

**地方公共団体のスーパーシティ提案についての  
国家戦略特区WG委員等によるヒアリング（茅野市）  
（議事要旨）**

---

（開催要領）

- 1 日時 令和3年5月19日（水）14:50～15:30
- 2 場所 永田町合同庁舎703会議室等（オンライン会議）
- 3 出席者

＜自治体等＞

熊谷 晃	茅野市スーパーシティ構想サブアーキテクト 茅野市地域創生政策監
小平 雅文	茅野市企画部長
田中 裕之	茅野市企画部企画課長
伊藤 俊成	茅野市企画部企画課企画係長
高橋 慶樹	茅野市企画部企画課企画係主査
須田 万勢	茅野市スーパーシティ構想リードアーキテクト 諏訪中央病院医師

＜国家戦略特区ワーキンググループ委員＞

座長	八田 達夫	アジア成長研究所理事長 大阪大学名誉教授
座長代理	原 英史	株式会社政策工房代表取締役社長
委員	阿曾沼 元博	医療法人社団滉志会社員・理事
委員	安藤 至大	日本大学経済学部教授
委員	落合 孝文	渥美坂井法律事務所・外国法共同事業 パートナー弁護士
委員	岸 博幸	慶應義塾大学大学院教授
委員	菅原 晶子	公益社団法人経済同友会常務理事
委員	中川 雅之	日本大学経済学部教授
委員	八代 尚宏	昭和女子大学グローバルビジネス学部特命教授

＜情報・デジタル、個人情報保護の専門家＞

坂下 哲也	一般財団法人日本情報経済社会推進協会常務理事（スーパーシティ／スマートシティにおけるデータ連携等に関する検討会 委員）
平本 健二	内閣官房政府CIO 上席補佐官（スーパーシティ／スマートシティにおけるデータ連携等に関する検討会 委員）

＜内閣府地方創生推進事務局＞

眞鍋 純	内閣府地方創生推進事務局長
山西 雅一郎	内閣府地方創生推進事務局次長
佐藤 朋哉	内閣府地方創生推進事務局審議官
喜多 功彦	内閣府地方創生推進事務局参事官

(議事次第)

- 1 開会
- 2 議事
  - (1) 提案内容説明
  - (2) 質疑応答
- 3 閉会

○喜多参事官 本日は、御多忙のところ、御出席いただき、誠にありがとうございます。

これより茅野市からスーパーシティ提案についてのヒアリングを実施いたします。

まずは自治体より提案内容につきまして10分程度で御説明いただき、その後、質疑応答を全体で40分程度を予定しております。

質疑応答の際の司会は、八田先生によりお願いいたします。

それでは、自治体より提案内容の御説明をよろしくお願いいたします。

○熊谷サブアーキテクト 茅野市でございます。

当市は、八ヶ岳の西麓に広がる高原に位置する都市でございます。

本日は、専門家の皆様に御説明をさせていただく機会をいただきまして、市長に成り代わりまして御礼を申し上げます。

私は、当構想のサブアーキテクトを務めております、地域創生政策監の熊谷でございます。

これまで先月のヒアリングを含め、様々なヒアリングで御指摘をいただきまして、私どもも国家戦略特区に提案させていただくということで、どんどん知識を深め、また、内容を高めてまいりました。

今日は、アーキテクトの諏訪中央病院の医師であります須田先生より御説明をさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○須田リードアーキテクト 皆様、こんにちは。アーキテクトをしております、諏訪中央病院の須田と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、資料共有をお願いいたします。

最初に内閣府の方々から話題をいただきまして、当市は1万戸の別荘を抱えている都市でありまして、これから20年後、30年後、地方分散が進んでいくと、恐らく日本、世界はこのような状況になっていくであろうという状況の20年、30年の先取りをしている地区で

あることです。

ノマドワーカーとか、テレワーカーと言われる方々が当市でも増えておりまして、このような方々を巻き込んだ新しい産業構造の提案といったところで、先進的な課題地域でありますので、その辺りの回答として、今回のプログラムを準備させていただきました。

