

第10回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和6年4月26日（金）10:15～12:59

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、津川委員、間下委員

（専門委員）大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、
桜井専門委員、高山専門委員、時田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 林室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者）住田町

神田町長

千葉保健福祉課長

公益財団法人日本訪問看護財団

平原常務理事

公益社団法人経済同友会

武藤規制改革委員会委員長

ブティックス株式会社

速水常務取締役コンサルティング事業部管掌

太田管理本部事業開発部長兼コンサルティング事業部エグゼクティブコンサル
タント

株式会社ストライク

荒井代表取締役社長

箕浦ヘルスケアチームチームリーダー

全国社会福祉法人経営者協議会

平田副会長

社会福祉法人むべの里光栄

南部コンプライアンス部門マネジャー

こども家庭庁

本後成育局保育政策課長

栗原支援局障害児支援課長

厚生労働省

吉田大臣官房審議官（医薬担当）

斎須大臣官房審議官

衣笠医薬局総務課長

大原医薬局総務課薬事企画官
田中社会・援護局福祉基盤課長
伊藤社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長
峰村老健局高齢者支援課長

4. 議題：

(開会)

1. 在宅医療における円滑な薬物治療の提供について（フォローアップを含む）
2. 介護・保育・障害福祉分野におけるサービス事業者の経営力強化等（同分野における合併、事業譲渡等に関するローカルルールの防止等）について
3. 規制改革ホットライン処理方針について

(閉会)

5. 議事録：

○事務局 定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第10回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中、御出席いただき誠にありがとうございます。

本日は、ウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催しております。

なお、会議中は雑音が入らないよう、ミュートにさせていただくようお願いいたします。御発言の際は挙手ボタンを押していただき、座長より指名後、ミュートを解除して御発言いただき、御発言後、再度ミュートにさせていただくよう御協力をお願いいたします。

本日は、議題1「在宅医療における円滑な薬物治療の提供について（フォローアップを含む）」、議題2「介護・保育・障害福祉分野におけるサービス事業者の経営力強化等（同分野における合併、事業譲渡等に関するローカルルールの防止等）について」、議題3「規制改革ホットライン処理方針について」の3件について御議論いただきたいと思います。

本日は、杉本委員からは御欠席の連絡をいただいております。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。

○佐藤座長 本日もよろしくをお願いいたします。

それでは、早速、議題1に入りたいと思います。議題1は「在宅医療における円滑な薬物治療の提供について（フォローアップを含む）」になります。

出席者を御紹介いたします。住田町から千葉英彦保健福祉課長、また、本日は住田町長の神田様からビデオ映像にて御説明をしていただきます。公益財団法人日本訪問看護財団から平原優美常務理事、公益社団法人経済同友会から武藤真祐規制改革委員会委員長、厚生労働省から吉田易範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、まず、住田町長様から御説明をお願いいたします。神田町長から御説明をビデオ映像にて行います。

では、事務局にて対応のほうをよろしくをお願いいたします。

○住田町（神田町長） 岩手県住田町長の神田謙一であります。本日は貴重なお時間をい

ただき大変ありがとうございます。感謝申し上げます。

それでは、まず、住田町の現状についてお話をさせていただきます。住田町は、総面積が約335平方キロメートル、人口密度は1平方キロメートル当たり約14人、約90%を森林が占める中山間地帯であります。令和6年3月末の人口は4,742人、高齢化率は48.0%となっており、少子高齢化の町であります。医療機関につきましては、平成19年に岩手県立大船渡病院附属住田地域診療センターが無床化となり、平成30年には開業医がゼロとなりました。現在、町内の内科診療所は住田地域診療センターの1か所、訪問看護ステーションも1か所、薬局も1か所となっております。訪問診療医、往診医の現状につきましては、町内の訪問診療医は1人で、往診と看取りは難しい状況です。また、町外医療機関に往診、訪問診療をお願いしておりますが、どの先生方もお忙しい状況です。右側に示してある五葉地区など、気仙地区から医師の訪問を受けられない地区もあります。都市部にいると実感が湧きづらいかもしれませんが、地方における少子高齢化の進行は著しく、その影響は医療・介護サービスの持続的な提供に黄色信号もしくは赤の点滅というような状況にあります。

町内に、24時間対応可能な薬局がないことから、訪問看護ステーションによる在宅医療において、適時にケアを行えなかった事例について御紹介させていただきます。訪問診療・訪問看護を受ける高齢男性です。発熱と脱水があり、夕刻、訪問診療を受け、飲み込みが難しい方で内服が難しいため、解熱剤と輸液が処方されました。しかし、薬局は既に営業時間を終えており、これらを手続きできませんでした。夜間、解熱剤もなく、熱が続いており苦しそうと訪問看護ステーションに妻から相談があり、看護師が訪問したものの、町内の薬局は1か所であり、処方薬剤も、また市販薬さえも入手できず、クーリングなどして、翌朝、薬局が開業するのを待つしかできずに、適時にケアを行えませんでした。

特に医療関係は24時間365日対応、これは都市部であろうと地方であろうと人間の営みは変わりませんし、高齢者が多いこともあり、24時間365日対応を求められております。しかし、診療所1、訪問看護1、薬局1の当町では、どのようにこの体制が担保できますでしょうか。

都市部の人口の多い地域では、人口対医療者数がある程度担保できるでしょうし、24時間365日体制の同じ職能の機関が輪番制を取るなど連携により、その体制を構築できるでしょう。都市部の専門職連携は、この図のようにそれぞれの職能が独立・分業し、それぞれの職能を生かしながらの連携を想定されていると思いますし、実際そうされているでしょう。しかし、当町のような地域では、専門職人材も非常に限られており、お互いの職能に相互乗り入れする形で連携することが大前提となります。そうでないと医療が成り立たない側面があるのです。地域によって連携の在り方は異なるということでもあります。

また、病院から在宅への移行が叫ばれて久しいのですが、こと地方においては、今展開されている現行の形では、在宅医療、ケア提供の持続は困難です。先ほど申し上げているとおり、診療所、訪問看護、薬局、いずれも1件ずつですので、ここが全て24時間365日の

対応を求められると、あっという間に破綻が来ます。また、患者・利用者宅が点在していることから移動に時間を要するため、1日で対応可能な件数が限られ、収益確保にも困難が伴います。しかし、それでもなお、おうちで過ごしたいという町民の希望をかなえていく必要があります。

例えば、昨年3月30日、内閣府規制改革推進会議第8回医療・介護・感染症対策ワーキングで提案されたスキーム、これが規制緩和の上、実現すれば、当町の1つしかない診療所や薬局は、夜間帯の対応の負担が大幅に減りますので、持続可能性は高まります。そして、何より診療所と訪問看護と薬局がしっかり連携し、チーム医療を強化するものと考えます。限られた資源の全ての人材に24時間対応を求めるのは余りにもナンセンスです。働き方改革も進んでいくでしょうが、専門職の皆さんが元気であること、これがよい診療やケアにつながり、町民のウェルビーイングが向上します。

最後に、御提案事項をまとめます。まず、都市部と異なり、人材が少ない地域においては特に、医療・会議のタスク・シフト/シェアが進まないと、地域の医療・ケア体制の継続が成り立ちません。

訪問看護ステーションへの薬剤ストックに関しては、患者・利用者の症状へ即時対応を可能とし、チーム医療の強化、また医師・薬剤師の24時間対応の負担を減らすことが期待されます。ぜひ進めていただきたい。

もし当該規制緩和に関し、全国一律ということが難しければ、幾つかの地域で先行実施し、一定期間の実施の後、有害事象の有無に関する評価、現場運用のノウハウの集積などを行った上で、地域要件に関する検討をはいかがでしょうか。

地方では、課題解決に向けた現実的な道筋をつける必要性に迫られています。ぜひ、積極的かつ迅速に検討を進めていただきたいと思います。

私からは以上となります。御清聴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、本日御出席の保健福祉課長の千葉様から何か補足がございましたら、よろしくお願いたします。

○住田町（千葉課長） 岩手県住田町保健福祉課長の千葉です。

本日は貴重なお時間をいただき大変ありがとうございます。先ほど神田町長のお話のとおりですが、本町のような人材が少ない地域におきましては、医療・介護のタスク・シフトを推進していかないと、地域の医療・ケアの提供の継続が成り立たない状況ですので、訪問看護ステーションの薬剤ストックも含め、様々なものに対して積極的かつ迅速に検討を進めていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、公益財団法人日本訪問看護財団様から御説明をお願いいたします。時間の関係上、5分程度でよろしくお願いたします。

○公益財団法人日本訪問看護財団（平原常務理事） 承知いたしました。画面共有をいた

します。それでは、よろしく願いいたします。

私どもの財団に関して御紹介を先にいたします。当財団は、訪問看護の質的、量的な拡大を目的とした事業を実施しています。

まず、私どもの現状の課題認識について、事例を基に御説明いたします。事例1は、60歳代のがん末期の男性です。自宅で最期まで過ごしたいと願い本人を奥様が支えておられました。金曜日の夜、痛みが増し、医療用麻薬を服用しようと思ったら、なくなっており、訪問看護に電話がありました。夕食後のいつもの医療用麻薬は内服したから、明日の朝、医師に相談すると御本人がおっしゃり、翌日、状態の確認のためにも訪問しました。痛みは10のうち5まで上がっており、すぐに医師に報告、処方依頼しましたが、薬局に在庫がなく、他の薬局に確認しますとのことでした。私はそのまま退室しましたが、午後電話があり、まだ薬が来ないとのことでした。訪問しました。医師はほかの緊急対応をされていたこともあり、待つよう指示がありました。夕方、まだ届かず訪問しましたら、痛みは激痛に変わり、食事も取れず、動けず、脂汗を流し、怒りの形相で奥様を責め、奥様は泣いておられました。再度強く医師に要請し、20時に医師が届けてくださいましたが、激痛のため点滴に切替え、その後、点滴による緩和医療でそのままお亡くなりになりました。グリーンケアで奥様は、見たこともないあの形相が忘れられず、ずっと心の傷になっていると話されました。

この事例の課題は、薬品在庫が複数の機関でなかったこと。医療用麻薬という緊急的な使用も想定される薬剤を常備させている薬局も限られているということです。もしタイムリーに届いていたら、これまでどおり良好な疼痛コントロールができたでしょう。そして、奥様を叱責するようなことはなく、本人と奥様の尊厳を保持できたでしょう。また、点滴でなく、飲む・貼るなどの形態による医療用麻薬の使用が継続でき、最期まで外出を続けられたかもしれません。

以上のことから、医療機関・薬局ともに24時間対応は少なく、特に過疎地域においては対策が急務と考えます。そして、薬の手配に関わる業務軽減は、医師と訪問看護師の負担を減らすことができると考えます。

次の事例は80歳代の慢性心不全の方です。土曜日21時に発熱し、訪問しました。主治医と連絡がつかせんでしたが、事前指示はあったものの、薬剤はありませんでした。夜中の3時に再度訪問し、脈拍が140、呼吸苦が強いため不安が増していましたが、ケアで一時的に和らぎ、落ち着かれました。5時に軽く唾液様のものを嘔吐され、80歳代の奥様も不安が強くなり、救急車で入院されました。入院後すぐに解熱し、3日後には退院許可が出ましたが、もう自宅は怖いと転院を希望されました。しかし、転院先もなく、3週間があったという間に経過し、フレイルが進み、高カロリー輸液が開始、せん妄も出てミトンを使用。医師から退院できないと言われ、1か月後に心不全で亡くなりました。

この事例の課題は、医師の指示はありましたが、薬剤が入手できなかったことで、もし届いていたら、在宅療養は継続でき、また、不安が生じることなく退院できていたかもし

れません。そして、入院が続かず、身体拘束が行われることはなかったかもしれません。今後、在宅医療を必要とする人は年々増加しますが、医師や薬剤師、看護師も常に支援体制を維持することは困難です。また、OTC医薬品が購入できる今の時代、スピーディーに24時間薬が届く体制の下、在宅療養の継続に貢献したいと考えております。

最後に、現場では、主治医の指示があるのに薬剤がない中、どう対峙すればよいか悩み、強い無力感を感じています。検討を加速し、一日でも早く薬剤提供体制の整備をお願いいたします。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、続きまして、公益社団法人経済同友会様から御説明を5分程度でよろしく願いいたします。

○公益社団法人経済同友会（武藤委員長） まず画面を共有させていただきます。よろしく願いいたします。

同友会の規制改革委員会委員長と医療社団法人鉄祐会の理事長の武藤と申します。

経済同友会では、ちょうど昨日、タスク・シフト/シェアの推進と医療法人の経営効率化に関する提言を公表しております。背景は申し上げるまでもありませんけれども、医師の時間外労働の上限規制ができたということや、もともと医療従事者の不足、特に地域偏在があるということになります。それから、2025年問題、在宅医療や介護サービスがさらに増加する見通しということで、我々は患者さんの生活の質の向上と持続可能な医療提供体制の実現を目的として、規制改革について提言しております。

課題の認識ですけれども、ここも御存じのとおりだと思いますが、タスク・シフト/シェアは、単に医師の業務負担の軽減だけが目的ではないということ。それぞれの職能・職域を拡大して、基本的に患者さん本位の医療を実現することだと思います。

一方で、タスク・シフト/シェアは、在宅医療ではある程度進んでいると思いますけれども、全体としてサービスの効率化が必要であろうということもあります。あと、我々が重要に思っていますのは介護離職の話でありまして、今後、在宅もしくは施設在宅医療、介護が増えていく中で、そこにおける限界を取り除いていかないと、結果として勤労世代が離職をしてしまうということになるのではないかと考えております。

