

## 健康・医療・介護ワーキング・グループ（第8回）

### 議事録

1. 日 時：令和7年12月25日（木）16:00～17:41

2. 場 所：オンライン

3. 出席者：

（委員等）佐藤主光座長、杉本純子座長代理、間下直晃委員、落合孝文委員、  
印南一路専門委員、大石佳能子専門委員、佐々木淳専門委員、  
伊藤由希子専門委員、紀伊信之専門委員、桜井なおみ専門委員、  
高山義浩専門委員、時田佳代子専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 阿久澤孝室長、福田誠次長、坂内俊洋参事官

（関係者）成田 誉 中泊町福祉課課長補佐

長内美加子 中泊町福祉課総括主幹

梶藤さつき 備前市保健福祉部介護福祉課課長

岡本なるみ 備前市保健福祉部介護福祉課参事

玉水佳奈 備前市保健福祉部介護福祉課課長代理

東正志 社会福祉法人おおなん福祉会事務局長補佐

林俊宏 厚生労働省大臣官房審議官

渡邊周介 厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室室長

池田 鎮 厚生労働省老健局総務課課長補佐

岡崎優理 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

渡部慎平 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課課長補佐

4. 議 題：

基準該当居宅サービス・離島等相当サービスの導入促進やサービスの枠組み拡張  
を踏まえた人員配置基準の緩和等について（フォローアップを含む）

○坂内参事官

定刻を回りました。ただ今より、規制改革推進会議第8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、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日も、ウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催させていただいております。

なお、会議中は雑音が入らないよう、マイクを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、挙手ボタン押していただきまして、座長から御指名があった後、ミュートを解除して御発言ください。終わられましたら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、議題が1件でございます。「基準該当居宅サービス・離島等相当サービスの導入促進やサービスの枠組み拡張を踏まえた人員配置基準の緩和等」について、フォローアップを含む案件でございます。これについて御議論いただきたいと考えております。

本日は、本ワーキング・グループ所属委員、専門委員の方、全て御参加いただいております。加えて、落合委員にも御出席いただいております。

以上、事務局からの御連絡でございます。

以降の進行については、佐藤座長、よろしくお願いします。

#### ○佐藤座長

本日もよろしくお願いいたします。

それでは、早速、議題「基準該当居宅サービス・離島等相当サービスの導入促進やサービスの枠組み拡張を踏まえた人員基準の緩和について（フォローアップを含む）」に入らせていただきます。

出席者を御紹介いたします。

中泊町から、成田誉福祉課課長補佐、長内美加子福祉課総括主幹、備前市から、梶藤さつき保健福祉部介護福祉課課長、岡本なるみ保健福祉部介護福祉課参事、玉水佳奈保健福祉部介護福祉課課長代理、それから、社会福祉法人おおなん福祉会から、東正志事務局長補佐、厚労省から、林俊宏大臣官房審議官ほか老健局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、まず、中泊町様から御報告をお願いいたします。今日は報告者が多いものですから、お一人5分以内でよろしくお願いいたします。

#### ○中泊町（長内総括主幹）

本日は、このような貴重な機会を頂き、誠にありがとうございます。青森県中泊町福祉課の成田と長内といいます。本日はよろしくお願いいたします。

#### ○中泊町（成田課長補佐）

よろしくお願いいたします。

#### ○中泊町（長内総括主幹）

早速ですが、こちらの目次に従って説明させていただきます。

農業が盛んな旧中里町と漁業が盛んな旧小泊村が飛び地で合併し、誕生したのが中泊町です。

なお、小泊地域のみが中山間地域に指定されております。

現在の町の人口は9,136人、高齢化率49.2%、介護保険認定率19.11%となっております。

町の人口遷移です。総人口は右肩下がりです。急激に減少しており、令和27年には4,021人、高齢化率は63%にまで増加すると推測されています。高齢人口も減少に転じましたが、その減少スピードは比較的緩やかです。

要介護認定率は12月現在で19.11%となっており、増加傾向にあります。

要介護認定者数は、現在は横ばいで推移していますが、75歳以上の認定者が増加傾向にあります。

次に、町の特徴的な取組を紹介します。令和6年2月に開館した中泊町総合福祉健康センター「湯らぱーく」は、温泉施設やレストラン、ジム、集会所機能などを併設した健康のための複合施設となっています。

湯らぱーく内のジム施設では、ワイズ・パークという青森市の事業者がリハビリ特化型デイサービスのほか、介護予防のための運動なども提供しています。杖についてワイズ・パークに来て、運動して、お話しして、元気になって、杖を忘れて歩いて帰ったという逸話もあり、口コミで登録者、利用者とも増加しています。

次は、町の事業所数、利用者数についてです。比較的事业所数が充足していますが、利用者数も多く、地域密着型や老人福祉施設についてはいまだ待機者が生じている状況です。

なお、町全体では25か所の事業所がありますが、小泊地域には通所介護事業所が1か所、グループホームが2か所の3か所のみとなっております。

こちらの①の基準該当居宅サービスについても、②の離島等相当サービスについても、当町の介護事業所においては、現状、全ての事業所が指定サービスの基準を満たしており、利用されていません。しかしながら、当地域において介護職員の確保は非常に難しい状況にあります。人員の不足により閉鎖や縮小に追い込まれた事業所もあり、今後は、例えば中里地域の事業所のように離島等相当サービス対象地域にサービスを提供している事業所なども対象に含めるなど、より柔軟な運用が必要になってくると思われます。

介護事業所からの声として、訪問事業所については、移動コストについても介護報酬に反映してほしいという声や、人員配置基準の緩和が進むと今いる職員はますます忙しくなるのではという疑問、高齢の職員だけで運営している小規模事業者でも事業が継続できるような制度にしてほしいという要望などが挙げられています。利用者からは、住み慣れた家で最期まで静かに暮らしたいという声がありました。

こういった事業者や利用者の声を受けて、町からの提案です。①地域をまたいでサービス提供する事業所もあることから、対象地域を過度に限定せず、地域の実情を踏まえ、幅広く検討いただけないかという提案です。

②高齢職員の多い小規模事業者も対応できるよう、人材確保やICT活用を絶対条件としないこととする提案です。地方における人材確保の困難さや高齢職員の多い小規模事業者の存在を考慮いただき、柔軟な運用をお願いします。

③事業者や自治体が制度を理解するに当たり、例えば、事業所による導入手続の実例

やフローチャートなど、簡便で分かりやすいマニュアルやガイドラインが必要ではないかという提案です。

町としては、事業所がサービス提供を継続できるよう、現在検討中の訪問系サービスにおける包括的な評価の仕組みについてはできるだけ速やかに導入してほしいと思います。また、基準該当居宅サービス、離島等相当サービスについては、制度を導入することによる事業所側のメリットがデメリットを上回るような制度設計をお願いします。

町としても、いつまでもこの地域に住み続けたいという町民の期待に応えられるよう、これからもまちづくりに取り組んでいきたいと思います。

御清聴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。

続きまして、備前市様から御説明をやはり5分以内でよろしく願いいたします。

○備前市（梶藤課長）

岡山県備前市介護福祉課の梶藤と申します。

備前市について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。

まず、備前市の概況でございます。備前市は、岡山県の東南部、兵庫県との県境に位置している人口約3万人の市です。2050年の消滅可能性調査において、消滅する自治体、県内第1位となっており、今後の人口減少が著しいことが予測されております。

続きまして、備前市の人口、高齢化の推移、要介護認定者数の現状と推移についてでございます。平成17年合併から20年経過しましたが、この間で約1万人減少しており、急激に高齢化が進んでおります。2040年には人口約2万1000人、高齢化率は50.2%になる見込みです。要介護認定者数は、今後数年は徐々に増加し、その後減少すると推計されておりますが、要介護認定率は継続して上昇が続く見込みです。

次に、備前市の介護施策状況です。詳しくはご覧いただけたらと思います。

続きまして、4ページ、介護サービスの提供体制です。市を3つに分けて日常生活圏域を設定しております。青色が備前地区、赤色が日生地区、黄色が吉永地区です。右に記載の介護施設等事業所が所在しているところを地図に落としております。

黄色の吉永地区にはJRが通っており、一見市街地のように思えますが、市全体の人口の約8割は青と赤の地区で、黄色の吉永地区は全人口の2割となっております。そのため、介護事業所は青色の備前、赤色の日生地区に集中しており、黄色の吉永地区には少なく、諸島地区には事業所はございません。オレンジの点線で囲っている吉永地区の北側、南の日生地区の諸島地区の2か所が離島等相当サービスの適用可能となる地域でございます。

実際のところは、備前地区、日生地区においても人材確保は非常に厳しい状況でありますが、その備前、日生から事業所が越境して対象地区である吉永の北部、諸島地区の利用者にサービスの提供を行っております。しかし、そのサービス事業所は対象地域に

ないので、離島等相当サービスの適用対象外となっているのが現状でございます。

次に5ページですが、先ほどの説明を記載しております。一番下の3つ目の○のところに、廃止となった事業所を載せております。離島等相当サービス対象地域以外の備前、日生地域の事業所も廃止となっておりますので、人員確保に関しては対象地域以外でも大変厳しい状況でございます。

続きまして、6ページ、現状と課題でございます。内容はご覧いただけたらと思いますが、どの事業所も人材確保に苦労しており、若い人材の確保は難しく、職員の高齢化が大きな課題となっております。

