

社会保障審議会 第24回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所：平成17年6月30日（木） 午後3時から5時
KKRホテル東京（11F）孔雀の間
- 2 出席委員：池田、石井、井部、漆原委員（代理：山田参考人）、大森、沖藤、喜多（代理：猪塚参考人）、木下、木村、見坊、田中（雅）（代理：石橋参考人）、対馬、永島、野中、花井、村川、矢野、横山（代理：福間参考人）の各委員
欠席委員：浅野、井形、田中（滋）、矢田、山本の各委員
- 3 議題
 - （1）介護保険制度改革に伴う介護報酬の見直しについて
 - （2）その他

○ 渡辺企画官より資料に沿って説明。

（池田委員）

現行の介護報酬から居住費を除けば、残りはケアの費用であり、これが全国一律になることは適切である。一方、施設側が地域の事情や施設の事情を勘案して居住費を独自に決定できることもまた適切である

問題は補足給付で、居住費が厚生労働省の定める基準額を上回れば補足給付が支払われない。逆に居住費用を低く設定すれば施設側の収入はそれだけ低くなる。

そうすると、施設側は厚生労働省の定めた居住費の基準額に一律にあわせざるを得なくなるし、地域別家賃で設定しないとグループホームや有料老人ホームなど民間との価格競争で優劣が生じる。

価格競争は望ましいが、その体力が施設、特に地方の施設にあるのか疑問。特別養護老人ホームではできても、老人保健施設や療養病床では無理ではないか。

都市部や地方で分けた地域別の集計や分析において収益の格差が生じているならば、それに基づく家賃設定ができるのではないか。

全国一律の居住費設定はいいが、その上で施設が独自に家賃設定することができるのか。

（三浦老人保健課長）

地域別の家賃、利用者負担については、それぞれの環境を踏まえて、現場で決まってくる。補足給付との関係ですべての施設が一律に基準額に合わせるのではないかという点について、所得の高い方には、補足給付がないので、全体で見ると地域別の家賃環境が反映されるのではないか。

都市部と地方に分けて経営実態を分析することについて、何をもって都市部とし、何をもって地方とするかもあり、分析としては難しい。

（矢野委員）

多床室について、1人当たりの床面積が少ないなど居住環境を考慮して居住費に差を設けるのは理解できるが、減価償却費相当分を負担しなくてもよいという理由はない。光熱

水費だけの負担では年金給付との二重給付の是正が不徹底となり、利用者負担の不均衡が解消されない。

利用人員などを勘案した上で、多床室についても減価償却費相当分を負担すべきである。そうでないと、多床室への入居を奨励しているかのようである。法改正の趣旨や政策の方向性とは異なる方向に導くことになるのではないかと危惧される。

激変緩和措置として一定の経過措置を設けるのはやむを得ないが、その場合でも、従来型個室の居住費水準に基づいて減額幅を検討することでいいのではないか。多床室の基準と同額にすることには納得性がない。

(三浦老人保健課長)

多床室は居宅での環境と大きく異なり、その室料相当分について徴収することは難しい。

従来型個室の激変緩和措置については、次の段階である多床室と同額の報酬を適用することを提案している。

(山田参考人)

従来型個室の経過措置について、現入所者が入所を続けている場合の措置である。

老人保健施設においては、1週間でも帰ってみようと在宅復帰のトライアルをしているが、一度退所すると経過措置の適用から外れてしまう。このことは、老人保健施設の本来の役割とは反対の誘導になりかねない。

また、入所を待っている者は救済されず、今入所している者だけが得だということになる。

(木下委員)

居住費の額が介護報酬の中にどれだけ組み込まれているかは明示されていない。にもかかわらず、住居の部分に関してだけデータが出ている辺りに少し疑問がある。

食事療養費についても2,120円という額は一応決まっているが、医療保険から横滑りで決まった額であるならば、その中身は検討されるべきではないか。

居住費に関する費用と、特別な個室に関する費用というのは別に考えていいのか。特別な室料を取った場合は補足給付の対象にはならないという理解でいいのか。

(三浦老人保健課長)