今ももう御提言あったとおりでございますけれども、訪問看護ステーションへの配置可能な薬剤の範囲を拡大して、少量の薬剤を訪看もしくは自宅に置いておくような規制緩和が必要だと我々も考えております。背景も今まで議論があったかと思いますが、突然の発熱、疼痛や主たる疾患以外の病態が起こることもあって、そのとき、医師が初動で動けばそこで処方箋を発行する。ただ、薬局が開いていないという課題があるかと思えます。また、看護師さんが行っていたこともありますけれども、結局、患者宅に薬がないような場合には、医師が処方箋を発行して、いずれにしても患者さんや御家族が薬局に薬を取りに行く必要があるわけですが、特に夜間帯ですとか祝日、日曜日など、薬局があまり

開いていないようなエリアであれば、結果として薬剤が手に入らない。今まで2人の方がお話しなさったとおりの現状が起きているというふうに思います。今も訪看には少し薬を置くことができると思いますけれども、十分ではないということがあります。

ここまでは同友会としての提言であります。ここは私の個人的な意見ということで、実際に在宅医療をやっている者としてお聞きいただければと思いますが、このような薬剤を置くときに、それをいわゆる在庫として扱うのか、もしくは個人の患者さんの薬剤をどこかに置いておくのかということでは大分論点が変わってくるかと思っています。仮にそれを在庫とした場合には、一体どの薬剤を置いておくのか、先生によっていろいろ希望があったりもなくはないですし、患者さんの容態もいろいろ違いますので、薬剤をどれくらい、何を置いておくのかということを決めていくのか。それから、使用期限が過ぎた場合にどのような扱いをするのかと。いわゆる在庫で、薬局であればほかの患者さんに使うこともできるわけですが、そう頻回に使われない場合には、在庫として残ってしまうという場合がありますので、その分の支払いですとか処理を誰がやるのかという課題が残るかなと思っています。

2つ目の、もし、例えばある患者さんに対して事前に薬を処方して置いておくという場合、現行のルールでは、病名をつけないと基本的には薬剤というものが出せませんので、そうすると少しグレーな状態になろうかと思っています。また同じように使用期限が過ぎてしまったとき、その患者さんにチャージできるのか、それとも医療機関が持つのかといったようなところはルールが決まっていないので、うやむやな状況かと思っています。

我々鉄祐会のケースでは、実際に自分たちで医療法人として薬剤を一定の種類購入しまして、それを患者さんのおうちに置いておくということをしています。もし患者さんが使った場合には処方箋を発行して、薬剤を補充するというをやっていますけれども、こういったことも我々はやっていますが、必ずしも全部の医療機関ができるわけではないということがあります。

最後に、我々は石巻でも在宅医療をやっていますが、町長さんがおっしゃったように、本当に地方に行くと24時間やっている薬局というのはほとんどございませんので、薬剤が手に入りやすく、結果として非常に医療の質を下げ、患者さんが困るという状況に我々も直面していますので、ぜひ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。

では、最後に、厚生労働省様より御説明をよろしく願いいたします。こちらすみませんが5分程度でよろしく願いいたします。

○厚生労働省（吉田審議官） それでは、厚生労働省でございます。この資料に基づきまして御説明します。

次のページをお願いします。2枚目ですが、これは規制改革実施計画でございます。令和5年度の規制改革実施計画におきまして、在宅医療における円滑な薬物治療の提供に関

し、在宅医療の実施状況については、地域により異なること。地域の多職種連携の重要性などを考慮した上で、在宅患者が適時に必要な薬剤を入手できるよう、対応の検討が求められているという形になってございます。

次のページをお願いします。その続きですけれども、具体的には、この枠でくくっていますが、まずbとしましては、薬局について、夜間・休日を含む24時間対応が可能となるよう輪番制の導入、あるいは対応薬局の公表などを実施、その実施状況に応じて、その是正などを図ることの方策も含め、必要な対応を検討することとされていますし、cにおいては、bによっても24時間対応可能な薬局が存在しない地域については、在宅患者に円滑に薬剤を提供する体制の整備に向けて必要な対応を検討することというふうに計画はなっておりまして、その実施時期については、bについては令和5年度検討・結論、cについては令和5年度検討開始・遅くとも令和6年度中に結論、こういったような計画になっているわけでございます。

次のスライドをお願いします。薬局の24時間対応についてでございますが、24時間対応を要件としている薬局制度としましては、地域連携薬局、それから健康サポート薬局というのがございます。ここにお示しのとおりです。さらには、下のほうですけれども、診療報酬におきまして、地域支援体制加算あるいは在宅薬学総合体制加算、こちらの中において施設基準で休日・夜間を含む開局時間外の対応を求める、そのような施設基準が定められているという形になってございます。

次のスライドをお願いします。このスライドでございますが、このような状況あるいはいろいろな背景を踏まえて、私どものほうでは、ここにあるような薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会を立ち上げて議論を行っております。令和5年12月に設置しまして、まさに規制改革実施計画の課題などについて現在検討中という状況でございます。

この検討会のメンバー、右下にありますますが、この中の構成員としましては、日本看護協会さん、それから訪問看護ステーションの看護師さんなどに加えまして、規制改革推進会議の委員の落合先生にも御参加いただいているという状況でございます。

次のスライドをお願いします。実際のこの検討会での議論の状況でございますけれども、これまでの検討会の開催状況、それから具体的な議題の内容を一覧でお示ししております。御覧いただければお分かりになりますとおり、まさに薬局による夜間・休日対応については毎回議論、検討がされております。特に第3回の検討会におきましては、規制改革推進会議ワーキングの専門委員でもあられます佐々木先生にも、在宅医療を実施する医師として参考人ヒアリングに参加いただいております。この3月の第3回の検討会におきまして、薬局における夜間・休日対応については一定の結論を得たという状況になってございます。検討会では引き続き在宅医療に関する検討を実施する予定ではございますけれども、夜間・休日対応については一定の結論を得たという状況でございます。

次のスライドをお願いします。7枚目のスライドは在宅医療の流れをお示ししております。上のほうの1と下のほうの2がありますが、在宅医療では、薬局に訪問の指示がある

1の場合、それとない2の場合、両方の場合がございませう。指示がある場合、1のほうは大きな問題はないと思ひますが、2の指示がない場合、薬局・薬剤師は、外来患者と同様に、家族などが持ち込んだ処方箋に基づいて薬剤を提供しているところとございませう。

次のスライド8は、在宅患者の夜間・休日の体制などについての状況とございませう。令和4年度に実施しました厚生労働省の調査におきまして、この左上のグラフとございませうが、その調査においては自らの薬局、自薬局単独、あるいは近隣の薬局などとの連携によって夜間・休日対応が可能な体制を整えている薬局は、この左上のところと赤でくくってありますが、具体的に73.9%、約7割であったという状況となつてとございませう。

その次のスライド9とございませう。実際の開局時間外の薬剤師の訪問薬剤管理の状況ということですが、臨時の処方のために、上が訪問計画に組み込まれている予定訪問、下が計画外になりますけれども、臨時の処方などのため、計画外に対応として薬剤師が在宅患者に訪問する時間帯、これは実は計画的な訪問、上のほうと同様に夕方とか夜間が多いという形となつてとございませうが、下のほうといきますと、特に赤でくくっている深夜・早朝に訪問の指示があるケースももちろんとございませうが、対応する事例は深夜・早朝については極めてまれではないかという調査結果となつてとございませう。

その次のスライド10とございませうけれども、実際の休日・夜間対応の関係で処方箋応需輪番体制の整備状況を示してとございませう。令和5年7月時点の調査になりますと、左側の円グラフの右上、青色にしてとございませうが、25%の地域薬剤師会が構成地域全体で輪番体制が構築されている。薬剤師会として構築されているという形となつてとございませう。

ただ、左のほうのグラフでもお分かりになりますとおり、薬剤師会の取組での輪番体制が構築されていない市区町村についても、個別の薬局で対応していたり、独自に輪番体制を組んでいたりする場合もありますので、地域としては夜間・休日の対応体制が構築されている場合もあるというのがこのグラフ、表と見てとれるかと思ひます。

次のスライドとございませう。こういったような状況も認識しながら、先ほど御紹介しました検討会でこれまで御議論いただいています。そこで出されている主な意見をここにつらつらと書いてとございませうけれども、例えば一番上、在宅医療については、薬剤師の職能を生かし、チーム医療として関係職種との連携により提供されるべきであつて、訪問看護ステーションとの連携も重要だという形となつてとございませう。

あといろいろな御意見がある中で、一番下のところとございませう。実際の連携方法あるいは緊急性が高い場合の課題については、具体的な事例を踏まえた議論が必要だろつと、そのような意見と出されてとございませう。

次のスライド12とございませうけれども、検討会におけるまとめということとございませう。地域における薬局の夜間・休日対応とございませう。これは外来の場合と在宅両方ありますけれども、それぞれ上段が外来、下段が在宅となつてとございませう。

先ほど来御説明した検討会では、地域における薬局の夜間・休日対応については、3月の第3回の場で一定の結論と出しています。在宅は引き続き検討とございませうが、一定の結論と出

ているという形になっております。

地域における薬局の夜間・休日対応については、外来、在宅ともに、やはり地域薬剤師会を中心とした夜間・休日対応体制の構築、あるいは地域住民への広報・周知を行政機関がしっかり関与して行う必要がある。こういったような結論かと思えます。上のほうの外来のところの2つ目の丸です。下線を付したところでございます。そういったような結論でございます。ただ、下のほうの在宅については、例えば一番下の丸ですけれども、個別の状況等を踏まえて、さらなる対応が必要かも含め検討することが必要、このような状況でございます。

次のスライドをお願いします。具体的な令和5年度の規制改革実施計画への対応状況をまとめてみますと、まずbの対応状況になります。下のほうの枠でくくっていますが、輪番制などによる24時間対応の体制構築、それから地域薬剤師会による対応可能薬局のリスト作成、ホームページなどによる公表を実施することとしておりまして、現在対応中という状況でございます。あわせて、厚生労働省からも自治体に体制構築の協力・周知を依頼する予定としております。

24時間対応についての是正策などの方策は、下のほうですが、地域連携薬局、健康サポート薬局について、自治体の監視指導においてしっかり確認することを求めるようにしようというふうに考えております。

それから、その次のスライド14ですが、cの実実施計画への対応状況です。cについては、厚生労働省の検討会議におきまして、24時間対応が可能な薬局が存在しない地域についての対応は、この検討会で引き続き検討しているという状況でございます。

その次のスライド15でございます。調査の関係ですが、実は厚生労働科学研究におきまして、在宅患者への薬物治療提供に関する実態について、高齢者人口あるいは薬局、訪問看護ステーションなどを踏まえ、地域を選定して調査を実施しております。この研究者による当該調査結果の取りまとめというのが、ここにスケジュールを一番下に書いていますが、5月末までに行われる予定でございますので、この調査結果を踏まえて、先ほど御紹介している厚労省の検討会において、引き続き検討を進めていく予定にしておりますということでございます。

資料はここまでですが、事前に規制改革推進会議さんからいただいた対応事項の①から⑦について説明せよということでございます。まず、①としまして、24時間対応を行うことなどを要件とする地域連携薬局の認定等を取得している薬局における夜間・休日を含む24時間対応の実施状況を説明しろということですが、これについては、地域連携薬局あるいは健康サポート薬局の別ではありませんが、先ほど御紹介しました資料の8ページに薬局の夜間・休日対応の体制整備の状況をお示ししております。それから、実際の臨時の調剤の対応状況については9ページにお示ししているという形にしております。

②としまして、夜間・休日を含む24時間対応を可能とする輪番制の導入状況、あるいは日々の対応薬局の公表状況について説明せよということですが、これは先ほど来、口頭で

御説明しているとおおり、現在、地域薬剤師会におきまして、非会員薬局も含め、地域における24時間体制あるいは在宅体制の構築及び周知を進めているところでございますので、現時点でその対応状況、薬局の状況をお示しすることは困難でございます。

③ですが、その是正等を図ることの方策も含めた必要な対応の検討、実施状況ということでございます。これについては資料の13ページにお示ししたとおおりでございますので、説明は割愛します。

④ですが、24時間対応が可能な薬局が存在しない地域における薬剤師、看護師、患者等に対する具体的な課題を把握するための調査の実施状況ということですが。これは24時間対応が可能な薬局が存在しない地域には特に限りませんが、15ページにお示ししている厚生労働科学研究において調査を実施し、現在研究者が結果を取りまとめているところでございます。

⑤、⑥ですが、24時間対応が可能な薬局が存在しない地域の具体的な地域名とか、あるいは輪番制の導入がされていない地域の具体的な地域名を説明しろということでございます。これも繰り返しになりますが、現在、地域薬剤師会で会員以外の薬局も含めた夜間・休日在宅対応体制を構築し、それをホームページで公表する準備を進めている状況ですので、現時点でお示しすることは適切ではないと考えております。

最後に、そういった地域での在宅患者に円滑な薬剤を提供する体制の整備に向けた具体的な対応策についてということですが、これは資料の14ページにお示ししたとおおりでございます。

いただいた宿題に対する説明も含めて、以上でございます。

私からは以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、質疑に入りたいと思います。大体11時半程度をめどに質疑をさせていただきます。

では、早速お手が挙がっています、大石専門委員、よろしくお願ひします。

○大石専門委員 ありがとうございます。厚労省さんにお伺いしたいのですが、いろいろな調査をされているのはいいと思いますけれども、そもそもこの課題が存在すると思っているのか、存在しないと思っているのかということをお答えいただきたいと、最終的にどこの地域で24時間対応ができないのかということをお示しする調査は必要だと思いますし、それはぜひ進めたいのですが、現実的に、今日、住田町様から御発表いただいた事例であるとか、また、日本訪問看護財団様から御発表いただいた事例を見ても、実質的に、やはり薬局が1個しかなくて、そこが24時間対応はどう考えてもできないという事例であったり、看護協会様のほうも、これは別に看護師さんがほかのところに対応できる薬局があるのを知らなかったからこういう事態になったわけではなくて、これはやはりなかったからだと思うのです。そういう具体的な事例があるものに対して、動きが非常に遅いのではないかと思います。

