

## 第3回 医療・健康分科会 議事要旨

1. 日時 平成26年2月18日（火） 10:00-12:00
2. 場所 中央合同庁舎第4号館 12階 全省庁共用1208特別会議室
3. 議題
  - (1) 開会
  - (2) 工程表見直し方針（案）について
  - (3) 各府省施策の説明
  - (4) プレゼンテーション
  - (5) 意見交換
  - (6) 閉会
4. 議事概要
  - (1) 開会
    - 事務局より開会宣言
  - (2) 工程表見直し方針（案）について
    - 事務局より、資料1について説明。
  - (3) 各府省施策の説明
    - 総務省より、資料2について説明。
    - 厚生労働省より、資料3-1、3-3について説明。
    - 経済産業省より、資料4について説明。
    - 内閣府より、資料5について説明。
    - 農林水産省より、資料6について説明。

<各府省からの説明に関する質疑、意見交換>

### ○構成員

厚生労働省等の資料には「クラウド化による経費の廉価なシステムの導入」と書かれてあるが、果たして本当に廉価になるか。2000年頃から様々な地域医療連携やプロジェクトが国の補助金等で実施されてきたが、その中で主なコスト要因は、実はハードウェアや通信機器ではなくて、参加する医療機関や介護機関がそれぞれに保有していたシステムにある情報の標準化や個々の手当てのために発生する人件費とわかる。これが膨大な額になって、なおかつ実証実験が終了した後も続けようとする、システムは5年毎程度で入れ替えていくことになる中で、その度の対応が不可能となり、継続性もなければ費用もかかってくる。

システムを安くしたからといって、この部分はおそらく下がらない。本当にサステイナビリティがあるものをこれからやっつけていこうとすると、そもそも買って来たレセコンとか、オーダーリングシステムとか、それが地域医療連携や地域医療介護連携などに対応していないと、なかなかコストが下がらない。したがって、その視点での誘導策というものが必須と思う。そうしないと、いつまでたっても補助金がないと作れないし、継続できないものになりかねない。

#### ○厚生労働省

御指摘のとおりで、結局、何に費用がかかっているかということ、システム間を接続するときに行うシステムカスタマイズの部分。また、標準規格といっても、標準化には限度があって、標準に対応していてもつながらないというものもある。この部分は、メーカー側にもいろいろ働きかけが必要で、地域医療連携に対応したシステムを最初から作っていただけるようなことを、ベンダーにも働きかけをしていく必要があるということも考えている。

一方で、クラウド化を進めるというのは、いずれシステムリプレースの機会が必ずあるので、更新に合わせて標準化したものを導入していったら、しかもクラウドに対応できるようにしていけば、コストの安いものに転換していくというもの。御指摘のとおり、すぐにコストが下がるとは我々も思っていないが、ただ、将来を考えていけば、クラウド化というものはコストを低減する一つの方法にならないかと考えている。

#### ○構成員

診療報酬がすぐに増えるわけではないので、より強い誘導をしていかないといけないのではないか。

#### ○構成員

第1回分科会で説明した宮古の医療・介護情報連携ネットワークでは、病院と診療所はレセコン情報を共有する。利用しているレセコンは結構たくさんベンダーのものだったが、それぞれ、簡単なAPIでCSVファイルにしてSS-MIXに蓄積するというようにした。したがって、それほど大きな費用はかからなかった。

これは一つの例なので、全ての情報連携ネットワークに当てはまるわけではないが、簡単なプロセスでデータ共有ができるひとつの例だ。

宮古の情報連携ネットワークの場合、主要な機関はおおむね参加している。現在は病院が75%、診療所が70%程度、薬局が80%程度となっていて、大きな費用がかからず、かなり広範囲な情報連携ができていることが宮古の一つの成果だと思う。

#### ○松本座長

昔は、IT化すると少し補助が診療報酬上であつたが、そういう施策も必要だということをおっしゃっているのではないかと思う。

#### ○神成政府CIO補佐官

構成員が発言された「より強い誘導」について、もう少し具体的にご説明いただけないか

○構成員

私が結論を持っているわけではないが、一つの例として、先回、米国での例を御紹介した。ハイテクアクトによって、ここ3年ぐらいで本当に急速に、標準的なシステムが米国クリニックへ導入されてきている。もちろん、莫大な予算をかけているのだが、もともとコンピュータはほとんど導入されていなかったのだから、コンピュータを入れるところからのスタート。少し悔しい話、あれだけ遅れていたところがこんなに急に進むのか、というぐらい進んだ。例えば、疫学的研究に出せるようなデータを指示すれば出てくる状況になっている。