特別な室料の取扱いだが、今回の利用者負担とは別途に徴収することが可能であると考えている。その特別な室料については補足給付の対象にはならない。

(沖藤委員)

利用者が施設と契約するわけだが、自分が希望する価格の部屋で契約できるとは限らず、低所得者は今後特養などに入るのが難しくなるのではないか。

また、新たな負担が増えれば利用者はサービスのプラスアルファを求める。1万円でも徴収額が上がれば、どうサービスがよくなるのかと考える。それに応える現場の職員たちにますます過重な労働が負荷されるのではないか。

(三浦老人保健課長)

施設の情報開示などを通じてどういう部屋がどの程度空いているかなど情報の提供に施設の側も努力する必要がある。

低所得者に対して補足給付を行うことにより、現在の負担額と基本的には変わらない程度に負担を抑えることにしたい。居住費・食費を給付の対象外にすることにより直接的に低所得の方々の負担が増えることは基本的にはあまりない。

負担が新たに加わることで、サービスの改善を求められるのではないかとのことだが、10月の報酬の見直しの中ではそれに対応するところはない。

(池田委員)

成年後見制度が機能していないので認知症の方の入所にあたっては、契約が問題となる。地域包括支援センターにおける社会福祉士に関わらせることが必要である。

低所得者対策として設定した負担上限額について社会常識からして妥当なのか。

裕福な3世代同居で標準的な厚生年金受給者の高齢者が特別養護老人ホームに入所するし住所を移すと単身世帯になり、住民税非課税世帯となる。しかも資産保有も考慮されない。その結果、低所得者対策を受けることになる。

この点、保険料を負担する被保険者の立場から納得が得られるだろうか。低所得者対策は、本当に困窮した人に支払い能力を与えるところにあり、それは生活保護や年金行政の課題であり、社会保険が担うのではなく社会扶助として行うべきもの。

(福間参考人)

施設サービスと在宅サービスの給付額の比較で、在宅では限度額まで使われていないことを勘案して状況を評価・分析して比較しないと、倍近い格差があるとのデータに説得力がない。

居住費について、特別養護老人ホームには公的補助が相当程度入って整備されているので、実際に法人が負担した費用で計算をしないと二重取りになる。

また、公的補助を考慮しないで居住費部分を報酬から切り出すのはおかしい。

個室・ユニット型老人福祉施設の人員配置基準は、従来型と同じとなっているが、報酬上は2対1で人員配置できる設定をしたのではないか。

個室ユニット型を従来型と同じ人員配置基準としながら、報酬からは居住費6万円分が除かれる。3年前の個室・ユニット型導入時に2対1のサービス水準を確保しようとしたことから後退するのではないか。

(三浦老人保健課長)

施設と在宅の保険給付の2倍近い格差については、支給限度額にかかわらず、実態に基づくデータである。

施設整備の公的補助の件だが、介護保険施設のコスト構造として平均的な収支からみた居住に関連する費用として減価償却費などを勘案して考えるということである。

人員配置基準は、最低基準であり、報酬は経営の実態を反映したものである。現在、介

護職員あるいは看護職員をあわせて3対1となっている従来型の施設においても、3対1を上回って配置しているところもあり、そういうところも含めて経営の実態を反映して報酬が設定される。

(福間参考人)

公費補助を除けば、特養の従来型個室では5万円という水準設定にはならない。また補助も含めて設定することが許されるのか。

個室ユニット型は、確かに3年前の経営実態調査からも2.5対1くらいの配置基準になっている。ただ、15年の報酬を設定したときは、2対1程度の報酬としての評価をしている。だから、施設側は少なくとも2対1にしようと努力している。しかし、それは実態であり、報酬上は評価していないとなると、個室ユニットの報酬単価の考え方が違ってきて、6万円という水準も違ってくる。

(香取振興課長)

15年に個室ユニット型の新しい報酬をつくったときに、従来型の特養とはケアの内容が違うということで、報酬は3対1ではなくてそれを上回る配置ができるような形をつくった。したがって、基準上は従来型個室と同じ3対1で変えてないが、報酬上は、実質的に2.2:1程度の配置を可能とするような高い評価をした。ユニット型について別途の人員配置基準をつくることも可能ではあったが、特養の中に2つ基準をつくることはしなかった。ご指摘のようにケアの内容が違うということで別途の評価をして報酬をつくったことは事実であり、今でもその形になっている。

