点付け加えさせていただくと、最後の透明性の関係なのですが、ある程度、個別の審査という段階では今、申し上げたとおりなのですが、加えて、ここでの議論というのは恐らく、個々のアプリなりがどこまでをメッセージとして出すか出さないかという、確定診断かその手前かどうかの境界線の話ですので、むしろ審査というよりは、医学的な観点で見たら、ここから先は診断だとか、その手前までだとか、その辺りはお互いの協議になってくると思いますので、むしろ関係の皆さんも一緒にこの辺りを協議していく中で透明性も確保していくということもきちんとやっていければいいのではないかと思います。

あと、これは別件なのですが、時間の関係もあると思いますが、我々が今日御提案いただいたお二人に聞きたいことがあります、これはどうしたらいいのでしょうか。ここは座長にお諮りしたいです。

○佐藤座長 もしよろしければ大丈夫です。お願いします。

○関野課長 それぞれお二人に1つずつよろしいでしょうか。

○佐藤座長 はい。

○関野課長 まず、田村さんのお話の中でいただいた、ページが振っていないのですけれ

ども、9枚目です。一般用／家庭用医療機器を用いた疾病リスク表示に関する要望という、2に入る少し前のスライドの関係なのですけれども、ここに挙がっている内容は、書いてある内容は1から4までを含めてもっともな部分があると思っているのですが、どこがネックになってお困りかということクリアにしたいというのが一つです。

もう一つまとめて、高橋さんにお聞きしたい点は、説明いただいたところかどうか分からないのですが、10枚目のスライドの参考のところです。ここで上の3行に書いてあるところから矢印が出て、赤字で疾患リスクの表示可という、ここの最初の3行の文章から矢印の先にある表示可というところに結び付けている矢印の間にどういうお考えがあって、こういうふうに整理されているのか中身をお伺いしたいと思います。

お時間をとらせてますが、お願いいたします。

○佐藤座長 時間もありますので、簡単に、田村さんと高橋さんの順番でよろしく願いいたします。

○田村代表取締役CEO 御質問いただきありがとうございます。

私どもはこういったものを取りそろえることで世に出すことができるということは、開発者もしくは医師としてある程度慣れているから分かるというところが実際にございます。ただ、今までの家庭用医療機器はほとんどソフトウェアではなく、多くの場合は体温計のようなハードウェアで、家庭で安全に使えるというための規制がほとんどですので、実際に家庭でこういった病名表示をするための条件とかガイドライン、ガイダンスといったものが未整備の中で議論の端緒になればいいかと思って、こういったものを具体的に挙げさせていただきました。ですので、これを踏まえて実際に、例えばこういったものを満たせば病名表示ができますというものを疾患名とか領域横断的に出るといいと考えております。以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

やはりガイドラインが欲しいということですね。

○田村代表取締役CEO 多くの事業者さんが、医療機器にこれまで携わっていないデータサイエンスなどに強みがあるようなところで、こういったものをより推進していくためには、ある程度、これはきちんと踏んでほしい、これはどちらでもいいみたいなのが決まっているところがあると、普及の促進、推進にはなると思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これはSaMDのときも同じ議論をしたような気がするのですけれども、こういう許認可は、これまではどうしても伝統的な医療関係者の中で閉じた世界だったのです。そうではなくて、新規の参入の方々がいらっしゃるわけなので、一般の人たちにも分かるようなガイドラインにして、自分たちの用語だと誰もついていけないので、ラテン語はやめてくださいという話だと思うのです。SaMDの話でも通じるような気がしました。

ごめんなさい。高橋さんからも御回答が必要でした。

○高橋代表取締役社長 この2つの医療機器は同じ会社の1つのページに両方あって、右

が医療機器だからメートル法の単位で骨密度が表示されて、左は会社独自の単位だからそれで構わない。それで疾患リスクの表示を一応しているということです。

その結果が、専門家に相談してくださいとか、運動しましょうとか、そういう5段階表示になっているという現状があって、疾患リスクが表示可にはなっているのだけれども、これを眼底で、今、どちらのAIを使うと大分意味のない表示になってしまう。そこが課題になっておりました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

順番が前後しますけれども、落合さん、先ほどの続きですね。

○落合専門委員 そうです。先ほど御回答いただいた点についてです。

1つ目が、表示の点については前向きに御検討いただけそうなお答えをいただいたように受け取りました。この点については、先ほども御指摘がありましたが、例えばAppleウォッチなどについて、むしろ海外の製品について先行されてしまっているところもあると思いますので、国内の事業者にとっても参入しやすくなり、国内での参入であっても将来的には海外に輸出することにもつながるかもしれませんので、そういったことに資するようというところで、是非早急に、できるだけ分かりやすいものを御準備いただければと思います。

あとは製造販売後の情報収集については、必要な範囲に限定されるということはいいお返事のあった部分があるのかと思いますが、その範囲をできる限り最小限にさせていただくのが重要ではないかと思っております。できる限り事前審査で終わりになるようにしておくことが重要ではないかと思っております。

最後に学会の点については、学会であればあまり利害関係と関係ないのではないかと思います。しかし、学会によってもポジションがあるというのは私も様々な会議に出させていただく中で経験するところもありまして、例えばこういうものは日本人だとリテラシーが低いから駄目だと思いきり言い放たれたりするような学会とかもございましたし、必ずしも全部が全部、合理的な判断をされるとは限らないことがあります。医学専門家が関与すること自体は必須なのですけれども、全体としてのガバナンスの仕組みがきちんとできている枠組みで進めていただくことは、学会だから何も考えなくていいということにはならないと思います。その点だけよく御検討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。

時間の関係もありますので、次の大橋先生と大浦先生のお二人の質問でこの議題1は終わりとさせていただきます。

大橋先生、よろしく申し上げます。

○大橋専門委員 どうもありがとうございます。

今のベンチャーの企業の方と厚労省との会話でもかなり受け止めが違っているのだなど

ということが明らかだと思うのですけれども、私は今回の疾病を表示することに関して、我が国のベンチャーの人たちは考えていたのだけれども、ちゅうちょした。しかし、Appleはできたということについて、行政の情報発信について相当程度考える必要があるのではないかと、是非捉えていただけないかと思えます。

行政の情報の発信いかんで我が国のイノベーションとかベンチャーがちゅうちょして死んでしまっている状況があって、これは多分御存じだと思いますが、日本の企業は、法務がグレーは黒と言う傾向がすごくあるので、厚労省さん以外のほかの行政はかなり明確に文書を出されてイノベーションを促しているところがある一方で、厚労省さんが言っていないからやってもいいという感じの受け止めのところは、多くの企業さんはそのように捉えない傾向があると思えます。