続きまして、7ページ、介護サービス提供体制における課題です。特に備前市の課題としまして、2つ目の介護サービス基盤が脆弱、サービス提供に係る移動負担についてでございます。5ページのところでもお話ししましたように、離島等相当サービスの対象地区である吉永の山間部や離島には事業所がありませんので、備前、日生地域の事業所がサービス提供を行っております。人材不足の課題もありながらの移動のコスト、時間が負担となっております。島は定期船を利用するために、移動時間もですが、便数が少ないために帰りの船を待つ待機時間が必要となります。また、山間部においても事業所から利用者宅まで片道40分かかる地区もございます。3つ目は、先ほどに関連しますが、特に山間部や諸島部にサービスを提供する事業所は限定的で、1事業所しかございません。

続いて8ページ、持続可能な介護サービス提供体制の構築に向けてでございます。特に2つ目の特定介護サービスの新たな類型や対象地域についてでございます。備前市は、中山間地域や諸島を抱えているものの、人口3万人の市ですし、JRが2本通っているなど、一見すると中山間・人口減少地域と見られないこともあります。実際には、離島等相当サービスの対象地域ではございません。しかしながら、このような備前市においてもサービス提供が困難になりつつあります。また、今後の人口減少は大変深刻となっております。地域の特定に当たりましては、地域の実情に応じた市町村の意向等を酌み取って御検討いただきたいと思います。

その他の説明は割愛させていただきますが、ご覧くださいますようお願いいたします。

以上、備前市からの説明を終わります。御清聴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。

次に、社会福祉法人おおなん福祉会様から御説明をお願いいたします。

○社会福祉法人おおなん福祉会（東事務局長補佐）

社会福祉法人おおなん福祉会の東と申します。

私からは、中山間地域における介護サービス提供体制についての課題や懸念を説明させていただき、最後に要望をお伝えできればと思っていますので、よろしくお願いします。

当法人の所在する島根県邑南町は、広島県との境にある人口約1万人の町で、中国山地に囲まれた島根県で最も広い町となっています。平成16年に合併してから約20年で人口も大きく減少し、高齢化率も45.7%と上昇しています。

当法人では、2か所の拠点を中心に、町内全域及び隣接する市町まで介護サービスを提供しています。町内全域が離島等相当サービスの対象地域となっています。直近では、町内の事業所が廃止されたことで、夏場で片道30分かかる遠方への送迎も増加しています。冬季には40～50センチの積雪もあり、その際には倍くらいの時間を要することもあります。また、当法人では職員の高齢化も課題となっており、特に非正規職員の過半数が67歳以上となっています。

サービスの提供の状況として、まず瑞穂西事業所の状況をお示しします。瑞穂西事業所は、訪問介護、通所介護、居宅介護支援を提供しています。

通所介護では、人員配置基準を満たすために土日祝や夕方の受入れを中止するなど、営業日やサービス提供時間を削減せざるを得ない状況です。このため、利用者様のニーズに十分対応できていない状況も生じています。また、看護職員の平均年齢が65.5歳と高齢化しており、今後の人材確保を懸念しています。

次に訪問介護ですが、1日の利用者数が少ない日で2人という日がありますが、それでも常勤換算で訪問介護員を2.5人配置する必要があると、人員配置に苦慮しています。これらについては、基準該当サービスや離島等相当サービスの適用を検討しているところです。

また、居宅介護支援については、人材確保が困難で、介護支援専門員を1人しか配置することができず、5年間の常勤専従要件を満たすことができず、後任が育てられないままです。現在の職員も64歳となるため、後任の確保が急務となっています。

次は、ゆめあいの丘の状況をお示しします。こちらでも専門職の確保が非常に難しくなっており、生活相談員と介護支援専門員を兼務させているため、先ほどの瑞穂西事業所の状況でもお伝えしたように、主任ケアマネを養成することができずにいます。管理栄養士は当法人で1人しかいないため、法人内のほかの2施設と兼務をしています。万一の際に利用者様に適切な栄養マネジメントが提供できなくなることを心配しています。また、非常勤看護職員3名のうち2名が70代であり、高齢のために退職すると、適切な医療的ケアを提供することが困難になるとともに、医療的ケアを必要とする方の受入れができなくなるおそれもあります。

これらの状況も踏まえた介護サービス提供体制の確保における課題や懸念です。まず、今後、人員配置が更に困難となるおそれがあります。既に人員配置のやりくりには苦慮している状態で、介護老人福祉施設に人員を優先配置した場合、利用者の有無にかかわらず居宅サービスを縮小せざるを得ず、ニーズに応えられないということがあります。既に、町内には看護師の配置ができずに訪問看護を閉鎖した事業所もあります。また、職員の高齢化も顕著で、非常勤職員の高齢化については、先ほどの例でお示したとお

りですが、法人全体でも30代以下の日本人の介護職員は正規と非正規を合わせても8名のみとなっています。人員確保が困難になるに伴い、採用にかかる経費負担が年々重くなっているのも懸念事項です。

また、設備更新も負担になっています。町内でも修繕や設備更新をしても採算が合わないため、通所介護を廃止した事例もあります。

3つ目は、保険者のサービス提供体制整備への積極的な関与です。地域の介護サービス提供の維持・確保のためには、サービス提供主体である法人だけでなく、保険者が積極的に提供体制の整備を検討していく必要があると思います。「制度があってもサービスなし」を避けるために、どこに何のサービスがどれだけ必要かを整理し、地域の関係者間で情報共有する必要があると考えます。また、当法人が基準該当サービスに変更しようと相談した際、担当者に基準該当サービスについての認識や基準該当サービスを適用した前例がなかったため、活用が進んでいないという事例があります。

以上のことから、介護サービス提供体制の確保における要望として、まずは更なる人員配置の緩和を求めます。現行制度上、施設サービスは基準該当サービス及び離島等相当サービスの適用対象外ですが、既に人員配置に苦慮しています。専従要件や常勤要件の緩和を進め、特養など施設サービスも特例介護サービスの対象にしていきたいです。

次に、抜本的な介護報酬の見直しを希望します。処遇改善だけではなく、施設老朽化に伴う修繕や設備更新にも耐えられるように抜本的な介護報酬の見直しをお願いしたいです。

最後に、保険者のサービス提供体制整備への関与を求めます。保険者の責務として、サービス提供事業者任せにせず、地域に必要なサービスが行き届くよう、事業者間の調整を図るなど、積極的なサービス提供体制整備への関与を促してもらいたいです。その際、国が準備されるような特例介護サービスの理解促進のためのガイドラインや好事例など、必要な情報の提供や提案を積極的に行ってほしいと希望します。

以上、御清聴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。

最後に、厚労省様から10分以内に御説明をよろしく願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

厚労省の審議官の林です。

資料に沿って御説明させていただきます。

介護保険制度の見直しで、人口減少地域等に対する新しいサービス類型の検討を進めております。まさに、今日介護保険部会がありまして、佐藤座長にも出ていただきましたけれども、見直しに関する意見書がまとまっております。この内容について御説明をしたいと思います。

概要がついていますが、4ページ目が今後のスケジュール全体像でございます。御案内のように、2027年度から第10期の介護保険事業計画が始まりますので、そこに向けて制度改正と介護報酬改定を行うということで、制度改正の大枠について方向性が今まとまったというステータスになってございます。

具体的な内容について、以下、順次御説明をいたします。

まず、「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築」ということで、地域設定の考え方でございます。上に今日の介護保険部会の意見書の抜粋を付けておりますが、地域の類型について、大都市部、一般市等、中山間・人口減少地域と、大まかにこういった地域によって特性が違ふだろうということを考えておまして、これらの地域の類型については、都道府県・市町村等の関係者間でサービス基盤の維持や確保に向けた議論をしっかりと行うことが必要であると考えております。

具体的には、10期の介護保険事業計画に向けた国の指針で、こういった考え方を示したいと考えております。とりわけ中山間・人口減少地域については、後ほど御説明しますような特例の仕組みなどを設けるという方向で検討しております。

この対象地域の範囲については、特別地域加算の対象地域、後ろのページに付けておりますけれども、離島振興地域、振興山村といったところでございますけれども、この対象地域を基本としつつ、地域の事情に応じた柔軟な対応が可能となるようにしたいと考えております。具体的には、今後、介護給付費分科会等で国としても議論を行って、一定の考え方、基準を示すということを言われております。また、市町村の中でも状況が違ふということがありますので、市町村内の一部エリアを特定することも可能とするように言われております。

具体的な地域設定につきましては、介護保険事業計画あるいは支援計画の策定プロセスにおいて、市町村の意向をしっかりと確認して都道府県が決定するという方向で提言をされております。

二番目として、柔軟な対応の具体的な仕組みでございまして、10コマ目をご覧ください。

現状、特例介護サービスについては、下の図にもありますように基準該当サービス、離島等相当サービスというのがございます。ここに書かれているような地域、指定権者、人員配置基準となっております。これに加えて今回新たな類型として提案しておりますのが、中山間・人口減少地域においてさらに柔軟に行える仕組みでございます。