ただ、報酬はあくまでケアの部分についての評価であり、そのことと個室ユニット型でホテルコストを取っている部分の積算とが関係しているということではなく、6万円の話とは基本的には別の問題である。

(花井委員)

多床室といっても、2人から8人あるいはそれ以上の部屋があるなか、それをひとつにしているのか。なぜそうするのか。

一定期間の見直しの一定期間とはどのくらいなのか。

(三浦老人保健課長)

多床室で4人以上の部屋は、全体の割合としては非常に少ない。

その上で、具体的に8人部屋、7人部屋を考える方法がないわけではないが、そうすると大変繁雑になり、報酬の設定が複雑になる。一定期間とはどのくらいかについてはこの場で検討いただきたい。

(対馬委員)

全体の大きな枠組みは分かるが、一部詳細にもう少しデータなどで説明してほしい。

低所得者の問題は介護だけではなく、医療も含め社会保障全体の中で議論しなくてはならない。

(木村委員)

栄養管理体制に対する評価で、管理栄養士と栄養士で資格のランク付けが違うものをひとつにしていいのか。管理栄養士とした方がいいのではないかな。

(三浦老人保健課長)

栄養士が給食関係の業務を行っていることも事実であるので、それに対して評価するという提案である。

(見坊委員)

食事、栄養面で特別養護老人ホームが努力をしてきた点についての評価が、この審議会では低いと、現場から説明を受けた。

介護老人福祉施設では、調理員等の費用について低く、材料費は非常に高く、療養型の医療施設の2倍。このことは、食事についての工夫あるいは施設自ら調理をしている実態が出ているのではないかな。

(三浦老人保健課長)

施設が外部の業者に調理を委託している場合、調理員等にその委託の経費が計上されている。したがって、療養型、老健施設は、およそ6割程度が委託されていると思われるのでそのことで調理員の費用が高くなっている。それに対して、特別養護老人ホームは4割程度ではないかな。委託すれば材料を使わないので、材料費が低くなっている。

(対馬委員)

経口摂取への移行について、報酬上評価する必要性はわかるが、180日を限度とし、一旦、経口摂取が行われれば、5年、10年、20年、引き続き算定できるというのはどうか。成功報酬ということかもしれないが。

特別食に対する評価については、医療の診療報酬との整合をよく検討いただきたい。

(花井委員)

介護療養型医療施設において経管栄養を受けた方が、18.7%と突出して高いにもかかわらず、退院計画と栄養食事指導が1.9%と低いのはどうしてか。

経口摂取への移行の180日について医学的なエビデンスがあるのか。あと1か月くらい必要だとなった場合、どうするのか。

(三浦老人保健課長)

今までの施設における栄養管理が基本的に入院、入所されている間を中心として行われてきたのではないかな。退院後の食事あるいは栄養管理についてまで配慮が至らなかったのではないかな。

経口摂取の移行について、取り組みを行っている施設にヒアリングをした結果、6ヶ月で見極めがつくというのが大体の傾向である。

180 日を超えての算定について、医師がこれ以上経口摂取への移行が進む可能性がないと判断すれば、その時点で算定はできなくなる。

3 施設での経管栄養の比率が異なることについて、医療のニーズが一番高い方が介護療養型医療施設に入っていて、平均的には要介護度が高い。要介護度が高くなればなるほど経管栄養、特に胃瘻などの処置が行われる例が多いという統計もあるので、介護療養型医療施設での経管栄養の比率が高くなっているのではないか。

(花井委員)

医師があと 1 か月必要だと判断すれば、加算が付く保障があるのか。

(三浦老人保健課長)

基本的には 180 日で打ち切るということではないかと考える。

(花井委員)

もう少し時間がかかる場合、その努力を評価する道を開いていてもいいのではないか。これを限度として完全に打ち切ってしまうといいのか。施設で聞いただけのエビデンスで大丈夫なのか。