この話を標準化しないで個別具体的に考えるところがまたかなり問題があると思っていて、これは個別具体的にすればするほど、ある意味、すごく分かりづらいし、あるいは行政の担当者によってさじ加減がすごく生まれてしまう話になってしまうと思えます。この辺りはかなり危機意識を持っていただいて、発信の仕方を標準化していただく。今回の疾病名の表示については、少なくとも医療分野、疾病ごとに分けなくて、一律の標準的な指針を出していただくということは極めて重要だと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次は大浦専門委員にまたコメントをいただいて、まとめて厚労省に回答をいただきます。

大浦専門委員、よろしくをお願いします。

○大浦専門委員 実は大橋先生と私は全く似たようなことを申し上げようかと思っておりました。個別具体になればなるほど本当に意味不明な迷路に入っていくだろうということが既に想像できますので、まず、標準的な何か、例えばこういう文言を使ってくださいとか、そういうものは明快に厚生労働省さんが出される準備というか、これからやられても構わないのですけれども、そういうものを作っていただく気があるのか。そういうことをしていただきたいということと、専門家がどうしても見なければいけないのかどうかというところなのですけれども、多分、それは個別具体的にやるからそれがあるのですね。なので、1つ委員会があって、医者はこの中に2人しかおりませんので、このような感じでみんながいろいろな意見を出し合って、それでいいのではないかということであれば通すとか、1つ明快に委員会を作ってください、そこでずっとこうやって議論を流していただいて承認していくということがあればいいのではないかと思うのです。

要するに、これは本当に先ほどからずっと話が出ていますけれども、この後、受診してくださいと、これは診断ではありませんということが明快になっていて、その文書がきちんと入っていればいいのではないかとしない限り、絶対に表に出られないものになってしまうのと、この規制改革委員会ですら今まで何度もあってすごく不思議だったことがあるのです。それは医療機器とか医療何とかとか、承認されたもののほうが動きが悪くなって、む

しろどうでもいいようなものはどんどん出せるというふうに、この状態だとなってしまうのですよ。なんだったらアプリが、これはゲームですと言って出してしまったら、どのようなものでもないかもしれませんが、出せてしまって、それである程度、医療機器としての承認が出るほど非常に精度の高いものはまるで動けなくなりますという可能性が物すごく高いと思いますので、これに関して、やはり厚生労働省の皆様方には自分たちが承認したものは責任をもって抑え込むという現在の感覚を是非変えて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。

確かにデジタル化時代は標準化の時代でもありますので、ある程度、標準化しておかないと、いろいろな業種の方々には分からない、伝わらないということになりますので、言葉の統一と変わらないのです。先ほど私はラテン語と言いましたけれども、この辺りは厚労省さん、いかがでしょうか。

○山本審議官 山本です。御意見ありがとうございます。

様々な疾患領域なり、様々な疾病があろうかと思えます。分野横断的に考え方がまとめられるところはまとめていきたいと思えますし、その一例が先ほどの、繰り返しますが、3ページにお示したような疾病の兆候を検出して云々といった留意事項、ないしは基本的考え方の第1弾だと思います。こういったものを充実させていくというのが一つあると思えます。

一方で、やはり様々な疾患領域がありますので、どうしても個別に考えていかざるを得ない。そして、そのほうが早道だというときもございます。そこら辺はバランスよく、目的は、先ほど先生方もおっしゃっておられましたように、未病というか、早く見つけて、早期受診の機会を逸しないということかと思えますので、バランスよく進めていきたいと思えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

お時間が過ぎていきますので、議題1はここまでとさせていただきます。厚労省さんも非常に前向きな回答も幾つかいただいていたようには思うのですが、正に家庭用医療機器、セルフメディケーションを進めるというのは国の方針でもありますので、こういう家庭用医療機器をどうやって有効かつ安全かつ利便性の高い形で普及させるかということです。これは日本の新しい産業にもつながりますので、是非いろいろな医療機器の普及を促すという観点からの規制の在り方を考えていただければと思います。

委員、専門委員の方々におかれましては、時間の制約上発言できなかったことがございますので、明日中に事務局に御連絡いただけますと、事務局から厚労省にまとめて連絡させていただきます。

では、議題1は以上ということになります。カルディオインテリジェンス様、Deep Eye Vision様、どうもありがとうございました。

それでは、ちょっと遅れていますけれども、議題2に移りたいと思います。「介護分野におけるローカルルール等による手続負担の軽減について」の議論をさせていただきます。

出席者を御紹介いたします。

一般社団法人全国介護付きホーム協会から、松尾徳哉事務局次長です。

一般社団法人日本在宅介護協会から、アースサポート株式会社の亀ヶ谷敏幸常務取締役、櫻井千恵美業務推進部長、有村聡訪問入浴指導リーダー(兼)安全運転指導リーダーです。

引き続き厚労省から堀内斉大臣官房審議官、それから、今回、総務省と内閣府からも出席がありまして、総務省からは三橋一彦自治行政局行政課長、内閣府は地方分権改革推進室から細田大造参事官に御出席いただいております。

それでは、全国介護付きホーム協会様から、まずは5分程度で御説明をよろしく願います。

○松尾事務局次長 全国介護付きホーム協会の松尾でございます。本日は貴重な機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

持続可能な介護保険制度の実現に向けた文書負担軽減につきまして、御説明をさせていただきます。

まずは、現場の文書負担軽減がなぜ必要なのかについて御説明いたします。資料の2ページから5ページまでを御覧ください。介護現場では深刻な人材不足が発生しており、2040年には69万人が不足するという見通しとなっています。一方で、新型コロナや自然災害により、現場の業務は増加しています。

このような状況の中では、現場の事務負担を効率化し、専門性の高い業務により多くの時間を使える環境を整備していただく必要がございます。

次に、行政文書のローカルルールと負担軽減に向けた国の検討状況について御説明いたします。7ページでございます。

行政に求められる文書や様式、提出方法などのルールは、自治体により違うケースがございます。複数の自治体にまたがって運営する事業者にとっては非効率となってしまいます。

また、同じ自治体でも、担当者が替わることでルールが変更となるケースもございます。

8ページでございます。このような状況を踏まえ、厚生労働省によりまして専門委員会が設置され、様々な方策を実行していただきました。おかげさまで「簡素化」「標準化」が進み、負担が軽くなったという現場からの声も聞こえてまいります。例えば、処遇改善加算の要件を満たす根拠書類の提出が不要となり、求められた場合のみ提出すればよくなったように、これまでの事前規制の重視から事後規制の方向に徐々に転換する流れはよいことであると考えております。一方で、自治体の皆様のコストも少なくなるよう、事業者も規律性を高めていく必要があると受け止めております。