この新たな類型につきましては、一方で職員の負担軽減の配慮の観点から、賃金改善とか、ICT機器とか、サービス・事業所間で連携といったことを前提にしつつ、管理者あるいは専門職の常勤・専従要件とか夜勤要件などの緩和を行うということが示されております。これらの具体的な中身につきましては、介護給付費分科会等で議論するということを言われております。また、表にありますように、報酬については、地域の実情に応じた包括的な評価の仕組みを検討するということが示されております。



ちなみに、この新しい類型については、居宅サービス等に限らず施設サービスも対象になるということが提言されてございます。

1枚飛ばしまして、12コマ目、13コマ目は、現状、離島や中山間地域で、今御報告もありましたけれども、既存の仕組みも十分活用されていないという実情を踏まえて、手引、ヒント集、ガイドブックといったものを提供しているということ、あるいはそういった取組をしようという地域に対して伴走支援を行う都道府県への補助事業などを行っているのが13コマ目に御紹介をしてあります。

14、15は、現状の基準該当サービス、離島等相当サービスの実施状況を整理しているので、後でご覧いただければと思います。

16コマ目に、今、新しい特例介護サービスのアウトラインだけ申し上げましたけれども、具体的に包括的な報酬の評価の仕組みについて、こんなイメージだということで御紹介をしたいと思います。

特にこういった地域においては、キャンセルとか移動にかかる負担、あるいはサービス需要自体が減っている、季節による繁閑、こういったことから年間を通じた安定的な経営が難しい、これがサービス提供基盤の維持の大きな課題になっていると認識しております。

現状の介護報酬の仕組みにおいては、基本的には出来高払いということで、左下に図が描いてありますけれども、サービスの提供実績に応じてお支払いするという形が原則になっております。こういったことについて、右側のように、安定的な経営が可能となるように、包括的な評価、例えば月単位の定額払いを選択可能にするような報酬体系を導入してはどうかということでございます。

具体的な中身につきましては、利用者像ごとに複数段階の区分を設定するとか、区分支給限度額との関係も踏まえつつ、きめ細かな報酬体系とする方向で、具体的には介護給付費分科会において事業者の経営状況とかサービス提供に与える影響、あるいは利用に与える影響、こういったものを十分考慮して検討するようにということになっております。

実施時期につきましては、次の第10期の事業計画期間中から希望する自治体の実施できるようなことを目指して検討を進めるべきと言われているということでございます。

17枚目には、これに加えて更に緩和できる類型として、事業として実施する仕組みでございます。現状、離島と中山間地域では、通常区域を越えるとか、他サービス事業者が訪問する等々を行っておりますけれども、こういったかかり増しの経費などにつきまして介護保険の仕組みの中では出せないということで、地方単独事業等で補助を行って何とかサービスを維持しているという実態が確認できております。こういった場合についても、先ほどの包括報酬の仕組みをさらに超えて、こういった事業費払いの仕組みを介護保険財源でできるような形で新しい事業類型が提供できないかということ。それについては、訪問介護、通所介護、ショートステイといった給付で実施するサービス

を実施できるようにするということや、これらを組み合わせるような形のものも事業として認めてはどうかということを提言いただいています、これも更に検討していくことになってございます。

以上が新しいサービス類型の関係でございますが、18コマ目は、離島、中山間地域でバックオフィス業務等々、複数の法人・事業所間で連携するという取組を更に進めていくことも必要だということが言われております。その具体的なインセンティブについては、報酬や補助金が考えられますけれども、給付費分科会で検討することになっていきます。

19枚目は具体的な事例でございます。

20ページ目以降は、一方で、大都市、一般都市における対応として今回の提言に入れられた内容の御紹介です。

21コマ目をご覧ください。

これは、令和6年度、前回の時からそんな方向で議論をしておりましたけれども、特に都市部においては、夜間について近隣の介護サービス利用者を巡回して回るというようなサービス類型が効率的であるということで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護というサービス類型があります。これに似た類型として夜間対応型の訪問介護というのがありますけれども、これらについてはいわゆる定巡の仕組みに統合するということが今回提言を頂いております、具体的な中身については給付費分科会で更に議論することになってございます。

24枚目から、ケアマネジャーの制度の見直しについて御紹介します。

25コマ目をご覧ください。

ケアマネジャーにつきましては、なかなか担い手がない一方で、いわゆるシャドウワークと言われているものを含めて業務負担が非常に重いということで、介護保険サービス、とりわけ在宅サービスを提供するに当たってキーパーソンになるわけですが、こういった担い手がいない、処遇が十分確保されていない等々の課題があります。

こういった課題に対応するために、具体的な制度見直しにつきましては、まず介護支援専門員、ケアマネジャーの仕組みは今5年ごとの更新制度になっておりまして、5年ごとに法定研修を受けないと更新を受けられない仕組みになってございますが、法定研修の受講と紐付ける形での更新制度をなくすという方向が出されております。

一方で、研修自体は必要でございますので、研修の受講義務については課していくことになってございますけれども、研修の中身については真に必要なものに見直しをする。また、例えば、右下にイメージを描いていますように、分割受講が可能なような、柔軟な受講が可能な環境整備を行うということも併せて検討することにしております。具体的な中身はこれから検討するということがございます。また、雇用する事業者に対しては、しっかりと研修時間を確保するような義務付けも併せて行うことになっております。その後ろは参考資料でございますので、後をご覧ください。

最後でございますけれども、アウトカム評価の充実にに向けた見直しについて御紹介をします。

29枚目、アウトカム評価を実施するに当たって重要と考えておりますのが、科学的介護情報システム、いわゆるL I F Eと言われている仕組みでございます。これは、事業所からADLとか、そういった関連データを提供していただくことによりまして、いわゆるエビデンスに基づいたグッドプラクティス、よい介護というものを追求できないかと。そのフィードバックを厚労省から行いまして、各事業所においてP D C Aサイクルを回して、よりよいケアに結び付けていく、こういったものを狙って始めている仕組みでございます。

L I F Eにつきましては、ADLの改善に結びつけられるような形で加算を設けておりまして、30コマ目につけておりますのは令和6年度の介護報酬改定の際にアウトカム評価の一部評価の見直しを行ったものをつけております。

全体的には、31コマ目に6年度の改定時の審議報告ということで、今後に向けた宿題事項の資料をつけてございます。こういった中でも、L I F Eを活用した質の高い介護を目指していくことが必要だと提起されておりまして、現場負担という観点では入力項目とかフィードバックについて検討していくべきということが言われております。

さらに、事業所フィードバックについては一定の改善を図ったところでありますけれども、更なるフィードバック内容の改善を活用状況を踏まえて検討すべきということが言われております。

また、褥瘡や排泄のアウトカム評価の見直しを行ったところでございますけれども、L I F Eで蓄積されたデータも活用して、介護保険制度における適切なアウトカムについて引き続き検討していくべきということ。特にADL維持等加算につきましては、より適切なアウトカムの評価のやり方についても検討を行うべきだということが言われております。

また、現状では基本的に施設系サービスが対象になっておりますけれども、訪問系サービス、居宅介護支援、ケアマネジメントなどを評価の対象にすることについても検討すべきことが言われております。

これらを受けまして、33コマ目ですけれども、L I F Eの見直しについての検討の場を今年の9月に設置しておりまして、有識者、学識者、事業者団体等から成る検討を今進めているところでございます。

下に「年内」と書いていますけれども、まだ取りまとまっておらず、年明けのできるだけ早い時期に取りまとめをしたいと思っております。現状・課題、論点は、審議報告で御紹介したようなことを検討していただいているということでございます。

以上、私からの御報告でございます。

○佐藤座長

御説明ありがとうございました。

本日は、資料5として、大石専門委員、紀伊専門委員、時田専門委員の連名で意見書をいただいております。

では、代表して紀伊専門委員より御説明をお願いいたします。

#### ○紀伊専門委員

よろしくお願いいたします。代表して意見を申し上げます。

1枚目は前提のところでございますので、2枚目をご覧くださいと思います。

まず、「対象地域の範囲」というところになります。今日御発表があったとおりですけれども、市町村単位の人口密度だけ見てもサービス提供の難しさは測れないこと。それから、同一市町村内でもサービス提供が難しいかどうかは地域によって異なるところがありますので、対象地域を過度に限定しないこと。それから、市町村がその対象地域を決められるようなプロセスが必要ではないかと思います。また、中山間・人口減少地域からとなっておりますけれども、そこに限定する必要はなく、早期に範囲を広げて考えていく必要があるのではないかということをお願いしたいと思います。

②の「特例介護サービスの枠組みの拡張」のポツの1つ目ですけれども、こちらは今日御発表があったとおり、人材確保やICTの活用を絶対条件にしない、実効性のある制度設計にしていきたいということでございます。

ポツの2つ目ですけれども、特例介護サービスとなっておりますが、改めて中山間・人口減少地域でどうすればその地域の住民が持続可能な形で必要なケアが受けられて、安心して住み続けられるのかということを起点に考えていくべきだと思います。そういう意味では、既存の訪問介護サービスの基準を緩和していくという発想にとらわれず、今日の御発表の中では複数のサービスを組み合わせた新たなサービス類型を検討いただきたいという御要望もございました。

また、居宅に訪問する方が、有資格者に限らず、その人の生活継続に必要な部分を地域住民が担うとか、見守り的なところはオンラインを活用するとか、そういったことも含めて柔軟なサービス提供の在り方を考える必要があるかと思います。こうしたものを早期に実証あるいは実践して、やりながら検証し、制度も改善していくことが重要ではないかと思います。