ですから、現時点で、かつ8ページの左側に、要はほかの薬局と連携してなくて、対

応できないと言っている薬局が10%ぐらいあるではないですか。そういうことも明らかになっている中で、この問題はやはり現存すると思うのです。現存すると思う中で、具体的にどう対応するのかということを考えることを急ぐべきなのではないかと思っています。

なので、具体的な地域で先行して課題を解決する方法を、先ほど武藤先生のほうからも、実質やってみるとするところのような課題が上がってくるであろうということも仮説がはっきり見えていますし、私も在宅医療に携わる身として、非常に正しい課題意識だと思っております。なので、問題があることが見えていて、課題も割と見えている中で、実験実施的なことでも構わないので、もっと早く対応をしないという理由がよく分からないので、まず認識度合いをお伺いしたいと思いますし、ここから先、どうやってスピードアップして、この現存している問題に対応されるのかということも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。取組にスピード感がないのではないかと御指摘だと思いますけれども、厚労省さんとしての現状認識はいかがでしょうか。

○厚生労働省（吉田審議官） 御質問ありがとうございます。まずは輪番とか、そういう体制整備をしっかりとやっていくという方向性なのだろうというのが検討会での議論でございますが、そういったところでもできないところがあるかもしれない。その方策についてもまさに検討している状況でございますので、それは調査を急ぎたいと思いますが、そういうものがあるかもしれないという前提での議論をしているところでございます。

規制改革会議さんからの計画でも設定しておりますとおり、昨年度検討を開始し、少なくとも今年度中に結論という形になっておりますので、それに沿って我々も鋭意進めているという状況でございます。

以上です。

○大石専門委員 追加で、第3回の検討会で割とあらかた見えたというふうにおっしゃっていますけれども、その第3回で見えた内容を御説明いただきましたが、それは住田町様だとか訪問看護財団様から御発表いただいた課題には対応できていないと思います。なので、やはり存在している課題に対して、問題に対して対応するというところについては、全く進捗がなされていないのではないかとこのように見受けました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お手が挙がっている順番で、間下委員、よろしく申し上げます。

○間下委員 ありがとうございます。24時間対応できる地域連携薬局の数だったりとか、健康サポート薬局の数も今、四千幾つとか三千幾つという形で出しているのですが、実際にやっぴらっしゃる方々からすると、そこら辺がちゃんと機能していないのではないかとコメントが結構挙がっているようで、その実態調査、24時間やれることになっているけれども、いざやろうとすると実際にできていないみたいなことがあるというこの調査の状況について教えていただけますでしょうか。訪問看護ステーションなど

自体も24時間前提になっても、やはり人繰りの問題できないとかそういったことも出てきているようなので、実態をちゃんと把握することは大事だと思いますが、その調査の状況を教え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。体制があるというのと実行しているというのは違う話なので、その実効性はどうなんだという御指摘だと思いますし、あと、今回も住田町さんの御説明にありましたように、かなり地域差があると思うのです。全国平均的にどうかではなくて、地域的にどういうところが困っているのかという地域差についての検証とか調査というものはあるのでしょうかということも含めての御質問だと思います。よろしくをお願いします。

○厚生労働省 厚生労働省でございます。

令和3年度の調査になるのですけれども、地域連携薬局のうち約9割で自薬局単独での24時間体制を整備しておりまして、1割が近隣との薬局の連携により体制を整備していたという状況でございます。健康サポート薬局についても同程度の状況であるという調査は行われているところでございます。

○間下委員 すみません。今のはどういうイメージなのか。端的に、要は大体どれぐらいのところはできているかということ、実際としてどういう形になるのですか。

○厚生労働省（吉田審議官） 端的に、地域連携薬局のうち9割は24時間体制が整備できている。さらに1割は近隣の薬局との連携で対応ができているということですから、地域連携薬局については、令和3年度の調査では、一応24時間、連携も含めれば対応できているという調査になっています。

○間下委員 実態としても9割のところはしっかり機能しているということでしょうか。

○厚生労働省（吉田審議官） 申し上げたのは、24時間体制についてはです。

○佐藤座長 今のは体制なのですよ。多分、間下委員がおっしゃっているのは、体制が整ったというのは分かりました。では実績はどうですか、実際に何件ぐらい対応できましたかとか、速やかな対応はできましたかという実績のほうです。

○間下委員 ちゃんと機能しているかどうかということですね。

○厚生労働省 厚生労働省ですけれども、今の同じ調査の中で、自薬局のみで対応している場合の3か月間の夜間等の時間外の対応件数という意味で言いますと、地域連携薬局では平均で29.7件となっていると。あと、近隣の薬局と連携して対応している場合の件数、こちらは地域連携薬局では平均で9.8件といったデータはございます。

○間下委員 それは、デマンドに対してどれぐらいできているかというのは分からないわけですね。実数はあるものの、パーセンテージでは分かっていないというイメージですかね。

○厚生労働省（吉田審議官） それはなかなか分からないのではないかなと思います。もしそれをやろうとすると、在宅に対してのニーズがどうなのかという、そちらのほうの調

査をしないといけない。我々がやっているのは、薬局のほうが対応できているのか、実績はどうなのかという形になってございますので、繰り返しになりますけれども、在宅については、地域全体で関係者の連携というのが極めて重要だと思っておりますので、そういった意味では、何かを調査するにしても、あるいは対応するにしても、御指摘のとおりいろいろな連携をしながら調査し、あるいは対応を考えていく必要があるのかなと思っておりますのでございます。

○間下委員 ありがとうございます。多分実態調査をしっかりとできるようにしていかないと、なかなか携わっている方の感覚と制度を整理している側の感覚のずれもあるようなので、そのところを早急にやればなどは思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、高山専門委員、よろしく願いいたします。

○高山専門委員 各団体の皆様、御発表ありがとうございます。特に住田町の町長さんの御提案は私も全面的に賛成です。やはり地域包括ケアにおけるタスク・シェアを進めていく上で、訪問看護の機動性を高めていくということが必須の要件といえます。特に基本的な医薬品に対するアクセス向上、そのための訪問看護ステーションへの薬剤配置というのは代表的な例だと思います。ほかにもいろいろあるのですけれども、ぜひここは進めていただきたい。

私も在宅をやっていますけれども、想像していただきたいのですが、訪問看護が患者さんの家に駆けつけても、そこに医薬品がなければ、医師に処方箋を発行してもらって、それから薬局に行って、また患者の家に戻る、そして処置を始めるという回り道をしなければいけないのですね。緊急性が高いときでもそうなっています。

さらに地方では、24時間対応薬局があったとしても、患者さんの家からその薬局までが遠距離であったり、あるいは多くが救急外来の門前薬局だったりして、処方箋を持参する患者さんの順番待ちになっていたりとということもあります。もちろん離島で薬局が開いていなければお手上げなのですけれども、どこかで薬局が開いているからいいじゃないかということではありません。実は過疎地になればなるほど薬局の数は限られていますので、こうした手続に時間がかかるようになっております。

訪問看護財団の平原さんが御紹介いただいた切実な事例がありました。実は決して特殊なものではなく、地方では日常的に直面している課題なのです。患者さんや家族が苦しんでいて、現場には技術があるのに救うことができないでいます。これはその場だけのことでなく、どのようにおみとりをできたかという長く記憶される苦しみになることがあります。そこも今日、平原さんが切実に語っていただいた大事なポイントではないかなと思います。

24時間対応薬局を普及させていくという厚労省さんの取組は大切なのですけれども、それでも普及できない地域、過疎な地域、迅速な対応が求められる症例があるということも踏まえて、訪問看護でも扱える基本的な薬品については、訪問看護ステーションに配置し

ておくように選択肢を増やす。その観点で取組を考えていただきたいと思います。

あともう一点、私は急性期病院の医師でもあるのですが、その視点から指摘しておきたい課題があります。それは、こうした対応が迅速に行えないがゆえに、救急搬送が増加しているということです。訪問看護は薬剤を届けることができれば自宅で過ごせる人たちが、薬剤を求めて救急受診をしているのですね。結果的に、特に地方で限られた救急リソースというものを逼迫させて、そのほかの患者さんの医療が滞ってしまうということが起きております。訪問看護ステーションに基本的な医薬品があれば在宅患者さんが救われるだけでなく、救急医療を適正に維持することができます。地域医療の効率化を図っていくために、どんどん改革を進めていただければというふうに思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。今の御指摘、まず現場は多様な現場がありますので、現場には選択肢を与えるべきだという御指摘と、救急医療にも波及する問題だという御指摘だったと思いますけれども、この辺は厚労省さん、いかがですか。特に救急医療の視点は確かに重要だと思いますが。

○厚生労働省（吉田審議官） ありがとうございます。ですから、これまで御説明しましたとおり、現場の個別の状況を含め、特に離島・僻地における医療提供体制の中で必要な薬剤提供が円滑にでき、かつ安全かつ適切な薬物治療を提供するためにどんな対応が必要なのかということ、まさにこの検討会で議論させていただいている状況でございますので、御指摘の問題意識は十分認識した上で、この検討会で今、鋭意検討させていただいているという状況でございます。

○佐藤座長 高山先生、いかがですか。

○高山専門委員 もう十分実情はお伝えできているのではないかなと思います。初めて聞いたということではないということであればなおさらのことで、ぜひ選択肢を増やすという取組を具体的に進めていかないと、2025年はもう来年ですし、2035年、40年と一気に進んでいきますので、改革の手は現実に遅れずに進めていただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員、よろしくお願いたします。

○佐々木専門委員 高山先生とかなりかぶるところがあったので、そこは省略をさせていただきますと思いますが、私も在宅医療機関を今経営してまして、9,000人の在宅患者を常時担当させていただいています。年間13万5000件の処方箋を発行します。3万件の緊急対応をしています。そんな中で、休日・夜間にどうしても薬が必要だという状況は生じますが、薬局さんの中には、私たちの主たる診療圏は首都圏ですが、それでも休日・夜間対応できないという薬局さんは結構あります。地域連携薬局とかもあって24時間ということになっているのですが、電話相談は受けるけれども、薬の配達はできないですという薬局は現状結構多いのですね。間下委員が御指摘のとおりで、24時間対応の中身

というのは結構ばらつきがあります。

でも、薬が必要な場合はどうするかというと、現状、私たちが往診して、手元にあるお薬を届けるか、あるいは私たちの手元にないバリエーションの薬は、連携の中で薬局さんにお薬を届けることになるのですけれども、ただ、この薬局というのは薬局間連携ではないのですね。機能する薬局間連携というのは、実はほとんどありません。薬剤師会さんたちからは、薬剤師会を中心に連携の枠組みをつくるというのですけれども、私たち首都圏の1都3県と、それから愛知、鹿児島、沖縄で診療していますが、薬剤師会の連携が機能して足りない薬が届いた経験はゼロです。そんなときはどうなっているかというと、大手チェーンさんが、ふだんは関係していないけれども、困っているのだったらお手伝いしますよといって御厚意で届けてくださったりとか、あとは同一法人内の連携で届くということはあるのですけれども、地域連携の中で薬の24時間対応供給体制を構築しようというのは、私は幻想じゃないかなというふうに思っています。

在宅医療においても24時間対応はとても重要で、地区医師会ごとに体制をつくらうということに多分なっていたと思いますけれども、地区医師会のイニシアチブで24時間対応の体制がつくれている地域は非常にまれですね。今、24時間対応の在宅医療は、大体顔の見える先生方が連携をしながらチームを組んだりとか、都市部においては24時間の往診サービスと連携して24時間対応をつくるという形に今はシフトしてきています。地域でいろいろなばらつきがある人たちを1つにまとめて24時間の対応体制をつくっていくのは、現実的にはかなり難しいということ、少なくともこれまでもずっとこの方向で取り組んできたわけで、それでできていないわけですから、そうではない現実的な提供体制の構築もそろそろ本当に考えないといけないのではないかなと思います。

それから、私たちも僻地・離島でも一部診療してまして、例えば我々の診療所のある与論島というのは、やはり調剤薬局が1か所しかなくて、薬剤師さんも1人しかいないのです。今回の一連のコロナ禍の中で、その薬剤師さんが一時コロナに罹患されたのですけれども、その間、薬局は閉局なのです。そうすると、通院できる方は病院に行って、病院で薬をもらうことができるのですけれども、通院できない患者さんについては薬剤のデリバリーができなくなってしまって、私たちの院内処方のできる限りの対応を、結局往診で全部やることになるのです。ただ、往診というのはやはり救急搬送と同じように高コストですし、非常に効率が悪いと思うのです。こんなときにも、やはり薬剤提供体制が脆弱な地域には、ここが駄目だったときにはここにあるみたいな第二、第三のセーフティネットみたいな仕組みが必要で、そのためには、緊急事態だけでもいいですけれども、訪問看護ステーションからでも薬が届くみたいな、そういうチョイスは絶対に必要なのだろうと思います。

薬剤師会さんたちも、薬は自分たちの仕事だとおっしゃっているので、難しいところはあるのだと思いますけれども、ただ、であれば24時間確実に日本全土をカバーすべきですし、それができないのであれば、そうじゃない地域をどうカバーするのかというところで

実効的な議論をしていただかなければいけない。これは今始まった議論ではなくて、去年もいろいろなデータをこちらから出してお話をしているはずで、その間もたくさんの方が、先ほど平原さんがおっしゃったような悲劇的なケースも生まれているのですね。この状況を看過することは許されないと思います。今すぐにでも、取りあえず暫定措置で置いてみて、問題があるのだったら走らせながら改善するのでもいいのではないかと思うのです。

私たちの仕事は、やはり国民の幸せを守ること。厚労省さんもそうだと思いますけれども、現状たくさん不幸が生まれているのだということに対して、もうちょっと課題感を持っていただく必要があるのではないかなと、現場からは常に感じています。