9ページでございます。今年度から電子申請システムの運用が開始され、更に負担軽減が進むものと期待しております。

しかしながら、システムの利用は希望する自治体に限定されます。条例見直しなどの調整が必要になるケースもありますので、どこまで全国に展開されるか分からないと思えます。より多くの自治体に利用してもらえようような仕組み作りにつきまして、御検討をお願いしたいと思っております。

最後に、今後の取組に関する御提案でございます。11ページでございます。ローカルルールを解消し、業務効率化を図るためには、更なるデジタル化の進展が必要だと考えております。電子申請システムの運用が始まりますが、例えば、代表者名の変更が1回の電子的な届出によって、全国の事業所がワンストップで完結できるようになることや、事後報告書の提出まで電子化されるようになれば、更に効率化が進みます。このようなシステムの機能拡大を進めていただきたいと思いますと思っております。

また、事業者、自治体、利用者の3者にとってメリットのある長期的な、あるべき介護システムの将来像を検討し、実現に向けて動き出すことも要望させていただきます。

最後に、12ページでございます。デジタル化の一層の推進を図るためには、介護行政の手続を共通化する必要があると考えております。地方自治法で自治事務とされている介護サービス事務について、例えば全ての事業者、自治体に共通する基本的事項に関する事務と、それとは別に、地方の特性に合わせた独自政策に係る事務を区分し、基本的事項に限っては、全国共通様式に統一するような整理をしていただく可能性はないでしょうか。

事業者の事務負担軽減につながる前向きな国の検討をお願いできれば幸いです。

事業者としましても、生み出された時間を有効に活用し、より品質の高い介護サービスの提供に努めてまいりたいと思っております。何とぞよろしくお願い申し上げます。

以上でございます。御清聴いただき、誠にありがとうございました。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

それでは、続きまして、日本在宅介護協会様から御説明を、こちら5分程度でよろしくお願いたします。

○櫻井業務推進部長

本日は説明のお時間をいただき、ありがとうございます。私は一般社団法人日本在宅介護協会会員事業者でございますアースサポート株式会社業務推進部長の櫻井千恵美と申します。現在、弊社では、全国46都道府県、466拠点におきまして、介護保険と障害福祉サービスを一体的に運営させていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、文書負担軽減に向けまして、厚生労働省におかれましては、様々な取組を推進していただいておりますこと、心より感謝申し上げます。

早速、資料を御説明いたします。2ページを御覧ください。ここでは主に要望、課題としまして5点挙げさせていただいておりますが、本日は1点目と2点目について御説明申し上げます。

まず、課題の1点目は、指定に関する申請手続・運営指導などについて、厚生労働省から示されている「簡素化・標準化項目」が徹底されていないということです。これにつきましては、全国の自治体において、指定に関する申請手続や運営指導における実施・確認方法など、統一ルールで実施していただくことを強く要望いたします。

2点目は、介護保険制度と障害福祉制度の手続がばらばらであり、事務負担が軽減されていないということです。介護サービスは高齢者・障害者が対象となっており、各制度に基づく事業を一体的に運営している事業所もごさいます。介護保険領域だけではなく、障害福祉領域もセットで手続の簡素化、標準化、ICTの活用などを考えていただくことを要望いたします。

次のページを御覧ください。介護保険サービス・障害福祉サービスを一体的に提供している私どもの事業所の事例なのですが、変更届作成の実例として4つ御紹介させていただきます。なお、いずれも紙での提出となっております。

4ページの事例は、千葉県香取市にごさいますアースサポート香取の事例でごさいます。この事業所は介護保険では訪問介護と総合事業を、障害福祉では居宅介護・重度訪問介護と移動支援を提供しております。そのため、サービス提供責任者が変更となる場合、制度、サービスごとの指定権者に対し、変更手続を行う必要がございます。

なお、総合事業につきましては市町村ごととなっておりますので、訪問介護は千葉県、総合事業では香取市、成田市、東庄町、居宅介護・重度訪問介護は千葉県というように、5か所へ書類を提出しております。

表でお示ししたとおり、書類や様式については提出先によって異なっておりまして、それぞれ提出のルールがございます。このように、アースサポート香取でサービス提供責任者を変更するために要する書類は合計23枚となっております。

続きまして、事例2以降も同様の見方となります。事例2の訪問入浴の管理者、営業日の変更においては合計32枚、事例3の事業所の移転に伴います変更につきましては合計65枚、事例4の通所介護の相談員・定員数の変更におきましては合計44枚の書類を作成し、中には押印を必要とする書類も多数あるのが現状でごさいます。

続きまして、8ページになります。こちらは現在の事務手続をイラストにまとめたものとなっております。制度改正と地方分権に伴い、事務手続は増えております。また、各自自治体のローカルルールに基づき、制度／事業ごとに多数の書類を作成、提出しております。そして、そのほとんどが紙対応です。いまだ押印も多く、現場では厚生労働省が示されている簡素化、標準化が進んでいないと感じております。1つの事業所で介護保険と障害福祉サービスを提供する場合、都道府県、市町村、それぞれの介護保険課、障害福祉課の担当者とのやり取りが発生します。この図のように、例えば6自治体で12名、ローカルルールが自治体により形態が異なるということの背景にはこういった仕組みの問題が大きいのではないかと考えており、この点で大変苦労しております。

広域展開をしている事業者では専門部署を設けて事務手続などを行いますが、中小の零

細事業者ではそういった事務手続を現場で行っております。もちろん、許認可である以上、申請内容に変更が生じた場合は届け出る必要があります。しかしながら、事務仕事は非生産的な業務であり、ここから新しい価値を生み出すことはございません。

こういった点を踏まえまして、9ページに要望をまとめさせていただきました。厚生労働省におかれましては、全体最適とペーパーレス化を実現するために、事業者と自治体の双方が使用できる電子申請システムによる手続の仕組みを推進していただき、徹底的に事務量を削減することにより、利用者へのサービス提供や職員へのフォローアップに集中できるよう体制を整えていただきたく、お願い申し上げます。

資料の説明は以上でございます。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。

それでは、次に、厚生労働省から御説明を、こちらも5分程度でよろしく願いいたします。

○堀内審議官 厚生労働省の審議官の堀内です。資料2-3に基づきまして御説明させていただきます。

一部、既に前回御説明したもの、あるいは今回、事業者の方からも示していただいた資料もございますので、ポイントのみに絞って御説明させていただきます。

まず、2ページは既に閣議決定されていた方針です。

3ページも前回御説明しましたが、厚労省のほうで専門委員会を設けてやっているものがございます。

委員名簿を御覧いただきますと、上から6番目の遠藤さんのように、介護付きホーム協会の方にも入っていただいております、また、下から2番目の山際さんのように、民間介護事業推進委員会などの団体の方にも入っていただいております。