また、介護保険サービス全体でも、先ほどもアウトカム評価についてのお話も厚労省様からもございましたが、既にサービスの持続可能性がかなり難しくなっているのがこの地域でもありますので、こうした中山間・人口減少地域でこそ、最低限ちゃんと品質を担保していれば、柔軟な人員配置ができたり、記録等を含めたプロセスの部分が最小限でよいといった形でサービス提供の在り方を先鞭を付けていくというのが重要ではないかなと考えております。

ここで言うアウトカム評価というのは、そういう意味でいうと、良い介護をしていたら加算をつけるというよりは、最低限担保すべき品質は何なのかということを明確にしていくということを申し上げたいと思います。

それから、ポツの3つ目でございます。こちらも今日御指摘がありましたけれども、人材確保が難しくなっているのは居宅だけではないということでもありますし、意見の取りまとめの方にもありますけれども、施設系も、特定施設の記載はあるのですが、それに限らず、施設系においても限定しない検討をお願いしたいということでございます。ここは念のための御確認というところでございます。

③の「地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み」のところで、この部分は意見の取りまとめでも、包括報酬を選択する際にモラルハザード、サービス提供控えであるとか、必要以上のサービス提供になってしまう懸念についても記載されているのですが、居宅系でも小規模多機能や定期巡回等、既に包括サービスが導入されております。モラルハザード対策という名の下に、配置基準とか、細か過ぎる記録の提供とか、プロセス面の負荷が大き過ぎて手挙げする事業者がいらないということにならないような制度設計をお願いしたいと思います。

それから、4点目、「介護サービスを企業として提供する仕組み」というところで、この点を含めまして、いずれにしても市町村の関与がいろいろなところで求められるところかと思えますけれども、中山間地域ほど自治体のリソースも限られるのではないかなと思います。本日の御発表の中で、保険者は提供体制を事業者任せにしないという御要望がございましたけれども、国も自治体任せにしないというところは念頭に置いていただきながら支援体制が求められることかなと思います。

⑤の部分も関連するところで、制度の周知はもちろんのこととして、制度が効果的に活用されるような情報発信とか活用促進策の実施を求めたいと思います。是非、必要な地域での対応が前例主義で進まないといったことがないようにしていただきたいということでございます。

以上でございます。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、残り時間の50分程度を目途に質疑を始めたいと思います。御意見、御感想のある方、コメントのある方は挙手ボタンをお願いいたします。今日御報告いただいた皆様方におかれましても、もし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。

早速ですが、間下委員、よろしくお願いします。

○間下委員

御説明ありがとうございました。

厚生労働省さんに質問が2つあります。

1つ目は、中山間地域もしくは人口減少地域ということで、どう対象を切っていくのかというところですが、基本はやはり人手不足のエリアが対象ということだと思うので、人手不足対象地域とか、人手不足地域とか、有効求人倍率で見てみるとか、そういった考え方は難しいのでしょうかというのが1つ目の質問です。要は、中山間地域

とか人口減少だけで区切ってしまうとかなり限定的になるので、そこをもっと柔軟に運用するためにもう少し違う軸がないのかということです。

2つ目がICTの活用のところですが、もちろんICTの活用はすべきだと思うのですが、現状、ICTの活用を前提としたというところの前提がどのレベル感を求めているのかというのが分かるとありがたいなと思いました。例えば、スマホを使っていればICTを使っているのかとか、どのレベルのことを求めている、それをやっていないと駄目なのか、逆にそれを求めたことによって何が解決されるのか、設置基準を緩和するのに値するようになるのかならないのか、そこについて教えていただけるとありがたいなと思います。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、厚労省さん、御回答をお願いできますでしょうか。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。

対象地域の考え方ですけれども、人材不足というのもあるし、どちらかという则需要が減っている、高齢者ニーズが減っているという、まさに中山間地はそれが同時に表れているところが特徴かなと思います。人材不足と言ってしまうと、逆に大都市部も必要な人材が足りていないところもあると思います。一つ念頭に置いているのは、なかなか指標を一律に切るのは難しいかもしれませんが、いずれにしてもこれから具体の地域要件もしっかりと自治体の実情も聞いて検討していきたいと思っております。

ICT活用についても、緩和することによってしわ寄せが全部職員さんに行くというのかなり課題ですし、それがサービスの質に行くのも課題ということで、定性的に具体的に求めているわけですが、具体的にどういった条件であればいいかというのは、まさに同じくですけれども、今後、給付費分科会等で議論されることになりますが、今日も御要望を頂いているのは、あまりハードルが高過ぎるとどこも導入できないということになりますので、そういう意味では、体制加算Iみたいな、全部認めているというようなイメージではないと思いますけれども、その辺もいろいろな意見があると思いますので、具体的にはこれから意見を踏まえて検討することになると考えております。

以上です。

○佐藤座長

間下委員、更問ですか。お願いします。

○間下委員

ありがとうございます。

2つ目の方はそれで是非また御検討いただいて、適切になるようにしていただければと思うのですが、1つ目のところで、設置基準の緩和に需要がどこまで関係しますか。あまり理解できていなかったのですけれども、どちらかという働き手が足らなくて設

置基準を満たさないから緩和するのかなというのが一番大きいのかと思ったのですが、需要も結構影響するのでしょうか。

○厚生労働省（林審議官）

影響すると思っています。そもそも在宅サービスの利用者が一定の範囲に少ないと、訪問だと移動距離がすごく長くなったり、行こうと思ったら1人の方がキャンセルすると、それが完全にロスになったりということなどがありまして、そういう意味では、利用者が少ないことによってサービスが維持できなくなるという事態がこういった地域で起きていると認識しております。

○間下委員

プラスオンでということですね。分かりました。ありがとうございます。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、桜井専門委員、お願いいたします。

○桜井専門委員

ありがとうございます。

今日御発表された町の方の発表を聞いていて、日本の未来がそこにあるなということを感じながら聞いておりました。

今回、こういった仕組みに対して、厚生労働省の方でも自治体にこういう制度がありますよということを広報されているかと思うのですけれども、どのような形で広報されているのかということをまず1つお聞きしたい。

2つ目は、今日御発表されたところだけではなくて、多分他にもたくさんこうやって困っている自治体があると思っておりまして、この方たちにもうちちょっと寄り添いながらというか、現場を知っているのは自治体の方たちだと思いますので、地域の実情に応じたところに対してどのような対応をされているのかという2点についてお聞かせいただければと思います。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、厚労省さん、お願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

今日のスライドですと12、13枚目に載っているところですが、具体的に担当から説明させていただきます。

○厚生労働省（渡部課長補佐）

厚生労働省老健局推進課の渡部と申します。

12ページ目のところですが、これまでやってきた基準該当サービス、離島等相当サービスについて、それ自体がまずあまり知られていないのではないのかという課題は以前も指摘されているところがございます、これまでも調査研究事業の報告書とか自

治体向けの手引などいろいろ準備をしているところですが、今回2040年の検討会とか様々指摘をいただく中で、そういった指摘も踏まえながら、改めて本年度の調査研究事業の中で、基準該当サービスや離島等相当サービスがどういうものなのか、どういうふうになれば導入を進められるのかという手順書みたいなところをまとめた資料を準備しているところです。本年度内にそういった準備を進めて、必要な周知を行っていこうと思います。

その上で、今回新たな特例の仕組みというところがございますので、そういった新たな特例の仕組みと、これまでも準備した仕組みの違いとか、それぞれの活用の仕方というところは、この制度をつくっていく議論と併せて、自治体さんですとか現場の事業所の皆さんに周知できるように進めていきたいと考えております。

13ページ目の方ですが、離島・中山間地域等サービス確保対策事業という予算事業も準備をしております。これで、先ほどの離島等相当サービスのところがございますけれども、そういったものを自治体の中で導入しやすくするための各種の検討委員会、協議の場、伴走支援、そういったところに対する予算も令和7年度予算と比べて拡充して要求しているところがございます。こういったものも活用していただきながら、自治体の中で導入支援を進めていきたいと考えております。

○桜井専門委員

御説明ありがとうございます。

こういう研究事業は冊子を作って終わりになってしまいうことが多くて、これをどうやって普及していくのかという点が落ちてしまうことが多いので、是非こうしたものをどうやって届けていくかということに対しても考えていただきたい。

それから、今お話を聞いていても、地域によって本当に様々な事情があるかなと思っていますので、もう少し柔軟な対応を是非話を聞きながらつくっていただければなと思っています。是非その2点に関してよろしくお願いします。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、高山専門委員、よろしくお願いいたします。

○高山専門委員

高山です。ありがとうございます。

間下委員、桜井専門委員が指摘されたことについて、改めて確認をさせていただければと思います。もう少し明確なお答えがいただければと思いつつコメントさせていただきます。

地方の人口構成は本当にダイナミックに変化しておりまして、社会保障の需給バランスの変化は非常に激しいのです。まさに今、それぞれの都道府県ごとに新たな地域医療構想の議論も始まっていますけれども、医療、介護、行政が一体となって先を見通しながら柔軟に組み替えていかなければ追いつかない状況に入ってきています。先ほど厚