日本の良いところは、もう診療所にもシステムが入っているので、そういう意味では入れ替えれば良い。必ず5～6年に1回はリプレースされる時に、何らかの誘導策がとれれば、アメリカよりははるかに低いコストで誘導できるのではないか。

医療・介護、特に在宅の場合は、ネットワークありきではないと思う。要は、必要な情報が必要なところに何らかの手段で提供できればよくて、入院中とか、例えば急性の脳卒中という、これはオンラインでやらないと情報がスピード的に間に合わないが、慢性で在宅にいらっしゃる方、あるいは介護を受けていらっしゃる方の場合は、1分で情報を送る必要はおそらくない。したがって、かなりスピードが遅くても良いのであれば、それほど高度な通信手段が要るわけでもないし、あるいは最悪の場合、例えば媒体であるとか、非常に高度なセキュリティーを施した上で電子メールにより送るということもあり得ると思う。

まずは手段よりも情報。みんな電子化されてはいるがお互いに利用できない状態なので、相互に利用できるようにすることが最も重要で、それがないと後の議論は空回り。そこをまずやった方が良いのではないかと考える。

○松本座長

ある意味、そういう大手ITベンダー各社の統一したデータの入出力に関する仕様に関する政策誘導が必要であるという御意見であると思う。

○構成員

これまでの我が国のIT政策は割とそうであったと思うが、まずシステムを導入して何に使おうかというように考えるところがあり、それが役に立たなかったということになったケースがかなりあると思う。今回の医療も今、いろいろな施策が示されているが、それが本当に期待されているのか、されている効果が発揮できるのか。例えば、それぞれの方の健康状態が良くなって、データが集まって、医療費が削減できるという話だが、どういうメカニズムで、医療費が減ってくるのか。それは今のやり方の場合の何がネックになっていて、コストが掛かっているのか。その辺についての詳細な因果関係なりについては、もう少し突っ込んでいく必要があると思う。

また、IT化によって大きな効果が期待できるとすると、今あるデータの活用をもう少し工夫して、効率化もそうだが、医療の質を高める様々な方法があるのではないか。

特に厚生労働省の施策では、データベースを作って、それを活用して、ということになると思うが、この医療の関係のデータベースの場合には、1つは現時点において、どれだけの人をカバーしているか、どれくらいの健康状態をカバーしているのかというのはあると思うが、もう一つは、それぞれの人について時間軸でどれくらいの蓄積があるかということが問題になってくると思うし、それがあって初めてデータの有効性が発揮できると思う。きょうの説明では、直接には触れられていなかったが、やはり番号制度をどう結びつけていくかというのは、非常に重要なところではないか。

もちろん、医療関係の健康データについてはデリケートな問題がたくさんあるのは十分承知しているが、例えばレセプトと特定健診とがなかなかうまく結びつかなかったという話もあったが、そういうレセプト関係、各保険者の保険者番号だけでもこういう共通した番号によって個人をずっと追跡していく、トレースできるようにしていくと。そういう仕組みというものがもっと考えられても良いのではないか。

○松本座長

マイナンバー制は絶対に必要であると。それで、突合できるようなデータフォームにしてからやりましょうという、それが効率的ではないかという御意見。

○構成員

ストレートに言うともうそういうことだが、今あるマイナンバーとつなげるかどうかは別だが、現在のように分散した形の番号があって、それがなかなか結びつかないという形だと、折角データを集めて、そして、それを利用するといっても、相当制約があるのではないか。その点を申し上げたかった。

○厚生労働省

前半の御指摘については、我々も問題意識として持っている。国民や医療機関がメリットを実感できるような形でITを導入し、課題解決のための手段として使っていく、ITを自己目的化しないということを、第一にすべきではないかと考えている。

番号制も同じことが言えて、2年前に導入の議論をしたのだが、当時の議論は番号ありきの議論と捉えられてしまったところがあった。確かに番号があればいろいろな情報をトレースしたり、長期追跡性やデータ突合できたりするなど、非常に有効な手段となるが、一方で番号を活用して何をするのか、特に番号を導入すると医療機関側にシステム改修コストが発生するので、医療機関側にとってどういうメリットがあるのかについて、利用場面を明らかにしながら議論していかないといけない。番号制度を導入するだけで効果が生じるわけではなくて、医療現場で使ってもらって初めて有効に機能する。そういった議論をしていきたいと考えている。