4ページを御覧ください。前回と少し変わっているところとしては、令和3年度が終わったということで、令和3年度に終わったものも込みで書いてございます。

指定申請、報酬請求の欄ですと、下から2つ目の標準化のところ、様式例の整備ということで、総合事業の指定申請や加算の届出書について様式例を整備して周知したところでございます。後ほど御説明いたします。

続いて実地指導等でございます。この点も、前回も実地指導の提案について御質問、御議論がございましたし、また、書面でも御質問いただきました。これにつきましても、令和3年度中に示したものがございますので、後ほど御説明させていただきます。

また、ICT等の一番下のウェブ入力・電子申請に(※)を付けてございます。システムを令和3年度中に改修したところがございます。今後、第1期の参加自治体が令和4年度下半期頃から運用開始を想定しているところがございます。

少し飛んでいただきまして、9ページを御覧ください。先ほど申し上げました電子申請・届出システムの導入スケジュールでございます。これにつきましては、令和4年度の下半期から一部自治体で運用を開始し、また、トライ・アンド・エラーもしながら、段階的に

参加自治体を拡大していくということを想定してございます。

10ページを御覧ください。先ほども少し触れましたけれども、令和3年度中に届出書の様式例を作成して、通知を発出するとこれまで説明させていただいていたものでございます。ここに書かれている12種類の加算につきまして、様式例を新設し、自治体に対して周知したところでございます。

11ページを御覧ください。今後についてでございます。今日もいろいろ、事業者の方からも御意見がございましたが、私どももこれで完璧に全てが終わったと思っではございませんので、我々がこれまでやってきた標準例の様式を取組、その他を含めまして、自治体・事業者の実態把握に努め、更なる文書負担軽減に向けた支援を行っていきたいと思っております。

具体的には、想定している調査内容というところで2つ考えてございます。自治体向けの調査、事業者向けの調査、そうしたことによって想定している成果物ということで、先ほども自治体にうまく周知されていないのではないかと御意見がございましたので、自治体向けの文書負担軽減ガイドラインを作って、きちんと自治体においても取り組めるようにしたいと思っております。

また、事業所・自治体それぞれを対象としたオンラインによる指定申請等の活用に向けて、体制や準備等に関するガイドブックも作っていきたいと思っております。

12ページを御覧ください。先ほど申し上げました実地指導等の時期の取扱いについて、令和3年3月31日に発出しております。実地指導の実施方法ということで、これも自治体によってばらばらで統一がとれていないということで御指摘をいただいております。

また、オンラインでもできるようにしてほしいという話もございました。1つ目の○でございますが、名称も実地指導という名前ですと、実地ということで行くと思われまので、名前は実地ということをやめて、標準的な確認すべき項目とかは文書で行うようにするものです。

また、それ以外で、実地でなくても確認できるものを明確に区分けしまして通知したところでございます。

一番下の○でございます。運営指導の標準化や効率化を推進する観点から、留意点ということで明記したものでございます。

観点ですが、以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

それでは、質疑に入りたいと思いますが、本日は大石専門委員、落合専門委員より連名の意見書を御提出いただき、参考資料として添付させていただいております。

意見書の内容につきましては、各資料を御覧いただければと思いますが、まずはお二人から追加のコメントなどがあればお願いしたいのですけれども、いかがでしょうか。

大石さんでも落合専門委員でもどちらでも、いかがですか。

大石さんからお願いします。

○大石専門委員 内容についてはお読みいただければと思いますし、時間もあまりないので細かく申し上げることはないのですが、ここに書いてあるとおり、やはり抜本的な軽減に向けてきちんと対応していただきたいと思っております。

全体的に、先ほどアースサポートさんがかなり具体的にこのような負担が起こっているのだということをお示しされました。自分たちのところも含めて、私どもが見聞きしている介護現場でも似たような問題はあって、これだけの、要は課題が全く解決されておらず、厚労省さんの先ほどの説明を、今後このようにやっていきますということを拝見すると、全く危機感がなく、これはいつまでたったらどうなるのだという、こういうことをやっていく予定で、順次参加する自治体を募っていきますとかというのだと、これはいつまでたっても解決にならないと思うのです。

ですから、いつまでに解決するためにどうするのだということをもっときちんと考えていただきたいですし、今後また調査をするであるとか審議会をやると書いていらっしゃいますけれども、そのようなことよりも、本当に目の前にある課題と、今日、落合専門委員と一緒に出させていただいたペーパーのように、やるべきことは非常に明確になっているかと思しますので、その危機感とスピード感を持って取り組んで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。

落合専門委員からお手が挙がっているので、よろしいですか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

私も細かいところは資料を出させていただいておりますので、そちらに委ねたいと思いますが、全体としては、分権を進めることは、佐藤座長もよくおっしゃられている感じがいたしますが、あくまで政策をとということであって、作業内容を細切れにすることが分権の目的ではないということだと考えております。その意味で分権自体は実施していただくことは大事なのですが、一方で、デジタル化を阻害するような細かい手続であったりですとか、様式だったり、こういうものを統一化して行って、できる限り同じものになる努力をしていくことが必要です。

これは医療・介護だけではなくて、他の分野でも共通して問題になっているテーマでありまして、各分野においてそれぞれできる限り努力して、そういう形になるようにということで、国全体のデジタル化という意味でも進めていこうという形でやっていると思いますので、是非早急に見直しを進めていっていただければと思っております。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、いただいたお二人からのコメントにつきまして、まず、厚労省から簡単にコメントというか、御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○堀内審議官 分かりました。

今、両委員からお話がありましたし、参考資料について、簡単に各項目にざっとコメ

ントする形でよろしいでしょうか。

○佐藤座長 お願いします。

○堀内審議官 まず全般的に、先ほども大石専門委員からもお話がありました、介護の現場でこれだけ不満なりの声が上がっていることは真摯に受け止めるべきということについて、私もこの件につきまして、真摯に受け止めたいと思っております。

いただいたものについて、1つ目でございます。まず、1の①でございます。私も様式、添付書類の統一の目指す方向性は同じと認識しております。私どもとしては、どうしても自治事務、又は地方分権との関係から、なかなか国のほうからこれと決めつけるのは難しいと思っており、そのため、標準様式等を示して、自治体にその採否をお願いしていたところでございますけれども、地方分権や自治事務との関係で問題がないということでしたら、自治体との調整とか自治体における一定の手続等が必要になるとは思いますが、ここにいただいたような省令とか、もう少し格を上げるということができる限り実現する方向で検討を進めたいと思っております。