労省様からも、需要の変化も要素となり得るという御発言があったので、それは良かったと思います。

中泊町が、制度を導入することによる事業所側のメリットがデメリットを上回るような制度設計をお願いしたいとおっしゃっておられました。本当に切実かつ基本的なメッセージだと私も共感いたしました。

また、現状では都市部のように見えていても、数年後には高齢化が急速に進んで、中山間地以上に介護サービスの提供が困難になっていくことが見通されている地域も少なくありません。これは備前市が御発表されたとおりで、私が地域医療に携わっている沖縄本島も含めて、まさに全国で同じような状況が多発してきているところです。

こうしたことから、特例介護サービスの対象地域の認定については、そうした変化にも柔軟に適用できるようにしておかないと、地域の努力について足を引っ張ることにもなりかねない。繰り返しますが、柔軟さが本当に求められています。市町村の平均値でサービスの提供状況を見ていると、介護逼迫の状況を見誤ってしまう懸念もあります。

私が指摘したのは2点です。需給バランスはダイナミックに変化しているので、後追いの規制緩和では追いつきませんよということ。もう一つは、市町村内にもむらがあるので、地域視点も柔軟ではないといけないのではないですかということです。この辺りの見通しと対応について、厚労省としてのお考えをお聞かせ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、厚労省さん、御回答をお願いできますでしょうか。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。

若干説明の際の繰り返しになるかと思いますが、6枚目のスライドを御覧いただけると、端的に言うといずれもそのとおりだと思います。特に先を見越してということですが、左下にイメージでグラフを描いているところの右の吹き出しにも書いていますが、一般市は特に、これはイメージで典型的に描いていますので、実際には地域ごとの見通しを各自治体レベルでしっかりと需給の状況を見通して立てていただく必要があるわけですが、高齢化は一定ピークを越えてこれから減っていくところもありますし、当面は伸びるけれども、折れ線になっているようにどこかの時点で増加から減少に転じるような地域もあります。それがおっしゃるようには様ではなくて、同じ市の中でも特に大きい市は地区ごとに状況が違ったりするということもしっかりと見通していただきたいと思います。とっております。

かつ、通常、介護保険事業計画は3年ごとということで、3年後を見通せばいいということですが、もっと先を見据えて2040年をターゲットイヤーにして、そこまでの需給状況を見通していただくように、今回の9期の計画でも市町村をお願いいたしま

したけれども、10期の計画では市町村・都道府県においてしっかりとそれを見定めていただくことをお願いしたいと思います。

考え方だけではなくて、介護保険の世界では従来から見える化ツールということで様々な指標をシステムに入れて見通し等を立てられるようなツール提供もしておりますけれども、実際に自治体が計画等作成で見通しを立てる際に参考になるような様々な支援を併せてしていきたいと考えております。

また、今回の具体的な特例サービスの対象となる地域につきましては、3つ目の○にも書いていますように、特別地域加算の対象地域を基本とするものの、地域の事情に応じた柔軟な対応が可能になるように、高齢者人口の減少に着目した範囲の考え方など、今後、都道府県・市町村の検討のサポートになるように国が一定の考え方を示して、具体的な地域設定はそれに基づいて都道府県・市町村がよく話し合いをして検討していただく、また市町村の中でもエリアを区分して設定することを可能とする、こういう基本的な考え方を示しております。これを更に具体化していくような議論を国としてもしていきたいと考えております。

○佐藤座長

高山専門委員。

○高山専門委員

ありがとうございます。

考え方について共通認識があるとのことで大変心強いです。是非本当に柔軟になるよう、制度設計を進めていただければと思います。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、大石専門委員、お願いいたします。

○大石専門委員

ありがとうございます。

様々な厚労省様からの発表はよく分かりました。

今まで他の専門委員の方々が御発言された内容に非常に近いのですが、基本的にこの制度をつくる時に、国の方で、どこが該当地域になっているのか、もしくはどこが該当地域になりそうなのかということはマクロ的に分析したときにある程度分かるのではないかなと思っています。最終的には各都道府県とか基礎自治体と考えて、自分たちでどうするかというのを考えて出していかなくてはいけないのですが、国のほうで大体こんな感じということをやっていたらいいと思います。

あとは、現行制度も結局その存在を知らなかった、もしくは何らかの理由で手挙げができなかった、やらなかったということがあると思うので、本当はそういうところに手挙げをするべきところが手挙げをしていないのであったら、それはどこで情報が漏れて

いるのか、もしくは手挙げがしにくい状況になっているのか、もしくは制度自体が使い勝手が悪くて、先ほども御発言が出てきましたけれども、デメリットの方が上回っているからやる気にならないのか、そこを丹念に潰していった、次の制度設計に活かすというPDCAを回すというのが必要になってくると思います。マクロ的に見て、厚労省でもウオッチする方法、それでKPIを設定するということ、また、PDCAのフィードバックがかかる仕組みを今お考えになっているのか、お考えになっていないのだったら今後はあり得るのか、もしくはなぜできないのか等についてお伺いしたいと思います。お願いします。

○佐藤座長

では、よろしくお願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。

地域の話でございますけれども、繰り返しで恐縮ですが、基本的に特例対象になる地域は、ベースとしては特別地域加算の対象地域を考えています。先ほどのスライドでも御紹介させていただきました。

これはどういうことかといいますと、訪問介護などの事業を実施するに当たって、移動距離が長いということ等を踏まえて加算を行っております。この加算のことを特別地域加算と申し上げておまして、この対象地域は8枚目のスライドに具体的な範囲を書いております。ここはある意味対象になり得るのだろうと考えておりますけれども、その地域プラスどのぐらいの地域がこういったニーズがあるのかということについては、まだ厚労省としては全般的な調査はしておりませんので、これから検討に当たりましてそういったことなども把握していく必要があると認識をしております。

地域については以上でございます。

あと、おっしゃるように、使い勝手が悪い、給付の話あるいは基準の話、いろいろあると思いますけれども、こういったもののPDCAを回すべきではないかということでございますが、まさにおっしゃるとおりでして、我々も3年ごとに介護保険制度を基本的に制度的な見直しを行ったり、それを受けて報酬額や基準の見直しを行っております。

今回まさに特例介護という新しい仕組みを設けましたのも、御紹介しております基準該当、離島等相当サービスというのは実は2000年の制度開始当初からあった仕組みではあるものの、それ以来初めての緩和の仕組みを導入することにしました。現状を踏まえて、そういった必要性が高くなっている、かつ、今の仕組みではさっきのような周知等をした上でも対応できていないのではないかとということで、報酬の仕組みも含めて、事業の仕組みも可能とすることも含めてかなり踏み込んだ見直し提案を行わせていただいているのもそういった問題意識の表れだと捉えています。

ただ、いずれにしても細かいところも含めて、現場ではそうは言っても活用できていないという話もあるので、そういうものは丁寧に拾っていった対応していきたいと考えて

おります。

○大石専門委員

ありがとうございます。

本当にスピード感を持ってやっていただきたいと思いますし、あらかじめ設計して、K P Iなどを設けてやらないと後手に回りますので、是非そこをよろしくお願いします。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、紀伊専門委員、よろしくお願いいたします。

○紀伊専門委員

ありがとうございます。

一連のお話にあった柔軟性みたいなところに関連するのかもしれないのですが、新たな類型案の特例的なサービスに関して、国としての最低限の基準を示すに当たって、この辺りは机上で議論するだけではなく、実践してみて、本当にそれで回っていくのかとか、さっきのメリットとデメリットでメリットが上回るような制度設計はどのようなものかというのは、ある程度実践・実証しないと見えてこない部分があると思うのですけれども、そうした国レベルの検討が進んでいるのかということが1つ。

あとは、厚労省の資料の11ページに関しては、都道府県が配置基準等は条例を策定する、市町村は実施要綱を作って地域ごとに柔軟にやっていくということだと思うのですが、条例をつくったり、要綱をつくったりということで、それをまた変えるとなると、さっきから出ているような柔軟性という話ともなかなか両立しないというか、やはり固定される部分もあって、これも実践しながら改善していくことが必要なのだと思うのですが、柔軟性への配慮というか、制度設計においてこういう形であれば実際にやってみて地域の実情に応じて柔軟に対応できるのではないかという、この辺りはどんなふうに厚労省としてお考えなのかということもお聞きしたいと思います。

以上、2点でございます。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、厚労省さん、よろしくお願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

1点目の特例介護サービスの新しい基準や報酬をどう設定していくのかということですが、現状は、率直に言いますと、何かモデル事業を既にやってある程度見通しが立っているということは具体的にありません。あるとすれば、先ほど少し触れましたけれども、地方自治体の独自事業ということで少し取り組んでいる例はあります。

この辺につきましては、16コマ目のスライドにも最後に少し書いていますけれども、第10期の介護保険事業計画で、当然自治体側の準備・対応もございますので、希望する自治体の手挙げのような形で、まず国である程度基準を示して、もちろん一定の考え方

なりエビデンスは踏まえつつやっていただいて、またそれを実際に回してみただきつつ、PDCAみたいな御指摘もありましたけれども、状況を踏まえながら見直していくようなプロセスも含めて考えていく必要があるかなと考えております。

具体的な進め方などにつきましては、いずれにしても我々事務方当局だけで決められるような枠組みではありませんので、当然、公費、保険料を使っていますので、介護給付費分科会の中でしっかりと有識者等の意見を聞きながら決めていくことになると考えております。