○佐藤座長 ありがとうございます。まさにこれは現場の声だと思いますけれども、厚労省さん、いかがですか。

○厚生労働省（吉田審議官） 御指摘どうもありがとうございます。そういったことを克服するために輪番体制等を地域薬剤師会のほうでも御検討いただいているという、鋭意今検討してもらっている状況でございます。それがなかなか難しいという御指摘もありますから、そこに対しては我々も自治体に対する協力とか周知をする、そういったことで後押しをしていきたいとは思っておりますし、もちろん薬剤師会だけでできなければ、実態としてそういうのが構築されていけばいいのだろうと思いますから、まずは地域薬剤師会でやってもらう。難しければ、ほかの形での輪番体制も含めて体制を構築されるような形を取っていけばいいのではないかなと思っておりますので、そういった形でやっていく。

さらには、そういうことをしてもなかなか難しいと思われる離島・僻地等々の状況についても、先ほど来申し上げたような検討会でどういったような対応が必要になるのかという、まさに議論をしている状況でございますので、問題意識を持って、スピード感を持って対応させていただいている状況でございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

佐々木先生、大丈夫ですか。何か追加でコメントがあれば。

○佐々木専門委員 それはずっとやってこられているという認識なのですよね。それで、できていない状況に対して次のアクションを取るべきだと私は思うのですが、この方向で進まないとは私は確信しています。なので、これはこれで進めていただいていると思いますが、それが機能するまでの間、どうするのだということを実効的に患者さんの立場で考えていただきたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、桜井専門委員、よろしく願いいたします。

○桜井専門委員 ありがとうございます。全がん連の桜井と申します。

このテーマほど現場と国が分かれて乖離しているケースはないのではないかなというふうに思っています。輪番体制を組みますとか、24時間体制は、現状としてもできていないことが明らかになっておりますので、トライアルでもいいので、対応を考えるのではなく

て、実施の方策を考えていただきたいなと思っています。

私たちがんの患者も、やはりコロナを含めて在宅のほうにかなり皆さんシフトしてきております。そうすると、特に医療用の麻薬などが取り扱える薬局は、都内でもかなり探すのが難しいのが現状なのです。これは地方に行ったらほとんど無理なのではないかなと思っていて、輪番体制を組むにしても何にしても、そういう特殊な薬剤等々に関しても、どうやって取扱いをして輪番の中でチームを組んでいるのかとか、何かそういうところとかも実効性を伴うようなプランを考えていただきたいなと思っています。

また、現在も調査実施中ということで、5月にまとめが入るということですがけれども、やはりこういう数値なども地図に落としていただいて、国民の人たちにもこの危機感を共有するような出し方というものも必要なのではないかなと思っております。

私からは以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さんから何かコメントがあればお願いします。

○厚生労働省（吉田審議官） 輪番体制等々、確かに難しい、できていないという御指摘は受け入れたいと思いますが、ただ、できている部分、できている地域もある。さらには実際に在宅ができている地域あるいは薬局の方にもこの検討会の中では御参加いただいて、それでどういうことをやっているのかという事例は御紹介いただいた形で議論を進めておりますので、そのようなものを参考にしながら、できるだけ全国的にそういう対応ができるように広げていければと思っているところでございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ちょっとお時間も迫ってきていますので、では、間下委員、よろしく申し上げます。

○間下委員 ありがとうございます。先ほどの訪問看護ステーションにおける薬剤設置の拡充を、いわゆるサンドボックスではないですがけれども、試験的にやっていくようなことを、ここまでずれているのであれば、かつニーズがあるのであれば、やるべきではないのかなと思うのですが、これはできない理由というのが何かしらあるのか、もしくはこれをやれるようにするためにはどういことをすればいいのかというのがもしあれば、いただきたいなと思います。

多分、一定の条件をつけて、その条件下でどうなのかということだと思えますし、条件を明確に決められない場合でも、何個か小さなところをピックアップして、そこで実験的にやってみて、先ほどの武藤さんが言っていたような課題の洗い出しとか、そういったことを早急にやっておかないと、後々から始めても時間がかかるので、そういった動きをやるべきだと思うのですが、そこができない理由等があれば教えていただきたいと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。実証事業をやってみたらという御提案だと思えますけれども、いかがですか。

○厚生労働省 厚生労働省ですが、何回も繰り返しになりますが、そういった24時

間対応が難しいような地域について、どのような対応があり得るのかということ、検討会を設けて、しかもそこには日本看護協会であるとか、訪問看護ステーションをされている方とか、その他薬局サイドの方とか、いろいろな方を含めてまさに議論いただいているところなのです。なので、そういった議論を待たずにいきなり決め打ちで何かやるということではなくて、そこをしっかりと議論するというのが我々の立場ですし、規制改革の実施計画でもそのような記載で我々としてはいただいているというふうに認識しております。

○佐藤座長 ありがとうございます。だからスピード感がないという指摘になってくるのかもしれないですけども。

では、ちょっとお時間が迫っているので、これで最後とさせていただきます。伊藤専門委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤専門委員 2点だけ簡潔に。まず1点目なのですけれども、24時間対応できない地域というものが、市町村単位だと思いののですが、現実に幾つあるのかということをも具体的に把握した上で、そこから順次取組を具体的にスタートすることが大事だと思います。

あと、私はこの地域支援体制薬局加算に関わったのですけれども、これもやってもいいことに加算をつけるというのは無駄でしかないのもう少し要件を厳格にして、大してやってもいいのに加算をつけるということがないような診療報酬の改定も含めて、薬局の機能というものはもっと厳しく審査されるべきではないかと思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の点、いかがでしょうか。確かに調剤薬局に対する報酬の在り方にも関わる話だと思います。

○厚生労働省(吉田審議官) 診療報酬担当部局ではありませんけれども、私の理解では、今回の地域支援体制加算、これまでの厳しい、きちんと実施しているところに加算がつくような形での見直しがなされたと思っておりますので、今後の適正な地域支援がなされることと認識しているところでございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。これだけは言っておきたいというのがもしあれば。大丈夫ですかね。

どうぞ。

○間下委員 すみません。チャットのほうで津川さんが書いているところを一応お読みいただいたほうがいいのかもかもしれません。途中退室でコメントがなかったのです。

○佐藤座長 そうですね。津川先生からのコメントを御紹介させていただきます。

要するに、厚労省さんの対応はとても人件費のかかるモデルであり、それは全て社会保障費で負担されることになる。つまり、人手を使っているということなのです。より効率的な人件費のかからないモデルを構築する必要があるのではないかとということです。

あと、日本のように地震など自然災害の多いところで24時間やっている薬局などは脆弱である。その薬局が被災してしまったらどうするんだという話だと思うのですけれども、やはり複数の場所に薬剤をストックしておくほうがレジリエントにかなうということなのかなと。いざというときに訪問看護ステーションにも薬があるということは、ある意味、薬のポートフォリオになっているのではないかという御指摘でした。ありがとうございます。

では、議題1はここまでとさせていただきますが、まとめといたしますか、先ほどの桜井専門委員からの御指摘が端的に語っているかと思うのですが、やはり現場と厚労省さんの間にあまりにも距離がある。その距離が現状認識の違いになって現れているのかなという気がします。恐らく厚労省さんは全国平均を見ていらっしゃるって、平均的には連携できているではないか。でも、その平均の中のかなりの部分は大都市なのですよね。今回問題になっているのは地域差でありまして、まさに地方において薬局のないところ、連携ができないところ、輪番制の体制が整わないところをどうするんだという話になっているのだと思います。

先ほど私もちょっと気になったのは、厚労省さんの資料の9ページで、深夜・早朝の緊急処方に対してはあまり数が多くないという指摘があって、確かに数は多くない。でも、だから問題じゃないという話ではないのです。数が多くなくて困っている人はいるわけですから。ややもすると平均値を私たちは見てしまうのですけれども、今回私たちが見るべきは平均ではなくて、ある意味、危機的な緊急事例、緊急対応の話をしているのだというふうに捉えられたほうがよろしいのかと思います。

そういう意味で言うと、先ほど伊藤専門委員からも御指摘があったとおり、実際に連携できていない地域はどうなっているのかということで、実際どれくらいあって、そこでは何が起きているのかということについて、現状把握は速やかにすべきだし、そこでさっきから間下委員からも御指摘があったとおり、体制が整っているというのと運用できているというのは全く違うので、実際に対応しているのが十分な対応になっているのかどうか。例えば薬局がちゃんと薬を御自宅まで運んでくれるのを含めての対応がちゃんとできているのかどうかも含めて、どの程度の対応がちゃんとできているのか、あるいはできていないのかということについての実態把握が本当はできていないのかなという気がしているということです。

ただ、ではこれもまた含めて検討しますと言われると、いつまでたってもらちが明かないので、となれば、やはり現場の多様性ということを前提にすれば、現場に対して選択肢を与えていくというのが本来あるべき姿で、これまでやってきて、連携、連携とずっとやってきてなかなか進んでいないのだから、これをさらに付加したってなかなか前には進まないと思うので、ある意味ここは少し目先を変えてみる。つまり、現場を信用してみるという視点があつていいのではないですかと。やはり現場でやりたい人たちがいる、実際の準備があるというのであれば、訪問看護ステーションに置き薬を増やして行って、実際

にいざというときの在宅における緊急対応が速やかに行われるような状況をつくっていくという選択肢を現場に与えていく。そのぐらいのことをやらないと、今ここで議論しているこのモーメントでも困っている人たちはいるわけですから、そういう人たちに対して、あと1年待ってくださいとか、検討して結果が出てくるのを待ってください、調査結果を待ってくださいとは言えないと思うのです。なので、そこはやはり緊急的な対応が今1つ求められるのではないかとということです。

霞が関用語で、検討するというのは、やらないということになっている節もあるので。でも、検討ではなくて、もはや決断をする時期に来ているのではないかとというのが私の雑感でした。ありがとうございました。

長々とすみません。大体予定した時間になりましたけれども、議題1はここまでとさせていただきます。議題1に御参加いただいた皆様方、本当にありがとうございました。大変参考になりました。

委員・専門委員の皆様方におかれましては、時間の制約で発言できなかった御質問等がある場合は、事務局に対して、4月30日、来週の火曜日までに御連絡をよろしくお願いいたします。事務局から厚労省へまとめて連絡いたします。

重ねまして、ありがとうございました。

続きまして、議題2に移りたいと思います。議題2はまた打って変わってということになります。今度は「介護・保育・障害福祉分野におけるサービス事業者の経営力強化等（同分野における合併、事業譲渡等に関するローカルルールの防止等）について」に移りたいと思います。

では、早速、出席者を御紹介いたします。ブティックス株式会社から速水健史常務取締役、太田丈史管理本部事業開発部長、それから、株式会社ストライクから荒井邦彦代表取締役社長、箕浦悠ヘルスケアチームチームリーダー、それから、全国社会福祉法人経営者協議会から平田直之副会長、社会福祉法人むべの里光栄から南部博昭コンプライアンス部門マネジャー、それから、厚生労働省から斎須朋之大臣官房審議官ほか社会・援護局、老健局、障害保健福祉部の皆様方、それから、こども家庭庁から本後健成育局保育政策課長、栗原正明支援局障害児支援課長に御出席いただいております。よろしくお願いいたします。

では、早速ですけれども、厚生労働省様からまずは御説明を15分程度でよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（斎須審議官） 厚労省の斎須でございます。よろしくお願いいたします。

まず、介護分野において合併ですとか事業譲渡等を通じて経営の効率化を図るというのは、私どもは総論として大変重要な課題だと思っております。様々な施策を行っております。ただ、そこで何がボトルネックになるのかというところで、今回いただいたお題については、正直申し上げると得心がいないところもございまして、その辺も含めまして資料で御説明させていただきたいと思っております。

2ページでございますけれども、まず経営状況ということでございまして、上の表は介

護事業所数と書いておりますが、これはレセプトが出てきておりますので、そちらで拾える事業所の数をプロットしておりますけれども、20万強あるということでございます。

それから、主な種類別が下の表に書いてありまして、施設系の一番上が介護老人福祉施設、いわゆる特養というものでございますけれども、こちらの収支差率を見ますと、一番直近、令和4年度でマイナス1.0%となっております。半数以上の事業所がマイナスと。それから、2段目が介護老人保健施設、老健と言われているものでございますが、こちらでも令和4年度、直近でいいますと収支差がマイナスで、半分以上の事業所がマイナスになっているという大変厳しい状況と考えております。その下の2段はいわゆる在宅のサービスですが、訪問介護のほうは令和4年度の決算で収支差がプラス7.8%で、3分の1ぐらいが収支差マイナスになっている。それから、通所、いわゆるデイサービスというもののほうは収支差率1.5%で、半分ぐらいがマイナスといった経営状況でございます。

1枚おめくりいただきまして、障害の分野でございます。障害のほうのサービス事業所の数は10万弱ぐらいでございます。こちらのサービス種類ごと、施設入所支援、就労継続支援B型、居宅介護、生活介護、それぞれ5%から8%ぐらいの収支差プラスということでございます。ただ、4分の1から3分の1、あるいは4割ぐらいの事業所が収支差マイナスになっているということでございます。

続きまして、合併・事業譲渡等の実施状況についてでございますが、5ページでございます。上の欄に書かせていただきましたけれども、合併・事業譲渡は契約の種類を表す概念でございます。私ども、都道府県等の認可に係らしめているようなものではございません。契約自由の世界でございますので、こういったものをなかなか網羅的に把握することはできないということは御理解いただきたいと存じます。

その上で、レコフというのは昔からM&Aみたいなことを調べてきている会社でございますけれども、そのデータを使って大和総研がレポートを出しているものが公開されております。ただ、あくまでこれはレコフさんがやっている調査、どんなふうに調べているのかはあれですけれども、調査の範囲等には留意が必要かなと思います。この大和総研さんのレポートによりますと、矢印が書いてあるように増えているということでございます。