また、介護手続ホットラインにつきましては、恐らく厚労省のほうではいろいろやっていると言いつつも、引き続き事業者からの不満の声があるのではないかと考えています。今日も御説明を2つの団体からいただきましたけれども、関係する方は先ほどの専門委員会に入っております。もう少し専門委員会のほうでもこうした方々の率直な意見を言ってもらえるような形にして、ヒアリング等もまた行いまして対応してまいりたいと思っております。

また、国の電子システムの使用原則化につきましても、任意でやっていたら時間がかかるだけではないかということをお話しいただきました。これは今からスタートするところでございます。走りながらということではございますけれども、まず、このシステムを活用した自治体をインセンティブ交付金で評価するようなことを始めてまいります。また、自治体によって独自にシステムなどを行っているところもございますので、そうしたところの費用負担の問題なども見ながら、どのような対応ができるか検討したいと思っております。

また、自治体の負担軽減の見える化につきましても、自治体の介護行政の見える化を私どもは重要と思っております。先ほども触れました推進交付金についても、都道府県のみならず市町村レベルでどうなっているのかということも、ちょうど昨年公表を始めたところでございます。先ほど申し上げましたように、負担軽減の取組をこの中に入れてございますので、これを更に充実させて、この取組を通じて見える化が必要という問題意識には対応してまいりたいと思っております。

また、独自ルールの明文化による一元的公表を書きいただいておりますけれども、先ほど申し上げましたようなこのシステムを使えば、ある程度、取組が分かるのではないかと考えております。

また、事業者による自治体ごとの手続に関する評価の見える化を書きいただいております。

います。自治体における取組につきましては、介護の分野のみならず、その他の分野、また、介護についても手続以外にもございまして、むしろ自治体のほうでそうしたことについて、行政が吸収するような仕組みを設けているのではないかと考えてございますけれども、私どもとしましては、この点については、先ほどの見える化を通じて取り組んでいきたいと考えてございます。

最後の④、その他のところでございますけれども、自治体の取組事例の収集、公表を私どもは是非やりたいと考えてございます。調査するというばかりだという御指摘をいただいたかもしれませんが、先ほど申し上げましたように、電子申請届出システムもスタートするところでございますので、それに取り組んでいただいた自治体などの状況も見ながら、好事例を展開して、ICT化による負担軽減に向けた取組を実施してまいりたいと考えてございます。

簡単ですが、以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今日は総務省と内閣府地方分権改革推進室からも御出席いただいておりますが、総務省さん、地方分権改革推進室さんはいかがでしょう。地方自治、地方分権の観点から懸念材料、あるいはここに気を付けなければいけないということがあればコメントをいただければと思います。

総務省からお願いできますか。

○三橋行政課長 総務省でございます。お世話になります。

厚生労働省さんの説明で十分整理されているのではないかと考えておりますけれども、やはり事務を各自治体にやらせているという中で事業者と自治体の接点をどのように合理化するかということだと思います。様式の統一でありますとか事務負担の軽減について、国の役割としても、自治事務ということとか分権ということが出ておりますけれども、自治事務でありまして国として、例えば統一して、各事業者について、こういうことについての様式を整理したいということの助言なり、あるいは制度化ということも検討することが可能だろうと思います。そこはそれとして厚生労働省さんの取組を進めていただければと考えております。

ただ、その際、注意していただきたいのは、各自治体の地域の特性というものがありますので、そこはよく厚労省さんのほうも自治体の声もよく聞いていただきたいと思っております。

私のほうからは以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

地方分権改革推進室はいかがでしょう。

○細田参事官 内閣府の地方分権改革推進室の細田でございます。

今ほど、総務省からもお話がございましたが、地方公共団体の事務に関しまして、自治体の創意工夫ができるようなものにつきまして、法令等において義務付けることは必要最

小限度にすべきだと考えておりますけれども、事務処理の内容が共通しているようなものについて、これの統一化を図る余地はあるものと考えております。

自治体の負担軽減に御配慮いただくということを前提にいたしまして、また厚労省とも相談させていただ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。

総務省さん、地方分権改革推進室さんからのコメントによりますと、基本的にはもちろん、各自治体の事情は考慮すべきということですが、こういう方向で標準仕様を進めていくということは恐らく特段、問題はない。別に地方分権に反しているわけではないという理解で大丈夫なのかと思えます。

ありがとうございました。では、ここまでの御説明につきまして、御意見、御質問があればよろしく願いいたします。いかがでしょうか。

大石専門委員、よろしく願います。

○大石専門委員 少しだけ厚労省さんに申し上げたいのは、繰り返しになってしまうところもあるのですが、頭を切り替えていただきたくて、要は創意工夫が事務のところではないということであるとか、効率化を目指して統一した様式に関しては、各自治体に原則的にそれを使うようにしていただいて、むしろ特別な理由があるのであれば、それは言うてくださいというふうに、主客を入れ替えたほうが良いと思うのです。

それから、電子化に関しても、原則的に電子化するのだと。それができないのは何が理由で、かつそれをどう救済するのかというのは、例外に対して対応するという、何か発想を変えていただかないとこれは進まないと思いますので、是非よろしく願います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

質問にはまとめてお答えいただくようにして、落合専門委員、追加でコメントがあればよろしく願います。

○落合専門委員 ありがとうございます。前向きに捉えていただいたところも厚労省さんにかなりあったかなと思いますので、若干だけ付け足しをさせていただき形をお願いできればと思います。

今回、こういうローカルルール統一ということについては、せつかく実施するからには、形だけ実施したという形にならず、本当にどうやったら業務が楽になるのかが重要です。これは自治体の方々に声を聞いたりするときもそうだと思うのですが、自分たちで楽になりたいからと自治体の方は言われたいとは思いますが、事業者の方も、今日おっしゃっていただいた方々もいますけれども、なかなか声に出してくれないこともあるかもしれません。ただ、そういった中で、本当に実効力を持つような形で進められるようにするために、見える化というところであったりですとか、標準書とか、どうやったら業務設計もちゃんとよい形にしていけるかということも配慮して作っていただくことは大事だと思いますので、是非前向きに取り組んでいただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お二人からの御質問というよりはコメントだったと思いますけれども、厚労省さん、いかがですか。

○堀内審議官 審議官の堀内です。

頭の切り替えをすべきという御指摘もいただきました。確かに地方分権との関係なども考慮して、そうした中でできる対応をやってきたところでございますけれども、先ほど総務省、分権室からも、一定の留意事項、注意事項はあるものの、先ほど私が答えたような方向でいいのではないかというお話をいただきましたので、そういう面で規制改革会議の委員の皆さんと目指しているところは一緒だと思いますので、原則、例外についての頭の切替えなども含めてやっていきたいと思っております。