2点目の条例、要綱ということの逆に拘束性、羈束性みたいな話でありますけれども、これかなり悩ましい話で、とは言え、自治体でも全くそういった羈束行為がない形で実施するというのもなかなか難しいところではあると思いますので、制度として実施するに当たっては、条例ではない下位法令レベルでということはあると思いますけれども、何らかルールは決めていただく必要があるのだらうと思います。

ただ、現実問題として今生じていると認識しているのは、特に町村部では行政職員自体の手もかなり足りなくなっていて、例えばいろいろと新しい柔軟な仕組みを提示することができたとしても、そもそも対応がなかなかできないというような課題が現実には起きていると思っております。

我々としては、もちろん国が直接市町村を支援できればいいのですが、なかなか限界もありますので、現実的には都道府県・市町村に対するハンズオンの支援をより積極的にやっていただくようお願いせざるを得ないのではないかと考えているところでございます。

十分お答えになっておりませんが、取りあえず私から以上です。

○佐藤座長

ありがとうございました。

紀伊専門委員、いかがですか。

○紀伊専門委員

目先ではなくて、今日の御発言でいうと2040年を見据えてということだとすると、その分だけ小幅な緩和ではなく、思い切ったことが各地域で打てるような設計が必要だと思うので、給付費分科会でその進め方を御議論いただくのはいいかもしれませんが、そこで全てが決められるわけではないと思いますし、実践を通じて制度側にフィードバックしていく仕組みをしっかりと、2040年というのであれば何か御検討いただきたいなと思いました。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、落合委員、よろしくお願いいたします。

○落合委員

既にいろいろな先生方からも御意見が出ている中で、大分重複するようなところもあ

るかなと思いますけれども、私からも３点ほど伺いたいと思っております。

まず１点目が、今回議論されている中で、例えば中山間・人口減少地域を先行事例にしていくような側面があるのかなと思いますけれども、最終的には、先ほども2040年を見据えてということでお話がありましたが、そういったタイミングまで考えていくということであれば、やはり都市部においてもそういったサービスの維持は、必ずしも今と同程度の容易さではない、ということになってくるタイミングもあるのだろうと思っております。

そういう意味では、まずは課題先進地域から、ということではあるかと思っておりますけれども、今後広げていくに当たって、今回、包括的な報酬といったものも整備されていくところだとは思いますが、こういった取組をしていくのに当たっては、どういう形のアウトカムを設定していくのか、どういうアウトカムを目指していくのか、K P Iといったこともあろうかと思っております。他方で、アウトカムを設定していくという中で、細かいことを求めていきますとなかなか柔軟に実施もできないし、本当に良いアウトカムの実現方法は何なのかと地域もいろいろ違うし、やり方も違う、I C Tが使えないというお話も今日のプレゼンターの方々からも少し出ていた部分もございましたが。そういった意味で様々な多様性がある中ですので、いろいろな選択肢を許容するような形、他方で、何をを目指しているのかというのは明確にしていくような形で、是非アウトカムについて、今後ここから起点にしてちゃんと数年かけて、しっかり形にしていっていただきたいなと思っておりますが、こういった点についてどうお考えになるか、というところをまず一つ目にお伺いしたいと思います。

二つ目といたしましては、今日こういった議論がされておりますが、施設サービスとか特養なども含めて考えていくことも必要ではないかと思えますし、人手が足りないというところに着目するのであれば、例えば、私も薬局薬剤師といった検討には参加させていただいておりますが、多職種で連携をしていくことや、これが必ずしも資格者だけに限らないような形であったり、そういったものも含めて、対象となる施設や、一緒に協力してチームを作っていく人をどういう形で拡張していけるのか、ということも考えていくことが重要ではないかと思っておりますので。そういったサービスの種類の拡張や、対象となる関係者の拡張について、どう考えられるかというのが第二点です。

第三点としましては、包括報酬に関してはモラルハザードが生じる可能性もあるところだと思っております。これとの関係でも、アウトカムの評価をどういうふうにしていくかというのは大変重要なところになってくると思いますが、一方で、どうしてもそのアウトカムについては、まだそこまでのすごい積み上げがあるわけでは必ずしもないのかなと思います。そういった中で、例えば地域の自治体がいろいろな形でモラルハザードも防止できるような仕組みとか、そういうのを実験してみたいというか、先にやってみたいという声があったときに、是非そういったものを評価したり、先行して実施していけるような取組もいただくと本来的には良いのではないかと思いますので、この

点についてもどうお考えになるか、以上３点をお伺いしたいと思いました。

○佐藤座長

ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答をお願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。とても重要な指摘だと思います。

まず、中山間地域でこういう仕組みを導入するのですが、都市部も視野にということ、まさにそうだと思っています。都市部であっても、今、中山間地域がまさに課題先行地域とおっしゃったように、同じような事象になるだろうということもありますし、今回、いろいろな特例サービス導入することによってストラクチャーによる担保というものを少し緩和をして、何らかの代替措置として一定のアウトカムは求めざるを得ないでしょうが、そういった仕組みを導入することできちんとした質が担保されるかどうか、されるのであれば同じような仕組みを地域限定せずに広げていけるのではないかという議論にはつながっていき得る話だと認識しております。とはいえ、いきなり全国ということもなかなか難しいところもあって、今回こういった提案をしていると考えています。それから、将来的に仕組みを更に活用していくというか、広げていくことも念頭にはあるという認識です。

あわせて、今申し上げましたが、一定のストラクチャーというか配置基準等を緩和することになりますと、その担保措置をどう取るかということが必ず議論になってくるわけです。ある程度アウトカムを評価していけばいいということではあるものの、アウトカムの把握自体も、事業者さんが一定の指標とか数字を取る、アンケートを取りますと、また負担になるというところで、人がいないから基準を緩和するという面がある中で非常にジレンマになるところも出てきます。ここについては非常に悩ましい課題ですけれども、一定の考え方を出していかなければいけないだろうと思っておりますので、そういった柔軟さも含めて検討が必要だと思います。

また、最後におっしゃったように、その辺の評価というか確認を自治体に委ねる、自治体が一定の監査とか確認をすることによってある程度代替をしていただくということも一つのアイデアとしては十分あり得るのかなと思っておりますので、御指摘の点も含めて今後しっかり検討していく必要があると思っております。

二番目に御指摘いただきました多職種の連携とか資格者以外の方もということでございます。まさにそういったことが必要ですし、介護の分野については資格がないと介護業務に従事できないという要件は、看護とコメディカルを除いてあまりないのですけれども、そうは言っても医療系の職種についてはなかなか確保が難しいといった場合に、こういった形でその緩和ができるかということも今回の特例サービスの一つのチャレンジだと思っております。

また、そういった取組について、法人間・施設間の連携の促進ということを申し上げ

ましたけれども、そういった中でどこまでそういったことを許容していくのかということも含めて検討していく必要があると考えております。

もっと前段階の話としては、施設の中の業務自体ももう少し分解していったって、専門職でなくてもやれるようなことを専門職がやっているところが特に福祉の現場では多々見られますので、そういった業務の棚卸しと専門的な業務と非専門的な業務の仕分けも、ベーシックなことですけれども、やっていく必要があると考えております。

以上でございます。

○佐藤座長

ありがとうございます。

落合委員、いかがですか。

○落合委員

ありがとうございます。

いずれも基本的に前向きにお考えいただけるようにお伺いしましたので、そういった形でと思います。

やはり今おっしゃっていただいたような、なかなか手がない場合になり手を確保していけるような緩和や、タスクの切り分け、場合によっては、私はデジタル関係のほうを特にやっているところが多いのですけれども、介護の現場ですと、どちらかというとタスクのシェアとか切り分けの方がもしかすると効くかもしれませんので、そういったところも是非やっていただきたいと思います。

自治体との関係では、いろいろモデルがあるということは、自治体が積極的にやっていただけるというのを引き出していくのが大変大事だと思いますので、そういった積極的な取組を評価するとともに、これまでも少し意見がありましたが、そういった成果をガイドラインとか、事例集、という形でも共有していただいて、評価の仕組みとは別に、ベストプラクティスの共有も是非やっていただけるといいなと思いました。

以上でございます。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、佐々木専門委員、よろしくお願いいたします。

○佐々木専門委員

ありがとうございます。

最初に、包括報酬化というのは素晴らしいアイデアだなと思って、私もニュースを見たときにこれは良いのではないかと思ったのですが、今日は3点質問があります。知識の整理的なところもあって、今さらと思われるものがあるかもしれませんが、御容赦いただければと思います。

1つ目は、ICTの活用とか人材確保、あるいは生産性の向上の方策を講じた上でというのが、これを条件化するというのは厳しいのだろうと思います。規模が小さいとこ



ろはアナログでやった方が効率が良いということは圧倒的にたくさんあって、我々も医療の現場でいろいろなものをD X化しようと思っていますけれども、小規模なものは紙の表で管理した方が簡単なものもあるし、逆に大規模になってくると一定以上はデジタル化した方が良いと思うのですけれども、I C T化が実は生産性を下げることが現場では多々あるので、そこはもう現場の裁量に任せるということでいいのではないかなと思いますし、こういった要件を作らずに、いろいろなプレイヤーの方に入っていて、いろいろな経験を共有していくことをまず優先することが重要ではないかなと感じています。例えば、人事配置基準もそうですけれども、要件について具体的にどの程度の厳格性を前提とされているのかというところがあれば教えていただきたいというのが1つ目です。