6ページ目、そういった中で、やはり経営の効率化というのは我々も大事だと思っております。各種調査研究事業は行っております。その中でアンケート調査を行いました。いろいろ合併・事業譲渡等を含めて、あるいは連携したり、多角化したりというような事業者アンケートをいたしました。ただ、必ずしも数が多くないので、書いてありますがnは41ということなので限定的ではございますが、目的としては、地域のニーズへの対応ですとか、人事の面でこれを強化したいということでありまして、ITを含めた各種施設・設備といったインフラの強化をしたいとか、あるいは財務面での強化、災害等の不測の事態への対応力の強化といったようなことを目的として実施されていると承知しております。

次に7ページ、この大規模化を行った事業者インタビューをした例でございますが、幾つかの事業者から答えられているのは、一番上の小田原福祉会さんでいいますと、若い

リーダーが当事者意識を持つようになったとか、あるいは教育体系を整備して離職率が低下したとか、それから、九十九里ホームさんでいきますと、大規模化をして一部赤字が出て全体としては経営を継続できるというようなお話。それから、7ページの3段目、北筑前福社会さんでは、やはり調達とか、あるいは職員の融通が利きやすくなったというようなことがインタビューで、むべなるかなというような結果でございます。

それから、8ページ目、経営の大規模化というのはいろいろなやり方があるのだと思いますが、比較的ソフトで早くできるものとしては協働化と、幾つかの法人で協力して共通のことをやるというような取組、これも我々は後押ししております。これをやったネットワークを組んだところに聞いてみますと、一番上の段のところで行きますと、人材育成の協働化で職員もやる気が出たとか、離職率が下がったとか、それから備品の共同購入でメリットが出たとか、そういったような指摘がありまして、経営の大規模化と同様のメリットが得られるのだということを確認しております。

9ページ目を見ていただきますと、この議論をするときに、先ほどテーマ1のところでも佐藤先生からございましたが、私どもは平均で議論してはいけないということに気をつけないといけないと思っております。日本全国で介護事業をめぐる状況は様々でございます。この日本地図、左の真っ赤な地図は、サービス利用者数が最も多い年はどこになるかというのを保険者別に見込んでもらった資料であります。全国的に真っ赤で、これは2040年が多いということを見ていただけたらと思います。

ただ、右側の日本地図を見ていただきますと、ではその増加率はどうなのかといいますと、藍色のところは比較的地方のほうでございますが、そこは1.1よりも少ないようなことございまして、そんなに増えない。ですから、横ばいが続くというような状況。それに対して都市部においてはピンクとか赤になっておりまして、これは1.6倍とか2倍とか、要するに量的に非常に増えていくのが見込まれる地域が分かれていることが見ていただけたらと思います。

それから、10ページ目は今後の介護保険を取り巻く状況で、一番上の①のところは人口が増えていくということなのですが、②のところは高齢者の中でも認知症の高齢者が増えていくことによく注意しなければいけないということ。それから、③のところは高齢者の中でも単身の高齢者でありますとか、あるいは夫婦のみの世帯が増えていくということ。それから、④のところは、やはり都市部と地方でかなり高齢化の様相が違うということをお示ししております。したがって、それぞれ地域によって違うということを入りながら議論していかなければいけないと考えております。

次に、介護の事業は株式会社等もありますけれども、社会福祉法人に限って経営状況をまとめたものでございます。12ページでございますが、まず社会福祉法人の数でございますけれども、一番下の段が合計でございまして、大体2万ぐらいということで、何をやっているかということ、高齢関係、障害関係、児童関係というのが3つの大きな分野でございます。

それから、その次の13ページ、経営状況でございます。表の中のサービス活動増減差額率という非常に分かりにくい言葉で恐縮なのですが、ずっとこういう言葉を使っております。社会福祉法人はいろいろな事業を行っているわけでございますけれども、一番中心の公益事業たる社会福祉事業のサービスの収支差のことをこういった名前で言っておりますが、直近の令和4年度でいきますと1.54%ということでございます。

次に、社会福祉法人の合併・事業譲渡の実施状況についてでございますが、15ページでございます。まず、社会福祉法人とは何ぞやということなのですが、戦後、福祉に国や地方自治体の手が届かないという中で、慈善団体に頼らざるを得ない歴史があったということが事実でございます。こういった団体について、その団体の法人制度をつくったというのが社会福祉法人でございまして、まさに現場で必要とされている福祉サービスの担い手がない中であって、社会福祉法人というものが、なかなか行政も直接福祉サービスを提供する力がないという中で、それぞれの地域で福祉活動を担っていただく方々が社会福祉法人をつくり、継続的に福祉サービスを提供してきた歴史がございます。

現在におきましても、社会福祉法人が日本の福祉の制度を大きく支えておりました、現場の福祉サービスのかなりの部分を担って、現場で先ほど申し上げましたような収支差、とんとんみたいな世界でございますけれども、福祉の精神で頑張っている方々が現場でやっていたという状況でございます。

次に16ページ、合併の状況ですが、先ほど申し上げました2万ぐらいある社会福祉法人の中で、これは認可に係らしめておりますので、悉皆調査できるわけでございますが、年間10件から20件というような状況でございまして、その目的は右側にアンケート調査の結果がございまして、人材の問題、財務的な問題、それから事業の規模拡大ですとか地域のニーズに対応するとか、そういった先ほどと同様の目的が見てとれます。

次に17ページ、事業譲渡のほうでございます。事業譲渡は、自治体に聞いていきますとなかなか負担にもなりますので、この調査は都道府県、指定都市、中核市まで調査をいたしまして、その86%ぐらい回答いただきました。その所管する1万ぐらいの法人に対する調査結果でございますけれども、事業譲渡の件数は、直近の令和4年度でいきますと、真ん中の表で56件という状況でございます。事業譲渡を行った目的は、先ほどの合併と同様の傾向が見られるということでございます。

18ページは、相手方がどうだったかとか、それから、第一種社会福祉事業というのは施設系の福祉でありまして、第二種というのはそれ以外のものがございますけれども、いろいろな事業の間でやっているということでございます。

次に19ページ、社会福祉法人の合併・事業譲渡等における課題について聞いたものでございます。民間企業の合併・事業譲渡等でも同じだと思いますが、異なる組織同士の大きな取引でございますので、相手方との調整でありますとか関係者、なかんずく従業員との調整ですとか、そういったことが大きな課題と認識されていると。これに対しまして、許認可に関する行政との調整につきましては、半分を超える回答が、あまり課題とならなか

ったということをごさいますて、これは比較的低いといひますか、やはりこういつた組織再編をするに当たっては関係者との調整が非常に大変なので、それに比べるとということなのかなと考へております。

次に、大規模化等を進めるための施策についてでございすけれども、21ページでございす。やはり好事例を知っていただくということが一つ効果的だと思ひますので、ここにありすような事例集を公表して啓発に取り組んでいるところでございす。

それから、22ページ、合併・事業譲渡と事業展開と申し上げておりますけれども、ガイドラインというものをお示しして、経営者の方々に、一体どういつた手続があつて、どういつた留意点があるのかというのを御紹介する資料を作成して、周知に取り組んでいるところでございす。

実務担当者向けのマニュアルもつくつておりますので、こういつたものについては地方自治体の担当者の会議などでも周知を図つて、それぞれ経営課題に直面している介護事業、あるいは障害、福祉の事業を担つている方々にもよく知っていただきたいと考へております。

それから、23ページでございすが、介護保険につきましては、3年ごとに保険者に介護保険事業計画をつくつてもらつて、それで実施しております。その介護保険事業計画をつくるに当たつて、国から基本的な指針を示しまして、それに基づいて保険者、各自治体が事業の実施計画をつくりますけれども、一番直近に出してあります令和6年度からの第9期といひますが、令和6年度から6、7、8と3年間の介護保険事業計画においては、介護サービス事業者の経営の協働化、大規模化が有効な手段の一つであるということ強調してお示ししてあります。

24ページは、合併とか事業譲渡とかは非常に調整に時間がかかるものでございすが、その組織再編に至らなくても、ある意味組織再編の一つの形態といつてもいいと思ひますが、社会福祉連携推進法人というものを制度としてつくりまして、これがアンブレラとなつて、調達でありますとか、あるいは人材育成でありますとか、様々な効率化、あるいは人材確保に取り組めるように、先ほど合併とか事業譲渡の目的のところであつたような目的が達成できるようなもう一つの選択肢というものをおつくりいたしました。

これは令和4年4月から実施しているものでございすが、25ページは、全国で今、足下で21法人、ちょっとゆつくりではございすが、徐々に広がつてきた。このメリットを認識していただければ、こういつた形態の事業連携はさらに進んでいけるのではないかと考へてあります。

それを後押しする観点から、26ページ、こういつた取組について支援策を講じてあります。

それから、27ページは協働化、生産性向上、いろいろなことを通じて、これは職場環境の改善につながりますので、その中でもこの赤く困つた真ん中辺のところではございすが、小規模事業者を含む事業者グループが協働化して行つた職場環境改善を支援のメニューに入

れているということでございます。

それから、28ページは小規模法人、特にサポートが必要だと思われまますこういったところの協働を推進するための事業も行っております。

その次のページは、モデル事業も障害福祉分野では行いまして、好事例をつくっていくような取組を進めているということでございます。

次が手続負担の軽減でございますけれども、31ページでございます。合併等の申請の簡素化につきましては、もうこれまでかなり進めてきたという、そういった経緯をお示ししております。

それから、32ページ、様々な指定申請等の事務負担があるという御指摘を累次いただいております、これについては社会保障審議会の中に専門委員会をつくってずっと議論しまして、かなりの改善をしております。事業者からも評価の声をいただいているところでございます。

それから、いろいろな申請を電子的にできるようにということで、こういったシステムも運用を開始しております、これは自治体に協力していただかなくてはいけないものですから、段階ごとにフェーズを分けて今進めている最中でございます。ですから、令和7年度が終わって令和8年度になりますと、ほぼ全ての自治体でこういった便利な申請届出ができるようになるということでございます。

それから、33ページは障害福祉分野におきましても指定申請等の統一化、事務負担の軽減の取組を進めているということでございます。

それから、35ページは合併・事業譲渡等を実施する際の申請手続でございますけれども、法人間の調整でありますとか法令上の手続、関係者の調整とか、分かりやすい表にしてマニュアルで示しております。

それから、この手続についてどういったものがあるかというのは、36ページにこういった書類が必要ということも示しております。

それから、37ページは合併認可申請書の様式例を示しております、これに従って各自自治体で運営がなされているものと考えております。

それから、38ページは社会福祉法人が事業譲渡する場合の手続事項ですが、これも同様のマニュアルで示しております。

それから、39ページは認可手続で必要となる申請書、40ページは認可手続の様式例でございます。

それから、基本財産に影響する場合がありますので、41ページは基本財産処分承認申請書の様式例を示しているところでございます。

42ページは実務を担当する方に非常に分かりやすいマニュアルを用意しております、合併・事業譲渡というのは、その対応側の個別性が非常に高くて様々だとは思いますが、共通事項のようなことを分かりやすくまとめたマニュアルも展開しているところでございます。

私からは以上です。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に、こども家庭庁様より御説明をお願いいたします。5分程度でよろしく願いいたします。

○こども家庭庁（本後課長） 資料を説明させていただきます。

保育分野の事業所の状況ですけれども、保育所数は年々増加している状況です。一方で公立の施設にしましては減少しております。私立の施設は一方で増加をしている。特に社会福祉法人の比率が多くて、社会福祉法人も増加をしている。営利法人に関しては、他の分野と比較しまして割合は小さいと思います。収支差率については記載のとおりです。

保育所にしましては、人口減少下で今後の保育所、保育士の在り方についてということで2年前に検討を行いました。その中で、真ん中の①ですけれども、統廃合や規模の縮小、多機能化等の事例収集と展開、それから、人口減少地域で有効活用が期待される制度に関する周知、そういった提言をいただいております。

こういったことも踏まえて、現在の保育政策についてですけれども、待機児童自体は大幅に減少傾向にあります。ただ、待機児童がいる自治体では、引き続き保育ニーズに対応するための受け皿整備は必要ということになっています。一方で、人口減少地域を念頭に、保育・子育て機能の維持も重要な課題となっております。

こども未来戦略の中で、従来の幼児教育・保育給付に加えまして、月一定程度までの利用可能枠の中で、就労要件を問わずに利用できるこども誰でも通園制度を新たに創設することにしております。2026年度から全国の全ての自治体で実施することになります。これに伴いまして、これまで保育所を利用していなかった子どもをお預かりするための新たな受け皿が必要という状況でございます。

人口減少地域におきましては、子育て支援の拠点としての保育所の機能維持が課題になっているという状況でございます。

保育所にしましては、公立の施設は減少し、私立の施設が増えていると申し上げました。人口減少に対応した対応というのは、公立の施設を減らすということで自治体は対応してきております。これに対応いたしまして、制度上も公私連携型保育所という制度を用意しております。年々それは増加している状況です。

一般的な合併ということで調査をいたしましても、やはり自治体、公立の保育所を統合して民間に譲渡をする。そういった形での統合、経営の強化が図られているということでございます。

保育の事業者が合併・事業譲渡を行う際の児童福祉法上の申請ですけれども、これは一般的な手続と同じですが、廃止を申請いたしまして、その後、新しいものとして設置の認可を受けていく、こういった手続になっていることでございます。

保育に関しては以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

続きまして、ブティックス株式会社様から御説明を、こちらも5分程度でよろしくお願
いします。

○ブティックス株式会社（速水常務取締役） ブティックスの速水と申します。

本日は、最初にM&Aのスキームとメリット・デメリット、介護・障害福祉・保育事業のM&A
ニーズの背景について簡単に御説明させていただいて、最後に実例と少し御提案をさせて
いただければと思います。