また、見える化についての御指摘が落合先生からもございました。そうしたことも我々はこれまでも取り組んでいるところではございますけれども、よりよく見える方法は何か、また、標準書も既に定めているものであっても、よりいい標準書はないか、改めて頭を切り替えて取り組んでいきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お手が挙がっていますので、大浦専門委員、よろしく願いします。

○大浦専門委員 厚生労働省の皆さん、いつも事業者に対しては、1か月ぐらいしかないのに、何月何日までにこれをやってくださいといつもおっしゃっていただいていますね。何で地方自治体に関してはこんなに優しいのですか。おかしくないですか。せめて事業者に対しての5分の1ぐらい厳しく、10分の1でもいいから厳しくなれたらどうですか。今回のこの話を聞かせていただいて、落合先生は優しいから、厚生労働省の方もいろいろと感謝みたいなお話があって、本当に優しいと思いましたがけれども、私は聞きながら、全くきちんとやる気はないのだなと思えました。

だって、同じ目標というか、見ている方向は一緒ですねといっても、一体いつまでにこれをやるかという距離感が違ったら、あさっての方向と一緒にわけです。違いますか。普通の算数と物理ができたなら、そのようなことは当たり前に分かることですね。少なくとも落合先生たちが思われていることと厚生労働省さんが言われていることはあさっての方向ぐらい距離感が違うと私は思います。

もしも現場の人間にあれだけのきつい縛りを今後もなさりたいのだったら、もっときちんと行政を指導して、行政の皆さん方にもきちんと、これまでにこの程度のIT化をしてくださいと、それだけの縛りを出すのが官僚と言われている厚生労働省の皆さんの仕事ではないですか。これをやらないのだったら不作為ではないですか。

それで、現場には厳しくするというのはおかし過ぎますね。私たちは地方公共団体や厚生労働省さんが言えば、きちんとそのときまでに頑張って書類を無理やりでも、きちんと寝ずにでもそろえるのです。私は納得できません。これで見ている方向は一緒ですねと言

われても、私にはそうは見えません。

IT化をきちんとなさるのであれば、電子申請をさせるというのであれば、最低限、何年何月何日までには全ての地方公共団体ができるようにしますと、それだけの指導ができないのだったら国家ではないです。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

恐らく今、大浦専門委員がおっしゃったような、例えば厚労省さんの資料の9ページ目にある電子申請届出システムなのですけれども、これは一見、工程表のようにも見えるのですけれども、最後は一体、参加自治体は幾つになるのかとかが見えませんね。

○大浦専門委員 そうです。私はきちんとした電子申請など、ほとんど見たことがないです。

○佐藤座長 やっていないのですね。

○大浦専門委員 はい。

○佐藤座長 これは多分、まずは厚労省さんから今にお答えいただいて、工程表はあるのですかということです。工程表というのは、つまり、募集しますとかの工程表ではなくて、少なくとも、例えば小さい自治体は横に置いておいても、例えば人口5万人以上は必ず入れるのだとか、よくPFIとか、ああいうものはそういう打ち方をするので、あるいはそのような工程表を作られる予定はあるのですかということです。

それから、逆にこれは、本当は総務省さんの管轄だと思うのです。こういう情報システムは、例えば全国、自治体に使うようにという、デフォルトは使ってくださいと、オプションが原則です。特段の理由がない限り、オプトアウトは駄目ですみたいなことをするのは地方分権に反すると言っているのですか。

厚労省さんからまず一つ、御回答をお願いできますか。

○堀内審議官 大浦先生の御指摘は、今回のローカルルールについてのみならず、厚労省の老健局の様々なことに対する御指摘かと思えます。今日、会議に当たっては複数の課の課長も同席させていますので、それぞれ、私はもちろんですけれども、局としても真摯に受け止めて、官僚の不作為という御指摘までいただきましたので、改めて国民のため、事業者のために働くということで頑張っていきたいと思えます。

その上で、今、具体的なお話のありました9ページについて、確かに座長がおっしゃるように、これが工程表と言えるのか、工程表というつもりで作っているのかということでございますけれども、工程表ということで作っているものではございません。これまでのシステム開発に当たって、こういうスケジュールを念頭に行ってきたというものでございまして、これは標準様式の省令化なども連動するかと思うのですけれども、そうしたことで多くの自治体に使ってもらえれば、電子システムを利用していただければと思えますし、これを普及させれば逆に標準化も一層進むと思っております。先ほど総務省や分権室からも、標準化についても、厚労省のほうで判断していいという御発言をいただきましたので、

スケジュール感は今日の時点では示すことができませんけれども、御意見を十分に受け止めて考えていきたいと思っております。

他方で、先ほども少し申し上げましたけれども、自治体のほうでこれを導入するとなると費用負担の問題なども生じてくると思えますし、地域性みたいなものもあるかと思えますので、総務省ともよく相談させていただきたいと思っております。

○大浦専門委員 すみません。一言いいですか。

事業者には一切の自由を与えていません。お金がないからといってやらないで済むかということ、一切そのようなことはありません。やれないのだったらやめてくださいという感じで全部やられているのに、地方自治体に関しては、お金もないでしょうから、能力もないでしょうから、いつかやれるときにやればいいのではないのですかというのはおかしくないですか。

皆様方もきちんとした判断力があると私は思います。そうだったら、自分たちの言っていることが極めておかしいということを理解されませんか。どれだけ事業者が苦勞して皆様方の勝手なルールに合わせているか、それを全く厚生労働省の方々は御存じないということでしょうか。

○佐藤座長 お怒りは分かりました。

すみません。この議論は一回、今度は総務省のほうに回していいですか。

総務省さん、これはどうですか。このシステムをみんなに使ってくださいというのをデフォルトにはできないのですか。

○三橋行政課長 すみません。多分、このシステム自体も、総務省で今、私どもが詳細に把握しているわけではないのですけれども、まず、こういうものを厚労省さんが作られて、それを自治体のほうで使われることを進めているという施策だと思います。

これは厚労省分野に限らず、いろいろな分野でそういう施策がございますし、標準化法のように法律のバックボーンを持って標準システムというふうにして推進するものもございますが、助言でやっているものもあると思います。

問題は、各自治体に活用してもらわなければいけないわけなのであって、その場合に、もしシステムがスタートして使われていないということになるならば、なぜか、どこに原因があるのかということをよく自治体からも把握する必要があるのではないかと思います。