2つ目は、包括報酬というのは、今の日本の介護保険サービスの中では地域密着型というのがあって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能、看護小規模多機能は包括報酬ですよ。離島で特例を受けている自治体の中には、例えば小規模多機能しか介護事業所がないけれども、それで上手く回しているみたいなのところもあると思うのですけれども、今回厚労省さんの資料の17ページを見るといろいろなパターンが想定されていて、例えば、他法人が訪問をお手伝いするパターンがあったり、通所から訪問に行くパターンがあったり、いろいろなものを組み合わせて取りあえず地域の資源を上手く使いながら何とか必要なケアを提供していこう、これを包括で評価していこうという理解なのかなと思うのですが、新しい形の地域密着型みたいな定義の仕方によって、例えば、地域の法人が一体的にケアを提供していくみたいな整理の仕方は検討の対象にならないのかなと思いました。

3つ目は、落合先生も御発言されていましたが、アウトカム評価というところです。私はもともとL I F Eを使ったアウトカム評価には懐疑的なところがありまして、自立支援とか重症化予防という部分を評価することはいいと思うのですけれども、介護の目的はそれだけではないのです。我々在宅医が関わるのは特に人生の最終段階なので、苦痛なく穏やかな日々を過ごして、最期はできるだけ痛みなく死んでいく、ここを支えていくということだと思うのですね。

先ほどから厚労省さんも、利用者自体が減っていくのだというお話をされていましたが、地域における住民のケアニーズが、例えばA D Lの回復・維持だけではなくて、穏やかな尊厳ある最期であるというケースも少なくないのではないかなと思うのですね。そういったものを評価するようなアウトカムの指標は、現状は恐らくないので、これを現在進められているL I F Eのような代替的な指標でやっていくのは難しいのではないかなと思っているのが1つ。

それから、包括報酬に伴うモラルハザードをどう担保するかという中でアウトカムということだと思うのですけれども、訪問がちゃんと必要なケアが提供されるのだよというところを担保してあげるというのが今回のこの事業のより重要なポイントではない

かなと思うので、ストラクチャーの評価からアウトカムの評価に変えますではなく、アウトカム以前にプロセスの部分をもうちょっときちんとしていくというのが重要ではないか、必要なケアが必要な人に届いているかどうかというところをちゃんと評価するというのは難しくないのではないかなと思いました。

先ほど、専門職の方が専門職でなくても良いことをしているので、ここは仕分けをしようという話も厚労省さんからありましたが、逆に地域住民の力が弱過ぎて、本来であれば地域住民がやらなければいけないことを地域住民ができないために専門職がやらざるを得ないという状況も一部生じているとも思うのですね。逆に言うと、こういった部分を評価する仕組みも作ってあげる必要があるのではないかと思います。

私の友人が岩手の八幡平というところで、ここは利用者も専門職も少なく大変厳しいところなのですが、ぎりぎりの条件の中でやっていますが、見守りが足りないので犬に見守りをやってもらっていますとか、もう猫の手も借りたいというような感じで、本当に地域の資源をフル稼働しながらやっているのですね。地域で何が使えるのかというのは地域によって違うと思いますし、その辺りの柔軟性と自由さを地域の方にフリーハンドで残してあげる仕組みをつくってあげないと、これは普及しないのではないかなということで、ちょっと冗長になりましたが、3点です。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。

1点目は、特例介護サービスについて、ICTの活用といってもなかなか難しいのではないかとということをおっしゃっていました。これは10枚目のスライドに書いているところを指摘されていると思いますが、先ほど申し上げたように、具体的に特例介護サービスの対象事業所自体に高度なソフトを入れることを求めるということを想定しているというよりも、その地域なり自治体としても人材確保とかICT機器の普及に取り組んだけれども、やはりこの地域、この事業所、この地区では、考えられる生産性の向上というのは検討してみたけれども難しいという場合に、特例介護サービスの適用を考えましょうという、全体の導入の条件的なところで書いているのが一番上のパラのところです。

個別の事業所に、その下にICT機器と書いていますが、どの程度レベルの高いことを求めていくかというのは、今日もいくつも御意見をいただきましたし、現場の御報告もいただきましたように、そういった地域におけるサービス提供事業者の実情等も踏まえて現実的なものを考えていくことになるだろうと考えております。

2つ目は、地域密着のことも示しつつ包括報酬の話をお指摘いただきました。おっしゃるように、地域密着型サービスで包括報酬を導入しているものがありますので、新し

い特例介護サービスの包括報酬を導入するに当たっても、それらの既存の枠組みにおいてどういった対応をしているかということの一つ重要な参考情報として検討していくことになるというのはそのとおりだと思っておりますし、前例が全然ないわけではないので、そういったところは十分参考になるだろうと考えております。

なお、ちょっと分かりづらくて恐縮なのですが、17ページの方は給付でも難しい場合に事業として実施する場合の説明をしております。どういうことかといいますと、いくら包括報酬にしたとしても、給付はあくまでも各要介護者、利用者に紐付いた形で月いくらというお支払いをするということが制度的な限界でございます。

17ページは、もうそんなのでは無理なので、この事業をやっていただくために年間何百万払いますという形で市町村がその事業所との間で契約を結んで、具体的な中身としては、ここに書いてあるのは例というかイメージですけれども、事業形式で実施するという場合でも、今は介護保険財源がその場合は使えないのですけれども、介護保険財源を使って実施できるようにしましょうという更に柔軟な取組を提案させていただいているという意味で、包括報酬を更に飛び越えている形になります。

当然こういった場合でも全く評価をしなくて良いかという議論は出てくると思しますので、それもこの事業の仕組みをどういった条件で認めるかということと併せて検討の俎上には載ってくるだろうと考えております。

3点目の指摘ですけれども、L I F Eというもので評価できる場面はおっしゃるように現実的には限られてくるというのはそのとおりだと思います。ある程度数値として評価できるような分を評価しているというところで、これが特に看取りとか終末期も含めて、利用者が尊厳を持って最期まで自分らしく生きられたということの評価の全てをもちろんできるものではないというのはおっしゃる通りだと思います。

そういう意味では、これをどう発展させるか、あるいはこれ以外の仕組みとして何を設けるかということも含めて考えていかなければいけない大きな課題だと考えております。それは課題として認識しますが、現状、どこまで何ができるかということについてはいろいろと検討が必要だと思います。ある程度工夫の余地はあるかと思ひますし、今、医療・介護連携事業では例えば地域で看取りの数ですかね。

#### ○厚生労働省（渡邊室長）

そうですね。医療・介護連携推進事業については、医療と介護、地域、それぞれの特性に応じて連携していただくということで、地域支援事業の一部として、していただいておりますが、看取りを地域でどう評価するかというのは地域によって様々あり得ると思ひます。

厚労省としては、地域で指標を定めていただきたいということで、指標の例ということで事例集を出しているところですが、その中では、例えば在宅死の割合とか、看取りの場所とか、看取りの資源がどの程度地域であるとか、そういった指標を示した上で、地域で議論をしていただく、そこで看取りの体制を作っていただくということ

を進めているところでございます。

○厚生労働省（林審議官）

最後に、地域住民の話もしていただきました。まさにそのとおりでして、特例介護サービスの議論をしているのはあくまでも要介護者に対するサービスの話になります。しかし、それだけで地域で要介護高齢者が暮らせるわけでもないし、その前の段階の方もあります。そういう意味では、地域力の向上というのは従来から大きな介護保険のテーマの一つでして、もうちょっと大きい傘を社会福祉法の中でも地域共生社会の実現ということであって、今も制度改正なり強化の議論をしております。

今回の議論の中でも、特に地域包括支援センターを軸として、地域ケア会議を作り、地域の支え手の力を増していくという取組も更に進めていくことにしておりますので、おっしゃるようにそういったこともまた重要な要素だと考えております。

以上です。

○佐藤座長

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

では、高山専門委員、よろしくお願いいたします。

○高山専門委員

ありがとうございます。

個人的な視野からのコメントになって恐縮なのですが、是非御理解いただきたく発言させてください。今から申し上げるのはお願いであって、質問ではありません。時間も押しているのでお答えは不要です。

私は沖縄県の県立病院の医師として県内の小規模離島も診療応援で訪れることがあるのですが、離島にいる高齢者はある意味腹をくくって暮らしておられます。医療も介護も資源は限られています。都会並みのことは到底無理なのですね。腹をくくらないと離島での暮らしは続けられないということだと思います。

都会の感覚で質の維持を言うてくださるのはありがたいのですが、それが実現できるだけの支援もないままサービス提供の条件としてしまうと、ある程度は都会と比較して質が低かったとしても、島で暮らしたいと思っている方々が暮らせなくなってしまいかねません。都会で求められる介護の質と、離島だからこそ得られる介護の質は、実は全く異なるものなのですね。これを語っている時間はないので話を進めます。