今回は、規制緩和と実現可能性、ビジネスモデルを含めた部分にフォーカスしてということでもありますので、最初の数ページは飛ばさせていただき、6ページからお話を差し上げたいと思います。

こちらはヘルスケア分野のところでもありますけれども、行政目線では、アラートを早期に出して、救える命を救いましょうというところでもあります。

市民目線で申しますと、これは家で安全に利用できるシステムを構築するというところでありまして、病床数が少なくなっている中で、多くの市民の方々の健康を支えなければいけない中での住宅ベッドの活用での社会課題の対する回答でもあります。

こちらの中で一番左から見ますと、特に訪問看護患者さんを中心にアラートを鳴らして、そこに早期対応していくというシステムになりますが、こちらが自宅で取れるセンシングデータは、最近、非常に正確に呼吸、体動、心拍などが取れるようになってまいりました。このようなものを各種の機関から集めましたデータと統合しまして、ヘルスケアデータプラットフォームに載せます。ここにAIによる解析が入りまして、ここからのアラートを訪問看護ステーションに出していくことになります。

AIによる解析からのアラートシステムというのは、今後かなり大事になってくるのではないかと思ひまして、アラームがたくさんありますと、看護師などの連絡を受けるほうが非常に疲れてしまいますので、AIが重要な情報であるか、ディープラーニングを含めて学んでいく。そして、アラートの精度を高めていくところをソフトウエアアズメディカルサービス、SaMD(Software as a Medical Device)のプログラムとして、こういうところをまずやっていければと思っております。

規制緩和としては、SaMDの申請、手順の簡略化が挙げると思ひます。

訪問看護ステーションのナースに関しては、生体情報から緊急性を判断と書いてありますけれども、それだけではなく、ここから介入できるシステムを具体的に考えていくべきだと思います。今後、医師が不足する中で、地方の看護師の重要性、看護師の役割の拡大が社会課題になってまいります。

現在、特定看護師の制度が準備されておりますけれども、10万人をめどにとなっているところ、現在はまだ3,300人程度しか登録がされていないという問題があります。現場に応じたスキルセットが当然ありますので、例えば在宅の特定看護師を設定させていただいて、在宅の看護師が持つべきスキルセットは何かという議論をもう一度するべきではないかと思っております。

在宅の看護師のスキルセットを現場と相談しており、このようなものがあつたらいいという提案がありますので、御興味があれば、御回答させていただきます。

訪問看護ステーションに相談が来ますと、そこから現場状況の確認で、もしかしたら看護師が行くかもしれないし、救急車がそこから派遣されるということにもなるかもしれませんが、到着までの間にも現場のセンシングデバイスからリアルタイムデータが送られてくることとなります。

救急車のシステムと違うところは、センシングデータの見守りをする看護師さんに相談するという部分にコストを取れるようにしたいと思います。これは夜中に何件もコールを取って、つかれてしまうところのモチベーションを上げることも大事ですので、ここで1件幾らという部分に関しては訪問診療の部分で、特に選定療養でやらせていただければいいと思っております。

7ページをお願いいたします。こちらは疾患が増悪する前段階での状態で、プロアクティブに健康管理をしていくところでありますけれども、行政から見れば、発症リスクを減らして、医療費を節減するということになりますし、市民の目線から見れば、1番の生活改善サービスに関しては、周辺の様々なデータを自分で見えるようにすることで、それが自分自身に対する健康の気づきを増やしていくというサービスになります。心不全外来を当院でやっておりまして、心不全外来に通院中の患者さんに対しては、医療的に高度なところまで、このような仕組みに載せられるのではないかと考えております。

2番の在宅AI診療サービスであります。御存じのとおり、患者さんは1か月に1回から3か月に1回ぐらいしか病院には来ませんので、その間、在宅における管理がある程度自動的かつ正確に行われることが重要だと考えております。その際にある程度医師が設定したようなアルゴリズムの範囲で、これらのバイタルデータからAIが利尿剤とか、降圧薬などの投与量を調整できる。もしくは体調悪化を早期に検出して、病院に早期に受診することを提案できることがありますと、こういうところで薬剤の調整が外来の主な相談項目でなくなれば、ビヨンドザピル (beyond the pill) と言われている問題の中で、患者さんと医師のコミュニケーションを増やしていく。つまりDXによって患者さんと医者がコミュニケーションを取れるような状況をつくっていけないのではないかと考えております。