やってくださいと言って、各自治体も確かに法律のバックボーンを作ればそれはできるかもしれませんが、やはり現場としての事務というものがあると思えますので、そこを国としてもよく把握して、どうやったらこれが進んで自治体を使うようになるのか、そして、事業者さんもメリットが得られるようになるのか、自治体の負担が軽減されるのかということを中心にきちんと首尾一貫して考えていく必要があるのかなと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、ちょっと質疑を進めさせてください。

全国介護付きホーム協会様からお手が挙がっているので、よろしく願います。

○松尾事務局次長 どうもありがとうございます。介ホ協の松尾でございます。

大石委員、落合委員の御提出資料にあります各種政策の御提案なのですが、事業者の事務負担軽減につながる内容でございます。大変ありがたい御意見だと思っております。特に介護手続ホットラインは標準化を進めるのに効果が大きいのではないかと感じた次第でございます。

本日のテーマは文書負担の軽減ということでございますけれども、例えば、運営のルール統一にもこのようなホットラインがあると非常に事業者のメリットにつながるのではないかと感じました。もちろん、日頃から大変お世話になっている行政の皆様のご理解をいただく必要がございますけれども、是非とも前向きな検討をお願いできればと思った次第でございます。

最後ですけれども、今日の提案内容にございました様式の統一ですとかシステム利用の原則化は、これまでの専門委員会の議論からしますとなかなか難しいのだと理解しておりました。国は技術的助言しかできないということなのかと思っておりましたが、本日の議論で、可能性があるということだと受け止めたので、これを踏まえまして、今後、業界団体としてどのような御提案ができるのかということをお聞きしながら検討していきたいと思っております。専門委員会には参加させていただいておりますので、引き続きよろしくお願いいたしますと思っております。

以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

次にお手が挙がっていたのは落合専門委員ですね。コメントをお願いいたします。

○落合専門委員 ありがとうございます。

大浦先生からも御心配の御発言をいただきました。具体的には、今日見ていただいたところもあるので、改めてどういう形で対応していただけるかということのロードマップを作り直していただいて、それとともに、どういう取組をしていかれるのかというのを改めて取りまとめていただいて、規制室のほうとも詰めていただくというのがいいのかなとも思いましたが、厚労省さん、いかがでございますでしょうか。

○佐藤座長 厚労省さん、いかがですか。

○日野課長 厚生労働省でございます。

どこまでできるかはありますけれども、こういった対応ができるか、検討させていただきたいと思っております。

ありがとうございます。

○落合専門委員 ありがとうございます。

是非それを、いろいろやり取りする中身を見ながら、見ている方向が本当に同じであることをきちんと確保できるようにしていきたいと思っておりますので、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。大丈夫ですね。

中室委員から手が挙がっていましたので、よろしく申し上げます。

○中室委員 皆様から御説明いただきまして、どうもありがとうございます。

私からは御提案という感じなのですが、一つは、これまでもさんざん議論が出ていますとおり、今日の厚生労働省様の資料2-3の9ページにある線表です。これをもう少しきちんと引いていただくことが何よりも重要なのかなと思います。ですので、資料2-3の線表をもう少し、目標のところも含めて、きちんと引いていただくということを是非お願いしたい。

もう一つは、これは先ほどちらっと審議官のお口から出て、そうなのではないかと思ったのが、自治体が負担するコストの問題だと思うのですよ。システム改修というものはかなりお金がかかりますので、やはり自治体のほうでコストが負担できない問題があるのではないかと推察いたします。

このデータの標準化だったりワンストップ型みたいな話は、この業界以外でもあちこちで、福祉とか教育の分野でも起こってしまっていて、私もデジタル庁のほうで教育分野のデータ利活用だったり標準化は進めているのですが、システム改修の費用がかかるということが障害になってなかなか前に進まないということがあります。

このときに感じたこととして、1,600の自治体が全部できるまで前に進まないという考え方はやめるべきだということなのです。できるところからとにかくやるということが極めて大切です。あとは、やれる自治体を実証事業のような形で、とにかく尖兵みたいな形でどんどん上に上げて、そこでどういう効果が出たかということを確認して出して、ほら、コストが下がっているでしょう、こんなふうになりましたでしょう、みんなの満足度が上がっていますでしょうということを示しながら、どんどん広げていくというやり方が合理的なのかなと思っております。

ですので、デジタル庁のほうでも協力できることはあるかと思っておりますので、何らかの形で実証事業みたいなものを立ち上げていただいて、なるべく先を走る人たちから順番にでもいいので、どんどん引き上げていくというやり方も御検討いただけるといいのかなと思いました。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

正に先ほどの電子申請のところとか、実証事業的にやるということは可能なのですか。

厚労省さん、ある種、仲間を集めて、取りあえず先行的にデジタル化を進めていくとか、標準化を進めるとか、そういう可能性とかを検討する予定はありますか。

○堀内審議官 すみません。先ほど説明をはしょったかもしれません。今、中室委員から御指摘があった問題は、私どもも認識しているところでございます。

11ページに戻っていただきますと、想定している調査内容の自治体向け調査のところですが、ここでは正に令和4年度の下半期から取り組んでいただく自治体の状況などを踏まえながら、こうした調査をやっていこうと思っております。

デジタル庁などの御協力もいただけるということであれば、デジタル庁などにも御相談しつつ進めていきたいと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

戸田専門委員からお手が挙がっています。時間の関係上、ここまでという形にさせていただきます。

戸田専門委員、よろしく申し上げます。

○戸田専門委員 ありがとうございます。

過去にも国で標準のシステムを作ったけれども、なかなか自治体に浸透しないというケースがあったかと思っておりますので、今回のせっかくの厚労省さんの取組がそうならないようにするためには、今、御回答のあったような、自治体の現行の運用との負担のギャップを調査し、一番効率的なパターンはどのような形かというものを幾つか考えていくことが重要なのではないかと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

この話は、実は同じような話が前のデジタルガバメントワーキング・グループでもずっと議論されていることで、例えば在職証明書の様式が自治体によって違うとか、警察署の届出が全然違うとか、実はこれはむしろ介護に限らず、ローカルルールはいろいろな分野ではびこっている問題なのです。

これはむしろ総務省さんに伺いたいのですけれども、総務省さんとして、今、いろいろな自治体がデジタル化に取り組んでいて、窓口業務も含めて、いろいろなところを標準化させなければいけないという議論があると思うのですけれども、実際、総務省として、ある種、標準化を進めていく上で分野横断的な取組は何かあるのですか。船橋市とか、いろいろな実証事業をやっているのは知っているのです。