○構成員

現状、例えば保険者が変わったときに、今は番号が違っているので患者さんをトレ

一スできない。我々が医療機関にかかるとき、保険証を示して、そして、保険の負担分を保険者に払ってもらわなければならないのだが、支払い基金だけで医療機関が請求したものについて保険者の資格がないという理由で返戻があるのが500億円を超えと言われており、実際、その事務経費も数十億円かかるという状態のようなので、国保も合わせると相当な額になると思う。

そのうちに、未収金が1割、2割出てくる。我々が日常的に使っているクレジットカードはお店で信用の認証が簡単にできるが、そういう仕組みを入れることによって相当変わるのではないかと。そういう面からの改善もまず考えていく必要があるのではないかと。医療費全体で40兆円という桁を考えたときに、その意味でもたらず効率化の効果は、別の意味で検証してみると、相当大きなものがあるのではないかと。そういう印象を持っている。

#### (4) プレゼンテーション

○松本座長より、資料7について説明。

#### (5) 意見交換

<全体を通しての意見交換>

○松本座長

まず私から農林水産省に質問したい。和食が世界文化遺産に認められたということもあるが、ビッグデータを使って、何が健康に資するかという観点で、例えば100歳以上の方の遺伝子データ、あるいは食の嗜好を全て調べてといった、そういうプログラムはあるのか。

○農林水産省

本日説明申し上げた事業の中で既に健康長寿を達成している方の食習慣と食習慣が健康に及ぼす影響などについて調査をすることになっている。調査では、高齢者の方や、戦後に食生活が大きく変化した中で、食事のバランスが崩れたような世代など幾つかのコホートを設定したいと考えており、超高齢者の方も対象になると考えている。

○構成員

先ほど座長からも御発言があったが、私も第1回分科会で申し上げたとおり、テレビを双方向で使って、安否確認とか服薬の確認、災害の際にも情報を流すといったことなどは是非実現できたら良い。高齢者の多くはテレビを利用しているため受け入れ易いし、そういうものは世界中に売れるのではないかと。

また、地域包括ケアというものを考えてみると、各事業者が共有でアクセスできるような形にしないといけない。特に24時間365日になると、医療機関とは違うところと結ばなければいけない。介護事業者も、昼の介護事業者と夜の介護事業者は全く違って、夜、オンコールがあったときの対応など、様々な形をとらなければい

けなくなってくる。したが、共通で基本データがわかるような形にしておかないと、うまく地域包括ケアの連携ができなくなってくるのではないかと。介護事業者は、医療と比べればまだまだIT化が進んでいないし、複雑な機械というよりもベーシックなものですぐに連携がとれてやっていかないと難しいだろうと思う。

それから、特養に外部の医者を入れるようになるというように、いろいろなことが少しずつ変わってきて、医療、訪問看護なども含めて、ますます情報がうまくつながる必要がある。実際、夜間の診療など、例えば日曜・祭日、夜間は、特養も看護師が非常に少ないので、現場は疲弊している。総合的な力が必要なにもかかわらず、オンコールでも特養は100人に3人しか定員がない。それで365日やれというのは無理で、その倍ぐらい配置しても、1週間に1回はオンコールで残らなければいけない。精神的に大変な状況。

自分で診察して、判断して、病院を探して、家族に許可をとって、というものを全部やる上に、患者に朝までついて、一晩が終わる。外部の訪問看護ステーションや在宅医療支援診療所、それに見合う病院などと連携してやっていくとなると、それをつなぐツールをきちんと作っておかないとショートするのではないかと。

地域包括ケアは、本当に、まず目先でやらなければいけないので、基礎的なことから、きちんと情報連携できるよう早急に対策しないと、体制は整備されない。

#### ○構成員

先ほど座長がおっしゃった、見守りサービスで民間活力を利用するということが大賛成。

簡単な在宅センサーでバイタルを測ることが重要だ。ある大手専門病院と2年間、重度の心臓病で入院後の患者さんを在宅で、ホルター心電計を自分で装着していただくことで遠隔で主治医が状態をモニタリングできるようにしたところ、患者からも医師からも評判が良かった。つながっているから安心という患者の心理は、厚生労働省が実施した見守りベルを使った実証実験でも「いつでもボタンを押せる」ということで安心感が生まれ、実際は夜中にボタンが押されるケースは稀だったという話を聞いた。安心感から協力的行動をするというソーシャルキャピタルの話になるが、そういう関係性が作ればコストは下がる。