その規制緩和におきましては、一つは在宅AI診療サービスにおきまして、医師でない者が医療をしてはならないというところがありますので、AIが投与量まで判断するところに関しては、規制緩和が必要だと思っております。

さらにそこから得られるサービスが自由診療で行われるべきだと思っております。こちらは選定療養がいいとは思っておりますが、こちらの部分の混合診療の許可をいただければと思います。

さらにここはAIだけでは不安になってしまいますので、SNSを使った相互方向のコミュニケーションを我々の中で考えておりますが、そちらを看護師がメインに行う。その中で管理指導料を取っていくところが一つの課題になると思っております。

その中で、看護師が心不全外来の治療に特化して特定看護師を設けて、特定看護師の要件を当市では考えております。

このようなシステム全体をSaMD化できるのではないかと考えておまして、心不全、その前段階である高血圧に関する予防から診断までの一元管理がSaMDシステムとして世界に発信していけるものではないかと考えております。

8ページをお願いします。どちらかというと、こちらは別荘地、もしくは富裕層に対するサービスとして考案しているものですが、左側はスマートホームと言われているような家具、もしくは電化製品のようなものが人間の状態をモニターしながら、それが統合してある種のサジェスチョンを返してくれるというシステムを考えております。

この中の当市のキラコンテンツとしては、卵型のデバイスのMAYU4Xです。今、デンソーと一緒に開発しているものですが、デンソーは、MAYU4Xの左側の部分を主に想定して我々に相談していただいたのですが、つまりデンソーの車の中の環境のアクチュエーションで生かした技術を、人間の休むという部分のアクチュエーションに生かしていくという部分で、心身をリセットしてくれるところを目指しておりますが、これは平常時の使用でありまして、これが非常時になりますと、右のような機能に変化いたします。

そう申しますのも、茅野市の別荘というのは、救急車に行くにも30分かかりますし、そこから病院に行くにも30分かかります。そうすると、合計1時間のロスが医療機関にコンタクトするまでに生まれるということになりますので、その間を埋めるためにモニターを通じた診察で、できる部分の診療をその場でしてしまうというのが非常に合理的ではないかと考えておまして、これは茅野市だけではなくて、世界の有名別荘地、もしくは医療過疎の地域である観光地などに輸出が可能なシステムだと思っております。

例えば具体的な例を申し上げますと、別荘地でハチに刺されると、そこでアナフィラキシーショックとあって、血圧が下がってしまう患者さんがいらっしゃいます。それを中にアドレナリンが充填されたペンをぶすっと刺して、薬剤投与さえすれば、命が救われることが多いですが、それまでの時間が一時間を超えると、死亡率が著明に上がることが言われておりますので、そのような薬剤のMAYUへの搭載を許可していただければと思っております。

このシステムそのものは、当然SaMDとして認可の対象となると思っております。かなりアジャイルな開発をしておりますので、申請システムの簡素化につなげていければと思っております。

9ページをお願いします。こちらが社会インフラ、ソーシャルインフラの健康に入りますが、当市の特徴として、LPWAを諏訪東京理科大学で開発しまして、国産のLPWAのかなり性能がいいものを持っておまして、これは水位だけではなくて、雷や雨量、土砂災害などのあらゆる自然災害に対するセンサーとして働きます。そして、これらのデータを統合することで、正確なリスク評価ができます。これはほかのLPWAにないものと自負しております。

このような情報を使って、ここに書いてあります災害情報のアラートを出したり、災害時の適正配置のシステムをしたり、もしくはインフラです。LPWAを設置して、修繕箇所の

アラートを早期に適切に出していくということが可能だと思っております。

この辺りの規制緩和項目に関しては、ここに書いております水位計の設置手続です。当市では数十か所のところに水位計がついておりますけれども、もうちょっと正確な評価のためには、このようなセンサーの設置の手続の簡素化が必要だと思っております。