○三橋行政課長 すみません。総務省です。

令和3年の通常国会でデジタル庁さんとシステムの標準化を今、進めております。これは法律ができて、この法律で、政令で事務を指定していますけれども、その政令で指定した事務に対して、各自治体でばらばらでシステムを作っておりますので、そのシステムの標準仕様を国のほうで作らして、その標準仕様に従った提供を各ベンダーにさせていただきまして、各自治体がそれを使えるようにします。

そうしますと、例えば制度改変ごとにシステム改修したりとか、何か国の策としてやっていく際に、いちいち各自治体がシステム改修を発注するという手間が今、非常にかかっているのです。だからIT化が進まないというのはありますので、それを解決するためにわざわざ、この法律を作ってやっているわけでございます。

その対象を進めて、事務を定めて進めていくという作業をやっている。これはデジタル庁さんと一緒になってやっているという状況でございます。

○佐藤座長 それは介護とかで入ってくる可能性はあるのですか。

○三橋行政課長 事務自体は現在、20の事務が政令で指定されておりまして、介護保険の事務に対しても確か政令で指定されていると思います。

○佐藤座長 分かりました。ありがとうございます。

○堀内審議官 座長、すみません。厚労省です。

今、おっしゃっていただきました行政システムは昨年法律を踏まえた取組で、介護、障害につきましては第1グループとして入っていて、今、検討しているところでございます。これは政府全体の方針として、確か令和7年度にスタートするというところでやっているものでございます。

補足になります。以上です。

○佐藤座長 それは今回の議論になっている事業者の提出する書類とか、これもカバーしているという理解でいいのですか。それはまた違いますということですか。

○堀内審議官 それはまた違います。基本的に、自治体の業務を主眼としてシステム化、標準化に取り組んでございます。

○佐藤座長 分かりました。

印南専門委員、お願いします。

○印南専門委員 簡単に。

このシステム改修費用がかかる原因の一つに、自治体においてもベンダーロックインの話があるのでしょうか。病院等で改修費用が非常にかかる原因はベンダーがロックインして莫大な費用を請求したりすることが指摘されていまして、地方自治体でも同じようなことが起きているのではないかと私は想像するのですけれども、そういうベンダーロックインが地方自治体のICT化を妨げているということはあるのでしょうかという質問です。

○佐藤座長 これは多分、総務省さんですね。いかがですか。これは一般論になりますけれども、ベンダーロックインは私が知っている限りあるのですけれども、どうなのですか。

○三橋行政課長 正にそういうベンダーロックインというものがあると言われていまして、実際にありまして、そういうものがあるから逆にコストが高止まりになっているとか、制度改正しますというときにシステム改修が必要になる。それから、各自治体がそれをわざわざ発注したり、仕様を定めたりしなければいけない。その手間が膨大なので、なかなかICT化が進まない。そういう中で、この標準化法が制定されたという経緯がございます。それで標準を定めますと、ベンダー間の移行も簡単になりますし、制度が変わりまして、標準仕様さえ変えれば各自治体で同じものが使える。

あとはデジタル庁さんと協力してやっている話でございますけれども、そのシステムをガバメントクラウドという国が用意するクラウド上に展開させまして、そうしますと、各自治体の利用が非常にスムーズになる。それから、国の施策の反映もしやすくなるということをもって、この標準化法では作られているということでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、どうぞ。

○落合専門委員 今回のベンダーロックインの点は私も、今日の資料でも言及させていただきましたが、参加していた公取のベンダーロックインの検討会の中でも、やはり標準化であったり、そういったものを内容とするシステムの疎結合化をしっかりとっていくことが重要ではないかということ整理しております。自治体で独自にそれぞれ作っていくというよりは、一定のきちんとした検討をした、国だったりがリードする仕組みに乗っていただけたほうがそういった観点でもプラスになるところだと思います。むしろ自治体のほうに変な形でベンダーロックイン等による負担がかからないようにするという意味でも、実際にはプラスになる仕組みではないかと思しますので、そういった視点も持って、是非進めていただ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。

お時間を大幅に超過しているのですけれども、時間になりましたので、議題2はここまでとさせていただきます。

最初に落合専門委員、大石専門委員からも御指摘があったとおり、大きなパラダイムシフトが必要だと思います。地方分権というものは政策の分権化であって、仕事の仕方の分権化ではありません。先ほど御指摘があったと思うのですけれども、仕事というか、書類書きの業務は付加価値を生み出しませんので、もっと付加価値を生む方向に事業者さんの努力とか、そういうものも振り向けられるような環境を整えるために標準化というものはやはり必要ですし、繰り返しになりますが、正にデジタル化の時代は標準化の時代でありますので、それは国としても進めていく方向感だと思いますので、是非厚労省さんも、私は大浦専門委員ほど怒っているわけではないのですけれども、もう少し当事者意識をもって取り組んでいただければというのと、きちんと目標を持って、少なくとも1,600強の自治体はあるわけですから、例えばそのうち半分は少なくとも電子申請届出システムに入れるのだとか、いつまでに、2年以内に入れるのだとか、もうちょっと具体的な工程表感を持って施策を進めていただければと思います。

是非、その方向で進めていただければと思います。

時間の関係上、委員、専門委員の方々におかれましては、時間の制約で発言できなかったことは明日までに事務局のほうに言っていただけますと、厚労省にまとめて連絡するようにさせていただきます。

本日の議論は以上ですけれども、1つ、終わる前にお願いがあります。

次回のワーキング・グループで、今年度の取りまとめに向けた議論をお願いする予定であります。本日の議論を含めて、昨年夏以降の当ワーキング・グループにおける議題や厚労省などの関係省庁の取組を踏まえて答申に盛り込むべきとお考えの事項があれば、事務局に御一報をお願いいたします。答申に盛り込むべき事項は、こういうものは大事だということがあれば、是非お願いいたします。

今回のように、次回のワーキング・グループでの委員名の意見書の形で御提出すること

もできます。意見書という形で御提出いただいても構いません。期限は、時間がありませんけれども、今週中とさせていただきます。その後の御意見の御提出も受け付ける予定ですが、次回のワーキング・グループでは議論できない可能性がありますことを御承知おきください。

よろしいでしょうか。是非御意見を送っていただけますよう、よろしくお願いいたします。

時間は過ぎていますが、本日の会議はここまでとさせていただきます。長時間にわたりましたありがとうございます。総務省も分権室もありがとうございます。また、御説明いただいた介護付きホーム協会さんもありがとうございました。

本日の会議はこれにて終了いたします。ありがとうございました。

また、委員、専門委員の方々につきましては、事前に御連絡したとおり、御都合の付く方に限って、最大15分程度相談したいと思いますのでお残りください。

本日はここまでです。ありがとうございました。