具体的には、ICT活用とか事業者間連携などを前提にということが書かれていますけれども、沖縄にいる私の感覚からすると、現場感覚から乖離しているというか、そこで働いている人たちの顔、建物などを思い浮かべつつ、現実感がないなと感じてしまうところです。例えば、小さな離島では少ない高齢者を家族のようにみんなで支え合っているところがあるのですね。そこでICT機器の活用とかLIFEと言われても、なぜ今更と思われると思います。

この辺りはそれぞれの僻地の状況を踏まえて、繰り返しますが、柔軟に御議論いただきたいと思います。もし、それでもそのような質を離島に求めるのであれば、それを実現できるだけの支援についてもしっかりと盛り込んでいただきたいと思います。そうでなければ全くの空回り、あるいは逆効果となりかねません。

まとめますけれども、離島や僻地のサービス拠点の質を維持させようとするのか、あるいは点としてでもサービスが残り続けるための支援をしようとしているのか、この辺りはしっかり軸を定め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、これは御意見ということで承ります。もし何かあれば、最後に厚労省さん、御回答をお願いいたします。

では、最後に時田専門委員、よろしくお願いいたします。

○時田専門委員

ありがとうございます。

先ほど中泊町の方のプレゼンを伺ってとても驚きました。要介護認定者が852人という自治体の中にあれほど多数のサービスがあることに実は驚いたのです。

介護保険制度は当然ですが、事業者が指定申請をすればサービスの提供ができるという仕組みではあるものの、それを自治体の側がどんなふうに見据えてサービスを事業計画の中で構築しようとしていたのかということところが実は減少地域だった、なので、今は減ってきているからこうなっているということなのかどうか分かりませんが、同時に、これは今全国の中山間地域で起きていることではあるけれども、2040年に向かって僅か15年しかないこの段階ではどの自治体でもこれから起こる未来の出来事を検討しているということになると思います。

そのときに、今のように、今実際にサービスとして提供されている事業者のサービスを今後も継続する必要があるのかどうか。それは自治体の判断だろうと思いますけれども、本当に必要なサービスなのかどうか、そのことについてきちんとどこかで問わないと、この議論は増える高齢者をますます少なくなる人材が支えるという未来をこれからどうつくるかという問題です。この問題に本気で各自治体が自分のこととして取り組んでいかなければ解決はできないはずです。

もちろん自治体によって脆弱な人材の中で工夫して苦勞してやっというところがあるのもよく分かります。でも、そうだとしたら、国がなすべきはその自治体に対する本気のサポート、この地域の未来をどうつくるのかという事業計画に対する根本的な支援がない限り、小手先で3年に一遍制度を変えていくだけで解決するとは到底思えません。それは、これから先の未来のまさに団塊世代、団塊ジュニア世代の高齢期をどう支えていくことになるのかという根本的な問題だと思っています。

必要なサービスを提供する人は、本当に今のように要介護1から5までなのか、要支援の人たちも介護保険の財源を使う必要があるのか、財源の問題と、人材の問題と、その必要性について本質的な議論がどこかでなされる、今がその時ではなかろうかと思っています。

以上です。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、最後に厚労省さんから、今のお二方のコメントを含めて御回答があればよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（林審議官）

ありがとうございます。

高山先生、まさに離島、今回対象にしているような地域の実情をよく踏まえて検討していきたいと考えております。

時田先生がおっしゃることはそのとおりだと思います。特に需要が減っている地域においては、どの事業者が残り、どの事業者が対応するかということも含めてぎりぎりの選択をやっていく必要があることも含めてですし、今後2040年を見据えてこの制度改革で全部解決するような話ではないと認識しておりますので、そういった大きな議論もやっていかなければいけないと考えております。ありがとうございます。

○佐藤座長

ありがとうございました。

では、既にお時間になっておりますので、この議題についてはここまでとさせていただきます。

本日は、現場の方々から非常に有益なお話が伺えたと思います。やはり現場の実情は多様であるということ、それから、印象に残るのはそれぞれの自治体の方が2040年を見据えているということなのですね。なので、今大丈夫だから何もしなくていいというわけにはいかない。これは、自治体の財政運営において彼らが認識している危機感なのかなと思います。私も介護保険部会にいて分かるのですけれども、どうしても厚労省さんを含めて国の改革は漸進主義的にならざるを得ないのですね。でも、それは結局、今は大丈夫だから大丈夫、3年経ったらまた考えましょうということになってしまうわけです。石橋をたたいて渡るといとか、たまに壊してしまうような話になるわけですね。

ところが、紀伊専門委員、時田専門委員、皆さんからも御意見があったとおり、こういった問題については現場が多様であるがゆえに現場で柔軟な判断を可能にすることが求められますし、時としては大胆な見直しもあってしかるべき。これは2040年見ているわけですから。そういった点で、現場にできるだけ裁量を与えるということはあっていいのかなと。現場にニーズがあり、現場に知恵があるわけですから、それを最大限活用するということがあつていいのかなと思いました。

その上で、一応取りまとめないといけないものですから、今回いくつか課題がありましたけれども、中山間・人口減少地域の定義についてです。どうしても保守的な定義になりがちではありますが、私は地方財政が専門なのでよく分かりますが、市町村は合併していて、同一市町村の中でもエリアによって状況が違うのですね。都市というカテゴリーにありながら、地域の中に過疎地域を抱えている地域は別に珍しくないのです。

そういったことも考えると、これは厚労省さんも念頭に置いているとは思いますが、市町村内の一部のエリアを対象地域にする、例えばそれが県庁所在地のような地域であったとしても、その中に過疎地域とか人口減少地域があるとすれば、それも対象になるような形での位置づけが求められるかなと思いました。

それから、各委員、専門委員からも御指摘がありましたけれども、人材確保やICTの活用を前提にするというのは、ややもすると現場に対して保守的な判断を強制することにもなりかねない。つまり、やっていないから特例措置は求められないのかということになってしまいますので、人材確保やICTの活用など、そういったことについて過度な前提条件にならないということですかね。もちろん一般論としてそういう取組があるのはしかるべきなのではけれども、小規模事業者とか、ICTをやってもあまり意味がないということもあるかもしれませんし、人材確保という点においては、必ずしも介護職員ではなくても地元のボランティアの方、介護助手の方、タスクシェアと我々はよく言いますが、タスクシェアの中で人を確保できるということもあり得べしなので、そこは柔軟な解釈があって良いのかなと思いました。

それから、ここも議論の中心になりましたが、アウトカム評価についてになりますけれども、これまでどうしても配置基準というようなストラクチャーベースでの評価に基づいて報酬が払われることになるわけですが、配置基準のところを柔軟に見直すということであれば、アウトカムベースでの評価、そして、アウトカムベースでの包括払いみたいなことをこれからやっていく必要があるだろうと。

ただ、もちろん言うは易し、するは難しでありまして、どうやるのだよということになると、ここは走りながら考えざるを得ないところがある。つまり、まずはやってみて、実証してみて、そして課題とか、どんな形でサービスが提供されているのか、どこにボトルネックがあるか、実際のところ、質と言われるようなものはどんな形で評価できるのか、こういったことを検証して、その上で見直しにつなげていくということがあっていいですし、先進的な取組をする自治体は先行してやっていただいて、その上で効果を検証して横展開をするということがあっていいのかなと思います。

あと、あまり市町村任せにしないでということ。彼らも人材がいないので、それは都道府県の役割も重要ですが、介護保険というのは国の制度なので、最後はちゃんと国が責任を持って必要な支援をやるということはあるべきだと思います。

もう一つ、運用について、先ほどもいくつか御指摘があったとおりですが、ガイドラ

インを作っても、あるいは制度をつくっても、なかなか現場で認知されないとか、自分たちで使って良いのかなみたいな厳しめな判断もするケースもあると思いますので、これはむしろ厚労省さんの方で積極的に営業活動をかけて、こんな制度が今利用可能なのですよということを、単にホームページとか通知で出すだけではなく、積極的に自ら赴いて現場に働きかけるとか、そういった取組があって良いのかなという気がしました。

最後に、確かに高山専門委員をはじめ時田専門委員から御指摘があったとおり、あと佐々木専門委員からもお話がありましたけれども、介護の最後の目的は何だろうというのは、やはり個人の尊厳だと思うのですよね。だとすると、我々経済学者の言葉を使うとソーシャルキャピタルだと思うのですが、地域の中でお互いに支え合う、最期まで尊厳のある生き方ができる、これが本当の最後の医療・介護の目的であることを考えると、介護のところだけ切り出して質がああだこうだと言うのもどこか限界があるのかなという気がします。その点も含めて、現場で柔軟な判断を可能にするような制度と運用が求められるかと思いました。

思いがけなく長くなりましたが、私からは以上ということにさせていただければと思います。本日はありがとうございました。

ただ、厚労省さんは全体的に、私も自分がいたから言うわけではないのですが、非常に前向きに取り組んでいただいていると思いますので、あとはスピード感を持って、現場に寄り添う形で対応いただければと思います。ありがとうございました。

議題1はここまでとなります。本日御報告いただいた方、誠にありがとうございました。厚労省さんをはじめ御報告いただいた方はこちらで退室していただいて大丈夫です。議題はここまでになります。

委員、専門委員の方々におかれましては、今日言い足りなかったことにつきましては、12月26日までに事務局に御連絡いただければ、事務局からまとめて厚労省さんのほうに連絡をするようにいたします。

では、本日の会議はここまでとさせていただきます。改めまして、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いただければと思います。