さらに災害時におきましては、これらの情報統合が必要になりますので、公共安全LTEのバンド帯を共通化するところも実現させていただければと思っております。

10ページをお願いします。こちらが交通のシステムになりますけれども、こちらはハブ・アンド・スポークシステムを考えておまして、いろんな人たちが集まるハブまでの輸送はこのような太いラインで行われ、そこからのスポークに対して、様々な自家用の有償運送などを併用していくシステムになります。

こちらに関しての規制緩和におきましては、一つは観光地が駅から非常に遠いのですが、その旅館のバスの座席というのが非常に余っている状況でございます。特にお客さんが駅に下りてからバスが来るまで何時間もかかるのはよくないですので、一つの会社のバスで自社以外の利用客さんもそこに乗せて、別荘地まで有償で運行するというところを、いわゆる白バスを規制緩和の対象にさせていただきたいと思っております。

また、当市は全国初のシェアライドのタクシーのシステムを導入しておりますが、こちらは「のらぎあ」と申しまして、今のところはもちろん同一料金システムでやっているわけですが、これも距離や移動の理由などによって、ダイナミックプライシングを導入させていただければと思っております。

最後に、こちらの「のらぎあ」で今後医薬品の輸送なども考えておりますので、貨客混載輸送も規制緩和の対象に挙げていただければと思っております。

11ページをお願いします。こちらは諏訪の中小企業の活性化を描いた図であります、大きく分けると、共同受注システムを考えております。

下に関しては、都市圏からウェルネステレワークという、我々のテレワークのコンセプトに寄ってきていただける方々の副業をうまく使っていくシステムになります。

上の共同受注のシステムにおきましては、例えば固定資産税の軽減、もしくは中小企業の経営強化税制の優遇などです。これは個別の会社でやったときには受けられるわけですが、現在、共同受注のときには受けられないことになっております。これを企業群単位で受けられるようにしていただきたいというのが、一つの規制緩和になると思います。

もう一つの副業に関して、当市ではノマドワーカーと言われる比較的収入が少ないけれども、いろいろと自由に仕事をされている方々が多くて、テレワークの労働派遣法の4条におきまして、500万円以上の稼ぎがある人しかできない、基本的にはテレワークができないところが少しネックになっておりますので、この辺りを現状のノマドワーカーとか、ギグワーカーの方々に合わせてカスタマイズできればいいと思っております。

次のスライドをお願いいたします。こちらはサービス全体のビジネスモデルの全体像になりますけれども、こちらが最後になります。

データセンターを通して、いろいろなサービス提供者とやり取りがあるわけなのですが、この中で非識別加工情報が重要な価値を持つと思っております。こちらの活用に関しては、全国的に一律なものはありません。成功した自治体がモデルケースをつくって広めていくことになると思いますので、我々がこのようなデータシステムの中で難題をあぶり出しながら、ルール化の一助を担っていければと思っております。

以上で私からのプレゼンを終わらせていただきます。御清聴ありがとうございます。

○八田座長 どうもありがとうございました。

それでは、御質問を受け付けたいと思います。阿曾沼さん、お願いできますか。

○阿曾沼委員 2点御質問いたします。

1点目は、選定療養化という御提案が幾つかありましたが、国はどのようなものを選定療養にしたいかなどのパブコメを求めて、その提案に沿って中医協などで協議をしていますが、それではとても間に合わず、また不十分だとの認識から、地域内での基準をつくり実施させて欲しいとの御提案でしょうか。

もう1点は、認定された看護師が医師の包括指示以外でも独自の判断で医療介入が可能となる、いわゆるナースプラクティショナー並みの職種拡大をしてほしいと理解をしましたが、規制改革の具体的行為などがあれば、教えてください。

例えば今の認定看護師ですと、認定のプロセスがあります。5年以上の実務経験があるとか、3年間の希望分野での実績が必要とか、そういった条件の緩和をしてほしいとおっしゃっているのか、また申請から審査までのプロセスがありますが、茅野独自で審査委員会をつくってやりたいとか、国のルールの中の審査の方式を変えてほしいのか、その辺についてお考えがあったら、教えてください。