(三浦老人保健課長)

完全に移行できた場合は、評価する必要がなくなると考えている。どういう状況であれば経口摂取が行われていると考えるかということとも関連する。

(永島委員)

介護保険施設では認知症の人が多いが、認知症の人が食べ物と判断できず食べられないのか、それとも身体的にできないのか判断できる医者が意外と少ない。

たとえば、肺炎などで入院し胃瘻になった場合、経口栄養へ移行の努力もされず、退院できなくなる実態もある。

(矢野委員)

栄養管理について介護報酬上で評価することは、検討に値する。

管理栄養士などの配置に対する評価とその働きに対する評価に分ける必要があるのか。栄養ケア・マネジメントに対する評価があればいいのではないか。

(石井委員)

経口摂取への移行に対する評価での 180 日は、私の持つデータからも妥当である。

おむつ外しに比べてチューブ外しは非常に困難で、きめ細かい体制が必要。だから栄養管理体制に対する評価とそのケア・マネジメントに対する評価は、分けてほしい。

栄養ケア・マネジメントは管理栄養士と医師だけではなく、かなり多くの職種が関わって初めて実現できるもので、今回ここに対して評価されることは、高く評価していいのではないか。

口腔機能は、介護度が高くなると機能が落ちていくことはデータでわかっているのに、経口摂取に対して引き続き努力していることは評価されて当然である。

(井部委員)

経口摂取への移行について、提案にある人員配置ではとても実行できない。

いい案だと思うが、机上の空論になってはならない。そもそも胃瘻や経管栄養は、人手をかけないための一つの方策という面もあったわけで、それをできるだけ是正していくためには、十分なマンパワーを配置することが極めて重要である。

(山田参考人)

経口摂取への移行に対する評価について 180 日を限度としているが、利用者の病状によっては中断したりすることがあるので、その場合にもう一回チャレンジできるシステムや利用者の状態像によっては 180 日を超えてもチャレンジできるシステムを検討していただきたい。

(沖藤委員)

食事をベッドの上でなく、車いすに載せて食堂まで連れて行き、経口摂取までするとすると、人員配置は当然重要な問題になってきて、従来型個室でも人員配置 2 対 1 は必要で、個室ユニットならば 1 対 1 くらいの思い切った人員配置をしないと、経口摂取も絵にかいたもちになるの。

(木下委員)

栄養ケア・マネジメントについて、達成があまりできなかった場合も、評価を続けていけば費用支払いの対象になるのか。

経口摂取のところで、180 日以上でも口から食べていれば評価できると、このただし書きの文章からいくと取れるので、医師の指示による栄養ケア計画が前提にあるのなら、そこをはっきり書かないと誤解を招く。

満足なサービスをするためには、十分な人員配置が必要で、費用の面もあるが、それと切り離してでも真剣に考えていくべき。

180 日以上経口摂取について、お金が出ないからやめるとするのは現場の者としては考えられないので、あまりそこにこだわる必要はない。

管理栄養士配置の体制加算とケア・マネジメント加算について、7 月にこの金額も決定していくのか。

(三浦老人保健課長)

栄養ケア・マネジメントについて、定期的にケアプランを見直して、そして新たな栄養ケアプランに基づいて食事の提供を行っていくのであれば、継続しての算定は可能である。費用の関係だが、これはこの審議会で議論いただくべきものである。

(木下委員)

そのとき、現行の報酬体系を下回らない額で設定していただきたい。

(池田委員)

基本食事サービス費は、1食にすると700円になる。しかし、実際にきちんとした食事をつくっている施設は500円もかかっていない。そこに収益が生じている。そうすると、その食費差益が一体何に使われているかが重要になる。

食費差益を使って栄養改善をしたり、経管栄養をやめたりするところに使われるのは評価できる。そうすると、差益だけで足りるのかが問題になるが、どう考えているのか。

(野中委員)

食費を取るのであればそれくらいの努力はしてほしいということだろう。

本来、病気が始まったとき、経口摂取ができなくなったとき、どういうケアが必要であるかが大事である。

後から経口摂取を考えるより、最初から経口摂取を考えなければならない。本来この部分についてあまり費用をかけられないと思うので、ケアが医療にどう入るべきかを検討することが大事であろう。