弊社は、介護・障害福祉・保育に特化したM&Aの仲介事業を行っておりまして、今、サー
ビス開始から1,220件のお手伝いをさせていただいております。譲渡の形態としては法人
譲渡、いわゆる法人ごと譲渡される場合が大体3分の2、それから、事業譲渡でされる割
合が大体3分の1で、合併・会社分割等については1%ぐらいになっております。

弊社のほうでは介護業界における商談型展示会を全国主要都市で主催しておりまして、
こういったところでお会いする経営者のネットワークを利用して、より幅広いネットワー
クの中でマッチングを行っております。

M&Aはいろいろなスキームがありまして、広義のM&Aでいいますと、業務提携とか資本提
携というのがありますが、一般的なイメージで言う狭義のM&Aの中で合併・事業譲渡、それ
から法人譲渡というのがありますけれども、その中で事業譲渡、株式・持分譲渡というの
が一番多く、一般的に行われているかなと思います。

M&Aのメリット・デメリットを簡単にお話しさせていただきますと、譲渡する法人または
代表者にとっては、譲渡対価を得ることができるというメリット。それから、従業員の方
にとっては、大体譲り受けをされる方は大手の事業者であるケースが多いため、全体的な
処遇改善等がなされるケースが多いです。それから、利用者や入居者の方にとっても、継
続してサービスを受けることができる。場合によっては、より質の高いサービスを受ける
ことができるということがあると思います。

一方でデメリットとして、基本的には条件をしっかりとすり合わせするということが前提
になりますので、経営者にとっては特にデメリットはないのかなと思いますが、どうして
もやはりM&Aは情報漏えいのリスクがあったりします。それから、従業員の方にとって、基
本的にはサービスの実績がある法人としっかりと相手を見つけるということかなと思いま
すが、そういったところの実績がない方であれば、適切なマネジメントができない場合、
それから利用者の方にとってもサービスの悪化につながるケースがあるということで、し
っかりとした相手を見つけることが必要になってくるのかなと思います。

介護・障害福祉・保育事業におけるM&Aニーズの背景なのですが、大きく3つあると思っ
ていまして、1つ目が競争激化、2つ目が人材不足、3つ目が収益性悪化ということで、
このような状況の中で中小・零細事業者と大手・中堅事業者の間で二極化が一気に進んで
いると感じております。

1つ目の競争激化ですけれども、大手事業者との競合による利用者の獲得競争というこ
とで、東京商工リサーチのデータによりますと、売上げ不振による倒産が大体8割と、そ

の理由として大手事業者との競争や人手不足での利用者の減少などが要因となっています。ということで、介護事業を手がける民間の大規模法人が拡大を続けており、競争が激化しているということが見てとれます。

2つ目が人材不足で、介護人材不足による人材の獲得難。従業員が不足していると回答する事業者が半数を超え、年々増加傾向にあります。さらに不足している理由として、90%の法人が採用が困難であると回答されていて、その理由としては、人材獲得競争が原因であるということをおっしゃっているということです。

3つ目の収益性悪化は、それに加えて水光熱費や食材費など経費の増加により収益が悪化しています。特に企業の利益率に当たる収支差率は全サービス平均で2.4%ということですが、前年度からさらに0.4ポイント悪化してしまっていて、特に特養の収支差率は2001年の調査開始以降初めてのマイナスになったということです。物価高による水光熱費、食材費などの高騰が影響したと見られ、特に赤字で困ったところ、入居系施設を中心として、前年度からの収支差率が悪化しているというふうに見てとれます。

社会福祉法人は、2021年から2022年にかけて経費が0.9%増加しており、赤字法人が35.7%、3分の1の法人が今赤字になっているということで、非常に高い割合であると認識しております。

当社が手がけたM&Aの譲渡理由なのですが、大きく2つに分かれると思っていて、右の緑色のところが事業に関する理由で、会社の経営がうまくいっていない、もしくは採用がうまくいっていない、競争激化ですということで、事業存続のためにM&Aを選択しましたというケースが約半数です。一方で、左側のほうは、会社の経営自体は特に大きな問題はないのですが、経営者が高齢化しましたとか、もう疲れましたとか、コロナでいろいろな対応が大変になりました、体調不良になりました、そもそも自分は社長が向いていないのではないかみたいところで、社長個人の生きざま的ところで譲渡を検討されたケースが約半数あります。

この後、当社が実際に手がけた案件において、M&Aがなかなか困難でありましたというような実例を少し御紹介させていただきます。

1つ目は都内の複数区にまたがる事業譲渡で、区ごとにルールや様式が異なり、事前相談等の調整に多くの時間を用意したケースということで、譲渡元は株式会社、譲渡先も株式会社のケースで、グループホーム、通所介護、デイサービスなどを展開されているところが、その一部の事業を切り出しましたということです。都内の複数の区にまたがる事業譲渡でしたので、この事例で区ごとに指定開始日のルールとか、指定に必要な書類、様式等が異なるため、各区との調整が必須の状況であった。また、事前相談も電話やオンラインではなく、対面が求められる状況であったため、区ごとの事前相談等の調整に多くの時間を要し、譲渡実行が遅れた。事業者にとっては手続の予見可能性が低く、従業員を雇用し、利用者を抱える中で大きなリスクとなっているということです。

実際にこれはそのときの対応いただいた区のホームページの実例というか、ホームペー

ジの記載なのですが、地域密着型サービスの開設までの流れということで、事前相談に約1年前から6か月前に必ず来所の上来てくださいますということを明記されています。それから、これも同じ東京の別の区ですが、事業開始の3か月前までに事前相談にお越しくださいとか、事前に来庁日時を担当者まで御連絡くださいと。事前相談の定めというか、対面というのは基本的にはほとんどのところでされていると思うのですが、いつまでにこれをしていないといけないのかみたいところは、区によって今ばらつきが出ているということです。

それから、同じ東京都の別の区の実例ですが、指定を受けるには3か月に1回の運営協議会による審査・承認が必要であり、協議会の開催タイミングに事業譲渡実行日を合わせなければならない。複数の区に施設がまたがっている場合に、それぞれの区の運営協議会の決定、審査・承認を待って譲渡を実行しないといけないのですが、それを合わせないといけないと。

今の時点での表記で、提出期限は明記されているのですが、開催時期というのが上旬であったり、中旬であったりということで、今の時点ではまだこの辺りが明記されていなかったりして、これによって、いつそれが実行されるのか、実行していいのかというのはなかなか読みにくい状態になっています。自治体によっては開催日が未定ですというようなところも案内があったりしますので、この辺りは少し問題なのかなと思っています。

事例の2つ目ですけれども、社会福祉法人の事業譲渡で、社会福祉法人の基本財産処分の処理に多くの時間を要したケースということで、譲渡元が社会福祉法人、譲渡先も社会福祉法人で、介護事業、特養などと、保育事業をされていたところが、特養などを土地建物ごと社会福祉法人に譲渡されたケースになります。本事例では、介護事業も特養などは赤字であり、事業譲渡を行いたいということがニーズとしてあったのですが、当初そういったことを行えるというような認識はまだお持ちではなくて、お話の中でそういったことができるということを御理解いただいたケースになります。

この特養は、国・県・6市町村から補助金を得て土地建物を取得しており、社会福祉法人の基本財産処分を行う必要があったのですが、厚生労働省による先ほど御紹介があった合併・事業譲渡マニュアルに従って、県、それから国は県を窓口として、それから6市町村と協議をして、処分を行いました。ただ、全ての関係者の方がこういったところを熟知されているわけではないということで、協議、処分手続に通常より6か月ほど多くの時間を要しました。中核となった自治体で話が進み出したら、大体それに応じてほかの自治体も従っていただいたのですが、どこが主導権を握るかみたいところで、それぞれの窓口を我々のほうで調整しないといけなかったということで、プラスで余分に時間がかかってしまいましたというケースになります。

最後に少し御提案ということですが、1つが合理化ということです。先ほど進めていただいているということでおっしゃっていただきましたが、自治体のローカルルールの整備・合理化。合併・分割・事業譲渡等において、各自治体ごとに、事前相談や運営協議会によ

る審査・承認など、多種多様なローカルルールが存在しており、それを幾つかの自治体にまたがっている場合に調整が必要になってきます。ほとんどの自治体では対面での事前相談、それから対面での指定申請届が必須であり、日程調整に時間を要する。このようなローカルルールを整理・合理化することで、事業者・自治体の負担軽減につながるのではないかと考えております。

それから、2つ目が見える化で、社会福祉法人の経営者及び自治体に、合併・事業譲渡の実例を公開してはどうかと考えております。社会福祉法人の合併・事業譲渡においてはその実務が周知されているとはいえ、あるべき事例の公表により、事業者・自治体の正しい認識、リテラシーの向上につながるのではないかと考えております。

以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、株式会社ストライク様から説明をやはり5分程度でよろしく願いいたします。

○株式会社ストライク（荒井社長） 改めまして、ストライクの荒井でございます。画面共有させていただきます。それでは、私のほうから御説明をさせていただきます。

まず、ストライクという会社なのですけれども、M&Aの仲介専門の会社でございます。産業的には介護・福祉・保育ということだけではなくて、一般的な中小企業のM&A全般を扱っている会社でございます。

それから、これは一般的なM&Aの話として触れておいたほうがいいのかと思いますので、これも触れておきますと、昨今、中小企業においてM&Aが非常に増えているという報道等を見られた方も多いと思いますが、その要因の一つに、我々のような仲介事業者が増えているということも背景がございます。そういった状況の中で、民間団体としてM&A仲介協会という業界団体が2021年に設立されております。こちらは私が代表理事を務めさせていただいておりますが、こちらにM&Aの仲介事業者及び、M&Aは今、地方銀行さんが担い手として期待されておりますけれども、地方銀行さんも含めた約100社がこちらの会員になっていて、会員がまだ増えているという状況でございます。

私ども、今回は保育・介護・福祉という分野のお話ということでございますが、一般にお手伝いしている業種としては、これだけの業種をお手伝いしています。ありとあらゆる業種がM&Aの対象になっているという状況を御理解いただければと思います。このうち介護・福祉、それから医療も含めてですけれども、こちらのほうが私どもの場合ですと全体の仕事の8%ぐらいを占めているという状況でございます。

譲渡理由にもございますが、M&Aが何で増えているのですかという要因なのですけれども、やはり後継者不在ということが非常に大きな要因としてございます。少子高齢化ということで、経営者自身の成り手も減る。それから高齢化が進んでいる。知力・体力の衰えがあるという状況で、子供が跡を継いでくれないという中小企業は非常に増えております。そういう状況でM&Aが増えていると、第三者にお譲りしていくというケースが増えていま

すということです。

それから、これは最近の傾向なのですけれども、人材難で採用ができないということから、大手のグループ入りをして、その人材不足をカバーしようという動きも顕著になってきております。特に医師ですとか介護士は、地方に行きますと採用が非常に大変ということもよく聞いております。採用に苦しんでおられる法人さんが大手のグループ入りをするという理由も譲渡理由として増えてきております。介護・福祉の分野は一層これが顕著だろうというふうに認識しています。

それから、特に介護・福祉ということであると設備が必要になるのですが、こちらが老朽化していて、資金不足でどこかのお世話にならなければいけないという譲渡理由も増えてきております。

それから、代表者保証の問題が今いろいろな方面でも注目されておりますが、こちらも重荷になって老朽化した施設が更新できないと、個人保証にちゅうちょして思い切った投資ができないということも譲渡理由になっています。

それから、M&Aが増えている要因としまして挙げられるのが、私どものような民間事業者が増えているという、これも背景にあると思います。特に介護・福祉の領域ですと、株式会社ではなくて社会福祉法人ですとか医療法人が手がけるケースもあると思います。こういった機関では、我々がいろいろ営業活動をしていますと、譲渡できるのだということを知らない方が結構多いのですね。そういった方に対して私どものような事業者が、実はM&Aという方法で後継者不在が解決できるのですよと、これは医療法人でも社会福祉法人でも同じですということを行いますと、意外に思われる方が割といるなという実感を持ってまして、こういった事業者が増えている。第三者が提案することでM&Aに踏み切る方が増えているということも要因の一つにあるかなと考えています。

現状、中小企業、営利法人が中心ですけれども、こちらを対象にしまして、民間の事業者、当然我々はM&Aが成立すると報酬を頂いているのですけれども、こういった報酬に対して補助金を支給するということを中小企業庁が手がけておりまして、こちらの対象事業者が3,000社を超える状況になっているということでございます。

課題ということについてちょっと触れさせていただきます。介護・福祉分野でM&Aの事例があまり知られていないということが課題の一つとしてあると思います。私どもも手がけたお話について広まるように事例として公開するというをやっておりますが、まだまだこれを知られていないなというふうに認識しています。

それから、課題のもう一つなのですけれども、やはり情報発信ということがまだまだ啓発活動が足りていないのかなということも感じたりしております。中小企業の場合、営利法人の場合ですと、中小企業庁中心にM&Aということを活発に情報発信していますけれども、まだまだこちらが情報発信として行き渡っていないのかなと、営利法人と比べるとそれが強いかなと思っております。こちらの支援体制の整備ということがあるといいかなと思っております。

中小企業の場合ですと、2011年に事業承継・引継ぎ支援センターというのを設置しまして、今、全国47都道府県に設置されておるのですけれども、介護・福祉分野に特化した形でというのはされていないと認識しておりますので、こちらの支援体制の整備も求められるのかなと思っております。

それから、手続の面ですけれども、やはり自治体のほうで手続が委任されているケースがありまして、こちらが画一化されていないということも課題の一つとしてあるかなと思います。結果として、誰々に顔がきくからというようなちょっと怪しげな方がM&Aの中に関わられたりというケースも見受けられまして、この辺の手続面の画一化ということもあると、M&Aが非常に進めやすくなるのかなと思っております。