○須田リードアーキテクト 御質問ありがとうございます。

1点目の選定療養に関しましては、今回の提案の中では、一つはアラートをかけて、看護師さんがそういうアラートが来たときに、それに対して対応するというシステムに関して、看護師が判断して答えるというか、応答システムです。こういうものはセコムみたいな、そういう会社が普通にやっていると思うのですがけれども、医療業界はそこからお金が取れないというのはおかしいと思っております。

特に患者指導とか、患者に対する応答みたいなことに対して、医療業界はお金がないのです。それは現場の実務としては、非常にそこが重い負担になっている、もしくはその職種の時間が取られているというところなのですが、それが稼ぎにならないと、うまくコミュニケーションが取れないという問題が発生します。

そこに対してちゃんとお金をつけられると、例えば訪問看護ステーションの看護師さんの夜の待機は、ほぼボランティアというか、お値段としては大したことの無い価格で夜に呼ばれるわけです。ここにちゃんとお金がつくことによって、それが3交替制みたいなこともできて、夜は夜でアラートに対応する人が入ることになりますので、つまり今、医療業界でやっているまっとうな職務に対して、もう少しお金がつくといいところが一つ

の選定療養の基準だと思っております。

もう一点の特定看護師に関しては、主には特定看護師ができるスキルセットの変更というよりは、どういう現場でどういうスキルセットが必要なのか整理しなおすことを最低限お願いしたいというのが我々の要望であります。例えばICUで働いている看護師さんと、在宅で患者さんの元に行って、何の医療機器もない中でやらなければいけない看護師さんのスキルセットが同じというのはあり得ないわけです。

そうすると、我々は看護師を主に二つ考えておりますが、例えば在宅の特定看護師は、浣腸とか、下剤の投与が医師の指示なく、あらかじめ決められた指示に基づいて、自己判断でできる。もしくは患者さんが発熱をしたときに、その採血、血液培養、尿培養、痰培養の提出、こんなことは研修医1年目がやっている仕事でして、現場で経験豊富な看護師さんというのは、全部やろうと思えばできるわけです。そこを自分の判断でやって、医師が到着するまでのディレイをなくしてあげるのが、現場の負担を非常に減らすということ現場からは聞いております。

さらにここで例えば超音波です。エコーを看護師さんが当てられるようになると、看護師さんが現場に行って稼げるようになります。エコーを当てるとというのは、医療費をちゃんと取れる技術ですので、在宅看護師は今稼げないというか、事業所が相当逼迫した経営状態でやっていますので、そういうところで、今、医療機関の中でやっていることが在宅の現場に出ることによって、是正されれば良いと思っております。お答えになっていすでしょうか。

○阿曾沼委員 ありがとうございます。

選定療養の範囲を広げることによって、高度診療ができるようにしていく。そのメニューについても案があるということ。認定看護師がスキルセットを変更することによって、幅広い認定ができるようにしていくということと理解をいたしました。ありがとうございます。

○須田リードアーキテクト ありがとうございます。

○八田座長 中川さん、お願いします。

○中川委員 この分野はそんなに詳しくないので、とんちんかんな質問かもしれませんがけれども、例えば1か月とか、3か月ぐらいに一遍、お医者さんのところに来るような患者さんに対して、AIを通じて日常的な生活の指導とか、あるいは薬の投与量などの指導をAIに行わせるというような御提案をいただいたと思います。

この提案というのは、物すごく大きな提案のように私は感じているのですがけれども、そもそもAIについて医療行為ができるだけの能力があって、エビデンスが積み上がっているのか、私自身、不勉強で分からないのですが、医療の現場においては、どのような議論がなされているというか、判断がされているのかを一つ御紹介いただきたいと思います。

2番目としまして、今回の提案というのは大きな話なのか。医療行為をそもそもAIができるのかという話なのか。それよりもそうではなくて、例えばお医者さんが痛くなったら

飲んでとか、そういう指導をすることはあるように思うのです。それは要するに場面場面で医療者以外の人の判断によって、例えば薬の投与量といいますか、投与の有無を判断するというようなシチュエーションというのは、今でもあるように思うのです。