栄養ケア・マネジメントは、栄養士だけでなく多職種が協力するということが、これは介護保険施設3施設だけの問題ではないということは理解いただきたい。

(木村委員)

個室に入れば個人の尊厳が守れるというのは錯覚でないか。施設イコール集団ケア的なイメージはあるかもしれないが、多床室であっても、ケアにおいて一人ひとりにあったサービスをきちんと切り分けていくことで個人の尊厳を守ることができる。個人の尊厳を守るイコール個室というイメージを持たせることはいかがなものか。

また、本人の希望で個室に入るのではなく、アセスメントをして、一人ひとりの状況を見たらうで、本人の同意の下に部屋を決めていく必要がある。

(沖藤委員)

ショートステイ利用者の場合の介護報酬と利用者の負担については、施設のものを日割り計算した形か、それとも別枠できめているのか。

(三浦老人保健課長)

基本的にはショートステイは、日割りで報酬設定がされることとなり、利用者からの費用負担についても日割りである。

(見坊委員)

施設を4類型に分ける考え方は、非常に疑問である。従来型の介護老人福祉施設の場合、厚生省は個室を補助の対象として認めなかったが、それでも必要があつて施設側は、個室

を設けた。したがって、実態として選択の自由はない。従来型の老人ホームに入っている方の圧倒的多数は2人部屋から6人部屋で、個室に入っている人はごく少数である。だから、施設側でも説明がつかないという実態があり、多床室と個室の間の差を大きくできないと思う。

低所得者対策に対する考え方について、なるほど保険制度において低所得者だとか高所得者という考え方はない。その代わり、自分で選んで保険料を払う。これが保険である。

しかし、介護保険は違う。老人福祉法からの時代の変遷もあり、その前は生活保護であったものが、国民も理解し保険料を払うことになった。しかし所得の格差による矛盾があり、何らかの方策を講ずべきであるという大きな声が挙がっている。

低所得者とは何かという議論もあるが、社会保障制度は低所得者を置き去りにしていいものなのか。そうであるならば、法律で強制するべきものなのか。

(木下委員)

利用者は施設に契約で入っているが、費用負担が変わることで、9月30日で契約が自動的に切れるのか。契約を変えたくないという利用者がいた場合にどう対処していいのか。現場としては混乱する。

(三浦老人保健課長)

9月末で契約が一回切れると考えている。その上で新たな契約を結ぶことになるが、そこは施設側の取組みだけでなく、私どもも保険者と共同しながら一緒に対応していきたい。

(村川委員)

利用者側の立場と被保険者として負担する側の立場とのバランス、在宅のサービス利用者と施設利用者とのバランスを考えて、ガイドラインは作られている。

5月半ばごろの日本経済新聞によると、介護保険の2期目途中で既に290くらいの自治体、保険者において赤字になっている。バランスのとれた運営ということは追求されるべきで、施設利用等における食住費に関わる一定の負担はやむを得ない。

低所得者対策に関連して、一方で保険原理の考えもあるが、日本の介護保険はドイツのような保険料財源だけで成り立っている仕組みではないので、福祉的な側面からも考えられるという意見に賛成で、低所得の方への配慮がなされている点から、提案はまとまっている。

ただ、社会福祉法人による減免だが、取り組んでいない社会福祉法人もあるので国や都道府県による行政指導などで進めていただく必要がある。

ショートステイについては、日割りということだが、激変緩和の観点からもっと工夫があってもいいはず。

(石橋参考人)

特別養護老人ホームの従来型個室については、これまでどちらかというとな本人の意思にかかわらず、例えば感染症対策のためとか、対人関係のトラブルを防ぐためとか、介護の現場の立場から個室を運用してきた。

それが多床室と個室とで居住費を切り分けられると、これまでのような運用が非常に難しくなる。利用者や現場職員等が非常に混乱するのではないか。従来型個室に関しては多床室と同様という形で位置付けるべきである。

○ 大森分科会長より閉会の宣言