こちらの事例のほうがございますけれども、ちょっと割愛をさせていただきます。

最後に、私どもからの提言ということでございますけれども、まず第一に、こちらの介護福祉分野についてもM&Aを積極的に進めましょうという、この情報発信をしていくのではないかなと思っております。先ほども申し上げましたけれども、中小企業の場合ですと、2011年から継続して情報発信するということを通じまして、やっとここに来てM&Aを進めなければいけないというムードができていくという状況がございます。これは時間がかかりますけれども、こちらを粘り強く進めていくと、もっと統合が加速するのではないかなと考えています。

それから、助成、補助の制度です。例えば株式会社ですと、株式を譲渡するということでオーナーに対価が入ることが非常に経済的なインセンティブになりまして、積極的に会社を売却しよう、あるいはM&Aを進めようということにつながりやすいのですけれども、特に社会福祉法人なんかを対象ですと、事業譲渡は別として、オーナーという概念がありませんので、どうしても対価が入りにくい。したがって、事業者の立場からいくと、対価が入らなかったところに対して報酬が頂きにくいというのが課題としてあるのかなと思います。こちらは手がける事業者の報酬に対して一定の補助のような制度があると、先ほどの中小企業のようにM&Aを活発化することができるのではないかなと思います。

最後に、先ほど申し上げましたけれども、手続面での画一化、判断基準の統一ということがあると、事業者としてはM&Aを推進しやすくなるということがありますので、こちらのほうを提言させていただきたいと思います。

以上、私からのお話はここまでとさせていただきます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、次に、全国社会福祉法人経営者協議会様から御説明を5分程度でよろしくお願いたします。

○全国社会福祉法人経営者協議会（平田副会長） 全国経営協の平田でございます。本日は貴重な機会をいただき誠にありがとうございます。

早速ですけれども、社会福祉法人の経営状況、合併・事業譲渡あるいは経営の多角化について、以下6点を説明させていただきます。

まず1ページ、社会福祉法人の経営状況と課題でございます。これは先ほどから厚生労働省を含めて御説明がありますけれども、経営状況です。福祉医療機構が取りまとめた令和4年度の収支差率が1.7%、また、赤字法人が35.7%に上っています。特に介護事業が主なところでは45.8%が赤字で、なかなか厳しい状況でもあります。また、物価高騰が長期化して、今年の春闘でも5%を超える民間での賃上げが実現している中で、経営努力のみではなかなか対応が困難な状況でもあります。

また、介護・障害報酬等のプラス改定もありましたけれども、賃金改善あるいは職場環境の改善という人材の確保が大きな課題となっています。法人の経営強化においては前提として、こちらにございますように全産業と遜色ない水準までの早急な賃金改善と、そのための経営努力、あるいは報酬などの公的価格の継続的な引上げが必要だと思っています。

次に、2ページをお願いいたします。先ほど申し上げましたように建築費も高騰しております。地域に必要な施設等を維持するためなどに使う資金については、社会福祉法人としての保有ルールが定められています。この充実財産の状況というのが、ここにありますように充実財産がある法人が8.4%となっています。つまり、これらの社会福祉法人の財産から事業継続に必要な財産を控除して、それで余裕がある法人が8.4%で、残り91.6%は事業継続に必要な再生産費用の足りない法人だという状況でございます。

こういうふうには事業譲渡、あるいは特に事業を譲り受ける場合、経営の多角化を図る上で必要な設備・施設等の更新費用等も現在は上昇しています。また、能登半島地震がありますように、社会福祉法人は福祉避難所を多くが引き受けています。そういう災害に備えた免震化や非常用設備等の確保とか補助金等が必要だと思えます。

次に3ページ、これが全国経営協として少子高齢・人口減少社会を見据えた上で、各会員の未来志向での事業展開を推奨していて、右下になりますけれども、私どもが示した合併・事業譲渡、また多角化・多機能化に向けた指針の内容です。基本的には、社会福祉法人は地域のセーフティーネットを守り抜くという本来の使命、役割がありますので、経営基盤を安定化して、地域共生社会の実現に向けて各地で事業を考え、展開していこうという内容です。特に事業譲渡については、「目的の正当性」、「手続の適正性」、また、福祉を必要とする地域の方々に対する「プロセスと結果の公開性」といった原則も示しています。あわせて事例等の提供も進めています。こういう前提の下に事業展開を支援していただきたいと考えています。

4ページ、合併・事業譲渡等（経営の多角化）、制度面の主な課題です。これは現場から意見が出ている制度面での主な課題です。介護、障害、子育て支援あるいは生活困窮支援という地域ニーズに応じて柔軟に実施していく上では、各制度で用途制限が異なる資金の重要な活用に関する課題をはじめ、人材、施設・整備等の制度分野を超えた有効活用に課題があります。先ほど出ていますけれども、施設整備についても、国の補助金では弾力化されたルールもあるのでありますが、地方の補助金、交付金では認められていないという声も聞いています。また、人件費高騰に対する補助であれば、処遇改善、加算等の仕組

みが制度・分野ごとに異なっていますから、介護と保育を経営する法人からは給与規定、あるいは給与をそろえる、あるいは賃上げを一緒に行うという声も聞こえている状況でございます。

こういう課題が解消されて、制度・分野を超えて経営資源が有効に活用できるようになれば、地域のニーズに応じた法人の事業の多角化、また合併・事業譲渡等にも資するものと考えています。

5 ページが制度ごとに異なる資金の使途の例です。これは御覧いただければと思います。社会福祉法人の公益性や非営利性という原則を踏まえますと、社会福祉事業のためのコストとする費用を収益事業、あるいは法人外の費用に充当しないという仕組みは引き続き重要であると考えています。ただし、制度ごとの資金融通を一層高める、あるいは契約強化とか事業展開において必要であると考えています。

6 ページになります。手続面、先ほど少し出ているのですけれども、事業ごとの認可あるいは指定様式あるいは添付が求められる書類の違いとか所轄庁の窓口が複数にわたること、そういうことが手続、事務負担の課題として寄せられています。介護分野で現在進められているように、行政手続、あるいは書式の標準化や簡素化、そしてICT等の活用によるDX化を全ての制度・分野で進めていただきたいと思います。また、合併・事業譲渡を実施したところのある所轄庁がまだ多くないということであれば、厚労省がお示ししている手引き、ガイドライン等の理解を一層図っていただいて、合併・事業譲渡等に関する相談、認可手続の窓口を所轄庁で一元化していただくことも重要であると考えています。

以上6点につき、御理解と引き続きの御支援をお願いします。

最後の7ページ、8ページは、合併・事業譲渡、経営の多角化に関する主な課題・事例等、それと最後に、先ほど少し出していました補助金の返還に関するルールの部分を少しお示ししていますので、参考にし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。

では、最後に、社会福祉法人むべの里光栄様から御説明を5分程度でよろしくお願いいたします。

○社会福祉法人むべの里光栄（南部マネジャー） 社会福祉法人むべの里光栄法人本部の南部と申します。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。私からは、実際に社会福祉法人合併を経験した法人として、その経緯、効果及び事務手続に関する御提案をお話しさせていただきます。

私どもの法人は、本部が山口県宇部市にございます。山口県と熊本県において介護施設、障害者支援施設、障害発達支援施設等の事業を展開しております。職員数は約1,300名になっております。

私どもは、3年前の令和3年4月に社会福祉法人合併を経験しました。当時、旧むべの里の職員数が約900名、旧光栄会の職員数は約400名でした。合併先の旧光栄会は昭和30年

代に設立され、山口県の障害者福祉の先駆的な存在でありました。事務手続としては、旧むべの里が光栄会を吸収合併する形ではありましたが、長年この地域で貢献してきた光栄会の名前は残したいということが私どもむべの里の願いでもありましたので、法人名は社会福祉法人むべの里光栄としました。ただ、これが後に事務負担になったことも事実でございます。

合併までの流れはこのとおりです。御参照ください。

合併の経緯としましては、当法人では経営基盤の強化のため、合併という手法により大規模化の必要性を感じていたこと、時を同じくして旧光栄会から合併の申出があったことがございました。

合併から3年がたちましたが、その効果は十分にあったと認識しております。大規模化と効率化により収支差率の改善、特に旧光栄会側なのですが、この改善はもとより、特に合併時期はコロナ禍でありましたので、大規模化による職員調整の融通とかのしやすさ、それから職員体制も強化できましたし、あと、今回の能登半島地震に関しても、かなりの数の職員派遣ができております。

しかし、この合併において実務レベルではかなりの負担になったことも事実でした。1から3と数多くの事務がございましたが、私は主にコンプライアンスとか指定申請等の事務を担当しましたので、そこで特に感じたことをお話ししたいと思います。1つ目として、合併マニュアルはあるのですが、この実践的な面で不十分な箇所がある。2つ目として、スケジュールが見通せない。3つ目として、管轄庁の合併に関する理解が不十分なところが少しあったのではないかと思います。

まず1つ目ですが、合併のため、会計や規程類を統合するのですが、具体的な会計処理方法が分からず、担当者は不安を抱えながら実務を行っていました。私どもは、会計監査人設置義務法人ですので、会計監査人との密な連携により、ある程度は対処できたのですが、非設置法人さんでは、やはりちょっと大変だったのではないかなというような話をしました。より現場に即したマニュアルが必要ではないのかなと思いました。

また、当初のスケジュールどおりでは合併事務を見通せない状況でしたので、法人側から合併スケジュールを示し、この日までにこの回答を示してほしいとか、認可をしてほしいとか、法人側のほうから積極的に提案しまして、調整をしたということもございました。これらの処理期間を明確にする必要があるのではないかと思います。

それから、3つ目として、不明な点を所轄庁へ質問いたしましても、前例がないと回答に時間を要する場合や、あと逆に法人側からマニュアルを持って行って、これはマニュアルにこのように書いているので必要ないのではないですかとか、そういう説明をしながら了承を得るということもありました。こうした面からも、管轄庁向けの相談窓口が必要なのではないかと感じました。

次に、指定申請手続に関してです。この指定申請手続に感じた課題は次の3つのとおりです。まず、合併に伴い管理する事業所が増え、手続負担が大きくなりました。さきにお

話したように、私どもは法人名を変更しましたので、旧むべの里側でも法人名の変更届とか、運営規程の変更だとか、そういう変更届が大量に必要になりまして、ほぼ内容が同じような変更届を150か所分作成して、同じような書類を添付したり、合併契約書とか、法人合併後は登記を何本も何本もコピーして、それを添付したりとかという作業もありました。あと、所轄庁ごとに解釈が違う部分があったりします。例えば常勤、非常勤の別だとか、そういったことも各行政庁ごとに作成したりして、多くの時間を費やしました。

2つ目として、所轄庁による対応のばらつきです。例えばA市では事務連絡どおり簡素化していただけたりしたのですが、B市では前例がないとか、あと念のために作成してほしいとか、あったほうがいいですよとか、そういった説明を受けました。これらに関して管轄庁ごとに違いが生じないように運用の標準化が必要ではないかと思いました。

3つ目として、障害福祉サービス事業所に関しては、介護事業所よりも簡素化は限定的でした。これらについても、介護・障害福祉とか関係なく、対応の違いが生じないように運用の標準化が必要ではないかと思えます。

これは参考資料なのですが、厚生労働省の事務連絡なのですが、これを片手に印籠代わりに、B市には、この書類は要りませんよねと、そういったことを話しながら交渉する日々でございました。

それから、加算等の申請手続とかも同時並行でやっていきました。今年の4月から厚労省の標準様式により、表紙とかそういったものの書式の統一は進みつつあるかとは思いますが、提出する書類の内容とかは、やはり相変わらず所轄庁ごとにばらばらでした。

これはあくまでも一例なのですが、サービス提供体制加算とあって、前年度の介護福祉士の配置状況とかによって頂ける加算なのですが、例えばA市では計算書だけでいいよということもあれば、B市では前年度の加算なのに今年度の4月の勤務表を出してくださいとか、あと、C市では4月から2月までの全部の勤務実績表をつけてくださいとか、そういった対応が本当にばらばらという面もあります。中には県内の事業所の全職員名を記入した組織体制図を求めたりとか、自治体によって提出内容にかなりばらつきがありますので、そういった負担を感じております。

最後に御提案なのですが、1つ目として、法人合併に伴うこういった具体的な、もっと実績的なマニュアルを整備していただけるとありがたいと思います。2つ目として、各種手続に関する処理期間の明確化です。3つ目として、管轄庁の理解促進のための相談窓口を設置していただけるとありがたいと思います。4つ目として、提出書類の内容も含めた標準化です。それから、電子申請システム等において申請をワンストップ。これから電子申請がどんどん進むと思いますが、私どもで言うと通所介護事業なんかで1つの事業で4つの自治体の指定があったりする事業所があるのですが、例えば書類を標準化していただいて、提出が必要なA市、B市というふうにチェックボックスをつけたりして、それで一括申請できるとか、そういった仕組みが考えられないのだろうかと思っています。それから、5つ目として、所轄庁ごとの対応の標準化です。6つ目として、介護・障害にかかわ

らず運用を標準化していただけたらと思います。

さきにお話ししたとおり、法人合併の効果は本当に大きいと思っております。いろいろなできなかったことができるようになってきてはいます。ただ、これを促進するためには、私どもの現場レベルの事務負担の軽減が必須と感じておりますので、現場の人間として、ぜひ御検討をお願いいただけたらと思います。

どうも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。

では、お待たせしました、質疑応答に入りたいと思います。時間も限られていますので、1時ぐらいをめどにしたいと思います。御発言のある方は挙手ボタンをお願いいたします。また、今日御説明いただいた方々も、追加のコメント等があればよろしくをお願いいたします。いかがでしょうか。