お医者さんが開発したアルゴリズムに従ったAIによって投与量を決めるというのは、それとほぼ同じような感じで私は理解できるようにも思うのですけれども、要するにお医者さんの指導の中で、医療者が関わらない患者さん、あるいはほかの人が判断できるようなものをシステムティックにする、医療行為として行う範囲を明確にするという御提案なのか、それを少しお聞かせいただければと思います。

以上でございます。

○須田リードアーキテクト 御質問ありがとうございます。

一つはAIというものの医療現場での有効性というか、活用性は、現在も活発に医療業界で議論されていることであります。例えば私の専門はリウマチ、膠原病なのですが、リウマチ、膠原病は診断が相当複雑な分野であります。リウマチ、膠原病の世界でも、諸外国だと専門医に紹介されるまですごくディレイがあって、それが患者の治療を遅らせているという現実がありますので、その過程にAIを関わらせるというのは、各分野で積極的に議論されているところであります。

今回、これを心不全という分野で始めようと考えていましたのは、当時の循環器部長といろいろ話し合った結果であります。循環器科というのは、どちらかというと、シンプルな科でありまして、いろんなことをアルゴリズム化しやすいことが特徴であります。つまり心臓というポンプと血管という管がつながっているというシステムを想定して、そこにポンプの数とか、強さとか、そういうものを変えていく。どちらかというと、メカニカルな部分に注目した診療科でありますので、アルゴリズム化の中でまずはAIにアルゴリズム内の調節を任せることは比較的容易なのではないかと考えております。

御指摘のとおり、今でも例えば患者さんに体重が60キロを超えたら、この利尿剤をもう一剤追加して飲んでくださいみたいなことはよく言うことです。ところが、その場で言われても、患者さんはよく忘れますし、何なら家に帰ったら、お薬はどれがどれか全く分からなくなってしまっているみたいなことがよくあります。

そういうところはAIによるサポートがかなり効いてくるのではないかと考えていて、AIは、なんちゃってAIというか、アルゴリズム内のAIと、ディープラーニングをして自分で考えて動くAIがあると思います。この分野はミスが許されない分野になりますので、まずはアルゴリズム内で動くAIの稼働を考えます。

その中でデータを取っていくことが非常に大事だと思っていて、心不全の患者さんにこのような調節をしたときに、血圧はこうなった、というようなデータを蓄積していくことによって、AIはディープラーニングをいたします。そうすると、医師のサジェスチョンよりも日々のデータの中から、もっと正確なサジェスチョンができることがあるのではないかとというのが当院の循環器科の提案です。

おっしゃったような、自分で考えて、医者代わりに動くようなAIというのは、第2段階に置いていまして、まず第1段階では、アルゴリズム内で動くAIの稼働を考えております。お答えになりましたでしょうか。

○中川委員 分かりました。ありがとうございます。

○八田座長 ほかに御質問はありませんでしょうか。落合さん、どうぞ。

○落合委員 御説明ありがとうございます。

1点目は、AIの利用ですけれども、補助行為は行なって良いということになっていると思うのですけれども、一定の人間の判断の代替であったりとか、そういう決定行為をAIが行うというところまで想定しているという点について、緩和を求められているという理解でいいのでしょうかというのが一つ目です。

2点目は、同じAIの中でも、こちらの詳細資料に書いてあるのですけれども、オンラインでの服薬指導自体はできるようになっていたと認識していまして、そうすると、規制上の問題ではないのではないかとも思われるので、この点についてどうお考えかをそれぞれに伺えればと思います。

○須田リードアーキテクト ありがとうございます。

1点目に関しては、おっしゃるとおりです。

2点目に関しては、料金です。オンライン診療の部分的な緩和のところ、医者が完全に指導するところに関して、対面ではなく、オンラインでやることの金銭的な保険の算定が限定でついていることになっておりますが、ここに関して、これが診療というよりも、もうちょっとカジュアルな形で、例えばSNS診療みたいなところになってきまして、そこに対して、今、国がお金のない中で、ずっと保険診療にし続けるというのは、現実的な解決策ではないように思うのです。