医療情報連携を全国的にするというのは重要なことだが、例えば宮古では、ネットワークが稼働してから間もないが、すでに住民のうちかなりの方のデータが蓄積されている。基本的には地元における県立病院・医師会と患者さんの間に信頼関係があるということが大きい。そういう意味では情報連携ネットワークというものは信頼関係や安心感が成り立つ範囲から始めるのがよいだろう。そして、そのような比較的小さなユニット同士をつないでゆく。それには、利用者IDについてローカルな番号だけでは連携ができない。それぞれの地域の連携ネットワークデータを相互参照するためには、マイナンバーなど何かの番号参照システムが必要である。そのことについての議

論も当然必要になると思う。

#### ○構成員

これまでも様々な地域連携の実証実験が行われているが、比較的、内部で完結しているというか、移動の少ない地域、農村部で実証実験が行われて、成功例が多いと思う。これから我が国が迎える高齢社会というのは、ここで改めて申し上げるまでもないと思うが、首都圏とか近畿圏という大都市圏で高齢化が顕著になってくる。

そのときは、いま住んでいる自治体の中だけでなく、境界を越えて、かなり広域的に動かれる。しかも、そのネットワークが重なっているので、どういう形で健康の管理をしていくか、データを蓄積していくかについて、従来とは違う仕組みというか、それをさらに拡大した仕組みを考えていく必要があるのではないかな。

#### ○構成員

幾つかのモデル実証プロジェクトにかかわる中で、最初に決めておかないといけないことがあることに気付く。課題は何なのか、成果がつながる次の課題は何なのか、ということ認識した上でプロジェクトを進めることが非常に重要になのではないかな。

また、これはマイナンバーとリンクしたら変わるかもしれないが、国保と協会けんぽのデータを一元化しようとする際、フォーマットとか各保険者単位でデータの保有状況がことなるため、実は非常に難しいというか、できない部分がある。

2番目。例えば、こういう地域にこういう患者さんが多いのでこういう対応をしないといけないという程度しか、現場ではできていない。なぜ、この地域にこういう疾病者が多いのか、というような原因を探るデータ解析ができないと、折角データヘルス計画を進めても、余り効果が出ないのではないかな。

ではどうしてできないかという、それを解析するデータがそのデータベースに入っていない、特定健診データとレセプトデータしかない、その人のライフスタイルなど、今、エビデンスで健康状態に影響することがわかっているものがデータベースに入ってくる仕組みを作らないといけない。そういう面で、例えば健診の際、問診で最低限の情報をとるとか、もうちょっと、そのあたりの工夫が必要ではないかな。

3番目。今のデータを保険者単位で、国保でいくと各自治体単位になるわけだが、誰が読むのかということが課題だと思う。ここはもちろん、そこを支えるということで、新しいビジネスが生まれてくるという要素もあると思うが、約1,800の自治体の保険者と、協会けんぽと、それから企業健保、これを全部いきなりビジネスで受けられるだけの人材が果たして日本にいるのか、などそのあたりのことをどのようにお考えなのかということを是非お聞きしたい。

#### ○厚生労働省

3点目は本質的な問題。一般論として、データ突合が必要であるというのは事実であり、これは、医療情報の標準規格とか標準化というものをやっている。これにとどまらず、例えば研究をする場合の健康データのとり方とか、そういったデータを突合

できるようなフォーマットづくりということは大変重要であると思っている。

#### ○神成政府CIO補佐官

健康までの内容を含めたデータの標準化の議論を始めると際限が無く、議論がつきない。

個々のデータフォーマット全てを規定するのではなく、データが相互に連携・交換出来るよう、APIやインターフェースを定義する事をまずは議論していく事が望ましい。さらに言えば、このようなデータの連携・交換の前提として、データのポータビリティに関する議論をしておくことが必要。すなわち、データを個々人が再利用し、必要であれば、別の事業者でデータを写すと言った可搬性、可用性の担保である。例えば、保険者が変わった際に、被保険者が従来の保険者が管理していた情報を、新たな保険者に引き継げるといったことである。