大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 ありがとうございます。社会福祉法人の合併について、厚労省さんもかなり積極的に必要性を感じておられて、最大限いろいろなことをやられていると認識いたしました。ただ、やはりその後、各支援会社様もしくは事業者様から御発表いただいたみたい、まだまだ現場の実態はどんどん促進できるという状況ではない感じがします。私もコンサルタントとして横でこういう合併等を見ている中で、まず基本的に許認可事項であって、かつ実際に合併した後も含めていろいろな書類が必要で、これがばらばらである状況もありますし、そもそもかなり各地域の行政としては怪しい感じで見ている。あまりいいことではないというふうに見て、何か問題がないかというふうに見ていらっしゃる雰囲気があるような気がすごくしています。その結果、いろいろな追加書類が必要になったり、また、スケジュールが立てづらいという状況があって、結局見通しが立たないのですね。そういう状況の中で、本当に今後、介護にしても、保育にしても、例えばDX化が必要であったり、人材も不足になってきたり、新しい育成方法が必要になってきたりということを進める大きな手法だということで、もっとポジティブに受け取っていただくように、これは各事業者さんだけではなくて、各地域行政がそういうふうに見ていただくということと、あとは許認可ではあるのだけれども、できる限り見通しを持ってシンプルに統一した書類で物事を進めるように、もっと後押ししていただけるとありがたいなと思います。

ですから、今回せっかく御発表いただいたような内容をぜひ取り込んで、もっと進めていけるとありがたいなと思いますので、よろしく申し上げます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、今のはまずコメントとして引き取りまして、後でまた厚労省さんとこども家庭庁さんのほうにリプライをお願いできればと思います。

では、続きまして、伊藤専門委員、よろしく申し上げます。

○伊藤専門委員 御説明ありがとうございました。最後のむべの里光栄さんの説明を伺って、あるあるというか、なるほどというふうに、ある意味すごく納得したのですけれども、

例えば自治体によって書式が違うというときに、誰が何をできるのかということなのですね。多分、自治体間で何か合わせるといことは難しいので、やはり厚労省で書式を一本化するような形で規格していただいたり、あと定義も違うというところは、これは何とかできるのではないかなと思っております。

なので、まず書式の統一に対してアクションを取っていただきたいということと、あと、介護保険が絡み、老人福祉法が絡み、障害者総合支援法なども絡み、複数の法律に基づいた許認可事業なので、全部同じところに同じような申請を書くということも、これはどうにかならないのかなと。特にそれ自体が事業の多角化というか、もちろん同じ業態同士で合併するということが一つのよくある流れとはいえ、子供も少なくなってくる、介護もしぼんでくるというときに、やはりそれを両方にするとか、一方で障害者の方は増えてきているので、そこの部分に拡張するとか、そういったときにせつかく善意でそのようなことをやろうと思っても、法律が阻むといひますか、法律というよりか手続が阻むということ是非常にもったいないなと思っておりますので、やはり見えない行政コストをどうやって減らしていくのかということに関して、厚労省さんは十分認識されているというふうに御拝察いたしましたけれども、さらにもう一歩進めていただく必要があるかなと思ひました。

以上、コメントです。失礼いたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の点、もし厚労省さんのほうから何かリプライがあればお願いします。特にローカルルールの問題で、これは長らく介護保険事業では課題だったと思ひます。

○厚生労働省（斎須審議官） ローカルルールの問題は一歩一歩前に進めておりますが、あるあるではないですけれども、まだ現場でいろいろあるというのはよく分かりました。

ただ、むべの里光栄さんの御発表いただいた資料の合併までの流れを見ると、令和2年9月末に事前協議をして、翌年の春にはもう合併の登記までいったということで、比較的組織再編の中で、その間のいろいろ御説明いただいた大変なことはあったのだと思ひますけれども、そんなに時間的な長さとしては過度な負担ではなかったのかなとちょっと思ひてしまったのですが、いかがでございしょうか。

○佐藤座長 いかがですか。むべの里光栄様、いかがでしょうか。

○社会福祉法人むべの里光栄（南部マネジャー） ありがとうございます。確かにこの期間で合併するために、ですから、こちらからも積極的にスケジュールを組んで、これでお願ひしたいということ、所轄庁にもそれでむしろ主導を取っていくような形でしたし、あと、先ほど私もちょっとお話を聞いていてびっくりしたのですが、指定申請に3か月かかるという東京都の区さんとかもあつたりして、幸い私どもは1か月前の自治体がほとんどでしたので、1自治体だけ1か月半前があつたのですが、ですから、そこは本当にスムーズにできて、運がよかったという面はあるかと思ひます。東京都さんの3か月前とか6か月前とかだと、それはできないと思ひます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。本当に区々というのは、恐らく自治体のほうの人員的な体制の問題とか、そもそも事業所の数とか、そういったインバランスがあったりということがあるのだろうと思います。そこはよくコミュニケーションを取りたいと思うのですが、厚労省がこうしろと行ってすぐぱっとなるかということ、なかなか難しいことは御理解いただければと思います。

それから、いろいろ対面でやらなければいけないのが御負担だという話がブティックさんからあったかと思うのですが、やはり組織再編、いろいろ介護保険は公的保険の給付を受けますので、実地の指導監査なんかもやっておりますが、しっかりとした事業者が介護保険事業をやっているということ、それぞれの自治体で議会にも説明しなければいけないという、多分そういった御事情もあるのだと思います。合併する際には当事者の方、対面で面会するのは当然だと思いますし、仲介されるアドバイザーの方も対面ですられると思いますので、そこはやややむを得ないかなという気はいたします。

様式についても、先ほど申し上げました電子申請を進めておりますし、それから、追加的な書面の徴求があるというのも、これは本当に自治体の担当職員によって違うということが生じてしまうのかなと思う一方で、標準的な書類は決めておりますが、こういった組織再編というのは個々の個性がかなりありますので、担当者のほうもそこを理解するために必要なものもある程度はあるのかなということで、国でこれ以上は取ってはいけないよとか、そこもなかなかやりにくいということは御理解いただければと存じます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お手が挙がっていました。時田専門委員、よろしく申し上げます。

○時田専門委員 よろしく申し上げます。皆様のプレゼンテーション、大変にありがとうございました。特にむべの里の事例は大変参考にはなりました。けれども、今の時点でこれはかなり先の事例というふうに私は理解いたしました。地元でも社会福祉法人同士で様々な話合いの場は持たれているとはいえ、例えば大規模化に向かって連携法人の設立、提案いたしましたけれども、ほとんどそこにはまだ関心をお持ちになっていただけない。そもそも現場の理事長間で本音で自法人の経営状態などを明らかに話し合うなどという機会はまずないわけですから、ましてや先ほどストライクさんからのお話の中で、中小企業庁がM&Aの成立に対して補助金があるなどという話は、今日は本当に初めて聞きました。つまり、社会福祉法人にとってみたら、事業の合併などというのは、まだまだ遠い先の話のように私自身も感じますし、そこに至る前に、合併することによる先ほどのむべの里のメリットをお話しいただきましたけれども、そうした合併の先にあるものが、つまり未来図が見えるような形で今後の事業をどう考えるかということ、つまり経営者自身がしっかり認識をしないと進まないだろうと思います。

いずれにしても、経営の責任を取るべき経営者である理事長自身が、社会福祉法人も合併ができる、あるいは大規模化に向かっていくということの必要性を、現時点の経営に対する感度のよい危機感、あるいは未来に対する理想的な、ある意味描く、まずそうしたマ

インドがない限り、具体的な手続に入る議論はずっと先の話だろうと思っています。

もう一つは、今日のストライクさん、ブティックスさんなどから民間企業のM&Aのお話をいただきます。社会福祉法人に対する提案というのは、やはりまだまだ少ないことと、それをできる限り行政が間に立ってマッチングしてくださると、本当はありがたいなと思っています。経営の実態を一番分かっている管轄庁がそこに対する積極的なアドバイスなり、マッチングの提案なりをなさると、より経営者は、特に社会福祉法人の経営者はそこに耳を貸すだろうと思います。それがお客様を守り、職員を守ることになる非常に効果的な手法であるという認識を、私たちももっともっと深めていかなければいけないのだなというふうには今日は学ばせてもいただきました。大変にありがとうございました。

ただ、むべの里さんは、熊本県と山口県という距離的にもかなり離れているところの合併というのは、今後の法人経営に対するいささかの懸念を私は抱かざるを得なくて、ぜひこの先も御立派な経営体として発展なさることを祈念いたしております。ありがとうございました。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、今のはコメントとして引き取らせていただければと思います。

ほかはいかがでしょうか。

すみません。1つこども家庭庁さんに確認しなければいけないのですけれども、今回のこういう議論をする1つのモチベーションは、やはりローカルルール。これは合併に限らず、特に国としては手続の標準化を進めていこうと、それがやはり民間事業者の方々、あるいは社会福祉法人の方々の予見可能性なんかを高める点においても寛容だということだったと思うのですが、今日の御説明の中で特にそこがあまりなかったかなと思って、こども家庭庁さんとしては保育園に係るローカルルールについて取組というのはあるのでしたっけ。

○こども家庭庁（本後課長） こども家庭庁でございます。

説明の中でも簡単に申し上げましたけれども、保育所の場合は、公立の施設を減らして民間に譲渡するみたいな形での合併が主でありますので、民間同士の事業譲渡とか合併が必ずしも多く行われているわけではないということがございます。ですので、ローカルルールみたいな話も我々行政としては何らかお伺いしたことがあるかということ、そういったことはないということになります。したがって、そういったことに対する対応も今、特段はいたしておりません。

○佐藤座長 ありがとうございます。要するにまだ実績がないということですね。だから、もちろん問題も顕在化していないという理解でよろしいでしょうか。

○こども家庭庁（本後課長） おっしゃるとおりです。

○佐藤座長 ほかはいかがですか。大丈夫でしょうか。

今日このテーマは初めてでありまして、ですので、少し丁寧に各担当者の方々から御説

明をいただいたということになります。

厚労省さんから手が挙がったので、どうぞ。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。時田先生からいただきましたコメント、まさにそうだと思っております。経営者の意識改革、それから保険者たる自治体、あるいは指定権者である自治体の意識改革が大事だというのはそのとおりだと思います。それにはしっかり取り組んでいきたいと思っております。

他方で、今回、規制改革の事務局のほうからはかなり手続的なことの御指摘があったのですけれども、私どもは、時田先生がまさにおっしゃったように、その問題が阻んでいるのではなくて、むしろ意識の問題だと思うのです。当然、手続の問題は合併とか事業譲渡だけではなくて、ほかの視点もそうですし、あるいは加算の関係もそうだと思います。ですから、そちらはよりそういった問題として認識はしておりますけれども、この組織再編、大規模化のようなことについては、やはり意識改革というのをやっていきませんと、なかなか強制的に連携させることもできませんので、そこに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。議題2のテーマはまさに経営力の強化ということになっているのですけれども、経営力を強化する一つのやり方としては、合併も含めた意味での大規模化があるのです。ただ、それがなかなか進んでいない要因として、規制改革的に考えると何らかの手続上の問題があるのではないかと捉えますけれども、他方では、もちろんやる当事者たちのまさに今言った意識改革とか意識の問題もあるというところが2つ複合的に絡んでいるのかなという感じはしています。

伊藤専門委員からお手が挙がったので、どうぞ。

○伊藤専門委員 今の厚労省の御指摘は、まさにそのとおりではあると思うのですけれども、やはり厚労省としては先手を打っておくということはとても重要だと思うのです。なぜかという、事業者さんを前にして大変失礼なのですけれども、小規模事業者が今後どこまで生き残れるかということを考えたときに、経営者の方も高齢、働いている方も高齢、利用者さんも高齢というようなことを考えると、今後10年でどっと今では考えられないほど問題が顕在化すると思うのです。そのときに規制の手続だとかそういったことが阻むことがないように、既に問題の根というか、むべの里さんほかいろいろな問題を提起していただいているこの段階で、つまり火事で言うとぼやのようと言ったら大変失礼ですけれども、そのような状態できちんとこれから先に起こることを見据えて、基準の統一なり手続の簡素化なりをしていくことはすごく大事な交通整理だと思っておりますので、それが問題だというわけではないけれども、でも、そこが最後の大事なルートであることを考えると、今のうちからぜひ御対応をお願いしたいなと思いました。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。今の伊藤専門委員の御指摘、まさに環境整備をちゃんとしていくということに当たるのかなと思います。これは中小企業の問題と全く同じな

のです。中小企業の経営者も、一国一城でありたがるので、なかなか合併したがりません。でも、その一方で、合併とか事業譲渡の環境は整えていかなければいけない。必要な支援はするという環境を整備しておくことは、ある種の出口戦略になってくるということなのかなと思います。

その旨、厚労省さん、こども家庭庁さん、自分たちだけでできることは限られていると。いったらそうなのかもしれませんが、ローカルルールもあるし、経営者の意識の問題もあるしということで、いろいろ複合的なことは分かっているのですが、やはり環境整備というところについて、ぜひ前向きに進めていただければと思います。こんな感じですかね。

これは初めてのテーマ出しということになりますけれども、規制改革推進会議としては、今後も引き続き注視していきたいと思っています。

御説明ありがとうございました。では、議題2はここまでとさせていただきます。御説明いただいた方々、本当にありがとうございました。

さて、大体時間になってきましたが、もう一つだけ議題があったのですね。議題3は「規制改革ホットライン処理方針について」です。こちらは宮本参事官からよろしくお願ひします。

○宮本参事官 資料3に記載されております規制改革ホットライン案件の取扱いについて説明いたします。

本ワーキング・グループの事務局より、所管省庁に再検討を要請する事項として「○」が1件としております。

事務局からは以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

本件はよろしいでしょうか。いいですかね。

では、本日の午前中の部はここまでとさせていただきます。

最後になりますが、本日、事務局より参考資料を配付しております。昨年12月11日に開催されました本ワーキング・グループに関する委員・専門委員からの追加の質疑・意見に関する厚労省からの回答を事務局資料として配付しておりますので、適宜御参照いただければと思います。

では、本日の第1部はこれで会議を終了といたします。御参加いただきましてありがとうございました。速記はここで止めてください。