そこを選定療養にして、プラスアルファの付加価値のサービスとして、例えばMAASなどを行っていくことによって、そこから得られるお金を既存の医療のパラダイムの中の保険診療と組み合わせていくことによって、より重層的なサービスが展開できるのではないかと考えております。

○落合委員 ありがとうございます。

そうすると、選定療養というところもあると思いますし、場合によっては、例えば混合診療の例外で、一部分だけ自費で取ってもらうとかがあると、対外的には効果的に実施ができるのではないかとということですか。

○須田リードアーキテクト まさにおっしゃるとおりです。

○八田座長 ほかに御質問はございませんか。どうぞ。

○原座長代理 最初から二つに分けてしまって、AIによる診断というか、チェックです。完全に自由診療で、たまたま自由診療でこうなったから、お医者さんの診たところから保険診療にしてくださいということとはできないのですか。特定のお薬は要りますというところがちょっと違って、プロセスを二つに分断できるような気がします。

○須田リードアーキテクト おっしゃるとおりです。分断するのであれば、7ページの当市のサービスで言えば、1番と2番です。

1番に関しては、完全に自由診療でいいと思っています。例えばこの人は心不全がありません。でも、将来、心不全のリスクがあるから、生活を管理します。これはもう自由診療で完全にいいと思うのです。高血圧に対する投薬は、またどこかでやればいいですので、分けられると思います。

2番の在宅AI診療サービスに関しては、分けるのが難しいと思っております。心不全というのは医療依存性の高い疾患でもありますので、保険診療によるカバーが同じ日に行われるという必要があるシチュエーションも多々ありますし、いちいち違う日にしなければいけないということで、現場のストレスとか、患者さんのストレスなどもありますので、それが自由に行き来できるような制度にさせていただけると、よりユーザビリティが上がると思っております。

○八田座長 ありがとうございます。

岸さん、お願いいたします。

○岸委員 ありがとうございます。

二つ質問があるのですが、一つは先ほど看護師さんのスキルセットの話が個人的には非常に興味深いのですが、スキルセットの分類がしっかりできれば、看護師さんの待遇というか、報酬の面で大きな影響があると思うのですが、茅野市のスキルステップに関する分析はある程度進んでいて、極端に言えば、日本全体の標準の先駆けになるような分類も可能なら、スキルセットに関する分析は行われているのでしょうかというのが一つです。

もう一つは、中小企業対象のデジタルコンソーシアムもすごく大事だと思うのですが、この対象は中小企業だけに限定されるのでしょうか。茅野市の中は中小企業が多くて大変な反面、ある程度山間に行けば、農業も結構盛んで、実は農業のほうもすごく人手不足で困っているというのは大きな問題だと思っておりますので、デジタルコンソーシアム的なアプローチを農業などに拡大できれば、まさにエリア的に製造業と農業のエリアと認識していますので、非常に意味があるのではないかと思ったのですが、その辺はどうお考えでしょうか。

以上をお願いします。

○須田リードアーキテクト すばらしい御質問をありがとうございます。

1点目に関してですけれども、分野別の特定看護師に関しては、茅野市で循環器はこれで、消化器はこれでというのはできておりません。今回のスーパーシティに手挙げする際にこの提案書を書いていく中で、主にこちらで上げました在宅診療、訪問診療の看護師さんのところのスキルセット、心臓外来についている看護師さんのスキルセット、主に二つのものをつくっております。

それぞれ分野別に分けることは可能だと思うのですが、これはどちらかというと、

コンテキスト依存性というか、病院によって看護師さんのやらなければいけないこととか、できるべきことはかなり変わるところがありまして、それはいろいろな分野の特定看護師をつくりにくい一つの要因になっていると思います。

ところが、在宅はやめなければいけないこととか、できるべきことが均一な分野だと思っております。在宅の訪問看護に関しては、当市は全国の先駆的に地域包括ケアをやってきた地域でもありますし、市内に三つの訪問看護の事業所がありますが、その一つは当院が運営しております。二つ目は市が運営しております。三つ目は事業者が運営しているのですけれども、我々と定期的なミーティングを行っております。今回の計画に3社が全て乗ったというお話をしてくれているのです。