#### ○構成員

座長から「他の分野のITの常識を医療の世界でも」とあったが、医療・健康分野で他の分野の常識とかなり違うところが1点ある。それはデータの電子化自体が先に進んでしまっていること。実は、これが非常に大きな足枷になっている。何もなければ、初めから目的を持って電子化できるのだが、我が国の場合、1960年代から医療費管理としてコンピュータがどんどん入り、とにかく事務処理を合理化するために、これはオーダリングシステムがそうだが、進化してきている。それは、現場の事務処理を合理化するためだけに進化してきていて、折角電子化されているのだから他用途で使いたいというときに使えない状況になっている。これを早く変えていかないといけない。

#### ○松本座長

その問題点は私も実際に非常に感じている。

#### ○構成員

民間企業が見守り機能を担うという点に関すれば、民間企業はビジネスにならないことは長期的にみれば基本的に実行しないという大前提がある。従って、民間企業のオペレーションが確立している中で「プラスαサービス」として見守ることは、オペレーションが比較的緩やかな地域や業態であれば可能かもしれないが、1件あたりの対応速度や量が求められる地域・業態ではまだまだ工夫が要るのではないかと。

人間が最後にチェックすることも必要だが、センサーやモニターは近年、小型化、軽量化、廉価化、高機能化している。「自動計測」と「対面接点」の組み合わせを機能的に融合し文化的に受け入れられる方策を考える必要がある。

また、在宅医療と介護のネットワークが重要と捉えて事業を行なっているが、実際に運用を始めると、医療側に余りに多くの情報が集まってきて、処理が困難になってくるといふ現状が見えてきた。ネットワークがうまくつながればつながるほど、実は医療従事者に負担がかかってくる。医療・介護のネットワークは非常に重要なのだが、情報の流れは、ある程度ピラミッド的なフローにならざるを得ないと考えている。



つまり、全ての情報が医師に集まるのではなくて、医師に来るものは、例えば看護師が整理をして、看護師に来るものは介護者が整理をするなどの運用にしてはどうかと考えている。このように情報が流れていき、医療側がまた指示を出して、それがさらにチーム共有されていく。そうしないとICT化が進み、情報共有化が進むほど医者は疲弊していく。この運用が重要な議論ポイントだと思っている。

最後に、健康増進ということ考えた場合にやはり日々の生活情報が重要になる。私は、高齢者の生活の健康度を測る上で重要な要素は、「食事」と「運動」と「社会参加」だと考えている。そういった生活データと、レセプトや健康診断も含めての医療データを組み合わせて、これから増えてくる高齢者をいろいろな観点で評価をしていくとよい。評価をした後に、インターベンション（治療介入）して、その効果を判定していく。そのようにPDCAを回していく社会を作っていくしないと、ICT化されて様々な情報が収集・分析されていっても、全体像の一部をそれぞれ分析しているに過ぎない。やはり全体を見てどのようなインターベンションをして、どのように評価をして効果を測定していくのか、というグランドデザインを作っていくべきである。

最後に先ほどの国プロの話で言えば、報告書はどうしても良いところばかりを言いがちである。今までいろいろな失敗例があったので、それをまずは分析して、どうやったら次に失敗しないのか、その上で成功事例を作っていくということをしないと、それぞれのモデルの良いところだけを集めても、必ずしもそれが全国に広がったときにうまくいくとは思わない。失敗学というか、「失敗を生かす」という観点が重要ではないか。

#### ○松本座長

見守りサービスをすると、最後の判断をする人に負荷がかかる。そのために段階を経てやるべきであると思っている。そういう意味で、地域包括支援センターは、そこに判断できる人が何人いるのかという問題があり、実際には難しいのではないか。

私の考えるモデルというのは、都市であったら多分できるのではないかと思う。従来の成功事例は都会型ではないので、自分がある目黒区、世田谷区でこれを構築するのはどうしたら良いのか、と考えたもの。

実は見守りサービスをしている企業の方ともディスカッションをしたが、企業としてはビジネスになり得るということで、受益者負担が若干でもあれば、費用を少なくして実現可能なシステムであるというコメントもいただいた。

#### ○向井副政府CIO

本日、マイナンバーの話題があったが、異なる内容が混同していた印象がある。

現行の番号法において医療の部分は、医療保険の給付事務と書いてある。したがって、給付事務であれば現行でもマイナンバーは入れられる。例えば、レセプトデータにマイナンバーをつけるというのは現行法でも可能。現在、医療費通知などで何カ月かに1回、通知が来るが、例えばレセプトデータにマイナンバーをつけて、