そうすると、茅野市の訪問看護全体が一手にこの計画を引き受けることができることとなりますので、非常に推進性が高いのではないかと自負しております。ですので、ほかの分野はともかく、在宅看護師がどうやって活躍できるかというところのスキルセットを当市で考案したものをぜひ実証させていただいて、その運用によってどのような変化が市のレベルで起こるかというところを、全国に先駆けてお示しさせていただきたいというのが当市の願いであります。

2点目に関してですけれども、おっしゃるとおり、この辺りは農業が盛んで、セロリ御殿といって、1億円以上稼ぐ大農家さんがいらっしゃる場所でもありますけれども、御存じのとおり、後継者不足です。私の外来に来られる患者さんも、みんな70代、80代で現役ですという方々がいらっしゃいます。それはその人たちの元気のために良いことなのですけれども、20年、30年先が見えないことをやっております。

ところが、そこに新しい風が吹いてきています。というのは、東京からIターンで、IT企業に勤めていて、でも、最近、こちらの出身ですとか、こちらが好きですと来ていただく方がすごく増えているのです。その方々の中で農業に興味がある方が意外に多いことが分かってまいりまして、農業のIT化を会津若松市と我々がよくお話をするのですけれども、会津若松市でも同じようなことを考えていますので、インターシティで同じようなプロジェクトを進めていければいいのではないかと考えているところであります。

こちらはまだプロジェクトとしてお示しできるレベルに至っていないのですけれども、将来的にはもちろんその辺りを視野に入れておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

○岸委員 私、沖縄県の活性化をやっておりまして、東京から関わるIT企業の人がいるのですけれども、遠隔のITの仕事をしなから、それと正反対の地元の農業や漁業をやりたいという人が結構いまして、そういった経験から、特にこのエリアに行く人にしては、東京にいる人にしては、農業というのは意外と関心を持つのではないかと思います。

○須田リードアーキテクト ありがとうございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、時間が少なくなりましたが、阿曾沼さん、お願いいたします。

○阿曾沼委員 先ほどのAIについてなのですが、AIについての規制改革項目としては、色々な面があります。例えば、既にデジタル薬として、AIソフトそのものが薬として認定されている商品も出てきていますし、また、申請の迅速化や、既存薬事承認品のAI学習による機能レベルアップの追加承認のあり方などです。IDATENという仕組みが既にできていますが、それだけで足りない部分があるのかの確認です。

もう1点ですが、診療、医療相談とか、健康相談、受診勧奨の中でAIプログラムを使うことについては、お医者さんがそれをツールとして使うのだったら問題ないと思います。それを選定療養として考えるのか、自費診療として考えるのか、もしくはAIの承認のプロセスをどうしてほしいのかというところの具体的な案があれば伺いたいと思います。後ほど文書でも結構です。

○須田リードアーキテクト 分かりました。

簡潔に申し上げますと、選定療養か自費診療で別に分けてしまえばいいかという話に関しては、まず選定療養でやるべきだと思っています。自費診療で単独でやると、それなりの高額を取らないとできません。そんなに高額を払える人はあまりないので、このサービスをワイドなものにして、スケールメリットを生かして、医療機関が密に患者さんとおつながるためのツールとしてやっていくということが肝要なのではないかと思っています。

もう一点のAIの申請過程に関しては、確かにIDATENはあるのですがけれども、開発のためには、変えるときにもう一回申請し直さなければいけないというのは遅いと思ひまして、特にAIのディープラーニングをやっていく中で、いろんなことが出てきて、それを反映するというのは日進月歩で進んでいくところなので、私はドイツ式がいいのではないかと思っています。

つまり有効性と安全性とデータの質の担保が許されていれば、開発したものに関しては、一旦薬剤申請を下ろして、それを保険の適用にするかどうかとか、続けていくかどうかというのは、実証の中で検証していくという体制のほうが、質的には合っているのではないかと思いますので、そのようなところを検証していただければと思います。

○八田座長 ありがとうございました。

それでは、茅野市のヒアリングを終了したいと思います。どうもありがとうございました。