マイナンバーの自己情報を本人がパソコンから見られるようにすれば通知は不要となり、莫大な効果が発生する。

また、資格確認の話が出たが、例えば番号カードを保険証の代わりに使うようなことをすれば資格確認が容易にできるようになる。今の保険証は、必ずしもリアルタイムに更新されておらず、また、1割・3割といった高齢者の負担についてもリアルタイムで確認されているわけではなく、そういう資格確認に番号カードを使うということは、これは明らかに保険給付事務なので、今の法律でも可能である。

一方で、カルテ情報などは議論に出ているように、標準化とかいろいろな問題で、これは番号法には現在書かれていない。利用機関間の医療関連情報のやりとりについては法律改正が必要となる。健康情報についても、現時点では番号法の対象外となっている。したがって、これらの情報について連携していくという話になると、番号法の改正が必要になってくる。そういうふうに分けて考えていただく必要がある。

それから、逆に利用の場面でも、例えば医療連携、地域連携などで個人に返ってくる話は、ある意味、オプトインの世界で大体対応が可能ではないか。一方で公益に、例えば研究に使うというのは、がん登録法では強制的に登録することになっていて、それは個人情報保護法との関係で考えるならば、公益が勝っているからそういうことが成り立つのであろう。したがって、がん登録法を例にとれば、研究目的であれば、ある程度の番号をつけて管理するのも可能なのではないか。

#### ○構成員

番号制を使うことによって、現状でできることは随分あると思う。それは財政的な制約とか技術的な制約とかはあるものの、早い段階で克服していくのが我が国にとって良いのではないか。特に、医療保険分野については、それが可能だと思っている。

実際のカルテその他になると、様々な課題があるのはもちろん知っているが、切り離してやることには余り意味がないのではないか。

#### ○松本座長

ありがとうございました。本日のディスカッションとしては、やはりお互いの持っているデータを突合して照合できるシステムを構築する必要がある。その最低限のものを決めて、ポータビリティも含めてまとめていくようにして、この分科会のPDCAサイクルを回していくべきだ、という御発言であったと思う。

最後に、遠藤政府CIOから御意見をいただきたい。

#### ○遠藤政府CIO

いろいろな話題で、熱心に議論いただいたが、その内容を日本国民にもわかりやすく表現していくためには、数値化して示すことが重要と思う。したがって、様々な不具合、例えば健康長寿とさまざまな場面で言われているが、では、不健康長寿の人は、今、どのぐらい居るのか、それをどのぐらいにしたいのか、ということの数値化しつつ、医療費をこんなに減らせるとか、クオリティ・オブ・ライフが非常に上がって、

働いている人の1割が65歳を超えたそうだが、そういうものが68歳とか70歳になっていくという方向性を整理する土台となると考える。

そのため、事務局で、不具合の具体的なものを整理してみようということにしたい。それを見ながら、これを直すにはどうしたら良い、歯止めをするにはこういう手が打てれば良いのではないかと、ということになってくる。問題と解決策が具体的につながれば、その対策の意味合い、重みがわかってくる。

構成員の皆様から、「こういうことを調べるべき」というのがあればお寄せいただきながら、厚生労働省とも協力し、現状をできるだけ数値化して、そして、手を打ったときのビフォー・アンド・アフターをわかりやすいようにしていきたい。

全てが、最初からそうやってスタートしたわけではないので、後追いでも理由をつけていきたい。それを分科会の場で検証しつつ、アドバイスをいただくというようにし、皆様と一緒に良い成果が出るように持っていきたいと考えています。

#### (4) 閉会

##### ○永山企画官

事務局から、本日の配付資料について御連絡します。資料3-1、資料3-2、資料5、参考資料1につきましては非公表という扱いをさせていただくということで座長に事前に判断をいただいておりますので報告します。また、次回分科会につきましては、3月19日の16時から18時で開催することで調整を進めてまいります。

##### ○松本座長より閉会のあいさつ

見守りサービスについては分科会で取り扱うテーマの一つとして、公共放送を引き入れるとか、実際にまわるサービス体制を探りたい。また、規制のようなものが存在するのであれば、緩和に向けた議論を行い、国民の健康に資する活動としていきたい。

それでは、本日はこれにて閉会します。ありがとうございました。